



## **Projekt: "En bedre udvej"**

# **Sammenhæng i indsatsen for sindslidende - efter kommunalreformen - Afprøvning af tværgående samarbejdsredskaber v. 1.1**

September 2008



# Resume

## Baggrunden

Kommunalreformen og de store enheder stiller nye og store krav til det tværsektorielle samarbejde omkring mennesker med sindslidelser. Der er i de involverede sektorer mange forskellige typer af individuelle planer. Mængden kan i sig selv udgøre en barriere for skabelse af sammenhængende forløb specielt i de mest kritiske overgange. Der er behov for udvikling af metoder, der kan få disse planer til at spille sammen.

Det mest nærliggende ville være udviklingen af en enkelt rehabiliteringsplan for borgeren/patienten, der kan samordne de mange planer, sikre overgangene og bidrage til en udvikling af de eksisterende sundhedsaftaler.

Opgaven lyder enkel, men er reelt kompliceret, da mange forudsætninger skal være opfyldt.

## Projektets formål

Projektet har til formål, at:

1. udvikle modeller for levende tværgående individuelle handleplaner (rehabiliteringsplaner) mellem behandlings- og socialpsykiatri.
2. udvikle redskaber, der egner sig til at understøtte arbejdet med tværgående handleplaner.
3. undersøge, hvordan de udviklede redskaber kan inddrages i de etablerede informationssystemer.

## Projektets resultater

Ved afslutningen af projektet har deltagerne afprøvet en eller flere metoder for arbejdet med rehabiliteringsplaner. De vil kunne vurdere, om der findes metoder, der kan videreudvikles i egen organisation og formidles til andre. De vil i bekræftende fald komme med forslag til implementering.

## Projektets metoder

Projektet løber over 2-3 år og vil stille større krav til organisatorisk vilje, velvillighed og vedholdenhed end til ressourcer. Projektet er designet som første led i en metodeudvikling med 5-8 tværsektorielle udviklingsteam med tilhørende aftalefora fra hele landet.

1. fase er den endelige udformning af projektet som de interesserede aktører deltager i.
2. fase er tilvejebringelsen af de nødvendige organisatoriske rammer for udviklingsteamene. De forhold, der skal afklares er kendt, men rammerne vil formentlig variere fra område til område.
3. fase er design af den metode, der kan gennemføres inden for de aftalte rammer.
4. fase er en afprøvning i 3 led: pilottest samt første og anden variation.
5. fase er arbejdet med evaluering og eventuel udvikling af en model, der kan implementeres og formidles.
6. fase er tværgående rapportering og stillingtagen til behovet for yderligere metodeudvikling.

**Organisation**

Projektet gennemføres af Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland under ledelse af centerchef Peter Rhode. Der knyttes en følgegruppe til projektet.

**Tidsplan**

Projektet forventes gennemført i perioden september 2008 november 2010.

**Budget**

Bevillingen fra Momsfondet udgør kr. 595.000 med en tilsvarende samlet medfinansiering i arbejdstid fra delprojekterne. Vi forventer at søge yderligere fondsmidler, når vi kender deltagernetværket.

# Samlet projektbeskrivelse

## Projekt: "En bedre udvej" Tværsektorielle individuelle planer for sindslidende - efter kommunalreformen – Metodeudvikling

Denne projektbeskrivelse er en let revision af en tidligere projektbeskrivelse, som er støttet af Momsfondet. Den blev lagt i mølpose på grund af kommunalreformen. Kommunalreformen har aktualiseret problemstillingerne omkring det tværsektorielle samarbejde omkring rehabiliteringsforløbene i psykiatrien.

### Tema

Udvikling af sammenhængen i den tværgående indsats mellem borgere, kommuner og den regionale psykiatri og evt. kriminalforsorgen efter kommunalreformen.

Fokus: Udvikling af "Tværgående individuelle planer" fremover kort kaldet "Rehabiliteringsplaner" og kvalitetssikring af samarbejdet omkring dem.

