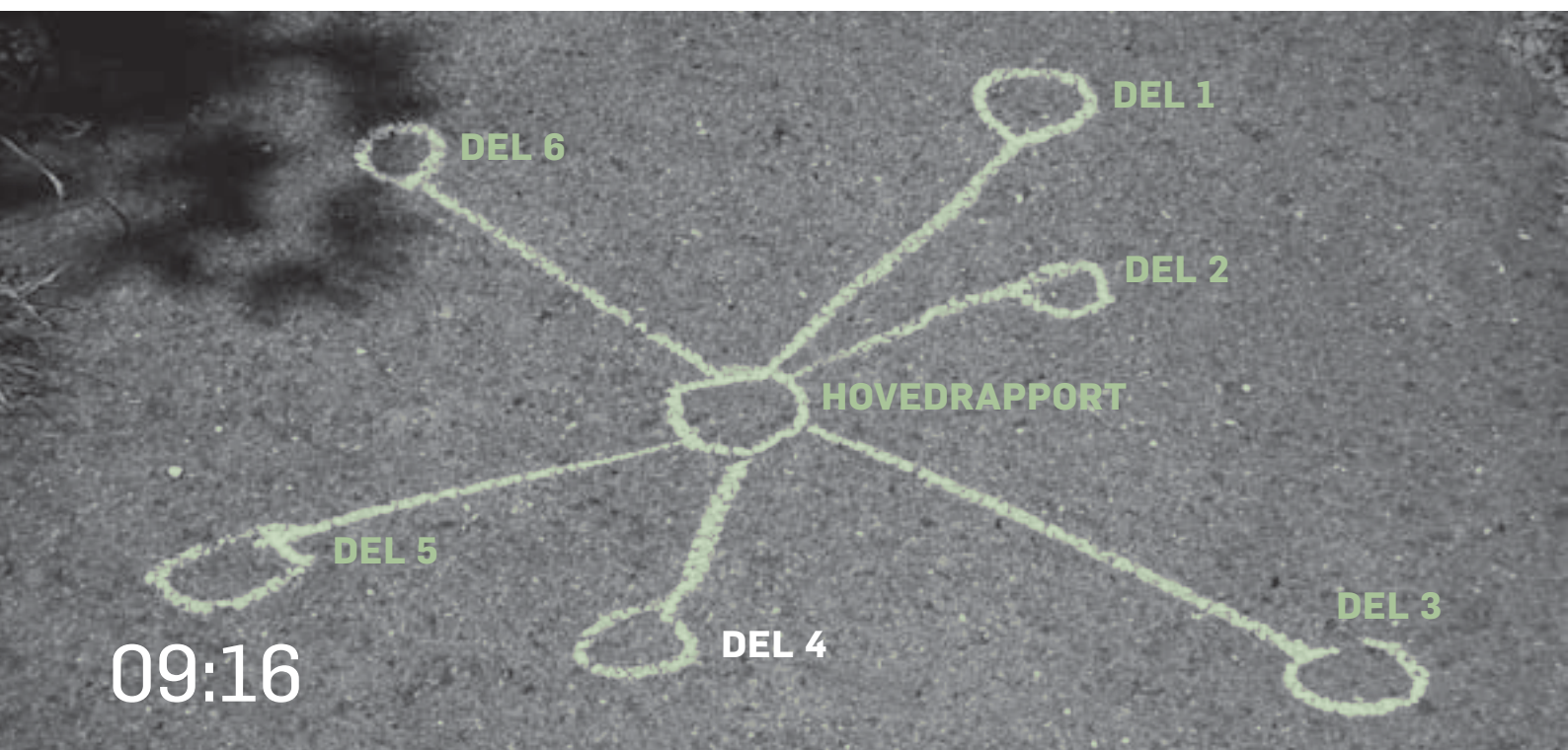


DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING

KVALITETSUDVIKLING OG KVALITETSSTANDARDE



09:16

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

KVALITETSUDVIKLING OG KVALITETSSTANDARDER

DEL 4

MAREN SØRENSEN

KØBENHAVN 2009

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING. KVALITETSUDVIKLING
OG KVALITETSSTANDARDE

Afdelingsleder: Lars Pico Geerdsen
Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

Undersøgelsens følgegruppe:

Rafai Al-Atia, Kommunernes Landsforening
Preben Brandt, Rådet for Socialt udsatte
Klaus Debel-Hansen, Servicestyrelsen
Peter Ege, Socialforvaltningen, Københavns Kommune
Ib Hansen, Centerlederforeningen
Mette Kronbæk, Servicestyrelsen
Ingelis Langgaard, KABS, Socialpædagogernes Landsforbund
Niels Løppenthin, Direktoratet for Kriminalforsorgen
Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning
Helle Petersen, Sundhedsstyrelsen
Anette Poulsen, Indenrigs- og Socialministeriet
Anne-Dorthe Sørensen, Danske Regioner

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7487-943-5

Layout: Hedda Bank
Netpublikation

© 2009 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	INDLEDNING	13
	Undersøgelsens formål	13
	Rapportens opbygning	15
2	METODE OG DATA	17
	Spørgeskemaundersøgelserne	17
	Kvalitetsstandarder	19
	Kvalitative interview	20

3	HVAD ER GOD KVALITET I DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING?	23
	Hvad er vigtigt for god kvalitet	23
	Barrierer for god social stofmisbrugsbehandling	35
	Manglende behandlingstilbud	42
	Opsummering	53
4	KVALITETSUDVIKLING OG KVALITETSSIKRING	55
	Nye tilbud i stofmisbrugsbehandlingen	55
	Hvordan opnås indsigt i den nyeste viden	59
	Tilgange til kvalitetssikring	66
	Succeskriterier og minimumsstandarder	75
	Opsummering	87
5	KVALITETSSTANDARDER	89
	Kvalitetsstandardernes indhold	90
	Udarbejdelse af kvalitetsstandarden	102
	Implementering af kvalitetsstandarden	105
	Kvalitetsstandardens funktion	109
	Holdning til kvalitetsstandarden	118
	Opsummering	123
6	BRUG AF EGNE OG EKSTERNE BEHANDLINGSTILBUD	127
	Efterbehandling	141
	Opsummering	143
7	HELHEDSORIENTERET INDSATS OG SAMARBEJDE	145
	Helhedsorienteret indsats	145

	Samarbejde med øvrige aktører	148
	Opsummering	160
8	PERSONALE OG EFTERUDDANNELSE	161
	Rekruttering	161
	Uddannelse	166
	Uddannelse inden for misbrug	170
	Opsummering	176
9	SAMMENFATNING	177
	LITTERATURLISTE	183
	RAPPORTER I SERIEN	185
	SPØRGESKEMA TIL KOMMUNALE MYNDIGHEDSPERSONER	187

FORORD

Denne rapport er den fjerde delrapport i en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, som SFI gennemfører for Servicestyrelsen i perioden december 2007 til maj 2009. Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142.

Undersøgelsen bygger på et omfattende empirisk datamateriale, hvor både brugere, pårørende, behandlingsledere, kommunale medarbejdere og repræsentanter for de frivillige sociale organisationer er blevet interviewet. SFI retter en tak til alle de personer, der har medvirket i spørgeskemaundersøgelsen.

Denne delrapport belyser de kommunale myndigheders arbejde med at kvalitetsudvikle den sociale stofmisbrugsbehandling. De øvrige rapporter i serien omhandler følgende:

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 2 omhandler henholdsvis brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling.

- Delrapport 3 kortlægger behandlingstilbud og metoder i den sociale behandling.
- Delrapport 5 belyser sagsbehandlingsprocessen, herunder udredning og visitation samt brugerinddragelse.
- Delrapport 6 afdækker, hvilken situation brugere af behandlingssystemet i 2006 befinder sig i 2-3 år efter, det vil sige i 2008/2009, og om der kan observeres nogle sammenhænge mellem behandlingstilbuddenes karakter og brugernes senere livssituation
- Undersøgelsens hovedrapport sammenfatter resultaterne af de seks delrapporter i en samlet analyse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

Denne rapport er udarbejdet af forskningsassistent Maren Sørensen. Forsker Lars Benjaminsen har været projektleder på undersøgelsen, mens Finn Kenneth Hansen, CASA, har fungeret som referee på samtlige rapporter i serien. Undersøgelsen har desuden været fulgt af en følgegruppe (se kolofonen). Både referee og følgegruppe takkes for deres gode kommentarer.

København, august 2009

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Denne rapport er den fjerde delrapport i en undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark, som SFI gennemfører for Servicestyrelsen i perioden december 2007 til maj 2009. Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven.

Rapporten beskriver, hvad kommunale myndighedspersoner, visitatorer og behandlingsledere karakteriserer som god stofmisbrugsbehandling, og hvilke barrierer, de vurderer, der er for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Rapporten belyser endvidere, hvordan de kommunale myndighedspersoner udvikler stofmisbrugsbehandlingen og deres tilgang til kvalitetssikring af stofmisbrugsbehandlingen, herunder i hvilket omfang kommunerne anvender skriftlige succeskriterier for behandlingen. Det beskrives desuden, i hvilket omfang kommunerne selv udfører stofmisbrugsbehandling eller køber behandlingen ved andre leverandører. Analyserne er baseret på spørgeskemaundersøgelser med myndighedspersoner fra 86 kommuner, visitatorer fra 83 kommuner og 117 behandlingsledere fra både offentlige og private behandlingstilbud gennemført vinteren 2008/2009. Spørgeskemaundersøgelserne suppleres med kvalitative interview med 14 kommunale myndighedspersoner, 12 visitatorer og 10 behandlingsledere – i alt 36 kvalitative interview.

STØRSTEDELEN AF STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN UDFØRES AF KOMMUNERNE

Baseret på visitatorernes skøn er 74 pct. af brugerne i stofmisbrugsbehandling i deres egen kommune, 12 pct. er i behandling ved en anden kommune, 8 pct. er i behandling ved en regional leverandør, og 7 pct. er i behandling ved en privat leverandør. Størstedelen af brugerne i behandling modtager således behandlingen fra deres egen kommune.

Blandt kommunerne er det 48 pct., som selv udfører stofmisbrugsbehandling og for de fleste af disse kommuners vedkommende kombineres egen behandling med køb af ydelser fx ved private leverandører. Især døgnbehandling købes ofte ved private leverandører.

MANGLENDE KOORDINATION OG UDEBLIVELSER ER EN BARRIERE FOR GOD STOFMISBRUGSBEHANDLING

De interviewede myndighedspersoner, visitatorer og behandlingsledere lægger vægt på, at god social stofmisbrugsbehandling er en faglig kvalificeret og helhedsorienteret indsats, som både forholder sig til misbrugsproblemet og brugernes øvrige problemer fx med at få en bolig. Behandlingen skal være let tilgængelig og skal opfattes af brugerne som troværdig, ved at krav og muligheder i behandlingen er tydelige.

De kommunale myndighedspersoner oplever, at de største barrierer for at levere en sådan stofmisbrugsbehandling af god kvalitet er tidskrævende dokumentationskrav og manglende koordination af forskellige indsatser over for brugerne. Det er særligt manglende eller dårligt samarbejde med psykiatrien, som opleves som en barriere, mens brugernes udeblivelser fra behandlingen også i forholdsvis stor grad opleves som en barriere for god social stofmisbrugsbehandling. Myndighedspersonerne mener desuden, at der mangler dagbehandlingstilbud, og en del kommuner vil derfor iværksætte dagbehandlingstilbud i 2009. Der er desuden 70 pct. af de kommunale myndighedspersoner, som mener, at der 'i nogen' eller 'i høj grad' er behov for et kvalitetsløft af den sociale behandlingsindsats for brugere i længerevarende substitutionsbehandling. Et sådan kvalitetsløft nævnes dog ikke som en del af den planlagte udvikling i 2009.

KOMMUNERNE KVALITESSIKRER VED GENEREL LEDELSESMÆSSIG SUPERVISION

Ifølge de kommunale myndighedspersoner kvalitetssikrer kommunerne stofmisbrugsbehandlingen primært ved generel ledelsesmæssig supervision. Nogle kommuner anvender desuden journalsystemet til opfølgning på behandlingen, mens andre kommuner anvender brugerundersøgelser, fælleskommunale evalueringssystemer for behandling eller ekstern supervision.

Skriftlige succeskriterier kan være anvendelige redskaber til kvalitetssikring af stofmisbrugsbehandlingen. Disse anvendes i 56 pct. af de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 27 pct. af de kommuner, som ikke udfører stofmisbrugsbehandling. Blandt de 34 kommuner, som har skriftlige succeskriterier for stofmisbrugsbehandlingen, er der flest kommuner, hvor succeskriterierne handler om personalet, mens succeskriterierne i mindre grad handler om brugernes livssituation og stofmisbrug. Succeskriterierne kan således primært anvendes i forhold til at kvalitetssikre personalets efteruddannelsesgrad og lignende og kun i mindre grad til at kvalitetssikre resultaterne af stofmisbrugsbehandlingen på brugernes misbrug af stoffer.

Det er kun halvdelen af kommunerne med skriftlige succeskriterier, som regelmæssigt evaluerer succeskriterierne skriftligt. 76 pct. af kommunerne, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 27 pct. af kommunerne, som ikke gør dette, har minimumskriterier for, hvor ofte brugere i substitutionsbehandling skal have behandlingssamtaler. For 31 pct. af kommunerne med minimumskriterier, er minimumskravet kun, at brugerne får en behandlingssamtale hver 8. uge eller sjældnere.

28 PCT. AF KOMMUNERNE HAR IKKE LOVPLIGTIG KVALITETSSTANDARD

I januar 2009 havde 72 pct. af kommunerne udarbejdet og godkendt den lovpligtige kvalitetsstandard for stofmisbrugsbehandlingen. Indholdet i kvalitetsstandarderne følger generelt vejledningerne for området, men indeholder i mange tilfælde kun i begrænset omfang konkrete oplysninger. Kvalitetsstandarderne oplyser fx i de fleste tilfælde, at brugerne har ret til at klage, men kun ca. halvdelen oplyser, hvad brugerne har ret til at klage over.

23 pct. af kommunerne med en kvalitetsstandard har ikke gjort denne tilgængelig på internettet, og mindre end halvdelen af myndig-

hedspersonerne mener, at kvalitetsstandarden bruges til at informere brugere og pårørende om behandlingen. Kvalitetsstandarden bruges i højere grad som internt arbejdsredskab i kommunen, fx som beskrivelse af værdigrundlaget for området, vejledning til behandlere og som politisk styringsredskab.

INDLEDNING

UNDERSØGELSENS FORMÅL

Denne undersøgelse har til formål at belyse, hvilke opfattelser af kvalitet der hersker hos henholdsvis kommune, behandlingssted, bruger og pårørende i forhold til social misbrugsbehandling. Rapporten beskriver, hvad der opfattes som god kvalitet, og hvordan denne kvalitet sikres og udvikles. Rapporten beskriver endvidere brugen af kvalitetsstandarder og organiseringen af stofmisbrugsområdet i kommunerne. Analyserne er baseret på spørgeskemaundersøgelser til kommunale myndighedspersoner, visitatorer og behandlingsledere på stofmisbrugsbehandlingssteder. Myndighedspersoner fra 86 kommuner, 117 behandlingsledere og visitatorer fra 83 kommuner har besvaret spørgeskemaet. Dette materiale suppleres med kvalitative interview med 14 kommunale myndighedspersoner, 12 visitatorer og 10 behandlingsledere – i alt 36 kvalitative interview. Det er mere specifikt rapportens formål at belyse:

- Opfattelser af kvalitet og kvalitetsstandarder på alle niveauer i behandlingssystemet.
- Hvilke initiativer der gennemføres for at sikre, at den sociale behandling virker, herunder anvendelse af konkrete videns-, styrings- og evalueringsmodeller.

- Hvordan udvikling af nye behandlingstilbud og et sammenhængende behandlingsforløb sikres, og hvordan der opnås indsigt i den seneste udvikling på området.
- Kvalitetsstandarder på området, herunder hvad der konstituerer kvalitetsstandarderne samt deres eventuelle begrænsninger og muligheder for forbedringer.
- Kvalitetsstandardernes indhold.
- Om der er overensstemmelse mellem kvalitetsstandarderne og implementeringen.
- Hvordan kvalitetsstandarderne er implementeret.
- Om der er sammenhæng mellem kommunestørrelse og de behandlingstilbud, som tilbydes.
- Om der er overensstemmelse mellem behandlingspersonalets faglige kompetencer og deres arbejdsfunktioner.
- Om personalet har mulighed for og bliver tilskyndet til relevant efteruddannelse.

Undersøgelsen omhandler den sociale stofmisbrugsbehandling efter § 101 i serviceloven, mens undersøgelsen i udgangspunktet ikke belyser den medicinske stofmisbrugsbehandling efter sundhedslovens § 142. Yderligere definitioner findes i hovedrapporten om den sociale stofmisbrugsbehandling. Nærværende rapport beskriver opfattelser af kvalitet og brug af kvalitetsstandarder ud fra myndighedspersoner, behandlingsledere og visitatorers besvarelser. Konklusionerne bygger således primært på deres opfattelser og indeholder ikke en objektiv vurdering af kvaliteten af behandlingen og brugen af kvalitetsstandarder i samtlige kommuner.

Rapporten udgør den fjerde delrapport ud af syv delrapporter. De øvrige rapporter i serien omhandler følgende:

- Delrapport 1 belyser de frivillige organisationers syn på den sociale stofmisbrugsbehandling og opfattelse af deres rolle i den sammenhæng.
- Delrapport 2 omhandler hhv. brugernes og de pårørendes erfaringer, ønsker og holdninger til den sociale stofmisbrugsbehandling.
- Delrapport 3 kortlægger behandlingstilbud og metoder i den sociale behandling.
- Delrapport 5 belyser sagsbehandlingsprocessen, herunder udredning og visitation samt brugerinddragelse.

- Delrapport 6 afdækker, hvilke resultater af den sociale stofmisbrugsbehandling der kan identificeres to til tre år efter behandlingen for brugere, der var indskrevet i behandlingssystemet i 2006.
- Undersøgelsens hovedrapport sammenfatter resultaterne af de seks delrapporter i en samlet analyse af den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

RAPPORTENS OPBYGNING

I kapitel 2 beskrives metoder og dataindsamlingen til undersøgelsen. I kapitel 3 beskrives myndighedspersoner, behandlingsledere og visitatorers opfattelse af god kvalitet i den sociale stofmisbrugsbehandling, samt hvilke barrierer der er for at levere social stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, og hvilke tilbud myndighedspersonerne mener, der mangler. I kapitel 4 beskrives, hvordan myndighedspersonerne kvalitetssikrer og kvalitetsudvikler den sociale stofmisbrugsbehandling, herunder hvilke nye tiltag de arbejder med, samt hvilke informationskilder og styringsredskaber der anvendes. I kapitel 5 beskrives indholdet og brugen af de kommunale kvalitetsstandarder for social stofmisbrugsbehandling. I kapitel 6 beskrives kommunernes organisering af den sociale stofmisbrugsbehandling. I kapitel 7 beskrives samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og andre myndigheder/forvaltninger, og i kapitel 8 beskrives personalets faglighed og mulighed for efteruddannelse. I kapitel 9 sammenfattes konklusionerne i rapporten.

METODE OG DATA

I dette kapitel bliver undersøgelsens metode og empiriske grundlag beskrevet.

Undersøgelsen bygger på en kombination af et kvantitativt og kvalitativt empirisk grundlag i form af spørgeskemaundersøgelser og kvalitative interview. De kvalitative interview har både haft til formål at kvalificere spørgeskemaerne og samtidigt give en uddybende forståelse af, hvad der opfattes som kvalitet i den sociale stofmisbrugsbehandling, og hvordan denne sikres og udvikles. Hovedgrundlaget for rapporten er en spørgeskemaundersøgelse til kommunale myndighedspersoner samt de kvalitative interview med denne gruppe. Der indgår desuden supplerende materiale fra spørgeskemaundersøgelser og kvalitative interview med visitatorer og behandlingsledere.

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSERNE

Spørgeskemaundersøgelsen til kommunale myndighedspersoner på stofmisbrugsområdet er som nævnt ovenfor hovedgrundlaget for undersøgelsen. Dataindsamlingen til denne undersøgelse vil blive beskrevet grundigt i nærværende rapport, mens dataindsamlingen til de to øvrige spørgeskemaundersøgelser vil blive beskrevet grundigere i delrapport 3

(Behandlingstilbud og metoder) og delrapport 5 (Visitation og sagsbehandling).

Samtlige kommuner er blevet kontaktet med henblik på at fremskaffe kontaktoplysninger på den relevante myndighedsperson på stofmisbrugsområdet til at besvare spørgeskemaet. Den relevante person blev defineret til at være den myndighedsperson, som var tættest på stofmisbrugsbehandlingen, uden at være en del af udførerafdelingen på stofmisbrugsområdet. Denne person har fået et link til et elektronisk spørgeskema tilsendt med en svarfrist på to uger. Efter en uge er der sendt en påmindelsesmail, og efter fristens udløb er der udsendt rykkermail til de kommuner, som ikke havde besvaret spørgeskemaet. Spørgeskemaerne er indsamlet i januar/februar 2009.

86 kommuner har besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 87 pct. Disse kommuner har tilsammen skønnet at have 11.833 brugere i behandling. Blandt de kommuner, som ikke har besvaret spørgeskemaet, udfører fem selv stofmisbrugsbehandling, mens syv har samarbejdsaftaler med kommunale eller regionale leverandører om levering af stofmisbrugsbehandling. En enkelt af de 86 kommuner har kun besvaret første del af spørgeskemaet, da kommunen har samarbejdsaftale med en anden kommune om både myndighedsopgaven og levering af ydelser på stofmisbrugsbehandlingsområdet. De øvrige kommuner har besvaret hele spørgeskemaet, men antallet af kommuner kan varieres i analyserne, alt efter hvor mange kommuner der har svaret 'ved ikke' til de forskellige spørgsmål.

Spørgeskemaet blev som nævnt ovenfor oprindeligt sendt til myndighedspersoner, såsom ledere af afdelingen for udsatte eller fuldmægtige i denne afdeling eller andre afdelinger, som stofmisbrugsbehandlingen er organiseret under i kommunerne. I en del af kommunerne har disse dog fundet det mere relevant at lade en behandlingsleder, fx en misbrugscenterleder, besvare spørgeskemaet, da vedkommende har det umiddelbare ansvar for de opgaver spørgeskemaet omhandler. I de tilfælde, hvor kommunen har en samarbejdsaftale om stofmisbrugsbehandlingen, er de oprindelige respondenter blevet instrueret i at besvare spørgeskemaet selv på vegne af kommunen frem for at sende spørgeskemaet videre til behandlingsstedet. De er blevet bedt om at svare 'ved ikke' ved spørgsmål, som de ikke kan besvare, fordi opgaven løses af en anden kommune via en samarbejdsaftale. Alle svar bør således repræsentere holdningen i den specifikke kommune, men det kan være behandlingsle-

derens frem for forvaltningslederens holdning. I to tilfælde er spørgeskemaet dog delvist besvaret af et behandlingssted tilhørende en anden kommune, som respondentkommunen har samarbejdsaftale med, og som har et behandlingssted placeret i respondentkommunen.

Spørgeskemaet til myndighedspersonerne består af 79 spørgsmål. Nogle af spørgsmålene er af deskriptiv karakter og er besvaret ikke-anonymt, idet disse spørgsmål samtidig indgår i Servicestyrelsens opbygning af viden på stofmisbrugsområdet på kommuneniveau. De øvrige spørgsmål er anonyme, idet manglende anonymitet ville kunne forventes at påvirke validiteten af besvarelsene. Det drejer sig om en række følgende oplysninger, som fx vurderinger af om lovgivning overholdes, om kvaliteten af behandlingen og af samarbejdsrelationer mv. Hvis besvarelsen på et spørgsmål er anonym, er dette angivet i spørgsmålet.

Spørgeskemaerne til visitatorer og behandlingsledere er blevet indsamlet på samme måde som spørgeskemaet til de kommunale myndighedspersoner. Spørgeskemaet til behandlingsledere blev sendt til samtlige behandlingsinstitutioner, som var registreret på Tilbudsportalen i januar 2009. 90 pct. af behandlingsstederne har besvaret dele af dette spørgeskema, mens 80 pct. har besvaret hele spørgeskemaet.

I spørgeskemaet til de kommunale myndighedspersoner er de blevet bedt om at oplyse kontaktoplysninger på en visitator eller person med visitationskompetencer i kommunen, og vedkommende har fået tilsendt spørgeskemaet om sagsbehandlingsprocessen. Kommuner, som ikke har besvaret det første spørgeskema, er blevet kontaktet telefonisk med henblik på at indhente disse oplysninger. Dette spørgeskema er således udsendt til visitatorer i samtlige kommuner med samme procedure som de ovenstående spørgeskemaundersøgelser i perioden februar/marts 2009. 81 pct. af kommunerne har svaret på dette spørgeskema.

KVALITETSSTANDARDER

De kommunale myndighedspersoner er i spørgeskemaet blevet bedt om at indsende deres kvalitetsstandard til SFI, såfremt kommunen har en sådan. I de tilfælde, hvor kommunen har en kvalitetsstandard, men ikke har indsendt kvalitetsstandard, er denne søgt fundet på internettet, eller også er kommunen blevet kontaktet med henblik på at indhente denne. I kapitel 4 undersøges indholdet af kvalitetsstandarderne ift. be-

kendtgørelsens (socialministeriet 2006) beskrivelse af indholdet i en kvalitetsstandard.

KVALITATIVE INTERVIEW

De kvalitative interview tjener flere formål. For det første har disse interview bidraget til at kvalificere spørgeskemaundersøgelsen ved at give eksempler på, hvad der opfattes som god kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen i forskellige kommuner, og ved mere specifikt at give viden om relevante kategoriseringer til brug for spørgeskemaundersøgelsen. For det andet bruges den viden, der er indsamlet gennem de kvalitative interview, til at nuancere og give en dybere forståelse for de svar og resultater, der fremkommer i spørgeskemaundersøgelsen.

Hensigten med den kvalitative undersøgelse har således ikke først og fremmest været, at den skulle være repræsentativ. Der er dog alligevel tilstræbt en vis variation, således at både repræsentanter fra kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen, og kommuner, som har eksterne leverandører, interviewes. Interviewkommunerne er desuden geografisk spredt over hele landet, og både større og mindre kommuner er repræsenteret.

Kommunale myndighedspersoner fra 14 kommuner er interviewet i perioden 1. august til 1. oktober 2008. I denne periode er der desuden foretaget interview med 12 visitatorer eller personer med visitationskompetence. Af tabel 2.1 fremgår det, i hvilke kommuner der er foretaget interview med myndighedspersoner. I nogle kommuner har mere end én myndighedsperson deltaget i interviewet. Der er også foretaget interview med visitatorer i disse kommuner, dog ikke i Vordingborg og Struer, hvor visitationen varetages af myndighedspersonen.

TABEL 2.1

Kommuner, hvor der er gennemført kvalitative interview med myndighedspersoner.

Kommune	
Brøndby	Samarbejdsaftale
Gentofte	Samarbejdsaftale
Herlev	Udfører selv
Holstebro	Udfører selv
København	Udfører selv
Næstved	Udfører selv
Odense	Udfører selv
Struer	Samarbejdsaftale
Svendborg	Udfører selv
Sønderborg	Udfører selv
Vejle	Udfører selv
Vordingborg	Udfører selv
Ålborg	Udfører selv
Århus	Udfører selv

Der er desuden i perioden sommer og efterår 2008 gennemført interview med 10 behandlingsledere af såvel offentlig, ambulans behandling og privat dag- og døgnbehandling. For en yderligere beskrivelse af disse interview se dataafsnittet i delrapport 3 (Behandlingstilbud og metoder).

Der er indsamlet i alt 36 kvalitative interview med kommunale myndighedspersoner, visitatorer og behandlingsledere på stofmisbrugsområdet. Alle interviewene blev gennemført som semi-strukturerede interview, der blev optaget digitalt. Den spørgeguide til myndighedspersoner, som er blevet udarbejdet til formålet, indeholder overordnet spørgsmål om:

- Hvordan kommunens stofmisbrugsbehandlingstilbud er organiseret, hvorfor denne organisering er valgt, fordele og ulemper ved denne organisering, hvordan samarbejdet med resten af den kommunale forvaltning foregår, og hvor godt det fungerer, samt hvordan samarbejdet med offentlige myndigheder uden for den kommunale forvaltning fungerer?
- Om kommunen har en kvalitetsstandard, hvordan den i så fald er blevet udarbejdet og implementeret i organisationen, hvad opfattes

som god kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen, og hvor godt det stemmer overens med kvalitetsstandarder?

- Hvordan stofmisbrugsbehandlingen kvalitetssikres i kommunen, om der anvendes specifikke videns-, styrings- og evalueringsmodeller, hvordan skaffes information om de tilbud der visiteres til, hvordan kvalitetsudvikles der, og hvilke barrierer er der for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet?
- Hvordan behandlingen monitoreres, om der er systematisk opfølgning på brugernes behandling, og om de centrale registre bruges som informationskilder i arbejdet?
- Omfanget og brugen af 'frit valg' i kommunen, kommunens procedure ved udslusning, og om kommunen har særlige overvejelser i den forbindelse?
- Om uskiftning og mangel på kvalificeret personale er et problem i kommunen, og hvilke muligheder for efteruddannelse der er for ansatte på stofmisbrugsområdet i kommunen?

I opdraget til undersøgelsen var der et generelt krav om henførbare data og interviewudsagn til kommuner og institutioner. De kvalitative interviews med kommuner og behandlingssteder blev gennemført under disse vilkår om henførbare data med efterfølgende godkendelse af interviewcitater. Efterfølgende har det vist sig, at der i de anvendte interviewudsagn er personfølsomme oplysninger fx i forhold til vurderinger af samarbejdsrelationer, herunder relationer til myndigheder. Der er derfor efterfølgende foretaget en fuld anonymisering af alle interviewudsagn i undersøgelsens afrapporteringer. Dvs. i rapporten er alle citater fra de kvalitative interviews anonymiserede.

HVAD ER GOD KVALITET I DEN SOCIALE STOFMISBRUGS-BEHANDLING?

I dette kapitel sætter vi fokus på, hvad kommuner og behandlingsledere lægger vægt på i deres beskrivelser af god kvalitet i forbindelse med stofmisbrugsbehandling. I kapitlet vil vi også se på, hvilke barrierer der er for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, og hvilke tilbud der mangler. Beskrivelserne af god kvalitet og barrierer for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet danner desuden grundlag for analyserne i de følgende kapitler.

HVAD ER VIGTIGT FOR GOD KVALITET

I dette afsnit undersøges, hvad kommunale myndighedspersoner, behandlingsledere og visitatorer synes der er vigtigt for god kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen på baggrund af kvalitative interview med disse personalegrupper. Ud fra besvarelsene kan der identificeres fire hovedområder, som er vigtige for god kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen:

- personale og ledelse
- helhedsorienteret indsats
- behandlingsarbejdets struktur og grundlag
- mødet med brugeren.

Disse fire hovedområder bliver beskrevet i det følgende, og disse beskrivelser vil desuden danne baggrund for analyserne i de følgende kapitler.

Oplevelsen af, hvad der er vigtigt for stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, varierer typisk alt efter, hvor i organisationen interviewpersonen er placeret. Der er således en tendens til, at jo tættere interviewpersonen er på brugeren, jo mere er relationen til denne i fokus, når stofmisbrugsbehandling af god kvalitet skal defineres. Interviewpersoner, som er tættere på det politiske system og har ledelsesansvar for området, har derimod mere fokus på personale, dokumentation og den brede indsats for brugeren. Dette beskrives nærmere senere i afsnittet.

PERSONALE OG LEDELSE

Det aspekt ved kvaliteten af den sociale stofmisbrugsbehandling, som flest myndighedspersoner nævner i de kvalitative interview, er vigtigheden af at have kompetent personale. Som en interviewperson beskriver det:

Vi lægger vægt på, at det er nogle fagligt kompetente mennesker, der dels sidder her og har med sagsbehandlingen at gøre, og at det er nogle fagligt dygtige leverandører, vi har. De skal have en dyb indsigt i det her område, og de skal have en erfaring med det. Og de skal have noget interesse for det. De skal vide, hvad de har med at gøre. Så tror jeg, der er et godt grundlag for at sikre noget godt. Og så skal de være villige til hele tiden at stille spørgsmålstejn ved, om det vi gør, det er det rigtige.

Kompetencen består således både i personalets uddannelse, interesse og erfaring på stofmisbrugsområdet samt deres kritiske tilgang til deres egne fremgangsmåder. Vigtigheden af uddannelse nævnes også af en anden interviewperson:

Uddannelsesniveaut er en vigtig parameter. Det er vigtigt, at behandlerne har en model, de arbejder efter. Det er ikke så vigtigt, om det er den ene eller den anden model, men at man har en model, som man bruger, og man er hjemme i ... og der skal være tilstrækkelige ressourcer til, at folk kan opretholde den faglige kvalitet.

Som det fremgår ovenfor, lægger myndighedspersonerne ikke så meget vægt på, hvilken specifik metode der anvendes. Det handler primært om, at man har en professionel tilgang til behandlingen og nogle rammer for behandlingen, som behandlerne kan bruge i deres arbejde. At have en metode og uddannelse betyder dog ikke nødvendigvis, at alle behandlere skal have den samme uddannelse.

For mig er det vigtigt, at medarbejdergruppen har en fælles faglig platform, som vi så har valgt at sige, er løsningsfokuseret terapi hos os, fordi det gør, at vi kan kommunikere. Vi ved, at når vi bruger nogle forskellige begreber, så ved vi, hvad vi taler om. Samtidig synes jeg, det er vigtigt, at man har en rimelig bredt fatteret medarbejdergruppe, så man både har nogle, der er optaget af at være rigtig gode til den omsorgsprægede del ... og nogle folk, der kan arbejde terapeutisk, både individuelt og i grupper.

Kvalifikationer rummer dog mere end bare uddannelse, idet behandlerens personlighed, erfaring og interesse har stor betydning for kvaliteten af den behandling, som behandleren udfører, som det illustreres i de følgende citater:

Når vi ansætter medarbejdere, så går vi selvfølgelig efter uddannelse, men vi går altså også efter nogle personlige kvalifikationer, hvor man har en vis udholdenhed i forhold til at kunne rumme den her gruppe. Og det siger næsten sig selv, at man også må have en vis psykisk robusthed, for at kunne klare det. Der er ingen, der har fordel af, at en medarbejder bliver ansat i et halvt år, og så er ude af klappen igen. Det skaber kun problemer. Så jeg vil næsten sige, at den faglige erfaring mht. medicin fx, det kan vi sagtens give dem her, fordi det har de andre medarbejdere med sidemandsoplæring. Men de personlige kvalifikationer: Kan jeg indgå i en dialog med stofmisbrugeren? Kan jeg inspirere stofmisbrugerne? Kan jeg have så meget entusiasme, så jeg tror på stofmisbrugeren og møder dem ligeværdigt? Stofmisbrugerne er jo ikke dumme. De kan jo godt mærke, hvis man ikke tror på dem ... så det er altså mennesker, som skal have et lidt større overskud og ikke for store problemer selv, og selvfølgelig heller

ikke have nogen misbrugsproblemer selv. De skal være afklarede. Og det er jo også fint, hvis de har et godt bagland med en familie, fordi det er en voldsom gruppe at rumme psykisk.

Jeg vil gerne have en blanding af socialt fagligt uddannede medarbejdere, og så har vi jo også nogle eks'er, som selv har prøvet det. Og det er så ikke nok i sig selv, synes jeg, at have prøvet det. Men det giver nogle kvaliteter, hvis man er på afstand af det, og hvis man har uddannet sig efterfølgende.

Jeg har det sådan med mine medarbejdere, at man er ikke bare i den her afdeling, fordi man skal bare have et arbejde. Man er her, fordi man har en holdning til det, man laver, og det betyder noget. Jeg tror ikke, du kan finde nogle medarbejdere i vores misbrugs-psykiatriteam, der ikke har en særlig interesse for det, de laver her. Det er ikke ligegyldigt for dem, om de sad og indstillede til førtidspension, eller de arbejdede med misbrugsbehandling. Så de har en holdning til det, og de har nogle kvalitetsmæssige krav til det, der skal komme ud af det. Og det tror jeg, er rigtig vigtigt for kvalitetsdelen af det, at det danner grundlag for en faglig drøftelse også af, hvad det er, vi gør på det her område.

De interviewede fokuserer i deres egenskab af myndighedspersoner også på, at det er vigtigt med ledelsesmæssig opbakning til personalet, så de kan fastholde interessen og gejsten i arbejdet.

Hvis de ikke bliver anerkendt, motiveret og holdt til ilden og understøttet, så kan der hurtigt skabes nogle rigtig rigtig dårlige, negative spiraler ude lokalt, som selvfølgelig også påvirker kvaliteten af arbejdet. Så ledelsen er helt utrolig vigtig.

Behandlingslederne lægger, ligesom de kommunale myndighedspersoner, stor vægt på personalets faglighed og professionalisme. Men ligesom de kommunale myndighedspersoner mener behandlingslederne, at det ikke kun er uddannelse, men også behandlernes mere generelle tilgang til brugerne, som er vigtig. Dette illustreres af følgende citat:

Kvaliteten i den behandling, vi laver her, beror jo i høj grad på det personale, der er her og deres faglighed og evne til at skabe relationer til klienterne og gøre det til et godt sted at være som bruger. Og det tror jeg simpelthen er alfa og omega, at de føler sig trygge, og at det er et godt sted at være.

I forhold til behandlingslederne lægger visitatorerne i de kvalitative interview kun i mere begrænset omfang vægt på dette aspekt ved god stofmisbrugsbehandling.

HELHEDSORIENTERET INDSATS

En del af myndighedspersonerne fokuserer i de kvalitative interview meget på den helhedsorienterede indsats i stofmisbrugsbehandlingen. Som en interviewperson beskriver, da han bliver spurgt, hvad han mener, er god social stofmisbrugsbehandling:

Det er frem for alt den indsats, som tager helheden med. Som både går ind og siger, hvad er kernen i afhængighedsproblemet, baggrunden for det, men så også virkelig får bundet alle snørerne rundt omkring, sådan at vi ikke kommer ud i en situation, hvor borgeren oplever, jamen, det kan godt være, at på selve det behandlingsmæssige, at jeg bliver flyttet der, men hvis bolig, uddannelse og erhvervsituationen halter, så bliver energien jo lynhurtigt kanaliseret derover i og måske betyde et udfald i forhold til den behandlingsindsats. Så det handler meget om, at vi skal være bedre til at få helhed i det.

Samme holdning går igen i en anden kommune:

Det er noget med at skabe en kontakt, og det er noget med at sikre, at alle de andre aktører, der er inde omkring, er med på banen. En stofbehandling kan jo ikke stå alene – måske i den periode, hvor der skal ske en afgiftning, men efterfølgende, så er det vigtigt, at man som myndighedsdel sikrer, at det der med arbejdet, aktiveringen, boligen og økonomien, det hænger sammen. Ellers så kommer man ikke ret langt med en stofbehandlingsindsats, hvis man ikke er opmærksom på de andre ting. Og det er der, hvor der virkelig skal være et samarbejde ... det er

os, der har ansvaret for, at det kan lade sig gøre. Så det skal være sådan en helhedsorienteret indsats, hvor man er i stand til at kunne dosere det rigtige på det rigtige tidspunkt.

En del behandlingsledere fokuserer i de kvalitative interview også på, at den sociale stofmisbrugsbehandling skal have en helhedsorienteret tilgang, og at det er vigtigt med systematiske udredninger og dokumentation i arbejdet. Her er der således ikke væsentlige forskelle i fokus i forhold til de kommunale myndighedspersoner, omend behandlingslederne ikke har helt så stort et fokus på den helhedsorienterede indsats som de kommunale myndighedspersoner.

BEHANDLINGSARBEJDETS STRUKTUR OG GRUNDLAG

Et vigtigt parameter for god social stofmisbrugsbehandling er ifølge de kommunale myndighedspersoner, at behandlingsarbejdet bygger på evidens, dokumentation og hurtig visitation. Der er således nogle strukturer i arbejdet, som er afgørende for, at der kan leveres behandling af god kvalitet. Flere interviewpersoner understreger vigtigheden af at arbejde med anerkendte metoder, hvor der er en eller anden form for evidens for, hvad der virker:

Der er en del forskning, der peger på, at der er noget, der måske kan virke, og der er meget forskning, der peger på, at der her virker i hvert fald ikke. Og vi prøver selvfølgelig at lægge os ovre i det felt med det, man antager, virker, og prøver også at arbejde med at sikre, hvordan vi kan dokumentere en effekt af det, vi laver.

Kommunerne prøver således at læne sig op af dokumenterede metoder og samtidigt selv dokumentere, hvilken behandling der gives, og hvad resultaterne er af denne behandling. Dette er både vigtigt for, at institutionen kan retfærdiggøre brug af ressourcer over for den politiske ledelse, og vigtigt for, at medarbejderne får en oplevelse af, at deres arbejde nytter noget.

En eller anden form for dokumentation af indsatsen er også vigtig, så man holder en eller anden form for virkelighed ud fra objektive forhold. Også fordi det er et smadder svært område, og

det er meget sådan anekdotisk overlevering af, hvad der sker, der styrer området. Det er meget sådan det verbalt formidledes, når man skal fortælle om behandlingserfaringer. Man vil smadder gerne have et positivt resultat, og det har man jo også i en vis udstrækning, men der er altså nogle grænser, og det er et område, hvor der er rigtig mange, der forlader behandlingen. Det er rigtig mange, der går i utide. Der er rigtig mange, der har tilbagefald og alt det der. Det er ligesom en del af det her.

Så derfor er det faktisk vigtigt at prøve at få lavet noget dokumentation, der også kan vise nogle forandringer i det langvarige løb, altså hos kronikere osv. Så et eller andet sted, så hører dokumentationen også med, når man skal snakke kvalitet.

Dokumentationen bruges således til at vurdere resultaterne af behandlingen, men er også vigtigt i det daglige arbejde, hvor fx journaler fungerer som organisationens 'samlede hukommelse'.

Jeg lægger også vægt på, at journalerne er ajour, for er der en medarbejder, der er syg, jamen, så er der kun ét sted at gå hen, og det er journalen for at se, hvad der var aftalt sidste gang. Så vi bruger journalerne som arbejdsredskab.

En interviewperson nævner desuden vigtigheden af handleplaner som et andet vigtigt arbejdsredskab i stofmisbrugsbehandlingen, hvor man bl.a. bruger dem som arbejdsgrundlag i forbindelse med visitationer.

Ligesom de interviewede myndighedspersoner lægger en del af visitatorerne vægt på, at der skal være en god udredning af brugernes behandlingsbehov, og at dette gerne må ske på et systematisk grundlag som fx ASI-skemaer¹.

1. ASI er en forkortelse for Addiction Severity Index og et ASI-skema er et redskab til kortlægning af en brugers sociale, psykiske og fysiske forhold. Inklusive tillæg består skemaet af knap 100 spørgsmål. På hvert område, fx kriminalitet, familie osv., undersøges det, om der er problemer og hvis der er, skal alvorligheden vurderes. ASI-skemaet med tillæg kan ses på denne adresse: www.danris.dk/Download/Tools/EuropASI2008.pdf

RELATION TIL BRUGEREN

En stor del af de kommunale myndighedspersoner mener, at mødet mellem brugerne og behandlerne er afgørende for kvaliteten af misbrugsbehandlingen.

For en række kommuner er brugerinddragelse et vigtigt aspekt af god social stofmisbrugsbehandling. Som en interviewperson svarer, da han bliver spurgt, hvad god social stofmisbrugsbehandling er:

Det er, hvis den behandling, der bliver lavet, foregår i meget tæt samarbejde med den bruger. Mit filosofiske udgangspunkt er, at man ikke kan tvinge nogen til at blive stoffri. Vi kan hjælpe dem, men hvis ikke de selv synes, at det, vi sætter op for dem, er relevant i deres liv, så sker der ikke noget overhovedet. Så det er en kvalitet, at lige fra dag et oplever de, at de er i centrum hos os, og det er dem, der bliver hørt. Den plan, der bliver lagt, bliver lagt i tæt samarbejde med dem. Det er deres mål, der er i den. Det er i hvert fald en kvalitet.

Andre kommuner lægger derimod mere vægt på, at der skal stilles krav til brugerne, og at behandlerne, på baggrund af deres professionelle viden, gerne må tage en stor del af styringen med behandlingen. Som eksempel beskriver en interviewperson en situation, hvor en borger har været indskrevet på det samme døgnbehandlingssted tre gange, og nu ønsker at komme det samme sted hen igen.

