



Kvalitet – ikke alt kan måles

Kvalitetsstandarder og andre værktøjer fører ikke automatisk til bedre kvalitet i praksisarbejde.

AF BIRGIT BLUM ANDERSEN

I forbindelse med strukturreformen i 2007 kom der - med god grund - fokus på kvalitet i alkohol- og stofbehandling. Bl.a. kom både Sundhedsstyrelsen og KL med rådgivningsmateriale i form af henholdsvis 'Kvalitet i alkoholbehandling' og 'Kvalitet og organisering – et inspirationskatalog til misbrugsbehandling', der skulle medvirke til at sætte fokus på kvalitet. Ligeledes skulle alle ambulante behandlingstilbud nu have en kvalitetsstandard, og seneste tiltag er de nye tilsyn, der lægger op til at have karakter af en auditfunktion, hvor stederne skal dokumentere, at forskellige kriterier er opfyldt for at kunne få en godkendelse. Fælles for disse tiltag er, at fokus ligger på målbare parametre, samt at kvalitet defineres ud fra, hvorvidt man opfylder disse parametre. Der har således ikke været fokus på

ting, der ikke kan måles, vejes eller dokumenteres som f.eks. relation, fleksibilitet og individuelle løsninger.

Dilemmaer

Netop relationen, fleksibiliteten og de individuelle løsninger, er dét, både brugere, behandlere og ledere peger på som værende vigtigt i forhold til kvalitet. Det fremgår af en undersøgelse, som undertegnede har lavet i tre kommuner i forbindelse med en opgave på uddannelsen Master i Narkotika- og Alkohol Indsatser. Hele opgaven findes på CFR's hjemmeside under publikationer – masteropgaver.

De tre kommuner blev primært valgt ud fra, at de har valgt at organisere sig forskelligt, hvor den ene kommune varetager behandlingen selv, den anden kommune har indgået et behandlingsfællesskab med tre andre kommuner, og den sidste kommune samar-

bejder med en privat aktør. Endvidere er det tre kommuner, der i størrelse minder meget om hinanden.

Empirien bygger på interview med en leder fra hver af de tre kommuner samt 7 behandlere og 6 brugere fra de tre kommuner.

De, jeg har talt med i min undersøgelse, anfægter dog ikke arbejdet efter kvalitetsstandarder, og særligt behandlerne fremhæver disse som vigtige i forhold til at sikre fagligheden på området, noget de også understreger har væsentlig betydning for at sikre kvaliteten. Om det positive i kvalitetsstandarder siger en af behandlerne: *'Jeg kan godt se, at vores frihed gør, at vi kan køre vores eget løb, og det kan jeg godt se nogle gange kan være en hæmsko. Det kan være, en kollega tænker, jeg kører den vej, og en anden tager den anden vej. Det er ulempen. Sådan føler jeg dog ikke, det er, men det er nødvendigt, at vi har en opmærksomhed på det, og det er også der, jeg tænker, at det er godt, at vi bruger tid på at arbejde med vores kvalitetsstandard.'* Vedkommende ser altså, at kvalitetsstandarder kan medvirke til at sikre et fælles fagligt udgangspunkt, der kan være med til at sikre, at behandlingen ikke kun bygger på mavefornemmelser og individuelle løsninger, eller som en anden behandler formulerer det: *'...det er ikke længere nok at have et stort hjerte, du skal også have et godt hoved og en stor faglighed.'*

Brugerne pegede på kvalitetsstandarder som værende med til at sikre adgang til hurtig behandling, men var også bekymrede for, at det ville gøre behandlingen for fastlåst og fjerne de individuelle løsninger, som de angav som det vigtigste. Ligeledes pegede både ledere og behandlere på, at det at skulle arbejde ud fra en standard aldrig må fjerne muligheden for at tage individuelle hensyn.

Arbejdet med kvalitetsstandarder skaber således et dilemma, da de på den ene side kan være med til at sikre nogle minimumskrav, som både brugere, behandlere og ledere finder vigtige i forhold til kvalitet. På den anden side levner de ikke umiddelbart plads til individuelle hensyn, ligesom de ikke forholder sig til ikke målbare ting som eksempelvis relationen.

Flere udfordringer

Ingen af de tre kommuner i undersøgelsen arbejdede systematisk ud fra kvalitetsstandarder, men angav, at de jo skulle have dem, samt at de levede op til de

krav, der var i forhold til behandlingen. Dette antyder en anden udfordring i forhold til kvalitetsstandarder, nemlig, at de nemt kan komme til at ligge som et fint, bagvedliggende grundlag, der ikke bliver implementeret i praksis. Dette kan meget nemt betyde, at de mest af alt får karakter af en tjekliste og ikke får skabt de refleksioner, som kan medvirke til at skabe faglig udvikling og sætte fokus på den praktiserede kvalitet.

