

Alle skal med

At gå fra individperspektiv til familieperspektiv
i alkoholbehandling

Et almindeligt alkoholteams historie om hvorfor og hvordan
– Slagelse Misbrugscenter



Kolofon

Slagelse Misbrugscenter
November 2014



Om metodeudviklerne:

Teamet

Louise Stenrand, Pædagog, Alkoholbehandler, Familieorienteret alkoholbehandling.

Helle Dalsgaard, Socialrådgiver, Alkoholbehandler, Diplomuddannelse i systemisk familiebehandling, Supervisor, Familieorienteret alkoholbehandling.

Rasmus Vestergaard, Socialrådgiver, Systemisk grunduddannelse, Alkoholbehandler, Familieorienteret alkoholbehandling.

Ulla Hjerminde, Pædagog, Diplom i socialt arbejde, Systemisk grunduddannelse, Alkoholbehandler, Mindfulness instruktør, Kognitiv Grunduddannelse, Familieorienteret alkoholbehandling.

Ulla Kjærgaard, Pædagog, Ernæring og husholdningsøkonom, Efteruddannelse i kommunikation og personlighedsudvikling, Alkoholbehandler, Systemisk efteruddannelse, Mindfulness instruktør, Supervisor, Familieorienteret alkoholbehandling.

Lars Vadstrup, Sygeplejerske, Alkoholbehandler, Familieorienteret alkoholbehandling.

Jeanne Ursin, Sygeplejerske, Alkoholbehandler, Kognitiv terapi, Mindfulness instruktør, Familieorienteret alkoholbehandling.

Karin Jordan Tønning, Sekretær, Lægesekretær, Apoteks assistent.

Mette Plato Spælling, Afdelingsleder, Socialrådgiver, Merkonom, Diplom i ledelse, Kognitiv Grund- og efteruddannelse.

Særlige ressourcer i teamet

Lisbet Kimer, Projektmedarbejder, Sygeplejerske, Diplom i alkoholbehandling, Systemisk familierapeut, Narrativ terapeut, Systemisk efteruddannelse, Supervisor, Børne- og Ungegrubeleder. Lisbet har skrevet inspirationshæftet "Den nødvendig samtale – når samtalen handler om alkohol" med tilhørende inspirations DVD. Lisbet har fungeret som tovholder for struktur, milepæle og fastholdelse af faglige mål i teamet. Hun har afholdt temamøder for samarbejdspartnere om familieorienteret alkoholbehandling og udarbejdet samarbejdsaftaler med partnerne.

Lise Lotte Olesen, Projektmedarbejder, Psykiatrisk plejer, Diplom i stofmisbrugsbehandling, årskursus Familiesamtalen i fokus, Systemisk efteruddannelse, Systemisk løsningsorienteret terapeut, Alkoholbehandler, Narrativ supervisor, Børne- og Ungegrubeleder.

Begge har tidligere arbejdet i Sundhedsstyrelsens projekt "Børn i familier med alkoholproblemer" og udviklet undervisningsmaterialer og afholdt metodekurser for frontpersonaler på det sociale, sundhedsfaglige og pædagogiske område. I nærværende projekt "Kvalitet i alkoholbehandling" har de som projektmedarbejdere udviklet behandlings- og informationsmaterialer til behandlerteamet samt borgerne. De har indgået i teamet som ressourcepersoner og varetager sidemandsoplæring i behandlerteamet samt underviser samarbejdspartnere i familieperspektivet. Lise Lotte og Lisbet er begge børne- og ungegrubeledere samt indgår i behandlingsforløbene i alkoholteamet.

Redaktion

Karen Hatt Olsen, antropolog, udviklingsmedarbejder

Illustrationerne i hæftet er af Pia Thaulov

Rigtig god læselyst!

Venlig hilsen

Lena Andersen
Centerleder

Indhold

Indledning.....	4
10 hurtige pointer	7
Samarbejdet med familien	8
Samarbejdet i teamet	19
Samarbejdet om rammen.....	25
Afslutning: Begynd og fortsæt	31

Indledning

Dette hæfte bygger på erfaringer fra "Projekt Kvalitet i alkoholbehandling" med udvikling af familieorienteret alkoholbehandling i Slagelse Kommunes Misbrugscenter, i perioden 2011-2014 med støtte fra Sundhedsstyrelsen.

Hæftet er skrevet til dig, der til daglig arbejder med mennesker, der har levet eller lever med alkoholproblemer. Det er skrevet til Jer, der arbejder i et team, og som ønsker at arbejde med metoder der har særligt fokus på alkoholbehandling til hele familien. I er måske socialrådgivere, pædagoger, sygeplejersker eller terapeuter og arbejder som behandlere, leder, sekretær, psykolog eller læge.

Måske er rammerne omkring jeres arbejde anderledes, end de rammer vi har arbejdet indenfor. Pluk alt det I kan bruge og som passer til den sammenhæng, I arbejder i.

Vi anbefaler familieperspektivet i alkoholbehandlingsarbejdet.

Bekend perspektiv

Forestil Jer, at en bil er kørt galt. Alle i bilen er kommet slemt til skade. Ambulancen kommer men tager kun føreren med. Bilens passagerer efterlades tilbage. (frit efter psykolog Birgit Trembacz)

Sådan er vi i teamet enige om at se forskellen mellem individuel og familieorienteret alkoholbehandling. I familieorienteret alkoholbehandling tager ambulancen alle med. Hele familien tilbydes hjælp. Perspektivet arbejdede vi længe med at afgrænse og formulere. Det er nemlig centralt at alle i et team kan se sig selv i det grundlæggende perspektiv. Derudover skal perspektivet naturligvis være fagligt underbygget, og det er den familieorienterede behandling.

Formålet med udviklingsprojektet var, at vi ville være et alkoholbehandlerteam, hvor alle tænker og arbejder kompetent og specialiseret med familie-, netværks- og helhedsorienteret alkoholbehandling. Vores motivation for at gå i gang med den store fælles arbejdsindsats og udviklingsperiode var, at vi efter mange års arbejde på området var grundlæggende fagligt overbeviste om, at familieorienteret alkoholbehandling er en tilgang, der støtter familierne godt i at skabe de forandringer, de ønsker.

Vi ser alkohol som et legalt rusmiddel, der har en stærk forankring i den danske kultur. Alkohol påvirker hele familiesystemet, og det må afklares i hver enkelt familie hvordan, for ingen familier er ens. Ved at intervenere i samspillet kan problemerne som oftest løses. Men idet borgeren er ekspert i eget liv, er det vi kan tilbyde i fællesskab at folde ud, hvad der er de vigtigste udfordringer for borgeren og familien, og sammen undersøge nye muligheder og handlemåder ud fra vores ekspertise som alkoholbehandlere.

Det familieorienterede perspektiv er tilgangen til teamets alkoholbehandling. I behandlingsviften arbejder vi med de systemiske, kognitive og narrative tilgange ud fra disse forståelser:		
<p>Systemisk tilgang</p> <p>Menneskelige problemer forstås og behandles systemisk - det vil sige, at de ikke tilhører individet, men opstår og vedligeholdes i sociale samspil og derfor også må behandles gennem inddragelse af større systemer, eksempelvis familiesystemet.</p> <p>Det systemiske er optaget af sproget, den betydning sproget har - sprogets skabende kraft – hvordan ting, sandheder og værdier skabes gennem sproget, når vi taler sammen.</p> <p>Fokus er på relationer og organisering af systemer, ressourcer, og løsninger. Ved brug af lineære, cirkulære og reflekse spørgsmål, genogrammer, mindmapping, metapositioner, og reflekse teams arbejdes der med alkoholproblemet påvirkning af systemet.</p> <p><small>Samtale, sprog og terapi. Harlene Anderson 1997 Familien plus én. Hårtveit og Jensen, 2005. Løsningsfokuserede samtaler. Peter De Jong og Insoo Kim Berg, 2002</small></p>	<p>Narrativ tilgang</p> <p>Vores identiteter er skabt gennem påvirkning af et samfunds eller en kulturs dominerende fortællinger. Til tider er disse uhensigtsmæssige for et tilfredsstillende liv. Forandringer kan ske gennem at introducere alternative fortællinger eller udvide de oprindelige.</p> <p>Narrativ terapi fokuserer på at hjælpe personer med at blive tættere knyttet til deres værdier, da det bliver tydeligere, hvordan man ønsker at løse sit problem, når man ved, hvad man står for i livet.</p> <p>Ved nyskrivning af fortællingerne gøres brug af punktueringer, eksternalisering, bevidning, nuancering og konstruktion af nye historier og kortlægninger, der skaber handlemuligheder for den enkelte.</p> <p><small>Narrativ teori, Narrativ terapi. Michael White 2006. Narrativ terapi. Shona Russel og Maggie Carey, 2007</small></p>	<p>Kognitiv tilgang</p> <p>Menneskets mentale evner og erkendelsesprocesser forgår i hjernen.</p> <p>Fokus er på sammenhængen mellem tankesæt og de følelsesmæssige reaktioner.</p> <p>Fokus er på meningen i de indtryk mennesket præsenteres for gennem livet. Erfaringer lagres i "skemaer". Disse skemaer bruges når mennesket udsættes for en påvirkning. I hovedprincippet er skemaerne hjælpsomme, men de kan også være fastlåste og uhensigtsmæssige tankegange.</p> <p>Sammenhængen mellem følelse, tanke og adfærd er central i kognitiv tænkning. Erkendelsen af egne følelser og reaktioner på de sanseindtryk og informationer, man får fra såvel sine omgivelser som fra en selv, kan bruges til at skabe indsigt i eget liv og nye handlestrategier.</p> <p><small>Kognitiv terapi. Merete M, Mørch og Nicole K. Rosenberg, 2005</small></p>

Betænkkeligheder

Vi havde forskellige betænkkeligheder ved at lægge os fast på at arbejde konsekvent og tydeligt familieorienteret. Eksempelvis:

- Er det ok at sige til alle borgere, at konceptet - og dermed tilbuddet - er at inddrage familien?
- Vi syntes, at familieperspektivet var svært at præsentere for borgeren.
- Vi var i tvivl om vi var gode nok til at tale med hele familien, - og især med børn.
- Kunne vi fordele opmærksomhed, forståelse og taletid til alle familiemedlemmer?
- Kunne vi styre, hvis familiemedlemmer havde forskellige dagsordener?
- Vi syntes, at der var for meget at tage stilling til - at det var uoverskueligt.

