

Underudvalget vedrørende psykiatri- og socialområdets
møde den 20. august 2008

Sag nr. 1

Emne: Kvalitetsudvikling i de sociale tilbud

3 bilag

NOTAT

Til: **Underudvalget vedrørende psykiatri og socialområdet**

Kvalitetsmodellen på det sociale område i Region Hovedstaden

1. Baggrund

Handicap og Psykiatrien i Region Hovedstaden har etableret et samarbejde om at tilpasse og anvende Den Danske Kvalitetsmodel fra sundhedssektoren på de sociale tilbud. Initiativet er et led i regionens kvalitetsstrategi 2007-2009, som er fælles for sundheds- og socialsektoren.

Også Danske Regioner har lanceret en tilpasset version af Den Danske Kvalitetsmodel for det sociale område. I første omgang skal modellen implementeres på botilbudsområdet i de fem regioner. Det tværregionale kvalitetsarbejde startede medio maj 2008 og den resterende del af året bruges til at opbygge en kvalitetsorganisation og udvikle tværregionale standarder. Ved årsskiftet 2008/2009 forventes implementeringen påbegyndt på de regionale botilbud.

Der er stor overensstemmelse mellem regionens kvalitetsmodel for socialområdet og kvalitetsmodellen i Danske Regioner. Udvikling og implementering foregår således integreret i de enkelte tilbud.

2. Formål

Formålet med at anvende en Kvalitetsmodel på socialområdet i Region Hovedstaden er at skabe en fælles kvalitetsorganisation og -kultur, hvor der sættes fokus på systematisk kvalitetsudvikling. Modellen har et helhedsorienteret kvalitetssyn, hvor den faglige, den organisatoriske og den brugeroplevede kvalitet måles og vurderes. Samtidig tager modellen højde for de processer og strukturer, som bidrager til at opnå resultater. Hensigten er at skabe læring, udvikling og ikke mindst at dokumentere indsatsen. Det giver mulighed for at tilrettelægge den sociale indsats på et vidensbaseret grundlag og at synliggøre kvaliteten overfor brugere, pårørende, personale, ledere og politikere.

Ved at bruge samme ramme og metode til kvalitetsudvikling i sundheds- og socialsektoren er der desuden mulighed for at dele viden om nye sundheds- og socialfaglige behandlingsformer. Der er også mulighed for at skabe bedre sammenhæng i indsatsen

overfor de fælles brugergrupper, der benytter begge sektorer - fx brugere med sindslidelser, autisme eller betydelige fysiske funktionsnedsættelser.

En kvalitetsmodel på socialområdet i Region Hovedstaden skal således styrke:

- Løbende forbedringer af indsatsen baseret på viden og systematisk dokumentation
- Synlighed i kvalitetsniveauet overfor brugere, pårørende, personale og politikere
- Medinddragelse af og indflydelse for brugere og pårørende
- Kontinuitet i og koordination af indsatsen på tværs af sociale tilbud og sektorer
- Lærings- og udviklingsmuligheder i de faglige miljøer
- Jobtilfredshed, fastholdelses- og rekrutteringsmuligheder
- Et ensartet kvalitetsniveau for sammenlignelige ydelser
- Kvalificeret tildeling og anvendelse af ressourcer

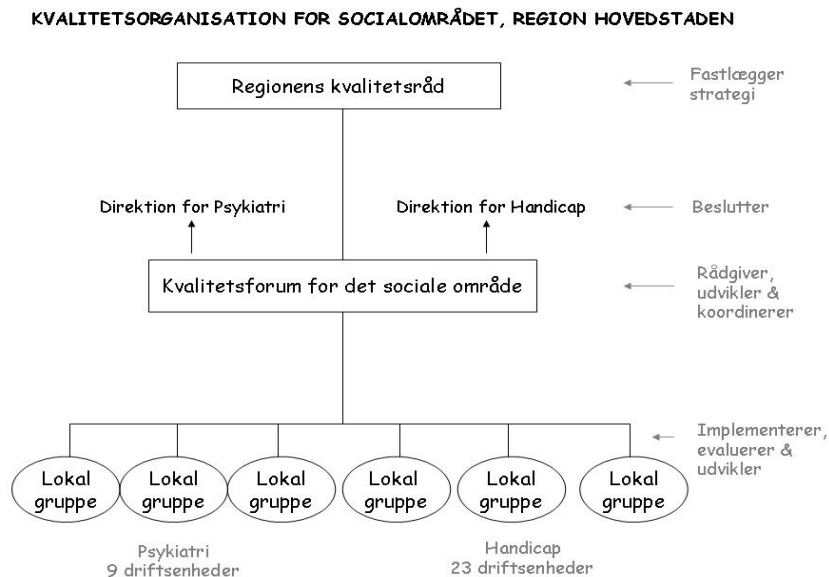
3. Organisering

Handicap og Psykiatri har etableret en fælles kvalitetsorganisation, som tager udgangspunkt i, at der er tale om to virksomheder med selvstændigt drifts- og budgetmæssigt ansvar. Organisationen er udformet med henblik på at sikre ledelsesforankring og medarbejder- og brugerinvolvering på alle niveauer. Organisationen sikrer også en tæt kobling til regionens kvalitetsråd, som fastlægger den overordnede kvalitetsstrategi.

På det tværgående virksomhedsniveau er der nedsat et Kvalitetsforum med repræsentanter fra de sociale tilbud og administrationerne i Handicap og Psykiatri. Endvidere deltager en repræsentant fra Psykiatriforeningernes Fællesråd. Dansk Handicap (DH) er også inviteret. Kvalitetsforum refererer til de to virksomheders direktioner, som også er medlemmer i det regionale kvalitetsråd og forpligtede til at arbejde indenfor rammerne af den regionale kvalitetsstrategi. Kvalitetsforum skal dels rådgive direktionerne i kvalitetsarbejdet, dels udføre og koordinere kvalitetsinitiativer, som iværksættes af direktionerne – f.eks. udvikle regionale standarder og vejledninger, gennemføre uddannelsesaktiviteter og selvevaluering. Hovedparten af disse opgaver varetages i arbejdsgrupper, som nedsættes under Kvalitetsforum.

På det decentrale niveau har hvert af de 32 sociale tilbud nedsat én lokal kvalitetsgruppe. Denne gruppe består af ledere, medarbejdere og nogle steder indgår der brugere i gruppen. Gruppens opgave er at bistå forstanderen med at implementere standarder og vejledninger og sikre, at praksis løbende dokumenteres, evalueres og følges op med relevante initiativer til kvalitetsforbedring og udvikling. Hver gruppe har udpeget nøglepersoner blandt personalet, der fungerer som særlige resourcepersoner og tovholdere i kvalitetsarbejdet. Medlemmer fra den lokale kvalitetsgruppe indgår desuden ad hoc i arbejdsgrupper under Kvalitetsforum, for at sikre, at frontpersonalet har ind-

flydelse på kvalitetsarbejdet – både på det tværgående og decentrale niveau. Kvalitetsorganisationen er illustreret nedenfor.



4. Centrale elementer i kvalitetsmodellen for socialområdet

Den Danske Kvalitetsmodel fra sundhedssektoren er et sammenhængende evalueringskoncept – en kvalitetsmodel for systematisk kvalitetsvurdering og udvikling. Modellen bygger på standardbaseret kvalitetsudvikling med indikatorer, vejledninger, selvevaluering og ekstern evaluering/akkreditering. Som nævnt skal modellen tilpasses socialområdets karakteristika. Nedenfor gennemgås de centrale elementer i kvalitetsmodellen på socialområdet i Region Hovedstaden.

Standarder

Regionens kvalitetsmodel på socialområdet skal bygges op omkring et sæt af fælles kvalitetsmål/standarder, som gør det muligt for de sociale tilbud at måle og vurdere kvaliteten ud fra de samme indikatorer. Standarderne udvikles i arbejdsgrupper under Kvalitetsforum blandt fagfolk, der repræsenterer forskellige niveauer i organisationen, og gerne med inddragelse af relevante brugerrepræsentanter.

Standarderne kan omfatte de social- og sundhedsfaglige kerneydelser og aktiviteter – såsom socialpædagogisk behandling, omsorg, kommunikation, støtte m.m., som indgår i de fleste brugerforløb (generiske/generelle standarder). Standarderne kan også omfatte social- og sundhedsfaglige ydelser, som gælder for en mere afgrænset del af målgrupperne på socialområdet - fx socialpædagogisk behandling i forhold til personer med autisme eller med skizofreni (målgruppespecifikke standarder). Endelig kan standarderne vedrøre forhold, som ikke er direkte rettet mod brugerne, men som har

stor betydning for den indsats, der ydes - fx arbejdsmiljø og ledelse på de sociale tilbud (organisatoriske standarder).

Indikatorer

Til hver standard hører indikatorer, som er målepunkter til at vurdere, om indsatsen lever op til standarden. Når et socialt tilbud fx. skal vurdere, om lægens ordination af medicin er korrekt overført til medicinskemaet kan en indikator være, om der er overensstemmelse mellem medicinskemaet og dokumentationen for lægens ordination. Indikatorerne bør så vidt muligt afspejle de tre kvalitetsperspektiver (faglig, brugeroplevet og organisatorisk kvalitet) samt de tre kvalitetsdimensioner (struktur, proces og resultat). Det er dog ikke altid, at alle perspektiver og dimensioner er relevante, ligesom ressourcerne, der er forbundet med at måle og vurdere indikatorerne, skal stå mål med udbyttet ved at gøre det. Derfor tilstræbes det, at standarden maksimalt har tilknyttet 3 indikatorer. Derudover kan der være indikatorer tilknyttet, som opgøres af de tilsynsførende fra regionen. Sådanne indikatorer kan fx handle om, hvorvidt medarbejderne arbejder ud fra de vejledninger, der er udarbejdet på området.

Vejledninger

Til hver regional standard hører således en vejledning. De er overordnede og retningsgivende for, hvordan de sociale ydelser skal leve op til standardens krav. Vejledningerne skal støtte personalet i at træffe beslutning om god praksis i konkrete situationer. Det er arbejdsgrupper under Kvalitetsforum, der udarbejder de regionale vejledninger. Derudover kan det være nødvendigt, at det enkelte sociale tilbud udarbejder lokale tilføjelser i de regionale vejledninger eller udarbejder lokale instrukser indenfor rammerne af den regionale vejledning.

Standarder, indikatorer og vejledninger udvikles ud fra den bedst dokumenterede viden (evidens) på området samt ud fra politikker, love og praksiserfaringer. Derfor bidrager kvalitetsmodellen til at skabe et fælles sprog.

Selvevaluering

Formålet med selvevaluering er at fremme kontinuerlig kvalitetsforbedring af den sociale indsats gennem egenkontrol af kvalitetsarbejdet. Det skaber læring, refleksion og udnytter de lokale kompetencer. Selvevaluering sker ved, at ledelse og medarbejdere i den lokale kvalitetsgruppe indsamler dokumentation i forhold til standardernes indikatorer. På baggrund af disse data og ved hjælp af et selvevalueringsskema vurderes og dokumenteres det systematisk, hvordan der leves op til hver enkelt standard. Der kan anvendes forskellige metoder; fx gennemgang af registreringer i medicinskemaer, fokusgruppeinterview eller spørgeskemaundersøgelser. Det er direktionerne i Handicap og Psykiatri, der beslutter hvilke metoder, der konkret skal anvendes for at opgøre hver enkelt indikator.

Ved selvevalueringen udarbejder den lokale kvalitetsgruppe ligeledes en handleplan for, hvilke aktiviteter der skal sættes i gang for at forbedre praksis og/eller for at fastholde god kvalitet. Skemaerne skal sendes til administrationerne i Handicap og Psyki-

atri, så der kan skabes overblik over tendenser og udviklingsbehov på tværs af socialområdet.

Selvevaluering er en tilbagevendende årlig aktivitet. Kvalitetsudviklingsprocessen er på den måde en fortsat bevægelse med fokus på kontinuerlig kvalitetsudvikling. Den løbende dokumentation af indsatsen giver derfor mulighed for sammenligning over tid i det enkelte tilbud.

Ekstern evaluering og akkreditering

For at skabe læring og refleksion på tværs af regioner indebærer modellen fra Danske Regioner en ekstern evaluering hvert tredje år. Det vil sige, at repræsentanter fra et socialt tilbud i en region gennemfører en evaluering af, hvorvidt et lignende socialt tilbud i en anden region, lever op til gældende standarder. Under besøget vil der være dialog med det enkelte sociale tilbuds ledelse, medarbejdere og brugere/pårørende. Det sociale tilbuds skriftlige materiale fra selvevalueringerne fremlægges og drøftes. De besøgende udarbejder efterfølgende en rapport med vurderinger af, hvordan der leveres op til standarderne og giver eventuelt forslag til, hvordan det sociale tilbud kan iværksætte kvalitetsforbedringer.

Hverken i kvalitetsmodellen for socialområdet i Region Hovedstaden eller i den tværregionale model opereres der aktuelt med, at de sociale tilbud skal akkrediteres. I den tværregionale model nævnes det imidlertid, at ambitionen er at udvikle en model, der ad åre åbner op for en egentlig akkreditering, hvor et anerkendt eksternt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et fælles sæt af standarder.

5. Handleplan for kvalitetsarbejdet i Region Hovedstaden 2008-2009

Temaområder i Region Hovedstaden 2008

I 2008 har Psykiatri og Handicap sat fokus på at arbejde med brugersikkerheden i forhold til medicinbehandling på sociale tilbud. Baggrunden er dels, at en stor del af brugerne på det sociale område dagligt får medicin på grund af deres funktionsnedsættelser. Dels at undersøgelser viser, at der er stor risiko for, at der opstår fejl i medicineringsprocesserne.

Det er medicinstandarder og vejledninger fra det tidligere Københavns Amt, der danner udgangspunkt for arbejdet. En arbejdsgruppe under Kvalitetsforum har imidlertid revideret og tilpasset dem til det regionale sociale område. De reviderede standarder og vejledninger trådte i kraft pr 1.5.2008. Et par af regionens kommuner har vist stor interesse for materialet og fået det tilsendt.

Den første egentlige selvevaluering af medicinstandarderne forventes at være gennemført medio november.

Tværrregionale temaområder 2009

De første indsatsområder i den tværrregionale kvalitetsmodel er: Ledelse, arbejdsmiljø, kompetenceudvikling, brugerinddragelse, individuelle pædagogiske planer og kommunikation. Standarderne på disse områder er rettet mod botilbudene og forventes udsendt ved årsskiftet 2008/2009.

Handicap i Region Hovedstaden er tovholder på to delprojekter i den tværrregionale kvalitetsmodel. Projekterne omhandler dels ICF (International Klassifikation af Funktionsevne) og sigter mod at skabe et fælles sprog samt metode til at udarbejde pædagogiske planer, dels et projekt om brugersikkerhed i forbindelse med utilsigtede hændelser. Der er valgt følgende utilsigtede hændelser:

- Handlinger der fører til fejlmedicinering
- Handlinger der fører til magtanvendelse
- Handlinger der fører til overgreb/vold mod andre beboere eller personale

Når der er udarbejdet tværrregionale standarder, bliver de en del af indsatsområderne på socialområdet i Region Hovedstaden i 2009. Psykiatri og Handicap vil formodentlig skulle udvikle vejledninger i tilknytning hertil, og vil endvidere vurdere, hvorvidt de tværrregionale standarder kan implementeres på andre sociale tilbud end botilbudene – f.eks. forsorghjem, specialskoler, AKU-centre mv. Herudover vil Kvalitetsforum drøfte, hvorvidt der er grobund for at vælge yderligere indsatsområder allerede i 2009. Udgangspunktet for eventuelle regionale temaområder vil være generelle standarder – fx for ernæring eller hygiejne, som det enkelte tilbud kan målrette til deres brugergruppe.

