

Professionalism/ amatörism på missbrukar- institutioner

Missbrukarvården i Sverige kan grovt delas in i två traditioner, en amatöristisk och en professionell. Till den förra hör t.ex. självhjälpsprogram som Anonyma Alkoholister (AA) och Länkrörelsen samt olika religiösa behandlingsprogram. Till den senare kan räknas olika farmakologiska behandlingsmetoder och vissa psykodynamiskt eller beteendeterapeutiskt orienterade program. Flertalet behandlingsprogram, som exempelvis den s.k. Minnesota-modellen och Hasselapedagogiken inom ungdomsvården, hamnar dock någonstans mitt emellan traditionerna. De kan beskrivas som "professionella amatörer". Som framgår karakteriseras båda traditionerna av en stor intern spännvidd såväl i metodhänseende som ifråga om teoretisk eller vetenskaplig hemvist och syn på missbrukets orsaker och yttringar. Vi saknar också i stor utsträckning forskning som kan belägga den ena metodens/traditionens terapeutiska förtjänster framför den andras (Bergmark et al. 1989 och a.a.-91).

Vad kännetecknar då professionell kunskap kontra amatöristisk? Traditionella krav på professionalitet är en viss teoretisk kunskap och utbildning. Den professionella kompetensen bör vidare garanteras genom en examen. En handlingsetik samt en yrkessammanslutning som organiserar medlemmarna brukar också nämnas. I dessa avseenden kan vi inte säga att missbrukarvården är professionell.

Ändå kan vi idag säga att det skett en betydande kunskapsutveckling inom missbrukarvården. Det rör sig både om ökade teoretiska kunskaper och

en "förtrogenhetskunskap", dvs. en samlad erfarenhet från praktisk verksamhet. Begreppet förtrogenhetskunskap har uppmärksammats inom omvårdnadsforskningen och fått en allt större betydelse i utbildning av vårdarbetare (Jenner 1991). För behandlare räcker det inte bara med teoretisk kunskap, den professionella kompetensen bör också vara förankrad i personliga erfarenheter. Amatörer behöver inte på samma sätt integrera teori med praktisk erfarenhet.

Vad kännetecknar en professionell behandlare? Det mest väsentliga är förmågan att kunna skapa en tillitsfull relation. En professionell behandlare bör också ha självkänneteknande och förmåga att reflektera över sin människosyn. En professionell behandlare kännetecknas av en kunskapsinriktad, och inte en ideologistyrd, hållning till klientens problem. Valet av metod bör styras mer av kunskapsbaserade än av behandlingsideologiska överväganden (Jenner 1991).

Projektets uppläggning

Vid institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet bedrivs för närvarande ett forskningsprojekt som syftar till att i en dialog mellan forskare och behandlare gemensamt nå fram till en beskrivning av ackumulerad kunskap och erfarenheter inom institutionell missbrukarvård. Undertecknad är huvudansvarig för projektet. Projektet kan inordnas under rubriken "vårdmodellforskning". Vårdmodellforskningens objekt är själva den behandlande verksamheten. Den studerar vad som sker i behandling, samt de yttre och inre villkoren för verksamheten.

Undersökningen består av en explorativ förstudie på 9 institutioner och en s.k. Delfistudie, en skriftlig dialog med ett 20-tal behandlingsenheter. Den följande framställningen kommer i huvudsak att handla om uppläggning och genomförande av undersökningen.

Explorativ förstudie

Den explorativa studien syftar till att undersöka hur behandlarna själva beskriver sitt arbete och i någon mån också att få en uppfattning om hur de faktiskt arbetar. Jag har använt mig av metodtriangulering, dvs. jag har kombinerat olika metoder, i första hand observation, men också intervjuer och studier av skriftligt material. Dessutom har såväl klienter som personal fått fylla i en vårdmiljöskala, vars resultat presenterats och diskuterats vid en samling, ofta med såväl personal som klienter närvarande. Denna spegling av resultaten av skalan i kombination med intryck från vistelsen ledde ofta till fruktbara dialoger med enheterna rörande de många gånger "dolda problemen" i verksamheten.