Målgruppe: Samarbejdet omkring mennesker der i henhold til serviceloven skal have tilbudt individuelle handleplaner eller udskrivningsaftaler/koordinationsplaner i henhold til psykiatriloven. Herunder mennesker, der er under tilsyn fra kriminalforsorgen.

### Baggrunden

Et velfungerende samspil mellem psykiatrien og kommunerne er en kritisk størrelse i alle rehabiliteringsforløb – specielt i overgangene. Vi ved at antallet af selvmord topper i tiden efter udskrivning fra psykiatrisk hospital. Tilsvarende ved vi, at kommunernes bæredygtighed er afgørende for, om det er de rigtige, der bliver tilbudt indlæggelse på et velmotiveret grundlag.

Det er karakteristisk, at man ikke kan 'se' 'et tværgående samarbejde'. Hver sektor har sine egne handleplaner eller behandlingsplaner og sit eget informationssystem, men ingen steder bliver den fælles indsats synlig. Det gør den vanskeligere at forholde sig til. (Man har billeddannende teknikker til fotografering af aktiviteter i hjernen, men bruger ikke de billeddannende teknikker, der er mulige, når man se skal det sammenhængende forløb.)

Der er fra brugerside peget på en række hyppigt forekommende problemstillinger<sup>1</sup>. Der er ønsket om én sammenhængende plan og ikke 17 forskellige. Tilfredshedsundersøgelserne blandt de pårørende peger også på, at der i kontakten til de pårørende er et stort forbedringspotentiale<sup>2</sup>.

Psykiatriloven har udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som redskaber for samarbejdet med kommunerne. Kommunernes erfaringer med disse planer er positive, men undersøgelser fra før kommunalreformen viser, at disse muligheder kun udnyttes i begrænset omfang og når de udnyttes lider planerne typisk af underorganisering<sup>3</sup>.

En særlig problemstilling udgør samarbejdet mellem kommunerne, psykiatrien og kriminalforsorgen<sup>4</sup>. Hvor kommunerne samtidig med kommunalreformen har fået en særlig forpligtelse til udarbejdelse af handleplaner for denne gruppe.

---

1 Videnscenter for socialpsykiatri (2005) Syn på Samspil

2 Kvalitetsafdelingen. (2005) De pårørende har ordet

3 Rambøll (2005) Evaluering af ændringer i psykiatriloven

4 Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006) Psykisk sygdom og kriminalitet

Delprojekterne bør overveje om ud- og indflytning i egentlige botilbud bør inddrages i projektet, da disse overgange kan være lige så vanskelige som overgange mellem eget hjem og psykiatrisk sygehus. Ligeledes bør delprojekterne overveje om samarbejdet med de praktiserende læger skal inddrages.

Der er en del eksisterende viden om de komponenter, der skal operere for at få et tværgående samarbejde til at fungere. Se også bilag 1. Denne viden skal reaktualiseres i den nye kontekst, som det regionale Danmark udgør.

1. Kerneydelsen: Indsatsen (styret af rehabiliteringsplanen) skal fungere og opleves som et samlet forløb og dette tværgående samarbejde skal opfattes som en kerneydelse for de involverede.
2. Kontrakter: Krystalklare aftaler mellem parterne, der lever og bliver holdt levende i aktørernes bevidsthed.
3. Koordination: En personliggjort opfølgning af samarbejdsaftalerne i hverdagen. Der skal være nogen, der har til opgave, at holde aftalerne levende.
4. Kontakt: En høj grad af uformel kontakt, der kan sikre samarbejdet når 2 og B ikke er tilstrækkeligt
5. Kommunikation og kvalitetssikring: Løbende information til kvalitetssikring af samarbejdet og dets resultater af samarbejdet, som fører til læring og revision af aftalerne.

Disse fem komponenter skal findes i det borgerrettede samarbejde og understøttes af parallelle elementer på ressourceansvarlige ledelsesniveauer i organisationen.

Indholdet i disse elementer er nøjere beskrevet i bilag 1.