Forpligtende uddannelsesmæssige aktiviteter

For at understøtte at medicinstandarder og vejledninger bliver implementeret på de sociale tilbud i Region Hovedstaden, gennemføres der obligatoriske uddannelsesmæssige aktiviteter.

Endelig har Psykiatri og Handicap indgået aftale med SOSU-center, Herlev om at etablere kompetencegivende basiskurser i ”Medvirken ved lægemiddelbrug i omsorgsarbejdet”, ligesom der vil blive etableret kurser i et overbygningsforløb ”Medicinadministration”.

IT-understøttelse

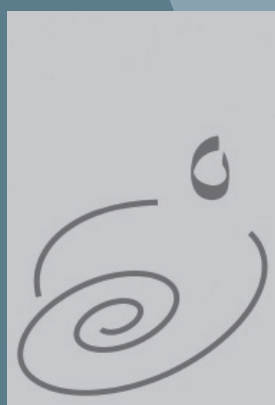
Der eksisterer ikke et dokumentstyringssystem til at understøtte kvalitetsarbejdet. Som alternativ overvejer Psykiatri og Handicap, hvorvidt standarder og vejledninger f.eks. skal være tilgængelige i EKJ (den Elektroniske KlientJournal), eller om der skal findes andre elektroniske placeringer – fx på intranettet. Det væsentlige er at sikre, at der altid kun eksisterer én udgave af hver standard og vejledning – den senest opdaterede. Det vil indebære stordriftsfordele, såfremt et kommende tværrregionalt dokumentstyringssystem også kan inkorporere standarder og eventuelle vejledninger fra de enkelte regioner. Samtidig vil det øge mulighederne for videndeling på tværs af regioner.

**DANSKE
REGIONER**



Dansk kvalitetsmodel på det sociale område

Model





Dansk kvalitetsmodel på det sociale område Model

Udgivet af Danske Regioner
December 2007

Layout: UHI, Danske Regioner
Tryk: Danske Regioner
Oplag: 700

Publikationen kan rekvireres hos
Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø
publ@regioner.dk

eller downloades på www.regioner.dk

Modellen er udarbejdet af en projektgruppe i Danske Regioner. Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland har haft ansvaret for at udarbejde modellen. Denne model skal ses i sammenhæng med en særskilt publikation om udvikling og implementering af kvalitetsmodellen på det regionale botilbudsområde.

Flere informationer om modellen kan fås hos

Center for Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland
Centerchef Peter Rhode
peter.rhode@stab.rm.dk
Tlf.: 87 28 49 10

Den sociale danske kvalitetsmodels hjemmeside:
www.socialkvalitetsmodel.dk

ISBN trykt 978-87-7723-513-9
ISBN elektronisk 978-87-7723-514-6



indhold

Indledning	4
Baggrund og formål	4
Projektgruppe	5
Høringsproces	5
Modellens anvendelse	5
Kvalitetsmodellens grundlag	6
Kvalitetsmodellens opbygning	8
Fokusområde	8
Kvalitetsudvikling	8
Begreber og terminologi	9
Tre kvalitetsperspektiver	9
Akkreditering	9
Valg af indsatsområder	9
Standarder/kvalitetsmål	10
Indikatorer	10
Vejledninger	11
Fælles og hver for sig	11
Evidens og dokumentation	12
Selvevaluering	12
Ekstern evaluering	13
Rapportering og offentlighed	13
Den samlede kvalitetsmodel	14
Modellens opbygning	14
Samlet model	15
Kvalitetsmål/standarder	15
Rapport	15
Kvalitetsmodellen	16
Implementering	17
Første skridt	17
Ekstern evaluering	17
Tid til arbejdsprocessen	17
Ressourceforbrug	17
Udvikling af standarder og indikatorer	17
Administrative systemer	18
Sekretariat	18
Kvalitetsmodel for de regionale botilbud	18
Kilder og litteratur	19



Indledning

Baggrund og formål

Gennem de senere år har der været sat fokus på kvalitet og kvalitetsudvikling i den offentlige sektor. Senest med regeringens kvalitetsreform i den offentlige sektor.

På det sociale område har der været særlig fokus på dokumentation af indsats, resultater og effekt i den sociale indsats og på at sikre åbenhed og indsigt i de sociale tilbud. Der er fokus på at kunne begrunde, beskrive og dokumentere indsatsen. På flere områder har der tillige været fokus på at etablere rammer for organisering af tilsynsopgaver på det sociale område.

Regionerne har i fællesskab taget initiativ til at gennemføre bruger- og pårørendeundersøgelser på det sociale område og gennem de sociale indikatorprogrammer (SIP) er der sat fokus på at opbygge rammer for en systematisk og kontinuerlig dokumentation af indsats, resultat og effekt i den sociale indsats.

Som en videreudvikling af de forskellige regionale tiltag på kvalitetsområdet har regionerne i foråret 2007 taget initiativ til at igangsætte et udredningsarbejde, med henblik på at formulere en kvalitetsmodel for de sociale tilbud. Kvalitetsmodellen bygger på en række metoder og principper der også anvendes i Den Danske Kvalitetsmodel, som er på vej til at blive implementeret i det danske sundhedsvæsen. Kvalitetsmodellen præsenteres i dette oplæg.

I rammerne for kvalitetsmodellen har der tillige været et ønske om at sikre opbygning af en model, der tager udgangspunkt i det sociale og socialpædagogiske områdes særlige forhold og traditioner, suppleret med anvendelse af relevante erfaringer fra bl.a. sundhedsområdet. Herudover er der et ønske om at opbygge en kvalitetsmodel, der tager afsæt i de allerede igangværende regionale kvalitetsprojekter på det sociale og pædagogiske område – og i en model, der er anvendelsesorienteret i praksis.

Kvalitetsmodellen bygger på elementerne i en akkreditering – og med fastlæggelse af eksplicite standarder og indikatorer til dokumentation af kvaliteten, og et evalueringssystem, der bygger på både selvevaluering og ekstern evaluering – som del af et samlet akkrediteringssystem.

Danske Regioner udarbejdede i marts 2007 en "Skitse til den danske kvalitetsmodel for de specialiserede sociale tilbud" og her beskrives følgende formål med kvalitetsmodellen:

- at sikre systematisk dokumentation – synlighed og gennemsigtighed for brugere, pårørende og offentligheden
- løbende udvikling og forbedring af det sociale og socialpædagogiske arbejde
- kontinuitet og sammenhæng i tilbud på tværs af tilbud og sektorer
- systematisk styrkelse af brugerens- og pårørendes inddragelse og medindflydelse på hverdagslivet i de sociale tilbud, og indsamling af brugeres og pårørendes vurdering af de sociale tilbud
- løbende dokumentation for effektivitet og ressourceudnyttelse, samt muligheder for at sammenligne de sociale tilbud
- øget faglig udvikling og læring samt netværksopbygning med henblik på at styrke – og også forpligtede sociale og socialpædagogiske faglige miljøer
- jobtilfredshed, personlige og faglige udviklingsmuligheder og generelt fokus på arbejdsforhold og kompetenceudvikling på området, med henblik på at styrke kvalitet og faglighed samt at forbedre rekruttering og fastholdelse af personale

Med regionernes beslutning om at udvikle og implementere en kvalitetsmodel på det sociale område, vil de forskellige sociale regionale kvalitetsudviklingsprojekter blive samlet, integreret og indarbejdet i kvalitetsmodellen.



Projektgruppe

Regionerne har nedsat en projektgruppe, der har udarbejdet fremkomme med forslag til en kvalitetsmodel for det regionale socialområde. Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland er udpeget til at være sekretariat og ansvarlig for udarbejdelse af modellen.

Høringsproces

Modellen har i foråret 2007 været til høring i regionerne. Herudover har kvalitetsmodellens udvikling og implementering været drøftet på en række møder.

Der har desuden været afholdt et møde med repræsentanter fra DSI og LEV, hvor modellen blev præsenteret og drøftet, ligesom der har været en drøftelse af den videre arbejdsproces med inddragelse af bruger- og pårørendeorganisationer.

Endvidere er både KL og Velfærdsministeriet blevet informeret om modellen.

Med denne publikation foreligger således den endelige udgave af regionernes kvalitetsmodel på det sociale område.

Modellens anvendelse

Denne model for kvalitetsudvikling på det sociale område er udarbejdet som en overordnet og såkaldt "generisk" model. Modellen udgør en ramme – og et overordnet skelet for opbygning af en kvalitetsmodel på det sociale område. Hermed vil det videre arbejde kunne koncentrere sig om at udarbejde de mere målrettede og specifikke indholdsbeskrivelser i kvalitetsmodellen inden for de mange forskellige sociale tilbudstyper, der er i den sociale sektor.

Modelskitsen tager således afsæt i, at den principielt kan bringes i anvendelse inden for hele det sociale og pædagogiske område. I beskrivelsen anvendes ordene det sociale område således som en samlet betegnelse for hele feltet.

På dette grundlag inviterer regionerne til et samarbejde med bl.a. Socialministeriet, KL, SL og bruger- og pårørendeorganisationer om udvikling af kvalitetsmodellen på det sociale område.



Kvalitetsmodellens grundlag

Principperne for opbygningen af en dansk kvalitetsmodel på det sociale område må bygge på følgende:

Læring

Modellen tager sigte på såvel læring som udvikling, og bygger på en grundlæggende tillid til det sociale arbejde. En kvalitetsmodel er et ledelsesværktøj der på et vidensbaseret grundlag, og gennem systematisk dokumentation og evaluering, giver mulighed for at tildele og anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt. En vellykket kvalitetsudvikling forudsætter således også en systematisk inddragelse af personalets, brugernes og pårørendes viden, ressourcer, ønsker og behov. Kontrol- og tilsynsaspektet i kvalitetsmodellen har fokus på organisationen.

Åbenhed

Modellen skal medvirke til at sikre troværdighed og fuld åbenhed og indsigt på det sociale område. At tydeliggøre og markere det gode arbejde, der udøves hver dag. Brugere, pårørende, ledere, politikere og offentligheden skal have mulighed for indsigt – og området skal være præget af fuld offentlighed.

Inddragelse

Modellen skal udvikles i et samarbejde med relevante faglige og videnskabelige miljøer, medarbejdere og organisationer samt brugere og pårørende. Målet må være en model, der udvikles i et nært samarbejde mellem fagfolk og de faglige miljøer, brugere og pårørende samt regionerne. Når modellen skal udvikles og implementeres, er det helt afgørende, at der er tro på modellens ramme og indhold, at arbejdet opleves både faglig relevant og meningsfuldt – og at arbejdet aktivt kan fungere inden for de eksisterende rammer, og på flere områder erstatte nuværende aktiviteter i regionerne.

Samspil med regionale aktiviteter

Modellen skal spille aktivt sammen med de regionale og lokale aktiviteter, mål og udviklingsplaner samt supplere den lovgivningsmæssige tilsynsforpligtigelse. Ved at modellen samler regionernes fælles bestræbelser, er der mulighed for at have en fælles netværksopbygning mellem de regionale sociale tilbud og dermed en udstrakt mulighed for sammenligning og vidensdeling af erfaringer og god praksis. Endelig vil en fælles national model naturligvis også gøre hele projektet meget billigere, både i udvikling og drift.

Kontinuerlig kvalitetsudvikling

Modellen må bygge på principperne om en kontinuerlig kvalitetsudvikling – kravene til udvikling af de enkelte sociale tilbud vil være individuel, men bygge på principperne om udvikling af kvaliteten på et stadigt højere kvalitetsniveau.

Ressourceforbrug

Modellen må have en god balance mellem ambitioner og krav til kvalitetsudvikling og ressourcer i regionerne. Kvalitetsmodellen opbygges således trinvis i flere faser med henblik på implementering over en årrække.

Samarbejde

Målet må være en regional kvalitetsmodel, hvor der indgår gode samarbejdsrelationer til kommunerne. Regionerne har status som leverandører og det vil således være af stor betydning, at kommunerne, som myndighedsudøver og bestiller af sociale ydelser, søges inddraget i samarbejdet om udvikling af kvalitetsmodellen. Også Velfærdsministeriet må som central statslig myndighed inviteres til at deltage i arbejdet.

Lovgivning

Kvalitetsmodellens indhold tager naturligvis udgangspunkt i den eksisterende lovgivning på det sociale område. På flere områder vil sociallovgivningen have karakter af at være egentlige kvalitetsstandarder, på andre områder vil modellen transformere lovgivning over til egentlige operationelle kvalitetsstandarder.

Tilsyn og kontrol

På det sociale område er der lovgivningsmæssigt opstillet rammer for tilsyn og kontrol. Kvalitetsmodellen vil på en række områder kunne bidrage til det tilsyn og den kontrol, der i dag eksisterer.

På sigt vil modellen kunne erstatte en række af de tilsyns- og kontrolfunktioner, der i dag eksisterer på det sociale område. Den interne selvevaluering, kombineret med den eksterne evaluering, udgør kernen i akkrediteringssystems evalueringsproces. Denne vil i høj grad kunne afløse en række tilsyns- og kontrolfunktioner.

Evidensbaseret grundlag

Udvikling af kvalitetsmodellen må hvile på et evidensbaseret grundlag. Det betyder at der må etableres en systematisk arbejdsproces, som søger at tilvejebringe relevant viden om teori, metoder, god praksis og forskningsresultater. Opbygningen af kvalitetsmodellen må således hvile på et fagligt vidensgrundlag – i det omfang det eksisterer på området.



Det sociale område

Når der udvikles en kvalitetsmodel for det sociale område vil der være en række særlige karakteristika, som må indgå i modelopbygningen. Det sociale område hviler i stor udstrækning på en samfundsvidenskabelig og humanistisk tradition. Området har egne traditioner for at arbejde evidensbaseret.

I de regionale sociale tilbud er der en række særlige karakteristika. Her arbejdes med den faglige kerneydelse, organisering, samarbejde og forløbsprocesser mellem forskellige sektorer samt sammenhæng og helhed i forløb. Hertil de såkaldte longitudinelle forløbsaspekter – hvor de sociale tilbud skal virke over et livsforløb fra småbørn, skolebørn, unge voksne og ældre. På disse sociale tilbud har pædagogiske forløb, overgange, sammenhænge og øvrige tilbud særlige karakteristika og en særlig betydning, som også må afspejles i kvalitetsmodellen.

Social model – inspiration og perspektiv

Kvalitetsmodellen på det sociale område vil tage udgangspunkt i det sociale områdes særlige vilkår, rammer og karakteristika. Modellen må således udvikles inden for den faglige ramme og tradition – og det faglige miljø og den kultur, hvori den skal virke. Herudover må modellen tage udgangspunkt i det vidensgrundlag, der findes på det sociale område og de muligheder der er for opbygning af dokumentation for indsats, resultater og effekt i den sociale indsats. Det er et vilkår for arbejdet.

Principperne for opbygningen af kvalitetsmodellen på det sociale område vil være at anvende en del af den ramme, det skelet og de principper, som Den Danske Kvalitetsmodel på sundhedsområdet er udviklet ud fra. Herudover vil relevante dele af denne models begreber og terminologi blive anvendt, men omsat til det sociale område.

