TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET

# STOF

NR. 2 DECEMBER 2003

# KOMPETENCE- OG UDDANNELSE

# PÅ RUSMIDDELOMRÅDET

Hvad gør en god behandler?

# Handsken er kastet

**SOM ALDRIG FØR** er der kommet fokus på uddannelse og kompetenceudvikling på institutionerne, i amterne og i de faglige netværk. Er man tilstrækkeligt rustet til at arbejde med stofmisbrug og stofmisbrugere i kraft af den grunduddannelse man har fået på skoler, højskoler, uddannelsescentre, seminarier og universiteter? Eller er der for at kunne løfte opgaverne i misbrugsfeltet brug for et mål af specialist-kvalifikationer, der rækker ud over generalist-kvalifikationerne? Det spørgsmål gennemløber artiklerne i dette udvidede nummer af STOF.

For mange kom det som et lyn fra en klar himmel, da Det Nationale Udviklingsforum (DNU) for godt et år siden afholdt en konference på Christiansborg, hvor et udspil blev fremlagt til en national uddannelses- og kompetencestrategi på rusmiddel- og afhængighedsområdet. Trods kort varsel var Landstingssalen mere end fyldt, og det var synligt for enhver, at rigtig mange gør sig overvejelser, om ikke der er behov for flere, andre og/eller mere vidtgående kompetencer, end man har nu.

Uanset hvad man måtte mene om DNU's visioner, må man anerkende at initiativet har medvirket til at sætte kvalifikations- og kompetenceløft på dagsordenen i Danmark. Rapporten om det fremtidige uddannelsesbehov - rekvireret af DNU fra Center for Alternativ Samfunds Analyse (CASA) – er endnu et lod i vægtskålen.

Tankevækkende er det også, hvor anderledes velorganiseret man har grebet kompetenceudvikling an i broderlandet Norge. Som Goethe siger skal man rejse væk, for bedre at kunne se det hjemlige. Frode Kavlis artikel om norske forhold må siges at rumme en udfordring til, hvordan vi hidtil har grebet tingene an i Danmark.

Sammenlignet med herhjemme kører det på skinner i Norge. Der er en struktur og en systematik i kompetenceudviklingen vi end ikke tilnærmelsesvis kan genfinde hos os selv. Set fra Norge uddanner vi os herhjemme på fornemmelser og improvisation.

Organiseringsgraden på uddannelsesområdet i Danmark - eller manglen på samme – har dermed karakter af deja vu, for "sådan gjorde vi jo også i halvfemserne. Der behandlede vi bare på forneml'serne". Glemslens nåde har for længst sænket sig over det forhold at misbrugsbehandling i Danmark for bare 10 år siden var så uorganiseret et forehavende, at ingen i dronningeriget lå inde med tal for, hvor mange klienter, der i løbet af et år var i kontakt med behandlingssystemet, hvilke behandlingsformer der blev brugt, hvor mange der gennemførte behandlingen med hvilket resultat, eller noget så enkelt som hvilke behandlingsinstitutioner der faktisk lå i eget amt eller landsdel. I tilbageblik er det indlysende hvor uholdbar en situation det var, at man i den grad benyttede sig af de forhåndværende søms princip i misbrugsbehandlingen.

Nu ved vi en hulens masse om klienterne. De er blevet skrevet i mandtal, som aldrig før i misbrugs- og behandlingshistorien. Men når det gælder medarbejderne på feltet er det først nu, at man er begyndt at spørge: Hvem er de? Hvor mange er der? Hvad er deres uddannelsesmæssige baggrund? Hvad trækker folk til området? Hvad får folk til at holde op igen ? Hvad er gennemsnitsancienniteten? Hvor stort gennemtræk er der? I hvilken udstrækning forberedes man til at arbejde på dette felt? Oplever man grunduddannelsen som tilstrækkelig, eller er der brug for efteruddannelse? Hvor mange får supervision? Er der lokalt sat system i nogen form for efteruddannelse? Får nye medarbejdere introduktion? Hvad er pensum? Hvilke undervisningsmaterialer og undervisere bruger man?

Dengang man ganske manglede overblik og struktur på behandlingsområdet dækkede man sig ind under sloganet: "Der er brug for en hel vifte af behandlingsformer", hvilket nok var at gøre en dyd ud af nødvendigheden i en situation, hvor man ikke havde noget alternativ. Som det fremgår af artiklerne i dette nummer af STOF er viften af uddannelsesformer tilsvarende varieret. Psykologen Eric Alluche har træffende beskrevet situationen således: "En ægte misbruger er kendetegnet er ved at ville indtage hvad som helst i håbet om en virkning, mens en ægte misbrugsbehandler er kendetegnet ved at ville forsøge hvad som helst i håbet om en virkning". Hvor længe endnu - kunne man tilføje - skal en ægte misbrugsbehandler studere "hvad som helst", i håb om at noget i værktøjskassen vil være anvendeligt?

Al begyndelse er svær, men man skal jo starte et sted. Vel vidende at mange, mange flere spørgsmål rejser sig end vi kan tage hul på i dette ene nummer af STOF, og at nogle uddannelsestiltag i første omgang forbigås, forsøger vi at få kastet lidt jomfrueligt lys på medarbejdernes kvalifikationer, uddannelse og efteruddannelse. På redaktionen regner vi med - og håber på - at denne diskussion er ved et begyndelsespunkt og ikke et slutpunkt og at læserne vil følge op.

Hvad DNU's projekt ender med står endnu hen i det uvisse. Hvilken retning den stadigt voksende uddannelsesaktivitet i amterne tager er også et åbent spørgsmål. Imens vokser de faglige netværk sig større og stærkere og sideløbende hermed trives en noget uoverskuelig underskov af uddannelsesprogrammer. Sidst, men ikke mindst er der så småt ved at fremkomme noget der begynder at ligne en skandinavisksproget faglitteratur.

Noget tyder på, at det gode danske princip *learning by doing* med tiden vil blive erstattet med mere strukturerede former for kompetenceudvikling, og at tværfaglighed om et årti kommer til at betyde mere og andet end sammensatte medarbejderteams på tværs af generalistkvalifikationer.

*Redaktionen*

# STOF 2

TIDSSKRIFT FOR STOFMISBRUGSOMRÅDET NR 2 DECEMBER 2003


**TEMA: UDDANNELSE:**

**KOMPETENCEBYGNING I DET NORSKE RUSFELT** 4
*Af Frode Kavli*
*Den norske rusomsorg har gennemgået dramatiske ændringer på behandlings- og uddannelsesområdet.*

**BEHOV FOR UDDANNELSE I FREMTIDEN** 9
*Af Jonas K. Lindholm & Claus B. Olsen*
*Hvordan skal medarbejderne på rusmiddelområdet uddannes i fremtiden?*

**PROFESSION I SIGTE?** 14
*Af Thomas Lund*
*Fortolkningsmuligheder i CASA-undersøgelsen.*

**HVEM ARBEJDER PÅ STOFMISBRUGSOMRÅDET?** 15
*Af Birgitte Jensen*
*Hvor svært kan det være at finde ud af hvem behandlerne er? Rigtig svært!*

**HVILKEN EFTER- OG VIDERE-UDDANNELSE FÅR BEHANDLERNE?** 21
*Af Birgitte Jensen*
*Medarbejderne i den amtslige misbrugsbehandling gennemgår et meget varieret udbud af kurser, temadage, uddannelser og anden faglig opdatering.*

**INTERKULTUREL KOMPETENCE** 26
*Af Thomas Lund*
*Uddannelse må aldrig blive selvtilstrækkelig – der skal være ambitioner der går ud over hverdagsbevidstheden.*

**TEMA: UDDANNELSE: / MODELLER:**

**KOMPETENCEUDVIKLING I MISBRUGSCENTRET VESTSJÆLLANDS AMT** 28
*Af Bent Jensen, Mogens Frandsen og Jan Korzen*
*Hvordan laver man videreuddannelse for 60 medarbejdere fordelt på fem institutioner?*

**OVERVEJELSER VEDRØRENDE OPSTART AF INTERN UDDANNELSE I ET AMTSLIGT MISBRUGSCENTER** 32
*Af Liese Recke*
*Der var mange grunde til at man valgte at lave sin egen misbrugsuddannelse i Århus – at gøre behandlingen bedre var en af de vigtigste.*

**NY BASISUDDANNELSE PÅ FYN** 35
*Af Tor Sundberg*
*Det har været en udfordring at udvikle den nye faglige efteruddannelse, især fordi der mangler teori, metoder og litteratur på området.*

**NY LEDERUDDANNELSE FOR VÆRESTEDSLEDERE** 37
*Af Curt Sørensen*
*Kompetenceudvikling på misbrugsområdet er i fokus på uddannelsen.*

**RUSMIDDELUDDANNELSERNES LANDSKAB** 38
*Af Mads Uffe Pedersen*
*Vi mangler ambitioner for rusmiddelspecifik videre-uddannelse.*

**HVORDAN KAN FORVALTNING, ERHVERVSLIV OG UDDANNELSESSTEDER SAMARBEJDE?** 42
*Af Morten Rambøl*
*Der er brug for utraditionelle samarbejdsformer hvis vi skal blive bedre til at få tidligere stofmisbrugere i arbejde.*

**EVIDENS OG UDDANNELSE: HVAD HAR HVEM BRUG FOR AT LÆRE HVORNÅR?** 45
*Af Morten Hesse*
*Hvorfor bliver misbrugsbehandlere uddannet i nogle metoder frem for andre?*

**KLASSIKER:**

**DET MOTIVERENDE INTERVIEW** 50

*Af Stephen Rollnick & William R. Miller*

**PERSPEKTIV:**

**MOGENS NIMB – METADONBEHANDLINGENS UKENDTE FOREGANGSMAND** 53
*Af Michael Jourdan*

**ANMELDELSER:**

**TRO, VIDEN OG METADON** 63
*Af Morten Hesse*

**STOFMISBRUGSBEHANDLING IND I SYGEPLEJERSKERNES PENSUM** 64
*Af Karen Ellen Spannow*

**ADDIKTIV SYGEPLEJE ER MERE END PILLETRILLERI** 65
*Af Michael Jourdan*

SCANPIX

# Kompetencebygning i det norske rusfelt

***"Rusproblemer opstår lokalt – og må løses lokalt".***

Citatet er fra visionen til et kompetenceprogram, som blev initieret af Oslo Kommune og ledet af denne artikels forfatter i årene 1995-1998: Udviklingsprogram for rustiltag i bydelene, URUS-programmet.[1]

**AF FRODE KAVLI**

Citatet er repræsentativt for noget af den socialpolitiske orientering, som rusfeltet i Norge har gennemgået de sidste 20 år. Først og fremmest har man forsøgt at neddrosle det særomsorgsstempel, som har præget rusfeltet i hele dets historie. Denne neddrosling af særomsorgen startede inden for alkoholbehandlingen allerede i firserne, og førte lidt efter lidt til en kraftig satsning på at styrke den rusfaglige kompetence både inden for den traditionelle rusomsorg og i 1.linjetjenesten (se faktaboks side 6). Dernæst er citatet relevant i forhold til den stadigt stærkere skepsis over for 'eksperterne', d.v.s. en svigtende tro på fagfolkenes muligheder for at behandle rusproblemerne uden et forpligtende samarbejde med det lokale netværk. Og sidst, men ikke mindst, så giver citatet kompetencen tilbage til klienten selv og hans/hendes familie, netværk og nærmiljø.

Andre socialpolitiske realiteter har skabt hovedsageligt to dramatiske ændringer i norsk rusomsorg. Det første er de tilbagevendende omorganiseringer af institutionerne. I løbet af få år har behandlingsinstitutionerne gennemgået store omorganiseringer, skiftet lovmæssig forankring og er nu fra 2003/4 organiseret under helsetjenesten og de fem nye statslige helseforetagender, som også ejer eller styrer alle hospitalerne i Norge. Til forskel fra tidligere, hvor behandlingen for institutionernes vedkommende var organiseret under socialtjenesten og i fylkeskommunen (svarende til amt, red.).

Den anden store ændring ligger i satsningen på uddannelse, forskning og klinisk kompetencebygning. Denne artikel skal præsentere hvordan kompetencetiltagene inden for rusfeltet er bygget op, men først en kort omtale af hvordan rusproblemer identificeres og hvordan de kan behandles i et samspil mellem klienten, det lokale netværk, behandlingsapparatet og andre hjælpeinstanser.

## Nærmiljøet

Rusproblemer opdages altid først af dem som står rusmisbrugeren nærmest. I familier, blandt venner, på arbejdspladsen, i idrætsforeningen opstår de første tegn på uro: Har hun et alkoholproblem? Bruger han for meget hash? Tager hun for mange piller? Bruger han sprøjter? Dette er mistanker og uro som først melder sig hos de pårørende. Det er sjældent det lokale hjælpeapparat er trænet til at identificere og intervenere på et så tidligt tidspunkt i en ruskarriere.

Tværtimod bliver rusproblemer ofte fortiet, fejldiagnosticeret eller bagatelliseret også af de lokale hjælpeinstanser som f.eks. børnehave, skole, praktiserende læge, politi, skolesundhedspleje, socialkontor m.m. Hvis det lokale hjælpeapparat blev mere trænet og øvet i at have 'rusbrillerne' på når de snakker med klienterne, ville et rusproblem måske kunne identificeres allerede på lokalt niveau og på et tidligere tidspunkt – før de kroniske misbrugsmønstre melder sig. Hvis det pædagogiske personale i en børnehave skal kunne tage fat i de voksnes rusproblemer og deres effekt på børn, så har de brug for kundskaber og færdigheder til at gennemføre 'den vanskelige samtale'. Hvis den praktiserende læge har diagnosti-

**FAKTA**

**I Norge er social- og sundhedsområdet opdelt i:**

1. linjetjenester: Primære helse- og socialtjenester, f.eks. privat praktiserende læge, helsestation, socialkontor, børneværn m.v.
2. linjetjenester: Behandlingsinstitutioner og ambulatorier inden for f.eks. psykiatri, rusomsorg, børne- og ungdomspsykiatri m.v.

ceret høje alkoholværdier i sin patients blodprøver er det ikke sikkert han er i stand til at hjælpe sin patient til at nedtrappe alkoholforbruget, fordi han faktisk mangler disse færdigheder. Hvis skolesundhedsplejen har mistanke om et ecstasymisbrug hos en elev, så mangler der ofte de kliniske færdigheder til at stille en sikker diagnose eller lægge op til et lokalt baseret behandlingsoplæg, som måske inkluderer familie og netværk.

Ofte 'eksporteres' disse vanskelige sager væk fra det lokale hjælpeapparat og videre til rusfeltets specialisttjenester. Som regel efter at problemerne er eskaleret til et højt konfliktniveau eller når misbruget har fået et kronisk præg. Dette behandlingsapparat består af to niveauer: Ambulant behandling og døgnbehandling. Det mest almindelige er at anvende ambulant behandling, men ofte skiftes der mellem ambulant- og døgnbehandling. Men ingen kan leve sit liv på et ambulant behandlingssted eller på en døgninstitution! Alle klienter skal før eller siden tilbage i et nærmiljø eller en familie eller et netværk, hvis dette fortsat er intakt. Denne situation begrunder noget af den satsning Norge har foretaget når det gælder satsningen på rusfaglig kompetencebygning både i 1.linjetjenesterne, i specialisttjenesterne og inden for forskning og udviklingsarbejde.

## Aktører inden for norsk ruskompetence

Hvem laver kompetenceudvikling på rusfeltet? Undervisningsprogrammer og anden kompetenceudvikling på rusfeltet drives af mange aktører. Traditionelt er emnet sparsomt repræsenteret i grunduddannelserne, og optræder f.eks. næsten ikke i hverken lærer-, socialrådgiver- eller sygeplejerskeuddannelsen og heller ikke i universitetsuddannelserne på f.eks. medicinstudiet og psykologistudiet. Dette til trods for, at rusproblemerne udgør et markant indslag i store dele af klientpopulationen til de fleste af disse professioner. Behovet for videreuddannelse, efteruddannelse (kurser, seminarer o.l.) og såkaldte udviklingsprogrammer rettet mod specielle dele af sundheds- og socialsektoren er derfor stort hos de fleste faggrupper.

## Højskolerne

Højskolerne er den største aktør når det gælder videreuddannelse på rusfeltet. I alt tolv højskoler driver i dag 'vekttallsbaserte' videreuddannelser, d.v.s. fag som giver studiepoints. Fra Tromsø i Nord til Kristiansand i syd udbydes der videreuddannelser, som i princippet er åbne for alle faggrupper med minimum grunduddannelse. Det er nu også muligt for folk uden en formel grunduddannelse at søge om optagelse efter en såkaldt realkompetencevurdering. Alle disse højskoler har profileret uddannelserne forskelligt: Højskolen i Tromsø har specialiseret sig i spilleafhængighed ved siden af den mere traditionelle rusundervisning. I Kristiansand har man et specialestudie med temaet 'Børn af misbrugere'. Ved højskolen i Narvik tilbydes et studie i forebyggelsesstrategier, og ved Diakonhjemmets højskole i Oslo har man udviklet en specialiseret klinisk/terapeutisk profil. Studenterne skal læse 4.000 pensumsider, arbejde med egne klienter, modtage vejledning i 100 timer og gå op til to eksaminer – en hvert år. Den første eksamen er en traditionel skoleeksamen, mens den anden er en fordybningsopgave med efterfølgende mundtlig eksamination. Undervisningen veksler mellem rene forelæsninger, gruppearbejde og gruppepræsentationer, øvelser i kliniske færdigheder (rollespil og videooptagelser) og plenumdiskussioner. Her præsenteres temaerne for undervisningen ved Diakonhjemmets højskole i kort version[2]:

- Videnskabsfilosofi og kundskabsteori (epistemologi)
- Etik og etiske refleksionsmodeller
- Rusbrug og misbrug i historisk perspektiv
- Afhængighed i et biomedicinsk perspektiv
- Rusafhængighed og kulturforståelse (et antropologisk perspektiv)
- Nationale og internationale ruspolitikker
- Offentlige udredninger, meldinger og reformer i ruspolitikken
- Behandlingsapparatets struktur og organisering
- Forebyggelsesstrategier: Primær, sekundær og tertiær.
- Behandlingsteori og behandlingsmodeller:
  1. Sygdomsmodeller
  2. Kognitive modeller
  3. Familieterapeutiske modeller
  4. Netværksterapi
  5. Feministiske modeller
  6. Døgnbehandlingsmodeller
  7. Ambulante modeller
  8. Behandlingskollektiver
  9. AKAN-modellen (Arbejdslivets Komitè mot Alkohol og Narkotika)
  10. Medicinunderstøttede behandlingsmodeller
  11. Skadesreduktion

Uddannelserne er ofte støttet af det offentlige eller højskolerne støttes direkte via grundbevillingen. De fleste højskoler opkræver en studieafgift, og prisen varierer fra symbolske afgifter til at studenterne betaler fuld pris for det uddannelsen faktisk koster.

Højskolerne uddanner hvert år tilsammen ca. 300 studenter, som får et godkendt videreuddannelsesmodul inden for rusfeltet. Der er ikke foretaget en systematisk evaluering af effekten af dette formidable nationale kompetenceløft, men der er grund til at tro, at det bidrager til at hæve kvaliteten på det faglige arbejde i både 1. og 2. linjetjenesterne.

## Kompetencecentrene i Norge

En anden central hovedaktør inden for kompetenceudviklingen i rusfeltet er Kompetencecentrene inden for rusfeltet. For ca. 8 år siden etablerede regeringen i alt syv kompetencecentre med mandat til 'at styrke den generelle faglige kompetence i rusfeltet både mod 1. og 2. linje over hele landet'. Kompetencecentrene finansieres direkte over statsbudgettet, og er formelt styret af sundheds- og socialdirektoratet. Geografisk er centrene spredt over hele lan-

"Vi kan begrænse problemerne, reparere og lindre, men vi må aldrig blive så behandlingsoptimistiske, at vi tror vi kan fjerne dem. De tilhører menneskenes smertefulde vandring på jorden!"

SCANPIX

det og næsten alle ligger i forbindelse med en behandlingsinstitution.
Hvert center har fået sine specialområder:

Nordnorsk Kompetencecenter har specialansvar for klinisk metodeudvikling, samt rusfagligt arbejde rettet mod den samiske befolkning.

Midtnorsk Kompetencecenter, som ligger i Trondheim og Ålesund, har specialansvar for metodeudvikling rettet mod de yngre misbrugere.

Vestnorsk Kompetencecenter i Bergen og Stavanger har specialansvar for kvindebehandling.

Østnorsk Kompetencecenter i Vestfold og Buskerud har fået hovedansvar for at udvikle metodik rettet mod børn af misbrugere.

Kompetencecentret i Sør- Norge har fået sit specialeområde rettet mod børn i rusfamilier.

Kompetencecentret for Østnorge (Hamar) har fået ansvar for tiltag rettet mod rusmisbrugere med psykiske lidelser (dobbeltdiagnoseproblematik).

Oslo skal have hovedansvar for metodeudvikling rettet mod nye rustrends og indvandrere med rusproblemer.

Kompetencecentrene har økonomiske midler til at igangsætte og implementere lokale projekter knyttet til en eller anden form for metodisk arbejde. I tæt samarbejde med andre instanser – det være sig inden for 1. eller 2. linje – initierer og driver kompetencecentrene forskellige former for metodeudviklingsprojekter. Det kan være et projekt der skal styrke lærernes undervisning inden for temaet alkohol og narkotika på en skole. Eller det kan være et lokalt oplæringsprogram i 'løsningsorienterede samtaler' for ansatte i socialvæsenet. Eller det kan være etablering og drift af 'samtalegrupper for børn af misbrugere'.

Kompetencecentrene er pålagt at udvikle et nært samarbejde med både behandlingsapparatet og de primære helsetjenester. Dette betyder, at det er op til de lokale aktører selv at sætte dagsordenen. Kompetenceudviklingen sker altså på bestilling fra de instanser og fagpersoner, som sidder nærmest brugerne. Dette nærhedsprincip bidrager i høj grad til at udvikle en form

**Frode Kavli** er uddannet som socionom og familieterapeut. Gennem mange år har han arbejdet som terapeut med rusmisbrugere og deres familier og netværk. Han har været projektleder på flere udviklingsprojekter inden for rusfeltet i Norge, bl.a. URUS-programmet, og arbejder nu som studieleder på Diakonhjemmets højskole i Oslo.

for lokalbaseret læring. Kompetencecentrene har økonomiske midler og fagpersoner til at drive lokale udviklingsprojekter frem, men rekvirenter er i høj grad fodfolket. Netværket af kompetencecentre skal nu evalueres og vurderes af det nye sundheds- og socialdirektorat, og selv om det er for tidligt at sige om systemet vil blive videreført er der grund til at tro, at centrene har bidraget til at man lægger mere vægt på lokal viden, klientens egen forståelse af sin situation og ikke mindst de pårørende og netværkets position som 'medbehandlere' i de fleste klientsager.

### Statslige, amtslige og kommunale aktører

En tredje aktør i rusfeltet er kommuner og amter. Statslige midler er ofte blevet fordelt til kommuner og amter for at de så skal iværksætte lokale kompetenceprogrammer rettet mod en specifik problematik. Det såkaldte URUS-program var et sådant kompetenceprogram, som alle bydelene i Oslo deltog i [3]. Det sidste store kompetenceprogram som staten finansierede, men som kommunerne selv drev, var programmet 'Viden og brobygning'. Programmet var rettet mod ansatte i socialvæsenet og skulle primært øge de ansattes evne og mulighed for faglig refleksion, vejledning og kompetencedeling (samarbejde). Programmet kørte i alle kommuner i hele landet over en treårs periode, og flere tusinde socialarbejdere deltog. Sådanne projekter skaber ofte stor entusiasme og optimisme i starten, mens problemet ofte er at videreføre de gode erfaringer – således også i dette program. Af de ca. 40 'faglige fora', som blev etableret bare i Oslo, er der nu kun en håndfuld som fortsat er i gang. Selve infrastrukturen mangler, og når entusiasterne slutter eller ikke orker mere, så dør det hele ofte stille ud.

### Andre aktører

En fjerde kompetenceaktør inden for rusfeltet er selvsagt de store forskningsinstitutioner, specielt Statens institut for rusmiddelforskning (SIRUS), universiteternes forskning på rusmiddelbeslægtede emner, samt private forskningsinstitutioner som påtager sig forskningsprojekter såsom evalueringer. Disse aktører driver imidlertid sjældent direkte pædagogiske programmer på egen hånd, men udgør ofte et solidt indslag i undervisningen som producenter af forskningslitteratur og andre publikationer.

En sidste aktør som kan nævnes her er de fagbaserede uddannelsestiltag. Forskellige professioners fagforeninger driver 'specialistuddannelser' også inden for rusfeltet. Den Norske Lægeforening starter snart et specialistkursus i rusbehandling for læger. Sygeplejerskerne, socialrådgiverne, lærerne og andre fagforeninger arrangerer også jævnligt kurser, seminarer og videreuddannelser for egne fagfæller, rettet mod rusproblematikken. Kurserne kan være af forskellig varighed og fordybningsgrad, men ekskluderer selvsagt kolleger fra andre professioner, og taber således det tværfaglige princip og mulighederne for tværfagligt samarbejde, som rusfeltet har så stort behov for.

### Nogle personlige erfaringer fra 10 års arbejde med kompetenceudvikling i rusfeltet

Først og fremmest må al læring starte med at anerkende og identificere den kompetence, som uddannelseskandidaten allerede har. Hvis undervisningen eller pædagogikken starter med at betvivle den allerede eksisterende kompetence hos kandidaten, så hindrer og forsinker det i stor grad læringsprocessen! Indledningsvis sætter jeg derfor meget tid af til at kortlægge faktiske færdigheder og teoretisk kompetence hos studenterne.

En anden vigtig erfaring er, at studenterne må lære sig at dele kompetence med hinanden – primært gennem åbne refleksioner og diskussioner, men også gennem deltagende undervisning som f.eks. problembaseret læring, plenumpræsentationer og andre former for undervisningsmetoder, hvor de studerende selv er aktive. Et vigtigt redskab i min undervisning har været brugen af 'reflekterende teams' både i undervisningen og i studenternes eget kliniske arbejde[4].

Rusfeltets traditionelle elendighedsfokus, d.v.s. den ensidige orientering mod at afdække klientens nederlag og problemer, må afløses af et systematisk ressourcefokus både mod klienten og studenten selv. Dette salutogene, d.v.s. helsefremmende fokus[5, 6], bør præge undervisningen, så studenten bliver bedre til at stå i de tunge klientsituationer uden selv at blive en udbrændt sundheds- og socialarbejder.

Rusproblemer er komplekse i deres natur og kræver en mangfoldig kompetence og ikke-deterministisk forståelse hos terapeuten. Den akademiske psykologi har kun i begrænset grad mulighed for at give terapeuter viden og færdigheder nok til at møde klienter med et mangfoldigt symptombillede. Uddannelseskandidaten må derfor tilegne sig en dialektisk forståelse af samspillet mellem natur og kultur, så hun kan være med til at fremme forandringsprocesser både i eget liv og hos klienterne. Dette sker i en vekselvirkning mellem studie, vejledning og egen praksis.

Sidst, men ikke mindst: Rusproblemerne er kommet for at blive! Et samfund, der har som mål at fjerne rusproblemerne, bliver et totalitært samfund. Vi kan begrænse problemerne, reparere og lindre, men vi må aldrig blive så behandlingsoptimistiske, at vi tror vi kan fjerne dem. De tilhører menneskenes smertefulde vandring på jorden!

*Denne artikel er oversat af STOF-redaktionen.*

### Litteratur:

1 Kavli, F. 1995: '*Utviklingsprogram for rustiltak i bydelene, Oslo Kommune*.
2 Diakonhjemmets høgskole 2003: *Studieplan for videreutdanning innen rusfeltet.*.
3 Kavli, F. 1996: *Tid for kompetencedeling!* I *Stoffmisbruk*, vol 3, s. 37, Tidsskrift for rusmiddelbehandling.
4 Andersen,T 1994: *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne.* Dansk Psykologisk Forlag, København..
5 Antonovsky, A. 1991: *Hälsens mysterium,* Natur och kultur, Stockholm..
6 Berg, I.K. 1998: *Rusbehandling* Ad Notam, Oslo.

# Behov for uddannelse i fremtiden

Center for Alternativ Samfundsanalyse – CASA – har foretaget en indledende undersøgelse af hvordan behovet for uddannelse på rusmiddelområdet vil være i fremtiden

**JONAS K. LINDHOLM & CLAUS B. OLSEN:**

Rusmiddelområdet er et samfundsmæssigt indsatsområde, der er under udbygning både i den offentlige og i den private sektor. Det Nationale Udviklingsforum(www.dnu.dk) har derfor - blandt andet i forlængelse af Kornum-rapportens[1] anbefalinger – anmodet CASA om at gennemføre en undersøgelse[2], der sætter fokus på kompetence- og uddannelsesbehov på rusmiddelområdet. Det skal understreges, at der er tale om en indledende kvalitativ kortlægning af aftagermiljøernes vurderinger af kvalifikations-, kompetence- og uddannelsesbehov på rusmiddelområdet.

## Rusmiddelområdets infrastruktur

Rusmiddelområdet et felt med en kompleks infrastruktur og organisering (se skema side 11), der omfatter et bredt spektrum af opgaver, der stiller en række forskellige kompetence- og kvalifikationskrav. Rusmiddelområdet omfatter både alkoholområdet og stof/narkotikaområdet, og det er vores opfattelse, at betegnelserne rusmiddelområdet og misbrugsområdet kan anvendes synonymt. Rusmidler har offentlig interesse, fordi der finder et misbrug sted, der har væsentlige afledte samfundsmæssige konsekvenser.

Der kan identificeres tre handlingskompetente hovedaktører på rusmiddelområdet, der indgår i samarbejdsrelationer med en række private og frivillige aktører:

- Kommuner og amter
- Arbejdspladser og virksomheder – både offentlige og private
- Kriminalforsorgen og dens institutioner.

Den offentlige indsats på rusmiddelområdet omfatter følgende centrale arbejdsopgaver:

- Primær forebyggelse
- Sekundær forebyggelse
- Behandling
- Støtte, omsorg, kontakt, aktivering
- Rådgivning, visitation, kontrol
- Planlægning og styring

Der er tale om et felt med mange faggrupper, der er kendetegnet ved arbejdsopgavernes karakter snarere end ved faggruppens eller institutionens kerneopgaver/kernefaglighed. Feltet knytter sig ikke til en bestemt faggruppe og en bestemt uddannelsesfaglighed.

### Om rusmidler og misbrug i grund- og videreuddannelser

I første omgang har vi set på, i hvilket omfang rusmidler og misbrugsproblemer er omfattet af offentlige grund- og videregående uddannelser på social- og sundhedsområdet samt politi- og fængselsfunktionæruddannelsen. Det er kendetegnende, at der ikke specifikt er formuleret uddannelsesmål eller læringselementer i forhold til rusmidler og misbrug. Nogle af uddannelserne omfatter fag eller kursuselementer, der tematiserer rusmidler og misbrug, fx politiuddannelsen og fængselsfunktionæruddannelsen, eller som selvstændige temaer på socialrådgiveruddannelsen eller som delområder af et fag på sygeplejerskeuddannelsen. I andre studieordninger har det ikke været muligt at finde henvisninger til rusmidler og misbrug.

Flere af de udvalgte uddannelser opererer således med uddannelsesmål, som bidrager til den professionelles organisatoriske og personlige kompetence, fx kommunikation og samtaleteknik, forståelse for den organisatoriske og strukturelle sammenhæng, man som social- og sundhedsansat indgår i, personlig holdningsafklaring, empati, tillid, respekt m.v.

Desuden opererer en række udvalgte master- og diplomuddannelser på social- og sundhedsområdet og det pædagogiske område med muligheder for at berøre misbrugsrelevante temaer i relation til bl.a. socialt arbejde, forebyggelse, udsatte grupper.

### Kompetencer på rusmiddelområdet

På baggrund af en interviewundersøgelse blandt nøglepersoner på rusmiddelområdet mener vi, at man kan tale om en kompetenceprofil på rusmiddelområdet. Profilen udtrykker den sammensathed af faglige, organisatoriske og personlige kompetencer, som arbejdspraksis fordrer af medarbejderne, for at de kan agere hensigtsmæssigt og kompetent i forhold til konkrete arbejdsopgaver på rusmiddelområdet.

En generel vurdering blandt de interviewede er, at faggrupperne savner en basisviden fra uddannelsen om rusmidler og misbrug , og at egne holdninger omkring rusmidler og indtræden i folks privatsfære derfor ofte blokerer for en intervention.

Kompetenceprofilen for de forskellige opgaver på rusmiddelområdet omfatter:

**PRIMÆR FOREBYGGELSE:** Kommunikation og engagereret og debatskabende formidling i forhold til unge, lærere og pædagoger i skoler og klubber samt en grundlæggende viden om rusmidler og misbrugets omfang, udbredelse og forbrugsmønster blandt unge. Det er tillige vigtigt at have kendskab til roller og normer i forskellige ungdoms- og festmiljøer, og om hvordan man påvirker dem.

**SEKUNDÆR FOREBYGGELSE:** Evner til at skabe kontakt og kommunikere med (potentielle) misbrugere med henblik på at fremme erkendelse og motivation til ændret forbrugsmønster, herunder at mestre motivationsfremmende samtaleteknikker til at kunne tale om livsstil og forbrugsmønster. Desuden kræves en specifik viden om misbrug, psykologi og adfærd hos misbrugere og kendskab til forskellige behandlingsformer samt viden om effekten af tidlig intervention og redskaber til identifikation af mistrivselssymptomer.

**BEHANDLING:** En *misbrugsfaglig bredde* i forhold til at tilrettelægge en målrettet behandlingsindsats med afsæt i klientens specifikke problemkompleks snarere end på baggrund af en behandlingsmæssig standard muliggør en kritisk forholden sig til egen praksis. Dernæst evnen til at tale og "samarbejde" med brugeren på hans eller hendes niveau og forudsætninger samt mestring af motivationsfremmende samtaleteknikker samt systematisk dokumentation af arbejdet og evaluering af egen indsats.

Der er forskellige vurderinger af behovene i relation til forskellige målgrupper (narko, alkohol, de tunge misbrugere). Nogle peger på behovet for mere solid terapeutisk fordybelse i evidensbaserede retninger (særligt kognitiv metode m.h.p. tilbagefaldsforebyggelse, systemisk familieterapi, Minnesota), mens andre forholder sig mere pragmatisk til eller ligefrem peger på faren ved, at behandlere i stigende grad skal være terapeuter. Atter andre peger på, at behandling af alkohol- henholdsvis stofmisbrug fordrer forskellige specialkompetencer, og at man skal være varsom med at betragte de to behandlingsområder under ét.

**STØTTE, OMSORG, KONTAKT, AKTIVERING, EFTERBEHANDLING:** En tværfaglighed og fleksibilitet svarende til den kompleksitet af sociale, økonomiske, psykiske og somatiske problemer, som socialt udsatte misbrugere ofte har, samt færdigheder vedrørende dokumentation, kvalitetsmåling og rapportering på lige fod med de krav og standarder, der også gælder for sundhedspersonalet. Det understreges, at arbejdet med de udsatte grupper ikke er et job for nyuddannede, da det fordrer brede erfaringsbaserede kompetencer i forhold til målgruppen, lovgivningen og "systemet", og det fremhæves, at der er behov for at få løftet de frivilliges videns- og færdighedsniveau for at kvalificere arbejdet mere målrettet – særligt i forhold til skadesreduktion, aktivering og kommunikation.