### **Projektets formål**

Projektets overordnede opgave er at fungere som støtte til samarbejdende kommuner og regionale psykiatrier, der ønsker en styrkelse af det tværgående samarbejde omkring "rehabiliteringsforløb" med særligt fokus på overgangene.

Projektet har til formål at:

1. udvikle modeller for levende tværgående individuelle handleplaner (rehabiliteringsplaner) mellem behandlings- og socialpsykiatri.
2. udvikle redskaber, der egner sig til at understøtte arbejdet med tværgående handleplaner.
3. undersøge, hvordan de udviklede redskaber kan inddrages i de etablerede informationssystemer.

Resultatet vil være at, hvert af de deltagende aftalefora har udviklet og afprøvet en eller flere metoder<sup>5</sup> til udarbejdelse af rehabiliteringsplaner til styring af indsatsen i overgangene. Metoderne skal være egnede til anvendelse i praksis og leve op til succeskriterierne.

Målgruppe: Hvert aftaleforum definerer deres egen målgruppe, men den vil typisk omfatte samarbejdet omkring mennesker der i henhold til serviceloven skal have tilbudt individuelle handleplaner eller udskrivningsaftaler/koordinationsplaner i henhold til psykiatriloven. Herunder mennesker, der er under tilsyn fra kriminalforsorgen. Valget af målgruppe har indflydelse på fastlæggelsen af succeskriterier for effekten.

Projektet er landsdækkende og skal formidle sine resultater og erfaringer bredt.

---

<sup>5</sup> Metodebegrebet omfatter: Målgruppe, formål, indsats, varighed, forventede resultater/bivirkninger og resultatindikatorer.

## Projektets strategi og metode

Projektets strategi må afspejle det tværsektorielle samarbejdes kompleksitet. Der vil være forskellige måder at definere kerneydelser, kontrakter, koordination og kommunikation på. Det vil derfor være muligt at beskrive metoder og resultater, men næppe en 'best practice'.

Aftaler om deltagelse i projektet og definition af det enkelte delprojekts indhold må ske via et 'aftaleforum', der er etableret inden for rammerne af sundhedsaftalerne de enkelte steder. Viser det sig at være utilstrækkeligt, må der udvikles et aftaleforum, der egner sig til formålet. Det skal være i stand til at indgå tværsektorielle aftaler. Projektdeltageren er altså dette 'aftaleforum', men den konkrete afprøvning sker i et eller flere udviklingsteam. Aftale om deltagelse i projektet vil afspejle det tværgående samarbejdes kompleksitet, og vejen hertil er i sig selv en del af metodeudviklingen. En særlig udfordring vil være at skabe den fornødne inddragelse af borgerperspektiver i projektet.

Metodeudvikling gennemløber typisk en række faser<sup>6</sup>. Da der ikke findes – så vidt vi er bekendt – rimelig sikker viden eller konsensus om, hvilken metode, der egner sig eller virker bedst, må projektet betragtes som pilotprojekt. Hvert delprojekt er derfor et casestudie. En hensigtsmæssig størrelse i den fase vil være deltagelse af 5-8 delprojekter (aftalefora) og et større antal udviklingsteam.

## Projektets faser

(der foreligger fra tidligere en mere udbygget fasebeskrivelse, som skal revideres)

### *Orienteringsfasen*

Henvendelse sker til såvel regionale psykiatrier som til kommunerne og evt. deres handicapråd med henblik på henvendelse om deltagelse. Der vil blandt de interesserede skulle tages stilling til, hvilket 'aftaleforum' der er det 'deltagende' i projektet, og hvordan det enkelte aftaleforum vil kunne lave aftaler om deltagelse i projektet. I arbejdet inddrages de lokale udviklingsteam, der skal være ansvarlige for den praktiske afprøvning. Et udviklingsteam vil typisk også være tværsektorielt.