Baggrunden for at søge denne parallelitet mellem kvalitetsmodellen på sundhedsområdet og det sociale område er, at kvalitetsmodellen på sundhedsområdet vil blive implementeret på store dele af sundhedsområdet i behandlingssystemet, herunder på det kommunale sundhedsområde. Ved

at anvende den samme ramme og principper for kvalitetsudvikling i de to sektorer skabes der mulighed for øget vidensdeling og koordination mellem indsatsen, eksempelvis omkring sundhedsfremmende initiativer og omkring de store brugergrupper, som benytter begge sektorer.

Men samtidig skal det understreges, at modellen her er en kvalitetsmodel på det sociale område. Modellen er udviklet således, at den orienterer sig og henvender sig til det sociale område med de særlige rammer, vilkår og karakteristika, der er her.

Ambitioner – trinvis implementering

Regionerne har et ønske om at udvikle en kvalitetsmodel på det sociale område, der kan anvendes i et fremtidsperspektiv. Regionerne har således et højt ambitionsniveau for opbygning af en fremtidig egentlig akkreditering på det sociale område.

Dette er et perspektiv, som kvalitetsmodellen opbygges på. Men samtidig vil modellen tage afsæt i en realistisk trinvis opbygning og implementering over en årrække.

Der vil i den videre udviklingsproces blive taget kontakt til internationale akkrediteringsorganisationer, der arbejder på det sociale område, med henblik på at vurdere kvalitetsmodellens opbygning og indhold, set i relation til de internationale krav til akkrediteringssystemer. Dette for at indbygge i modellen fra start, at der åbnes mulighed for et både nordisk og internationalt perspektiv og samarbejde. Udgangspunktet vil dog ikke være at indgå en egentlig aftale med en ekstern akkrediteringsorganisation.

I forbindelse med udarbejdelse af kvalitetsmodellen er der desuden taget kontakt til adjungeret professor i kvalitetsudvikling Jan Mainz, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Syddansk Universitet. Jan Mainz har fået forelagt kvalitetsmodellen og har gennemgået beskrivelsen af rammer og indhold i modellen. Jan Mainz har i denne sammenhæng udtrykt faglig anerkendelse for kvalitetsmodellens indhold og de principper for opbygning af en akkrediteringsmodel, som kvalitetsmodellen bygger på.



Kvalitetsmodellens opbygning

Fokusområde

Kvalitetsmodellen vil primært have fokus på den fysiske enhed, hvor de konkrete sociale tilbud produceres og leveres til brugerne. Det vil med andre ord sige, at modellens fokus er på de specifikke sociale tilbud og ydelser (bosteder, institutioner og aktiviteter).

Dele af modellen kan dog også have fokus på en række tværgående aktiviteter, der er tæt forbundet med de sociale ydelser og tilbud.

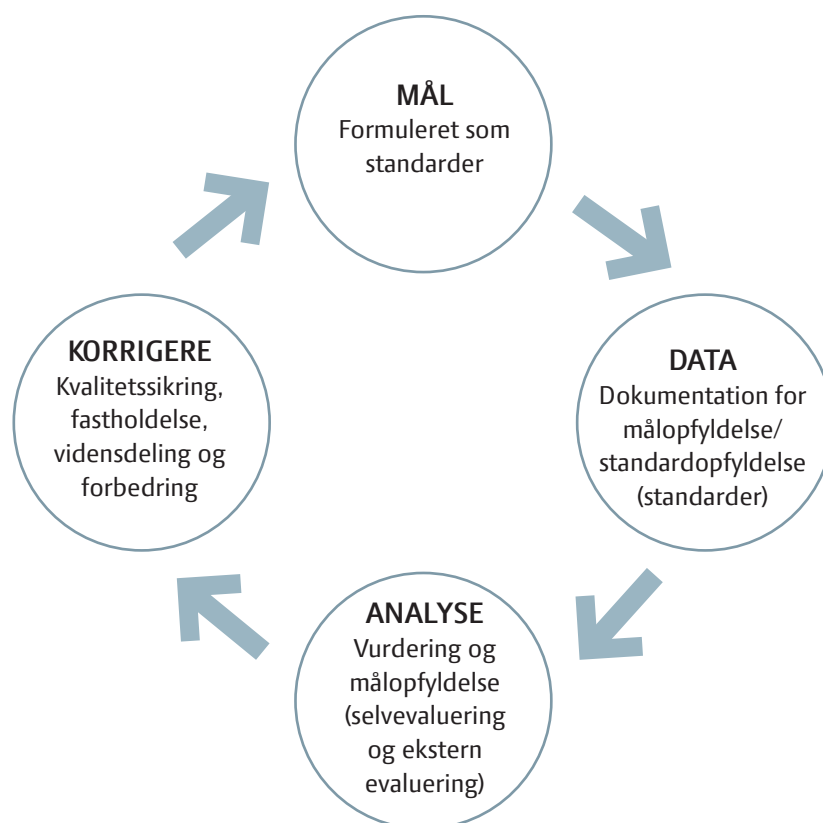
Selve kvalitetsmodellen bygger også på den eksterne vurdering og evaluering af de sociale ydelser og tilbud. Denne vil tage direkte afsæt i de sociale tilbud (bosteder, institutioner og aktiviteter). Der vil sekundært være områder, hvor arbejdet vil omfatte den regionale eller kommunale indsats i de sociale tilbud.

Kvalitetsudvikling

Udgangspunktet for kvalitetsmodellen vil være arbejdet med kvalitetsudvikling.

Der indbygges i kvalitetsmodellen et krav til løbende udvikling og forbedring af praksis. Der er således forventninger om, at der kan dokumenteres en udvikling og forbedring i praksis over tid, dokumenteret i forbindelse med de eksterne evalueringer.

Vurdering af en standards opfyldelse skal afspejle det sociale tilbuds arbejde med processer og aktiviteter, der fremmer systematisk synliggørelse og forbedring af kvaliteten.



Modellen vil bygge på de principper, der er i den systematik og dynamik, der er indbygget i den såkaldte kvalitetsudviklingscirkel.



Begreber og terminologi

Tre kvalitetsperspektiver

Kvalitetsmodellen vil indeholde tre overordnede kvalitetsperspektiver:

- **Den faglige kvalitet**, som omhandler de faglige kerneydelser. Det er selve den faglige kerneydelse i det pædagogiske arbejde, behandling, rehabilitering og omhandler eksempelvis omsorg, støtte, samtaler, pædagogisk metode samt den faglige læring og udvikling.
- **Den organisatoriske kvalitet**, som omhandler de sociale tilbuds organisering, ressourceanvendelse og prioritering. Det handler om samarbejde, kontinuitet og sammenhæng i tilbud og ydelser, personaleforhold, ressourceudnyttelse.
- **Den bruger- og pårørendeoplevede kvalitet**, som omhandler brugernes og de pårørendes oplevelser og vurdering af den konkrete indsats – både hvad angår de enkelte ydelser, rammer og vilkår samt de mellem menneskelige relationer.

Akkreditering

Denne kvalitetsmodel på det sociale område er opbygget som en akkrediteringsmodel. Det indebærer:

- At der opstilles et sæt af fælles regionale kvalitetsmål/standarder, som det enkelte sociale tilbud skal søge at opfylde
- At der opstilles en række indikatorer – målepunkter – med henblik på at kunne dokumentere målopfyldelsen på de opstillede kvalitetsmål/standarder
- At der udarbejdes lokale, regionale vejledninger og retningslinier til støtte for opfyldelse af de fælles regionale kvalitetsmål/standarder
- At der opbygges et fælles evalueringssystem til akkrediteringen, der muliggør en ekstern evaluering af det enkelte sociale tilbud, med inddragelse af fagprofessionelle samt brugere og pårørende. Denne eksterne evaluering foretages med 3 års mellemrum. I tidsintervallet mellem de eksterne evalueringer gennemføres en årlig selvevalueringsproces i det enkelte sociale tilbud

Akkreditering er en procedure, hvor en ekstern organisation vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkredi-

tering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver og giver et afsæt til videre kvalitetsudvikling.

En akkreditering indeholder følgende grundelementer:

- En vurdering foretages af en ekstern partner eller organisation
- Vurderingen foretages af personer med samme kompetence som de personer, der lader sig vurdere (såkaldt peer-review)
- Vurderingen baseres på opfyldelsen af et sæt af krav til kvaliteten (standarder), som dels er forhåndsdefineret og dels er fælles for alle de organisationer, der lader sig vurdere

Denne model er således ikke en egentlig formel akkrediteringsmodel, men opstilling af en kvalitetsmodel, der indeholder en række af de elementer, der indgår i en akkrediteringsmodel. Dette for med det samme at sikre, at det forestående arbejde på sigt kan indgå i en formel akkrediteringsproces og organisation, hvis der tages beslutning herom.

Valg af indsatsområder

Inden for de enkelte sociale tilbud og ydelser må der naturligvis ske en udvælgelse og prioritering af de emneområder og strategisk vigtige indsatsområder, som er relevante for en systematisk og kontinuerlig evaluering.

I udvælgelse af de strategisk vigtige områder må der således foretages valg og prioriteringer. Det vil her være relevant at udvælge emneområder trinvis således, at flere og flere aktiviteter og ydelsesområder over tid kommer til at indgå i modellen.

Ved valg af emneområder er det relevant at tage udgangspunkt i:

- Relevans (er det relevant for en større eller mindre – mere eller mindre vigtig del af de sociale tilbud)
- Ressourcer (er det muligt og realistisk at opstille brugbare standarder, er det muligt at opstille indikatorer)
- Dokumentation (mulighed for at dokumentere og evaluere)
- Meningsfuld og nytteværdi (emneområderne skal være meningsfulde og der skal være en nytteværdi (merværdi) forbundet med arbejdet)



Der vil i arbejdet blive lagt særlig vægt på brugerperspektivet. Fokus vil således være de emner, der berører brugerens livssituation, hverdagsliv og livsvilkår – mere end at lægge fokus på de mere administrativt orienterede emneområder.

Fastlæggelse af emneområder for kvalitetsmodellen skal besluttes på to områder:

- På det organisatoriske område
- På målgruppespecifikke/ydelsesspecifikke områder

Det foreslås, at der udarbejdes en bruttoliste inden for hvert område med en beskrivelse af relevante emneområder, der kan udgøre en samlet ramme for en kvalitetsmodel. Herefter kan indsatsen prioriteres således, at der gennemføres en trinvis arbejdsproces over flere år. Det vil være regionernes beslutning at prioritere emnerne og de enkelte trin i processen.

Standarder/kvalitetsmål

En standard er betegnelsen for et kvalitetsmål og specifikke krav, der danner grundlag for evaluering af den sociale indsats. En standard formulerer en række konkrete mål og krav til ydelser og aktiviteter.

Standarder kan formuleres som:

- Kvalitative standarder, hvor der formuleres kvalitetsmål og krav til instrukser, vejledninger og retningslinier
- Kvantitative standarder, hvor der er sat ønskede eller forventede mål og krav i tal. Det kan f.eks. være i form af opfyldelse af forventede (tal)værdier eller grænseværdier

I opstilling af en kvalitetsmodel kan kategoriseringen af de forskellige typer standarder og kvalitetsmål være forskellig. Her vælges ovenfor nævnte 2 standardtyper. I Den Danske Kvalitetsmodel på sundhedsområdet er der fastlagt tre standardtyper.

Standarderne formuleres af fagprofessionelle og er så vidt muligt evidensbaseret for at sikre, at standarderne er fagligt rigtige, relevante og at de i deres målformulering rent faktisk belyser de sociale ydelser, som det er hensigten.

Standarderne stiller krav om processer og funktioner, der understøtter kvalitetsforbedring. Standarderne er beskrivende og stiller ikke konkrete krav til bestemte løsninger.

Standarder må kunne vurderes med henblik på at afgøre, om standarden er opfyldt. Det betyder, at der stilles krav om, at standarderne skal være klart definerede og beskrevet entydigt, så en individuel fortolkning af meningen med standarden og standardopfyldelsen undgås. Endelig skal en standard/kvalitetsmål kunne dokumenteres.

En standard skal være:

- Klart defineret og entydigt beskrevet
Formuleret således, at det kan vurderes om standarden er opfyldt
- Så vidt muligt baseret på dokumenteret viden og faglig konsensus mellem fagprofessionelle

Der opstilles en fælles skabelon og ramme for, hvordan kvalitetsmål/standarder formuleres. De indeholder følgende:

- 1 Standardens område (Udarbejdes fælles)
- 2 Målgruppe for standarden (Udarbejdes fælles)
- 3 Formålet med standarden. (Kvalitetsmål). (Udarbejdes fælles)
- 4 Vejledning til standarden (Udarbejdes i en vis udstrækning fælles - hovedfokus vil dog være lokal og regional)
- 5 Måling og dokumentation (målepunkter og måleindikatorer). Krav til dokumentation. (Udarbejdes fælles)

Indikatorer

Til standarderne er der knyttet en række konkrete operationelle målepunkter, der kaldes for indikatorer. Indikatorerne er også fælles og gælder for alle de sociale tilbud og ydelser. Til sammen udgør standarderne, med tilknyttede indikatorer, det fælles grundlag for evalueringen af kvaliteten.

En indikator er en målbar variabel, som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.

Der kan opstilles indikatorer inden for tre områder:



- **Strukturindikatorer**, der beskriver rammer og strukturer for den socialfaglige indsats. Det omfatter eksempelvis de overordnede rammer og strukturer, ressourcer, lovgivning, økonomi, kompetencer og organisation
- **Procesindikatorer**, der beskriver helt konkrete aktiviteter, forløb og processer i relation til brugerne
- **Resultatindikatorer**, der beskriver indsats og resultater af en given social indsats

Det er ikke altid muligt at opnå en stor informationsværdi ved brug af en enkelt indikator. Derfor tilstræbes det, at der benyttes gruppering af sammenhængende indikatorer på et område. Det betyder, at der til et kvalitetsmål/standard ofte vil være flere indikatorer, der på forskellig vis belyser målopfyldelsen/standardopfyldelsen.

Indikatorerne udvikles ud fra kvalitetsmålene/standardens ordlyd således, at der er en klar sammenhæng mellem den formulerede standard og indikatorerne.

Indikatorerne muliggør også sammenligninger mellem de sociale tilbud. Når de sociale tilbud arbejder ud fra de samme kvalitetsmål/standarder, og måles på de samme indikatorer, er det muligt at gennemføre systematiske sammenligninger mellem tilbud dér, hvor det er relevant og meningsfuldt at gøre dette.

Vejledninger

Til de enkelte kvalitetsmål/standarder udarbejdes vejledninger (Også kaldet guidelines).

Vejledningerne skal virke som beslutningsstøtte og faglig guide til de fagprofessionelle i at løse de socialfaglige opgaver, med udgangspunkt i de opstillede faglige kvalitetsmål/standarder.

Vejledninger skal så vidt muligt udarbejdes på et evidensbaseret grundlag. Dette for at sikre, at de fagprofessionelle gør de rigtige ting, på den rigtige måde, for den rette bruger og på det rigtige tidspunkt. Det betyder, at vejledninger skal virke som en reference i personalets socialfaglige skøn. Vejledninger vil således være med til at skabe en fælles forståelsesramme for, hvad god kvalitet er.

Vejledningerne udarbejdes af de fagprofessionelle. Vejledningerne har til formål at sikre, at brugerne tilbydes den bedst mulige kvalitet ud fra den bedst mulige tilgængelige viden. Det er både et mål for den faglige praksis – og akkrediteringen understøtter dette ved at fastlægge de relevante fagligt underbyggede kvalitetsmål/standarder.

