

Sammenhæng i indsatsen for sindslidende

- Erfaringer fra et netværksprojekt 2009-2011

Oktober 2011



Sammenhæng i indsatsen for sindslidende

- Erfaringer fra et netværksprojekt 2009-2011

Konsulent, Marianne S. Balleby

Marianne.balleby@stab.rm.dk

Bilag 1 er udarbejdet af praktikant Astrid Kriegbaum Westphael

Folkesundhed & Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Publikationsnr. 11-015

© Folkesundhed & Kvalitetsudvikling, 2011

Resume

Sammenhæng i psykiatrien fremstår som en tiltagende udfordring, der har megen bevågenhed. Folkesundhed & Kvalitetsudvikling har i 2009-2011 drevet et netværk med fire projekter fra forskellige steder i landet. Projekterne har arbejdet med modeller for samarbejdet og konkrete metoder og redskaber til styrkelse af sammenhængen i indsatsen over for borgere med sindslidelse og misbrugsproblemer (dobbeltdiagnose). For borgere, der ud over sindslidelsen også har andre komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer afhænger sammenhængen af mange fagprofessionelle parter gensidige kendskab til hinanden og samordning af indsatsen på tværs af arbejdspladser, fag og sektorer. Afsættet for netværksprojektet har været at undersøge, hvordan etablering af sammenhæng bliver en inkorporeret del af kerneydelsen i de involverede organisationer. Vi forsøgte at formulere de centrale komponenter, der skulle gennemtænkes for at få samarbejdsmodellerne til at virke. Vi kan konstatere, at komponenterne er relevante og har støttet projekternes resultater, men også at deres indhold kan præciseres.

Guldborgsund Kommune og de tilhørende distriktpsychiatri har arbejdet med udvikling af en koordinerende handle-behandlingsplan, som sundhedsaftalen i Region Sjælland lægger op til skal udarbejdes over for borgere med dobbeltdiagnoseproblematik. Projektudøverne har udviklet og afprøvet en skabelon til planen og en vejledning, der har skullet sikre et tæt samarbejde med borgeren og en gensidig forpligtelse mellem de fagprofessionelle.

Frederikshavn Kommune har deltaget i netværket med et puljefinansieret dobbeltdiagnoseprojekt, som har omfattet en række sammenhængsskabende initiativer, herunder kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere, afprøvning af en case-management-funktion over for de sværest stillede borgere fra målgruppen. Projektet har endvidere stået for etablering af et ledermødeforum på tværs af repræsentanter fra regionspsykiatrien og Frederikshavn Kommune.

Den ledelsesmæssige organisering af samarbejdsmodellerne er afgørende for en succesfuld samarbejdsmodel. Psykiatriens strukturelle og økonomiske vilkår med sektoropdelte bureaukratier intensiverer behovet for, at ledelsen ikke kun indgår samarbejdsaftaler af generel karakter, men også følger og understøtter det daglige samarbejde. En konstant bevågenhed, opbakning og tværorganisatorisk interesse på ledelsesniveauet udgør rammen for den fælles indsats over for borgeren, og bør afspejle sig blandt andet i ledelsens efterspørgsel efter informationer fra medarbejdere om det tværgående samarbejde i den løbende kvalitetssikring af samarbejdsmodellen.

Medarbejdernes afprøvning af sammenhængsskabende metoder og redskaber, såvel som deres evalueringsmetoder har formet sig forskelligt i de fire projekter, blandt andet afhængigt af arbejdspladsernes råderum i forhold til at indgå i et tværgående metodeudviklingsprojekt. På arbejdspladsniveau kræver en vel fungerende samarbejdsmodel en vis grad af kompetencer til projektstyring og evaluering. Disse kompetencer styrker afprøvning, implementering og fastholdelse af de sammenhængsskabende metoder og redskaber, der virker i hverdagen.

I netværksprojektet er afprøvet samarbejdsmodeller for nogle af de sværest stillede sindslidende. Etablering af sammenhæng inden for de områder af psykiatrien, hvor det tværgående samarbejde er mest omkostningskrævende og opgaven voldsom, er vanskeligt og muligvis ikke prioriteret i tilstrækkelig grad til at sikre succesfulde afprøvninger. Omvendt kan også konstateres, at de deltagende projekter i projektperioden på 1½ år er nået langt med at udvikle og afprøve modeller for samarbejdet og med det konkrete samarbejde om den vanskelige opgave. Koordinering og sammenhæng har som nævnt bevågenhed og mange typer af aktiviteter er i gang over det ganske land. Fremtidige afprøvninger af samarbejdsmodeller for gruppen af vanskeligt stillede sindslidende må tænkes sammen med andre midlertidige sammenhængsinitiativer såvel som etablerede samarbejdsmodeller, herunder PSP-modeller¹.

¹ Samarbejde mellem Politi, Socialforvaltning i kommunerne og den regionale Psykiatri (PSP) blev fra 1. april 2010 lovpligtigt i alle retskredse i Danmark (PSP, 2009).

Projekterne fra Guldborgsund, Frederikshavn, Holstebro-Herning har arbejdet med afsæt i sundhedsaftalernes anvisninger, og har i forskellig grad haft adgang til de ledelsesfora, som er etableret i regi af sundhedsaftalerne. Implementeringen af sundhedsaftalerne bliver synlig, når medarbejdere fra forskellige arbejdspladser, fag og sektorer møder hinanden og borgeren. Der er brug for nogen, eller en funktion i organisationerne, der bringer udfordringer, som opstår i hverdagens samarbejde, videre til det tværgående ledelsesforum, hvor der kan træffes ansvarlige beslutninger vedrørende udfordringerne. En samarbejdsmodel bør omfatte en eller flere koordinerende funktioner med kendskab til samarbejdet i praksis såvel som adgang til det ledelsesniveau, der har indgået tværgående aftaler, og har ansvaret for opfølgningen af dem. En funktion, som bør være placeret så tilstrækkeligt tæt på organisationernes faglige og administrative ledelser, at vedkommende har beføjelser til at minde om allerede indgåede aftaler, pege på implementeringsmuligheder og sikre opfølgning på igangsatte initiativer. Erfaringerne fra netværksprojektet peger på et behov for fokus på de koordinerende funktioner og den horisontale og vertikale kommunikation, som kobler praksis og ledelse i samarbejdsmodellen.

Det kan konstateres, at selv om man kan få et samarbejde til at fungere, kan det se ud til, der er en generel undervurdering af, hvor store krav det stiller til organisatorisk vilje at implementere samarbejdsmodeller, der kan overleve under turbulente vilkår og som har mekanismer, der kan vedligeholde og udvikle dem. Det gælder specielt samarbejdsmodeller, hvor det overordnede ledelsesansvar ligger langt fra kerneydelserne.

Det kan konstateres, at de rammer for samarbejdet, som sundhedsaftalerne tilbyder ikke er tilstrækkelige. Medarbejderes afprøvning af konkrete tiltag på tværs af sektorer, fag og arbejdspladser er i risiko for at blive overskygget af sundhedsaftaler, psykiatriplaner og hensigtserklæringer, som til trods for omfanget ikke synes at tilbyde den kontinuitet og forankring, som etablering af en sammenhængende indsats kræver i dagligdagen.

*Regionspsykiatrien i **Holstebro og Herning Kommune** har samarbejdet om en evaluering af fællesteam, en samarbejdsmetode, som er beskrevet i sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland og kommunerne.*

*Et intensivt sengeafsnit i **Randers i Region Midtjylland** har i netværksperioden sammen med **Misbrugscenter Djursland** i Syddjurs Kommune arbejdet med en række metoder og redskaber til et styrket samarbejde om deres fælles borgere, som har dobbeltdiagnoseproblemstillinger. Projektet har udpeget en række nøglemedarbejdere med kendskab til dobbeltdiagnoseproblemstillinger. Desuden har disse medarbejdere deltaget i hinandens personalemøder og opbygget kendskab til den anden parts medarbejdere, tilgange og arbejdsvilkår. Der er udviklet og afprøvet redskaber screening af indlagte patienter i forhold til, hvorvidt der kan være et behandlingskrævende misbrug. Blandt andet har været aftale om en ugentlig telefonsamtale, hvor der kan ske afklaring og bistand fra misbrugscentret i forhold til motivation af og information til de pågældende borgere.*

Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	1
Styrkelse af sammenhængen på psykiatriområdet	1
Om denne rapport	1
DEL 1: SAMARBEJDSMODELLER FOR DEN SAMMENHÆNGENDE INDSATS	3
Afprøvning af samarbejdsmodeller - invitationen	4
Elementer i en samarbejdsmodel	4
Fire dobbeltdiagnoseprojekter	5
Guldborgsund Kommune og Psykiatrien i Distrikt Maribo	5
Frederikshavn Kommunes socialpsykiatri	5
Regionspsykiatrien i Holstebro og Herning Kommune	7
Regionspsykiatrien i Randers og Misbrugscenter Djursland	8
Afprøvning af samarbejdsmodeller - erfaringerne	9
Aftaleforum	9
Målgruppe	10
Metoder til sammenhæng	11
Redskaber til sammenhæng	12
Kontakt og Kommunikation	13
Evaluerings	14
Kvalitetssikring af samarbejdsmodellen	15
Opsamling: Ledelse af sammenhæng	16
Ledelse mellem faglige bureaukratier	16
Sundhedsaftalerne som ramme for samarbejdsmodeller	17
DEL 2: ET NETVÆRKSPROJEKT OM SAMMENHÆNG	21
Rekruttering af deltagere til netværksprojektet	22
Organisering af netværket	23
Netværkets aktiviteter	24
Arbejde med egne projekter	24
Nyhedsmails	25
Fire netværksseminarer	25
LITTERATUR	27
BILAG	29
1. Deltagerevaluering af netværksseminarer	
2. Invitation til temadag om netværksprojektet	
3. Projektbeskrivelse for netværksprojektet, 01.09.2009	
4. Ramme for samarbejdsaftale om deltagelse i netværket	

Indledning

Styrkelse af sammenhængen på psykiatrimrådet

Fra efteråret 2009 til efteråret 2011 har Folkesundhed & Kvalitetsudvikling drevet netværksprojektet "Sammenhæng i indsatsen for sindslidende – udvikling og afprøvning af tværgående samarbejdsmodeller". Netværksprojektet, der har været finansieret af Momsfondet, udspringer af et behov for udvikling og afprøvning af tværgående samarbejdsmodeller, der kan bidrage til en bedre sammenhæng i den tværsektorielle og tværfaglige indsats for sindslidende. Spørgsmålet om sammenhæng i psykiatrien har i denne periode haft stor bevågenhed på det nationale strategiske niveau (Regeringen, 2009; Sundhedsstyrelsen, 2009; Danske Regioner, 2009; Kommunernes Landsforening, 2009). Netværksprojektet har med deltagernes afprøvninger afsøgt, hvad det kræver på praksis- og ledelsesniveau at gøre det tværgående til en inkorporeret del af alle parter kerneydelse. Folkesundhed & Kvalitetsudvikling har i netværksprojektet lagt op til en ledelsesforankring af projekterne gennem det, der i projektbeskrivelsen har været omtalt som et "aftaleforum". Ledelsesrepræsentanterne i disse aftalefora har været inviteret til at deltage i et indledende seminar samt i to af netværkets fire netværksmøder. De fire projekter har alle omhandlet sammenhæng i indsatsen over for målgruppen af personer med dobbeltdiagnoseproblemstillinger. Projektets udøvere har arbejdet lokalt med udvikling, implementering og evaluering af sammenhængsskabende initiativer.

I netværket har deltaget fire projekter bestående af ledere og medarbejdere. Et af de lokale projekter har været fra Region Sjælland, et fra Region Nordjylland og to har været fra Region Midtjylland. Projekterne har været etableret på tværs af region og kommune, undtagen Frederikshavnsprojektet, der har været et rent kommunalt projekt:

1. Guldborgsund Kommune og Psykiatrien i Distrikt Maribo, Region Sjælland
2. Frederikshavn Kommunes socialpsykiatri
3. Regionspsykiatrien i Holstebro og Herning Kommune
4. Regionspsykiatrien i Randers og Misbrugscenter Djursland, Syddjurs Kommune

Projekternes forskellige initiativer i forhold til at styrke en sammenhængende indsats for de svært stillede borgere viser på et konkret niveau nogle af de udfordringer, det tværgående samarbejde i psykiatrien indebærer. En del af de udfordringer, deltagerne har arbejdet med, har generel relevans og lægger sig op ad løbende drøftelser om psykiatriens generelle vilkår. Overvejelser om den ledelsesmæssige forankring af det tværgående handler også om sundhedsaftalernes funktion som sammenhængsskabende organisatorisk ramme.

Om denne rapport

Rapporten har til formål at formidle de fire deltagende projekters erfaringer til en bredere kreds. Beskrivelserne i afrapporteringen baserer sig på data indsamlet under netværksprojektets gennemførelse af chefkonsulent Mette Marri Lægsgaard og konsulent Marianne Sigaard Balleby fra Folkesundhed & Kvalitetsudvikling. Det fjerde og afsluttende netværksseminar havde fokus på ledelsens rolle i forhold til den sammenhængende indsats. Båndoptagelser af plenumoplæg og –drøftelser samt et gruppeinterview med ledelsesrepræsentanterne under seminaret indgår som data i denne erfaringsopsamling. Som bilag er vedlagt deltagerevalueringerne fra de fire netværksseminarer. Rapporten har væ-

ret til gennemsyn og kommentering hos kontaktpersoner i de fire projekter, og har været igennem internt review i Folkesundhed & Kvalitetsudvikling.

Rapporten består af to dele. Den første del er en beskrivelse af de fire projekter og en sammenfattende analyse af deres erfaringer i forhold til etablering af en samarbejdsmodel som ramme for afprøvning af en tværgående indsats. Analysen illustrerer udfordringer ved vilkårene for etablering af velfungerende samarbejdsmodeller i dagens psykiatri. Anden del er en rapportering af netværksprojektets opstart og de gennemførte netværksaktiviteter.



DEL 1: Samarbejdsmodeller for den sammenhængende indsats

Afprøvning af samarbejdsmodeller - invitationen

Netværksprojektets strategi er udviklet på baggrund af en række erfaringer med udviklings- og evalueringsopgaver vedrørende det tværgående samarbejde². Disse erfaringer udmøntede sig i beskrivelsen af en række forhold ved en egnet samarbejdsmodel, som de deltagende projekter blev inviteret til en nærmere afprøvning af. Tanken med netværksprojektet var, at det skulle bestå af projekter, hvor ledelsesniveauet spillede en aktiv rolle i den lokale projektudvikling og den konkrete afprøvning af metoder og redskaber til sammenhæng i indsatsen. De nedenfor beskrevne punkter viser forventningerne til projekternes samarbejdsmodeller (jf. Netværkets projektbeskrivelse, 2009, bilag 3). Samarbejdsmodellen kan defineres som den organisatoriske ramme, der støtter koordineringen af indsatsen og samtidig definerer det lokale projekts aftaler omkring følgende elementer:

Elementer i en samarbejdsmodel

Aftaleforum	Aftaler om deltagelse og definition af de enkelte projekters indhold sker via et 'aftaleforum', der er etableret inden for rammerne af den lokale sundhedsaftale. Et aftaleforum består af ledelsesrepræsentanter fra de involverede sektorer, som har kompetence til at indgå forpligtende tværsektorielle aftaler.
Målgruppe	Målgruppen for projektet er som udgangspunkt de sværest stillede sindslidende, det vil sige mennesker der i henhold til serviceloven skal have tilbudt individuelle handleplaner eller udskrivningsaftaler/koordinationsplaner i henhold til psykiatriloven. Hvert aftaleforum må definere deres egen målgruppe nærmere, eksempelvis mennesker med retspsykiatriske eller dobbeltdiagnoseproblemstillinger, samt undersøge målgruppens størrelse i det pågældende geografiske område.
Metoder	I det lokale projekt udvikles og beskrives en eller flere metoder til løsning af koordinationsopgaven. Eksempler på metoder kan være: koordinerende sagsbehandling, teamorganiseringer, den tværgående individuelle plan. Metodebeskrivelsen må indeholde en tydelig beskrivelse af, hvem er den/de ansvarlige koordinerende person(er), der sikrer opfølgning på aftaler omkring det enkelte individ.
Redskaber	Til understøttelse af metoden må defineres et eller flere redskaber som afprøves i projektet, f.eks. et skema til den individuelle koordinerende plan, en fast mødestruktur eller en hotline. Det må beskrives, hvordan de udviklede redskaber kan inddrages i og understøttes af de etablerede informationssystemer.
Kontakt/kommunikation	Samarbejdsmodellen må beskrive, hvordan kontakten mellem de forskellige instanser holdes, eksempelvis vha. faste møder, løbende mundtlige drøftelser etc.
Evaluering	Der må udarbejdes en plan for, hvordan afprøvningen af samarbejdsmodellen og de konkrete metoder og redskaber evalueres og tilpasses.
Kvalitetssikring af samarbejdsmodellen	Samarbejdsmodellen må indeholde beskrivelser af kvalitetssikringen, dvs. hvordan information om samarbejdet og dets resultater videregives til aftaleforummet med henblik på fastholdelse af aftaler og/eller læring og revision.

² Ramian, 2001; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005;
<http://knudramian.pbworks.com/w/page/12751773/Tv%C3%A6rsektorielt%20samarbejde>

Elementerne i en samarbejdsmodel danner afsæt for en tværgående erfaringsopsamling af de fire projekters initiativer i forbindelse med deres deltagelse i netværksprojektet. Først følger beskrivelser af de fire projekter, der har deltaget i netværket.

Fire dobbeltdiagnoseprojekter

Guldborgsund Kommune og Psykiatrien i Distrikt Maribo

I dette projekt har fokus været på den koordinerende handle-behandlingsplan, som har været nævnt i de generelle og bilaterale sundhedsaftaler. Projektet har formet sig som et implementeringsprojekt for den koordinerende indsats for sindslidende med dobbeltdiagnoser i Guldborgsund Kommune. Projektet har omfattet en kreds af projektudøvere fra Center for afhængighed og socialpsykiatrien i Guldborgsund Kommune samt distriktpsikiatrien i Distrikt Maribo. Aftaleforummet har bestået af lederen af Center for Afhængighed, lederen af Socialpsykiatrien samt den ledende oversygeplejerske fra Psykiatrien i distrikt Maribo.

Projektet har handlet om at få udarbejdet skabelonen til den fælles handle-behandlingsplan og en tilhørende vejledning til anvendelse. Udarbejdelsen af planen vil ske på netværksmøder, med borgerens deltagelse, hvis det er muligt. Ansvar for den løbende opdatering og praktiske forhold omkring planen og den koordinerende indsats lægges hos den kommunale eller regionale medarbejder, som parterne aftaler, fungerer som tovholder i forhold til den pågældende borger.

I løbet af netværksprojektet har deltagerne afprøvet den fælles plan i samarbejde med enkelte borgere. Projektdeltagerne har under afprøvningen ved interview og samtaler evalueret handle-behandlingsplan-redskabet og vejledningen.

En koordinerende plan vil indebære, at mange parter får adgang til oplysninger om borgeren. I projektet arbejder man hen imod at løse udfordringen ved løbende indhentning af samtykke gennem høj grad af inddragelse af borgeren. Så vidt muligt foretages kun større ændringer i planen og indgås aftaler på møder, hvor borgeren er til stede, eller har givet sit samtykke til mødet. Opbevaringen af planen har udgjort en udfordring for projektet. Borgeren skal altid selv have den seneste opdaterede version af planen. En form for elektronisk opbevaring af planen kræver en IT-understøttelse, der ikke umiddelbart er tilgængelig.

Frederikshavn Kommunes socialpsykiatri

Frederikshavns Kommunes dobbeltdiagnoseprojekt har taget afsæt i socialpsykiatrien, og har til formål at styrke koordineringen internt i kommunen og en tværsektoriel koordinering med den lokale distriktpsikiatri. Styregruppen for projektet, og det der i netværket har været betegnet som aftaleforum, har bestået af kommunale ledere fra Socialpsykiatrien, Myndighedsafdelingen, Afdelingen for misbrug og socialt udsatte, Jobcenteret og Projektafdelingen. Der er i projektregi desuden etableret en behandlingskoordineringsgruppe med medlemmer fra misbrugsudredningen, misbrugsbehandlingen, behandlingspsykiatrien og kommunens myndighedsafdeling. Hospitalspsykiatrien har i netværksperioden ikke indgået i projektet, men det lyder fra projektlederen, at også hospitalspsykiatrien begynder at have en interesse for projektet. Projektet er beskrevet i den bilaterale sundhedsaftale mellem Frederikshavn Kommune og Region Nordjylland 2011.

Projektet har inddraget kommunens forskellige enheder såsom SKP'ere, hjemmepleje og misbrugsbehandling. Projektet har indledningsvis arbejdet på en afdækning af de mange samarbejdspartner i indsatsen. Der afprøves en lang række tiltag i projektet:

- casemanagement eller tovholderfunktion over for de vanskeligt stillede borgere med dobbeltdiagnose,
- udvikling af en form for stafetlog i fht. planlægning af parallel behandlingsindsats,
- fælles uddannelse i kommunen i dobbeltdiagnose-problemstillinger, "På vej mod et Bedre Liv",
- sparring fra projektmedarbejdere om dobbeltdiagnose-problemstillinger,
- en håndbog med metodebeskrivelse og oversigt over lokale kerneaktørers ansvarsområde, opgaver og samarbejdspartnere og
- diverse andre aktiviteter for medarbejdere og brugere, f.eks. motionsløb.

Projektet har været finansieret af socialministeriets 19M-midler³, og projektlederen har løbende samlet data ind til brug for en tværgående evaluering af en række af disse projekter på landsplan. Frederikshavns projekt var med i netværksprojektet under projektets projekterings-, afprøvnings- og implementeringsfase. Projektet har haft interesse i at beskrive og evaluere deres metoder og redskaber med henblik på at kunne foreslå, hvilke aktiviteter, det ville være optimalt at videreføre ved ophør af den udefrakommende projektf finansiering. Efter afslutningen af netværksprojektet i 2011 har projektets styregruppe anbefalet, at der oprettes en stilling 'dobbeltdiagnosekoordinator' med ansvar for videreudviklingen og driften af de tværgående initiativer og fora, som projektet har oprettet (jf. Socialpsykiatrien, Frederikshavn Kommune, 2011). Håndbogen med beskrivelser af de lokale tilbud til målgruppen og snitfladerne mellem disse udgives endvidere som et forankringstiltag.

Til brug for projektets egen evaluering har projektlederen fundet det relevant at udarbejde det, man har betegnet et kontaktkort. Dvs. en overskuelig fremstilling af, hvor mange parter en borger har haft kontakt med i en given periode⁴. Desuden har projektlederen foretaget interview med borgere, ligesom der er sket løbende evaluering ved hjælp af spørgeskemaer blandt deltagerne på Bedre Liv-kurserne. Andre evalueringsovervejelser har bl.a. handlet om at måle på, hvorvidt deltagerne på de nyoprettede tværgående ledelsesmøder vurderer mødernes kvalitet og udbyttet af dem.

Det har vist sig, at projektet undervejs er stødt på den problemstilling, at ventelister og ressourcepres i kommunen har gjort det vanskeligt for den projektansatte casemanager at yde den forløbskoordinerende rolle og overdrage opgaven til de rette myndigheder og medarbejdere. Casemanagerfunktionen kommer nemt til at "sande til" i driftsopgaver. Frem for at være en korterevarende koordinerende indsats, kommer projektmedarbejderen til at påtage sig opgaver, som en bostøtte eller en SKP burde påtage sig.

Projektet er stødt på udfordringer i forhold til kompetenceudvikling i hjemmeplejen i kommunen. Hvor nogle medarbejdere gerne påtager sig særlige opgaver overfor den svære målgruppe af borgere med sindslidelse og misbrugsproblemer, er det langt vanskeligere for andre medarbejdere i hjemmeplejen at løse denne type opgaver. Enten ønsker de ikke,

³ <http://www.servicestyrelsen.dk/udsatte/sindslidende/19m-puljen>

⁴ Jf. "sammenhængskortet" beskrevet her:

<http://knudramian.pbworks.com/w/page/12751773/Tv%C3%A6rsektorielt%20samarbejde>

eller de har ikke den uddannelsesmæssige baggrund for at arbejde med målgruppen. Sådanne forskelle på en medarbejdergruppe har dobbeltdiagnoseprojektet sat lys på. Man overvejer i projektet, hvordan forventningerne til medarbejderne må varieres og rette sig ind efter den enkelte medarbejders ønsker og kompetencer på området.

Regionspsykiatrien i Holstebro og Herning Kommune

Dette projekt er gået ud på at evaluere "fællesteam" som samarbejdsmodel for tværgående samarbejde mellem regional psykiatri og kommunal misbrugsbehandling i forhold til patienter med både psykiske lidelser og misbrug. Fællesteam er beskrevet i sundhedsaftalerne, i Region Midtjyllands psykiatriplan og i en række lokale samarbejdsaftaler. Dette projekt er på den måde en evaluering af implementeringen af sundhedsaftalen, hvad angår denne lille del af aftalerne. Projektudøverne har været fra Team for Misbrug og Psykiatri i Regionspsykiatrien Vest (TMP) samt en socialfaglig konsulent fra Herning Kommunes myndighedsafdeling. Sidstnævnte blev afløst af en kommunal fagkoordinator i 2010. Projektets aftaleforum har bestået af den kommunale leder for områderne psykiatri, udsatte og misbrug og den ledende oversygeplejerske for Regionspsykiatrien Vest. Den ledende psykolog i Regionspsykiatrien indgik ved netværksprojektets opstart som både udøver og medlem af projektets aftaleforum. Vedkommende var på daværende tidspunkt leder af TMP. I 2010 overgik vedkommende til en stabslederfunktion, men fortsatte som projektleder for projektet.

Frem for kun at sætte fokus på Herning Kommunes fællesteam, valgte projektudøverne at foretage en spørgeskemabaseret evaluering af de otte fællesteam, der er knyttet til Regionspsykiatrien i Vest i Region Midtjylland. Evalueringen er foregået gennem to typer af spørgeskemaer; et udfyldt af de regionale TMP-medarbejdere, der har haft mødeleder eller sekretariatsfunktion i fællesteamene, og et udfyldt af fællesteamets deltagere. Projektlederen har præsenteret resultaterne i rapportform (Lund, 2011). Generelt vurderes fællesteamet positivt af deltagerne. Møderne bidrager til et gensidigt kendskab til hinandens arbejdsområder. Trods det, at der ikke udarbejdes egentlige skriftlige planer på baggrund af mødet, som sundhedsaftalen lægger op til, svarer en stor del af deltagerne i fællesteamene, at de oplever, at der indgås aftaler og eksisterer en fælles handleplan for indsatsen. Fællesteamet fremhæves ligeledes som et forum, hvor en mistanke om en eventuel sindslidelse kan blive drøftet, og hvor den psykiatriske udredning kan styrkes på grund af et øget kendskab til hinandens vidensbehov og et personligt kendskab mellem de samarbejdspartnere, der skal bidrage til udredningen.

Gråzoneproblematikker ved mistanke om eventuel dobbeltdiagnose har således været fremhævet som noget fællesteamet har kunnet afhjælpe. I evalueringen af fællesteamet påpeges psykiatriens manglende mulighed for at oprette notater om de borgere, som tages op i fællesteamet, hvor borgeren/patienten er under mistanke for at have en diagnose, men jo ikke er oprettet i patientregistret (endnu) (Lund, 2011). Den manglende mulighed for at dokumentere (huske) oplysninger om borgerne udgør en væsentlig udfordring for arbejdsformen.

Det er en udfordring i flere fællesteam at få skrevet referater, bortset fra enkelte fællesteam, hvor man enten har medarbejderen fra TMP eller en sekretær til denne opgave. Opbevaringen og godkendelsen af referaterne nævnes også som en udfordring. Selv om refe-

raterne ikke indeholder personhenførbare oplysninger er godkendelsen af dem et spørgsmål, der kræver overvejelse.

En anden udfordring knytter an til ledelsesforankringen af fællesteamene. På grund af en ændring i psykiatriens organisering af samarbejdet med kommunerne fra en distriktsorganisering til en klyngestruktur er ledelsesforaene ændrede. Af projektets evaluering fremgår, at flere medlemmer af de otte fællesteam ikke er sikre på, hvem der fungerer som deres ledelsesreference i forhold til fællesteamene.

Regionspsykiatrien i Randers og Misbrugscenter Djursland

Dette projekt har handlet om koordinering af indsatsen til psykiatriske patienter med misbrug eller mistanke om misbrug. Projektgruppen har været etableret på tværs af et intensivt sengeafsnit i Regionspsykiatrien i Randers og Misbrugscenter Djursland i Syddjurs Kommune. Det lokale aftaleforum har bestået af afdelingssygeplejersken og lederen af misbrugscentret. Lederne har bidraget aktivt til bl.a. beskrivelse af retningslinierne for samarbejdet. Flere elementer har været afprøvet i projektperioden og afprøves også efter netværksprojektet:

- Fælles temadage med alle eller udvalgte medarbejdere fra de to arbejdspladser,
- udvikling af skema til screening af samtlige indlagte for misbrugsproblematikker,
- bistand fra misbrugscentrets nøglemedarbejdere til sengeafsnittet til bl.a. motivation af patienter med misbrugsproblematikker til at gå i behandling,
- ugentlige telefonsamtaler mellem en medarbejder på sengeafdelingen og misbrugscentrets leder om aktuelle patienter med misbrugsproblematikker og
- nøglemedarbejdere fra de to arbejdspladser deltager i hinandens personalemøder.

Projektmedarbejderne fra sengeafsnittet har oplevet, at det gensidige kendskab mellem misbrugscenter og sengeafsnit er øget, og de vurderer, at deres kolleger har fået generel bedre forståelse for, hvilke handlemuligheder der er over for denne gruppe patienter. Man har i sengeafsnittet opnået mere forståelse for arbejdsgangen i misbrugscentret. Med større sikkerhed kan medarbejderne i sengeafsnittet informere patienterne om, hvad de kan forvente ved at blive henvist til misbrugsbehandling, uden at love for meget, fx et døgnbehandlingstilbud.

Af projektets fremlæggelse på det fjerde netværksseminar fremgik, at det er vanskeligt at sige, hvorvidt sengeafsnittet får henvist alle relevante patienter til misbrugsbehandlingen, da man ikke kender antallet af patienter med dobbeltdiagnose. Projektet har ikke foretaget målinger af samarbejdets resultater på borger-niveau, da man i første omgang har arbejdet med at styrke medarbejdernes tværgående indsats. På medarbejderniveau er der heller ikke foretaget egentlige målinger, men deltagende medarbejdere og ledere oplever, at projektet meget hurtigt har affødt en positiv udvikling i form af, at screeningen af de indlagte patienter har sat lys på målgruppen af patienter med misbrugsproblemer, og at nøglemedarbejderne giver adgang til viden om dobbeltdiagnoseproblemstillinger og "de andres" kompetencer og arbejdsformer.

Sengeafdelingen samarbejder også med andre kommuner, og man håber, at denne form for øget samarbejde kan etableres med andre misbrugsbehandlingstilbud også.

En udfordring, der fremhæves af projektet, er at holde samarbejdet ved lige. Særligt sengeafsnittet bærer præg af hyppige personaleudskiftninger. Det stiller krav om hele tiden at vedligeholde samarbejdet med misbrugscentret.

Afprøvning af samarbejdsmodeller - erfaringerne

Det følgende afsnit er en opsamling af erfaringerne fra de fire projekters afprøvede samarbejdsmodeller. Gennemgangen følger de punkter ved en samarbejdsmodel, som blev beskrevet ved netværksprojektets indledning: Aftaleforum, målgruppe, metoder og redskaber, kontakt og kommunikation, evaluering og kvalitetssikring. Afslutningsvis samles op på det punkt, som vedrører ledelse.

Aftaleforum

Ved netværksprojektets start blev beskrevet, hvordan aftaler om deltagelse og definition af de enkelte projekters indhold skulle ske via et 'aftaleforum', som var etableret inden for rammerne af den lokale sundhedsaftale. Et aftaleforum skulle bestå af ledelsesrepræsentanter fra de involverede sektorer med kompetence til at indgå forpligtende tværsektorielle aftaler.

Frederikshavn Kommunes projekts ledelsesmæssige forankring har været kommunal. Projektet er forholdsvist udførligt beskrevet i Region Nordjyllands bilaterale aftale med Frederikshavn Kommune, hvilket umiddelbart skaber en ramme for en tværgående ledelsesmæssig bevågenhed. Projektlederen har løbende forsøgt at skabe projektinteresse i forskellige ledelsesfora. Projektet har fungeret som sekretariat for et mødeforum blandt ledere, der også omfatter regionspsykiatrien, hvor enkeltsager såvel som dobbeltdiagnoseområdet generelt sættes på dagsordenen. Det har således været det kommunale projekt, der et langt stykke hen ad vejen har søgt at skabe den ledelsesmæssige interesse fra regionens side, på trods af at projektet indgår i den fælles sundhedsaftale.

Projektlederen i Guldborgsund-projektet, som kommer fra distriktpsychiatriens opsøgende team, har siddet med i det lokale samarbejdsforum for vedrørende sundhedsaftaler på psykiatriområdet og har præsenteret det foreløbige arbejde med udviklingen af en koordinerende handle-behandlingsplan.⁵ Lolland Kommune, der sidder i samme samarbejdsforum er inspireret af arbejdet i nabokommunen til at påbegynde arbejdet med handle-behandlingsplanen. Udviklingen af det koordinerende planarbejde synes således at ske "nedefra", og ikke fordi aftaleparterne i sundhedsaftalen har iværksat det tværgående planarbejde, som har været aftalt siden første generation af sundhedsaftalerne i Region Sjælland.

Fællesteam-projektet i Herning-Holstebro har i netværksprojektets levetid haft en opmærksomhed mod "klyngen" i Region Midtjylland, men ledelsesmæssige omlægninger giver uklarhed i forhold til, hvor den tværgående ledelsesmæssige forankring er. Disse uklarheder forventes at falde på plads efterhånden som den nye psykiatri-samarbejdsorganisering falder på plads og begynder at løse opgaver. Ved tidspunktet for denne erfaringsopsamling, forlyder det fra Holstebro-Herning-projektet, at projektet har

⁵ Projektet har ifølge tilgængelige mødereferater været præsenteret i det tværgående mødeforum, der først hed Kommunalt Samarbejdsforum KS3 vedrørende Sundhedsaftaler (på møder d. 14.09.2010 og d. 09.11.2010), og siden Kommunalt Samarbejdsforum for Psykiatri (KSP) Maribo (på møde d. 23.06.2011), jf. Region Sjællands hjemmeside.

fået lov at få deres evaluering af fællesteamene på dagsordenen på møderne i de klynger hvis fællesteam har indgået i evalueringen. Den ledelsesmæssige bevågenhed er ikke givet på forhånd, da det er projektet selv, der gør opmærksom på, at denne evaluering foreligger.

Dobbeltdiagnose-initiativerne i samarbejdsprojektet imellem sengeafsnittet i Randers og misbrugscenter Djursland, ligeledes Region Midtjylland, har ikke haft en øvre ledelsesmæssig forankring i klyngesammenhæng. Der er i forbindelse med gennemførslen af projektet ikke blevet talt om, at klyngen som sådan skulle agere. Til gengæld har der i dette projekt været en ganske stærk mellemleder-opbakning. De to ledere, afdelingssygeplejersken fra sengeafsnittet og centerlederen for misbrugscentret har været aktivt involveret i udviklingen og afprøvningen af metoder og redskaber, fx er det centerlederen fra misbrugscentret, der står for den ugentlige samtale med en sygeplejerske fra afsnittet i forhold til at gennemgå patienterne med eventuel dobbeltdiagnose. Forud for det fjerde og afsluttende netværksseminar kunne projektudøverne fra misbrugscentret ikke deltage pga. andre kursusaktiviteter. Den kommunale centerleder trådte derfor til og mødtes med projektudøverne fra sengeafsnittet for at færdiggøre beskrivelsen af deres fælles projekt forud for seminaret. Projektets udvikling og afprøvning af konkrete metoder har således fungeret og fået løbende opbakning inden for den ledelsesmæssige ramme på center- og afsnitsniveau.

Projekternes afprøvninger af modeller for samarbejdet peger på, hvordan ledelselementet i samarbejdsmodellen består af mange niveauer og funktioner. Ledelsen af den sammenhængende indsats sker inden for nogle rammebetingelser for sammenhæng, som er givet af psykiatriens vilkår med adskilte bureaukratier og sundhedsaftalernes evne til etablering af et forpligtende samarbejde. Som afslutning på første del af erfaringsopsamlingen fra netværksprojektet vender vi tilbage til spørgsmålet om ledelsens rolle i samarbejdsmodellerne, herunder hvilken rolle sundhedsaftalerne spiller som rammesætter for det tværgående samarbejde.

Målgruppe

I udgangspunktet blev inviteret projekter med fokus på de sværest stillede sindslidende. Folkesundhed & Kvalitetsudvikling betragtede det som udbytterigt at etablere et netværk for sammenhæng inden for de områder af psykiatrien, hvor det tværgående samarbejde er mest omkostningskrævende og opgaven mest voldsom. Erfaringerne peger på, at udvikling af den fælles indsats i de mest problematiske forløb er vanskeligt, og muligvis ikke prioriteret i tilstrækkelig grad til at sikre succesfulde afprøvninger. Omvendt kan også konstateres, at de fire projekter i projektperioden er nået langt med at udvikle og afprøve modeller for samarbejdet og metoder og redskaber til det konkrete samarbejde om den vanskelige opgave. Evalueringen af netværksseminarerne viser, at deltagerne har fundet det meningsfyldt at bruge tid på dette arbejde (jf. bilag 1).

Projekterne omhandler alle dobbeltdiagnoseområdet. Dette til trods har projekterne været forskellige. Deltagere har på nogle områder fundet projekterne for forskellige til, at de gensidigt har kunnet drage nytte af hinanden. Dobbeltdiagnose er i sig selv en betegnelse, der dækker over mange typer og grader af lidelser og social udsathed, og udøverne har afprøvet forskelligartede metoder og redskaber. Forskellene mellem projekterne kan des-

uden skyldes forskellige organisatoriske kontekster, hvor projekterne har omfattet forskellige arbejdspladser og ledelsesmæssige organiseringer.

I forbindelse med invitationen til netværket blev målgruppen beskrevet som de borgere, der efter serviceloven skal have tilbudt handleplaner eller udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner efter psykiatriloven. Det kan konstateres, at de fire projekter kun i mindre grad har taget afsæt i en målgruppe, hvor disse planer foreligger. En del af forklaringen findes sandsynligvis i mangler i organiseringen af planarbejdet for de sværest stillede sindslidende.⁶ I Guldborgsund-projektet, der har omhandlet udviklingen af den koordinerende plan, er man opmærksom på den koordinerende plans mulighed for at afløse de andre planer, uden at man dog på tidspunktet for netværkets afslutning (maj 2011) er nået til at afprøve dette. Af Holstebro-Herning-projektets evaluering fremgår, at fællesteamets koordinerende planarbejde er meget lidt udviklet.

I netværksprojektets levetid er PSP-samarbejdet⁷ blevet tiltagende udbredt i Danmark. Der er overlap mellem målgruppen af borgere med dobbeltdiagnose og målgruppen for PSP-samarbejdet. Deltagere i fællesteamene i vest i Region Midtjylland påpeger i deres evalueringssvar overlap i målgruppen for PSP-forummet og fællesteamet. PSP-samarbejdet etableres omkring vanskelige sager, hvor politiet er en samarbejdspart. Denne samarbejdsmodel baserer sig på en lovhjemmel i Retsplejeloven til at udveksle oplysninger uden samtykke mellem aktører fra politi, socialforvaltning og psykiatri. I PSP-samarbejdsmodellen lægges op til en ledelsesforankring på flere niveauer hos de involverede parter. I Odsherred Kommune i Region Sjælland har været afprøvet en kobling af PSP-modellen med et bredere, tværgående samarbejdsforum i psykiatrien (Balleby og Søbjerg 2011). I de foreløbige evalueringer af PSP-samarbejdet er der fokus på retssikkerhedsmæssige og etiske udfordringer ved, at borgeren drøftes, og at der indgås aftaler mellem myndigheder uden borgerens medvirken eller samtykke (Vitus og Kjær 2011). Fremtidige afprøvninger af samarbejdsmodeller for gruppen af vanskeligt stillede sindslidende vil på grund af overlap i målgruppen skulle tage højde for eventuelle overlap til samarbejdsmodeller etableret i PSP-regi.

Metoder til sammenhæng

Nogle af metoderne, der er afprøvet af deltagerne i netværket er: Casemanagement i Frederikshavn Kommune og Holstebro-Herning-projektets tværgående teamarbejde "fælles-team".

Casemanagement eller forløbskoordinering som i Frederikshavn-projektet sker altid i samtidighed med en række andre parter, som er eller bør være omkring borgeren. Der kan ofte være en indbygget risiko for uklarhed og opgaveuenighed, hvis der indsættes særlige casemanagere eller forløbskoordinatorer i driften. Den ekstra ansatte koordineringsperson risikerer at overtage opgaver, som kunne udføres af en bostøtte eller en støttekontaktperson (SKP) efter serviceloven (Balleby og Søbjerg 2011). Forløbskoordinering kræver overvejelser om, hvorvidt andre mekanismer i de involverede organisationer burde sikre sam-

⁶ Selv i vanskelige forløb, hvor psykisk syge begår alvorlig personfarlig kriminalitet, har der kun i begrænset omfang været udarbejdet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner efter psykiatriloven (Sundhedsstyrelsen, 2011a).

⁷ Samarbejde mellem Politi, Socialforvaltning i kommunerne og den regionale Psykiatri (PSP, 2009).

menhængen frem for indsættelsen af en casemanager eller koordinator, der opererer mellem organisationerne, men måske uden relevant ledelsesmæssig reference (Buch, 2008).

Fællesteammodellen viser, at teamorganiseringen kræver redskaber til fastholdelse af teamet. Afprøvningen i psykiatrien i vest i Region Midtjylland viser et behov for afklaring vedrørende sekretariatsfunktionen, referater fra møder og regionspsykiatriens dokumentation vedrørende gråzonesager. Tværgående teamarbejde stiller krav om kompetencer hos det enkelte teammedlem i forhold til at kende den fælles opgave og de andres indsats, samt kompetencer i de involverede organisationer til drift og kvalitetssikring af teamet (Ramian og Balleby 2005). Et aktuelt litteraturstudium viser, at tværfagligt teamsamarbejde på en lang række områder fremmer effekten af rehabilitering i sammenligning med en indsats uden fokus på teamsamarbejde (Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011). Der er grund til fortsat afprøvning af tværgående team som samarbejdsmodel. Som i andre teamstrukturer kræver fællesteamet overvejelser over, hvilken form for teamarbejde, der er tale om. Tværfaglige team kan organiseres på en række måder i forhold til graden af tværfaglighed, fælles målsætning osv.

Redskaber til sammenhæng

Metoderne til etablering af sammenhæng består af en række konkrete redskaber. Projekterne Frederikshavn og Holstebro-Herning har fx arbejdet med mødedagsordener og -referater, i Randers-Djursland-projektet er bl.a. afprøvet et skema til screening af patienter med mistanke om dobbeltdiagnose og en aftale om en ugentlig telefonsamtale mellem sengeafsnittet og misbrugscentret. Såvel simple som mere omfattende redskaber i samarbejdet kan have betydning for sammenhængen, og redskabsudviklingen fordrer ofte ledelsesmæssig bevågenhed.

I Guldborgsund-projektet såvel som i andre projekter har der været stor interesse i at udvikle et redskab, der kan sikre borgerens inddragelse og informerede samtykke til parternes samarbejde. Guldborgsund-projektet har arbejdet ud fra borgerens løbende samtykke og allerhelst medvirken ved de tværgående møder om handle-behandlingsplanen. IT-understøttelse af den koordinerende plan i Guldborgsund stiller krav til redskabsudviklingen. Lederen for Guldborgsund Kommunes misbrugsbehandling peger på vigtigheden af, at en sådan plan opbevares elektronisk, så man ikke er afhængig af, at borgeren bringer den opdaterede plan rundt til de fagprofessionelle. Hvad angår de tekniske muligheder for at opbevare tværgående oplysninger, fx som i Guldborgsunds handle-behandlingsplan, lyder det fra følgegrupperepræsentanten fra Servicestyrelsen, at Socialministeriet har fokus på området, og at man er klar over, hvilken stor udfordring den elektroniske opbevaring udgør.

Det nationale fokus på de udfordringer, der ligger i etablering af fælles informationssystemer, fremgår bl.a. af nedenstående nationale strategi for kommunikation vedrørende sundhedsoplysninger 2008-2012 udarbejdet af den fællesoffentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark:

Alle regioner og kommuner står i forskellig grad over for udfordringer i forhold til kommunikation af sundhedsoplysninger internt, da den samling af it-løsninger, som de hver især har overtaget med regionsdannelsen og kommunesammenlægningen, indebærer begrænsninger og muligheder i forhold til tværgående dataudveksling. Deraf følger en række

ke IT-mæssige udfordringer med at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs af organisatoriske enheder (SDSD, 2007: 39).

Sundhedsstyrelsen er opmærksom på den elektroniske kommunikations vigtighed i forhold til opfyldelsen af sundhedsaftalernes formål. Nedenfor et uddrag fra Sundhedsstyrelsens svarbrev til kommunalbestyrelserne i forbindelse med godkendelsen af regionernes anden generation af sundhedsaftaler med kommunerne:

Etablering af elektronisk kommunikation er generelt et fokusområde i sundhedsaftalerne, og der bliver lagt et stort arbejde i såvel den tekniske som den organisatoriske implementering heraf. Sundhedsstyrelsen bemærker vigtigheden af den fortsatte udvikling og implementering af den elektroniske kommunikation, der har afgørende betydning for at sikre opfyldelse af sundhedsaftalernes formål i praksis. (Sundhedsstyrelsen, 2011b: 2)

IT-understøttelsen af koordinerende planarbejde, som nævnes i flere sundhedsaftaler kræver dog ret omfattende tiltag i de involverede organisationer.

På den kommunale side har der også de seneste år været sat lys på den digitale vidensudveksling. Socialministeriet og Kommunernes Landsforening har iværksat et fælles nationalt projekt om kommunens kommunikation om borgerne, Digitalisering af handicap- og udsatte voksne-området (DHUV). Foreløbig er man i dette projekt nået frem til en model for udredning for sagsbehandlere på voksen- og udsatteområdet. "Voksenudredningsmetoden" har til formål at fremme "*grundlaget for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats med borgeren i centrum*" (DHUV-pjece, 2011: 2). Der er fortsat et udviklingsarbejde i gang i forhold til IT-understøttelsen af denne metode. Metoden er afprøvet i enkelte kommuner, men ikke implementeret.

I Holstebro-Herning-evalueringen peges på særlige udfordringer i tilknytning til dokumentation og fastholdelse af viden fra fællesteam møderne, som ikke er muligt med de retningslinier for patientregistrering, der findes i dag, hvor det ikke er muligt at oprette en sag for borgere, hvor der kun er mistanke om psykisk lidelse.

For fx Guldborgsunds arbejde med den koordinerende plan og for fællesteamenes arbejde med de borgere, hvor der er mistanke om dobbeltdiagnose, gælder, at det kræver ledelsesbeslutninger på en række niveauer at fastholde nationale intentioner vedrørende sammenhæng. Lokalt, i det daglige arbejde omkring og sammen med borgerne, er der brug for konkrete redskaber til at fastholde den fælles indsats. Redskaberne må optimalt set udvikles i et samarbejde mellem involverede myndigheder og sektorer og kan derfor kræve samorganisering fra højeste sted.

Kontakt og Kommunikation

Samarbejdsmodellernes afprøvning af kontakt og kommunikation hænger sammen med ovennævnte redskabsudvikling. I afprøvningen af samarbejdsmodellen er nødvendigheden af denne del også kommet til udtryk i projektudøvernes mulighed for at mødes og samarbejde om deres lokale projekt. Allerede ved tilmelding til netværket stod det klart, at denne udfordring har et stort omfang og vedrører logistik såvel som historie og kulturelle forud-

sætninger for samarbejdet.⁸ Et af netværkets formål har således også været at stille rammer til rådighed, som har givet mulighed for at man kunne få et rum til arbejde med eget projekt. Rent praktisk har projekterne haft mulighed for at arbejde med eget projekt på netværksseminarerne (jf. del 2).

I de enkelte projekter er afprøvet forskellige former for mødefora og kommunikation. Randers-Djursland-projektet har undervejs afsøgt muligheden for at benytte lokalpsykiatrien i Røndes videokonferenceudstyr. De to arbejdspladser, misbrugscentret i Rønne i Syddjurs Kommune og sengeafdelingen i Randers er placeret fysisk langt fra hinanden, hvilket har vanskeliggjort fælles møder i projektgruppen. Samarbejdet i projektgruppen, såvel som det fremtidige samarbejde om de fælles borgere ville styrkes med muligheden for at medarbejderne kunne holde videokonferencer. Umiddelbart har det ikke været muligt for misbrugscentrets medarbejdere at få adgang til udstyret i lokalpsykiatrien på grund af manglende tilladelser.

I Holstebro-Herning-projektet har kommunikationen mellem kommunen og regionspsykiatrien været påvirket af, at repræsentanten fra Herning Kommune blev udskiftet midtvejs i projektforsløbet. Det fremstår vanskeligere at involvere den nye kommunale repræsentant i netværksforsløbet. Dette kom blandt andet til udtryk ved tilmeldingen til det fjerde netværksseminar, hvor regionsrepræsentanterne ikke umiddelbart vidste, om repræsentanten fra kommunen deltog eller ej. I dette tilfælde vurderer Folkesundhed & Kvalitetsudviklingen, at det var af betydning for projektets kontinuitet og udbytte, at der deltog en ledelsesrepræsentant fra Herning Kommune i netværkets afsluttende seminar. Udskiftning af medarbejdere udgør en løbende udfordring for samarbejdsmodellerne og stiller krav om aftaler vedrørende fornyet kontakt og kommunikation.

Det skal for alle samarbejdsmodeller overvejes, hvilke former for kontakt og kommunikation, der bedst kan lade sig gøre i den pågældende model for tværgående samarbejde. Konkrete redskaber kan bidrage til kommunikationen, og tilgængelig teknologi bør afprøves. En samarbejdsmodel bør omfatte rammer, som sikrer kommunikationen mellem de arbejdspladser, som samarbejdet vedrører. En model må tage højde for, at der inddrages medarbejdere, som er involveret i det tværgående samarbejde, og som på den måde kan drage nytte af samarbejdsmodellen.

Evaluering

På arbejdspladsniveau er der brug for kompetencer til dokumentations- og evalueringsarbejde. Afprøvningen af metoder og redskaber kræver en vis form for systematik, kompetencer og tid, som skal bevilges af relevante ledere. Projekterne har været forskelligt organiseret i forhold til at prioritere evalueringsdelen. I den ene ende af skalaen findes Frederikshavn-projektet med fuldtidsansat projektleder og tid og ressourcer til at skrive, projektstyre og gennemføre evaluering. Holstebro-Herning-projektet har som Frederikshavn også haft en forholdsvis styrende projektleder, der også har stået for afrapportering af evalueringresultaterne. I den anden ende af skalaen er Randers-Djursland-projektet, som fra starten af netværksprojektet vægrede sig mod overhovedet at etablere sig som et projekt ud fra et stærkt ønske om at udvikle et samarbejde mellem arbejdspladserne, som ikke ville kræve ekstra ressourcer fra driften. Midtvejs i netværksprojektet inddrog Randers-

⁸ Muligheden for at mødes på tværs og udvikle et fælles projekt var for flere projekter en udfordring allerede forud for tilmelding til netværket, jf. del 2 om netværksprojektets rekrutteringsfase.

Djursland-projektgruppen en medarbejder fra sengeafsnittet, som havde en interesse og kompetencer til at påtage sig arbejdet som "skriverkarl" for gruppen. For at styrke projektets aktiviteter, udvikling og udbredelse havde man på dette tidspunkt behov for en vis skriftliggørelse af projektet. Evaluering og dokumentationsarbejde i praksis vil ofte kræve en organisering internt i projektgrupper, hvor en påtager sig skrivearbejdet (Amtsrådsforeningen, Det Kommunale Kartel og Socialpædagogernes Landsforbund, 2002).

Som Randers-Djursland-projektets arbejde med bl.a. nøglemedarbejdere screeningsredskab og den ugentlige telefonsamtale mellem arbejdspladserne, har Guldborgsund-projektet arbejdet ud fra overkommelige afprøvninger af handle-behandlingsplanredskabet og det, man kan kalde rapportfrie evalueringer eller erfaringsopsamlinger.

Projektudøverne og de involverede arbejdspladser har et vidensbehov i forhold til løbende udvikling og justering af metoder og redskaber. En samarbejdsmodel bør sikre, at information om samarbejdet, herunder eventuelle tvister eller uhensigtsmæssigheder, når de rette ledelsesrepræsentanter, som har kompetencer til at understøtte velfungerende metoder og redskaber og træffe beslutninger om nødvendige justeringer. Dette evalueringsbehov hænger sammen med modellens kvalitetssikring.

Kvalitetssikring af samarbejdsmodellen

Afprøvningen af samarbejdsmodellerne viser, at de forskellige ledelsesniveauer vil have forskellig part og interesse i det tværgående samarbejde, som det tager sig ud i hverdagen for de fagprofessionelle og de borgere, indsatsen ydes over for.

Randers-Djursland-projektet foregår på et niveau, hvor de involverede ledere fra misbrugscentret og sengeafsnittet er tæt på afprøvningen af metoder og redskaber. De har fulgt og taget del i projektet og den løbende kvalitetssikring af de indgåede aftaler mellem de to arbejdspladser.

De afprøvede metoder og redskaber i de tre øvrige projekter indgår i sundhedsaftalerne: Dobbelt diagnoseprojektet beskrives i Frederikshavn Kommunes bilaterale aftale, handle-behandlingsplanen på dobbelt diagnoseområdet indgår i Region Sjællands sundhedsaftaler og fællesteam beskrives i Region Midtjylland sundhedsaftaler. Dette peger i retning af, at de tre projekters erfaringer burde have bevågenhed i det tværgående ledelsesforum, som er etableret i regi af sundhedsaftalen. For disse projekter synes efterspørgslen efter information og kvalitetssikring gennem et sundhedsaftalebaseret ledelsesforum mindre tydelig. Region Midtjyllands klynger i Vest, samarbejdsfora i voksenpsykiatrien i Region Sjælland samt Region Nordjyllands ledelsesfora på tværs af region og kommune burde ifølge sundhedsaftalerne iværksætte og efterspørge evalueringer af sammenhængsinitiativer. Ledelsesstrukturen af de sundhedsaftalerrelaterede tværgående ledelsesorganer lider af løbende omorganiseringer, og disse fora kan have vanskeligt ved og knappe ressourcer til at lede processer med udvikling og afprøvning af metoder og redskaber. Et beslutningsdygtigt ledelsesforum udgør en central del af samarbejdsmodellens succes. Det kræver en gennemtænkt organisering mellem praksisniveau og ledelsesniveauerne at relevante aftaler omsættes og anvendes i hverdagen, at ledelsen mindes om udvikling af tværgående initiativer, der kræver ledelsens bevågenhed, og at kvalitetssikringen dermed sker. Sammenhængsinitiativers succes synes at kræve en funktion i form af en koordinator eller ledelsesrepræsentant, som, med afsæt i praksis, har adgang til aftaleforummet og

som har beføjelser til at minde ledere om indgåede aftaler om koordinering og samarbejde og kræve, at nødvendige beslutninger træffes.

Opsamling: Ledelse af sammenhæng

Afslutningen af denne første del af erfaringsopsamlingen vedrører ledelsesspørgsmålet i forhold til etablering af sammenhæng, herunder hvordan sundhedsaftalernes funktion tegner sig. Først behandles de ledelsesudfordringer, der følger af psykiatriens sektoropdelte vilkår, som ydermere er præget af manglende kontinuitet. Når man med diverse projekter søger at sikre sammenhæng i psykiatrien er der altid en overhængende fare for, at de tværgående samarbejdsrelationer lider ved bureaukratiske omlægninger. Som påpeget af Bengtsson i nedenstående citat vil løbende ressourcestramninger i de involverede organisationer betyde, at fungerende samarbejdsrelationer bliver skrøbelige størrelser:

Samspeilet mellem psykiatri og socialpsykiatri er et problem, når to organisationer – region og kommune – skal samarbejde. Det problem søger man nu at løse ved at igangsætte ad hoc-projekter til at slå bro mellem organisationerne. Mange problemer kan sikkert løses ad denne vej, men det bliver næppe særlig holdbare løsninger. Før eller senere vil en af myndighederne skulle rationalisere sine ressourcer – det er, når alt kommer til alt, en af de vigtigste grunde til, at man har bureaukratier – og så er de møjsommeligt opbyggede samarbejdsrelationer i farezonen.

(Bengtsson 2011: 10)

Ledelse mellem faglige bureaukratier

Ledelsesrepræsentanterne i netværksprojektet videregiver en oplevelse af, at de kommunale opgaver på psykiatri- og udsatteområdet er mangeartede og rækker ind i mange forvaltningsområder. Som en undersøgelse fra Dansk Sundhedsinstitut viser, er den kommunale opgaveudvikling på psykiatriområdet vanskelig at danne sig overblik over (Madsen m.fl., 2011). Bengtsson, der citeres ovenfor, skitserer det uhensigtsmæssige ved en opdeling i socialpsykiatri og psykiatri, da den sociale indsats bør anerkendes som en del af et samlet behandlingsforløb (Bengtsson, 2011: fx 9 og 57).

En regional leder i netværksseminaret forholder sig tilsvarende kritisk til den "kunstige" sektoropdeling af psykiatrien i en behandlings- og socialpsykiatri, som hele tiden giver samarbejdsudfordringer, og ikke giver mening i forhold til opgaven. Andre ledere finder en opdeling nødvendig, men fremhæver, hvordan de faglige og ressourcemæssige vilkår kræver, at de som ledere sikrer, at medarbejderne får opbakning til de løsninger, de finder i overgangene mellem eksempelvis indlæggelse og social indsats, selvom de ikke altid er fagligt optimale.

Ledelsesrepræsentanterne beskriver, at det tværgående samarbejde om borgere med dobbeltdiagnose og komplekse problemstillinger sker inden for nogle vilkår, hvor de rette tilbud ofte ikke findes, både hvad angår antallet af tilbud, og hvad angår de særlige behov hos målgruppen. De ressourcemæssige udfordringer afføder frustration hos medarbejdere. Set i lyset af deres pressede arbejdsvilkår, er det utroligt, at medarbejderne ikke kommer mere "op at skændes", som en leder formulerer det.

Fra et psykiatrisk sengeafsnit lyder ledelsens udfordring at være det tiltagende problem, at de skal udskrive patienter, også hvor der ikke er et relevant tilbud. Selv om den behand-

lingsmæssige kerneydelse i dag er afgrænset og møntet på en lille gruppe af de sværest stillede psykiatriske patienter, opfattes hospitalets ydelse fortsat som "kæmpestor". Lederrepræsentanten bruger den illustration, at "asyltankegangen" står i vejen for, at hospitalernes rolle kan udvikles:

Det kan godt være, asylerne er nedlagt. Men tanken om asylerne er ikke nedlagt samtidig med asylerne. Den er der stadigvæk. Den er der hos personalet. Den er der hos patienten. Den er der hos de pårørende. Og den er der på sin vis også af og til hos kommunerne.

(leder, regionspsykiatrien)

Der efterspørges blandt lederne nytænkning i forhold til tilbud på dobbeltdiagnoseområdet. En kommunal leder henviser til, hvordan sundhedsloven lægger op til, at kommunerne kan udvikle behandlingstilbud efter sundhedsloven. Vedkommende ser fremtidige udviklingsperspektiver i at kommunen udvikler tilbud med mere bemanning, der kan sikre overgangen mellem indlæggelse og eget hjem. Andre og fleksible løsninger i overgangene i psykiatrien drøftes, fx tilbud om at blive ringet op, få besøg kort efter udskrivelsen, eller de nævnte overgangstilbud med døgndækkende støtte. En medarbejder fra Guldborgsund Kommune gør opmærksom på, hvordan man i psykiatrien i Storstrøms Amt forud for kommunalreformen var kommet langt med det tværgående samarbejde i den såkaldte Helhedsplan for sindslidende fra 2000. Helhedsplanen tilbød en aftalt ramme for samorganiseringen omkring borgerne med en sindslidelse. Planen omfattede fælles kompetenceudvikling og en lang række konkrete tiltag. Et redskab i Helhedsplanen var eksempelvis koordinerede feriekalendere mellem de forskellige arbejdspladser, som sikrede, at borgeren altid havde en medarbejder at henvende sig til. Sådanne initiativer blev indstillet på grund af kommunalreformen, lyder det fra medarbejderen.

Samarbejdsmodellerne i netværksprojektet har som beskrevet omfattet forskellige ledelsesniveauer og flere typer af aftalefora. Medarbejderne eller praksisniveauet vil have behov for adgang til et aftaleforum på det relevante beslutningsmæssige niveau, når udviklingen af sammenhæng i indsatsen kalder på ledelsesbeslutninger. En opstået uklarhed eller uenighed vedrørende samordningen af den fælles indsats bør behandles på det rette ledelsesmæssige niveau, hvor der kan træffes aftaler om placering af handleansvaret og nås til enighed om prioriteringen af indsatsen. Hvor der er behov for at sikre sammenhæng, skal ledere på det rette niveau kunne træffe beslutninger vedrørende enkeltsagen samt forhold af mere principiel karakter.

Sundhedsaftalerne er indgået med det formål at etablere et forpligtende samarbejde på tværs af sektorerne. Spørgsmålet er, om aftalerne tilbyder en tilstrækkelig stabil ramme for det tværgående samarbejde.

Sundhedsaftalerne som ramme for samarbejdsmodeller

I forbindelse med deres sammenhængsskabende initiativer, har udøverne i netværket så at sige afprøvet lokale rammer for det tværgående samarbejde, som de kommer til udtryk i sundhedsaftalernes formuleringer og i organiseringen af forskellige samarbejdsfora på ledelsesniveauet.

Følgende formulering findes i vejledningen til sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler:

Sundhedskoordinationsudvalget skal jf. bekendtgørelsens § 3, stk. 2 følge op på og efter behov drøfte sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og skal stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne.

Udvalget skal således sikre en løbende opfølgning på implementeringen af sundhedsaftalerne, herunder om sundhedsaftalerne bidrager til at skabe sammenhængende forløb for borgerne på tværs af myndigheds- og sektorgrænser. Udvalgets løbende drøftelser af aftalernes gennemførelse og af generelle problemstillinger bør resultere i, at kommuner og region gøres opmærksom på de dele af samarbejdet, som ikke fungerer efter hensigten. Drøftelserne kan eventuelt resultere i konkrete forslag til ændringer af aftalerne. Aftaleparterne bør på baggrund af den vurdering, som udvalget stiller til rådighed for parterne, løbende justere deres aftale og indsats, når der viser sig at være behov for dette.

(Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 2009: pkt. 2.3)

Som beskrevet under netværkserfaringerne vedrørende kvalitetssikring synes kontakten mellem praksisniveauet, hvor samarbejdet og koordineringen realiseres, og de tværgående ledelsesfora mindre tydelig. Intentionerne om løbende implementering og opfølgning på sundhedsaftalerne, som beskrives i ovennævnte vejledning, er svære at få øje på på arbejdspladserne. Den samarbejdsorganisering, hver region har etableret som led i indgåelsen af sundhedsaftalen, indebærer et komplekst og forskelligartet sæt af råd og udvalg, der trækker mange møderessourcer hos ledelsesrepræsentanter i regioner og kommuner.

På trods af en omfattende samarbejdsorganisering i tilknytning til hver sundhedsaftale efterlader sundhedsaftalen uklarhed om aftaleparternes rolle i forhold til den fælles opgave. Selv umiddelbart kortfattede formuleringer i det store aftalekompleks, som en sundhedsaftale udgør, kan indebære store implementeringsmæssige udfordringer. I sundhedsaftaleteksterne kan brugen af passivt sprog i formuleringerne efterlade usikkerhed i forhold til, hvem der skal tage initiativ til implementeringen af den indgåede aftale. Et eksempel er formuleringen i Region Sjællands generelle sundhedsaftale om koordinerende handle-behandlingsplaner på dobbeltdiagnoseområdet, som lyder:

Dobeltdiagnosepatienter skal tilbydes udarbejdelse af koordinerede kommunale handleplaner og regionale behandlingsplaner med det formål at skabe fælles mål i arbejdet med såvel behandlings- som handleplan.

(Region Sjællands sundhedsaftale, 2010-2014: 99)

Formuleringer som ovenstående gør det uklart, hvem der "skal" tilbyde koordineringen af planerne eller, hvad sanktionsmulighederne er, hvis ingen tilbyder en borger med dobbeltdiagnose, at planarbejdet koordineres. Den koordinerede handle-behandlingsplan var også nævnt i første generation af sundhedsaftalerne. Implementeringen af metoden over for borgere med dobbeltdiagnose i region Sjællands 17 kommuner og tilhørende regionspsykiatriske enheder synes at kræve en ret konsekvent ledelsesmæssig bevågenhed på tværs af de mange kommunale og regionale parter. Senest er Lolland Kommune blevet interesseret i at afprøve den skabelon for planen, som Guldborgsund-projektet har udviklet, her fire år efter aftalen mellem regionen og kommunerne blev indgået og samtidig med, at forarbejdet til tredje generation af sundhedsaftalerne er undervejs, hvilket kan risikere at virke forstyrrende ind på implementeringen af de tidligere generationer af aftaler, for så vidt aftaleteksten ændres.

Alment praktiserende læger har ikke indgået i nogle af samarbejdsmodellerne i netværket. Almen praksis nævnes flere steder i sundhedsaftalerne på psykiatriområdet. Deres manglende inddragelse i de fire projekter kan være udtryk for, at det er vanskeligt at implementere den del af sundhedsaftalerne, der vedrører almen praksis. I forbindelse med Guldborgsund-projektet nævnes, at det ville være optimalt at få borgerens egen læge med i aftalerne vedrørende handle-behandlingsplanen, men også at det endnu ikke har været muligt at få samarbejdet op at stå. I Region Sjællands sundhedsaftale 2010-2014 står beskrevet, at "almen praksis skal inddrages i koordineringen af handle-behandlingsplaner" (s. 99). En undersøgelse af andre samarbejdsinitiativer i psykiatrien viser tilsvarende udfordringer med samarbejdet med almen praksis og anbefaler, at samarbejdsmetoderne nødvendigvis må tilpasses praktiserende lægers arbejdsformer (Balleby og Søbjerg, 2011). Af vejledningen om sundhedsaftaler og sundhedskoordinationsudvalg fremgår, at almen praksis har en central rolle i forhold til mange af de indsatser, borgeren modtager i sundhedsvæsenet, men ikke er en "direkte aftalepart". Hvad angår implementeringen af aftalerne, beskrives i vejledningen, at "aftaleparterne hver især har *et ansvar for at sikre, at alle aktører* i egne organisationer, samt hos private leverandører m.m., *herunder almen praksis, forpligtes til at efterleve* relevante dele af aftalens indhold" (Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, 2009: pkt. 3.3, vores fremhævelse). Der er brug for gode eksempler på, hvordan kommunale og regionale parter kan påtage sig det *ansvaret for at sikre, at almen praksis forpligtes* til at efterleve de indgåede aftaler.

Det affødte til tider forvirring i netværket, at der var deltagere, som repræsenterede tre forskellige regioner og dermed tre forskellige sundhedsaftaler. Repræsentanten fra Servicestyrelsens udsatteenhed fremsatte på et tidspunkt spørgsmålet, om hvorvidt den tværgående indsats kunne styrkes ved, at der blev indgået én sundhedsaftale, der var ens for hele landet. Idéen blev umiddelbart skudt ned af de tilstedeværende ledelsesrepræsentanter med henvisning til regionale forskelle i landet. Flere ledelsesrepræsentanter gav udtryk for, at de havde fundet det relevant at tage del i udarbejdelsen af sundhedsaftalerne. På trods af et sådant positivt syn på de regionale aftaletekster, vil Folkesundhed & Kvalitetsudvikling pege på ulemperne ved de regionale og omfattende aftaletekster. De to generationer af sundhedsaftaler indgået i en femårig periode 2006-2011 tæller i alt 189 aftaletekster (1. generation affødte 5 generelle + 98 bilaterale aftaler, mens der i 2. generation er udviklet 5 generelle + 81 bilaterale aftaler⁹). Dertil kommer en lang række tilhørende aftaler om særlige indsatsområder og lokale aftaler, der supplerer sundhedsaftalen såsom lokalrådenes drejebøger for fællesteam i regionspsykiatrien Vest i Region Midtjylland. Andre typer af aftalepapirer tæller også psykiatriplaner, forløbsprogrammer¹⁰, samt øvrige retningsgivende dokumenter (instrukser, retningslinier, vejledninger), hvoraf flere omhandler sammenhængsforhold. Alt i alt findes så mange dokumenter med aftaler vedrørende samarbejdet omkring borgerne, at det synes som en vanskelig opgave for medarbejdere og mellemledere på frontlinieniveau at være opdaterede i forhold til gældende aftaler. Praksisniveauet bør jo egentlig justere et igangværende tværgående udviklingsarbejde, hvis der opstår nye aftaler indgået på et højere ledelsesniveau. Der er fare for, at de mange aftaletekster kan skabe uklarhed i forhold til, hvilke aftaler der er gældende. Et eksempel

⁹ Region Sjælland har som den eneste region valgt kun at udarbejde den generelle sundhedsaftale i 2011-2014-generationen, og altså undlade at udarbejde selvstændige aftaler i samarbejde med de 17 kommuner i regionen. Handle-behandlingsplanen indgår i den generelle aftale og er således aftalt med samtlige kommuner.

¹⁰ De seneste forløbsprogrammer omhandler psykiatriområdet, fx har Region Sjælland udarbejdet forløbsprogram for skizofreni og Region Midtjylland planlægger et forløbsprogram for depression. Forløbsprogrammerne kan siges at være en udmøntning af sundhedsaftalerne, samtidig med at de kan indeholde ændringer og tilføjelser til sundhedsaftalernes beskrivelse af samarbejdet på psykiatriområdet.

er, hvordan de tidligere såkaldte lokalråds aftaler i Regionspsykiatrien Vest i Region Midtjylland vedrørende fællesteam endnu er ved at blive implementeret samtidig med, at lokalrådene er opløst til fordel for klyngerne og "de gamle" lokale aftaler ikke er udbredt eller vedligeholdt i den nye ledelsesramme. De bilaterale aftaler 2011-2014 er, hvad angår fællesteam, formuleret anderledes end de gamle aftaler for 2006-2010. Citationstegnene om "gamle" lokale aftaler ovenfor er medtaget, fordi aftalerne endnu ikke er gamle, men allerede forældede, fordi nye aftaler hele tiden indgås. Det er, set i det lys, problematisk, at tredje generation af sundhedsaftaler allerede er ved at blive udarbejdet med eventuelle nye formuleringer om lokale aftaler og konkrete tiltag, som travle ledere og frontmedarbejdere skal forholde sig til. Aftalernes effektivering stiller krav til administrative og faglige tiltag og justeringer langt ind i de organisationer, aftalerne omhandler. Ud over misbrugsbehandling, socialpsykiatri, distriktskykiatri og sengeafdelinger kan aftaleteksterne i forhold til borgere med dobbeltdiagnose være relevant for beskæftigelses- og familieområderne. Det stiller store krav til disse organisationer at sætte sig ind i de rammer for samarbejde, muligheder og krav, der gemmer sig i sundhedsaftalerne og i de mange andre aftaletekster. Sundhedsaftalerne tilbyder på den måde en ustabil ramme for det tværgående samarbejde. Den manglende klarhed over aftalernes status og sanktionsmulighederne, hvis aftaler ikke overholdes, kombineret med aftaleteksternes omfang og ændringer ved nye generationer betyder, at sundhedsaftalerne ikke bygger den nødvendige "bro mellem region og kommune" og sikrer "de møjsommeligt opbyggede samarbejdsrelationer", som efterspørges af Bengtsson i citatet ovenfor.

Udarbejdelse af sundhedsaftaler, forløbsprogrammer, psykiatriplaner mv. er en krævende affære, og kan siges at være en dårlig udnyttelse af lederes tid, hvis aftalerne ikke afspejler sig i praksis, evalueres, vedligeholdes og følges op. Hvad angår sundhedsaftalerne synes der at være en overhængende fare for, at dette er tilfældet, bl.a. på grund af omfanget af aftaleteksterne. Hvis aftalerne ikke overholdes, har medarbejdere og mellemledere mulighed for at henvise til sundhedsaftalerne, hvis vigtigste funktion derved bliver at være det synlige bevis på de intentioner om samarbejde, som har været til stede under forhandlingerne om aftaleteksterne.



DEL 2: Et netværksprojekt om sammenhæng

Rekruttering af deltagere til netværksprojektet

Netværksprojektet har været finansieret af Momsfondet på baggrund af en bevilling fra det der dengang hed Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt (CEPS). I en forholdsvis lang periode vanskeliggjorde kommunalreformen netværkets opstart, blandt andet fordi de nye parter i regioner og kommuner var under etablering. Efter forskellige sonderinger påbegyndte det der i dag hedder Folkesundhed og Kvalitetsudvikling¹¹ rekruttering af deltagere i 2009.

I det følgende beskrives rekrutteringsfasen, der i sig selv illustrerer nogle af udfordringerne ved etablering af samarbejde mellem arbejdspladser, fag og sektorer. Folkesundhed & Kvalitetsudvikling ønskede at gøre de regionale og kommunale psykiatriske ledelsesniveauer interesserede i at melde projekter til at deltage i netværket, og henvendte sig til ledelsesrepræsentanter i kommuner og regioner. Herudover blev informationen til en orienterende temadag stilet til udviklingsmedarbejdere og andre centrale personer i psykiatri og socialpsykiatri. I september 2009 deltog ca. 50 ledere og medarbejdere fra 15 kommuner i den orienterende temadag (invitationen til dagen, bilag 2). Folkesundhed & Kvalitetsudvikling modtog herefter i alt ni interessetilkendegivelser fra (potentielle) projekter. Opfølgende samtaler på baggrund af de indsendte interessetilkendegivelser afspejlede stor motivation og engagement i forhold til at udvikle det tværsektorielle samarbejde om indsatsen for sindslidende. Flere af de interesserede projektudøvere og ledere stødte i den indledende fase dog på udfordringer i forhold til at etablere det, netværksprojektet betegnede som et "aftaleforum" på ledelsesniveau på tværs af sektorer. Der blev stadig i 2009 peget på, at kommunalreformen medførte udfordringer med at afgrænse og definere parterne og deres opgaver.

I rekrutteringsfasen var Folkesundhed & Kvalitetsudvikling i dialog med flere interesserede ledere og medarbejdere i forhold til afklaring af, om man dels kunne etablere et fungerende aftaleforum og organisere sit projekt på tværs af de relevante parter og dels, om man ville kunne finde ressourcer til deltagelse i netværket. Man imødeså, at det lokale arbejde med et tværgående projekt i sagens natur ville kræve en del koordinering og mødeaktivitet. Blot det i fællesskab at udarbejde en indledende, tværgående interessetilkendegivelse, viste sig at være en udfordring for mange af de interesserede. Denne proces afspejlede komplekse beslutningsveje i de forskellige organisationer og arbejdspladser, som potentielt skulle inddrages i de lokale projekter.

Flere repræsentanter fra socialpsykiatrien fra bl.a. kommuner i Region Midtjylland meldte sig til med overvejelser i forhold til at styrke implementeringen af det dengang ganske nye PSP-samarbejde. Disse initiativer viste sig vanskelige at projektgøre på daværende tidspunkt, da en deltagelse i netværksprojektet ville kræve indgåelse af en samarbejdsaftale med den relevante politikreds og regionale psykiatri, hvilket ikke blev vurderet at være opnåeligt forud for første netværksseminar i marts 2010. En kommunal socialpsykiatrilæder, der også kontaktede Folkesundhed & Kvalitetsudvikling med et ønske om at styrke og evaluere udviklingen af det lokale PSP-samarbejde, meldte efter nærmere overvejelse fra projektet, fordi man vurderede, at samarbejdet med den lokale politikreds fungerede tilfredsstillende i kraft af personlige relationer og en fleksibilitet i opgaveløsningen. I dette lokal-

¹¹ Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt overgik i forbindelse med kommunalreformen til Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, som fra april 2011 har været en del af Folkesundhed & Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, et center for forskning og udvikling på social- og sundhedsområdet.

område samarbejdede man fra sag til sag og "kendte hinanden". Det blev vurderet, at de kræfter, man skulle bruge på projektdeltagelse og systematisering af samarbejdsrelationerne, ikke ville opveje udbyttet ved en sådan systematisering og projektgørelse. Man ville med andre ord, hellere bruge kræfterne på de daglige driftsopgaver og den løbende dialog med samarbejdspartnerne.

Trods de indledende bestræbelser på at inddrage tværgående projekter i netværksprojektet, godtog Folkesundhed & Kvalitetsudvikling alligevel et rent kommunalt projekt fra Region Nordjylland (Frederikshavn). Dette skete ud fra en betragtning om, at projektets erfaringer med at udvikle det tværgående samarbejde med afsæt i kommunale initiativer var relevante at bringe ind i netværket. Desuden handlede det kommunale projekt om dobbelt-diagnose, og da indsatsen over for borgere med samtidig sindslidelse og misbrug tegnede til at blive gennemgående for de øvrige projekter i netværket, blev også Frederikshavn Kommunes projekt inviteret til at deltage.

Til det første netværksseminar i marts 2010 deltog et projekt udover de fire beskrevne projekter. Dette projekt skulle arbejde med et øget samarbejde på tværs af den kommunale socialpsykiatri og et psykiatrisk sengeafsnit, men projektudøverne og -lederne vurderede efterfølgende, at det ikke var realistisk, at de kunne udarbejde en fælles tilkendegivelse om deltagelse i netværket og arbejde så tæt sammen, som netværksprojektet krævede. Blot det at deltage i dette første seminar som et fælles projekt indebar langt mere samarbejde, end man var vant til. Det ville ikke være realistisk at mødes "hjemme" og beskrive og udvikle fælles initiativer. Parterne besluttede således ikke at fortsætte i netværket. Sådanne udfordringer med at etablere et fælles projekt peger på det forhold, at udviklingsinitiativer vedrørende det tværgående samarbejde kan have trange kår i driftsorganisationer, hvor der ikke er særlige puljemidler til etablering af tværgående initiativer eller stærke traditioner for samarbejdet på frontmedarbejder- og ledelsesniveau.

Rekrutteringsfasen og etableringen af netværket udgjorde i sig selv en meget omfattende proces, der afspejler den komplekse virkelighed, som en realisering af sundhedsaftalernes og de mange nationale intentioner om sammenhæng, sker i.

Organisering af netværket

Netværket har været bestyret af chefkonsulent Mett Marri Lægsgaard og Marianne S. Balby under ledelse af Kontorchef Torsten Munch-Hansen. Knud Ramian, der i sin tid fik idéen til netværket, har løbende bidraget med sparring til projektudviklingen og har deltaget med oplæg og undervisning på den indledende temadag samt på et netværksseminar.

Deltagerne har selv finansieret deltagelse i netværksseminarerne og den løbende afprøvning af metoder og redskaber. Folkesundhed & Kvalitetsudvikling har udarbejdet en samarbejdsaftale med de respektive ledere i forhold til at sikre medarbejdernes deltagelse i netværket (jf. ramme for samarbejdsaftale, bilag 4). Netværket har været fleksibelt designet med løbende tilmelding og deltagerbetaling efter antal tilmeldte. Denne strategi har givet mulighed for justering af tilmeldinger ved ændringer i projektgruppernes sammensætning.

Der har været nedsat en følgegruppe bestående af videnspersoner fra behandlingspsykiatrien, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, det tidligere Videnscenter for Soci-

alpsykiatri, Bedre Psykiatri – landsforeningen for pårørende, LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere, DE9 – Foreninger for pårørende til psykisk syge og handicappede i Midtjylland, Landsforeningen SIND, samt Servicestyrelsens Udsatteenhed. Følgegruppen er løbende blevet orienteret om projektets fremdrift gennem nyhedsmails. Netværksprojektet har ikke indebåret separat mødeaktivitet for følgegruppen. Bruger-pårørendeperspektivet har været repræsenteret igennem følgegrupperepresentationen, hvorfor det har været givtigt, at repræsentanter fra organisationerne Bedre Psykiatri og LAP tog imod tilbuddet om at deltage i netværksseminarerne. Også følgegruppe-repræsentanter fra Videnscenter for Socialpsykiatri og Servicestyrelsens Udsatteenhed har været med på netværksseminarerne. Repræsentanter fra Servicestyrelsen har på netværksmøderne haft mulighed for at informere om styrelsens igangværende initiativer vedrørende psykiatrien.

Netværkets aktiviteter

Netværksprojektet har været inspireret af den tankegang, der ligger bag de "vidensskabende netværk", udviklet af det tidligere Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt (CEPS). En netværkstype, der tilbyder en ramme for udvikling, afprøvning og evaluering af en praksisnær indsats (Ahlgreen og Ramian 1999). Projektarbejde og evaluering som i et vidensskabende netværk stiller ressourcemæssige krav, som projektudøverne imidlertid fandt det vanskeligt at imødekomme. Blot tiden til at mødes i de tværgående projektgrupper var som nævnt vanskelig at finde. I rekrutteringsprocessen blev derfor lagt op til, at der i netværket ikke ville blive stillet krav om større skriftlige afrapporteringer, ligesom netværksseminarerne ville indeholde tid til, at projektgrupperne kunne arbejde med egne projekter.

Arbejde med egne projekter

Deltagerevalueringerne fra netværksseminarerne viser deltagernes tilfredshed med, at projekterne på seminarerne har haft tid til at arbejde med egne projekter (jf. bilag 1). Projektgrupperne har bestået af deltagere på tværs af arbejdspladser. Selve det at mødes på seminarerne har haft betydning for det gensidige kendskab medarbejderne imellem. Deltagerne beskriver, hvordan det har smittet af på det tværgående samarbejde i hverdagen.

Projekterne har på netværksseminarerne kunnet modtage konsulentbistand fra Folkesundhed & Kvalitetsudvikling, primært med fokus på projektstyring og evaluering. Bistanden omtales positivt i deltagerevalueringerne af seminarerne (se bilag 1). Mellem netværksseminarerne har tilsvarende været mulighed for konsulentbistand. Projektgrupperne har i varierende grad efterspurgt denne bistand, som er sket via telefon, mailkorrespondance, og møder/videokonference.

Gensidig sparring og inspiration

Det fremgår af deltagerevalueringerne, at deltagerne på den ene side til tider har fundet det mindre relevant at bruge tid på at høre om hinandens projekter, mens flere på den anden side har draget nytte af at høre andres refleksioner over deres projekt. Der er også eksempler på gensidig inspiration projekterne imellem. Et eksempel er Frederikshavnprojektet, der har ladet sig inspirere af fællesteam-tankegangen fra Holstebro-Herningprojektet såvel som Guldborgsunds planarbejde. Også Holstebro-Herningprojektet henviser i sin afrapportering til de udfordringer Guldborgsunds arbejde med handlebehandlingsplanen har indebåret (Lund, 2011).

Nyhedsmails

Der er løbende udsendt nyhedsmails. Flere af disse har været forskelligt udformet, alt efter om de rettede sig mod projektudøverne, ledelsesrepræsentanterne eller følgegruppen. Mailene til projektudøverne har eksempelvis indeholdt mere konkrete anvisninger i forhold til forberedelse eller opfølgning på seminarerne. Formålet med nyhedsmails har til ledere og følgegruppe været at informere om projekternes arbejde. Generelt er udsendt links til relevant litteratur, arrangementer, bl.a. i regi af Netværk for dobbeltdiagnose o.a. aktuelle aktiviteter og projekter på området. Der er ikke indhentet evaluering af nyhedsbrevene specifikt, men evalueringen viser en generel tilfredshed med overensstemmelsen mellem den udsendte information inden seminaret og indholdet på seminaret. Undtaget er det tredje seminar, hvor projekternes skriftlige delprodukter først blev udleveret på dagen frem for at blive udsendt forinden (jf. deltagerevaluering, bilag 1)

Fire netværksseminarer

De fire netværksseminarer fandt sted i perioden marts 2010-maj 2011. Alle blev afholdt nær Middelfart af hensyn til den geografiske spredning på deltagerkredsen. Det andet og det tredje netværksseminar var todages seminarer for projektudøvere, mens ledelsesrepræsentanter var inviteret til at deltage på det første og det fjerde seminar. Således har der været seks netværksdage indlagt i projektet. Følgegruppemedlemmer har som nævnt været inviteret til at tage del i netværksseminarerne.

Oversigt over fire netværksseminarer

Seminar nr. (antal dage)	Tidspunkt	Antal deltagere	Indhold
1. Netværksseminar (1)	marts 2010	Udøvere: 20 Aftalefora: 9 Følgegruppe: 7 I alt: 36	<ul style="list-style-type: none">- Undervisning vedrørende projektstyring- Programteori-workshops for udøvere, ledelsesrepræsentanter og deltagere fra følgegruppen
2. Netværksseminar (2)	juni 2010	Udøvere: 15 Følgegruppe: 1 I alt: 16	<ul style="list-style-type: none">- Undervisning i evalueringsmetoder- Undervisning i udveksling af oplysninger- Arbejde med eget projekt- Gensidig sparring
3. Netværksseminar (2)	nov. 2010	Udøvere: 17 Følgegruppe: 4 I alt: 21	<ul style="list-style-type: none">- Oplæg om Research Light (evalueringsmetoder)- Arbejde med eget projekt- Gensidig sparring
4. Netværksseminar (1)	maj 2011	Udøvere: 18 Aftalefora: 6 Følgegruppe: 2 I alt: 26	<ul style="list-style-type: none">- Workshop og paneldebat om ledelse af sammenhæng- Arbejde med eget projekt- Gensidig sparring

Ved projektopstart blev udveksling og opbevaring af oplysninger vurderet at udgøre relevante temaer for netværket, og spørgsmål om juridiske forhold har løbende været i fokus i netværksprojektet og i de lokale projekter. Undervisningen på andet netværksseminar viste, at vi har at gøre med et komplekst juridisk felt bestående af flere lovområder. Der blev peget på vigtigheden af, at man som fagprofessionel respekterer, men ikke overdriver, tavshedspligten, så man handler i de tilfælde, hvor det er nødvendigt. De offentlige myn-

digheder bør bistå hinanden, og det blev fremhævet, at der ligger en ledelsesopgave i at sikre, at medarbejderne ved, hvad de må og skal i forhold til samarbejdet.

Oplæggene på seminarerne har desuden bestået af oplæg vedrørende projektstyring og evaluering generelt, herunder Research Light¹² og evalueringsstrategier specifikt egnet til sammenhængsinitiativer. Deltagerevalueringerne af disse elementer viser generel tilfredshed med oplæggene på seminarerne, samtidig med at det også påpeges, at oplæggene og de tilbudte redskaber til projektstyring ikke må blive for teoretiske og abstrakte i forhold til den virkelighed, udøverne går i til daglig, hvor der dårligt er tid til at foretage mange beskrivelser og analyser af indsatsen.

¹² <http://www.researchlight.rm.dk>

Litteratur

Ahlgreen, B. og Ramian, K., 1999: "Videnskabende netværk. Hvordan laver man praksisforskning i socialt arbejde med sindslidende". Rapport fra Videnscenter for Socialpsykiatri

Amtsrådsforeningen, Det Kommunale Kartel og Socialpædagogernes Landsforbund, 2002: "Dokumentation og formidling af socialpædagogisk arbejde - hvordan?", Marianne S. Balleby, Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt pva. Amtsrådsforeningen og Socialpædagogernes Landsforbund

Balleby, M og Søbjerg L.M., 2011: "Et samtidigt ansvar. Evalueringsrapport", Folkesundhed & Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, september 2011

Bengtsson, S., 2011: "Danmark venter stadig på sin psykiatrireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier", SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:30.

Buch, M. S., 2008: "Forløbskoordination på kronikerområdet – Hvad skal der til i praksis?", FOKUS analyse, nr. 23, juli 2008.

Danske Regioner, 2009: "En psykiatri i verdensklasse. Regionernes vision for fremtidens psykiatri", marts 2009

Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011: "God praksis i den tværgående rehabiliteringsindsats. Et idekatalog", juli 2011

DHUV-pjece 2010: "Digitalisering af handicap- og udsatte voksen-området – Pjece om metoden", Deloitte, februar 2011.

Kommunernes Landsforening, 2009: KL's psykiatriudspil, den 18. september 2009, 11 s.
http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_44533/ImageVaultHandler.aspx (d. 10.09.2011)

Madsen, M.H., Hvenegaard, A. og Fredslund, E.K., 2011: "Opgaveudvikling på psykiatriområdet. Opgaver og udfordringer i kommunerne i relation til borgere med psykiske problemstillinger", Dansk Sundhedsinstitut, januar 2011

PSP, 2009: "PSP. Et tværsektorielt samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri – inspiration til organiseringen", Politi, Det Kriminalpræventive Råd, Kriminalforsorgen, Danske Regioner og KL, KL's trykkeri, udateret (formentlig 2009)
<http://www.regioner.dk/Psykiatri/Retspsykiatri/—/media/4C18AE3793004A8C886FB2CD8AA31A45.ashx> (d. 15.08.2011)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005: "Undersøgelse af Psykiatrilovsrevisionen af 1999", Rambøll Management og Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt pva. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, juli 2009

Ramian, K., 2001: "En bedre udvej. Et projekt om kvalitet i det tværsektorielle samarbejde", Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt, september 2001

Ramian, K. og Balleby, M., 2005: "Kompetencer i tværfagligt teamarbejde på Århus Sygehus. Lærestykker og eftertanker", Center for evaluering, Psykiatrien i Århus Amt, oktober 2005

Regeringen, 2009: "Styrket indsats for sindslidende. Handlingsplan for psykiatri", november 2009

Lund, C., 2011: "Evaluering af fællesteam for samarbejdsmodel for tværgående samarbejde i forhold til dobbeltdiagnosepatienter. Et samarbejde mellem Herning Kommune og Regionspsykiatrien Vest, Region Midtjylland", september 2011.

SDSD, 2007: "National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008–2012 – til fremme af befolkningens sundhed samt forebyggelse og behandling", Den fællesoffentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD), december 2007

Socialpsykiatrien, Frederikshavn Kommune, 2011: "Midtvejsrapport - Dobeltdiagnoseprojektet", juni 2011

Sundhedsstyrelsen, 2009: "National strategi for psykiatri", august 2009

Sundhedsstyrelsen, 2011a: "Psykisk syge kriminelles forløb 2005-2009", Sundhedsstyrelsen, april 2011

Sundhedsstyrelsen, 2011b: Svarbrev til kommunerne (rammebrev, alle svarbreve er ens) i forbindelse med godkendelse af de bilaterale aftaler, Sundhedsstyrelsen d. 29. marts 2011 http://www.sst.dk/~/media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedsaftaler/Godkendelsesbrev_sundhedsaftaler.ashx (d. 14.09.2011)

Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, VEJ nr. 9698 af 21/08/2009

Vitus, K. og Kjær, A. A. 2011: "PSP-Samarbejdet. En kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg", SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:10

BILAG

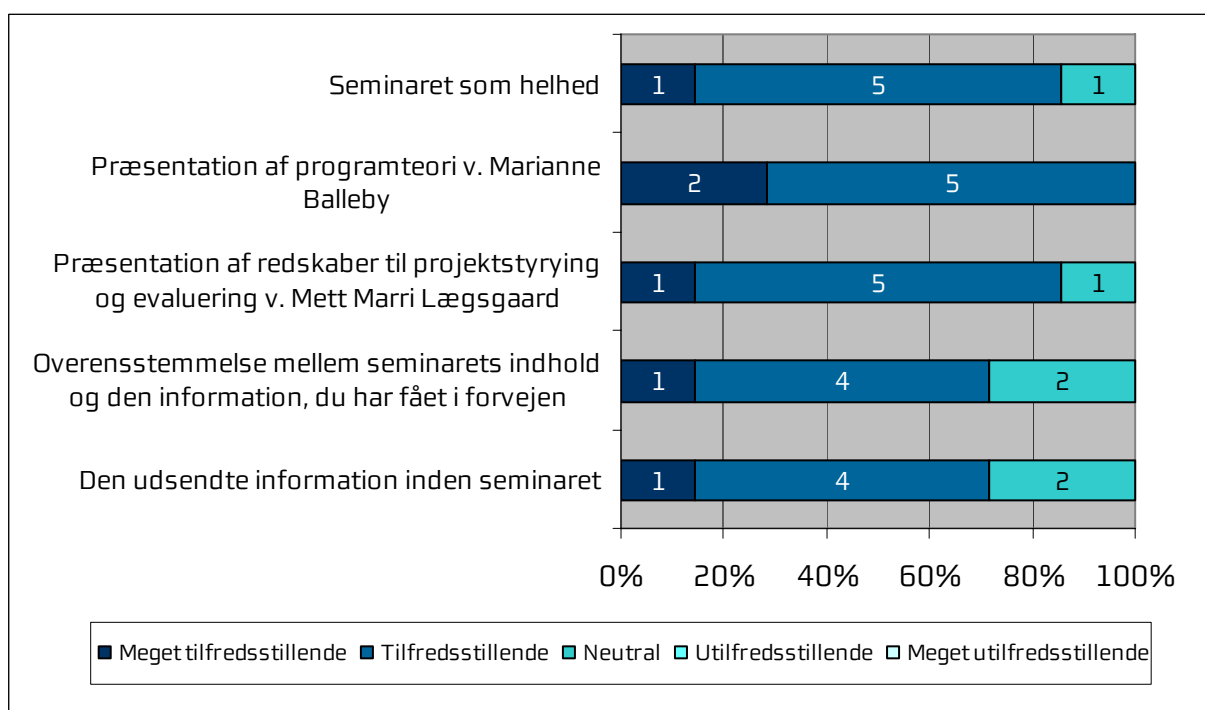
- 1. Deltagerevaluering af netværksseminarer**
- 2. Invitation til temadag om netværksprojektet**
- 3. Projektbeskrivelse for netværksprojektet, 01.09.2009**
- 4. Ramme for samarbejdsaftale om deltagelse i netværket**



Bilag 1 Deltagerevaluering af netværksseminarer i Sammenhæng i indsatsen for sindslidende

Spørgeskemaerne er indsamlet i forbindelse med de 4 afholdte netværksseminarer i projektet *Sammenhæng i indsatsen for sindslidende*. Seminardeltagerne er gennemgående blevet bedt om at tage stilling til det pågældende seminar som helhed, den udsendte information inden seminaret og overensstemmelsen mellem informationen og det pågældende seminar. Da netværksseminarerne har haft forskelligt indhold, er der også spurgt til de enkelte programpunkter for hvert seminar. I forbindelse med første netværksseminar er deltagerevalueringerne indhentet pr. e-mail efter seminarets afslutning. For de øvrige seminarer, er deltagerevalueringerne udfyldt på stedet. Ikke alle deltagere har udfyldt deltagerevalueringsskemaerne. Det fremgår for hvert seminar, hvor mange deltagere der har udfyldt spørgeskemaerne. Nederst i bilaget fremgår seminardeltagernes evaluering af deres udbytte af det samlede netværksforløb.

1. netværksseminar i Sammenhæng i indsatsen for sindslidende (7 besvarelser)



Hvad fungerede godt i forbindelse med seminaret?

"Det var godt at vi deltog med både projektgruppe og aftaleforum. Det var spændende at høre om programteori og projektmodel" (*Deltager i workshoppen for aftalefora*)

"Det var godt at se og høre om de andre projekter" (*Deltager i workshop for metodeudøvere*)

"Workshoppen, hvor der var lejlighed til at "afprøve" programteori, var vellykket" (*Deltager i workshop for følgegruppe*)

"Det var fint at mødes med andre og høre om deres projekter. Også godt at få alternative metoderedskaber. Det gav overblik og overskud."

"Jeg var måske ikke tilstrækkeligt klædt på, og da kan jeg gå til mit bagland, (læs samarbejdspartner i psykiatrien) hvilket jeg allerede har gjort, de virker desværre ikke bedre klædt på, af hvilken årsag har jeg endnu ikke fået afdækket. Jeg synes overordnet set at det umiddelbart jo var et seminar der primært henvendte sig til udfører leddet, jeg som ledelsesrepræsentant oplevede lidt mig selv som fejlplaceret" (*Deltager i workshop for aftalefora*)

Hvad fungerede mindre godt i forbindelse med seminaret?

"Det er svært for os at få hold på vores projektmodel. Jeg har været sammen med styregruppen og projektgruppen efter seminaret. Der er stadig behov for afklaring af hvad vores projekts fokus egentlig er. Det blev ikke tydeligt på seminaret" (*Deltager i workshopen for aftalefora*)

"Vær sikker på at det tekniske udstyr fungerer optimalt"

"Måske blev stoffet gjort en anelse mere kompliceret end der nødvendigvis var grund til. I udgangspunktet er det ok at komme ind på mere grundlæggende teorier og teoretikere, men med så lidt tid og så mange praktikere til stede gjorde det nok budskabet mindre fordøjeligt. Jeg tror, det har stor betydning i sådan sammenhæng hurtigt at kunne relatere teorier til genkendelige, praktiske eksempler for modtageren. Den lille øvelse til sidst virkede fint, men måske skulle I bruge lidt mere af tiden på den form for metodeindlæring næste gang"

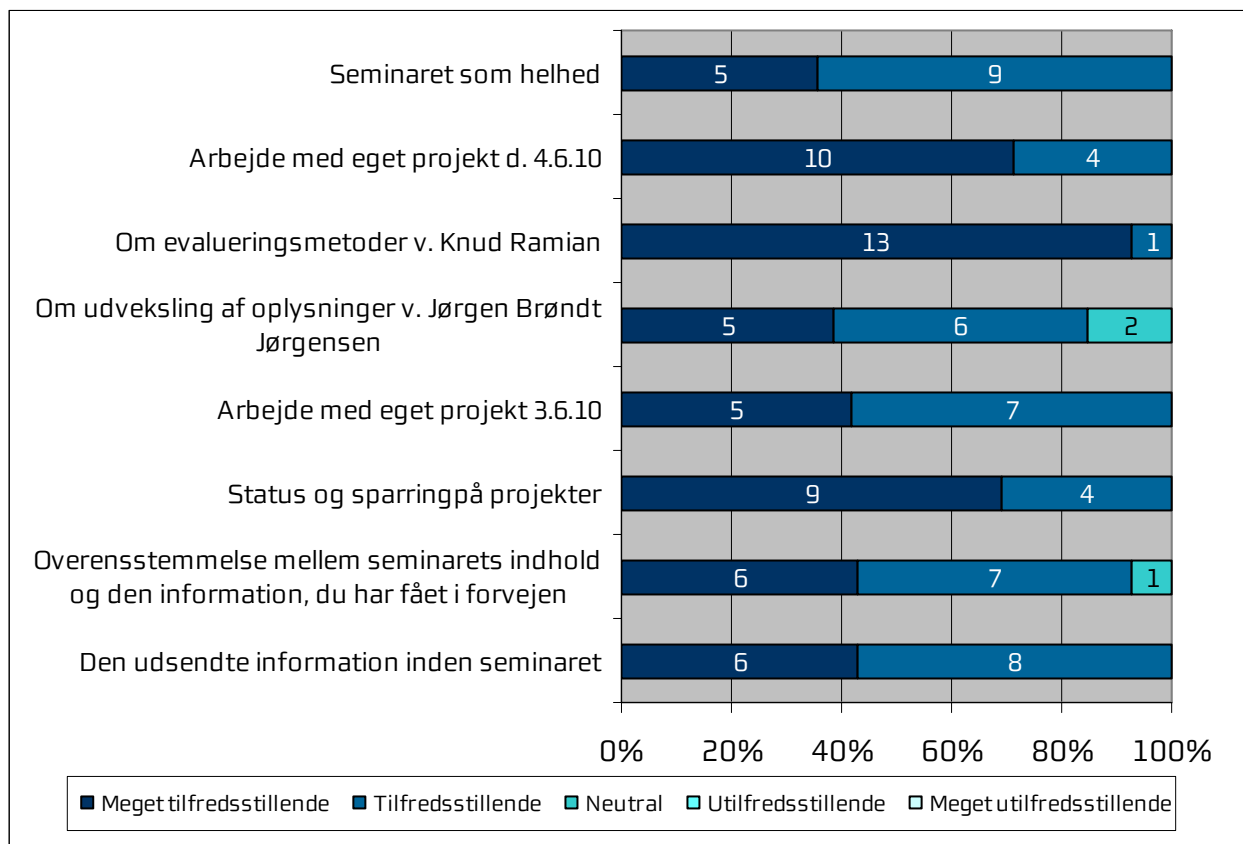
Har du forslag til forbedringer eller justeringer med henblik på de kommende seminarer?

"Jeg synes man skal skille aftalefora fra udførerfora" (*Deltager i workshop for aftalefora*)

"Jeg håber vi bliver helt klare på projektmodel og programteori den 19. april" (*Deltager i workshopen for aftalefora*)

"Måske kunne man tænke, at samle de projekter, der har samme indsatsområde, for på den måde at kunne drage erfaringer og input fra hinanden. På den måde skal vi ikke alle opfinde den "dybe" tallerken." (*Deltager i workshop for metodeudøvere*)

2. netværksseminar i Sammenhæng i indsatsen for sindslidende (14 besvarelser)



Hvad fungerede godt i forbindelse med seminar?

"Tiden til at arbejde med eget projekt, timen d. 3/6 til en lang pause"

"Dag 2 har for mig været meget udbytterig. Jeg går herfra med konkrete redskaber & en "plan of action" – helt fantastisk! Tusind tak"

"Mere tid til eget arbejde, Mere åben dialog omkring projekterne, Mere vidensdeling"

"Tilbagegivelse til ens eget projekt, Brugbare evalueringsmetoder v Knud Ramian, Egen genopfriskning af Peter Brøndt Jørgensen's tanker "

"Vekslingen af undervisning, gruppearbejde og konsulentbistand"

"Der var en god balance mellem oplæg og arbejdet i egen gruppe. Det var godt at få besøg af Marianne i gruppen. Knuds oplæg var inspirerende og meget relevant for os. God styring på processerne begge dage, godt overblik, god stemning"

"Koblingen mellem undervisning og eget arbejde i gruppe. Sparring på hinandens projekter. Skønne omgivelser, logi + forplejning"

"Gode lokaler, gode muligheder for at diskutere eget projekt og få kommentarer mv. fra øvrige projekter. Mulighed for at tilrette eget projekt, godt med "refleksions"pauser"

"Sparing på projekterne var rigtigt givende. Både i forhold til eget og de andre. (Indsigt. AHA oplevelse)"

"Godt at der var tid til arbejdet med eget projekt. Gav fornyet energi. Godt med de faglige oplæg"

"Dialog – tid til at reflektere og få gode ideer. At vi ikke var så mange deltagere – de der er tilbage er motiverede og lyttende. Godt "reflekterende team"

"God dynamik. Passende længde af indslag. Sparring med reflekterende team"

"Der var en tydelig sammenhæng i forløbet. Seminaret bliver derfor en "energi-booster". God blanding af eget projekt og "netværke"

"Styringen"

Hvad fungerede mindre godt i forbindelse med seminaret?

"Sen aftenmad. Oplæg til kl. 20 var ok, men sulten tog fokus"

"Deltagerne var ikke så godt forberedt – os selv inklusive. Men fordi vi har fået stillet en opgave til næste gang tror jeg på det bliver meget bedre – vi får erfaringer med metoderne"

"Vi kunne godt selv være bedre forberedt"

"Hård at komme igennem de andres oplæg"

"Det er fint at høre om andres projekter, men der skal helst ikke sættes mere tid af til det på næste seminar"

"Lang dag – sent mad"

"Skæv fordeling af dagene, der kunne godt have været mindre 1.dg og mere 2.dg."

"Kunne godt være lidt flere pauser (af kort varighed). Svært at lytte over en time? Når man går ud af rummet kommer refleksionen ofte, så pauser er også brugbare"

"Brugerinddragelse og -deltagelse. Vi burde have været med også den 3. juni"

Har du forslag til forbedringer eller justeringer med henblik på de kommende seminarer?

"Tid til egne projekter med løbende konsultation"

"Invitere ledelsesniveauet også – men det er vist allerede planen?!"

"Information om hvad der kræves af projektdeltagerne kunne godt gives i bedre tid = bedre mulighed for at indfri forventningerne"

"Mere tid til eget projekt, Flere konsulentoplysninger som Knud og Peter"

"Vigtigt at der fortsat er tid til at arbejde med eget projekt"

"Det var godt at vi fik opgave til næste seminar præsenteret allerede nu"

"Mulighed for "walk and talk" – Nu havde vi rigtig flot vejr – det er selvfølgelig ikke sikkert det er muligt i november måned. Kunne man koble oplæg mere sammen med teori – dvs. gennemgå i plenum som det var forsøgt ved sidste seminar"

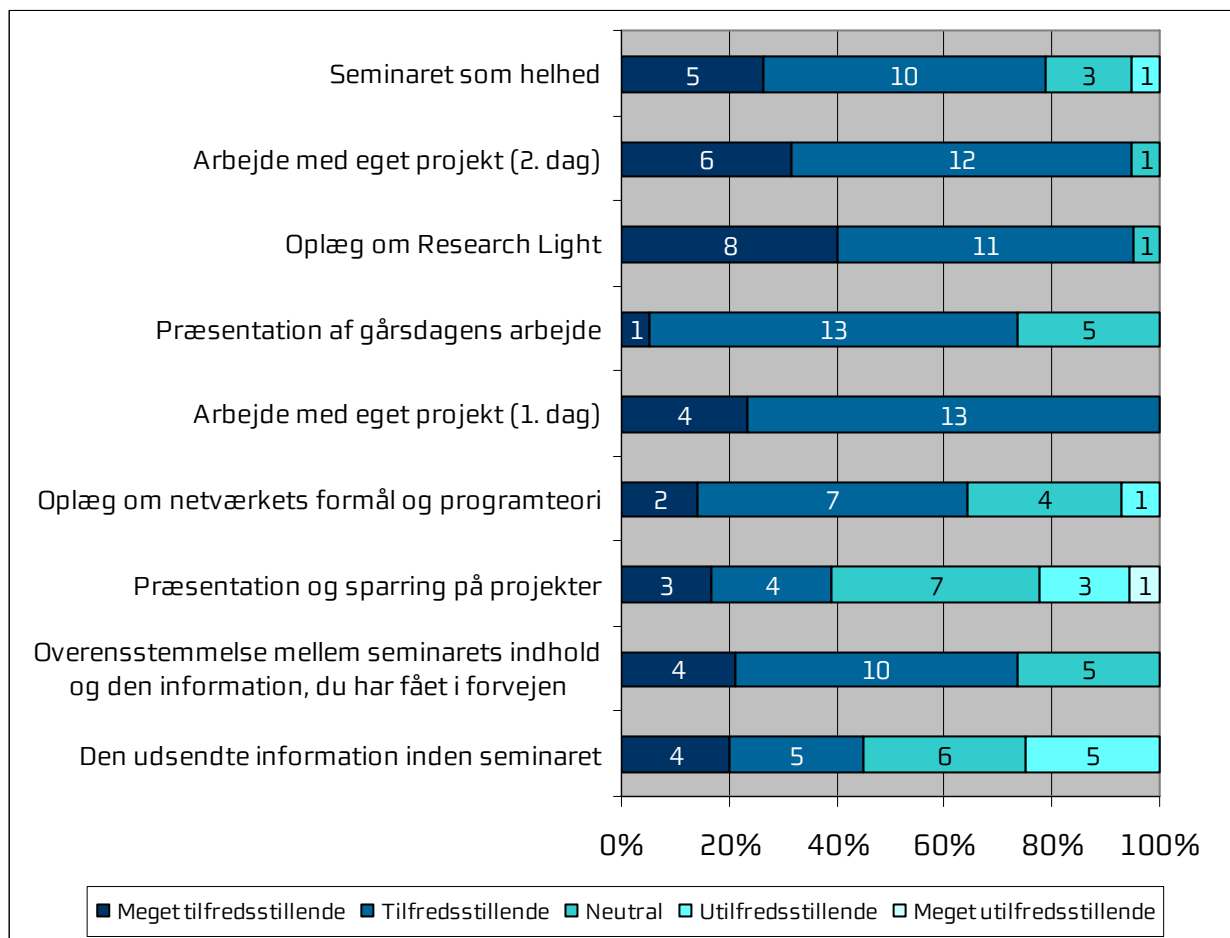
"Projekter kunne medbringe materiale anvendt siden sidst"

"Måske kan der gøres mere ud af at skabe netværk mellem de forskellige projekter, da en del er fælles og alligevel på flere stadier – lære/stjæle af hinanden"

"Kun det med pauser – ellers har Marianne været en godt koordinator/konsulent. Givet plads til dialog og styret når der var brug for det [...]"

"Brugerne skal være med hele tiden – det er også brugernes projekter"

3. netværksseminar i Sammenhæng i indsatsen for sindslidende (20 besvarelser)



Hvad fungerede godt i forbindelse med seminaret?

"Præsentationerne i plenum var med til at bringe mig "på sporet" igen. Hvorfor er vi her og hvad skal vi nå. Jeg synes det begynder at hænge sammen, men det er vanskeligt"

"Jeg synes at alt har fungeret godt. Gode og dygtige undervisere, rigtig gode til at samle sammen på det hele. Sikke et overblik. De ydre rammer var helt i top"

"Tid til eget forløb"

"God dialog – gode rammer"

"Der er ved at være en god dynamik og forståelse, der befordrer arbejdet"

"Deltagernes entusiasme"

"Tid til eget projekt. Et godt program for de to dage"

"Tid til arb. Med eget projekt og sparring fra Mett Marri"

"Mere tid til eget projekt med sparring fra projektlederne"

"Samspeilet mellem vejledning, oplæg og eget arbejde – godt komponeret. Generelt rigtig givtigt seminar"

"At arbejde med eget projekt"

"God sparring i de enkelte projekter – godt med tid sat af til at arbejde sammen. Nyt input"

"Præsentationer og arbejde med eget projekt. Det korte oplæg om Research Light"

"Arbejde med eget projekt. Overblik over projekter"

"Der var passende pauser. Der var passende info og selvstændigt arbejde"

"Arbejde med eget projekt. Generelt at høre både formelt/uformelt om andres projekter"

Hvad fungerede mindre godt i forbindelse med seminaret?

"For lidt arbejde/tid med gruppens projekt"

"Det udsendte materiale? Mener I det der lå på bordet?"

"At brugerrep. ikke var med på dag 1"

"For lang tid på 1. dag med præs. + sparring ift. udbytte."

"Gerne forhåndsinformation om andre projekter som tidligere"

"Svært at sætte sig ind i de andres problemstillinger, når der ikke har været mulighed for at læse projekterne"

"Vil gerne have været mere aktiv som følgegruppemedlem – dvs. mulighed for at stille spørgsmål, men ikke at "blande mig".

"Dårlige forudsætninger for at kunne give feedback til de andre grupper/projekter"

"Det kunne være godt at have fået materiale inden"

"Sparring på de forskellige projekter"

"At materialet blev sendt ud for sent"

"Mulighed for at forberede sig til dagen pga. manglende informationsmateriale. Sparringsdelen blev derfor spild af tid og fyldte for meget"

Har du forslag til forbedringer eller justeringer med henblik på de kommende seminarer?

"Materiale sendes ud lidt tidligere"

"Overordnet har det været nogle fede dage"

"Kortere præs. af projekterne – og mere arb på eget"

"Info om andre grupper. Svært at give sparring, hvis man ikke har mulighed for forberedelse"

"Evt. mulighed for konsulentbistand på konkrete/specifikke elementer på selve seminaret. At grupperne på forhånd har taget stilling til hvad man har brug for sparring på."

"Gerne udefra inspiration"

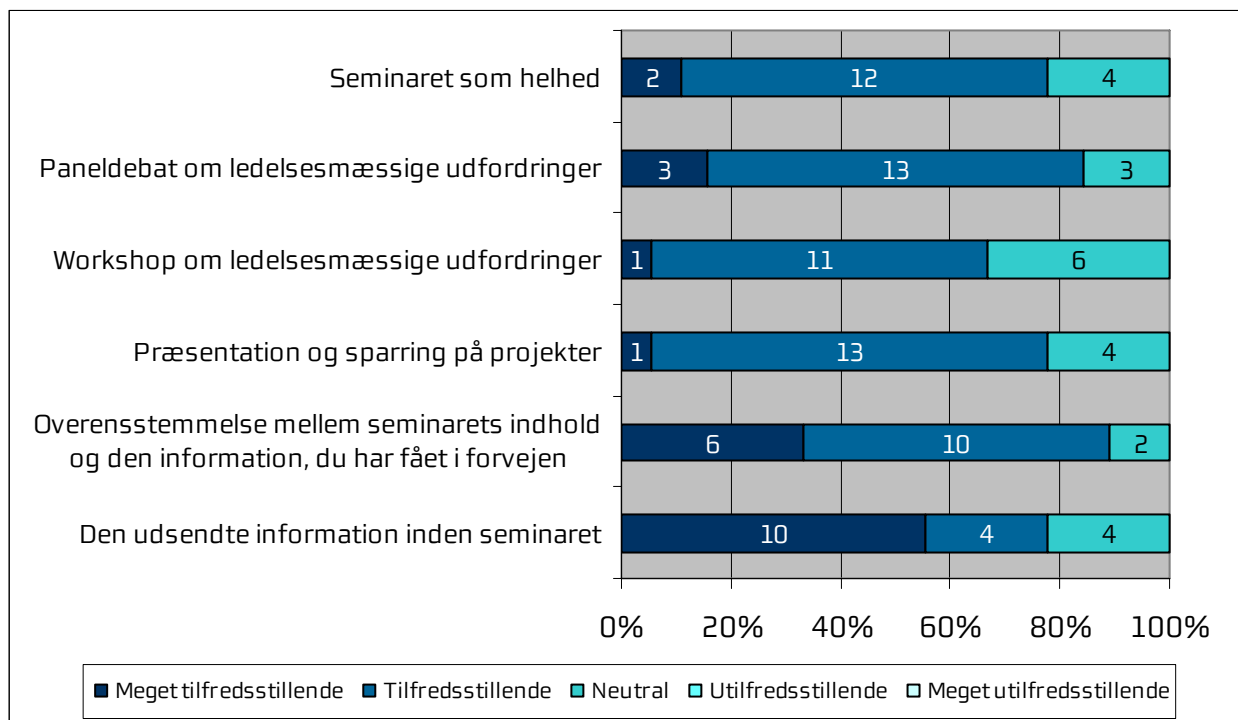
"Gerne mulighed for egen vidensindsamling/følgning med projekterne"

"Hvis man ønsker at "grupperne" kan give konstruktiv feedback til hinanden og bruge hinanden – kræver det at man får tilsendt relevant materiale før seminar."

"Mere tid til projekt arbejdet, eget projekt"

"At man kan sidde med en oplevelse af at evalueringen drukner i praksis"

4. netværksseminar i Sammenhæng i indsatsen for sindslidende (19 besvarelser)



Hvad fungerede godt i forbindelse med seminaret?

"Jeg har fået meget ud af det samlede forløb. Det kan jeg ikke beskrive med få ord. Generelt har jeg lært meget om "projektafvikling", noget om tværsektorielt samarbejde og sammenhænge og noget om evaluering.

"Møde hinanden, på tværs af faggrupper, udveksle erfaringer"

"Vi har fået et godt samarbejde mellem institutioner"

"Har kun deltaget i 2 møder – Interessant at høre om andres overvejelser"

"Nemt at komme i kontakt med CfK, gode indspark på seminar, god sparring på projekt"

"Udveksling af viden & erfaringer mellem projekterne. Redskaber & metoder til rådighed fra Center for Kval.udv."

"Rammer, forventninger medvirker til at lede projektprocessen i gang – og bedre [?]. Gensidig inspiration og sparring"

Hvad fungerede mindre godt i forbindelse med seminaret?

"Det har været vanskeligt at fastholde arbejde med projektet mellem seminarerne. Det blev lidt for løst, [mere] en mosaik af inspirerende indslag end en målrettet [...] proces"

"Brugt meget tid på at skulle høre om de andres projekter, i perioder hvor man hellere ville have brugt tiden på at arbejde med eget projekt"

"Det er tungt at forholde sig til de andre projekter"

"Har været svært at holde gejst mellem møderne/seminarerne"

"Det er tungt at gennemgå alle projektforsøb, så måske lidt færre detalje-beskedes."

"Minimal kontakt og sparring med øvrige projekter"

"Rådgivningen – det kan være vores egen manglende henvendelser – men ikke anvendt"

"For lidt fokus – for svævende"

Har du forslag til forbedringer eller justeringer med henblik på de kommende seminarer?

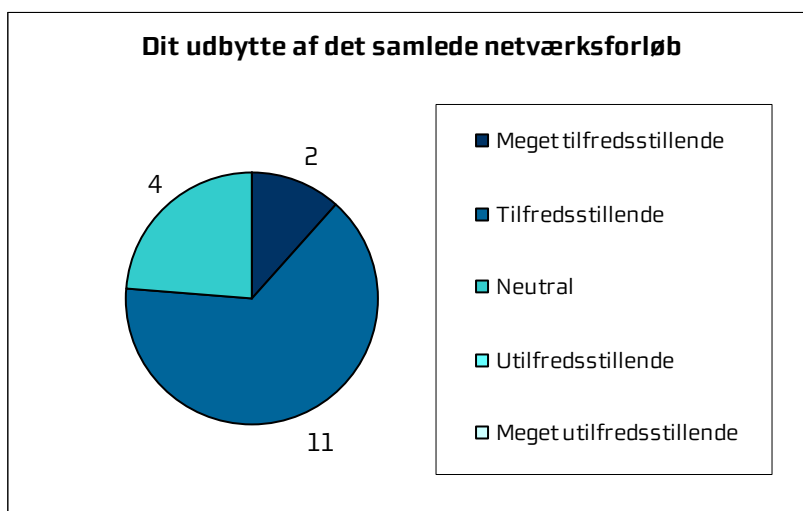
"Hvis der var ressourcer til det, så skulle vi have en tættere forbindelse til jer i mellem seminarerne. Faste møder med udviklingsformål relateret til projektforsøb"

"Flere indslag fx statsadvokat osv. Mere tid til projektet"

"Synes I har gjort det godt"

"Mere fokuserende"

"Dit udbytte af det samlede netværksforløb" (17 besvarelser)



Invitation til temadag om netværksprojektet
Sammenhæng i indsatsen for sindslidende

Udvikling og afprøvning af tværgående samarbejdsmodeller
17. september 2009



"Det tager lang tid at samarbejde om patienter, som ingen vil have."

"Det tog lang tid at realisere, at vi måtte deles om ansvaret – da vi realiserede det, var det ikke længere nogen vanskelig sag."

Deltagere i projektet: En Bedre Udvej – et projekt om kvalitetsudvikling af samarbejdet om udskrivningerne fra psykiatrisk afdeling, 2001.

Det tværsektorielle samarbejde omkring mennesker med sindslidelser stiller store krav til den overordnede koordinering.

Center for Kvalitetsudvikling igangsætter nu et landsdækkende netværksprojekt om udvikling og afprøvning af bæredygtige modeller for tværsektorielt samarbejde og koordinering af indsatsen omkring mennesker med sindslidelser.

Netværksprojektets deltagere vil være ledere og medarbejdere, der arbejder med de vanskeligst stillede voksne sindslidende, herunder personer med retspsykiatriske og/eller dobbeltdiagnoseproblemstillinger.

Projektet og den orienterende temadag beskrives nærmere i denne pjece.

Projektets baggrund

Samarbejdet om indsatsen for mennesker med sindslidelser er fortsat vanskeligt efter kommunalreformen. Der er forskellige sektorer involveret, og der er forskellige typer af individuelle planer. Det er en stor udfordring at skabe sammenhængende forløb – specielt i de mest kritiske overgange.

Der er behov for udvikling og afprøvning af tværgående samarbejdsmodeller og redskaber, der kan bidrage til en bedre sammenhæng i den tværsektorielle indsats for sindslidende.

Projektets formål

Dette projekt fungerer som et netværk for projekter, der

- udvikler og afprøver modeller for det tværgående samarbejde
- udvikler og afprøver redskaber, der egner sig til at understøtte det tværgående samarbejde – for eksempel koordinerende individuelle planer
- undersøger, hvordan de udviklede redskaber kan inddrages i og understøttes af de etablerede informationssystemer.

Projektets deltagere

Ledere og medarbejdere i den regionale behandlingspsykiatri og i de kommunale sektorer, der arbejder med/behandler voksne mennesker med retspsykiatriske og/eller dobbeltdiagnose problemstillinger.

Deltagerne kommer fra afdelinger eller kommuner, der

- ønsker at komme i gang med at udvikle og afprøve tværsektorielle samarbejdsmodeller og redskaber
 - allerede er i gang med at afprøve tværsektorielle samarbejdsmodeller og redskaber og som ønsker at styrke dette arbejde.
-

P R O J E K T E T

Organisering af projektet

Momsfondet har bevilget penge til Center for Kvalitetsudviklings ledelse af projektet, herunder etablering af netværk for projektdeltagerne, konsulentbistand til projektdeltagerne, tværgående erfaringsopsamling og formidling af projektets resultater.

Den konkrete afprøvning af forskellige modeller og redskaber sker i de deltagende projekter, der selv skal sørge for finansiering.

Aftaler om deltagelse og definition af de enkelte projekters indhold må ske via et 'aftaleforum', der er etableret inden for rammerne af den lokale sundhedsaftale. Et aftaleforum består af ledelsesrepræsentanter fra de involverede sektorer, som har kompetence til at indgå forpligtende tværsektorielle aftaler. Der kan være tilknyttet flere projekter til hvert aftaleforum.

Projektets faser

Projektet løber over 2-3 år, og vil indeholde følgende:

- Endelig udformning af det overordnede netværksprojekt i samarbejde med interesserede aktører
- Udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller og redskaber i de deltagende aftalefora og projekter
- Evalueringer og tværgående erfaringsopsamling. Vurdering af behovet for yderligere metodeudvikling

Projektets resultater

Ved afslutningen af projektet har deltagerne afprøvet en eller flere modeller for det tværgående samarbejde. De vil kunne vurdere, om der findes redskaber, der kan videreudvikles i egen organisation og formidles til andre.



Center for Kvalitetsudvikling inviterer til en orienterende temadag

Torsdag den 17. september 2009, klokken 10-15.

På temadagen vil Center for Kvalitetsudvikling orientere om projektet med henblik på drøftelser af projektets konkrete udformning.

Seniorkonsulent Knud Ramian og andre videnspersoner vil bidrage med oplæg om foreløbige erfaringer på området.

Da drøftelserne på temadagen vil have indflydelse på projektets konkrete udformning, vil det være en styrke, hvis du deltager sammen med de samarbejdspartnere, som dit projekt vil omfatte.

Temadagen henvender sig også til de ledelsesrepræsentanter, som har kompetence til at træffe forpligtende beslutninger om det tværgående samarbejde i det, vi her beskriver som tværsektorielle aftalefora.

Efter temadagen vil interesserede deltagere skulle udarbejde en projektbeskrivelse. Center for Kvalitetsudvikling udvælger projektdeltagerne på baggrund af disse projektbeskrivelser.

Sted: Temadagen afholdes på Fyn. Sted oplyses senere.

Tilmelding til temadagen kan ske til sekretær Lotte Jørgensen, på e-mail Lotte.Joergensen@stab.rm.dk

Tilmeldingsfrist: 20. august 2009

Pris pr. person for deltagelse i temadagen: Kr. 650, ekskl. moms.

Vi vil gerne have følgende oplysninger: Navn, titel, arbejdsplads, adresse, telefon, mailadresse, EAN-nummer. Du bedes ved tilmelding oplyse, om du deltager i temadagen sammen med eventuelle samarbejdspartnere.

Yderligere oplysninger

Marianne Balleby - marianne.balleby@stab.rm.dk - telefon 87 28 49 37

Mett Marri Lægsgaard - mettmarri.laegsgaard@stab.rm.dk - telefon 87 28 49 29

Projektbeskrivelse for netværksprojektet

Sammenhæng i indsatsen for sindslidende

Udvikling og afprøvning af tværgående samarbejdsmodeller

Den 1. oktober 2009

Konsulent Mett Marri Lægsgaard
Tel. +45 8728 4929
mettmarri.laegsgaard@stab.rm.dk

Konsulent Marianne Balleby
Tel. +45 8728 4937
marianne.balleby@stab.rm.dk

Center for Kvalitetsudvikling • Region Midtjylland
Olof Palmes Allé 15 • DK-8200 Århus N

midt
regionmidtjylland

Projektets baggrund

Samarbejdet om indsatsen for mennesker med sindslidelser er fortsat vanskeligt efter kommunalreformen. Der er forskellige sektorer involveret, og der er forskellige typer af individuelle planer. Det er en stor udfordring at skabe sammenhængende forløb, specielt i de mest kritiske overgange.

Der er behov for udvikling og afprøvning af tværgående samarbejdsmodeller, der kan bidrage til en bedre sammenhæng i den tværsektorielle indsats for sindslidende.

På denne baggrund har Momsfondet bevilget penge til et projekt med det formål at styrke sammenhængen i indsatsen for sindslidende.

Center for Kvalitetsudvikling har afholdt en indledende temadag med henblik på at afsøge interessen for et netværksprojekt og ideudvikle på Center for Kvalitetsudviklings udkast til projektet. Deltagerne på temadagen fik mulighed for at kommentere udkastet og for at fortælle om deres erfaringer og behov i forhold til at skabe sammenhæng i indsatsen for sindslidende.

Center for Kvalitetsudvikling har brugt kommentarer fra temadagen til at tilpasse projektet. Nedenstående skitserer det projekt, som Center for Kvalitetsudvikling inviterer kommuner og regioner til at deltage i.

Projektets formål

Dette projekt fungerer som et netværk for projekter der:

- udvikler og afprøver modeller for det tværgående samarbejde
- udvikler og afprøver metoder og redskaber, der egner sig til at understøtte det tværgående samarbejde
- undersøger, hvordan de udviklede redskaber kan inddrages i og understøttes af de etablerede informationssystemer.

Projektets resultater

Ved afslutningen af netværksprojektet har deltagerne afprøvet forskellige modeller for det tværgående samarbejde. De vil kunne vurdere, om der findes metoder og redskaber, der kan videreudvikles i egen organisation og formidles til andre. Lokalt og på tværs af de deltagende projekter vil projekterfaringerne kunne skabe afsæt for opfølgende projekter og følgeforskning.

Projektets deltagere

Projektets deltagere er ledere og medarbejdere i den regionale behandlingspsykiatri og i de kommunale sektorer, der arbejder med/behandler de sværest stillede voksne mennesker med sindslidelser.

Deltagerne kommer fra afdelinger eller kommuner, der ønsker at komme i gang med at afprøve eller udvikle tværsektorielle samarbejdsmodeller, metoder og redskaber, eller som allerede er i gang med og ønsker at styrke dette arbejde.

Det er ikke noget krav, at deltagerne skal være i gang med et projekt eller have et fuldt skitseret projekt at byde ind med ved netværksprojektets start – men potentielle deltagere skal kunne beskrive et muligt projekt, og samtidig kunne sandsynliggøre, at de nødvendige ressourcer og betingelser for at gennemføre projektet er til stede.

Lokale projekter

Den konkrete afprøvning af forskellige samarbejdsmodeller og redskaber sker i projekter, der deltager i netværket, herefter kaldet lokale projekter. Aftaler om deltagelse og definition af de lokale projekters indhold må ske via et 'aftaleforum', der allerede er etableret inden for rammerne af den lokale sundhedsaftale eller etableres i forbindelse med udviklingen af det lokale projekt. Et aftaleforum består af ledelsesrepræsentanter fra de involverede sektorer, som har kompetence til at indgå forpligtende tværsektorielle aftaler. Aftaleforummet er en vigtig forudsætning for de lokale projekters bæredygtighed og forummet må derfor have et klart kommissorium og have beføjelser til at føre beslutninger ud i livet.

Netværket vil således bestå af et antal tværsektorielle aftalefora, der hver har et eller flere projekter tilknyttet. De konkrete deltagere i netværket vil være repræsentanter for aftalefora (begrænset deltagelse) og udøvere af lokale projekter (fuld deltagelse).

Aftaleforummets medlemmer indgår og justerer de tværsektorielle aftaler, der tilsammen vil udgøre samarbejdsmodellen. Samarbejdsmodellen kan defineres som den organisatoriske ramme, der støtter koordineringen af indsatsen og samtidig definerer det lokale projekts aftaler omkring følgende punkter:

Målgruppe	Målgruppen for projektet er som udgangspunkt de sværest stillede sindslidende, det vil sige mennesker der i henhold til serviceloven skal have tilbudt individuelle handleplaner eller udskrivningsaftaler/koordinationsplaner i henhold til psykiatriloven. Hvert aftaleforum må definere deres egen målgruppe nærmere, eksempelvis mennesker med retspsykiatriske eller dobbeltdiagnoseproblemstillinger, samt undersøge målgruppens størrelse i det pågældende geografiske område.
Metoder	I det lokale projekt udvikles og beskrives en eller flere metoder til løsning af koordinationsopgaven. Eksempler på metoder kan være: koordinerende sagsbehandling, teamorganiseringer, den tværgående individuelle plan. Metodebeskrivelsen må indeholde en tydelig beskrivelse af, hvem er den/de ansvarlige koordinerende person(er), der sikrer opfølgning på aftaler omkring det enkelte individ.
Redskaber	Til understøttelse af metoden må defineres et eller flere redskaber som afprøves i projektet, f.eks. et skema til den individuelle koordinerende plan, en fast mødestruktur eller en hotline. Det må beskrives, hvordan de udviklede redskaber kan inddrages i og understøttes af de etablerede informationssystemer.
Kontakt/kommunikation	Samarbejdsmodellen må beskrive, hvordan kontakten mellem de forskellige instanser holdes, eksempelvis vha. faste møder, løbende mundtlige drøftelser etc.
Kvalitetssikring af samarbejdsmodellen	Samarbejdsmodellen må indeholde beskrivelser af kvalitetssikringen, dvs. hvordan information om samarbejdet og dets resultater videregives til aftaleforummet med henblik på fastholdelse af aftaler og/eller læring og revision.
Evaluerings	Der må udarbejdes en plan for, hvordan afprøvningen af samarbejdsmodellen og de konkrete metoder og redskaber evalueres og tilpasses.

Netværksprojektet

Projektet har til formål at skabe viden om, hvilke modeller og redskaber der virker i forhold til at skabe sammenhæng i indsatsen. Center for Kvalitetsudvikling har erfaring for, at et netværk er et godt forum for denne type vidensskabelse.

Et vidensskabende netværk tilbyder en ramme for udvikling og afprøvning af modeller og redskaber. Konkret giver netværket adgang til opdateret faglig viden, tværgående vidensdeling og sparring samt konsulentbistand.

Denne adgang sikres gennem en række aktiviteter:

Netværksseminarer Indholdet på netværksseminarerne vil dels bestå af deltagernes gensidige sparring og erfaringsudveksling i forhold til de lokale projekter, dels af oplæg og workshops ved konsulenter fra Center for Kvalitetsudvikling og relevante fagpersoner. Sparringen projekterne imellem kan både omhandle konkrete problemstillinger, metoder og redskaber – og mere generelt projektstyring, dokumentation og evaluering. Oplæg og workshops vil omhandle projektstyring og evaluering, og temaer af almen interesse for projektdeltagerne, f.eks. juridiske problemstillinger. Deltagerne vil kunne foreslå temaer af interesse, som kan tages op på efterfølgende seminarer.

Konsulentbistand Der er i projektets budget afsat et antal timer til konsulentbistand til de enkelte projekter. Hvor mange timer der bliver til det enkelte projekt afhænger af, hvor mange projekter netværket kommer til at bestå af. Konsulentbistanden vil primært handle om projektstyring og evaluering, og vil primært blive givet som telefon- eller mailkonsultation, alternativt i Center for Kvalitetsudviklings lokaler i Århus.

Nyhedsbreve Center for Kvalitetsudvikling vil udarbejde nyhedsbreve mellem seminarerne. Nyhedsbrevene vil indeholde praktiske oplysninger, relevante links, information om arrangementer, litteratur etc. Input fra deltagerne, der med fordel kan deles med de andre deltagere, formidles også.

Projektets organisation

Center for Kvalitetsudvikling vil stå for den daglige projektledelse, herunder etablering af netværk for projektdeltagerne, konsulentbistand til projektdeltagerne, tværgående erfaringsopsamling og formidling af projektets resultater.

Center for Kvalitetsudvikling vil nedsætte en følgegruppe bestående af bl.a. repræsentanter fra brugerorganisationer, danske regioner, KL og Videnscenter for Socialpsykiatri.

Økonomi

Momsfondet har bevilget penge til Center for Kvalitetsudviklings ledelse af projektet.

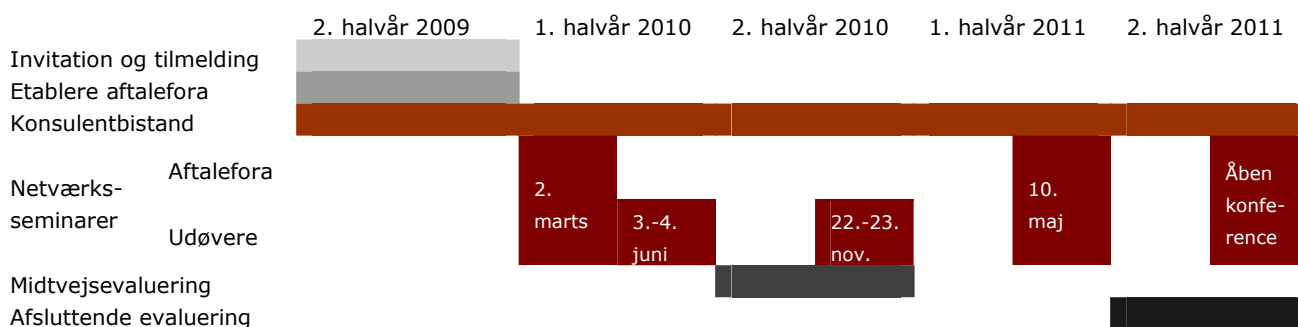
Deltagerne skal selv finansiere:

- Deltagernes arbejdstid i forbindelse med udførelse af lokalt projekt samt deltagelse i netværksprojekt
- Eventuelle udgifter forbundet med afprøvningen af nye modeller, metoder og redskaber
- Egen forplejning og transport i forbindelse med netværksseminarer, eventuel transport i forbindelse med konsulentbistand

Projektets faser/tidsplan

Projektet løber over 2½ år, og vil indeholde følgende:

- 2. halvår 2009**
- Endelig udformning af det overordnede netværksprojekt i samarbejde med interesserede aktører
 - Interesserede deltagere fremsender interesselikendegivelser og netværksdeltagere udvælges
 - Aftalefora etableres og beskrives
- 1. halvår 2010**
- 1. netværksseminar: Dagsmøde med deltagelse af både repræsentanter for aftalefora og projektudøvere. På seminaret arbejdes bl.a. med udarbejdelsen/færdiggørelsen af en projektbeskrivelse indeholdende de elementer, der er skitseret ovenfor
 - 2. netværksseminar: Døgnseminar med deltagelse af projektudøvere
 - Konsulentbistand
 - Udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller, metoder og redskaber i de delta-gende aftalefora og projekter
- 2. halvår 2010**
- 3. netværksseminar: Døgnseminar med deltagelse af projektudøvere.
 - Konsulentbistand
 - Udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller, metoder og redskaber i de delta-gende aftalefora og projekter
 - Midtvejsevaluering/tværgående erfaringsopsamling
- 1. halvår 2011**
- 4. netværksseminar: Dagsmøde med deltagelse af både repræsentanter for aftalefora og projektudøvere
 - Konsulentbistand
 - Udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller, metoder og redskaber i de delta-gende aftalefora og projekter
- 2. halvår 2011**
- Evaluering og tværgående erfaringsopsamling. Vurdering af behovet for yderligere metodeudvikling
 - Afholdelse af åben konference med henblik på præsentation af resultater. Deltagelse af aftalefora og projektudøvere samt gæster



Samarbejdsaftale

Sammenhæng i indsatsen for sindslidende

Udvikling og afprøvning af tværgående samarbejdsmodeller 2009-2011

Der indgås hermed aftale vedrørende nedenstående projekts deltagelse i netværksprojektet "Sammenhæng i indsatsen for sindslidende: Udvikling og afprøvning af tværgående samarbejdsmodeller" (se netværkets projektbeskrivelse af 1.10.2009).

Kort beskrivelse af det deltagende projekt (titel, målgruppe, metoder m.v.), evt. henvisning til projektbeskrivelse.

Projektudøverne forpligter sig til:

- At arbejde med det ovenfor beskrevne projekt så vidt muligt i hele projektperioden
- At indgå i netværksarbejdet på de betingelser, der er beskrevet i projektbeskrivelsen, herunder løbende at indgå i sparring og vidensdeling i forbindelse med og imellem netværksseminarerne omkring egne og andre netværksdeltageres projekter
- At bidrage med erfaringer fra projektførelsen i form af en midtvejsevaluering og en afsluttende evaluering

Ledelsesrepræsentanter i projektets styregruppe kaldet aftaleforum forpligter sig til:

- At sikre ledelsesopbakning og tilstrækkelige ressourcer til netværksdeltagerne i form af tid til afprøvning af modeller, metoder og redskaber og betaling for deltagelse og transport i forbindelse med netværksseminarer. En udøvers deltagelse i samtlige netværksseminarer vil beløbe sig til ca. 5400,- + transport
- Så vidt muligt at deltage i de netværksaktiviteter, som retter sig mod ledelsesrepræsentanter: to netværksseminarer og en åben konference ved afslutning af netværksprojektet. En leders deltagelse i to seminarer og en konference vil beløbe sig til ca. 1800,- + transport

Netværkssekretariatet i Center for Kvalitetsudvikling forpligter sig til:

- At forestå planlægning og daglig projektledelse i forbindelse med drift af netværket
- At planlægge og arrangere de fælles netværksseminarer
- At yde konsulentbistand til de lokale netværksprojekter efter nærmere aftale
- At formidle nyhedsbreve med praktiske oplysninger, relevante links, information om arrangementer, litteratur og andet, herunder input fra deltagerne, der med fordel kan deles med de andre deltagere

Øvrige aftaleforhold:

- Center for Kvalitetsudvikling står for afregningen med konferencesteder i forbindelse med hvert enkelt af netværksseminarerne, og fakturerer efterfølgende fra gang til gang forvaltningen for deltagergebyret på ca. 600,- pr. person for endagsseminarer og 1800,- for døgnseminarer
- Der vil være bunden tilmelding i op til to mdr. før hvert seminar
- Det lokale projekt og de involverede aktører har rettigheder over materiale vedrørende egne projektaktiviteter. Center for Kvalitetsudvikling forbeholder sig ret til fremover at anvende erfaringer fra netværksprojektet med fornøden hensyntagen til anonymitet
- Aftalen kan opsiges i tilfælde af en parts væsentlige misligholdelse

Dato, titel, arbejdsplads og underskrift

For aftalefora (tilføj gerne flere linier):

For Center for Kvalitetsudvikling:

Torsten Munch-Hansen
Afdelingsleder
Center for Kvalitetsudvikling