### *Aftalefasen*

Projektet formidler eksisterende viden det tværgående samarbejde på forskellige niveauer til brug for projektdeltagerne. Projektet indgår aftale om deltagelse i projektet 'aftalefora'. Aftalen vil omfatte en delprojektbeskrivelse med en virkningsteori, der omfatter målgruppeafgrænsning, de fem komponenter og et evalueringsdesign. Endelig afgørelse om deltagelse foretages af projektledelsen.

### *Afprøvningsfasen*

Udviklingsteam afprøver og dokumenterer løbende deres metoder og resultater. Afprøvnningen sker gennem en pilotfase A og en afprøvningsfase B og en endelig modelfase C. Der afholdes løbende netværksmøder til gensidig inspiration og støtte i dokumentationsarbejdet. Netværksmøderne har størst effekt i starten af projektet.

### *Evalueringsfase*

De enkelte projekter afsluttes med en erfaringsopsamling og indstillinger om fremtidig implementering i praksis i eget aftaleforum.

### *Formidlingsfasen*

sker fra start via en hjemmeside, der linker til lokale hjemmesider, hvor de, der har været lokalt involveret i udviklingen af samarbejdet, kan deltage.

Der afholdes en afsluttende konference med eksterne deltagere, som forsøger at indkredse centrale områder, som har vist sig velegnede til kvalitetssikring. Center for Kvalitetsudvikling udarbejder en tværgående rapportering om såvel resultater som læringen af forløbet. Der tages stilling til behovet for eventuel yderligere metodeudvikling.

### **Organisation**

Projektet gennemføres af Center for Kvalitetsudvikling under ledelse af centerchef Peter Rhode.

Projektet gennemføres af medarbejdere med indsigt i tværsektorielt samarbejde og medarbejdere med indsigt i projektevaluering.

Der nedsættes en følgegruppe med repræsentanter fra de implicerede kommuner og regioner, handicapråd, Videnscenter for Socialpsykiatri samt KL & DR.

(Knud Ramian deltager i projektstarten som seniorkonsulent)

### **Tidsplan**

Der findes en oprindelig tidsplan, som skal revideres af de involverede. Projektets natur vil gøre, at der skal findes en balance mellem den tid, der kræves til disse processer og en fastholdelse af et momentum i projektet.

Det vil tage tid at få organisationen på plads og det lokale delprojekt formuleret.

Selve afprøvningsfasen bør ikke vare mere end 1½ år, men der skal være plads til en pilotfase samt afprøvning af variant A og B.

Projektet forventes gennemført i perioden september 2008 til november 2010.

### **Budget**

Det oprindelige budget var på kr. 595.000 med tilsvarende medfinansiering i arbejdstid fra de deltagende projekter. Det oprindelige budget findes i en detaljeret form, men der vil være brug for en revision af budgettet.

### **Evaluering**

Evalueringen planlægges som virkningsevaluering af de enkelte projekternes projektteorier samt en samlet tværgående virkningsevaluering.

Det ultimative evalueringskriterium vil være de enkeltes samarbejdspartneres beslutninger om at implementere hele eller dele af deres projektteorier i driften.



## Bilag 1

# Komponenter i et tværgående samarbejde om rehabiliteringsplaner

Der er megen viden om, hvad der skal til for at få et tværgående samarbejde til at fungere<sup>7 8 9 10 11 12</sup>.

Vigtige komponenter i et godt tværgående samarbejde, der går på tværs af meget forskellige organiseringer:

1. Kerneydelsen: Indsatsen skal fungere og opleves som et samlet forløb og det tværgående samarbejde skal opfattes som en kerneydelse for de involverede.
2. Kontrakter: Krystalklare aftaler mellem parterne, der lever og bliver holdt levende i aktørernes bevidsthed.
3. Koordination: En personliggjort opfølgning af samarbejdsaftalerne i hverdagen. Der skal være nogen, der har til opgave, at holde aftalerne levende.
4. Kontakt: En høj grad af uformel kontakt, der kan sikre samarbejdet når 1,2 og 3 ikke er tilstrækkeligt.
5. Kommunikation og kvalitetssikring: Løbende information til samarbejdspartnerne som kvalitetssikring af samarbejdet og dets resultater af samarbejdet. Resultatet skal være læring og revision af aftalerne om 1-5.