Analysen av insamlade data från denna förstudie är ännu ej klar. En allmän iakttagelse är dock att institutionerna inte fungerar bättre än sina personalgrupper oavsett behandlingsmetod. Fortfarande försummar man på vissa ställen att ständigt granska den egna verksamheten samt att ta itu med problem och konflikter i personalgruppen, som på sikt — om de inte löses — kan påverka behandlingsmiljön negativt. Kunskap om gruppprocesser och förmåga att hantera dem tycks fortfarande vara bristfällig på vissa ställen. Ledarens roll är också mycket betydelsefull för atmosfären på stället. Ledare, som har svårt att delegera uppgifter får problem med en osjälvständig personalgrupp, som inte tillåts växa i kompetens. Svaga ledare kan inte försvara stället utåt och inte heller klara av in-ternas motsättningar i personalgruppen. Detta leder lätt till destruktiva maktstrider och splittring i personalgruppen.

Delfimetoden

Bengt Börjesson (1977) beskriver Delfimetoden på följande sätt: "Man etablerar således med Delfimetoden ett intellektuellt samspelsförhållande med gruppens deltagare, man deltar som undersökningsledare och som deltagare i undersökningen tillsammans i en

skapande process. Man bygger tillsammans upp bilder, föreställningar och uppfattningar om verkligheten". Skillnaden mellan denna metod och det vanliga frågeformuläret är främst att man formulerar frågeställningar med utgångspunkt från de svar man får från gruppen och att man ger gruppen kunskap om de svar som lämnades vid förra frågerundan. Härigenom skapas en gemensam kunskapsbas, som kan skapa förutsättningar för en begrepps- och kunskapsutveckling. Antalet frågor i Delfimetoden kan variera. Jag har valt att genomföra 3.

Urval

Urvalet av institutioner har gjorts utifrån en totalundersökning av "hem för vård och boende" som huvudsakligen vänder sig till missbrukare (Bergmark & Oscarsson 1988). Totalundersökningen rör professionalitet i missbrukarvården. Jag har valt att begränsa mitt projekt till att omfatta endast vuxenvården. Institutionerna grupperades utifrån professionell kompetens och förhållningssätt. Jag har valt de mest typiska företrädarna för de största grupperna. På så sätt kan man säga att de i en viss mening är representativa för missbrukarvården.

Totalt tillfrågades 28 enheter om de ville delta. Fyra enheter avböjde. I tre fall beroende på turbulens i personalgruppen eller ledarbyte. Av de 24 fullföljde 20 alla "rundorna". Arbetet var omfattande. Första "rundan" tog i genomsnitt en hel arbetsdag att besvara, de två senare rundorna något kortare tid. Svaren på varje runda omfattar mellan 5-10 sidor maskinskriven text. Sammanlagt blir det minst 300 sidor för alla tre "rundorna". Det är ett omfattande material att analysera. Svartsammanställningarna efter varje "runda" bestod av sammanfattningar av tendenser i svaren samt ett urval av representativa citat. Varje sammanfattning omfattade ett 50-tal sidor.

Deltagande behandlingsenheter och personal

Elva enheter vänder sig huvudsakligen till narkomaner, 8 till alkoholister och 5 till blandmissbrukare. 16 är privata, de flesta i stiftelseform och 8 offentliga verksamheter, drivna av kommun, landsting eller vårdförbund. Många är äldre väletablerade ställen. De flesta narkomanvårdsenheter tillkom på 1970-talet, medan flertalet alkoholister- och blandmissbrukarenheter tillkom på 1960-talet och en del på 1980-talet. En alkoholistenhet är från 1939 och den senast tillkomna från 1985. Man skulle faktiskt kunna säga att denna grupp erfarna behandlare från väletablerade verksamheter tillsammans representerar en stor del av den ackumulerade kunskapen inom institutionsbehandling för missbrukare i landet.

Endast ett fåtal enheter är dock professionella i den mening som inledningsvis presenterades. Ingen enhet hade farmakologisk inriktning, men ett par psykoterapeutisk eller beteendeterapeutisk. Två enheter är renodlat amatöristiska: en länkenhet och en med religiös inriktning. De flesta kan sägas tillhöra mellanformen av "professionella amatörer", med varierande grad av professionalitet. Många har en omfattande "förtrogenhetskunskap", men något mindre vetenskapligt grundad kunskap. Hit räknas bl.a. 4 enheter som arbetar med AA inspirerade behandlingsprogram och 6 enheter som arbetar med transaktionsanalys (TA). Dessa typer finns också representerade i den explorativa studien.