Det er der, hvor det specielt har været rigtig svært nogle gange i samarbejde med misbrugscentret, fordi de har været, tror jeg, følelsesmæssigt engagerede i den enkelte borger og så gerne vil følge borgerens ønske. Men hvor vores indstilling er, at hvis borgeren har prøvet noget tre gange, og det ikke er lykkedes, så skal vi prøve noget andet. Så at alle, der er omkring den borger, tør stille krav om, at ”nu skal du prøve noget andet”.

En anden interviewperson beskriver:

Jeg kan huske, vi snakkede om på et tidspunkt, at en visitator brugte det eksempel: Hvis man kommer ind på et hospital, og man skal have fjernet sin blindtarm, og så lægen kommer ind og

siger, at nu må vi jo finde ud af, hvordan vi synes, det her bliver bedst. Hvad synes du selv? Hvad er dit udgangspunkt for det her? Så ville man jo løbe skrigende væk. Og hvis man fører det billede over til os, der er det os, der er eksperter. Mange ville sige, at borgeren er ekspert i eget liv, og det er også rigtigt, men ikke nødvendigvis i, hvilken behandling der er den bedste. Der er vi de professionelle, og der skal vi turde trække i den førertrøje, der hedder: Det her beslutter vi os for, det har vi erfaring med. Derfor gør vi sådan her.

Der er således nogle kommuner, som ser det som en kvalitet, at brugerne er styrende i deres egen behandling, mens andre kommuner mener, at det er udtryk for god social stofmisbrugsbehandling, når behandlerne primært tager ansvar for brugernes behandling.

Visitatorerne stiller sig i deres beskrivelser af god social stofmisbrugsbehandling anderledes end de myndighedspersoner, der mener, at det er vigtigt at stille krav til brugerne. Visitatorerne understreger derimod behovet for at støtte brugerne og være initiativtager i dennes behandling, i hvert fald i de indledende faser. Behandlingen skal således være meget tilgængelig for brugerne, og behandlerne skal selv gøre en aktiv indsats for at fastholde brugerne i behandlingen. Visitatorerne taler i modsætning til myndighedspersonerne ikke om styring af behandlingsindholdet, men om at skabe nogle rammer, som motiverer brugerne til at søge og gennemføre behandling.

Jeg synes, det er vigtigt, at man netop respekterer den enkelte brugers egen målsætning, at man ikke stiller sig moralsk til dommer, i forhold til hvad de vil opnå med deres behandling. Jeg synes også, at det er vigtigt, at de møder anerkendelse i forhold til det besvær, de står i, at det faktisk også tager tid at finde ud af, hvad behandling er for noget. Og at det med at udeblive og have et ustabil forløb, det hører faktisk med for mange, fordi meningen med at gå i behandling, det er der altså nogen, der skal bruge noget tid på at finde ud af, hvad det egentligt er for dem.

Jeg synes, at god stofmisbrugsbehandling også er, at den behandler, som har klienten, er ansvarlig for, at folk er i et aktivt forløb. Dvs. at man bliver kontaktet, hvis man udebliver – helst

med det samme egentligt, pr. sms eller pr. telefon eller hvad der nu passer den enkelte klient – så man bliver kontaktet, og man bliver kontaktet venligt, og man bliver kontaktet med tilbud om en ny behandling. Jeg synes da selvfølgelig, at det er fint, hvis man kan lære sine klienter, at det er rigtigt dejligt, hvis de kan melde afbud, og at det kan være fair nok at melde afbud. Men det er behandleren, der har ansvaret for at være imødekomende og sikre et aktivt behandlingsforløb.

Det er desuden vigtigt for at kunne levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, at behandlingen er lettilgængelig for brugerne.

... det er i forhold til at gøre tilbuddet åbent og tilgængeligt. Det kunne fx også have noget med åbningstider at gøre, og hvornår behandlingen ligger. Om den kun ligger om dagen, eller den også ligger om aftenen. Man skal prøve at afsøge, at der er en god stemning, og at det er et rart og pænt miljø, folk møder. Det må ikke være et stigmatiserende miljø. Netop for denne målgruppe er det rigtig vigtigt.

Dette er særligt vigtigt i forhold til de yngre og mere ressourcestærke brugere, da stigmatiseringen kan afholde dem fra at søge behandling. Tilgængelighed kan også handle om at have smidige visitationsprocedurer, så brugeren hurtigt kan få behandling og særligt døgnbehandling, hvis vedkommende ønsker dette.

Det er vigtigt, at fra det øjeblik, hvor pågældende er motiveret til et døgnophold, altså til afrusning eller afgang, at vi da er vældig hurtige til at få truffet beslutningen om det.

Ud over tilgængelighed lægger nogle myndighedspersoner vægt på, at der skal være troværdighed og tydelighed i behandlingen, forstået på den måde, at brugerne skal vide, hvilken behandling de kan få, hvad kravene er, og hvad der er planlagt for dem.

Noget af det allervigtigste i forhold til at kunne holde sig stoffri på længere sigt er, at man er tydelig omkring, hvad det er man tilbyder af behandling. Hvad behandlingen indeholder. Hvad der

forventes, mens man er i behandlingen, og hvad du kan regne med at få fra os. Og det er uanset, om det er ambulans eller døgn, eller hvad det er. Der er tydelighed vigtigt, da noget af det sværeste for misbrugeren at forholde sig til, er det mismask af usagtheder, eller hvis der er noget, der bliver lidt for bredt at være i, så kan det være svært at vide, hvor det er, man skal bevæge sig hen til. Så vi kan se, at de prioriterer, uanset hvilken metode, at der er nogle bestemte rammer og et bestemt regelsæt og nogle bestemte folk at forholde sig til. Og så kan man egentlig flekse lidt rundt med metodikken og med indholdet i hverdagen. Så længe der er noget helt sikkert at forholde sig til.

Denne holdning findes også hos behandlingsledere:

Det jeg tror, vi er gode til her, det er, at vi gør det, vi siger, vi gør. At vi ikke har store armbevægelser og gør noget andet, at vi ikke slår for store brød op. Jeg tror rent faktisk, at vi er meget realistiske.

Visitatorerne lægger også vægt på dette og vægter desuden, at brugerne kender deres rettigheder, herunder klagerettigheder:

At man ved, hvad man går ind til, får en fornuftig og uddybet indsigt i behandlingskonceptet ... Det kan ligge skriftligt eller meget tydeligt mundtligt. Jeg tror, det er med til at skabe relationen: Jeg føler mig godt tilpas her, fordi jeg bliver godt modtaget, og så får jeg en grundig information om, hvad jeg kan forvente – selvfølgelig tilpasset efter, hvordan det menneske har det, fordi hvis man sidder og er rigtig meget abstineret og har det dårligt, så hører man jo kun en ottendedel, så det må heller ikke være for teoretisk. Men det at blive mødt – og det gør vi her – vi lægger meget, meget vægt på, at man føler sig rigtig velkommen, fordi så er meget af arbejdet gjort, og så bliver det nemt at skabe og fastholde relationen. Så en rigtig god velkomst og så en information tilpasset efter, hvad det menneske kan rumme ... Og så meget service. Rigtig meget service ... Kaffe, mad, hente og bringe. Inden for den første uge laver vi aftaler om: ”Skal vi hente dig? Står du der, så kommer vi og henter dig og bringer dig

hened til samtalerne.” Sådan rigtig intensiv service, fordi du er et vingeskudt menneske, og der er mange ting, du ikke kan forholde dig til. Så det gør vi meget for, at man skal føle sig tilpas.

Generelt lægger behandlingslederne vægt på, at behandleren skal være nærværende, åben og imødekommende over for brugeren. Behandlingslederne beskriver således, hvad der er vigtigt for god social stofmisbrugsbehandling:

Det er nærvær, troværdighed, åbenhed, faglighed. Jeg synes ikke, det er nok at være fagligt uddannet, hvis man ikke også kan bruge det ... Professionalisme, som også handler om at være nærværende i relationen med brugeren, det er for mig at se indlysende det, der giver resultater.

Relationen er altid meget, meget vigtig. Og så tror jeg, at det er vigtigt, at klienterne oplever, at de bliver mødt; mødt med respekt og mødt som de mennesker, de nu er, og som selvstændigt tænkende individer, som bare har været meget uheldige og er havnet i stofmisbrug.

Visitatorer lægger også i de kvalitative interview vægt på relationen til brugerne som et meget vigtigt aspekt ved god social stofmisbrugsbehandling. Ud over at inddrage brugeren i beslutninger om sin behandling og troværdighed, handler dette om at være nærværende, åben og imødekommende over for brugeren.

SAMMENLIGNING AF KVALITETSOPFATTELSE

Alle interviewpersonerne er enige om, at personalets kvalifikationer, en helhedsorienteret indsats, strukturen i behandlingsarbejdet og relationen mellem bruger og behandler er af afgørende betydning for stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Der er dog forskel på, hvordan disse elementer vægtes. Blandt visitatorerne, som er dem, der er tættest på brugerne, er der fokus på at skabe en god relation til brugerne, hvor man dels er åben, imødekommende og fordomsfri, og dels giver brugerne klar besked om indholdet og vilkårene for behandlingen. Dette fokus er mindre udtalt blandt behandlingsledere og myndighedspersoner.

Personalets faglighed og uddannelse er derimod en meget vigtig del af god social stofmisbrugsbehandling for alle interviewpersonerne. Det er således vigtigt, at personalet er uddannet, men også at der er en interesse, forståelse og respekt for de mennesker, stofmisbrugsbehandlingen beskæftiger sig med.

Myndighedspersonerne fokuserer i højere grad end de øvrige interviewpersoner på, at behandlingsindsatsen skal være helhedsorienteret, så brugeren også får hjælp til øvrige problemer med fx bolig, uddannelse eller forsørgelse. Denne gruppe af interviewpersoner er også mere fokuseret end de øvrige på vigtigheden af dokumentation af behandlingsindsatsen og dens effekter.

Der er således en tendens til, at jo tættere interviewpersonen er på brugeren, jo mere er relationen til denne i fokus, når stofmisbrugsbehandling af god kvalitet skal defineres. Interviewpersoner, som er tættere på det politiske system og har ledelsesansvar for området, har derimod mere fokus på personale, dokumentation og den brede indsats for brugerne.

BARRIERER FOR GOD SOCIAL STOFMISBRUGSBEHANDLING

I dette afsnit undersøges det, hvilke barrierer, de kommunale myndighedspersoner oplever, der er for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. På baggrund af beskrivelserne i de kvalitative interview er respondenterne i spørgeskemaet blevet bedt om at vurdere, i hvor høj grad en række faktorer er en barriere for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Besvarelserne på disse spørgsmål er anonyme.

Som det fremgår af tabel 3.1, er det særligt manglende koordination og tidskrævende dokumentation, der opleves som en barriere for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, hvor hhv. 64 og 61 pct. af respondenterne mener, at disse 'i nogen' eller 'høj grad' er en barriere. Derudover vurderes manglende tid til brugerkontakt, udeblivelser fra behandling og manglende eller dårligt samarbejde med psykiatrien også som forholdsvis store barrierer, hvor 54 pct. mener, at disse 'i nogen' eller 'høj grad' er en barriere.

TABEL 3.1

I hvor høj grad kommunerne oplever følgende parametre som barrierer i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Procent.

Barrierer	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Manglende tid til bruger-kontakt	11	43	30	5	11	100
Manglende økonomiske ressourcer	11	37	35	8	8	100
Usikkerhed om fremtidige budgetter	11	27	34	19	10	100
Tidskrævende dokumentationskrav	30	31	23	5	11	100
Utilstrækkelig uddannelse af personale	6	28	47	11	8	100
Vanskeligheder ved at finde og fastholde kvalificeret personale	11	24	31	21	13	100
Manglende koordination af forskellige indsatser over for brugerne	22	42	23	5	8	100
Manglende evaluering af faglig kvalitet	15	29	40	6	11	100
Udeblivelser (at brugeren ikke møder op til deres aftaler)	13	41	27	5	15	100
Manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien	17	37	28	6	12	100
Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen	5	10	43	28	15	100
Manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder	0	35	36	17	12	100
Manglende/dårligt samarbejde med øvrige myndigheder	1	23	45	15	17	100
Manglende evidens/viden om, hvad der virker	15	29	30	13	13	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 83 for samtlige barrierer.

DOKUMENTATION, SAMTALETID OG ØKONOMISKE RESSOURSER
 Velfærdsministeriet og Sundhedsstyrelsen har en målsætning om at koordinere kommunernes indberetning af oplysninger til hhv. Servicestyrelsens stofmisbrugsdatabase (den tidligere VBGS-database) og Sundhedsstyrelsens Register over stofmisbrugere i behandling, således at indberetning til de to systemer kan ske samtidigt.

Dette arbejde er dog ikke færdigt, og kommunerne oplever derfor stadig dokumentationskravene, som en forholdsvis stor belastning i stofmisbrugsbehandlingen. Samtidig rapporterer 44 pct. dog, at manglende evaluering af faglig kvalitet er en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. En sådan evaluering af faglig kvalitet kan vanskeligt gennemføres uden dokumentation, og umiddelbart kan dette derfor virke modstridende. Ud fra de kvalitative interview og kommentarer i spørgeskemaundersøgelsen er det dog tydeligt, at de kommunale myndighedspersoner er meget positivt indstillet over for dokumentation og evidensbaseret behandling, som det også fremgik af forudgående afsnit. Den interne registrering i journalsystemer og lignende i kommunen anses for værende vigtig for at kunne skabe kontinuitet og kvalitetssikring af det daglige behandlingsarbejde.

De nationale registre bliver derimod i meget mindre omfang anvendt i det daglige arbejde, bl.a. fordi nogle oplever, at kvaliteten og validiteten af disse registre ikke er tilstrækkelig god. Ingen af de interviewede myndighedspersoner fortæller, at de bruger de centrale registre som Sundhedsstyrelsens Register over stofmisbrugere i behandling (SIB), Stofmisbrugsdatabasen under Servicestyrelsen (den tidligere VBGS-database) og DanRIS, hvor alle døgnbehandlinger registreres, til kvalitetssikring eller kvalitetsudvikling. Indberetningen til disse registre forekommer således omkostningsfuld, da registrene ikke umiddelbart anvendes af kommunerne. Det største problem er dog, at informationer ikke kan overføres direkte fra kommunernes journalsystemer til registrene, og behandlerne er derfor nødsaget til at registrere de samme oplysninger både i lokale systemer og de nationale registre. Stofmisbrugsdatabasen har dog fra marts 2009 kunnet modtage automatiske indberetninger fra journalsystemer, hvilket kan mindske kommunernes omkostninger til indberetning. De fleste kommunale journalsystemer er dog ikke i stand til direkte at overføre data til dette register på interviewtidspunktet. Derudover kan der være forskellige journalsystemer i den enkelte kommune og endda inden for stofmisbrugsbehandlingen i den samme kommune. To interviewpersoner beskriver situationen således:

Sundhedsstyrelsen vil vide alt muligt om alting, og Servicestyrelsen vil også gerne vide en hel masse om alting – men man kan ikke finde ud af at koordinere sine it-indberetningsprogrammer, og man tænker for lidt på den helt simple ting, at hvis man vil

have folk til at gøre det her, og man vil have, at vi skal tage det alvorligt, så skal man sørge for, at vi får noget igen, som vi kan bruge til noget. Det glemmer man.

Der er alt for mange systemer i en kommune, som ikke spiller sammen. Det er et enormt ressourcespild, og det er et kæmpe problem, synes jeg. Det er noget skrammel for at sige det på godt jysk. Men jeg er meget enig i, at det er meget vigtigt, at der er en form for dokumentation på, hvad det er for et flow, vi taler om her. Så indberetningen skal selvfølgelig være til stede, men redskaberne vi har til rådighed er mangeartede, synes jeg.

Derudover oplever myndighedspersonerne, at der er nogle tekniske og opbygningsmæssige problemer ved særligt Stofmisbrugsdatabasen, hvor mange oplysninger skal indberettes. En del myndighedspersoner ønsker dog at få den information, som på sigt kan trækkes ud af disse registre.

Vi er jo heller ikke kommet til at se, hvad vi kan bruge det til, når det fungerer. Det øjeblik, hvor man har overblikket med det og synes, det fungerer, så vil det klart være noget, der kan bruges, fordi det jo er landsdækkende – mere end bare regionen eller noget i den stil. Så det ville jo være et genialt redskab til at forme kvalitetssikringen, hvis det fungerede.

Myndighedspersonerne ønsker bl.a. at kunne sammenligne tilbud i forhold til behandlingsintensiteten, så man bliver i stand til at vurdere effekten af den ene behandlingsform i forhold til den anden. Som én myndighedsperson svarer, da vedkommende bliver spurgt om, hvad hun gerne vil have ud af registreringssystemerne:

Det er vel vigtigt, at der er nogle nøgletal for forbedringer på de forskellige funktioner, selvfølgelig optimalt set stoffrihed og tilbagefald i forhold til det, men også – hvad skal man sig – hvordan situationens status er på de her centrale sociale indikatorer. Det er klart. Det kunne være væsentligt, at se om stedet har en god score generelt på den, eller en indikator [...] Så både i en afvejning kommuner imellem, eller behandlingsstederne imellem og også døgn kontra den ambulante del vil være interessant.

Nogle myndighedspersoner nævner dog, at det ikke er tilstrækkeligt med et ASI-skema ved behandlingens begyndelse, hvis man ønsker at måle behandlingens effekt. For at måle konkrete fremskridt for den enkelte bruger, er det vigtigt også at måle dennes funktionsniveau i løbet af eller efter behandlingens afslutning. En af myndighedspersonerne beskriver ressourceomkostningerne ved dokumentationskravene således, da hun blev spurgt om barriererne for god social stofmisbrugsbehandling:

De stigende dokumentationskrav, der kommer ind mange forskellige steder fra, og som overbebyrder medarbejderne. Det er faktisk rigtig meget tid, det kræver, plus at det også kræver, at de bruger tid på at sætte sig ind i det. Det sluger også en del af det med kompetenceudvikling, når vi fx skal lave temadage, fordi ”nu skal vi introducere dét system, nu skal vi introducere dét system, og nu skal I lære det.” Så reducerer det jo på åbningstiden over for brugerne.

Hovedproblemet med dokumentation er således, at det kræver mange ressourcer og i sidste ende tager tid fra brugerne. Samtidig oplever myndighedspersonerne, at de faktisk ikke kan bruge den indsamlede information i deres arbejde. En interviewperson bemærker, at dokumentationen ikke alene koster økonomiske ressourcer, men også personalemæssige:

Det kan også være de personalemæssige ressourcer i forhold til at kunne overkomme det, fordi dokumentation kræver flere arbejdstimer. En effektiv dokumentation er selvfølgelig også en måde at tilrettelægge arbejdet på, det er jeg med på, men der ligger noget i de personalemæssige ressourcer, og de antal sager man har, og den måde man bliver nødt til at dokumentere i dag. Det er en barriere, det er der ingen tvivl om. På misbrugsområdet er der jo en høj grad af dokumentation til de forskellige systemer i Sundhedsstyrelsen. Også der ligger meget på de indre linjer, som den enkelte borger i og for sig ikke får glæde af.

At myndighedspersonerne oplever tidskrævende dokumentation som en barriere, skal således ses i sammenhæng med, at 54 pct. ‘i nogen’ eller ‘høj grad’ mener, at manglende tid til brugerkontakt er en barriere for at levere god stofmisbrugsbehandling. Mange myndighedspersoner ønsker

således mere samtaletid mellem brugere og behandlere, hvilket kan være baggrunden for, at 48 pct. 'i nogen' eller 'i høj grad' mener, at manglende økonomiske ressourcer er en barriere for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet.

I forlængelse af dette opleves det også som en forholdsvis stor barriere i stofmisbrugsbehandlingen, at brugere ikke møder op til aftalte samtaler. Sådanne udeblivelser kan føre til, at ressourcerne ikke bliver brugt hensigtsmæssigt, da behandleren potentielt kunne have haft en samtale med en anden bruger i det tidsrum.

Af ovenstående gennemgang tyder det på, at der er potentiale for at øge behandlingstiden for brugerne, hvis samspillet mellem kommunale it-systemer internt i kommunerne og samspillet med nationale registre blev forbedret.

Kommunernes brug af dokumentation er yderligere beskrevet i kapitel 4.

SAMARBEJDE MELLEM MYNDIGHEDER

64 pct. af de kommunale myndighedspersoner mener, at manglende koordination af de forskellige indsatser over for brugerne 'i nogen' eller 'høj grad' er en barriere for at levere god social stofmisbrugsbehandling. Manglende koordination er således en af de største barrierer for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Som en myndighedsperson udtaler:

Det, der måske er sværest, er snitfladerne mellem socialcentret og jobcentret, fordi vi måske har fokus på sådan, at det ikke gør noget, at tingene de tager tid, og hvor man i jobcentret selvfølgelig er fokuseret på, at man skal i job, og man skal i aktivering. Der tænker jeg, at der er det altså vigtigt, at man forsøger at finde ud af, hvad det er for en indsats det her, og at man ikke kan give en standardindsats i forhold til aktivering, men at det måske er noget særligt, der skal til. Og det er da sådan noget, vi prøver at få snakket os til rette om. At det kan være, at det kun hedder fem timers aktivering, og så hedder det altså noget andet, eller måske skal det hedde 15 timers aktivering, og så putter vi noget andet på omkring noget social behandling eller hjælp til at få struktureret en hverdag derhjemme og sådan noget.

Samarbejdet med andre myndigheder og sociale tilbud opleves derimod i meget varierende grad som en barriere for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Således mener 54 pct., at manglende eller dårligt samarbejde med psykiatrien 'i nogen' eller 'høj grad' er en barriere for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Dette tyder på, at der særligt er behov for at forbedre samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og psykiatrien. I modsætning hertil er der kun 15 pct. af de kommunale myndighedspersoner, som mener, at manglende eller dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen er en hindring for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Der er 24 pct., som mener, at manglende eller dårligt samarbejde med øvrige myndigheder i nogen eller 'i høj grad' er en barriere, mens 35 pct. mener, at manglende eller dårligt samarbejde med øvrige kommunale myndigheder 'i høj' eller 'nogen grad' er en barriere.

En forklaring på det forholdsvis gode samarbejde, men manglende koordinering, kunne være, at afdelingerne overordnet set har et velfungerende samarbejde, men at systemet ikke er tilstrækkeligt fokuseret på, at alle sociale indsatser omkring brugeren skal koordineres, og at der nogle gange skal tages nogle særlige hensyn over for stofmisbrugere i behandling i resten af det offentlige system.

Noget tyder på, at en forståelse for stofmisbrugeres specielle situation ikke er særlig udbredt, da en fjerdedel af brugerne slet ikke oplever at få den hjælp til hhv. psykiske og fysiske problemer, som de har brug for. Ca. 20 pct. oplever slet ikke at få den hjælp til boligproblemer, de har brug for, og ca. 40 pct. får ikke hjælp til deres øvrige sociale problemer (jf. Delrapport 2, Brugernes og de pårørendes perspektiv).

Der er således forholdsvis stor overensstemmelse mellem brugernes oplevelser og de kommunale myndighedspersoners opfattelser af barrierer i systemet. I kapitel 6 ser vi nærmere på, hvordan man i stofmisbrugsbehandlingen samarbejder med øvrige kommunale myndigheder, og hvordan dette samarbejde kunne forbedres.

PERSONALE

Det aspekt ved god social stofmisbrugsbehandling, som flest kommunale myndighedspersoner nævnte i de kvalitative interview, var kvalificeret personale. Dette er således et område, man i kommunerne lægger stor vægt på. Blandt respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen oplever 34 pct., at manglende uddannelse 'i nogen' eller 'høj grad' er en barriere for

at levere god social stofmisbrugsbehandling, og 35 pct. oplever, at vanskeligheder ved at finde og fastholde kvalificeret personale 'i nogen' eller 'høj grad' er en barriere for at levere god social stofmisbrugsbehandling. I en tredjedel af kommunerne opleves det således som et problem at finde kvalificeret personale og dermed leve op til det aspekt af at levere god social stofmisbrugsbehandling.

I de kommuner, hvor manglende kvalificeret personale er et problem, beskrives situationen således:

Det er selvfølgelig et voldsomt arbejdspress. Der er mange sager. Og når vi nu har vanskeligt ved at få faguddannet personale, så er det jo i virkeligheden en barriere også.

De siger jo altid op i sidste øjeblik, og så går der nogle måneder, hvor vi mangler nogle, hvilket påvirker kvaliteten. Vi er jo så begrundede, at hver medarbejder sidder med 18-20 klienter i forhold til nogle af mine centerleder-kollegaer. Her sidder nogle med op til 45 og 85 klienter. Det er også et andet behandlerkoncept, men det har også noget med kvaliteten at gøre. Hvis vi ikke har penge til uddannelse, falder kvaliteten.

Personalets kvalifikationer og omfanget af problemerne med udskiftning og rekruttering af kvalificeret personale beskrives nærmere i kapitel 6.

For de kommunale myndigheds personer er de største barrierer for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet overordnet set manglende koordination af forskellige indsatser over for brugerne og tidskrævende dokumentationskrav. Derudover opleves manglende tid til brugerkontakt, udeblivelser og dårligt samarbejde med psykiatrien også som forholdsvis store barrierer.

MANGLENDE BEHANDLINGSTILBUD

De fleste myndigheds personer mener, at det kunne være relevant med forbedringer inden for stofmisbrugsbehandlingen. I dette afsnit vil vi se nærmere på, hvilke behandlingsindsatser de mener, at der mangler.

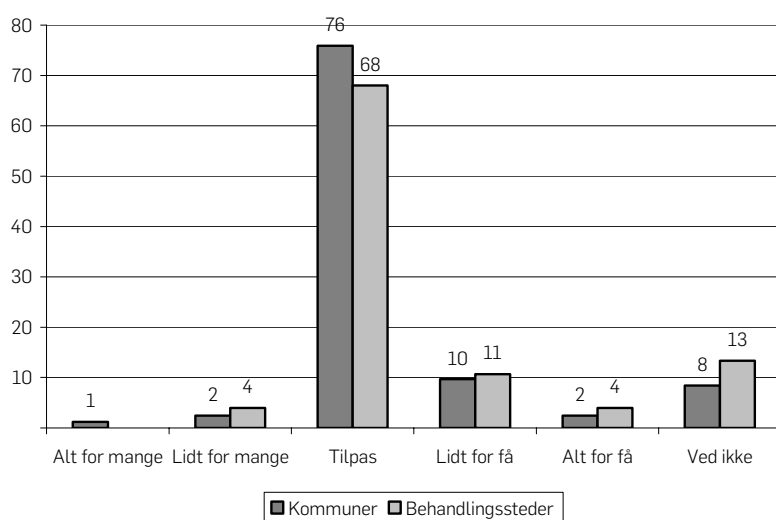
Myndigheds personer og behandlingsledere er blevet spurgt, om de mener, at der er for mange eller for få brugere, der får hhv. døgn-

dag- og substitutionsbehandling i deres kommune. De er desuden blevet spurgt, om der er behov for et kvalitetsløft af den sociale behandling for substitutionsbrugere, og om der mangler støttetilbud til brugere udskrevet af behandling. Svarene på disse spørgsmål er anonyme, hvilket respondenterne er blevet gjort opmærksomme på i formuleringen. Respondenterne kommer således ikke til at 'angive' deres kommune eller behandlingssted i deres besvarelse. 83 af kommunerne og 75 af behandlingsstederne har besvaret disse spørgsmål.

Svarene fordeler sig som vist i figur 3.1-3.5 således, at 68 pct. af behandlingslederne og 76 pct. myndighedspersonerne mener, at et 'tilpas' antal brugere får tilbudt døgnbehandling i kommunen, mens 3 pct. af behandlingslederne og 4 pct. af myndighedspersonerne mener, at for mange får tilbudt en sådan behandling. Derudover mener 15 pct. af behandlingslederne og 12 pct. af myndighedspersonerne, at for få får tilbudt en sådan behandling. Der er desuden 13 pct. af behandlingslederne og 8 pct. af myndighedspersonerne, som svarer 'ved ikke'. Hvis man sammenligner med brugernes ønsker om døgnbehandling, som det er beskrevet i delrapport 2 (Brugerne og de pårørendes perspektiv), er det 16 pct. af brugerne, som siger, at de ønsker at komme i døgnbehandling, blandt de brugere, der ikke allerede er det. Fra et brugersynspunkt er der således for få brugere, som kommer i døgnbehandling, og dette fremgår også i nogen grad af kommunerne og behandlingsstedernes svar.

FIGUR 3.1

Om for mange eller for få brugere tilbydes døgnbehandling i kommunen ifølge kommunale myndighedspersoner og behandlingsledere. Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndighedspersoner og 75 behandlingsledere.

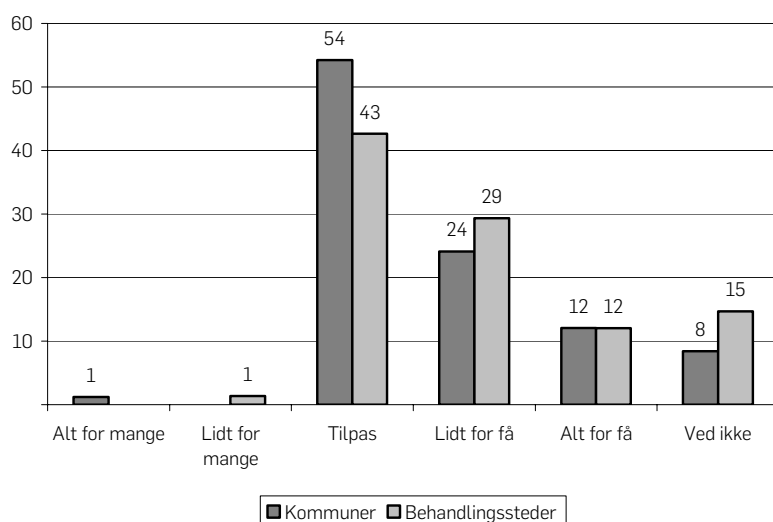
Figur 3.2 viser, at ca. halvdelen af myndighedspersonerne og behandlingslederne mener, at et 'tilpas' antal brugere kommer i dagbehandling, dvs. modtager social stofmisbrugsbehandling 3-5 gange om ugen. Der er desuden 29 pct. af behandlingslederne og 24 pct. af myndighedspersonerne, som mener, at 'lidt for få' brugere får tilbudt dagbehandling, og 12 pct., som mener, at alt for få brugere tilbydes dagbehandling. Dette vidner om, at kommuner og behandlingssteder i højere grad ser dagbehandling som et indsatsområde end døgnbehandling.

Brugerne er ikke direkte blevet spurgt, om de ønsker at modtage dagbehandling, hvis de ikke allerede gør det. Hvis man sammenligner, hvor tilfredse brugerne er med behandlingen, i forhold til hvilken intensitet den har, er 85 pct. af brugerne i døgnbehandling og 91 pct. af brugerne i dagbehandling tilfredse eller meget tilfredse med behandlingen. Der er dog flere brugere i døgnbehandling, som er meget tilfredse med behandlingen (58 mod 46 pct.). En stor del af de brugere, som modtager

dagbehandling, er således tilfredse, men dog ikke helt i samme grad som brugerne i døgnbehandling.

FIGUR 3.2

Om for mange eller for få brugere tilbydes dagbehandling i kommunen. Procent.

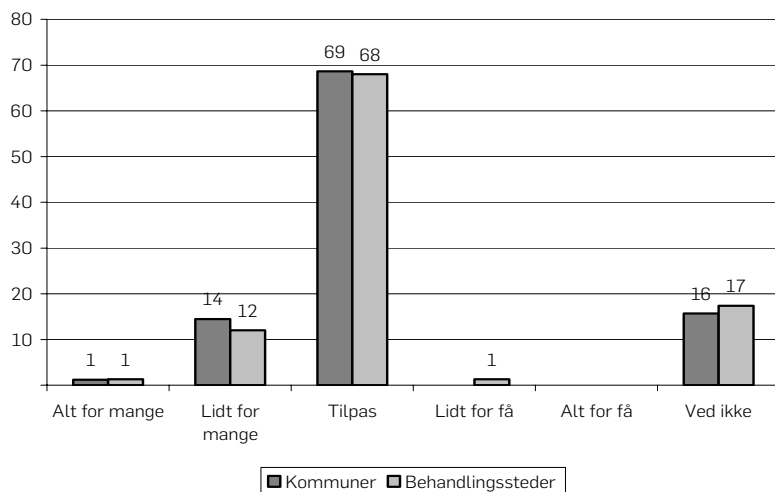


Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndigheds personer og 75 behandlingsledere.

I figur 3.3 ser vi, at 68 pct. af behandlingslederne og 69 pct. af myndigheds personerne mener, at et 'tilpas' antal brugere modtager substitutionsbehandling, mens 12 pct. af behandlingslederne og 14 pct. af myndigheds personerne mener, at 'lidt for mange' modtager substitutionsbehandling, og 1 pct. af myndigheds personerne mener, at 'alt for mange' modtager substitutionsbehandling. Der er således en vis procent af respondenterne, som mener, at substitutionsbehandling fylder lidt for meget i behandlingslandskabet. Dette kunne indikere, at kommunerne og behandlingslederne ønsker at udvide den stoffri behandling lidt og fokusere lidt mindre på medicinsk behandling.

FIGUR 3.3

Om for mange eller for få brugere tilbydes substitutionsbehandling i kommunen. Procent.

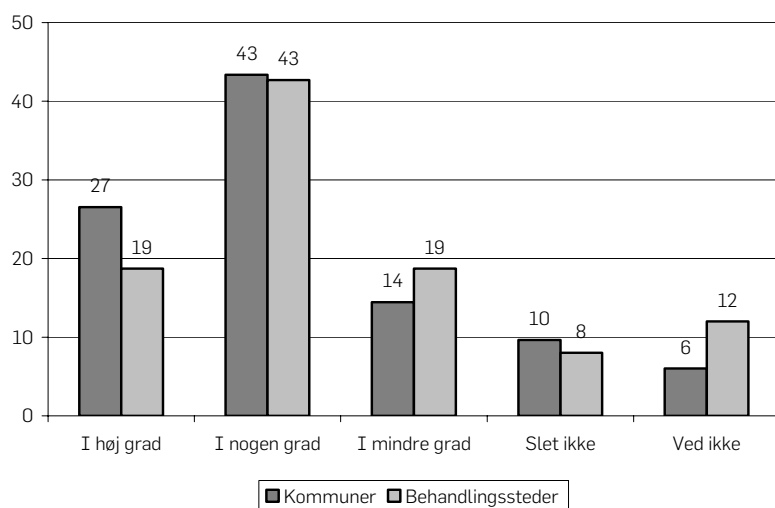


Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndighedspersoner og 75 behandlingsledere.

Figur 3.4 viser, at 27 pct. af de kommunale myndighedspersoner mener, at der 'i høj grad' er behov for et kvalitetsløft af den sociale behandlingsindsats for brugere i længerevarende substitutionsbehandling, mens 43 pct. mener, at der 'i nogen grad' er brug for et sådant kvalitetsløft. Den utilstrækkelighed, som respondenterne med deres besvarelser skitserer i forhold til den sociale behandling, som substitutionsbrugere modtager, gælder således i højere grad kvaliteten af behandlingen end antallet af personer, der modtager behandlingen.

FIGUR 3.4

I hvor hvilken grad der er brug for et kvalitetsløft af den sociale behandlingsindsats for brugere i længerevarende substitutionsbehandling i kommunen. Procent.



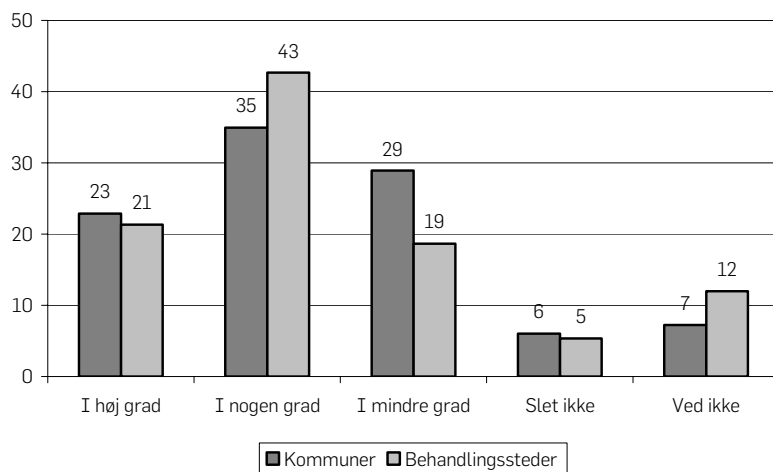
Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndighedspersoner og 75 behandlingsledere.

De kommunale myndighedspersoner og forvaltningsledere er også blevet spurgt, i hvor høj grad der mangler støttetilbud til brugere, som afslutter deres behandling. Her mener 21 pct. af behandlingslederne og 23 pct. af myndighedspersonerne, at der 'i høj grad' mangler sådanne tilbud, mens 43 pct. af behandlingslederne og 35 pct. af myndighedspersonerne mener, at der 'i nogen grad' mangler sådanne tilbud. Der er således et bredt behov for yderligere støttetilbud til brugerne, efter de har forladt stofmisbrugsbehandlingen.

Myndighedspersonernes og behandlingsledernes svar adskiller sig kun meget lidt i forhold til ovenstående spørgsmål. Man skal her være opmærksom på, at størstedelen af behandlingsstederne er kommunale, samt at kommunale behandlingsledere i nogle tilfælde har udfyldt kommuneskemaet. Den høje grad af overensstemmelse kan tolkes som et tegn på konsensus i kommunerne.

FIGUR 3.5

I hvor høj grad der mangler støttetilbud til brugere, som har afsluttet deres behandling i kommunen. Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndighedspersoner og 75 behandlingsledere.

De kommunale myndighedspersoner er også blevet spurgt direkte, om de synes, der mangler nogle behandlingstilbud, og om der er nogle grupper af stofmisbrugere, som der mangler tilbud til. Som det fremgår af tabel 3.2 mener 64 pct. af myndighedspersonerne, at der mangler tilbud i kommunen.

TABEL 3.2

Om de kommunale myndighedspersoner mener, at der mangler behandlingstilbud til stofmisbrugere. Procent

	Procent	Antal
Ja	64	53
Nej	22	18
Ved ikke	15	12
I alt	100	83

Det er dagbehandlings- og efterbehandlingstilbud til stofmisbrugere, som flest myndighedspersoner i spørgeskemaundersøgelsen nævner, som tilbudsformer, der er for få af i deres respektive kommuner. Der er såle-

des 12 myndighedspersoner, som mener, at der mangler dagbehandlings-tilbud, og dette er således en behandlingstype, som myndighedspersonerne mener, der skal fokuseres mere på. Der er samtidigt 11, som mener, der er behov for en øget efterbehandlingsindsats. Dette kan ses i sammenhæng med, at kun ganske få myndighedspersoner mener, at for få brugere bliver tilbudt døgnbehandling. Fokus er i stedet for på alternative tilbud, som dagbehandling eller støtte- og behandlingstilbud til brugere, når døgnbehandlingen afsluttes. Sådanne støttetilbud er vigtige for at sikre et sammenhængende behandlingsforløb og kan i nogle tilfælde betyde, at brugernes ophold på døgninstitutionen kan begrænses til færre måneder. Som en myndighedsperson beskriver det i de kvalitative interview:

Det handler jo om, at når vi sender stofmisbrugere i behandling på Bornholm, så skal de jo hjem på et tidspunkt. Og det er en meget sårbar proces at komme hjem. De er godt nok stoffri og behandlede, men de er også meget skrøbelige psykisk og har meget stor fare for tilbagefald. Så det ville slet ikke være realistisk at sige: ”Nu skal du bare se, nu kommer du hjem her, og du har en lejlighed at bo i her, og i øvrigt skal du stå til rådighed for arbejdsmarkedet.” Det ville slet ikke være realistisk. Så ville de hurtigt få et tilbagefald, fordi stofmisbrugeren har så mange problemer. Så i og med de kan komme – vi kalder det også en bro – i et ’halvvejs-hus’, så kommer de i et lidt mindre beskyttet miljø, end døgnbehandling er. Dvs. først er der det store beskyttede tilbud, døgnbehandling, så er der et lidt mindre beskyttet, og så er der ambulante behandling. Så når de har været i halvvejs-hus i 4-5 måneder, de har fået noget efterbehandling, de har et sted at bo, der er nogle uddannelsesplaner med dem, så kan vi udsluse dem, men så bliver de som regel indskrevet her ambulante også. Så de starter ambulante her, så kommer de i døgnbehandling, og så kommer de i vores halvvejs-hus, og så bliver de udskrevet derfra, og så kommer de i ambulante. Der er også en økonomisk fordel, fordi vi kan faktisk korte døgnbehandling. Den koster jo mellem 35-45.000 kr., og så kan man korte døgnbehandling, og så kan man få flere i døgnbehandling.

Halvejsbuse er en type botilbud, som myndighedspersonerne lægger stor vægt på. Ti myndighedspersoner har noteret, at der mangler forskellige former for botilbud til misbrugere, herunder halvvejsbuse. De nævner desuden herberg og støtte-/plejeboliger for misbrugere, ”som er medtagne af årelangt misbrug, og som er vanskelige at rumme i både almindelige boligområder og plejecentre uden særlige kompetencer.” Der kan også være tale om ”mere eller mindre varige botilbud med struktur, men vide rammer for unge/voksne, som har svært ved selv at strukturere deres hverdag og måske aldrig bliver i stand til det.” Der er dog også tre myndighedspersoner, som mener, at der mangler døgntilbud, mere specifikt døgntilbud til unge, alkoholafrusningstilbud for blandingsmisbrugere af alkohol og stoffer samt omsorgstilbud i døgnregi.

Syv af myndighedspersonerne mener, at der mangler væresteder og aktiviteter til stofmisbrugere, der både kan fungere som supplement til behandlingen, og som også kan opfylde noget af brugernes behov for støtte efter endt behandling. Fire myndighedspersoner fra kommuner, som ikke har stofmisbrugsbehandlingstilbud i kommunen, mener, at der mangler behandlingstilbud tættere på borgerne. Det ikke at have et lokalt tilbud ”er et problem for denne svage gruppe af borgere, som har svært ved at have økonomi til at transportere sig ret langt.” Et par respondenter mener, at der mangler hhv. gruppebehandlingstilbud og øget koordinering af brugernes stofmisbrugsbehandling.

Respondenterne er også blevet spurgt, om der er bestemte målgrupper, der mangler behandlingstilbud til, og som det fremgår af tabel 3.3, mener 31 pct. af myndighedspersonerne, at dette er tilfældet.

TABEL 3.3

Om de kommunale myndighedspersoner mener, at der er nogle målgrupper, som ikke bliver tilgodeset i behandlingen. Procent

	Procent	Antal
Ja	31	26
Nej	49	41
Ved ikke	19	16
I alt	100	83

12 af myndighedspersonerne i spørgeskemaundersøgelsen mener, at der i særlig høj grad mangler behandlingstilbud til de unge og ressourcestærke.

Ifølge myndighedspersonerne er problemet med de stofbehandlingstilbud, der er på interviewtidspunktet, at denne voksende gruppe ikke nødvendigvis finder dem relevante.

Stofmisbrugsbehandling er lagt meget an på behandling af klassiske misbrugere (heroin) ... der er grupper af yngre misbrugere af de ”hurtige stoffer”, som ikke umiddelbart vil finde misbrugscentrets tilbud relevante eller tiltrækkende.

Men vi er jo i forhold til stofmisbruget måske mere optaget af, at de her ændringer i misbruger klientellet, altså hvor vi jo går fra de gamle heroin- og hashmisbrugere, til at der er flere og flere af de her feststoffer og amfetaminer og alt muligt andet, og hvor man oplever, at det er meget svært at få en erkendelse af, før man er meget langt henne, at man faktisk har en afhængighed.

Derudover er der seks myndighedspersoner, som i spørgeskemaet angiver, at der mangler tilbud til psykisk syge, hvilket stemmer godt overens med brugernes ønsker til behandling og rapportering af den hjælp, de får (jf. Delrapport 2, Brugere og de pårørendes perspektiv). En interviewperson beskriver, hvordan kommunen søger at forbedre indsatsen i forhold til brugernes psykiske problemer:

Vi arbejder selvfølgelig hele tiden med at udvikle det. Det vi mest satser på, det er at lave bedre udredning. Nu har vi styrket psykiaterbetjeningen, så flere og flere de bliver screenet for en psykiatrisk diagnose af den ene eller andet slags.