**RÅDGIVNING, VISITATION, KONTROL:**

fakta

**'DET NATIONALE UDVIKLINGSFORUM FOR AFHÆNGIGHED' – DNU** – har til formål at etablere en national uddannelses- og kompetencestrategi på rusmiddel- og afhængighedsområdet. Flere oplysninger på **www.dnu.dk**

**'CENTER FOR ALTERNATIV SAMFUNDSANALYSE' – CASA** – er et uafhængigt og tværfagligt analysecenter, stiftet 1986 af en kreds af forskere, som et alternativ til de eksisterende forskningsmiljøer og konsulentfirmaer. I dag er CASA organiseret som en almennyttig forening med knap 300 medlemmer. Flere oplysninger på **www.casa-analyse.dk**

## RUSMIDDELOMRÅDETS KOMPLEKSE INFRASTRUKTUR (SKEMA FRA CASA-RAPPORTEN, S.34)

| AKTØRER/OPGAVER | MÅL | STRATEGI/METODE | INSTITUTIONER | MÅLGRUPPE | FAGGRUPPER/PROFILER |
|---|---|---|---|---|---|
| Kommuner/ amter<br>Forebyggelse – Primær | • Mådehold i alkoholforbrug<br>• Undgå brug af narko<br>• Indsigt og viden | • Oplysning<br>• Projekter | • Skoler<br>• Klubber<br>• SSP | • Børn og unge<br>• Forældre | • Pædagog<br>• Lærer<br>• Konsul.(Forebyg./Pæd./SSP m.v.)<br>• Politi, læger m.v. |
| Kommuner/amter<br>Forebyggelse – Sekundær | • Undgå udvikling af yderligere misbrug<br>• Skadesreduktion | • Opsporing<br>• Motivation og erkendelse<br>• Rådgivning/ hjælp til behandling | • Almen lægepraksis<br>• Skoler og Klubber<br>• Daginstitutioner<br>• Hospitaler<br>• Forvaltning | • Unge og voksne med stort forbrug<br>• Børn og pårørende i familier med misbrug | • Almen lægepraksis<br>• Pædagog/Lærer<br>• Politi<br>• Socialrådgiver<br>• Sundhedspersonale |
| Kommuner/amter<br>Behandling | • Psykisk, fysisk og social rehabilitering<br>• Tilbagefaldsmestring og selvkontrol<br>• Afholdenhed<br>• Skadesreduktion | • Psykoterapeutisk, socialpædagogisk og medicinsk behandling<br>• Netværk og støtte<br>• Motivation og erkendelse | • Hospitaler<br>• Ambulatorier (off./privat)<br>• Rådgivningscentre<br>• Døgnbehandlings-institution (off./privat) | • Unge og voksne med misbrug<br>• Pårørende<br>• Familier | • Læge (psykiater)<br>• Psykolog<br>• Sygeplejerske<br>• Socialpædagog og -rådgiver<br>• Diakon, Ex'er, frivillig |
| Kommuner/amter<br>Støtte<br>Omsorg<br>Kontakt<br>Aktivering | • Stabilisering<br>• (Re-)integration<br>• Udvikling<br>• Skadesreduktion<br>• Øget selvhjulpenhed | • Opsøgende arbejde<br>• Sociale aktiviteter<br>• Støtte, praktisk hjælp<br>• Netværk og relationsudvikling<br>• Motivation og erkendelse | • Pleje/omsorgstilbud<br>• Aktivitetscentre<br>• Være-/kontaktsted<br>• Patientforening<br>• Herberg m.v.<br>• Selvhjælpsgruppe<br>• "Gaden" | • Sociale klienter med misbrug – ofte også psykisk og fysisk sårbare<br>• Plejekrævende ældre /handicappede med misbrug | • Socialpædagog og rådgiver<br>• Sygeplejerske<br>• Pleje- og omsorgs-uddannede<br>• Diakon, frivillig, ex'er,<br>• Praktisk uddannede |
| Kommuner/amter<br>Rådgivning<br>Visitation<br>Kontrol | • Øget selvforsørgelse<br>• Øget selvhjulpenhed<br>• Udvikling | • Rådgivning og samtale<br>• Ydelsesbevilling<br>• Visitation | • Forvaltning<br>• Institutioner med myndighedskompetence | • Sociale klienter med misbrug | • Socialrådgiver<br>• Sagsbehandler<br>• Misbrugskonsulent |
| Kommuner/amter<br>Planlægning<br>Styring | • Reduktion af misbrug<br>• Øget selvforsørgelse<br>• Øget selvhjulpenhed<br>• Bedre målopfyldelse | • Rusmiddelpolitik<br>• Organisatorisk udvikling og kontrol<br>• Kvalificering / kompetenceudvikling | • Kommunale, amtslige, og private institutioner /enheder på misbrugs-området. | • Unge og voksne med potentielt misbrug<br>• Professionelle på misbrugsområdet | • Ledere<br>• Konsulenter<br>• Misbrugskonsulent |
| Arbejdspladser/ virksomheder:<br>Vareproduktion<br>Serviceproduktion | • Afholdenhed og arbejdsfastholdelse<br>• Effektivitet, trivsel og sikkerhed | • Rusmiddelpolitik<br>• Opsporing<br>• Åbenhed og støtte<br>• Visitation til behandling | • Virksomheder – offentlige og private | • Medarbejdere med misbrug og deres familie | • Nøgleperson på virksomheden<br>• APPA-konsulent<br>• Ledere<br>• BST |
| Kriminalforsorgen:<br>Indespærring<br>Resocialisering | • Sikkerhed<br>• Afholdenhed<br>• Rehabilitering | • Kontrol, observation og overvågning<br>• Behandling<br>• Netværk og støtte | • Fængsler<br>• Pensionater<br>• Kriminalforsorgen i frihed | • Indsatte med misbrug<br>• Indsatte i behandling for misbrug<br>• Tilsynsklienter | • Fængselsfunktionær<br>• Læge/sygeplejerske<br>• Socialrådgiver<br>• Socialpædagog |

# fakta

## Undersøgelsen bygger på:

- **en indsamling og analyse af skriftligt materiale om et udvalg af offentlige uddannelsestilbud på grund-, diplom- og videre/efteruddannelsesniveau (socialrådgiver, pædagog, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent, lærer, læge, psykolog, fængselsfunktionær og politi) samt udvalgte offentlige og private efteruddannelser. Formålet er at bidrage til at svare på spørgsmålet: Hvad dækker de eksisterende uddannelser om rusmiddelproblematikken på nuværende tidspunkt?**
- **en interviewundersøgelse blandt nøglepersoner inden for forebyggelse, behandling, efterbehandling/omsorgsforanstaltninger, planlægning og arbejdspladsproblemer. Interviewundersøgelsen har omfattet 35 interviewpersoner, der er blevet udvalgt efter et væsentlighedskriterium. Formålet er at bidrage til at afdække kvalifikations- og kompetencebehov og svare på spørgsmålet: Hvilke kvalifikationer og kompetencer efterspørges der nu og i fremtiden inden for rusmiddelområdet bredt, når man medtænker nye jobfunktioner?**

**Rapporten fokuserer på at fremstille de eksisterende uddannelsesmuligheder set i forhold til de behov for kvalifikationer og kompetencer, som er kommet til udtryk i interviewundersøgelsen.**

**Der er lagt vægt på, at rapporten viderebringer de forskellige opfattelser og vurderinger, som er kommet til udtryk.**

Kommunikation og kontaktetablering – at kunne føre en ligeværdig samtale med klienten omkring misbruget og forsøge at skabe motivation for forandring – samt at kunne analysere og angribe klientens problemer bredt, herunder sammenhængene bagom klienten frem for kun at sagsbehandle individorienteret og symptombaseret.

**PLANLÆGNING OG STYRING:** Planlægning og styring af offentlige og private institutioner/forvaltninger på misbrugsområdet fordrer konkret og udviklingsorienteret viden på ledelsesniveau om rusmiddelområdet, kompetencer i forhold til organisatorisk udvikling samt kompetent medarbejderledelse i relation til de dilemmaer og konflikter medarbejdere oplever i arbejdet med misbrugere.

### Arbejdspladser og virksomheder

De centrale aktører i forhold til rusmiddelpolitik og -indsatser på arbejdspladser er nøglepersonerne på de enkelte arbejdspladser og APPA-konsulenterne i amterne. Nøglemedarbejderne er en uensartet gruppe med forskellig faglig baggrund og placering på arbejdspladsen, og derfor fremhæver flere de personlige kompetencer som afgørende.

Arbejdet som nøgleperson fordrer basiskompetencer i kommunikation og kontaktetablering, kendskab til rusmidler og deres virkninger, signaler på misbrug, misbrugerens psyke og adfærd samt viden om behandlingsmuligheder med henblik på formidling til kolleger med et misbrugsproblem. De samme minimumskompetencer skal ledelsen på arbejdspladsen besidde, vurderes det, da en synlig og vidende ledelse i forhold til rusmiddelpolitik og hjælpeforanstaltninger til medarbejdere, er afgørende for nøglemedarbejderne.

### Kriminalforsorgen

Fængselsfunktionærers fagkompetenceprofil rummer sundhedsmæssige, stofmæssige og sikkerhedsmæssige aspekter. I forhold til sundhed handler det om at kunne observere adfærd og genkende behandlingskrævende abstinenser. Stofmæssigt drejer det sig bl.a. om viden om forskellige stoffer, og hvordan de fremtræder. Sikkerhedsmæssigt går kompetencerne bl.a. på kendskab til mulige transport- og transaktionskanaler for stoffer i Kriminalforsorgens institutioner.

I relation til de stoffrie afdelinger fordrer arbejdet kendskab til den specifikke behandlingstilgang på afdelingen samt engagement og motivation til at arbejde mere socialpædagogisk med indsatte i behandling og med mindre vægt på sikkerhed og orden.

### Organisatoriske kompetencer

De organisatoriske kompetencer for medarbejdere på rusmiddelområdet er i grove træk fælles for de otte centrale arbejdsopgaver. (jf. skemaet side 11)Det drejer sig særligt om brede samarbejdsevner med feltets forskellige aktører og institutioner med henblik på at deltage i en koordineret og sammenhængende indsats i forhold til den enkelte misbruger og dennes forskellige behov, fx bolig, sygdom, økonomi og arbejde. En forudsætning herfor er kendskab til procedurer og praksis og "sprog" hos samarbejdspartnerne samt ikke mindst en positiv indstilling til et tværgående samarbejde omkring og med afsæt i klientens og dennes pårørendes ressourcer og behov.

### Personlige kompetencer

De personlige kompetencer er essentielle for medarbejdere på rusmiddelområdet. Det er egenskaber, som handler om at kunne omgås andre mennesker, behandle dem med respekt, værdighed og omsorg samt være tillidsvækkende og empatisk.

Personlig robusthed og rummelighed i forhold til at arbejde med "krævende" og "lidende" mennesker er også væsentligt. I tillæg til disse kompetencer peger enkelte institutioner også på betydningen af "åndelige" kompetencer, der beskrives som "*særlige menneskelige ressourcer og evner til at møde*

**Jonas K. Lindholm,** mag. scient.soc.
**Claus B. Olsen,** cand.adm. pol.

*mennesket der, hvor han/hun står og lade dem føle sig set og hørt*."
Refleksive kompetencer er også vigtige: Dels i relation til at ens egen person er det primære redskab i arbejdet. Styrket holdningsafklaring hos medarbejdere og nyuddannede er et vigtigt indsatsområde, vurderer interviewpersonerne.

### Ex-misbrugere

I undersøgelsen tegner der sig et billede af nogle generelle kompetencemæssige styrker og svagheder, der følger med et personligt erfaringsbaseret afsæt for et engagement på rusmiddelområdet. Den væsentligste kompetence er evnen til relationsbygning til misbrugere og brobygning mellem "dem" og "os"/systemet. Ex'eren forstår misbrugeren på grund af deres egen erfaringsbaggrund og kan bryde igennem benægtelserne og rationaliseringerne, og de repræsenterer et *"håb for, at det kan være anderledes"*.

Tidligere misbrugeres mangler i faglig henseende er et bredt kendskab til rusmiddelområdets institutioner og aktører, procedurer og regler, en bred viden om misbrug, metoder og målgrupper i hele feltet samt en evne til eksplicitering, almengørelse og professionalisering af egne erfaringer og dermed at kunne sætte egen viden og erfaring ind i en bredere teoretisk og praktisk kontekst.

### Erfaringer, strategier og behov

Afslutningsvis peges der på centrale erfaringer, strategier og behov i relation til uddannelse, efteruddannelse og kompetenceudvikling på rusmiddelområdet på tværs af forebyggelse, opsporing, behandling m.v.

Undervisning i misbrug og rusmidler på grunduddannelserne kan med fordel iagttage de centrale arbejdsopgaver og funktioner faggrupperne efter endt uddannelse kommer til at varetage i relation til forskellige misbrugere i feltet, herunder sætte fokus på "mødet med misbrugeren" – med henblik på at de studerende tidligt præsenteres for arbejdslivets forskellige kontaktsituationer med misbrugere.
Undersøgelsen peger på, at sundhedspersonale ofte er utrænede i kommunikation om misbrug og løsninger herpå, og at det kan hænge sammen med, at der er lav faglig status i at beskæftige sig med feltet, og at feltet er uddannelsesmæssigt underprioriteret.

Rusmidler og misbrug kan således ses som et centralt område – blandt flere – som skal indgå i de eksisterende brede grunduddannelser for de faggrupper, der arbejder på rusmiddelområdet, frem for at etablere en selvstændig grunduddannelse om rusmidler.

Der kan peges på to efteruddannelsesstrategier på rusmiddelområdet. Den ene går på længerevarende og ofte ekstern efteruddannelse med fokus på opbygning af enten grundkompetencer i bredden til at "være i feltet" eller specialkompetencer i relation til en specifik ydelse, metode eller målgruppe. Denne strategi genfindes i særdeleshed på behandlingsområdet.

Den anden strategi går mere målrettet efter kort, sagsrettet og praksisnær kompetenceudvikling på arbejdspladsen. Det er en strategi, der synes i vækst, og som bl.a. handler om specifik kompetenceudvikling i relation til arbejdspraksis, kollektiv læring, selvstændig pædagogisk styring, økonomi m.m., men som også afspejler et ønske om at levere et modspil til den eksterne efteruddannelse, som flere steder opleves som utilstrækkelig i forhold til institutionernes behov.

Spørgsmålet synes ikke at være, om der er et behov for efter- og videreuddannelse, men snarere om hvilken form for efteruddannelse, i hvilket regi, af hvilken varighed, til hvilken målgruppe og med hvilket indhold. Her bliver billedet straks noget sløret, for strategierne, ønskerne og behovsvurderingerne er forskellige – på samme måde som aktørerne, opgaverne og faggrupperne er det.

Der synes at eksistere et behov for at tilgodese alle faggrupper på tværs af arbejdsopgaver og uddannelsesgrad med henblik på kompetenceudvikling over en bred front frem for kun at satse på fx de kortuddannede eller mellemuddannede med en enkelt, samlende videreuddannelse på rusmiddelområdet.

I relation til fremtidige videreuddannelsesinitiativer vedrørende rusmidler og misbrug ville det også være oplagt at orientere sig i forhold til de eksisterende diplom- og masteruddannelser og overveje muligheder og behov for samarbejde om moduler vedrørende misbrug og rusmidler.

Endelig kan der peges på, at man for at kunne dimensionere efter- og videreuddannelsesforløb bør tilvejebringe et vidensgrundlag om det samlede antal medarbejdere beskæftiget i feltet, deres faglige baggrund og ansættelse.

### NOTER

1 Den offentlige indsats på alkoholområdet, udgivet af Indenrigs, Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen (2002).

2 Jonas K. Lindholm & Claus B. Olsen: Kompetence- og uddannelsesbehov på rusmiddelområdet – en indledende undersøgelse, CASA juli 2003. Rapporten ligger på www.casa-analyse.dk

Tema

**Thomas Lund**
Free-lance konsulent

# Profession i sigte?

CASA-undersøgelsen kan ses som partsindlæg i bestræbelserne på at præge uddannelserne på misbrugsområdet.

**AF THOMAS LUND,**

CASA`s undersøgelse (Kompetence- og uddannelsesbehov på rusmiddelområdet) dokumenterer, at der er behov for en masse kompetencer inden for misbrugsområdet, og at der foregår en masse kompetenceudvikling inden for området. Kompetencerne er en lang række af personlige, faglige og organisatoriske kompetencer, der kræves for at blive en kompetent behandler, forebygger m.m.. Den eksisterende kompetenceudvikling er et broget billede af lokale, regionale og landsdækkende initiativer.

En mulig konklusion kunne være, at alt så er i sin fineste orden. Det alsidige behov for kompetencer bliver dækket af et alsidigt udbud af kurser og uddannelser. Men det er ikke CASA´s konklusion. De skriver på s. 18 i rapporten:

”Spørgsmålet synes ikke at være, om der er et behov for efter- og videreuddannelse, men snarere om hvilken form for uddannelse, i hvilket regi, af hvilken varighed, til hvilken målgruppe og med hvilket indhold.”

Hvad betyder det? Ja, det betyder vel at det eksisterende udbud ikke er det rigtige, selvom man ikke har argumenteret herfor i undersøgelsen. Og når man skriver ”hvilken uddannelse”, så indikeres det at der bør være én uddannelse i stedet for den eksisterende variation.

Undersøgelsens konklusioner kan således tages til indtægt for oprettelsen af en formel, offentlig uddannelse inden for misbrugsområdet. En uddannelse, der giver uformel eller formel autorisation som ”misbrugsarbejder”.

Denne tolkning skal forstås i sammenhæng med at DNU (Det Nationale udviklingsforum) er opdragsgiver for undersøgelsen. DNU arbejder for ”at udvikle og etablere nye modulopbyggede og offentligt anerkendte uddannelser på differentierede vidensniveauer inden for-området”[1]. Ifølge deres hjemmeside er de allerede i gang med at planlægge en diplomuddannelse til start i februar 2004. I den kontekst er det ikke oplagt for CASA at konkludere at det eksisterende udbud af kurser og uddannelser er optimalt i sin differentiering. Det ville være at lægge gift ud for opdragsgiverens interesser. Og hvilke interesser er det DNU repræsenterer? DNU er opstået inden for organisationerne på alkoholområdet, men efter DNU afholdt en konference på Christiansborg i 2002 er også stofmisbrugsområdet repræsenteret. Endvidere er ministerier og uddannelsesinstitutioner repræsenteret.

DNU repræsenterer et mix af interesser, en fortolkning af interesserne kunne hedde: Medarbejdere og organisationer vil gerne højne arbejdsområdets status gennem en formel uddannelse, ja, måske ligefrem en autorisation. Ministerier vil gerne have indflydelse på dette amtslige område. Uddannelsesinstitutioner vil holde sig til, hvis der skal oprettes nye uddannelser.

En national uddannelse kan være et projekt, der kan samle disse grupperingers interesser. Når DNU på sin hjemmeside skriver: ”Ny undersøgelse giver nationalt grundlag for ny uddannelsesstrategi på rusmiddelområdet” - er det ikke en neutral konklusion, men et partsindlæg. Det er fuldt legitimt, men bør ikke afholde andre fra at gøre opmærksom på at udviklingen kan gå andre veje. Decentrale løsninger er også en mulighed.

1 www.dnu.dk

# Hvem arbejder på stofmisbrugsområdet?

Hvor svært kan det være at finde ud af hvem behandlerne er? Forskellige tilløb viste, at det faktisk er rigtig svært!

**AF BIRGITTE JENSEN**

At få kortlagt uddannelsesniveauet på området i dag ville være et naturligt sted at starte, når man skal undersøge behovet for uddannelse i fremtiden. I CASAs indledende undersøgelse kigger man imidlertid forgæves efter disse data. Man er dog fuldt bevidst om manglen, for en af konklusionerne i den indledende kortlægning er at: "Man bør tilvejebringe et vidensgrundlag om det samlede antal medarbejdere beskæftiget i feltet, deres faglige baggrund og ansættelse " og "Der er netop foretaget en sådan kortlægning på hjemløseområdet"[1].

At fremskaffe et overblik over hvem der arbejder på feltet med hvilke kvalifikationer har i første omgang ikke været en del af CASA's opgave. Man kan forestille sig flere gode grunde hertil: Man skal jo starte et sted og man kan jo ikke undersøge det hele på èn gang. At grunden også kunne være, at ingen i et velordnet og gennemregistreret samfund som det danske faktisk kan levere tal af en sådan pålidelighed at de kan danne basis for noget der ligner et overblik, forestiller de færreste sig vel. Skulle man ikke tro, at institutioner som Danmarks Statistik, Amterne, DanRIS, fagforeningerne og de faglige netværk nok skulle kunne kaste lys på den sag? Så let skulle det ikke være, viser det sig i denne artikel, hvor læseren tages med på den rundtur som STOF forsøgte sig med for at kaste lidt mere lys på sagen.

Første stop var Danmarks Statistik. Denne hæderkronede institution, som registrerer alt fra danskernes forbrug af grønsager (tomaten er mest populær), kæledyr (880.000 familier holder et eller flere kæledyr) og vielser (danskerne er de mest giftelystne i EU – samtidig har vi en andenplads i skilsmisser), måtte da have oplysninger om hvem og hvor mange der arbejder på stofmisbrugsområdet, hvilke uddannelser de har o.l. Og ganske rigtigt, for i forbindelse med den årlige indberetning til 'Den Sociale Ressourceopgørelse' indsender amter og kommuner oplysninger om bl.a. personale på institutioner for stofmisbrugere. Indberetningsskemaet – Skema 30 A – kan ses på www.dst.dk .

Oplysningerne var altså registreret, det krævede kun en speciel tabelkørsel – mod betaling – for at få overblik over personalet i de forskellige amter. Personalet opdeles efter arbejdsfunktioner, DISCO-koder, som ikke er det samme som fagbetegnelser, men en

ILL.:KIM LYKKE

## TABEL 1.

| | ADM. & LEDELSE | LÆGEARBEJDE | SYGEPLEJEARBEJDE | UNDERVISNING | PSYKOLOGARBEJDE | SOCIALRÅDG. | PÆDAGOGARBEJDE | SOCIAL OG SUNDHED | ANDET | IALT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HELE LANDET | 158 | 37 | 39 | 25 | 52 | 188 | 364 | 18 | 24 | 905 |
| KBH.s KOMM. - | 38 | 11 | 11 | 3 | 15 | 38 | 109 | 2 | 6 | 233 |
| FREDERIKSB. KOMM. | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 9 | - | 1 | 23 |
| KBH.s AMT | 14 | 7 | 1 | - | 1 | 13 | 25 | 2 | 3 | 66 |
| FREDERIKSBORG | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| ROSKILDE | 4 | - | 2 | - | 4 | 7 | 15 | 3 | 2 | 37 |
| VESTSJÆLLAND | 5 | - | - | 1 | 4 | 15 | 10 | 4 | - | 39 |
| STORSTRØM | 13 | 1 | - | 11 | 1 | 13 | 38 | 1 | 1 | 79 |
| BORNHOLM | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| FYN | 15 | 4 | 6 | 4 | 4 | 8 | 31 | 2 | 1 | 75 |
| SØNDERJYLLAND | 2 | 1 | - | - | - | - | 10 | - | - | 13 |
| RIBE | 18 | - | 2 | 4 | 9 | 16 | 28 | 1 | 5 | 83 |
| VEJLE AMT+ FREDERICIA KOMM. | 12 | 10 | 3 | - | 3 | 19 | 24 | - | 2 | 73 |
| RINGKØBING | 6 | - | 1 | - | 2 | 12 | 8 | - | - | 29 |
| ÅRHUS AMT | 9 | - | 2 | 1 | 8 | 10 | 13 | - | 1 | 44 |
| ÅRHUS KOM. | 10 | - | 3 | - | - | 17 | 15 | 1 | - | 46 |
| VIBORG | 7 | 2 | 7 | - | - | 10 | 14 | 2 | 2 | 44 |
| NORDJYLLAND | 1 | - | - | - | - | 5 | 15 | - | - | 21 |

* IKKE OPLYST

ILL.:KIM LYKKE

dansk udgave af en international klassifikation af arbejdsfunktioner. DISCO åbner mulighed for at sammenholde personer, der reelt udfører samme type arbejde, men ikke nødvendigvis tilhører samme fag eller har samme uddannelse. Tabellen viser antallet af fuldtidsbeskæftigede (årsværk), data indhentes via institutionerne og lønanvisningen og omfatter antallet af ansatte inden for hver DISCO-kode og deres samlede antal arbejdstimer pr. uge. Personalet er fordelt efter hvilken driftskommune/amt der ejer den institution de arbejder på.

### Hvad fik vi i nettet?

**TABEL 1**. Personale på institutioner for stofmisbrugere baseret på Danmarks Statistiks Sociale Ressourceopgørelse marts 2002. Fuldtidsstillinger (årsværk).

**'LEDELSE OG ADMINISTRATION'** dækker ledelse, administrativt arbejde og alment kontorarbejde.

**'SOCIALPÆDAGOGISK ARBEJDE'** dækker pædagogisk arbejde og omsorg samt pædagogmedhjælpere

**'ANDET'** dækker køkken, rengøring, vicevært og pedelarbejde.

Tallene er rundet op til hele decimaler og tal under 0,5 er ikke regnet med.

### Hvad smuttede gennem nettet?

Som det ses i Tabel 1. mangler der oplysninger om personalet på Bornholm og i Frederiksborg Amt. Der er ikke nogen forklaring på de manglende data, bortset fra at der tilsyneladende ikke har været brug for de indberettede tal før samkøringen af data til denne tabel, men DST vil undersøge det inden man går i gang med 2004-tællingen. Danmarks Statistik oplyser selv at tallene ikke er 100 % dækkende, men at det er svært at sætte mål på manglerne. Nogle mangler skyldes, at hver amtskommune selv skal sørge for at institutioner, de har aftale med, kommer med i tællingen. Institutioner uden en sådan amts-aftale skal ind via kommunen, men man har endnu ikke fundet sikre metoder til at få dem ind. Der indgår altså næsten ingen private institutioner i opgørelsen. Kun i oplysningerne for Ribe Amt er der registreret ca. 10 medarbejdere fra 'Anden privat ejerform med overenskomst' og 34 medarbejdere fra 'Privat, uden overenskomst'. Opgørelsen angår kun institutioner, d.v.s. der kan være ansat læger, psykologer o.a. i selve amtskommunen og de er ikke med. Dette kan være noget af forklaringen på, at til trods for at tabellen skal give overblik over det personale der arbejder med medicinsk behandling på stofmisbrugsområdet, så ser det ud som om der ikke er ansat læger i Roskilde Amt, Vestsjællands Amt, Ribe Amt, Ringkøbing Amt, Århus Amt og Kommune samt Nordjyllands Amt. Behandlingen kan også foregå uden at der er oprettet en institution og/eller amterne kan købe sig til pladser i andre institutioner uden for amtet.

Danmarks Statistik har altså tal for området. Men de er ikke landsdækkende, de private institutioner er så godt som fraværende og indberetningerne er ikke uden mangler.

### Hvilke oplysninger kan man få via DanRIS?

Danmarks Statistik kunne altså kun give et usikkert bud på hvem der arbejder på stofmisbrugsområdet, og manglede foruden to hele amter, næsten alle de private institutioner. Dem er der til gengæld oplysninger om i DanRIS, Dansk Registrerings- & Informations System, som er vores næste stop.

DanRIS er baseret på frivillige ind-

beretninger fra de enkelte institutioner, og systemet er derfor ikke landsdækkende endnu. På www.danris.dk kan man se hvor mange medarbejdere de enkelte institutioner har. De seneste tal, august 2003, viser, at der på dette tidspunkt var i alt 392 ansatte på de 33 institutioner der havde indberettet til DanRIS: 277 var behandlere (heraf var 122 ex-misbrugere), 43 var administrative medarbejdere og 72 ansatte var i kategorien 'Andet'.

Iflg. Mads Uffe Pedersen, CRF, er der usikkerheder forbundet med registeret p.g.a. mangelfulde indberetninger. For mindst 5 institutioner mangler data helt. I samarbejde med behandlingsinstitutionerne arbejdes der på at udvikle et pålideligt indberetningssystem, der også kan give oplysninger om behandlernes uddannelse, anciennitet m.m.. På sigt er der mulighed for at få mange oplysninger ad denne vej, specielt når DanRIS snart udbygges til også at omfatte alkoholbehandling og måske senere også den ambulante behandling, hvilket der er planer om. Men i øjeblikket er der ingen landsdækkende oplysninger om behandlingspersonalets uddannelsesbaggrund på de private behandlingsinstitutioner.

### Véd fagforbundene hvor deres medlemmer er ansat?

I stedet for at søge efter personaleoplysninger i centrale registre som Danmarks Statistik og DanRIS, som er baseret på indberetninger fra arbejdsgiversiden, kunne man måske forestille sig at der var noget at hente hos fagforeningerne. Kunne det ikke tænkes, at det i forbindelse med varetagelsen af medlemmernes interesser kunne være relevant for fagforeningerne at have styr på hvilke områder medlemmerne er ansat på?. Hvor mange læger, socialrådgivere m.fl. arbejder på stofmisbrugsområdet ? Følgende gennemgang viser i hvilken udstrækning man kunne få svar på disse spørgsmål ved at henvende sig til de fem fagforbund, som blev skønnet at have flest medlemmer ansat på området:

**SOCIALRÅDGIVERE** - www.socialrdg.dk
Dansk Socialrådgiverforening registrerer ikke hvilke områder deres medlemmer arbejder på.

**SOCIALPÆDAGOGER** – www.sl.dk og www.lfs.dk
Socialpædagogernes Landsforbund oplyser at 411 medlemmer arbejder på stofmisbrugsområdet.
Landsforeningen for Socialpædagoger, der organiserer medarbejdere fra behandlings- og botilbud for stofafhængige i Københavns Kommune, oplyser at ca. 100 medlemmer arbejder på dette specialområde.

**SYGEPLEJERSKER** - www.sygeplejersken.dk/dsr
Dansk Sygeplejeråd oplyser, at deres medlemsregister ikke er detaljeret nok til at trække oplysninger ud om ansættelsesområde.

**LÆGER –** www.laegeforeningen.dk
Lægeforeningens registreringsafdeling har ikke oplysninger om medlemmernes ansættelsesområde.

**PSYKOLOGER –** www.dp.dk
Dansk Psykolog Forening registrerer ikke ansættelsesområde i deres system.

### Hvad fik vi i nettet ?

Kun socialpædagogernes fagforeninger registrerer medlemmernes ansættelsesområde, og vi blev dermed så meget klogere at ca. 511 socialpædagoger arbejder på stofmisbrugsområdet ifølge disse kilder. Kontakterne til de fire øvrige fagforbund, der har flest medlemmer ansat på stofmisbrugsområdet, gav ikke noget i nettet. Om det er fordi disse oplysninger ikke anses for relevante i forhold til fagforeningernes arbejde eller om der er andre forklaringer får stå hen i det uvisse.

### Hvor mange medlemmer har de faglige netværk på området?

Næste stop på turen blev de faglige netværk som en del af medarbejderne på stofmisbrugsområdet i de senere år fundet sammen i. Hvad fik vi i nettet i fra de faglige netværk? Hvor mange medlemmer har de?

**SOCIALRÅDGIVERE:** I socialrådgiverforeningens regi er der forskellige faggrupper, bl.a. Alkoholfaggruppen med 111 medlemmer og faggruppen for Boformer for hjemløse med 97 medlemmer, men der er ingen faggruppe for stofmisbrugsområdet.

**SOCIALPÆDAGOGER:** 'Fagligt netværk for stofmisbrugsområdet' genopstod for ca. 11/2 år siden i SL regi (Socialpædagogernes Landsforening) og i foråret 2003 blev der valgt en bestyrelse på landskonferencen. Antallet af medlemmer er vokset fra 45 til nu ca. 120. Det er gratis at være medlem, og man kan tilmelde sig på www.sl.dk.
Netværket afholdt temadag d. 1.10.2003 om 'Det socialpædagogiske element i narkobehandlingen – hvad er det vi gør'? Der var 110 deltagere på temadagen, heraf 35 fra LFS (Landsforeningen for Socialpædagoger), som også i fremtiden vil blive inviteret til SL's netværksaktiviteter.
Maj måned 2004 afholdes der landskonference over 2 dage formodentlig på Fyn. Emne og program foreligger i januar/februar. Bestyrelsen vil bestræbe sig på at følge med i hvad der rør sig på området og tage det op på konferencer og temadage. Forslag fra medlemmerne om interessante emner modtages med glæde.
Netværksansvarlig er Kitt Andersen, ikka@ikast.dk
Der arbejdes på at etablere egen hjemmeside for netværket – den bliver tilgængelig via www.sl.dk

**SYGEPLEJERSKER:** 'Faglig sammenslutning af sygeplejersker beskæftiget med brug og afhængighed af rusmidler', forkortet: 'FS*4', er et forum, der foruden at fremme det kollegiale sammenhold, kan støtte medlemmerne i deres faglige udvikling. FS*4 vil bl.a. oprette en vidensbank, udsende nyhedsbreve, tilbyde undervisning, afholde møder og temadage etc.
FS*4 er stiftet 3.4.2002 og har over 100 medlemmer beskæftiget på ambulatorier, rådgivningscentre, institutioner, psykiatriske specialafsnit, skadestuer, herberger, fængsler, infektionsmedicinske afdelinger, alkoholenheder, forsorgshjem etc.
Det koster 200 kr. årligt at være medlem. Indmeldelse kan foregå via tids-

## TABEL 2.

| | ADM. & LEDELSE | LÆGER | SYGEPLEJERSKER | PSYKOLOGER | SOCIALRÅDGIVERE | SOCIALPÆDAGOGER | SOCIAL-& SUNDH. | EX'ERE | ANDET | IALT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **HELE LANDET** | 142 | 43 | 60 | 30 | 192 | 170 | 25 | 29 | 94 | 785 |
| **KBH.s KOMM.** | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * |
| **FREDERIKSB.KOMM.** | 3 | 1 | 1 | 1 | 15 | 3 | - | - | 5 | 29 |
| **KBH.s AMT** | 19 | 5 | 3 | 1 | 11 | 19 | - | - | 5 | 63 |
| **FREDERIKSBORG** | 19 | 8 | 11 | 5 | 17 | 27 | 8 | 4 | 15 | 114 |
| **ROSKILDE** | 5 | 1 | 5 | 5 | 7 | 7 | 2 | - | 7 | 39 |
| **VESTSJÆLLAND** | 18 | 3 | 5 | 3 | 26 | 13 | 6 | 2 | 6 | 82 |
| **STORSTRØM** | 4 | 2 | - | - | 3 | 7 | - | 3 | 4 | 23 |
| **BORNHOLM** | 1 | 1/2 | - | - | 21/2 | 1 | - | - | - | 5 |
| **FYN** | 13 | 5 | 12 | 2 | 8 | 26 | 4 | - | 11 | 81 |
| **SØNDERJYLLAND** | 7 | 1 | - | 1 | 22 | 12 | - | - | 8 | 51 |
| **RIBE** | 4 | 1 | 3 | - | 12 | 7 | 1 | 4 | 2 | 34 |
| **VEJLE** | 15 | 8 | 6 | 2 | 27 | 9 | 2 | 13 | 5 | 87 |
| **RINGKØBING** | 6 | 1 | 2 | 3 | 10 | 7 | - | 1 | 3 | 33 |
| **ÅRHUS AMT** | 11 | 2 | 3 | 6 | 11 | 12 | - | 2 | 12 | 59 |
| **VIBORG** | 14 | 2 | 6 | - | 10 | 7 | 2 | - | 9 | 50 |
| **NORDJYLLAND** | 3 | 2 | 3 | 1 | 10 | 13 | - | - | 2 | 34 |

**Personale beskæftiget på stof/rusmiddelområdet i amterne og Frederiksberg Kommune** (det har ikke været muligt at få oplyst tal for personalet i Københavns Kommune). Opdelt efter uddannelsesbaggrund. Tabellen viser antallet af ansatte. Kun for Århus drejer det sig om fuldtidsstillinger.

PERSONALEOPLYSNINGERNE FRA DANMARKS STATISTIK i Tabel 1 og en rundspørge til de amtslige misbrugscentre (se Tabel 2 ) om hvilke uddannelser deres medarbejdere har viste, ikke overraskende, at de fleste medarbejdere på stofmisbrugsområdet kommer fra de fem faggrupper der er omtalt i artiklen. Men også mange andre uddannelser var repræsenteret – bl.a.:
**Alkologer, Antropologer, Biologer, EDB-medarbejdere, Ergoterapeuter, Ex'ere, Farmakonomer, Fængselsbetjente, Gestaltaterapeuter, HK'ere/administrativt personale, Kommunalt uddannede, Køkkenledere, Lærere, Lærlinge, Plejere, Praktikanter, Præster, Psykoterapeuter, Pædagogmedhjælpere, Rengøringsassistenter, Social- & sundhedsassistenter, Social- & sundhedshjælpere, Økonomaer, Ansatte i aktivering, skånejob, flexjob o.l.** Hvis der findes flere faglige netværk end dem der er omtalt i det ovenstående vil vi meget gerne oplyses om det og bringe oplysningerne videre i næste nummer af STOF. F.eks. er Centerlederforeningen et fagligt forum for ledere af misbrugsbehandling. Foreningens formand er Jan Jørgensen, Ribe Amt, JanJ@ribeamt.dk
På området for frivilligt arbejde arrangerer Landsforeningen af Værestedet kurser og temadage for frivillige medarbejdere og ledere af værestedet. Foreningen udgiver bladet Den Grimme Ælling tre gangen om året. Yderligere oplysninger på www.vaeresteder.dk

skriftet 'Sygeplejersken' eller på netværkets hjemmeside: www.fs4.dk
Formand for FS*4s bestyrelse er Charlotte Fich, charlottefich@vip.cybercity.dk

**LÆGER:** 'Dansk Selskab for Addiktiv Medicin', en forening for læger der arbejder med misbrugsområdet, har eksisteret siden 1999. Selskabet har ca. 50 medlemmer. Dansk Medicinsk Selskab under Lægeforeningen har netop optaget Selskab for Addiktiv Medicin, som fik æren af at blive videnskabelige selskab nr. 100.

Udover arrangementer for selskabets medlemmer afholdes også temadage og konferencer, som er åbne for alle, f.eks. om det nye metadoncirkulære. Senest har selskabet 3.10.2003 arrangeret temamødet 'Stofbrugere med børn – hvad med de voksne?'(som vi bringer mere om i næste nummer af STOF), og d. 27. november holdtes temamøde om dødeligheden blandt stofmisbrugere.

Flere oplysninger på www.dsfam.dk.
Selskabets formand
er adm. overlæge Thomas Fuglsang, thofug@kabs.kbhamt.dk.

**PSYKOLOGER:** 'Fagligt selskab for misbrugsbehandling' er en faglig sammenslutning af psykologer, som arbejder inden for misbrugsområdet – enten med behandling af misbrugere eller med forskning inden for feltet. Selskabet blev dannet i 1994 og har bl.a. som formål at højne kvaliteten af det psykologiske arbejde med misbrugere og at indsamle og udveksle erfaringer inden for området m.h.p. at støtte medlemmerne i deres faglige udvikling, samt facilitere en generel metodeudvikling. Selskabet har ca. 80 medlemmer. Det koster 250 kr. årligt at være medlem, og der optages kun psykologer som er medlem af Dansk Psykolog Forening. Flere oplysninger om selskabet, aktiviteter m.m. på hjemmesiden www.misbrugsnet.dk
Selskabets formand er Peer Nielsen, peer.nielsen@misbrugsnet.dk

Undersøgelsen af hvilke faglige netværk der er på stofmisbrugsområdet viste, at ca. 120 socialpædagoger, 100 sygeplejersker, 50 læger og 80 psykologer er med i faglige netværk – Af de store faggrupper på området er det kun socialrådgiverne der ikke har et sådant netværk.

### De amtslige misbrugscentre må vide hvor mange der arbejder med ambulant stofmisbrugsbehandling

Danmarks Statistik får sine oplysninger fra amter og kommuner, der igen får oplysningerne fra institutionerne på stofmisbrugsområdet. Eftersom der helt mangler to amter i Tabel 1, og der i øvrigt viste sig at være flere usikkerheder i.f.m. indberetningerne til Den Sociale Ressourceopgørelse, var det nærliggende at gå direkte til kilden: At spørge de amtslige misbrugscentre om hvem der er ansat hos dem, og ad den vej få oplysninger om de medarbejdere der er på det ambulante behandlingsområde. Misbrugscentrene blev spurgt om hvor mange ansatte der var på stofmisbrugsområdet pr.1.8. 2003 og hvilke uddannelser de havde.
For nogle amter dækker tallene ansatte på rusmiddelområdet generelt, idet medarbejderne arbejder med både

**Birgitte Jensen**
er sociolog og redaktør på STOF

alkohol- og stofmisbrugsbehandling. Det gælder f.eks. Frederiksborg, Bornholm, Vestsjælland, Vejle og Viborg. Tallene er ikke direkte sammenlignelige, idet oplysningerne fra Århus Amt drejer sig om fuldtidsstillinger, mens man de øvrige steder opgør antallet af 'hoveder'. For lægernes vedkommende er deltids- og konsulentstillinger udbredt, hvilket f.eks. er oplyst for Bornholm, Ribe, Ringkøbing, Viborg og Nordjylland.
Hvor det har været muligt er administration og ledelse samlet i én kategori, social- og sundhedsassistenter og –hjælpere i én kategori.