Det kan være hensigtsmæssigt, at regionerne i fællesskab indsamler det vidensgrundlag, der er relevant at anvende i vejledningerne. Det vil også være en naturlig sammenhæng mellem det vidensgrundlag, der er tilvejebragt for at fastlægge kvalitetsmål/standarder, indikatorer og vejledninger. Nogle vejledninger vil således have karakter af fælles regionale vejledninger. Andre vil være regionale. Andre igen lokale.

Vejledninger er guidelines – som det vil være hensigtsmæssigt at udforme i en form, der gør dem let læselige og let at finde rundt i. Vejledningerne skal netop være operationelle og anvendelsesorienterede til støtte for daglig praksis. Derfor må vejledningerne som udgangspunkt også formuleres lokalt og regionalt – dér hvor de konkrete sociale ydelser virker i dialogen med brugerne.

Vejledningerne må indeholde følgende overskrifter:

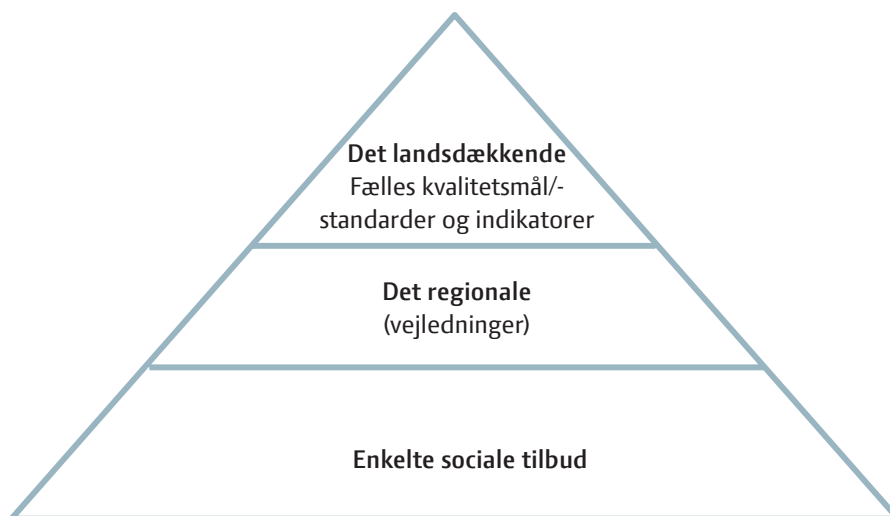
- Formål med vejledningen og inden for hvilket felt, den skal anvendes
- Relevante begrebsdefinitioner, afgrænsninger m.v.
- Anbefalinger – konkrete indhold og anbefalinger på baggrund af systematisk vidensindsamling (evidens). Anbefalingerne kan både omhandle vejledninger til struktur, proces og resultat
- Ansvar og opgavefordeling
- Henvisninger til relevante kilder, litteratur m.v.

Fælles og hver for sig

De vejledninger, der arbejdes efter til støtte for daglig praksis, med henblik på målopfyldelse/standardopfyldelse, udarbejdes lokalt og regionalt. Nogle områder er helt lokalt orienteret og udarbejdes af det enkelte sociale tilbud, andre er tværgående og regionale – gældende for et samlet politisk/administrativt område.



Arbejdet med kvalitetsmodellen kan illustreres således:



Evidens og dokumentation

Kvalitetsmodellen opbygges på et evidensbaseret grundlag. Ordet evidens kan direkte oversættes med viden/kundskaber. At arbejde evidensbaseret indebærer, at der indsamles viden, der kan understøtte formuleringen af standardernes indhold. Kvalitetsmål/standarder bliver væsentlige faglige pejlemærker for det sociale arbejde og det er derfor meget vigtigt, at de således bygger på tilgængelig viden og bedste praksis. Det samme gælder de indikatorer – målepunkter – der fastlægges og grundlaget for de vejledninger, der udarbejdes.

At arbejde vidensbaseret vil således betyde, at der systematisk indsamles viden om god praksis og viden om metoder, der er de mest velegnede, samt relevante forskningsresultater på feltet. Der kan være tale om at indsamle denne viden både fra aktiviteter herhjemme, i de øvrige nordiske lande og internationalt.

På det sociale område er det på de fleste områder en udfordring at arbejde vidensbaseret. Der er ikke en tradition for at arbejde vidensbaseret på baggrund af forskningsmæssig viden på det sociale område. Den

samfundsvidenskabelige forskning og metodeudvikling til at understøtte praksis på det sociale område er ikke særlig udbygget. Er det ikke muligt at tilvejebringe solid viden anvendes i stedet en faglig konsensusproces. Hermed menes, at fagprofessionelle – erfarne og kompetente fagpersoner med god viden og indsigt på feltet – sætter sig sammen og bliver enige om (konsensus), hvad der er kendetegnende for god praksis eller hvilke kvalitets-mål/standarder, der udtrykker god praksis.

Selvevaluering

Ved selvevaluering forstås en systematisk vurdering af det enkelte sociale tilbuds aktiviteter og resultater foretaget af den enkelte enhed selv. Selvevalueringen sker, med henblik på at vurdere graden af målopfyldelse for de fastlagte kvalitetsmål/standarder, samt at fastlægge initiativer til at fastholde eller forbedre denne.

Det enkelte sociale tilbud foretager med andre ord en evaluering af egen indsats, med henblik på, via dokumentationen der løbende indsamles, at vurdere graden af målopfyldelse for de fastlagte kvalitetsmål/standarder.



Ledelse og medarbejdere – eventuelt suppleret med brugere og pårørende gennemfører en selvevalueringsproces én gang om året. Selvevalueringsprocessen og resultaterne af selvevalueringen gemmes og materialet indgår i den eksterne evalueringsproces, der gennemføres med et tre-årigt interval.

Ekstern evaluering

Udefrakommende fagpersoner foretager, sammen med udefrakommende brugere og pårørende, en ekstern evaluering af det enkelte sociale tilbud.

Den eksterne evaluering foretages hvert tredje år. Den baseres på, at fagprofessionelle (ledelse og fagpersoner fra lignende sociale tilbud fra en anden region) samt brugere og pårørende (også fra et lignende socialt tilbud fra en anden region) besøger det enkelte sociale tilbud. Her foretages interview med fagpersonale, brugere og pårørende. Der vil være en dialog med det enkelte sociale tilbuds ledelse, medarbejdere samt brugere og pårørende. Det sociale tilbuds selvevalueringsrapporter og dokumentation for opnåede resultater (målopfyldelse for de opstillede kvalitetsmål/standarder) fremlægges og drøftes.

På baggrund af besøget udarbejder de besøgende en evalueringsrapport med vurderinger af, hvordan der leves op til standarderne og med forslag til, hvor eller hvordan der kan iværksættes forbedringsinitiativer.

At foretage disse eksterne besøg indebærer – for både fagpersoner og brugere og pårørende – at der må opbygges særlige forudsætninger for at kunne vurdere de sociale tilbud med udgangspunkt i de opstillede standarder/kvalitetsmål. Der gennemføres derfor en særlig evalueringssudannelse og træning.

Udefrakommende inviteres ind i det sociale tilbuds "værksted" og "maskinrum" og vurderer indsatsen, set i relation til de opstillede standarder/kvalitetsmål – og efter på forhånd fastlagte eksplicite kriterier. I praksis vil sociale tilbud fra region til region få besøg af fagprofessionelle samt brugere og pårørende – der i andre sammenhænge selv vil være dem, der får et eksternt besøg. Erfaringer viser, at der udover et indbygget "kontrolaspekt" vil være skabt en ramme for systematisk læring, inspiration og udveksling af den gode praksis.

Det kan overvejes at fastlægge en akkrediteringslignende vurdering af det enkelte sociale tilbud, på baggrund af de eksterne besøg og deres vurdering. Eksempelvis kan der foretages en vurdering således:

- > De eksterne evaluatore vurderer, at det sociale tilbud lever op til de opstillede standarder/kvalitetsmål (godkendelse)
- > De eksterne evaluatore vurderer, at det sociale tilbud på en række områder ikke lever helt op til de opstillede standarder/kvalitetsmål (enkelte områder må gøres bedre)
- > De eksterne evaluatore vurderer, at det sociale tilbud på en række afgørende områder ikke lever op til de opstillede standarder/kvalitetsmål (vigtige områder må gøres bedre – og evaluatore kommer på genbesøg)

Rapportering og offentliggørelse

Kvalitetsmodellen indebærer også en ekstern rapportering og offentliggørelse af resultater. Et af formålene med kvalitetsmodellen er netop at sikre systematisk dokumentation – synlighed og gennemsigtighed for brugere, pårørende og offentligheden i forhold til de enkelte sociale tilbud og det sociale område i almindelighed.

Der vil foregå en løbende dataindsamling med udgangspunkt i de indikatorer, der er fastlagt. Dataindsamling og resultatformidling foregår løbende. Intervallet, rammer og vilkår for disse indikatormålinger må fastsættes i et samarbejde mellem de centrale aktører på området. Der kan her peges på, at årlige rapporteringer kan være et godt udgangspunkt for at sikre en løbende offentliggørelsesproces.

De sociale tilbud arbejder med de samme kvalitetsmål/standarder og arbejder med udgangspunkt i de samme indikatorer (målepunkter). Det muliggør derfor sammenligninger af resultater mellem de sociale tilbud på lokalt og regionalt niveau.

Resultatformidlingen må drøftes og fastlægges nærmere.

Endelig vil det være relevant at overveje, om der skal opstilles formelle bedømmelser af det enkelte sociale tilbud, som gives af de eksternt besøgende.



Den samlede kvalitetsmodel

Modellens opbygning

De forskellige typer sociale tilbud kan beskrives ud fra en række fælles, overordnede organisatoriske forhold og ud fra forskellige målgruppe- og ydelsesspecifikke forhold.

Kvalitetsmodellen på det sociale område opbygges derfor således, at der både indgår disse fælles organisatoriske områder og de forskellige målgruppe- og ydelsesspecifikke områder. Kvalitetsmodellen opbygges således:

Det organisatoriske område

Det organisatoriske område omhandler de organisatoriske og mere generelle områder, der vil være fælles for alle sociale tilbud. Det omhandler en række generelle forhold i nær sagt alle typer sociale tilbud.

Her er en række eksempler på hvad der kan indgå i arbejdet på det organisatoriske område:

- Rekruttering, uddannelse og kompetenceudvikling
- Samarbejde med kommune
- Fejl og utilsigtede hændelser
- Arbejdsmiljø
- Ernæringsforhold
- Fysiske forhold, apparatur og teknologi
- Dokumentation og datastyring
- Hygiejne
- Kvalitetsstyring
- Ledelse
- Transport
- Medicin

De målgruppe- og ydelsesspecifikke områder

Det målgruppe- og ydelsesspecifikke område er en beskrivelse af indsatsområder, der er rettet mod de forskellige typer sociale tilbud og ydelser. Her er opgaven at få det særlige og de specifikke forhold beskrevet. Overskrifterne her på temaerne kan sådan set godt være de samme – men til forskel fra temaerne på det organisatoriske område vil de konkrete kvalitetsmål/standarder her være meget specifikt beskrevet i forhold til den specifikke brugergruppe eller ydelsesområde.

Her er en række eksempler på områder, der er relevante at formulere som målgruppe- og ydelsesspecifikke områder:

- Brugerinddragelse, selvbestemmelse, medindflydelse
- Behandlingsplaner og individuelle pædagogiske planer
- Kommunikation og opbygning af relationer
- Magtanvendelse
- Henvissningsprocesser
- Overdragelsesprocesser
- Information til brugere og pårørende
- Koordinering og kontinuitet
- Modtagelse og indslusning

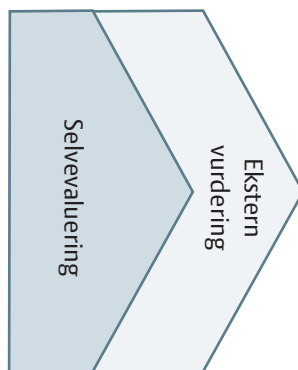


Samlet model

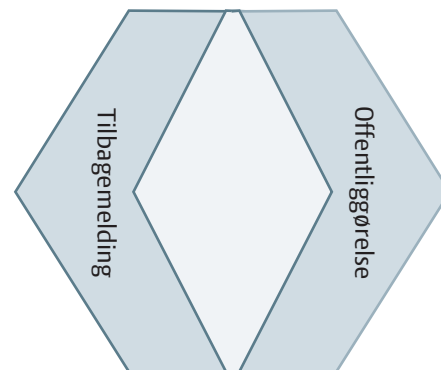
Kvalitetsmåling/Standarder



Evaluering



Rapport



Den samlede kvalitetsmodel på det sociale og pædagogiske område ser ud som vist herover.

Kvalitetsmål/standarder

Der udvikles en række kvalitetsmål/standarder inden for de organisatoriske områder og inden for de målgruppe- og ydelsesspecifikke områder.

Til kvalitetsmål/standarderne knyttes en række indikatorer – målepunkter. Der indsamles løbende data på baggrund af disse indikatorer fra daglig praksis.

En række lokale/regionale vejledninger understøtter det faglige arbejde med henblik på opfyldelse af kvalitetsmål/standarder.

Selvevaluering

Hvert år foretager de enkelte sociale tilbud en selvevaluering og drøfter i eget regi resultater af den konkrete indsats

(læringsperspektivet). Hvert tredje år gennemføres en ekstern evaluering, hvor udefrakommende fagpersoner samt brugere og pårørende - vurderer det enkelte sociale tilbuds indsats og resultater inden for de områder, hvor der er opstillet kvalitetsmål/standarder.

Rapport

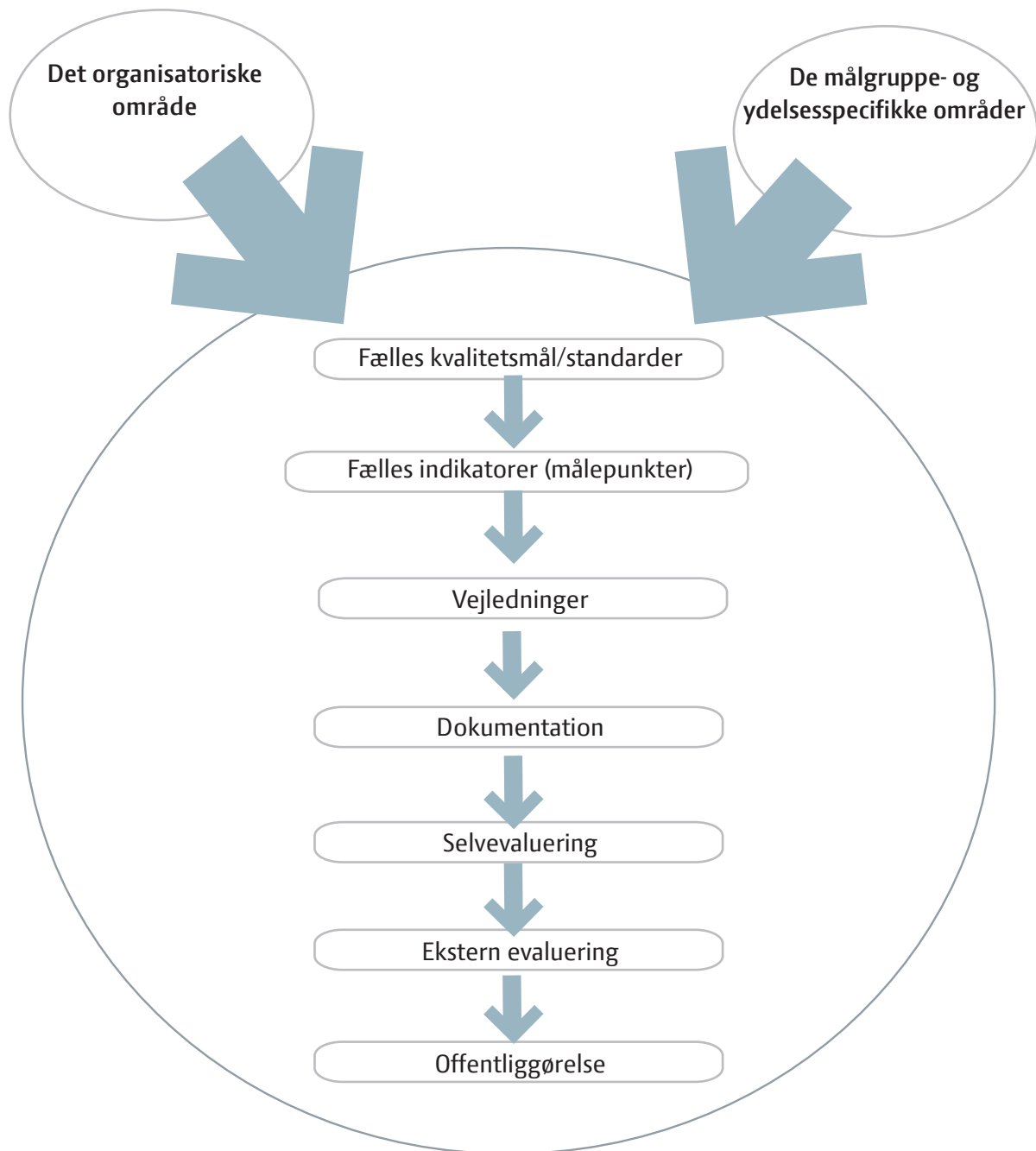
De eksternt besøgende evaluerer det sociale tilbud og udarbejder en rapport efter besøget på det enkelte sociale tilbud og giver dermed en tilbagemelding til det enkelte tilbud og eventuelt en samlet vurdering.

