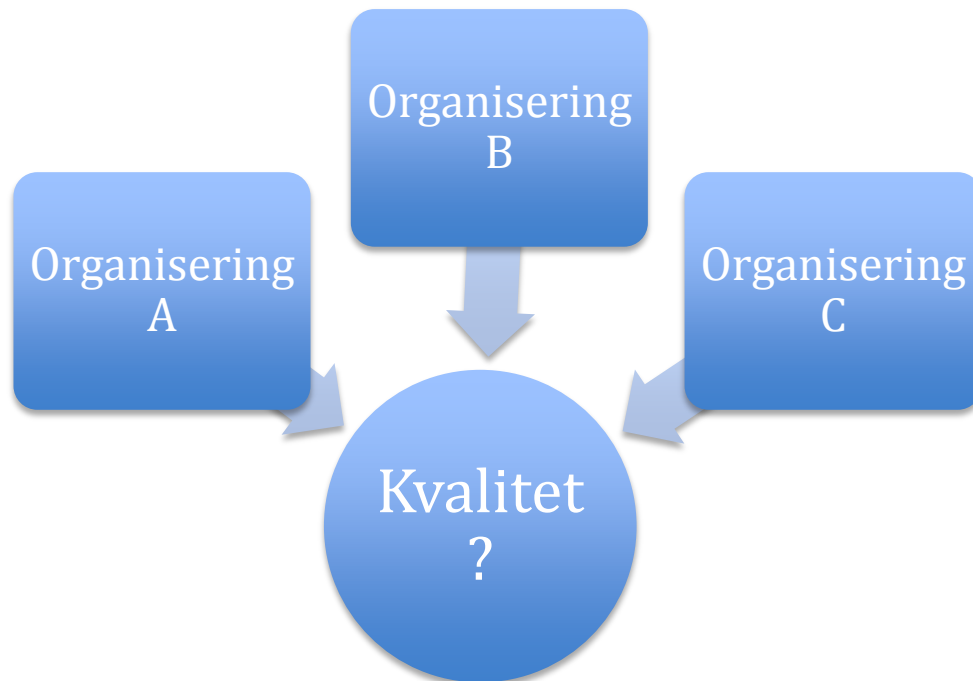


Organiseringens betydning for kvalitet i ambulat alkoholbehandling



Europæisk Master i Narkotika- og Alkohol Indsatser

Af: Birgit Blum Andresen

Studienummer: 201210366

Vejleder: Bagga Bjerge

Antal anslag: 103.850

Hold: 2012

Aarhus Universitet, 11. august 2014

Afhandlingen og bilagene må offentliggøres

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og problemformulering	2
2. Teori	8
2.1 Moderniseringen af den offentlige sektor – organisering efter New Public Management	8
2.2 Kvalitetsperspektiver	10
2.3 At fjerne variationer omkring en standart	11
2.4 Kvalitet defineret ud fra effekter	12
2.5 Kvalitet defineret ud fra brugerønske	12
2.6 Kvalitet defineret ud fra et organisatorisk system – Systemperspektivet	13
2.7 New Public Management og kvalitetsperspektiver	14
3. Metode	15
3.1 Analysemetode	16
3.2 Empiri	17
3.3 Transskribering	22
3.4 Ethiske overvejelser	22
4. Organisering i de tre kommuner	24
4.1 Mariagerfjord Kommune	24
4.2 Jammerbugt Kommune	27
4.3 Rebild Kommune	30
5. Analyse	32
5.1 Organiseringen i de tre kommuner og New Public Management	33
5.2 Den oplevede kvalitet fra lederniveau	33
5.3 Den oplevede kvalitet fra behandlerniveau	36
5.4 Den oplevede kvalitet fra brugerniveau	37
5.5 Sammenfatning af leder, behandler og brugerniveau	38
5.6 Organiseringens betydning for den oplevede kvalitet	39
6. Konklusion og perspektivering	41
Litteraturliste	44
Resume	47
Summary	48
Bilag	49

1. Indledning og problemformulering

I januar 2007 lancerede den danske regering strukturreformen. Formålet hermed var bl.a. at minimere antallet af kommuner og samle dem i færre og større kommuner, dels for at udnytte fordele ved stordrift, samt at give borgerne enkel adgang til offentlig service. Den daværende statsminister Lars Løkke Rasmussen sagde det på følgende måde: *”Kort sagt er målet med kommunalreformen at skabe et nyt Danmark, hvor en stærk og fremtidssikret offentlig sektor løser opgaverne med høj kvalitet og så tæt på borgerne som muligt. Borgerne i Danmark skal opleve en endnu bedre og mere sammenhængende offentlig sektor”* (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2005: 4).

Reformen betød også, at ansvaret for alkoholbehandling overgik fra amterne til kommunerne. Formålet hermed var bl.a. at få det integreret med de øvrige kommunale opgaver i borgenes nærmiljø (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005: 22). Kommunerne kunne vælge at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller i samarbejde med andre kommuner, regioner eller private institutioner.

Denne opgave sætter fokus på organiseringen af den ambulante alkoholbehandling i tre kommuner og undersøger hvilken betydning det har for den oplevede kvalitet ud fra leder, behandler og brugerperspektiv. Endvidere vil jeg kigge på hvad de øgede krav om arbejde ud fra kvalitetsstandarter etc., der er fulgt med moderniseringen af den offentlige sektor, har for den oplevede kvalitet.

Det er dokumenteret at alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark, inden reformen, var præget af stor variation i behandlingstilbuddene såvel kvalitativt som kvantitativt og med mangelfuld dokumentation og kvalitetssikring (Pedersen et al. 2004). Sundhedsstyrelsen fik i forbindelse med, at ansvaret skulle overgå til kommunerne udarbejdet et rådgivningsmateriale ”kvalitet i alkoholbehandling” (Becker et al. 2008), der skulle være medvirkende til at højne kvaliteten i behandlingen. Rådgivningsmaterialet er en gennemgang af hvilke elementer i de forskellige ”faser”, modtagelse, afrusning, visitation etc., der bør være taget højde for i behandlingsforløbet for at sikre alkoholbehandling af god kvalitet. Om god alkoholbehandling og sikring af kvaliteten skriver de: *”God alkoholbehandling handler ikke blot om at vælge de rigtige behandlingsstrategier eller skabe en god kontakt til patienten. En forudsætning for kvalitet i alkoholbehandlingen er endvidere systematisk udredning af patienterne, systematisk*

opfølgning og systematisk dokumentation af ydelserne i en journal. Nødvendigt er også en systematisk tilgang til efteruddannelse, supervision og organisation i det hele taget, således at der løbende er fokus på kvaliteten af behandlingen.” (Becker et al. 2008: 34).

I 2009 fulgte KL efter med publikationen ”Kvalitet og organisering – et inspirationskatalog til misbrugsbehandling. Publikationen bygger blandt andet på materialet fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Becker et al. 2008), og havde som formål at sætte fokus på de udfordringer, som kommunerne stod med efter overtagelsens af misbrugsområdet og som følge heraf behov for viden om, hvordan opgaven bedst kunne løses i praksis (KL, 2009: 5). Den er blevet til som led i KLS kvalitetsprojekt og er lavet i samarbejde med 10 kommuner.

Hoveddelen af publikationen består af afsnit om faglig kvalitet og organisatorisk kvalitet. For begge afsnits vedkommende tages udgangspunkt i begreber, som er kendt fra Den Danske Kvalitetsmodel¹ Den brugeropfattede kvalitet berøres kun kortfattet. Dette begrundes med, at formålet er at formidle de organisatoriske og faglige faktorer, som samlet danner grundlag for en kvalificeret misbrugsbehandling (KL, 2009: 13) Af faktorer der har betydning for kvalitet, og som kommunerne derfor forventes at forholde sig til, fremhæver KL følgende:

- Behandlingstilbuddet skal være umiddelbart tilgængeligt
- Fokus på at mennesker er forskellige og ét behandlingstilbud eller én behandlingsmetode passer således ikke til alle. Udredning er derfor centralt, ligesom adgangen til forskellige behandlingstilbud.
- Behandlingen skal tage højde for multiple behov.
- Behandlingen skal tage udgangspunkt i, at der arbejdes systematisk, ligesom der skal være dokumentation af indsatsen.
- Der skal være den nødvendige faglige kompetence til vurdering af af behandlingsbehovet og til gennemførelse af behandlingen.
- Mulighed for at iværksætte et akut beredskab, eksempelvis afrusning.
- Faglige kompetencer til at kunne yde såvel farmakologisk som psykosocial behandling.
- Faglige kompetencer i forhold til at foretage screening af eventuelle psykiske lidelser, med henblik på selv at behandle dem, eller henvise til relevante behandlingstilbud.
- Pårørende bør inddrages i behandlingen.

¹ Den Danske Kvalitetsmodel er et nationalt system til kvalitetsudvikling på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet og er et samarbejde mellem Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, KL, Danmarks Apotekerforening og Dansk Erhverv.

Ovenstående er de strukturelle og faglige faktorer der ud fra KLs publikation bør være til stede.

I forholde til de organisatoriske peger KL på følgende:

- En bevidst stillingtagen til under hvilken forvaltning/område misbrugscenteret placeres.
- Om kommune selv vælger at udfører behandlingen, om man indgår samarbejde med andre kommuner eller gør brug af eksterne evt. private aktører.
- Der skal være helhedsorienteret myndighedsafgørelser, herunder sikring af dette i form af samarbejdsaftaler med eksterne behandlingstilbud og anvendelse af den socialehandleplan som redskab til koordinering.
- Der bør arbejdes med misbrugsfaglig ekspertise i forbindelse med jobcenteret.
- Når der skal sikres sammenhæng på tværs af sektorer må kommunen være opmærksom på relationen til psykiatrisk sygehus og distriktskykiatrien, samarbejde med somatisk sygehus, praktiserende læger, samt kriminalforsorgen.
- Tidlig identifikation og indsats er vigtigt, hvorfor man bør have fokus på såvel unge som familier.

I forbindelse med strukturreformen og overdragelsen af ansvaret for misbrugsbehandlingen til kommunerne, kom der altså meget fokus på at højne kvaliteten på området. Det blev således anbefalet at kommunerne udarbejdede egne kvalitetsstandarder for området der som minimum skulle beskrive serviceniveau, samt hvem der kan komme i betragtning til ydelserne (KL, 2009: 10).

Andre tiltag for at højne kvaliteten på området var oprettelse af tilbudsportalen² og VISO³, der begge blev lanceret i forbindelse med strukturreformen.

Ligeledes udviklede Sundhedsstyrelsen, sammen med Århus, Odense og Københavns Kommuner, et grundkursus for alkoholbehandlere, igen for at støtte kvalitetsudviklingen på området (Becker et al. 2008: 3.).

Sidste nye tiltag er, at de ambulante behandlingstilbud også er blevet omfattet af det nye socialtilsyn, der pr. 1. januar 2014 overgik fra de enkelte kommuner til at blive samlet i fem

² Tilbudsportalen indeholder oplysninger om kommunale, regionale og godkendte private tilbud på det sociale område. Kommunerne må kun anvende tilbud der er registreret på tilbudsportalen. Formålet er at styrke grundlaget for valg af tilbud til borgerne.

³ VISO står for Videns- og specialrådgivningsorganisation hvis formål er at yde gratis vejledende specialrådgivning i særligt komplicerede sager, hvor ekspertise til udredning etc. Ikke kan forventes at være til stede i kommunen eller regionen. Både borgere, kommuner og private organisationer kan trække på VISO. VISO dækker det sociale område, samt specialundervisningsområdet.

tilsynsenheder der hører under Socialstyrelsen. Der er dog ikke kommet en standart for dette område endnu, men på eksempelvis området for botilbud, har Socialstyrelsen samarbejdet med Akkreditering Danmark⁴ og standarten er således meget grundig med krav om beskrivelse af forskellige faktorer og dokumentation, samt efterfølgende besøg der på mange måder minder om et audit. Forventningen er at det bliver det samme for den ambulante behandling.

Som jeg tidligere har nævnt var der inden strukturreformen store forskelle i behandlingstilbuddene (Pedersen et al. 2004). Lægeforeningen har efter strukturreformen ønsket, at vurdere udviklingen i kommunernes alkoholbehandling og har således lavet undersøgelser i henholdsvis 2009 (Becker & Barfod 2009) og 2012 (Becker et al. 2012). Undersøgelserne er lavet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området, og påviser, at der også efter strukturreformen, er store forskelle i de kommunale behandlingstilbud både i forhold til organisering og behandlingsmetoder (Becker et al. 2012: 39).

I forbindelse med undersøgelsen i 2012 udsendte Becker et al. et spørgeskema til alle landets kommuner og fik en svarprocent på 96. Spørgsmålene omhandlede alkoholbehandlingens organisering, anvendte behandlingsmetoder, personalesammensætning og samarbejde med almen praktiserende læge. Ud fra spørgeskemaet udvalgte de 11 spørgsmål som grundlag for en indikator af kvalitet i alkoholbehandling. Ud fra hvor mange af disse spørgsmål man efterlevede fik man tildelt point og antallet af point blev sat ind i en smileyordning. Resultat blev at 36% fik tildelt en glad Smiley, 53% fik en neutral og 11% fik en sur smiley (Becker et al.: 7).

I undersøgelsen fra 2012 påviser Becker et al. ligeledes, at der siden Becker og Barfods undersøgelse i 2009 er betydelig flere kommuner, der har hjemtaget misbrugsbehandlingen fra regionale tilbud. De angiver dette som bekymrende, idet de stiller spørgsmål ved, om en lille enhed kan give en lige så differentieret behandling som en større enhed med mere personale og flere ressourcer (Becker et al. 2012: 33)

Jeg arbejder på en Blå Kors døgnbehandlings/omsorgsinstitution, hvor der kommer folk fra hele landet visiteret af deres hjemkommune. Fælles for alle der bliver indskrevet på institutionen er, at de har en alkohol- eller stofafhængighed. Opholdes længde varierer fra tre måneder til flere år. Ophold på tre måneder vil typisk være borgere der er visiteret til decideret

⁴ Akkreditering Danmark er en privat virksomhed der laver certificeringer af botilbud, væresteder etc.

afhængighedsbehandling (SUL § 141 SEL § 101), mens de længere ophold er omsorgsophold (SEL §§ 107/108). Aldersspredningen er fra 15–75 år hvor gruppen fra 15-23 år, dog er i et hus for sig selv. Vi oplever også store forskelle i kommunernes måde at organisere og håndtere alkoholbehandlingen på og således også i, den af os, oplevede kvalitet. Der er således væsentlig forskel på de tilbud vores beboere får fra kommunen før, under og efterbehandlingen ved os. Det er tydeligt svært for beboerne at forholde sig til, at der kan være så store forskelle i de tilbud de får, særligt for de af beboerne der oplever at være meget på egen hånd. Det kan være nærliggende at tænke, at det er økonomien, der ligger til grund for hvor mange ”støtte muligheder”, der er for den enkelte. Det er dog vores oplevelse, at organiseringen også har stor indflydelse idet, det ofte strander på, at det ønskede skal bevilliges fra en anden afdeling, der enten anskuer beboers behov på en helt anden måde, eller beboeren ender med at blive kasteboldt mellem to forvaltninger, der begge mener, at ansvaret ligger i den anden afdeling. Ligeledes har vi de senere år oplevet en markant nedgang i kommunernes visitering til døgnbehandling, et billede kollegaer over hele landet nikker genkendende til. Antallet af personer der behandles i døgnregi, skønnes således også kun at være 2-4 % (Hvidtfeldt et al. 2008), hvor antallet af personer i døgnbehandling i Sverige ligger på ca. 12 % (Pedersen et al. 2004). Der findes ikke evidens for, at døgnbehandling har større effekt end dag- eller ambulantbehandling, men der findes evidens for, at den hårdest ramte gruppe⁵ profiterer bedre af døgnbehandling end af et ambulant tilbud (Tylstrup 2012). Igen kan det være nærliggende at tænke, at det er økonomi, der ligger til grund for dette, men skal man anskue det fra en mere positiv vinkel, kan man anlægge en hypotese gående på, at det skyldes at den øgede fokus på kvalitet i den ambulante behandling har gjort, at kommunerne i højere grad selv kan varetage opgaven.