Dette tydeliggør samtidig den udfordring, der også ligger i den øgede fokus på kvalitetsstandarder og dokumentation, nemlig det vigtige i, at der skabes ejerskab for dem, der skal arbejde med dem i praksis. Kritikere af kvalitetsstandarder etc. peger ofte på, at der bruges meget tid på at dokumentere, at man efterlever disse, tid, der går fra praksisarbejde, og som derved kan forringe den oplevede kvalitet. I den før-omtalte undersøgelse nævner behandlerne også dette, men angiver, at såfremt standarderne ikke bliver den eneste 'sandhed', men giver plads til individuelle hensyn, vil de have deres berettigelse. Eksempelvis angiver behandlerne, at det er nødvendigt med fleksibilitet i forhold til metode og antal af samtaler, da der er stor forskel på, hvilken type borgere de har med at gøre og dermed også på, hvordan og hvor hurtigt de kan arbejde. Behandlerne var således åbne for at arbejde mere systematisk med kvalitetsstandarder, hvis disse tager højde for, at der skal være plads til fagligt begrundede afvigelser.

Kvalitet og fleksibilitet

Interessen for at gennemføre den før-omtalte undersøgelse kommer af, at jeg til dagligt arbejder på Blå Kors 'Rold Skov', der er et døgnbehandlings/omsorgstilbud for personer, der er afhængige af alkohol eller andre rusmidler. Vi modtager borgere fra hele landet og har således kontakt med og samarbejde med mange kommuner. Vi oplever store forskelle i kommunernes måde at organisere og håndtere behandlingen på og således også store forskelle i den af os oplevede kvalitet. Der er således væsentlig forskel på de tilbud, vores beboere får fra kommunen både før, under og efter behandlingen hos os. Undersøgelsens udgangspunkt var således at kigge på, om organiseringen kunne have betydning for den oplevede kvalitet blandt henholdsvis brugere, behandlere og ledere.

De tre undersøgte kommuner har overordnet



valgt at organisere sig meget forskelligt, men konklusionen blev, at det ikke har nogen særlig betydning for, hvordan behandlingen udføres i praksis, og heller ikke for den oplevede kvalitet blandt brugere, behandlere og ledere.

Som jeg tidligere har nævnt, var der enighed blandt de tre 'grupper' om, at fleksibilitet og individuelle løsninger er grundstenen for kvalitet i behandling. Netop den høje grad af fleksibilitet og frihed til, at behandlerne kan lave individuelle løsninger i disse tre kommuner, tænker jeg kan meget vel være grunden til, at der trods væsentlige forskelle i organiseringen ikke ses de store forskelle på behandlingen i praksis og dermed ikke umiddelbart på den oplevede kvalitet. Undersøgelsen er lavet i tre forholdsvis små kommuner, og som nævnt havde ingen af dem tradition for at arbejde systematisk med kvalitetsstandarder. Det ville derfor have været interessant at kigge på en større kommune, hvor der er flere ressourcer, og hvor der måske arbejdes efter en mere fast standard og metode. Det ville være interessant at kigge på, hvad den oplevede kvalitet blandt brugere, behandlere og ledere i en sådan kommune vil være, om man på samme måde forbinder fleksibilitet og individuelle løsninger med kvalitet, eller det mere vil være standardperspektivet?

At ovenstående oplevelse blandt de adspurgte, nemlig at organiseringen ikke betyder ret meget i forhold til fleksibilitet og individuelle løsninger, er vigtigt i forhold til det fortsatte fokus på kvalitet. Ikke mindst får man gennem undersøgelsen et billede af, hvad brugerne forstår ved kvalitet. Dette bliver særligt vigtigt, når kravene om dokumentation skærpes, som det f.eks. ser ud til at blive med det nye tilsyn. Alt tyder på, at dette bliver en auditfunktion, og ligesom i arbejdet ud fra en standard vil det her være vigtigt, at

dokumentationen laves, fordi det også giver mening i praksis og ikke kun for at stille tilsynet tilfreds.

Standarder alene gør det ikke

Der skal ikke være tvivl om, at kvalitetsstandarder og dokumentation inden for behandling har deres berettigelse og har været med til at løfte fagligheden på området. Man bør dog være opmærksom på at løfte kvalitetsstandarder og kvalitetsfokus skridtet videre ved at inddrage brugerperspektivet og sikre, at krav om dokumentation, brug af bestemte metoder etc. ikke tager over i en grad, så det ikke levner plads til de forskelle, der vil være, når vi arbejder med mennesker. Ved at inddrage brugerperspektivet i en kvalitetsstandard vil man automatisk gøre den mere praksisorienteret og derved lette implementeringen. Det forekommer, at kvalitetsfokusset i dag næsten udelukkende er rettet mod, hvad der er målbart. Ved at sætte fokus på flere perspektiver – her den oplevede kvalitet – vil man gøre op med den fare, der ligger i, at man ukritisk antager, at kvalitetsstandarder og andre værktøjer automatisk medfører en kvalitet i praksisarbejdet.

Der er naturligvis udfordringer forbundet med at inddrage ikke umiddelbart målbare ting i en kvalitetsstandard, og det er også vigtigt at holde i fast i nogle minimumskrav og forventninger omkring faglighed, metode etc. Sammen med dette bør man dog have Tom Andersens (norsk psykiater, opfinder af 'reflekterende processer' inden for systemisk terapi) ord om, at *'man kan ikke lave døde beskrivelser af levende mennesker'* in mente, ligesom man bør holde sig brugernes ønsker for øje, hvis man vil lave en indsats, der giver mening for de involverede. Eller som en af brugerne siger: *'Det kan godt være, vi drikker de samme øl, men derfor er vi jo alligevel forskellige, man kan ikke bare gøre os til en standard.'* ■