Resultaterne offentliggøres.



Kvalitetsmodellen

Den samlede kvalitetsmodel for det sociale område kan i én figur illustreres således:





Implementering

I de foregående afsnit blev kvalitetsmodellen præsenteret. Kvalitetsmodellen skal også implementeres. Her vil indgå en række drøftelser mellem politikere, ledere, fagfolk, brugere og pårørende. En række vigtige temaer er:

De første skridt

Det første vigtige skridt i en kvalitetsmodel er at få fastlagt den overordnede model og de rammer, der skal gælde for arbejdet. En faglig, ledelsesmæssig og politisk konsensus om kvalitetsmodellen vil være en styrke i det videre udviklings- og implementeringsarbejde.

Herefter skal kvalitetsmodellen fyldes ud. Der skal prioriteres og udvælges de konkrete emneområder/indsatsområder, som skal indgå i modellen og måske her også opstille en prioritering og rækkefølge for implementeringen.

Når emnerne/indsatsområderne er udvalgt, er scenen overladt til fagfolk, brugere og pårørende, der i fællesskab må formulere kvalitetsmål/standarder og udvælge relevante indikatorer. Organisation og evalueringsprocesser fastlægges.

Når kvalitetsmodellens indhold er kendt, begynder det regionale og lokale arbejde med at udarbejde vejledninger til støtte for arbejdet samt at organisere dataindsamling, selvevaluering o.s.v.

De enkelte sociale tilbud organiserer arbejdet og påbegynder implementeringen af kvalitetsmodellens kvalitetsmål/standarder samt dataindsamling og årlige selvevaluering.

Der må gennemføres træning og uddannelse, så alle faggrupper og medarbejdergrupper involveres i arbejdet.

De første fælles rapporteringer offentliggøres på baggrund af dataindsamling og selvevalueringer.

Ekstern evaluering

De første sociale tilbud forventes klar til en ekstern evaluering cirka to år efter kvalitetsmodellen foreligger og indhold, rammer og organisation er kendt.

Arbejdsprocessen fortsætter herefter i en ny arbejdsproces.

Tid til arbejdsprocessen

Internationale erfaringer om kvalitetsmodeller og akkrediteringsarbejde påpeger vigtigheden af, at der udarbejdes realistiske tidsplaner for arbejdet der er afpasset efter kvalitetsmodellens indhold og omfang. Alt vil her afhænge af kvalitetsmodellens indhold og ambitionsniveau. Modellen kan udarbejdes med en implementering over en årrække i flere "generationer". Det gør arbejdet mere overskueligt og realistisk – og de første resultater af processen kan foreligge hurtigere.

Det tager tid at invitere til deltagelse og involvering i arbejdsprocessen frem mod fastlæggelse af emneområder, kvalitetsmål/standarder, og at få fastlagt relevante målepunkter/indikatorer. Få indsamlet relevant viden (vidensbaseret) og få sikret god faglig forståelse og konsensus for arbejdet. En arbejdsproces, der må involvere både fagpersoner samt brugere og pårørende.

De indikatorer/målesystemer der opstilles må omsættes i praksis. Lokale og fælles dataindsamling og indberetningssystemer må fastlægges og implementeres i praksis.

Fagfolk må sikres viden og indsigt i kvalitetsmodellen for at kunne arbejde med den i daglig praksis.

Fagfolk, brugere og pårørende må trænes og uddannes til at kunne gennemføre den eksterne evalueringsproces.

Ressourceforbrug

Det er vanskeligt at udregne, hvad de samlede omkostninger vil være for opbygning af en kvalitetsmodel, implementering og løbende drift.

Der vil være betydelige udgifter forbundet med arbejdet de første år indtil kvalitetsmodellen er fuldt implementeret og kører i daglig drift.

Udvikling af standarder og indikatorer

Der må fastlægges et realistisk niveau og detaljeringsgrad for de kvalitetsmål/standarder der udarbejdes og de tilhørende indikatorer. Pointen her vil være at sikre, at der arbejdes ud fra en række hovedspor, der ikke er alt for detaljerede og spidsfindige. Det samme gælder indikatorerne – kunsten her er at udvælge få men vigtige indikatorer, der kan sige noget om kvaliteten.

Der kan eksempelvis opstilles en ramme for modellen. At der udarbejdes et bestemt antal standarder og et bestemt antal indikatorer.



For mange, for detaljerede kvalitetsmål/standarder og for højt et ambitionsniveau i forbindelse med udvælgelse af og omfanget af indikatorer og dokumentation i arbejdet hører til de store faldgruber der må undgås.

Administrative systemer

Til en fælles kvalitetsmodel hører også en systematik og en kvalitetssikring af de administrative systemer, indberetningssystemer, dokumentationshåndtering, IT m.v. Erfaringer fra lignende processer peger på, at der her ligger et større arbejde, og at det er hensigtsmæssigt at disse administrative systemer tænkes ind fra start. Det vil her være en stor fordel, at en række af disse administrative systemer er fælles for de regionale sociale tilbud i hver af de fem regioner. Nogen kan måske også være fælles for hele det regionale område.

Sekretariat

Arbejdet med kvalitetsmodellen drives frem af et fælles sekretariat, der kan understøtte og forestå en stor del af modelopbygningens mange arbejdsprocesser samt understøtte det lokale og regionale arbejde. Herudover må sekretariatet stå for opbygning af hele rapporteringssystemet og den eksterne evalueringsproces.

Et sekretariat må fungere som et fagligt sekretariat med ekspertise og kompetencer inden for det sociale område, med henblik på at kunne støtte og inspirere fagfolk, brugere og pårørende i det konkrete udviklingsarbejde.

Kvalitetsmodel for de regionale botilbud

Danske regioner har besluttet at kvalitetsmodellen udvikles og implementeres i de regionale botilbud. Arbejdet påbegyndes i starten af 2008.

De regionale botilbud der er omfattet af initiativet er tilbud i henhold til lov om social service §67 (børn) og §107 og §108 (voksne). Der er udarbejdet en særskilt publikation om arbejdet på botilbudsområdet.



Kilder og litteratur

Akkrediteringsstandarder. Opholdssteder. Landsforeningen Opholdssteder 2006

Care Homes for Younger Adults and Adults Placements. National Minimum Standards. Care Homes Regulations. Department of Health 2002

Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse. Sundhedsstyrelsen. December 2004

Den Danske Kvalitetsmodel. Standarder og indikatorer for sygehuse. Høringsmateriale. 11. april 2007. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003.

Den fælles kvalitetsmodel. Kvalitetsmappen. Psykiatri- og socialforvaltningen. Københavns Amt 2005

Projektbeskrivelse for den Fælles Kvalitetsmodel på det sociale område. Kvalitetsenheden. Psykiatri- og socialforvaltningen. Københavns Amt 2004

Udvikling af amtslige standarder. Den Fælles Kvalitetsmodel. Arbejdsrapport. Kvalitetsenheden. Psykiatri- og socialforvaltningen. Københavns Amt 2005

Udvikling af vejledninger. Den Fælles Kvalitetsmodel. Arbejdsrapport. Kvalitetsenheden. Psykiatri- og socialforvaltningen. Københavns Amt 2005

Modtaget materiale fra regionerne i forbindelse med arbejdet:

Region Hovedstaden

- Notat med erfaringer fra Den Danske kvalitetsmodel på socialområdet
- Statusrapport om Den fælles kvalitetsmodel
- Standard for korrekt opmåling af medicin
- Standard for respektfuld kommunikation
- Vejledning for korrekt opmåling af medicin
- Vejledning for respektfuld kommunikation

Region Sjælland

- Notat om standarder på tre niveauer og den etiske læreproces

Region Midtjylland

- Vejledning til ICF
- Tjekliste til ICF-skemaer
- Forældrepeje om ICF
- Koncepthæfte til arbejdsklimaundersøgelser
- Arbejdsrapporter om auditmetoden i sociale praksis

Region Nordjylland

- Notat om Jysk socialt forsknings- og evalueringssamarbejde
- Notat om etik, kommunikation og åbne miljøer på de regionale tilbud på socialområdet

Region Syddanmark

- Plan for kvalitetssikring og pædagogisk udvikling

Fælles regionalt

- Gennembrudsprojektet om Indflydelse på eget liv
- Landsdækkende bruger- og pårørendeundersøgelser på bosteder
- Landsdækkende bruger- og forældreundersøgelser på de sikrede institutioner
- Materiale om de sociale indikatorprogrammer (SIP-sikret og SIP-ungepsyk)
- Metodeudvikling vedr. medinddragelse, selvbestemmelse og medindflydelse på bosteder
- Landsdækkende bruger- og pårørendeundersøgelser på bosteder
- Landsdækkende bruger- og forældreundersøgelser på de sikrede institutioner
- Metodeudvikling vedr. medinddragelse, selvbestemmelse og medindflydelse på bosteder



DANSKE
REGIONER



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

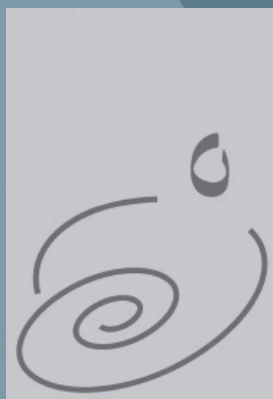
T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

DANSKE
REGIONER



Dansk kvalitetsmodel for de regionale botilbud på det sociale område

Udvikling og implementering





**Dansk kvalitetsmodel for de regionale
botilbud på det sociale område
Udvikling og implementering**

Udgivet af Danske Regioner
December 2007

Layout: UHI, Danske Regioner
Tryk: Danske Regioner
Oplag: 700

Publikationen kan rekvireres hos
Danske Regioner
Dampfærgevej 22
2100 København Ø
publ@regioner.dk

eller downloades på www.regioner.dk

Denne publikation skal ses i sammenhæng med
Publikationen Dansk Kvalitetsmodel på socialområdet.
Model

Flere informationer om publikationen kan fås hos

Center for Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland
Centerchef Peter Rhode
peter.rhode@stab.rm.dk
Tlf. 87 28 49 10

Den sociale danske kvalitetsmodels hjemmeside:
www.socialkvalitetsmodel.dk

ISBN trykt 978-87-7723-511-5
ISBN elektronisk 978-87-7723-512-2



	Indledning	4
	Initiativet	4
	To sammenhængende publikationer	4
	Kvalitetsmodel for de regionale botilbud	5
	Omfang og prioritering	5
	Kvalitetsmål/standarder	5
	Kvalitetsprojekter integreres	5
	Hvad kan indgå i kvalitetsmodellen	6
indhold	Organisering	8
	Implementering	9



Indledning

Initiativet

Regionerne har taget initiativ til at udvikle en kvalitetsmodel for det sociale område. Det er samtidig besluttet, at kvalitetsmodellen i første omgang skal udvikles og implementeres på det regionale botilbudssområde.

Der tages hermed et fælles initiativ i regionerne med henblik på:

- at sikre borgere og offentligheden en indsigt i kvaliteten i regionernes sociale tilbud
- at sikre rammer for en fortsat kvalitetsudvikling i de sociale tilbud og at skabe gode rammer og faglige miljøer for læring og udvikling
- at sikre rammer og styrkelse af dialogen mellem brugere og pårørende om de sociale tilbud
- at sikre en kvalitetssikring af de sociale ydelser
- at sikre ensartethed i sammenlignelige ydelser
- at sikre øget dokumentation for både processer og resultater i de sociale tilbud

Regionerne har haft en projektgruppe, der har udarbejdet en kvalitetsmodel for det regionale sociale område. Arbejdet i gruppen har også omhandlet opstilling af en operationel plan for implementering af kvalitetsmodellen i de regionale sociale botilbud. Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland er udpeget til at være sekretariat.

To sammenhængende publikationer

Projektgruppen har udarbejdet to sammenhængende publikationer:

- Dansk kvalitetsmodel på det sociale område. Model
- Dansk kvalitetsmodel for de regionale botilbud på det sociale område

Kvalitetsmodellen på det sociale område beskriver således den overordnede model for arbejdet, og denne er grundlaget for arbejdet med modellen i de regionale botilbud. Begge publikationer er således nødvendige for at se og forstå indholdet i det samlede initiativ.

I denne publikation forudsættes således et kendskab til den overordnede kvalitetsmodel for det sociale område.



Kvalitetsmodel for de regionale botilbud

Omfang og prioritering

Regionerne har taget initiativ til at udvikle en kvalitetsmodel på det specialiserede sociale område (botilbud). Arbejdet vil tage udgangspunkt i denne model og vil bygge på de principper, der er beskrevet i modellen.

De regionale botilbud, der er omfattet af initiativet, er tilbud i henhold til Lov om Social Service, § 67 (børn) og § 107 og § 108 (voksne).

Der skal arbejdes med udvikling og implementering af kvalitetsmodellen med fokus på to tilgange:

- En række organisatoriske områder, der er fælles for det sociale områdes tilbud
- En række målgruppe- og ydelsesspecifikke områder, der er særlige og specifikke for de specialiserede sociale botilbud

I udvælgelse af kvalitetsmål/standarder inden for hvert af de to områder, er der taget der udgangspunkt i:

- Prioriterede områder for indsats og dokumentation
- Områder, hvor regionerne har flere aktiviteter i gang, som kan understøttes i forbindelse med arbejdet
- Områder, der indgår i den aktuelle politiske og faglige debat, og hvor der efterspørges en særlig indsats og øget dokumentation

I første generation af kvalitetsmodellen udvælges:

- Tre kvalitetsmål/standarder på organisatoriske områder
- Tre kvalitetsmål/standarder inden for de målgruppe- og ydelsesspecifikke områder – det specifikke for de specialiserede sociale botilbud

Inden for hvert af de seks temaområder opstilles der et specifikt kvalitetsmål/standard. Og der fastlægges to

indikatorer for hvert kvalitetsmål/standard. I den første generation af kvalitetsmodellen vil der blive arbejdet hen imod, at antallet af standarder ikke overstiger seks og at antallet af indikatorer ikke overstiger 12. Antallet af indikatorer pr. standard kan variere mellem standarderne. Den enkelte region kan vælge at lade flere standarder og indikatorer indgå i kvalitetsmodellen.