### Hvad kom der ud af øvelsen 'Hvem arbejder på stofmisbrugsområdet'?

Øvelsen gav ikke ét svar på spørgsmålet. Alt efter hvor man spørger får man forskellige svar, og man kan ikke bare lægge de forskellige bud sammen for at få et overblik over området.
**TABEL 1**. fra Danmarks Statistik viser f.eks. at der er ca. 905 ansatte på området – lægger man dertil de tal for Bornholm og Frederiksborg Amt, der er med i Tabel 2, får man tallet 1.024 ansatte.
**TABEL 2.** med oplysninger fra de amtslige misbrugscentre viser at der er ca. 785 ansatte på området – lægger man dertil de tal for Københavns Kommune der er med i Tabel 1. får man tallet 1.018 ansatte.

Umiddelbart kan det se tilforladeligt ud at differencen på de forskellige opgørelsesmåder kun er på 6 medarbejdere, men faktisk kan man slet ikke kombinere tallene på denne måde, alene af den grund at Danmarks Statistik opererer med fuldtidsstillinger, mens næsten alle amtsoplysningerne (bortset fra Århus) handler om 'hoveder'.

Vi har fået nogle brikker til et puslespil, men alle tilløbene til at få oplysninger om behandlingspersonalet er udtryk for forskellige måder at indhente oplysninger på, og alle rummer usikkerheder og mangler:

### Danmarks Statistik

- Mangler to amter og har bortset fra Ribe amt ikke indberetninger om ansatte på private behandlingsinstitutioner.
- Registrerer ansatte på institutioner der udfører medicinsk behandling af stofmisbrug samtidigt med at det for flere amter angiveligt ser ud som om der ikke er ansat læger.
- Inddeler personalet efter arbejdsfunktioner (som er noget andet end uddannelse og fagbetegnelse) og kan derfor f.eks. ikke registrere hvor mange ex-misbrugere der arbejder som behandlere.
- Tallene i Tabel 1 fra Danmarks Statistik handler om fuldtidsstillinger, men er baseret på indberetninger fra institutionerne, hvor næsten alle opgør efter 'hoveder'. Man kunne forestille sig, at usikkerhederne ved opgørelserne, som ved al dataindsamling, ikke bliver mindre på deres vej fra institutionerne til den store registermølle.

### DanRIS

- Har kun oplysninger om de private behandlingsinstitutioner. De frivillige indberetninger er endnu mangelfulde, registret er ikke helt landsdækkende og indeholder endnu ikke oplysninger om behandlernes uddannelsesbaggrund (det vil det gøre i begyndelsen af 2004). – Til gengæld registreres om behandlerne er ex-misbrugere.

### Fagforeningerne og de faglige netværk

- Kun socialpædagogernes fagforeninger har oplysninger om hvor medlemmerne arbejder.
- Der er kun faglige netværk for fire faggrupper ud af mange flere på området, og dertil kommer, at man ikke kan sige noget sikkert om hvor mange der er med i netværkene i forhold til hvor mange der arbejder på feltet: Sammenholder man medlemstallet for netværkene for læger, sygeplejersker og psykologer viser det sig eksempelvis at der er flere medlemmer af netværkene end deres faggrupper er repræsenteret med i de to 'landsdækkende' tabeller, hvilket dels kan betyde at flere arbejder på feltet end det fremgår af tallene, at flere er medlem af disse netværk uden at arbejde på feltet eller at visse tilhørsforhold til feltet måske er blevet forbigået.

### Amterne

- Amternes oplysninger om personalet er ikke èntydige p.g.a. opgørelsesmetode (fuldtidsstillinger eller 'hoveder'), deltids- og konsulentstillinger samt det forhold, at medarbejderne i nogle amter arbejder med både alkohol- og stofmisbrugsområdet.

### Konklusion

Denne øvelse er kun en lille indledende undersøgelse, der viser hvor svært det er at få bare et øjebliksbillede af personalesituationen på stofmisbrugsområdet. Øvelsen er et her-og-nu-nedslag og kan ikke afspejle personalesammensætningen over tid, og heller ikke den udvikling der har været på området de senere år. Desuden indgår kriminalforsorgen, politi, retsvæsen, frivilligt socialt arbejde, sundhedsvæsen o.m.a. ikke.

Hvis man forsigtigt skulle vove en konklusion af den type, som på engelsk kaldes 'a guesstimate', så ville budet være, at der formodentlig er ansat lidt over 1.000 medarbejdere i den amtslige stofmisbrugsbehandling. Dertil kommer så ca. 400 medarbejdere på de private behandlingsinstitutioner.

Yderligere at 'Socialpædagogisk arbejde' (ifølge tabellen fra Danmarks Statistik) udgør den største gruppe, efterfulgt af 'Socialrådgiverarbejde', dog med det forbehold at socialrådgivergruppen faktisk viser sig større end gruppen af socialpædagoger i Tabel 2, som er baseret på oplysninger fra de amtslige misbrugscentre.
Det man med størst sikkerhed kan sige noget om er, at ca. 350 medarbejdere på stofmisbrugsområdet er med i et fagligt netværk.

1 CASA-rapportens side 80 henviser til Elbæk, Ole 2003: Kortlægning af uddannelsesbaggrund og efter-/videreuddannelse blandt medarbejderne på §94-boformer. Esbjerg: Formidlingscentret for Socialt arbejde.

Ofte benyttede ord i job annoncer på rusmiddelområdet

SCANPIX / LARS BAHL

# Hvilken *efter- og videre-* uddannelse får behandlerne?

Medarbejderne i den amtslige misbrugsbehandling gennemgår et meget varieret udbud af kurser, temadage, uddannelser og anden faglig opdatering.

**AF BIRGITTE JENSEN**

I STOF-forespørgslen til de amtslige misbrugscentre om hvilke uddannelser deres medarbejdere har, blev der også spurgt til hvilken efter-/videreuddannelse de har fået de sidste to år: Om det var interne eller externe forløb, for hele medarbejdergruppen eller mindre grupper, om der arrangeres introduktionskurser for nye medarbejdere o.l. Vi spurgte også om der var en uddannelsesansvarlig eller kontaktperson for området, og bad om at få kursusplaner eller andet relevant materiale tilsendt.

De besvarelser redaktionen har modtaget er meget forskellige, hvilket må ses som udtryk for at det også i virkeligheden er meget forskelligt hvordan uddannelsesdelen gribes an rundt omkring i landet. STOF-redaktionen takker for godt samarbejde med de uddannelsesansvarlige der har været behjælpelige i forbindelse med indsamlingen af oplysninger – vi håber denne lille øvelse kan give inspiration til mere debat om efter- og videreuddannelse. Nedenfor er hovedpunkterne fra de forskellige amters bidrag refereret.

## KØBENHAVNS AMT www.kbhamt.dk

Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS) blev etableret 1.9.2001 ved en fusion af de tidligere misbrugsinstitutioner i Københavns Amt. Aktuelt er en arbejdsgruppe i gang med en analyse af organisationens samlede behov for efter- og videreuddannelse. Gruppens arbejde har bl.a. betydet at man nu har et introduktionskursus til alle nyansatte: Kurset består af et 3- 4 dages program tilrettelagt af centerledelsen efterfulgt af lokal introduktion på afdelingsniveau. Det samlede program omfatter bl.a. dansk narkopolitik, lovgrundlaget, KABS værdigrundlag og målsætninger, organisation og virksomhedsplan, personalepolitikker, samarbejdspartnere, behandlingsmetoder, misbrugsstoffer, farmakologi og substitutionsbehandling, procedurehåndbog, brugerrettigheder, fysisk og psykisk arbejdsmiljø. Programmet understøttes af diverse skriftligt materiale, procedurebeskrivelser, artikler og anden litteratur.

Budgettet for videre- og efteruddannelse er delt i en central og flere decentrale puljer, som er udlagt til organisationens enkelte afdelinger. Adgang til videreuddannelse bevilges af centerledelsen og kan eksempelvis omfatte arbejdsgiverfinansieret deltagelse i Åben Uddannelse (pædagogseminarium), frikøb og betaling af terapeutisk uddannelse (gestalt, systemisk etc.), masteruddannelse på DPU.

Efteruddannelse er bl.a lederuddannelse på forskellige niveauer, projektlederuddannelse og en lang række amtslige og eksterne kurser og møder med fagligt indhold. F.eks er lægerne omfattet af overenskomstens krav om 10 dages betalt efteruddannelse pr. år. KABS har løbende deltagere på den regionale misbrugsuddannelse, men det overvejes hvorvidt man selv skal etablere en tværfagligt anlagt misbrugsuddannelse som f.eks. i Århus Amt.

En del af den faglige opdatering sker i form af interne møder og kurser. Tema-eftermiddage afholdes med mellemrum for det samlede personale med en aktuel og socialpolitisk vinkling af emner som: Klientgørelse, unge-identiteten, udbrændthed.

Virksomhedskonferencer afholdes typisk som heldagsmøder to gange årligt med fokus på målsætninger, handlingsplaner, organisationsudvikling, kvalitetssikring, produktionstal, interne projekter og rapporter.

**Kontaktperson for området er centerchef Thomas Fuglsang, thofug@kabs.kbhamt.dk.dk**

## FREDERIKSBORG AMT www.frederiksborgamt.dk og www.misbrugscentret.fa.dk

Introduktionskursus for nye medarbejdere er ved at blive planlagt.

**ROBUST PSYKE ★ NUANCERET LIVSSYN ★ FORMIDLENDE ★ KONTAKTSKABENDE★ FLEKSIBEL ★ ARBEJDSIVRIG ★ ENGAGERET ★ UDADVENDT ★ SAMARBEJDENDE ★ ANSVARLIG ★ STÅR FAST ★ RISIKOVILLIG ★ OVERBLIK ★ VEDHOLDENDE ★ LYTTENDE ★ VISIONÆR ★ IGANGSÆTTENDE ★ POSITIV LIVSINDSTILLING ★ LOYAL ★ OMSORGSFULD ★**

Strategi: Jobnær kompetenceudvikling, fælles læring på arbejdspladsen, d.v.s. gennem den almindelige, daglige praksis, erfaringsudveksling og supervision.

Interne kurser og kursusforløb prioriteres højt. Der er ansat personale til planlægning og afholdelse af kurser, bl.a. to i 2002: Et i Motivational Interviewing og et i ASI. Interne kurser er for såvel hele medarbejdergruppen som mindre grupper alt efter emne og behov – f.eks. har alle medarbejdergrupper fået kursus i voldsforebyggelse mens et IT-kursus var for medarbejdere med særligt behov.

Eksterne kurser samt efter- og videreuddannelse af medarbejdere og ledere er et supplement til den jobnære kompetenceudvikling og tager udgangspunkt i Misbrugscentrets behov.

Der er ikke opgørelser over hvilke eksterne efter- og videreuddannelsesforløb medarbejderne har deltaget i, men enkelte ledere, behandlere og forebyggere har deltaget i/gennemført diplomuddannelser inden for pædagogik og ledelse.

**Kontaktperson for uddannelsesområdet i Frederiksborg Amt er Jane Brinch, jabr@fa.dk, personaleudviklingskonsulent og koordinator for Personalepolitisk Udvalg, der har ansvar for planlægning af kompetenceudvikling på centret.**

## ROSKILDE AMT www.ra.dk

Introduktionskurser til nye medarbejdere tilrettelægges individuelt, og omfatter bl.a. besøg på amtets egne behandlingstilbud og hos kommuner, myndigheder og eksterne døgntilbud, som amtet samarbejder med.

Fastansatte medarbejdere tilbydes den regionale misbrugsuddannelse, og øvrige eksterne efteruddannelsesforløb tager primært sigte på systemisk eller kognitiv terapi.

Medarbejderne deltager enkeltvis eller i små grupper i kurser om f.eks.: Ingen er håbløs, Motiveringsarbejde – Unges misbrugskultur – Klienter med dobbeltdiagnoser – Konfliktløsning – Nada øreakupunktur – Substitutionsmedicin, virkninger og bivirkninger - Hepatitis - Sårbehandling, sårplejen og ernæringens betydning for sårheling.

Der holdes organisationsrelaterede kurser som sikkerhedskurser, MED-kurser, bogføringskurser og lederuddannelse.

Et nystartet døgntilbud har gennemført et omfattende undervisnings- og øvelsesforløb i systemisk terapi. Der arrangeres kursusdage på tværs af amtets fire selvstændige institutioner i mundtlig kommunikation, og der holdes temamøder med kollegaundervisning eller inviterede gæster om bl.a. metadonudlevering, socialpsykiatri og behandlingspsykiatri, psykisk syge med misbrug etc.

**Kontaktperson for uddannelsesområdet er misbrugskonsulent Svend Aage Hjelm, sfsah@ra.dk**

## VESTSJÆLLANDS AMT www.vestamt.dk og www.misbrugscentret.dk

I de sidste to år har alle centrets ansatte deltaget i et uddannelsesforløb om kompetenceudvikling.

Forløbet er beskrevet mere uddybende i artiklen på side 28. Udgangspunktet var efteruddannelse til alle og fælles referenceramme for hele organisationen. Efter en fælles introduktion til systemiske idéer om kommunikation, forandring m.m. fik de forskellige grupper i organisationen skræddersyede undervisningsforløb. F.eks. fik administrationsgruppen et assertionstræningsforløb, frontpersonalet arbejdede med klientkontakt og konfliktløsning, behandlergruppen arbejdede med forandring gennem samtale via øvelser og rollespil etc.

Studiegrupper på tværs af organisationen diskuterede litteratur, teoretiske begreber mm. Der blev ansat nye supervisorer, specialister i systemiske behandlingsmodeller, som kunne være med til at integrere begreber, metoder og teknikker i centrets eksisterende supervisionskultur.

Der er planlagt opsamlingskurser for nye medarbejdere og et team af interne undervisere skal på sigt overtage opgaven med at give nyansatte en grundig indføring i centrets anvendelse af systemisk teori og metode. Der er fortsat interne kurser m.h.p. at videreudvikle behandlingsmetoderne, ligesom den eksterne supervision fortsætter.

**Kontaktperson på området er centerchef Bent Jensen, BentJe@vestamt.dk**

## STORSTRØMS AMT www.stam.dk

I 2001 og 2002 deltog otte medarbejdere i Nada-uddannelse (øreakupunktur), to fik supervisionsuddannelser via Den Sociale Højskole i Odense og en gik i gang med en socialrådgiveruddannelse.

Enkeltvis har medarbejdere deltaget i følgende uddannelsesaktiviteter: Supervisionsuddannelse via Albatros, NLP Practisioner, NLP Kommunikations- og Coachinguddannelse, NLP Master, supervisionsuddannelse via HK, lederuddannelse via gestaltterapeut, Kommunom basisdel, Kommunom enkeltfag i psykologi, løsningsorienteret terapi via Solutions.

To medarbejdere har været på et kursus om medafhængighed via Vejviseren, to har deltaget i kurser på Den Sociale Højskole i København og en enkelt har deltaget i kursus via Bodynamic.

**Kontaktperson på uddannelsesområdet er Connie Buch Laursen, cbl@radstof.dk**

## BORNHOLMS REGIONSKOMMUNE www.brk.dk

Der er ca. 5 medarbejdere på rusmiddelområdet i Bornholms Regionskommune. I 2001 og 2002 deltog medarbejderne i et alkoholkursus.

**Kontaktperson for området er misbrugskonsulent Sven Lindahl, post@brk.dk**

## FYNS AMT www.fyns-amt.dk

Fyns Amts Behandlingscenter (FAB) iværksætter i efteråret 2003 en basisuddannelse for personale ansat i

voksenafdelingen (se også artiklen på side 35). Uddannelsen er modulopdelt med tre spor: Et som beskæftiger sig med kommunikations- og refleksionsprocesser ud fra en systemisk tænkning, et som beskæftiger sig med det relationelle – forholdet mellem klient og behandler ud fra objekt-relationsteorien - og endelig et mere blandet spor, hvor forskellige problemstillinger tages op, f.eks. motivationsarbejde, jura i misbrugsbehandling, kropsrelaterede metoder, medicin & stoffer, somatiske lidelser, formidling etc.

**Kontaktpersoner på området er centerleder Birthe Vorsum, bsv@fabv.fyns-amt.dk og Tor Sundberg, tsu@fabv-fyns.amt.dk**

## SØNDERJYLLANDS AMT www.sja.dk

Sønderjyllands Amts Misbrugscenter etablerede fra november 2003 et uddannelsesforløb for det samlede personale: 'Tværfagligt kursus i kognitiv terapi ved misbrug'. Kurset består af fire moduler med skiftende undervisere.

Modul 1: Introduktion, misbrugsparadigmer, evidens for struktur ved individuel og gruppebehandling. Modul 2: Strukturering og fokusering, motiverende samtaleteknik, forhandling om målsætning, registrering af trang. Modul 3: Den kognitive forståelse af personlighedsforstyrrelser, alliancevanskeligheder, færdighedstræning ved personlighedsforstyrrelser, kønsspecifik behandling. Modul 4: Dobbeltdiagnose, tilbagefaldsforebyggelse, misbrugsområdets anvendelse af kognitiv terapi, implementering.

**Kontaktperson for uddannelsesområdet er centerleder Lis Petersen, LisP@sja.dk**

## RIBE AMT www.ribeamt.dk

I 2001 og 2002 har medarbejderne deltaget i et internt uddannelsesforløb i kognitiv metode. Som en del af centrets uddannelsesplan gennemgår socialrådgiverne den regionale misbrugsuddannelse, og behandlingsmedarbejdere, som arbejder med tilbagefaldsbehandling, gennemgår et særskilt uddannelsesforløb heri.

To familiekonsulenter har gennemgået kursus i terapeutisk kontakt og to medarbejdere er startet på mere generelle uddannelsesforløb: Master i sundhedspædagogik og den sociale kandidatuddannelse.

Derudover har medarbejderne deltaget i korte undervisningsforløb og temadage, f.eks. om motivationsarbejde, socialpsykiatri og gravide misbrugere.

**Kontaktpersoner for området er centerleder Jan Jørgensen, JanJ@ribeamt.dk og souschef Niels Poulsen.**

## VEJLE AMT www.vejleamt.dk

I Vejle Amts Sociale Udviklingscenter (VASU) reviderer en uddannelses- og udviklingsgruppe løbende uddannelsespolitikken og planlægger interne uddannelser. Udviklingssamtaler indgår i.f.m. planlægning af kompetenceudvikling for den enkelte medarbejder, og center-tema-dage udgør en del af udannelses- og udviklingsprogrammet.

Centrets basisuddannelse består af følgende:

1. Alle nye medarbejdere gennemgår et introkursus i løbet af det første halve års ansættelse. Kurset introducerer bl.a. medarbejderne til VASUs opgaver, værdigrundlag og organisation, centrale forståelser af afhængighed, misbrug samt misbrugsbehandling og behandlingsmodeller samt faktuel viden om medicin.
2. Den regionale misbrugsuddannelse tilbydes medarbejdere med under to års erfaring inden for misbrugsbehandling.
3. En fælles intern efteruddannelse, 'Redskaber i den ambulante behandling', som indtil nu er afviklet med tre moduler: 1. modul (dec. 2001) omhandlede bl.a. psyko-social- og sygdomsforståelse, konkrete redskaber som anvendes i kognitiv og gestaltorienteret behandling.
   2. modul (sept. 2002) omhandlede principper, værktøjer og teknikker i den professionelle behandlingssamtale i h.h.v. den kognitive model, systemiske model og krop-gestalt modellen.
   3. modul (maj 2003) indeholdt emner som tilbagefaldsbehandling, den motivationsafklarende samtale, forandring og fastholdelse samt forskning.

**Kontaktperson for området er souschef Malene Fischer, post@vasu.vejleamt.dk**

## RINGKØBING AMT www.ringamt.dk

Ledelsesgruppen og samarbejdsudvalget i Stofbehandlingen i Ringkøbing Amt startede i efteråret 2002 på at udarbejde en kompetenceudviklingsplan for området. Baggrunden var bl.a. at Stofbehandlingen havde været præget af en relativ høj personaleudskiftning, hvilket betød at antallet af medarbejdere med få års erfaring og manglende efteruddannelse var stigende, mens antallet af erfarne medarbejdere var faldende.

Kompetenceudviklingsplanen dækker 2002 – 2007 og indeholder bl.a. følgende anbefalinger:

En konkret beskrivelse af Stofbehandlingens ydelser, opgaver, udviklingsprojekter mm.. - MUS-samtaler m.h.p. afklaring af medarbejdernes nuværende og fremtidige kompetencer og opgaver. - Matchning mellem Stofbehandlingens og medarbejdernes behov. – Tilrettelæggelse af uddannelsestiltag. – Løbende grunduddannelse for nyansatte og øvrige medarbejdere. – Kompetenceudvikling som en integreret del af det daglige arbejde ved at udbygge en 'lærings-holdning' og ved at holde fast i de tiltag der allerede fungerer: Kollegial supervision, sagsdrøftelser, følordning, litteraturklub, udviklingsdage, stop-op-dage m.m. På sigt også jobudveksling. – Erfarne medarbejdere som mentorer inden for deres område med forpligtelse til at undervise nyansatte. - Fastlæggelse af udviklingskonsulent-opgaver.

I 2002 startede forskellige uddannelsestiltag i Stofbehandlingen, bl.a. to dage med undervisning ved organisationspsykolog, 10-dages kursus for

OVERBLIK ★ VEDHOLDENDE ★ LYTTENDE ★ VISIONÆR ★ IGANGSÆTTENDE ★ POSITIV LIVSINDSTILLING ★ LOYAL ★ OMSORGSFULD ★ OPSØGENDE ★ BROBYGGER ★ SYSTEMATISK ★ MÅLRETTET ★ RESULTATORIENTERET ★ BESLUTSOM ★ EFFEKTIV ★ AKTIV ★ ENERGISK ★ ROBUST PSYKE ★ NUANCERET LIVSSYN ★ FORMIDLENDE ★ KONTAKTSKA-

nyansatte i kognitiv grunduddannelse med psykolog som underviser, to-dages kursus om psykodynamisk forståelse af stofproblematikken og tilbagefaldsstrategier.

Ovenstående oplysninger er indhentet hos tidl. leder af Stofbehandlingen, Henrik Dybvad Larsen.

**Kontaktperson for området er konst. leder af Stofbehandlingen, Martin Helfer, stofmh@ringamt.dk**

## ÅRHUS AMT

www.aaa.dk & www.aaam.dk

I 2002 afholdt Århus Amt Misbrugscenter (ÅAM) to to-dages introduktionskurser for nye medarbejdere med information om misbrugscentrets historie og interne organisering.
Samtlige ledere i ÅAM har gennemgået en modulopdelt lederuddannelse.

Alle behandlingsmedarbejdere har gennemgået en intern efteruddannelse i kognitiv terapi. I 2002 deltog 12 medarbejdere i et kursus om struktureret tilbagefaldsforebyggelse og samme år blev yderligere et internt uddannelsesforløb etableret: 'Den sociale Misbrugsuddannelse'. (Kursusforløbet er beskrevet mere udførligt i artiklen på side 32). I 2002 var 15 medarbejdere tilknyttet kursusforløbet der er modulopdelt med interne og eksterne undervisere inden for emner som kollegial supervision, realistiske målsætninger, dokumentations- og kvalifikationsprocedurer, klientinterview ved brug af ASI, brugerinddragelse, kognitive samtaleteknikker, psykiske og somatiske lidelser, sundhedsmæssig vejledning og skadesreducerende misbrugsstrategier.

**Kontaktperson for området er behandlings- og udviklingsleder Liese Recke, lr@mbc.aaa.dk**

## VIBORG AMT

www.viborgamt.dk

Viborg Amts Misbrugscenter undersøgte ved årsskiftet 2002/2003 medarbejdernes uddannelsesniveau og ønsker for efter- og videreuddannelse m.h.p. at etablere en intern efteruddannelse for alle ansatte.

Spørgeskemaundersøgelsen gav oplysninger om 42 medarbejderes deltagelse i efter-og videreuddannelsesforløb i perioden 1997-2002. Disse medarbejdere havde i perioden brugt 119 forskellige forløb (kurser, temadage m.m).

Undersøgelsen viste, at meget få

# HVAD ER EN DIPLOMUDDANNELSE?

- en efter-/videreuddannelse på bachelorniveau
- en funktionsrettet og overvejende teoretisk eksamensuddannelse
- en etårig uddannelse som udbydes på deltid over et selvvalgt antal år (dog højst seks)
- en modulopdelt uddannelse (seks moduler), hvor hvert modul kan betragtes som selvstændige uddannelsesenheder. Du kan sagtens deltage i ét modul i relevant efteruddannelses øjemed; men du kan også vælge at lade din deltagelse udgøre startskuddet til en hel diplomuddannelse.
- en fleksibel uddannelse, hvor der normalt er en del valgmuligheder
- en uddannelse, der opkvalificerer dig til dit nuværende job på et højt teori- og praksis niveau
- en effektiv vej i din karriereplanlægning
- en kvalificerende adgangsvej til en kandidat- eller masteruddannelse.
- en betalingsuddannelse i henhold til lov om Åben Uddannelse.
- europæisk konvertibel via ETCS-pointsystemet

Diplomuddannelser er videregående deltidsuddannelser for voksne og udbydes under lov om åben uddannelse. De kan bruges som videre- og efteruddannelse eller som overbygningsuddannelse. De indgår i voksen- og efteruddannelsessystemet for voksne, og er på niveau med de mellemlange uddannelser. **En oversigt over samtlige diplomuddannelser med angivelse af uddannelsessted og kort beskrivelse af indhold findes på www.vidar.dk.**

Oversigten revideres løbende af Rådet for Uddannelses- og Erhvervsvejledning. For medarbejdere på misbrugsområdet er de mest relevante diplomuddannelser inden for det sociale-, pædagogiske og sundhedsfaglige område samt indenfor ledelse. Uddannelserne udbydes med varierende indhold i et samarbejde mellem bl.a. seminarier, sociale højskoler og nogle af de i alt 23 Centre for Videregående Uddannelse (CVU).
Den Sociale Højskole i Esbjerg har arbejdet med uddannelse for stofmisbrugsbehandlere i ca. 10 år. Det startede med 'Efteruddannelse for stofmisbrugsbehandlere i Danmark', efterfulgt af 'Den Regionale Misbrugsuddannelse' og senest diplomuddannelsen.
Der arbejdes i øjeblikket på at udvikle otte nye diplomuddannelser på det sociale område, som forventes udbudt i samarbejde med de øvrige sociale højskoler. Indgangsmodulet forventes klar i første halvår af 2004.

**Birgitte Jensen**
er sociolog og redaktør på STOF

medarbejdere får samme viden, da der på langt de fleste efter- og videreuddannelsesforløb kun deltager én medarbejder fra centret. Resultaterne betød at man nedsatte en arbejdsgruppe til at udarbejde en uddannelsespolitik.

Aktuelt er Viborg Amts Misbrugscenter i gang med ansættelse af en del personale, dels p.g.a. en tidligere besparelsesrunde med ansættelsesstop og dels p.g.a. behandlingsgarantien. Alle nyansatte gennemgår de første tre uger et særligt introduktionsforløb der matcher jobfunktionen.

**Kontaktpersoner for området er centerleder Peter Hald og forebyggelseskonsulent Tina M. Larsen, misbrugscentret@vibamt.dk**

## NORDJYLLANDS AMT www.nja.dk

I Nordjyllands Amt får alle nye medarbejdere en introundervisning. MUS-samtalerne bruges til planlægning af karriere-, efter- og videreuddannelsesplan for den enkelte medarbejder.

Hvert år holdes fire temadage med vekslende emner, f.eks. unge hashmisbrugere. Dagbehandlingsmedarbejdere deltager i intern uddannelse og der arbejdes med team-building og kommunikation (undervisning). Der er uddannet 8 medarbejdere til Trainees i forhold til kvalitetsudvikling, 4 medarbejdere deltager på uddannelse i kognitiv terapi i Århus og hvert år deltager 6 medarbejdere på Den Regionale Misbrugsuddannelse.

**Kontaktperson på området er centerleder Jens Martin Hansen, jmha@fc.nja.dk**

## FREDERIKSBERG KOMMUNE www.fkrc.dk

På Frederiksberg Kommunes Rådgivnings Center (FKRC) gennemgår alle nyansatte medarbejdere et internt introduktionsforløb (ca. 14 dage), hvorunder de lærer FKRC's grundlæggende funktioner, tilbud, afdelinger samt de nærmeste samarbejdspartnere at kende.

Det tilstræbes, at alt (behandlings)-personale snarest muligt kommer på Den Regionale Misbrugsuddannelse.

Samtlige medarbejdere modtager ekstern supervision, som ikke regnes for egentlig undervisning, men som bidrager til at trække i samme retning: At vedligeholde eller opkvalificere medarbejdernes faglighed.

Den løbende uddannelse af medarbejderne er en blanding af fælles undervisningsaktiviteter for hele centret (eller de enkelte personalegrupper) og individuelle forløb, som købes 'ude i byen'. Aktiviteter før 2001 kan ses i FKRC's årsrapporter på www.fkrc.dk..

Af nyere fælles uddannelse kan nævnes undervisning i ændringsteorier, brush-up-kurser vedrørende den sociale lovgivning, kurser i forbindelse med ibrugtagning af nye edb-programmer m.v.

Der er nedsat et permanent uddannelsesudvalg, som løbende bedømmer kursusansøgninger, opsamler ønsker til fremtidig undervisning m.v.

**Kontaktperson for området er souschef Karin Raahauge, fkrc@fkrc.dk**

## KØBENHAVNS KOMMUNE www.kbhbase.dk

I Københavns Kommune er der 18 behandlingsinstitutioner, som enten er kommunale eller som kommunen har driftsoverenskomst/samarbejdsaftale med. Institutionerne har eget budget til efter- og videreuddannelse af deres personale og tilrettelægger selv efter- og videreuddannelsesinitiativer.

Institutionerne har forskellige opgaver, og der er forskellige personalekategorier ansat, hvorfor institutionernes uddannelsestiltag er temmelig varierende. For nye medarbejdere er der generelle introduktionskurser i Københavns Kommune, men aktiviteterne varierer fra institution til institution: Nogle har følordninger, andre holder introduktionsforløb i institutionen og andre igen har nye medarbejdere på eksternt kursus om stofmisbrugsbehandling. Uddannelse for hele institutionen finder sted, hvis der er tale om indførelse af nye behandlingsmetoder eller opdatering af viden i institutionen (f.eks. kognitiv metode, dobbeltdiagnoser), hvis der er særlige problemstillinger for brugerne/institutionerne, hvor det kan være relevant at alle deltager (f.eks. anger-management) eller hvis der er organisatoriske/administrative tiltag, der skal implementeres (f.eks. implementeringen af den lærende organisation). Uddannelsesaktiviteter for bestemte faggrupper har handlet om f.eks. administrationssystemer, arbejdsevnemetoden, DSH: 'Ingen er håbløs', praktikvejlederkursus og nye regler om førtidspension.

Individuelle efter- og videreuddannelsesforløb kan være deltagelse i seminarer, kurser og konferencer (f.eks. harmreduction konference, EATI-kurser) eller længerevarende uddannelsesforløb (f.eks. diplomuddannelser, kommunomuddannelse).

**Kontaktperson på området er fuldmægtig Alberte Bryld Burgaard, AlberteBryld.Burgaard@faf.kk.dk fra Kontoret for voksne med særlige behov.**

Tema

ILL.:KIM LYKKE

# Interkulturel kompetence

Misbrugsområdet rummer mange professioner og dertil knyttede opfattelser af stoffer, misbrug og behandling. Uddannelse kan give indsigt i andres tankegange og bagvedliggende rationale og dermed udvikle samarbejde og kommunikation.

**AF THOMAS LUND**

CASA`s undersøgelse: "Kompetence og uddannelsesbehov på rusmiddelområdet" giver en grundig indsigt i hvilke kompetencer, forskellige repræsentanter mener, man skal have inden for misbrugsområdet. En sådan "intern behovsundersøgelse" har den metodiske begrænsning at det let bliver en reproduktion af den eksisterende – og snævre – selvforståelse på området. Undersøgelsen kommer til at afspejle den umiddelbare hverdagsbevidsthed. En uddannelse derimod bør have ambitioner, der går ud over hverdagsbevidstheden. Med Poul Henningsens ord: "Nogle gange skal man give folk noget, de ikke vidste, de havde brug for". Her er nogle ansatser til hvad denne merviden blandt andet kunne være:

## Professionerne

Der er et væld af forskellige professioner repræsenteret inden for misbrugsområdet. Der er læger, sygeplejersker, socialrådgivere, ex´ere, alkohologuddannede, pædagoger m.fl. Anne Breumlund og Inger Bruun Hansen har beskrevet de forskellige professioners særlige styrker og kendetegn[1]. De konkluderer at det er meget forskelligt, hvordan professionerne stiller sig til terapi, systematik, forskning med mere. Det er ikke epokegørende viden, men det er viden som kan perspektivere daglige konflikter og holdninger. Det er ikke tilfældigt at ex-misbrugeren stiller sig skeptisk an over for forskningen – for hans/hendes særlige vartegn er erfaringen. Det er omvendt heller ikke tilfældigt at lægen bliver tiltrukket af evidensbaseret behandling – det falder nemlig fint i hak med de videnskabelige idealer inden for den medicinske verden. Dette er generaliseringer, og der findes selvfølgelig ikke et entydigt sammenfald mellem en generel professionskategori og den enkelte medarbejders holdninger. Ikke desto mindre kan en tilnærmelsesvis forståelse af de forskel-

**Thomas Lund**
Free-lance konsulent

lige professioners historiske og videnskabsteoretiske udspring være perspektiverende. Hvilke værdier, selvforståelse og grundlæggende holdninger knytter sig til professionen. En sådan indsigt vil bidrage til at forstå både ens egen og "de andres" tilgang til feltet. Uenigheder og konflikter undgås ikke, men der kan sættes begreb på konflikten, så den ikke forbliver et spørgsmål om enkeltpersoner og følelser.

### Organisatoriske kompetencer

Mads Uffe Pedersen fra CRF har beskrevet tre nødvendige kompetencer inden for døgninstitutionerne: Den mundtlige-, den skriftlige- og talkompetencen[2]. Hver især har de deres styrke i et behandlingsarbejde. Der er ikke en person eller faggruppe, der har alle kompetencerne, men tilsammen bør en institution kunne trække på de tre typer af kompetence.
Et uddannelsesmæssigt mål kunne være at belyse de tre kompetencers muligheder og begrænsninger i en behandlingsinstitution.
Det kan f.eks. godt være, at man som behandler synes, det er dødirriterende at skulle registrere brugeren fra ende til anden med tal, tal og atter tal. En indføring i talkompetencens muligheder og begrænsninger kunne give forståelse for meningen med tallene, men også give kritikken en ny dybde.

### Magtfuld formidling

Det er ikke altid nok at få indsigt. Hvis indsigten skal forandre noget, skal den formidles på magtfuld vis.
Katrin Hjort er lektor på RUC og påpeger mange socialarbejderes manglende evne til at begå sig i den "moderniserede offentlige sektor"[3]: "*Idealerne om det autentiske menneskelige møde og den ligeværdige dialog, empati og næstekærlighed konfronteres med universer, hvor de bærende værdier ikke defineres i etiske termer… men med begreber, der refererer til et pragmatisk-instrumentelt eller konkurrenceorienteret rationale; effektivitet og ineffektivitet…*"
Den interkulturelle kompetence skal også gælde vertikalt i organisationen. Medarbejdere skal forstå og kunne gøre sig forståelig overfor juristen og økonomen i forvaltningen, lederens fortolkning af politikernes interesser, pårørendeforeninger m.fl. Det kræver en politologisk bevidsthed. En bevidsthed om interessevaretagelse, positionering og forhandling. Igen kan man forstå det som en interkulturel kompetence: at man kan sætte sig ind i andre kulturer for mere hensigtsmæssigt at kunne kommunikere med dem.

### Brugerkulturer

Helt centralt i en uddannelse inden for misbrugsområdet må selvfølgelig være en indsigt i brugerkulturer. Brugerundersøgelse – f.eks. Steffen Jönckes - repræsenterer én måde at få indsigt i brugeres erfaringer, ønsker og værdier[4]. Igen er det muligt at perspektivere dagligdagens konflikter ud fra de forskellige tilgange henholdsvis brugere og behandlere har. Et perspektiv der måske ikke blot kan forbedre kommunikationen, men måske også forandre rammerne for kommunikationen. Det er jo ikke sikkert at den – eksempelvis - tildelte time hver anden uge i et 8 kvadratmeters kontor er den optimale "kommunikation".
For at få indsigt i kommunikationen mellem bruger og behandler kan man også søge i mere teoretisk retning. Man kan blive klogere på det sundhedsfaglige begreb compliance, eller man kan læse om magtrelationer mellem klient og system.

### Afslutning

Når man spørger medarbejdere, hvad de godt kunne tænke sig at lære, svarer de ofte: flere metoder og værktøjer. Det skal selvfølgelig også til. Men artiklen her argumenterer tilligemed for teori. Teori behøver ikke at være tykke bind med støv på, som en del medarbejdere alligevel aldrig får tygget sig igennem. Teorier kan præsenteres kort og fyndigt, mundtligt, ved billeder og metaforer… og så kan man også læse udvalgte bidder.

For at teorien skal berige praksis, er det oplagt at kombinere den med cases fra hverdagen, videooptagelser af behandlingssekvenser, opgaver, rollespil, fremlæggelser osv. Læringen er så når den enkelte bygger sin egen bro mellem sin konkrete hverdag og det nys tilegnede overblik. Det er uddannelsens opgave at skabe rammer for denne brobygning.

1 *Alkoholmisbrugsbehandling i tre jyske amter.* Aalborg Universitetsforlag 2003.
2 *Stofmisbrugere før, under og efter døgnbehandling.* CRF 2000.
3 *Moderniseringen af den offentlige sektor.* RUC 2001.
4 *Brugererfaringer.* Københavns Kommune 1997.

# Kompetenceudvikling Misbrugscentret Vestsjællands Amt

Udvikling af kompetence i sociale organisationer er en kompliceret proces, hvor forskellige kontekster hver især har indflydelse på resultatet. I artiklen beskrives hvordan kompetenceudvikling blev grebet an i Vestsjællands Amts Misbrugscenter, hvor 60 ansatte deltog i et to-årigt forløb.

**AF CENTERLEDER BENT JENSEN OG KONSULENTERNE MOGENS FRANDSEN OG JAN KORZEN**

Med udgangspunkt i systemisk teori og metode bliver relationer centrale for al udvikling af kompetence. Læring er ikke alene et spørgsmål om viden, men også om hvordan viden integreres og omsættes til praksis.

En organisation er et kæmpenetværk af samtaler der foregår på kryds og tværs imellem alle ansatte op og ned i hierarkiet. Brugerne udgør et andet netværk af samtaler, og imellem disse to netværk opstår et 3. netværk.