Summen af betænkkeligheder betød, at det var afgørende for vores vedholdenhed, at beslutningen også blev aftalt i centrets lederteam, og at de sikrede ressourcer i form af tid, til samarbejde og kompetenceudvikling til vores team.

Det giver styrke

Vi kan se at familieperspektivet virker. Så kort kan det siges. Vi har regelmæssigt spurgt borgerne og familierne, der giver udtryk for, at det har været vigtigt at alle blev inddraget. Det blev lettere at tale om problemerne og at komme videre i livet, når familien havde deltaget.

Det betyder ikke at det er let, hurtigt eller smertefrit. Det betyder, at alkoholbehandlingen virker bedre og hurtigere, når man arbejder familieorienteret - og at det er en helende proces for såvel den der har drukket, som for partner og børn. Det giver et fælles ståsted at arbejde videre fra, uanset hvilken form relationerne tager fremadrettet. Familiene nævner særligt, at når de er sammen får alle en stemme, og det bliver så tydeligt at de alle har en vigtig rolle. Sammen bliver det lettere at udvikle og fastholde nye mønstre i familien.

Som behandler er det særligt tydeligt at et familieperspektiv giver et mere reelt billede af alkoholproblemets omfang. Vi kan tilgodese familiemedlemmernes forskellige behov for støtte og behandling, og der bliver mere energi i forandringsprocessen. Det er også i høj grad med til at aftabusere alkoholproblemet. Det giver familien motivationen for at holde fast i at arbejde helt hen til den forandring, de har ønsket.

Læs i hæftet om hvad vi har gjort, hvad vi gør nu, og hvad det kræver af rammerne.

Case

Louise er mor til Aksel på 8 år, fraskilt og har fælles forældremyndighed med faderen. Hun har en mellemlang uddannelse og er i arbejde.

Louise er vokset op i en familie, hvor begge forældre havde et massivt alkohol- og stofmisbrug og hun begyndte at tænke over, at hun drak meget når Aksel var på weekend hos sin far. I lokalavisen læste hun en artikel om pårørende grupper i misbrugscentret. Hun tager kontakt og starter allerede ugen efter.

Allerede i løbet af de første møder med andre pårørende bliver hun opmærksom på det destruktive i sit drikkemønster. Hun ser, at hun faktisk har bragt forældrenes drikkevaner ind i sit eget liv. Hun vælger at starte i ambulans alkoholbehandling og arbejder meget med sin erkendelse af alkoholproblemets omfang. Og med sine følelser af skyld og skam.

Louise har flere tilbagefald med tiltagende hyppigere sygemeldinger. Hendes arbejdsgiver kender endnu intet til alkoholmisbruget. Hun har tidligere været sygemeldt på grund af stress, og fraværet bliver tillagt netop stress. Louise er ikke interesseret i at involvere hverken søn eller eksmand i sit behandlingsarbejde. Hun har gjort sig så store anstrengelser for at skjule, at hun har et problem, og arbejdet så hårdt for at få styr på det. Vendepunktet kommer da hun en aften drikker, selvom Aksel er hjemme – godt nok efter han er lagt i seng. Hun har ellers kun drukket, når han er hos faderen. Dagen efter er hun klar over, at hun har overskredet sine egne grænser for at drikke.

Grænseoverskridelsen bliver meget vigtig for hendes behandlingsarbejde. Den får hende til at reagere prompte. Hun kontakter alkoholbehandleren og beslutter at gå med til at inddrage sin søn og eksmand i sin behandling. Indtil det tidspunkt måtte ingen kende til behandlingen eller alkoholproblemet. På sit Stop-kort skriver hun: Det stopper her! Jeg VIL bryde den sociale arv – mit barn fortjener en bedre opvækst end jeg har haft! Behandleren hører hende hyppigt bruge sætningen.

Louise får også mod til at fortælle sin arbejdsgiver om alkoholproblemet. I samråd med arbejdsgiver og behandleren bliver hun sygemeldt og kommer i 8 ugers intensiv dagbehandling. Der bliver holdt 3 familiesamtaler med Louise, sønnen og eksmanden. Louise er overrasket over hendes søns observationer. Hun har jo holdt det hemmeligt og troet på at han ikke havde bemærket alkoholproblemet. Sønnen starter efterfølgende i børnegruppen i Alkoholenheden.

Efter dagbehandlingsforløbet begynder hun at arbejde igen. Sideløbende er hun i efterbehandling i et halvt år. Under hele forløbet er der regelmæssige samtaler med arbejdsgiver, alkoholbehandler og Louise. Arbejdsgiveren får også et par individuelle samtaler med råd og vejledning. Derudover får Louise kontakt til familieafdelingen, hvor hun får støtte i sin forælderrolle i et samtaleforløb. Louise vælger fortsat at være ædru.

10 hurtige pointer

1.	Kast jer ud i det. Familien har så svært ved at tale om det i forvejen, så det er trygt for dem, at der er andre, der vil tage styring og ansvar for at tale om alkoholproblemet. Det giver familien tryghed.
2.	Introducer familieperspektivet i den første kontakt. Når en borger kommer ind, så tænk familie.
3.	Alle i teamet skal med i metodeudviklingen. Det giver et team og en ledelse, der kan følges ad i fremtidens familieorienterede alkoholbehandling. Arbejdet giver en solid start på fælles begrebsafklaring og sprogbrug. Lav handleguides på opgaver og processer. Det giver fælles forståelser og klarhed over opgaver og metodetilgange. Handleguides er vigtige for både samarbejdet og kvaliteten i behandlingen.
4.	Vurder omhyggeligt, hvad det fordrer kompetencemæssigt, økonomisk, tidsmæssigt og organisatorisk at udvikle i den ønskede kvalitet og omfang. Lav en plan ud fra vurderingen, følg op og juster i den aftalte kadence. Ting tager tid at lære sig, og det tager tid før man kan se virkningen. Derfor skal man lade tingene køre et stykke tid og ikke forandre hele tiden. Hav projektmedarbejdere/koordinatorer. Det har støttet os i at holde fokus og fremdrift, og i at holde fast i de aftalte mål, til den aftalte tid.
5.	Gør op med, at det er svært at arbejde med familieperspektivet. Stå ved, at man må have uddannelse og øve sig for at blive dygtigere. Budgettér med at kompetenceudvikle i teamet, og at alle i teamet skal have uddannelsen i familieorienteret alkoholbehandling.
6.	At være et tværfagligt team med specialistviden giver fleksibilitet i teamet og bredde i behandlingsviften.
7.	Der skal være en grundlæggende forståelse og respekt for hinandens roller, funktioner og rammer. Det er vigtigt, at hver enkelt føler sig respekteret, tryk og anerkendt, når man skal skabe forandring og udvikle sig. Der skal sættes tid af til at usikkerheder kan drøftes. Del det gode, og vær åbne sammen, om det, der ikke gik som forventet.
8.	Tænk hele tiden på kommunikation: Hvem skal vide det her, for at udviklingsmålet understøttes? Hvordan får de det at vide – og af hvem? Aftal en mødestruktur, der matcher vurderingen af god kommunikation.
9.	Ting tager tid – forandring sker over tid. Forandringsparathed: Som individer bevæger vi os i forskellige tempi, og det er vigtigt at have en åbenhed og respekt omkring det. Forvent, at produktionen falder i udviklingsperioden. Der skal både foregå kompetenceudvikling i teamet, og man skal vende sig til nye arbejdsopgaver. Så hav fokus på mulighederne frem for begrænsninger.
10.	Læs hele inspirationshæftet til ende. Kontakt os meget gerne med flere spørgsmål om metodeudviklingen og udviklingsprocessen.

Samarbejdet med familien

Beslutningen om at arbejde familieorienteret betyder, at behandlerne ved det første møde med borgeren nævner, at alkoholteamet har det perspektiv på behandling. De forklarer, at det betyder at de i behandlingsforløbet vil invitere borgerens partner og børn med til samtaler. Behandlerne forklarer også, hvorfor vi ser det så betydningsfuldt for at behandlingen lykkes, at familie og netværk inviteres ind.

Det har vist sig vigtigt både for borgeren og behandleren, at vi orienterer om familieperspektivet allerede her. Når behandleren vurderer, at tidspunktet er gunstigt for at invitere en partner og/eller børn med, så er det en naturlighed, og ikke mystisk eller uventet. Nogle borgere vælger at det er behandleren der skal tage kontakt til partneren eller andre familiemedlemmer. Alle får i et brev eller i telefonen forklaret, at deres tanker og oplevelser af alkoholens indflydelse på deres familieliv, er meget betydningsfulde for behandlingen.