Kvalitetsmål/standarder

Der udvælges følgende tre temaer på det organisatoriske område.

- Ledelse
- Arbejdsmiljø
- Kompetenceudvikling

Der udvælges følgende tre temaer på det målgruppe- og ydelsesspecifikke område – det specifikke for de specialiserede regionale botilbud:

- Brugerinddragelse
- Individuelle pædagogiske planer
- Kommunikation

De 3 organisatoriske områder og de 3 målgruppe- og ydelsesspecifikke områder der er udvalgt på bostedsområdet, og de tilhørende 6 standarder og 12 indikatorer udgør kvalitetsmodellens 1. generation. Kvalitetsmodellen vil i de kommende år blive udbygget yderligere, og vil komme til at omfatte et større antal temaområder, standarder og indikatorer.

Kvalitetsprojekter integreres

I forbindelse med beslutningen om at udvikle og implementere kvalitetsmodellen på det regionale bostedsområdet har regionerne samtidig besluttet, at de forskellige fællesregionale kvalitetsprojekter integreres i den nye organisatoriske ramme som kvalitetsmodellen udgør. Det betyder således, at disse kvalitetsprojekter både organisatorisk, fagligt og økonomisk integreres i kvalitetsmodellen, og forankres i det fællesregionale sekretariat. De enkelte kvalitetsprojekter vil fremover blive planlagt, organiseret og koordineret ud fra de rammer der fastlægges i arbejde med kvalitetsmodellen.



De fælles regionale kvalitetsprojekter der vil blive integreret i kvalitetsmodellen er:

- **De sociale indikatorprogrammer**

Danske Regioner har, i et samarbejde med bl.a. Socialministeriet og Socialpædagogernes Landsforbund, etableret en ramme for udvikling og implementering af de sociale indikatorprogrammer.

De sociale indikatorprogrammer omfatter aktiviteter inden for ungeinstitutioner (unge med psykiatriske problemstillinger), bosteder for handicappede (herunder brugere med erhvervet hjerneskade) samt de sikrede institutioner. De sociale indikatorprogrammer er dokumentationsprogrammer, med fokus på indsats og resultatdokumentation samt effektdokumentation.

De sociale indikatorprogrammer vil udgøre et væsentligt fundament for de indikatorer og den dokumentation der fastlægges i kvalitetsmodellen vedrørende den faglige indsats og resultaterne.

De sociale indikatorprogrammer vil fortsat også omfatte flere aktiviteter og faglige dimensioner end dem, der indgår direkte i kvalitetsmodellens 1. generation.

- **Bruger og pårørendeundersøgelser**

Danske Regioner har taget initiativ til at der gennemføres pårørendeundersøgelser på bostederne, bruger- og pårørendeundersøgelser i den regionale socialpsykiatri og unge- og forældreundersøgelser i de sikrede institutioner. Herudover er der taget initiativ til at etablere en fælles regional ramme om brugermedvirken og brugerevaluering på bostedsområdet.

Bruger og pårørendeundersøgelser vil udgøre et væsentligt fundament for de indikatorer og den dokumentation der fastlægges i kvalitetsmodellen vedrørende bruger og pårørendes vurdering og evaluering af bostederne.

- **International klassifikationssystem vedrørende funktionsevne (ICF)**

Regionerne har taget initiativ til at der gennemføres et pilotprojekt, med fokus på anvendelse af det internationale klassifikationssystem vedrørende funktionsevne som grundlag for udarbejdelse af handle og behandlingsplaner. Dette med henblik på at forbedre og tydeliggøre kommunikationen mellem samarbejdspartner, brugere og pårørende. Udviklingsprojektet skal bidrage til udviklingen af det sociale indikatorprogram på handicapområdet, og bidrage med viden og erfaringer om anvendelse af ICF, med henblik på at vurdere om klassifikationssystemet skal indarbejdes i de kommende generationer af den sociale kvalitetsmodel.

- **Fejl og hændelser med særlig identificerede problemer**

Regionerne har taget initiativ til at sætte fokus på brugersikkerhed og arbejdsmiljø. Projektet om fejl og særlig definerede problemer omfatter eksempel fejlmedicinering, magtanvendelse og handlinger der fører til brugeres overgreb på (vold mod) personale og andre brugere.

Udviklingsprojektet skal bidrage til kvalitetsmodellen, med henblik på at sætte fokus på medicinering, arbejdsklima, magtanvendelse og vold/personskader.

Hvad kan indgå i kvalitetsmodellen

De 3 organisatoriske og 3 målgruppe og ydelsesspecifikke temaer i kvalitetsmodellens 1. generation er blevet fastlagt. Og antallet af kvalitetsmål/standarder og indikatorer ligeså.

Kvalitetsmodellen vil bygge på de fælles regionale kvalitetsprojekter – der nu integreres i kvalitetsmodellen – og de aktiviteter der foregår i hver af de 5 regioner.

Helt indledningsvis kan der gives et billede af, hvad der kan indgå i, og bidrage til at bygge kvalitetsmodellen op. Der er tale om en skitse, med en række eksempler, der skal illustrere sammenhængen mellem de kvalitetsmål/standarder og indikatorer der arbejdes med i kvalitetsmodellen og de kvalitetsaktiviteter der kan indgå i arbejdet.



Det organisatoriske område:

Tema	Aktiviteter der kan indgå
Ledelse Udarbejdelse af et fælles kvalitetsmål/standard Udvælgelse af fælles indikatorer	Det foreslås, at der tages udgangspunkt i regionernes ledelsesgrundlag og politikker.
Arbejds miljø Udarbejdelse af et fælles kvalitetsmål/standard Udvælgelse af fælles indikatorer	Der tages udgangspunkt i materiale, der forefindes i regionerne, hvor der arbejdes med arbejdsmiljøtemaet. Regioner gennemfører medarbejdertrivsels- /arbejds klimaundersøgelser blandt medarbejdere i botilbud.
Kompetenceudvikling Udarbejdelse af et fælles kvalitetsmål/standard Udvælgelse af fælles indikatorer	Der tages udgangspunkt i regionernes egne mål og strategier for kompetenceudvikling.

Botilbudsområdet:

Tema	Aktiviteter der kan indgå
Brugerinddragelse Udarbejdelse af et fælles kvalitetsmål/standard Udvælgelse af fælles indikatorer	Regionernes egne mål og politikker vedrørende brugerinddragelse, selvbestemmelse og medindflydelse. Regionernes bruger- og pårørendeundersøgelser. De sociale indikatorprogrammer er den fælles regionale indsats-, resultat- og effektdokumentation. Udredningsarbejde med henblik på at udvikle rammer for brugernes vurdering af botilbud, medinddragelse og medindflydelse.
Individuelle pædagogiske planer Udarbejdelse af et fælles kvalitetsmål/standard Udvælgelse af fælles indikatorer	Regionernes bruger- og pårørendeundersøgelser. De sociale indikatorprogrammer er den fælles regionale indsats-, resultat- og effektdokumentation. Udredningsarbejde vedrørende internationalt klassifikationssted vedrørende funktionsevne ICF.
Kommunikation Udarbejdelse af et fælles kvalitetsmål/standard Udvælgelse af fælles indikatorer	Der kan tages udgangspunkt i udarbejdede standarder, indikatorer og vejledninger, udarbejdet af Social- og Psykiatريفvaltningen i Københavns Amt 2005 Regioners bruger- og pårørendeundersøgelser. Regionerne igangsætter et fælles udredningsarbejde med henblik på at udvikle rammer for området, herunder systematiske muligheder for brugernes vurdering af botilbud. Udredningsarbejde med henblik på at udvikle rammer for brugernes vurdering af botilbud, medinddragelse og medindflydelse.



Organisering

Styregruppe

Der etableres en overordnet styregruppe til den danske kvalitetsmodel. Styregruppen bliver tillige styregruppe for de forskellige fællesregionale kvalitetsprojekter. Styregruppen vil bestå af en repræsentant fra hver af de 5 regioner og Danske Regioner.

Herudover inviteres KL, velfærdsministeriet, Socialpædagogernes Landsforbund, De Samvirkende Invalideorganisationer, samt Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service til at deltage i styregruppen. Formandskab og sekretariatsfunktionen varetages af Danske Regioner.

Sekretariat

Der etableres et fælles regionalt sekretariat i Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland. Sekretariatet vil være tovholder og ansvarlig for udvikling og implementering af kvalitetsmodellen. Sekretariatet har ansvaret for den faglige arbejdsproces, organisering og koordinering bl.a. af de forskellige fællesregionale kvalitetsprojekter.

Arbejdet gennemføres i et nært samarbejde med regionerne og deres faglige miljøer. Projekterne vedrørende Utsigtede hændelser og ICF udvikles i Region Hovedstaden.

Regional koordination

I hver af de 5 regioner etableres en planlægnings- og koordineringsfunktion. Repræsentanter fra de 5 regioner udgør en planlægnings- og koordinationsgruppe. Gruppen har til opgave at følge arbejdsprocessen og bidrager til planlægning og koordinering. Gruppens deltagere er bindeled mellem sekretariatet og de 5 regioner.

Faglige arbejdsgrupper

Der nedsættes en række faglige arbejdsgrupper til at understøtte udviklingen af de fastlagte kvalitetsmål/standarder. De faglige arbejdsgrupper får til opgave at bidrage med faglig viden og indsigt fra forskning og praksisfelt.

Arbejdsgruppernes arbejde vil omfatte:

- Udarbejdelsen af de organisatoriske kvalitetsmål/standarder, som kommer til at omfatte og gælde for alle de regionale sociale ydelser og tilbud. Arbejdet vil omfatte de tre temaområder: Ledelse, arbejdsmiljø og kompetenceudvikling. Nogle af de regionale sociale ydelser og tilbud, der på nuværende tidspunkt ikke omfattes af kvalitetsmodellen, vil på et senere tidspunkt, når arbejdet udvides til disse områder, skulle arbejde ud fra de her fastlagte kvalitetsmål/standarder.

Det foreslås, at der i arbejdet indgår fagprofessionelle fra alle regioner og fra flere dele af de sociale ydelser og tilbud på det regionale område, samt bruger- og pårørendeorganisationer.

Det foreslås desuden, at relevante videnskabelige forsknings- og vidensmiljøer tilknyttes arbejdet.

- Udarbejdelsen af specifikke kvalitetsmål/standarder for botilbudsmålggruppen og udarbejdelsen af specifikke kvalitetsmål/standarder, der må gælde for regionale botilbud. Arbejdet vil omfatte de tre temaområder: Brugerinddragelse, individuelle pædagogiske planer og kommunikation.

Det foreslås, at der i det fagspecifikke arbejde indgår fagprofessionelle fra alle regioner samt bruger- og pårørendeorganisationer.

Det foreslås desuden, at relevante forsknings- og vidensmiljøer tilknyttes arbejdet.

Der fastsættes på forhånd et antal møder i de nedsatte arbejdsgrupper og en deadline for færdiggørelse af arbejdet. Arbejdsgrupperne har rådgivende status i forhold til sekretariatet, der har den konkrete opgave med formulering af kvalitetsmål/standarder og indikatorer under ansvar over for styregruppen.



Implementering

Information

Det vil være helt afgørende for udvikling, udbredelse og implementering af kvalitetsmodellen, at der er en kontinuerlig god dialog med de landsdækkende faglige miljøer og de regionale faglige miljøer på det sociale område samt med kommuner, bruger- og pårørendeorganisationer, faglige organisationer m.v.

Det foreslås, at der, så snart sekretariatet er etableret, indledes en landsdækkende og regional informationsmødevirksomhed. Dette for at få information om kvalitetsmodellen så langt ud i de faglige miljøer og til bruger- og pårørendeorganisationerne som muligt. Her vil den direkte information og dialog om kvalitetsmodellen finde sted.

IT understøttelse

Der vil være et stort behov for en IT understøttelse af de forskellige kvalitetsprojekter og den sociale kvalitetsmodel på botilbudsområdet. Regionerne har nedsat en arbejdsgruppe der skal se på IT understøttelsen i forbindelse med arbejdet med kvalitetsprojekterne og kvalitetsmodellen.

Uddannelse og træning

En vigtig opgave vil være at gennemføre et uddannelses- og træningsprogram i arbejdet med kvalitetsmodellen for de sociale botilbud. Her må ledere og centrale nøglepersoner gennem et uddannelses- og træningsforløb få den fornødne indsigt, redskaber o.s.v. til arbejdet.

Herudover må der igangsættes et særligt uddannelsesprogram for det eksterne evalueringskorps, der skal forstå den eksterne evaluering af de sociale botilbud. Dette program må omfatte både ledere, fagpersoner samt brugere og pårørende.

Det vil være en væsentlig opgave for sekretariatet at planlægge, gennemføre og følge op på uddannelses- og træningsaktiviteterne i relation til kvalitetsmodellen.

Ressourceforbrug

Der er tale om en betydelig opgave at igangsætte en kvalitetsmodel på det sociale område. De aktuelle erfaringer fra sundhedsområdet peger på et ganske betydeligt ressourcetræk på sygehusene.

Det vil derfor være helt afgørende på det sociale område, at der gennemføres en arbejdsproces, der tager udgangspunkt i at skabe en realistisk plan, hvor der er en god og afstemt sammenhæng mellem rammer, indhold og ressourceforbruget.

Udgangspunktet for arbejdet vil være, at regionerne tager udgangspunkt i at anvende de erfaringer og det indhold der kan hentes fra en lang række af de initiativer, projekter og indsatser, der er på feltet. Nogle af disse er landsdækkende, andre regionale.

Kvalitetsmodellen vil afløse en række af de lokale og regionale initiativer på det sociale område. På de områder, der udvælges til kvalitetsmodellen, vil der eksempelvis blive udarbejdet fælles, landsdækkende kvalitetsmål/standarder og fælles indikatorer – men selve udførelsesdelen i form af vejledninger vil være en regional opgave.

Pointen vil her være, at "snittet" mellem hvilke opgaver der løses i fællesskabet og hvilke opgaver der løses regionalt, forskubbes. Hovedenergien og opmærksomheden i regionerne vil således være på at implementere kvalitetsmodellen, når den foreligger, og ikke at udvikle parallelle initiativer og aktiviteter.

Ved også at fastlægge et realistisk niveau for den eksterne evaluering og for dokumentationen og ved at opbygge kvalitetsmodellen over flere faser og flere generationer skønnes det, at arbejdet kan holdes på et realistisk og acceptabelt ressourceforbrug i regionerne.

Trinvis gennemførelse

Udvikling og implementering af kvalitetsmodellen på bostederne vil blive gennemført under størst mulig hensyntagen til det ressourcetræk der vil være i regionerne og på bostederne.

Sekretariatet tilrettelægger og koordinerer arbejdet således, at der tages mest muligt hensyn til de rammer og vilkår der er i hver af de 5 regioner.

De 5 regioner finansierer i fællesskab det samlede arbejde med udvikling og implementering af den danske kvalitetsmodel på bostedsområdet. Der søges også om ekstern finansiering til arbejdet.