At udvikle kompetence i en sådan model implicerer derfor også mange andre faktorer end tilførsel af relevant viden. F.eks har ledelsestænkning, ledelsesudøvelse, delegation af kompetence, daglig organisering m.m. stor indflydelse på, om det lykkes at integrere den nyerhvervede viden. Hertil kommer, at disse faktorer er medskabende af den samarbejdsånd der hersker, den oplevede arbejdsglæde, den enkeltes engagement, de forskellige stemninger der opstår, motivation til at løse konflikter osv. - en række lidt uhåndgribelige begreber som dog hver især har stor betydning for effekten af læring og implementering.

Det er meget komplekse størrelser der arbejdes med og derfor er det også nødvendigt at anvende en teori der kan håndtere denne mangfoldighed. I den systemiske teoridannelse er der en række anvendelige ideer som kan give organisationer et værktøj til at arbejde med læring, udvikling og forandring som ikke er fagspecifik. Man kan kalde det en meta-teori fordi den handler om at lære hvordan man lærer.

## FAKTA

**DEN SYSTEMISKE INDFALDSVINKEL** har sine rødder i forskellige former for systemteoretiske og kommunikationsteoretiske principper og er bl.a. inspireret af antropologen og kommunikationsteoretikeren Gregory Bateson. Batesons centrale idé er kontekst-begrebet, der indeholder den på én gang enkle og komplicerede idé, at intet fænomen kan forstås ud fra

sig selv, men kun i sammenhæng med sin kontekst. En anden pointe er, at nutiden afhænger af (perspektivet på) fremtiden og ikke af fortiden – historien om fortiden er med til at skabe perspektivet på fremtiden. Sproget tillægges stor vægt, da det er gennem sproget vi skaber os selv og de

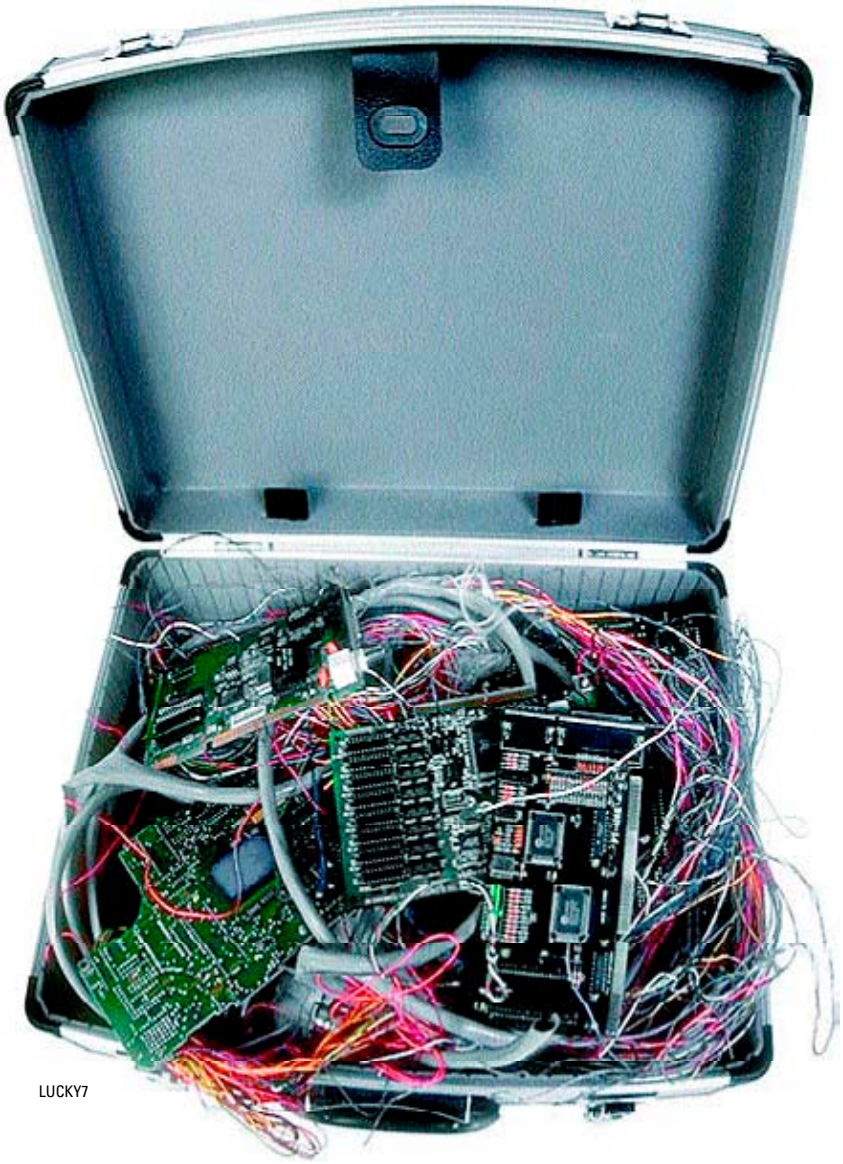
### Fra bund til top – alle skal med

Alle grupper i organisationen skulle have et tilbud om efteruddannelse der modsvarede deres individuelle funktion. Hele organisationen skulle have en saltvandsindsprøjtning som var noget ud over det sædvanlige. Derfor skulle projektet løbe over en to-årig periode så både kvantitative og kvalitative ønsker ville kunne opfyldes.

Da kompetenceudviklingsprojektet gik i gang havde Misbrugscentret i Vestsjællands Amt ca. 60 ansatte, placeret i fem forskellige byer i amtet. Organisationen arbejder med både alkohol- og stofmisbrug og der er mange forskellige fagligheder repræsenteret. Den interne struktur baserer sig på forskellige funktioner:

1. Administrationsgruppe.
2. Frontpersonale der som hovedopgave tager sig af medicinudlevering.
3. Behandlere som arbejder med udvikling og forandring via samtaler.
4. En række personer og projekter med særlige opgaver.
5. Ledergruppen på 5 medlemmer heriblandt en læge.

Formålet med forløbet havde flere perspektiver og blev tilrettelagt med inspiration i systemisk tænkning. Kon-



LUCKY7

sulentfirmaet MRU – Menneskelig Ressource Udvikling - forestod den konkrete udarbejdelse af projektet og undervisning igennem hele forløbet. Både i arbejdet med organisationen, med ledelsen og med behandlere, frontpersonale og administrationsfolk blev der taget udgangspunkt i systemiske ideer. Der blev udarbejdet en projektbeskrivelse som blev godkendt i "Med-udvalget". Desuden blev det besluttet at hele uddannelsesforløbet skulle foregå i en åben proces som blev fulgt af "Med-udvalget", og at der skulle indlægges fælles "stop-op-dage" for alle medarbejdere hvor forløbet kunne evalueres og evt. justeres.

## Succeskriterier

Formålet med kompetenceudviklingsprojektet havde flere perspektiver:

1. At skabe en fælles referenceramme for hele organisationen, på tværs af grunduddannelse og funktion.
2. At maksimere sammenhængen imellem organisationsudvikling og kompetenceudvikling.
3. At øge opmærksomhed og bevidsthed på den enkeltes faglige og personlige ressourcer.
4. At alle medarbejderne tilegner sig relevant teoretisk viden.
5. At alle medarbejderne integrerer metoder og teknik der er relevant for deres funktion.

Uddannelsen blev derfor planlagt på en sådan måde, at der blev arbejdet på alle organisatoriske niveauer samtidig, ud fra hver gruppes specifikke funktion og behov.

## Målrettet undervisning

Hele organisationen blev til en start grundigt introduceret til den fælles referenceramme hvor de systemiske ideer om kommunikation og erkendelse var på dagsordenen. Der blev også undervist i en systemisk forståelse af organisation og forandring – herunder læringsperspektivet. Herefter blev fokus rettet mod de specifikke funktioner.

**Ledergruppen** afholdt ledermøder med deltagelse af konsulent hvor systemiske organisatoriske ideer blev introduceret og integreret i ledergruppens løbende arbejde.

**Administrationsgruppen** arbejdede specielt med teamudvikling på et systemisk grundlag med henblik på at styrke gruppens samarbejde samt at afklare og fordele arbejdsopgaver. De gennemgik endvidere et assertionstræningsforløb.

**Frontpersonalet** havde et særligt fokus på klientforståelse og klientkontakt herunder konfliktløsning. Endvidere blev der arbejdet med udgangspunkt i hverdagens konkrete problemstillinger.

**Behandlergruppen** blev undervist i forskellige skoleretninger indenfor den systemiske referenceramme, med henblik på at arbejde med forandring igennem samtale. På de enkelte kursusdage blev der arbejdet med forelæsning, gruppe- og plenumdiskussioner, øvelser og interviewtræning via rollespil.

Der blev også etableret studiegrupper på tværs af organisationen som mødtes tre timer hver måned for at diskutere den udleverede litteratur, teoretiske begreber m.m.. Disse tværsammensatte grupper havde det sekundære formål at styrke en fælles identitet og tilknytning.

Yderligere blev der ansat nye supervisorer, som var specialister i systemiske behandlingsmodeller, så der i Misbrugscentrets eksisterende supervsionsstruktur kunne arbejdes med at integrere begreber, metoder og teknikker.

## Konsulenternes overvejelser om kompetenceudvikling:

### Læring sker i mange kontekster – på mange måder

Kompetenceudvikling er mere krævende at deltage i, end de fleste forestiller sig. Organisatorisk læring foregår i mange forskellige kontekster samtidig, så i virkeligheden er kompetenceudvikling i organisationer, som arbejder i det sociale felt, i lige så høj grad organisationsudvikling. Hvis de ansatte skal forbedre deres arbejdsindsats skal organisationen i samme udstrækning forbedre de forudsætninger den enkelte har for at udføre sit arbejde optimalt. Det nytter f.eks. ikke at delegere mere kompetence til den enkelte behandlergruppe uden at der tillige arbejdes med gruppens evne til at samarbejde og koordinere.

I den organisatoriske kompleksitet vil indsatsen på et enkelt område altid have indflydelse på mange andre områder, og i dette virvar af sammenhænge er det meget let, utilsigtet at lægge forhindringer i vejen for udvikling og forandring.

**Det organisatoriske liv - den 1. kontekst.** I vores arbejde med kompetenceudvikling beder vi derfor altid om, at organisationen undervejs i forløbet giver sig tid til at kikke på sig selv. Evaluere og justere mål og visioner, forhandle nye samværsformer, undersøge sine resultater og eksperimentere med nye ideer. Vi ser disse organisatoriske forhold som den overordnede kontekst.

I denne del af processen, som vi kalder Stop-Op dage, bruger vi værdsættende metoder. Vores grundhypotese er, at udvikling fremmes når vi i fællesskab finder frem til det der lykkes, og efter en analyse heraf bliver bevidste om de mekanismer vi mestrer og som skaber gode resultater.

Denne måde at arbejde på er et alternativ til problemtænkningen, hvor man taler om hvilke vanskeligheder man har og analyserer dem for at finde årsagen. Vi har mange erfaringer, som peger i retning af, at jo mere vi taler om problemerne, desto større bliver de og desto mere tynges vi af dem. Det er meget mere og kreativt og lærerigt, i stedet for at tale om problemet så at tale om hvordan det vil se ud når problemet er løst.

Mark Twain har sagt: "Mit liv har været fuld af problemer, men der var ikke så mange der blev til noget". De fleste af os kan nok, når vi ser tilbage i tiden, sige nøjagtig det samme, så hvorfor ikke begynde at bruge denne viden aktivt.

En anden af de ting vi prioriterede højt i dette projekt var at skabe en fælles identitet. Organisationens opbygning med små grupper placeret rundt omkring i Amtet skaber en naturlig grobund for at hver gruppe udvikler egen kultur og egen identitet. Det kan let betyde at der opstår modsætningsforhold imellem de enkelte grupper – eksempelvis i form af rivalisering eller konkurrence som næppe kan undgå i en eller anden grad, at tage fokus væk fra arbejdet med brugerne.

**Ledelsestænkning og ledelsesudøvelse er den 2. kontekst.** I dette felt arbejder vi overordnet med at præsentere lederne for systemiske ideer om forandring og organisatorisk læring. Et godt eksempel herpå er domæneteorien som en ansporing til at blive mere bevidst om forskellige ledelsesmæssige måder at agere på. Hvornår skal man som leder strukturere, anvise og fastholde mål og retning og hvornår vil det være relevant at skabe rum for refleksion og kreativitet. Sagt med andre ord: Produktledelse hvor lederen handler, er direkte styrende og træffer beslutninger, over for procesledelse hvor opgaven er at skabe tydelige rammer for andres handlinger.

Her arbejdes også med ledergruppens indbyrdes samarbejde med henblik på at udvikle kapaciteten til at træffe kvalificerede beslutninger som bygger på en cirkulær forståelse af de konkrete organisatoriske problemstillinger. F.eks. ved sammen at træne i at reflektere, få øje på de cirkulære mønstre og sammenhænge og nysgerrigt undersøge hinandens synspunkter, før man bestemmer sig for hvad der skal gøres.

**Medarbejdergruppens indbyrdes relationer er den 3. kontekst.** I alle samarbejdsgrupper forekommer der perioder, hvor gruppen oplever vanskeligheder af forskellig art: Samarbejdsproblemer, manglende motivation, oplevelsen af ikke at slå til , "vi kommer ingen vegne, det nytter jo ikke noget", destruktiv konkurrence i forhold til andre grupper, mytedannelse og sladder. Kompetenceudvikling er i sig selv en god medicin i forhold til sådanne problemer, men vi ser også at der er en magisk grænse for gruppens oplevede vanskeligheder i forhold til at tilegne sig ny viden. Når man nærmer sig denne grænse er det nødvendigt at bruge ressourcer på at arbejde med disse forhold. Sigtet hermed er ikke at løse gruppens problemer, men derimod at skabe en forståelse af hvad disse problemer betyder for udvikling af nye kompetencer. Og så er det en god sidegevinst hvis gruppen oplever at der tilligemed sker ændringer på andre områder.

**Det individuelle omhandler den 4. kontekst.** Mange oplever, at når man lærer noget nyt skal man forkaste noget af det gamle. På den måde kan kompetenceudvikling komme til at medføre oplevelsen af et tab for den enkelte. Når man lærer noget om, hvordan man skaber udvikling og forandring i forhold til andre mennesker, kan der implicit ligge et krav til den enkelte om, at skulle gøre noget andet end det man tidligere har gjort. Her er tale om mere end konkret viden. I en gammel samurai historie beskrives den perfekte kriger som en person hvis sværd fremstår som en forlængelse af armen. Et godt billede på den optimale integration af færdighed.

I vores undervisning arbejder vi ofte med særligt konstruerede øvelser for

**Bent Jensen**,Centerchef på Misbrugscentret i Vestsjællands Amt. Konsulenterne **Mogens Frandsen og Jan Korzen**, som har forestået kompetenceudviklingsprojektet kommer fra firmaet MRU – Menneskelig Ressource Udvikling. MRU baserer sit arbejde på systemisk teori og metode og har eksisteret siden 1988. **www.mru.dk**

at skabe træningssituationer hvor man kan gøre sig erfaringer med at omsætte teori til praksis. Vi taler i plenum om de individuelle erfaringer, så man kan lære af hinanden og med hinanden og vi tilpasser næste skridt efter det foregående.

Endvidere inddrager vi i vores undervisning mesterlærepincippet, ved at vise videoklip hvor der arbejdes ud fra forskellige teoretiske principper og med forskellige problemstillinger. Vi arbejder også med demonstration i plenum, for at anskueliggøre hvordan en given metode kan forvaltes. Vi har ikke en forventning om at alle skal arbejde på den samme måde, men det er vores erfaring at disse input skaber en god fornemmelse for hvilken retning man skal bevæge sig i.

### Et ledelsesperspektiv på processen – centerchefen ser tilbage:

Hvad er resultaterne af vores anstrengelser? Når jeg som centerleder ser tilbage på den proces vi har været igennem, er det som at se en drøm der er gået i opfyldelse.

Det jeg har været særlig spændt på i projektet har været, i hvor stor grad den enkelte medarbejder ville tage fra. Som ledelse kan vi tilbyde en uddannelse, men vi kan jo ikke på forhånd være sikre på, at den viden der tilbydes også vil blive brugt. Vi kan give et redskab til at udføre opgaven, men vi kan ikke bestemme hvordan den udføres i praksis.

I vores møde med brugeren har vi alle et fælles grundlag som er tilpasset den enkeltes særlige funktion. Vi kender til den systemiske måde at tænke og analysere på og vi kender de samme begreber så vi er i stand til at samarbejde og koordinere meget mere målrettet. Der en ingen tvivl om at disse ideer har bidt sig fast. De bruges i mødesammenhænge, i brugerarbejdet, i vores daglige samtaler med hinanden.

### Flere sidegevinster

En anden ting som har overrasket er, at på trods af de mange timer der er brugt på uddannelsen, har medarbejderne været i stand til at klare de faglige opgaver. Det ser ud til, at den gensidige forståelse, og det større overblik tilsammen har skabt et større overskud.

Der er ingen tvivl om at medarbejderne er blevet mere selvstændige. Mange af de ting man tidligere kom til ledelsen med klarer man nu selv, så dette er en sidegevinst der virkelig har givet noget til organisationen.

Vi er også blevet meget mere bevidste om at vi ikke kan tillade os at være for private i arbejdet fordi vi så nemt kan komme til at modarbejde hinanden. Vi har fået formuleret et fælles teoretisk udgangspunkt – derved har vi skabt er stærkt grundlag for vores arbejde med misbrugere, og internt har det betydet, at vi undgår mange af de konfliktfyldte situationer om hvordan, og hvad, vi er sammen om hos os.

### Hvordan arbejder ledergruppen nu?

I ledergruppen har vi integreret en række af de systemiske ideer i vores tænkning og vores måde at arbejde på.

Vi har opdaget at det at reflektere, er at tænke sammen uden at gardere sig med et nej eller andre former for forbehold. I det øjeblik man skal tænke videre i et udsagn, sker der det, at den andens synspunkt bliver en del af det man selv tænker.

Det er også et redskab der kan bruges videre ud i organisationen af afdelingslederne i deres håndtering af jobbet, og bredt i forhold til teamledelse som der arbejdes på at implementere.

Vi har lært at arbejde i det reflekterende rum og på denne måde har vi fået en meget mere nuanceret baggrund når vi skal træffe beslutninger. Vi bygger videre på hinandens tanker og fornemmer det er ufarligt at tænke højt, men meget befordrende. Vi lader os inspirere og påvirke af de meninger de andre har, i modsætning til at befinde sig i produktionsrummet, hvor man straks man hører en andens mening, tager stilling og vurderer i forhold til egne holdninger og mål.

Egentlig sker der det, at beslutningsprocessen udskydes - inden vi tager beslutninger undersøger vi grundigt forudsætninger, bevæggrunde, muligheder og konsekvenser. Når dette er gjort træffer vi en beslutning, og ofte viser det sig, at vi er meget enige. Beslutninger der træffes på dette grundlag er velkvalificerede. F.eks. har det betydet, at vi kan fastholde organisationens overordnede mål. Og det skal jo helst være sådan, at mål og værdier er til stede i enhver ledelsesmæssig beslutning der træffes.

### Håb for fremtiden

Selv om der er god grund til det skal vi nu ikke hvile på laurbærrene. Fremtiden ligger lige om hjørnet, og der er en stor opgave i at fastholde målene med at udvikle alle medarbejdere i.f.t. at give en kvalificeret behandling til vores brugere.

Sammen med vores konsulenter har vi planlagt en række opsamlingskurser for nye medarbejdere. Endvidere har vi nedsat et team af interne undervisere som i løbet af en periode skal overtage opgaven med at give nye en grundig indføring i systemisk teori og metode som vi anvender den her. Vi fortsætter også med at afholde tilbagevendende interne kurser for at videreudvikle behandlingsmetoderne, ligesom den eksterne supervision fortsat varetages af folk som kan fastholde et systemisk perspektiv.

Det vi har fået sat i gang er mere end et teoretisk løft. Det er en grundlæggende påvirkning af det organisatoriske liv, så vi er blevet bedre i stand til at gøre det vi vil, og det vi skal, på en langt mere succesfuld og tilfredsstillende måde.

# Overvejelser vedrørende opstart af intern uddannelse i et amtsligt misbrugscenter

I Århus Amt har man valgt at udvikle sin egen misbrugsuddannelse. Det var der mange årsager til, nogle af dem beskrives i det følgende.

AF LIESE BECKE

Århus Amts Misbrugscenter blev etableret i 1996 som følge af den lovændring på området der forpligtede amterne på den medicinske del af stofmisbrugsbehandlingen. Centeret er fordelt på fem centre med dertil knyttede projekter og aktiviteter. I de senere år er kravet om professionalisering og dokumentation vokset sammen med et stigende klienttal og en deraf følgende voksende medarbejderskare. I 2002 beskæftigede Århus Amts Misbrugscenter blandt andet socialrådgivere, socialpædagoger, sygeplejersker, læger, psykologer m.m. Centerets hovedopgave er behandling af stofmisbrugere bosiddende i Århus Amt.

## Baggrund

Århus Amts Misbrugscenters aktuelle fokus på kompetenceudviklingen skal ses på baggrund af flere udfordringer i tilrettelæggelsen og udførelsen af behandlingsindsatsen de senere år. Først og fremmest medførte ændringer vedrørende den tidligere delte finansiering mellem amt og kommune via grundtakstens indførelse i 2001 at ydelsesstrukturen og de dertil knyttede administrative rutiner trængte til en aktuel opdatering.

Dernæst havde en fokusgruppeundersøgelse vist, at behandlingen var præget af forskellige tilgange og i mange tilfælde en utilfredsstillende uoverensstemmelse mellem ydelsernes betegnelser og deres reelle indhold. Samtidig herskede der vidt forskellige opfattelser i organisationen af, hvad god behandling indebærer. Disse forhold er sikkert ikke enestående for Århus Amts Misbrugscenter. Man må antage at disse forhold er konsekvensen af mangelfuld uddannelse af sociale misbrugsbehandlere kombineret med utydelige organisatoriske retningslinier og politikker.

Endelig var fastholdelse af dygtige medarbejdere i løbet af de seks år efter organisationens opstart fortsat et vigtigt mål, og personlig opkvalificering syntes at være et vigtigt incitament for medarbejdernes fastholdelse.

## De tre kompetenceområder

På denne baggrund har Århus Amts Misbrugscenter det sidste år været optaget af en helhedsorienteret udvikling af en professionel behandlingsorganisation med udgangspunkt i medarbejdernes kompetenceudvikling som tænkes ind i tre dimensioner: Den faglige kompetence, den organisatoriske kompetence samt den personlige kompetence. En opkvalificering af den samlede behandlingsindsats forudsætter at der er fokus både på den enkelte medarbejder, på samarbejdet og på organiseringen af arbejdet.

I praksis er det ikke muligt helt at opdele misbrugsbehandlingskompetence i forskellige kategorier, eftersom kompetenceområderne i mange tilfælde overlapper hinanden. At kunne udøve en faglig kompetent behandlingsindsats forudsætter for eksempel at man er i stand til at tiltrække og fastholde klienten i et kortere eller længere behandlingsforløb, hvilket igen forudsætter en række personlige kompetencer hos den pågældende medarbejder som f.eks. evnen til at etablere og fastholde en personlig og meningsfuld kontakt med klienten. Men trods alt er der alligevel en række karakteristika ved hvert enkelt kompetenceniveau som må medføre særlige overvejelser over både indhold, indlæring og implementering.

## Udviklingen af den faglige kompetence i misbrugscenteret

Det primære mål var udviklingen af den faglige kompetence som blev det centrale indhold i "Den sociale Misbrugsuddannelse" som Århus Amts Misbrugscenter etablerede i 2002. Herunder udviklingen af en fælles "grundfortælling" om misbrug og misbrugsbehandling. Udarbejdelse og implementering skulle ske gennem fælles udvikling og anvendelse af en mere præcis terminologi, en fælles "metodekasse" og en udviklingen af organisatorisk konsensus vedrørende retningen for organisationens fortsatte faglige udvikling. Med andre ord så ønskede man at udvikle og konsolidere en bestemt behandlingspolitik gennem til- og fravalg af forskellige teoretiske og praktiske tilgange til misbrugsbehandlingen.

I den proces var valget af faglighed et centralt spørgsmål. På misbrugsområdet eksisterer der mange forskellige "fagligheder" som mere eller mindre

vellykket forsøger at blomstre i samme drivhus. Men faglighed og professionalisme er hverken omkostningsfrie eller værdineutrale begreber, og udøvelsen af diverse misbrugsfagligheder har tilsvarende forskellige konsekvenser for klienter, behandlere og for organisationen og samarbejdsparter. Der er stor forskel på om man tager sit udgangspunkt i et stoffrit behandlingsparadigme eller om man anlægger en mere pragmatisk skadesreducerende tilgang. Ligeledes har det bestemte konsekvenser hvis man benytter en bestemt terminologi om afhængighed i stil med den der kendes fra 12-trins programmerne. Endelig skal det fremhæves at visse fagligheder er gensidigt ekskluderende. F.eks. kan man vanskeligt operere med et afholdenhedsbegreb, som entydigt fordømmer anvendelse af alle former for rusmidler og psykoaktiv medicin, samtidig med opretholdelsen af en differentieret medicinunderstøttet indsats.

Enkelte tiltag kan læne sig op ad evidens – forstået på den måde at der eksisterer videnskabelige undersøgelser af metodik og relevans – og andre tilgange er overvejende ideologisk funderede.

I Århus Amts Misbrugscenter blev det besluttet at fastholde og udvikle faglighed baseret på følgende begreber:

- Skadesreduktion
- Evidens
- Nationale ekspertanvisninger
- Tværsektoriel pragmatik

Jeg vil i det følgende kort forsøge at skitsere hvad disse begreber dækker over når de anvendes som udgangspunkt for misbrugsfaglig kvalificering.

### Behandling i et skadesreducerende perspektiv

Skadesreduktion betyder f.eks. at man arbejder målrettet for at forebygge og behandle de skadelige virkninger af stofforbruget, uanset om selve forbruget kan mindskes eller standses, og at behandlingens målsætninger for den enkelte fastsættes individuelt og i et reelt samarbejde mellem behandler og klient.

Behandling i et skadesreducerende perspektiv indebærer også at man sammen overvejer den enkelte behandlingsinterventions "bivirkninger" med henblik på at tilrettelægge den mindst indgribende indsats der kan gøre en meningsfuld forskel for klienten.

En tredje konsekvens af at tænke skadesreduktion som udgangspunkt for behandling er anerkendelse af misbrugsbehandlingens kompleksitet. Tilgangen og metoderne bør være så brede at de er i stand til at rette sig mod en lang række differentierede problemstillinger hos mennesker med meget forskellige målsætninger og udgangspunkter. Konsekvensen er anerkendelse af at f.eks. somatisk behandling, tandbehandling, etablering og anvendelse af pædagogiske miljøer, retssikkerhed og psykoterapi alle har retmæssige og ligeværdige pladser i den behandlingsmæssige værktøjskasse.

Skadesreduktion skal i dette perspektiv ikke ses som et alternativ til stoffri behandling, men nærmere som en paraply, hvorunder en række forskellige tiltag og målsætninger trives på samme ambitionsniveau. For den ene klient kan afholdenhed være den ypperste skadesreduktion og for den anden klient er det meningsfuldt og realistisk at reducere enkelte uønskede aspekter af rusmiddelforbruget.

LUCKY7

### Evidensbaserede metoder

Evidens er et kompliceret begreb inden for socialt arbejde. At bestemte interventioner eller metodikker har vist sig effektfulde et sted betyder ikke automatisk at de vil være virksomme i andre sammenhænge. At kalde en behandlingstilgang for evidensbaseret betyder heller ikke at metoden er værdineutral. Tvang og indespærring kan afholde mennesker fra at tage stoffer, men er næppe forenelig med professionel behandlingsetik. Men selvom evidens er et vanskeligt begreb at

**Liese Recke**
cand.psych. behandlings- og
udviklingsleder i
Århus Amts Misbrugscenter

anvende er det alligevel uheldigt at promovere bestemte behandlingsmetoder som effektfulde, hvis der findes videnskabelige undersøgelser der dokumenterer det modsatte. Under alle omstændigheder bør den faglige udvikling tilrettelægges på grundlag af videnskabeligt anerkendte og velundersøgte metodikker og interventioner frem for opfindelsen af nye dybe tallerkener eller antagelser der overvejende hviler på ideologiske antagelser og rationaler.

### Nationale ekspertanvisninger

Eftersom vi ikke nationalt kan prale af en række "best practice" anvisninger for god misbrugsbehandling må vi tage udgangspunkt i de ekspertanvisninger, der er blevet produceret det seneste årti fra Center for Rusmiddelforskning og det hedengangne Narkotikaråd. For tilrettelæggelsen af undervisningen medfører dette et krav om formidling af og loyalitet over for de danske retningslinier og anbefalinger, samt i et vist omfang at kunne relatere disse til internationale retningslinier. Som en kursist udtrykte det "skal der være højt til loftet".

### Pragmatik

Og endelig findes den praktiske og konkrete virkelighed med behovet for at udvikle og tilpasse en faglighed som både modsvarer vore klienters konkrete behov og som også kan formidles i en konstruktiv dialog med tilgrænsende samarbejdsparter. Det pragmatiske aspekt af fagligheden sigter på etablering og optimering af tværsektorielt samarbejde gennem anvendelse af allerede kendt terminologi og metodik. Et eksempel kan være at tilrettelægge en faglighed, som også kan genkendes hos behandlere ansat i psykiatri og/eller socialforvaltning gennem kendskab og anvendelse af traditionelle socialfaglige og psykiatriske arbejdsmetoder. Sagt på en anden måde skal fagligheden holde en fornuftig balance mellem det særlige og det almene. Det kan f.eks. være fornuftigt at anvende dele af den psykiatriske terminologi i stedet for at opfinde en selv, og det kan være relevant at operere med de samme målsætninger om selvforsørgelse som socialforvaltningen.

### Udviklingen af den organisatoriske kompetence

Den organisatoriske kompetence dækker områder som ledelse, kollegial supervision, kendskab til love og regler, dokumentationsrutiner og organisatorisk vidensskabelse. Som det blev nævnt i indledningen er det vanskeligt i praksis stringent at adskille de enkelte kompetenceområder. At udvikle en fælles faglighed indebærer at der forefindes en vis grad af konsensus omkring metoder til formidling og dialog. Århus Amts Misbrugscenter har valgt at tilpasse og udvikle en række systemiske metoder – heriblandt "den værdsættende samtale" med henblik på implementering af den valgte behandlingspolitik og fortsatte vidensskabelse.

Et andet aspekt af den organisatoriske kompetence er medarbejdernes kendskab til de juridiske og administrative rammer for behandling og samarbejde. Socialt arbejde kræver i stigende grad strukturering og dokumentation og det medfører krav til socialarbejderen om kendskab til love og regler vedrørende journalskrivning, tavshedpligt, medicingivning m.m. Socialrådgivere har i kraft af deres faglige baggrund ofte en grundig viden om regler og paragraffer, hvorimod øvrige faggrupper ikke nødvendigvis har en sådan viden fra deres uddannelse. Regelmæssige kurser for egne medarbejdere og samarbejdsparter har illustreret at der selv hos garvede sociale behandlere er et stort behov for viden om aktuelle lovændringer og diskussion af "gråzoneområder" og dilemmaer.

### Udviklingen af den personlige kompetence

I psykoterapiforskningen har man ofte tilkendegivet at de "uspecifikke" kompetencer hos psykoterapeuten er udslagsgivende for behandlingsforløbet. Det samme gør sig sandsynligvis gældende i misbrugsbehandlingen. Det kan dreje sig om behandlerens menneskelige varme og empati, samt evnen til at skabe en positiv og længerevarende kontakt med sin klient. Men selvom det drejer sig om grundlæggende almenmenneskelige egenskaber er det ikke egenskaber, der ligger uden for muligheden for professionel opkvalificering. I de kommende år etableres der længere psykoterapeutiske forløb for medarbejdere, med fokus på udviklingen af den personlige kommunikation og den faglige/personlige selvforståelse med henblik på at optimere den positive klientkontakt.

### Fakta

I sept. 2003 er der gjort erfaringer med opkvalificering af den faglige kompetence, blandt andet med gennemførelsen af seks undervisningsmoduler og tolv træningsdage som under et er kaldt "Den sociale Misbrugsuddannelse", og som samlet løber over to år. Indtil videre planlægges der opstart af nye forløb hvert år med deltagelse af ti interne medarbejdere og otte medarbejdere som rekrutteres fra interesserede samarbejdsparter. Som supplement til det lange kursusforløb gennemføres et kortere forløb i struktureret tilbagefaldsforebyggelse for behandlere over 15 dage om året. Sideløbende hermed afholdes regelmæssigt kurser med fagligt indhold for klinikpersonale og sekretærer samt juridiske kurser for alle medarbejdere.

I den årlige afrapportering fra Misbrugscenteret som udgives marts 2004 vil man kunne læse om de erfaringer der er gjort i takt med udviklingen og gennemførelsen af de forskellige uddannelsesforløb. Årsrapporterne er tilgængelige på www.aaam.dk .

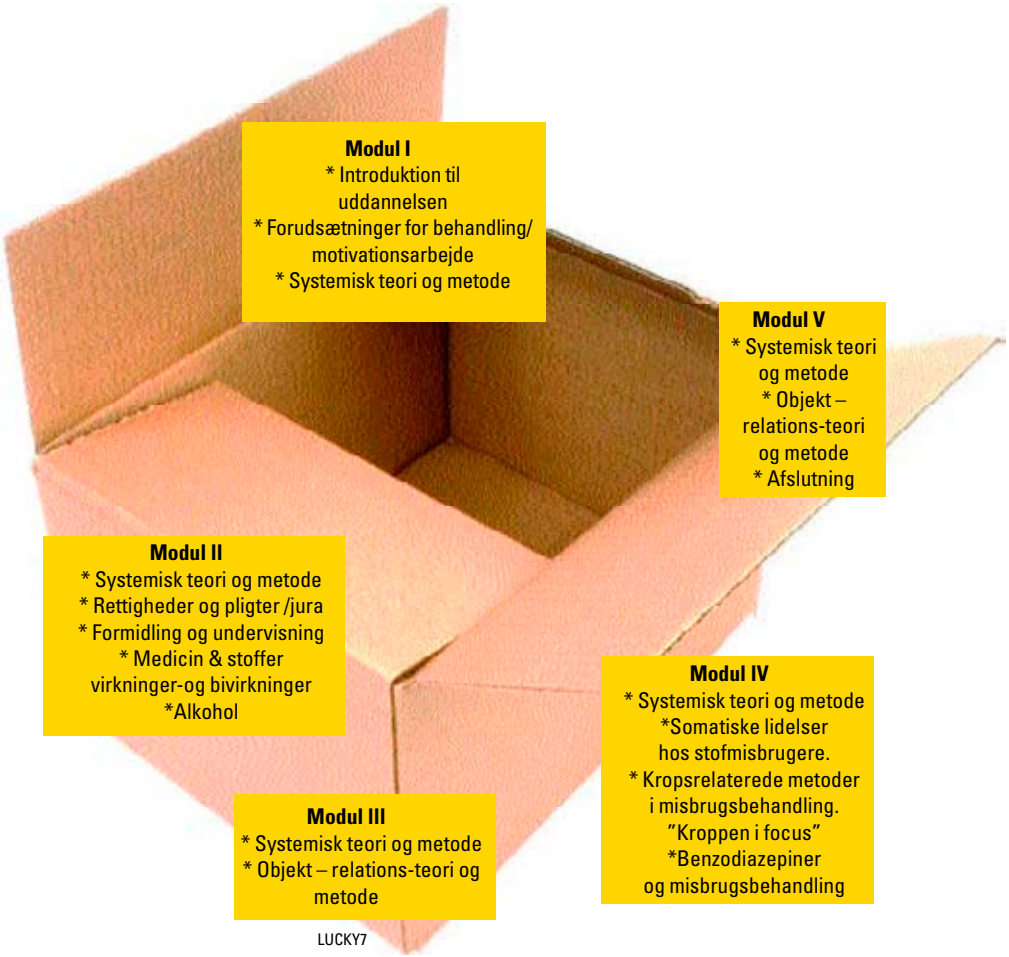
# Basisuddannelse på Fyn

Det har været en udfordring at udvikle den nye faglige efteruddannelse i Fyns Amts Behandlingscenter. Her præsenteres de overvejelser der ligger bag og det uddannelsesforløb medarbejderne skal i gang med.

**AF TOR SUNDBERG**

Indtil i år har der i FAB-regi været få, men målrettede uddannelsestilbud. Den faglige udvikling af behandlingspersonalet har over tid haft karakter af overleveret erfaringsdannelse, som på mange måder er godt, men mangler både referenceramme, teori- og metodebeskrivelse.

I Fyns Amts Behandlingscenter for voksne tror vi på, at god behandling er tilstedeværelsen af en professionel tænkning, som tager afsæt i velbeskrevne teorier og metoder. For at efterleve denne antagelse er det nødvendigt at opstille en fælles ramme og samtidigt have et fælles afsæt i forhold til behandlingen. Derfor er der taget initiativ til, at der i løbet af efteråret 2003 og foråret 2004 vil blive udbudt et basisuddannelsesforløb for alt behandlingspersonale i FAB-voksen.



LUCKY7

## Baggrund.

Fyns Amts Behandlingscenter har i de forløbne år gennemgået væsentlige forandringer både på det strukturelle og indholdsmæssige område. På øen som helhed er der etableret flere behandlingspladser og nye tilbud afpasset de enkelte klienter. Ved indgangen til 2003 trådte behandlingsgarantien i kraft, hvilket i princippet betyder, at der inden for en 14-dages periode skal visiteres til behandling.

Det har betydet en yderligere øgning i antallet af klienter, og krav til personalet om en hurtigere og mere målrettet indsats. For at løse denne opgave har ledelsen besluttet, at der næste år indføres en modulopdelt behandling. Formålet med denne indsats er at skabe overblik i behandlingen for den enkelte klient og samtidigt gøre indsatsen mere målrettet. Behandlingspersonalet skal rustes til at løse denne opgave, som på flere måder adskiller sig fra tidligere behandlingspraksis

Dertil kommer, at ledelsen som en overordnet vision har, at det samlede personale får en grundlæggende teoriramme, hvorfra al behandling tager sit udgangspunkt, således at der kan skabes en fælles behandlingskultur og en fælles forståelse for de beslutninger der tages i samarbejde med klienterne. Det fælles udgangspunkt er relateret til den måde hvorpå vi forstår klientens problemer, og de hovedspor vi vælger at anvende i behandlingen. Det betyder ikke, at alle i behandling skal behandles

**Tor Sundberg** , socialrådgiver,
arbejder som Projektmedarbejder
i sekretariatet på Fyns Amts
Behandlingscenter for voksne.

ens. Tværtimod skal der tages udstrakte hensyn til den enkelte klients ønsker og behov.