De som deltagit i Delfirundorna är erfaren personal. De har arbetat på behandlingsenheten i medeltal 10,2 år. Den längsta tiden är 27 år och den kortaste 1 år. Den som arbetat kortaste tiden har dock arbetat 17 år inom samma stiftelse, så medeltalet skulle kunna vara ännu högre. 12 personer är förståndare/chefer på sina respektive verksamheter, 5 personer har någon form av specialfunktion ex.vis som behandlingsansvarig eller metodutvecklare. Missbruksutbildning är svår att bedöma. Hälften säger att de har särskild utbildning i missbrukarvård och

hälften att de inte har det. Somliga har gått i flerårig terapi utan att räkna det som utbildning, medan andra gått korta kurser om missbruk och räknar det. Inom vissa stiftelser som ex.vis Vallmörtorp har man en omfattande internutbildning. På LVM-hemmet Runnagården har man utvecklat särskilda kurser i samarbete med vårdhögskolan i Örebro. Flera har varit i USA och genomgått utbildning där i s.k. Minnesotabehandling. Ser vi till skolutbildning, så har drygt hälften (12) universitetsutbildning.

Delfirundornas uppläggning

Min utgångspunkt i Delfistudien har inte varit att finna den rätta metoden, utan snarare att utvärdera hur man använder olika metoder. De etiska frågorna kommer då i fokus, liksom ideologi och förhållningssätt. Dessutom spelar en rad yttre förutsättningar/ramar för verksamheten en stor roll. Varje frågeområde inleddes med en fyllig text där problematiken utvecklades och olika ståndpunkter presenterades. Frågeområdena var komplexa och svaren genomgående öppna. Den svarandes uppgift blev att på basis av den presenterade diskussionen själv ta ställning och argumentera för sin ståndpunkt.

Den första Delfirundan tog upp ett brett spektrum av frågor. Sammanlagt 17 olika frågeställningar ingick i första avsnittet. De fyra första rörde yttre faktorer. De sex följande handlade om behandlingens ideologiska utgångspunkter, inriktning och metoder. Tre ytterligare frågeområden rörde behandling av särskilda grupper som psykiskt störda, kvinnor och familjer. Eftervård-utsluss och samarbete utåt kom som en särskild punkt. De avslutande tre frågeområdena rörde personalens kompetens, personalgruppens sammansättning och behov av hjälp och stöd för att klara stressituationer.

Utgångspunkten för Delfirunda 2 var att fördjupa och vidareutveckla vissa problemställningar utifrån de svar som getts i Delfirunda 1. Den behandlade 5 områden, behandling, organisation av vården, kvalitetsgranskning, etiska frå-

gor och utbildning.

Frågerunda 3 bestod endast av tre frågeområden av en lite annan karaktär. Tema 1 berörde förändring-utveckling, tema 2 samordning klient-åtgärd och tema 3 professionalisering. Under det första temat rymdes frågor rörande vissa typer av förändringar som vi noterat i svaren på "runda" 2, ex.vis ifrågasättande av fasprogrammen inom narkomanvården. Utvecklingsplaner för verksamheten för de närmaste åren efterfrågades också. Under tema 2 presenterades en modell för samordning av klient-behandling och en sammanställning av missbrukar- och behandlarprofiler (Näsholm & Melin 1991), som de svarande fick ge synpunkter på. Professionaliseringsdiskussionen kom nu att mer direkt behandla problem och möjligheter med professionalisering och egna erfarenheter av viktiga steg mot professionalisering.

Man skulle kunna säga att första "rundan" var en allmän bred kartläggning. Utifrån den gick det att formulera teman som det var meningsfullt att penetrera djupare. Det handlade dels om områden där det fanns tydliga motsatta ståndpunkter, som behövde belysas ytterligare, dels nya teman som framskyntade i svar på flera olika frågor, ex.vis etiska frågor.