Fire respondenter mener, at der mangler tilbud til brugere med anden etnisk baggrund. En interviewperson beskriver problemet således:

Og så er der det med det etniske – hvordan udspringer det? Det er jo ikke fordi, der er kommet flere og flere ind i behandlingssystemet, det er jo nærmere fordi, der ikke kommer nogen.

Enkelte respondenter mener desuden, at der mangler tilbud til hhv. gravide og ældre brugere og til pårørende til stofmisbrugere. Problemet med de ældre brugere beskrives således:

Så kan jeg se, at vi er blevet dygtigere til at substitutionsbehandle og til at klare dem og holde dem ved lige ... holde dem ... de dør ikke så unge mere, gudskelov. Og de har det bedre op gennem årene, og de har det ikke godt på de almindelige plejehjem. Så jeg så gerne, at vi fik et særligt tilbud, plejehjemstilbud, hospicetilbud, hvor de også kan fortsætte deres mere eller mindre aktive tilværelse de sidste år, de har. Så de kunne få en værdig afsked med livet.

Flere tilbud til pårørende efterspørges også i høj grad af de pårørende selv, og en interviewperson beskriver, hvorfor en sådan inddragelse er vigtig:

Jeg kunne godt tænke mig, hvilket der arbejdes på i øjeblikket, at vi havde en egentlig pårørendebehandling – især for de unge. Fordi vi bliver mere og mere bevidste om vigtigheden af at have forældre med som aktive medspillere i behandlingen. Når de er over 18 år, kan de jo fravælge, at deres forældre hører noget om det her. Jeg kunne godt tænke mig, at hver gang vi indskrev en kunde i vores butik, så var de forpligtet til at invitere en eller to pårørende med efter eget valg, om ikke andet til en intro, fordi det er et så radikalt indgreb i deres liv, at de går i behandling. Vi ser mange, som har fundet sig en kæreste, mens de var skæve, som så bliver stoffri, og pludselig har de ikke brug for kæresten mere. Der er familier, hvor den 15-16-årige er syndebukken i familien, men pludselig går i behandling, men der er stadig de samme mønstre i familien medmindre der arbejdes på at bryde dem. Det kunne vi godt tænke os.

Konkret søges dette bl.a. gjort ved at have en åben rådgivning for både unge og forældre til misbrugere. Der er desuden en enkelt respondent, som nævner et behov for en forbedret indsats for substitutionsbrugere, hvor problemstillingen forklares således:

Vores lokale problemstilling handler om noget lægedækning. Det er vi ved at kigge på, hvordan vi får gjort det her bedre. Vi kunne godt i den grad ønske os en mere skarp behandlingsprofil på substitutionsbehandling. En ting er, at vi gerne vil have så mange

over i et stoffrit liv, som vi kan. Det er helt klart det overordnede mål, men der er også nogle stofmisbrugere, som historisk set har så lille en chance for at komme ud af deres liv som stofmisbrugere. Så må man jo gøre sig den overvejelse at lade dem leve og dø som misbrugere, men på en mere værdig og mere ordentlig måde. Giv dem nogle bedre tilbud, mens de misbruger sig, for at sige det lidt groft.

OPSUMMERING

I dette afsnit undersøgte vi på baggrund af 36 kvalitative interview med kommunale myndighedspersoner, behandlingsledere og visitatorer i stofmisbrugsbehandlingen, hvad de mener, stofmisbrugsbehandling af god kvalitet er. De lægger i deres beskrivelse af god stofmisbrugsbehandling vægt på fire aspekter – personalets kvalifikationer, en helhedsorienteret indsats, strukturen i behandlingsarbejdet og relationen mellem bruger og behandler. Der er en tendens til, at jo tættere interviewpersonen er på brugeren, jo mere er relationen til denne i fokus, når stofmisbrugsbehandling af god kvalitet skal defineres. Interviewpersoner, som er tættere på det politiske system og har ledelsesansvar for området, har derimod mere fokus på en helhedsorienteret indsats og dokumentation. Det oftest nævnte aspekt for alle interviewpersonerne er dog personalets kvalifikationer, som handler både om uddannelse, interesse, forståelse og respekt for de mennesker, stofmisbrugsbehandlingen beskæftiger sig med.

I spørgeskemaet er de kommunale myndighedspersoner blevet spurgt, hvad de oplever som de største barrierer for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Her viser besvarelsene, at de oplever, at de største barrierer er tidskrævende dokumentationskrav og manglende koordination af forskellige indsatser over for brugerne. Samtidigt vurderes brugernes udeblivelser fra samtaler og manglende eller dårligt samarbejde med psykiatrien også som forholdsvise store barrierer.

Overordnet mener myndighedspersonerne og behandlingslederne, at et 'tilpas' antal tilbydes døgnbehandling, mens 'lidt for få' tilbydes dagsbehandling og 'lidt for mange' får substitutionsbehandling. På spørgsmålet om der mangler behandlingstilbud i myndighedspersonens kommune, svarer to tredjedele 'ja'. Det er især dagbehandling og efterbehandlingstilbud, som myndighedspersonerne mener, deres kommune

mangler. Derudover mener en del kommuner, at der mangler botilbud og væresteder til stofmisbrugere.

27 pct. af de kommunale myndighedspersoner mener, at der 'i høj grad' er behov for et kvalitetsløft af den sociale behandlingsindsats for brugere i længerevarende substitutionsbehandling, mens 43 pct. mener, at der 'i nogen grad' er brug for et sådant kvalitetsløft. Det er således en stor del af myndighedspersonerne, som mener, at der er brug for en forbedring af den sociale behandling for brugere i længerevarende substitutionsbehandling. Derudover mener 23 pct. af myndighedspersonerne, at der 'i høj grad', og 35 pct., at der 'i nogen grad' mangler støttetilbud til brugere, som har afsluttet behandlingen i kommunen.

KVALITETSUDVIKLING OG KVALITETSSIKRING

I dette kapitel ser vi på, om og hvordan kommunerne kvalitetsudvikler stofmisbrugsbehandlingen, og hvordan de sikrer, at den behandling, de tilbyder, er af god kvalitet. I kapitlet beskrives først, hvilke nye tilbud kommunerne har iværksat i 2008 og planlægger at iværksætte i 2009. Dernæst beskrives, hvordan myndighedspersonerne får viden om den seneste udvikling på området, og om de bruger en række registre, databaser og informationskilder til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. Efterfølgende vil der i kapitlet blive set på kommunernes tilgang til kvalitetssikring, og afslutningsvist rettes fokus mod kommunernes brug af succeskriterier og minimumsstandarder for stofmisbrugsbehandlingen.

NYE TILBUD I STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN

I dette afsnit vil vi undersøge, hvor de kommunale myndighedspersoner mener, at stofmisbrugsbehandlingen kan forbedres, samt hvilke nye tiltag de har sat i gang i 2008 og planlægger i 2009.

Som det fremgik af tabel 3.1 i kapitel 3, er det særligt manglende koordination, tidskrævende dokumentation, manglende tid til brugerkontakt, udeblivelser fra behandling og manglende eller dårligt samarbejde med psykiatrien, som vurderes som barrierer for god stofmisbrugsbehandling. I forlængelse af dette er myndighedspersonerne blevet bedt om

at vælge op til tre tiltag, de ville bruge ressourcer på, hvis de pludseligt fik flere ressourcer til stofmisbrugsbehandling. Her valgte 7 pct. af myndighedspersonerne kun at vælge én indsats, 9 pct. valgte to indsatsområder, og 82 pct. valgte de maksimale tre indsatsområder. I tabel 4.1 er myndighedspersonernes svar rapporteret.

TABEL 4.1

Hvilke tiltag vil myndighedspersonerne bruge penge på, hvis de pludselig fik ekstra penge til stofmisbrugsområdet. Procent.

	Procent	Antal
Øge behandlingsintensiteten (dvs. mere kontakt mellem bruger og behandler)	60	50
Give behandlerne mere uddannelse	38	32
Evaluer behandlingen mere	36	30
Inddrage pårørende mere	37	31
Forbedre samarbejdet med andre instanser	50	42
Forbedre fysiske faciliteter	11	9
Give flere brugere tilbud om psykologsamtaler	17	14
Andet	29	24

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 85, respondenterne har maksimalt valgt tre indsatsområder.

Som det fremgår af tabellen, vil flest myndighedspersoner (60 pct.) bruge flere ressourcer på at øge behandlingsintensiteten. Dette falder godt i tråd med, at manglende tid til brugerkontakt er en af de største barrierer for god stofmisbrugsbehandling ifølge disse respondenter. Samtidigt viste delrapport 2 (Brugerne og de pårørende perspektiv), at en fjerdedel af alle brugere ønsker flere samtaler med deres kontaktperson. Blandt brugere, som modtager social stofmisbrugsbehandling mindre end hver 14. dag, ønsker en tredjedel flere samtaler, og denne gruppe er generelt mere utilfreds med behandlingen. Der er samtidig forholdsvis mange brugere, som kun modtager social stofmisbrugsbehandling hver 14. dag (44 pct. af de adspurgte brugere), og det er således i tråd med brugernes tilkendegivelser at øge behandlingsintensiteten – særligt for denne gruppe.

Halvdelen af myndighedspersonerne vil desuden bruge ressourcer på at forbedre samarbejdet med andre instanser. Dette er et vigtigt prioriteringsområde, da mange brugere ikke får tilstrækkelig hjælp til de

problemer, de måtte have ud over deres misbrug, hvilket ifølge kommunerne delvist skyldes utilstrækkeligt samarbejde.

Samtidigt vil kun 17 pct. af kommunerne tilbyde flere brugere psykologsamtaler, til trods for at 27 pct. af de brugere, som ikke allerede får psykologsamtaler, i delrapport 2 har udtrykt ønske om sådanne samtaler. Alligevel rangerer flere psykologsamtaler forholdsvist lavt på de fleste kommuners prioriteringsliste, selv om der ellers er enighed om, at misbrugere med psykiske problemer er en gruppe, der mangler tilbud til, hvoraf psykologsamtaler kunne være et oplagt bud. Denne forskel kan hænge sammen med, at varetagelsen af psykiske problemer er delt mellem distriktspsykiatrien under regionerne og lokalpsykiatrien under kommunerne.

36-38 pct. af myndighedspersonerne vil give behandlerne mere uddannelse, evaluere behandlingen mere eller inddrage pårørende mere. Ca. 15 procent af brugerne og 30 pct. af de pårørende ønsker, at de pårørende bliver inddraget mere. Der er således et ønske i bruger- og pårørendegruppen om øget pårørendeinddragelse, som det rapporteres i delrapport 2.

Færrest myndighedspersoner (11 pct.) prioriterer at forbedre de fysiske faciliteter i behandlingen. De fleste brugere mener dog også, at behandlingsstedet 'i høj grad' (47 pct.) eller 'i nogen grad' (29 pct.) er et rart sted at være, så det er heller ikke her, der er det største behov for en indsats. 29 pct. af myndighedspersonerne har desuden svaret, at de vil bruge ressourcerne på noget andet end det nævnte. Blandt disse andre ting nævnes støttetilbud til brugeren i form af hjælp til bolig, beskæftigelse eller støtte-/kontaktpersoner, bedre psykiatrisk udredning og behandling samt diverse for-, dag- og efterbehandlingstilbud.

I det følgende ser vi nærmere på,, hvilke behandlingstilbud kommunerne rent faktisk har iværksat i 2008 og planlægger at iværksætte i 2009. 59 pct. af de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 24 pct. af de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, har iværksat nye tilbud i 2008, og 34 myndighedspersoner har beskrevet disse nye tilbud. 8 kommuner rapporterer at have iværksat dagbehandlingstilbud i 2008, og derudover har 5 iværksat efterbehandlingstilbud i form af gruppe- eller individuel terapi eller botilbud. Et par kommuner har fokuseret på øget motivationsbehandling. Derudover har fokus særligt været på den helhedsorienterede indsats, således at 5 kommuner har iværksat en særlig beskæftigelsesindsats for stofmisbrugere, 3

har satset på bedre psykiatrisk/psykologisk udredning af brugerne, mens et par har fokuseret på bedre sundhedstilbud i form af forebyggelse af hepatitis og sundhedsklinik til udsatte grupper. Der er desuden blevet satset på forbedret indsats for unge og forebyggelse af stofmisbrug.

TABEL 4.2

Om kommunen har iværksat nye tilbud i løbet af 2008, fordelt efter om kommunen selv udfører stofmisbrugsbehandling eller ej. Procent.

	Ja	Nej	Ved ikke	Total pct.	Total antal
Kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling	59	39	2	100	41
Kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling	24	71	5	100	41
I alt	42	55	4	100	82

Anm.: $\chi^2 = 10$, $P = 0,007$.

Myndighedspersonerne er også blevet spurgt, om de planlægger at iværksætte nye tilbud i 2009, hvilket 61 pct. af kommunerne, som selv udfører behandling, gør, mens dette er tilfældet for 20 pct. af kommunerne, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. 33 kommuner har beskrevet, hvad disse nye tilbud er. 7 kommuner vælger at hjemtage hele eller dele af stofmisbrugsbehandlingen i 2009. De dele, som bliver hjemtaget, omfatter bl.a. tilbud til børn og unge, substitutionsbehandling og ambulante behandling. 5 kommuner vil iværksætte tilbud om lægeordineret heroin. 9 kommuner vil iværksætte nye tiltag for unge brugere, og et par kommuner vil derudover forbedre forebyggelsesindsatsen på området. Derudover er der et par kommuner, som vil iværksætte tilbud om pårørendeinddragelse, efterbehandling samt gruppebehandling i ambulante regi.

TABEL 4.3

Om kommunen planlægger at iværksætte nye tilbud i løbet af 2009, fordelt efter om kommunen selv udfører stofmisbrugsbehandling eller ej. Procent.

	Ja	Nej	Ved ikke	Total pct.	Total antal
Kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling	61	22	17	100	41
Kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling	20	51	29	100	41
I alt	40	37	23	100	82

Anm.: $\chi^2 = 15$, $P = 0,001$.

Myndighedspersonerne ville, hvis de fik muligheden, således primært bruge ekstra ressourcer på at øge behandlingsintensiteten og forbedre samarbejdet med andre instanser.

I kommunerne har de reelle prioriteringer medført, at 59 pct. har iværksat nye behandlingstilbud i 2008, og det har primært været dag- og efterbehandling samt en forbedret beskæftigelsesindsats. I 2009 planlægger 61 pct. at iværksætte nye tilbud, og fokus er her indsatsen over for unge misbrugere, tilbud om lægeordineret heroin og hjemtagelse af hele eller dele af indsatsen for de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling i dag.

HVORDAN OPNÅS INDSIGT I DEN NYESTE VIDEN

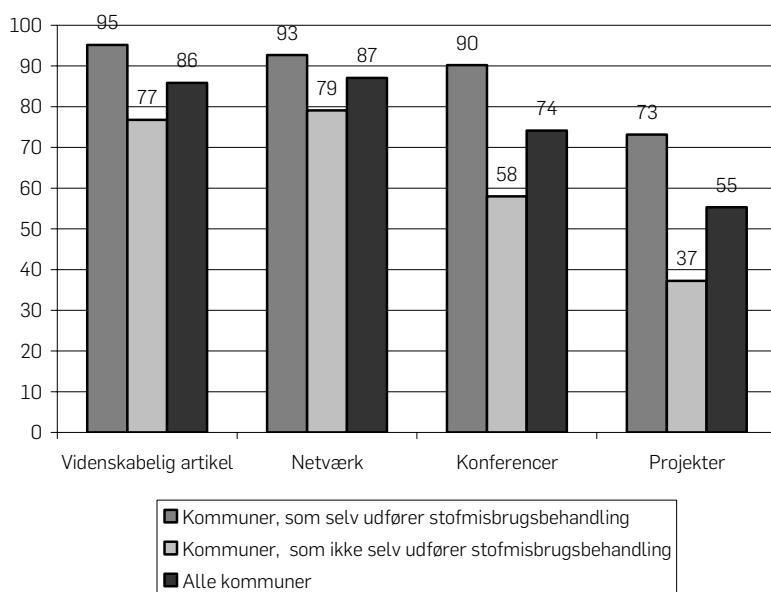
For at undersøge, hvordan myndighedspersonerne opnår indsigt i ny viden på stofmisbrugsområdet, er de blevet spurgt, om de inden for det seneste år har læst en videnskabelig artikel på området, er mødtes med repræsentanter fra andre kommuner for at lave erfaringsudveksling om stofmisbrugsbehandling, har deltaget i konferencer om stofmisbrugsbehandling eller deltaget i projekter med henblik på udvikling af området.

Her svarer 86 pct., at de har læst en videnskabelig artikel og 87 pct., at de har mødtes med repræsentanter for andre kommuner med henblik på erfaringsudveksling. Disse måder at tilegne sig ny viden på er mere almindelig blandt myndighedspersoner fra kommuner, som selv

udfører stofmisbrugsbehandlingen, men også i kommuner, som køber sig til ydelsen, har 77 pct. læst en videnskabelig artikel, og 79 pct. har mødtes med repræsentanter fra andre kommuner det seneste år. 90 pct. af kommunerne, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen har deltaget i misbrugskonferencer det seneste år, og 73 pct. af disse kommuner har ligeledes deltaget i udviklingsprojekter på området. Her er forskellen til 'køberkommunerne', som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, større, idet 'kun' 58 pct. af disse har deltaget i konferencer, og 37 pct. har deltaget i projekter på området. Det er dog stadig en forholdsvis stor andel af kommunerne. Svarene tyder således på, at der er forholdsvis stort fokus på at holde sig informeret om udviklingen på området i kommunerne.

FIGUR 4.1

Procent af myndighedspersonerne, som det seneste år har læst en videnskabelig artikel på området, mødtes med repræsentanter fra andre kommuner for at erfaringsudveksle om stofmisbrugsbehandling, deltaget i konferencer om stofmisbrugsbehandling eller deltaget i projekter med henblik på udvikling af området. Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 85 kommuner i alt og hhv. 41 kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 43 kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. En kommune har ikke angivet produktionsform. Myndighedspersonerne kan have svaret i mere end én kategori.

Myndighedspersonerne er også blevet spurgt, om de på anden vis har opnået indsigt i den seneste udvikling på stofmisbrugsområdet. Til det har 64 pct. af de 85 kommunale myndighedspersoner svaret 'ja' og har desuden noteret, hvilke aktiviteter der er tale om. Der er dog en vis risiko for, at nogle myndighedspersoner har glemt at nævne visse aktiviteter, da de ikke er blevet spurgt specifikt til hvert af disse områder. Det følgende skal således opfattes som minimumsangivelser.

Ud over at læse videnskabelige artikler, deltage i netværk og konferencer og projekter på området har 13 myndighedspersoner rapporteret at have deltaget i kurser, efteruddannelse eller temadage om stofmisbrugsbehandling. 11 myndighedspersoner følger med i udviklingen på

området ved at tale med kollegaer eller samarbejdspartnere på området. Derudover følger myndighedspersonerne med i udviklingen via mediedækningen i aviser og resten af pressen samt generel information, som sendes ud til kommunerne. En del læser ud over artikler anden videnskabelig litteratur. Desuden rapporterer fire myndighedspersoner, at de har været på studietur til andre kommuner i Danmark eller har været i udlandet og se på stofmisbrugsbehandling for at blive inspireret.

De kommunale myndighedspersoner er blevet spurgt, i hvor høj grad de anvender en række redskaber og informationskilder i deres arbejde. Idet der er spurgt til anvendelse generelt, kan der både være tale om anvendelse af disse redskaber til at få ny viden og til at kvalitetssikre behandlingen. I tabel 4.1 og 4.2 er resultaterne rapporteret for hhv. kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, og kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling.

Hvis man sammenligner de to tabeller er det tydeligt, at de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, anvender informationskilderne mere end kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. Den sidste gruppe af kommuner anvender primært Tilbudsportalen, Sundhedsstyrelsens hjemmeside, Stofbladet og Misbrugsnet, mens de centrale registre kun i forholdsvis begrænset omfang anvendes. Brugen af disse informationskilder er dog forholdsvis begrænset også blandt udførerkommuner. Således er der 36 pct. som 'i nogen' eller 'høj grad' anvender Tilbudsportalen, 43 pct. som 'i høj' eller 'nogen grad' anvender Sundhedsstyrelsens hjemmeside, 45 pct. som 'i høj' eller 'nogen grad' anvender Stofbladet, og 36 pct. som 'i høj' eller 'nogen grad' anvender Misbrugsnet. Der er således en forholdsvis begrænset søgning efter ny viden på stofmisbrugsområdet blandt kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. I mange af disse kommuner er ansvaret for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling placeret ved deres samarbejdspartner, og kommunen udfører derfor ikke selv disse opgaver. Disse brugeres behandling bliver således oftest kvalitetssikret af den kommune eller region, 'køberkommunen' samarbejder med.

TABEL 4.4

Hvilke redskaber benytter de kommunale myndighedspersoner i kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandlingen. Procent.

Redskaber	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Tilbudsportalen	10	26	41	19	5	100
Servicestyrelsens stofmisbrugsdatabase (DanRIS-Ambulant og den tidl. VBGS-database)	2	24	17	50	7	100
Sundhedsstyrelsens Register over stofmisbrugere i behandling (SIB)	0	12	26	57	5	100
DanRIS Døgn	0	21	19	52	7	100
Sundhedsstyrelsens hjemmeside	10	33	34	19	2	100
Stofbladet	12	33	24	24	7	100
Misbrugsnet	10	26	21	33	10	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 42 kommunale myndighedspersoner.

TABEL 4.5

Hvilke redskaber benytter de kommunale myndighedspersoner i kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen. Procent.

Redskaber	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Tilbudsportalen	7	24	51	17	0	100
Servicestyrelsens stofmisbrugsdatabase (DanRIS-Ambulant og den tidl. VBGS-database)	27	22	24	22	5	100
Sundhedsstyrelsens Register over stofmisbrugere i behandling (SIB)	39	24	12	22	2	100
DanRIS Døgn	22	15	22	37	5	100
Sundhedsstyrelsens hjemmeside	12	46	39	2	0	100
Stofbladet	24	34	32	10	0	100
Misbrugsnet	15	17	42	22	5	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 41 kommunale myndighedspersoner.

Kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, anvender i højere grad de nævnte redskaber. Hvis man ser på informationskilder, som anvendes 'i høj' eller 'nogen grad', bruger disse kommuner primært Sundhedsstyrelsens Register over stofmisbrugere i behandling, Stofbladet, Sundhedsstyrelsens hjemmeside og i lidt mindre grad Servicestyrelsens stofmisbrugsdatabase.

Tilbudsportalen er en database under Servicestyrelsen, som beskriver både private og offentlige behandlingstilbud på stofmisbrugsområdet mht. bl.a. beliggenhed, metode, antal brugere og personalesammensætning. Informationen er tilgængelig på Tilbudsportalens hjemmeside, og behandlingsstederne skal selv indberette og opdatere oplysninger. Denne database anvendes kun i forholdsvis begrænset omfang af kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen, idet kun 7 pct. 'i høj grad' anvender denne, og 68 pct. anvender den 'i mindre grad' eller 'slet ikke'. I kommuner, som selv har et behandlingstilbud, er det primært relevant at anvende Tilbudsportalen, hvis en bruger ønsker døgnbehandling eller behandling ved en anden udbyder end kommunen. Grunden til, at Tilbudsportalen kun i mindre omfang anvendes kan således skyldes, at kommunerne har nogle faste samarbejdspartnere, som de primært henviser til, når brugeren skal i behandling uden for kommunens regi. Derved mindskes behovet for at anvende Tilbudsportalen. Samtidigt skal man være opmærksom på, at besvarelsenerne stammer fra myndighedspersoner, som ikke umiddelbart er involveret i visitationer til behandling. Der kan således være visitatorer og behandlere i kommunen, som anvender Tilbudsportalen mere.

Kommunerne skal indberette nye brugere til Servicestyrelsens stofmisbrugsdatabase, hvor ventetiden samt en række karakteristika ved behandlingen bliver indberettet. Denne bliver anvendt i noget større omfang end Tilbudsportalen, idet 49 pct. 'i høj' eller 'nogen grad' bruger denne. Der er dog 22 pct., som 'slet ikke' anvender databasen i deres arbejde og derfor ikke anvender mulighederne for fx at sammenligne ventetiden på behandling i kommunen med andre kommuner. Databasen bliver ikke nødvendigvis kun brugt som informationskilde, da nogle myndighedspersoner, selv om det ikke sædvanligvis er deres arbejde, måske også bruger databasen til indskrivning af brugere.

Kommunerne skal også indberette brugere til Sundhedsstyrelsens Register over stofmisbrugere i behandling, hvor en række karakteristika ved samtlige brugere i behandling og deres behandlingsforløb regi-

streres. Et udvalg af oplysninger fra registret er tilgængeligt i aggregeret form på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Dette register er det redskab, som flest kommunale myndighedspersoner anvender. Der er 39 pct. af myndighedspersonerne, som 'i høj grad' anvender dette register, og 24 pct., som 'i nogen grad' anvender det. Der er dog også 22 pct., som 'slet ikke' anvender dette register. Som med Servicestyrelsens stofmisbrugsdatabase er kommunerne forpligtiget til at registrere brugere i dette register og ikke al brug er derfor nødvendigvis informationssøgning.

Alle døgnbehandlinger registreres i DanRIS Døgn med en række karakteristika ved brugeren og behandlingen. Registret administreres af Center for Rusmiddelforskning, og informationer fra dette register er på behandlingsstedsniveau tilgængelig i den årlige DanRIS Stof-rapport samt på hjemmesiden. Dette redskab anvendes i mere begrænset omfang end de forudgående redskaber, idet 22 pct. af myndighedspersonerne 'i høj grad' anvender DanRIS Døgn, og 15 pct. 'i nogen grad' anvender det. Der er 37 pct., som 'slet ikke' anvender registret. Baggrunden for dette kan som ved Tilbudsportalen være, at mange kommuner har faste døgnbehandlingssteder, de samarbejder med, og derfor ikke anvender den grundige information om behandlingsindholdet og effekterne af denne fra DanRIS Døgn.

Forholdsvis mange anvender sundhedsstyrelsens hjemmeside som redskab i deres arbejde, idet 46 pct. 'i nogen grad' anvender denne, og 12 pct. 'i høj grad' anvender hjemmesiden. Samtidigt er der kun 2 pct., som 'slet ikke' anvender den.

Stofbladet er et tidsskrift for stofmisbrugsområdet, som udkommer 4 gange årligt fra Center for Rusmiddelforskning. Dette tidsskrift læses af mange myndighedspersoner, idet 24 pct. 'i høj grad' anvender det, og 34 pct. 'i nogen grad' anvender det. Tidsskriftet er karakteriseret ved at indeholde faglige artikler i et lettilgængeligt sprog. Det er derfor en forholdsvis tilgængelig måde for myndighedspersonerne at få viden om ny forskning og projekter på området. Det er således kun 10 pct. af myndighedspersonerne, som 'slet ikke' bruger Stofbladet.

Misbrugsnet er både en e-mail gruppe og en hjemmeside. E-gruppen er oprettet 25. marts 2002, med henblik på at facilitere debat og vidensformidling omkring misbrugsbehandling, misbrugsforskning og forebyggelse i Danmark. Målgruppen er professionelle behandlere, beslutningstagere, formidlere og forskere. Dansk Psykologforenings Selskab for Misbrugspsykologi driver desuden hjemmesiden Misbrugsnet,

som bl.a. bruges til at dele viden om stofmisbrugsbehandling. En tredjedel af myndighedspersonerne anvender et af disse redskaber 'i høj' eller 'nogen grad', mens en tredjedel 'slet ikke' anvender disse. Disse er således blandt de mindre brugte informationskilder.

Myndighedspersonerne i kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen, anvender således primært Sundhedsstyrelsen og Servicestyrelsens registre, mens 'køberkommunerne' i højere grad anvender informationen på Tilbudsportalen og Misbrugsnet. Begge typer kommuner anvender dog i forholdsvis høj grad Sundhedsstyrelsens hjemmeside og Stofbladet.

Myndighedspersonerne benytter således i nogen grad de forskellige informationskilder stillet til rådighed, mens de i høj grad søger at opnå indsigt i den seneste udvikling på området ved at deltage i konferencer, netværk og projekter på området. Samtidigt følger myndighedspersonerne med i debatten i pressen og de videnskabelige tidsskrifter. Myndighedspersonerne giver også i de kvalitative interview udtryk for et stort ønske om at få mere viden på området og udvikle stofmisbrugsbehandlingen.

Myndighedspersonerne opnår desuden i høj grad indsigt i udviklingen ved at tale med kollegaer i kommunen, i andre kommuner og blandt samarbejdspartnere. Samtidigt læser mange videnskabelig litteratur og holder sig på den måde opdateret.

TILGANGE TIL KVALITETSSIKRING

I dette afsnit undersøges kommunernes tilgange og værktøjer til kvalitetssikring nærmere for dermed at vurdere, hvilken rolle kvalitetssikring spiller i stofmisbrugsbehandlingen. Som det fremgik af afsnittet om barrierer for god kvalitet i kapitel 3 og forudgående afsnit, anvender kommunerne i nogen grad centrale registre som informationskilder i forbindelse med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. Det bliver her beskrevet, hvilke kilder og tilgange, de anvender derudover.

ELEKTRONISK JOURNALSISTEM OG STATUSMØDER

Det primære registreringsværktøj, som anvendes i kommunerne, er det elektroniske journalsystem. Dette fremmer kvalitet i behandlingen ved at gøre processen omkring overdragelse af sager fx ved sygdom mere smi-

dig, hvis journalen er opdateret. Tabel 4.6 viser, at 76 pct. af kommunerne har et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet.

TABEL 4.6

Om kommunen har et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet, fordelt efter om kommunen selv udfører stofmisbrugsbehandling eller ej. Procent.

	Ja	Nej	Ved ikke	Total pct.	Total antal
Kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling	90	7	2	100	41
Kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling	62	26	12	100	42
I alt	76	17	7	100	83

Anm.: $\chi^2 = 9$ P = 0,010.

Tabellen viser også, at det gør en stor forskel, om kommunerne selv udfører stofmisbrugsbehandlingen eller ej. Det er således 90 pct. af kommunerne, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, der har et elektronisk journalsystem på området, mens det kun er tilfældet for 60 pct. af kommunerne, som ikke selv udfører behandlingen. Forskellen skyldes formentligt, at 'køberkommuner' ikke har et separat system til stofmisbrugsbehandling, da brugerens behandlingsjournal ligger i samarbejdspartnerens system. Når myndighedspersonerne fra sådanne kommuner bliver spurgt, hvordan de kvalitetssikrer behandlingen, er svaret i mange tilfælde, at det gøres via faste statusmøder, oftest hver 3. måned. Som en interviewperson beskriver det:

Vi får fast opfølgning. Hver 3. måned kommer der statusbeskrivelser, og vi holder også møder med dem løbende på den brede bane, og noget af det, vi gerne vil have nu, er et månedligt møde med dem på sagsbehandlerniveau. Hvor de simpelthen tager de borgere, de har i forløb lige nu, og får talt igennem, i forhold til hvad det er for en plan, der arbejdes med på behandlingssiden, og hvad er det for en plan, der arbejdes på den sociale del.

Disse møder kan handle om kommunens brugergruppe i behandling generelt, men kan også bruges til at tage brugernes sager op én efter én,

så køberkommunen får en status for enkelt af sine borgere i stofmisbrugsbehandling.

De kommuner, som har et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet, har svaret på, i hvor høj grad de anvender dette til systematisk opfølgning på behandlingens indhold, intensitet, kvalitet og kvaliteten af sagsbehandlingen. Her er der også forskel på kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. Blandt kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, bruger myndighedspersonerne det elektroniske journalsystem til at lave systematisk opfølgning på behandlingens indhold og intensitet. Der er således 84 pct. af myndighedspersonerne, som 'i høj' eller 'nogen grad' anvender det elektroniske journalsystem til dette, og kun 3-5 pct., som 'slet ikke' anvender journalsystemet til dette.

TABEL 4.7

I hvor høj grad det elektroniske journalsystem anvendes af respondenter selv eller en anden myndighedsperson i kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen til opfølgning på aspekter ved behandlingen. Procent.

Systematisk opfølgning på	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Behandlingens indhold	62	22	14	3	0	100
Behandlingens intensitet	65	19	11	5	0	100
Resultaterne af behandlingen	38	46	8	8	0	100
Kvaliteten af behandlingen	30	35	22	11	3	100
Kvaliteten af sagsbehandlingen	32	41	14	11	3	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 37 kommunale myndighedspersoner. Kun kommuner, som har et elektronisk journalsystem, er inkluderet.

30 pct. af myndighedspersonerne anvender 'i høj grad' det elektroniske journalsystem til at følge op på kvaliteten af behandlingen, og 35 pct. gør dette 'i nogen grad'. 32 pct. anvender 'i høj grad' journalsystemet til at følge systematisk op på kvaliteten af sagsbehandlingen, mens 41 pct. 'i nogen grad' anvender journalsystemet til dette. Kommunerne anvender

således i forholdsvis høj grad journalsystemet til at følge op på behandlingen.

Kontaktpersonen har jo en forpligtelse til at følge [brugeren], og jeg kan se, når jeg går ind på brugerjournalen – jeg har adgang, fordi jeg sidder og dokumenterer hash- og kokainprojektets praksis og indsats, og der følger jeg jo så de brugere – og der kan jeg se, hvordan der er en meget tæt opfølgning på den enkelte bruger. På alle de handlinger brugeren foretager og ved udeblivelse osv., er der tæt opfølgning. Så det kan jeg kun sige er en praksis, der udvikler sig med, at man følger rimelig tæt op på brugerens forløb. Jeg kan simpelthen se alle de journalnotater, der ligger.

Vores journalsystem er fremragende, og er udviklet i amtets tid, og som vi så har videreudviklet på. Det giver simpelthen mulighed for at følge borgerne i lange forløb, og det er meget grundigt i sin beskrivelse. Det kommer omkring.

En interviewperson svarer således på spørgsmålet, om vedkommende kan bruge de centrale registre til noget:

Det synes jeg ikke, for vi har så relativt få brugere, at det har vi selv vores eget overblik over, og det elektroniske journaliserings-system, vi har, indeholder også en statistikdel, så vi kan sådan set selv trække data ud fra vores eget system.

Myndighedspersonerne lægger stor vægt på, at brugerjournalerne er opdateret, og at alle samtaler bliver journalført, dog bliver ”møder på trappen eller gangen el.lign. [...] ikke journalført, men i det øjeblik man har et aftalt møde, så skal det selvfølgelig journalføres.” Det samme gør sig gældende på en række behandlingssteder med værestedsfunktion, hvor brugerne kan komme og tale med behandlerne alle ugens dage, men hvor dette har karakter af mindre formelle samtaler, som ikke bliver noteret i journalen.

Kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, anvender i væsentlig mindre grad det elektroniske journalsystem til systematisk opfølgning. Dette kan dog igen skyldes, at størstedelen af behand-

lingsinformationen findes i behandlingsstedets journalsystem, som ikke er tilgængeligt for disse kommuner. I mange tilfælde er ansvaret for kvalitetssikring og kvalitetsudvikling også uddelegeret til den kommune, man samarbejder med, hvilket er grunden til, at journalsystemet ikke i samme grad anvendes til systematisk opfølgning.

TABEL 4.8

I hvor høj grad det elektroniske journalsystem anvendes til opfølgning på aspekter ved behandlingen af respondenter selv eller en anden myndighedsperson i kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandlingen. Procent.

Systematisk opfølgning på	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Behandlingens indhold	33	30	11	19	7	100
Behandlingens intensitet	22	30	15	26	7	100
Resultaterne af behandlingen	26	30	15	22	7	100
Kvaliteten af behandlingen	33	22	11	26	7	100
Kvaliteten af sagsbehandlingen	30	22	11	26	11	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 27 kommunale myndighedspersoner, Kun kommuner, som har et elektronisk journalsystem, er inkluderet.

Mange myndighedspersonerne (61 pct.) kvalitetssikrer dog også behandlingen på anden vis. Myndighedspersonerne svarer i spørgeskemaet, at de kvalitetssikrer ved ledelsesmæssig monitorering og evaluering samt ved systematisk opfølgning på behandlingen. Disse tilgange beskrives nærmere i det følgende med udgangspunkt i de kvalitative interview.

LEDELSESMÆSSIG MONITORERING OG EVALUERING

På spørgsmålet om kvalitetssikring nævner mange af myndighedspersonerne i de kvalitative interview den generelle ledelsesmæssige supervision af behandlingen. Følgende citater illustrerer denne tilgang tydeligt:

Man kan godt sige kvalitetssikring er også den daglige ledelse, der er. Der er ikke et tilbud i denne organisation, der ikke har et

møde med en leder en gang i ugen. Der har vi jo os som dem, der har ansvaret, som der også føres tilsyn med, hvordan kører tilbuddene. Der kan man måske sige, at det er mere relevant i de ambulante tilbud, de dagtilbud, vi har. Der er ledelsesmæssige tilsyn minimum en gang i ugen. Så er der selvfølgelig derudover, hvor man er nede og mærke, hvordan det fungerer, stikke fingeren i jorden, snakke med personalet.

Generelt er et ledelsessystem jo også en kvalitetssikring. Vi har jo i kraft af vores organisation x antal afdelingsledere, og det er deres forpligtelse at sikre, at deres medarbejdere lever op til det, vi mener, er god behandling. Så de skal selvfølgelig tjekke deres medarbejders journaler, og de skal gerne gå ind til en samtale en gang imellem og være til stede, når behandleren har samtale. De skal have fingeren på pulsen. Så det er jo også en kvalitetssikring, at de skal melde tilbage til os i forhold til den del af det.

En del kommuner baserer således kvalitetssikringen på behandlingsleders indtryk af, hvordan behandlingen fungerer, men har ikke systematiske metoder, hvor der fx årligt følges op på indholdet og resultaterne af behandlingen. For kommuner, som ikke selv udfører behandlingen, betyder dette, at de langt hen af vejen er nødt til at have tillid til, at deres leverandør leverer stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. En del af disse myndighedspersoner prioriterer dog heller ikke at stille krav om sådan en statistik:

De har deres egen kvalitetsenhed hos vores leverandør, der sikrer alt det her med behandlingsstederne, og de laver statistik og registrering på det her.

Interviewer: Som går videre til jer?

Nej, vi får den ikke. Det kunne vi måske godt få, hvis vi bad om det. Det tror jeg godt vi kunne. For os er det bare vigtigt, at de gør det, fordi vi også betaler for en ydelse, der hedder tilsyn osv. Så vi har også en forventning om, at det er i orden. Jeg har heller ikke hørt nogen klager. [...] I vores leverandørs tilbud, det vi betaler for, indgår det hele. Og det er det, jeg mener med, at det

er et rigtig flot tilbud. Der er ikke noget i vejen med de tilbud. Det, der er noget i vejen med, er, at vi ikke kan gennemskue, hvor meget borgerne faktisk tager imod det. Så skulle du gå ind og lave noget kontrol på det. Og det tror jeg personligt ikke, vi får meget ud af, fordi de ville synes, de gør noget andet end at skrive det. Vi kan jo ikke kontrollere, hvad de skriver. Så skal det i hvert fald være en dokumentation, der ikke kan rettes i eller redigeres i, og det er rimeligt omfangsfuldt. Jeg tror, man bliver nødt til at have noget tillid, så for mig er det vigtigste den dialog, man har med de her steder. Så de hele tiden ved, hvor de har os.

En myndighedsperson i en anden 'køberkommune' forholdet beskriver:

Vi får data, vi får regningerne tilsendt, og vi får – og nu har vi lige aftalt, at de kommer hver måned: Hvad er det for nogle ydelser, vi betaler for. Det kan vi simpelthen se. Og vi kender jo ydelsesviften. Det man kan sige, er jo, at et eller andet sted har vi tillid til, at det er et godt tilbud, man får derude. [...] Hvis ikke folk synes, at de fik det, de ville, så havde vi nok hørt et eller andet sted om det. Og det har vi ikke.

SYSTEMATISK EVALUERING AF RESULTATERNE AF BEHANDLINGEN

Nogle kommuner gennemfører dog også en mere systematisk opfølgning på kvaliteten af behandlingen og sagsbehandlingen. En kommune gennemfører fx kvartalvise kvalitetsopfølgninger på sagsbehandlingen:

For eksempel omkring journalføring har vi nedsat et audit-team. Vi har nedsat et team bestående af ledere og medarbejdere fra forskellige af vores afdelinger, som skal mødes fire gange om året, og før hvert møde hiver vi ti tilfældige journalnotater ud. Dem går vi så igennem på audit. Normalt ville man starte med, inden man går i gang med sådan et her, at have beskrevet, hvad vi synes god journalskik er. Så kan man så score et notat ud fra den her standard. Der vil vi så bruge de første gange til at synliggøre, hvad vores standard for det her er. Vi har et notat om god journalskik, og vi underviser vores medarbejdere i det, men vi har ikke sådan en måde, hvorpå vi går ind og undersøger, hvor-

dan det gode notat ser ud. Så det her forum vil vi nedsætte, og så bliver der selvfølgelig efter hvert audit-møde en tilbagemelding til medarbejderne om, at der nu er blevet kigget på journalerne, og hvis man siger, at man kan score fra 0-6, så lægger de sig på det her niveau, og vi kan se på de her ti, at der skal være fokus på det og det. Så på den måde får du skærpet vores praksis omkring journalføring.

Andre kommuner har indgået samarbejder med andre kommuner og forskningsinstitutioner, om at dokumentere resultaterne eller effekten af behandlingen. Flere kommuner har fx et samarbejde med de øvrige kommuner i det tidligere amt om at evaluere kvaliteten af de døgntilbud, kommunerne benytter, hvor information om den enkelte borger registreres i et samlet system:

Vi har et fantastisk samarbejde med de andre kommuner blandt andet omkring et journalsystem, hvor vi kan opsamle viden. Og den erfaring og den viden, som sådan finder sted der, danner grundlag for, hvilke institutioner vi vælger at bruge kombineret med viden om den enkelte borger, altså en grundig udredning [...] Og det samler vi simpelthen sammen, så vi efterhånden har en viden om, hvis vi anbragte nogle på [tilbud]. Der har vi efterhånden haft nogle stykker deroppe, og vi har jo ført tilsyn med dem undervejs i forløbene. Og den viden vi har samlet op der, så kigger vi på, hvordan er det gået, og hvordan har samarbejdet været, og der er forskellige parametre, som vi stiller op. Så prøver vi den vej rundt at sige, jamen, er det så en institution, som vi synes, er en værdig samarbejdspartner, som vi kan bruge på vores borgere.

Andre kommuner går skridtet videre og udvikler samarbejdsprojekter, hvor der udvælges en række indikatorer, som hele behandlingen i alle medvirkende kommuner med tiden skal evalueres efter. Der vil blive målt på nogle fællesindikatorer, men kommunerne vil også individuelt udvælge nogle målepunkter.

Og der bliver selvfølgelig nogle spørgsmål som fælles indikatorer for hele projektet, ca. en tredjedel af spørgsmålene, men de sid-

ste to tredjedele del får vi en indflydelse på, så vi kan sætte dem ind i forhold til det koncept, vi arbejder med, og den hverdag vi har i forhold til de målepunkter og indikatorer, som vi har behov for at få behandlet. Og der kan vi selvfølgelig trække på konsulentens faglighed, og vi kan bruge den erfaring og den hverdag, som vores behandlere og brugere har. Og der er det også vigtigt samlet for os i det tilbud, at vi også måler på brugertilfredsheden af den effekt, de føler, de får af tilbuddene.

Interviewer: Hvad er det ellers for nogle indikatorer? Hvis du kan komme med et eksempel?

Jamen, så langt er vi ikke kommet endnu. Det er noget med gennemførelse i forhold til tilbagefald. De vil blive målt over en periode på halvandet år, hvor de typisk vil have seks måneders behandling nede ved os for at gennemføre vores fase 1, 2 og 3. Og så vil der være en måling hver tredje måned, hvor man kan sige overgang fra fase 1, og umiddelbart inden man skal ud, vil der være en måling efter 12 måneder, hvor de har været ude i deres eget liv. Det er den løsning, vi er kommet til indtil videre.

En tredje kommune vil indgå samarbejde med andre kommuner og Center for Rusmiddelforskning om at lave et effektstudie af en bestemt tilgang til behandlingen, hvor både brugeren og samtalen mellem bruger og behandler kort evalueres efter hver behandlingssgang af brugeren og behandleren i fællesskab.