Det fordrer at organisationen skal bestå af et bredt fagligt sammensat og højt uddannet personale. Medarbejderstaben skal kunne yde målrettet indsats med fokus på resultater, hvor kvalitetssikring og udvikling er en integreret del af den samlede indsats. Det stiller krav til udvikling af metoder og faglighed, som behandlerne skal kunne mestre for at kunne løse opgaverne i forhold til målgruppen. På den baggrund er det vigtigt, at den ansatte tilføres ny viden om teorier og metoder i behandlingsarbejdet.

### Udfordringen

Af flere grunde er det er en svær opgave at udvikle en ny faglig efteruddannelse på misbrugsområdet. Hverken regionalt eller nationalt findes der i øjeblikket certificerede uddannelser eller egentlig litteratur, som målrettet egner sig til undervisningsbrug på dette felt. Det er svært at få øje på egentlig teori- og metodedannelse på området. På mange måder har dette felt været præget af "religionskrige," og diskussionerne har ofte  været mere følelsesladede end stringent faglige.

Behandlingsinstitutionerne må selv opfinde uddannelsesprogrammer. Det stiller store krav til de enkelte organisationer og gør det samtidigt svært at udarbejde sammenligninger på  indlærings- og behandlingseffekten. På den anden side høstes der mange forskellige erfaringer i disse år, som det på et senere tidspunkt ville være godt at samle til en mere ensartet uddannelse.

### Struktur og modulopbygning

Vi har i FAB fra starten af valgt at organisere basisuddannelsen i fem moduler, som indeholder forskellige fagområder inden for misbrugsbehandlingen. Den samlede gruppe af ansatte vil blive delt op i tre hold, som i løbet af efteråret 2003 og foråret 2004 vil deltage i uddannelsen.  Undervisningen vil i de fleste tilfælde blive afviklet som ugemoduler med en enkelt opfølgningsdag mellem modulerne. Opfølgningsdagene afholdes i de respektive afdelinger, og for at grupperne ikke skal blive for store, vil holdene til disse dage være underopdelte.

Den samlede uddannelsesplan kan ses i moduloversigten side 35.

### Uddannelsens indhold

Indholdet i uddannelsesforløbet kan overordnet deles i tre spor, hvoraf de to første må betragtes som hovedspor:

1. Kommunikations- og reflektionsprocesser belyst ud fra systemisk tænkning.
2. Det relationelle – forholdet mellem klient og behandler belyst ud fra objekt-relations-teorien
3. Diverse støttefag – øvrige emner. Der vil op til de enkelte moduler/ undervisningsdage blive udarbejdet og udsendt mere detaljerede programmer cirka en måned før.

### ad .1: Systemisk tænkning m.v.

Formålet med den systemiske del af uddannelsen er at kvalificere deltagernes kompetencer til at arbejde med aktive kommunikations- og refleksionsprocesser i deres egen praksis. Forløbet er tilrettelagt, så det giver den enkelte deltager de bedst mulige betingelser for at udvikle og træne sine kommunikative færdigheder. Forløbet gennemføres med en fordeling på cirka 1/3 systemisk teori og 2/3 øvelser/træning i metoder/ værktøjer/tænkning.

De teoretiske elementer vil være oplæg om systemiske grundteorier, læsning af litteratur og drøftelser af litteratur på holdet og i netværksgrupper. Deltagerne vil opøve konkrete praktiske færdigheder via øvelse i en række praktiske systemiske og anerkendende arbejdsmetoder, superviseret af underviseren og af holdets andre deltagere.

### ad .2: Objekt-relations-teori

Dette elements overordnede formål er, at deltagerne udvikler evnen til at skabe og opretholde en kontakt, der fremmer brugerens udvikling og derved øger indflydelsen på eget liv. Modulet vil  indeholde teoretisk undervisning, supervision, fordybelse og praktisk træning.

De teoretiske elementer vil bestå i viden om psykologiske og dynamiske aspekter af personligheden: hvordan personlighedsstruktur og forsvarsmekanismer udvikles, og hvad denne udvikling betyder for kontakten, relationer i et udviklingspsykologisk og dynamisk perspektiv, indre konflikter og forsvarsmekanismer.

Den praktiske del af arbejdet vil tage udgangspunkt i deltagernes erfaringer fra dagligdagen og  dreje sig om  forståelse for og håndtering af de følelsesmæssige påvirkninger, der forekommer i kontakten, så negativt samspil kan vendes til konstruktivt samarbejde. I forlængelse af objektrelationsteorien arbejdes med jegets funktioner, hvad jegsvaghed er og hvordan jeget styrkes.

### ad .3: Støttefag og øvrige emner

- Forudsætninger for behandling /motivationsarbejde
- Jura i misbrugsbehandling, magt/tillid, rettigheder og pligter
- Kropsrelaterede metoder i misbrugsbehandling – "Kroppen i focus"
- Benzodiazepiner og misbrugsbehandling
- Medicin & stoffer, virkninger og bivirkninger
- Somatiske lidelser hos stofmisbrugere
- Formidling og undervisning

### Evaluering.

I samarbejde med uddannenseskonsulenten i REA, er der på nuværende tidspunkt ved at blive udarbejdet evalueringsværktøj. Der vil blive foretaget to evalueringsrunder:

A: Umiddelbart efter uddannelsen (retter sig mest mod uddannelsesplanlæggere og forelæsere)

B: Efter seks måneder eller et år kompetenceevaluering

**Curt Sørensen**
konsulent
og uddannelsesleder

# Ny lederuddannelse for værestedsledere-

Kompetenceudvikling på misbrugsområdet er i fokus på uddannelsen, der tiltrækker ledere fra værestedet over hele landet.

Brandbjerg højskole – I disse idylliske omgivelser afholder Landsforeningen sine uddannelsesaktiviteter

**AF CURT SØRENSEN**

Udviklingen af nye strategier i indsatsen mod misbrug vil i fremtiden give værestederne en mere fremtrædende plads i den samlede misbrugsindsats. Regeringens handlingsprogram "Det Fælles Ansvar" nævner eksplicit etableringen af nye værestedet for stofafhængige og tidligere stofafhængige som et særligt indsatsområde. Værestederne er ofte indgangsdør til egentlig behandling eller udgangsdør efter endt behandling, og repræsenterer under alle omstændigheder en bred vifte af omsorgs- og samværstilbud, som spiller en afgørende rolle for brugernes livskvalitet og personlige udvikling. Udviklingen på værestedsområdet indebærer et øget behov for at beskrive og synliggøre metoder i arbejdet, og for at udvikle kompetencer, der kan støtte ledelsen af sammensatte medarbejdergrupper, udvikle nye samarbejdsformer med kommunerne, styrke brugerorganisering og –indflydelse m.m.

Landsforeningen afVæreSteder gennemfører derfor i disse år en lederuddannelse for værestedsledere. Uddannelsen er 3-årig og etableret i et samarbejde med Den Sociale Højskoles efteruddannelsesafdeling i Odense og Freecomm – Rådgivning & Konsulentvirksomhed. Uddannelsen er på diplomniveau og indeholder mulighed for meritoverførsel, svarende til fordybelsesmodulet på Den Sociale Diplomuddannelse.

De store temaer på lederuddannelsen er lederens faglige og personlige kompetencer og udviklingsområder, organisations- og kvalitetsudvikling samt dokumentation, formidling og samarbejde. Gennem hele lederuddannelsen bliver viden og erfaring fra det samlede værestedsområde inddraget, integreret med centrale input omkring misbrugspolitik og behandlingsstrategi. Lederuddannelsen gennemføres over 7 internatuger fra 2002-2004, ledsaget af en række forskellige projektperioder og projektopgaver. Aktuelt er der produceret en række projektopgaver, som på forskellig vis kombinerer de mere teoretiske elementer i uddannelsen med den praktiske udvikling af lederarbejdet ude på værestederne. Projektarbejderne handler bl.a. om:

- Afdækning af behov for nye tiltag inden for værestedsområdet
- Afdækning af mulige samarbejdsmodeller mellem værestedet og kommuner
- Udvikling af samarbejde mellem værestedet og andre aktører
- Den personlige lederrolle, rollerettigheder i sammensatte medarbejder- og brugergrupper
- Fremadrettede råd vedrørende etablering af værestedet
- Hvordan styrkes brugerindflydelsen?

Lederuddannelsen følges af 16 værestedsledere fra Landsforeningen af VæreSteder samt 2 ledere fra Kirkens Korshær og KFUM's Sociale Arbejde i Danmark. Uddannelsen afsluttes i foråret 2004.
Resultater og perspektiver fremlægges i bogform og gennem afholdelse af en konference med fokus på lederudvikling og kompetenceudvikling på misbrugsområdet.

Vil du vide mere om initiativet
så klik ind på Landsforeningens
hjemmeside: www.vaeresteder.dk
eller kontakt konsulent
og uddannelsesleder Curt Sørensen
på tlf. 62-207999.

# Rusmiddel-uddannelsernes landskab

Hvordan prioriteres viden om rusmidler i det danske uddannelsessystem, og hvordan er de aktuelle muligheder for rusmiddelspecifik videreuddannelse?

**AF MADS UFFE PEDERSEN**

Man skønner at der i dag findes mellem 200.000 og 250.000 rusmiddelafhængige personer i Danmark og at omkring 60.000 børn lever i familier hvor én eller flere omsorgspersoner er afhængige af rusmidler[1]. Samtidig er andelen af personer med rusmiddelrelaterede problemer større for de der søger hjælp i social og sundhedssystemet end det er tilfældet for befolkningen generelt. Således har man i amerikanske undersøgelser skønnet at mellem 25-50% af de personer der søgte hjælp i social og sundhedssystemet havde problemer der kunne knyttes til forbrug af rusmidler – dog afhængig af specialet og forskellige indsatsområder inden for specialet[2].

Det skønnes at indsatsen over for misbrug og afhængighed af rusmidler koster det danske samfund omkring 10 milliarder kroner om året (se note 1). Det er antageligt et meget lavt skøn. I Sverige skønner man således at misbrug og afhængighed af rusmidler koster ca. 8% af det svenske bruttonationalprodukt svarende til ca. 30 milliarder svenske kroner[3]. Det afhænger naturligvis af måden det opgøres på. Men at brug, misbrug og afhængighed af rusmidler kan have store økonomiske omkostninger ud over dem man almindeligvis tænker på vises bl.a. i en dansk ph.d.-afhandling af H. Tønnesen med titlen "Alcohol abuse and postoperative morbidity"[4]. Her belyses det i hvilken grad forbrug af rusmidler før en operation medfører komplikationer efter operationen. Meget tyder på, at en kort abstinensperiode på f.eks. 14 dage til én måned før operationen kunne reducere komplikationerne efter operationen betragteligt, med såvel store økonomiske besparelser som store personlige gevinster til følge.

Endelig er det påvist, at vi inden for social og sundhedssektoren – med misbrugssektoren som en undtagelse – er tilbøjelige til kraftigt at underdiagnosticere misbrug og afhængighed af rusmidler[5]. Vi opdager med andre ord ikke, at de problemer klienten henvender sig med ofte på den ene eller anden måde kan knyttes til et misbrug/afhængighed af rusmidler. Alligevel behandler vi frejdigt videre, hvilket i bedste fald kan resultere i skønne spildte kræfter, og i værste fald måske i egentlige skader forårsaget af behandlingen, fordi man ikke vidste hvilke betingelser der blev behandlet under. Nu går misbrugssektoren af naturlige grunde fri af denne kritik – de ser til gengæld ofte kun misbruget, hvilket er mindst lige så stort et problem.

## Uddannelseslandskabet

Misbrug og afhængighed af rusmidler er med andre ord et enormt problem i Danmark – ikke blot menneskeligt, men også økonomisk. Ikke desto mindre er det mildt sagt bekymrende hvor lidt rusmiddelrelevant viden der i dag gives til studerende på de sociale og sundhedsfaglige uddannelser, såvel som på de videreuddannelser samme faggrupper efterspørger (se bl.a. den netop publicerede rapport fra CASA[6]). I Tabel 1 på side 40 er uddannelseslandskabet for behandlere inden for stof- og alkohol-området opstillet. Forklaring følger nedenfor.

## Modellen

I modellen – som ikke skal påstås at være fuldstændigt dækkende - skelnes der mellem a) selve uddannelsen, b) videreuddannelserne, som almindeligvis er kompetence- og diplomgivende (selvom dette kan diskuteres for nogle af videreuddannelserne for behandlere med kortere videregående uddannelse) og c) efteruddannelserne, som mere er en "rodekasse" der spænder fra supervision, arbejdspladslæring over korterevarende regionale misbrugsuddannelser til længere terapeutiske uddannelser. Efteruddannelserne skal der ikke fokuseres på i denne artikel, hvor vigtige de end måtte være.

Inden for stof-området, og ikke mindst på de private døgninstitutioner, finder vi en meget stor gruppe af behandlere uden social- eller sundhedsfaglig uddannelse. Denne gruppe har naturligvis ikke fået nogen form for relevant viden om rusmidler under deres uddannelse (hvis de har en sådan). Det er denne gruppe som senere typisk tager en misbrugervejleder - eller en alkologuddannelse.

Gruppen af korttidsuddannede består af social- og sundhedshjælpere/assistenter, medarbejdere med pædagogiske grunduddannelser (PGU)

SCANPIX / LARS BAHL

med flere. Den viden om rusmidler der gives på disse uddannelser er antageligt meget sparsom – måske i form af en gæstelærer. For denne gruppe er det også misbrugsvejleder- og alkologuddannelserne der er mulighed for som videreuddannelse.

For de social- og sundhedsfaglige professionsbachelorer gives der stort set heller ingen viden om rusmidler under uddannelserne. Også her inviteres der i nogle tilfælde gæstelærere, men ikke altid. Videreuddannelsesmuligheden er først og fremmest diplomuddannelserne, som er placeret i CVU regi (Center for Videregående Uddannelse). Ovenstående er nævnt de fire umiddelbart mest relevante diplomuddannelser der i dag eksisterer for denne gruppe. På disse videreuddannelser gives der ikke nogen systematisk viden om rusmidler. Der kan dog her også være tale om gæsteforelæsere, men ikke nødvendigvis. Professionsbachelorerne kan også vælge en masteruddannelse og den internationale "European Studies in Substance Misuse" (det vender jeg tilbage til).

Endelig er der de lange videregående uddannelser – eller kandidatuddannelserne. Heller ikke her gives der nogen systematisk viden om rusmidler under uddannelserne. Igen er det primært gæstelærere der under hele uddannelsen måske har en formiddag eller i bedste fald en hel dag. Enkelte undtagelser findes der dog. På psykologi er der således i nogle perioder muligheder for at taget et seminar og skrive bacheloropgave med fokus på rusmidler. Det afhænger dog af en række andre faktorer og noget gennemgående tilbud er det ikke. I 2004 vil der derudover blive udbudt et tværgående fag med titlen "Rusmidlerne og det moderne samfund" på det Samfundsvidenskabelige Fakultet på Aarhus Universitet. Kandidaterne har som videreuddannelsesmuligheder, ligesom professionsbachelorerne, masteruddannelserne og "European Studies in Substance Misuse".

Hvor meget rusmiddelspecifik viden der gives på de enkelte uddannelser

er helt igennem personafhængigt. Alt afhænger af om der er undervisere på uddannelsesinstitutionen som er interesseret i emnet (hvilket der sædvanligvis ikke er), eller om man efter at have talt med nogle der mener det er vigtigt – af nød inviterer en gæstelærer. Det er sådan det almindeligvis foregår.

Der findes altså nogle rusmiddelspecifikke – men korterevarende og ikke egentligt kompetencegivende – videreuddannelser for de kortuddannede. Man kan dog med etableringen af en diplomuddannelse med særligt fokus på rusmidler og med den trods alt øgede interesse der det sidste år har været for etablering af mere systematiske uddannelsestilbud på området, håbe på at der er "lys forude".

I det følgende er det masteruddannelserne og "European Studies in Substance Misuse" der skal gennemgås.

### Masteruddannelserne og "European Studies in Substance Misuse".

Begge disse videreuddannelsestilbud henvender sig såvel til professionsbachelorer som til kandidatuddannede. Kandidaterne anvender dog kun i ringe grad disse videreuddannelserne. For kandidaterne er der derfor stort set kun efteruddannelserne tilbage – måske som psykoterapeut.

### Masteruddannelserne

De masteruddannelser der har den største relevans for personer beskæftiget inden for rusmiddelområdet er henholdsvis MPH/Master in Public Health (København og Aarhus Universitet) og MSI/Master i Social Integration (Aarhus Universitet).

**MPH**: Denne uddannelse henvender sig først og fremmest (men ikke kun) til personer med en sundhedsfaglig baggrund. Formålet med MPH er at den studerende tilegner sig en evne til at medvirke til forebyggelse og sundhedsfremme og deltage i strategiudvikling, planlægning og ledelse. Uddannelsen varer i 2 år og er normeret til 1,5 årsværk. Første år er fuldtidsstudium (15-20 timer/uge). Andet år er deltidsstudium, fortrinsvis til arbejde med masterafhandling. Deltagerbetalingen er i alt 90.000 kr., der betales i 4 rater. Deltagelse i specialmoduler koster-10. - 15.000 kr. Hertil kommer orlov med løn det første studieår, bogudgifter ca. 10.000 kr. og udgifter til transport og ophold[7].

På internettet kan man se hvor mange masterafhandlinger der har haft rusmidler som fokus i den tid masteruddannelserne har eksisteret. Det må desværre siges at være bekymrende få (under 10). Derudover gives der kun i begrænset omfang undervisning i rusmiddelspecifikke spørgsmål til de studerende – igen i form af en gæstelærer en formiddag på hele uddannelsen. På den anden side kan de studerende jo selv vælge om de vil have fokus på rusmidler i deres masterafhandling. Derfor er den ringe interesse omkring rusmiddelrelevante spørgsmål på MPH næppe et udtryk for disse uddannelsers uvilje, men mere a) på den manglende viden om og interesse for området generelt og b) en konstatering af at der ikke er mange fra rusmiddelfeltet som vælger at tage en MPH, enten fordi der er for få kvalificerede, for lidt interesse eller fordi der ikke gives økonomisk

**TABEL 1.** UDDANNELSESLANDSKABET FOR BEHANDLERE INDEN FOR STOF- OG ALKOHOL-OMRÅDET

| HVILKEN BAGGRUND? | UNDER UDDANNELSEN | VIDEREUDDANNELSE | EFTERUDDANNELSE |
|---|---|---|---|
| Ingen social faglig uddannelse/ evt. slet ingen uddannelse | INGEN RUSMIDDEL-RELEVANT VIDEN | MIS-BRUGS-VEJLEDER UDDAN-NELSEN; ALKOLOG UDDAN-NELSERNE | ★ SUPERVISION<br>★ VEJLEDNING<br>★ ARBEJDSPLADS-LÆ-RING<br>★ TERAPEUT UDDANNELSER<br>★ REGIONALE MIS-BRUGSUDDANNELSER<br>★ METODE-UDDANNELSER<br>★ ANDRE KURSER / SEMINARER<br>★ ANDET |
| Kort videregående - ex. social/ sundheds-assistent | INGENTING ELLER EVT. GÆSTELÆRERE | DIPLOM DSF, DSD, DSDB, DSP | |
| Mellem videregående -professions-bachelorerne (pædagoger, sygeplejersker, socialrådgivere m.fl.) | BEGRÆNSET GÆSTELÆRERE | SUBSTANCE MISUSE… MSI, MPH, MSP | |
| Lang videregående -Kandidat-uddannelserne (læger, psykologer m.fl.) | BEGRÆNSET (GÆSTELÆRER) EKS. PÅ FORLØB: TVÆR-FAG, PSYKOLOGI, AAU. | | |

**DSF:** Diplomuddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse, **DSD:** Den sociale diplomuddannelse, **DSDB:** Den sociale diplomuddannelse i børne-familiearbejde, **DSP:** Diplomuddannelse i social-pædagogik, **MSI:** Master i social integration, **MPH**: Master in Public Health, **MSP:** Master i sundhedspædagogik

**Mads Uffe Pedersen,** cand.psych. ph.d., leder af Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet.

mulighed for det.

**MSI**: Denne videreuddannelse henvender sig ikke mindst (men ikke kun) til personer med en socialfaglig baggrund (pædagoger, socialrådgivere m.fl.). På det første hold der startede september 2003 er der dog også studerende indskrevet med en humanistisk og sundhedsfaglig baggrund. Uddannelsens arbejdsfelt er tværfagligt, og henter inspiration fra psykologi, sociologi, pædagogik, antropologi og social teori. Sigtet er - gennem konkrete studier - at belyse de processer, der udskiller og integrerer personer i samfundets sociale og pædagogiske institutioner – og derved bidrage til at forandre de livsbetingelser, sociale problemer, de er skabt af, og bidrage til at forandre de muligheder, marginaliserede tilbydes. Faget bidrager derudover til at forstå menneskers handlinger og adfærd ud fra sociale, historiske, kulturelle og samfundsmæssige perspektiver.

Uddannelsen giver de studerende færdigheder i at gennemføre konkrete undersøgelser, der kan omfatte det enkelte individ, konkrete institutioner og det lokale samfund. Derudover trænes de studerende i at gennemføre projekter og tilrettelægge konkrete interventioner på det sociale felt under anvendelsen af den nyeste forskningsmæssige viden på feltet. Uddannelsen har et samlet omfang på 60 ECTS-point (1 årsværk). Uddannelsen består af fire moduler. Alle moduler varer et semester og vægter hver 15 ECTS-point (0,25 årsværk). Hele uddannelsen koster i alt 44.000,- kr.[8] og de studerende kan have fuldtidsarbejde ved siden af. Ligesom på MPH er det de studerendes egne interesser der afgør masterafhandlingens indhold. På det første hold er det i alt 6 ud af 25 studerende der på én eller anden måde er knyttet til rusmiddelområdet. Om de så også vælger at fordybe sig i dette område vil vise sig.

**"European Studies in Substance Misuse"**: Denne videreuddannelse forudsætter engelsksproglige kundskaber og påbegyndte sit andet forløb i oktober 2003. Gennem Center for Rusmiddelforskning deltager to psykologistuderende og to professionsbachelorer. Formålet med uddannelsen er følgende:

- to stimulate the development of adequate and "evidence based" prevention, assessment and treatment strategies;
- to gain insight in the present-day state of prevention, diagnosis and treatment methods concerning special target groups;
- to create a platform for professionals in the field of alcohol and drug problems for the exchange of new insights and practices, based on an electronic learning environment and virtual discussion groups;
- to apply the knowledge and insights gained through the course in daily practice.

Uddannelsen gennemføres i et samarbejde mellem universiteter fra Bilbao (Spanien), Ghent (Belgien), Maastricht (Holland), Stirling (Scotland), Stockholm og Århus (Center for Rusmiddelforskning). Videreuddannelsen starter med et intensivt kursus af en uges varighed i et af de lande som samarbejder om uddannelsen. Resten af uddannelsen foregår herefter ved hjælp af *e-learning* (uddannelse via internettet). Af undervisningstemaer kan nævnes følgende: Society & Policy; Community Prevention; Diagnosis; Treatment Methods; The Social Network of Substance Abusers; Evaluation of Substance Abuse Treatment. Uddannelsen koster i alt 1.000 Euro. Dertil skal lægges transport og opholdudgifter for det intensive kursus. For yderligere informationer se[9] eller kontakt Center for Rusmiddelforskning.

## Hvad har vi brug for i fremtiden?

Man må konstatere at viden om rusmidler ikke er et prioriteret fokusområde for een eneste af de sociale eller sundhedsfaglige uddannelser der eksisterer i dag – hverken for de der er knyttet til CVU'erne eller de der er knyttet til universiteterne. Vi – fra rusmiddelfeltet – får med andre ord ikke undervisere og forskere til at åbne øjnene for rusmiddelområdet på anden måde end ved selv at påtage os ansvaret for at åbne deres øjne.

Derudover er det naturligvis også af afgørende betydning, at amter og kommuner prioriterer at videreuddanne de medarbejdere der arbejder med rusmiddelrelaterede problemstillinger. Tidligere har denne prioritering bestemt ikke været overvældende, men noget kunne tyde på at der er ved at ske noget (forhåbentligt). Endelig kan vi jo få hjælp fra politisk side ved at få etableret rusmiddelspecifikke videreuddannelsesmuligheder. Men det kræver selvfølgelig samtidigt at medarbejderne såvel økonomisk som tidsmæssigt får mulighed for at påbegynde og gennemføre uddannelsen.

Hvis rusmiddelområdet skal udvikle sig fra et lavt til et højt (eller bare mellem-) prioriteret indsatsområde, så er det af fuldstændig afgørende betydning, at der satses på såvel videre- som efteruddannelsesmuligheder, således at området får mulighed for at fastholde de gode medarbejdere og udvikle indsatskvaliteten. Kun derved kan vi tiltrække nye kompetente og gerne ambitiøse medarbejdere som har lyst til at være inden for området i længere tid.


1 *Den offentlige indsats på alkoholområdet*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (den såkaldte Kornum-rapport).
2 Miller, W.R. & Brown, S.A. 1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. In: *American Psychologists*. 52(12), 1269-1279.
3 SBU (2001). *Behandling av alkohol och narkotikaproblem*. Volym I. Stockholm: http://www.sbu.se/admin/main/alkohol/Iappendix.pdf
4 Tønnesen, H. (2002). *Alcohol abuse and postoperative morbidity*. København: Lægeforeningens Forlag.
5 Se Søberg, S. (2000). Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients. In: *Acta Psychiatrica Scandinavia*: 102: 432-438
6 CASA rapporten (2003). *Kompetence- og uddannelsesbehov på rusmiddelområdet – en indledende undersøgelse*. København: DNU.
7 MPH: http://www.cfje.dk/cfje/Uddbase.nsf/ID/UB01811911
8 MSI: http://www.samfundsvidenskab.au.dk/msi/default.htm
9 European Studies in Substance Misuse: http://www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsocsci/drugs/eurocourse.htm

# Hvordan kan forvaltning, erhvervsliv og uddannelsessteder blive bedre til at samarbejde?

Hvis der skal kunne udvikles nye og bedre rehabiliteringsmetoder er der behov for utraditionelle samarbejdsformer mellem kommuner, private arbejdspladser og socialfaglige uddannelser.

**AF MORTEN RAMBØL**

I 2001 beskrev Formidlingsenheden Århus erfaringerne med Socialministeriets virksomhedspulje for de mest sårbare på arbejdsmarkedet 1999/2000 således: "Den helt overordnede tendens for projekterne viser, at der er ved at tegne sig en model hen imod en mere helhedsorienteret, fleksibel og individuelt tilrettelagt metode til forebyggelse, fastholdelse og integration på arbejdsmarkedet. (…) Projekterne peger derfor på, at de traditionelle samarbejdsformer er under kraftig forandring".[1]

Med udgangspunkt i mine erfaringer som evaluator og underviser på det sociale område ser jeg i denne artikel på nogle af de udfordringer, som de aktører, der skal motivere og støtte tidligere stofmisbrugere på arbejdsmarkedet efter endt behandling står over for i forbindelse med en sådan nytænkning , dels på de konsekvenser, som en ændret praksis får for uddannelse af kommende sagsbehandlere på de socialfaglige uddannelser.

Fokus er ikke i denne forbindelse på selve behandlingen af misbruget, eller på mulige barrierer hos den tidligere stofmisbruger som lav faglig kompetence eller manglende socialt netværk. Jeg forudsætter desuden, at den tidligere misbruger er motiveret for arbejde.

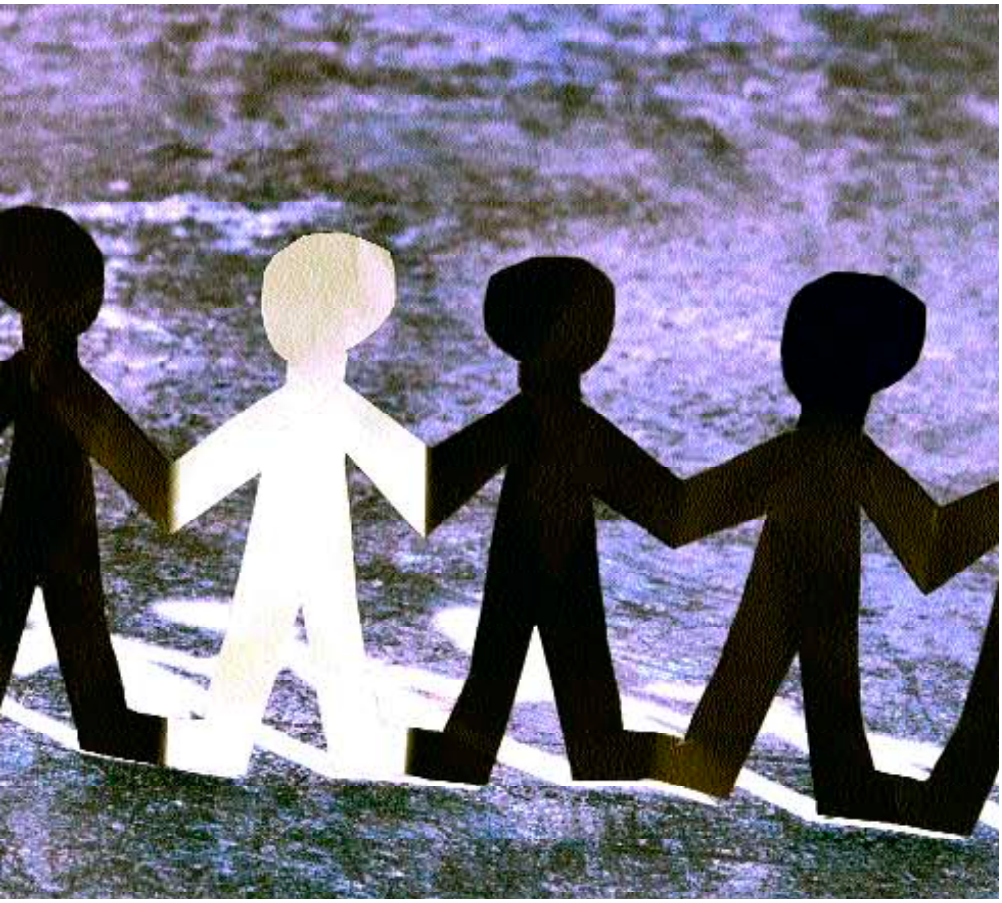
Først ser jeg på tidligere stofmisbrugeres behov gennem erfaringerne fra et kommunalt projekt i Odense, der støttede denne gruppe af borgere i retning af arbejdsmarkedet; hvad var det, der virkede? Derefter vurderer jeg de nye muligheder, som Beskæftigelsesministeriets arbejdsevnemetode for kommunale sagsbehandlere giver og konkluderer, at der gennem arbejdsevnemetoden *på papiret* er åbnet op for, at den tidligere stofmisbruger, der har motivationen til at komme i ordinær eller støttet beskæftigelse, også har muligheden for det – forudsat job-åbninger på arbejdsmarkedet.[2]

Der er imidlertid barrierer, der skal overvindes gennem utraditionelle samarbejdsformer. For det første er der en barriere i forhold til det private arbejdsmarked, for det andet er der en vigtig begrænsning i selve arbejdsevnemetoden. På denne baggrund konkluderer jeg, at vejen frem er samarbejde mellem kommuner, private virksomheder og socialfaglige uddannelser i udvikling af nye rehabiliteringsmetoder, hvor fokus for indsatsen flyttes fra den kommunale forvaltning til de private virksomheder. Indsatsen vendes derved på hovedet i forhold til traditionel praksis, og her er muligheden for uddannelse af kontaktpersoner eller mentorer på arbejdspladserne et vigtigt redskab.[3] Til sidst konkluderer jeg, at de erfaringer, som dette samarbejde giver, skal danne udgangspunkt for tilrettelæggelsen af undervisningen af kommende sagsbehandlere på de socialfaglige uddannelser i at få tidligere stofmisbrugere i arbejde.

Det potentielle samspil mellem behandling af stofmisbrugere og integration på arbejdsmarkedet er dog stadigvæk en fremtidsvision i Danmark.

### Kommunal sagsbehandling der rykkede

*Peter på 41 år kom til Odense fra Sjælland i 1999 efter næsten 20 år i mere eller mindre konstant misbrug af hårde stoffer*



SCANPIX / LARS BAHL

*frem til 1998, hvor han gennemførte et døgnbehandlingsforløb. Han ville gerne være socialpædagog og startede på HF i enkeltfag. Efter to år som clean fik han imidlertid et tilbagefald i 3-4 måneder. Han gik i tilbagefaldsbehandling og kom gennem det halvvejs-hus, hvor han nu boede, i kontakt med projektet "New Way of Life" i Odense i starten af 2002.*[4]

Som ekstern evaluator på projektet i foråret 2002 møder jeg Peter. Han ser optimistisk på fremtiden og fremhæver det initiativ, som "den sociale beskæftigelseskonsulent" på projektet – der både har rollen som myndighedsperson og jobkonsulent – har vist ham. Hun kontaktede ham allerede en uge efter deres første, afklarende samtale og tilbød ham en prøvetid i en klub for unge, og selv om han i det videre forløb får afslag på revalidering, har hun givet ham troen på, at det nok skal lykkes ham at blive pædagog.

### Hvad var det der virkede?

Også de andre projektdeltagere fremhævede den sociale beskæftigelseskonsulents betydning, idet de lagde vægt på

- at kontakten med hende var blevet etableret i løbet af få dage, hvor deres ressourcer og ønsker blev kortlagt
- at hun havde udstrålet overblik og god evne til vejledning
- at de inden for typisk en uge havde fået tilbagemelding om, hvilke konkrete muligheder de kunne vælge mellem
- at de kort tid efter var på vej i den retning, som den individuelle handleplan lagde op til.

Det er min vurdering, at nøglen til succes i projektet var den individuelt tilrettelagte handleplan med vægt på både omsorg og konkret erhvervsvejledning kombineret med en målrettet og hurtig udslusning til beskæftigelse eller uddannelse. Medvirkende var at fokus i sagsbehandlingen blev flyttet fra den kommunale forvaltning til de krav og muligheder, som de private virksomheder og uddannelsesstederne repræsenterede.

### Behov for omsorg

Det er min erfaring, at tidligere stofmisbrugere, når de er landet efter endt behandling, har behov for støtte og omsorg i den efterfølgende nyorienterings- og etableringsfase med vægt på at kunne skabe et liv i balance og vende destruktiv livsførelse til konstruktiv adfærd og tankegang, at forebygge og bearbejde symptomer på tilbagefald, samt at få støtte til etablering af netværk og stoffri venner i lokalområdet. I projektet i Odense blev dette støtte- og omsorgsbehov tilgodeset gennem et efterbehandlingstilbud i tæt samspil med den sociale beskæftigelseskonsulent. F.eks. var en af projektdeltagerne meget vred over at skulle på et AMU-kursus – men vreden viste sig at bunde i angst for ikke at slå til, og dette blev bearbejdet i hans efterbehandlingsgruppe.

### Behov for konkret erhvervsvejledning

Det er samtidigt min erfaring, at tidligere stofmisbrugere hurtigst muligt har behov for konkret vejledning i at søge ordinært arbejde eller ordinær uddannelse på lige fod med andre arbejds- eller uddannelsessøgende.

På "New Way of Life" var den sociale beskæftigelseskonsulent i stand til

- at håndtere projektdeltagernes manglende arbejdsidentitet på en konstruktiv måde ved at vise forståelse for, at de havde behov for en "opvarmningsfase"
- at gå i dialog med potentielle arbejdspladser og bl.a. formidle, at de ikke skulle forvente fuld arbejdsindsats de første måneder
- at arbejde ud fra den holdning, at projektdeltagernes tidligere stofmisbrug ikke var så væsentligt i forhold til at komme i beskæftigelse eller uddannelse – at det tværtimod vidnede om viljestyrke at have arbejdet sig ud af et mangeårigt misbrug.

### Nye muligheder i Beskæftigelsesministeriets arbejdsevnemetode for kommunale sagsbehandlere

Den sociale beskæftigelseskonsulent på projektet "New Way of Life" var en undtagelse. Det har længe været et problem, at kommunale sagsbehandlere har følt sig usikre over for brugen af de arbejdsmarkedsrettede metoder. Nu er der efter 1. januar 2003 gennem implementeringen af Beskæftigelsesministeriets arbejdsevnemetode for kommunale sagsbehandlere på arbejdsmarkedsområdet indført et fælles red-

**Morten Rambøl**, cand.phil., socialrådgiver. Arbejder som selvstændig konsulent og lektor i samfundsfag ved Den sociale Højskole i Odense

skab til beskrivelse og vurdering af den enkelte borgers – herunder tidligere stofmisbrugers – ressourcer.

Arbejdsevnemetoden bygger på de værdier, der ligger bag tanken om det rummelige arbejdsmarked og den seneste førtidspensionsreform. Her udtrykkes en tro på, at alle mennesker har ressourcer og udviklingsmuligheder, hvor hovedsigtet for sagsbehandlingen er selvforsørgelse i det omfang, det er muligt. Derved er beskrivelse, udvikling og vurdering af den tidligere stofmisbrugers arbejdsevne blevet en central del af de kommunale sagsbehandleres arbejdsopgaver, hvor de socialfaglige vurderinger i højere grad end de lægefaglige vurderinger lægges til grund for afgørelserne. En vigtig konsekvens af dette værdisyn for tidligere stofmisbrugere er, at han eller hun kun tilkendes førtidspension, hvis det ikke er muligt at støtte pågældende i at komme ind på arbejdsmarkedet på normale vilkår eller i støttet beskæftigelse.

Det er min vurdering, at der således i lovgivningen – under forudsætning af, at sagsbehandleren har den nødvendige empati i forhold til den tidligere stofmisbrugers ressourcer og begrænsninger – er åbnet op for, at den, der har motivationen til at komme i ordinær eller støttet beskæftigelse, også har muligheden for det. Det er endog kommunens forpligtelse at bibringe sagsbehandlerne den fornødne viden og foranstalte de fornødne samarbejdsrelationer om konkrete jobfunktioner på arbejdsmarkedet.

## To barrierer der skal overvindes

For mig at se er der to vigtige barrierer i etableringen af jobs for tidligere stofmisbrugere, der skal overvindes, før sagsbehandlingen kan "rykke" ligesom på "New Way of Life".

## Første barriere: I forhold til de private virksomheder

Den vigtigste aktør i jobskabelsen for tidligere stofmisbrugere er de private virksomheder. De seneste to års efteruddannelse i arbejdsevnemetoden har været rettet mod de kommunale myndighedspersoner og deres interne og eksterne samarbejdspartnere. Dette har været en nødvendig proces, men der har foreløbigt været meget lidt fokus på den rolle, som det private erhvervsliv og de enkelte virksomheder har i denne forbindelse. Jeg vurderer derfor, at erhvervslivet mangler ejerskab til de opgaver, der følger med arbejdsevnemetoden.