Vi møder også borgere der siger nej tak til at inddrage familien - "De har lidt nok, de skal ikke også med her" eller "Min familie gider ikke tale om det, de synes allerede alkoholen fylder for meget derhjemme" – kan være nogle af begrundelserne. Her må behandlerne lytte til de betænkeligheder borgeren har, og igen forklare, hvorfor det er nyttigt for alle parter og for behandlingen, at familien deltager. Det ender som oftest med at borgeren vælger at invitere familien med. I nogle få tilfælde kan det ikke lade sig gøre. Men familieperspektivet fastholdes også i individuelle forløb, og der er stort udbytte for borgeren i at inddrage familieperspektivet, selv i individuelle samtaler.

Det ser ud til, at med familieorienterede behandlingsmetoder, kan familiemedlemmerne lettere flytte sig fra en ensomhedsfølelse til at få en fællesskabsfølelse i familien.

Case

Peter på 65 kommer i alkoholenheden, henvist fra psykiatrisk akutmodtagelse. Hans kone, der er med, fortæller, at hun har sat ham stolen for døren. Hun elsker ham, men kan ikke holde til hans alkoholproblem længere. Han har haft et overforbrug af alkohol igennem sit mangeårige aktive arbejdsliv. Han er som 60 årig gået på efterløn på grund af sygdom. Herefter har overforbruget udviklet sig, og ægteparret og deres 2 voksne sønner er meget slidte af alkoholproblemet, som også har medført et par medicinske og psykiatriske indlæggelser.

Peter starter i et individuelt samtaleforløb og herefter i intensiv dagbehandling. Hans kone deltager i flere parsamtaler og er med på pårørendedag. Parret har flere familiesamtaler med deres to voksne sønner.

Det har været svært for Peter at tale med navnlig den ene af sønnerne. De to har tidligere haft et meget nært forhold. Sønnen bor tættest på forældrene og moderen har trukket en del på ham i de svære drikkeperioder. Sønnen fortæller sin far, at det sværeste har været, at han altid har stolet på ham og set op til ham, men pludselig oplevede han en far, der løj for ham. Flere gange havde Peter sagt "jeg drikker aldrig mere" eller "jeg har slet ikke drukket", men alligevel drak han videre. Under familiesamtalerne sætter hver især ord på, hvordan alkoholproblemet har påvirket hver enkelt, samt hvad det har gjort ved deres indbyrdes forhold. Peter fortæller familien, at han ikke kan give garantier, men at han vil gøre, hvad han kan for at forblive ædru.

I perioden med opfølgningssamtaler fortæller parret, at familien har genfundet et godt sammenhold og at de kan tale åbent med hinanden om alkoholproblemerne. Peter holder fast i sin ædruelighed.



Alkolenhedens behandlingstilbud

At tage imod

Modtagelsen af borgeren sker i en Åben Rådgivning, hvor der sidder en behandler alle hverdage i tidsrummet 9-12. Alle borgere, pårørende og for eksempel samarbejdspartnere eller andre bekymrede kan få anonym rådgivning. Hyppigt er det pårørendes henvendelser der gør, at en borger kommer i gang med behandling.

De fleste borgere har taget mod til sig længe, og at gå ind ad vores dør ser vi som det første skridt i behandlingen. Det er en handling knyttet til en – måske begyndende - erkendelse af at alkoholen fylder for meget. Borgeren er drevet af et ønske om at noget skal være anderledes.

Vores erfaring er, at det betyder noget, at man som borger kan handle på sin motivation og gå ind fra gaden, samt at man taler med en behandler som det allerførste. Borgeren kan få hjælp til at drøfte sine tanker om forandring og sammen med behandleren afklare sine ønsker og behov for behandling. Behandleren fortæller om de forskellige behandlingstilbud, og det er her familieperspektivet introduceres første gang. Ønsker en borger at gå i behandling, er kortlægningen af data, ønsker, behov og udfordringer allerede i gang via Åben Rådgivning. Har en borger i Åben Rådgivning brug for ambulante abstinensbehandling klares det af alkoholteamets sygeplejerske og centrets læge.

Familieorienteret behandling er en tretrinsraket

Alkoholbehandling er ikke altid en lige vej. Der kan komme forstyrrelser udefra og tilbagefald, og mennesker er forskellige. Derfor må behandlingsindsatsen til stadighed evalueres af de involverede; borgeren, borgerens familie og behandler. Behandlingsforløbene er individuelle og varierer ofte. Men disse tre trin er de hyppige elementer i et familieorienteret alkoholbehandlingsforløb:



Individuelle samtaler og kortlægning

Mål for individuelle samtaler er:

- At kortlægge alkoholproblemet og de problemer det medfører for borgeren og familien.
- At borgeren reflekterer over egen situation og handlemuligheder i forhold til alkoholproblemet.
- At borgeren tager stilling til alkoholens indflydelse på sit liv og sine nære relationer.
- At borgeren styrker sine personlige ressourcer og tilegner sig nye personlige handlemuligheder i forhold til alkoholproblemet.
- At skærme borgere der ikke har mulighed for at arbejde med alkoholproblemet i grupperegi. For eksempel på grund af psykiske vanskeligheder.

Behandlingen starter som regel med et individuelt forløb med 1-5 (med mulighed for op til 10) samtaler. Her kortlægges borgerens ønsker, behov, ressourcer og udfordringer. Kortlægningen drøftes derefter i fællesskab på teamets konference: Hvilke elementer fra den familieorienterede behandlingsvifte skal indgå i et godt behandlingsforløb? Det er også her man som behandler har mulighed for at invitere en kollega med til at samarbejde i behandlingsforløbet. Det giver familieperspektivet ofte anledning til.

I de individuelle samtaler kan der arbejdes ad flere veje. Der er borgere, der er i en 'før beslutningsfase'. Her bruges redskabet Motivational Interviewing (MI) til at afklare borgerens parathed til at arbejde med ædruelighed. Blandt borgere der har besluttet sig, kan der tilbydes et længere individuelt behandlingsforløb, hvis de har psykiske udfordringer og ikke vurderes at kunne arbejde med alkoholproblemet i grupperegi, eller hvis borgerens arbejde er en forhindring for at følge dagbehandlingstilbuddet. I alle samtaleforløb evaluerer behandler og borger efter hver samtale, og det skrives i journalen.

BEHANDLER

"Det er blevet langt mere struktureret, tydeligt og naturligt at vi arbejder familieorienteret. Det er blevet en fast ramme vi tilbyder borgeren. De fleste vil gerne inddrage familien, men der er også en del der har modstand på. Man må som behandler, da være indstillet på, at bruge tid på at forklare formålet, og at det kan tage tid før borgeren kan forstå og se meningen med familiens inddragelse."

Fokus på dobbeltbelastede borgere

Mål for fokus på dobbeltbelastede borgere er:

- At borgeren kan udredes for sine personlighedsmæssige- eller psykiske udfordringer.
- At behandlingen kan sammensættes og tilrettelægges efter borgerens specifikke behov.
- Behandleren mere målrettet kan støtte borgeren i at fastholde sin behandling, så borgeren opnår det bedst mulige udbytte af behandlingen.
- At behandleren i de tilfælde hvor det vurderes relevant at "bygge bro", kan guide borgeren videre til psykiater, psykiatrisk regi eller andet behandlingsregi.

Behandleren har i kontakten til borgerne en skærpet opmærksomhed på mulige dobbeltbelastninger.

Karaktertræk kan være:

- Manglende fleksibilitet i tilpasning.
- En tendens til at "komme ind i onde cirkler".
- Svag stabilitet.

Ved dobbeltbelastede borgere forstås borgere med en kombination af et alkoholproblem og for eksempel en personlighedsforstyrrelse, angst, depression eller ADHD, PTSD. Det kan betyde varige dysfunktionelle træk ved en persons tænkning, følelsesliv, adfærd, relation til andre mennesker samt symptomidelser, som kræver en dobbeltfokuseret behandlingsmetodik.

Et MCMI-III skema (testskema for personlighedsforstyrrelser og kliniske syndromer) giver kendskab til de forskellige personlighedstyper, der kan have betydning for den behandling, man skal tilbyde. I samarbejde med borgeren (og borgerens familie), planlægger behandleren en behandlingsstrategi som tilgodeser behov i forhold til dobbeltbelastningen. Vi oplever at vi nu bedre kan tilpasse behandlingen til borgerens behov. Er borgeren for eksempel en der kan tage imod andres erfaringer, kan dagbehandling være et godt tilbud.

Parsamtaler

Mål for parsamtaler er:

- At skabe forståelse og indsigt i de fastlåste interaktions- og relationsmønstre, som alkoholproblemet har skabt eller fastholdt for parret.
- At arbejde med parrets bevidsthed om deres individuelle behov, ressourcer og handlemuligheder i forhold til alkoholproblemet.
- At belyse parrets dynamik og samspil, for at give dem mulighed for at finde nye veje og handlestrategier til samspil og alkoholproblemet.
- At parret får mulighed for at konstruere en ny forståelse af deres situation.

Partneren inviteres, og 1-5 parsamtaler er det mest almindelige. Der deltager altid 2 behandlere i en parsamtale. Behandlerne 'balancerer' rummet for parret ved at udvise lige stor interesse og nysgerrighed for begge parter tanker og historier. Behandlerne må også udvise respekt for de private og personlige bånd, som parret har knyttet til hinanden – så mangfoldige som sådan nogle nu kan være. Samtalerne kan eksempelvis både handle om en fælles fremtid og om et liv hver for sig.