Der har vi overvejet at bede Center for Rusmiddelforskning om at være med til at lave et forsøg sammen med os og en anden kommune, hvor vi har en gruppe, der ikke får tilbuddet, og en gruppe der får det, og så se om det har den effekt, som vi har hørt fra et sted i USA. Der fremmede de deres fremmøde med 80 pct. ved at anvende de her to meget simple skemaer. Så kvalitet og evaluering er noget, vi over os i at blive bedre og bedre til, fordi det er et område, som det er nødvendigt, vi henter noget viden om, men jeg synes også selv, at området er svært at håndtere. Når vi arbejder inden for det sociale område, kan det nogle gange være en udfordring at pege på lige netop den isolerede pa-

rameter, der gør en forskel. Det er ofte mere kompliceret end som så.

Nogle kommuner er i færd med at opbygge egne informationssystemer parallelt med de nationale registre for derved at få øget viden om kvaliteten og resultaterne af den behandling, de udfører. Derudover anvender nogle kommuner ekstern supervision af deres behandling og sagsbehandling for at følge op på kvaliteten af behandlingen og få gode råd til kvalitetsforbedringer:

Det er supervisorer, som man laver aftaler med udefra. Vi bruger lidt forskellige, men det er nogle, vi har gode erfaringer med at bruge. Det er private. Vi bruger også intern kollegial supervision, men det kan være svært at løfte sig tilstrækkeligt højt til at kunne se sagerne fra oven. Plus der er meget fokus på vedligeholdelse af fx de kognitive færdigheder i den eksterne supervision. Vi vælger supervisorer, der har det kognitive som deres udgangspunkt. Det er psykologer, der arbejder med det. Så er det også vigtigt, at der er mulighed for at få rensset ud. En stor tyngde i arbejdet som misbrugsbehandler er at kunne rumme traumatiske forhold og oplevelser, som klienten sidder med. Det skal de jo også have lukket ud et andet sted, og der bruger vi supervisorer.

Kvalitetssikring af behandlingen foregår således primært dels gennem generel ledelsesmæssig supervision og dels gennem journalsystemet, som i nogle tilfælde bruges til systematisk opfølgning på kvaliteten af behandlingen og sagsbehandlingen. Derudover gennemfører enkelte kommuner systematisk opfølgning i form af brugerundersøgelser, fælleskommunale evalueringssystemer for behandlingen og ekstern supervision.

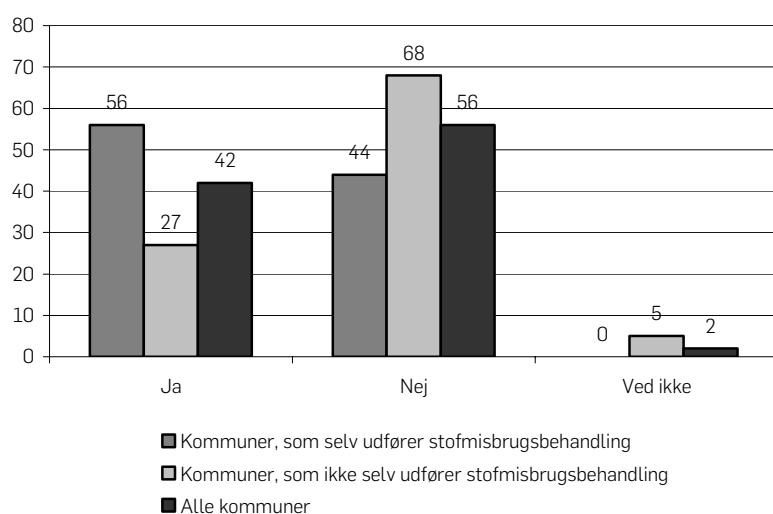
SUCCESKRITERIER OG MINIMUMSSTANDARDER

I dette afsnit undersøges, om der anvendes skriftlige succeskriterier og minimumsstandarder for stofmisbrugsbehandlingen, og hvordan disse evalueres. Skriftlige succeskriterier og minimumsstandarder er en måde for myndighedspersoner og politikere at fastsætte konkrete mål for, hvad

behandlingen skal opfylde, for at der er tale om god stofmisbrugsbehandling, og det er derfor meget relevant at undersøge, i hvor høj grad kommunerne anvender sådanne.

FIGUR 4.2

Om kommunen har skriftligt formuleret specifikke succeskriterier for stofmisbrugsbehandlingen, fordelt efter om kommunen selv udfører stofmisbrugsbehandling eller ej. Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 81 kommunale myndighedspersoner.

Som det fremgår af figur 4.2, svarer 42 pct. af de kommunale myndighedspersoner, at kommunen har skriftligt formuleret specifikke succeskriterier for stofmisbrugsbehandlingen. Igen er der en tendens til, at kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, i højere grad har sådanne succeskriterier, da dette er tilfældet for 56 pct. af disse kommuner mod 27 pct. af kommunerne, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. Kommunerne benytter således kun i forholdsvist begrænset grad konkrete mål og kriterier for god behandling.

De 42 pct. (svarende til 34 kommuner) er også blevet spurgt, om de har succeskriterier inden for en række konkrete områder, og deres svar er rapporteret i tabel 4.10. Tabellen viser, at flest kommuner har skriftlige succeskriterier for deres medarbejdere. Således har 56 pct. suc-

ceskriterier for efteruddannelse af medarbejdere, og 47 pct. succeskriterier for hhv. fastholdelse af medarbejdere og medarbejdertilfredshed.

Forholdsvis mange har også succeskriterier for brugernes behandling, idet 38 pct. har succeskriterier for brugernes tilfredshed med behandlingen og fastholdelse af brugere i behandlingen. Med hensyn til hvad brugerne får ud af behandlingen, har flest succeskriterier for, hvor mange brugere, der opnår et forbedret socialt og psykisk funktionsniveau (41 pct.) og forbedrer deres sundhedstilstand (38 pct.). Succeskriterier i forbindelse med brugernes stofmisbrug er ikke de mest fremtrædende, idet 32 pct. af kommunerne har skriftlige succeskriterier for, hvor mange brugere, som opnår stoffrihed, og 24 pct. har succeskriterier for, hvor mange brugere, der reducerer deres brug af stoffer. Derudover har 24 pct. af kommunerne succeskriterier for, hvor mange brugere, som kommer ud af hjemløshed, og kun hhv. 6 og 3 pct. har succeskriterier for brugernes ophør eller reduktion af kriminalitet og prostitution. 28 pct. af kommunerne med skriftlige succeskriterier har ikke succeskriterier inden for nogle af de områder nævnt i tabel 4.9. Ud fra disse fordelinger er det tydeligt, at kommunerne har et fokus på processer frem for 'outcome' eller effekter af behandlingen.

TABEL 4.9

Indhold af skriftlige succeskriterier for de kommuner, som har sådanne. Procent.

Succeskriterier	Ja	Nej	Ved ikke	Total pct.
Hvor mange brugere opnår stoffrihed	32	56	12	100
Hvor mange brugere reducerer deres forbrug af stoffer	24	65	12	100
Hvor mange brugere opnår en forbedret sundhedstilstand	38	50	12	100
Hvor mange brugere opnår et forbedret socialt/psykisk funktionsniveau	41	44	15	100
Hvor mange brugere kommer ud af/reducerer kriminalitet	6	77	18	100
Hvor mange brugere kommer ud af/reducerer prostitution	3	82	15	100
Hvor mange brugere kommer ud af hjemløshed	24	65	12	100
Hvor mange brugere kommer i beskæftigelse/uddannelse	32	59	9	100
Brugertilfredshed	38	50	12	100
Fastholdelse af brugere i behandling	38	47	15	100
Medarbejdertilfredshed	47	38	15	100
Fastholdelse af medarbejdere	47	38	15	100
Efteruddannelse af medarbejdere	56	32	12	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 34 kommunale myndighedspersoner.

27 kommuner har beskrevet, hvor disse kriterier er nedskrevet. Af disse har 15 af kommunerne kriterierne nedskrevet i kvalitetsstandarderne, 7 har succeskriterierne nedskrevet i driftsaftaler, resultatkontrakter og lignende for organisationen, mens 8 har disse succeskriterier nedskrevet i virksomhedsplanen. Derudover har nogle få kommuner succeskriterierne nedskrevet i stofmisbrugspolitik eller medarbejderhåndbøger.

Halvdelen af kommunerne med skriftlige succeskriterier evaluerer disse regelmæssigt. Disse evalueringer nedskrives typisk i årsplaner, årsberetninger, opfølgninger på sektorplaner og driftsaftaler samt evalueringer på ledelsesseminarer.

TABEL 4.10

Om kommunen evaluerer disse succeskriterier skriftligt og regelmæssigt. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	50	17
Nej	35	12
Ved ikke	15	34
I alt	100	34

Det er således forholdsvis få af kommunerne, som opstiller konkrete succeskriterier for brugernes behandling, og en del kommuner finder det svært at opstille sådanne kriterier:

Vi har ikke stillet konkret op, at fx inden for dette tidsrum skal så og så mange blive stoffri. Men vi drøfter effekt hele tiden. Vi prøver rigtig meget at udfordre vores leverandører på det her effektbegreb. Og siger: ”Hvad får vi faktisk ud af det? Hvad får borgerne ud af at gå hos jer?” Og der har vi haft mange drøftelser. Det er dels udfordrende for leverandørerne at tale om det her, og vi har også forståelse nok for, at der er alverdens forbehold i effekt, og masser af forskning og ting, der influerer på, om ting lykkes eller ikke lykkes. Og effekt kan være mange ting. Alt fra stoffrihed til ryk på nogle af de andre parametre, fra bolig til netværk til alt muligt. Men vi synes, det er vigtigt, vi får talt igennem og kommer endda endnu tættere på med vores leverandører, hvad det er, vi i fælles begrebsverden kan blive enige om. Vi kan tale om, om det her gør en forskel, eller det ikke gør en forskel. Og det synes jeg er vigtigt, at man bliver skarp på, før man begynder at sætte nogle succeskriterier op, som bare kommer til at blive succeskriterier. Jeg synes, det er vigtigt, det hænger sammen.

Kritikken genfindes i kommuner, som rent faktisk opstiller sådanne skriftlige succeskriterier. En myndighedsperson mener fx, at det er et problem, at det er myndighedspersonerne frem for politikere eller den øverste ledelse i kommunen, som opstiller succeskriterierne:

Man kan sige, vi kvalitetssikrer lidt igennem vores årsberetning, som vi – som det fremgår af ordet – skriver en gang om året, og som kommer op på det politiske niveau. Behandlingsstedet laver sin egen årsberetning, og der er selvfølgelig nogle ting i den, som er faste elementer: Hvad er det for nogle mål, vi har? Medarbejdere, økonomi osv. Og så til sidst så opstiller man så mål ... Hvad nåede vi, og hvad nåede vi ikke ... Det handler tit om nogle samarbejdsrelationer til nogle andre. Vi kan fx have et mål, der hedder, at vi gerne vil have, at vi har haft en trekantssamtale med alle brugere med jobcentrene i løbet af 2007 – altså dem, der ikke får pension. Og hvorfor vil vi gerne det? Det vil vi gerne, fordi sådan og sådan. Og så det næste – det er sådan en fir-blok: Hvordan vil vi gøre det? Og til sidst skal du så afrapportere: Hvad kom der så ud af det? Opfyldte vi målet? ... Der ligger jo i det en form for kvalitetssikring, men ikke ned på detailniveau, overhovedet ikke ... Det er jo mig, der bestemmer, hvad målene skal være. Det er mig, der bestemmer, hvad der står. Jeg kunne jo bare lave nogle mål, jeg var sikker på, vi kunne opfylde, så det er meget op til mit temperament, og hvis man skal snakke kvalitetssikring, så er det vel egentlig ikke i orden. Så burde der komme noget udefra, fra topledelsen om, at vi gerne vil have tilbagemelding på de og de områder om et år.

Andre kommuner har en bred anvendelse af succeskriterier i forbindelse med sektorplaner, hvor den overordnede målsætning, om at folk skal have et bedre liv og højere livskvalitet, omsættes til en række mere konkrete målsætninger:

Så kan man sige, der kan stoffrihed og substitutionsbehandling begge være metoder til at opnå social stabilitet og forbedring. Vi har mål på en række forskellige områder. Der er selvfølgelig også et mål på stoffrihed, men så er der også et mål på præention, altså fastholdelse i behandling, det er i forbindelse med substitutionsbehandling. Så er der mål på hjemløshed, altså nedbringelse af hjemløsheden. Tidligere var der mål på beskæftigelse, men de er så taget ud, fordi det ikke længere er vores område. Men nu er der sådan en hensigt om, at man skal sørge for, at folk får en

passende beskæftigelse. Så er der mål på det sundhedsfaglige område.

En anden kommune følger samtidig systematisk op på udviklingen af disse succeskriterier:

De bliver fulgt op ved, at de her mål bliver udmeldt til de forskellige institutioner. Så skal de følges op, når man laver økonomiske kalkuler fire gange om året, og rådgivningscentre skal samtidig redegøre for deres resultater for de her mål. På den måde er det rimelig integreret. Så har vi et ledelsesinformations-system, hvor vi har lavet noget dokumentation på det, så de rent faktisk kan følge deres egne målopfølgninger [...] Nu bliver der så lavet nogle resultatkontrakter, der yderligere strammer op på centrenes målopfølgning på en række områder. Ud over de præcist brugerrelaterede mål er der også andre mål i forhold til HR-strategier, økonomi osv.

Der er således en forholdsvis begrænset brug og evaluering af skriftlige succeskriterier, men der er nogle kommuner, som i høj grad benytter succeskriterier til at kvalitetssikre og monitorere stofmisbrugsbehandlingen.

En anden måde at kvalitetssikre behandlingen er at stille minimumskriterier for, hvor ofte brugeren skal have behandling. Delrapport 2 (Brugerne og de pårørendes perspektiv) viste, at substitutionsbrugere generelt får færrest samtaler med behandlere, og det er derfor relevant at undersøge, om kommunerne har minimumskriterier for, hvor ofte disse brugere skal have en behandlingssamtale. Tabel 4.11 viser, at halvdelen af kommunerne har sådanne minimumskriterier. Blandt kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandlingen, er det dog 76 pct., som har sådanne minimumskriterier, mens dette kun er tilfældet for 27 pct. af de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling. En stor del af myndighedspersonerne i disse kommuner (22 pct.) er i tvivl, om kommunen har sådanne minimumskriterier, hvilket kan betyde, at flere kommuner rent faktisk har sådanne.

TABEL 4.11

Om kommunen har minimumskriterier for, hvor ofte brugere i substitutionsbehandling skal have behandlingssamtaler, fordelt efter om kommunen selv udfører stofmisbrugsbehandling eller ej. Procent.

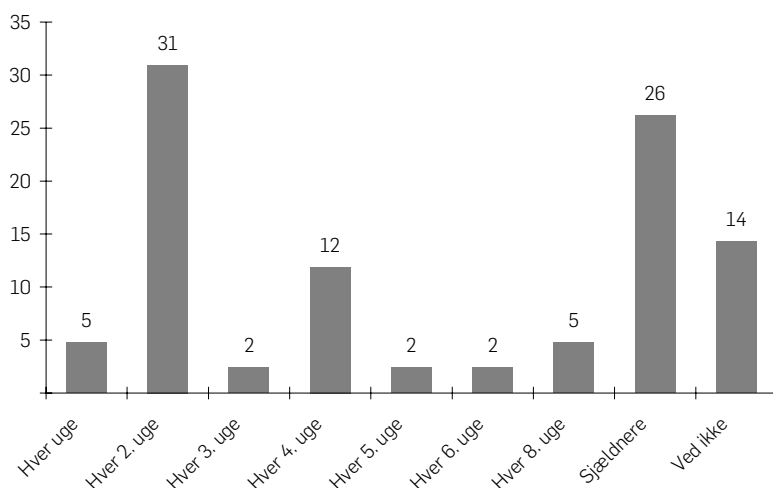
	Ja	Nej	Ved ikke	Total pct.	Total antal
Kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling	76	22	2	100	41
Kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling	27	51	22	100	41
I alt	51	37	12	100	82

Anm.: $\chi^2 = 21$, $P = 0,000$.

I alt har 42 kommuner minimumskriterier for, hvor ofte substitutionsbrugere skal have behandlingssamtaler. Som det fremgår af figur 4.3, har 36 pct. af kommunerne et minimumskriterium, som hedder, at brugeren skal have behandlingssamtaler hver anden uge. I 26 pct. af kommunerne er minimumskriteriet sjældnere end hver ottende uge, i de fleste tilfælde hver tredje måned, men hver sjette og tolvte måned forekommer også. Derudover er der 14 pct. af myndighedspersonerne, som svarer 'ved ikke', hvilket kan være ensbetydende med, at kommunens samarbejdspartner fastsætter dette, eller at minimumskriteriet er individuelt fastsat afhængigt af brugeren.

FIGUR 4.3

Hvor ofte brugere i substitutionsbehandling som minimum skal have en behandlingssamtale. Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 42 kommunale myndighedspersoner.

Generelt finder myndighedspersonerne i de kvalitative interview det svært at sætte tal på, hvor mange behandlingssamtaler en bruger som minimum bør modtage:

Vi sidder faktisk og drøfter nu det der ... Men igen: Ud fra hvad man ser, hvilke erfaringer har man ... Det er ikke sådan lige at sætte et antal på, men det er klart vores fornemmelse, at hvis det skal have en virkning, så skal der være noget hyppighed, noget volumen i den kontakt, vi har. Og det er noget af det, vi også drøfter på tværs i kommunerne. Hvis det bliver sådan med, at man måske kommer én gang om ugen, og det så bliver hver 14. dag, så har vi stillet lidt spørgsmålstejn, hvad er så værdien i det her? Og skal vi faktisk ind og stille nogle flere krav og prøve at fastholde i noget lidt mere intensitet i det her forløb. Så vi drøfter det lige nu, men vi har ikke noget konkret bud på, at det skal være så og så meget. Men vi er faktisk lidt obs på det, fordi på nogle af områderne – og det er jo det, der er det gode ved at få

de der tilbagemeldinger – der er vi også blevet lidt overraskede over det: Jamen, kommer de egentlig ikke oftere end det?

Det skyldes bl.a., at udgangspunktet for behandlingen er frivillighed, og brugeren derfor selv skal være med til at bestemme, hvor ofte vedkommende ønsker at have samtaler med sin behandler. Der er således brugere – oftest ældre brugere – som helst vil modtage deres substitutionsmedicin med et minimum af behandlingssamtaler i den forbindelse, mens andre ønsker hyppige samtaler.

Men det er det, jeg siger, der er utrolig meget frivillighed – det skal der jo være. Det er jo frivilligt, og det er jo med til at motivere og sådan noget, men nogen er altså ikke lige motiverede for at komme til den her samtale. Men det er interessant for os at høre bevægegrundene for, jamen, er det så godt nok?

Andre kommuner har dog klare ideer om, hvad minimumsintensiteten i behandlingen skal være:

Vi har et servicemål over for den her gruppe, der hedder, at de som minimum skal have én kvalificeret samtale om måneden med en kontaktperson fra behandlingsstedet. Og når det er en kvalificeret samtale, så er det ikke en telefonsamtale, så er det heller ikke en sludder på gadehjørnet oppe ved Fakta, så er det heller ikke en sludder for en sladder nede på værestedet, så er det en samtale, der er planlagt og finder sted i en ramme, hvor man kan fordybe sig. Hvor der er tid og plads til at få vendt nogle ting. Det gør vi så meget hjemme hos folk, eller det kan også godt være, at vi har lavet en aftale om, at det foregår hernede, så kører vi op og henter dem, tager hened og så kører vi dem hjem igen ... Det sværeste ved det er sådan set, at vi ind imellem har nogle brugere, som gerne bare vil have lov til at være i fred; ”Kan I ikke bare lade mig være?” og så siger vi ”jo, det kan vi godt. I hvor lang tid?” Og så kontakter vi dem, når der er gået tre måneder. Altså, når vi har det servicemål, så er det jo også for at demonstrere over for dem, at der er noget at få på behandlingsstedet på trods af den situation, de er i. Men det har også noget at gøre med, at jeg har det svært med, at systemet forsyner

folk med et – i princippet, når vi snakker metadon – et euforiserende stof, og der så ikke rigtig er nogen, der har føling med, hvad fanden der egentlig foregår? [...] Det betyder utrolig meget for os, at vi er synlige, vi er til stede, vi er nærværende, og vi er lettilgængelige. Det er sådan set nogle af vores værdier. Der er heller ikke en bruger eller en pårørende for den sags skyld, som får at vide, at de kan få en tid om 14 dage. Det er altid senest dagen efter.

En anden myndighedsperson beskriver, hvordan registreringerne i DanRIS-Ambulant vil gøre dem selv og deres samarbejdspartnere mere bevidste om intensiteten af den behandling, brugerne modtager:

Det er ikke altid, vi lever op til det, men der er fra klientens side en forventning om, at man kan få en samtale pr. uge. Men det kan godt være omdefineret. Det kan også være, at man går i et gruppetilbud, sådan at man kommer i en gruppe en gang om ugen. Det kan også være, nogle kommer i en gruppe to gange om ugen eller har to samtaler om ugen. Så indtil videre har vi ikke fastslået, at når vi taler om ambulans behandling, så er det den her intensitet, og når vi taler om dagbehandling, så er det den her intensitet. Men det er klart, at det kommer DanRIS-Ambulant jo til at påvirke rigtig meget. Men en kommune kan også forvente, at når de har en klient i behandling hos os, så er der minimum en times samtale om ugen ud over den kontakt, som ligger i udleveringen i café-tilbuddet.

Hvis minimumsstandarderne skal have den fulde effekt, er det vigtigt, at kommunen monitorerer, hvor mange samtaler brugerne reelt har med deres behandlere. Men selv i kommuner, hvor der er ikke er fastsat minimumsstandarder, kunne det være relevant for myndighedspersonerne at monitorere, hvor mange samtaler brugerne har med deres behandlere, da dette kan være en blandt flere indikatorer for god social stofmisbrugsbehandling. 22 pct. af alle kommuner udfører sådanne løbende monitoreringer. Der er dog kun 5 pct. af kommunerne, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, der laver sådanne monitoreringer. Dette skyldes formentlig som tidligere nævnt, at disse kommuner ikke har adgang til brugernes journaler og derfor skal rekvirere sådan information ved deres

samarbejdspartner. Blandt de øvrige kommuner, som har adgang til brugernes journaler, er det 39 pct., som monitorerer intensiteten af brugernes behandling.

TABEL 4.12

Om kommunen løbende monitorerer, hvor mange behandlingssamtaler brugere i ambulans behandling har med deres behandler. Procent.

	Ja	Nej	Ved ikke	Total pct.	Total antal
Kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling	39	49	12	100	41
Kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling	5	76	20	100	41
I alt	22	62	16	100	82

Anm.: $\chi^2 = 14$, $P = 0,001$.

En 'køberkommune' beskriver, hvordan kommunen rent faktisk efterspørger tilbagemeldinger på intensiteten af brugernes behandling:

Det er noget af det, vi beder om. Og vi har jo også fået noget på det, men ikke så grundigt endnu, at vi kan begynde at sige noget ud fra det. Men vi beder om at få noget at vide om, hvor mange der møder frem, fordi det vil vi gerne vide.

I andre 'leverandørkommuner' spiller relationen til 'køberkommunen' en central rolle, og opfølgningen på brugernes behandling foregår måske mere ad hoc:

Og det er det, jeg gør en gang imellem, hvis jeg falder over, at der er en behandler og en klient, som ikke har set hinanden i to måneder. Vi kan jo ikke anstændigvis kræve penge af en kommune, hvis der ikke sker noget. Derfor har vi en tommelfingerregel, der hedder, at hvis der går mere end 14 dage, hvor man ikke har set sin klient, så skal der rettes henvendelse, eller det skal i hvert fald tages op. Så skal man have fat i klienten og høre, hvad der sker.

I dette afsnit har vi set, at der er 56 pct. af de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 27 pct. af de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, som har skriftlige succeskriterier for stofmisbrugsbehandlingen. Flest kommuner har succeskriterier for personalet og forbedring af brugernes sociale og psykiske funktionsniveau, mens kun op mod en tredjedel af kommunerne med succeskriterier har sådanne for brugerens stofmisbrug. Kun halvdelen af kommunerne med skriftlige succeskriterier evaluerer disse regelmæssigt skriftligt.

Tre fjerdedele af kommunerne, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og en fjerdedel af kommunerne, som ikke gør dette, har minimumskriterier for intensiteten af den sociale behandling af substitutionsbrugere. Det er dog kun 22 pct. af alle kommuner, som løbende måler intensiteten af brugernes behandling, og der er således ikke et stort fokus på dette i kvalitetssikringen.

Der er således en generel tendens til, at man i kommunerne kun i forholdsvis begrænset omfang anvender minimumskriterier, i stedet opstiller man primært succeskriterier for processer, frem for hvad brugere får ud af behandlingen.

OPSUMMERING

I dette kapitel blev det beskrevet, hvordan kommunerne kvalitetsudvikler og kvalitetssikrer stofmisbrugsbehandlingen. Med hensyn til kvalitetsudvikling har 59 pct. af kommunerne iværksat nye behandlingstilbud i 2008, og det har primært været dag- og efterbehandling samt en forbedret beskæftigelsesindsats. I 2009 planlægger 61 pct. at iværksætte nye tilbud, og fokus er på indsatsen over for unge misbrugere, lægeordineret heroin og hjemtagelse af hele eller dele af indsatsen for de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling i dag.

Myndighedspersonerne får primært information om udvikling inden for stofmisbrugsbehandlingen ved at deltage i konferencer, netværk og projekter på området. Myndighedspersonerne følger dog også med i debatten i pressen og de videnskabelige tidsskrifter. Myndighedspersonerne giver i de kvalitative interview udtryk for et stort ønske om at få mere viden på området og udvikle stofmisbrugsbehandlingen. Myndighedspersonerne opnår desuden indsigt i udviklingen ved at tale med kollegaer i kommunen, i andre kommuner og andre samarbejdspartnere.

Samtidig læser mange videnskabelige litteratur og holder sig på denne måde opdateret. Fra centraladministrationens side iværksættes desuden løbende projekter med henblik på at skabe udvikling, men det er ikke på baggrund af vores materiale muligt at vurdere i hvilken grad der er tale om kommunernes egne projekter og i hvilken grad der er tale om centralt initieret projekter.

Myndighedspersoner fra kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, benytter i højere grad informationskilder på stofmisbrugsområdet. Disse bruger særligt Sundhedsstyrelsens Register over stofmisbrugere i behandling, Stofbladet, Sundhedsstyrelsens hjemmeside og Servicestyrelsens stofmisbrugsdatabase som informationskilder.

Kvalitetssikring af behandlingen foregår primært ved generel ledelsesmæssig supervision og journalsystemet, som i nogle tilfælde bruges til systematisk opfølgning på kvaliteten af behandlingen og sagsbehandlingen. Derudover gennemfører enkelte kommuner systematisk opfølgning i form af brugerundersøgelser, fælleskommunale evalueringssystemer for behandlingen og ekstern supervision. 56 pct. af de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 27 pct. af de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, har skriftlige succeskriterier for stofmisbrugsbehandlingen. Flest kommuner har succeskriterier for personalet og forbedring af brugernes sociale og psykiske funktionsniveau, mens kun op mod en tredjedel af kommunerne med succeskriterier har sådanne for brugerens stofmisbrug. Kun halvdelen af kommunerne med skriftlige succeskriterier evaluerer disse regelmæssigt skriftligt.

Tre fjerdedele af kommunerne, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og en fjerdedel af kommunerne, som ikke gør dette, har minimumskriterier for intensiteten af den sociale behandling af substitutionsbrugere. Det er dog kun 22 pct. af alle kommuner, som løbende måler intensiteten af brugernes behandling, og der er således ikke meget fokus på dette i kvalitetssikringen.

KVALITETSSTANDARDE

I dette afsnit beskrives processen omkring og indholdet af kommunernes kvalitetsstandarder for stofmisbrugsbehandlingen. Det undersøges, hvor mange kommuner der har en kvalitetsstandard, hvad den indeholder, hvordan den er blevet udarbejdet og implementeret, og hvad forskellige personalegrupper oplever, at den kan bruges til.

Kommunerne har siden 1. juli 2007 været forpligtiget til at have en kvalitetsstandard for stofmisbrugsbehandlingen (socialministeriet 2006). Som det fremgår af tabel 5.1, har 72 pct. af de kommuner, som har besvaret spørgeskemaet, en færdig og godkendt kvalitetsstandard, mens 28 pct. af kommunerne ingen kvalitetsstandard har. Blandt disse er der dog fem kommuner, som rapporterer at have en kvalitetsstandard, som kun mangler godkendelse. Idet disse kvalitetsstandarder endnu ikke er godkendt, er de ikke tilgængelige for borgere i kommunen, hvorfor de ikke regnes som færdige kvalitetsstandarder i denne analyse.

TABEL 5.1

Hvor mange kommuner har en kvalitetsstandard. Procent og antal.

	Procent	Antal
Har kvalitetsstandard	72	62
Har ikke kvalitetsstandard	28	24
I alt	100	86

Anm.: Fem af kommunerne uden kvalitetsstandard rapporterer, at have en sådan, som endnu ikke er godkendt. En kommune henviser til behandlingsstedets kvalitetsstandard, som ikke er godkendt af kommunalbestyrelsen.

Formålet med kvalitetsstandarden er ifølge Vejledning 7 til Serviceloven, afsnit 1, kapitel 3:

Kvalitetsstandarden skal omfatte de målsætninger, som kommunalbestyrelsen træffer om indhold, omfang og udførelse af tilbud om behandling for stofmisbrug efter Servicelovens § 101.

Kvalitetsstandarden skal være en konkretisering af, hvilke tilbud borgerne kan forvente, når de ønsker social behandling for stofmisbrug, og hvilke rettigheder, de har. Standarden skal endvidere gøre det synligt og gennemskueligt, om der er sammenhæng mellem kvalitet og de konkrete tilbud, borgerne modtager.

Et af formålene med kvalitetsstandarden er at beskrive, hvilken behandling borgere kan forvente at få for stofmisbrug. Kvalitetsstandarden kan desuden anvendes som politisk styringsredskab, idet kommunalbestyrelsen vedtager, hvilket tilbud der skal være til de stofmisbrugere, som ønsker behandling, hvorved retningslinjerne for forvaltningens arbejde på området udstikkes. I det følgende undersøges det nærmere, hvad indholdet af kvalitetsstandarderne er, og hvad, centrale aktører mener, kvalitetsstandarderne kan og bliver anvendt til.

KVALITETSSTANDARDERNES INDHOLD

De kommunale myndighedspersoner er i forbindelse med besvarelse af spørgeskemaet blevet bedt om at sende deres kvalitetsstandard til SFI, hvilket 41 kommuner har gjort. Ved yderligere opfølgning over telefon og mail lykkedes det at indsamle i alt 53 kvalitetsstandarder. I det følgende bliver indholdet af disse kvalitetsstandarder analyseret.

Ifølge bekendtgørelsen (Socialministeriet 2006) skal kvalitetsstandarden som minimum omfatte en beskrivelse af følgende områder:

- opgaver, som udføres på stofmisbrugsbehandlingsområdet
- målgruppen for tilbuddene

- det overordnede mål for indsatsen
- den organisatoriske struktur i forhold til behandlingstilbuddene
- visitationsproceduren
- behandlingsgaranti
- mulighed for frit valg
- målsætning for udarbejdelse, koordinering og opfølgning på handleplaner
- hvordan brugerinddragelse sikres
- regler for betaling af kost og logi
- information om sagsbehandling og klageadgang
- personalets kvalifikationer og kompetenceudvikling
- monitorering af indsatsen.

I dette afsnit beskrives indholdet af behandlingen ud fra ovenstående områder. Der er dog forskel på den detaljeringsgrad, hvormed de forskellige kvalitetsstandarder behandler de enkelte områder – fx kan én kvalitetsstandard kort nævne klagerettigheder, mens en anden beskrive dette mere udførligt. De 53 kvalitetsstandarder i det følgende er vurderet efter, om beskrivelserne i forhold til ovenstående minimumskriterier er korte, uddybede eller ikke til stede.

OPGAVER, MÅLGRUPPE OG MÅL FOR BEHANDLINGEN

Langt de fleste kommuner har i kvalitetsstandarden beskrevet, hvilke opgaver de varetager på området, dvs. hvilke aktiviteter og indsatsområder de har i stofmisbrugsbehandlingen. Der er kun en enkelt kommune, som ikke har beskrevet dette i sin kvalitetsstandard, mens 57 pct. har beskrevet dette kort, og 42 pct. har en uddybende beskrivelse af, hvilke opgaver kommunen varetager på området. I de korte beskrivelser listes, hvilke tilbud kommunen har på stofmisbrugsbehandlingsområdet, såsom dagbehandling, ambulante behandling eller efterbehandling. I de mere uddybende beskrivelser beskrives desuden nærmere, hvad indholdet er/kan være i hvert af disse behandlingstilbud.

Næsten alle kommuner har også beskrevet målgruppen for tilbuddene, idet kun en kommune ikke har beskrevet dette i kvalitetsstandard. I de fleste kvalitetsstandarder er der givet en kort beskrivelse af målgruppen i stil med: ”Målgruppen for social behandling for stofmisbrug er borgere med stofmisbrugsproblemer bosat i x-kommune.” Andre kommuner har beskrevet forskellige målgrupper for den sociale

stofmisbrugsbehandling samt specifikke tilbud til hver af disse målgrupper.

TABEL 5.2
Indhold i kvalitetsstandard. Procent

	Ikke beskrevet	Kort beskrevet	Uddybende beskrevet	Total pct.
Opgaver på misbrugsområdet	2	57	42	100
Målgruppen for tilbuddene	2	59	40	100
Overordnede mål/værdier	0	45	55	100

Anm.: Tabellen er baseret 53 kvalitetsstandarder.

Alle kommuner har beskrevet det overordnede mål for behandlingen, 45 pct. beskriver disse værdier forholdsvist kortfattet, mens 55 pct. beskriver disse værdier mere grundigt. Der er dog kun ganske få kvalitetsstandarder, som beskriver overordnede mål for resultatet af behandlingen, såsom: ”Målet er stoffrihed/afvænning, periodevis stoffrihed eller stabilisering,” ”standse social deroute” eller ”højere livskvalitet.” I de øvrige kvalitetsstandarder handler beskrivelserne under overordnede målsætninger primært om processen, hvor ord som tilgængelighed, åbenhed, respekt og brugerinddragelse ofte er forekommende. Disse beskrivelser dækker formentligt over, at formålet med brugernes behandling afhænger af den enkelte brugers situation og ønsker. Men beskrivelserne bærer også præg af, at det måske er lettere at have holdninger til, hvordan brugere skal mødes af behandlingssystemet, end hvilke resultater man ønsker af behandlingen. De overordnede og værdiladede formuleringer i kvalitetsstandarderne forekommer primært at blive brugt til at fremme den politiske værdibaserede styring af området. Formuleringerne er fra et brugerperspektiv svære at afkode, da det ikke kan være let for brugerne at gennemskue, hvilke konsekvenser de forskellige værdibaserede beskrivelser reelt har for deres behandlingstilbud. Særligt når der i næsten alle tilfælde er tale om begreber, som det kan være svært at være uenig i, fx inddragelse, ligeværdighed, professionalisme og kvalitet.

STOFMISBRUGSBEHANDLINGENS ORGANISATORISKE STRUKTUR

Ifølge vejledningen skal kommunerne beskrive de konkrete tilbud, der kan forventes ved henvendelse om at komme i behandling for stofmisbrug, herunder tilbud, som kan reducere de fysiske og sociale skader. Som nævnt under opgaver på stofmisbrugsområdet, har næsten alle kommuner sådanne beskrivelser, omend de for godt halvdelen af kommunerne er forholdsvis korte. Som en del af den organisatoriske struktur, har vi fundet det relevant at undersøge, om adresserne på tilbuddene fremgår af kvalitetsstandarderne. Adressen er af afgørende betydning for, at brugeren ved, hvor vedkommende skal henvende sig, og dette aspekt er derfor medtaget i analysen, selv om det ikke er eksplicit nævnt i vejledningen.

Tabel 5.3 viser, at lidt mere end halvdelen af kommunerne ikke beskriver, hvilken adresse borgeren skal henvende sig på for at modtage behandling for stofmisbrug, og endnu færre beskriver, hvilke konkrete tilbud der gives hvor. Sådanne oplysninger kan dog være opgivet på kommunens hjemmeside eller blive oplyst ved henvendelse.

To tredjedele af kommunerne har beskrevet, hvilke samarbejdspartnere de har for behandlings af stofmisbrug. Blandt kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, er det 89 pct., som har beskrevet samarbejdsaftaler, mens dette er tilfældet for 48 pct. af de kommuner, som selv leverer stofmisbrugsbehandling.

TABEL 5.3

Om organisatorisk struktur fremgår af kvalitetsstandard. Procent.

	Ikke beskrevet	Kort beskrevet	Uddybende beskrevet	Total pct.
Adresser på tilbud	53	19	28	100
Angivelse af hvor man kan finde hvilke tilbud	55	21	25	100
Samarbejdsaftaler	32	42	26	100
Procedure ved afbrudt/genoptaget behandling	83	6	11	100

Anm.: Tabellen er baseret på 53 kvalitetsstandarder.

Kommunalbestyrelsen skal ifølge vejledningen beskrive, hvad der skal ske, hvis en behandling afbrydes eller skal genoptages. Dette er der kun 17 pct. af kommunerne, som har gjort, og af disse har en tredjedel kun beskrevet dette kort. Den nærmere procedure i forbindelse med ud- og indskrivning af behandling er således kun sjældent beskrevet.

VISITATIONSPROCEDURE, BEHANDLINGSGARANTI OG FRIT VALG

Af kvalitetsstandarderne skal retningslinjerne for den procedure, der anvendes i kommunen ved visitation, fremgå. I gennemgangen af kvalitetsstandarderne har vi her fokuseret på, om det fremgår, hvor brugeren skal henvende sig, hvem der visiterer, og evt. hvilke tilbud kommunen har, som ikke kræver forudgående visitation.

Tabel 5.4 viser, at 83 pct. af kvalitetsstandarderne indeholder oplysninger om, hvor brugeren skal henvende sig. Som det fremgik tidligere, er dette dog ikke ensbetydende med, at brugeren oplyses en adresse for henvendelse. Ofte nævnes alene en samarbejdspartner ved navn, uden yderligere oplysninger om beliggenhed og kontaktinformation.

72 pct. af kommunerne nævner, hvem der visiterer til behandling i kvalitetsstandarderne. Derimod er der ingen kommuner, som nævner, hvilke af deres behandlingstilbud, som kan benyttes uden forudgående visitation. For en del kommuners vedkommende skyldes dette, at der ikke findes sådanne behandlingstilbud i kommunen. Der er dog en del kommuner, som har væresteder eller lignende tilbud, som stofmisbrugere kan benytte uden forudgående visitation. Der er generelt ikke beskrivelser af værestedstilbud og netværk i frivilligt regi i kvalitetsstandarderne. Disse indgår ikke direkte i kommunens behandling, men man kan forestille sig, at brugerne kunne ønske sig information om sådanne tilbud.

TABEL 5.4

Om visitationsprocedure fremgår af kvalitetsstandard. Procent.

	Ikke beskrevet	Kort beskrevet	Uddybende beskrevet	Total pct.
Henvendelsessted	17	55	28	100
Hvem visiterer	28	53	19	100
Hvilke tilbud kræver ikke visitation	100	0	0	100

Anm.: Tabellen er baseret 53 kvalitetsstandarder.

Ifølge vejledningen skal kvalitetsstandarden oplyse brugerne om behandlingsgarantien, som betyder, at der skal iværksættes tilbud om behandling 14 dage efter, stofmisbrugerens har henvendt sig med ønske om at komme i behandling. Næsten alle kommuner beskriver i en eller anden grad behandlingsgarantien i deres kvalitetsstandard. Kun to af de indsendte kvalitetsstandarder indeholder ikke en sådan beskrivelse.

TABEL 5.5

Om oplysninger om behandlingsgaranti og frit valg fremgår af kvalitetsstandard. Procent.

Frit valg	Ikke beskrevet	Kort beskrevet	Uddybende beskrevet	Total pct.
Beskrives mulighed for frit valg	8	62	30	100
Hjælper kommunen med frit valg	64	9	26	100
Behandlingsgaranti	4	55	42	100

Anm.: Tabellen er baseret på 53 kvalitetsstandarder.

Kommunalbestyrelsen skal også informere om muligheden for at vælge mellem offentlige og private behandlingstilbud af tilsvarende karakter, som kommunen kan visitere til. Langt de fleste kommuner opfylder dette krav, idet kun 8 pct. ikke har beskrevet mulighederne for frit valg. I de fleste kvalitetsstandarder er muligheden dog kun kort beskrevet.

Det skal desuden fremgå af kvalitetsstandarden, at kommunen kan være stofmisbrugerens behjælpelig med at søge relevant information i tilknytning til frit valg-muligheden. Dette fremgår ikke af 64 pct. af kvali-

tetsstandarderne. Borgerne bliver således ikke i kvalitetsstandarden informeret om deres mulighed for at vælge mellem stofmisbrugsbehandlingssteder.

HANDLEPLAN

Ifølge vejledningen skal det fremgå af kvalitetsstandarden, hvilke målsætninger kommunen har for brug af handleplaner. Dette vurderes i denne analyse ved at undersøge, om det fremgår af kvalitetsstandarden, hvem der tilbydes en handleplan, og hvornår en sådan skal udarbejdes. Hhv. 38 og 36 pct. af kommunerne har ikke beskrevet dette i deres kvalitetsstandard, og kun 15 pct. har uddybende beskrevet, hvilke brugere der tilbydes en handleplan.

TABEL 5.6

Om udarbejdelse, koordinering og opfølgning på handleplaner fremgår af kvalitetsstandard. Procent.

	Ikke beskrevet	Kort beskrevet	Uddybende beskrevet	Total pct.
Hvem tilbydes en handleplan	38	47	15	100
Hvornår skal den udarbejdes	36	32	32	100
Koordinering af handleplan	36	45	19	100
Hvor ofte skal den evalueres	40	19	42	100
Hvordan foregår evaluering	66	13	21	100

Anm.: Tabellen er baseret på 53 kvalitetsstandarder.

Kvalitetsstandarden skal desuden beskrive, hvorledes tilrettelæggelsen af indsatsen koordineres med handleplanen efter Servicelovens § 141. Igen er der 36 pct. af kommunerne, som ikke har beskrevet dette, og 45 pct., som kun har beskrevet dette kort fx ved at nævne, at den koordineres med relevante samarbejdspartnere, men ikke hvilke. Desuden fremgår det ikke af 40 pct. af kvalitetsstandarderne, hvornår handleplanen revideres, mens der kun for 30 pct. af kommunerne (i alt 16) er angivet specifikke tidsintervaller for fornyelse. Blandt disse skal handleplanen oftest fornyes efter tredje eller sjette måned, mens det for 6 procent af kommunernes vedkommende er en gang om året.

For to tredjedele af kommunerne er det desuden ikke angivet, hvordan denne evaluering finder sted, herunder hvilke samarbejdspartne-

re der inddrages i dette. Denne koordinering af brugerens stofmisbrugsbehandling med den øvrige hjælp, brugeren modtager fra kommunen, er således ikke en særlig højt prioriteret del af kvalitetsstandarderne. Brugen af sociale handleplaner er yderligere beskrevet i delrapport 5 (Visitation og sagsbehandling).

BRUGERINDDRAGELSE, REGLER FOR BETALING OG KLAGEADGANG

Brugernes mulighed for indflydelse på tilrettelæggelse og brug af tilbudene bør ifølge vejledningen fremgå af kvalitetsstandarden, hvilket det også gør i de fleste tilfælde. Kun i 9 pct. af kvalitetsstandarderne er brugernes mulighed for indflydelse ikke beskrevet, mens de er beskrevet kort i 62 pct. og uddybende i 28 pct. af kvalitetsstandarderne.

20 kommuner (38 pct.) nævner specifikt brugerinddragelse i forbindelse med udarbejdelsen af handleplanen eller behandlingsplanen, mens 16 kommuner (30 pct.) nævner brugerinddragelse via brugerråd. Derudover nævnes individuel brugerinddragelse i behandlingen, spørgeskemaevalueringer og talsmandsordninger som måder, hvorpå brugerne bliver inddraget i behandlingen.

Tabel 5.7 viser, at kun 15 pct. af kvalitetsstandarderne ikke beskriver reglerne for betaling af kost og logi i forbindelse med døgnbehandling eller efterbehandling. Dette er således nævnt i langt de fleste kvalitetsstandarder.