## Anden barriere: I selve arbejdsevnemetoden

Arbejdsevnemetoden kan bruges til konstruktiv vurdering af den tidligere stofmisbrugers arbejdsevne. Men indførelse af arbejdsevnemetoden har ikke givet de kommunale sagsbehandlere større viden om, hvordan det ser ud på de danske arbejdspladser i dag – eller hvordan de f.eks. kunne være med til at etablere lokale virksomhedsnetværk. De er derfor ikke blevet bedre rustede til konkret, lokal erhvervsvejledning gennem arbejdsevnemetoden – selv om de som myndighedspersoner samarbejder med de kommunale jobkonsulenter.

**BARRIERERNE KAN OVERVINDES GENNEM UTRADITIONELT SAMARBEJDE MELLEM KOMMUNER, PRIVATE VIRKSOMHEDER OG SOCIALFAGLIGE UDDANNELSER I UDVIKLING AF NYE REHABILITERINGSMETODER**

Kernen i arbejdsevnemetoden er navnlig, at der skal være tæt sammenhæng mellem arbejdsmarkedets krav og udviklingen af den tidligere stofmisbrugers ressourceprofil.

Fokus for indsatsen skal derfor vendes på hovedet i forhold til traditionel praksis og flyttes fra de kommunale forvaltninger til de private virksomheder, hvor de tidligere stofmisbrugere skal fungere. For at opnå dette skal der etableres samarbejdsfora mellem kommunale sagsbehandlere, private virksomheder og de socialfaglige uddannelser med henblik på at skabe klarhed om, hvad de private virksomheder kan tilbyde de tidligere stofmisbrugere, hvilke krav virksomhederne stiller til dem, og hvad skal de gøre for at honorere kravene.

På det konkrete plan overvindes barrieren i forhold til de private virksomheder ved, at virksomhederne inddrages direkte i opkvalificeringen af de tidligere stofmisbrugere. Et af værktøjerne til dette er, at der knyttes en kontaktperson eller mentor – en kollega, der er særligt uddannet til at give støtte i den kritiske etableringsfase – til den tidligere misbruger, når han eller hun har fået fodfæste på en arbejdsplads. Derved vil mentoren spille sammen med og understøtte den kommunale sagsbehandler, og for at fremme denne proces bør de socialfaglige uddannelser i Danmark udbyde kurser for mentorer på de danske arbejdspladser, der kan støtte de tidligere stofmisbrugere i deres nye rolle.

Således bliver både de kommunale forvaltninger, de private virksomheder og de socialfaglige uddannelser involveret i en fælles proces. Når dette samarbejde er etableret omkring opkvalificering af tidligere stofmisbrugere – og uddannelse af mentorer – kan erfaringerne bruges i uddannelsen af kommende sagsbehandlere i arbejdsevnemetoden over for denne målgruppe. Dermed er der også taget hul på den anden barriere. Næste skridt vil passende være, at integrationen af stofmisbrugere på arbejdsmarkedet igangsættes allerede i behandlingsfasen. Men jeg vurderer, at dette fortsat er en fremtidsvision i Danmark.

1 Socialministeriet (2001): *Nyhedsmagasin om Det Rummelige Arbejdsmarked*, nr. 10.

2 Se Socialministeriet (2001): *Arbejdsevnemetode. Metode til beskrivelse, udvikling og vurdering af arbejdsevne.*

3 Mentorordningen er beskrevet i §§78-80 i Beskæftigelsesministeriets *Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats* af 1. juli 2003. Ved en mentorfunktion forstås, at en medarbejder i virksomheden varetager en særlig opgave med at introducere, vejlede eller oplære personen, der ligger ud over, hvad arbejdsgiveren forventes at varetage. Denne medarbejder kan frikøbes til opgaven ved bevilget støtte til arbejdsgiveren til dækning af lønomkostninger. Med henblik på at forbedre medarbejderens mulighed for at varetage mentorfunktionen kan der også bevilges tilskud til køb af uddannelse for medarbejderen.

4 Se Rambøl (2002): *Evaluering af projektet "New Way of Life" – efterbehandling af stofmisbrugere i et samarbejde mellem Den selvejende institution Kongens Ø, Frit Oplysningsforbund, Odense, og Odense Kommune, Job- og bistandsafdelingen.* Henvendelses kan ske til lonp@odense.dk eller morten.ramboel@mail.dk

# Evidens og uddannelse: Hvad har hvem brug for at lære hvornår?

AF MORTEN HESSE

At uddannelse er godt kan de fleste blive enige om – men hvad er det der gør at misbrugsbehandlerne bliver uddannet i nogle metoder frem for andre? Tilfældigheder, vaner eller forskning?

SCANPIX / LARS BAHL

Uddannelse er tidens mantra! Stribevis af jobs, der for få år siden var ufaglærte, får en uddannelse klistret på, og skifter så titel fra eksempelvis "sygehjælper" og "hjemmehjælper" til "social- og sundhedsassistent". Forventningen er, at hvis vi får en uddannelse, så bliver vi meget bedre til det, vi skal kunne. Noget skal der nok være om det. Og skulle vores grundlæggende uddannelse ikke række, kan vi altid tage på kurser eller tage en efteruddannelse. Det er der nok også noget om.

Uddannelse som sådan er det meget svært at være imod. Det gælder selvfølgelig også på misbrugsområdet. Et privat konsulentbureau (CASA) har været hyret til at undersøge fremtidens uddannelsesbehov i forskellige faggrupper, og et initiativ (DNU) er iværksat for at etablere mere uddannelse på rusmiddelområdet. Dertil kommer at amterne allerede nu investerer i uddannelse af deres behandlere internt i behandlingssystemerne eller ved at bevillige medarbejderne kurser hos andre udbydere.

Midt i al denne uddannelsesbegejstring kunne man godt savne mere opmærksomhed på indholdet og kvaliteten i uddannelserne. På linie med at vi er blevet mere og mere opmærksomme på spørgsmål om, hvorvidt vi anvender dokumenteret effektive behandlinger, kunne man ønske sig at evidens spillede en større rolle i vores uddannelsesovervejelser. Hvis vi beskæftiger os lidt med evidens kunne vi måske nå fra overskriftsniveauet, til det lidt mere konkrete og interessante spørgsmål: Hvad hvem har brug for at lære hvornår?

Hvordan finder man egentlig ud af hvad det er man skal uddannes i? Hvorfor vælger man netop dette frem for noget andet? Er det intuitive vurderinger af hvad der kan være godt for klienterne at behandlerne har kendskab til, som ligger til grund? Er det der udbydes bestemt af de forhåndværende søms princip, af tradition, af mode og trends eller af evidens?

Frem for at spørge, hvad behandlerne mener, de har brug for at vide,

vil jeg foreslå, at kritisk gennemgang af nyere forskning får en større rolle at spille, sådan at man dels bedre kan få blik for om der findes typer af behandling eller tiltag som har et bedre ry end de egentlig fortjener og om der er typer af behandling eller tiltag, som vi overhovedet ikke anvender i Danmark i dag, som måske kunne gøre mere gavn for de mennesker, vi forsøger at hjælpe i behandlingssystemet for stofmisbrugere. Måske endda for de samme penge, som vi anvender i dag?

Herhjemme har vi eksempelvis udnævnt især kognitiv terapi til en dokumenteret effektiv behandling, og derfor uddannes der på livet løs i kognitiv terapi i mange behandlingsenheder for misbrug. Men er det kognitiv terapi i almindelighed, vi har brug for at lære, eller kan vi måske præcisere lidt mere, hvad der har effekt?

### Hvad er evidensen for kognitiv terapi til misbrugere?

Tankegange fra alkoholbehandlingen i Fyns Amt (Odense modellen[1]) har haft gunstig afsmittende virkning på stofmisbrugsområdet. Kognitiv terapi er nævnt som en dokumenteret effektiv behandling for misbrug mange steder i Danmark. "Kognitiv terapi er det, der virker", har det heddet sig lige siden Aaron T. Beck og hans kollegers bog kom i 1993[2].

En vis støtte herfor kan hentes i et autoritativt review lavet af Roth og Fonagy fra Anna Freud Instituttet i London , hvori kognitiv terapi fremhæves som en lovende, men dog ikke bevist effektiv behandling for alkoholmisbrug.[3] Andre undersøgelser med henholdsvis klienter i metadonbehandling og behandling for kokainmisbrug, tyder på, at selv om kognitiv terapi på kort sigt ikke havde bedre effekt end uspecifik rådgivning, så kom der god forsinket effekt – sandsynligvis som et resultat af, at klienterne i terapien lærer nogle færdigheder, som de senere har glæde af.[4]

Den ene af disse undersøgelser - den med metadonklienter - viste imidlertid, at psykodynamisk behandling havde lige så stor effekt som kognitiv terapi. Det betyder ikke, at kognitiv terapi ikke virker, for en behandling skal selvfølgelig ikke være bedre end al anden behandling for at være dokumenteret effektiv. Men det ville dog være stærkere støtte til at en behandling er effektiv, hvis den dokumenteret er til mere gavn for klienterne end en behandling med en markant anderledes teori om både problemer og behandlingseffekt. Og det viste sig ikke at være tilfældet når man sammenholdt psykodynamisk behandling med kognitiv ditto. Tilmed fandt Roth og Fonagy at kortere varende behandlinger som motiverende samtaler, adfærdsorienteret parterapi, og træning i selvkontrol ligefrem viste sig mere effektive end kognitiv behandling.

Senere undersøgelser har blot gjort miseren værre for kognitiv terapi. En stor undersøgelse, ledet af blandt andet Aaron T. Beck, viste igen at kognitiv terapi ikke klarede sig bedre end psykodynamisk terapi, og at ambulant 12-trinsorienteret rådgivning gav større effekt end kognitiv terapi.[5] Et vigtigt træk ved dette studie er dog, at alle i undersøgelsen modtog 12-trinsorienteret gruppebehandling, hvorfor de klienter, der fik en kombination af to forskellige behandlinger (eksempelvis kognitiv terapi og 12-trinsgruppe) kunne føle sig usikre på, hvad behandlingens metode og tilgang egentlig var. En anden undersøgelse er den berømte Project MATCH, som viste, at 4 timers motiverende samtaler var lige så effektiv som 12 timers kognitiv terapi eller 12 timers 12-trinsorienteret rådgivning.[6]

Disse undersøgelser viser ikke, at kognitiv terapi ikke er et relevant tilbud til misbrugere. Men de forventninger vi har til kognitiv terapi fra eksempelvis angstbehandlingen er store: her viser undersøgelser, at kognitiv terapi i markant grad øger livskvaliteten, og giver en hurtig og sikker hjælp til et alvorligt problem, og i markant grad er overlegen i forhold til eksempelvis medicinsk behandling. Vi må stille de samme krav til behandlingen for misbrug i form af hurtig og sikker hjælp med mindst mulige krav til klienter og behandlere.

Den dårlige nyhed består altså i at kognitiv terapi i forhold til misbrugsadfærd og misbrugeres psykiske problemer samlet set ikke har vist sig overlegen, men kun på linie med effekten af anden psykoterapi. Den gode nyhed er, at når behandlere i Danmark modtager undervisning i kognitiv terapi, så inkluderer underviserne ofte et modul om motiverende samtaleteknik – den form for samtalebehandling, der har vist en parallel effekt til kognitiv terapi, men med langt kortere interventionstid, og dermed bedre brug af ressourcerne.

### Evidensbaseret behandling

En kritisk gennemgang af nyere forskning viser tydeligt, at selv om kognitiv behandling ikke er dårlig eller ubrugelig, så er der mere interessante muligheder til mange målgrupper, som vi slet ikke kender til. Hvad er det så vi leder efter, når vi skal introducere evidensbaserede metoder i undervisningen? Hvilke krav kan vi stille til evidensbaseret behandling?

Rimelige krav må være at:

- Behandlingen har vist sig effektiv i flere velgennemførte og velkontrollerede undersøgelser, og optimalt set gennem systematiske gennemgange af disse undersøgelser ("meta-analyser") er det godtgjort, at effekten er pålidelig.
- Resultaterne af behandlingen må stå mål med de ressourcer, der kræves for at gennemføre den – både af klienten og af behandleren.
- Behandlingen må udgøre et skridt fremad i retning af at opnå en større effekt end tidligere behandlinger, i retning af i højere grad at mindske smerten og lidelsen forbundet med problemet, at gøre dette hurtigere, og mere behageligt for klienten.

Om muligt må man vælge behandling, der viser sig gavnlig på en række områder af betydning for klienten, og undgå en behandling med alt for mange negative virkninger.

"Adfærdsorienteret parterapi giver en stor chance for at børn af misbrugere får det bedre sammenlignet med individuel behandling"

SCANPIX / LARS BAHL

Jeg skal i det følgende komme med et beskedent bud, nærmere bestemt to forslag til, hvad mennesker der arbejder med behandling af misbrug kunne have gavn af at stifte bekendtskab med.

**Adfærdsorienteret parterapi**

I adfærdsorienteret parterapi arbejdes der med at skabe en fælles kontrakt mellem parterne om at arbejde med parproblemer og misbrugsproblemer parallelt, hvad enten det er den ene af parterne eller dem begge, der har misbrugsproblemer. Behandlingen er meget handlingsorienteret, og ikke nødvendigvis så kognitivt orienteret som de mest udbredte former for kognitiv adfærdsterapi.

Adfærdsorienteret parterapi er en af de mest veldokumenterede behandlingsformer i forhold til misbrug af alkohol, og de få undersøgelser, der foreligger omhandlende stofmisbrugere giver lovende resultater[7]. Et vigtigt resultat er, at behandlingen giver meget effekt for pengene,[8] og et andet meget vigtigt resultat fra et menneskeligt synspunkt er, at parterapi hos misbrugere forebygger vold mellem partnerne.[9]

Et andet måske endnu vigtigere resultat er, at adfærdsorienteret parterapi giver en stor chance for at børn af misbrugere får det bedre sammenlignet med individuel behandling, selv ved en tilsvarende mængde af behandling (og dermed et tilsvarende ressourceforbrug hos behandlingssystemet).[10]

En grund til at adfærdsorienteret parterapi synes at hjælpe, skal findes i kommunikationen mellem misbrugeren og partneren. Man ved fra forskning i skizofrenes forhold til deres familier, at hvis familierne er meget følelsesladede i deres kommunikation, så øger det sandsynligheden for tilbagefald og nye indlæggelser, men også, at hvis man hjælper familien til at "skrue ned" for den følelsesmæssige intensitet overfor den skizofrene patient, så falder indlæggelserne. Noget lignende synes at være tilfældet for alkoholmisbrugere: Også her er en partner med tendens til stærke følelsesudladninger en risikofaktor for tilbagefald.[11]

"Herhjemme er vi imidlertid alt for bange for at stille nogle krav – og hvad værre er, vi er bange for at give noget igen, når klienter opfylder vores krav."

Nævnes skal også at forskellige typer af tillægsbehandlinger til parterapi for misbrug har været forsøgt. Tilbagefaldsforebyggelse med parret involveret har vist sig at øge effekten i visse undersøgelser.[12] Derimod har tilføjelse af AA-henvisning til behandlingen medført et dårligere resultat end adfærdsorienteret parbehandling alene[13] ifølge en meget velgennemført undersøgelse under ledelse af Barbara McCrady, der ellers gennem årene har været en varm fortaler for en kombination af adfærdsterapi og brug af 12-trinsgrupper. Der er således ikke dokumentation for direkte at supplere adfærdsorienteret parbehandling med henvisning til 12-trinsgrupper.

Det at der kun foreligger et par enkelte velgennemførte undersøgelser af behandling af stofmisbrugere med adfærdsorienteret parterapi kunne måske nok tjene som argument for, at dokumentationen endnu ikke er tilstrækkelig. Men på den anden side lever den dokumentation der findes op til kravene til en "rigtig" evidensbaseret behandling, i det mindste hvis vi skeler til dokumentationen fra alkoholområdet.

### Contingency management

I Danmark har udviklingen de seneste år primært gået i retning af en liberalisering af metadonudleveringsbetingelserne. Dette er et sympatisk tiltag på mange måder, og langt mere menneskeligt og fornuftigt end den ydmygende praksis, hvor en behandler af og til skal stå og vurdere, om en klient tilsyneladende er "velfungerende" ud fra indtrykket i klinikken. Denne praksis kan give anledning til alvorlige tolkningsstridigheder, hvor man som behandler er tvunget til at skønne om klienten er påvirket, måske skønne om der skal foretages en urinprøve og vurdere hvad konsekvenserne skal være – situationer og skøn som kan være en ydmygende oplevelse for klienten, som kan belaste den terapeutiske relation, som kan gøre det svært at yde en bred og koordineret indsats i forhold til den enkelte klient, og som i værste fald kan medføre drop out.

Men af mangel på ressourcer og af mangel på tro på at kontrol kan nytte, tilbageruller vi kontroltiltagene – i stedet for et bedre alternativ, der kunne bestå i at indføre mere meningsfulde og nyttige kontrolforanstaltninger i behandlingsarbejdet. "Contingency management" (CM) er en adfærdsorienteret behandling, som bygger på, at etablere en klar og synlig sammenhæng imellem klientens indsats i behandlingen, og det som han eller hun får fra behandlingen uden de mange skøn. Det sker ved at nogle enkle spilleregler for forventninger til klienten og tilsvarende modydelser fra behandlingssystemet opstilles på linie med klassiske adfærdsorienterede behandlinger. Metoden er mest undersøgt i forhold til metadonbehandling, hvor den generelt har god effekt[14], men andre grupper er også undersøgt, eksempelvis kokainafhængige.[15]

I CM anvender man klare og overskuelige sammenhænge mellem hvad klienten yder i behandlingen, og de resultater som han får fra behandlingen. Eksempelvis reguleres tag-hjem-ordninger på basis af rene urinprøver (så og så mange rene urinprøver udløser en (ekstra) tag-hjem-dosis), eller et vist antal rene urinprøver udløser udbetaling af kuponer til indkøb af varer i supermarkeder eller varehuse, eller medfører ønsket regulering af mængden af medicin. Man arbejder med andre ord med klare belønningssystemer.

Typisk indvender man over for denne behandlingstype, at det er forkert at anvende medicinen som et pædagogisk redskab i behandlingen, og man kan da også være betænkelig herved. Men man må inddrage hvad alternativet er: Langt de fleste steder, hvor man i dag arbejder med en form for konsekvenspædagogik er et personligt skøn involveret, når der skal laves tag-hjem-aftaler. Også hvis basis er urinprøver er der et skøn involveret, hvis urinprøven skønnes påkrævet af behandleren.

Problemet med skønsbasering er, at personlige skøn giver mulighed for nogle ganske ydmygende situationer. De tilbagevendende "vejninger" foretaget af behandlere, der kun ved meget lidt om klientens liv, og som ikke har meget andet grundlag end klientens fremtræden - og evne til at skabe kontakt (eller manipulere med behandleren) kan belaste selvtilliden, troen på fremtiden, og muligheden for at ændre sig. Den, der aldrig har været i rollen som klient i det sociale system, kan blot tænke på fornemmelsen af at have fået en uventet lav karakter efter en mundtlig eksamen. I den situation står man over for et andet menneske, der har vejet én og fundet, at man var for let, og skønnet står ikke til at ændre, uanset hvor uretfærdigt det måtte forekomme den bedømte.

Contingency Management synes at være mindre ydmygende og ser ud til at virke. En ny undersøgelse fra den meget anerkendte Matrix klinik i Californien viste således, at CM gav en bedre korttidseffekt end kognitiv adfærdsterapi, selv om forskellene dog udlignedes over et års forløb, primært fordi gruppen i kognitiv adfærdsterapi forbedredes senere i forløbet.[16] Herudover har metoden også med succes været anvendt i forbindelse med behandling med naltrexone, et stof der gives som modgift mod heroinoverdoser, og som fungerer som en slags "forebyggende behandling" for tilbagefald.[17]

En relevant indvending er dog, at det er en dyr behandling. Selv hvis man kun vil screene for opiatmisbrug kræver det mindst to urinprøver om ugen at opnå resultater, og det er ganske dyrt. Det er der dog en udvej for, nemlig at give belønning for at nå på forhånd fastsatte behandlingsmål i stedet for at belønne rene urinprøver[18] - et alternativ formuleret og afprøvet af gruppen omkring Martin Iguchi.

At belønne klienterne for at realisere deres behandlingsrelevante opgaver viste sig ved et forsøg med kontrolgruppe at være mere effektivt i retning af at bremse misbruget (målt på antallet af rene urinprøver!) end at belønne dem direkte for at lægge rene urinprøver. Ydermere havde behandlingen med den eksperimentelle metode en læn-

**Morten Hesse,** cand.psych,
og ph.d. stud.
på Center for Rusmiddelforskning

gere virkningstid efter endt behandling - mens klienterne fortsat var i metadonbehandling - end de to øvrige.

Dette kan bedst tolkes sådan, at den eksperimentelle behandling virkede ved at klienterne oplevede, at de fik noget ud af det, når de lagde et stykke arbejde her og nu (en fornemmelse mange stofmisbrugere ellers sjældent får – de lægger et stykke arbejde for at rette op på deres tilværelse, og hvis de er heldige, så bærer det frugt et par år efter). Derefter oplevede de, at det blev værdifuldt i sig selv at nå de mål, som de havde nået i løbet af behandlingen, og fortsatte ad den samme kurs.

Den samme behandling har været anvendt i en anden undersøgelse, dog uden kontrolgruppe.[19] Men også her viste det sig, at hvis man var i stand til at give klienterne nogle relevante mål, og give dem en direkte belønning for at gøre et stykke arbejde, så lønnede det sig i form af fastholdelse af klienterne i behandlingen og mindre illegalt opiatforbrug. Yderligere støtte til denne sammenhæng kan ses af en anden undersøgelse[20], hvor en eksperimentalgruppe fik tag-hjem-doser uafhængigt af rene urinprøver eller ej i en indkøringsfase, mens kontrolgruppen ikke fik tag-hjem-doser. Begge blev derefter udsat for CM behandling i form af tag-hjem-doser for rene urinprøver.

Igen viste det sig at eksperimentalbehandlingen var bedre til at få klienterne til at begynde at lægge rene urinprøver. Stofmisbrugerne var ikke vant til at forvente at få noget ud af at gøre noget – men når de oplevede, at de kunne få en frihed, så virkede det. Herhjemme er vi imidlertid alt for bange for at stille nogle krav – og hvad værre er, vi er bange for at give noget igen, når klienter opfylder vores krav.

## Veje fremad?

Der er mange andre behandlinger end de to ovennævnte, der har vist gode effekter for særlige grupper. Men hvis vi bliver i 80'ernes forskningsresultater og det der for længst er blevet god latin, så leverer vi næppe det optimale til vores klienter. Det er nødvendigt, at vi ser på muligheder for at lære af nyere forskning i vores planlægning af uddannelsesaktiviteter, så vi ikke giver uddannelse i behandlingsformer, bare fordi vi bedre kan lide dem, føler os mere trygge og hjemme i dem eller ikke ved nok om evidensen for metodernes effektivitet eller mangel på samme. Uddannelse er ikke bedre end indholdet og indholdet skulle gerne være ajour med forskningen, således at vi bruger behandlingsmetoder, der er stadigt mere holdbare og nyttige for klienterne.

1 Bent Nielsen og Anette Søgaard Nielsen: Odensemodellen. Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbrugere. Fyns Amt, 2001
2 Beck AT, Wright F, Newman CF, Liese BS. (1993) Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press, New York.
3 Roth A, Fonagy P (1996): What works for whom? A critical review of psychotherapy research. Kapitel 11. Guilford, London, 1996
4 Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, Gordon LT, Wirtz PW, Gawin F. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. Delayed emergence of psychotherapy effects. Arch Gen Psychiatry 1994;51:989-97. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, and O'Brien, CP (1987) 12-month follow-up of psychotherapy for opiate addiction. Am J Psychiatry, 144(5):590-596
5 Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz LR, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody GE, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck AT. (1999): Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence. – National Institute on Drug Abuse Collaborative Treatment Study. Arch Gen Psychiatry;56:493-502.
6 Cooney NL, Kadden RM, Litt MD, Getter H. (1991): Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. J Consult Clin Psychol; 59:598-601.
7 Kelley ML, Fals-Stewart W. (2002): Couples- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. J Consult Clin Psychol.;70(2):417-27.
Se også Winters J, Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR, Kelley ML. (2002): Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: effects on substance use and relationship adjustment. J Consult Clin Psychol. 2002;70(2):344-55.
8 Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR. (1997) Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis. J Consult Clin Psychol.;65(5):789-802
9 O'Farrell TJ, Van Hutton V, Murphy CM. (1999) Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study. J Stud Alcohol; 60(3):317-21
Se også O'Farrell TJ, Murphy CM. (1995) Marital violence before and after alcoholism treatment. J Consult Clin Psychol.; 63(2):256-62
10 Kelley ML, Fals-Stewart W. (2002): Couples-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. J Consult Clin Psychol; 70(2):417-27
O'Farrell TJ, Feehan M. (1999) Alcoholism treatment and the family: do family and individual treatments for alcoholic adults have preventive effects for children? J Stud Alcohol Suppl.;13:125-9.
11 O'Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter HS. (1998): Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. J Consult Clin Psychol; 66(5):744-52
12 O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS, Brown ED, McCourt WF. (1993) Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. Stud Alcohol;54(6):652-66.
13 McCrady BS, Epstein EE, Hirsch LS. (1999) Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months. Addiction; 94(9):1381-96.
14 Griffith, J.D.; Rowan-Szal, G. A.; Roark, R. R.; Simpson, D.D. (2000): Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. Drug and Alcohol Dependence, 58, 55-66
15 Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ. (1994): Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. Arch Gen Psychiatry.; 51(7):568-76
16 Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, Ling W. (2002): A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. Arch Gen Psychiatry; 59(9):817-24
17 Preston KL, Silverman K, Umbricht A, DeJesus A, Montoya ID, Schuster CR. (1999): Improvement in naltrexone treatment compliance with contingency management. Drug Alcohol Depend; 54:127-35
18 Iguchi MY, Belding MA, Morral AR, Lamb RJ, Husband SD. (1997) Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: an effective alternative for reducing drug use. J Consult Clin Psychol; 65:421-8.
19 Villano CL, Rosenblum A, Magura S, Fong C. (2002): Improving treatment engagement and outcomes for cocaine-using methadone patients. Am J Drug Alcohol Abuse; 28:213-30
20 Schmitz JM, Rhoades HM, Elk DC, Hussein I, Grabowski J (1998): Medication Take-Home Doses and Contingency Management. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 6:162-168

Den internationale faglitteratur er lidt af en jungle – stor, uoverskuelig og ufremkommelig. I denne skov af viden er der visse artikler der ikke er til at komme uden om. De indeholder noget essentielt, noget man må forholde sig til.

STOF bringer i hvert nummer en klassiker - hele artiklen eller uddrag - oversat til dansk. Lidt efter lidt vil der dermed foreligge et udvalg af faglige artikler til brug for alle på området. Redaktionen modtager gerne forslag til klassikere.

# Det motiverende interview

## Hvad er MI?

**STEPHEN ROLLNICK, PH.D. & WILLIAM, R. MILLER, PH.D.**

Dette er en forkortet udgave af "What is motivational Interviewing" først trykt i "Behavioural and Cognitive Psychotherapy", # 23. p 325-334, 1995

Begrebet om det motiverende interview ('motivational interviewing') blev udviklet på baggrund af erfaringer med behandling af storforbrugere af alkohol, og blev første gang lanceret af Miller[1]. De fundamentale begreber og tilgange blev senere videreudviklet af Miller og Rollnick[2] i form af en mere detaljeret beskrivelse af den behandlingsmæssige fremgangsmåde. En bemærkelsesværdig udeladelse fra begge disse publikationer var imidlertid en klar definition af det motiverende interview.

Vi mente, at det var på tide at beskrive vores egen opfattelse af hvad essensen af det motiverende interview er. Enhver nyskabelse forandres og udvikles mens den spredes. Samtidig er der nogle former for intervention, der lanceres under navnet motiverende interview, som kun har lidt til fælles med vores forståelse af motiverende interview, og i visse tilfælde er i direkte modstrid med, hvad vi anser for centrale træk ved metoden. Derfor har vi udarbejdet denne beskrivelse med(1) en definition af det motiverende interview,(2) en kort beskrivelse af, hvad vi anser for at være ideen i metoden,(3) en beskrivelse af forskelle mellem det motiverende interview og andre metoder, som det let kan forveksles med.

### Definition

Vores bedste nuværende definition er denne: *Det motiverende interview er en styret klient-centreret rådgivningsstil, som har til formål at frembringe adfærdsmæssige forandringer hos klienten, ved at hjælpe denne til at udforske og afklare ambivalens*. Sammenlignet med ikke-styret rådgivning, er denne tilgang mere fokuseret og målrettet. Undersøgelsen og opløsningen af ambivalens er det centrale formål, og rådgiveren forfølger bevidst dette mål.

### Ånden i det motiverende interview

Vi mener det er vigtigt at skelne mellem *ånden* i det motiverende interview og de *teknikker* som vi har anbefalet til at manifestere grundideen. Klinikere, der bliver overfokuseret på teknik, kan tabe den ånd og stil af syne som er en forudsætning for fremgangsmåden. Der er lige så mange tekniske variationer, som der er møder mellem behandler og patient, men den grundlæggende ide i metoden er mere vedholdende og kan beskrives i nogle få nøglepunkter.

1. *Motivation til forandring fremkaldes hos klienten selv og påtvinges ikke udefra.* Andre tilgange har lagt vægt på tvang, overtalelse, konstruktiv konfrontation, og brugen af ydre omstændigheder (såsom truslen om et eventuelt tab af job eller familie) som motivationsfaktorer. Sådanne strategier kan have berettigelse i forhold til at frembringe forandring, men de er væsensforskellige fra den ide som det motiverende interview bygger på, nemlig at stimulere til adfærdsforandring ved at identificere og mobilisere klientens indre værdier

EN KLASSIKER

## SAMTALENS KUNST

I dette nummer handler klassikeren om "*Motivational Interviewing*"- en samtalefilosofi som i disse år introduceres på kurser til medarbejdere mange steder i landet under navne som motivationsinterview eller den motiverende samtale. Rollnick og Miller's bog om samme fra 1991 er oversat til mange sprog, herunder tysk og svensk, men ikke til dansk. Hermed foreligger for først gang en dansk oversættelse af en originaltekst af ophavsmændene til MI.

Når det gælder misbrug er det en gængs antagelse at "alle gerne vil ud af det". Samtidig kan enhver se hvor svært det faktisk er at realisere ønsket om at bryde eller få styr på en afhængighed. Et nøgleord i den sammenhæng er motivation. Et andet nøgleord er ambivalens, som kommer til udtryk som splittethed, usikkerhed, blandede følelser og vaklen. Hvordan arbejder man med motivation og ambivalens? Hvad er hjælperens og behandlerens rolle? Er der ting man skal tage sig i agt for? Hvordan og hvordan ikke befordrer man forandring ? Rollnick og Miller kommer med et bud på hjælpekunst i samtaleform. Hovedbudskabet er, at bearbejdning af ambivalenser på klientens præmisser og i klientens eget tempo er en farbar vej til at styrke motivationen til forandring, samt at man som hjælper skal være meget varsom med at forcere tingene, at "stjæle showet" og sætte sig selv, sin egen autoritet, sin egen indsigt og egne løs-

og mål.

2. D*et er ikke rådgiverens, men klientens opgave at formulere og opløse hans/hendes ambivalens.* Ambivalens former sig som en konflikt mellem to handlemuligheder (f.eks. at give sig hen versus at holde sig tilbage) der hver især opleves som forbundet med både fordele og omkostninger. Mange klienter har aldrig haft muligheden for at udtrykke de ofte forvirrende, modsætningsfyldte og helt og aldeles personlige sider i denne konflikt, for eksempel: "Hvis jeg holder op med at ryge vil jeg få det bedre med mig selv, men jeg vil måske også tage på i vægt, hvilket vil få mig til at føle mig ulykkelig og utiltrækkende." Rådgiverens opgave er at hjælpe til at begge sider af ambivalensen kommer til udtryk samt at lede klienten hen mod en acceptabel løsning, der udløser en ændring.
3. *Direkte overtalelse er ikke nogen effektiv metode til at løse ambivalens.* Det er fristende at prøve at være "hjælpsom" ved at overbevise klienten om problemets presserende karakter og fordelene ved en forandring. Det står samtidig ganske klart at denne taktik generelt øger klientens modstand og mindsker sandsynligheden for ændring[3,2].
4. *Rådgivningsformen er generelt rolig og belysende.* Direkte overtalelse, aggressiv konfrontation og argumentation står i begrebslig modsætning til det motiverende interview og er udtrykkeligt bandlyst i denne tilgang til rådgivning. For en rådgiver, der er vant til den konfronterende form og til at give råd, kan det motiverende interview forekomme at være en håbløst langsommelig og passiv proces. Værdien findes i udbyttet. Mere aggressive strategier, til tider styret af ønsket om at "bryde klientens benægtelse", glider let over i at presse klienter til at foretage ændringer, som de ikke er parate til.
5. *Rådgiveren viser klienten vejen til at undersøge og opløse ambivalens.* Et motiverende interview omfatter ikke undervisning i adfærdsmæssige me-

SCANPIX / LARS BAHL

**Stephen Rollnick**, professor i Healthcare Communication vedUniversity of Wales, College of Medicine
**William R. Miller**, professor i Psykiatri og Psykologi ved University of New Mexico

strings-færdigheder, selv om disse to tilgange ikke er uforenelige. Grundantagelsen i det motiverende interview er at ambivalens eller manglende beslutsomhed er den vigtigste forhindring, der skal overvindes for at udløse forandring. Når dette først er opnået vil der måske - eller måske ikke - være behov for yderligere intervention såsom færdighedstræning. De specifikke strategier i det motiverende interview er skabt til at fremkalde, tydeliggøre og opløse ambivalens i en klientfokuseret og respektfuld rådgivningsmæssig atmosfære.

6. *Parathed til forandring er ikke et træk ved klienten, men et varierende udslag af samspil mellem personer.* Behandleren er derfor yderst opmærksom og lydhør over for klientens motivationelle signaler. Modstand og 'benægtelse' opfattes ikke som klientegenskaber, men som feedback på behandlerens adfærd. Klientens modstand er ofte et tegn på at rådgiveren antager, at der er en større parathed til forandring tilstede end der egentlig er, og det er et signal til behandleren om at ændre motivations strategier.
7. *Den terapeutiske relation er nærmere et partnerskab eller et kammeratskab end det er et ekspert-modtager forhold.* Behandleren respekterer klientens autonomi og valgfrihed (og konsekvenser) i relation til hans eller hendes adfærd.

På denne baggrund er det uhensigtsmæssigt at betragte det motiverende interview som en teknik eller en række teknikker som bringes i anvendelse eller (værre) 'bruges på' mennesker. Det er snarere en mellemmenneskelig omgangsform, der ikke er begrænset til formelle rådgivningssammenhænge. Det er en hårfin balance af retningsvisende klient-fokuserede elementer, formet af en styrende filosofi og en forståelse for hvad der udløser forandring. Hvis det bliver udøvet som et trick eller en manipulerende teknik, er essensen gået tabt[4]. Ikke desto mindre er der nogle særlige former for behandleradfærd der er karakteristiske for den motiverende interviewstil, som er mulige at træne. De væsentligste af disse er:

- ☆ At man søger at forstå personens reference-ramme, specielt gennem reflekterende lytning
- ☆ At man giver udtryk for accept og bekræftelse
- ☆ At man fremkalder og selektivt forstærker klientens egne selvmotiverende udtryk, udsagn om problemforståelse, bekymring, længsler og hensigter om forandring, og tiltro til egne evner
- ☆ At man er opmærksom på klientens grad af parathed i forhold til forandring, og at man sikrer sig, at man ikke genererer modstand ved at være et skridt foran klienten
- ☆ At man bekræfter klientens valgfrihed og selvbestemmelse.

Pointen er dog, at det er *ånden* i det at lave motivational interviewing, der er basis for udformningen af disse og andre egnede strategier - og som er retningsgivende for hvordan de skal bruges. En mere fuldstændig beskrivelse af interviewformen i klinisk brug findes i Miller og Rollnick[2].

### Afgrænsning fra andre lignende metoder

Det motiverende interview bør ikke forveksles med forskellige andre former for kortvarig intervention. Brugen af ordet "motiverende" bør kun finde sted, når det primære fokus er rettet mod at forøge parathed til forandring. Endvidere bør begrebet "det motiverende interview" kun anvendes, når man har udvist omhyggelig opmærksomhed over for definitionen og den karakteristiske ånd, som beskrevet ovenfor.

(.....)

Såfremt nogen form for egentlig overtalelse, påberåben sig af professionel autoritet og dirigerende rådgivning er en del af den kortvarige intervention, vil det være fejlagtigt at benævne metoden som "motiverende interview". Vi er interesseret i at forhindre, at en støt voksende mangfoldighed af metoder fejlagtigt bliver fremstillet (og testet) som motiverende interview. Det vil også være nyttigt at skelne mellem forklaringer på de mekanismer der er virkningsfulde i kortvarige interventioner (der muligvis og muligvis ikke inddrager motivationelle processer) og specifikke metoder afledt af det motiverende interview, som er skabt til at fremme ændring af adfærd.

### Forskelle i forhold til mere konfronterende fremgangsmåder

Uagtet at man i det motiverende interview på en måde søger at "konfrontere" klienterne med virkeligheden, så adskiller denne metode sig væsentligt fra mere aggressive former for konfrontation. Mere præcist, så vil vi mene, at motiverende interview ikke bliver udøvet, når en behandler:

- ☆ fremfører at en person har et problem og har brug for at forandre sig
- ☆ tilbyder et direkte råd eller anviser løsninger på problemet uden tilladelse fra personen eller uden aktivt at opmuntre personen til selv at foretage nogle valg
- ☆ bruger en autoritativ/ekspert holdning og efterlader klienten i en passiv rolle
- ☆ er den der taler mest eller blot leverer envejs-informationer til klienten
- ☆ tildeler en diagnostisk betegnelse
- ☆ opfører sig på en straffende eller tvingende facon.

Sådanne teknikker krænker ånden i det motiverende interview.