Disse fire elementer skal findes i det borgerrettede samarbejde og understøttes af parallelle elementer på ressourceansvarlige ledelsesniveauer i organisationen.

## Kerneydelsen

Det tværgående samarbejde omkring det enkelte forløb skal af parterne betragtes som en kerneydelse. Det må anses for at være en ydelse på linje med andre ydelser med den forskel, at ydelsen ikke kan leveres af en enkelt part, men kun i et samarbejde. Denne grundlæggende indstilling til samarbejdet vil have en række konsekvenser.

Samarbejdet omkring individuelle handleplaner og behandlingsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner et nærliggende omdrejningspunkt, og der er af Videnscenter for Socialpsykiatri og Center for Kvalitetsudvikling samlet mange erfaringer om, hvad der skal til for at lave gode levende planer, senest om den ledelse, der er behov for<sup>13</sup>.

---

7 Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., et al. (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatry Serv*, 56(9), 1061-1069. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1061.

8 Berghofer, G., Schmidl, F., Rudas, S., Steiner, E., & Schmitz, M. (2002). Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(6), 276-282. doi: 10.1007/s001270200020.

9 Ramian, K. (2001). *En bedre udvej - et projekt om kvalitet i det tværsektorielle samarbejde*. Århus: Center for Evaluering, Psykiatrien i Århus Amt.

10 Anette Stamer Ørsted (2008) Styrkelse af den fælles indsats i Børne- og ungdomspsykiatrien – Evaluering af Det nationale gennembrudsprojekt. Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

11 Hansen, C. Y. (1999). *Nu trækker vi på samme hammel!*. København: Socialministeriet

12 Lauvås, K., & Lauvås, P. (2006). *Tværfagligt samarbejde* (2 ed.). Århus: Klim.

13 Videnscenter for Socialpsykiatri og Center for Kvalitetsudvikling, (2008) Ledelse af handleplansarbejde.

Inddragelse af de berørte borgere i udarbejdelsen af planer har vist sig at være en central og effektiv del af den tværgående kerneydelse.

Forebyggende 'kriseplaner' har en positiv effekt på forekomsten af tvangsindeklæggelser og deres varighed og effekten er nu internationalt så veldokumenteret, at det anses for at være en standardydelse når tvangsindeklæggelser er hyppigt forekommende.

For projektet er næste skridt naturligvis skabelsen af en fælles plan for indsatsen og samarbejdet med den enkelte. Der er udviklet forskellige modeller for den type af planer. Man kunne kalde det for 'Den tværgående individuelle plan' eller ganske enkelt 'Rehabiliteringsplanen'. Den vil kunne afløse eksisterende planer. Der findes allerede forskellige ansatser til udvikling af tværsektorielle individuelle planer, "åben dialog" i Odsherred, BESA-modellen i Randers<sup>14 15</sup>.

## Kontrakter

Det kræver en tværgående organisation at producere kerneydelsen - rehabiliteringsplanen. Vi ved, at de bedste modeller er præcise og kontraktlignende. Specielt skal roller og beføjelser være klart defineret.

Organiseringen kan være bygget op omkring forskellige modeller for drift af kerneydelsen. Det kan være teamdannelser, udskrivningsansvarlige, netværksmøder, behandlingkæder koordinerende kontaktpersoner etc.<sup>16 17</sup>.

Det er karakteristisk, at modellerne er meget forskellige og spænder fra meget veldefinerede samspilsbeskrivelser til brede erklæringer om en fælles værdibaseret ledelse.

Når temaet omkring tværsektorielt samarbejde synes at være et evigt tilbagevendende tema, hænger det blandt andet sammen med, at et godt samarbejde let kommer til at udgøre en begrænsning i de enkelte aktørers handlefrihed og at konsekvenserne af dårligt samarbejde ikke mærkes i 'egen organisation', men altid i 'den anden'.

Det betyder også, at de naturlige incitamenter til at have opmærksomhed på denne ydelse er små.

Det skal være synligt, at denne kerneydelse opstår, ved at de enkelte deltagere afgiver 'suverænitet' på særlige områder til fællesskabet. Denne synlighed kan opnås ved, at man budgetterer med denne kerneydelse, som man budgetterer med andre kerneydelser. Det er en risikofaktor, at netop ressourcer til det tværgående samarbejde let forsvinder i forbindelse med sparerunder og omorganiseringer.

For projektet betyder det at synliggørelse af effekten af samarbejdet i form af 'omkostninger' og 'gevinster' på flere niveauer bliver interessant.

## Koordination

De tværgående kontrakter er placeret imellem aftaleparterne og ansvaret for implementeringen af dem hører hjemme forskellige steder. Det er deres styrke og deres svaghed. Et af kvalitetsproblemerne omkring samarbejdsmodeller er at bevidstheden om dem med tiden dør ud, hvis de ikke vedligeholdes og udvikles.

Den sikreste koordination fås, hvis der udpeges en person med tilstrækkelig grad af tillid og beføjelser, der har ansvaret for at aftalerne holdes kendte, følges op, kvalitetssikres og vedligeholdes. Denne løsning kræver også, at der findes fælles ressourcer.

---

14 Jette Cortnum (2005) At lave behandlingsplaner er god behandling – BESA-projektet. Lokalpsykiatrien i Randers

15 Wilken, J. P., & Hollander, D. d. (2008). Rehabilitering og Recovery, En integreret tilgang, Akademisk Forlag

16 xxxx

17 Videnscenter for Socialpsykiatri (2006) Organisering af samspil

## Kontakt og kultur

Etableringen af den uformelle kontakt er blevet en større udfordring efter kommunalreformen. De kommunale enheder er blevet større og adskillelsen mellem myndighed og udfører er blevet tydeligere. Mange steder er den regionale psykiatri under omorganisering. Alle disse forhold sætter sammen med ændrede personalegrupper de uformelle kontakter under pres.

Mulighederne for positiv uformel kontakt er blevet fremhævet som erstatningen for de mere regelbundne opgaveløsninger: "Vi behøver ikke de skriftlige planer, vi taler os løbende tilrette". Der er imidlertid ofte kulturforskelle mellem de kommunale verden og den regionale psykiatri,<sup>18</sup> men der er også et fælles værdigrundlag<sup>19</sup> og konturer af et fællesfagligt grundlag omkring rehabilitering<sup>20</sup>. Begge disse begreber kan skabe rammer omkring den uformelle kontakt ved mange forskellige lejligheder.

## Kommunikation og kvalitetssikring

Kommunikation er nødvendig for at sikre, at samarbejdspartnerne får sikkerhed for at den aftalte fælles opgave løses og de forventede resultater opnås. Løsningen af kvalitetssikringsopgaven handler om at skaffe den nødvendige information om de faktiske resultater og det samarbejde, der har skabt dem. Informationerne omfatter såvel kerneydelsen, kontrakterne og kontakten. De skal kunne findes i en form, der kan leveres tilbage til samarbejdspartnerne på forskellige niveauer og skabe udvikling.

Kvalitetssikringsopgaven bliver ofte en opgave, som er belagt med hensigtserklæringer dvs. nedprioriteret og underorganiseret. Udviklingen af en tværgående kvalitetssikring af samarbejdet har da også ligget underdrejet i årenes løb. Der har indtil nu kun været sporadiske og lejlighedsvis forsøg på kvalitetssikring af samarbejdet<sup>21</sup>. Kun i yderst begrænset omfang har borgere været inddraget i den lokale kvalitetssikring.

Kommunalreformen har overalt ført til nye relationer mellem kommunerne og den regionale psykiatri. De overordnede rammer for samarbejdet fastlægges i sundhedsaftalerne<sup>22</sup>.

Det er karakteristisk for de foreliggende aftaler,

1. at de ikke præciserer samarbejdet omkring det enkelte patientforløb dvs. samspillet mellem psykiatriens behandlingsplan og de kommunale handleplaner.
2. at specielt kvalitetssikringen af samarbejdet endnu ikke er udviklet.

Muligheden er at kommunalreformen udgør en ny chance for at få denne opgave løst inden de organisatoriske mønstre har låst sig fast.

Center for Kvalitetsudvikling har mange års erfaring i arbejdet med kvalitetsindikatorer og kan således bistå delprojekterne hermed.

## Kvalitetssikring af kerneydelserne

Det kan være udvikling af metoder, så man kan 'se' samarbejdet på samme måde, som man kan 'se' blodprøver og handleplaner. Det kan gøres med helt simple såkaldte HOK-skemaer (Helhed og Kontinuitet), der udfyldes løbende, hvis der er en koordinerende kontaktperson. Det er svært at få IT-systemerne til at spille sammen, men HOK-skemaer kan klares i et regneark.

I Aalborg Kommune fik man demonstreret tydelige fald i antallet af indlæggelser for de personer, der fik tildelt en opsøgende og koordinerende kontaktperson<sup>23</sup>.

<sup>18</sup> Ramian, K. (2002). Socialt arbejde og psykiatrisk behandling. In S. Blinkenberg, P. B. Vendsborg, A. Lindhart & N. Reisby (Eds.), *Distriktpsychiatri- en lærebog* (pp. 175-181). Kbh.: Hans Reitzel.

<sup>19</sup> Indenrigs- og sundhedsministeriet, Socialministeriet, (2005) Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse: Respekt – Faglighed – Ansvar

<sup>20</sup> xxxx

<sup>21</sup> Allianceprojektet, Fyn

<sup>22</sup> [http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftaler\\_soeg.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftaler_soeg.aspx?lang=da)

<sup>23</sup> Team Midt i mellem – 3 års evaluering. (2007) Ålborg Kommune

Der vil være en række fælles krav til rehabiliteringsplanerne. Det vil gøre det muligt at gennemføre auditforløb på udvalgte sager med forskelligt udfald.

Det vil være muligt at etablere en hotline, der sikrer at de barrierer, der opstår i det daglige arbejde samles op.

### **Kvalitetssikring af kontrakterne**

Da de lokale organisationsformer varierer stærkt, må det antages, at de mest hensigtsmæssige metoder til kvalitetssikring også vil gøre det. God kvalitet i tværfagligt samarbejde vil ikke være det samme som god kvalitet for en koordinerende kontaktperson. Der skal udvikles nye metoder.

En mulighed for kvalitetssikring af kontrakterne er årlig gennemførelse af de såkaldte SPOT-evalueringer, som er specielt udviklet til dette formål<sup>24</sup>. Gennem diskussion af indsamlede vignetter på godt og mindre godt samarbejde, revitaliseres de indgåede aftaler.

En mulighed for kvalitetssikring er at budgettere det tværgående samarbejde så det bliver synligt, hvis ressourcerne til denne kerneydelse forsvinder i en sparerunde.

### **Kvalitetssikring af kontakt og kultur**

Rammerne for 'Kontakt og kultur' er en del af kontrakten og kvalitetssikringen må tilpasses den lokale aftale.

Arbejder man med værdibaseret ledelse, kan man lave audit ved hjælp af de fælles værdier på en række kritiske sager.

Der kan måles på udvekslingsordninger mellem socialpsykiatri og regional psykiatri.

Der kan måles på initiativer, der tages på tværs af sektorer.

### **Kvalitetssikring af informationen**

Det afgørende resultatkræterium for informationsopgaven er om den får en gennemslagskraft, der fører til løbende udvikling af det etablerede samarbejde.

---

<sup>24</sup> Ramian, K. (2001). *En bedre udvej - et projekt om kvalitet i det tværasektorielle samarbejde*. Århus: Center for Evaluering, Psykiatrien i Århus Amt.