Delfideltagarnas upplevelser av "rundorna"

Avslutningsvis fick samtliga deltagare svara på vad de upplevt som positivt och negativt i arbetet med Delfirundorna. Till min stora glädje var det övervägande positiva synpunkter. Många betonade att det är nyttigt att tänka efter och vara tvungen att formulera sig. Det mest stimulerande upplevde många var att få ta del av andras synpunkter. Det betonades också att frågorna var intressanta. Vidare att det är viktigt att studier av behandling görs. En del menar att frågerundorna bidragit till "vidgade vyer", "sått frön inför framtiden" samt gett uppslag till vidareutveckling av den egna verksamheten. På den negativa sidan nämns framförallt att de varit mycket tidskrävande. De som klagat mest är

ofta de som engagerat sig mest och svarat mycket utförligt, så reaktionen är helt förståelig. Omgång 1 uppfattades av någon som rörig, med alltför många frågor. Ett annat klagomål var språket som ett par företrädare för amatöristiskt inriktade enheter tyckte var onödigt krångligt. Till den negativa sidan får också räknas att många upplevde att de fick "dåligt samvete" om de inte svarade i tid och därmed kände sig ganska pressade. De flesta har svarat av intresse, men en del har också känt plikt/skyldighet att svara.

Behandlingsenheternas syn på professionalitet

Avsikten är inte att här göra någon resultatpresentation. Analysen av det samlade materialet återstår. Redan nu kan man dock se att det finns stora skillnader mellan narkomanvård och alkoholistvård vad gäller sättet att utveckla ett professionellt förhållnings-sätt.

Inom alkoholistvården finns en klar skiljelinje mellan enheter, som arbetar utifrån AA:s 12-stepsprogram och religiösa enheter. De förra strävar efter professionalitet och legitimering medan de senare betonar "förtrogenhets-kunskap" i kombination med egen "vardaglig erfarenhet", där religiös övertygelse, solidaritet och självhjälpsarbete spelar en viktig roll. Inom narkomanvården ställer man starka krav på fördjupade psykoterapeutiska kunskaper och självkänedom hos behandlarna. Inom vuxenvården råder det ganska stor enighet kring betydelsen av detta.

Vilka viktiga steg mot ett professionellt arbetssätt har då tagits på de studerade enheterna? Framförallt framgår det att man utvecklat ett mer specialiserat arbetssätt och frångått idén "alla gör allt". Vidare försöker man individualisera behandlingen inom ramen för behandlingsprogrammet för att bättre kunna tillgodose individens behov. Betydelsen av personalgrupp, handledning och utbildning för övergången till ett mer professionellt arbetssätt betonas också.

De problem med utveckling av pro-

fessionalitet som man upplever handlar delvis om den nuvarande bristen på adekvata utbildningar som grund för legitimation, men också om frågor rörande vilken slags kunskap som krävs. De flesta tar avstånd från den tidigare så vanliga ståndpunkten att erfarenheter av eget missbruk är tillräckligt eller ens nödvändigt för att bli en god behandlare. Flera menar att professionalisering medför en risk för "distansering", att relationerna ändras karaktär. Idealitet och solidaritet ersätts med professionell distans. Det finns också en rädsla för att personalen kommer att delas upp i olika kategorier och att terapeuterna inte kommer att delta i de miljöterapeutiska aktiviteterna, vilket försvårar möjligheterna att utnyttja den dagliga samvaron som terapeutiskt instrument.

Datinsamlingen är nu avslutad. Till hösten beräknas en första rapport bli färdig. Tanken är sedan att belysa olika teman i artikelform. I ett senare skede kommer undersökningen eventuellt att presenteras i bokform.

Vera Segraeus

L I T T E R A T U R

Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars: Projekt: "Behandlingskultur och alkoholmissbruk, DSF (D88/2012:1-2013:1) 1988
Bergmark, Anders et al.: Klienter i institutionell narkomanvård. Analyser av bakgrund, behandling och utfall. Pedagogisk forskning i Uppsala 89. Pedagogiska Institutionen, Uppsala Universitet 1989

Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars: Kunskapens gränser inom missbrukarvården — om forskningens möjligheter och praktikens villkor. I: Berglind, Hans & Kristensson, Per Olof (red.): Socialt arbete i utveckling. Allmänna förlaget, Stockholm 1991

Börjesson, Bengt: Delfimetoden. Om dess tillämpning i måluppsynsprojektet. Rapport 5:1 Metodbyrå 1. Stockholm 1977

Jenner, Håkan: Pygmalion i missbrukarvården. Studentlitteratur, Lund 1990

Segraeus, Vera: Institutionell narkomanvård — organisation och innehåll. Akademisk avhandling. Sociologiska Institutionen, Uppsala Universitet 1987.