KÆRESTE TIL MAND I BEHANDLING

*"Når min kæreste drikker, er han interessant.
Når min kæreste ikke drikker, er han også interessant.
Hvornår bliver jeg interessant?"*

KONE TIL MAND I BEHANDLING

"Jeg kan jo godt sige her, at efter at min mand er gået i alkoholbehandling og stoppet med at drikke, er jeg gået 75 % ned i antidepressiv medicin."

Hvis parret har børn, forberedes parret på at børnene kommer med til samtale. Det gør vi ved at berøre, hvordan forældrene tror, alkoholen har fyldt for børnene, og hvad de tror, børnene vil sige til samtalen. Forældrene er ofte betænkelige og bange for, hvad børnene måske vil sige. Men det hjælper dem til at rumme og imødekomme børnene i samtalerne, at de har talt sammen om det på forhånd.

Hver samtale evalueres med parret. Parsamtaler kan også foregå sideløbende med individuel behandling eller gruppeforløb.



Familiesamtaler

Mål for familiesamtaler er:

- At familier med alkoholproblemer tilbydes samtale i trygge rammer.
- At familiens medlemmer får mulighed for at tale om, hvilke betydning og konsekvenser alkoholproblemet har og har haft, for dem hver især.
- Fokus på den måde, alkoholproblemet har påvirket familiens dynamik og liv på.
- At familien i et realistisk perspektiv kan bevæge sig mod den ønskede forandring.
- Vurdere familiens behov for støtte fra andre instanser.

Familiesamtaler er en fast del af alkoholbehandlingen for borgere med børn under 18 år - biologiske som samboende børn. 1-4 samtaler er det almindelige, og der er altid 2 behandlere med, når familier er til samtale.

I arbejdet med familien er det vigtigt at afklare, hvilken kontekst familien agerer ud fra, og hvad der er deres ønsker og håb for samtalerne og for fremtiden. De enkelte familiemedlemmers behov for støtte og psykoedukation om alkoholproblemet og familiens situation afdækkes. Ved første samtale laves der en målsætning for familiens forløb.

Det er betydningsfuldt, at alle høres og anerkendes for deres måde af håndtere alkoholens tilstedeværelse.

Familien er tit ihærdige med at gætte hinandens intentioner og tanker med risiko for, at der er mange fejl-gæt og fejl-antagelser. Derfor er det vigtigt netop i familiesamtalen at støtte op om den enkeltes oplevelse uden at andres oplevelser bliver underkendt - at der gives plads til, at vi er forskellige og oplever forskelligt.



I samtalerne har behandlerne stor opmærksomhed på familiens behov og udfordringer i relation til alkoholens måde at fylde i familien. Forældrene skal støttes i at rumme deres børns følelser, og de oplevelser børnene måtte give udtryk for i samtalen. I familiesamtalen kan forældre støttes i at tage ansvar for deres handlinger og for deres børn. Behandlerne kan formidle viden der giver forældrene indsigt i, hvordan børnene har oplevet alkoholproblemet, og hvilke behov for hjælp børnene eventuelt har.

Alkoholbehandlerne har et særligt fokus på barnets/børnenes situation, trivsel og udvikling i samtalerne. De må vurdere, om familien har behov for anden støtte og hjælp fra andre instanser, samt hjælpe familien med at komme i kontakt med de instanser. For eksempel daginstitution, skole eller familieafdeling. I vores tilfælde har vi et formaliseret samarbejde med Center for Børn Unge og Familie som inddrages, hvis der er andre problemstillinger end alkoholproblemet, der ligger til grund for børnenes manglende trivsel.

Sideløbende med individuelle samtaler, parsamtaler og familiesamtaler kan familien tilbydes

- 8 ugers intensiv dagbehandling
- Individuelle samtaler for pårørende
- Gruppeforløb for voksne pårørende
- Gruppeforløb for børn
 - Børnegruppe i alderen 9-11 år
 - Teenagegruppe for alderen 12-14 år
 - Ungegruppe for alderen 14- 18 år

Børne- og ungegrupperne er et samarbejde mellem Slagelse Familie Center og alkoholenheden i Slagelse Misbrugscenter. Hver bidrager med 2 medarbejdere.

Dagbehandling

Mål for dagbehandling er:

- At støtte borgeren i at skabe et ædru liv.
- At give borgeren mulighed for at arbejde med alkoholproblemet i sit nærmiljø og i sin familie.
- At skabe et rum, hvor borgeren kan arbejde med sine personlige mål og problemstillinger i forhold til alkohol og via de andre gruppemedlemmer blive spejlet.
- At understøtte den enkeltes forandringsproces i forhold til alkohol og livsstil.
- At aftabuisere alkoholproblemet.
- At øge selvindsigt og handlemuligheder i forhold til borgerens højrisiko situationer.

Målgruppen er borgere der:

- Er i stand til at reflektere over eget liv og situation.
- Kan indgå i sociale samspil med andre.
- Ønsker at skabe forandring i deres liv i forhold til alkohol.
- Ønsker ædruelighed.

KVINDE I BEHANDLING

"Jeg har taget min mor-rolle tilbage. Jeg nyder, at jeg nu kan hente hende til en gymnasiefest. Før gav jeg hende penge til en taxa fordi jeg var for fuld til at køre."

MAND I BEHANDLING

Han går ud i pausen og ringer til ex-konen og siger undskyld. Han havde tænkt "det var jo mig der drak, så det kunne ikke gå ud over andre."

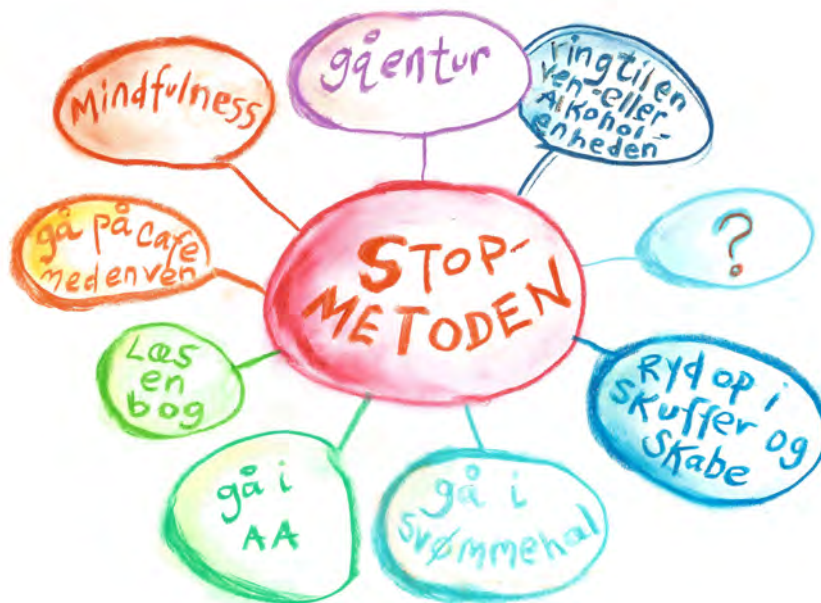
Et hold består af 8-10 borgere. Dagbehandlingen er et intensivt gruppeforløb på 8 uger, delt i 4 moduler på 23½ time ugentligt. Man skal visiteres til forløbet, og det kan tælle som aktivering. Vi stiller krav om at folk er ædruelige, hvilket de skriver under på i en kontrakt. I løbet af modulerne arbejdes med:

Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4
Alkohol, angst og depression	Relationer, familie, netværk, vold og følelsesregulering	Tilbagefaldsforbyggende strategier	Fremtid, målsætning og socialt fremadrettet orientering

I behandlingen har vi afprøvet forskellige understøttende tiltag som for eksempel NADA, mindfulness, familiegruppe og motion. Men der er ikke tid og plads til det hele i programmet. Vi er landet på at sport indgår i to af ugens dage i 1 time, og Mindfulness indgår i tre dage, i 30 minutter. Metodemæssigt arbejdes der systemisk, kognitivt og narrativt, og undervisningsmæssigt skaber forskellige arbejdssammensætninger variation og bevægelse:

- Psykoekation - fælles og gruppeundervisning, samt hjemmeopgaver
- Gruppeterapi
- Miljøterapi
- Mindfulness
- Sport

Vi har udarbejdet en manual med program og undervisningsmaterialer til alle dage, som ligger på det fælles it-drev. Materialerne er væsentlige for ikke at være sårbare i forhold til de helt almindelige ting, der kan give pres, hvis kun nogle få kan løse opgaverne. I teamet er vi forskellige personligheder og har forskellige interessefeltter og fagprofiler, der gør os unikke. Vores særlige kompetencer kan komme borgeren og behandlingsteamet til gode. I vores dagbehandlingskoncept har vi truffet en beslutning om at acceptere, at nogen kan nogle opgaver "flydende", og at andre er nødt til at have materialerne med som manuskript. Grundlæggende sikrer konceptet kontinuitet og ensartet kvalitet i dagbehandlingen.



Efterbehandlingsgruppe

Mål for efterbehandling er:

- At fastholde borgere, der har gennemført dag- eller døgnbehandling i fortsat ædruelighed
- At borgere afprøver og fortsat tilegner sig redskaber og tilbagefaldsforebyggende strategier
- At understøtte borgere i at fastholde og skabe nye vaner og blive bevidst om gamle adfærdsmønstre
- At styrke borgere i at tackle hverdagens udfordringer
- At give borgere et ædru netværk gennem gruppen

Gruppen mødes en gang om ugen i 2 timer over 6 måneder. Folk skal være ædru for at deltage i gruppen og der er løbende indtag for borgere, der har været i dag- eller døgnbehandling. Man skal fortælle i gruppen, hvis man har haft tilbagefald. Herefter er det en vurdering mellem borger og behandler, om det bedste tilbud er at fortsætte i gruppen, eller om det er at gå i ambulant behandling.