Ud fra ovenstående er jeg blevet nysgerrig på hvilke tanker, der ligger bag de enkelte kommunernes opbygning af alkoholbehandlingen. Hvorfor vælger nogle (56 %), også små, kommuner at lave eget tilbud, mens andre laver et fælles tilbud (25 %) på tværs af kommunegrænser, mens andre igen vælger samarbejde med private udbydere (Becker et al. 2012) og ikke mindst, hvad har det af betydning for kvaliteten af alkoholbehandlingen og hvordan opleves det af brugerne. Jeg vil derfor undersøge følgende:

⁵ Personer med langvarigt misbrug der ofte er startet i en ung alder. Der vil ofte være sociale og psykiske problemstillinger

Hvilken betydning har organiseringen af den kommunale alkoholbehandling for kvaliteten i ambulante behandling?

Siden strukturreformen har den offentlige sektor gennemgået en modernisering med udgangspunkt i New Public Management (se afsnit 2.1) Dette har også betydet ændringer i måden at tænke organiseringen, og jeg finder det vigtigt at få kigget på hvad, det har betydet for kvaliteten, som her vil være den oplevede kvalitet ved henholdsvis ledere, behandlere og brugere. Med New Public Management fulgte også fokus på kvalitet, effektivitet, evidens etc. samt et krav om resultatdokumentation, øget fokus på kvalitetsbegrebet og krav om arbejde ud fra kvalitetsstandarder etc. Jeg ønsker ligeledes at sætte fokus på dette ved at undersøge om det opleves som meningsfyldt eller forstyrrende, samt om det er noget, der er fokus på hele vejen ned i organisationen. Som nævnt bliver der med det nye tilsyn indført en ”auditkultur”⁶ på det ambulante alkoholbehandlingsområde, og kravet om brug af kvalitetssikringsværktøjer bliver således skærpet. Jeg finder det derfor vigtigt, at man forholder sig til ovenstående, da der kan være en tendens til, at man ukritisk antager at kvalitetsstandarder og andre værktøjer automatisk medfører en forbedret kvalitet i praksisarbejde. Denne opgave vil undersøge om det også forholder sig sådan.

Becker et al.’s undersøgelse af ”Alkoholbehandling i kommunerne” fra 2012 bygger på en kvantitativ undersøgelse, der giver et overordnet billede af, hvordan kommunerne har organiseret sig og om deres alkoholbehandling er i overensstemmelse med sundhedsstyrelsens anbefalinger for området. Deres definition af kvalitet er således udelukkende kvantitativ.

Jeg ønsker at få en mere kvalitativ indsigt og vil derfor undersøge ovenstående ved at sætte fokus på tre kommuner, Mariagerfjord, Jammerbugt og Rebild. Mariagerfjord og Jammerbugt kommuner ligger i størrelse tæt på hinanden med henholdsvis 42.093 g ca. 38.372 indbyggere (januar 2014), mens Rebild med 28.794 indbyggere (januar 2014) er en smule mindre. De tre kommuner har valgt at organisere sig forskelligt, idet Mariagerfjord i en vis udstrækning har valgt at samarbejde med privatudbydere, mens Jammerbugt er gået sammen med andre kommuner og Rebild har valgt at gøre det selv.

⁶ Med auditkulturen menes at et organisatorisk system holder øje med kvaliteten i definerede ydelser, eller i andre organisatoriske systemer ofte med henblik på at opnå akkreditering/certificering, eller som det vil være tilfældet med tilsynsbesøg en godkendelse. Mere om auditkulturen i afsnit 2.5

Servicestyrelsen og SFI (Det Nationale forskningscenter for velfærd) har udarbejdet en ”serie” bestående af 7 delrapporter omhandlende den sociale stofmisbrugsbehandling. Delrapport 2 (Sørensen et al., 2009) har fokus på brugere og pårørendes perspektiv og deres tilfredshed med behandlingen. I delrapport 4 (Sørensen, 2009) er der fokus på kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder. Formålet med denne rapport er at belyse hvilke opfattelser, der er af kvalitet ved henholdsvis kommune, behandlingssted, brugere og pårørende i forhold til social stofmisbrugsbehandling (Sørensen, 2009). I forhold til brugere og pårørende findes dette dog som nævnt i delrapport 2, og der snakkes her mere om tilfredshed end syn på oplevet kvalitet. På mange områder har de således været inde og sætte fokus på noget af det samme, som jeg ønsker at undersøge i denne opgave. Dog er mit udgangspunkt alkoholbehandlingen, hvor deres fokus er på stofbehandling. Der er dog stor sammenlignelighed mellem disse og i flere kommuner er stof- og alkoholbehandling således også lagt sammen, både i forhold til organisatorisk placering og geografisk beliggenhed (Becker et al. 2012: 6). Det kan således også afsløres her, at dette er tilfældet for de tre kommuner jeg har valgt at undersøge. Jeg har dog alligevel valgt, at holde fast i, at fokus tages ud fra alkoholbehandlingen, og i stedet vil jeg inddrage om, og evt. hvorledes, sammenlægningen har betydning for kvaliteten.

2. Teori

For at kunne besvare problemformuleringen er det nødvendigt at tage udgangspunkt i teoretiske perspektiver, der kan bidrage til analyse og forståelse af empirien.

Tilgangen bag empirien ligger i de interviewedes erfaringer og oplevelser, men det vil stadig være nødvendigt at have en teoretisk ramme for forståelsen af begrebet kvalitet. Ligeledes er der brug for en teoretisk ramme i forhold til at kigge på organiseringen. De teoretiske rammer defineres i det følgende:

2.1 Moderniseringen af den offentlige sektor – organisering efter New Public Management

Fokus på kvalitet, evidens etc. i den offentlige sektor udsprang af New Public Managementbegrebet (NPM), der er betegnelsen for en række af de moderniseringstiltag, der har fundet sted i den offentlige sektor. NPM defineres som resultatet af to typer

styringsreformer – de administrative og de institutionelle. Ud fra de to reformer defineres indholdet af NPM således som: synlig professionel ledelse, målstyring, fokus på output, skabelse af selvstændige enheder, konkurrence og markedsgørelse, brug af ledelsespraksis fra den private sektor og effektiv ressourceudnyttelse (Hood, 1991: 4-5, Greve, 2002: 2) Reformerne introducerer således ledelses- og markedsmekanismer der har til hensigt at forandre den offentlige sektor (Greve, 2002: 77). I forhold til organiseringen introducerede NPM således væsentlige forandringer i tilgangen illustreret i skemaet nedenfor (Vanebo, 2001: 174).

Ledelse og organisering i det offentlige – før og nu:	Traditionel offentlig forvaltning	New Public Management
Førsteordens beslutninger Strategi, mission og værdier	Standart ydelsestilbud Lighed og retfærdighed Gratis velfærd	Brugerfokus: konkurrence, effektivitet og fleksibilitet. Differentieret tilbud- brug af priser og egenbetaling
Andenordens beslutninger Struktur, kontrolsystem	Integreret – helhedsorienteret Bureaukratisk – hierarkisk Procedure – regler Central finansiering	Fragmenteret Rammestyrede, selvstændige resultatenheder Interne markeder Bestiller-udfører modeller
Tredjeordens beslutninger Kompetence – personalepolitik	Centrale tariftaler Standard lønsystem Stærke fagforeninger	Mere decentraliseret personaleansvar med lokalt arbejdsgiver ansvar og lokale lønssystemer. Brug af HRM-praksiser

Organiseringen ud fra NPM kan således knyttes til centrale temaer i klassisk organisationsteori, hele tiden med kvalitet og effektivitet for øje:

- Specialisering: hvilke formål skal organisationen dække.
- Koordinering: hvornår skal koordinering mellem forskellige funktioner, niveauer etc. iværksættes.
- Centralisering/desentralisering – hvad skal centraliseres og i hvilken grad.

- Størrelse for organisationen – hvad er den optimale.

Da jeg i mit undersøgelsesspørgsmål har fokus på organiserings betydning for kvalitet, vil jeg i analysen bruge ovenstående som udgangspunkt for at kigge på de tre kommuners organisering – i hvor høj grad ligger de i ”kassen” for NPM-organisering og hvilken betydning har den oplevede kvalitet for ledelsen, behandlere og brugere. Jeg vil dog ikke forholde mig til personalepolitik, lønsystemer etc.

Greve taler om forskellige anvendelser af NPM, bl.a. NPM som værktøjskasse for ledelsesmetoder og koncepter (Greve 2002:79). Der findes en række ledelsesværktøjer, hvor jeg i forhold til problemformuleringen finder det relevant at nævne kvalitetsstandarter og benchmarking. Som nævnt i indledningen har kvalitetsstandart og arbejde ud fra disse fået mere og mere opmærksomhed også på alkoholbehandlingsområdet.

2.2 Kvalitetsperspektiver

Idet jeg ønsker at belyse hvilken betydning organiseringen har for kvalitet i alkoholbehandling og ønsker at kigge på kvalitet ud fra ledere, behandlere og brugeres erfaringer og oplevelser, må jeg forholde mig til begrebet kvalitet. Begrebet kvalitet er diffust og kan betyde noget forskelligt for hver af os, og enhver kan ligge sin vurdering ind i dette åbne begreb.

Peter Dahler-Larsen behandler i sin bog ”Kvalitetens beskaffenhed” (2008) kvalitetsbegrebet og skriver bl.a.:

”Vi slipper ikke for at forholde os til, hvad vores kvalitet skal være relativ til, eller om vi i det mindste kan koordinere, hvad din og min kvalitet er relativ i forhold til. Ellers må vi leve med en blindhåndtering af vores fælles anliggender” (Dahler-Larsen, 2008: 13)

Peter Dahler-Larsen påpeger, at der er sket en abstraktion af kvalitetsbegrebet, der er blevet værdiløst og yderst komplekst. I sin indkredsning af begrebet kvalitet, tager Dahler-Larsen udgangspunkt i forskellige kvalitetsperspektiver. Han beskriver således fem perspektiver, som kvalitet kan defineres ud fra, disse er: 1. At fjerne variationer omkring en fastsat standart. 2. At opnå bestemte effekter. 3. At opnå fastsatte politiske mål. 4. At tilgodese brugernes ønsker 5. At have et organisatorisk system der sikrer kvalitet (Dahler-Larsen 2008: 107).

Hvert perspektiv har en typisk kvalitetsdefinition og således et typisk ”greb” om den situation hvor kvaliteten skal måles, udvikles eller beskrives. Perspektiverne gør det muligt at tale nogenlunde principielt om kvalitetsbedømmelse og forskellen mellem dem.

Jeg har fravalgt at bruge perspektivet om at opnå fastsatte politiske mål. Ikke fordi det ikke er en spændende eller relevant vinkel, men i forhold til opgavens størrelse, vil det blive for omfangsrigt, hvis jeg også skulle ind og kigge på de politiske aspekter i forhold til kvalitet i behandlingen.

De øvrige perspektiver har dog stor relevans i forhold til undersøgelsesspørgsmålet.

2.3 At fjerne variationer omkring en fastsat standart.

Standardperspektivet har sin forforståelse i det industrielle kvalitetssikringsparadigme, hvor man ud fra statiske stikprøver afgjorde om hele partier skulle kasseres, hvis der var for store afvigelser i forhold til en given kvalitetsstandart. Kernen i standardperspektivet er således, at eventuelle afvigelser i forhold til en given standart betragtes, som om noget er galt. Et eksempel på dette kan være Becker et als. undersøgelse fra 2012, hvor de tildelte point ud fra, om man opfyldte bestemte kriterier i sundhedsstyrelses skrivelse om kvalitet i alkoholbehandling (Becker et al, 2012).

Dahler-Larsen påpeger en svaghed ved dette, idet perspektivet derved ikke forholder sig til bevidste og velbegrundede afvigelser fra standarten. I standartperspektivet er et givet problem eller en opgave således først løst, når der ikke er afvigelser fra standarten.

Udviklingen af standarter kan endvidere bruges af ledere og politikere som en form for forsikring. Er der sket en fejl et sted i ”systemet” placeres ansvaret for fejlen ved dem der ikke har levet op til standarten, eller man laver en ny standart for at undgå gentagelser af fejlen, eller for at forebygge fejl, der ikke er taget højde for i standardskrivelsen.

Et andet aspekt beskriver Dahler-Larsen som McDonaldiseringen. Hermed menes, at der er forudsigelighed om, hvad man kan forvente at modtage og fastsættelsen af en standart, gør at der ikke er plads til individuelle hensyn i en ydelse. Med andre ord kan det at skulle efterleve en kvalitetsstandart fjerne kvaliteten for den enkelte, idet der ikke er plads til afvigelser og individuelle hensyn (Dahler-Larsen, 2008: 108 – 116).

Da jeg ønsker at kigge på, hvordan der arbejdes med kvalitetsstandarter i de tre kommuner, samt oplevelsen ved ledelse, medarbejdere og til dels brugerne, om hvad det gør ved kvaliteten i praksis, vil det være naturligt at inddrage dette perspektiv.

2.4 Kvalitet defineret ud fra effekter

Når effekt anses som det centrale i forhold til kvaliteten, kan det i forhold til misbrugsbehandlingen defineres som, at det ikke blot skal være der, men at det også skal gøre en forskel, der skal være en effekt. Der tales således om input, de ressourcer der indgår i den såkaldte serviceproduktion, om output, det der leveres af medarbejderne og endelig outcome, som er den bredere samfundsmæssige effekt. Effektperspektivet ”anklager” den offentlige sektor for at have for meget fokus på input, proces og output på bekostning af outcome. I forhold til outcome eller effekt påpeges imidlertid, at det da også kan være vanskeligt at fastsætte, hvad der er outcome, og hvad der er output, da det der anses som slutresultat af en person, kan være mellemresultat for en anden. Ligeledes har effektperspektivet fokus på evidensbaseret praksis og forudsætter, at de enkelte offentlige instanser skal tage udgangspunkt i solide metaundersøgelser af effekter af forskellige virkemidler, således at udgangspunktet for metode er en videnskabelig undersøgelse af hvad der virker. Kritikere påpeger, at man ved udelukkende at agere ud fra dette udgangspunkt fravælger eller underkender praktisk og professionel intuition. En af de skarpeste kritikere af effektperspektivet, er kravet om en tydelig skelen mellem virkemidler og effekter. Grundstene i effektperspektivet er således, at valget af virkemidler skal effektiviseres i forhold til opnåede effekter. Kritikken går på, at nogle virkemidler, ikke omkostningsfrit, lader sig udskifte med et andet virkemiddel med mere effekt, hvis det oprindelige virkemiddel eksempelvis bygger på et bestemt menneskesyn. (Dahler-Larsen, 2008: 116 – 125).

Når jeg finder det relevant at anvende effektperspektivet i forhold til analysen af min empiri, skyldes det netop det interessante i, hvordan effekten defineres, f.eks. om ædruelighed er effekten af alkoholbehandling, og er der forskelle i hvad ledelse, behandlere og brugere oplever som effekt. Ligeledes er der også i den kommunale alkoholbehandling fokus på evidensbaserede metoder, hvorfor jeg finder det relevant at diskutere oplevelsen af og eventuel brug af sådan.