98 pct. af kvalitetsstandarderne indeholder information om brugernes klagemuligheder, selv om det dog i mange tilfælde ikke er nærmere beskrevet, hvad brugerne har ret til at klage over. Der er således 42 pct., som ikke specifikt nævner, at brugerne har ret til at klage over manglende overholdelse af behandlingsgarantien, 47 pct., som ikke nævner retten til at klage over manglende godkendelse af frit valg mellem behandlingssteder, 56 pct., som ikke nævner retten til at klage over manglende brugerinddragelse i beslutninger om behandlingen, og 51 pct., som ikke specifikt nævner muligheden for at klage over den behandlingsintensitet, brugeren visiteres til. Brugere bliver således oftest oplyst om, at de har ret til at klage, men kun i godt halvdelen af tilfældene, hvad de kan klage over.

TABEL 5.7

Om brugerinddragelse, regler for betaling og klageadgang fremgår af kvalitetsstandard. Procent.

	Ikke beskrevet	Kort beskrevet	Uddybende beskrevet	Total pct.
Brugerinddragelse	9	62	28	100
Regler for betaling af kost og logi	15	55	30	100
Information om klageadgang	2	49	49	100
- behandlingsgaranti	42	19	40	100
- frit valg af behandlingssted	47	19	34	100
- brugerinddragelse	56	19	25	100
- behandlingsintensitet	51	21	28	100

Anm.: Tabellen er baseret på 53 kvalitetsstandarder.

PERSONALE, MONITORERING AF INDSATSEN OG OPMÆRKSOMHED PÅ BØRN

Personalets faglige kvalifikationer og kompetenceudvikling skal beskrives i kvalitetsstandarden. I 81 pct. af kvalitetsstandarderne er personalets kompetencer beskrevet, hvorimod personalets yderligere kompetenceudvikling er beskrevet i 62 pct. af kvalitetsstandarderne.

TABEL 5.8

Om personalets kvalifikationer og kompetenceudvikling, monitorering og opmærksomhed på børn fremgår af kvalitetsstandard. Procent.

	Ikke beskrevet	Kort beskrevet	Uddybende beskrevet	Total pct.
Personalets kvalifikationer	19	59	23	100
Personalets kompetenceudvikling	38	47	15	100
Monitorering af indsats	9	43	47	100
Opmærksomhed på børn	28	43	28	100

Anm.: Tabellen er baseret på 53 kvalitetsstandarder.

91 pct. af kommunerne har beskrevet, hvordan behandlingen monitoreres. Her nævner 60 pct. af kommunerne Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling (SIB), 40 pct. nævner DanRIS, og 26 pct. nævner indberetninger til Servicestyrelsen, herunder den tidligere VBGS-

database². Indberetningen til disse systemer er obligatorisk og foretages således også af kommuner, som ikke har nævnt det i deres kvalitetsstandard. Ud over de obligatoriske indberetninger angiver 17 pct. i kvalitetsstandarderne, at de monitorerer vha. ASI-skemaer, som måler brugernes belastningsgrad på en række standardiserede parameter. Derudover angiver 23 pct., at de bruger elektroniske journalsystemer til monitorering, og 9 pct. anvender egne skemaer. Det er således forholdsvis godt beskrevet, hvordan stofmisbrugsbehandlingen monitoreres.

Kommunalbestyrelserne skal desuden beskrive, hvordan det sikres, at der tages hånd om stofmisbrugerens eventuelle hjemmeboende børn under 18 år, når forældrene påbegynder behandling for deres stofmisbrug. I 28 pct. af kvalitetsstandarderne er dette ikke nævnt, og i 43 pct. er det kun kort beskrevet. I kommuner, som har givet en uddybende beskrivelse, beskrives procedurerne fx i forbindelse med underretning af familieafdelingen samt eventuelle særlige projekter for børn af stofmisbrugere.

DØGNBEHANDLINGSTILBUD OG MINIMUMSKRITERIER

Ifølge vejledningen skal det fremgå af kvalitetsstandarden, hvilke døgnbehandlingstilbud der samarbejdes med, og hvilke kvalitetskrav kommunalbestyrelsen stiller til disse tilbud.

TABEL 5.9

Om tilbud og kvalitetskrav til døgntilbud fremgår af kvalitetsstandard. Procent.

	Ikke beskrevet	Kort beskrevet	Uddybende beskrevet	Total pct.
Hvilke tilbud samarbejdes der med	45	34	21	100
Kvalitetskrav til døgntilbud	42	26	32	100

Anm.: Tabellen er baseret på 53 kvalitetsstandarder.

Som det fremgår af tabel 5.9, er det i 45 pct. af kvalitetsstandarderne ikke oplyst, hvilke tilbud kommunen samarbejder med, og i 42 pct. af tilfældene er det ikke oplyst, hvilke kvalitetskrav der stilles til disse behand-

2. Ventetid for Behandlingsgaranti for Stofmisbrugere

lingssteder. Det er således kun lidt mere end halvdelen af kvalitetsstandarderne, som opfylder dette krav.

TABEL 5.10

Om minimumskriterier for behandlingsintensitet fremgår af kvalitetsstandard. Procent.

	Ikke beskrevet	Kort beskrevet	Uddybende beskrevet	Total pct.
Minimumskriterier i ambulante tilbud	77	15	8	100
Minimumskriterier for substitution	81	11	8	100
Minimumskriterier i andre tilbud	87	6	8	100

Anm.: Tabellen er baseret 53 kvalitetsstandarder.

Tabel 5.10 viser, at meget få kommuner opererer med minimumskriterier for intensiteten af den sociale behandling i kvalitetsstandarderne. I 23 pct. af kvalitetsstandarderne er det beskrevet, hvor ofte en bruger i ambulans behandling minimum skal tilbydes social stofmisbrugsbehandling, i 19 pct. er det nævnt, hvor ofte substitutionsbrugere skal have behandlingstilbud, og i 14 pct. af kvalitetsstandarderne er minimumsintensiteten for andre tilbud nævnt. I de fleste tilfælde oplyser kvalitetsstandarderne således ikke om, hvor ofte brugerne kan regne med at modtage stofmisbrugsbehandling, og sådanne minimumskriterier er heller ikke specifikt nævnt som et krav i vejledningen. Det er dog relevant information, hvis borgerne skal have mulighed for at sammenligne forskellige kommuners tilbud på området.

Ud over ovenstående indeholder de fleste kvalitetsstandarder desuden en kort gengivelse af lovgivningen på området.

OPSAMLING PÅ INDHOLDET I KVALITETSSTANDARDERNE

Ud ovenstående gennemgang er det tydeligt, at kvalitetsstandarderne på en række områder i høj grad lever op til angivelserne i vejledningen, mens der på nogle områder er visse mangler.

Kommunens ydelser til borgere, som ønsker behandling for misbrug, målgruppen for denne behandling og de overordnede værdier i behandlingen er mere eller mindre omfattende beskrevet i 98 pct. af kvalitetsstandarderne.

Ifølge vejledningen skal kommunerne beskrive visitationsproceduren. 83 pct. har beskrevet, hvor borgeren skal henvende sig, og 72 pct., hvem der visiterer, mens kun 17 pct. lever op til kravet om beskrivelse af procedurer ved afbrudt eller genoptaget behandling.

På samme måde beskrives rettigheder som frit valg og behandlingsgarantien i hhv. 92 og 96 pct. af kvalitetsstandarderne, mens muligheden for at få hjælp fra kommunen i forbindelse med dette valg kun beskrives i 36 pct. af kvalitetsstandarderne. Regler for betaling ved døgnophold og efterbehandling fremgår af 85 pct. af kvalitetsstandarderne, og brugerinddragelse nævnes i 91 pct. af kvalitetsstandarderne, dog er dette for en stor dels vedkommende kun kort beskrevet.

Kommunerne skal ifølge vejledningen beskrive målsætninger for udarbejdelse, koordinering og opfølgning på handleplaner i kvalitetsstandarderne. Dette er kun tilfældet for 60-64 pct. af kvalitetsstandarderne.

På samme måde skal kommunerne informere om brugernes klagerettigheder, og 98 pct. af kvalitetsstandarderne beskriver, at brugerne har ret til at klage. Det er derimod kun 56 pct., der beskriver, at brugeren har ret til at klage over manglende overholdelse af behandlingsgarantien og endnu færre, der beskriver ret til at klage over manglende frit valg, brugerinddragelse eller den visiterede behandlingsintensitet.

81 pct. af kvalitetsstandarderne beskriver personalets kompetencer, og 91 pct. beskriver monitorering af indsatsen. Derimod beskriver kun 72 pct., hvordan kommunen er opmærksom på børn af misbrugere i behandling, og 55-58 pct. beskriver, hvilke døgnbehandlingstilbud kommunen samarbejder med, og hvilke krav kommunen har til disse. Desuden opstiller kun 23-33 pct. Beskriver minimumskriterier for intensiteten af forskellige behandlingstilbud. Dette er ikke eksplicit beskrevet i vejledningen, men kunne være relevant information, hvis fx en borger skal sammenligne behandlingstilbud.

Mange af kvalitetsstandarderne beskriver således overordnet de fleste af de punkter, som er nævnt i vejledningen. Samtidigt mangler der i kvalitetsstandarderne i mange tilfælde information til borgerne, som ikke eksplicit fremgår af vejledningen. Dette er information om, hvor behandlingen foregår, hvilken intensitet de forskellige typer behandling har som minimum, og hvad borgerne kan klage over. Kvalitetsstandarderne er udarbejdet i 2007 og 2008, og der er således nogle muligheder for forbedringer, når de bliver fornyet i 2009 og 2010.

UDARBEJDELSE AF KVALITETSSTANDARDEN

Kommunalbestyrelserne skulle pr. 1. juli 2007 første gang udarbejde en kvalitetsstandard for stofmisbrugsbehandling af kommunens borgere. I dette afsnit undersøges processen omkring udarbejdelsen af kvalitetsstandarden nærmere.

Som det fremgår af tabel 5.11, er det primært ledere på stofmisbrugsområdet, som har deltaget i denne proces. I 81 pct. af kommunerne har lederne for stofmisbrugsområdet således 'i høj grad' været involveret i processen, og i 9 pct. af kommunerne har de 'i nogen grad' været involveret. Derudover har mange visitatorer eller sagsbehandlere på området været involveret i udarbejdelsen, idet de i 45 pct. af kommunerne 'i høj grad' og i 20 pct. af kommunerne 'i nogen grad' har været involveret i processen. Politikerne har i 43 pct. af kommunerne 'i høj' eller 'nogen grad' været involveret i processen, mens behandlerne i 51 pct. af kommunerne 'i nogen' eller 'høj grad' har været involveret.

TABEL 5.11

Hvilke aktører var involveret i udarbejdelse af kvalitetsstandarden.
Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Behandlere	29	22	13	26	10	100
Sagsbehandlere/ visitatorer	45	20	4	17	13	100
Ledere på stofmisbrugsområdet	81	9	1	1	7	100
Politikere	26	17	22	22	13	100
Brugere	3	7	20	54	16	100
Pårørende	1	4	7	68	19	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 69 kommunale myndighedspersoner for alle rækker.

I Vejledning 7 til Serviceloven forudsættes det, at bruger- og evt. pårørendeorganisationer samt samarbejdspartnere inddrages i udarbejdelsen af kvalitetsstandarden. Som det ses af tabel 5.11, er brugere i 54 pct. og pårørende i 68 pct. af kommunerne 'slet ikke' blevet inddraget i udarbejdelsen af kvalitetsstandarden. Kun i hhv. 5 og 10 pct. af kommunerne

har de pårørende og brugerne 'i nogen' eller 'høj grad' været involveret i udarbejdelsen af kvalitetsstandarder.

I processen omkring udarbejdelsen af kvalitetsstandarder har fokus således i meget lille grad været på at høre modtagernes ønsker og holdninger til indholdet. Den politiske involvering har også været begrænset, mens de primære aktører har været ledere og 'i mindre grad' visitatorer på stofmisbrugsområdet.

At udarbejdelsen af kvalitetsstandarder primært har involveret ledere på stofmisbrugsområdet, fremstår også tydeligt i de kvalitative interview. Mange af de interviewede myndighedspersoner havde selv lavet kvalitetsstandarder eller været med til dette. Som en interviewperson svarer: "Jeg har selvfølgelig snakket med centret om den, men ellers så har jeg lavet den." Det har således primært været ledere og embedsmænd på området, som har stået for udarbejdelsen af kvalitetsstandarder. I nogle kommuner er medarbejdere og brugere dog i nogen grad blevet inddraget i processen

Jeg ved [at i] processen efter vi overgik til kommunen, der skulle laves en kvalitetsstandard, og den er blevet revideret i år. Den har været ude at vende hos brugerne. Den har simpelthen ligget i afdelingerne, og behandlere har været henne og opfordre til at kigge på den, og den har været taget op i de brugerfora, vi har. Jeg tror ikke det har fyldt ret meget. Jeg kan ligeså godt sige det, som det er. Jeg tror ikke, det har bragt nogen større interesse blandt brugerne eller medarbejderne. Den er lang. Jeg tror brugere og medarbejdere oplever det, som noget der skal være der, men som ikke kommer "os" ved.

Myndighedspersonerne oplever således ikke den store interesse fra medarbejdere og brugeres side for kvalitetsstandarder. En myndighedsperson beskriver således sine overvejelser i forbindelse med opdatering af kvalitetsstandarder.

Det er selvfølgelig nogle faglige overvejelser først og fremmest og se, hvor er vi på vej hen i forhold til det her, og der kan det være naturligt også at inddrage brugergrupper, velvidende at det er ikke nemt at finde både en tilstrækkelig stabilitet og repræsentativitet.

I nogle kommuner er samarbejdspartnere også blevet inddraget i processen. Der kan fx være tale om inddragelse af andre kommunale enheder, andre kommuner eller leverandører.

Den er blevet til, da vi lavede misbrugspolitikken, hvor der sad medarbejdere fra forskellige afdelinger i kommunen. Vi arbejdede over et halvt års tid. Der var også en repræsentant med fra de private døgninstitutioner.

I andre tilfælde er nabokommuner blevet inddraget i processen. Dette er både tilfældet for kommuner, som køber stofmisbrugsbehandlingen fra kommunale leverandører, men også kommuner, som tidligere har hørt under samme amt. En 'køberkommune' beskriver:

Den er blevet til på den måde, at vi startede med nogle møder med vores leverandør om, hvad de egentlig laver. Vi havde brug for at få noget mere viden om misbrugsområdet i praksis. Hvad er det egentlig, der sker? Så blev det kombineret med vores egne tanker og overvejelser. Hvad, synes vi, er vigtigt i kommunen? Og så har vi haft en lille gruppe, der har siddet heroppe og lavet kvalitetsstandard. Det er helt klart en første-kvalitetsstandard. Og nu sidder vi lige nu og er i forhandlinger om samarbejde med vores leverandører igen, og så vil vi revidere. Det var vigtigt for os, at vi havde den, for ligesom at sige "vi bliver nødt til at starte et sted." Men jeg tror også, vi er bedre rustet til ved næste revision at gå mere ind i det.

For mange kommuner var der således en vis usikkerhed i forbindelse med udarbejdelsen af den første kvalitetsstandard. Da kommunen ikke tidligere havde haft ansvaret for behandling af stofmisbrug, var området fremmed for mange myndighedspersoner. Strategien for udarbejdelse af kvalitetsstandard var forskellig alt efter om kommunen ved kommunalreformen overtog en amtslig institution, oprettede eget tilbud eller valgte at købe tilbuddet ved andre kommune. Kommunerne har således taget udgangspunkt i den tidligere amtslige kvalitetsstandard, vejledningen på området eller anvendt samarbejdskommunens kvalitetsstandard.

Den er sådan set blevet udarbejdet på den måde, at det er en omskrivning af den gamle amtslige kvalitetsstandard, som så er blevet mere tilpasset. Det er sådan set den øvelse, vi var ude i sidste år, og det vil sige, at nu her i overgangen, der er i princippet alle ydelser og alt sådan noget det samme. Det skal bare tilpasses til den nye organisatoriske virkelighed, og så er det forventningen, at vi går i gang med næste generation af den. Så vil man så at sige mere se på, hvor vi er nu på den faglige/indholdsmæssige side, og hvordan tingene udvikler sig. Men det handlede meget om at komme over sidste år.

Vi tog den der tjekliste, som ministeriet havde lavet, og så så vi på, hvad vi allerede har af vedtagne normer og praksis på det her område. Og så blev det beskrevet der ud fra. Og så var der en høringsprocedure.

Jeg tænker, at et eller andet sted er det den samme (som samarbejdspartners kvalitetsstandard). Vi betaler jo den samme ydelse. Selv om det er en anden kommunes tilbud, kan man sige, at deres myndighedsdel henter behandlingen det samme sted, som vi gør. Så jeg tænker, at det skal være den samme kvalitetsstandard, vi har.

IMPLEMENTERING AF KVALITETSSTANDARDEN

Kvalitetsstandarden er overordnet information til borgere og samarbejdspartnere om de ydelser og det kvalitetsniveau, som kommunalbestyrelsen har besluttet, der skal være for borgere, som ønsker behandling for stofmisbrug. Det er derfor vigtigt, at kvalitetsstandarden er tilgængelig for brugere og samarbejdspartnere. Ifølge vejledningen skal kvalitetsstandarden som minimum være tilgængelig på kommunens hjemmeside.

For 49 kommuner svarende til 77 pct. af de 64 kommuner, som har egen kvalitetsstandard eller anvender samarbejdspartners kvalitetsstandard, er kvalitetsstandarden tilgængelig på hjemmesiden. Det er således kun 60 pct. af alle kommuner, som har en kvalitetsstandard, der har gjort den tilgængelig for brugere på internettet.

Hvis den behandling brugerne tilbydes skal reflektere kvalitetsstandarderne, er det vigtigt, at denne bliver implementeret blandt behandlere og sagsbehandler, så kvalitetsstandarderne bliver efterlevet i det daglige behandlingsarbejde. Kommunerne har haft tre primære metoder til at implementere kvalitetsstandarderne. Den ene tilgang har været i høj grad at lade behandlere og sagsbehandlere deltage i udviklingen af kvalitetsstandarderne, hvorved de kender elementerne i denne og formentligt vil føle større ejerskab til indholdet. Otte kommuner, som har besvaret spørgeskemaet, svarer, at de har gjort dette, og i yderligere fire kommuner er kvalitetsstandarderne primært en beskrivelse af kommunens allerede eksisterende praksis, hvorfor behovet for implementering har været begrænset.

Den var implementeret på mange måder. Det var mere en beskrivelse af virkeligheden. Det blev praksis, der afspejlede sig i papirerne. Det var praktikerne, der lavede kvalitetsstandarderne og fik nogle teoretikere til at hjælpe sig med at få det på papiret.

En del kommuner (14) har desuden introduceret kvalitetsstandarderne på temamøder eller afdelingsmøder.

Man har jo drøftet det på temadage og værdiseminarer osv. Man har drøftet elementer af det. De elementer, der indgår, som vi har siddet og snakket om nu, indgår jo aktivt i vores hverdag. [...] Hele vores måde at tage vores borgere ind på er jo bygget op omkring, at de er inddraget. Så kan man sige, at tankerne omkring helhed, opgaveløsningen, inddragelse af borgere osv. bliver effektueret i dagligdagen i vores procedurer på den måde.

Så vil den blive fremlagt på vores fællesmøde. Vi holder fællesmøder med de tre centre, og så vil vi drøfte det der, og så må vi kigge på, om det vil betyde, at vi skal ændre praksis på nogen måder. Det tror jeg ikke, fordi vi allerede har inkorporeret det i vores praksis. Altså i vores visitation.

Som det fremgår af citaterne, bliver de værdier, som er fastsat i kvalitetsstandarderne, i mange kommuner indarbejdet i praksis på området. Her anvendes kvalitetsstandarderne således i det daglige arbejde, da dens værdi-

er inkorporeres i rutinerne på behandlingsstedet. Fire kommunale myndigheds personer svarer således i spørgeskemaet, at kvalitetsstandarden er blevet implementeret, ved at indholdet er inkorporeret i praksis på området.

Flest kommuner (i alt 16) har dog implementeret kvalitetsstandarden ved almindelig information og uddeling af standarden,. Derudover har et par kommuner indarbejdet værdier fra kvalitetsstandarden i sektorplaner eller lignende, som har udfyldt den interne funktion, som kvalitetsstandarder har i andre kommuner.

Det har vi gjort med sektorplanerne. Det er sektorplanerne, ny struktur og visitationsretningslinjer og sådan noget, vi har arbejdet med. Der har vi holdt møder, og folk har været inddraget i at udarbejde det. Der har vi haft tæt samarbejde med praksis. Så man kan sige, vi har haft nogle andre styringsredskaber, der har omhandlet de samme emner, som har været mere relevante i forhold til de behov, vi lige kunne se.

Mange kommuner har således informeret og afholdt møder i forbindelse med introduktionen af kvalitetsstandarden og eventuelle opdateringer, og denne viden holdes ved lige ved, at nye medarbejdere bliver præsenteret for kvalitetsstandarden, når de starter deres ansættelse. Der er dog også seks kommuner, som i spørgeskemaet svarer, at kvalitetsstandarden endnu ikke er blevet implementeret.

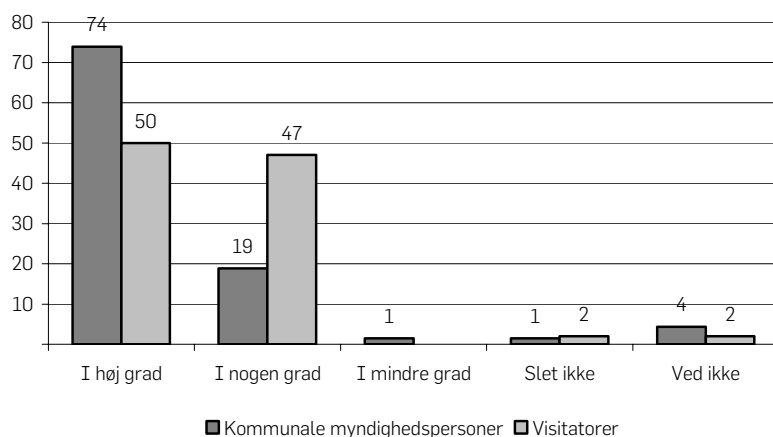
Om processen med implementeringen af kvalitetsstandarderne har været effektiv kan vurderes ud fra, i hvor høj grad den sociale stofmisbrugsbehandling lever op til kriterierne i kvalitetsstandarden. De kommunale myndigheds personer og visitatorerne er i spørgeskemaerne blevet spurgt, i hvor høj grad der er overensstemmelse mellem kvalitetsstandarden og den reelle behandling og sagsbehandling, som finder sted. I spørgsmålsformuleringen blev respondenterne orienteret om, at deres besvarelse på dette spørgsmål var anonym, da dette må betragtes som følsomme oplysninger.

Som figur 5.1 viser, oplever 74 pct. af myndigheds personer og 50 pct. af visitatorerne, at den sociale stofmisbrugsbehandling 'i høj grad' stemmer overens med beskrivelserne i kvalitetsstandarden. Derudover mener 19 pct. af myndigheds personer og 47 pct. af visitatorerne, at den sociale stofmisbrugsbehandling, kommunen reelt tilbyder, 'i nogen grad'

stemmer overens med beskrivelsen i kvalitetsstandarden. Generelt er opfattelsen således, at kommunerne 'i høj' eller 'nogen grad' lever op til kvalitetsstandarderne. Der skal dog tages højde for, at meget få kvalitetsstandarder opstiller specifikke mål ud over de lovgivningsmæssige, og at standarden ofte indeholder forholdsvis brede beskrivelser. Der er dog en forholdsvis stor forskel mellem myndighedspersoners opfattelse og visitatorernes vurdering. Visitatorerne oplever således ikke i så stor grad, at der er overensstemmelse mellem kvalitetsstandarden og kommunens reelle behandlingstilbud. Alt efter hvilken personalegruppe man spørger, er der således en fjerdedel eller halvdelen af kommunerne, som kun 'i nogen grad' lever op til, hvad de har fastsat i kvalitetsstandarderne.

FIGUR 5.1

I hvilken grad der er overensstemmelse mellem indholdet af den stofmisbrugsbehandling kommunen reelt tilbyder og kvalitetsstandardens beskrivelse ifølge kommunale myndighedspersoner og behandlingledere. Procent.



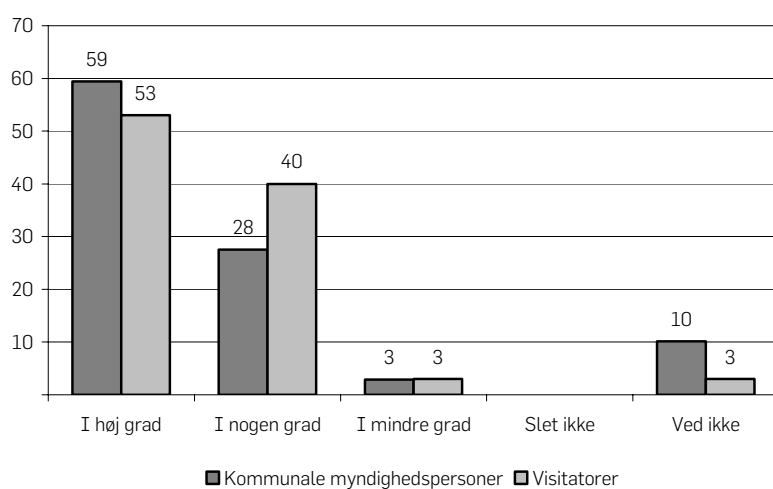
Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 69 kommunale myndighedspersoner og 58 visitatorer i kommuner med kvalitetsstandarder.

Myndighedspersoner og visitatorer er også blevet spurgt, i hvor høj grad sagsbehandlingsprocessen lever op til kvalitetsstandarderne. Her er enigheden mellem de to respondentgrupper noget større, idet 59 pct. af myndighedspersonerne og 53 pct. af visitatorerne mener, at dette 'i høj

grad' er tilfældet. Desuden mener 28 pct. af myndighedspersonerne og 40 pct. af visitatorerne, at sagsbehandlingsprocedurerne 'i nogen grad' lever op til kvalitetsstandarderne, og 3 pct. af respondenterne mener, at dette kun 'i mindre grad' er tilfældet. Alt efter respondenttypen er der således 31 eller 43 pct. af kommunerne, hvor sagsbehandlingsprocedurerne ikke lever fuldt op til kvalitetsstandarderne.

FIGUR 5.2

I hvilken grad der er overensstemmelse mellem kommunens sagsbehandlingsprocedure og kvalitetsstandard. Procent.



Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 69 kommunale myndighedspersoner og 58 visitatorer i kommuner med kvalitetsstandarder.

KVALITETSSTANDARDENS FUNKTION

I dette afsnit ser vi på, hvilken rolle kvalitetsstandarderne spiller i stofmisbrugsbehandlingen set fra de kommunale myndighedspersoners, behandlingsleders og visitatorers synspunkt i de kommuner, hvor der er en kvalitetsstandard. Respondenternes besvarelser på spørgsmålene anvendt til analyserne i dette kapitel er anonyme.

KOMMUNALE MYNDIGHEDSPERSONER

Myndighedspersonerne mener primært, at kvalitetsstandarden bliver brugt som værdigrundlag for området og som politisk styringsredskab. Der er således 38 pct., som mener, at kvalitetsstandarden 'i høj grad' bruges som værdigrundlag for området, og 35 pct., som 'i nogen grad' mener dette. 33 pct. mener desuden, at kvalitetsstanden 'i høj grad' bruges som politisk styringsredskab, og 28 pct. mener, at dette 'i nogen grad' er tilfældet.

TABEL 5.12

I hvor høj grad kvalitetsstandarden ifølge myndighedspersonens vurdering bruges til en række opgaver i kommunen. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Information til brugere	16	32	25	20	7	100
Information til pårørende	13	26	33	20	7	100
Politisk styringsredskab	33	28	17	10	12	100
Værdigrundlaget for området	38	35	13	6	9	100
Vejledning til behandlere om det daglige arbejde	26	26	19	19	10	100
Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser	20	28	19	22	12	100
Vejledning til behandlere i forhold til valg af professionelle tilgange/metoder	16	23	23	25	13	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 69 kommunale myndighedspersoner. Kun myndighedspersoner, som har svaret, at kommunen har en kvalitetsstandard, er blevet stillet dette spørgsmål.

Som det fremgår af tabel 5.13, bruges kvalitetsstandarden desuden i mere end halvdelen af kommunerne 'i høj' eller 'nogen grad' som instrument til at udvikle stofmisbrugsbehandlingen. En myndighedsperson, som bruger kvalitetsstandardens som værdigrundlag, forklarer således om medarbejdernes kendskab:

De kender den, men hvis du spørger mig, om vi bruger den kontinuert, så må jeg nok sige nej. Jeg kigger jo lidt på den i forhold til, om vi har fået opfyldt vores visioner, og om vi skal have nogle nye visioner. Og det gør jeg også i forhold til kontrakten, som vi er ved at lave nu for 2009.

TABEL 5.13

I hvor høj grad kvalitetsstandarden bruges som instrument til at udvikle stofmisbrugsbehandlingen i kommunen. Procent og antal.

	Procent	Antal
I høj grad	19	13
I nogen grad	35	24
I mindre grad	28	19
Slet ikke	7	5
Ved ikke	12	8
I alt	100	69

En del kommuner har dog andre interne redskaber til fastsættelse af værdigrundlag og intern styring af stofmisbrugsbehandlingen, og bruger derfor ikke i særlig høj grad kvalitetsstandarden til dette:

Den ligger så meget op af de vedtagelser, der allerede var lavet. Den har faktisk ikke været særlig styrende, fordi vi i forvejen har haft en styring via sektorplanerne. Og så var der nogle punkter, som ikke var omtalt i sektorplanerne, som supplerende kom ind gennem kvalitetsstandarden, men i forvejen havde vi faktisk den der styring.

Det er bemærkelsesværdigt, at mindre end halvdelen af myndighedspersonerne 'i høj' eller 'nogen grad' mener, at kvalitetsstandarden bruges til information til brugerne. 16 pct. af myndighedspersonerne mener således 'i høj grad' og 32 pct. 'i nogen grad', at kvalitetsstandarderne bruges til information til brugerne. Mindre end 40 pct. af myndighedspersonerne mener desuden, at kvalitetsstandarden 'i høj' eller 'nogen grad' bruges til at informere pårørende om stofmisbrugsbehandlingen. Samtidigt anvendes kvalitetsstandarden 'slet ikke' til information af brugere og pårørende i 20 pct. af kommunerne. Ifølge myndighedspersonerne anvendes kvalitetsstandarden således kun i forholdsvis begrænset omfang til det formål,

der beskrives i vejledningen. Som en række myndighedspersoner beskriver:

Jeg tror, man skal se den første version, som at vi har brugt den lige så meget for at få etableret en ramme for os selv og for vores verden, og den måde vi gerne vil agere på i forhold til stofmisbrugsområdet. Den er ikke specielt borgerrettet. Jeg har ikke oplevet – det kunne også være interessant at høre sagsbehandlerne – jeg tror ikke, vi har oplevet nogle borgere overhovedet, der har efterspurgt den. Jeg tror ikke, de ved, at der ligger sådan en, for nogle af de borgere, vi har med at gøre, er jo langt, langt væk. Så jeg tror ikke, at det overhovedet er i deres interesse. Det er klart, de vil få den, hvis de spørger efter den, overhovedet ikke noget problem i det. Men man kunne godt tænke den meget mere brugervenlig. Spørgsmålet er, om det skal være en helt anden slags. Så skal den nok have en helt anden udformning, hvor man virkelig fik inddraget nogle brugere i processen: ”Hvis du skulle have noget materiale fra os, der siger noget om, hvad det er, du skal ind i – hvordan skulle det så være?” Og det har vi ikke gjort med den her.

Jeg tror, brugere og medarbejdere oplever det som noget, der skal være der, men som ikke kommer ”os” ved. Den har været ude at vende, men jeg tror ikke folk har oplevet, at de har set den. Mere fylder det ikke i bevidstheden. Den ligger på vores hjemmeside. Den ligger på kommunens hjemmeside, så der er selvfølgelig adgang til den.

Ja, alle vores kvalitetsstandarder, uanset feltet, er lavet som et arbejdsredskab, selvfølgelig for dem, der arbejder, fordi det er politisk godkendt. Og det vil sige, du har lagt serviceniveauet. Og så kan vi tage den diskussion, for det kan man jo tolke på. Så snævert er det jo ikke beskrevet. Men det er i princippet sådan, det er. Det er serviceniveauet, og det får selvfølgelig alle de leverandører, der måtte være implicerede, da de skal vide, hvad vores niveau er. Det kan borgerne også få, hvis de vil have det. Næsten alle vores andre kvalitetsstandarder har vi lavet i pixie-udgaver til borgerne. Det har vi ikke på den her, fordi det simpelthen er tørt

stof. Der er ikke så meget håndgribeligt i det. Men den er åben. Den ligger på nettet, så den er til alle, der måtte have lyst, kan man sige.

Myndighedspersonerne oplever således ikke en interesse fra brugernes side i kvalitetsstandard. En forklaring er, at kvalitetsstandard er forholdsvis lang med en begrænset mængde konkret information, og det kunne evt. være hensigtsmæssigt at udforme meget korte 'pixie-udgaver' af kvalitetsstandard til brugerne, som den sidste kommune har gjort på en række andre områder.

Som det fremgår af det midterste citat, har myndighedspersonerne heller ikke en oplevelse af, at medarbejderne i særligt udpræget grad anvender kvalitetsstandard i det daglige arbejde. Dette ses også i tabel 5.12, som viser, at i ca. halvdelen af kommunerne bliver kvalitetsstandard 'i høj' eller 'nogen grad' brugt som vejledning til personalet om det daglige arbejde og koordination af stofmisbrugsbehandlingen og øvrige indsatser for borgerne. Derimod mener kun 39 pct., at kvalitetsstandard bruges som vejledning i forhold til behandleres valg af tilgange/metoder. En myndighedsperson beskriver:

Jeg tror, medarbejderne ved, at den ligger der. De ved, vi har en kvalitetsstandard, men jeg tror ikke, det er sådan en, de bruger tæt i det daglige. De kender jo godt de procedurer, der står i den. [...] Men det er ikke sådan en, de slår op i og siger "hvordan er det nu, vi gør det." Det er meget mere konkret for dem.

Andre kommuner har detaljerede beskrivelser af rutiner og tilgange i behandlingen til medarbejderne og bruger derfor ikke kvalitetsstandard til dette.

Vi har noget, der hedder en intern mappe i vores system. Den er en medarbejders bibel. Der står alt fra vores menneskesyn, vores antagelser, vores metoder, hvordan vi omsætter metoderne i behandling, vores lægefaglige instruks, vores funktionsbeskrivelser for medarbejdere, og alt muligt står der efterhånden i denne her. Den fylder efterhånden 250 sider, og alt der står der omkring menneskesyn, tilgangen omkring behandling, metode osv. afspejles i kvalitetsstandard, så på den måde er den meget tro

imod det, vi gør i praksis, men ellers tror jeg bare, den er noget, der er, fordi der står, vi skal lave kvalitetsstandard.

I mange kommuner er kvalitetsstandarden således som udgangspunkt en beskrivelse af en praksis, som allerede finder sted i kommunen. Der tegner sig et overordnet billede af, at kvalitetsstandarden ifølge myndighedspersonerne primært bruges som internt arbejdsredskab i kommunerne, mens den i væsentlig mindre grad bruges som informationsmateriale til brugere og pårørende.

BEHANDLINGSLEDERE

59 pct. af behandlingslederne kender kvalitetsstandarden for den/de kommuner, som brugerne kommer fra. For de ambulante behandlingssteders vedkommende er det dog 64 pct., som kender kvalitetsstandard.

TABEL 5.14

Behandlingslederens kendskab til kvalitetsstandard fordelt efter behandlingsstedstype. Procent

	Kender kvalitetsstandard for brugere	Kender ikke kvalitetsstandard for brugere	Total pct.	Total antal
Ambulant behandlingssted	64	36	100	75
Døgnbehandlingssted	49	52	100	33
I alt	59	41	100	108

Tabel 5.15 viser, at der generelt er færre behandlingsledere, som 'i høj grad' mener, at kvalitetsstandarden bruges til opgaverne beskrevet i tabellen. Samtidigt er der dog også lidt færre behandlingsledere, som mener, at kvalitetsstandarden 'slet ikke' bruges til opgaverne. Flest behandlingsledere mener, som myndighedspersonerne, at kvalitetsstandarden bruges som værdigrundlag for området.

Der er flere behandlingsledere end myndighedspersoner, som mener, at kvalitetsstandarderne 'i høj' eller 'nogen grad' bruges som vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser

(58 mod 48 pct.) og som vejledning til behandlere om det daglige arbejde (55 mod 52 pct.).

TABEL 5.15

I hvor høj grad kvalitetsstandarden ifølge behandlingslederens vurdering bruges til en række opgaver i kommunen. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Information til brugere	11	38	31	17	3	100
Information til pårørende	8	38	31	19	5	100
Politisk styringsredskab	23	31	16	11	19	100
Værdigrundlaget for området	23	44	23	5	5	100
Vejledning til behandlere om det daglige arbejde	19	36	28	11	6	100
Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser	16	42	17	20	5	100
Vejledning til behandlere i forhold til valg af professionelle tilgange/metoder	14	27	28	25	6	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 64 behandlingsledere.

Myndighedspersoner og behandlingsledere mener i næsten samme grad, at kvalitetsstandarden bruges som information til brugere. Behandlingslederne mener i modsætning til myndighedspersonerne, at den i ligeså høj grad bruges til information af pårørende. Det er dog stadigvæk kun 49 pct., som mener, at kvalitetsstandarden 'i høj' eller 'nogen grad' bliver brugt som information til brugere, og 46 pct., som mener, at den 'i høj' eller 'nogen grad' bliver brugt til information til pårørende.

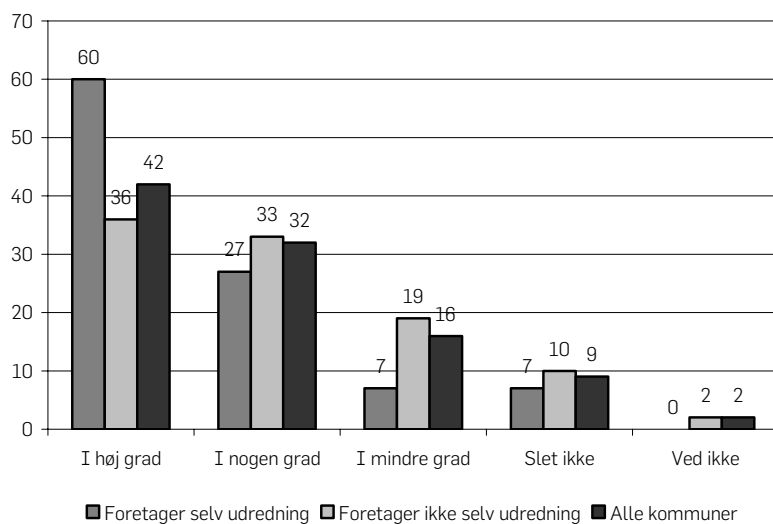
VISITATORER

Blandt visitatorerne fra kommuner, som har en kvalitetsstandard, bruger 42 pct. 'i høj grad' kvalitetsstandarden i deres daglige arbejde, og 32 pct. bruger den 'i nogen grad'. En del af disse visitatorer foretager dog ikke selv udredningen af brugernes behov og vil derfor ikke i samme grad have behov for at anvende kvalitetsstandarden. Blandt visitatorer, som

selv laver udredningerne, er det 60 pct., som 'i høj grad' anvender kvalitetsstandarden i deres daglige arbejde, og kun 10 pct., som 'slet ikke' anvender den. Dette tyder på, at lidt flere visitatorer rent faktisk bruger kvalitetsstandarden i deres arbejde, end myndighedspersonerne og behandlingslederne vurderer.

FIGUR 5.3

I hvilken grad visitatorer anvender kvalitetsstandarden i det daglige arbejde i kommuner, som har en sådan. Procent.



Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 15 visitatorer, som selv udreder, 42 visitatorer, som ikke selv udreder. Dvs. 57 kommuner i alt.

En visitator svarer på følgende måde på, om hun bruger kvalitetsstandarden:

Ja, vi bruger det absolut, fordi det er en nødvendig del af at holde kvaliteten af behandlingen, så det er ikke noget, jeg sidder og kigger i hver dag, men jeg kender det. Det er en af de ting, som vi hele tiden skal holde øje med, og vi udvikler det jo. Vi udvikler os hele tiden, så det er nødvendigt at holde styr på, om det også er det samme indhold, der skal være.

Andre visitatorer fortæller om, hvordan og hvad de bruger kvalitetsstandarden til:

Den kigger vi da på, og den overholder vi da, men det er vores eget værdimateriale, der er gældende her, for det er det, der skaber relationen ... Selvfølgelig arbejder vi efter kvalitetsstandarden. Det skal vi jo sådan set.

Det ligger nok i bagehovedet, vil jeg sige, fordi det er noget, vi meget jævnligt snakker om, når vi har sager, der skal drøftes, hvor vi er henne med folk, og hvor langt vi er, og hvad vi gerne vil med dem og sådan noget. Så jeg tror ikke, vi behøver at tage den op for at vide, hvordan de skal behandles. Det har vi ikke gjort.

Den bruger vi til at sikre borgeren, som kommer. At de får den rigtige behandling, at vi arbejder vi ud fra det, som kommune synes, er en kvalitetsstandard. Men det er jo igen misbrugscentrets kvalitetsstandard, jeg arbejder ud fra, men jeg arbejder selvfølgelig også ud fra kommunens, og den er jo ved at blive udarbejdet også til os. Så det er for at sikre borgeren, at vi bruger den, men også selvfølgelig for at sikre os selv til at gøre vores arbejde godt. [...] Men det er ikke sådan, at jeg går og tænker, at nu skal jeg lige huske, at der står det der i kvalitetsstandarden. Jeg har den jo med mig, den sidder jo i bagehovedet hele tiden. Det er jo ikke sådan, jeg går og tænker på den hele tiden. Jeg tror bare, at den følger mig som en tro følgesvend, så jeg sikrer mig, at borgeren får en god behandling, men også at jeg gør tingene rigtigere.

Til nyansatte er det noget af det, de får udleveret ved ansættelsen, fordi den giver jo et hurtigt blik over, hvem gør egentligt hvad, og hvad er det, vi arbejder med her, hvad er behandlingsgaranti for noget, og hvilke visitationskriterier er der ift. døgnbehandling. Så på den måde bruger vi det jo, men hvis du spørger en af de mere erfarne behandlere, så ved de, den er der, men de vil vide det selv, eller jeg vil ind imellem sige, at nu skal vi huske vores visitationskriterier.

Visitatorerne bruger således kvalitetsstandarden direkte og indirekte i det daglige arbejde til at få viden om rutiner og succeskriterier, men også til introducere nye medarbejdere til behandlingen mere generelt.

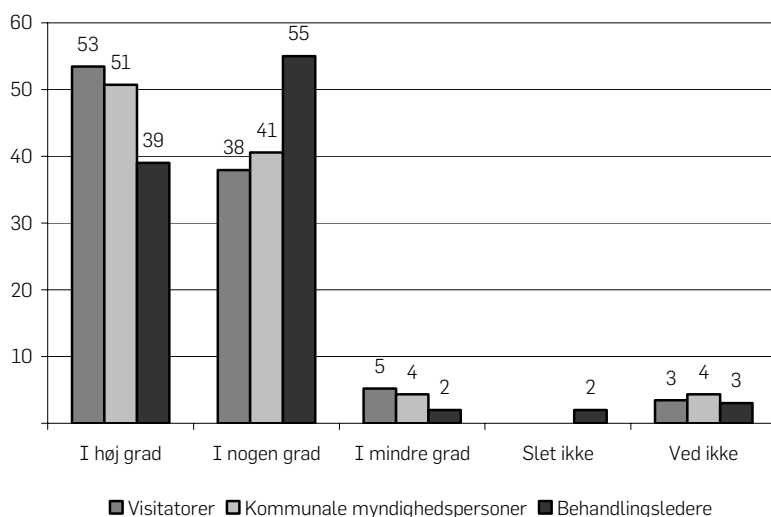
HOLDNING TIL KVALITETSSTANDARDEN

En begrundelse for ikke at bruge kvalitetsstandarden i det daglige arbejde kunne være, at personalets personlige opfattelse af kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen ikke stemmer overens med kvalitetsstandarden. Både myndighedspersoner, behandlingsledere og visitatorer er således blevet spurgt, i hvor høj grad kvalitetsstandarden stemmer overens med deres personlige opfattelse af kvalitet. Som det fremgår af figur 5.4, mener 91-94 pct. af disse, at kvalitetsstandarderne 'i høj' eller 'nogen grad' er i overensstemmelse med deres personlige opfattelse af kvalitet. Mens 53 pct. af visitatorerne og 51 pct. af myndighedspersonerne 'i høj grad' mener, at kvalitetsstandarden stemmer overens med deres personlige opfattelse af kvalitet, er dette kun tilfældet for 39 pct. af behandlingslederne.