KVINDE

"Min datter tager legekammerater med hjem på besøg. Det gjorde hun ikke, mens jeg drak. Der var hun flov og bange for, at jeg var fuld og pinlig."

MAND

"Det kan lyde som en kliche. Men efter jeg er blevet ædru, har jeg fået mit liv tilbage."

Flerfamiliegruppe

Mål for flerfamiliegrupper er:

- At familierne gennem samarbejde og spejling i og med andre familier kan finde veje og metoder til at håndtere deres livssituation.
- Via familiegruppen at styrke det enkelte familiemedlem og hjælpe familien til at samarbejde om at skabe den ønskede udvikling og forandring af alkoholproblemet.
- Aftabuisering af alkoholproblemet.
- At familien kan i talesætte og dele deres ønsker og håb for fremtiden.
- At give mulighed for netværksdannelse med andre familier i samme situation.

PIGE PÅ 9 ÅR

"Det er næsten som at være i tivoli – vi er glade og det kilder i maven på den gode måde."

Flerfamiliegruppen er for borgere med børn under 18 år. Der kan deltage 5 familier, og man mødes ugentligt 3 timer om aftenen i alt 6 gange. Familierne får i gruppen en tryk ramme til at tale om, hvilke konsekvenser alkoholproblemet har og har haft for dem hver især. Gennem gruppeforløbet kan det enkelte familiemedlem styrkes, og familien kan hjælpes til at samarbejde om at skabe den ønskede udvikling og forandring i forhold til alkoholproblemet.



Børne- og ungegrupper

Mål for børne- og ungegrupper er:

- At styrke barnet og den unges selvværd.
- At italesætte alkoholproblemer i familien.
- Aftabuisering af alkoholproblemer i familien og deres netværk.
- At barnet og den unge tilegner sig nye måder til at håndtere følelser og situationer relateret til alkoholproblemerne.
- Give barnet og den unge viden om alkohols virkning og påvirkning af relationer.
- Etablere et trygt og stabilt netværk for barnet og den unge.
- At hjælpe barnet og den unge med at formidle sine ønsker og behov til sine forældre og andre ressourcepersoner.

Børne- og ungegrupperne er et tværsektorielt samarbejde med Center for Børn Unge og Familie. Der er to gruppeledere i hver gruppe, en medarbejder fra Familiecentret og en behandler fra Alkoholteamet. Gruppelederne skal have gennemført en børne- og ungegruppeleder uddannelse.

Børnegrupperne er delt i aldersgrupperne 9-12 år, 12-14 år og 14-18 år. Grupperne mødes 10 gange á 2 timer. Grupperne er for både biologiske børn og samboende børn i familier med alkoholproblemer. Forældre med forældremyndighed skal give samtykke til, at barnet deltager i gruppen.

Det er obligatorisk at forældrene får en samtale med introduktion til, hvad det vil sige at deltage i børne- og ungegruppen – hvad formålet er og hvilke emner der kan være. Herefter holdes en fælles samtale med både barn og forældre, hvor de sammen får introduktion til gruppen. I samtalen lægges der vægt på, at den voksne giver barnet accept til at måtte tale om, hvilken betydning og konsekvens alkoholproblemet har for barnet og familien. Hvis der opstår behov for en familiesamtale undervejs, indgår det i forløbet.

Når gruppeforløbet er færdigt holdes endnu en familiesamtale. Her drøfter man familiens aktuelle situation, og barnet og den unge giver sammen med en af gruppelederne forældrene tilbagemelding om, hvad de har arbejdet med i gruppeforløbet, og hvilke fokuspunkter barnet og den unge har for sin trivsel og udvikling.

Hvordan har det været at gå i gruppen?:

Det er rart at have et sted man kan slappe af. Pige 10 år

Nu ved jeg, at jeg ikke er den eneste der har en far der drikker. Dreng 12 år

Det har været godt, fordi man lærer noget mere om misbruget. Pige på 14 år

Man kan komme ud med det, man ikke før kunne komme ud med. Dreng 14 år

Jeg er mere glad, når jeg har været i gruppe. Jeg får gode råd og kan bedre acceptere, at sådan er min mor. Pige 13 år

Det er en dejlig følelse, at andre kender til problemet. Pige 12 år

Jeg synes, at jeg her kan få gode råd, som jeg kan bruge. Dreng 14 år

Jeg fik kun tillid fordi jeg ikke blev presset, men kunne være mig selv. Pige 17 år

Jeg fandt ud af, at jeg ikke er min mor, og derfor ikke er ansvarlig for det hun gør. Pige 16 år

Det er vigtigt at have et sted, hvor man kan komme ud med tingene. Dreng 15 år

Det er rart at nogen hjælper med at få sat styr på tankerne og hjælper én med at se nye vinkler. Dreng 15 år

De voksne skal ikke love mere end de kan holde, men hellere være ærlige om det, man ikke kan hjælpe med. Pige 18 år.

Det er rart at have lov til ikke at føle sig anderledes. Pige 15 år.

Voksen pårørende gruppe

Mål for pårørende gruppe er:

- At skabe et trygt forum for pårørende, der har en tæt relation til en person, som har et rusmiddelproblem.
- At give mulighed for at få fokus på egne følelser og behov, og derved blive i stand til at drage egenomsorg, og skabe en eventuelt ønsket forandring.
- Aftabuisering af rusmiddelproblemet.
- At dele egne erfaringer sammen med ligestillede.
- At få viden om, hvordan et rusmiddelproblem kan have indvirkning på familiemønstret og familiedynamikken.
- At styrke gruppe-medlemmerne i strategier for, hvordan de kan håndtere deres aktuelle livssituation og de udfordringer, som de fremover vil møde i forhold til rusmiddelproblematikker.



Pårørende kan deltage i gruppen, selvom den person de oplever har rusmiddelproblemet ikke er i behandling. At være pårørende kan medføre indebrændte følelser af vrede, skyld, skam og afmagt, som kan være svære at bryde ved egen hjælp. Grænserne for hvad der er acceptabelt, kan blive rykket, og der kan opstå en negativ forvriddning af rollerne i familien. Familiens værdier og aktiviteter kan blive defineret af problemet og problembæreren, og det kan blive omdrejningspunktet for familien. I en forsamling introduceres den pårørende til gruppen, og den enkeltes specifikke problematikker i forhold til alkohol drøftes.

Gruppen er for borgere over 18 år, som har en personlig tilknytning til en person med et rusmiddelproblem. Forløbet strækker sig over 6 gange samt et opfølgingsmøde efter ca. 6-9 uger. Gruppen mødes hver 2. uge i 2 timer, fra 16-18 og har mellem 6 og 12 deltagere. Gruppen har ikke løbende optag, og der er krav om, at deltageren ikke selv har et rusmiddelproblem. Gruppen er et samarbejde mellem Misbrugscentrets alkohol- og stofteam med 1 gruppeleder fra hvert område.

SØSTER TIL BROR MED ALKOHOLPROBLEM

*Efter et oplæg om hvilke konsekvenser det kan have for de pårørende, når alkoholen flytter ind i familien, begynder søsteren at græde. Hun siger "Jeg gjorde alt forkert! Men jeg troede at **jeg** kunne få ham til at stoppe med at drikke".*

Samarbejdet i teamet

Hovedbudskabet er, at vi i alkoholteamet har omstillet os fra *ind imellem* at tilbyde familieorienteret behandling, til *konsekvent* at arbejde familieorienteret. Det er en stor forandring, fordi den betyder, at vi på 4 år er gået fra at enkelte kunne tilbyde familieorienteret behandling, til at alle kan. Tiden er blevet brugt til at enhver der arbejder her, har haft mulighed for at tage stilling og tage ansvar.

Husk stadig på at rammerne omkring jeres arbejde formentlig er anderledes end de rammer, vi har arbejdet indenfor, og måske er jeres team sammensat anderledes end vores. Pluk det, som I kan bruge, og som passer til den sammenhæng, I arbejder i. Men en fælles beslutning om at ville arbejde familieorienteret i alkoholbehandlingen vil være et uomgængeligt fundament for jer, som det var for os.

Bliv enige nok til at starte

Vi har haft masser af bekymringer og de har oven i købet været forskellige. Lidt kækt sagt, var vi ikke engang enige om, hvad der var mest bekymrende. Hvis vi ikke havde bekendt os til at ville arbejde familieorienteret – udtrykt i en ledelsesaftale - så var vi nok stoppet ret hurtigt. Det kan virke uoverskueligt og potentielt skadeligt for samarbejdet i et team at gå ind i så ustabil et felt. Og vi var jo ikke dårlige til vores arbejde – vi var gode til det individuelle behandlingsperspektiv og vi havde familieorienterede metoder på tilbudspaletten.

Man skal være enige om hvorfor man udvikler – hvad målet er. Så kan man klare at stå i ukendt land imens man finder ud af, hvordan man kommer hen til udviklingsmålet. At have et delt, erkendt, besluttet udviklingsmål er det element, der gør, at man er enige nok til at starte.

Vi fortæller i det følgende hvad vi har arbejdet med – og hvordan vi har samarbejdet om det. Vi har gjort det samtidig med, at vi har haft driften af behandlingsarbejdet. Hvordan det blev planlagt og hvad det kræver, står i afsnittet om rammerne for arbejdet. Her gælder det vores teams udvikling.