2.5 Kvalitet defineret ud fra brugerønske

Perspektivet om kvalitet defineret ud fra brugerønske, udspringer for industriens og servicevirksomheders begreb om ”kundetilfredshed”. Med andre ord vil det sige, at en ydelse er oprettet for at imødekomme brugernes behov, i dette tilfælde, at tilbud om alkoholbehandling skal matche brugernes behov. Ved at have fokus på dette i offentlige tilbud

taler Dahler-Larsen om en magtudjævning, idet man i det offentlige har mere tradition for at tale end at lytte, da man ikke har samme risiko som private for at lukke ned hvis brugerne forlader dem. (Dahler-Larsen, 2008: 134) Generelt må man sige, at der er kommet mere fokus på brugerønske og det at lytte til brugerne. Således har empowerment paradigmet stor bevågenhed, også på misbrugsområdet (Bagga, 2005: 9)

Dahler-Larsen peger også på en række udfordringer for brugerperspektivet. Eksempelvis hvem der kan defineres som brugere. Er det kun de reelle brugere af en ydelse, der skal medregnes, eller skal potentielle brugere også høres? Endvidere skal man forholde sig til, om pårørende kan tale legitimt på brugerens vegne, hvis denne ikke selv er i stand til det.

Ligeledes påpeges, at brugerperspektivet har tendens til at reducere kvalitetsvurderingen til individuelle subjektive oplevelser. Ved et ensidig fokus på brugerperspektivet, risikere man således at miste referencer til de overordnede og samfundsmæssigt rettede principper. (Dahler-Larsen, 2008: 134 – 142).

Idet jeg i min undersøgelse også ønsker at sætte fokus på den brugeroplevede kvalitet, giver det naturligvis god mening at inddrage dette perspektiv. Udover at anvende det i forhold til om behandlingen matcher brugernes forventning, vil jeg ligeledes anvende det i forhold til hvordan ledelse og behandlere inddrager brugerne.

2.6 Kvalitet defineret ud fra et organisatorisk system - systemperspektivet

Kvalitet i dette perspektiv defineres ud fra egenskaber ved det organisatoriske system, der holder øje med kvaliteten i definerede ydelser eller i andre organisatoriske systemer. Der har i de senere år været et øget fokus på akkreditering og certificering, og der findes således organisationer der udelukkende lever af at udbyde standarder og efterfølgende audit med mulighed for akkreditering/certificering. Dette har igen sit udspring i industriens verden, men fokus på kvalitet og som følge heraf kvalitetsstandarder på det sociale område har gjort, at der også findes organisationer, der har specialiseret sig inden for dette felt. For at opnå certificering/akkreditering stilles der krav om dokumentation, hvorfor man funktionelt kan sige, at kvaliteten først er der, når den kan dokumenteres.

Ud fra det organisatoriske system vil man ved kvalitetsproblemer også have fokus på svigt i de ledelsesmæssige og organisatoriske systemer og kigge på om eventuelle problemer kan afhjælpes ved tiltag her.

Kritikere af kvalitetssystemperspektivet anfører, at det medfører mere bureaukrati, da der bruges mange ressourcer på udarbejdelse af manualer, dokumenter, strukturer og processer udelukkende for at tilgodese organisationens ”evaluerbarhed” og ”kvalitetsvurderbarhed” og dermed skubber fokus væk fra den konkrete kvalitet i de direkte ydelser, da sigtet udelukkende er at opnå anerkendelse evt. i form af certificering/akkreditering fra andre institutioner. Således oplever nogen ansatte, i organisationer, der arbejder ud fra dette, at det der skal sikre kvaliteten, ikke har meget relevans i forhold til de processer, hvor kvaliteten konkret levers til brugeren. Der bør således være fokus på, at organisatoriske systemer til kvalitetssikring, ikke automatisk medfører mere kvalitet (Dahler-Larsen, 2008: 142 – 152).

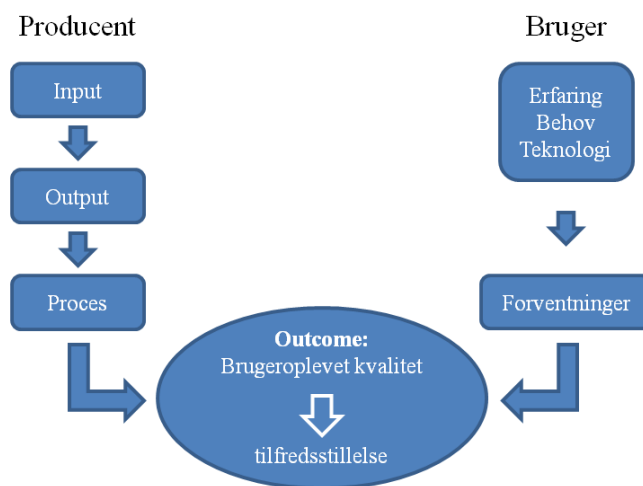
Inspirationen til hele ”bølgen” af dokumentationskrav, evidens etc. kommer primært fra den finansielle sektor hvorfor bl.a. Chris Shore og Susan Wright (1999) forholder sig kritisk til det de betegner som auditkulturen, idet de anfører, at en stor andel af den offentlige sektors ydelser ikke kan måles ud fra finansielle målstokke som f.eks. ”value for money” Endvidere ser de at kvalitetsikringsmekanismer som audit og akkreditering/certificering afvikler et offentligt system baseret på tillid og autonomi og i stedet skaber et system baseret på gennemsigtighed og kontrolleret ansvarlighed. De ser derfor at auditkulturen rummer en risiko i forhold til at afvikle de ydelser og indsatser, der ikke kan måles, vejes og dokumenteres og opfordre til, at der gives plads til differentieret ansvarlighed (Shore & Wright, 1999: 557 – 575).

Ovenstående perspektiv vil, sammen med 2.4 Kvalitet defineret ud fra et organisatorisk system – systemperspektivet, blive anvendt i analysen i forhold til, hvordan særligt ledere og behandlere oplever arbejdet med kvalitetsstandarder etc. i praksis.

2.7 New Public Management og kvalitetsperspektiver

Dahler-Larsens kvalitetsperspektiver har deres forforståelser fra den industrielle og finansielle verden, og der er således fællestræk med organiseringsformen ud fra NPM. Organiseringen ud fra NPM har således fokus på den brugeroplevede tilfredsstillelse, der i lighed med Dahler-Larsens definition ud fra brugerønske, sætter den enkeltes behov i første række ud fra differentierede tilbud og fleksibilitet i systemet. Effekten er ligeledes central i NPM og måske der, det offentlige system har haft sin største udfordring i forhold til en nytækning. Dahler-Larsen påpeger således, at det offentlige ud fra effektperspektivet, stadig har for lidt fokus på

outcome. Nedenstående figur tydeliggør tanken om vejen til kvalitet ud fra NMP med fokus på outcome (Christiansen 2002: 142).



Figuren tydeliggør kvalitet i et produktionsperspektiv, hvor brugernes tilfredsstillelse defineres som: *en funktion af brugerens forventninger og den oplevede kvalitet* (Christiansen 2002: 141). Dette harmonerer således fint med Dahler-Larsens perspektiv om kvalitet defineret ud fra brugerønske. I lighed med Shore og Wright, påpeger Alf-Håvard Dahl (Dahl, 2001: 206 -209), dog med en lidt anden vinkel, at man ikke ukritisk bør adoptere kvalitetsmodeller og tilgange fra den private og industrielle sektor, da dette kan skabe tilpasningsproblemer eller være direkte misvisende. Han påpeger således, at man i den private sektor arbejder ud fra servicekvalitet, hvor kunden altid har ret. En anskuelse han mener, man skal være varsom med at bruge som kvalitetsdefinition i den offentlige sektor. Ifølge Alf-Håvard Dahl bør man i det offentlige have et bredere kvalitetsbegreb, da brugertilfredshed ikke altid er ensbetydende med god kvalitet. Ud fra dette giver det således god mening at kigge på den oplevede kvalitet ud fra de fire perspektiver defineret af Dahler-Larsen.

3. Metode

Da hensigten med denne opgave er, at undersøge organiseringens betydning for kvalitet i ambulans behandling, har det været nødvendigt at indsamle empiri, der kan medvirke til at belyse dette. Jeg har valgt at gøre dette ved at undersøge tre kommuner, der alle kan betegnes som mindre kommuner ud fra antallet af indbyggere, men som holdt op mod dette, dækker et

forholdsvis stort område arealmæssigt. At jeg har valgt tre kommuner, der på den måde er sammenlignelige, er netop ud fra ønsket om, at det primært skal være valget af organiseringen der ligger til grund for diskussionen af kvaliteten. I forbindelse med undersøgelserne kom der dog ting frem, der gjorde, at jeg tænker, man med fordel også kunne have undersøgt en større kommune. Af tidsmæssige grunde, var jeg dog nødt til at fravælge dette. Tankerne omkring hvorfor det ville have været relevant også at undersøge en større kommune, vil jeg komme yderligere ind på under perspektivering.

Da jeg har valgt at bygge undersøgelsen på tre kommuner, er der således tale om et komparativt casestudie, hvor hensigten netop er at undersøge et antal cases for at forstå forskelle mellem dem (Bryman, 2012: 72-75).

Valget af de tre kommuner, Mariagerfjord, Jammerbugt og Rebild, blev dels gjort ud fra ovenstående kriterier, men også fordi jeg via mit arbejde, som souschef på en Blå Kors døgnbehandlingsinstitution, der ligger i Mariagerfjord kommune, har et vist forhåndskendskab til disse kommuner og således ved, at de har valgt at organisere sig meget forskelligt og ligeledes havde en oplevelse af, at dette betød, at der var forskelle i de ambulante behandlingstilbud til borgerne. Endvidere har de tre kommuner til fælles, at det stadig er forholdsvis nyt for dem at have hjemtaget behandling til egen kommune. Frem til maj 2011 var de således en del af den fælles regionale behandling i Nordjylland.

3.1 Analysemetode

Jeg har valgt at tage udgangspunkt i den fænomenologiske analyse. Den fænomenologiske analyse er en analyse af den måde, forskellige personer oplever verden på. Den forholder sig ikke til om oplevelsen er rigtig eller forkert, men beskriver verdenen på den pågældendes egen præmisser. Den levede erfaring, eller livsverdenen, er således det primære begreb. Fænomenologiens hensigt er således at gøre den videnskabelige rationalitet og praksis forståelig og ikke at forklare mennesket ved hjælp af videnskab (Zahavi, 2004: 33)

Da hensigten med denne opgave ikke er at bestemme, hvad der er henholdsvis god og dårlig behandling, men at kigge på den oplevede kvalitet ud fra en given organisering, tænker jeg, at denne tilgang giver mening, da fokus så vil være på at tydeliggøre den interviewedes forståelse og oplevelse af kvalitet, frem for at fælde dom over ”rigtigt og forkert”.

Samtidig ønsker jeg at diskutere de interviewede personers oplevelser af kvaliteten i forhold til de vinde, der pt. blæser med stadig mere fokus på evidens og dokumentationskrav og særligt arbejdet ud fra, og med, kvalitetsstandarder. At jeg således kommer til at gå bag om de fortællinger og oplevelser den enkelte har og føre dem over i en samfunds- eller kravsmæssig kontekst, kan umiddelbart kollidere en smule med den fænomenologiske tilgang, hvis hensigt jo er en beskrivelse af den levede erfaring fri for fordomme og forforståelser. Hensigten vil dog netop være at bruge de interviewedes erfaringer og livsverden på området i diskussion således, at det stadig bliver med respekt for disse. Jeg vil således være opmærksom på ikke at overfortolke ved at tage udgangspunkt i det sagte og holde fast i ”den virkelige mening”, så de interviewede personers selvforståelse kommer med i processen (Kvale og Brinkmann, 2009: 230-240)

3.2 Empiri

Som nævnt i indledningen ønsker jeg med denne opgave at lave en mere kvalitativ undersøgelse af kvalitet i misbrugsbehandling, end det har været tilfældet med Becker et al's undersøgelse fra 2012. Det Empiriske materiale bygger således primært på interviews med henholdsvis ledere, behandlere og brugere fra de tre valgte kommuner.

Jeg har valgt at interviewe både ledere, behandlere og brugere, ud fra en hypotese om, at deres forskellige ”placeringer” gør, at deres anskuelser af kvalitet og arbejdet med dette vil have forskelligt fokus, ligesom deres billede af organiseringens rammer og betydning vil variere. Jeg finder det vigtigt at belyse alle tre vinkler, da de samlet kan være med til at give et billede af, hvad der er vigtig, når man snakker kvalitet i alkoholbehandling. Særligt tænker jeg at vinklen med at inddrage brugernes livsverden, i forhold til den oplevede kvalitet, kan give nye aspekter, idet kvalitetsstandarder typisk er lavet af professionelle ud fra deres antagelser om, hvordan man sikre kvalitet.

I forhold til interview af ledere valgte jeg disse ud fra, at det skulle være nogle ”nøglepersoner”, hvis arbejdsfunktion mest af alt skulle være det administrative og overordnede således, at de ikke var en direkte del af behandlingen. Ligeledes skulle de være ”placeret”, så de har været med i processen om, hvorfor man har valgt den organisering, man har. Dette da jeg ikke bare ønskede at få en beskrivelse af organisationen, men også få beskrevet tankerne bag den valgte organisering.

Kontakten til de tre ledere blev taget pr. telefon, hvor de blev præsenteret for opgaven – hvad det var jeg ønskede at undersøge, samt hvad det ville kræve af dem og deres medarbejdere. Ligeledes blev de gjort bekendt med, at jeg havde et ønske om at interviewe nogle af brugerne. De tre ledere der blev interviewet var fra Rebild Kommune Centerchef Anna Maria Holm, fra Jammerbugt Kommune Myndighedschef Preben Gram og fra Mariagerfjord Kommune Handicapchef Per Heidmann.

I Mariagerfjord og Jammerbugt Kommuner havde jeg ligeledes et ønske om at interviewe lederne på centrene, da det er dem der har det daglige ansvar, herunder også det faglige ansvar og arbejdet med kvalitetsstandarder etc. I Jammerbugt fik jeg interviewet leder Jens Bach Andersen, aftalen blev lavet dels pr. telefon og dels pr.mail – se nedenstående om kontakt til behandler.

I Mariagerfjord havde lederen ligeledes indvilget i, at stille op til interview, men trods flere forsøg, lykkedes det ikke at få lavet en aftale.

I forhold til behandlerne havde jeg som udgangspunkt et ønske om at interviewe alle behandlere. Ligeledes vægtede jeg, at de skulle have været ansat i behandlingen i en periode, der gjorde, at de havde en vis forståelse for hvordan organisering var i Kommunen og havde en oplevelse af, hvordan det fungerede i praksis. Dette bevirkede at jeg i Mariagerfjord kun fik interviewet 2 ud af tre (snart fire) behandlere, idet den tredje behandler var ansat i et vikariat, og kun havde været der i ca. 14 dage.

I Jammerbugt Kommune interviewede jeg en ud af normalt to behandlere. Der havde i en periode kun været en behandler, og man havde netop ansat en ny, der dog først skulle starte pr. 1. juli 2014.

I Rebild Kommune fik jeg interviewet alle fire behandlere. En af dem var næsten nyansat og havde således kun været der en måned. Han havde dog en del erfaring fra området fra tidligere jobs og Anne Marie Holm vurderede, at det ville være fint, at han også deltog, da han specifikt var ansat til at varetage ungeområdet. Som det fremgår af nedenstående, blev interviewet med behandlerne i Rebild foretaget samlet, hvorfor det fint kunne give mening han deltog.