Generelt er der en meget høj grad af overensstemmelse mellem kvalitetsstandarderne og respondenternes personlige opfattelse af god kvalitet. Da kvalitetsstandarderne samtidigt primært bliver brugt til at fastsætte overordnede værdier for stofmisbrugsbehandlingen, tyder dette på, at kommunens overordnede værdier i høj grad stemmer overens med personalets personlige opfattelse af god kvalitet i behandlingen

FIGUR 5.4

I hvilken grad kvalitetsstandarden stemmer overens med visitatorer, kommunale myndighedspersoner og behandlingslederes personlige opfattelse af kvalitet i behandling af stofmisbrug. Procent.



Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 58 visitatorer og 69 myndighedspersoner fra kommuner, som har en kvalitetsstandard, samt 65 behandlingsledere, som kender kvalitetsstandard.

I de kvalitative interview svarer myndighedspersonerne følgende til spørgsmålet, om kvalitetsstandarden afspejler deres opfattelse af kvalitet:

Det synes jeg faktisk. Det er jo klart, den er lidt overordnet, og sådan lidt fluffy, og det er nemt at sætte store ord og begreber ind. Men jeg synes faktisk, at det bliver efterlevet både fra vores leverandører og også fra sagsbehandlersiden.

Ja, det gør den. For det er på den baggrund kvalitetsstandard er lavet. [...] Der er også fleksibilitet i vores kvalitetsstandard. Noget med at tage udgangspunkt i den enkelte borger som individ. Inden for de rammer vi har, har vi mulighed for at lave nogle individuelle forløb, individuelle vurderinger og planer.

Grundene til, at kvalitetsstandard i så høj grad lever op til respondenternes personlige opfattelse af kvalitet, er således for myndighedsper-

nernes vedkommende, at de i høj grad selv har været med til at lave kvalitetsstandarden, og den dermed er udtryk for deres værdier. Samtidigt indeholder kvalitetsstandarderne forholdsvis få konkrete mål eller succeskriterier, og de fleste kan derfor som minimum stå inde for kvalitetsstandardens beskrivelser. Det kan i højere grad være et spørgsmål om, at de søger at levere social stofmisbrugsbehandling af en bedre kvalitet end det i kvalitetsstandarderne beskrevne:

Jamen, den er jo rummelig. Den er ... altså, jeg vil have mere kvalitet, end der står i kvalitetsstandarden [...] fx i forhold til, hvad vi kan gøre for borgerne. Hvor hurtigt vi kan gøre det, hvor meget vi kan støtte op om dem, hvilke tilbud, de kan få osv. Men det er bedre at være lidt forsigtig. Det er bedre, synes jeg ... altså, man skal ikke love noget, man ikke kan holde. Det vil jeg ikke, så vi holder mere, end vi lover.

Vi har tidligere i rapporten undersøgt, hvad kommunerne bruger kvalitetsstandarderne til. I det følgende vil vi se nærmere på, hvilke formål myndigheds personer og behandlingsledere potentielt mener, kvalitetsstanden kan bruges til.

Myndigheds personernes mening om, hvad kvalitetsstandarderne kan bruges til, fordeler sig nogenlunde som beskrivelserne af, hvad de bliver brugt til i kommunerne. Flest myndigheds personer mener således, at kvalitetsstandarden 'i høj grad' kan bruges som værdigrundlag for stofmisbrugsområdet og som politisk styringsredskab. Dernæst mener flest, at den 'i høj grad' kan bruges som vejledning af behandlere i det daglige arbejde og i deres koordinering af indsatsen med øvrige instanser. Myndigheds personer mener således også, at kvalitetsstandarden potentielt bedre kan bruges som værdigrundlag og styringsredskab end information til brugere og pårørende. Der er dog væsentligt flere myndigheds personer, som mener, at kvalitetsstandarden 'i nogen' eller 'høj grad' kan bruges som information til brugere og pårørende, end der er myndigheds personerne, som mener, at den 'i høj' eller 'nogen grad' bliver brugt til dette. Således mener 48 pct., at den 'i høj' eller 'nogen grad' bliver brugt til information af brugere, mens 77 pct. mener, at den 'i høj' eller 'nogen grad' kunne bruges til dette. Endnu flere mener desuden, at den kan bruges som information til pårørende (81 pct.).

TABEL 5.16

I hvor høj grad myndighedspersonerne mener, at kvalitetsstandarden kan bruges til en række opgaver. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Information til brugere	33	44	19	2	1	100
Information til pårørende	33	48	17	1	1	100
Politisk styringsredskab	45	42	6	1	6	100
Værdigrundlaget for området	45	44	7	1	2	100
Vejledning til behandlere om det daglige arbejde	39	32	20	5	4	100
Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser	35	36	23	4	4	100
Vejledning til behandlere i forhold til valg af professionelle tilgange/metoder	33	30	24	8	5	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 84 kommunale myndighedspersoner.

Blandt behandlingslederne er der noget mindre optimisme mht., hvad kvalitetsstandardens kan bruges til. Også behandlingslederne mener primært, at kvalitetsstandardens kan bruges som værdigrundlag for stofmisbrugsbehandlingen og som politisk styringsredskab. Der er dog i modsætning til kommunerne lidt færre, som 'i høj' eller 'nogen grad' mener dette (77 pct.). Der er også flere behandlingsledere, som mener, at kvalitetsstandardens kan bruges til information til brugere, end behandlingsledere, som mener, at den rent faktisk bruges til dette. Det er dog stadig kun 22 pct. som 'i høj grad', og 47 pct., som 'i nogen grad' mener, at kvalitetsstandardens kan bruges som information til brugerne, hvilket er forholdsvis få set i forhold til, at dette er beskrevet som det primære formål med kvalitetsstandardens i vejledningen.

TABEL 5.17

I hvor høj grad behandlingslederne mener, at kvalitetsstandarden kan bruges til en række opgaver. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Information til brugere	22	47	23	6	2	100
Information til pårørende	19	48	20	8	5	100
Politisk styringsredskab	41	36	11	5	8	100
Værdigrundlaget for området	39	38	16	5	3	100
Vejledning til behandlere om det daglige arbejde	31	31	23	9	5	100
Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser	27	34	23	11	5	100
Vejledning til behandlere i forhold til valg af professionelle tilgange/metoder	22	27	28	20	3	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 64 behandlingsledere. Kun behandlingsledere, som kender kvalitetsstandarden for brugerne, har besvaret dette spørgsmål.

Ud fra ovenstående er det tydeligt, at der er en generel skepsis i forhold til, i hvor høj grad kvalitetsstandarden kan bruges til at informere brugere om behandlingen. Dette hænger formentligt sammen med, at stofmisbrugere ikke nødvendigvis har overskuddet og overblikket til at søge information i en omfattende kvalitetsstandard. Et alternativ eller supplement til kvalitetsstandarden kunne således være mindre pjecer eller lignende, hvor informationen i kvalitetsstandarden blev opdelt i mindre områder, som fx behandlingsindhold, klageadgang osv., således brugeren nemmere kunne finde den information, vedkommende ønsker. På den anden side kan brugerne dårligt benytte kvalitetsstandarderne, hvis de ikke er færdigbearbejdede eller tilgængelige på hjemmesiden. Særligt gruppen af unge og de mere ressourcestærke brugere, som myndighedspersonerne har fokus på, kunne forventes at søge information på internettet og kommunens hjemmeside. Det er således vigtigt, at disse unge

misbrugere og deres pårørende får information om, hvor de kan søge behandling, og hvilken behandling, der tilbydes. Sådant information er ikke altid særligt tilgængelig på kommunernes hjemmesider.

OPSUMMERING

Dette kapitel viste, at 70 pct. af de kommuner, som har besvaret spørgeskemaet, har en færdig og godkendt kvalitetsstandard. 5 pct. af kommunerne benytter kvalitetsstandard for den kommune, de har en samarbejdsaftale med, mens 26 pct. af kommunerne ingen kvalitetsstandard har. Blandt disse er der dog fire kommuner, som rapporterer at have en kvalitetsstandard, som kun mangler godkendelse.

Indholdet af kvalitetsstandarderne lever på de fleste områder op til angivelserne i Vejledning 7 i Serviceloven, mens der på nogle områder er visse mangler. Kommunens ydelser til borgere, som ønsker behandling for misbrug, målgruppen for denne behandling og de overordnede værdier i behandlingen er mere eller mindre omfattende beskrevet i 98 pct. af kvalitetsstandarderne. Derimod har under halvdelen af kommuner beskrevet, hvilke adresser behandlingen foregår på i deres kvalitetsstandard. Dette indgår ikke som et element i vejledningen, men er dog relevant information for borgere, som ønsker at søge behandling.

Omkring visitationsproceduren har 83 pct. beskrevet, hvor borgeren skal henvende sig, og 72 pct., hvem der visiterer, mens kun 17 pct. lever op til kravet om beskrivelse af procedurer ved afbrudt eller genoptaget behandling. Rettigheder som frit valg og behandlingsgaranti beskrives i hhv. 92 og 96 pct. af kvalitetsstandarderne, mens muligheden for at få hjælp fra kommunen i forbindelse med dette valg kun beskrives i 36 pct. af kvalitetsstandarderne. På samme måde skal kommunerne informere om brugernes klagerettigheder, og 98 pct. af kvalitetsstandarderne beskriver, at brugerne har ret til at klage. Det er derimod kun 56 pct., der beskriver, at brugeren har ret til at klage over manglende overholdelse af behandlingsgarantien, og endnu færre, der beskriver brugerens ret til at klage over manglende frit valg, brugerinddragelse eller den visiterede behandlingsintensitet. Regler for betaling ved døgnophold og efterbehandling fremgår af 85 pct. af kvalitetsstandarderne, og brugerinddragelse nævnes i 91 pct. af kvalitetsstandarderne, dog er dette for en stor dels vedkommende kun kort beskrevet.

Med hensyn til målsætninger for udarbejdelse, koordinering og opfølgning på handleplaner har 60-64 pct. af kommunerne beskrevet dette. 81 pct. af kvalitetsstandarderne beskriver personalets kompetencer, og 91 pct. beskriver monitorering af indsatsen. Derimod beskriver kun 72 pct., hvordan kommunen er opmærksom på børn af misbrugere i behandling, og 55-58 pct. beskriver, hvilke døgnbehandlingstilbud kommunen samarbejder med, og hvilke krav kommunen har til disse. Desuden opstiller kun 23-33 pct. minimumskriterier for intensiteten af forskellige behandlingstilbud. Dette er ikke eksplicit beskrevet i vejledningen, men kunne være relevant information, hvis en borger skal sammenligne behandlingstilbud på tværs af kommuner.

Mange af kvalitetsstandarderne beskriver således overordnet de fleste af de punkter, som er nævnt i vejledningen. Samtidigt mangler der i kvalitetsstandarderne i mange tilfælde central information til borgerne, som ikke eksplicit fremgår af vejledningen. Dette er information om, hvor behandlingen foregår, hvilken intensitet de forskellige typer behandling har som minimum, og hvad borgerne kan klage over. Kvalitetsstandarderne er udarbejdet i 2007 og 2008, og der er således nogle muligheder for forbedringer, når de bliver fornyet i 2009 og 2010.

Udarbejdelsen af kvalitetsstandarderne er primært foretaget af ledere på stofmisbrugsområdet samt visitatorer og sagsbehandlere, mens brugerne i mere end halvdelen af kommunerne slet ikke har været inddraget. Implementeringen af kvalitetsstandarderne blandt medarbejderne er primært foregået ved medarbejderinddragelse i udarbejdelsen, introduktion til kvalitetsstandarderne ved temamøder eller lignende og ved generelt information og uddeling af kvalitetsstandarderne. Derudover har 77 pct. af kommunerne med en kvalitetsstandard gjort den tilgængelig på hjemmesiden. Ifølge de kommunale myndighedspersoner og visitatorerne lever den sociale stofmisbrugsbehandling og sagsbehandlingsprocedurerne i forholdsvis høj grad op til beskrivelserne i kvalitetsstandarderne. Ifølge visitatorerne er der dog 43-49 pct. af kommunerne, hvor kvaliteten kun 'i nogen grad' lever op til beskrivelserne i kvalitetsstandarderne, mens kun 21-31 pct. af myndighedspersonerne mener, at dette er tilfældet.

Mindre end halvdelen af myndighedspersonerne og behandlingslederne mener, at kvalitetsstandarderne bruges til at informere brugere og pårørende om behandlingen. Ifølge disse respondenter bruges kvalitetsstandarderne i højere grad som en beskrivelse af værdigrundlaget for be-

handling og sagsbehandling og som vejledning til behandlere om deres daglige arbejde og koordinering af behandlingen med øvrige instanser.

Myndighedspersonernes mening om, hvad kvalitetsstandarderne kan bruges til, fordeler sig nogenlunde som beskrivelserne af, hvad de bliver brugt til i kommunerne. Flest myndighedspersoner mener således, at kvalitetsstandarden 'i høj grad' kan bruges som værdigrundlag for stofmisbrugsområdet og som politisk styringsredskab. Der er dog 77 pct. som 'i høj' eller 'nogen grad' mener, at kvalitetsstandarden kan bruges som information til brugere, mens 69 pct. af behandlingslederne mener dette. Der tegner sig således et overordnet billede af, at kvalitetsstandardden primært bruges og kan bruges som internt arbejdsredskab i kommunerne, mens den i væsentlig mindre grad bruges og kan bruges som informationsmateriale til brugere og pårørende.

BRUG AF EGNE OG EKSTERNE BEHANDLINGSTILBUD

I dette kapitel beskrives kommunernes brug af egne og eksterne behandlingstilbud på baggrund af visitatorernes svar på spørgeskemaet. Disse spørgsmål er stillet til visitatorerne, da disse må forventes at have det mest indgående kendskab til, hvilke ydelser der købes ved forskellige leverandører. Visitatorer fra 83 kommuner har besvaret dette spørgeskema, hvoraf mellem 80 og 82 kommuner har besvaret de spørgsmål, som anvendes i dette afsnit. Blandt de 15 kommuner, som ikke har besvaret spørgeskemaet, udfører syv kommuner selv stofmisbrugsbehandling, og otte kommuner køber primært stofmisbrugsbehandling ved regionale og kommunale samarbejdspartnere, hvilket omtrent svarer til fordelingen blandt kommuner, som har besvaret spørgeskemaet.

Efter kommunerne overtog ansvaret for at tilbyde social stofmisbrugsbehandling i 2007, valgte en del kommuner selv at udføre stofmisbrugsbehandling, og nogle få kommuner havde allerede gjort dette før 2007. Regionerne er dog stadig forpligtiget til at have stofmisbrugsbehandlingstilbud, hvis kommunen ikke selv ønsker at varetage opgaven, og nogle kommuner benytter således regionens stofmisbrugsbehandlingstilbud. Andre kommuner har valgt i stedet at indgå samarbejde med en anden kommune og/eller private leverandører om levering af stofmisbrugsbehandling eller en kombination af ovenstående. Omfanget af brugen af disse tilbud beskrives i det følgende.

Ud fra tabel 6.2-17 er det tydeligt, at størstedelen af brugerne i social stofmisbrugsbehandling modtager denne fra deres hjemkommune. Visitatorerne fra de 82 kommuner har samlet skønnet at have 11.833 brugere i behandling. Af disse er 74 pct. i stofmisbrugsbehandling ved kommunen selv, 12 pct. er i behandling ved en anden kommune, 8 pct. er i behandling ved en regional leverandør, og 7 pct. er i behandling ved en privat leverandør.

Kommunernes beslutning om selv at udføre stofmisbrugsbehandling eller købe sig til denne ydelse ved en ekstern leverandør hænger sammen med størrelsen af kommunen. Blandt kommuner med mindre end 50.000 indbyggere er det således kun 34 pct., som selv udfører stofmisbrugsbehandling, mens dette gør sig gældende for 65 pct. af kommunerne med mellem 50.000 og 100.000 indbyggere og alle kommuner med mere end 100.000 indbyggere.

TABEL 6.1

Om kommunen selv udfører stofmisbrugsbehandling fordelt efter kommunernes indbyggertal. Procent.

	Udfører selv stofmisbrugsbehandling	Udfører ikke selv stofmisbrugsbehandling	Total pct.	Total antal
Mindre end 50.000 indbyggere	34	66	100	53
50.000 – 100.000 indbyggere	65	35	100	23
Mere end 100.000 indbyggere	100	0	100	7
I alt	48	52	100	83

Anm.: $\chi^2 = 14$, $P = 0,001$, dog 2 celler med forventet antal på under 5.

I det følgende bliver brugen af egne behandlingstilbud, tilbud i anden kommune, tilbud ved region og tilbud ved private leverandører gennemgået enkeltvis.

Tabel 6.2 viser, at 39 af kommuner i undersøgelsen selv udfører stofmisbrugsbehandling, svarende til 48 pct. af kommunerne. Som det fremgår af tabel 6.3, udfører alle disse kommuner ambulante samtaler selv. Derudover har 28 kommuner eget dagbehandlingstilbud, hvilket svarer til en tredjedel af alle kommuner, og seks kommuner har eget

døgnbehandlingstilbud. Det er således primært ambulante samtaler og i lidt mindre grad dagbehandling, som kommunerne tilbyder i eget regi.

TABEL 6.2

Om kommunen selv udfører behandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
Kommunen udfører selv stofmisbrugsbehandling	48	39
Kommunen udfører ikke selv stofmisbrugsbehandling	52	43
I alt	100	82

TABEL 6.3

Hvilke intensiteter behandling kommunen selv udfører. Procent og antal.

	Procent af kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling	Procent af alle kommuner	Antal
Ambulante samtaler	100	48	39
Dagbehandling	72	34	28
Døgnbehandling	15	7	6

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 82 visitatorer ved alle kommuner og 39 ved kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling.

I tabel 6.4 beskrives, hvilke typer behandlingstilbud kommunerne tilbyder i eget regi. Tabellen viser, at alle kommunerne med eget tilbud har udrednings- og afklaringsforløb i eget regi. Derudover har 44 pct. af alle kommuner substitutionsbehandling i eget regi.

Med hensyn til behandlingssamtaler tilbyder 31 pct. af alle kommuner samtaler med psykolog eller psykiater, 44 pct. tilbyder samtaler med sundhedsfagligt personale, og 46 pct. tilbyder samtaler med behandlere med anden uddannelse i eget regi. Det er således kun to tredjedele af kommunerne, som selv udfører social stofmisbrugsbehandling, der har en psykolog ansat i eget regi.

Derudover har tre fjerdedele af de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling ved gruppebehandlingstilbud, mens 59 pct. har parsamtaler og kun 36 pct. af kommunerne, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, har familiebehandling. 87 pct. af disse kommuner tilbyder også efterbehandling. Det er derimod væsentligt færre kommuner, som har mere skadesreducerende tilbud i eget regi. Det er således 28 pct.

af alle kommuner, som har et sundhedstilbud, og 31 pct. af alle kommuner, som har et værested til misbrugere. Derudover har kun 10 pct. af alle kommuner botilbud til misbrugere, og 18 pct. har halvvejshuse, som brugerne kan bo i midlertidigt i forbindelse med udslusning fra døgnbehandling til et liv uden stofmisbrug. Endelig rapporterer kun 17 pct. af alle kommuner at have fritidstilbud til stofmisbrugere. Ud over de i tabellen nævnte tilbud rapporterer et par kommuner at have tilbud om akupunktur.

TABEL 6.4

Indholdet af behandlingen kommunen selv udfører. Procent og antal.

	Procent af kommuner, som selv udfører stof- misbrugsbehandling	Procent af alle kommuner	Antal
Substitutionsbehandling	92	44	36
Udredning/afklaringsforløb	100	48	39
Individuelle samtaler med psykolog/psykiater	64	31	25
Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale	92	44	36
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler	97	46	38
Gruppebehandling	77	37	30
Parsamtaler	59	28	23
Familiebehandling	36	17	14
Sundhedstilbud (ex. sårpleje, prævention, vaccination)	59	28	23
Værested/café	64	31	25
Afrusning/afgiftning	54	26	21
Botilbud	21	10	8
Halvvejshus	38	18	15
Efterbehandling	87	42	34
Fritidstilbud	36	17	14
Andet	13	6	5

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 82 visitatorer ved alle kommuner og 39 visitatorer ved kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling.

Som det fremgår af tabel 6.5, har de fleste kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, mere end 50 borgere i stofmisbrugsbehandling, og to tredjedele har 100 borgere eller flere i behandling. De fleste kommuner, som har valgt at tilbyde stofmisbrugsbehandling i eget regi, har således forholdsvis mange brugere i behandling. Der er fx kun en enkelt kommune med 5 brugere og en enkelt kommune med 12 brugere, som

selv udfører stofmisbrugsbehandling, mens de resterende har 40 brugere eller mere i behandling. 36 af de 39 kommuner har angivet, hvor mange brugere, de har i behandling i eget regi. Sammenlagt har de 36 kommuner skønnet at have 8.738 brugere i behandling i eget regi.

TABEL 6.5

Antal brugere i egen behandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
1-49	14	5
50-99	19	7
100-149	20	7
150-249	25	9
250-	22	8
I alt	100	36

Visitatorer fra 42 kommuner (53 pct.) har svaret, at kommunen tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved en anden kommune. Blandt disse kommuner er der 80 pct., som køber ambulante samtaler ved anden kommune, 61 pct., som køber dagbehandling, og 44 pct., som køber døgnbehandling ved anden kommune. Dette svarer til, at 42 pct. af alle kommuner tilbyder ambulans behandling ved anden kommune, 32 pct. tilbyder dagbehandling, og 23 pct. tilbyder døgnbehandling ved anden kommune.

TABEL 6.6

Om kommunen tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved anden kommune. Procent og antal.

	Procent	Antal
Køber stofmisbrugsbehandling ved anden kommune	53	42
Køber ikke stofmisbrugsbehandling ved anden kommune	43	34
Ved ikke	5	4
I alt	100	80

TABEL 6.7

Hvilke intensiteter af behandling kommunen køber ved andre kommuner. Procent og antal.

	Procent af kommuner, som køber stofmisbrugsbehandling ved anden kommune	Procent af alle kommuner	Antal
Ambulante samtaler	80	42	33
Dagbehandling	61	32	25
Døgnbehandling	44	23	18

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 79 visitatorer ved alle kommuner og 41 visitatorer ved kommuner, som køber behandling ved anden kommune, idet én har svaret ved ikke.

Af tabel 6.8 fremgår det, at 43 pct. af alle kommuner tilbyder substitutionsbehandling ved en anden kommune. Derudover tilbyder ca. en tredjedel af alle kommuner samtaler med psykologer/psykiatere, sundhedsfagligt personale eller behandlere med anden uddannelse samt gruppebehandling, som købes ved en anden kommune. 21 pct. af alle kommuner tilbyder parsamtaler ved anden kommune, og 26 pct. tilbyder familiebehandling på denne måde. Derudover tilbyder 17 pct. af alle kommuner botilbud ved anden kommune, og 23 pct. tilbyder halvvejshuse ved anden kommune. Der er således lidt flere kommuner, som tilbyder botilbud via kommunal samarbejdspartner end kommuner, som har botilbud i eget regi.

TABEL 6.8

Indholdet af behandling kommunen køber ved andre kommuner. Procent og antal.

	Procent af kommuner, som køber stofmis- brugsbehandling ved anden kommune	Procent af alle kommuner	Antal
Substitutionsbehandling	85	43	33
Udredning/afklaringsforløb	69	35	27
Individuelle samtaler med psykolog/psykiater	62	31	24
Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale	67	34	26
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler	64	32	25
Gruppebehandling	64	32	25
Parsamtaler	41	21	16
Familiebehandling	51	26	20
Sundhedstilbud (ex. sårpleje, prævention, vaccination)	56	29	22
Værested/café	36	18	14
Afrusning/afgiftning	46	23	18
Botilbud	33	17	13
Halvvejshus	46	23	18
Efterbehandling	62	31	24
Fritidstilbud	13	6	5
Andet	3	1	1

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 77 visitatorer ved alle kommuner og 39 visitatorer ved kommuner, som køber stofmisbrugsbehandling af anden kommune, da 3 visitatorer har svaret 'ved ikke' til dette spørgsmål.

Af tabel 6.9 fremgår, at ud af de 42 kommuner, som tilbyder stofmisbrugsbehandling, som de køber ved andet tilbud, har 38 rapporteret, hvor mange brugere, de har i behandling ved en anden kommune. I alt skønner disse at have 1.403 brugere i behandling ved en kommunal samarbejdspartner. De fleste kommuner, som tilbyder stofmisbrugsbehandling ved en anden kommune, har således forholdsvis få brugere i behandling her. Fx har en tredjedel af disse kommuner mindre end 10 brugere i behandling ved en anden kommune, og to tredjedele har mindre end 50 brugere i behandling ved en anden kommune.

TABEL 6.9

Antal brugere i behandling ved anden kommune. Procent og antal.

	Procent	Antal
1-9	32	12
10-19	11	4
20-49	24	9
50-99	24	9
100-	11	4
I alt	100	38

Tabel 6.10 viser, at 31 kommuner benytter en regional leverandør, svarende til 38 pct. af alle kommuner. Af tabel 6.11 kan man se, at af disse 31 kommuner tilbyder 69 pct. ambulante samtaler, 65 pct. dagbehandling og 50 pct. døgnbehandling ved regionale leverandør. Det er således 24 pct. af alle kommuner, som tilbyder ambulante samtaler ved regional leverandør, og hhv. 22 og 17 pct., som tilbyder dag- eller døgnbehandling ved regionale leverandører.

TABEL 6.10

Om kommunen tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved regional leverandør. Procent og antal.

	Procent	Antal
Køber stofmisbrugsbehandling ved regional leverandør	38	31
Køber ikke stofmisbrugsbehandling ved regional leverandør	49	40
Ved ikke	12	10
I alt	100	81

TABEL 6.11

Hvilke intensiteter af behandling kommunen køber ved regional leverandør. Procent og antal.

	Procent af kommuner, som køber stofmisbrugsbehandling ved regional leverandør	Procent af alle kommuner	Antal
Ambulante samtaler	69	24	18
Dagbehandling	65	22	17
Døgnbehandling	50	17	13

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 76 visitatorer ved alle kommuner og 26 visitatorer ved kommuner, som benytter regional leverandør, idet 5 har svaret 'ved ikke'.

I tabel 6.12 ser man, at fordelingen på typer af indsatser ved regionale leverandører meget ligner fordelingen ved behandling udført af andre kommuner, dog med noget færre samtaler med både psykologer, sundhedsfagligt personale og behandlere med anden uddannelse. Færre af kommunerne, som benytter en regional leverandør, tilbyder desuden sundhedstilbud eller værestedstilbud ved denne leverandør. Derimod tilbyder en større andel halvvejshuse ved denne leverandør. En kommune tilbyder desuden et dagtilbud for dobbelt-diagnosticerede via regionen.

TABEL 6.12

Indholdet af behandlingen kommunen køber ved regional leverandør.
Procent og antal.

	Procent af kommuner, som køber stofmis- brugsbehandling ved regional leverandør	Procent af alle kommuner	Antal
Substitutionsbehandling	61	22	17
Udredning/afklaringsforløb	57	21	16
Individuelle samtaler med psykolog/psykiater	54	19	15
Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale	46	17	13
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler	46	17	13
Gruppebehandling	64	23	18
Parsamtaler	39	14	11
Familiebehandling	46	17	13
Sundhedstilbud (ex. sårpleje, prævention, vaccination)	29	10	8
Værested/café	18	6	5
Afrusning/afgiftning	39	14	11
Botilbud	36	13	10
Halvejshus	50	18	14
Efterbehandling	54	19	15
Fritidstilbud	0	0	0
Andet	4	1	1

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 78 visitatorer ved alle kommuner og 28 visitatorer ved kommuner, som anvender regional leverandør, da 3 visitatorer har svaret 'ved ikke' til dette spørgsmål. Mulighed for flere svar.

I tabel 6.13 har 26 af de 31 kommuner, som benytter regional leverandør, skønnet, hvor mange brugere de har i stofmisbrugsbehandling ved denne leverandør, hvilket giver 899 brugere i alt. 42 pct. af kommunerne har færre end 10 brugere i behandling ved regionale leverandører, mens 69 pct. har mindre end 50 brugere i behandling ved en regional leverandør. Hver kommune har således forholdsvis få brugere i behandling ved regionale leverandører.

TABEL 6.13

Antal brugere i behandling ved regional leverandør. Procent og antal.

	Procent	Antal
1-9	42	11
10-19	12	3
20-49	15	4
50-99	19	5
100-	12	3
I alt	100	26

Af tabel 6.14 kan man læse, at 62 kommuner, svarende til 77 pct. af alle kommuner, tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes ved private leverandører. Som det videre fremgår af tabel 6.15, er det 'i høj grad' døgnbehandling, kommunerne tilbyder ved private leverandører, mens 29 pct. køber dagbehandling ved private leverandører, og 21 pct. køber ambulante samtaler ved private leverandører.

TABEL 6.14

Om kommunen tilbyder stofmisbrugsbehandling, som købes af privat leverandør. Procent og antal.

	Procent	Antal
Køber stofmisbrugsbehandling ved privat leverandør	77	62
Køber ikke stofmisbrugsbehandling ved privat leverandør	17	14
Ved ikke	6	5
I alt	100	81

TABEL 6.15

Hvilke intensiteter af behandling kommunen køber ved privat leverandør. Procent og antal.

	Procent af kommuner, som køber stofmisbrugsbehandling ved privat leverandør	Procent af alle kommuner	Antal
Ambulante samtaler	29	21	18
Dagbehandling	38	29	24
Døgnbehandling	100	78	63

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 80 visitatorer ved alle kommuner og 62 visitatorer ved kommuner, som køber ved privat leverandør.

Tabel 6.16 viser, at det især er værestedstilbud, botilbud, halvvejshuse og efterbehandlingstilbud, kommunerne køber ved private leverandører.

TABEL 6.16

Indholdet af behandlingen, kommunen køber ved privat leverandør.
Procent og antal.

	Procent af kommuner, som køber stofmisbrugsbehandling ved privat leverandør	Procent af alle kommuner	Antal
Substitutionsbehandling	22	17	14
Udredning/afklaringsforløb	22	17	14
Individuelle samtaler med psykolog/psykiater	43	33	27
Individuelle samtaler med sundhedsfagligt personale	16	12	10
Individuelle samtaler med anden uddannet behandler	24	19	15
Gruppebehandling	32	25	20
Parsamtaler	21	16	13
Familiebehandling	22	17	14
Sundhedstilbud (ex. sårpleje, prævention, vaccination)	8	6	5
Værested/café	3	2	2
Afrusning/afgiftning	63	49	40
Botilbud	51	40	32
Halvvejshus	63	49	40
Efterbehandling	51	40	32
Fritidstilbud	10	7	6
Andet	2	1	1

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 81 visitatorer.

I tabel 6.17 har 57 af de 63 kommuner skønnet, hvor mange brugere de har i behandling ved private leverandører, hvilket er 793 brugere i alt. De fleste kommuner har således forholdsvis få brugere i private behandlingstilbud, idet 46 pct. har færre end 10 brugere i sådanne tilbud, og 95 pct. af disse kommuner har mindre end 50 brugere i stofmisbrugsbehandling ved private leverandører.

TABEL 6.17

Antal brugere i behandling ved privat leverandør. Procent og antal.

	Procent	Antal
1-4	30	17
5-9	16	9
10-19	28	16
20-49	21	12
50-65	5	3
I alt	100	57

Desuden rapporterer en enkelt kommune at have en anden samarbejdspartner, som leverer aktiverings-dagtilbud for misbrugere for tre af kommunens brugere.

Af tabel 6.18 fremgår det, at de fleste kommuner tilbyder stofmisbrugsbehandling fra mere end én leverandør. Der er således kun fire kommuner, som udelukkende tilbyder stofmisbrugsbehandling, som kommunen selv udfører. 14 kommuner tilbyder stofmisbrugsbehandling i eget regi kombineret med stofmisbrugsbehandlingsydelser, som købes ved private leverandører. 22 kommuner tilbyder stofmisbrugsbehandling i eget regi kombineret med behandling ved andre kommuner eller regionale tilbud.

TABEL 6.18

Om kommunen udfører hele eller dele af stofmisbrugsbehandlingen.
Procent og antal.

	Procent	Antal
Kommunen udfører selv hele stofmisbrugsbehandlingen	5	4
Kommunen udfører selv stofmisbrugsbehandling og køber stofmisbrugsbehandlingsydelser ved privat leverandør	17	14
Kommunen udfører selv stofmisbrugsbehandling og køber stofmisbrugsbehandlingsydelser ved andre leverandører end private	27	22
Kommunen udfører ikke stofmisbrugsbehandling selv	51	38
I alt	100	82

EFTERBEHANDLING

En del brugere har brug for fortsat støtte, efter deres primære behandling er afsluttet. Det kan fx være, når de kommer hjem fra døgnbehandling, eller når de afslutter et forløb med ambulante samtaler. Delrapport 2 (Brugerne og de pårørendes perspektiv) viste, at en del brugere oplevede ikke at få tilstrækkelig støtte og hjælp i den proces. De kommunale myndigheds personer er derfor blevet spurgt, om de har tilbud til brugere, som har afsluttet deres behandling. Tabel 6.19 viser, at næsten alle kommuner har tilbud til brugere, som har været i døgnbehandling. Dog viste kapitel 3, at dette også er et af de områder, hvor flest myndigheds personer vurderer, at der mangler tilbud. Selv om kommunen har nogle tilbud til brugere, som afslutter døgnbehandling, er der et generelt ønske om flere udslusningstilbud såsom halvvejshuse.

TABEL 6.19

Om kommunen tilbyder efterbehandling til brugere, som har været i døgnbehandling. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	94	78
Nej	2	2
Ved ikke	4	3
I alt	100	83

Myndighedspersonerne er også blevet spurgt, om kommunen har tilbud til brugere, som er udskrevet af behandlingen. Spørgsmålet er således, om brugerne har mulighed for at få støtte, efter den egentlige behandlingsindsats er afsluttet. Svarene fremgår af tabel 6.20.

TABEL 6.20

Om kommunen tilbyder efterbehandlingstilbud til brugere, som er udskrevet af behandlingen. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	59	49
Nej	34	28
Ved ikke	7	6
I alt	100	83

59 pct. af kommunerne rapporterer at have sådanne tilbud. De mest hyppige tilbud er væresteder i kommunalt eller frivilligt regi og botilbud – ofte i form af halvvejshuse. Der er desuden en del af kommunerne, hvor brugerne har mulighed for at få ambulante samtaler på behandlingsstedet, også efter at behandlingen er afsluttet. En del kommuner tilbyder også støtte-kontaktpersonsordninger, mentorordninger eller lignende, hvor brugerne kan få støtte i forbindelse med jobsøgning og rådgivning mere generelt, efter deres behandling er afsluttet. Ud over værestederne henviser en del kommuner desuden til frivillige netværk som NA³ eller lignende, hvor de kan mødes med ligesindede og støtte hinanden i at fastholde stoffrihed. Der er således både fokus på at hjælpe brugerne med praktiske ting i forbindelse med fx job og bolig, men også et klart fokus på at give brugerne nogle sociale tilbud. Det er dog også her den største udfordring ligger:

I forbindelse med udslusningen, der bliver der lavet, det kan være revalideringsplaner, det kan være aktivering, det kan være uddannelse osv. Det gør der altid. Når vi udsluser fra de lidt tunge forløb, fra døgnbehandling osv., så er der altid uddannelse,

3. NA står for Narcotics Anonymus, der er et selv-hjælps fællesskab med rødder i Minnesota-bevægelsen, parallelt til AA, Anonyme Alkoholikere. Se f.eks. www.nadanmark.dk for en introduktion.

arbejde – et eller andet koblet på, og de andre afdelinger er med. Altid. Den del er ok. Det er ikke så meget det, jeg tænker på. Det jeg tænker mere på, det er den der, hvad gør vi ved den ensomhed? Altså det er den, der er problemet. Når du har set TV2's reklamer 14 dage i streg, så kan du ikke holde ud at sidde derhjemme mere om aftenen. Nej, så skal man ud og opleve noget. Og hvordan ... vi prøver jo så via arbejde og via måske at få dem ind i noget forening, og hvad har man af interesser. Altså al det der, forsøger man jo i forbindelse med udslusning, men det er jo svært at få en omgangskreds, som ikke tager stoffer, og vinde nye venner og alt det der, ikke? Og så som jeg siger, når man har siddet og set de der reklamer, så på et eller andet tidspunkt, så kan man ikke holde det ud mere, så går man altså ud til nogen. Så falder man i. Det sker altså desværre.

OPSUMMERING

I dette kapitel blev organiseringen af stofmisbrugsbehandlingen beskrevet mht. til kommunernes brug af egne og eksterne behandlingstilbud.

Baseret på visitatorernes svar i spørgeskemaet viste det sig, at 48 pct. af kommunerne selv udfører stofmisbrugsbehandling, 53 pct. køber stofmisbrugsbehandling ved andre kommuner, 38 pct. køber stofmisbrugsbehandling ved regional leverandør, og 77 pct. køber stofmisbrugsbehandling ved private leverandører. De fleste kommuner bruger således mere end én leverandør af stofmisbrugsbehandling, og de private leverandører anvendes i de fleste tilfælde til døgnbehandling. Baseret på visitatorernes skøn er 74 pct. af brugerne i stofmisbrugsbehandling i behandling i deres egen kommunes behandlingstilbud, 12 pct. er i behandling ved en anden kommuner, 8 pct. er i behandling ved en regionale leverandør, og 7 pct. er i behandling ved en privat leverandør. Det er således primært de større kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, mens kun 34 pct. af kommunerne med under 50.000 indbyggere udfører stofmisbrugsbehandling.

HELHEDSORIENTERET INDSATS OG SAMARBEJDE

I kapitel 3 viste vi, at den største barriere for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet efter myndighedspersonernes mening er utilstrækkelig koordination af brugernes behandling. 22 pct. mener således, at det 'i høj grad' er en barriere, og 42 pct. mener, at dette 'i nogen grad' er en barriere for god kvalitet. Vi vil i dette kapitel se nærmere på, hvor koordinationsproblemerne i forhold til brugernes behandling er.

HELHEDSORIENTERET INDSATS

Tabel 7.1 viser, at det særligt er koordination af brugernes behandling i forhold til problemer med psykiske problemer og med beskæftigelse eller uddannelse, som der er problemer med. Der er således 62 pct. af myndighedspersonerne, som mener, at der 'i høj' eller 'nogen grad' er problemer med koordineringen af indsatsen over for brugernes psykiske problemer. 50 pct. af myndighedspersonerne mener, at der 'i høj' eller 'nogen grad' er problemer med koordination ift. indsatsen over for brugernes problemer med beskæftigelse eller uddannelse, mens 47 pct. mener, at der 'i nogen' eller 'høj grad' er problemer med koordinering af stofmisbrugsbehandlingen og indsatsen over for hhv. problemer med børn og bolig. Selv for det område, hvor koordinationen er bedst – kriminalitet – mener 29 pct., at der 'i høj grad' eller nogen grad er koordina-

tionsproblemer. Problemer med koordination af indsatsen er udbredt på alle fagområder, men problemet er dog størst mht. psykiske problemer og beskæftigelsesindsatsen.

TABEL 7.1

I hvor høj grad er der problemer med koordination af stofmisbrugsbehandling og indsatser følgende af brugernes problemer. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Fysiske problemer	5	31	42	7	15	100
Psykiske problemer	22	40	25	2	11	100
Boligproblemer	16	31	37	6	10	100
Problemstillinger vedr. beskæftigelse eller uddannelse	8	42	28	10	12	100
Problemstillinger vedr. forsørgelse	10	27	33	18	13	100
Problemstillinger vedr. børn	11	36	30	11	12	100
Problemstilling vedr. kriminalitet	6	23	45	6	21	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndighedspersoner for samtlige kategorier.

I forlængelse af svarene i tabel 7.1 viser tabel 7.2, at 49 pct. af myndighedspersonerne mener, at brugerne 'i mindre grad' eller 'slet ikke' får den behandling for psykiske problemer, som de har brug for. Det er således halvdelen, som mener, at der ikke gives tilstrækkelig hjælp på dette område, mens dette kun er tilfældet for 25-32 pct., når der spørges til de øvrige områder. Der er således en markant forskel på, i hvor høj grad myndighedspersonerne mener, at brugerne får den nødvendige hjælp til psykiske problemer i forhold til andre problemer, og denne forskel kan ikke alene begrundes i manglende koordination. Dette tyder på, at der ud over øget koordination også er brug for flere behandlingstilbud til stofmisbrugere med psykiske problemer. Som det fremgår af kapitel 3, mener en del myndighedspersoner, at dette er et område, hvor der mangler tiltag.

TABEL 7.2

I hvor høj grad brugerne får den hjælp, de har brug for til følgende problemer. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.
Fysiske problemer	12	46	24	1	17	100
Psykiske problemer	8	30	47	2	12	100
Boligproblemer	11	47	27	5	11	100
Problemstillinger vedr. beskæftigelse eller uddannelse	15	42	29	1	13	100
Problemstillinger vedr. forsørgelse	15	47	24	1	13	100
Problemstillinger vedr. børn	15	40	27	2	17	100
Problemstilling vedr. kriminalitet	4	40	28	1	28	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndighedspersoner for samtlige kategorier.

Da brugerne blev spurgt, i hvor høj grad de får den hjælp, de har brug for til deres problemer ud over misbrug, svarede 47 pct. af de brugere, som har psykiske problemer, at de 'i mindre grad' eller 'slet ikke' oplever at få den hjælp, de har brug for til disse problemer jf. delrapport 2 (Brugere og de pårørendes perspektiv). 48 pct. af brugerne med fysiske problemer svarer, at de 'i mindre grad' eller 'slet ikke' får hjælp til disse problemer, mens dette er tilfældet for 61 pct. af brugerne med boligproblemer, 44 pct. af brugerne med forsørgelsesproblemer, 63 pct. af brugerne med problemer mht. børn, 55 pct. af brugerne med kriminalitetsproblemer. Brugere får således ikke i højere grad hjælp til andre problemer end de psykiske, og myndighedspersonernes opfattelse af den givne hjælp er derfor ikke i fuld overensstemmelse med brugernes opfattelser. En del af denne uoverensstemmelse kan skyldes, at flere brugere rapporterer at have psykiske problemer end de øvrige problemer. Der er således 62 pct. af brugerne, som oplever at have psykiske problemer, 54 oplever at have fysiske problemer, mens 35, 32 og 9 pct. oplever at have problemer med hhv. bolig, forsørgelse og kriminalitet. Derudover oplever 37 pct. af forældrene i undersøgelsen, at de har problemer med deres børn. Psykiske problemer er således mere hyppige, og samtidig kan de blive meget tydelige i stofmisbrugsbehandlingen, hvis en bruger er for dårlig psykisk til at kunne fungerer i behandlingsstedets rammer. Det er således

hensigtsmæssigt, at kommunerne fokuserer på, at stofmisbrugere skal have mere hjælp til deres psykiske problemer, men der er samtidigt behov for, at kommunerne også forbedrer den helhedsorienterede indsats på områder som beskæftigelse, bolig og børn. Dette er de områder, som kommunerne har hovedansvaret for, og som de derfor selv kan bidrage til at forbedre indsatsen for.

SAMARBEJDE MED ØVRIGE AKTØRER

Et tæt og velfungerende samarbejde er afgørende for, om kommunerne er i stand til at levere en helhedsorienteret indsats, hvor den hjælp, brugeren får fra forskellige afdelinger, koordineres. I dette afsnit undersøges nærmere, hvordan de kommunale myndighedspersoner vurderer at samarbejdet mellem forvaltningerne fungerer.

Tabel 7.3 viser, at myndighedspersonerne for stofmisbrugsområdet særligt oplever, at samarbejdet med socialafdelingen og private stofmisbrugsbehandlingstilbud fungerer godt. Der er således 79 pct. af myndighedspersonerne, som mener, at samarbejdet med socialafdelingen fungerer godt eller meget godt. Det gode samarbejde hænger sandsynligvis sammen med, at stofmisbrugsbehandlingen ofte organisatorisk hører sammen med socialafdelingen og dermed er underlagt samme overordnede leder. En sådan organisering gør koordinering nemmere.