Det her var vigtigt

Set i bakspejlet, er et af de vigtigste elementer overhovedet, at vi startede helt fælles. Vi arbejdede med præcis de samme spørgsmål i de 3 arbejdsgrupper, vi blev delt op i. Det betød, at der ikke var nogen af os der gik glip af noget, eller frygtede at gå glip af noget, som det var vigtigt for os at have indflydelse på og indblik i.

Arbejdsspørgsmålet i grupperne var ”Hvad er god alkoholbehandling – og hvordan skal vi organisere os og gøre, for at skabe et godt alkoholbehandlingstilbud til borgeren.” Spørgsmålet skulle ses i et familieorienteret perspektiv. Derudover sagde ledelsen højt og tydeligt, at de ønskede vores bedste faglige ambitiøse bud på løsningen for kerneydelser, tilbudsvifte og samarbejde. Grupperne arbejdede hen over to måneder og diskuterede eksempelvis:

- Hvad er et alkoholproblem?
- Hvad er et familieperspektiv?
- Hvad er vores kerneydelser?
- Hvad forstår vi ved individuel -, par -, familiesamtaler og gruppeforløb?
- Hvordan kan man inddrage familien i behandlingsarbejdet? - og kan man det, hvis familien ikke er til stede?
- Hvornår og hvordan samarbejder vi med andre sektorer i kommunen om borgerens behov?

Ved to fordybelsedage præsenterede grupperne deres tanker og forslag. Det var på forhånd meldt ud at ledelsen ville træffe den endelige beslutning om alkoholenhedens fremtidige behandlingsvifte. Et ikke forudset eller givet resultat var, at grupperne var nået frem til stort set de samme svar og anbefalinger. Vi kunne også have oplevet at grupperne var nået frem til noget meget forskelligt. Det ville have været et anderledes resultat, men virkelig vigtigt at få frem og diskutere.

Alle grupper var enige om, at borgeren skal kunne tale med en behandler med det samme – fra gaden uden ventetid. Vi var enige om, at det ville fordre, at vi alle kunne dække de ambulante funktioner med modtagelse, råd og vejledning, motive-rende samtaler og behandlingssamtaler. I samme moment blev det besluttet, at så skulle alle også kunne dække dagbe-handlingens undervisningsmoduler.

Så var vi alle på lærende grund. Vi skulle lære noget forskelligt, for at kunne træde ind i hinandens vante funktioner. For at vi alle skulle kunne arbejde familieorienteret var team og ledelse enige om, at alle skulle følge Sundhedsstyrelsen kursusforløb i Familieorienterede metoder i alkoholbehandlingen, som strakte sig over de første to år af vores metodeudviklingsforløb, samt at man som behandler, skulle have grunduddannelsen som alkoholbehandler.



Det her var svært

Vi var to meget forskellige teams, der blev lagt sammen. Vi var et dagbehandlingsteam og et ambulante team, der havde kørt adskilt. Vi var enige i familieperspektivet og metodebeslutningen. Men det førte med sig, at nogen måtte sige goddag til nye funktioner og farvel til andre - en proces, der gav udfordringer på tryghedsbasen. Der var også andre omstændigheder af betydning – ny leder, manglende leder, behandlere der sagde op og andre ting, der mærkes af alle i en hverdag. Det vi gerne vil fremhæve her er, at vi formåede at lave fælles metodeudvikling, imens vi også havde andre udfordringer.

Det gik op for os i processen, at der manglede en respektfuld forståelse for hinandens funktioner. Det var ikke intentionen, men der var ikke viden om hvad det for eksempel fordrer at få en gruppe til at fungere i undervisningen, eller at der er mange teknikker og procedurer at mestre i de individuelle samtaler.

Vi er blevet bevidste om, at det har været betydningsfuldt, at vi har arbejdet over længere tid. Tid til samarbejde og kendskab er de helt grundlæggende byggeklodser vi har brugt: Handleguides over alle opgaver og arbejdsgange, fælles uddannelse og kurser. Som nævnt i indledningen var der allerede flere i teamet der tilbød familieorienteret behandling, og de var vigtige resourcepersoner at have, da resten skulle bevæge sig fra uddannelsesrummet til behandling i praksis. Projektmedarbejderne kunne bidrage ved at være dem, der helt legitimt og åbent fik den særlige opgave, at holde fokus på kvaliteten i metodeudviklingen. Det er vigtigt, at der kontinuerligt er nogen, der har som opgave at adressere udviklingsmålet og åbent tage fat i, hvad der fremmer eller hæmmer i forhold til at nå målet.

BEHANDLER

"Vi har fået øje på hvor hjælpsomt det er at invitere familien ind i behandlingen. Hindringen lå hos os behandlere, men da jeg så hvor hjælpsomt det var for borgeren og behandlingen, kunne jeg bedre sælge ideen, fordi at jeg selv troede på den."

BEHANDLER

"Jeg havde det sådan i starten, at det var grænseoverskridende art spørge ind til borgerens familie, og invitere familien med. Jeg skulle over en hurdle. Hvis de umiddelbart sagde nej kunne jeg ikke tillade mig at gå længere... Det tænker jeg anderledes om i dag."

Vores team skulle være fleksibelt nok til at lære nyt og gøre nyt. Det understøttedes godt af en ledelsesmæssig holdning om, at alle kan lave fejl – og at det er bedst at snakke om de fejl, man har begået. Det tager tid at snakke ting nok igennem til at få det lavet til en fælles praksis; såsom at fejl ikke er det samme som ikke at være fagligt dygtig, og at fejl skal mane til nysgerrighed og udvikling. Med tiden har vi udviklet et inspirerende perspektiv på at være i læring, opleve usikkerhed og erfare, at ting udvikler sig anderledes, end vi har forberedt os på og forventet. Vi anskuer det nu som en nyttig påmindelse om den kontekst, som vores borgere og deres familier befinder sig i, når de arbejder med alkoholproblemet. Vi har parallelle læringsprocesser.

Det her er godt – 48 handleguides

Vi har udarbejdet i alt 48 handleguides. Vi har brugt rigtig meget af de første års udviklingstid på at udarbejde beskrivelser af enhver karakter og enhver detalje. Nogen vil ryste på hovedet, men det er det, der har gjort forskellen. Selvom det har været en tidsrøver på mange måder, har begrebsafklaringen af for eksempel "hvad er en parsamtale – hvad forstår du ved det? Hvad forstår jeg ved det?" været det hele værd.

En del handleguides er meget arbejdsgangsorienterede - hvad gør man helt konkret i den og den opgave eller behandlingsdel. Andre er meget fyldige og beskriver, hvordan familieperspektivet kommer til udtryk i for eksempel modtagelse af borgere, der henvender sig, eller hvordan man introducerer og arbejder med at motivere borgeren til at beslutte sig for at gå i behandling. Handleguides skal ses som en ledetråd i arbejdet, og hvis og når man afviger fra det aftalte, må man kunne begrunde det.

Foreløbigt har vi lavet handleguides på:

Behandlingsperspektiv:	Begreber og retssikkerhed, Borger inddragelse, Borgerundersøgelse, Familieperspektivet, Kommunikation.
Behandling:	Anamnesen, Alkoholrelateret demens, Dobbelbelastede, Familiesamtaler, Fokus på børn, Graviditet og alkohol, Individuelle samtaler, Kriminalforsorgen, Lægedækning, Motivational interviewing, NADA, Parsamtaler, Psykiater udredning, Underretninger, Visitation dag og døgn.
Grupper:	Børne- og ungegrupper, Familiegruppe, Familiegruppe-program, Pårørende gruppe, Gruppeforløb – overordnet, Mindfulness gruppe.
Udleveringen/Modtagelsen:	Alkoholmeter, Daglig kontakt til Akutmodtager afdeling, Modtagelsen, Sundhedssamtaler 1, Sundhedssamtaler 2, Tjekliste.
Medicin:	Abstinensbehandling, Antabus, Campral, Scoring af abstinenser.
Administrativt:	Indkøb og vedligeholdelse, Mentorordning, Møder (alle typer) og Konference, Supervision, Uge 40, Kontakt til virksomheder.

En handleguideskabelon ser sådan ud:

Handleguide for	Emne, område
Formål	Hvorfor denne handleguide? Hvad skal den løse/sikre.
Kontekst	I hvilke situationer/sammenhænge er opgaven typisk
Fremgangsmåde	Hvordan gør vi
Metode	Hvis der er en specifik metode/redskab
Materialer	Hvis der er specifikke materialer; hvilke og hvor de er
Aktører	Hvem udfører – hvilke funktioner. Navne og telefonnumre på eksterne.
Dokumentation	Hvor registreres data
Referencer og evidens	Hvilken viden er indsatsen baseret på eller inspireret af
Revideret	Dato for sidste revidering

Der er et udtryk fra konflikthåndteringsregi der siger, at aftaler skal laves i fredstid, for at bruges i konfliktid, og folk i teamet bruger ind imellem en handleguide til at lande en uenighed eller forvirring. De kan sammen se, hvad det er besluttet at gøre, eller hvordan det er besluttet at håndtere en bestemt arbejdsgang eller situation. Hvis man derefter stadig mener noget væsensforskelligt, så har alle mulighed for at tage handleguiden med på et personalemøde. Der kan være kommet ny evidens, nye erfaringer, ændringer i en snitflade, som betyder at noget er blevet uhensigtsmæssigt. Alle skal have viden om hvad der er vores fællesnævner, alle skal have nikked til at de er ok, og alle skal vide hvor de er – helt konkret.