Kontakten til behandlerne blev foranstaltet på forskellig vis. I Rebild Kommune var det via Anna Marie Holm, der havde præsenteret behandlerne for, at hun havde sagt ja til, at hun og de ville deltage i undersøgelsen. Aftalen om interview med behandlerne blev herefter lavet

umiddelbart efter, jeg havde interviewet Anne Marie Holm. Ud fra ønske fra behandlerne blev der lavet aftale om et samlet interview. Inden interviewet fremsendte jeg en mail, der redegjorde for, hvad det var jeg ønskede at snakke med dem om, samt det forventede tidsforbrug.

I Jammerbugt Kommune henviste Preben Gram til, at jeg skulle kontakte lederen af Behandlingscenter Nordenfjord (se afsnit 4.2) Jens Bach Andersen for at lave aftale med behandleren. Efter jeg havde snakket med Jens Bach Andersen og fortalt ham om opgavens formål og forventet tidsforbrug, blev jeg ringet op af den behandler, der er ansat til at arbejde med Jammerbugt Kommunes borgere. Han blev orienteret om, hvad det var jeg ville snakke med ham om, samt det forventede tidsforbrug, hvorefter der blev lavet aftale om interview.

I Mariagerfjord Kommune gik kontakten via Centerlederen, hvor jeg efter telefonisk kontakt sendte ham en mail der redegjorde for opgavens hensigt samt det forventede tidsforbrug for behandlerne. Jeg blev herefter ringet op af behandlerne, der ligeledes blev præsenteret for ovennævnte, og der blev lavet aftale om individuelle interview.

Jeg har gjort mig flere overvejelser om, hvordan jeg kunne få kontakt med brugerne. Da borgerne har krav på anonymitet, vil jeg ikke selv kunne rette henvendelse til dem. Da jeg lavede min metodeopgave, havde jeg en tanke om, at brugernes oplevelse skulle undersøges via spørgeskema. Dette ud fra en forhåbning om, at flere ville indvilge i, at svare på et spørgeskema end stille op til interview, og jeg således ville have et større sammenligningsgrundlag. Ud fra tidligere erfaringer ved jeg dog, at en stor del af denne gruppe, trods gode intentioner, ikke vil få returneret disse, eller vil have brug for hjælp til at udfylde dem.

På baggrund af ovenstående samt, at jeg har valgt den fænomenologiske analyse og tilgang, besluttede jeg, at jeg ligeledes ville lave interview med borgerne, på trods af, at det evt. ville betyde et mindre antal.

Det var dog stadig en etisk udfordring i, hvordan jeg fik kontakt med brugerne, og dette blev drøftet med ledelse og behandlere i de tre kommuner. I Rebild- og Mariagerfjord Kommuner skrev jeg et brev/invitation (bilag1), som, efter godkendelse fra ledelse og behandlere, blev uddelt til brugerne af behandlerne. Dette resulterede i to henvendelser fra brugere i Rebild Kommune, der kom ingen henvendelser fra brugere i Mariagerfjord Kommune. På institutionen hvor jeg er souschef, har vi en del borgere fra Mariagerfjord indskrevet. Ikke alle

har haft forløb på misbrugscenteret, men tre af dem havde, og jeg valgte at spørge to af dem, om de ville medvirke i undersøgelse, hvilket de sagde ja til. At jeg ikke spurgte den sidste skyldtes, at vedkommende på daværende tidspunkt var psykisk meget dårlig. Vedkommende hørte dog via de andre om undersøgelsen og henvendte sig selv, med et ønske om, at ville deltage.

I Jammerbugt Kommune valgte behandleren at formidle kontakten ved selv at spørge brugeren, dette resulterede i et interview.

Interviewende med ledere og behandlere foregik for alles vedkommende på arbejdspladsen. Brugerne fik selv lov at vælge, hvor det skulle finde sted. I Jammerbugt foregik det på Behandlingscenteret, brugerne fra Mariagerfjord interviewede jeg på institutionen, hvor jeg arbejder, da de havde ophold her, og brugerne fra Rebild ønskede, det skulle foregå hjemme ved dem.

Man kan således med rette påpege, at der ikke er en gennemgående systematik i indsamlingen af data, særligt omkring behandlerne, hvor der både er individuelle og gruppeinterview. Ved interview af enkeltperson sikrer man i højere grad, at det er dennes holdning og erfaringer der bliver svaret ud fra, man påvirkes ikke direkte af andre, men gengiver egen livsverden. Ved gruppeinterview kan der være risiko for, at man lader sig påvirke af de øvrige. Metoden har dog andre fordele, som at observere interaktionen omkring et fænomen, her kvalitet, og evt. give et billede af det interne samarbejde. Ligeledes kan gruppesamspillet gøre det lettere, at udtrykke synspunkter om følsomme, tabubelagte emner (Kvale og Brinkmann 2009: 170, 321-322, Bryman 2012: 512 -514). I interviewet med behandlerne fra Rebild var det dog ikke min opfattelse at de indrettede sig efter hinanden, men fik en diskussion om begrebet kvalitet og deres organisering. Den nyansatte medarbejder var dog, naturligt nok, ikke så meget på banen. I forhold til brugerne ligger der en forskel i, at jeg ved tre af dem havde indgående kendskab til deres "historie", ligesom de kender mig i en anden rolle end "intervieweren". Jeg oplevede det havde indvirkning på interviewene i den forstand, at det med de tre blev en mere koncentreret snak om deres oplevelse af kvalitet, hvad er vigtigt i behandling etc., hvor de øvrige brugere også havde brug for at fortælle mig noget om deres baggrund og historie. Der var dog stadig en god dialog om deres syn på kvalitet etc. I interviewene med brugerne havde jeg således stor fokus på den aftalte kontekst for interviewene, dette ud fra, at det ikke skulle få karakter af en

terapisession. Jeg havde således opmærksomhed på ikke at bruge teknikker fra det terapeutiske felt, som jeg normale operere i, da disse bliver etisk tvivlsomme, når de bruges til forsknings og kommercielle formål (Kvale og Brinkmann, 2009: 94-96).

Inden jeg påbegyndte interviewene, havde jeg på forhånd undersøgt de tre kommuners organisering, i form af organisationsdiagrammer, samt kigget på deres ydelseskataloger og kvalitetsstandarder. Ud fra dette havde jeg således dannet mig et billede af hvordan organiseringen i de tre kommuner er, ligesom mit forhåndskendskab til dem, gav mig et billede af dette.

Da jeg har valgt den fænomenologiske tilgang som analyse metode, har jeg ligeledes valgt denne som inspiration for mine interviews. Anvendelse af det fænomenologiske perspektiv i dataindsamlingen betyder ifølge Kvale og Brinkmann, at man har *”..et fokus på bevidstheden og livsverden, åbenhed over for interviewpersonens oplevelser, afgørende vægt på præcise beskrivelser, forsøg på at sætte forhåndsviden i parantens og en søgen efter invariante essentielle betydninger i beskrivelserne”* (Kvale, Brinkmann, 2009, s. 70) Alle interviews har således været semistrukturerede, da disse giver mulighed for at operere med åbne spørgsmål som gør, at man kan forfølge temaer etc. som den interviewede angiver (Vallgård et al, 2013, s. 193, Bryman 2009: 471). Åbne spørgsmål vil ofte være hv-spørgsmål, eks: Hvad er vigtigt for dig i behandlingen, og hvis svaret er: fleksibilitet, kan man forfølge temaet ved at spørge om eksempler på dette. Jeg har således gjort brug af interviewguides (bilag 2,3 og 4), der giver plads til dette, men som samtidig giver en vis sikkerhed for, at man kommer omkring de relevante emner, hvilket særligt kan være nyttigt for en ikke rutineret interviewer, som jeg må betegnes som (Kvale og Brinkmann,2009)

Inden selve interviewet startede, redegjorde jeg kort for opgavens hensigt, hvad interviewpersonens rolle ville være, samt at de ville blive anonymiseret i opgaven. For ledernes vedkommende her en afklaring af, om de og kommunen ønskede at være anonymiseret. Yderligere blev de spurgt om samtykke til at optage interviewet på diktafon, hvilket alle, med undtagelse af en enkelt bruger, indvilgede i. Her var jeg i stedet nødsaget til at tage skriftlige notater, hvilket naturligvis har gjort, at alt fra dette interview ikke er citeret ordret, men genskabt ud fra noter og hukommelse. Jeg gjorde dog det, at når brugere sagde noget, som jeg

tænkte var ekstra godt og vigtigt at få genskabt så korrekt som muligt, stoppede jeg op og sagde dette til brugeren, hvorefter jeg brugte tid på at skrive det direkte ned, nogle gange med hjælp til at rekonstruere fra brugeren, der fandt stor morskab i dette.

3.3 Transskribering

Med undtagelse af et enkelt interview blev de alle optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. Transskriberingen har jeg selv forestået. I forhold til transskriberingen pointerer Kvale og Brinkmann, at der ikke findes én måde, der kan betegnes som den rigtige. Man bør i stedet have fokus på, hvilken transskribering der kan være nyttig i forhold til undersøgelsen (Kvale og Brinkmann, 2009: 209). Da jeg i min analyse har fokus på informanternes livsverden, deres erfaringer og fortrolighed af organisering og dennes eventuelle betydning for kvalitet i behandling, har jeg valgt at lave transskriberingen ordret, med gengivelse af længere pauser etc. Dette med henblik på at sætte min egen forforståelse i parentes og forsøge at leve mig ind i den interviewedes livsverden (Vallgård et al., 2013: 182). Jeg har således også valgt at gennemlyttet interviewende endnu en gang, efter de var udskrevet.

3.4 Ethiske overvejelser

Jeg har gjort mig overvejelser om, hvorvidt der kan være etiske problemstillinger ved, at jeg vælger at lave undersøgelsen i henholdsvis Mariagerfjord, Jammerbugt og Rebild Kommuner. Dette ud fra at det er kommuner, jeg har samarbejdet med i forbindelse med, at de har haft borgere indskrevet på vores institution, og jeg derfor har en vis forforståelse af, hvordan de arbejder med alkoholbehandling, og hvordan jeg oplever kvaliteten af dette. Yderligere har vi på flere områder et tæt samarbejde med Mariagerfjord Kommune, hvilket beskrives nærmere under afsnit 4.1. Intentionen er dog at efterleve den overordnede regeletik ved at udvise ærlighed, retfærdighed og respekt for de implicerede partner (Kvale og Brinkmann, 2009: 85). Endvidere har vi i Blå Kors ønsker om, at kunne samarbejde med alle kommuner, og jeg har derfor ingen interesse i at fremhæve nogen frem for andre. Overordnet er hensigten med opgaven også, at sætte fokus på de forskelle der kan være i kvaliteten af behandlingen, som følge af forskellig organisering og ikke at hænge nogen ud for ikke at gøre det godt nok. Jeg vil her nævne, at der i to af interviewene blev nævnt emner, som de interviewede efterfølgende ikke ønskede jeg refererede til eller brugte i opgaven. Med reference til

regeletikken, valgte jeg at imødekomme dette ud fra respekt fra de interviewede. Dette på trods af, at det var et emne med stor relevans i forhold til opgavens problemstilling.

Der ligger ligeledes væsentlige etiske overvejelser i forhold til, at jeg vælger at undersøge tre specifikke kommuner. Da det ikke ville være af vigtig betydning for undersøgelsen, at udenforstående læsere har kendskab til hvilke kommuner, der er tale om, har de tre kommuner fået tilbud om, at blive anonymiseret i opgaven, hvilket ingen af dem dog har ønsket, og jeg har derfor valgt at sætte navn på dem.

Endelig har jeg haft overvejelser gående på, det dilemma der unægtelig ligger i at gå ind og bede personalet, her behandlerne, om at forholde sig til den måde, behandlingen er organiseret på i deres kommune, og hvad de ser, det betyder for kvaliteten af deres arbejde. For at imødegå dette har jeg inden interviewet gjort meget ude af at understrege, at denne undersøgelses hensigt ikke går på at hænge nogen ud, men at kigge på den oplevede kvalitet ud fra en given organisering samt, at undersøge hvilke udfordringer, der evt. kan være i forhold til at sikre kvaliteten i de enkelte kommuner også ud fra arbejdet med kvalitetsstandart etc.

Ligeledes har jeg forsøgt at understøtte en fortrolighed i interviewene med behandlerne og forebygge eventuelle negative konsekvenser for deltagerne ved at anonymisere disse ved udelukkende at referer til: en behandler siger... eller behandlerne. Jeg er dog opmærksom på, at det vil være svært at bevare anonymiteten internt i kommunen, da det er små kommuner og i en af dem, var der f.eks. kun en behandler tilknyttet, da interviewene fandt sted.

Brugerne er ligeledes søgt anonymiseret ved at referere til brugerne eller en bruger siger... Ligeledes har jeg her under interviewene haft en ekstra opmærksomhed på, ikke at spørge for meget ind, når de kom ind på deres personlige livshistorie. Dette ud fra, at de ikke bagefter skulle sidde med en følelse af at havde udleveret mere til en fremmed, end de egentlig havde lyst til (Kvale og Brinkmann 2009: 92).

I forhold til de interviewede ledere har jeg valgt at bruge deres rigtige navne. Dette ud fra at det er dem, der har taget stilling til, at de ikke ønskede kommunen anonymiseret, og alle har ligeledes givet udtryk for, at de heller ikke ønskede en personlig anonymisering, men stod ved det de havde sagt.

4. Organisering i de tre kommuner

Da grundlaget i opgaven er at diskutere den oplevede kvalitet ud fra organiseringen, vil jeg i dette afsnit præsentere de tre kommuners organisering. Jeg vil ligeledes redegøre for nogle af de overvejelser, der ligger bag, at man i den enkelte kommune har valgt den organisering man har. Endvidere vil jeg beskrive hvilke typer af behandling, der er tilbud om, hvilke metode arbejdes der ud fra etc. Herudover vil jeg komme ind på om og hvordan, der arbejdes med kvalitetsstandarder.

Som jeg tidligere har nævnt, er det fælles for de tre kommuner, at de først fra maj 2011 har hjemtaget behandlingen til kommunen, idet de frem til dette tidspunkt var en del af det fælles regionale behandlingstilbud. De tre kommuner har ligeledes til fælles, at de ”overtog” personalet fra det regionale tilbud.

4.1 Mariagerfjord Kommune

Misbrugscenteret i Mariagerfjord er en del af socialpsykiatrien i Mariagerfjord Kommune. Organisatorisk er enheden placeret i Voksen Handicapafdelingen med en tæt tilknytning til Børn og familie, Arbejdsmarked samt Ældre og Sundhed. Fysisk er misbrugscenteret og socialpsykiatri placeret i Hobro med selvstændig ledelse i form af en leder og en souschef, der har ledelsesansvar for både budget og faglighed, men med Voksen Handicapchefen som overordnet leder.

Behandlingen i misbrugscenteret foregår i et tæt samarbejde med kommunens specialrådgivning, der har visitationsretten i forhold til døgnbehandling og lignende tilbud. Specialrådgivningen, der ligeledes er under Voksen Handicap afdelingen, er bevidst placeret et andet sted end på misbrugscenteret ud fra en overvejelse om, at det ellers kan være sværere at træffe en beslutning om døgnbehandling, der udelukkende hviler på et fagligt grundlag. Der kræves ingen visitering i forhold til ambulantebehandling, folk kan her henvende sig direkte på Misbrugscenteret. Der er ingen deling af stof- og alkoholbehandlingen, som altså varetages samme sted og af de samme behandlere. Pt. er der ca. 75 i ambulantebehandling.

På misbrugscenteret er der 3 ansatte, der arbejder direkte med misbrugsbehandling. En af disse er uddannet psykolog og varetager, udover behandling, åbenrådgivning hvor der normalt laves en udredning, hvorefter borgeren får tildelt en behandler. Dette gøres dels ud fra pladshensyn, men også ud fra hvor den enkelte behandler er specialiseret. Den ene behandler

arbejde således primært med unge under 25. år. Yderligere har man pr. 1. august 2014 opnormeret med endnu en behandler på ungeområdet.

Der er tilbud om individuelt samtaleforløb med ca. 1 samtale ugentligt, der er ikke sat noget maks. antal samtaler på, det vurderes individuelt hvor længe folk har brug for at komme. Hver 3. måned drøftes sagen dog på personalemøde, hvor det vurderes, hvad behovet er. For folk der er i behandling i længere tid, vil der typisk være længere tid mellem samtalerne. En af behandlerne fortæller således om en af hans klienter, der startede i behandling for flere år siden, men som fortsat finder det nyttigt at komme ind til en samtale hver 3 måned.

Der findes ikke tilbud om intensivt dagbehandling eller gruppeforløb. Hvis der er personer, hvor det skønnes at være den rigtige løsning, er der lavet aftale med Blå Kors i Arden hvor folk er i døgnbehandling om, at man kan følge forløbet ambulant. Herudover er der tilbud om pårørendesamtaler, hvor den pårørende går ved en anden behandler end den, der er i behandling. Ligeledes er familie og pårørende velkomne til at deltage i samtaleforløbet, særligt opfordre man til, at en evt. ægtefælle deltager. Børn tilbydes også pårørendesamtaler, her har Mariagerfjord indgået aftale med TUBA⁷ og har samme med Blå Kors i Arden lavet et tilbud til de børn, der er yngre end TUBAs målgruppe. Her er familieafdelingen ligeledes inde over, idet målgruppen er under 18 år.

Overordnet arbejdes der ud fra tilværelsespsykologi, en tilgang man i forvejen benyttede i socialpsykiatrien, da denne blev slået sammen med misbrugsdelen. I behandlingssamtalerne fortæller behandlerne, at de bruger en del fra det kognitive, men at der er stor frihed til at arbejde eklektisk.

I forhold til overvejelserne bag organiseringen fortæller Handicapchef Per Heidmann at ønsket om, at hente behandlingen til kommune kom af, at der var stor utilfredshed med den varer, der blev leveret fra regionen. Det blev oplevet som uflexibelt og for besværligt for borgerne, så tanken bag at hente behandlingen hjem var at gøre det lettere tilgængeligt og mere fleksibelt for borgeren. Således har man da også set en stigning i antallet af borgere, der benytter tilbuddet. Hvor det i regionens tilbud var ca. 9 personer pr. behandler, er der nu ca. 25 personer pr. behandler.

⁷ TUBA er et terapeutisk rådgivningstilbud under Blå Kors Danmark, målrettet unge i alderen 14-35 år, der er vokset op i en familie med alkohol eller stofproblemer..

Om begrundelsen for at man valgte at lægge behandlingen sammen med socialpsykiatrien, siger Per Heidmann:

”Vi havde faktisk en del misbrugere inde, som både havde nogle psykiske problemstillinger og nogle misbrugsproblemer. Og det gik egentlig op for os, at forholdsvis mange, ikke alle, men forholdsvis mange, stadigvæk havde begge problemstillinger inde på livet. Det var selvfølgelig ikke godt at vide, hvad der kom først, men det var dybest set også ligegyldigt, vi prøvede i hvert fald at løse det sammen. Samtidig var det lidt irriterende, at vi havde oplevet, at når vi tidligere kom med en psykisk syg, der havde noget misbrug, sagde socialpsykiatrien, at I skal over i misbrugsdelen for vi kan ikke gøre noget, og når man så gik ned til misbrugsbehandlerne, sagde de – det er den psykiske del, der skal klares af først. Og hver gang var det jo borgeren, der kom i klemme. Så da vi i sin tid valgte at tage misbrugscenteret hjem fra regionen, var vi ikke i tvivl om det skulle ligge sammen med socialpsykiatrien, for det var der det hørte til”.

Overvejelserne bag organiseringen knytter således an til NPMs brugerfokus om effektivitet og fleksibilitet, da man ud fra erfaringer om noget der ikke fungerede forholder sig aktivt til hvad der skal til for at forbedre dette, særligt for at løfte effekten og den oplevede kvalitet for brugerne.

Tanken bag var altså, at et tæt samarbejde mellem socialpsykiatrien og misbrugscenteret ville lette mange ting for de brugere, der er dobbeltdiagnostiseret. Behandlerne fremhæver således også, at den tætte kontakt til eksempelvis støttekontaktpersonerne er med til at fremme en helhedsorienteret indsats.

Helhedssyn og nærhedsprincippet er således også nogle af de ting, Per Heidmann fremhæver som tanker bag organiseringen. Dette var også en af grundene til, at man valgte at samarbejde med Blå Kors og særligt de to Blå Kors institutioner, der i forvejen lå i Mariagerfjord Kommune. Udover de tidligere nævnte ting, har der været samarbejde omkring etablering af afrusningspladser, unge (15-23 år) døgnbehandling, samt værested. Sidstnævnte drives fælles af Blå Kors og Mariagerfjord Kommune.

Medarbejdere og ledelse har kendskab til KL's udspil til kvalitetsstandart, men det er ikke noget, der arbejdes konkret med. Da man hjemtog behandlingen, skelede man således ikke til denne, da man allerede havde en klar holdning til, hvordan man kunne lave et bedre tilbud.

Der er lavet en kvalitetsstandart, der følger de lovgivningsmæssige ting for området. Herudover beskriver den visitationskriterier og procedure, samt visioner og målsætning. Medarbejderne angiver, at de har kendskab til egen kvalitetsstandart, men at det ikke er noget, der arbejdes specifikt med.

4.2 Jammerbugt Kommune

Misbrugsdelen i Jammerbugt Kommune er placeret under social, sundhed og beskæftigelses afdelingen, der er delt i tre "underafdelinger" hvor misbrug ligger under Social Vakant og igen under Socialafdelingen – myndighed.

I forhold til varetagelsen af selve behandlingen, er Jammerbugt gået sammen med Læsø, Hjørring og Frederikshavn kommuner og har lavet fællesskabet "Behandlingscenter Nordenfjord".

Myndighedschef Preben Gram har det overordnede ansvar for misbrugsbehandlingen, men der er ansat en leder på Behandlingscenteret, der har ansvaret både administrativ og fagligt. I forhold til den faglige del, er der dog også ansat to psykologer i fællesskabet, der har behandlingsansvaret. Lederens primære funktion er således at koordinere mellem kommunerne og sørge for, at samarbejdet fungerer.

Endvidere findes der en styregruppe for Behandlingscenter Nordenfjord, bestående af repræsentanter for alle kommuner på leder- og direktør niveau. Styregruppen mødes 3-5 gange om året, og man kigger her på de mere overordnede emner som økonomi etc. Pt. er finansieringen aftalt, så man betaler ud fra antallet af borgere i kommunen. For Jammerbugt svarer det til 22% af de samlede udgifter. Centeret kører som en form for projekt, og der skal således evalueres på hvorvidt det skal fortsætte i 2015.

Behandlingscenter Nordenfjord ligger i Hjørring, men de to behandlere, der er ansat af Jammerbugt Kommune og udlånt til fællesskabet, kommer til Brovst 1-2 dage om ugen afhængigt af, hvor mange der er i behandling fra Jammerbugt. De øvrige dage arbejder de for de andre kommuner i behandlingsfællesskabet. Geografisk er det for nogle borgere i Jammerbugt Kommune nemmere at køre til Hjørring, hvorfor nogle af samtalerne finder sted der.

Personer der ønsker at komme i behandling for deres afhængighed, kan ikke møde direkte op i Behandlingscenter Nordenfjord, men skal visiteres fra de enkelte kommuner. I Jammerbugt sidder der to udredere, som man i første omgang skal henvende sig til. Herefter er der et visitationsmøde, hvor de to udredere mødes med Myndighedschef Preben Gram. Her tages der stilling til, hvorvidt det er et døgnophold eller et ambulantlyløb den enkelte skal tilbydes. Visitationsmøderne holdes en gang om ugen. Såfremt det er et ambulantlybud, sendes udredningen til kontoret i Hjørring, hvorefter borgeren får tildelt en af de to behandlere, der hører til Jammerbugt Kommune. Behandlingscenteret varetager både stof- og alkoholbehandling, og behandlerne varetager også begge dele. Pt. er der ca. 19 personer i ambulantlybehandling fra Jammerbugt Kommune.

Som nævnt i ovenstående er der to behandlere ansat, der varetager borgere fra Jammerbugt Kommune. I alt er der 5 behandlere og to psykologer ansat i behandlingsfællesskabet. Psykologerne laver udredninger for alle kommunerne, når dette skønnes nødvendigt. Herudover har man en ansat to opsøgende medarbejder på ungeområdet. Disse er ligeledes ansat af fællesskabet, men det er kun den ene, der arbejder i Jammerbugt Kommune.

Der er tilbyd om individuelt samtaleforløb, med ca. 1 samtale ugentligt. Til en start er forløbet på 12 samtaler, hvis det vurderes, der er brug for flere samtaler, skal behandleren lave en status, der tages med på visitationsmødet, der holdes i Jammerbugt Kommune hver uge.

For personer der har været i behandling i længere tid, vil der typiske være et længere interval mellem samtalerne.

Der er ikke tilbyd om gruppeforløb eller intensiv dagbehandling. Der er tilbyd om pårørende samtaler, disse varetages typisk af de to udredere. Herudover opfordrer behandlerne altid til, at den afhængige tager sin eventuelle ægtefælle med i forløbet. Der findes ikke tilbyd til børn i behandlingscenteret, her henviser man til TUBA, der findes i Hjørring og Frederikshavn kommuner.

I forhold til metode arbejder man ud fra den kognitive tilgang. Herudover angiver behandleren at der er meget fokus på motivation og den motiverende samtale. Den kognitive tilgang er den overordnede, men der er frihed til at anvende andre tilgange, hvis det giver mere mening.

I forhold til tankerne bag, at man har valgt at organisere behandlingen i et fællesskab med andre kommuner, siger Myndighedschef Preben Gram:

”Vi er glade for samarbejdet af den årsag, at jeg tænker vi er for små til at have vores eget, det ville være alt for sårbart. Jeg tror det vil være ekstremt svært at fastholde kvalificeret arbejdskraft til den opgave. Det er jo ikke sådan, at der ville kunne sidde en eller to behandlere fast, det er vi slet ikke nok til. Med den her ordning så bliver ressourcerne flyttet derhen, hvor der er behov for det”.

Jammerbugt har altså valgt denne organisering ud fra en forventning om, at deres kommune ikke har en størrelse, der gør, at de ville kunne løfte opgaven på tilfredsstillende vis. Dette ud fra et fokus på, at input, her i form af medarbejder ressourcer, ville kunne være på et niveau, så output vil kunne afstedkomme en tilfredsstillende outcomeeffekt. Den overordnede tanke bag organiseringen er således, at input og output skal være på plads, før man kan flytte fokus på outcome.

Preben Gram understreger at det har været vigtigt for dem, at det samtidig blev et lokalt tilbud, så borgerne ikke skulle ud på dagsrejser for at komme til behandlingsstedet. Dette har man løst ved, at de to behandlere er i Brovst 1-2 gange om ugen. At det er lykkedes at gøre tilbuddet lokalt, oplever Preben Gram understreges af, at tilgange til ambulans behandling er steget væsentligt, siden man har hjemtaget behandlingen fra regionen. Der blev således kun visiteret 3 personer til ambulansbehandling fra Jammerbugt Kommune, i en periode fra januar til maj, da det stadig var regionen, der varetog opgaven.

Preben Gram fortæller, at man har skelet til KL's udkast til kvalitet i behandling, samt at han kan se, at der er plads til forbedringer, bl.a. i forhold til arbejdet med familier.

Hver kommune i behandlingsfællesskabet har deres egen kvalitetsstandard. I Jammerbugt laver Preben Gram den med de to udredere, hvorefter de godkendes af socialudvalget.

Der findes ikke en fælles kvalitetsstandard for behandlingsfællesskabet, men den nye leder, der blev ansat i december 2013, har afholdt nogle temadage, hvor man bl.a. har arbejdet med værdigrundlag og visioner, at præcisere og nedskrive disse, for at få et fælles afsæt. I forhold til at lave en decideret kvalitetsstandard for Behandlingscenter Nordenfjord, forholder han sig dog afventende, idet han forventer, at udspillet fra det nye tilsyn i forhold til godkendelse af ambulansbehandling vil være meget detaljeret og nuanceret og ikke ønsker at ”opfinde” noget, der ikke passer med deres standard.

4.3 Rebild Kommune

Rebild Kommune adskiller sig fra de fleste andre kommuner ved ikke at have en forvaltningsstruktur, men en centerstruktur. Misbrugscenteret er placeret under Center Sundhed, der udover misbrugsbehandlingen, dækker et bredt spekter fra tandpleje til børn og unge, kostvejledning, sygeplejeklinik etc. Centerchef Anne Marie Holm har ledelses ansvar for misbrugscenteret i forhold til personale og budget. Det faglige ansvar varetages af en nyansat psykolog.

Misbrugscenteret har været placeret i sundhedscenteret i Støvring siden sommeren 2013. Før dette var det placeret i kompetencecenteret i Støvring.

Der er ingen visitering i forhold til den ambulante behandling, folk kan møde direkte op på misbrugscenteret. Der er ingen deling af stof- og alkoholbehandling, som varetages sammes sted og af de samme behandlere. Pt. er der ca. 70 i ambulante behandling. I dette er dog medregnet ca. 20-25 borgere fra andre kommuner, der pt. har ophold på omsorgshjem i Rebild Kommune og får substitutionsmedicin. Misbrugscenteret udskriver udelukkende substitutionsmedicin til disse, de kommer altså ikke til samtaler på centeret, hvorfor behandlerne betragter det reelle tal, af personer i ambulante behandling, som nærmere 50.

Der er 4 ansatte til at varetage misbrugsbehandlingen. En af disse er en nyoprettet stilling målrettet unge. Stillingen har dog mere karakter af opsøgende arbejde blandt de unge, hvor meget der reelt bliver behandling fremover er endnu ikke afklaret. Herudover er der ansat en psykolog i 6 timer. Psykologen er behandlingsansvarlig, han varetager ikke selv deciderede behandlingsforløb, men står for udredninger etc.

Udover behandlingssamtaler findes der to andre ydelser i misbrugscenteret, disse er skadesreduktion og socialsygepleje. Disse varetages også af behandlerne, og er tænkt som tilbud til personer, der ikke kan profitere af den normale kognitive tilgang. Skadesreduktionen sigter mod personer, hvor ædruelighed eller stoffrihed ikke er muligt eller borgeren, ikke ønsker dette. Ydelsen er af mere opsøgende karakter. Socialsygeplejens formål er at være brobygger og koordinator mellem udsatte borgere og sundhedssystemet, eksempelvis ved at hjælpe med kontakt til egen læge, kontakt til den udsatte ved indlæggelser etc.

Der er tilbud om individuelt samtaleforløb, med samtale ca. 1 gang ugentligt, som udgangspunkt er forløbet 10 samtaler. Vurderes det, at der er brug for flere samtaler, er det behandlerne der sammen med den behandlingsansvarlige psykolog afgør, om det skal fortsætte. Behandlerne fortæller, at de mest ser det som en faglig stoppen op, og tænker ikke, at det er

noget borgerne mærker noget til. De beskriver, at der er stor fleksibilitet, og har således også eksempler på borgere, der har været ædru i flere år, som kommer til samtaler hver 3. måned, lige for at have kontakten og følge op på, hvordan det går. Udgangspunktet for samtalerne er, at de foregår på sundhedscenteret, men der er også plads til, at de kan finde sted hjemme ved borgeren eller andre steder, hvor borgeren måtte ønske det. Behandlerne skønner, at ca. en fjerdedel af samtaler foregår uden for centeret.

Der findes ikke tilbud om intensiv dagbehandling eller gruppe forløb. Der er tilbud om pårørende samtaler, ligesom pårørende opfordres til at deltage i behandlingsforløbet. Rebild Kommune har ikke selv tilbud om børne/unge samtaler, men henviser til TUBA i Mariagerfjord eller Aalborg Kommuner.

Hvis der skal bevilliges døgnbehandling laver behandlerne en indstilling til visitatorerne, der er placeret under et andet center – familie- og handicap.

Overordnet arbejdes der ud fra den kognitive tilgang. Koncepter og manualer er videreført fra regionen. En af behandlerne begrundede dette med: ”....det er det vi har erfaring med, og så synes vi det fungerer”. Samtidig er der frihed til at anvende andre metoder eller tilgange, der hvor det skønnes nødvendigt.

Om overvejelserne bag organiseringen og det at man har valgt ikke at indgå samarbejde med andre kommuner eller private aktører, siger Centerchef Anne Marie Holm:

”Jamen vi var da også meget ydmyg overfor opgaven. Vi var jo selv nogen af dem, der plæderede for, at vi skulle have opgaven hjem, hvilket selvfølgelig var i en erkendelse af, at vi troede, vi kunne gøre det noget bedre, den der nærhed og kontakt til vores borgere”.

Tanken har altså meget været et ønske om, at få borgeren tættere på og kunne lave et mere fleksibelt tilbud. Fokus har således været på fleksibilitet, hvilket harmonerer fint med NPMs brugerfokus. Umiddelbart virker det ikke som om, man inden hjemtagelsen havde gjort sig overvejelser om hvor og særligt hvorfor, det ville være hensigtsmæssigt at placere misbrugsafdelingen. Det forekommer således, at der i Rebild har været en proces, hvor man har skullet finde ud af, hvordan tilbuddet skulle strikkes sammen. Så da man i sin tid hjemtog behandlingen, tog man ydelseskataloget fra regionen direkte med over og videreførte det i

kommunen, hvilket bl.a. betød, at man kom til at mangle ungebehandlingen, noget der dog nu er iværksat.

I Rebild Kommune har man arbejdet meget systematisk med KL's udkast til en kvalitetsstandard. Anne Marie Holm fortæller således, at man i januar 2013 gennemgik de anbefalinger, KL havde lavet, og holdt dem op mod det de havde. Dette var et led i en proces mod at finde mere fælles fodslag, og oplevelsen var, at de fleste ting kunne vinkles af, og der hvor der var mangler, forsøgte man at rettet til. Ligeledes har man, på et teammøde i misbrugscenteret, drøftet mulighed for at arbejde efter en kvalitetsstandard lavet af Akkreditering Danmark, noget der dog ikke umiddelbart var stemning for. Dette ud fra at man har arbejdet intenst med egen kvalitetsstandard, hvor to af behandlerne har siddet med i en arbejdsgruppe, der skulle udforme denne, her har man ligeledes arbejdet med ydelseskataloget. Behandlerne beskriver dette som en god og givtig proces og har oplevet, de er blevet hørt. Bl.a. er de to tidligere ydelser – socialsygepleje og skadesreduktion, blevet tilføjet efter ønske fra behandlerne. Der arbejdes fortsat med denne proces, og næste tiltag er en temadag i sensommeren, hvor man har hyret Deloitte til at forestå dagen, hvor der skal sættes fokus på hvem gør hvad, gør vi det vi siger vi gør etc.

5. Analyse

Analysen vil være delt i tre, hvor jeg i den første del vil analysere organiseringen i de tre kommuner ud fra organiseringstanken i NPM. I anden del vil jeg analysere den oplevede kvalitet i forhold til de fire kvalitetsperspektiver. Dette vil først være opdelt i ledelse, behandlere og brugernes oplevelser og erfaringer af kvalitet i alkoholbehandling, hvorefter det vil afsluttes med et afsnit, hvor disse holdes op mod hinanden.

Idet det jo er tre forskellige kommuner jeg har undersøgt, kan der således være afvigelser ved f.eks. lederens opfattelse af kvalitet ud fra de forskellige perspektiver. Der hvor dette er tilfældet, vil dette blive tydeliggjort ved at beskrive opfattelsen fra de enkelte kommuner. Næves det som noget samlet, eks. behandlernes oplevelse er..., er det fordi, der er sammenfald mellem det oplevede eller erfarede, på tværs af kommunerne. Slutteligt vil jeg forholde mig til hvilken indflydelse, organiseringen har på den oplevede kvalitet.

5.1 Organiseringen i de tre kommuner og New Public Management

De tre kommuner ønskede alle at hjemtage udførelsen af alkoholbehandlingen fra regionen ud fra en konstatering af, at tingene ikke fungerede og blev oplevet som meget bureaukratiske uden fokus på brugernes behov. Der er således sammenfald med brugerfokus i NMPs førsteordensbeslutning. Ligeledes er der stor vægt på at kunne yde et fleksibelt og differentieret tilbud med plads til afvigelser fra de udmeldte standarder eksempelvis antallet af samtaler. Forlængelsen af dette afhænger dog af, at behandlerne skønner, at der er et behov og ikke udelukkende, at brugerne angiver at have et behov. Behovet defineres ud fra de standarder der arbejdes ud fra, og man kan således sige, at organiseringen i førsteordensbeslutninger ikke har taget skridtet helt over NPM kassen, at man stadig arbejder ud fra specifikke standarder, der kræver en faglig begrundelse, hvis der skal differentieres for det. Ligeledes har man, som bruger, heller ikke inde for offentlig regi, mulighed for at tilkøbe det man efterspørger, hvilket naturligvis begrænses af det overordnede politiske besluttede om gratis velfærd og lighed for alle på området.

NPM har en forkærlighed for specialiserede organisationer, som leverer et begrænset antal ydelser. I de tre kommuner er misbrugsbehandlingen en del af større forvaltninger eller, i Rebild et center. I Mariagerfjord og Jammerbugt kommuner har man lavet misbrugscentre med egen ledelse, der har ansvar for personale og budget, mens det i Rebild Kommune ligger under Center Sundhed, hvor lederen har personale og budget ansvar for en bred vifte af tilbud. I Mariagerfjord har ledelsen dog også ansvar for socialpsykiatrien. I Mariagerfjord og Jammerbugt har man således i højere grad bevæget sig efter NMP "kassen" ved at praktisere selvstændige enheder med specifikt personaleansvar for misbrugsområdet.

De tre kommuners organisering bærer således præg af den generelle modernisering af den offentlige sektor. Der er både elementer fra den traditionelle offentlige forvaltning og fra NPM. Betydningen af dette, for den oplevede kvalitet, diskuteres i afsnit 5.6.

5.2 Den oplevede kvalitet fra ledelsesniveau

I forhold til standartperspektivet arbejdes der i de tre kommuner meget ud fra det, der er perspektivets hensigt, at bruge det som en form for forsikring eller tjekliste. Kvalitetsstandarderne for de tre kommuner er meget overordnet og tager udgangspunkt i lovgivningen på området. På spørgsmålet om hvordan der arbejdes med kvalitetsstandard, svarer alle lederne således, som noget af det første, at de overholder behandlingsgarantien på

14 dage. I Rebild Kommunen har man valgt at arbejde systematisk ud fra kvalitetsstandarter og har således senest for et år siden gennemgået KLs udspil på området. Anne Marie Holm siger om dette: *"...vi gik ind og holdt anbefalingerne op imod, det vi havde, og det var en rigtig god proces. Vi kunne faktisk vinkle det meste af og der hvor vi havde et hul, gik vi ind og rettede til. Målet er også, at vi får fælles fodslag, det tror jeg, er vigtig for, at man kan sikre kvaliteten"*. Standartperspektivet er altså, i Anne Marie Holms optik medvirkende til at sikre kvaliteten, da det kan give et fælles udgangspunkt. I Jammerbugt arbejdes der ikke systematiks med standarter kun på det meget overordnede plan og kun "internt" i Jammerbugt Kommune. I behandlingsfællesskabet, der er den udførende del af behandlingen for Jammerbugt, har der heller ikke været tradition for at arbejde specifikt med standarter. Pt. arbejder man dog med hvad, der kan minde om en kvalitetsstandart for stedet, idet man har brugt temadage på at definere værdigrundlag, visioner etc. Leder Jens Bach Andersen angiver det fælles udgangspunkt som grundlag for at arbejde med dette og ser altså også, at standarter via dette kan medvirke til at sikre kvaliteten. I forhold til at man i Jammerbugt "kun" arbejder overordnet med standarterne, anfører Preben Gram: *"..det er jo sådan, at der arbejdes ud fra en standart, men der er jo ikke to mennesker der er ens, og derfor vil man indimellem gøre tingene forskelligt. Det skal der også være plads til"*. Han anfægter altså her standartperspektivet og det Dahler-Larsen betegner som McDonaldiseringen. På samme måde forholder Per Heidmann sig til perspektivet og siger således: *"Vi har jo en kvalitetsstandart – det skal vi have, og jeg vil også men vi lever op til det vi skal. Men vi skal også huske, at der skal være plads til det, der virker for den enkelte"*.

Lederne har altså en fælles opfattelse af, at standartperspektivet er vigtigt i forhold til at sikre, man efterlever de ting, der kræves i forhold til lovgivning etc. Lederen i Rebild Kommunen ser endvidere, at arbejdet ud fra standartperspektivet kan højne den praktiske kvalitet, da den kan give et fælles udgangspunkt.

Lederne i de tre kommuner er enige om, at der ikke kun kan defineres en effekt som garant for kvalitet i alkoholbehandlingen. Kigger man på målsætningerne i deres kvalitetsstandarter, er de således formuleret med et bredt fokus, der hvis man indsnævre det lidt groft, handler om at øge den enkeltes livskvalitet. I forhold til at have fokus på outcome, som effektperspektivet er fortaler for, har alle leder et fokus på, at der skal skabes resultater, men også fokus på, at det kan være en langvarigproces, som de dog anser for nødvendig. Et eksempel herpå er, at alle tre

kommuner har opnormeret på ungeområdet. Alle ud fra en hypotese om, at kan vi nå dem her, vil det alt andet lige være nemmere at hjælpe dem end hvis, vi først får fat i dem, når de har været afhængige i mange år. Om dilemmaet i forhold til dette siger Per Heidmann: *"...når vi er inde i den form for indsats, går der måske 10-15 år før vi kan registrere, om det har nogen effekt, og det er jo et problem, at vi ikke har et umiddelbart outcome af den indsats vi laver.....hvis man tager politikerkasketten på, så tror jeg, alle er interesseret i, at vi laver en indsats, men problemet er, at vi ikke får en effekt med så kort perspektiv, som de 3-4 år politikerne sidder"*.

Problemet med at dokumentere de "bløde" ydelser, er netop en af Shore og Wrights anker. Her har indsatsen, som Per Heidmann beskriver, karakter af at være forebyggende. Bagga Bjerge påpeger ligeledes vanskeligheden ved at skulle dokumentere effekten af forebyggende foranstaltninger, da langtidseffekter er svære at vurdere. Disse risikerer derfor at miste deres legitimitet særligt i forhold til det politiske system. (Bjerge 2008: 172-177). Per Heidmanns bekymring trækker således referencer til perspektivet om, at opnå fastsatte politiske mål, som jeg dog tidligere har begrundet, jeg har været nødt til at fravælge. Når jeg alligevel vælger at nævne det her, er det for at tydeliggøre, at det selvfølgelig også er et perspektiv med stor relevans og betydning for den oplevede kvalitet.

Lederne har fokus på effekt, men i høj grad også på proces og output, hvilket netop er effektstandartens anke mod det offentlige, at der er for stort et fokus på disse ting. Der er dog basis for at konkludere, at lederne har fokus på, at der skal være et outcome, men at dette i nogle tilfælde, ikke er direkte målbar og i forhold til alkoholbehandlingen, ikke blot kan defineres som ædruelighed. Eksempelvis anerkender alle lederne således harmreduktion som et outcome af alkoholbehandlingen.

Som jeg allerede har været inde på i afsnit 5.1, har alle ledere brugerønske for øje, mest ud fra at tilbuddet skal være let tilgængeligt, men også i kraft af at der skal være plads til individuelle hensyn, dette både i forhold til tilgængelighed og valg af brugte metoder.

Kvalitet defineret ud fra et organisatorisk system, hænger for mig meget sammen med standartperspektivet. I hvert fald kræver det, at man arbejder ud fra en standart for, at kunne få en certificering på området. Det er således ikke underligt, at ingen af lederne ser dette som en forudsætning for højnelse af kvaliteten, da der ikke er fokus på arbejde ud fra en standart. Rebild Kommune er til dels en undtagelse for dette, idet de praktiserer en form for internt audit og ser dette som en højnelse af kvaliteten, men har intet ønske om eksternt audit. I forhold til

dette har lederne en fælles holdning, der hedder: ”kommer det, så kommer det. Det er ikke noget, vi selv vil investere tid eller penge i”.

Ledernes oplevelse af kvalitet har således primært udspring i perspektivet om brugerønske og effektperspektivet, hvor det dog understreges, at der er mange aspekter af effekt samt, at der skal være plads til fokus på output og en, indimellem, længerevarende proces. Endvidere anser de kvalitet ud fra standartperspektivet som nødvendigt i forhold til at sikre lovmæssige krav. Lederen i Rebild ser det endvidere som nyttigt i forhold til at sikre et fælles udgangspunkt.

5.3 Den oplevede kvalitet fra behandlerniveau

Alle behandlerne angiver det som vigtig, at der findes standarder man arbejder ud fra i forhold til alkoholbehandling, da de mener, det er medvirkende til at sikre et minimum af faglighed på området, som en af behandlere siger: ”...*det er ikke længere nok at have et godt hjerte, du skal også have et godt hoved og en stor faglighed*”. Behandlerne klandrer således området for tidligere at have for lidt fokus og krav på faglighed og finder KL’s standart vigtig og brugbar. Dette gør sig også gældende for de behandlere, der arbejder i de to kommuner, der ikke arbejder systematisk med kvalitetsstandarder. Samtidig ligger behandlerne stor vægt på at kunne arbejde fleksibelt, også i forhold til tilgang/metode, og tilslutter sig således kritikken om, at standartperspektivet kan være begrænsende for kvaliteten, hvis den ikke levner plads til afvigelser.

Alle behandlere har et ønske om at hjælpe borgerne til at opnå deres målsætning, hvad enten det er afholdenhed eller reduktion af alkoholforbrug og ud fra dette, anskuer de altså også kvalitet ud fra, at behandlingen skal gøre en forskel. Samtidig nævner alle behandlere relationen til borgeren som det vigtigste i forhold til kvalitet i behandlingen og tillægger således outputdelen og den professionelle intuition stor betydning, hvilket der ikke er plads til, hvis man udelukkende agerer efter effektperspektivet.

Når behandlerne nævner relationen som det vigtigste i forhold til kvaliteten, anskuer de naturligt også kvalitet defineret ud fra brugerønske, da det at lytte til den enkelte er essentielt i forhold til at opbygge en god relation. Alle behandlerne nævner således også fleksibiliteten i forhold til at møde den enkelte og dennes behov som essentielt i forhold til at kunne snakke om kvalitet. Behandlerne har således et stort ønske om at inddrage brugerne mest muligt i eget forløb, da de oplever dette som værende vigtigt og givtigt for relationen og dermed kvaliteten.

Ingen af behandlerne har erfaringer med et andet organisatorisk system, der holder øje med kvaliteten og er delte i deres opfattelse af, hvad det vil have af betydning for kvaliteten. Behandlerne i Rebild er til dels positive ud fra deres egne erfaringer med systemisk arbejde efter standarder, men anser faktisk det interne som værende nok og kan umiddelbart have svært ved at se, kvaliteten vil blive højnet ved, at nogen udefra skulle gennemføre en auditproces. På det punkt er alle behandlerne enige og kan have en "frygt" for, at det vil medføre for meget arbejde "væk fra" brugeren og således efter deres opfattelse forringe kvaliteten.

5.4 Den oplevede kvalitet fra brugerniveau

Fælles for brugerne er, at de definerer tre konkrete ting, der er vigtigt for dem for, at man kan snakke om kvalitet. Det skal være nemt og hurtigt at komme i behandling, ud fra deres perspektiv skal man således helst kunne starte forløbet samme dag, som man henvender sig. Herudover nævner de tillid til behandleren som altafgørende, og endeligt vægter de behandling tilpasset den enkelte, samt indflydelse på eget forløb, højt. Der er således et naturligt perspektiv om, at kvalitet defineres ud fra et brugerønske og knap så meget ud fra de andre perspektiver. Ønsket om hurtig behandlingsopstart kan man sige sikres af de tre kommuners kvalitetsstandarder, der alle har anført opfyldelse af behandlingsgarantien på 14 dage som en målsætning. Ellers anser ingen af brugerne arbejdet ud fra standarder som et must i forhold til kvaliteten og kan, i forhold til de metodeangivende standarder, nærmest virke lidt overbærende, hvilket en af brugerne beskriver på følgende måde: *"Hvis jeg først har fået tillid til folk, kan de gøre hvad som helst, så er det helt ok at hun(behaviorer) tegner cirkler og sådan, det morer jeg mig lidt over. Men det vigtige for mig er at blive mødt og kunne snakke godt med dem.* En anden brugere siger om kvalitetsstandarder og krav om dokumentation: *"...hvis de synes det er godt nok så..., jeg kan nu godt tænke at de til sidst ikke har tid til at snakke med os"* Den sammen bruger anfægter også standartperspektivet med følgende kommentar: *"..det kan godt være vi drikker de samme øl, men derfor er vi jo forskellige, man kan ikke bare gøre os til en standart"*. I dette ligger altså en bekymring for, at det fleksible og individuelle vil forsvinde i arbejdet ud fra standarder.

I forhold til effektperspektivet er der ingen af de interviewede bruger, der har fokus på dette. Alle de interviewede har gået i behandling i flere år og har også haft slip og tilbagefald. Ingen anfører dog, at dette skulle være ensbetydende med, at kvaliteten af behandlingen så er dårlig, men fremhæver i stedet fleksibiliteten i systemet, da man får hjælp til at komme op igen.

5.5 Sammenfatning af ledelses-, behandler og brugerniveau.

Som det fremgår af ovenstående, er der umiddelbart en mere positiv stemning i forhold til at arbejde systematisk med kvalitetsstandarter ved behandlerne end ved lederne, dette ud fra at behandlerne ser det som en sikring af fagligheden på området. Sigtet med bl.a. KLS udspil for området har således også været et generelt kvalitetsløft, samt at sikre en vis form for ensartethed på området. Inddrager man brugernes vinkler i forhold til kvalitetsstandarter, finder de det til dels relevant i forhold til at sikre ting som behandling inden for 14 dage, mens de på den anden side også har en bekymring for, at det vil fjerne det individuelle fokus og tage tid fra den direkte behandling. Dette er ligeledes nogen af de ting Shore og Wright (Shore & Wriqth, 1999: 557-575) anfører i deres kritik af auditkulturen, hvor de angiver en bekymring for, at man med auditkulturen fjerner tilliden og autonomien, ting der af både ledere, behandlere og brugere i denne undersøgelses anses som vigtige i forhold til kvaliteten. Ligeledes ser Shore og Wright en risiko for, at auditkulturen afvikler de ting, der ikke kan måles, vejes og dokumenteres, hvilket f.eks. kunne være relationen, der af både behandlere og brugere nævnes som være afgørende i forhold til oplevelsen af kvalitet. Lægeforeningens undersøgelse fra 2012 (Becker et al. 2012), er et eksempel på dette, da de udelukkende vurderer kvaliteten i kommunerne ud fra om de opfylder målbare ting, i forhold til tidligere udsendt rådgivningsmateriale (Becker et al. 2008). Dahler-Larsens kritik på standartperspektivet går således også på, at der ikke er plads til afvigelser, samt at man med ”McDonaldiseringen” fjerner de individuelle hensyn. Lederne i Mariagerfjord og Jammerbugt nævner det individuelle hensyn, som en af grundene til, at der ikke er mere fokus på standartperspektivet og angiver, at der bør være plads til afvigelser. Arbejdet med kvalitetsstandarter skaber således et dilemma, da de på den ene side kan være med til at sikre nogle minimums krav, som både brugere, behandlere og ledere finder vigtigt, i forhold til den oplevede kvalitet. På den anden side levner de ikke plads til individuelle hensyn, ligesom de ikke forholder sig til ikke målbare ting, som eksempelvis relationen. I Rebild kommunen, hvor der arbejdes mere systematisk med kvalitetsstandarter, angiver man dog også at have fokus på de individuelle hensyn, hvilket bekræftes af de interviewede borgere. Man kan således antage, at det ene ikke behøve at udelukke det andet, samt, at fokus bør lægges på hvordan kvalitetsstandarten implementeres i arbejdet. Endvidere kan man vælge at kigge på nogle af de private organisationer, der laver certificeringer på det social område og har lykket med at inddrage nogle af de ”blødere” værdier i standarterne, hvilket bl.a. gør, at der gives plads til afvigelser, hvis der kan gives

faglige og saglige begrundelser herfor. Med de blødeværdier sigtes til det, der kan være svært at måle på. Nogle af de private auditaktører har forsøgt at imødekomme dette ved, at der i standarderne også er fokus på, den oplevede brugerinddragelse og indflydelse, og som nævnt er der plads til afvigelser, hvis man eks. fagligt kan begrunde, at det at skulle efterleve, et bestemt kriterium i standarden vil have negativ indflydelse i forhold til den brugergruppe, man arbejder med. Der lægges således også vægt på den refleksion og kritiske forholden sig til, om et givent kriterium i standarden er fremmede for kvaliteten og ikke kun på standarden som et måleinstrument.⁸ Kritikere vil så nok påpege, at noget af sammenligningsgrundlaget forsvinder, og man derfor ikke kan bruge standarderne som kvalitetsbarometer.

Som Shore og Wrigth også påpeger, er arbejdet med standarder tidskrævende, og man bør hele tiden opveje, om det giver mening ind i organisationen. De påpeger således også, at man ved audit fra ekstern organisation risikere, at have sigte på at tilfredsstille denne og dermed glemmer at have fokus på brugertilfredsstillelsen. Som nævnt i ovenstående, kan man i kvalitetsstandarter også vælge at have fokus på brugerinddragelse og tager man udgangspunkt i organiseringstanken fra NPM, vil det være naturligt at inddrage dette.

Ud fra min empiri kan man således få den antagelse, at bekymringerne i forhold til at arbejde ud fra kvalitetsstandarter mere eksistere på det teoretiske plan end i praksis, hvor hverken brugere eller behandlere ser dem som forstyrrende i forhold til den oplevede kvalitet. Jeg anser dog stadig den teoretiske diskussion som vigtig, da den er med til at sikre et fokus på, at arbejdet efter standarder ikke bliver en direkte overførsel af tænkningen fra den finansielle sektor, men skal tilpasses, så den også giver mening i praksis. Ligeledes nævner Dahler-Larsen, at man bør have fokus på flere perspektiver i sin kvalitetssikringsstrategi for på den måde at imødegå nogle af de risici, der befinder sig i det enkelte perspektiv (Dahler-Larsen, 2008:155).

5.6 Organiseringens betydning for den oplevede kvalitet

I indledningen angav jeg, at vi (Blå Kors i Arden) ofte oplever, at brugerne kan blive kasteboldt mellem to afdelinger, når der f.eks. skal bevilges støttekontaktperson eller bostøtte. Vi har antaget, at dette havde grund i organiseringen og kassetækning ud fra, hvem der skulle lave bevillingen. Ingen af de interviewede brugere har fundet dette problematisk, idet de alle oplever stor fleksibilitet og fokus på individuelle behov. Behandlerne i Mariagerfjord påpeger

⁸ Viden om dette kommer fra mit kendskab til Akkreditering Danmarks måde at arbejde på.

dog, at de ser det som en væsentlig opkvalificering, at de nu er sammenlagt med socialpsykiatrien, da der således er et direkte samarbejde om brugeren. I Jammerbugt og Rebild Kommuner angiver behandlerne dette samarbejde som ok, men med plads til forbedringer, uden dog at kunne give konkrete eksempler på, hvor det ikke fungerer. Samtidig peger de på, at det til dels opvejes af, at der i organiseringen er stor grad af frihed med brugerperspektiv for øje. En af behandlerne fra Rebild angiver dog også et faremoment i forhold til dette og siger: *"Jeg kan godt se, at vores frihed gør, at vi kan køre vores eget løb og det kan jeg godt se, nogen gange kan være en hæmsko også. 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, vi har en opmærksomhed på det, og det er også, der jeg tænker, det er godt, vi bruger tid på at arbejde med vores kvalitetsstandard"*. I lighed med Alf-Håvard Dahl (Busch et al. 2001: 206-209) påpeger vedkommende altså, at man ikke ukritisk kan have brugertilfredsheden for øje, men også bør inddrage andre kvalitetsbegreber i en organisering, her ved at gøre brug af ledelsesværktøjer, som kvalitetsstandarten også er.

Rebild kommune adskiller sig fra de andre ved ikke at have en decideret faglig ansvarlig leder. Behandlerne angiver at dette kan være problematisk i forhold til sparring etc. men understreger også, at deres leder anerkender, at det er behandlerne, der har den faglige ekspertise, hvorfor de altid bliver inddraget, når der skal træffes beslutninger, og de oplever således ikke, at det får direkte betydning for kvaliteten.

I interviewene med behandlerne har jeg spurgt ind til, om de oplever begrænsninger i forhold til, at de er forholdsvis små enheder. Alle peger her på, at det kunne være godt at tilbyde intensivt dagbehandling og gruppeforløb. I Mariagerfjord har behandlerne dog mulighed for at henvise til dette via Blå Kors i Arden, men de anfører alligevel, at der ville være fordele ved at have det på centeret. Dette er dog ikke noget, brugerne generelt efterlyser. Der er således kun en enkelt, der peger på, at det er en mangel. Generelt angiver brugerne ikke noget, de synes skal gøres anderledes.

I de tre kommuner varetager misbrugsbehandlerne en bred vifte af opgaver, hvoraf nogen har mere karakter af støttekontaktpersonsopgaver. En bruger fortæller således om, at hans behandler har hjulpet ham med at få overblik over nogle papirer og regninger. En anden at behandler tog med ham ud for at købe ind, da han i en periode ikke kunne overskue dette. Dette har været gældende for alle kommuner. Holder man dette op imod NPMs organiseringstanke om specialisering, kan man her anfægte, om behandlernes tid kunne være

brugt bedre på deciderede behandlingssamtaler, mens en støttekontaktperson havde taget sig af det andet. Her har de tre kommuner således valgt at holde fast i den mere traditionelle helhedsorienteret tilgang end NPM's specialiserende. Dette harmonerer imidlertid godt med det faktum, at man i de tre kommuner vægter perspektivet om brugerønske højt og de adspurgte brugere peger på individuelle løsninger og fleksibilitet som kvalitetsparametre.

Kigger man yderligere på NPM's organisationsteori om specialisering, har de tre kommuner i undersøgelsen valgt at stof- og alkoholbehandling varetages af de samme behandlere og har altså ikke en specialisering eller opdeling af dette, som stadig ses andre steder. Sammenlægningen forklares af lederne udelukkende ud fra, at man i størrelse ikke er store nok til at opdele det. Hverken brugere eller behandlere angiver dog, at dette skulle have nogen betydning for den oplevede kvalitet.

6. Konklusion og perspektivering

Hensigten med denne opgave var at undersøge organiseringens betydning for kvalitet i den ambulante alkoholbehandling. Dette dels ud fra egne praksis erfaringer gående på, at der var væsentlige forskelle i de tilbud, der var i de enkelte kommuner og en hypotese om, at dette kunne hænge sammen med måden, man har valgt at organisere alkoholbehandling på. De tre undersøgte kommuner har overordnet valgt at organisere sig meget forskelligt, men det kan konkluderes, at det ikke har nogen særlig betydning for hvordan behandlingen udføres i praksis, og heller ikke for den oplevede kvalitet af henholdsvis ledere, behandlere og brugere.

I forhold til den oplevede kvalitet, vægter både ledere, behandlere og brugere perspektivet om brugerønske højt, og der er ligeledes enighed om, at fleksibilitet og individuelle løsninger er grundstenen for kvalitet i behandlingen. Netop den høje grad af fleksibilitet og frihed til at behandlerne kan lave individuelle løsninger, tænker jeg, meget vel kan være grunden til at, der trods væsentlige forskelle i organiseringen, ikke ses de store forskelle på behandlingen i praksis. Samtidig arbejder man alle steder ud fra samme metode (den kognitive), hvorfor tilgange også bliver den samme, hvilket igen har betydning for den praktiserede behandling.

Opgaven har ligeledes haft til hensigt at undersøge hvordan arbejdet med kvalitetsstandarder og andre værktøjer, der sammen med NPM, har haft deres indtog i den offentlige sektor, opleves ved særligt ledere og behandler samt til dels ved brugerne.

Ingen af de undersøgte kommuner har en lang tradition for at arbejde systematisk ud fra kvalitetsstandarder. Rebild Kommune har som den eneste for nyligt taget hul på dette. Ingen af kommunerne har erfaring med audit fra ekstern organisation og forholder sig afventede i forhold til udspil fra socialstyrelsen og tilsyn på området. De oplevede erfaringer, i forhold til dette, bygger således på et spinkelt grundlag, men kvalitetsstandarder og KLS udspil på området, fremhæves af behandlerne som vigtige i forhold til at sikre fagligheden på området, noget de alle understreger også har væsentlig betydning for at sikre kvaliteten. Behandlerne havde således kun en mindre bekymring for, at arbejdet efter standarder ville stjæle for meget tid eller fjerne muligheden for individuelle løsninger. Som nævnt i analysen er der ved de private organisationer, der udfører audit på det socialområde, allerede fokus på dette, og de søger således at sikre, at arbejdet med kvalitetsstandarder også har praksisrelevans. Det kan således konkluderes, at behandlerne er åbne for, at arbejde mere systematisk med kvalitetsstandarder, når blot der tages højde for, at de også giver mening ind i en praksis, hvor fleksibilitet og individualitet vægtes højt. Man kan således have Tom Andersens⁹ ord om at: ”Man kan ikke lave døde beskrivelser af levende mennesker” i mente, ligesom man bør holde sig brugernes ønske for øje, hvis man vil lave en indsats, der er betydningsfuld.