78 pct. mener, at samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og de private behandlingssteder fungerer godt. Det kan være en konsekvens af, at kommunale behandlere og visitatorer har forholdsvis stor indflydelse på, hvilke behandlingsinstitutioner brugerne bliver tilbudt behandling ved. Hvis kommunerne oplever at have et dårligt samarbejde med en institution, har de således mulighed for at reducere samarbejdet med den pågældende institution ved at anbefale brugere ikke at anvende dette behandlingssted. I delrapport 5 (Visitation og sagsbehandling) beskrives processen omkring henvisning til døgnbehandling nærmere, herunder hvordan døgnbehandlingsinstitutioner udvælges.

TABEL 7.3

Hvor godt samarbejdet mellem stofmisbrugsbehandlingen og samarbejdspartnere fungerer. Procent.

Samarbejdspartner	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ved ikke	Total pct.
Private behandlingstilbud	29	49	7	0	0	15	100
Jobcentret	13	34	35	7	1	10	100
Socialafdelingen/socialcenter	33	46	18	1	0	2	100
Psykiatrien	5	35	37	16	4	4	100
Kriminalforsorgen	6	47	30	2	1	13	100
Hospitaler	2	22	42	13	2	18	100
Frivillige organisationer (fx Kirkens Korshær, pårørendeforeninger osv.)	4	42	24	1	0	29	100

Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndighedspersoner for samtlige kategorier.

Samarbejdet med Kriminalforsorgen, jobcentrene og de frivillige organisationer er forholdsvis velfungerende, idet hhv. 53, 47 og 46 pct. mener, at dette samarbejde fungerer godt eller meget godt.

Intensiteten af samarbejdet med Kriminalforsorgen varierer noget fra kommune til kommune, da nogle kommunale misbrugscentre varetager behandling eller forbehandling i fængslerne, mens andre kommuners samarbejde begrænser sig til at tilbyde behandling til stofmisbrugere, som får mulighed for at lade sig indskrive i stofmisbrugsbehandling som et alternativ til afsoning af fængselsstaf. Kommunerne har desuden pligt til at varetage de indsatssocial- og behandlingssituationer i forbindelse med løsladelse (Justitsministeriet 2007). En myndighedsperson beskriver samarbejdet.

Vi har et godt samarbejde i al almindelighed, men så har vi så ud over det så sat et projekt i gang, hvor vi har forbehandling i arresthusene. Og det har vi ansat en medarbejder til, som udelukkende varetager de opgaver sammen med Kriminalforsorgen.

Kommuner, der har et sådant samarbejde, er i det hele taget meget positive omkring det:

Jeg synes, at det har været rigtig godt med de her projekter, som man nu har fået, hvor man allerede er inde og have et samarbejde med dem i den tidlige fase, hvor de sidder i arresten.

Kommuner, der har en mere blandet oplevelse af samarbejdet, beskriver problemet i forbindelse med, at kommunen modtager brugere fra Kriminalforsorgen således:

Nogle gange får stofmisbrugere vilkår om, at de skal være under stofmisbrugsbehandling, men det siger jo ikke noget om deres motivation. Så vi kan godt have nogle knaster omkring, at stofmisbrugeren slet ikke er motiveret for at komme her. Og hvis ikke de er det, så er det ikke noget formål med det. Men de kommer kun, fordi de har en straf. Så det er nogle gange lidt af et dilemma, at de bare skal gå her for at gå her, fordi de har en dom. Men de kommer ikke, fordi de er motiverede. Nu er det ikke mange, vi taler om, men det er et dilemma, at Kriminalforsorgen siger, de skal komme her. Også hvis de skal prøveløslades og kan komme ud, det kan de så, fordi de ikke vil sidde i fængsel, men ikke nødvendigvis, fordi de er motiverede for at arbejde med deres stoffrihed.

Det er således ikke selve samarbejdet med Kriminalforsorgen, men nærmere ordningerne om løsladelse på vilkår, som myndighedspersonerne kan se problemer ved.

Samarbejdet med jobcentrene vurderes af de kommunale myndigheds personer som forholdsvis velfungerende. Det gode bygger dog i højere grad på personlige relationer end strukturer, som fremmer samarbejde, da forvaltningernes grundlæggende fokus er meget forskelligt. Det er således vigtigt, at personalet i jobcentret har forståelse for stofmisbrugernes særlige situation, og i den forbindelse er det vigtigt, at sagsbehandlere fra afdelingerne ofte mødes.

Det går godt, men vi kan også godt mærke, at fokus i jobcentrene ligger på den beskæftigelsesrettede indsats, så nogle af de målgrupper vi har med at gøre her, det er jo nok nogle af dem, der er kernekunder i systemet, som kræver den der ekstra indsats. Der er da nogle medarbejdere i jobcentrene, der er gode til

at have det fokus, men de kræver også et fokus. Og det kræver, at der er nogle sagsbehandlere, der er gode til at sætte sig sammen. Der er sådan nogle af de her sager, som man ikke kan sende rundt til hinanden. Man bliver nødt til at sætte sig ned og finde ud af, hvad gør I lige nu? Og vi bliver nødt til at inddrage vores leverandører i det her også, for der er mange, mange muligheder for, at det her kan kollidere. En jobplan i et jobcenter, hvis vi forestiller os, du skal ud og arbejdsprøves i en eller anden periode, og samme periode har vi lige forestillet os, at de skal have noget behandling eller gå til samtale med vores leverandører. Så det er supervigtigt, at de får sat sig sammen.

Samarbejdet med de frivillige organisationer er også forholdsvist velfungerende, omend ikke alle kommuner har tilbud til stofmisbrugere i det frivillige regi. En myndighedsperson beskriver værestedernes funktion således:

Det er sådan, at de skal give omsorgen. Det er det typisk. Et sted at kunne tilbyde dem lidt aktivitet og frem for alt jo, at de kan få et måltid mad og en snak, hvis der er behov for det. Så det er omsorgsdelen, men selvfølgelig også at kunne hjælpe videre til os, hvis der er et eller andet der, der er motivation for en forandring i deres tilværelse.

De to samarbejdspartnere, som stofmisbrugsbehandlingen har det dårligste samarbejde med, er hospitaler og psykiatrien, hvor hhv. 24 og 40 pct. vurderer, at samarbejdet er godt eller meget godt. Samtidigt vurderer hhv. 15 og 20 pct., at samarbejdet fungerer dårligt eller meget dårligt.

Samarbejdet med hospitalerne fungerer efter de flestes vurdering hverken godt eller dårligt. Hvis samarbejdet fungerer dårligt handler det fx om, at personalet på sygehusene ikke ved, hvordan de skal håndtere og behandle stofmisbrugere, som fx kan have brug for en større dosis smertestillende medicin for at være smertedækket. En del steder samarbejder stofmisbrugsbehandlingen med hospitalerne bl.a. om at undervise personalet i, hvordan denne gruppe skal håndteres.

På de somatiske områder har der været sygeplejefaglige projekter, hvor man har arbejdet med problemstillingen om, at man

skal kunne rumme de her klienter på de medicinske hospitalsafdelinger. Det har været spydspidsaktioner, eller hvad man kunne kalde det, i somatikken selv, i forhold til at tage hånd om de særlige vanskeligheder, der kan være med at behandle disse klienter.

I forhold til samarbejdet med psykiatrien er der reelt tale om to samarbejdspartnere – socialpsykiatrien og distriktspsykiatrien, hvor den første er organisatorisk forankret i kommunen, mens den anden hører under regionerne. Dette har betydning for, hvordan samarbejdet fungerer. I nogle kommuner har stofmisbrugsbehandlingen meget lidt direkte kontakt med distriktspsykiatrien, da brugeren bliver tilknyttet socialpsykiatrien, hvis vedkommende har psykiske problemer, og denne afdeling så varetager kontakten med distriktspsykiatrien. De kommuner, hvor stofmisbrugsbehandlingen har den direkte kontakt med distriktspsykiatrien, er der forholdsvis blandede oplevelser med dette samarbejde. De negative oplevelser, som beskrives, handler om, at brugere med psykiske problemer bliver afvist, når det viser sig, at de er stofmisbrugere. Selv når der etableres formelle samarbejder fortæller myndighedspersonerne i de kvalitative interview, at de har en fornemmelse af, at psykiatrien behandler deres brugere dårligt eller i praksis afviser brugerne.

Jeg vil da nok sige, at den der dobbeltdiagnosegruppe – altså stofmisbrugere, som har et stofmisbrug, og som har et psykiatrisk problem også. De falder ofte mellem to eller flere stole. Det gør de. Og det handler jo mest om, at det er ganske vanskeligt, at lave et godt samarbejde med psykiatrien. Fordi det kan godt være, at de siger, de vedkender sig et ansvar over for stofmisbrugere, men i praksis bliver de ofte afvist.

Myndighedspersonerne vurderer, at en af grunden til, at psykiatrien er modvillig over for behandling af stofmisbrugere, er, at de generelt mangler ressourcer.

Det er som om, man ikke kan komme ud over den der diskussion: ”Er han blevet sindssyg, fordi han tager stoffer, eller tager han stoffer, fordi han er sindssyg” – og det er jo en håbløs diskussion, men den dukker desværre op til overfladen engang imellem ... jeg synes, det er blevet bedre, men jeg synes stadig,

det for tit lander mellem to stole ... der er kun én løsning på det, og det er, at man overfører nogle penge fra behandlingssystemet, altså det system jeg repræsenterer, til psykiatrien, og så opretter psykiatrien nogle tilbud til de her dobbeltdiagnose folk, og så tager de det fulde ansvar for dem.

Den organisatoriske placering har også betydning for, hvor godt samarbejdet fungerer, idet stofmisbrugsbehandlingen og psykiatrien med kommunalreformen er blevet underlagt hver sin myndighed. Dette betyder ifølge myndighedspersonerne, at der ikke er tilstrækkelig kendskab til hinandens behandlingstilbud og samtidig uenighed om, hvem der skal varetage behandlingen af bestemte brugere. Dette illustreres af dette eksempel:

Vi har også problemer i forhold til psykiatrien. Jeg kommer lige fra et møde, hvor vi har siddet og drøftet det. Hvad kan vi gøre for at få udvidet kendskabet. Det er ikke hensigtsmæssigt, at der så står en medarbejder fra den regionsstyrede psykiatri med et ungt menneske, og så slår de hænderne sammen og tænker, at nu kan vi rigtig arbejde sammen. Det viser sig bare, at dagsordenen for psykiatriområdet er, at nu er han udskrevet og overladt til os, fordi de tror sådan set, at det er en døgnbehandlingsenhed, han er visiteret til, men det er en ambulans behandling, vi driver. Sådan nogle misforståelser er der hele tiden.

Der er dog også kommuner, som har et rigtigt godt samarbejde mellem stofmisbrugsbehandlingen og psykiatrien, hvor personalet kan benytte sig af hinandens kompetencer:

Psykiatrien er en meget vigtig samarbejdspartner. Og vi har lavet ... Vi laver jo sundhedsaftaler mellem kommuner og regionen nu, og de er lige blevet lavet for 2009, og i dem er der en psykiatриаftale, og den har vi da været med til at sætte aftryk på. Der har vi siddet med ved forhandlingerne om dem. Og ud over det, der laver vi sådan en lille særftale med psykiatrien, fordi vi har jo psykiatrisk sygehus liggende her. Så vi har sådan en hotline imellem vores misbrugscenter og dem, og vi kommer derude. Vi sidder derude hver uge, og der kan de komme med borgere til

os, som de mener, vi har brug for osv. Så der er sådan et ekstra tæt samarbejde med psykiatrien derude. Det fungerer faktisk ret godt.

Generelt er det nemmere for stofmisbrugsbehandlingen at samarbejde med socialpsykiatrien, som er organiseret meget tættere på, og hvor personalet derfor oftere kender hinanden:

Nu er det jo sådan, at psykiatridelingen også er en del af voksenområdet. Så jeg har mine kolleger i psykiatridelingen, og der har vi jo et udmærket og godt samarbejde, men jeg er meget opmærksom på, at vi også har plads til forbedringer på det her område. Og der tænker jeg specielt i forhold til boliganalysen, med hvad det er for nogle botilbud, psykiatrien har set, i relation til de botilbud, som vi i givet fald skal have på det sociale område. Fordi hvad er størst, er det misbruget eller det psykiske? Og det svinger pendulet lidt imellem nogle gange. Så jeg vil sige, at hvis vi ikke havde de tætte organisatoriske og menneskelige relationer her, så kunne det godt være, at problemstillingen var større. Men jeg vil sige, at jeg synes, det er en svær størrelse at håndtere det der med både misbrug og psykiatri.

Psykiatrien er en vigtig samarbejdspartner i forhold til at få taget hånd om brugernes psykiske problemer. For en stor del af brugerne er deres problemer ikke tilstrækkeligt store til, at psykiatrien mener, at de skal varetage behandlingen. Spørgeskemaundersøgelsen til brugerne viste også, at blandt de brugere, som modtager behandling for deres psykiske problemer, får 54 pct. denne behandling i forbindelse med stofmisbrugsbehandlingen og kun 24 pct. i psykiatrien. Det er således ikke givet, hvor ansvaret for behandling af brugernes psykiske problemer skal placeres, men af kommunernes beskrivelser kunne det tyde på, at der er behov for en afklaring eller et øget samarbejde, så brugerne ikke 'falder mellem to stole'.

ORGANISERING AF SAMARBEJDET

Et gennemgående tema for interviewene er, at den organisatoriske struktur har stor betydning for, hvor velfungerende samarbejdet er. Jo tættere på stofmisbrugsbehandlingen et område er organiseret, jo bedre fungerer

samarbejdet. Derfor anser en del myndighedspersoner det som en fordel, at stofmisbrugsbehandlingen hører under kommunerne. Som en myndighedsperson svarer, da han bliver spurgt, om de i stofmisbrugsbehandlingen har brug for partnere i andre kommunale forvaltninger:

Ja, vi ville slet ikke kunne klare det alene. Og der er det jo en fordel, at kompetencen er gået til kommunen. Det må man nok sige, fordi jeg har samarbejdet med 20 kommuner i amtet. Det er svært at skabe et direkte og fleksibelt samarbejde med så mange kommuner. [...] Og 20 kommuner har jo også 20 forskellige politikker og holdninger. Her har vi én kommune, vi skal forholde os til. Så det er en fordel. Og der er jo ikke en udskiftning af medarbejdere hele tiden. Vi har muligheden for at skabe nogle stabile samarbejdsforløb og udbrede vores viden og erfaring på stofmisbrugsområdet. Det kunne vi også, men det er meget mere vanskeligt med 20 kommuner. Og så er det selvfølgelig en fordel, at de har ansvaret nu. Vi kunne godt i amtet have et spil, der gik lidt på ”det er ikke vores ansvar – det er jeres ansvar.” Men sådan er det ikke nu. Det samlede ansvar i forhold til Servicelovens § 101 påhviler jo kommunerne.

Internt i den enkelte kommune er den primære udfordring i forhold til disse forholdsvis svage borgere, at de forskellige myndighedsområder er opdelt, således at hver bruger kan have forholdsvis mange kommunale sagsbehandlere tilknyttet. Dette skyldes i nogen grad den interne organisering i kommunen, hvor hver forvaltning har et stort fokus på deres primæropgaver og derfor ikke lægger tilstrækkeligt vægt på koordination. Koordinationen foregår således via det uformelle netværk mellem sagsbehandlere i forskellige afdelinger.

Det er min oplevelse, at jo tættere på praksis, desto nemmere er samarbejdet. Men når vi bevæger os op i hierarkierne, så bliver det mere og mere vanskeliggjort. Der er vi stadigvæk for søjleorienteret. Søjlerne lukker sig om sig selv. Hvis det er Børne- og ungeforvaltningen, så er der et vist skjold imod udefrakommende ting. Og det samme i vores egen forvaltning. Så vil jeg sige, at medarbejdere i praksis formår at få skabt sig nogle kontakter og nogle alliancer, som skaber veje og gør dialogen nemmere. Men

ligeså snart vi bevæger os lidt op i systemet, bliver vi lidt præget af, hvor vi er i systemet.

Andre myndigheds personer mener ikke, at viljen til samarbejde mangler, men at opdelingen er nødvendig ifølge lovgivningen på disse områder.

Man jo sige, at alt andet lige, så har lovgivningen på området ikke gjort det bedre, fordi der har været så meget optagethed af rettidighed og adskillelse af forskellige funktioner, som gør, at man som borger ikke har en sagsbehandler, i dag der har man en 3-4 stykker. Det har man oplevet både fra borgeres side og også fra medarbejderne som frustrerende. [...] Hvor man tidligere havde typisk én socialrådgiver, hvis man var kontanthjælpsmodtager, som så ligesom kunne træffe beslutninger – jamen, der har man en beskæftigelsesmedarbejder, der er nede i jobcentret. Man har en sagsbehandler i ydelseskontoret, og så har man måske en social-sagsbehandler herude, og så har man en behandler. Så man har måske fire personer, som skal koordinere, hvad der skal ske. Det er ikke hurtigere i hvert fald.

Overordnet har kommunerne valgt tre forskellige måder at løse udfordringerne med koordinering af stofmisbrugsbehandlingen med øvrige forvaltninger på. Den første måde er at koordinere samarbejdet ved faste møder med samarbejdspartnere. Et par kommunale myndigheds personer fortæller således i de kvalitative interview om, hvordan de mødes med en gruppe af eksterne samarbejdspartnere hver tredje måned, herunder det regionale misbrugscenter, Kriminalforsorgen, ungdomscentret, opsøgende medarbejdere og embedslægen. Dette samarbejde handler først og fremmest om:

At koordinere og komme med oplæg om, hvad det er for tendenser, der rører sig, og problematikker, vi står i. Se om der er fællesnævner i det. Er der brug for noget support til hinanden, så det bliver løst op eller gjort bedre.

Formålet med disse møder er således ikke at koordinere den enkelte brugers behandling, men at skabe nogle overordnede rammer for samarbejde om fremtidige indsatser på stofmisbrugsområdet.

Andre kommuner løser behovet for koordination via faste møder med andre afdelinger i kommunen. Disse er ofte hyppigere end møder med eksterne samarbejdspartnere, typisk 1-2 gange om ugen, og de handler i højere grad om den enkelte brugers sag. Sådanne faste samarbejder etableres primært med beskæftigelsesafdelingen, mens de ikke i samme grad benyttes med andre afdelinger.

Et andet alternativ er, at brugernes behandling bliver koordineret ad hoc, således at sagsbehandlerne kontakter hinanden, hvis de ved, at brugeren har problemer på andre områder. Ud fra de kvalitative interview forekommer denne samarbejdsform relativt udbredt. Oftest er beskæftigelses- eller ydelsesafdelingen i kommunen hovedansvarlig for koordinationen, men i nogle tilfælde kan stofmisbrugsbehandlingen også påtage sig rollen som tovholder for indsatsen over for brugeren. Der er dog ofte tale om en uofficiel tovholderfunktion, hvor behandleren tager den indledende kontakt for brugeren og dermed letter dennes vej videre i systemet.

Ja, vi kan godt klare det som tovholdere. Vi kan i hvert fald bryde vejen ind. Så vi ved, at han skal gå derhen og snakke med den og den person helt præcist. På den måde kan vi gøre det ... Når de ved, at de er ved os og i et forløb, så er der altså en udbredt vilje til at samarbejde med os. For eksempel i forhold til kontanthjælp og aktivering og alle de ting, der ligger i det. Hvis de ved, at vi har en borger, som er positiv og går ind i nogle forløb osv. Jamen, så er de også positive i forhold til kontanthjælp og den slags og se på nogle af de tiltag, vi har som aktivitetstiltag.

Det er dog ikke uproblematisk for personalet i stofmisbrugsbehandlingen at påtage sig denne rolle, da det er et oplagt område at nedprioritere, hvis behandleren mangler tid. En del kommunale myndighedspersoner nævner således et ønske om at oprette tværfaglige teams eller 'case managere', som kan varetage al brugernes kontakt med kommunen.

Jeg har det sådan, at jeg synes, det er rigtig vigtigt, at vi forsøger at samle nogle opgaveløsninger, så borgeren ikke skal syv forskellige steder hen i en kommune. Hvis du selv har prøvet at ringe til en kommune, så ved du, at man kan nå rigtig langt rundt, og man bliver rigtig træt i hovedet. Det koster meget tid.

Og det her er sårbare borgere, vi snakker om. Det er borgere, der er ramt på et eller andet felt, uanset hvad vi snakker om. Så min oprindelige tanke var, at man simpelthen lavede et specielt team, fuldstændigt på tværs af kommunen og forvaltninger, og hvor man samlede nogle fra 'børn' og fra 'beskæftigelse' og nogle fra 'social service og handicap' og måske noget her fra også. Og så lavede et specielt team, der måske ikke kun tog sig af misbrug, men tog sig af flere af de her komplekse sager, der går på tværs af forvaltningerne.

BEHOV FOR CASE MANAGER-MODEL

Lignende tanker har man gjort sig i en anden kommune om et tværfagligt team forankret i socialforvaltningen, men som kunne komme på misbrugscentret:

Der arbejdes meget på at finde ud af at iværksætte en 'case manager-model', sådan at det er færre sagsbehandlere, som har kontakt med vores borgere. Så de også bliver mere synlige. Så de deltager i møder eller fx kan være på vores behandlingstilbud en eller to dage om ugen, hvor borgerne kan henvende sig til dem. Altså så at sige føre deres sagsbehandlararbejde fra vores sted. Så det er der en ambition om. [...] Der er nogle af vores brugere, som har forbud imod at komme på socialcentret, men de har stadigvæk behov for at få noget hjælp og få noget arbejde omkring dem. Ved at komme ned til os, så kan vi holde mødet hos os, deres behandler kan sidde med. På den måde bliver det et meget mere konstruktivt og frugtbart møde.

En sådan model ville gå et skridt videre i forhold til den bredt etablerede støtte-kontaktpersonordning, hvor den opsøgende medarbejder støtter og formidler kontakt til kommunalforvaltningerne, men ikke har myndighedsansvar selv. Af visitorernes svar på spørgeskemaet fremgår det i tabel 7.4, at 82 pct. af kommunerne har en støtte-kontaktpersonordning for misbrugere, hvor opsøgende medarbejdere kan understøtte brugerens mulighed for at blive selvhjulpne og hjælpe brugeren med kontakt til myndighederne.

TABEL 7.4

Har kommunen en støtte-kontaktpersonordning for misbrugere. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	82	67
Nej	13	11
Ved ikke	5	4
I alt	100	82

TABEL 7.5

Hvor er støtte-kontaktpersonordningen for misbrugere organisatorisk tilknyttet. Procent og antal.

	Procent	Antal
Tilknyttet stofmisbrugsafdelingen	29	19
Tilknyttet anden afdeling	49	32
Tilknyttet både misbrugsafdeling og anden afdeling	23	15
I alt	100	66

Tabel 7.5 viser, at støtte-kontaktpersonordningen i halvdelen af kommunerne er tilknyttet en anden afdeling i kommunen, mens den anden halvdel af kommunerne har ordningen tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen eller både stofmisbrugsbehandlingen og en anden afdeling. I kommuner, hvor støtte-kontaktpersonordningen ikke er tilknyttet stofmisbrugsbehandlingen, kan det være sværere at koordinere indsatsen, og der er derfor et ønske om at få ordningen tættere knyttet til stofmisbrugsbehandlingen.

Så skal vi have udvidet vores støtte-kontaktpersonordning. Vi har i øjeblikket § 99 og 85 på psykiatri osv. Dem kan vi trække på, men vi har behov for nogle decideret SKP'er på misbrugsområdet. Det synes jeg, at vi har. Så det er også en vision, jeg har.

Koordinationen kan således ifølge interviewpersonerne fremmes ved en udvidelse af støtte-kontaktpersonordningen eller tværfagligt samarbejde forankret i stofmisbrugsbehandlingen, hvor personalet har en forholdsvis hyppig kontakt med borgerne. I undersøgelsens hovedrapport diskuteres

muligheder for at organisere en sådan case manager-funktion til at styrke koordinationen omkring den enkelte borger.

OPSUMMERING

Dette kapitel viste, at myndighedspersonerne især mener, at der er problemer med koordineringen af stofmisbrugsbehandlingen og indsatsen i forhold til brugerens psykiske problemer. 62 pct. mener 'i høj' eller 'nogen grad', at der er sådanne problemer. Forholdsvis mange mener dog også, at der 'i høj' eller 'nogen grad' er problemer med koordination af stofmisbrugsbehandlingen og indsatser over for brugernes problemer med beskæftigelse og uddannelse (50 pct.), børn (47 pct.), bolig (47 pct.) og kriminalitet (29 pct.). Der er således et generelt behov for bedre koordination af hjælpen fra myndighederne til brugerne i stofmisbrugsbehandlingen. Kommunernes strategi for koordination er ofte faste overordnede møder med samarbejdspartnere uden for den kommunale forvaltning og mere ad hoc-baseret kontakt med kollegaer inden for den kommunale forvaltning. Samarbejdet er dog meget båret af personlige kontakter og organisatorisk tilknytning, da få kommuner opererer med tovholdere eller lignende, som har det overordnede ansvar for koordination af indsatser over for brugernes problemer.

PERSONALE OG EFTERUDDANNELSE

Som det fremgik i kapitel 3, er et centralt aspekt i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet, at kommunen har kvalificeret personale på området. I dette kapitel undersøges det derfor, i hvor høj grad kommunerne oplever at have problemer med at rekruttere kvalificeret personale. Derudover undersøges det, hvilken primær uddannelse personalet har, og om visitatorerne har videreuddannelse inden for stofmisbrugsbehandling. Behandlingspersonalets uddannelse inden for stofmisbrugsbehandling undersøges i delrapport 3 (Behandlingstilbud og metoder).

REKRUTTERING

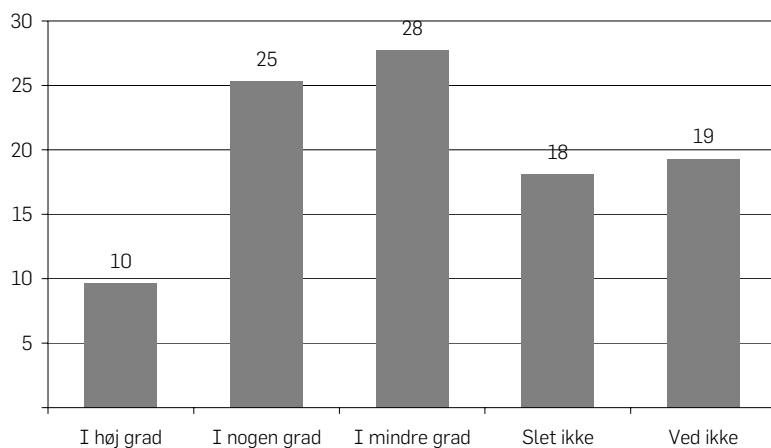
I dette afsnit undersøges kommunernes mulighed for at rekruttere og fastholde kvalificeret personale. I beskrivelsen af den gode sociale stofmisbrugsbehandling lægger mange interviewpersoner vægt på kvalificeret personale. Mangel på kvalificeret personale kan således have konsekvenser for kvaliteten af behandlingen, og myndighedspersonerne er derfor blevet spurgt, i hvor høj grad de oplever, at det er svært at skaffe kvalificeret personale til stofmisbrugsområdet i kommunen.

Figur 8.1 viser, at kun 10 pct. af myndighedspersonerne oplever, at det 'i høj grad' er svært at skaffe fagligt kvalificeret personale. Der er

dog 25 pct., som 'i nogen grad' mener, det er svært, og 28 pct., som 'i mindre grad' mener, det er svært. Det er i højere grad kommuner, der har mange ansatte på stofmisbrugsområdet, som har svært ved at skaffe fagligt kvalificeret personale. Det er således 72 pct. af kommunerne med 10 ansatte eller mere på området, som 'i høj grad' eller 'i nogen grad' har svært ved at skaffe personale, mens dette kun er tilfældet for 20 pct. af kommunerne med mindre end 10 ansatte på stofmisbrugsområdet.

FIGUR 8.1

I hvor høj grad det er svært at skaffe fagligt kvalificeret personale på stofmisbrugsområdet. Procent.



De kommuner, som har problemer med at rekruttere kvalificeret personale nævner, at én grund er, at der med kommunalreformen er kommet øget konkurrence på området:

Vi har faktisk en ledig stilling i øjeblikket, som vi slog op i marts og genopslog inden sommerferien, og vi fik ikke noget ud af det ... Jeg tror det hænger sammen med, at markedet for kvalificeret arbejdskraft på misbrugsområdet er noget stramt, fordi der er kommet så mange nye aktører på banen. Før var der 14 amter og 3-4 kommuner med delegationsaftaler, nu er der jo mange flere kommuner ... De vil i hvert fald alle sammen ansætte en

misbrugskonsulent, så er de jo ude i markedet, og det gør jo, at markedet bliver presset for de kvalificerede folk. Så det er et problem lige i øjeblikket.

Udfordringen er således at rekruttere personale, som allerede har erfaring inden for stofmisbrug:

Der, hvor der kan være problemer med rekrutteringen, er, at der er ikke ret mange velkvalificerede inden for området. Det er til- lært, meget af det igennem videreuddannelse og ved at følge praksis igennem tid. Så det, der kan være svært, er, at få persona- le, som man ikke skal bruge meget lang tid på at lære op. Og det er jo selvfølgelig også det, der afspejler sig generelt ude omkring. Det er svært at få socialrådgivere. Der er jo virkelig mangel rundt omkring. Så det handler selvfølgelig også om at have en løn- og ansættelsespolitik, der matcher de omkringliggende kommuners, så man kan tiltrække folk.

Andre kommuner oplever, at der er tilstrækkeligt med kvalificerede an- søger, selv om der ikke er mange ansøgere til hver stilling:

Alle de stillinger, vi har haft, har der sådan ikke nødvendigvis været mange ansøgere, men de ansøgere, der har været, har væ- ret velkvalificerede. I modsætning til andre steder, hvis man sid- der og laver rent skrivebordssagsbehandlingsarbejde, så er dette her nok mere attraktivt.

Netop det at gøre arbejdspladsen attraktiv på andet end lønnen er et stærkt fokus for en stor del af myndighedspersonerne. I konkurrencen med andre kommuner, har de sat fokus på at skabe et godt arbejdsklima, hvor personalet trives.

Jeg synes, det er en væsentlig disciplin og benhårdt arbejde at have fokus på personaleplejen i forbindelse med det her, dvs. gøre det attraktivt at være på den her arbejdsplads, der handler om misbrugsbehandling, og det er både på myndigheds- og be- handlerdel. Og det er at få skabt nogle meningsfyldte og klare arbejdsgange og en god kultur, hvor man oplever, at det er rime-

ligt at være. Jeg tror, vi kunne være meget værre, men lige nu er der en god stemning på behandlerdelen. Og vi har lidt rekrutteringsproblemer på myndighedsdelen, men jeg tror, vi er ved at komme på vej. Der er to myndighedspersoner tilknyttet, og lige nu er der en, der er sygemeldt, så jeg håber, hun er på vej tilbage her inden sommerferien.

Det er dog ikke tilstrækkeligt alene at kunne rekruttere personale, da fastholdelse af personalet er et centralt parameter for brugernes positive oplevelse af behandlingen. I spørgeskemaundersøgelsen og de kvalitative interview med brugere af stofmisbrugsbehandlingen fremgik det at skiftende personale for mange opleves som meget belastende. Det er derfor interessant at undersøge, hvor udbredt dette problem er i kommunerne.

I tabel 8.1 fremgår det, hvor stor en del af kommunens personale på stofmisbrugsområdet, der blev udskiftet i 2008, fordelt efter hvor mange ansatte kommunen har på stofmisbrugsområdet.

TABEL 8.1

Hvor stor en procentdel af personalet på stofmisbrugsbehandlingsområdet blev udskiftet i 2008, fordelt efter antal medarbejdere. Procent.

Antal ansatte	0-9 pct.	10-29 pct.	30-49 pct.	50-69 pct.	70-100 pct.	Total pct.	Total antal
0-4	77	3	3	12	6	100	34
5-9	72	6	11	6	6	100	18
10-19	33	58	8	0	0	100	12
20-29	33	33	33	0	0	100	3
30 -	29	71	0	0	0	100	1
I alt	62	20	7	7	4	100	74

Anm.: Gamma = 0,300, P = 0,034.

For 62 pct. af kommunerne var det under 10 pct. af personalet, som blev skiftet ud, mens det for 20 pct. af kommunerne var 10-29 pct. af personalet, der blev skiftet ud. I 4 pct. af kommunerne er det dog helt op mod 70-100 pct. af de ansatte, som er blevet skiftet ud. Disse kommuner har alle under 10 ansatte, så det er relativt små afdelinger, hvor store dele er personalet er blevet udskiftet. Ud over disse få kommuner med meget høj grad af udskiftning er der en tendens til, at kommuner med få ansatte på stofmisbrugsområdet har en meget lille udskiftning. Således har 72-77

pct. af kommunerne med under 10 ansatte på området skiftet mindre en 10 pct. af deres ansatte ud i 2008. For kommuner med 10 ansatte eller flere på stofmisbrugsområdet er det derimod kun 29-33 pct. af kommunerne, som har udskiftet mindre end 10 pct. af personalet. De fleste af disse kommuner har udskiftet 10-29 pct. af personalet eller mere. Den største procentvise udskiftning findes således i de største kommuner.

Som tidligere nævnt oplever brugerne det som et forholdsvist stort problem, når deres kontaktperson skifter. Tabel 8.2 viser, i hvor høj grad de kommunale myndighedspersoner oplever, at skiftende kontaktpersoner er et problem.

TABEL 8.2

I hvor høj grad udskiftning af personale opleves som et problem, fordelt på udskiftning i 2008. Procent.

Procent udskiftning	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	Total pct.	Total antal
0-9	2	6	15	64	13	100	47
10-29	0	53	33	13	0	100	15
30-49	40	20	40	0	0	100	5
50-69	40	20	20	20	0	100	5
70-100	33	0	0	67	0	100	3
I alt	8	17	20	47	8	100	75

Anm.: $\chi^2 = 50$, $P = 0,000$, Gamma = -0,660, $P = 0,000$ når 'ved ikke' udelades.

Tabellen viser, at 47 pct. af myndighedspersonerne 'slet ikke' mener, at udskiftningen af personale er et problem, mens kun 8 pct. mener, at det 'i høj grad' er et problem. Selv blandt de kommuner, som har udskiftet 30 pct. af personalet eller mere, mener kun 33-40 pct., at dette i høj grad er et problem. Dette skal ses i sammenhæng med, at 60 pct. af de brugere, som har oplevet at have skiftende kontaktpersoner, mener, at det 'i høj grad' er et problem, som det er beskrevet i delrapport 2 (Brugerne og de pårørendes perspektiv). De fleste kommuner, som slet ikke oplever, at skiftende kontaktpersoner er et problem, er dog kommuner, som har haft meget lille udskiftning.

UDDANNELSE

I dette afsnit vil vi se nærmere på uddannelsesniveaut for behandlere og visitatorer på stofmisbrugsbehandlingsområdet. Vi vil først beskrive personalets primære uddannelser og derefter deres supplerende uddannelser inden for stofmisbrugsbehandling. Behandlers primære uddannelse og uddannelse inden for stofmisbrugsbehandling belyses yderligere i delrapport 3 (Behandlingstilbud og metoder).

Myndighedspersonerne er blevet spurgt, om der er ansatte på stofmisbrugsområdet i kommunen, som ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. I tabel 8.3 kan man se, at 18 kommuner har sådanne ansatte, og i tabel 8.4 er det beskrevet, hvor stor en andel af disse kommuners ansatte, der ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse.

TABEL 8.3

Om kommunen har sagsbehandlere eller behandlere på stofmisbrugsområdet, som ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. Procent og antal.

	Procent	Antal
Ja	22	18
Nej	71	59
Ved ikke	7	6
I alt	100	83

Tabel 8.4 viser, at for halvdelen af de 18 kommuner er det under 10 pct. af personalet, som ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. 2 kommuner skiller sig ud, idet 80-89 pct. af deres personale ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse.

Kommunerne er også blevet spurgt, hvilken funktion disse medarbejdere uden social- eller sundhedsfaglig uddannelse har. I ni af kommunerne fungerer dette personale som behandlere, i fire kommuner er de sagsbehandlere, og i resten har de andre funktioner, som fx varesteds-medarbejdere. Dette personale har således generelt de samme funktioner som personale med en social- og sundhedsfaglig uddannelse.

TABEL 8.4

Hvor stor en procentdel af sagsbehandlere og behandlere på stofmisbrugsområdet, der ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. Procent og antal.

Procent medarbejdere uden uddannelse	Procent af kommuner	Antal kommuner
0-9 pct.	50	9
10-19 pct.	22	4
20-29 pct.	6	1
30-39 pct.	11	2
40-49 pct.	0	0
50-59 pct.	0	0
60-69 pct.	0	0
70-79 pct.	0	0
80-89 pct.	11	2
90-100 pct.	0	0
I alt	100	18

I det følgende vil vi se på behandlingspersonale og visitatorers primære uddannelse samt deres uddannelse inden for stofmisbrug. Resultaterne er opdelt på behandlere og visitatorer. I mange kommuner foretages visitationer til ambulans behandling dog af de samme behandlere, som udfører denne behandling, og der er således ikke nødvendigvis en skarp adskillelse af de to personalegrupper. Det samme personale kan således være repræsenteret både som visitator og som behandler. Vi vil i det følgende først at se nærmere på behandlingspersonalets uddannelse og derefter beskrive visitatorernes uddannelse.

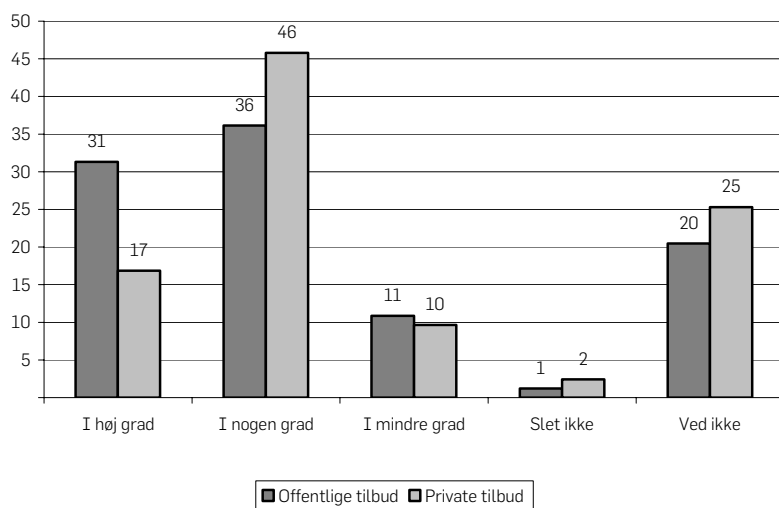
Som tidligere nævnt er fagligt kvalificeret personale et centralt element i forhold til at levere behandling af god kvalitet. Faglig kvalitet kræver dog, at der er overensstemmelse mellem behandlingspersonalets faglige kompetencer og deres arbejdsfunktioner. Myndighedspersonerne er blevet bedt om at vurdere, i hvor høj grad der er en sådan overensstemmelse for hhv. de offentlige og private tilbud, kommunen benytter.

Som det fremgår af figur 8.2, mener kun 12 pct., at der 'i mindre grad' eller 'slet ikke' er en sådan overensstemmelse for både offentlige og private tilbud. Her er der således ikke forskel på myndighedspersonernes opfattelse af offentlige og private tilbud, mens der er en forskel i den anden ende af skalaen. 31 pct. af myndighedspersonerne mener, at der 'i høj grad' er en overensstemmelse mellem behandlingspersonalets faglige kompetencer og deres arbejdsfunktioner på de offentlige tilbud, kommunen benytter. 17 pct. mener det samme om de private tilbud. Der er

til gengæld flere, som mener, at der 'i nogen grad' er overensstemmelse i de private tilbud. Overordnet set oplever de kommunale myndigheds personer således, at der i forholdsvis stor grad er overensstemmelse mellem kompetencer og arbejdsfunktioner, og denne er lidt højere i offentlige end i private tilbud. Behandlingspersonalets kompetencer og faglighed er desuden behandlet i delrapport 3 (behandlingstilbud og metoder).

FIGUR 8.2

I hvilken grad de kommunale myndigheds personer mener, at der er overensstemmelse mellem behandlingspersonalets faglige kompetencer og deres arbejdsfunktioner inden for de offentlige og private tilbud, kommunen benytter. Procent.



Anm.: Tabellen er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndigheds personer.

For visitatorerne er det særligt vigtigt at have et kendskab til lovgivning og sagsbehandlingsprocedurer, når de træffer afgørelser om brugernes behandling. Tabel 8.5 viser, hvor mange ansatte med visitationskompetence, som ikke har en socialrådgiveruddannelse, der er i kommunerne. Næsten halvdelen af kommunerne har ingen ansatte med visitationskompetence, som ikke er socialrådgivere, mens 20 pct. har en enkelt ansat med visitationskompetence, som ikke er uddannet socialrådgiver. Socialrådgivere er således meget udbredte blandt kommunens visitatorer.

TABEL 8.5

Hvor mange ansatte på stofmisbrugsområdet med visitationskompetencer, som ikke har en socialrådgiveruddannelse. Procent og antal.

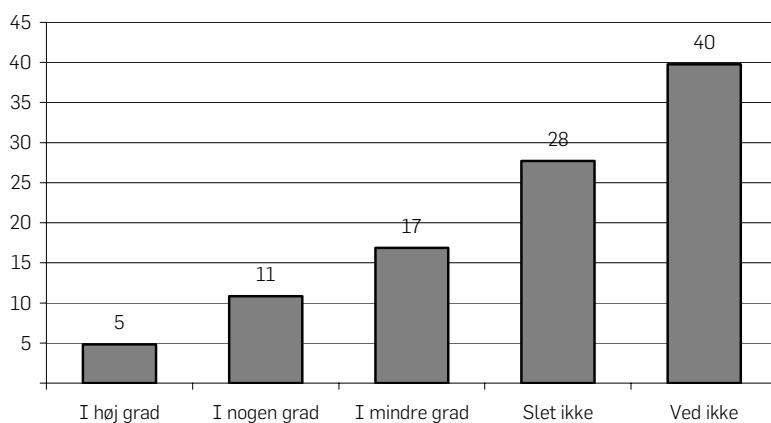
	Procent	Antal
0 ansatte	47	39
1 ansatte	20	17
2 ansatte	12	10
3 ansatte	6	5
4 ansatte	2	2
5 ansatte	1	1
6 ansatte	2	2
20 ansatte	1	1
Ved ikke	6	6
I alt	100	83

Myndighedspersonerne er blevet spurgt, hvilken uddannelse personalet med visitationskompetence, som ikke har en socialrådgiveruddannelse, har. De ansatte med visitationskompetence, som ikke har en socialrådgiveruddannelse, har oftest en socialpædagogisk uddannelse. Der er således 21 kommuner, som har ansatte med visitationskompetence, der har en socialpædagogisk baggrund. Seks kommuner har ansatte med sundhedsfaglig baggrund såsom sygeplejerske, fysio- eller ergoterapeuter ansat i sådanne stillinger, og seks kommuner har kontor- eller kommuneuddannede ansat i sådanne stillinger. Der er desuden 1-2 kommuner, som har hhv. læger, psykologer, andre akademikere eller terapeuter ansat i sådanne stillinger. De fleste visitatorer har således en social- eller sundhedsfaglig uddannelsesbaggrund.

På spørgsmålet om, i hvor høj grad der er forskel på visitationspraksis mellem socialrådgivere og andet personale med visitationskompetence, svarer 40 pct. af kommunerne 'ved ikke'. Dette tyder på, at en sådan forskel ikke er noget mange myndighedspersoner lægger mærke til i dagligdagen. Der er desuden kun et forholdsvist begrænset antal (16 pct.), som mener, at der 'i høj' eller 'nogen grad' er en sådan forskel. Dette tyder på, at de kommunale myndighedspersoner ikke opfatter forskellene i uddannelsesbaggrunden som problematiske.

FIGUR 8.3

I hvor høj grad er der forskel på visitationspraksis mellem socialrådgivere med visitationskompetence og andre personalegrupper med visitationskompetence på stofmisbrugsområdet. Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndighedspersoner.