Regionerne gennemfører kvalitetsmodellen på bostederne i fællesskab.

Der vil være en kerne af fælles aktiviteter, som alle regioner arbejder med på samme tid, og ud fra en fælles tidsramme.

Den fælles kerne er:

- Kvalitetsmodellen
- Bruger- og pårørendetilfredshedsundersøgelser
- SIP-sikret

Herudover vil der være projekter, der skal udvikles og afprøves, inden der tages stilling til en endelig udrulning. Der er tale om følgende projekter:

- ICF
- Utilsigtede hændelser
- SIP-programmerne ud over SIP-sikret

Det er regionerne, der afgør i hvilket omfang de ønsker at deltage i de nævnte udviklingsprojekter.

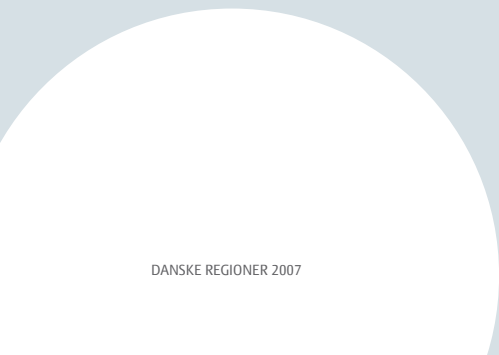
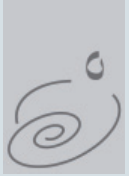
Der er således en gensidig accept af, at regionernes bidrag til den fælles udvikling – udover kernen af de fælles aktiviteter – kan være i et forskelligt omfang. Nogle regioner og bosteder kan være spydspids og i front i dele af udviklings- og implementeringsarbejdet, mens andre følger efter på et senere tidspunkt. Det afgørende vil være at der er en fælles opbakning til modellens udvikling og implementering, og at arbejdet kan gennemføres inden for rammerne af et fælles fagligt indhold, ramme og tidsplan således at fremdriften i projektet fastholdes.

Sekretariatet udarbejder hvert halve år en aktivitetsplan, der beskriver aktiviteter og arbejdsprocesser. Denne plan skal medvirke til at sikre det bedst mulige overblik, og give et fælles grundlag for planlægningen af kvalitetsmodellens udvikling og implementering i regionerne og bostederne.

Styregruppen vil løbende følge udviklingen af kvalitetsmodellen i flere hastigheder. Der vil således undervejs eksempelvis blive aftalt fælles tidsplaner for, hvordan udrulningen af udvikling og implementering af kvalitetsmodellen gennemføres, hvornår den første eksterne evaluering skal gennemføres osv.

Kommunal inddragelse

Regionerne vil helt fra starten invitere kommuner til at deltage i udvikling og implementering af kvalitetsmodellen således, at arbejdet også kan omfatte kommunale botilbud. Når arbejdet igangsættes vil der ske en nærmere drøftelse af samarbejde, rammer og vilkår for kommunal deltagelse i modeludviklingen og implementeringen.





**DANSKE
REGIONER**



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk

Underudvalget vedrørende psykiatri- og socialområdets møde
den 20. august 2008

Sag nr. 2

Emne: Sammenhængende forløb - den sømløse overgang

1 bilag

NOTAT

Til: **Underudvalget vedrørende psykiatri og socialområdet**

Opgang Blok B
Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820 5419
Web www.regionh.dk

Ref.: Hanne Susan Rasmusen

Dato: 30. juli 2008

Sammenhængende forløb i psykiatrien – den sømløse overgang

Indledning

Patienter med psykisk lidelse har ofte brug for hjælp fra mange aktører. Det er af væsentlig betydning for patienternes oplevelse af sammenhæng og helhed i indsatsen, at der er glidende overgange både internt i behandlingssystemet og i overgangen mellem sektorerne.

Sammenhæng og helhed har igennem en længere årrække været et af de højt prioriterede områder indenfor psykiatrien. Ønsket om fortsat at bevare fokus på dette indsatsområde i forbindelse med kommunalreformen er kommet til udtryk i lovbestemmelser, der skal sikre sammenhængende forløb mellem forskellige aktører og sektorer.

Sundhedsloven opstiller således specifikke krav i forhold til samarbejdet mellem region og kommuner. Et af de væsentligste omdrejningspunkter i den forbindelse er kravet om, at region og kommuner skal indgå sundhedsaftaler. Der skal indgås sundhedsaftaler på seks obligatoriske indsatsområder, hvor indsatsen overfor mennesker med sindslidelse er ét af disse indsatsområder.

Et andet væsentligt tiltag er sundhedslovens krav om, at der skal nedsættes et sundhedskoordinationsudvalg med repræsentanter fra både region og kommuner, der har det overordnede ansvar for at koordinere den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet. Formålet er at sikre sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Endelig stiller serviceloven krav om, at region og kommuner én gang årligt skal indgå en rammeaftale for regionsrådets etablering, tilpasning og udvikling af sociale tilbud. Dette har bl.a. til formål at sikre en bred og specialiseret tilbudsvifte.

Samarbejde og overgange i psykiatrien

Psykiatrien er karakteriseret ved, at der ofte er mange aktører og sektorer involveret i indsatsen overfor patienter med psykisk lidelse, hvorfor det bliver særligt vigtigt at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

De væsentligste områder i psykiatrien, hvor det er vigtigt at være opmærksom på sammenhæng og glidende overgang er:

- Internt i behandlingssystemet
- Kommunerne og behandlingspsykiatrien
- Socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien
- Patientens egen læge og behandlingspsykiatrien
- Andre relevante samarbejdsparter

Der er nedenfor redegjort for, hvordan der i psykiatrien bliver arbejdet med at sikre sammenhæng og helhed i forbindelse med disse overgange.

Internt i behandlingssystemet

Behandling under indlæggelse

Patienter med psykisk lidelse vil i mange tilfælde have behov for behandling med vekslende intensitet. Det indebærer, at patienten i perioder vil have behov for intensiv psykiatrisk behandling på et lukket afsnit, og i andre perioder, hvor patienten er i et mere stabilt forløb, men stadig har behov for indlæggelse, vil den mest hensigtsmæssige behandling foregå på et åbent afsnit.

Med henblik på at sikre kontinuiteten, koordineringen og kommunikationen med og om den enkelte patient arbejder Region Hovedstadens Psykiatri med integrerede afsnit. Et integreret afsnit er et afsnit, hvor flere senge kan skærmes i et ellers åbent afsnit. Det betyder, at de fysiske rammer for de integrerede senge gør det muligt at dele afsnittet og ved behov låse døren til den del af afsnittet med de integrerede senge. Det er også muligt at omdanne et lukket afsnit til et integreret afsnit. De integrerede senge i et ellers lukket afsnit har mere åbne vilkår og kan fungere som udslusning for patienter.

Erfaringer viser, at det især er under skift i et patientforløb, at viden og information går tabt. Ved den integrerede behandling bliver patienten på samme afsnit ved forværring og forbedring af sygdommen. Et integreret afsnit dækker således patientens behov under hele patientforløbet, og det vil det være det samme personale, som følger patienten under hele sygdomsforløbet. Den udsatte patient undgår således u hensigtsmæssige skift og kontinuiteten, koordineringen og kommunikationen, dels i forhold til personalet og dels i forhold til den enkelte patient bliver styrket.

Overgangen fra indlæggelse til ambulante behandling

En anden snitflade internt i behandlingssystemet ligger mellem behandling under indlæggelse og ambulante behandling. Patienter med psykisk lidelse har ofte et så svingende behov for behandling, at det rigtige behandlingstilbud i perioder er professionel døgndækkende behandling under indlæggelse og i andre perioder vil det rigtige behandlingstilbud være et ambulante tilbud i distriktspsykiatrien. Både behandling under indlæggelse og ambulante behandling har plads i en moderne psykiatri, og det er væ-

sentligt at sikre et godt samarbejde mellem behandlingen i de to regier, samt sikre at overgangen fra det ene regi til det andet gennemføres gnidningsfrit.

En væsentlig faktor i dette arbejde er at sikre, at informationer om patienten og patientens behandling er tilgængelig for alle ansatte i psykiatrien. Region Hovedstadens Psykiatri er derfor ved at etablere et registreringssystem – OPUS-arbejdsplads - der vil blive anvendt af samtlige psykiatriske centre i regionen, herunder distriktpsikiatriske centre inden udgangen af 2008.

OPUS-arbejdsplads er en platform, hvor oplysninger om den enkelte patient bliver registreret, eksempelvis diagnoser, ydelser, aktiviteter, planlagt behandling mv. Registreringssystemet indeholder desuden oplysninger om den enkelte patient af indholdsmæssig karakter såsom behandlingsplaner, sygeplejenotater, vurderinger, tvang mv.

Det indebærer, at informationer om de enkelte patienter vil være tilgængelig for alle ansatte i Region Hovedstadens Psykiatri på tværs af de psykiatriske centre, herunder distriktpsikiatriske centre. Derved bliver det sikret, at væsentlig information om den enkelte patients behandling følger patienten i overgangen fra indlæggelse til ambulante behandling. Det samme vil være tilfældet, når en patient bliver overflyttet fra ét psykiatrisk center til et andet.

Kommunerne og behandlingspsykiatrien

Samarbejdet mellem kommunerne og psykiatrien er formaliseret i sundhedsaftalerne. Lovgivningen stiller en lang række krav til indholdet i sundhedsaftalerne, blandt andet krav om beskrivelse af arbejdsdeling mellem sektorer, hvordan parterne koordinerer indsatsen mv.

Region Hovedstadens Psykiatri har konkretiseret lovgivningens krav til indholdet i sundhedsaftalerne ved at indgå standardiserede samarbejdsaftaler med samtlige kommuner i regionen både i forhold til voksne patienter med sindslidelse og i forhold til børn og unge med sindslidelse.

Samarbejdsaftalerne er forløbsbaserede og beskriver, hvordan kommuner og region skal samarbejde i de forskellige faser af et behandlingsforløb. Det er således fastlagt, hvordan parterne skal samarbejde, når en patient bliver indlagt, hvordan der skal samarbejdes under indlæggelsen og endelig, hvordan der skal samarbejdes i forbindelse med udskrivning. Samarbejdsaftalerne beskriver desuden, hvordan der skal samarbejdes i forhold til patienter med særlige problemstillinger, eksempelvis beboere i socialpsykiatriske botilbud og patienter med dom til behandling.

Med udgangspunkt i principperne, der er fastlagt i samarbejdsaftalerne, indgår psykiatrien og kommunerne konkrete aftaler om samarbejdet om den enkelte patient. Forinden patienten bliver udskrevet afholder kommunen og psykiatrien et koordinerende møde, hvor det bliver drøftet, hvilke konkrete støtteforanstaltninger fra kommunen,

patienten på grund af sin psykiske lidelse vil have behov for, når pågældende bliver udskrevet til eget hjem. Desuden giver psykiatrisk center besked til kommunen, i god tid inden patienten er færdigbehandlet, således at kommunen kan sørge for, at genetablere kommunale støtteforanstaltninger såsom støtte/kontaktperson, hjemmehjælp mv., der skal være klar, når patienten kommer hjem igen. Derved vil patientens overgang fra indlæggelse til ophold i eget hjem være præget af kontinuitet og sammenhæng.

Et andet konkret eksempel på samarbejde om den enkelte patient er de opsøgende psykiatriske team, hvor behandlingspsykiatrien og kommunerne konkret samarbejder om indsatsen overfor patienter med psykisk lidelse. Den psykiatriske behandling og den sociale støtte supplerer hinanden og foregår i patientens eget hjem.

Samarbejdsstruktur

Et væsentligt omdrejningspunkt for, at samarbejdsaftalerne bliver implementeret i det daglige arbejde, er aftalernes forankring i lokale samordningsudvalg.

Lokale samordningsudvalg består af repræsentanter fra de enkelte psykiatriske centre /børne- og ungdomspsykiatriske centre, repræsentanter fra kommunerne i centrets op- tageområde og repræsentanter fra almen praksis.

De lokale samordningsudvalg holder møde mindst tre gange årligt. En væsentlig opgave for de lokale samordningsudvalg er løbende at drøfte samarbejdet og identificere områder, hvor samarbejdet kan udvikles.

De lokale samordningsudvalg har bl.a. haft ansvar for at indgå konkrete samarbejdsaftaler på baggrund af den standardiserede samarbejdsaftale, der sikrer, at alle Sundhedsstyrelsens krav til indholdet i sundhedsaftalerne bliver imødekommet.

Socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien

Kommunerne har i forbindelse med kommunalreformen fået ansvaret for den sociale indsats overfor mennesker med psykisk lidelse, og regionerne har fået ansvaret for behandlingen af patienter med psykisk lidelse.

Mennesker med svære psykiske lidelser vil ofte have behov for et socialpsykiatrisk botilbud. Samtidig hermed har de behov for ambulante psykiatrisk behandling eller behandling under indlæggelse.

Med henblik på at etablere en sammenhængende indsats overfor denne patientgruppe er det væsentligt at have fokus på følgende to situationer:

- Samarbejde i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af patienter, som har ophold i et socialpsykiatrisk botilbud.
- Sammenhængen mellem den behandling patienten får under indlæggelse og den ambulante behandling, patienten får, når pågældende opholder sig i botilbuddet.

Sammenhængen i overgangene mellem indlæggelse og udskrivning af patienter med ophold i botilbuddet bliver sikret ved, at samarbejdsaftalerne mellem regionen og kommunerne i regionen beskriver, hvordan psykiatrien og kommunerne skal samarbejde i de forskellige faser af et behandlingsforløb. Samarbejdsaftalerne fastlægger desuden hvem, der har ansvar for hvad. Eksempelvis skal en beboer ledsages af en ansat i botilbuddet, når der er behov for akut indlæggelse – og det psykiatriske center skal sikre en smidig modtagelse.

Med henblik på at sikre sammenhængen mellem den behandling patienten får under indlæggelse og den ambulante behandling, patienten får, når pågældende opholder sig i botilbuddet, er der indgået en aftale om ambulant, psykiatrisk speciallægebehandling af beboere i regionale og kommunale botilbud.

Formålet med aftalen er at sikre, at beboerne i botilbuddene får en psykiatrisk behandling, der lever op til deres behov på lige vilkår med enhver anden borger i Region Hovedstaden. Formålet er desuden at sikre samarbejdet og koordineringen mellem den behandlende speciallæge i psykiatri og personalet i botilbuddene – herunder samarbejdet om den medicinske behandling af beboerne. Eksempelvis er lægen ansvarlig for at beskrive, hvilke observationer om medicinens virkninger og bivirkninger personalet skal være opmærksom på. Omvendt er personalet i botilbuddet ansvarligt for, at deres observationer bliver noteret og videreformidlet til lægen.

Aftalen om ambulant psykiatrisk speciallægebistand til beboere på regionale og kommunale botilbud indgår som bilag til samtlige samarbejdsaftaler.

Almen praksis

En anden væsentlig samarbejdsflade i forhold til patienter med sindslidelse er samarbejdet med alment praktiserende læger.

Det er væsentligt, at patientens egen læge er informeret om det psykiatriske behandlingsforløb med henblik på at sikre det videre behandlingsforløb. Dette sker bl.a. ved, at behandlingspsykiatrien sender epikrise (udskrivningsbrev) til patientens egen læge senest 3 hverdage efter behandlingen er afsluttet.

Region Hovedstadens Psykiatri er desuden omfattet af E-journal, hvor oplysningerne fra patientens journal i psykiatrien er tilgængelige for patienten selv på internettet. Patientens læge kan også se oplysningerne i E-journal, hvis patientens har givet samtykke hertil.