I dag bliver alle handleguides gennemset en gang om året: Har vi stadig de handleguides vi har brug for? Er nogle blevet overflødige? Der skal måske tilføjes ny viden, eller sikres, at samarbejdspartneres kontaktdata stadig er korrekte. Vi aftaler hvem der gennemgår hvilke handleguides – et arbejde der altid foregår i par.

At bruge hinandens klogskab

Som basisuddannelser har vi i teamet pædagog, sygeplejerske, psykiatrisk plejer, socialrådgiver, lægesekretær og apoteksassistent. Derudover er alle i behandlerteamet uddannet alkoholbehandlere og alle er over en 2-årig periode uddannet i familieorienteret alkoholbehandling.

Tilsammen er vi efteruddannede i systemisk grunduddannelse, systemisk efteruddannelse, systemisk familierapi, familiebehandling, diplom i socialt arbejde, diplom i systemisk familiebehandling, diplom i stofmisbrugsbehandling, diplom i alkoholbehandling, diplom i ledelse, ernærings- og husholdningsøkonom, merkonom, mindfulness instruktør, kommunikation og personlighedsudvikling, kognitiv terapi, neuroaffektiv psykoterapi, SODA (dobbelbelastninger), supervisor, narrativ supervision, narrativ terapi, nøgleperson: Kontakt med børn fra hjem med alkoholproblemer, NADA, konflikthåndtering, løsningsfokuseret terapi, metoder til børne- og familiearbejde, børn i familier med alkoholproblemer, dialektisk adfærdsterapi, familiesamtalen, børn af psykisk syge, gruppemetoder i socialt arbejde, samtaler med børn, gruppeleder for børne- og ungegrupper, narrative børnegrupper.

Nye kolleger får en mentor i minimum et halvt år. Mentoren er den kollega du som ny kan trække på uden dårlig samvittighed, og som regelmæssigt tjekker at du er ok og ved godt mod. Det har vi naturligvis en handleguide på. Som noget særligt vil vi trække frem, at vi som erfarne medarbejdere også får en mentor når vi får nye arbejdsområder.

BEHANDLER

"Det er vigtigt med den tydelighed af, at dette er noget vi skal holde fast i, så det bringes op på konferencer og i supervision."

Øget inddragelse og kendskab til hinandens særlige kompetencer, er til glæde for borgeren. Vi har simpelthen rigtig meget at tilbyde samlet set. Der er funktioner, der ikke ruller, fordi de kræver særlig efteruddannelse og sidemandsoplæring. Det er for eksempel børnegrupper og familiegrupper. Men der er åbenhed for, at alle skal have mulighed for at byde ind på opgaverne.

Mange skal vide det – om kommunikation og samarbejde med andre

Vi er begyndt at se samarbejde med andre instanser, som en arbejdsopgave der har direkte betydning for at flere borgere end før, kommer tidlige i alkoholbehandling. Vi ser derfor samarbejdet med andre som en væsentlig opgave.

Vi udarbejdede en liste over de typiske og hyppigste kontakter, borgerne har med andre instanser:

Kommunen:	Regionen:	Private aktører:
Jobcenter, Center for Socialpsykiatri, Center Børn Unge og Familie, Rådgivning og Udbetaling, Center for Sundhed, Forsorgshjemmet Toften.	Sygehus Slagelse: Somatiske og psykiatriske afdelinger, Familieambulatoriet, Praktiserende læger.	Ringens (alkoholfrit Værested), Kirkens Korshærs Varmestue, Ringgården, Behandlingscenter Sjælland.

Det er vores indtryk, at borgerne ikke skelner i mellem om en instans er regional, kommunal eller privat. Vi opfattes mere alle som en del af "det offentlige". Men for os har det stor betydning, hvilke opgaver – eller hvilke dele af en opgave - vi er ansvarlige for og har faglighed til. Derfor har vi ikke arbejdet med én slags samarbejde, men med en række forskellige samarbejdstyper. Vi ser hvert samarbejde som unikt og foranderligt – og i behov for at vedligeholde relationen.

Arbejdsopgaverne knyttet til at samarbejde med andre instanser er blevet udviklet og systematiseret. Årligt tages samarbejdsaftalerne op og genaftales. Aftalerne spænder fra udviklede formelle faglige samarbejdsopgaver over formelle samarbejdsaftaler til løsere samarbejdsrutiner beskrevet i en sam-arbejdsgangsbeskrivelse, hvor alkoholteamet er den proaktive part i arbejdsgangen.

Der er flere vi gerne vil arbejde tættere og mere systematisk med, end vi gør nu. Men der er ikke nogen på listen, som vi ikke har et samarbejdsforum med. Hele spændvidden - fra decideret samarbejdsaftale til en arbejdsgang – er vigtig at arbejde på. Erfaringen er, at folk vil rigtig gerne vil forholde sig til alkoholproblemer og samarbejdet omkring borgeren. Aftaler skal holdes levende, det er det centrale og forandrer sig ikke. Vores erfaring er, at man ret let løser eventuelle problemer når man genbesøger og justerer aftalerne. Erfaringen er også, at det er en god service at yde, at være dem der skriver den enkelte samarbejdsaftale og arbejdsgang ned.

Hurtigere samarbejde mellem instanser omkring borgeren og familien, der er i alkoholbehandling, er den ene effekt af samarbejdsaftaler og arbejdsange, vi kan se. Den anden er en voksende bevidsthed hos de tilsammen hundredvis af professionelle i kommune, region og privat regi, om at være opmærksomme på alkoholproblematikker hos borgere. Vi tror, det på sigt kan gøre en meget stor forskel for, at flere med et alkoholproblem kommer i behandling på et tidligere tidspunkt.



Samarbejdet om rammen



Vi ressourcette en 4-årig udviklingsperiode til at nå i mål med at arbejde gennemført familieorienteret med alkoholbehandling internt i teamet og eksternt med samarbejdspartnere. Det har været en realistisk vurdering.

Vurder hvilke ressourcer det vil fordrer at udvikle hen til målet, i den aftalte kvalitet og omfang. Det skal vurderes, hvornår det er realistisk at opgaverne er færdige, når team og ledelse skal udvikle og drifte på samme tid. Vurder hvilke opgaver der bør løses før andre? Hvilke opgaver er særligt vigtige, komplekse eller udfordrende? Hvilke kompetencer har teamet, og hvilken kompetenceudvikling skal der til for, at teamet kan arbejde med den aftalte metodeløst og redskabsvifte? Hvordan skal mødestrukturen være – hvem mødes med hvem om hvad, hvor længe og hvor tit? Hvem er det vigtigt at holde ajour og hvordan orienteres de? Prioriter en projektmedarbejder/koordinator som kan støtte teamet i at holde fast i udviklingsmålenes aftalte kvalitet. Det er noget, der kan komme under pres, når man kører en drift samtidigt.

Kommunikér omhyggeligt, at metodeudvikling og metodevalg er aftalt i ledelsen. Kommunikationen skal være helhedsorienteret og tydelig: Alle skal vide det. Alle lederkolleger, alle medarbejdere i alkoholteamet og andre teams i centret, alle samarbejdspartnere i kommunalt, regionalt og privat regi, alle i hyppige eller typiske kontaktoflader samt relevante politiske fora. Og lokalsamfundet. Det er særligt effektskabende at have en følge- eller styregruppe sammensat af de væsentligste samarbejdspartnere. På den måde får man fra starten input af en høj kvalitet til udviklingsprocessen og sikrer dialog ud i det professionelle netværk.

I det følgende er de opgaver og udviklingselementer, der har bidraget til at nå målet, lagt ind i 4 årshjul – ét for hvert udviklingsår. Det femte og sidste årshjul er over vores fremtidige drift af familieorienteret alkoholbehandling.

Vi vil altid gerne kontaktes med de spørgsmål som hæftet har givet anledning eller inspiration til – vores kontaktoplysninger er på bagsiden af hæftet.

Årshjul / 1. udviklingsår

4. kvartal

- Aftale for samarbejdsramme med Center Børn Unge og Familie om børne- og ungegrupper.
- Mentorordning aftales til nye medarbejdere og til medarbejdere, der skal have nye opgaver.
- Justering af funktionsbeskrivelser.
- Arbejde med Handleguides i prioriteret rækkefølge.
- Status til Sundhedsstyrelsen

1. kvartal

- Aftale om udviklingsopgave i ledelsen - inklusive estimat af ressourcebehov.
- Vurdere behov for organisering af udviklingsopgave (Tid, styring, support, evaluering).
- Etablere styregruppe til støtte for udviklingsmål og fremdrift: Handicapchef, Centerleder og afdelingsleder i misbrugscentret, Leder af social psykiatri, Leder i Jobcentret, Leder Center for Børn Unge og Familie, Leder af Borgerservice og Udbetaling, 2 projektmedarbejdere.



3. kvartal

- Inddeling af team i 3 arbejdsgrupper, der arbejder med samme opgave.
- Fælles begrebsafklaringer og formulering af teoretisk fundament.
- Beskrivelse af alkoholteamets familieorienterede ydelser.
- Start på aftale om fagligt samarbejde med Center Børn Unge og Familie om børne- og ungegrupper.
- Handleguides påbegyndes i prioriteret rækkefølge

2. kvartal

- 2 fordybelsesdage i teamet
- Beskrivelse af alkoholteamets aktuelle ydelser
- Kortlægning af teamets kompetence- og uddannelsesbehov ift. udviklingsmål
- Plan for strategisk opkvalificering af alkoholteam i Familieorienterede behandlingsmetoder og Dobbelt diagnoser (SODA, MCMI), Motivational interviewing, ASI.