### Litteratur:

1 Miller, W.R: Motivational interviewing with problem drinkers, Behavioural Psychotherapy #11, p 147-172, 1983
2 Rollnick, S. & Miller, W.R.: Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour, New York, 1991
3 Miller, W.R., Benefield, R.G. & Tonigan, J.S.: Enhancing Motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles, Journal of consulting and clinical psychology #61, p.455-461, 1993
4 Miller, W.R: Motivational Interviewing: III On the ethics of motivational intervention, Behavioural and cognitive psychotherapy #22, p.111-123, 1994

Denne artikel er oversat af medarbejdere ved Center for Rusmiddelforskning.
Artiklen bringes med tilladelse fra Cambridge University Press.
© British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies.

# Metadonbehandlingens ukendte foregangsmand

Overlæge, dr. med. Mogens Nimb fortæller i dette interview om metadon-terapiens lancering i Danmark som det første land i verden uden for USA - en historie de færreste kender.

**AF MICHAEL JOURDAN**

Hvordan var synet på narkomani da du introducerede metadonbehandling i 1966?

Dengang blev narkomani i høj grad betragtet som et moralsk fænomen eller nærmere et umoralsk fænomen. Man overtrådte alle menneskelige og guddommelige love når man på egen hånd begyndte at tage morfin. Læger måtte gerne give morfin til folk der havde smerter, men skulle være overordentlig forsigtige. Folk kunne jo gå hen og blive afhængige, og så var det sidste værre end det første, så måtte folk næsten hellere have ondt.

Man havde et meget firkantet syn på det. En læge kunne miste både "kjole og krave", hvis han på egen hånd begyndte at tage morfin. Man havde en forestilling om at morfin, på en eller anden måde svækkede viljen og folks generelle moral. Det man blandt andet sagde var, at morfinister blev naturnødvendigt løgnagtige. De lavede mærkelige og uforudsigelige ting og var ganske ude af stand til at passe et arbejde.

Sagen er vel nærmere, at når det ikke er velset eller legalt at læger eller andre gik og tog morfin, så måtte de jo lyve sig fra det. Man har så fejlagtigt troet at løgnagtighed var en virkning af morfinen, og det var jo nok ikke tilfældet, for folk der kunne få det uden at ty til at lyve, de løj jo nok ikke meget mere end andre mennesker. Og blev heller ikke så forfærdelig meget mere fordærvede. Så man rodede det hele sammen på en højst besynderlig måde.

Hvad var behandlingen så før 1966 ?

Behandlingen var at man skulle spærres inde på et sindssygehospital, og der skulle man gerne sidde mindst et år og kukkelure før man kunne betragtes som "helbredt". Der var en tilbøjelighed blandt psykiatere til at lægge vægt på, at en gunstig prognose var betinget af langvarig indlæggelse. Denne formodning grundede sig ikke så meget på positive erfaringer om lange indlæggelsers værdi, som på negative erfaringer man havde gjort med meget kortvarige indlæggelser.

Ikke desto mindre var det indlysende - også i samtiden - at recidivhyppigheden var meget stor. Der gik ofte ikke så lang tid før de begyndte igen. Det var først og fremmest læger og sygeplejersker der var tale om og man kunne jo ikke have at de gik og tog morfin, det måtte straffes. Om man faktisk hjælper folk med straf kan man altid diskutere, men tanken var at hjalp det ikke, så havde de langvarige indlæggelser i hvert fald en afskrækkende virkning.

Hvor meget opmærksomhed var der om problemet i offentligheden ?

Lægernes eget misbrug skabte ikke opmærksomhed. Nej, det der gjorde at offentligheden blev opmærksom

SCANPIX

## PERSPEKTIV HISTORISK STOF

Kan man lære af historien? På misbrugsfeltet er dette spørgsmål nærmest akademisk. Selv hvis man ville, så kunne man ikke. Kilderne ligger det tungt med. Mange er gået til grunde eller for længst fjernet fra bibliotekernes hylder som ukurante. Og ingen har følt sig kaldet til at hente misbrugshistorien ned fra magasinernes gemmer og præsentere dem for samtiden.

Dertil kommer at beretninger fra feltets pionerer er en mangelvare. De kapaciteter som har forladt feltet gennem årene uden at få formidlet deres indsigter videre til næste generation er mange. Dyrekøbt viden og erfaring er dermed gået tabt. Kontinuitet har der ikke været mulighed for. Nye medarbejdere har måttet starte fra bar bund. På den konto er den dybe tallerken nok opfundet indtil flere gange og samme temaer spilles igennem med nye besætninger om og om igen.

Kunne det være anderledes? Ny viden og metodeudvikling er det som der satses mest på. Men historisk perspektivering kan vel også bidrage. I dette nummer af STOF tages hul på at lade vigtige stemmer komme til orde. Første meget levende billede er overlæge, dr. med., Mogens Nimb. Kan man lære af historien? Døm

MICHAEL JOURDAN

"De begyndte så at løbe lægerne på dørene, stjal receptblokke, lavede indbrud på apoteker, og de arme læger anede jo ikke deres levende råd, når der kom sådan en morfinist ind i konsultationsværelset."

på problemet var, at man havde den såkaldte Nyhavnsepidemi - også kaldet Københavnerepidemien - som opstod under de temmelig kaotiske forhold i slutningen af anden verdenskrig og i årene lige efter.

Epidemien trivedes især i kredse man dengang kaldte "asociale omdrivere" og "bolværksmatroser", der holdt til i og omkring Nyhavn og boede i de saneringsmodne kvarterer omkring Kongens Nytorv og på Christianshavn for så vidt de havde fast bopæl. Nogle få af disse havde været morfinmisbrugere allerede før krigen og de var begyndt at tage morfin primært som rusmiddel i det sydlige udland eller som sømænd under rejser til østen. I Nyhavnsmiljøet fandt de sammen med andre, der i forvejen levede en småkriminel tilværelse med sortbørshandel og lignende, og som var begyndt at bruge disse stoffer i en periode, da disse stoffer blev ordineret med let hånd af mange læger.

Efter at det var slået an at bruge det her, begyndte de så at løbe lægerne på dørene, stjal receptblokke, lavede indbrud på apoteker, og de arme læger anede jo ikke deres levende råd, når der kom sådan en morfinist ind i konsultationsværelset.

På den tid betragtedes det som uetisk at skrive morfinrecepter til en narkoman. Det måtte man simpelthen ikke. Men der var efterhånden en del af dem, og lægerne blev jo plaget til døde af de her narkomaner, så selv om det var uetisk, så var der mange der sagde at staklerne skal jo have et eller andet, eller man sagde at nu orker jeg altså ikke kampen med dem mere, så lad dem dog få et eller andet, så jeg kan være fri for dem, ikke....

Senere blev man enige om at man skulle prøve at centralisere det i centralvisitationen, som man dengang havde for fordeling af patienter på kommunehospitalet. På den måde kunne de praktiserende læger og hospitalslægerne slippe for dem og sige: "så må i henvende jer i centralvisitationen". På det tidspunkt var offentlighedens opmærksomhed i den grad vakt, og man mente at den eksisterende lovgivning måtte være utilstrækkelig. I kølvandet på en betænkning fra 1953 skete der så en administrativ og lovgivningsmæssig stramning af kontrollen med disse stoffer. Det er på det tidspunkt at jeg kommer ind i billedet. Midt i 50'erne var jeg i gang med min uddannelse som psykiater på Bispebjerg Hospital, hvor et af vore specialer var at behandle patienter med forgiftninger. Først og fremmest sovemiddelforgiftninger med barbiturater, som folk døde som fluer af. Vi blev efterhånden meget dygtige til at kunne redde folk igennem.

Var sovemiddelforgiftninger ofte selvmordsforsøg ?
Ja, helt overvejende. 90 %.

Hvor almindeligt forekommende var forgiftninger med morfinpræparater ?
Iblandt selvmordsforsøgene kom der også en del som havde taget morfinpræparater, men i det store billede var de ikke hyppige. Udvalget af medicinske præparater var jo dengang ikke ret stort, men folk lå jævnligt inde med morfintabletter, opiumsdråber og den slags ting og prøvede også at tage sig af dage med det. Noget af det første jeg skrev om, var en gennemgang af 145 tilfælde af morfinforgiftninger som blev behandlet i forgiftningscentralen på Bispebjerg Hospital mellem 1949 og 1954.

Hvilken effekt regnede man i offentligheden med at de nye stramninger skulle få? Fulgte man udviklingen?
Jeg gjorde faktisk et forsøg på at følge op på effekten af den nye lovgivning med henblik på at lave en doktordisputats om emnet. Men den plan måtte jeg i første omgang opgive. Man havde ellers fået lavet noget der hed morfinkartoteket i Sundhedsstyrelsen, hvor man prøvede på at opgøre, hvor mange læger der gik galt i byen, hvor mange patienter som fik morfinpræparater hos lægen, og hvor mange halv- og helkriminelle narkomaner der var i København. Men registreringen var ikke særlig højt prioriteret. En enkelt kontormand sad og passede det arkiv. Det var før edb og al den slags ting. Engang imellem kastede han sig over nogle bestemte mennesker og nogle bestemt grupper, og somme tider nogle andre. Der var ikke tale om en systematisk opfølgning af noget som helst. Der var mere tale om stikprøvekontrol, så folk ikke skulle føle sig alt for sikre i sadlen, hvis de havde dårlig samvittighed.

Høring om narkotikamisbrug[1], 1967.

Da jeg ikke kunne løbe rundt til folk og sige: "Jeg har fundet Deres navn i et hemmeligt kartotek, hvordan går det?", var jeg stort set henvist til et arkivstudium, til de oplysninger der fandtes i morfinkartoteket. Men materialet var simpelthen for tyndt, observationstiden var for kort og udgangsmaterialet var tvivlsomt. Jeg følte ikke at undersøgelsen stod mål med en standard jeg selv kunne stå inde for.

Hvad gjorde de praktiserende læger når de blev opsøgt af en fra Nyhavnsgruppen? Hvilke muligheder havde man?
Der var indtil flere muligheder ! Der var selvfølgelig den mulighed at sige nej. Der var også den mulighed at sige

SCANPIX

ja - og specielt ældre læger der ikke havde ret mange patienter og ikke ret mange kunder i butikken, de skrev så. Man betalte jo for at gå til lægen, hvis ikke man var i sygekassen.

Hvad skrev man typisk recept på?

Stort set det der hedder metadon i dag, som var meget populært under datidens handelsnavn, butalgin, og som havde været på markedet i Danmark siden 1947. Og af en eller anden mærkelig grund så foretrak Nyhavnseufomanerne butalgin frem for noget andet - det var lidt på mode i de kredse, måske blandt andet fordi butalgin af uransagelige grunde ikke var omfattet af opiumsloven før i 1952 og dermed ikke var strafbart at tuskhandle med.

Hvorfor foretrak datidens læger mon at ordinere butalgin frem for eksempelvis petidin eller morfin ?

Da metadonen allerførst kom frem som smertelindrende præparat troede og håbede læger, at det var et stof der var lige så godt som morfin, men ikke med alle de her skrækkelige konsekvenser som morfin kunne have - man blev nok ikke så afhængig af det, men det var meget løst funderet viden. Det var samme historie med petidin. Der er et mønster som gentager sig når nye stoffer kommer på markedet. De bliver slynget ud, man tror alverden, håber det bedste. Erfaringerne viser ofte noget andet.

Blev butalgin markedsført i lægemiddelkatalogerne som et stof uden samme afhængighedsskabende potentiale som morfin?

Det kan jeg ikke huske. Men det må man formode var tilfældet. Dog muligvis ikke i Danmark, men nok i udlandet.

Et af de få historiske vidnesbyrd vi har om livet som narkoman i 50'erne og 60'erne er Tove Ditlevsens selvbiografi. Man får indtryk af at eufomanernes måde at skaffe sig stoffer på var at lyve sig til smerter, som man så om og om igen fik ordineret præparater mod. Suppleret af forfalskede eller stjålne recepter. Var det sådan det var ?

Det er en fuldstændig korrekt fremstilling. Nu om dage må det forekomme ubegribeligt, at der op til slutningen af 60'erne ikke fandtes noget illegalt marked for narkotika i Danmark. Men sådan var det. Illegal import fandt ikke sted, kun lidt sortbørshandel, sådan en slags tuskhandel, hvor de handlede indbyrdes og byttede frem og tilbage. Ingen havde rigtigt overblik over det, og det blev aldrig undersøgt før det forsvandt, men de daværende "innovatorer" var enten ikke opfindsomme nok til at få organiseret en indsmugling fra udlandet, eller også var misbrugernes antal for ringe til at gøre indsmugling profitabel.

Vil det sige at alle de narkotiske stoffer folk indtog stammede fra legale kilder ?

Ja, fra lægepraksis og fra apoteker. Det havde alt sammen sin rod i det officielle system. De morfinhungrende patienter blev kaldt "flakkere" fordi de opsøgte et stort antal læger for at få recepter på euforiserende stoffer og de anvendte tit falske data. Jeg kan huske som ganske ung vagtlæge, hvordan man havde lister over narkomaner. Der var dem som kaldte lægevagt hver evig eneste dag og skulle have en sprøjte, og det var vi jo ikke rigtigt indstillet på at

bruge tid på.

I Winsløws bog, Narreskibet, står at det i 1955 var en udbredt indstilling at "man da ikke tager stofferne fra eufomaner". Kan du bekræfte dette?

Sagen var at man gerne ville have lidt orden på det. Så meget indsigt havde man da også dengang, at hvis man bare sagde nej, så ville mange af dem jo begynde at stjæle recepter, og begå apoteksindbrud og hugge lægetasker og hvad de nu ellers kunne finde på. Måske overdrev man faren ved at ordinere, men indstillingen var, at det var bedst, hvis man kunne behandle dem og nedtrappe dem, men når det ikke (endnu) var aktuelt, så kunne man henvise dem til kommunehospitalets visitator, hvor de så kunne komme ind hver dag og få en sprøjte og hvad man nu ellers kunne få. Helt inhumant var det ikke.

Anderledes betænkelig var man i forhold til lægerne. Man kunne jo ikke rigtigt lide, at man havde taget så mange læger i at være morfinafhængige. Især derfor fik man indført den stramning, at apotekerne skulle registrere alle recepter på morfinlignende stoffer samt amfetamin på lægenavn og adresse på den der fik stoffet. Disse lister blev så tilsendt embedslægerne, som skulle kigge efter om der var nogle lægers ordinationer som så særligt slemme ud, og så kunne de tage affære, og/eller sendte listerne videre til Sundhedsstyrelsen, hvor en enkelt mand sad og kiggede de her håndskrevne lister igennem,

Man glemmer let hvordan registrering var noget utroligt kompliceret noget før man havde EDB at ty til. Alt hvad man kunne lave var nødvendigvis en stikprøvekontrol. Meningen var ikke at lægerne skulle hænges ud, meningen var at ville hjælpe dem, ved at lægerne følte at de ikke lå og kørte det der løb alene. At det var noget man så alvorligt på, og at de skulle holde sig fra det. Meningen var at det skulle have en profylaktisk effekt, så lægerne omgikkes de der ting med lidt større varsomhed end de havde gjort før. I virkeligheden udviste Sundhedsstyrelsen meget stor langmodighed, hvis der var læger som brugte for meget selv. Så fik de mulighed for at fraskrive sig ordinationsretten til de der ting for en tid, og det de fremdeles skulle bruge i deres praksis, det kunne de så få embedslægen til at skrive til sig.

Disse foranstaltninger havde bestemt en bremsende effekt. Før var det kun hvis læger lavede ulykker, at embedslægerne havde mulighed for at opdage det. Der var ingen som havde kontrol med hvad der blev handlet med gennem apotekerne. Det var der ingen som havde tænkt på at man skulle kontrollere. Den daværende medicinaldirektør var en meget liberal mand, og han var ikke meget for at man skulle forfølge lægerne. Når den stakkels mand som sad inde i Sundhedsstyrelsen i en halvdagsstilling, klagede over for meget overarbejde nægtede Frandsen konsekvent at bruge flere penge eller ressourcer på det. Han syntes at det var nok at man havde hejst et gult flag - nu skulle de passe på. Der var ikke tale om nogen heksejagt. Det har aldrig rigtig været dansk stil.

Møde i "Kontaktudvalget vedr. Ungdomsnarkomanien" [2], 1968, Mogens Nimb ses yderst til højre

Ikke som i USA hvor tusindvis af læger kom i fængsel i årene 1920-1965 for at ordinere morfinpræparater m.m. til patienter som de vidste eller burde have vidst var stofafhængige ?

Slet, slet ikke. I USA var det jo helt forfærdeligt. For os stod det som lidt af et skræmmebillede med deres absolutisme. I USA var det jo alvorligt kriminaliseret, og folk - også læger - fik skrækkelige fængselsstraffe hvor de blev buret inde i umindelige tider, og det hjalp jo ikke ret meget. Imens havde man den her diskussion om narkomani var en sygdom eller en forbrydelse og det kan naturligvis være begge dele, men narkomani som sådan er jo ikke nogen forbrydelse. Jeg er også lidt i tvivl om det i grunden er en sygdom. Men der er i hvert fald nogen der trænger til hjælp på en eller anden måde, ikke ? Og der er tale om uheldig adfærd med nogle forfærdelige helbredsmæssige konsekvenser. Men amerikanske tilstande det er der ikke nogen som har ønsket sig på noget tidspunkt, i hvert fald ikke på dette område.

Inden du gik i gang med dit metadon- projekt, var situationen altså den, at metadon var kendt i lægepraksis, og at den i en vis udstrækning blev ordineret til patienter der på forskellig vis appellerede om at få recept på det, men metadon var ikke på nogen måde kendt som et vedligeholdelsesstof. Det var

"Man havde den her diskussion om narkomani var en sygdom eller en forbrydelse og det kan naturligvis være begge dele, men narkomani som sådan er jo ikke nogen forbrydelse. Jeg er også lidt i tvivl om det i grunden er en sygdom. Men der er i hvert fald nogen der trænger til hjælp på en eller anden måde, ikke?"

simpelthen for at få ro for en plage at man ordinerede metadonen ?

Ja, sådan var det, og dertil kom at den tids narkomaner af forunderlige grunde syntes at foretrække metadon og yderligere spillede det også ind at man anså metadonen for lidt mindre skadelig. Morfin havde sådan en ilde klang.

I farmakopeen fra 1964 står der intet om metadon som et behandlingsstof i forhold til narkomani? Hvordan kommer du i 1966 på at behandle narkomaner med metadon? Havde du læst om det i et fagblad?

Nej, jeg blev såmænd inviteret til Amerika. En dag ringede Vincent Dole til mig. Han havde fået mit navn af professorerne på Rigshospitalet, der vidste at jeg arbejdede med disse ting, og da han sammen med sin kone Marie Nyswander havde fundet ud af, at metadon på grund af stoffets meget lange eliminationstid kunne bruges til at holde abstinenssymptomer væk, og da det syntes at have god effekt på det første dusin patienter han havde behandlet på Rockefeller Universitetet, ville han gerne forelægge metoden og sine resultater for en lille eksklusiv forsamling. Så jeg drog til Amerika for at komme over og høre om det og se nærmere på tingene, og der så jeg så det mirakel han havde udført.

Var det før der overhovedet var publiceret noget endnu?

Ja, det var det, og det var helt fantastisk. Jeg var ved at falde på halen af forbavselse. Jeg tænkte nu var problemet løst, og på det tidspunkt troede Dole det også selv - selv om han nok aldrig har indrømmet det. Alle som hørte ham og så det, troede at den magiske kugle var fundet.

Jeg var ude og hilse på nogle af patienterne, det var jo for en stor del fattigfolk oppe fra Harlem, som jo nok har været svært fysisk afhængige af det og har færdedes i kredse hvor Gud og hvermand brugte det, og der var aldrig nogle mennesker der havde taget sig af deres problemer nogensinde før. Og pludselig bliver de omringet af læger, socialrådgivere og pædagoger der hjælper dem i hoved og røv, og så blomstrer de jo op. Mange af dem fejlede jo absolut ikke andet end at de tilfældigvis gik og brugte nogle stoffer ligesom deres kammerater, ikke? Og de begyndte at tjene penge og studere og blev mønsterborgere og betalte skat. Det var de vises sten.

Dole mente groft sagt, at nogen mennesker ikke rigtigt kunne fungere ordentlig uden at få tilført et morfinlignende stof som metadon i kroppen, fuldstændig ligesom diabetikere ikke kunne være uden insulin, og fik de det, ja, så fungerede de, ligesom hvis de havde sukkersyge og fik insulin. Det var den sammenligning man brugte, og det lød jo så indlysende rigtigt.
Og selv om det var en højst tvivlsom affære, så fik jeg jo skrabet nogle af mine "gode venner" fra Nyhavn sammen og tænkte at nu skal jeg få dem til at blive mønsterborgere. Det blev de jo bare ikke.....

Troede du selv på det ?

Ja, jeg troede fuldt og fast på det ! Fuldt og fast. Det kan jeg godt love dig og jeg trodsede ild og vand og fik udskrevet litervis af metadon, og det var jo ellers fuldstændig utænkeligt dengang. På apoteket rynkede de på næsen, men de vidste godt at jeg nød højere magters beskyttelse inde i Sundhedsstyrelsen, så når jeg fandt på forrykte ting, så måtte jeg jo have en eller anden form for rygdækning for det. Så der var ingen som gjorde mig noget.

Er det rigtigt at du var den første uden for USA, der gav metadon til narkomaner efter Dole/Nyswander's lancering af denne terapi ?

Ja, det var jeg.

Var det ikke svært at få lov ?

Nej, rygdækning havde jeg jo fordi jeg kendte alle de folk inde i Sundhedsstyrelsen, og de mente nok at det var et forsøg værd. Alting foregik meget uformelt dengang. Vi udvekslede jo ikke traktater

Der skulle ikke laves en forsøgsprotokol ?

Nej, ingenting, slet ingenting. Vi gik bare i gang. Det var godt. Ingen tvivl om den sag. Som du ved, gik det jo ikke helt så godt. Og da det ikke gik helt så godt, blev jeg skuffet ud over alle grænser, som man kun kan blive det når man har været ovenud optimistisk. Jeg havde været i Amerika og "set lyset".

Hvor stor var din målgruppe? Hvor mange af dem havde du forestillet dig skulle være med?

Der var anslået 200 "Nyhavns-eufomaner" i målgruppen. I programmets første og mest optimistiske halvår havde vi nærmest åbent hus for alle. Men der kom kun 25 ud af anslået 200, og af disse udgår 11 af behandlingen. Ikke ligefrem opløftende tal.

Man kan gøre sig sine spekulationer over hvorfor kun 1/8 mødte op. Jeg havde jo forventet, at de alle var kommet til mig, for jeg havde løsningen på deres problem, men det gjorde de ikke. Noget tyder på at udsigten til en fast ration af metadon peroralt og under kontrol ikke i større omfang blev hilst som noget favorabelt tilbud.

Det er også muligt at tallet 200 slet ikke holder. Jeg er ikke sikker på om de alle sammen har været lige meget narkomaner. Dengang havde man en meget firkantet opfattelse af det der. Man troede én gang narkoman altid narkoman, men mange af dem slog sig på druk i stedet for og det var jo hyggeligere og det kunne jeg jo ikke helbrede, det vidste jeg jo godt.

Søgte du at stabilisere dine patienter på godt 100 milligram metadon?

Ja, det var jo Doles anbefaling at man gik op et sted mellem 100 og 200 milligram i døgnet.

Skulle de også helst op i den dosis for at blokeringsvirkningen skulle indtræffe?

Ja, det skulle de.

Så der var ingen der fik 60 milligram eller mindre i døgnet?

Nej, det var det jeg havde lært derovre. Man skulle på blokeringsdosis, og der skulle de så holdes enten en meget lang tid eller måske for tid og evighed. Det

"Jeg måtte konstatere at ikke alle narkomaner var gode mennesker. Ikke alle var meget ivrige efter at stifte familier og betale skat. Det var ikke sådan, at folk blev lysende begavet og studieinteresserede eller noget i den retning, bare fordi de fik metadon. Det troede jeg jo..."

Narko-møde i Folkets hus, København[3], 1976. SCANPIX

kunne Dole jo af gode grunde ikke vide noget om, men hans opfattelse var i hvert fald at man ikke skulle holde op for tidligt. Og det lød jo meget rigtigt, for hvis det nu var et stof de manglede, så skulle de formentlig nok have det i en meget lang periode.

Så du dine patienter hver dag ?

Dole mente at man helst skulle se dem hver dag, hvad man kunne få dem til i Amerika. Det var sværere i Danmark, og vi greb det lidt anderledes an. I starten så vi dem 2 gange dagligt, derefter kunne vi gå over til en gang dagligt 5 dage om ugen, og hvis der ikke var komplikationer kunne de overgå til at hente deres medicin 2 gange ugentligt. Hvis reglerne blev overholdt vankede der mere frihed. Problemet var bare, at det ikke var ubetinget lykkeligt at få metadon, når det fandt sted på den måde, som tilfældet var. De var stadigt bundet, bare på en anden måde. Vi kunne jo ikke give dem med hjem til en måneds forbrug ad gangen, og dermed kan man sige at metadon i nogen grad blot erstattede afhængigheden af stoffer med afhængighed af lægen eller med institutionen. Nogle af patienterne sagde lige ud, at i stedet for at være bundet til stoffet følte de sig bundet til mig, og det syntes de ikke var særligt fordelagtigt. Det kan jeg godt forstå. De fleste mennesker vil jo gerne have en eller anden form for frihed. Det var da heller ikke særlig rart. Men jeg troede alligevel at det var bedre, så længe det varede.

Var der nogen offentlig interesse for at man på Bispebjerg Hospital var gået i gang med at ordinere metadon til narkomaner?

Nej, det var der mærkeligt nok slet ikke, og som min holdning til sagen skiftede, så var jeg jo bestemt ikke interesseret i offentlighed. Manuskriptet fra det oplæg jeg holdt i Psykiatrisk Selskab offentliggjorde jeg aldrig.
Det er ikke så morsomt at skrive om negative resultater.

Skrev du virkelig ikke noget om tiden på Bispebjerg og introduktionen af metadonbehandling i Danmark?

Nej, alt hvad jeg skrev om den sag er det du har (upubliceret manuskript holdt som oplæg i Dansk Psykiatrisk Selskab 1969). Det var det hele, og hvis ikke du havde opbevaret det - og Jørgen Jepsen før dig - så var det gået i graven, for på det tidspunkt ville jeg jo helst fralægge mig ethvert ansvar for at have haft noget med metadon at gøre.

Er det en skuffet Mogens Nimb, der holder oplæg i Psykiatrisk selskab i 1969 ?

Ja, helt og aldeles. Jeg troede jo at denne medicinske behandling ville gøre patienterne til nyttige samfundsborgere, at de ville begynde at forsørge sig selv. Dole satte oprindeligt som mål for sin metode at 65 procent af patienterne kunne gøres til "almindeligt frustrerede, middelklasse-, skattebetalende borgere". Da vi stopper med metadonen har

patienterne været i vedligeholdelsesbehandling i gennemsnitligt 2 år og 3 måneder. Da vi starter er der 4 som næsten konstant har arbejde. Da vi slutter er der én af disse som er holdt op med at arbejde, mens ingen andre er begyndt. Arbejdsmæssig status ændres altså ikke til det bedre i et eneste tilfælde, - tværtimod !

Jeg gjorde mig betragtninger om, hvorvidt mit klientel måske var skruet lidt anderledes sammen end Doles ? Mine patienter var ikke folk, der aldrig nogensinde før havde kunnet få hjælp og som nu for første gang blev taget hånd om. De har nok også været lidt ældre, mens Doles patienter fortrinsvis var yngre mennesker der aldrig før havde haft en ærlig chance her i livet, som man ikke har i de kredse i Amerika. Det kunne også tænkes at spille ind at incitamentet til at få beskæftigelse ikke var lige så stort i Danmark, som det var i USA, hvor selv lavtlønsarbejde kan være voldsomt attraktivt i forhold til størrelsen af de sociale ydelser.

Jeg måtte også konstatere at ikke alle narkomaner var gode mennesker. Ikke alle var meget ivrige efter at stifte familier og betale skat. Det var ikke sådan, at folk blev lysende begavet og studieinteresserede eller noget i den retning, bare fordi de fik metadon. Det troede jeg jo… (Nimb ler hjerteligt).

Faktisk snød og bedrog patienterne mig ligesom de havde snydt og bedraget alle andre. De "knuste" deres flasker og skulle have nyt, og så skulle de ud og rejse og så jamrede og klagede de og truede mig, fordi når de skulle komme og have det hver dag, så var de jo svinebundet til mig, og det var næsten værre end at være bundet til morfin. Sikke et cirkus. Det var meget vanskeligt. Jeg måtte spørge mig selv om mine patienter i virkeligheden var folk, der selv om de aldrig nogensinde var blevet narkomaner, måske stadig havde ført en marginal tilværelse i nærheden af samfundets bund ?

Det eneste jeg ikke spekulerede over dengang, var mit eget ambitionsniveau. Hvis man dengang havde sagt til mig, at du kan give dem metadon, skabe lidt ro på feltet, så behøver de ikke lave så mange indbrud, de får ikke så mange overdoser og forgiftninger, man slipper for en masse ulykker, slipper for at sætte dem i spjældet og slipper for at indlægge dem, så ville jeg have syntes at metadonen havde en ypperlig effekt, men jeg havde helt andre forventninger. Jeg troede at resocialiseringsprocessen var noget som kom af sig selv, fordi de fik det her stof de manglede, og derfor var skuffelsen total.

Vendte du dig så mod metadonen ? Blev du metadonskeptiker ?

Da helvede brød løs omkring 1970 og en masse unge kom til og man på et større plan begyndte at tænke på om man skulle give metadon, da var jeg blevet så skeptisk at jeg gik helt imod det. Jeg mente, at kun når det angik folk, der havde dokumenteret, at de havde været narkomaner gennem længere tid, og havde været indlagt til afvænning, og hvor alting var mislykkedes over en lang periode, der skulle man overveje det. At begynde at klassificere unge mennesker, som kun havde brugt stoffer og eksperimenteret i kortere tid som narkomaner, der skulle have metadon i resten af deres liv, det rystede mig, jeg syntes at det var en forfærdelig tanke, og derfor arbejdede jeg temmelig indædt imod det.

Havde du lejlighed til at diskutere tingene med dine fagfæller? Eller med Dole?

Ok ja, vi diskuterede op og ned ad stolper, og undervejs gjorde jeg mig uvenner med en stor del af mine egne kolleger, der gik ind for meget videre indikationer for at ordinere metadon end jeg gjorde.

Hvad Dole angår havde han været meget begejstret for hvad jeg havde gået og lavet på Bispebjerg. Han og hans kone havde været og besøge mig og sagde at det var det bedste program de nogensinde havde set uden for Amerika. Da jeg skiftede mening havde jeg først ikke villet fortælle det til Dole. Efterfølgende skrev han meget vrede breve til mig, om at det jeg havde lavet var uvidenskabeligt. Det var lykkedes mig at blive dødeligt uvenner med Dole. Jeg havde været troende, og nu havde jeg mistet troen, og det gjorde mig til frafalden.

Det man nu kalder skadesreduktion, var det fremme i 60'erne og 70'erne?

Nej, slet ikke. Det er først efter at problemet har stabiliseret sig, at man begynder at tænke i skadesreduktion og sige: Vi har det her problem. Hverken loven eller medicinen eller sociale tiltag kan tilsyneladende rigtigt gøre kål på det. Hvordan kan vi sikre os at de her mennesker har en lidt mere tålelig tilværelse ? Hvordan kan vi sikre os at de ikke volder alt for mange ulykker ?

Sagen er, at omkring 1970 var man oprigtig bange for at alle unge mennesker kunne blive narkomaner i løbet af en ganske kort årrække. Dengang havde man en fornemmelse af, at hvis man først begyndte at tage det der, så var man hooked, alle mennesker kunne blive hooked. Tallene voksede nemlig voldsomt i de år. Der var ingen, som vidste at de fleste slet ikke begyndte, og at der blandt dem som begyndte også var en del som slet ikke brød sig om det.

Heldigvis blev tallene ikke ved med at vokse, og antog aldrig epidemiske proportioner med fordoblinger hver anden uge eller sådan noget. Men så længe man troede at vi stod over for en epidemi, tænkte man mere i alt eller intet. Enten måtte man udrydde det her problem eller også ville det udrydde os. Sådan gik det jo bare ikke. Kurven fladede ud, og så havde man stort set det antal man havde.

Når man kigger tilbage på det efter så mange års forløb, så er det jo ikke så svært at se hvor man har taget fejl. Narkotikaproblemet som sådan repræsenterer ikke en egentlig fare for samfundet. Det vil ikke gå os som i Kina. De gruopvækkende billeder fra kinesiske opiumsbuler er ikke sådan som det kom til at se ud i Nyhavn. Vi fik aldrig noget der svarede til de kinesiske kulier der sad og visnede hen, hvilket var hvad vi frygtede.

Derfor synes jeg at det er en ny si-

"Jeg stak af. Jeg rejste fra hele baduljen. I 1974 fik jeg et tilbud om at lede et narkoprojekt oppe i den gyldne trekant mellem Burma, Laos og Thailand, hvor man skulle forsøge at få opiumen erstattet af nogle mere kristne grøntsager – den slags der ikke er helt så farlige".

tuation, hvor man begynder at tænke i skadesreduktion. Dels ser man mere pessimistisk på mulighederne for at løse problemerne én gang for alle. Dels er man ikke længere bange for en epidemi, fordi man ved at ikke alle kaster sig over disse stoffer.

I hvilken udstrækning mener du at tilgængelighed påvirker udbredelsen af afhængighed?

Stort set alle unge mennesker i dag bliver udsat for mere alkohol end det er rigtig rart at tænke på, men det fører dog gudskelov ikke til at alle bliver alkoholister. Der er også folk der ikke kan lide alkohol. Spørgsmålet er hvad der ville ske hvis flere end i dag udsattes for opium ?

Kultur har mere at sige end man skulle tro. Da jeg kom til Østen lærte jeg at kinesiske købmand –især i gamle dage – tog sig en pibe opium eller to, og lod det være godt, når man havde lavet en god handel. Vestlige forretningsmænd ville have fået sig et par sjusser. Vores forhold til rusmidler er et langt stykke hen ad vejen et kulturelt fænomen.

I det danske samfund har der været og der findes fortsat meget stærke modforestillinger over for brugen af morfinholdige præparater som rusmidler, og kun personer som klart afviger fra samfundets almindelige normer, vil bevidst og uden skrupler feje disse modforestillinger til side og uden alvorlig skyldfølelse begynde på eller fortsætte med en anvendelse af disse stoffer, som man anser for uacceptabel.

Man skal også tage en anden faktor i betragtning. På Harvard har man lavet forsøg hvor nogle studerende fik forskellige stoffer uden at vide hvad det var. De skulle beskrive om effekten var behagelig, ubehagelig eller ikke eksisterende. Langt de fleste af studenterne kunne ikke lide effekten af opium. Nu kan man jo ikke som et eksperiment forsøge sig med at give unge mennesker opium til klassefesten i stedet for øl, men jeg tror faktisk, at ganske mange unge slet ikke ville bryde sig om opium, hvis de fik det. Og man bliver jo ikke forfalden til noget man ikke kan lide.

Hvorimod man meget bedre kunne forestille sig at unge studenter ville kunne lide amfetamin for det gør dem kvikkere, og det kan jeg jo kun sige amen til, amfetamin synes jeg jo også er meget behageligere.

Er du af den observans, at man selv skal have prøvet stoffer på egen krop for at kunne udtale sig med vægt om emnet ?

Nej, absolut ikke. Men jeg skal da ikke lægge skjul på at jeg har fået morfin i rigelige mængder, for jeg har været syg og haft store smerter, og der syntes jeg at morfinen var fantastisk god. Men den dag jeg var rask og ikke længere havde smerter, så følte jeg overhovedet ikke trang til at få mere, selvom jeg forinden havde fået det i månedsvis. Mig har morfin ikke nogen appel til. Ikke andet end hvis det kan tage mine smerter så er det i orden, men som tilstandsændrende middel, nej der bryder jeg mig ikke om det. Bryder mig ikke om at døse. Der ville jeg til enhver tid foretrække amfetamin, hvis jeg ellers kunne få fat i det, men det kan jeg jo ikke. Amfetamin kan holde mig vågen og kvik og aktiv. Det har jo noget at gøre med min egen idealdannelse, ikke? Jeg synes, at det er bedre at være vågen og interesseret end det er sidde og falde hen i drømmerier. Det bryder jeg mig ikke om. Ikke ret længe ad gangen i hvert fald.

Hvad skete der, da du var blevet klar over at metadonen ikke var nogen magisk kugle? Hvad stillede du op efter den store skuffelse ?

Jeg stak af. Jeg rejste fra hele baduljen. I 1974 fik jeg et tilbud om at lede et narkoprojekt i Thailand som var finansieret af United Nations Fund for

Afvænning fra hash ved meditation 3. marts 1974

"Hvis der er for mange fjolser, så må man jo strikke det lidt tættere sammen, men man skal passe på med at skabe gener for alle eller store bureaukratier."

Drug Abuse Control, UNFDAC, hvor man oppe i den gyldne trekant mellem Burma, Laos og Thailand skulle forsøge at få opiumen erstattet af nogle mere kristne grøntsager, gulerødder og kaffe - den slags der ikke er helt så farlige. Det kom der heller ikke så meget ud af. Man prøvede at lære dem andre former for landbrug, men de nye afgrøder var ikke lige så profitable.

Har du siden hen haft mere med misbrugsfeltet at gøre

Kun lidt fra sidelinien. Jeg ser hvordan de samme problemstillinger engang imellem dukker op i dagspressen, som om de er vældig nye, eksempelvis at Danmark bruger flere euforiserende stoffer end noget andet land i verden. Jeg skulle hilse og sige at det gjorde vi allerede i 30'erne, at komme med det i det 21. århundrede som en nyhed det kan jo godt undre mig en lille smule.

Hvad tror du egentlig det skyldes, at vi vedvarende ligger så højt i statistikerne? Skyldes det mindre angst for at ordinere morfika, eller skyldes det mere pyldrethed, eller bedre lægeadgang ?

Jeg ved det ikke, men synet på opiater har ændret sig voldsomt i min tid. Førhen var indstillingen hellere have ondt end risikere afhængighed.

I dagens Danmark skal man ikke have ondt. Jeg har arbejdet i smerteklinikken på Herlev, og der er man jo ikke bange for at fylde på så hatten passer. Folk der har smerter kan jo få næsten al den morfin de vil have.

Det har næsten taget overhånd. Man kan også være for liberal og give for meget morfin på lidt for løse indikationer. Men det er trods alt bedre end før i tiden, hvor de fik for lidt. Man kan jo altid diskutere hvor grænsen skal være.

For 37 år siden lancerede du metadon behandling i Danmark. Næsten 4 årtier senere er der stadig store variationer fra amt til amt i hvordan og i hvilket omfang man giver metadon. Hvorfor tror du det er sådan ?