En sammenfatning af konklusioner i forhold til hvad der var opgavens sigte at undersøge, vil således være, at forskelle i organiseringen ikke har betydning for den oplevede kvalitet, samt at kvalitetsstandarder og lignende værktøjer har deres berettigelse, hvis de tager højde for, at der skal være plads til fagligt begrundende afvigelser.

Denne undersøgelse bygger på et spinkelt grundlag, da jeg kun har sammenlignet organiseringen i tre kommuner. Man kan således anfægte om konklusionen i forhold til den oplevede kvalitet ved ledere, behandlere og brugere, kan være repræsentativ i forhold til den samlede alkoholbehandling. Eksempelvis har jeg kun snakket med i alt 6 brugere fra de tre kommuner, hvor det ville have været ønskeligt at have et større sammenligningsgrundlag, der evt. kunne have tilført undersøgelsen flere nuancer. Ligeledes kunne man med fordel have undersøgt lidt flere kommuner, og som jeg nævner i metodeafsnittet, tænker jeg også det ville have været relevant for undersøgelsen at undersøge en af de store kommuner som f.eks. Århus. Dette vil være interessant, da man her har en organisering, der er anderledes bl.a. ud fra, at der

⁹ Tom Andersen var opfinder af reflekterende processor inden for den systemiske terapi.

er et helt andet antal personaleressourcer tilstede. Der er således en anden form for specialisering så der eksempelvis er behandlere, der udelukkende arbejder med stofbehandling og andre udelukkende med alkoholbehandling. Ligeledes er der ressourcer, der udelukkende arbejder med fokus på den faglige kvalitet, hvad sker der på området etc. Således har man i alkoholbehandlingen i Århus brugt lang tid på at undersøge og implementere NICE-guideline. NICE-guidelines har fokus på effektivisering og kvalitetsudvikling, og behandlingen er tidsafgrænset med større vægt på gruppebehandling og fokus på fasebehandling. Jeg tænker derfor, det vil være spændende, at undersøge hvordan kvaliteten opleves af henholdsvis ledere, behandlere og brugere i en kommune, der tilsyneladende arbejder efter et helt andet kvalitetsperspektiv, end kommunerne i denne undersøgelse. Ligesom det også vil være vigtigt at undersøge kvaliteten i de små kommunerne i forhold til de store.

Sundhedsstyrelsen har pt. nedsat en arbejdsgruppe, der arbejder med nye retningslinjer for kvalitet i alkoholbehandlingen. Jeg ved, fra en af deltager i denne gruppe, at der her er stor fokus på NICE-guideline, da gruppen anser det som en af de mest undersøgte og evidensbaserede metoder.

Som jeg tidligere har nævnt afventer man pt. det nye tilsyns udspil i forhold til den ambulantebehandling. Hvis det kommer til at ligne tilsynsstandarterne fra området for botilbud, bliver det meget omfattende og vil have karakter af en auditfunktion. Fremadrettet vil jeg mene, det er vigtigt at have fokus på, hvad det der kan ligne en yderligere ”stramning” i forhold til at arbejde efter standarter (tilsyn og NICE-guidelines). Dels i forhold til hvad det betyder for kvaliteten, ikke kun den der kan måles, men også den oplevede. Og ligeledes hvordan dette kan implementeres i de mindre kommuner, da det, alt andet lige, kræver, der er personaleressourcer, der hele tiden ”holder øje” med dette. Ressourcer der kan være sværere at finde i de små kommuner.

Litteraturliste

Bjerge, B., 2005. Empowerment og brugerinddragelse i praksis: Mellem forestillinger og det muliges kunst. Aarhus universitet: Center for Rusmiddelforskning

Bjerge, B., 2008. Mellem vision og praksis: Strukturreformen, rusmiddelbureaukrati og new public management. Københavns Universitet: Sociologisk Institut

Becker, U., Hansen, A.B.G., Kloster, S., & Tolstrup, J.S., 2012. Alkoholbehandling i Kommunerne. Lægeforeningen

Becker, U. & Barfod, S., 2009. Alkoholbehandlingen i kommunerne. Lægeforeningen

Becker, U., Bygholm, H., Broholm, K., Nielsen, S.A. & Nielsen, P., 2008. Kvalitet i alkoholbehandlingen. Sundhedsstyrelsen

Bryman, A., 2012. Social research methods. New York. Oxford University Press

Christiansen, L.M., 2002. Den offentlige sektor på kontakt. Ejersbo, N., & Greve, C., ed. Kontrakter og kvalitet. Børsens Forlag A/S, s. 139 – 155.

Dahl, AH., 2001 Modernisering av offentlig sektor. Busch, T., Johnsen, E. Klausen, K.K., Vanebo, J.O., ed. Design for markedsorientering. Oslo. Universitetsforlaget. S. 201 – 209.

Dahler-Larsen, P., 2009., Kvalitetens beskaffenhed. Syddansk Universitetsforlag

Greve, C., 2002. New Public Management. Nordisk Administrativt Tidsskrift. S. 74-90

Greve. C., 2002. New Public Management. København. Nordic Cultural Institute. S. 1-9

Hood, C., 1991. A Public management for all seasons? Public Administration. Volume 69, Royal Institute of Public Administration. S.3-19

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2005. Kommunalreformen – kort fortalt

Jöhncke, S., 2010. Behandlingsbegrebet – klar til skrot? Stof 16 S. 4-9.

Kommunernes Landsforening. 2009. Kvalitet og organisering – et inspirationskatalog til misbrugsbehandling.

Kvale, S., Brinkmann, S., 2009. Interview – introduktion til et håndværk. København. Hans Reitzels Forlag

Ludvigsen, K.B, Thylstrup, B. 2010. Hvorfor er opkvalificering af behandling ikke så enkel, som det lyder?. Stof 16. S.12-16

Pedersen, M.U., Vind, L., Milter, M., Grønbæk, M., 2004. Alkoholbehandlingen i Danmark Sammenlignet med Sverige. København: Center for Rusmiddelforskning og Center for alkoholforskning.

Shore, C., Wright, S., 1999. Neo-Liberalism in British Higher Education. Audit Culture and anthropology: Neo-liberalism in British higher education, Royal Anthropological Institute, vol 5. S. 557 – 575.

Sørensen, M., 2009. Den sociale stofmisbrugsbehandling – kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder. Del 4. København. Servicestyrelsen og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Sørensen, M., Skov, D., Ellersgaard, C.H., Larsen, A.G., Stamer, N.B., 2009. Den sociale stofmisbrugsbehandling – Brugernes og de pårørendes perspektiv. Del 2. København. Servicestyrelsen og Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Thylstrup, B., 2012. God social misbrugsbehandling – hvad virker og hvad kan der gøres. Kommunernes Landsforening.

Vallgård, S., Kock, L., 2007. Forskningsmetoder i folkesunhedsvidevidenskab. København. Munksgaard.

Vanebo, J.O., 2001. Modernisering av offentlig sektor. Busch, T., Johnsen, E. Klausen, K.K., Vanebo, J.O., ed. NPM, ledelse og organisering. Oslo. Universitetsforlaget. S. 168-184.

Zahavi, D., 2003. Fænomenologi. Roskilde universitetsforlag.

Resume:

Strukturreformen i 2007 betød bl.a. at kommunerne overtog ansvaret for stof- og alkoholbehandlingen. Der er store forskelle i hvordan kommunerne har valgt at gribe dette an. Med strukturreformen kom der endvidere fokus på kvalitet på området, med indførelse af krav om arbejde ud fra kvalitetsstandarder etc.

Denne opgave udspringer således af en interesse for hvordan kommunerne har valgt at organisere sig, hvilke tanker der er bag denne organisering, samt hvad det har af betydning for kvaliteten. Opgavens problemformulering er således:

Hvilken betydning har organiseringen af den kommunale alkoholbehandling for kvaliteten i ambulans behandling?

Endvidere vil der i opgaven være fokus på hvad de øgede krav om arbejde ud fra kvalitetsstandarder etc., har af betydning for den oplevede kvalitet.

Undersøgelsen tager sit afsæt i tre kommuner – Mariagerfjord, Jammerbugt og Rebild kommuner, der i størrelse ligger tæt på hinanden, men som har valgt at organisere sig forskelligt. Som baggrund for empirien ligger således et studie af de tre kommuners organisationsdiagram, kvalitetsstandarder, samt ydelsesbeskrivelser. Herefter har der været interview med henholdsvis ledere, behandlere og brugere fra de tre kommuner, idet der med opgaven ønskes at sætte fokus på den oplevede kvalitet ud fra disse tre niveauer. I forhold til analysemetode er der brugt den fænomenologiske tilgang, som således også har været inspiration for interviewene.

I analyse diskuteres den oplevede kvalitet ud fra henholdsvis standard, effekt, brugerønske og systemperspektivet, mens der i forhold til organiseringen tages udgangspunkt i moderniseringen af den offentlige sektor og organisering efter New Public Management. Gennem analyse konstateres at både ledere, behandlere og brugere primært definerer kvalitet ud fra perspektivet om brugerønske, idet ting som fleksibilitet og tilpasning af behandlingen til den enkelte vægtes højt. Der er således ikke væsentlige forskelle i det oplevede kvalitetsperspektiv, hverken på de tre niveauer eller på tværs af kommunerne. Konklusionen er således at organiseringen i kommunen ikke har betydning for den oplevede kvalitet.

Summary:

The structural reform in 2007 meant, among other things, that municipalities took over responsibility for drug and alcohol treatment. There are major differences in how municipalities have chosen to address this. The structural reform also brought quality in the area into focus, with the introduction of requirements to work by quality standards, etc.

This paper thus stems from an interest in how municipalities have chosen to organize, the thoughts behind that organization and what influence it might have on the quality.

Thus the problem formulation is as follows:

What influence does the organization of the municipal alcohol treatment have on the quality of outpatient treatment?

This paper will furthermore focus on what influence the increased requirements to work by quality standards, etc., have on the perceived quality.

The study takes its starting point in three municipalities - Mariagerfjord, Jammerbugt and Rebild municipalities, who are similar in size, but have chosen to organize themselves in different ways. A study of the three municipalities' organization chart, quality standards and service specifications provides the background for the empirical data. This is followed by interviews with leaders, counselors and users respectively from the three municipalities, as the object of this paper is to focus on the perceived quality on these three levels. The method used in the analysis is the phenomenological approach, which has also been the inspiration for the interviews.

The analysis discusses the perceived quality from the perspective of standard, effects, user demand and system respectively, while the basis regarding the organization is the modernization of the public sector and organization based on New Public Management. The analysis concludes that leaders, counselors and users all primarily define quality from the perspective of the users' demands, as things like flexibility and adaptation of treatment to the individual is given high priority. There are thus no significant differences in the perceived quality perspective, neither between the three levels, nor across municipalities. Thus the conclusion is that the organization of the municipality has no influence on the perceived quality.

Bilag 1:

Brev/invitation til brugerne

Hej

Mit navn er Birgit Blum Andresen. Jeg er pt. i gang med at skrive en Masteropgave om ”organiseringens betydning for kvalitet i alkohol- og stofbehandling.

Jeg har allerede interviewet ledelse og behandlere i din kommune, men vil rigtig gerne have en bruger vinkle på også. Jeg håber derfor, at du kunne have lyst til at deltage i et interview.

Interviewet vil have en varighed af ca. 1 time og du vil naturligvis være helt anonymiseret i opgaven, og kan forvente jeg efterlever den gældende tavshedspligt. Det kan forgå hvor og hvornår det passer dig, dog skal interviewet gennemføres senest i uge 29.

Interviewet vil omhandle dine erfaringer med behandlingen i din kommune – hvad fungerer, er der nogle mangler, hvad er efter din mening vigtig for at behandlingen er optimal etc. Du skal ikke forberede noget inden.

Hvis du har lyst til at hjælpe mig med ovenstående, kan du kontakte mig på tlf: 30 55 54 86 eller via mail: bia@blaakors.dk

Bedste hilsner

Birgit Blum Andresen

Bilag 2

Interviewguide ledere:

Emne	Forslag til spørgsmål
1. Organiseringen, tjek + tanker bag	<ul style="list-style-type: none">• Din rolle?• Hvilke overvejelser ligger bag, at alkoholbehandlingen ligger hvor den gør?• Hvilke overvejelser ligger bag, at man har valgt at gøre det selv/samarbejde med andre kommuner eller private udbydere?• Ligger den forebyggende aktivitet samme sted?• Hvad er overvejelserne i forhold til at stof- og alkoholbehandling ligger samme sted.• Er der selvstændig ledelse – budget, fagligt ansvar?
2. Kvalitetsstandarter	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan arbejdes med den interne kvalitetsstandart?• Har I skelet til KL og sundhedsstyrelsens udkast?• Handleplan, visioner og strategier – hvordan arbejdes med det?• Forventninger i forhold til det nye tilsyn?• Har der været overvejelser i forhold til at ”søge” om certificering via ekstern organisation?
3. Kvalitet	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan arbejdes der med kvalitet?

<p>4. Ressourcer</p> <p>5. Behandlingen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad tænker du er det vigtigst i forhold til kvalitet i alkoholbehandling? • Økonomi afsat til ambulant behandling • Hvor mange behandlere? • Efteruddannelse? • Supervision? • Hvilken metode? • Hvordan er et typisk forløb? • Hvilke tilbud, gruppe etc.?
---	---

Bilag 3

Interviewguide behandlere

Emne	Forslag til spørgsmål
1. Organiseringen, tjek	<ul style="list-style-type: none">• Hvad er din rolle og arbejdsopgaver?• Hvilke faggrupper arbejder med behandlingen?• Er der krav om en særlig uddannelse/efteruddannelse?• Er der ventetid?• Opdeles brugerne, hvis de gør hvordan?• Hvilken betydning oplever du organiseringen har for udførelsen af behandlingen?
2. Behandlingen	<ul style="list-style-type: none">• Hvilke tilbud er der?• Hvem er brugerne?• Hvordan er et typisk forløb?• Arbejdes der efter en bestemt metode?• Hvem afgør hvornår behandlingen er færdig?
3. Kvalitetsstandarter	<ul style="list-style-type: none">• Har du kendskab til den interne kvalitetsstandart?• Har du kendskab til KL og Sundhedsstyrelsens udspil om kvalitet i alkoholbehandling?• Hvordan arbejder i med kvalitetsstandarter?• Hvad tænker du om, at arbejdet ud fra kvalitetsstandarter?

4. Kvalitet

- Hvad tænker du om, at arbejde med ekstern certificering?
- Hvordan arbejder I med kvalitet?
- Hvad tænker du er kvalitet i behandlingen?
- Hvad er efter din mening vigtigt at sætte fokus på, for at sikre kvaliteten?

Bilag 4

Interviewguide brugere:

Emne	Forslag til spørgsmål
1. Baggrund	<ul style="list-style-type: none">• Hvor længe har du været i behandling?• Har du tidligere været i behandling?
2. Behandlingen	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan oplevede du vejen til behandlingen? (gennemskuelighed etc.)• Hvor lang tid gik der fra du henvendte dig til behandlingen startede?• Vil du prøve at beskrive forløbet?• Oplever du at have indflydelse på dit forløb?
3. Kvalitet	<ul style="list-style-type: none">• Hvad er vigtigt for dig i forhold til behandling?• Hvornår er det god behandling?• Hvad har fungeret godt?• Er der noget du tænker skal gøres anderledes?• Hvornår vil du sige man kan snakke om kvalitet i behandlingen?
4. Kvalitetsstandarter	<ul style="list-style-type: none">• Har du kendskab til stedets kvalitetsstandart? (Hvis ikke forklare hvad dette er)• Hvad tænker du om at stedet skal arbejde ud fra en sådan standart?