Faste møder:			
Mandagsmøde – udvikling	Tirsdagsmøde drift	Månedens personalemøde i team	Kvartals personalemøde i misbrugscentret

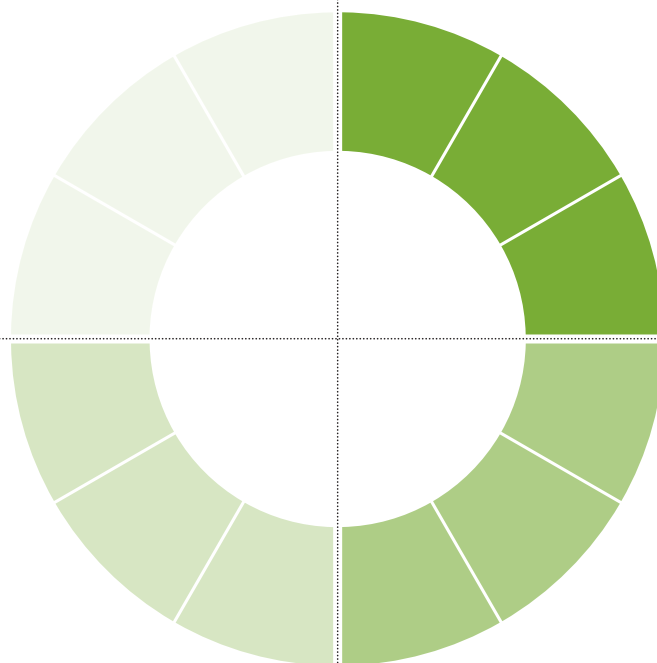
Årshjul / 2. udviklingsår

4. kvartal

- Kommunale samarbejdsaftaler påbegyndt: Jobcenter, Socialpsykiatri, Borgerservice og Udbetaling,
- Opstart af 2 børnegrupper og 1 ungegruppe
- Opstart af Familiegruppe
- Arbejde med Handleguides i prioriteret rækkefølge
- Status til Sundhedsstyrelsen

1. kvartal

- 2 fordybelsesdage i teamet
- Udvikling af børne- og ungegrupper i samarbejde med Center Børn Unge og Familie.
- Start på uddannelse i familieperspektiv i alkoholbehandling. Teamet fordelt på 2 hold, på tværs af tidligere samarbejdsrelationer.
- Arbejde med Handleguides i prioriteret rækkefølge



3. kvartal

- Implementering af Åben Rådgivning
- Start på Dagbehandling efter koncept – justeringer og tilføjelser fortløbende
- Planlægning af Familiegruppe
- Arbejde med Handleguides i prioriteret rækkefølge

2. kvartal

- Opstart af 2 børnegrupper og 1 ungegruppe
- Opstart af kursus i SODA og MCMI. Teamet fordelt på 2 hold, på tværs af tidligere samarbejdsrelationer.
- Arbejde med Handleguides i prioriteret rækkefølge
- Status til Sundhedsstyrelsen

Faste møder:			
Mandagsmøde – udvikling	Tirsdagsmøde drift	Månedens personalemøde i teamet	Kvartals personalemøde i misbrugscentret

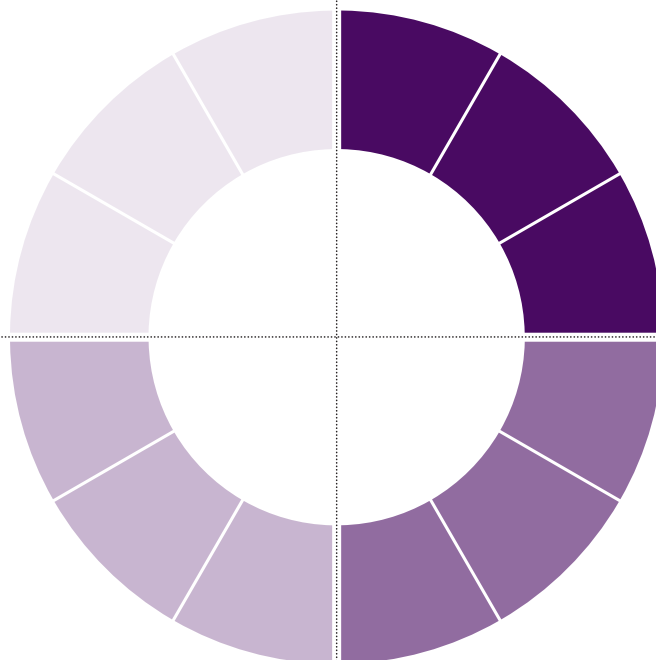
Årshjul / 3. udviklingsår

4. kvartal

- Handleguides i prioriteret rækkefølge
- Katalog over behandlingstilbud
- Borgertilfredsheds undersøgelse
- Status til Sundhedsstyrelsen

1. kvartal

- 2 fordybelsesdage i teamet
- Arbejde med Handleguides i prioriteret rækkefølge
- Fortsat uddannelse i Familieorienterede metoder
- Familieorienterede metoder i implementeringsfase
- Introduktionsmappe til nye medarbejdere
- Informationsmateriale til borgeren og familien
- Opstart af 2 børnegrupper og 1 ungegruppe
- Status til Sundhedsstyrelsen



3. kvartal

- Arbejde med Handleguides i prioriteret rækkefølge
- Oplysning og samarbejde på virksomheder med samarbejdsaftaler.
- Opstart af 2 børnegrupper og 1 ungegruppe

2. kvartal

- Arbejde med Handleguides i prioriteret rækkefølge
- Samarbejdsaftaler med virksomheder
- Samarbejdsaftaler med region
- Familiegruppe udbydes
- Borgertilfredsheds undersøgelse

Faste møder:			
Mandagsmøde – udvikling	Tirsdagsmøde – drift	Månedens personalemøde i alkoholenheden	Kvartals personalemøde i misbrugscentret

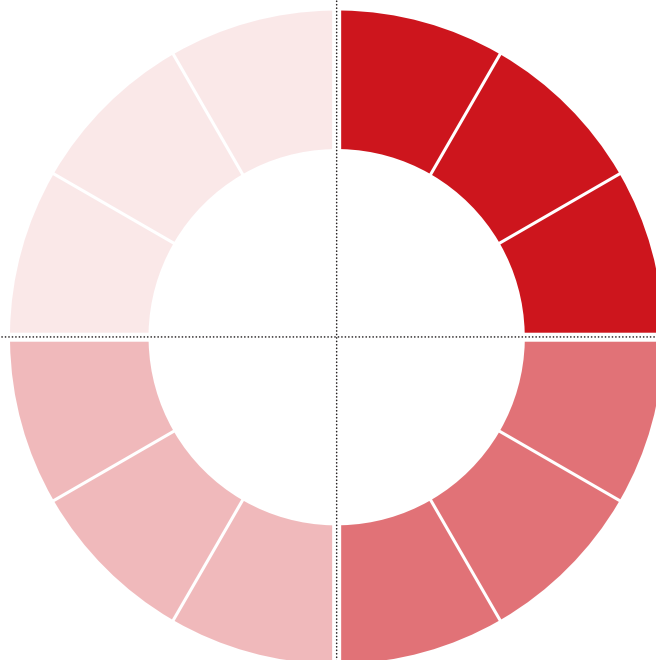
Årshjul / 4. udviklingsår

4. kvartal

- Borgertilfredsheds undersøgelse
- Slutevaluering til Sundhedsstyrelsen
- Udarbejdelse af årshjul for driftsfase

1. kvartal

- 2 fordybelsesdage i teamet
- Evaluering af behandlingsstruktur, justeringer
- Evaluering af Handleguides, justeringer.
- Opstart af 2 børnegrupper og 1 ungegruppe



3. kvartal

- Synlighed i lokalområdet – presse/artikler om familieorienteret alkoholbehandling.
- Opstart af 2 børnegrupper og 1 ungegruppe

2. kvartal

- Fokus på kommende overgang fra udvikling til drift
- Inspirations- og informationsmaterialer til samarbejdspartnere
- Borgertilfredsheds undersøgelse
- Familiegruppe udbydes
- Justeringer af Handleguides
- Status til Sundhedsstyrelsen

Faste møder:			
Mandagsmøde – udvikling	Tirsdagsmøde – drift	Hver anden måned – Personalemøde i team	Kvartals personalemøde i misbrugscentret

Drifts årshjul



Faste møder:			
Mandagsmøde – videreudvikling	Tirsdagsmøde – drift	Hver anden måned – Personalemøde i team	Kvartals personalemøde i misbrugscentret

Begynd og fortsæt

Et menneske i balance er aldrig *i* balance, men i konstant bevægelse for at bevare balancen.

(cit af Nora Bateson ved foredrag)

Sådan ser vi på det at udvikle det familieorienterede perspektiv i alkoholbehandlingen. Vi ser det perspektiv gælde for behandlingsarbejdet sammen med borgerne og deres familier, vi ser det i vores samarbejde og fortsatte faglige udvikling i teamet, og vi ser det i samarbejdet med alle andre instanser – offentlige eller private.

Det forpligter os alle på at ville bevæges. Vi bliver meget bevidste om at fortsætte bevægelsen.

Kontakt til teamet

Leder

Mette Plato Spælling
metps@slagelse.dk
T: 58574876

Medarbejder

Lisbet Kimer
likim@slagelse.dk
T: 40800889

Medarbejder

Ulla Hjermind
ubhje@slagelse.dk
T: 40809995

www.misbrugscentret.slagelse.dk