Region Hovedstadens Psykiatri vil desuden i 2008 udvirke, at der sker en yderligere konkretisering af samarbejdet mellem psykiatrien og praksissektoren.

Det er i den forbindelse særligt væsentligt at sikre og formalisere samarbejdet mellem almen praksis og psykiatrien i forhold til en række fokusområder, eksempelvis:

- Bistand i forbindelse med tvangsindlæggelser
- Medicinering
- Behandlingsforløb efter princippet om shared care.

Der er en praksiskonsulentordning i Region Hovedstaden, som er ved at blive regionaliseret, og som forventes at træde i kraft primo 2009. Praksiskonsulentordningen varetager det formaliserede samarbejde mellem hospitaler og alment praktiserende læger.

Praksiskonsulenter er praktiserende læger, som er tilknyttet hospitalsafdelinger. Der vil være en praksiskoordinator for psykiatrien samt et antal konsulenter tilknyttet de psykiatriske centre. Praksiskonsulenterne skal medvirke til at sikre helhed og kvalitet i patientforløb ved systematisk at formidle viden mellem sektorerne om undersøgelses- og behandlingsprocedurer, og de skal deltage i tværsektorielle audits af patientforløb samt udarbejde patientforløbsbeskrivelser. Praksiskonsulenter vil ofte være ressourcpersoner i udvalg, arbejdsgrupper og projekter, der involverer både hospital og almen praksis.

Formålet med en praksiskonsulentordning er at sætte fokus på:

- Styrket kommunikation og samarbejde mellem almen praksis og hospital
- Hensigtsmæssige patientforløb ved sektorovergange
- Optimering af kvaliteten i samarbejdet mellem praksis og hospital.

Andre relevante samarbejdsparter

Antallet af psykisk syge, der begår kriminalitet er stigende. Det er derfor også vigtigt at styrke den retspsykiatriske indsats i regionen samt etablere et samarbejde med Kriminalforsorgen.

Samarbejdsaftalerne mellem region og kommuner beskriver, hvordan og hvornår der skal samarbejdes med Kriminalforsorgen i tilfælde, hvor patienter med psykisk lidelse har en dom til behandling.

Der arbejdes desuden på at etablere en opsøgende konsulentfunktion i Region Hovedstadens Psykiatri i forhold til patienter fra Vestre Fængsel. Den opsøgende konsulentfunktion får til opgave at bistå med forvisitation, råd og vejledning i forhold til patienter fra Vestre Fængsel, og dermed etablere et tættere samarbejde med det sundhedsfaglige personale i Vestre Fængsel, som ikke er psykiatrisk kyndige. Derigennem vil der blive sikret en mere hensigtsmæssig visitering og prioritering af de retslige patienter i forhold til farlighed.

Dette suppleres med overvejelser om etablering af et højsikret modtageafsnit for nyhenviste, akutte patienter. Derved sikrer Region Hovedstadens Psykiatri en hurtig imødekommeelse af behovet for psykiatrisk behandling af sindslidende i fængsler, og det åbner mulighed for bedre planlægning og bedre overgange mellem fængselsvæsenet og behandlingspsykiatrien.

Endelig kan det næves, at Region Hovedstadens Psykiatri indgår i et PSP-samarbejde (Politi – Socialforvaltning – Psykiatri), der dækker Københavns Kommune. Formålet er at sikre en tidlig indsats overfor borgere, som befinder sig i gråzonen mellem de tre myndigheders ansvarsområde. Derudover bidrager samarbejdet til, at nedbryde barrierer i sektorsamarbejdet, fremme kendskabet til de tre myndigheders ansvarsområde og arbejdsmetoder. Det fremmer desuden viden om de tre sektorers myndighedsarbejde og ekspertise og det skaber et forum for erfaringsopsamling samt metode- og kompetenceudvikling for de involverede myndigheders medarbejdere.

Der har desuden været kontakt til Københavns Vestegns Politi med henblik på at etablere et lignende samarbejde. Der vil i løbet af efteråret blive taget kontakt til Nordsjællands Politi, hvor muligheden for at etablere et fremtidigt samarbejde vil blive drøftet.

Underudvalget vedrørende psykiatri- og socialområdets møde
den 20. august 2008

Sag nr. 3

Emne: Kvalitet i behandlingen og håbet om at komme sig

1 bilag

Region Hovedstaden

**Underudvalget vedrørende
psykiatri og socialområdet**

Afrapportering om kvalitet i behandlingen og håbet om at komme sig (recovery)

20. august 2008

UDKAST

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Psykiatriens arbejde med recovery	3
3. Recovery i Region Hovedstadens Psykiatri	3
4. Rehabilitering	4
5. Den ambulante psykiatri	4
6. Perspektiver	5
7. Udvalgets drøftelser	6

1. Indledning

Underudvalget vedrørende psykiatri og socialområdet skal drøfte kvaliteten i behandlingen og håbet om at komme sig (recovery).

Recovery er udtryk for en strategi, hvor en bruger eller patient søger at komme sig helt eller delvist efter en alvorlig sindslidelse. Tilgangen står i modsætning til en tilgang, hvor psykisk sygdom opfattes som en kronisk tilstand, som brugeren eller patienten må leve med resten af sine dage.

Udvalget skal drøfte, hvorvidt der i behandlingen og rehabiliteringen i højere grad kan inddrages holdninger om at komme sig og formidle håb, herunder i hvilken udstrækning der inddrages andre end rent faglige aspekter som patientens ressourcer og prioritering, netværket omkring patienten m.v.

Udvalget skal med dette udgangspunkt vurdere kvaliteten i behandlingen og rehabiliteringen i Region Hovedstadens psykiatri. I vurderingen indgår, hvorvidt der sker en integration mellem behandling og rehabilitering herunder kendskabet til holdninger om at komme sig.

2. Psykiatriens arbejde med recovery

Der har længe været fokus på recoverybegrebet i patientorganisationer og i socialpsykiatrien, men tankegangen er også ved at finde sit ståsted i behandlingspsykiatrien. Recovery, som på dansk er blevet oversat til ”at komme sig” er en tænkning. Det er den måde vi møder patienten på, det er den tilgang, vi har til at være psykisk syg.

Begrebet anvendes hovedsagligt i relation til skizofreni, og tankegangen baserer sig dels på, at der er håb om at komme sig efter selv svær sygdom og dels, at ens egen indsats har betydning for denne proces. At komme sig er således en modpol til det kroniske billede, der ofte opstilles af svære psykiske lidelser. Det er en positiv indstilling til muligheder og fremtid med håbet som et vigtigt element. Og der er god grund til håb; studier af prognosen ved debuterende skizofreni viser, at mellem 20-50 % kommer sig fuldstændigt eller har en tydelig bedring.

3. Recovery i Region Hovedstadens Psykiatri

Recovery er en langsigtet proces, hvor patientens ressourcer, netværk og prioriteringer inddrages i behandlingen. Samtidig er det vigtigt at pointere, at man ikke kan blive ”recovered” af andre. Recovery er en proces, der ses og virker indefra – den kan og bør anerkendes og opmuntres, men den kan ikke igangsættes udefra. Derfor afhænger udmøntningen af recoverytankegangen af, hvor i psykiatrien patienten befinder sig, og tænkningen kommer tydeligst til udtryk i den psykiatriske rehabilitering og i den ambulante psykiatri, hvor patientens behandling strækker sig over lang tid. I det følgende beskrives, hvordan recoverytanken er integreret i disse behandlingstilbud.

4. Rehabilitering

Recovery og rehabilitering beskrives ofte som to sider af samme sag. En forskel mellem de to begreber er imidlertid, at recovery er den proces som patienten gennemlever, mens rehabilitering refererer til de værktøjer og støtteforanstaltninger, som de professionelle stiller til rådighed.

Målet med psykiatrisk rehabilitering er således at give mennesker med en psykisk lidelse, der enten har – eller er i risiko for at få – betydelige begrænsninger i funktionsevnen mulighed for at opnå et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt. Rehabilitering bør være en helhedsorienteret og sammenhængende indsats, hvor flere faggrupper assisterer patienten i forhold til dennes mål. Patienten er den centrale i rehabiliteringen. Det er patientens liv det handler om, og det er patientens egne mål, der er genstand for rehabiliteringsprocessen. Recoverybegrebet forstærker denne proces gennem den enkelte patients egen aktive indsats.

I den specialiserede psykiatriske rehabilitering er recovery en del af fundamentet. Rehabilitering er ikke kun et spørgsmål om at hjælpe patienten med at tilpasse sig et liv med kronisk sygdom, men i høj grad også om at formidle håb om en fremtid med en stærkere identitet og social kontaktflade. Recoverytankegangen kommer til udtryk i mødet mellem patient og behandler. I indstillingen til patienten som et menneske, der ikke fastlåses i en sygdomsrolle, men gives mulighed for at have flere roller og identiteter. Patienten er en aktiv medspiller i behandlingen, og anerkendes i sine mål og drømme. Samtidig understøttes patienten i at bevare tilknytningen til samfundet uddannelses- og arbejdsmæssigt. En vigtig del af rehabiliteringen er derfor at udvide patientens mestringsstrategier for at fremme oplevelsen af kontrol og medgive håb.

5. Den ambulante psykiatri

I distriktskykiatrien følges de alvorligt og kronisk sindslidende i langvarige behandlingsforløb. Her er patienternes liv præget af konsekvenserne af deres psykiske lidelse. De har ofte mange og lange hospitalsindlæggelser bag sig. Den fælles tilgang til behandling i distriktskykiatrien er de kognitive behandlingsformer, herunder terapi, psykoedukation og social færdighedstræning med det formål at give patienten forskellige redskaber til at kunne mestre deres liv med psykisk sygdom.

I behandlingen fokuseres ikke blot på patientens sygdom, men også på patientens netværk og hvad der i øvrigt omgiver den syge. Patientens netværk betragtes som en vital ressource og inddrages så meget som muligt. I et distriktskykiatrisk center afholder man som en del af behandlingen ressourcegruppemøder hvor patient, personale, pårørende og relevante samarbejdspartnere i fællesskab finder løsninger på patientens aktuelle behov og problemstillinger. Møderne skal bidrage til, at patienten bliver bedre i stand til at mestre sine symptomer og problemer, og de bygger på forståelsen af, at det er

individuel, hvad der skal til for at komme sig, samt at medinddragelse og indsigt i patientens egne ressourcer er vigtige elementer.

Evaluering har vist, at møderne giver patienterne en oplevelse af større medbestemmelse og har medvirket til højere grad af håb og optimisme hos patienterne. Endelig er patienternes relationer til det private netværk blevet styrket.

Recoverytanken er også et grundlæggende element i det ambulante behandlingstilbud OPUS, der er rettet mod unge med psykose. I de senere år har psykiatrien specialiseret sig i behandling af unge med førstegangssykoser ud fra erfaringen om, at en tidlig behandlingsindsats har en gunstig effekt på sygdomsforløbet for de fleste patienters vedkommende.

Studier har vist, at hos personer med førstegangssykoser er prognosen god for 42 %, mens 27 % har en dårlig prognose. Endvidere viste studierne, at det er vigtigt for prognosen, for at få patienter tilbage i arbejde/skole, at man giver en kombinationsbehandling bestående af medicinsk og psykosocial behandling.

OPUS arbejder ud fra en grundlæggende antagelse om, at det er samspillet mellem de forskellige elementer i behandlingen, der er afgørende for at patienten kommer sig. Patienten er således en aktiv samarbejdspartner, der bidrager med sin ekspertviden og tager ansvar. I OPUS formidles en positiv indstilling til sygdom og fremtid og håbet ses som en vigtig drivkraft.

6. Perspektiver

Recovery er blevet et væsentligt begreb inden for psykiatrien. Men recoverytanken er grundlæggende ikke ny. Blandt mennesker med psykiske sygdomme er nogle til alle tider kommet sig – nogle delvist, andre fuldstændigt. Det er derfor vigtigt at behandlingspsykiatrien er i stand til at fastholde håbet og så for svært og kronisk syge patienter. Det giver god mening at indføre et mere differentieret syn på prognoser og understøtte optimismen i, at psykisk lidelse ikke behøver være kronisk, men faktisk kan overvindes. Og at patienten selv skal yde en aktiv indsats for at komme sig og tage et medansvar for helbredelse.

En recoveryorienteret tilgang til psykisk sygdom kan betyde en mere positiv indstilling med færre fordomme, større åbenhed og mindre grad af håbløshed og opgivelse. I sin yderste konsekvens vil der imidlertid være risiko for, at behandlingspsykiatrien afprofessionaliseres, og at ansvaret for sygdom og sygdomsudvikling i alt for høj grad lægges over på patientens skuldre. Et andet uheldigt yderpunkt er, at forventningen til behandlingsresultaterne bliver urealistisk, og derfor får den modsatte effekt.

I behandlingspsykiatrien skal der være rum for recoverytanken om en individuelt tilrettelagt behandling, der tilgodeser den enkeltes patients behov og viser tillid til patientens egen vurdering, forståelse og ressourcer. Og der skal

være plads til håbet i vores forståelse af alvorlig psykisk sygdom. Netop håbet efterspørges af patienterne i den seneste patienttilfredshedsundersøgelse fra distriktpsychiatrien i 2005. ”Har du fået øget håb og livsmod i forhold til fremtiden?” er det spørgsmål, der rangerer lavest på tilfredhedsskalaen. Patienterne giver samtidig udtryk for et ønske om større indflydelse på behandlingen. Det samme gør sig gældende for patienttilfredsheden i almenpsykiatrien i 2008, hvor knap en tredjedel af patienterne oplever, at de inddrages for lidt i beslutninger omkring behandling og pleje.

7. Udvalgets drøftelser

Udvalget har drøftet kvaliteten i behandlingen og håbet om at komme sig på to møder og er blevet præsenteret for tanker om recovery fra to forskellige vinkler. Udvalget finder, at tankegangen om recovery – håbet om at komme sig – er væsentlig i den videre udvikling af psykiatrien og kan medvirke til den fortsatte forståelse for mennesker med psykisk sygdom.

Som det fremgår af de psykiatrispolitiske hensigtserklæringer, er det muligt at komme sig helt eller delvist efter alvorlige psykiske lidelser, og kontakten mellem patient og behandler skal være præget af den synsvinkel. Der skal lægges vægt på en ligeværdig dialog, og mennesker med en psykisk sygdom skal spørges direkte om, hvad der hjælper, og hvad der er godt og skidt i behandlingen.

Udvalget er enige om, at der er tale om en ændring i behandlingskulturen, og dermed ændring i den tænkning der eksisterer indenfor psykiatrien. Det er en ændring, der tager tid, og det er en langvarig proces. Udvalget har noteret sig, at der er sket en stor udvikling de senere år, og at der er vilje til forandring. Som det ses af det foregående, arbejdes der allerede mange steder i psykiatrien med håbet om at komme sig.

Udvalget skal pege på, at også ændringer i sprogbrugen kan medvirke til forandringer. Således kan man betragte skizofreni og relaterede psykoser som *episodiske forstyrrelser*, hvilket er med til at signalere, at sygdommen ikke er kronisk, og at der er håb om at komme sig. Ligeledes kan psykisk syge benævnes *mennesker med psykisk sygdom*, så personen ses som et menneske med en sygdom og ikke omvendt.

For at sikre udbredelsen af håbet om at komme sig på tværs af kommuner og region har udvalget drøftet, at tænkningen om recovery kunne være et element for drøftelser i samordningsudvalgene, samt et element som indgår i rammeaftalerne.