



# 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.<sup>1</sup>

### **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 neddrøse det særomsorgsstempel, som har præget rusfeltet i hele dets historie. Denne neddrøsing 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 fagfolkernes 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 arbejds-

pladsen, 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 bagateliseret 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 specialitjenester. 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 specialitjenesterne 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 'vektallsbaserede' 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<sup>2</sup>:

- Videnskabsfilosofi og kundskabs-teori (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. Familierapeutiske modeller
  4. Netværksterapi
  5. Feministiske modeller
  6. Døgnbehandlingsmodeller
  7. Ambulante modeller
  8. Behandlingskollektiver
  9. AKAN-modellen (Arbejdslivets Komité 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 til sammen 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.

### Kompetencecentre i Norge

En anden central hovedaktør inden for kompetenceudviklingen i rusfeltet er Kompetencecentre 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'. Kompetencecentre 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 rustendere og indvandrere med rusproblemer.

Kompetencecentre 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 kompetencecentre 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'.

Kompetencecentre 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 familierapeut. 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. Kompetencecentre 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<sup>3</sup>. 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 entusiastene 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 rusmid-

delbeslægtede 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 uddannelsesforløb. Forskellige professioners fagforeninger driver 'specialistuddannelser' også inden for rusfeltet. Den Norske Lægeforsening 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, plenumpresentationer 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<sup>4</sup>.

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<sup>5, 6</sup>, 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 højskole 2003: *Studieplan for videreuddanning 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.