I et lillebitte land kan der være enorme forskelle. Jeg ville gætte på at det forholder sig på samme måde med mange andre ting, for eksempel tildeling af førtidspension. Fra min tid i invalideforsikringsretten, hvor man centralt sad og delte ud af det der hed invalidepensioner dengang, vil jeg gætte på, at der efter decentralisering af pensionstildelingen til amterne også er fremkommet regionale forskelle på hvordan man forvalter den sag. Og det skulle ikke undre mig, om det var præcis de samme steder, hvor man er strengere med tildeling af førtidspension at man også er streng med hensyn til det andet. Kunne det ikke være tilfældet ? Jeg vil nødigt afsige nogen dom, men man må konstatere, at det der er rigtigt i Vestsjælland, åbenbart ikke er rigtigt i Vestjylland. Og omvendt.

Hvordan ser du på oprettelsen af de amtslige behandlingscentre og indgrebet i lægernes frie ordinationsret ? Skal der detailreguleres på dette område ?

Det synes jeg ikke. Selvfølgelig kan læger være nogle fjolser. Og hvis der er for mange fjolser, så bliver man jo nødt til at gribe ind, så må man jo strikke det lidt tættere sammen, men man skal passe på med at skabe gener for alle eller store bureaukratier. Hvor dårlige er erfaringerne eksempelvis med metadon, som videresælges? Hvor attraktivt er det? Hvor meget skal alle lide under restriktioner, hvis der er enkelte brodne kar?

Den bedre stabiliserede gruppe synes jeg da godt praktiserende læger kunne tage sig af, forudsat at lægen føler det som sin opgave at hjælpe, hvad der givetvis er nogle læger der gør, og andre som ikke gør. Men hvis læger på den anden side bare sidder og udleverer recepter bevidstløst så er det da ikke tilfredsstillende. Jeg vil gætte på at langt de fleste praktiserende læger egentlig helst er fri for at have noget med ordination til misbrugere at gøre. Men hvis nogle læger finder, at deres opgave i livet er at hjælpe deres patienter med det her, og de i øvrigt gør det på nogenlunde rimelig vis, så synes jeg at de skulle have lov til det.

Hvad der er bedst afhænger af situationen. Er der tale om en ung kriminel drop-out eller folk med meget omfattende problemer, så er det klart, at så kan man ikke bare stikke ham en flaske metadon og sige: gå ud og hjælp dig selv. Så skal der ske noget andet også. Så er klinikkerne bedst. Men hvis der er tale om ældre forholdsvis velstabiliserede og socialt tilpassede personer synes jeg, at det ville være forkert at de skulle være tvunget til at deltage i mere omfattende tilbud. Hvorfor i alverden skal sådanne folk løbe lange afstande til en klinik, eller blive lagt hindringer i vejen for en almindelig livsførelse, hvis de opfører sig nogenlunde fornuftigt og de har et godt forhold til lægen ? I almindelighed er jeg blevet mere restriktiv med alderen, men på dette punkt vil jeg fastholde et lidt mere liberalt synspunkt.

Da du startede med metadonen virker det som om der var tale om en ren medikamentel behandling. Nu taler man meget om at metadon ikke må stå alene, om metadon-understøttet behandling. Hvad vejer tungest i dine øjne: substitution eller den ledsagende psyko-sociale-sundheds- indsats ? Er en af delene den egentlige behandling ? Eller er begge dele lige uundværlige ?

Selv hos Dole og Nyswander skete der jo ret så meget andet ved siden af den medikamentelle behandling. Det har de aldrig rigtigt ville indrømme. Han var jo biokemiker, og han ville jo gerne have at det var biokemien som gjorde tricket, men der skete mange andre ting.

Man kunne ikke undgå at bemærke en stor og smittende entusiasme blandt såvel patienter som terapeuter. En optimistisk og forventningsfuld holdning og atmosfære var fremherskende, og det er svært at tro at resultaterne ikke blev positivt påvirkede heraf. Men ubestrideligt var det, at metadonbehandlingen var det grundlag, hvorpå resten blev bygget op.

Noget lignende gjorde sig gældende på Bispebjerg. Vi gav jo heller ikke kun metadon. Sygeplejerskerne tog sig af dem. Vi holdt julefest med dem på afdelingen. Narkomanerne kom med deres børn, og de fik julegaver. Det er

**Hvis læserne ligger inde med billeder eller andet materiale, der kan være med til at dokumentere udviklingen på dette område, hører redaktionen gerne om det.**

**Michael Jourdan**
er filosof og redaktør på STOF

jo aldrig til at sige. Projektet gik ud på metadon, men så snart der er mennesker involveret i at udlevere det og at snakke med folk, så sker der jo en masse andre ting også. Det var jo ikke noget bevidst, struktureret program, men de kom jo løbende fordi de godt kunne lide sygeplejerskerne og de andre mennesker der arbejdede sammen med mig, og snakkede med dem om alt muligt mellem himmel og jord. Det gør det jo vanskeligere at sige hvad man skal definere som behandling, medicinen eller den menneskelige kontakt, som man også har brug for ?

Nogle læger mener at man skal anskue afhængighed som en kronisk sygdom. Andre taler om meget længere behandlingforløb end behandlingsplanernes gængse horisonter ? Hvad tænker du om den sag?

Man må jo se i det konkrete tilfælde hvordan man får det bedst mulige ud af det, man kan jo ikke hale dem alle sammen op ad suppedasen, det ved man jo godt. Men de skal jo være ret langt ude, for at man kan påstå at nu har man ikke mulighed for at gøre mere.

Hvad angår det mere kronisk belastede klientel kan jeg godt følge skadesreduktionsfolkene et langt stykke hen ad vejen. Men det ændrer ikke ved, at jeg da vil foretrække at folk kommer ud af det. Man skal da prøve at afvænne folk hvis man kan, ikke ? Det kan ikke nytte noget at skulle hælde medicin i halsen på dem alle sammen, hvis ikke det er et led i noget andet. Hvor længe skal man blive ved: 2 år , 5 år, 10 år, i al evighed? Jeg ved det ikke.

Michael Farrell fra Maudsley-hospitalet i London - en af de helt store kanoner inden for forskning og praksis på substitutionsfeltet - udtaler at "metadonordination fortsat er et højkontroversielt stridsspørgsmål. Man støder fortsat på mistro og modvilje mod metadon og anden substitutionsbehandling blandt såvel brugere, som blandt professionelle i behandlingssystemet og i samfundet som sådan, til trods for at de gavnlige effekter er ret veldokumenterede". Hvad siger du til det?

Det er rigtigt. Men når det er sagt, så tror jeg i den grad man mangler nogle alment anerkendte parametre for hvad der er succes og ikke succes. Skal folk have et godt liv ? Et samfundsnyttigt liv? Er det en succes hvis folk drikker i stedet? Er det en succes, hvis bare folk overlever?

I bagklogskabens ulideligt klare lys, hvad ser du så når du kigger tilbage på årene 1966-69, nærmere bestemt introduktionen af metadonbehandling på Bispebjerg Hospital foretaget af en læge ved navn Nimb?

Der er så meget man kan se som årene går, som man ikke kunne se dengang. Jeg har ændret lidt opfattelse, og vurderer tingene anderledes nu. Nu kan jeg godt se, at det ville have været synd ikke at fortælle om hvad der foregik, for det er jo en del af historien. Der var jo ikke noget galt med metadon, det der var galt var mine forventninger som var næret af Dole. Men jeg kan jo ikke give ham skylden for det, for det var en udmærket opdagelse han gjorde. Jeg blev bare smittet af hans initialbegejstring.

Set i bakspejlet vil jeg sige at introduktionen af metadon var en relativ succes, men ikke i forhold til mine datidige forventninger. Forskellen mellem succes og fiasko er for en stor del afhængig af ens ambitionsniveau. Hvis du har regnet med at få 13 til din eksamen og så får 9, så bliver du meget, meget ked af det. Hvis du derimod havde regnet med at dumpe, bliver du kisteglad. Sådan er det også i narkobehandling. Ambitionerne på klienternes vegne og egne ambitioner spiller en upåagtet stor rolle. Det ville være rart, hvis folk der beskæftigede sig med det kunne blive nogenlunde enige om, hvad de ville betragte som en rimelig succes.

## Litteratur:

Mogens Nimb: "Morfinforgiftninger", særtryk af U.f.L. 118, nr. 3, 1956
Mogens Nimb: "Narkotika, sovemidler og stimulanser", Kbhvn. 1961
Mogens Nimb: "Behandling af narkomaner med vedligeholdelsesdoser af methadon", upubliceret manuskript til foredrag holdt i Dansk Psykiatrisk Selskab 13-10-1969
Tove Ditlevsen: "Gift", Kbhvn. 1971
Mogens Nimb: "Misbrug af euforiserende stoffer i 1950'erne med efterundersøgelse i 1972: København I, Læger II, Provinsen III", Kbhvn., 1975
Jacob Hilden Winsløw: Narreskibet, - en rejse i stofmisbrugerens selskab fra centrum til periferi af det danske samfund, Kbhvn, 1984
Michael Farrell i "The Methadone Briefing" af Andrew Preston, UK, 1996

## Mogen Nimb - „Blå bog" :

f. 1925
Kandidat 1953, Speciallæge i psykiatri 1963, Overlæge 1963, Dr. med 1975.
Har i årene 1953-74 haft sit virke på psykiatriske afd. på Bispebjerg Hospital, Rigshospitalet og Sct. Hans Hospital og i årene 1978-95 på KAS Nordvang Glostrup og KAS Herlev psyk. afd.

## Andre opgaver og poster:

| | |
|---|---|
| 1958 | Konsulent WHO (drug addiction) |
| 1958 | Observatør ved FN's narkotikakom. |
| 1963 | Konsulent forsorgshjemmet Sundholm |
| 1965 | WHO expertpanel (drugdependence) |
| 1965-67 | Konsulent Øresundshospitalet |
| 1967-68 | Medl. af Sundhedst. arbejdsgruppe vedr. ungdommens misbrug af narkotiske stoffer |
| 1968-69 | Medl. af regeringens kontaktudvalg vedr. samme |
| 1967-70 | Medl. af fællesnordisk komite vedr. narkotikaforskning |
| 1969 | FN mission til Iran 1969 (behandling og rehabilitering af opiumsmisbrugere) |
| 1970-71 | Konsulent Københavns fængsler |
| 1974-76 | WHO project manager i Thailand |
| 1976-78 | Regional adviser (mental health) WHO Western Pacific Region |

## Billednoter:

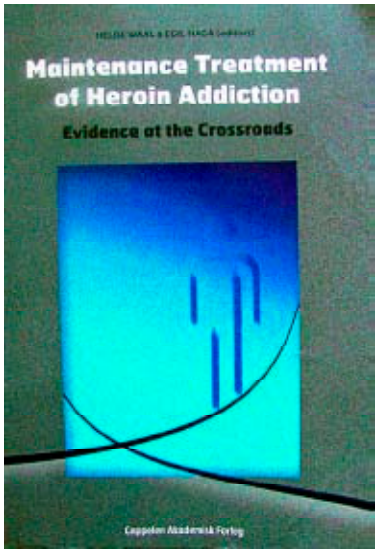
1 Prof. Erik Jacobsen yderst til højre er den verdensberømte opfinder af antabus.

2 Personerne på billedet nederst s. 53 skulle fra venstre være: Kontorchef Trier Jacobsen, Udenrigsmin., Stadslæge Knipschildt, Kontorchef Vagn Holm, Socialmin., Konsulent Peter Schiøler, Undervisningsmin., Kontorchef Hans Henrik Brydensholt, Justitsmin., Fuldmægtig Boel Ulf-Møller, Sundhedsstyrelsen, Overlæge Finn Jørgensen, Sct. Hans Hospital og Fængselsvæsenet, Overlæge Mogens Nimb, Bispebjerg Hospital.

3 Offentligt møde i 1976 arrangeret af Landsforeningen til Hjælp for Misbrugere af Rusgifte, hvor man drøftede narko-situationen i København. På talerstolen ses Kaj Bengtsen, socialarbejder i narkocentret på Halmtorvet - i dag centerleder i Storstrøms Amt.

**Anmeldt af Morten Hesse**
cand.psych., ph.d.stud
på Center for Rusmiddelforskning

# Tro, viden og metadon




**Helge Waal og Egil Haga (red): Maintenance Treatment of Heroin Addiction. Evidence at the crossroads. 333 sider.**
J. W. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo 2003. www.cappelen.no

Efter den femte internationale EUROPAD konference er der nu udgivet en artikelsamling baseret på en række bidrag fra konferencen, som kan betragtes som en statusrapport med hensyn til vedligeholdelsesbehandling med metadon og andre opiater. I bogen gennemgås både det farmakologiske rationale bag og metodevalgene inden for vedligeholdelsesbehandling med metadon og andre opiater, hvilke metoder, der anvendes i den psykosociale behandling i forbindelse med metadonbehandling, og andre kapitler gennemgår det lovgivningsmæssige grundlag i forskellige dele af Europa.

Da der er tale om konferencebidrag, er det naturligvis ingen begynderbog, man har i hænderne, når man løfter "Maintenance Treatment of Heroin Addiction". Bogen kan anbefales til den, der har interesse for området, og som har en baggrund, der gør, at man kan læse medicinsk litteratur eller anden forskningslitteratur på engelsk.

Til trods for enkelte kapitler, som kunne have tålt en lidt hårdere redaktionel hånd, giver bogen som helhed et godt overblik over de relevante problemer og emner i forhold til substitutionsbehandling. På de fleste områder er der tale om, at bogen repræsenterer brudfladerne i forskningen ved at forskellige holdninger og konklusioner kommer til udtryk i forskellige kapitler. Bogens sammensathed gør det svært at give en samlet fremstilling. I det følgende vil der blive givet nogle eksempler på brudflader, som bogen kommer ind på.

Jeanne Kreek gennemgår den tidlige forskning (og en del af den nyere). Hun giver en fyldig, og rimeligt letlæselig, introduktion til begreber som det endogene opioidsystem, og konsekvenser for det hormonale system af opiatafhængighed. Jeanne Kreek fremhæver forskning, der påpeger en normalisering af biologiske funktioner i forbindelse med vedligeholdelsesbehandling med metadon.

Diskussioner af værdien af randomiserede studier kommer til udtryk på forskellige måder: Michael Gossop kritiserer det randomiserede design, hvor det tilstræbes at fordele klienter tilfældigt mellem eksperimentalgruppe og en kontrolgruppe for at undersøge, om en eksperimentel behandling har en højere effekt end ingen behandling eller en anden behandling. En lang række af de øvrige indlæg bygger hovedparten af deres argumentation på randomiserede studier. Eksempler på dette er Markus Heilig fra Sverige og Peter Ege fra Danmark, der henholdsvis argumenterer for et behandlingssystem med en høj grad af kontrol og et behandlingssystem med en lav grad af kontrol. Deres noget modstridende konklusioner understreger, at det ikke er så enkelt blot at henvise til "fakta" når der skal træffes behandlingspolitiske beslutninger. Mens Markus Heilig henviser til et system, hvor mangeårige tungt belastede misbrugere kommer i beskæftigelse og fungerer godt i højt tal, må man på den anden side fremhæve imod hans argumentation, at blot 10% af Sveriges misbrugere er i behandling. Selv om misbrugere er hårdt belastede kan de jo godt være højt motiverede, og måske er det svenske metadonbehandlingssystem igennem sin restriktive indtagspolitik kommet frem til at selektere sig til succes. Peter Ege henviser til, at urinprøver er dyre, og at misbrugere, der ikke har noget i klemme, som hovedregel er fuldt ud pålidelige som kilder til oplysning. Han gennemgår ligeledes undersøgelser, der viser at urinprøvekontrol ikke har haft effekt på misbruget, men kommenterer blot contingency management-litteraturen med en kort henvisning til "små effekter".

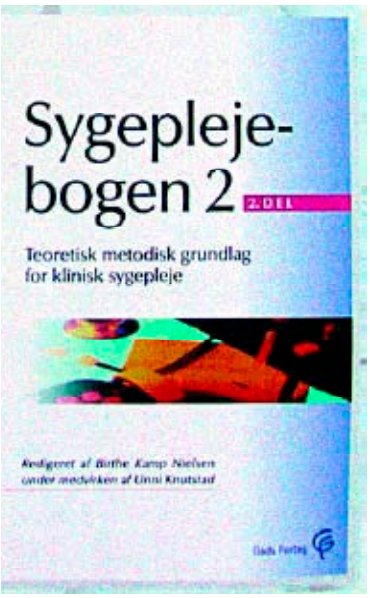
Thomas McLellan og George DeLeon gennemgår nogle meget betydelige bidrag til forskningen i psykosocial behandling af misbrug, og dette repræsenterer nogle af bogens stærkeste kapitler. Deres præsentationer indeholder detaljerede fremstillinger af de undersøgelser, de har lavet, og læsning af dem gør, at man undgår nogle af de misforståede konklusioner, som af og til videreformidles fra deres forskning (såsom: "behandling virker, og jo mere des bedre").

Den mangfoldighed, der kendetegner bogen er hermed både dens styrke og dens svaghed: Nogle af bogens kapitler er af høj kvalitet, mens andre er af svagere kvalitet. Nogle kapitler har karakter af statusrapport fra et område, og kan være ganske interessante, men er dog ikke nødvendigvis fantastisk centrale at have med i en bog med den ambitiøse titel, bogen bærer.

Den kan anbefales som et bud på en bog, der gennemgår nyere forskning inden for dette område, og som også indeholder europæiske, herunder nordiske bud på behandling. Læseren kan dog ikke være forudsætningsløs, og man må være forberedt på, at der er kapitler som er bedre end andre.

**Anmeldt af Karen Ellen Spannow,** etnograf

# Stofmisbrugsbehandling ind i sygeplejerskernes pensum




**Kapitel 38: Sygepleje til Stofmisbrugere i Sygeplejebogen 2 - bind 1-2,**
Gads Forlag, København, 2003, 1.200,- kroner

Man kan undre sig over, at det ikke er sket før, men det bør naturligvis ikke ødelægge glæden over, at det nu sker. Sygeplejestuderende skal nu rustes til at møde de stofmisbrugere, som de træffer i sundhedssystemet, på en mere hensigtsmæssig måde. Og hvem kan vel være bedre til det end to af de fremmeste gadesygeplejersker fra den københavnske undergrund, Charlotte Fich og Nina Brünés. Ridset dybt i min erindring er et billede af Nina Brünés, som dengang arbejdede i Mariakirken, der giver en af gadens gamle gutter et kram. Det var indlysende, at manden ikke vadede rundt i den slags velsignelser, og at det faldt på et tørt sted. Det fik mig til at tænke på, at den familiaritet med kroppe, som sygeplejersken får ind med bækkengivning, sengebade og trøstende håndholderi er en god ballast i et miljø, hvor den kropslige kontakt ofte er begrænset til en på tuden, samtidig med at ensomheden er hjerteskærende.

I Fichs og Brünés kapitel til Sygeplejebogen 2, en ny grundbog i sygepleje fra Gad, fremhæves det da også, at sygeplejersker via deres håndværk med forbindinger og sårrensning og deres træning i kropslighed har en nærmest naturgiven legitimitet i forholdet til stofmisbrugere. Mange af stofmisbrugerne er blevet stopfodret med pædagoger og socialrådgivere og kan ikke længere bære byrden af gode, men svært efterfølgelige, råd. De kan ikke udstå flere formaninger og ord. Men med de handlinger, som knytter sig til sygeplejen, ligger det anderledes, for det er ikke for fornøjelsens skyld stofmisbrugerne går rundt med gamle indgroede sår og ubehandlede infektioner. En kærlig og kyndig behandling af skrammer og ridser gør godt langt ind i sjælen og hvis de så også mødes med accept og venlighed – kan jubelen ingen ende tage.

I kapitlet gennemgås først den historiske baggrund for det paradigmeskift, som har givet skadesreduktion en meget større plads i behandlingen af stofmisbrugere. Der er næppe tvivl om, at denne udredning, hvor fjern den end synes at være fra sygeplejerskens domæne, er påkrævet. Derfor er det lidt ærgerligt, at afsnittet præges af en lige lovlig lang pegefinger. I stedet for at fange målgruppen risikerer man at støde dem bort, når man indleder med at udråbe deres adfærd som fordomsfuld og formynderisk og frakender dem evnen til kritiske reflektioner. Da dette er en lærebog havde det måske været et bedre valg, hvis man havde banket læserne i hovedet med deres uvidenhed. Uvidenhed er nemlig meget nemmere at gøre noget ved end fordomsfuldhed. Og rationalet for at skrive kapitlet må jo også primært være, at man vil uvidenheden til livs. Dertil kommer, at selve kernen i skadesreduktion, som er i fokus her, ikke bare er accept, men også overbærenhed og tålmodighed, som også må vises dem, som endnu ikke har fået chancen for at se lyset.

Selv om jeg personligt mener, at den stadigt bredere accept af skadesreduktion i misbrugerbehandlingen er et fremskridt, er faren ved at fremstille skadesreduktion alt for skråsikkert, at de knap så lyse sider – som enhver løsning bærer med sig - bliver underspillet. Eksempelvis kan jeg godt blive bekymret for om brugerstyring til tider tager overhånd. Ikke fordi jeg er imod brugerindflydelse, men fordi jeg tror, at det er i den til tider besværlige dialog mellem stofmisbrugeren og behandleren, at mulighederne for den fortsatte udvikling af behandlingsmetoder ligger. Og hvis respekten for den enkelte bliver trukket så langt, at man slet ikke diskuterer forløbene, kan det i sidste instans risikere at ende med disrespekt. Med andre ord, folk man respekterer skal man også kunne modsige.

Det historiske materiale inddrages også på en meget håndfast måde. Når det uden nogen form for opblødning fastslås, at rusmiddelforbud leder til kriminalitet, og beviset er det amerikanske alkoholforbud før anden verdenskrig, så er det man står og mangler et par mellemregninger. For eksempel den blandt forbudsmodstandere upopulære kendsgerning, at antallet af alkoholrelaterede sygdomme viste et betydeligt fald under og efter alkoholforbudet. Det var nemlig ikke alle, der brød loven. Og de færreste, der gjorde det særlig hyppigt. Derfor var det samlede indtag af alkohol mindre i perioden og det havde en positiv indflydelse på folks helbred. Det er et glimrende eksempel på, at intet undgår at have både fordele og bagdele.

Når jeg nu har presset nogle sure dråber ud af citronen, vil jeg ile med at tilføje, at der præsenteres en mængde stof på knap 40 sider, og det gør det vanskeligt at få de finere nuancer med, men redigeringen kunne måske have været lidt strammere. Der er nogle sider om baggrunden for stofmisbrug, som inddrager både sociale og psykiske forklaringer i en så kortfattet form, at generaliseringer bliver uundgåelige, og det er lige før, at der bidrages til den stigmatisering, man vil til livs. Alle de forskellige stoffer gennemgås også, og her kunne man måske have henvist til en farmaci-bog med nogle få supplerende oplysninger om gadestoffer. Det havde også været en god idé at behandle præparater anvendt i substitutionsbehandling under en samlet overskrift. Dertil virker afsnittet om metadon ufuldstændigt. F.eks. siges der ikke noget om den gennemsnitlige dosis, og senere hævdes det at narkomaner udviser lav compliance, mens jeg vil hævde, at den behandling, hvor vi finder størst compliance er metadonbehandling.

Spredt i kapitlet er der mange glimrende konkrete råd til de sygeplejersker,

der skal tage sig af stofmisbrugere i sundhedssystemet, men man kunne ønske sig, at disse sociale færdselsregler var blevet fremstillet i mere samlet form, for de kunne også være nyttige i forhold til andre patientgrupper.

De sygdomme, som stofmisbrugere på grund af deres udsatte sociale position rammes af hyppigere end andre, er også med i kapitlet. Derudover er der et meget langt afsnit om injektionsteknik og hvordan man kan lære den fra sig. Alt i alt er det en lovende start på at øge de sygeplejestuderendes forståelse for den komplicerede og krævende behandling, der med den viden vi lige nu besidder, ser ud til at være den mindst ringe.

MICHAEL JOURDAN

# Addiktiv sygepleje er mere end pilletrilleri - det er et speciale!

Charlotte Fich, der sammen med Nina Brünés har forfattet kapitlet om sygepleje til stofmisbrugere, fortæller her om baggrunden for, at addiktiv sygepleje er kommet med i grundpensum.

**AF MICHAEL JOURDAN**

**Er det en trend, at der kommer flere sygeplejersker på misbrugsfeltet?**

Ja, det tror jeg. Nu er der gadesygepleje både i København, Århus og Aalborg. På næste fagdag - som Dansk Sygeplejeråd afholder - er vi indbudt til at komme og fortælle med henblik på at rekruttere nye til faget. Addiktiv sygepleje er lidt spændende og anderledes. Det er en form for sygepleje, der trækker på basale dyder som at yde tryghed, omsorg og pleje.

Også uden for gadesygeplejen kommer der flere sygeplejersker ind på centrene, og de tager sig af stadigt flere opgaver. I mange år har sygeplejersken først og fremmest trillet piller og målt mikstur. Sådan kom vi ind på feltet. Men det har så siden vist sig, at der er mange flere sygeplejefaglige opgaver at løfte end medicinudlevering. De sygeplejersker som er ansat rundt omkring, er begyndt at bruge deres fag yderligere og tager sig eksempelvis mere af infektioner og sårpleje, som mange ellers gik ubehandlede med - selv om de kom på et misbrugscenter.

**Hvad kommer den nye grundbog til at betyde ?**

Man kan ikke være sygeplejerske uden at støde på stofbrugere. Fremover vil alle nyuddannede være bedre klædt på til mødet med den stofafhængige. Og de vil opleve, at det er en naturlighed, at det er et speciale. Også de som allerede er uddannede, tror jeg også vil tage det til sig. Sygeplejersker er et videbegærligt folkefærd, og de vil forholde sig til det her og sammenholde egen praksis med de standarder, der bliver sat hen ad vejen.

**Er det officielt et speciale nu? Har det fået det blå stempel?**

Allerede da vores faglige sammenslutning blev dannet skete der en anerkendelse fra Dansk Sygeplejeråd af, at der er noget specielt omkring den her målgruppe, som man ikke dækker ind fra eksempelvis psykiatrien eller infektionsmedicinen.

Med det kapitel der nu er med i grundbogen, mener jeg godt man kan sige at addiktiv sygepleje er anerkendt som et speciale på linie med andre specialer. Der er en masse specifik viden og nogle bud på noget man kan gøre, når man skal håndtere det at være sygeplejerske overfor en stofmisbruger. Der er et håndværk, nogle kunstgreb og observationer man skal kunne.

**Skulle I skrive fra bar bund eller havde I nogle udenlandske forlæg at støtte jer til?**

Vi fandt aldrig noget relevant udenlandsk sygepleje faglitteratur på emnet, selvom vi ledte. Så vi har måtte lave det selv. Efterfølgende har vi fået henvendelser fra udlandet om at få udgivet noget lignende på engelsk. Vi ser frem til det samarbejde.

**Hvad er jeres hovedbudskaber ?**

Første budskab er at få stofbrugeren anerkendt som en ligeværdig person, hvis sygeplejebehov tages alvorligt. Vi sygeplejersker har en forpligtigelse til at sætte os ind i, hvilke behov for sygepleje de har, og behandle disse ud fra deres udgangspunkt. Det er ikke dem der skal møde vores behov. Vi er der for deres skyld og ikke omvendt. Det betyder et opgør med den holdning, der hedder: "De vil fixe. Det må de ikke. Og hvis de vil alligevel, så er det ikke mit bord. Så vil jeg ikke håndtere det." .

Det andet budskab er, at addiktiv sygepleje måske ikke er så svært endda. Vi har som sygeplejersker en faglighed, der kan give flere positive indlæggelsesforløb, øget selvindsigt og øget egenomsorg, og som på sigt vil forebygge en del ulykker der nu vælter ned over folk.

**Har i flere planer?**

Det her er kun den første spæde start. Nu skal vi videre med en mere udarbejdet guide, hvor vi går mere i detaljer til sygeplejersker, der allerede er beskæftiget med gruppen, og gerne vil dyrke det her speciale .

**Vil du og Nina Brünés uddybe jeres visioner for fremtidens sygepleje for stofbrugere i næste nummer af STOF?**

**Anmeldt af Peter Ege**
socialoverlæge i Københavns Kommune

# Systemerne svigter, og tyngdekraften ordner resten

**Reidun Evjen, Tone Øiern & Knut B. Kielland.**
**DOBBELT OPP – om psykiske lidelser og rusmisbruk.**
Universitetsforlaget: Oslo, 2003. 240 sider.
www.universitetsforlaget.no

Jeg er, ligesom Dobbelt opp´s forfattere, ikke psykiater. Jeg er ansat i socialsektoren og får min løn for at planlægge, udvikle og følge behandlingen for stofmisbrugere i Københavns Kommune. Så ved I hvor I har mig.

Dobbelt opp blev min faglige sommerferielæsning i år, og det blev en meget velkommen bog, som fremover vil få en fast og central position på min boghylde. Jeg har i mange år beskæftiget mig med dobbeltdiagnoseproblematikken på det administrative plan, så bogens emne var ikke fremmed for mig, men det er skønt at få en samlet fremstilling af problematikken som kommer rundt om det meste. Man bliver præsenteret for begrebsafklaring og definitioner så det er helt klart hvad forfatterne forstår ved begrebet "dobbelt-diagnose". Omfanget bliver beskrevet og det bliver uhyggeligt klart, at dobbelt-diagnoser både i psykiatrien og i rusmiddelfeltet snarere er reglen end undtagelsen. Dermed bliver det også klart hvilket enormt fortrængningsarbejde der bliver præsteret af aktørerne inden for feltet, når det lykkes at fremstille dobbelt diagnose-patienterne som en lille eksotisk gruppe patienter, og den svigtende indsats som en mindre skønhedsplet på vores samlede behandlingssystem.

Dobbelt opp´s udgangspunkt er, at der er tale om en stor patientgruppe, hvis "patient- og klientrettigheder er svækket" i forhold til de "almindelige" misbrugere og "almindelige" psykiatriske patienter. Selvom de har behov for dobbelt behandling får de mindre end det halve (og ofte slet ingen), og også den sociale indsats er helt utilstrækkelig. Når man skal forklare hvorfor noget så urimeligt får lov til at passere gribes der til metaforen om at de falder mellem to stole. Og de falder ikke kun mellem et, men mellem to, sæt af stole.

De afvises af psykiatrien pga. deres misbrug og af misbrugssystemet pga. deres psykiske sygdom – og dette er et velkendt og almindeligt accepteret problem. Men som forfatterne meget rigtigt påpeger, og det er noget vi normalt ikke tænker så meget på, falder de også mellem de to stole man kan betegne som h.h.v. "omsorg" og "behandling", og det gælder både behandling for misbruget og af den psykiske lidelse. Det er kommunerne der har ansvaret for de socialpsykiatriske foranstaltninger, d.v.s. for omsorgen, men det kan være vanskeligt, for ikke at sige umuligt, at yde denne omsorg, hvis de ikke modtager en adækvat og specialiseret behandling. Og omvendt kan behandlingen blive en umulighed hvis ikke patienten får dækket sine mest basale omsorgsrelaterede behov, herunder også en passende boligsituation. Dermed er "muligheten for at patienterne bliver kasteballer stor. Under henvisning til lovverket, og dessuten med en presset økonomi, kan to eller tre forvaltningsnivåer fraskrive seg ansvar."

Metaforen "om faldet mellem de to stole" beskriver for så vidt fint hvad der sker med disse brugere, men den er måske vel eufemistisk. Det bliver nemt til en forklaringsmodel der siger, at vi har nogle voldsomt problematiske brugere, som ikke evner at tilpasse sig de bestående behandlings- og omsorgssystemer, hvorefter tyngdekraften ordner resten.

Jeg synes at Dobbelt opp er en meget fin og nyttig bog, som bør læses af behandlere og administratorer både i misbrugs og i psykiatrifeltet, og som er lige så nyttig for danske som for norske læsere. Hvad jeg savner er et afsluttende konkluderende afsnit hvor forfatterne, og gerne bøjet i neon, siger hvad der er galt og hvad der skal gøres. Det er indlysende rigtigt at påpege behovet for "samhandling og samordning", men nogle skal tage ansvaret for dette. Bogen beskriver så rigtigt, at der ikke er behov for nye projekter, eller import af ny viden. Vi har tilstrækkelig kendskab til målgruppen og dens behandlingsbehov, og det er dokumenteret at behandlingen af misbruget og den psykiatriske lidelse skal integreres og indeholde tilstrækkelige elementer af omsorg. Mange af disse brugere kan behandles i behandlingssystemet for stofmisbrugere, men de psykotiske bør primært behandles i psykiatrien.

Kan man sige at psykiatrien har engageret sig for alvor i denne patientgruppe? Eller er det rigtigt at psykiatrien ikke alene opleves som eksklusiv og afvisende, men rent faktisk også er det? Som dansker ville jeg godt have haft nogle mere eksplicitte konklusioner, selv om

**REDAKTION**:

**Mads Uffe Pedersen**
(ansvarshavende)
**Birgitte Jensen**
**og Michael Jourdan**
(redaktører)

**Grafisk tilrettelæggelse:**
Lucky Seven / Info@lucky7.dk
Tryk: Reklametryk, Herning
Forsidefoto: Lucky7
Oplag: 3.000
ISSN: 1397 - 338S

**Redaktionen afsluttet 17. nov. 2003**
Deadline for næste nummer:
2. februar 2004
STOF nr. 3 udkommer forår 2004

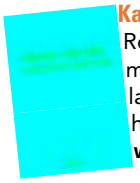
**Abonnement:**
Tilmelding på www.stofblad.dk
Spørgsmål vedr. abonnement
sendes til abonnent@stofblad.dk

**Artikler og indlæg sendes til:**
bj@stofblad.dk

**Postadresse**:
STOF / CRF København
Købmagergade 26 E, 2.
1150 København K

**STOF** udsendes gratis til en lang række myndigheder, institutioner og fagfolk på stofmisbrugsområdet. STOF udgives af Center for Rusmiddelforskning via en bevilling fra socialministeriets satspulje. Artikler eller større uddrag må gengives med kildeangivelse og efter aftale med forfatteren. Indlæg i bladet er udtryk for forfatterens egne synspunkter og dækker ikke nødvendigvis redaktionens eller CRFs holdninger.

# KORT NYT



### Kampen mod narko

Regeringens handlingsplan mod narkotikamisbrug kan læses på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside **www.im.dk**

### Amtsrådsforeningen

Siden behandlingsgarantiens indførelse har Amtsrådsforeningen ført statistik over hvor mange klienter der er visiteret til stofmisbrugsbehandling - på hjemmesiden **www.arf.dk** er der nu tal for årets første 7 måneder. I statistikdatabasen kan man bl.a. også finde oplysninger om amternes udgifter til behandling af stofmisbrugere og oversigt over personale og antal pladser på sociale institutioner for stofmisbrugere (baseret på tal fra Danmarks Statistiks Sociale Ressourceopgørelse).

### Rådet for Socialt Udsatte

På **www.udsatte.dk** kan man læse rådets første årsrapport. Der er også omtale af rådets initiativ med uddeling af 'nøglekort' til hjemløse i København, med oplysninger om relevante tilbud til mennesker der lever på gaden.

### Narkotikasituationen i EU

På **www.sundhedsstyrelsen.dk** ligger den seneste årsrapport fra EU's narkotikaovervågningscenter, EMCDDA, om narkotikasituationen i Den Europæiske Union og Norge. Det danske bidrag ligger også som en selvstændig rapport, 'Focalpoint – Narkotikasituationen i Danmark 2002'.

European Legal Database on Drugs

### BOG PÅ VEJ

Socialoverlæge Peter Ege har forfattet en ny og væsentlig revideret udbygning af "Stofmisbrug – baggrund, konsekvenser og behandling". Ny titlen forelå ikke ved redaktionens slutning. Bogen udkommer januar/februar 2004 på Hans Reitzels forlag.

# KALENDER - KONFERENCER OG ARRANGEMENTER

**4. - 5. marts 2004**
**2nd UK National Drug Treatment Conference: Treatment – getting it right**
Sted: The Victoria Park Plaza Hotel, London
**Web: www.exchangesupplies.org**

**5. - 7. april 2004**
**European Opioid Conference**
Sted: Visegard, Ungarn
Arr. EOC
**Web: www.eocweb.com**

**20. – 24. april 2004**
**The 15th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm (ICRDRH)**
Sted: Melbourne, Australien
Arr.: International Harm Reduction Association (IHRA)
**Web: http://www.ihra.net**

**22. – 23. april 2004**
**VI European Conference Opiate Addiction Treatment Association**
Sted: Paris, Frankrig
**Web: www.europad.org**

**Maj 2004**
**Etniske Minoriteter og Misbrug**
Arr.: T3E
Sted: Skotland
**Web: www.t3e-eu.org**

**5. – 7. maj 2004**
**The 3rd Nordic Interdisciplinary Conference on Qualitative Methods in the Service of Health "Quality in Qualitative Research"**.
Sted: University of Aarhus, Denmark.
**Web: http://sygeplejevid.au.dk**

**6. – 9. juni 2004**
**IAFMHS 4th Annual Conference: Mental Health Services at the Interface of Mental Disorder, Addiction and Crime**
Sted: Stockholm, Sweden
**Web: http://www.iafmhs.org/**

**23. -25. juni 2004**
**The 3rd. Carfax International Conference on Reflective Practice - Reflection as a Catalyst for Change**
Sted: Glouchester, England
Deadline for abstracts: 1.11.03
**Kontakt: susan.hampton@btopenworld.com**

Flere kalenderoplysninger på **www.stofblad.dk,** hvor vi sammen med CRF løbende opdaterer oversigten. Oplysninger til kalenderen modtages gerne på **bj@stofblad.dk.**

STOF / CRF København
Købmagergade 26 E 2.
1150 København K

B

Returneres ved varig adresseændring

POST PP DANMARK

# I næste nummer:

Dilemma og ambivalens – modsætninger mødes:
Straf-resocialisering
Kontrollant-hjælper
At ville-ikke at ville
Frizone-institution
Klient-system
Aktør-offer

**Tanker og overvejelser** om dette tema eller andre emner med henblik på udarbejdelse af artikler drøftes gerne. Redaktionen modtager forslag, kommentarer og indlæg på bj@stofblad.dk eller STOF / CRF København, Købmagergade 26 E 2., 1150 København K. Deadline for bidrag er 2. februar 2004.

**Abonnement**: Tilmelding på www.stofblad.dk Spørgsmål vedrørende abonnement på abonnement@stofblad.dk

Du finder de gamle STOF-numre på: **www.stofblad.dk** Næste nummer af STOF udkommer forår 2004