UDDANNELSE INDEN FOR MISBRUG

Ud fra ovenstående er det tydeligt, at langt de fleste kommunale ansatte på stofmisbrugsområdet har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. Ud over en social- eller sundhedsfaglig uddannelse er der mulighed for at tage efteruddannelseskurser indenfor stofmisbrug. Vi vil i det følgende se nærmere på visitatorenes uddannelse inden for stofmisbrug samt myndighedspersonernes vurdering af det generelle behov for yderligere uddannelse inden for stofmisbrugsområdet for både behandlere og visitatorer. Behandlingspersonalets uddannelse inden for stofmisbrug beskrives i delrapport 3 (Behandlingstilbud og metoder).

De kommunale myndighedspersoner er blevet spurgt, om hvor stor en procentdel af visitatorerne eller andre personer med visitationskompetence på stofmisbrugsområdet, som har en efteruddannelse inden for stofmisbrug af minimum en dags varighed. Grænsen for om visitatorerne har efteruddannelse inden for stofmisbrug er således sat forholdsvis lavt i denne analyse. På trods af dette lave kriterium er der 15 pct. af

kommunerne, hvor under 10 pct. har en sådan uddannelse. I de fleste kommuner (59 pct.) har mellem 90 og 100 pct. dog en sådan uddannelse.

TABEL 8.6

Hvor stor en procentdel af kommunens visitatorer og andet personale med visitationskompetence har en efteruddannelse/kursus af min. en dags varighed inden for stofmisbrugsbehandling. Procent.

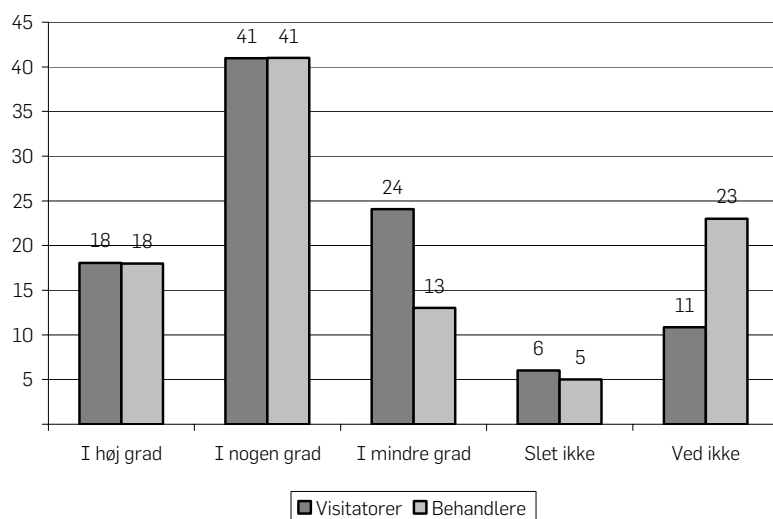
Procent med stofmisbrugsuddannelse	Procent	Antal
0-9 pct.	15	12
10-29 pct.	0	0
30-49 pct.	2	2
50-69 pct.	5	4
70-89 pct.	10	8
90-100 pct.	59	49
Ved ikke	10	8
I alt	100	83

De kommunale myndighedspersoner er blevet spurgt, i hvor høj grad der er behov for yderligere uddannelse af hhv. behandlere og personer med visitationskompetence inden for stofmisbrug i kommunen. Svarene er meget ens for de to personalegrupper, omend der er lidt flere, som er i tvivl mht. til behandlere. Dette kan delvist forklares ved, at en del kommuner ikke selv har behandlere ansat, men tilbyder behandling via samarbejdsaftale, og derfor ikke kan svare på spørgsmålet.

Der er 18 pct. af myndighedspersoner, som 'i høj grad' mener, at der er behov for yderligere efteruddannelse af personalet på stofmisbrugsområdet i kommunen, mens 41 pct. 'i nogen grad' mener, at der er behov for yderligere uddannelse.

FIGUR 8.4

I hvor høj grad der mangler efteruddannelse inden for misbrug af behandlere samt visitatorer og andet personale med visitationskompetence i kommunen. Procent.



Anm.: Figuren er baseret på besvarelser fra 83 kommunale myndighedspersoner.

Selv om de fleste myndighedspersoner mener, at der er god overensstemmelse mellem faglige kompetencer og arbejdsfunktioner for behandlere i de offentlige tilbud, er der dog forholdsvis mange, som mener, at der er behov for yderligere uddannelse. Der er sandsynligvis tale om, at de fleste ansatte, som det blev vist tidligere i kapitlet, har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. Det, der mangler, er derimod mere uddannelse specifikt rettet mod stofmisbrugsbehandling. Som vist tidligere, kan videreuddannet personale være svært at rekruttere. Man kunne forvente, at problemer med at skaffe kvalificeret personale og behovet for efteruddannelse kunne variere i forhold til kommunens geografiske placering. Analyserne viser dog ikke tegn på nogen forskel i mulighederne for rekruttering og behovet for efteruddannelse mellem fx de større byer og udkantsområderne eller mellem regioner.

Interviewpersonerne beskriver i de kvalitative interview et næsten uendeligt ønske om efteruddannelse inden for stofmisbrug fra medarbejdernes side. Som en beskriver det:

Jeg joker lidt med det, for inden for vores område får man arbejde som enten pædagog eller socialrådgiver, hvis man tager udgangspunkt i de to store faggrupper. Og så ligeså snart man er ansat, vil man gerne være noget andet. Det er jo medarbejdernes behov, og det bunder også et sted i virkeligheden, men der er jo et konstant behov for efteruddannelse, at man får tilført ny viden i forhold til de tendenser, som man i kraft af sit netværk går og snakker om. Men også vedligeholde den eksisterende faglighed, få lavet nogle referencerammer i de forskellige personalegrupper i organisationen, i de helheder der er der.

Uddannelsesbehovet kan virke uendeligt, da efteruddannelsesmulighederne ofte er centreret om en enkelt metode, som deltagerne lærer. Som det fremgår ovenfor, kan personalet hurtigt føle et behov for også at blive uddannet inden for andre metoder, når de hører dem omtalt positivt af personer i netværket. I mangel på overordnede efteruddannelser inden for stofmisbrug, kan det være svært at overskue, hvilken viden der er nødvendig for at være en god stofmisbrugsbehandler. Da de officielle uddannelser som socialrådgiver eller pædagog ikke nødvendigvis giver nogen konkret viden om stofmisbrugsbehandling, vil nye medarbejdere ofte føle et stort behov for efteruddannelse. Kommunerne har nogle forskellige strategier til at håndtere dette. Nogle kommuner vælger at tilbyde enkelte medarbejdere forholdsvis intensive kurser i en bestemt metode. Andre kommuner er meget imod denne tilgang og satser i stedet på kortere uddannelsesforløb for en bredere gruppe af medarbejderne.

Jeg har en del medarbejdere, der ønsker specielle kurser, og jeg plejer at sige, jamen, for det første bevilger vi sjældent meget individuelle kurser, fordi vi primært bruger vores budget på de fælles tilbud, men skulle der være noget, hvor vi synes det kunne være spændende, skal man, når man kommer hjem, altid lave et forsøg, hvor man prøver at dokumentere effekt eller ikke-effekt.

Denne kommune satser således stærkt på vidensdeling med resten af organisationen og har fokus på at undersøge, hvordan en given uddannelse hjælper i behandlingen. En anden kommune har en lignende strategi i forhold til vidensdeling af personalets nuværende kompetencer. Ved at afdække kompetencerne i hele organisationen forventer de at kunne

forbedre kompetenceniveauet ved øget samarbejde eller ved at flytte medarbejdere.

Der er en enormt stor viden i vores organisation, men den er spredt. [...] Man har faktisk en viden, som er usynlig. Det har vi simpelthen sat os for at kortlægge og finde ud af, hvad det er, vi ved. For tilsammen ved vi en enorm masse, men vi ved ikke, hvem der ved hvad. Det er vi i gang med et større projekt omkring. [...] Indtil da overstiger medarbejdernes ønsker om efteruddannelse klart det, der bliver givet. Vi har simpelthen sat en bremseklods i for at finde ud af, hvad vi har i forvejen. I stedet for at hælde noget mere viden i nogen, hvis vi har den i forvejen, så er det måske nemmere at flytte det menneske over, som besidder den viden.

Samtidig kan personalet opkvalificeres forholdsvist billigt ved kompetencedeling med andre kommuner, hvor medarbejderne:

... benytter sig af nogle muligheder for at modtage læring af andre uden for organisationen. Det er erfaringsbaseret og erfaringsopsamlende, og det er noget, vores kollegaer andre steder laver et kursus ud af. Vi henter den viden, vi kan hos hinanden, og på sigt vil vi kunne give den samme viden videre. Vi er ude og blive dygtigere til ingen penge.

Alt i alt er forventningen, at dette giver kommunen en bedre indsigt i, hvilke efteruddannelses tilbud der skal sættes på, idet stofmisbrugsbehandling:

... er så specialiseret et område, at der kan man ikke bare tage et eller andet kursus ... Det bliver meget bredt. Vi har meget mere brug for nogle spidskompetencer, der går dybere. Og det findes der ikke et fælleskatalog for.

De fleste kommuner har dog et klart fokus på brede efteruddannelseskurser, som opkvalificerer medarbejderne og samtidigt kan bruges til at styrke sammenhængskraften i organisationen.

Vi har så følt et meget stærkt behov for, når vi nu har en ny afdeling, at vi prøver at have en form for fælles grundlag, og derfor har vi her i efteråret haft tre temaeftermiddage for sagsbehandlerne herfra plus behandlingsinstitutioner for en fælles faglig opkvalificering. Og det skulle så være trin et, og tanken er, at man laver egentlig fælles uddannelsestiltag til næste år. På sådan omkring behandling generelt set, men hvor vi også har en dialog med behandlingsstedet i en anden kommune omkring, om vi i fællesskab kan udbyde nogle mere specialiserede efteruddannelsestiltag.

En del kommuner slår sig sammen med nabokommuner om sådanne uddannelsestilbud, hvilket gøres forholdsvist ukompliceret, da de fleste medarbejdere tidligere har arbejdet for den samme amtslige afdeling.

Stofmisbrugsområdet har deres egen uddannelse. Det tænker vi på at arbejde sammen om. Det foregår på den måde, at vi køber elementer og laver det sammen med vores kollegaer i en anden kommune, fordi det er immervæk billigere, at vi bunker dem, der skal på uddannelse, og så køber vi topklasse instruktører. Vi bruger undervisningslokaler i den anden kommune. Det samarbejde har vi tænkt os at styrke, for det er den måde, vi får mest ud af vores ressourcer.

Man kan sige, de er jo en del af den samme amtslige institution, så medarbejderne kender hinanden, er nu bare blevet delt på to forskellige kommuner, men har behov og interesse for fortsat at have både en erfaringsudveksling, men også en kompetenceudvikling.

En del kommuner fastholder således et fagligt fællesskab med de tidligere amtslige kollegaer og opretholder dermed et bredere netværk til erfaringsudveksling end personalet på kommunens eget behandlingssted. Derved har disse kommuner potentielt mulighed for både at have fordel af at være organiseret tættere på borgerne og samtidigt fastholde et fagligt fællesskab.

OPSUMMERING

I dette kapitel blev det vist, at personalet, der arbejder som behandlere eller sagsbehandlere på stofmisbrugsområdet i kommunerne, for langt de flestes vedkommende har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. 22 pct. af myndighedspersonerne svarer, at kommunen har sagsbehandlere eller behandlere på stofmisbrugsområdet, som ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse, og i de fleste af disse kommuner udgør sådant personale mindre end 20 pct. af behandlere og sagsbehandlere på området. En forholdsvis stor del af myndighedspersonerne mener (59 pct.), at behandlere og visitatorer 'i høj' eller 'nogen grad' mangler efteruddannelse inden for stofmisbrug. Der er fx 15 pct. af kommunerne, hvor under 10 pct. af visitatorerne har en efteruddannelse eller kursus i stofmisbrugs af minimum en dags varighed. Myndighedspersonerne mener, der er behov for efteruddannelse, men søger også at opkvalificere medarbejderne ved øget vidensdeling internt i organisationen og med omkringliggende kommuner og samarbejdspartnere.

SAMMENFATNING

Denne undersøgelses resultater baserer sig på spørgeskemaundersøgelser blandt kommunale myndighedspersoner, visitatorer og behandlingsledere. Myndighedspersoner og visitatorer fra 83 kommuner har besvaret spørgeskemaet, hvilket svarer til 85 pct. af kommunerne, og 117 behandlingsledere, svarende til 90 pct., har besvaret spørgeskemaet til den gruppe. Derudover er der gennemført kvalitative interview med 36 myndighedspersoner, visitatorer eller behandlingsledere.

KVALITET, KVALITETSSIKRING OG KVALITETSUDVIKLING

De kommunale myndighedspersoner, behandlingslederne og visitatorerne i stofmisbrugsbehandlingen lægger i deres beskrivelse af stofmisbrugsbehandling af god kvalitet i de kvalitative interview vægt på fire aspekter. Disse er personalets kvalifikationer, en helhedsorienteret indsats, strukturen i behandlingsarbejdet, og relationen mellem bruger og behandler. Der er en tendens til, at jo tættere interviewpersonen er på brugeren, jo mere er relationen til denne i fokus, når stofmisbrugsbehandling af god kvalitet skal defineres. Interviewpersoner, som er tættere på det politiske system og har ledelsesansvar for området, har mere fokus på en helhedsorienteret indsats og dokumentation. Det oftest nævnte aspekt for alle interviewpersonerne var dog personalets kvalifikationer,

som handler både om uddannelse, interesse, forståelse og respekt for de mennesker, stofmisbrugsbehandlingen beskæftiger sig med.

I spørgeskemaet er de kommunale myndighedspersoner blevet spurgt, hvad de oplever som de største barrierer for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet. Her viser besvarelsene, at de oplever, at de største barrierer er tidskrævende dokumentationskrav og manglende koordination af forskellige indsatser over for brugerne. Samtidig vurderes brugernes udeblivelser fra samtaler og manglende eller dårligt samarbejde med psykiatrien også som forholdsvis store barrierer. Overordnet mener myndighedspersonerne og behandlingslederne, at et 'tilpas' antal tilbydes døgnbehandling, 'lidt for få' tilbydes dagsbehandling, og 'lidt for mange' får substitutionsbehandling. På spørgsmålet, om der mangler behandlingstilbud i myndighedspersonens kommune, svarer to tredjedele 'ja'. Det er især dag- og efterbehandlingstilbud, som myndighedspersonerne mener, deres kommune mangler. Derudover mener en del kommuner, at der mangler botilbud og væresteder til stofmisbrugere.

Myndighedspersonerne har generelt fokus på kvalitetsudviklingen af stofmisbrugsbehandlingen. Således har 59 pct. af kommunerne iværksat nye behandlingstilbud i 2008, og det har primært været dag- og efterbehandling samt en forbedret beskæftigelsesindsats. I 2009 planlægger 61 pct. at iværksætte nye tilbud, og fokus er på indsatsen over for unge misbrugere, lægeordineret heroin og hjemtagelse af hele eller dele af indsatsen for de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling i dag.

Myndighedspersonerne får primært information om udviklingen i stofmisbrugsbehandlingen ved at deltage i konferencer, netværk og projekter på området. Samtidigt følger myndighedspersonerne med i debatten i pressen og de videnskabelige tidsskrifter. Myndighedspersonerne giver således bl.a. i de kvalitative interview udtryk for et stort ønske om at få mere viden på området og udvikle stofmisbrugsbehandlingen. De opnår desuden i høj grad indsigt i udviklingen ved at tale med kollegaer i kommunen, i andre kommuner og samarbejdspartnere. Samtidig læser mange videnskabelig litteratur og holder sig på denne opdateret på området. Udviklingen af stofmisbrugsbehandlingen sker ofte gennem de projekter, som bliver sat i gang af centraladministrationen via puljer. Myndighedspersoner fra kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, benytter i højere grad informationskilder på stofmisbrugsområdet. Disse bruger særligt Sundhedsstyrelsens Register over

stofmisbrugere i behandling, Stofbladet, Sundhedsstyrelsens hjemmeside og Servicestyrelsens stofmisbrugsdatabase som informationskilder.

Kvalitetssikring af behandlingen foregår primært ved generel ledelsesmæssig supervision og vha. journalsystemet, som i nogle tilfælde bruges til systematisk opfølgning på kvaliteten af behandlingen og sagsbehandlingen. Derudover gennemfører enkelte kommuner systematisk opfølgning i form af brugerundersøgelser, fælleskommunale evalueringssystemer for behandlingen og ekstern supervision. 56 pct. af de kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og 27 pct. af de kommuner, som ikke selv udfører stofmisbrugsbehandling, har skriftlige succeskriterier for stofmisbrugsbehandlingen. Flest kommuner har succeskriterier for personalet og forbedring af brugernes sociale og psykiske funktionsniveau, mens kun op mod en tredjedel af kommunerne med succeskriterier har sådanne for brugerens stofmisbrug. Kun halvdelen af kommunerne med skriftlige succeskriterier evaluerer disse regelmæssigt skriftligt. Tre fjerdedele af kommunerne, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, og en fjerdedel af kommunerne, som ikke gør dette, har minimumskriterier for intensiteten af den sociale behandling af substitutionsbrugere. Det er dog kun 22 pct. af alle kommuner, som løbende måler intensiteten af brugernes behandling, og der er således ikke noget særligt fokus på dette i kvalitetssikringen.

KVALITETSSTANDARD

72 pct. af de kommuner, som har besvaret spørgeskemaet, har en færdig og godkendt kvalitetsstandard, mens 28 pct. af kommunerne ingen kvalitetsstandard har. Blandt disse er der dog fem kommuner, som rapporterer at have en kvalitetsstandard, som kun mangler godkendelse.

Indholdet af kvalitetsstandarderne lever på de fleste områder op til angivelserne i vejledningen på området, mens der på nogle områder er visse mangler. Kommunens ydelser til borgere, som ønsker behandling for misbrug, målgruppen for denne behandling og de overordnede værdier i behandlingen, er mere eller mindre omfattende beskrevet i 98 pct. af kvalitetsstandarderne.

Omkring visitationsproceduren har 83 pct. beskrevet, hvor borgeren skal henvende sig, og 72 pct., hvem der visiterer, mens kun 17 pct. lever op til kravet om beskrivelse af procedurer ved afbrudt eller genoptaget behandling. Rettigheder som frit valg og behandlingsgaranti beskrives i hhv. 92 og 96 pct. af kvalitetsstandarderne, mens muligheden for at

få hjælp fra kommunen i forbindelse med dette valg kun beskrives i 36 pct. af kvalitetsstandarderne. På samme måde skal kommunerne informere om brugernes klagerettigheder, og 98 pct. af kvalitetsstandarderne beskriver, at brugerne har ret til at klage. Det er derimod kun 56 pct., der beskriver, at brugeren har ret til at klage over manglende overholdelse af behandlingsgarantien og endnu færre, der beskriver ret til at klage over manglende frit valg, brugerinddragelse eller den visiterede behandlingsintensitet. Regler for betaling ved døgnophold og efterbehandling fremgår af 85 pct. af kvalitetsstandarderne, og brugerinddragelse nævnes i 91 pct. af kvalitetsstandarderne, dog er dette for en stor dels vedkommende kun kort beskrevet.

Med hensyn til målsætninger for udarbejdelse, koordinering og opfølgning på handleplaner har 60-64 pct. af kommunerne beskrevet dette. 81 pct. af kvalitetsstandarderne beskriver personalets kompetencer, og 91 pct. beskriver monitorering af indsatsen. Derimod beskriver kun 72 pct., hvordan kommunen er opmærksom på børn af misbrugere i behandling, og 55-58 pct. beskriver, hvilke døgnbehandlingstilbud kommunen samarbejder med, og hvilke krav kommunen har til disse. Desuden opstiller kun 23-33 pct. minimumskriterier for intensiteten af forskellige behandlingstilbud. Dette er ikke eksplicit beskrevet i vejledningen, men kunne være relevant information, hvis fx en borger skal sammenligne behandlingstilbud.

Mange af kvalitetsstandarderne beskriver således overordnet de fleste af de punkter, som er nævnt i vejledningen. Samtidigt mangler der i kvalitetsstandarderne i mange tilfælde information til borgerne, som ikke eksplicit fremgår af vejledningen. Dette er information om, hvor behandlingen foregår, hvilken intensitet de forskellige typer behandling har som minimum, og hvad borgerne kan klage over. Kvalitetsstandarderne er udarbejdet i 2007 og 2008, og der er således mulighed for forbedringer, når de bliver fornyet i 2009 og 2010.

Udarbejdelsen af kvalitetsstandarder er primært foretaget af ledere på stofmisbrugsområdet samt visitatorer og sagsbehandlere, mens brugerne i mere end halvdelen af kommunerne slet ikke har været inddraget. Implementeringen af kvalitetsstandarder blandt medarbejderne er primært foregået ved medarbejderinddragelse i udarbejdelsen, introduktion til kvalitetsstandarder ved temamøder eller lignende og ved generel information og uddeling af kvalitetsstandarder. Derudover har 77 pct. af kommunerne med en kvalitetsstandard gjort den tilgængelig på hjemme-

siden. Ifølge de kommunale myndighedspersoner og visitatorerne lever den sociale stofmisbrugsbehandling og sagsbehandlingsprocedurerne i forholdsvis høj grad op til beskrivelserne i kvalitetsstandarderne. Ifølge visitatorerne er der dog 43-49 pct. af kommunerne, hvor kvaliteten kun i nogen grad lever op til beskrivelserne i kvalitetsstandarderne, mens kun 21-31 pct. af myndighedspersonerne mener, at dette er tilfældet.

Mindre end halvdelen af myndighedspersonerne og behandlingslederne mener, at kvalitetsstandarderne bruges til at informere brugere og pårørende om behandlingen. Ifølge disse respondenter bruges kvalitetsstandarderne i højere grad som en beskrivelse af værdigrundlaget for behandling og sagsbehandling og som vejledning til behandlere om deres daglige arbejde og koordinering af behandlingen med øvrige instanser.

Myndighedspersonernes mening om, hvad kvalitetsstandarderne kan bruges til, fordeler sig nogenlunde som beskrivelserne af, hvad de bliver brugt til i kommunerne. Flest myndighedspersoner mener således, at kvalitetsstandarderne 'i høj grad' kan bruges som værdigrundlag for stofmisbrugsområdet og som politisk styringsredskab. Der er dog 77 pct. som 'i høj' eller 'nogen grad' mener, at kvalitetsstandarderne kan bruges som information til brugere, mens 69 pct. af behandlingslederne mener dette. Der tegner sig således et overordnet billede af, at kvalitetsstandarderne primært bruges og kan bruges som internt arbejdsredskab i kommunerne, mens den i væsentlig mindre grad bruges og kan bruges som informationsmateriale til brugere og pårørende.

ORGANISATION OG SAMARBEJDE

De fleste kommuner bruger flere leverandører til stofmisbrugsbehandlingen. 48 pct. af kommunerne udfører således selv stofmisbrugsbehandling, 53 pct. køber stofmisbrugsbehandling ved andre kommuner, 38 pct. køber stofmisbrugsbehandling ved regional leverandør, og 77 pct. køber stofmisbrugsbehandling ved private leverandører. Baseret på visitatorernes skøn er 74 pct. af brugerne i stofmisbrugsbehandling i behandling i deres egen kommunes behandlingstilbud, 12 pct. er i behandling ved en anden kommune, 8 pct. er i behandling ved en regionale leverandør, og 7 pct. er i behandling ved en privat leverandør. Det er således primært de større kommuner, som selv udfører stofmisbrugsbehandling, mens kun 34 pct. af kommunerne med under 50.000 indbyggere udfører stofmisbrugsbehandling.

Med hensyn til den helhedsorienterede indsats mener myndighedspersonerne især, at der er problemer med koordinationen af stofmisbrugsbehandlingen og indsatsen i forhold til brugerens psykiske problemer. 62 procent mener 'i høj' eller 'nogen grad', at der er sådanne problemer. Forholdsvis mange mener dog også, at der 'i høj' eller 'nogen grad' er problemer med koordination af stofmisbrugsbehandlingen og indsatser over for brugernes problemer med beskæftigelse og uddannelse (50 pct.), børn (47 pct.), bolig (47 pct.) og kriminalitet (29 pct.). Der er således et generelt behov for bedre koordination af hjælpen fra myndighederne til brugerne i stofmisbrugsbehandlingen. Kommunernes strategi for koordination er ofte faste overordnede møder med samarbejdspartnere uden for den kommunale forvaltning og mere ad hoc-baseret kontakt med kollegaer inden for den kommunale forvaltning. Samarbejdet er dog først og fremmest båret af personlige kontakter og organisatorisk tilknytning, da få kommuner opererer med tovholdere eller lignende, som har det overordnede ansvar for koordination af indsatser over for brugernes problemer.

Personalet, der arbejder som behandlere eller sagsbehandlere på stofmisbrugsområdet i kommunerne, har for langt de flestes vedkommende en social- eller sundhedsfaglig uddannelse. 22 pct. af myndighedspersonerne svarer, at kommunen har sagsbehandlere eller behandlere på stofmisbrugsområdet, som ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse, og i de fleste af disse kommuner udgør sådant personale mindre end 20 pct. af behandlere og sagsbehandlere på området. En forholdsvis stor del af myndighedspersonerne mener (59 pct.), at behandlere og visitatorer 'i høj' eller 'nogen grad' mangler efteruddannelse inden for stofmisbrug. Der er fx 15 pct. af kommunerne, hvor under 10 pct. af visitatorerne har en efteruddannelse eller kursus i stofmisbrug af minimum en dags varighed. Myndighedspersonerne mener, der er behov for efteruddannelse, men søger også at opkvalificere medarbejderne ved øget vidensdeling internt i organisationen og med omkringliggende kommuner og samarbejdspartnere.

LITTERATUR

- Justitsministeriet: Bekendtgørelse af lov om fuldbyrdelse af straf m.v., bekendtgørelse nr. 1337 af 13. december 2007. Justitsministeriet.
- Socialministeriet: Bekendtgørelse om kvalitetsstandard for social behandling af stofmisbrug efter § 101 i lov om social service, Bekendtgørelse nr. 622 af 15. juni 2006. Socialministeriet.
- Socialministeriet: Vejledning om botilbud mv. for voksne (Vejledning 4 til Serviceloven). Vejledning nr 95 af 5. december 2006. Socialministeriet.
- Socialministeriet: Vejledning om kvalitet, tilsyn, tilskud til frivillige sociale organisationer mv. (Vejledning 7 til serviceloven). Vejledning nr 98 af 5. december 2006. Socialministeriet.

RAPPORTER I SERIEN

09:13

Den sociale stofmisbrugsbehandling
De frivillige organisationers perspektiv
Delrapport 1

09:14

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Brugernes og de pårørendes perspektiv
Delrapport 2

09:15

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Behandlingstilbud og metoder
Delrapport 3

09:16

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder
Delrapport 4

09:17

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Visitation og sagsbehandling
Delrapport 5

09:18

Den sociale stofmisbrugsbehandling
Resultater af behandlingen
Delrapport 6

09:19

Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark
Hovedrapport

SPØRGESKEMA TIL KOMMUNALE MYNDIGHEDS- PERSONER

De første 3 spørgsmål handler om, hvor mange af kommunens borgere, der er i stofmisbrugsbehandling. Både borgere, som kommunen selv behandler, og borgere i ekstern behandling skal tælles med.

Hvor mange af kommunens borgere er pr. januar 2009 indskrevet i stofmisbrugsbehandling?

Antal:

Hvor mange af kommunens borgere er pr. januar 2009 indskrevet i døgnbehandling for stofmisbrug? - Vejledning: Hvis kommunen ikke har borgere i døgnbehandling så skriv 0.

Antal borgere i døgnbehandling:

Hvor mange af kommunens borgere er pr. januar 2009 indskrevet i substitutionsbehandling? - Vejledning: Her skal borgere i døgnbehandling ikke regnes med. Hvis kommunen ikke har borgere i substitutionsbehandling så skriv 0.

Antal borgere i substitutionsbehandling:

De følgende spørgsmål handler om, hvordan kommunen kvalitetssikrer og kvalitetsudvikler på stofmisbrugsområdet, samt din opfattelse af kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen.

I hvor høj grad bruger du følgende redskaber i dit arbejde?

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Tilbudsportalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicestyrelsens Stofmisbrugsdatabase (DanRIS Ambulant og den tidl. VBGS-database)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sundhedsstyrelsens Register over stofmisbrugere i behandling (SIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DanRIS Døgn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sundhedsstyrelsens hjemmeside	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stof-bladet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Misbrugsnet

Har du det seneste halve år gjort ét eller flere af følgende? - Sæt gerne flere kryds

- Læst videnskabelig artikel på stofmisbrugsområdet
- Mødtes med repræsentanter fra andre kommuner for at lave erfaringsudveksling om stofmisbrugsbehandling
- Deltaget i konferencer om stofmisbrugsbehandling
- Deltaget i projekter med henblik på udvikling af området

Har du på anden vis opnået indsigt i den seneste udvikling på stofmisbrugsområdet?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvordan har du ellers opnået indsigt i den seneste udvikling på stofmisbrugsområdet?

Hvordan:

Benytter kommunen et elektronisk journalsystem på stofmisbrugsområdet?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

I hvor høj grad anvendes det elektroniske journalsystem af dig eller en anden myndighedsperson til systematisk opfølgning på:

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Behandlingens indhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlingens intensitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultaterne af behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvaliteten af behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvaliteten af sagsbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Følger kommunen systematisk op på resultaterne eller kvaliteten af behandlingen på anden vis?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvordan følger kommunen ellers op på resultaterne og kvaliteten af behandlingen?

Hvordan:

Har kommunen minimumskriterier for, hvor ofte brugere i substitutionsbehandling skal have behandlingssamtaler?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor ofte skal brugere i substitutionsbehandling efter minimumsstandarderne have behandlingssamtaler?

- Hver uge
 - Hver 2. uge
 - Hver 3. uge
 - Hver 4. uge
 - Hver 5. uge
 - Hver 6. uge
 - Hver 7. uge
 - Hver 8. uge
 - Sjældnere
 - Andet
-
- Ved ikke

Monitorerer kommunen løbende, hvor mange behandlingssamtaler brugere i ambulans behandling har med deres behandler?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Har kommunen skriftligt formuleret specifikke succeskriterier for stofmisbrugsbehandling?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Har kommunen skriftligt formuleret specifikke succeskriterier på nogle af nedenstående områder?

	Ja	Nej	Ved ikke
Hvor mange brugere, der opnår stoffrihed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange brugere, der reducerer deres forbrug af stoffer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange brugere, der opnår en forbedret sundhedstilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange brugere, der opnår et forbedret socialt/psykisk funktionsniveau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange brugere, der kommer ud af/reducerer kriminalitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange brugere, der kommer ud af/reducerer prostitution?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange brugere, der kommer ud af hjemløshed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange brugere, der kommer i beskæftigelse/uddannelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brugertilfredshed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastholdelse af brugere i behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medarbejdertilfredshed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastholdelse af medarbejdere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efteruddannelse af medarbejdere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor er succeskriterierne nedskrevet?

(Fx virksomhedsplanen):

Evaluerer kommunen regelmæssigt disse succeskriterier skriftligt?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor er evalueringen nedskrevet?

(Fx årsplanen)

Har du indtryk af, at der er for mange eller for få brugere som får tilbudt døgnbehandling i din kommune? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Alt for mange brugere får tilbudt døgnbehandling
- Lidt for mange brugere får tilbudt døgnbehandling
- Et tilpas antal brugere får tilbudt døgnbehandling
- Lidt for få brugere får tilbudt døgnbehandling
- Alt for få brugere får tilbudt døgnbehandling
- Ved ikke

Har du indtryk af, at der er for mange eller for få brugere som får tilbudt dagbehandling i din kommune? - (Dagbehandling defineres som en intensitet, hvor der leveres en ydelse 3-5 gange om ugen) - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Alt for mange brugere får tilbudt dagbehandling
- Lidt for mange brugere får tilbudt dagbehandling
- Et tilpas antal brugere får tilbudt dagbehandling
- Lidt for få brugere får tilbudt dagbehandling
- Alt for få brugere får tilbudt dagbehandling
- Ved ikke

Har du indtryk af, at der er for mange eller for få brugere som får tilbudt substitutionsbehandling i din kommune? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Alt for mange brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Lidt for mange brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Et tilpas antal brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Lidt for få brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Alt for få brugere får tilbudt substitutionsbehandling
- Ved ikke

I hvor høj grad har du indtryk af, at der er brug for et kvalitetsløft af den sociale behandlingsindsats for brugere i længerevarende substitutionsbehandling i din kommune? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad har du indtryk af, at der mangler støttetilbud til brugere, som har afsluttet deres behandling i din kommune? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn?

OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	Helt enig	Overvejende enig	Hverken enig eller uenig	Overvejende uenig	Helt uenig	Ved ikke
Alle eller de fleste misbrugere kan blive stoffri, hvis de får det rigtige behandlingstilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffri døgnbehandling skader ofte fysisk og psykisk svage brugere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For mange brugere i Danmark får længerevarende substitutionsbehandling uden tilstrækkelig anden behandlingsindsats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffrihed bør være målsætningen for alle misbrugere i behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroinafhængighed er i de fleste tilfælde en "uhelbredelig" sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skadesreduktion er ofte en bedre målsætning end stoffrihed i stofmisbrugsbehandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis kommunen pludselig fik ekstra ressourcer til stofmisbrugsområdet, hvad skulle de så bruges på? - Du må sætte op til tre krydser. - OBS. Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Øge behandlingsintensiteten (dvs. mere kontakt mellem bruger og behandlere)
- Give behandlerne mere uddannelse
- Evaluere behandlingen mere
- Inddrage pårørende mere
- Forbedre samarbejdet med andre instanser
- Forbedre fysiske faciliteter
- Give flere brugere tilbud om psykologsamtaler
- Andet. Hvad?

I hvor høj grad oplever du, at nogle af de følgende forhold er en barriere i forhold til at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet? - Hvis du vil uddybe dit svar, er der en kommentarboks nederst. OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Manglende tid til brugerkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende økonomiske ressourcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usikkerhed om fremtidige budgetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidskrævende dokumentationskrav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilstrækkelig uddannelse af personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanskeligheder med at finde og fastholde kvalificeret personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende koordination af forskellige indsatser overfor brugere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende evaluering af faglig kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udeblivelser (at brugerne ikke møder op til deres aftaler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende/dårligt samarbejde med psykiatrien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende/dårligt samarbejde med Kriminalforsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende/dårligt samarbejde med (andre) kommunale myndigheder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende/dårligt samarbejde med øvrige myndigheder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende evidens/viden om, hvad der virker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar til eventuelle barrierer for at levere stofmisbrugsbehandling af god kvalitet:

Kommentar:

Mener du, at der er nogle typer behandlingstilbud, som mangler i din kommune? - OBS. Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvilke behandlingstilbud mangler? - OBS. Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

Hvilke:

Mener du, at der er nogle målgrupper, som ikke bliver tilgodeset i kommunens stofmisbrugsbehandling? - OBS. Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvilke målgrupper bliver ikke tilgodeset? - OBS. Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

Hvilke

Har kommunen iværksat nye behandlingstilbud i løbet af 2008?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvilke nye behandlingstilbud har kommunen iværksat i løbet af 2008?

Hvilke:

Planlægger kommunen at iværksætte nye behandlingstilbud i 2009?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvilke behandlingstilbud planlægger kommunen at iværksætte i 2009?

Hvilke:

I det følgende kommer en række spørgsmål om kommunens kvalitetstandard.

Har kommunen en kvalitetsstandard for stofmisbrugsbehandlingen?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Kommentar:

Er kvalitetsstandarden tilgængelig på kommunens hjemmeside?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

I hvor høj grad var følgende aktører involveret i udarbejdelsen af kvalitetsstandarden?

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Behandlere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sagsbehandlere/visitatorer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledere på stofmisbrugsområdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politikere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brugere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan har kommunen implementeret kvalitetsstandarden blandt frontpersonalet?

Hvordan:

I hvor høj grad stemmer kvalitetsstandarden overens med din personlige opfattelse af kvalitet i behandling af stofmisbrug? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad er der overensstemmelse mellem indholdet af den stofmisbrugsbehandling kommunen reelt tilbyder og kvalitetsstandardens beskrivelse? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad er der overensstemmelse mellem kommunens sagsbehandlingsprocedure og kvalitetsstandarden? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad bruges kvalitetsstandarden som instrument til at udvikle stofmisbrugsbehandlingen i din kommune? - OBS: Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad bruges kvalitetsstandarden i dag til følgende opgaver i kommunen efter din vurdering?
OBS. Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Information til brugere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information til pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politisk styringsredskab (politikere får information om, hvad der foregår, og kan øve indflydelse på, hvad der skal ske fremover via kvalitetsstandard- den)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Værdigrundlag for området	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vejledning til behandlere om det daglige behandlingsarbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsatser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejledning til behandlere i forhold til valg af professionelle tilgange/metoder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvor høj grad mener du generelt at kvalitetsstandarder kan bruges til følgende?
OBS. Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Information til brugere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information til pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politisk styringsredskab (politikere får information om, hvad der foregår, og kan øve indflydelse på, hvad der skal ske fremover via kvalitetsstandard- den)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Værdigrundlag for området	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejledning til behandlere om det daglige behandlingsarbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vejledning til behandlere om koordinering af behandling og øvrige indsats- ser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vejledning til behandlere i forhold til valg af profes- sionelle tilgan- ge/metoder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De følgende spørgsmål handler om udslusning af brugere fra stofmisbrugsbehandlingen samt koordination af stofmisbrugsbehandling og den øvrige sociale og behandlingsmæssige indsats for brugeren.

Tilbyder kommunen efterbehandling til brugere, som har været i døgnbehandling?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Har kommunen tilbud til brugere, der er udskrevet af behandlingen?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvilke tilbud har kommunen til udskrevne brugere?

Hvilke:

Her kommer nogle spørgsmål om forholdet mellem stofmisbrugsbehandling og øvrige sociale og behandlingsmæssige indsatser over for brugerne.
OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
Fysiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boligproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemstillinger vedr. beskæftigelse eller uddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemstillinger vedr. forsørgelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemstillinger vedr. børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemstillinger vedr. kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor godt eller dårligt oplever du, at samarbejdet er mellem stofmisbrugsbehandlingen og følgende samarbejdspartnere?
OBS. Din besvarelse på dette spørgsmål er anonym.

	Meget godt	Godt	Hverken godt eller dårligt	Dårligt	Meget dårligt	Ved ikke
Private behandlings-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

tilbud						
Jobcentret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialafdelingen/socialcenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatrien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriminalforsorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frivillige organisationer (fx Kirkens Korshær, pårørendeforeninger osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De næste spørgsmål angår kommunens ansatte på stofmisbrugsområdet. I de følgende spørgsmål vil jeg bede dig tænke på behandlere og sagsbehandlere/visitatorer på stofmisbrugsområdet, men ikke administrativt personale og andet personale uden fast brugerkontakt.

Hvor mange ansatte har kommunen på stofmisbrugsområdet? - (behandlere og sagsbehandlere/visitatorer på stofmisbrugsområdet, men ikke administrativt personale og andet personale uden fast brugerkontakt)

- 0-4
- 5-9
- 10-19
- 20-29
- 30 eller flere
- Ved ikke

Hvor stor en procentdel af personalet på stofmisbrugsområdet blev udskiftet i 2008? - (behandlere og sagsbehandlere/visitatorer på stofmisbrugsområdet, men ikke administrativt personale og andet personale uden fast brugerkontakt)

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.

- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

I hvor høj grad oplever du, udskiftning af personale som et problem i kommunens behandlingsindsats? - (behandlere og sagsbehandlere/visitatorer på stofmisbrugsområdet, men ikke administrativt personale og andet personale uden fast brugerkontakt)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad oplever du, at det er svært at skaffe fagligt kvalificeret personale på stofmisbrugsområdet? - (behandlere og sagsbehandlere/visitatorer på stofmisbrugsområdet, men ikke administrativt personale og andet personale uden fast brugerkontakt)

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Hvor stor en procentdel af kommunens visitatorer og andet personale med visitationskompetence har en efteruddannelse/kursus af minimum 1 dags varighed inden for stofmisbrugsbehandling?

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.

- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

I hvor høj grad oplever du, at der er behov for ydeligere efteruddannelse inden for stofmisbrug af VISITATORER OG ANDET PERSONALE MED VISITATIONSKOMPETENCE i kommunen ?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad oplever du, at der er behov for yderligere uddannelse af BEHANDLERE inden for stofmisbrugsbehandling i kommunen ?

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Har kommunen sagsbehandlere eller behandlere på stofmisbrugsområdet, som ikke har en social- eller sundhedsfaglig uddannelse?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor mange procent af behandlere og sagsbehandlere/visitatorer på stofmisbrugsområdet har ikke en social- eller sundhedsfaglig uddannelse?

- 0-9 pct.
- 10-19 pct.
- 20-29 pct.
- 30-39 pct.
- 40-49 pct.
- 50-59 pct.
- 60-69 pct.
- 70-79 pct.
- 80-89 pct.
- 90-100 pct.
- Ved ikke

Hvilken funktion har disse medarbejdere?

Hvilken:

Har kommunen ansatte på stofmisbrugsområdet med visitationskompetencer, som ikke har en socialrådgiveruddannelse?

- Ja
- Nej
- Ved ikke

Hvor mange ansatte har kommunen med visitationskompetence på stofmisbrugsområdet, som ikke har en socialrådgiveruddannelse?

Antal:

Hvilken udannelse har de?

I hvor høj grad oplever du, at der er forskel på visitationspraksis mellem socialrådgivere med visitationskompetence og andre personalegrupper med visitationskompetence på stofmisbrugsområdet? - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad er der efter din vurdering overensstemmelse mellem behandlingspersonalets faglige kompetencer og deres arbejdsfunktioner inden for de OFFENTLIGE TILBUD kommunen benytter inkl. kommunens eget tilbud? - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

I hvor høj grad er der efter din vurdering overensstemmelse mellem behandlingspersonalets faglige kompetencer og deres arbejdsfunktioner inden for de PRIVATE tilbud kommunen benytter? - OBS. Din besvarelse af dette spørgsmål er anonym.

- I høj grad
- I nogen grad
- I mindre grad
- Slet ikke
- Ved ikke

Som en del af undersøgelsen af den sociale stofmisbrugsbehandling gennemfører SFI også en spørgeskemaundersøgelse med visitatorer fra samtlige kommuner. Spørgeskemaet handler om visitationspraksis og hvilke tilbud kommunen har til brugere af stofmisbrugsbehandlingen. - - Vi vil bede dig skrive navn og kontaktoplysninger på en visitator - eller en anden med visitationskompetence - i din kommune, som kan gennemføre dette spørgeskema. Vi vil sende spørgeskemaet til vedkommende inden for 3 uger. -

Navn:

E-mail:

Telefonnummer

Stilling

Som en del af undersøgelsen af den sociale stofmisbrugsbehandling gennemfører SFI også en spørgeskemaundersøgelse med visitatorer fra samtlige kommuner. Spørgeskemaet handler om visitationspraksis og hvilke tilbud kommunen har til brugere af stofmisbrugsbehandlingen. - - Vi vil bede dig skrive navn og kontaktoplysninger på en visitator - eller en anden med visitationskompetence - fra hvert rådgivningscenter i Københavns Kommune, som kan gennemføre dette spørgeskema. Vi vil sende spørgeskemaet til vedkommende inden for 3 uger. -

Rådgivningscenter Vest

Navn:

E-mail:

Telefonnummer:

Stilling:

Rådgivningscenter Indre

Navn:

E-mail:

Telefonnummer:

Stilling:

Rådgivningscenter Amager

Navn:

E-mail:

Telefonnummer:

Stilling:

Rådgivningscenter Nord

Navn:

E-mail:

Telefonnummer:

Stilling:

Afslutningsvis vil vi bede dig sende kommunens kvalitetsstandard pr. e-mail til Maren Sørensen, mso@sfi.dk eller med post til SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, Att: Maren Sørensen, Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K.
Tak for din besvarelse!

DEN SOCIALE STOFMISBRUGS- BEHANDLING

KVALITETSUDVIKLING OG KVALITETSSTANDARDER

Dette er den fjerde delrapport i en rapportserie om den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Rapportserien bygger på en omfattende undersøgelse, der blev fortaget i perioden december 2007 til maj 2009.

Denne delrapport stiller skarpt på kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder i den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark.

De øvrige delrapporter afdækker følgende emner: de frivillige organisationers perspektiv (del 1), brugernes og de pårørendes perspektiv (del 2), behandlingstilbud og metoder (del 3), visitation og sagsbehandling (del 5) og resultater af behandlingen (del 6). Hovedkonklusionerne fra delrapporterne er sammenfattet i en hovedrapport.

Undersøgelsen er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen.