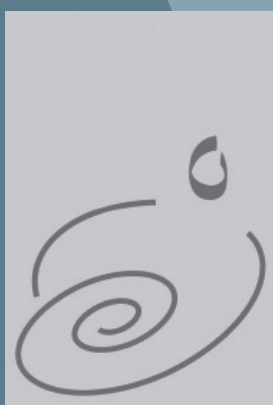


DANSKE  
REGIONER



# Dansk kvalitetsmodel på det sociale område

Model





## Dansk kvalitetsmodel på det sociale område Model

Udgivet af Danske Regioner  
December 2007

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

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

eller downloades på [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)

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

Flere informationer om modellen kan fås hos

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

Den sociale danske kvalitetsmodels hjemmeside:  
[www.socialkvalitetsmodel.dk](http://www.socialkvalitetsmodel.dk)

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



## indhold

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



# Indledning

## Baggrund og formål

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Projektgruppe

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

## Høringsproces

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

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

Endvidere er både KL og Velfærdsministeriet blevet informeret om modellen.

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

## Modellens anvendelse

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

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

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



# Kvalitetsmodellens grundlag

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

## Læring

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

## Åbenhed

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

## Inddragelse

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

## Samspil med regionale aktiviteter

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

## Kontinuerlig kvalitetsudvikling

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

## Ressourceforbrug

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

## Samarbejde

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

## Lovgivning

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

## Tilsyn og kontrol

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

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

## Evidensbaseret grundlag

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



## Det sociale område

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

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

## Social model – inspiration og perspektiv

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

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

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

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

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

## Ambitioner – trinvis implementering

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

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

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

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



# Kvalitetsmodellens opbygning

## Fokusområde

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

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

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

## Kvalitetsudvikling

Udgangspunktet for kvalitetsmodellen vil være arbejdet med kvalitetsudvikling.

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

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



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



## Begreber og terminologi

### Tre kvalitetsperspektiver

Kvalitetsmodellen vil indeholde tre overordnede kvalitetsperspektiver:

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

### Akkreditering

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

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

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

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

En akkreditering indeholder følgende grundelementer:

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

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

### Valg af indsatsområder

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

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

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

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



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

Fastlæggelse af emneområder for kvalitetsmodellen skal besluttes på to områder:

- På det organisatoriske område
- På målgruppespecifikke/ydelsesspecifikke områder

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

### Standarder/kvalitetsmål

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

Standarder kan formuleres som:

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

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

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

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

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

En standard skal være:

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

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

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

### Indikatorer

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

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

Der kan opstilles indikatorer inden for tre områder:



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

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

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

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

## Vejledninger

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

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

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

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

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

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

Vejledningerne må indeholde følgende overskrifter:

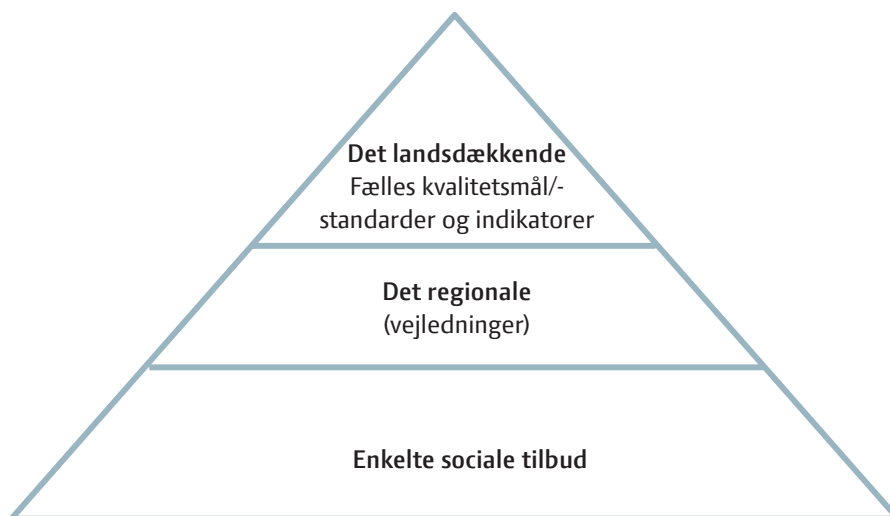
- Formål med vejledningen og inden for hvilket felt, den skal anvendes
- Relevante begrebsdefinitioner, afgrænsninger m.v.
- Anbefalinger – konkrete indhold og anbefalinger på baggrund af systematisk vidensindsamling (evidens). Anbefalingerne kan både omhandle vejledninger til struktur, proces og resultat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

## Fælles og hver for sig

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



Arbejdet med kvalitetsmodellen kan illustreres således:



### Evidens og dokumentation

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

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

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

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

### Selvevaluering

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

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



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

### Ekstern evaluering

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

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

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

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

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

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

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

### Rapportering og offentliggørelse

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

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

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

Resultatformidlingen må drøftes og fastlægges nærmere.

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



# Den samlede kvalitetsmodel

## Modellens opbygning

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

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

### Det organisatoriske område

---

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

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

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

### De målgruppe- og ydelsesspecifikke områder

---

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

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

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

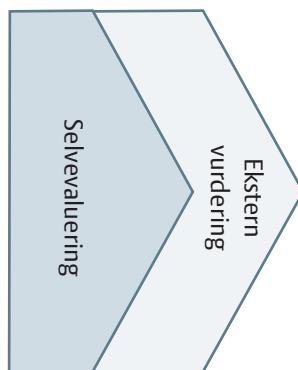


# Samlet model

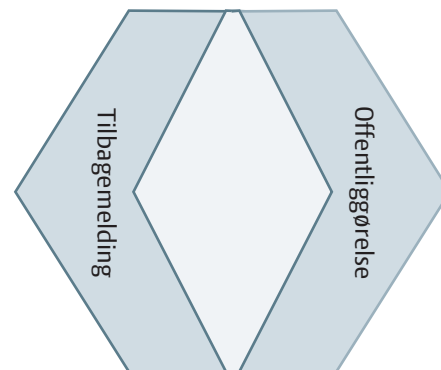
## Kvalitetsmåling/Standarder



## Evaluering



## Rapport



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

### Kvalitetsmål/standarder

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

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

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

### Selvevaluering

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

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

### Rapport

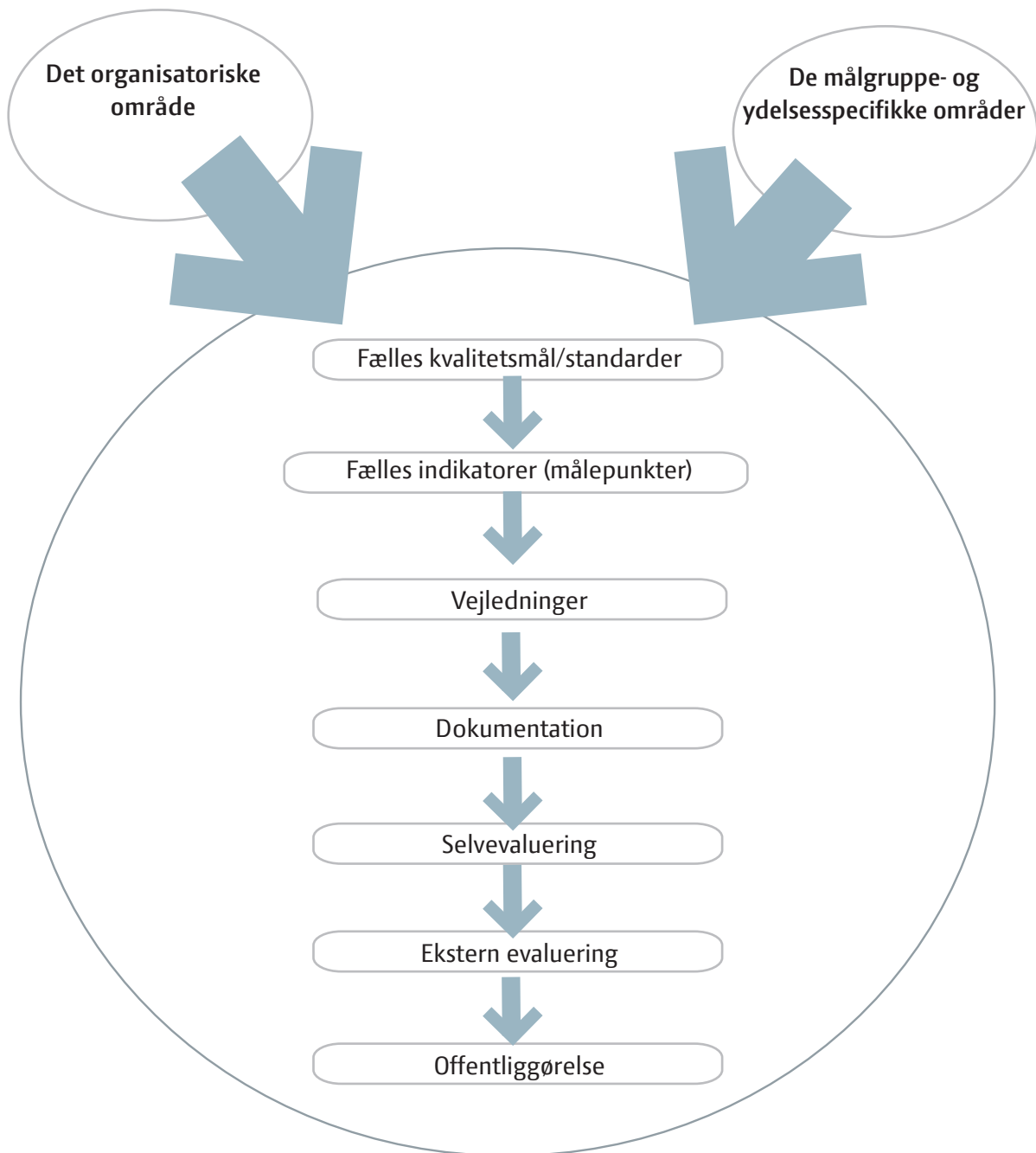
De eksternt besøgende evaluerer det sociale tilbud og udarbejder en rapport efter besøget på det enkelte sociale tilbud og giver dermed en tilbagemelding til det enkelte tilbud og eventuelt en samlet vurdering.

Resultaterne offentliggøres.



# Kvalitetsmodellen

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





# Implementering

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

## De første skridt

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

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

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

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

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

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

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

## Ekstern evaluering

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

Arbejdsprocessen fortsætter herefter i en ny arbejdsproces.

## Tid til arbejdsprocessen

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

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

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

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

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

## Ressourceforbrug

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

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

## Udvikling af standarder og indikatorer

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

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



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

## **Administrative systemer**

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

## **Sekretariat**

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

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

## **Kvalitetsmodel for de regionale botilbud**

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

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



# Kilder og litteratur

Akkrediteringsstandarder. Opholdssteder. Landsforeningen Opholdssteder 2006

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

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

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

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

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

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

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

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

## Modtaget materiale fra regionerne i forbindelse med arbejdet:

### Region Hovedstaden

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

### Region Sjælland

- Notat om standarder på tre niveauer og den etiske læreproces

### Region Midtjylland

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

### Region Nordjylland

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

### Region Syddanmark

- Plan for kvalitetssikring og pædagogisk udvikling

### Fælles regionalt

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



DANSKE  
REGIONER



Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)  
[www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)