

Indsatsteori for Odense projekt

Baggrund

Evalueringen af satspuljen: ”Sundhedsfremme målrettet mennesker med psykiske lidelser” foretages af Epinion, i samarbejde med CFK- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (Region Midtjylland). Evalueringen indebærer dels en tværgående effektevaluering, dels en projektspecifik evaluering for hvert af de 8 projekter, som indgår i satspuljeprojektet.

Den projektspecifikke evaluering tager afsæt i en beskrivelse af det enkelte projekt i form af en indsatsteori, som CFK har udarbejdet i samarbejde med de centrale personer ved hvert af projekterne. Dette dokument præsenterer indsatsteorien for Odense- projektet.

Dokumentet indeholder følgende:

- En beskrivelse af formålet med udarbejdelsen af indsatsteorien
- En kort beskrivelse af processen for udarbejdelsen af indsatsteorien
- En præsentation af den model, CFK anvender som udgangspunkt for udarbejdelsen af indsatsteorier
- En fremstilling af den endelige indsatsteori for projektet, inkl. grafisk overblik over indsatsens elementer (logisk model)
- Et bud på tværgående indikatorer med relevans for projektet
- Opmærksomhedspunkter for Odense-projektet ift. projektudvikling, egnevaluering og kvalitative interview

Formål

Evalueringens helt centrale opgave er at dokumentere en forbindelse mellem indsatsen og en eventuel effekt. Det bedste udgangspunkt for dette er en detaljeret beskrivelse af indsatsen og dens forventede effekter, som evalueringen kan tilrettelægges ud fra. Evaluator har derfor tilrettelagt og gennemført en proces med hvert af projekterne, for at udarbejde en indsatsteori, som kan danne grundlag for både den tværgående og den projektspecifikke evaluering.

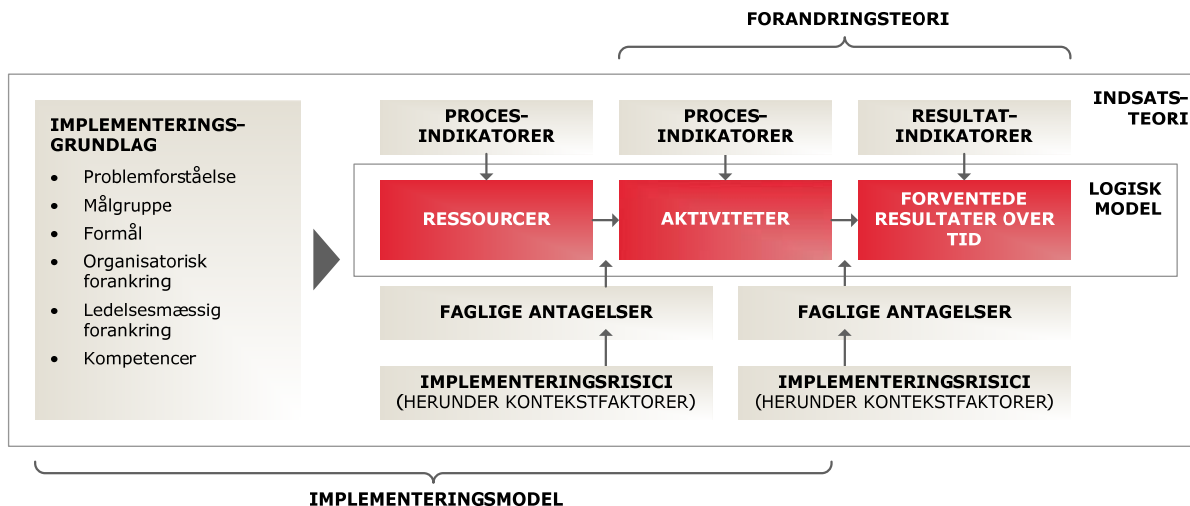
Proces

Udarbejdelsen af indsatsteorien har fulgt denne plan:

- **Forberedelse:** CFK har udarbejdet udkast til indsatsteori på baggrund af projekternes reviderede projektbeskrivelser og evt. yderligere relevante dokumenter. Udkastet er sendt til projektlederen, som efterfølgende er blevet ringet op mhp. at drøfte udkastet
- **Workshop:** CFK har medbragt udkastet til indsatsteori på en stor planche og har faciliteret en proces, hvor deltagerne i fællesskab har drøftet og forbedret indsatsteorien og arbejdet med identifikation af indikatorer og måleredskaber. I Odense deltog leder af Sundhedscenter Vollsmose og en projektmedarbejder, en repræsentant fra hhv. Job og Rehabilitering og fra Ældre og Handicap samt en socialoverlæge.
- **Opfølgning:** CFK har efterfølgende færdiggjort indsatsteorien og sendt indsatsteori med forslag til indikatorer og opmærksomhedspunkter for projektet i høring i projektet, hvorefter planen tilpasses. Det færdige produkt er udgangspunkt for evalueringen af projektet

Kort om indsatsteori

En indsatsteori er en ramme for uddybet beskrivelse af en afgrænset indsats.¹ Konceptet illustreres i figuren nedenfor.



Udgangspunktet for indsatsteorien er en tydeliggørelse af implementeringsgrundlaget. Denne del af indsatsteorien indebærer en afklaring af indsatsens problemforståelse, målgrupper, formål, m.m.

Beskrivelsen af de forventede mekanismer i indsatsen gives i visuel form, hvor de forventede kausale sammenhænge illustreres som pileforbundne kasser med et logisk og tidsligt flow fra venstre mod højre – en logisk model. Den logiske model viser, hvordan ressourcer omsættes til faglige aktiviteter, som på sin side forventes at give anledning til bestemte resultater for indsatsens målgrupper på kort, mellemlangt og langt sigt.

De to sidste led i indsatsteorien er en tydeliggørelse af indsatsens metodiske indhold i form af de underliggende faglige antagelser samt en afdækning af de vigtigste implementeringsrisici. Formålet med at udfolde de faglige antagelser er at beskrive, hvad der er "inden i" pilene – hvad er de virkelige mekanismer? Beskrivelsen af implementeringsrisici sigter bl.a. på at opsamle erfaringer fra lignende indsatser, hvis sådanne findes, med særlig vægt på væsentlige kontekstfaktorer.

I en evalueringssammenhæng er det vigtigt at kunne skelne mellem belysning af implementeringskvaliteten og vurdering af den underliggende faglige teori, hvorfor en indsatsteori bør opdeles i en implementeringsmodel og en forandringsteori som vist i figuren. Kun ad denne vej vil en evaluering kunne skelne troværdigt mellem "implementeringsfejl" og "teorifejl". Af samme årsag opstiller indsatsteorien både proces- og resultatindikatorer.

¹ Betegnelsen "programteori" anvendes ofte synonymt – fx Donaldson, S. (2007): "Program Theory-Driven Evaluation Science. Strategies and Applications", New York: Lawrence Erlbaum; Funnell, S. & Rogers, P. (2011): "Purposeful Program Theory. Effective Use of Theories of Change and Logic Models", San Francisco: Jossey-Bass. Erfaringsmæssigt fungerer begrebet "indsatsteori" dog bedre og mere intuitivt i en dansk sammenhæng – jf. fx Danmarks Evalueringsinstitut EVA (2010): "Fod på frafaldet med indsatsteori", København: EVA.

Implementeringsgrundlag

Titel	Sammen om nye vaner
Projektsted	Odense Kommune
Problemforståelse	<p>Det er veldokumenteret, at a) mennesker med en sindslidelse er overrepræsenteret ift. somatisk sygdom, herunder livsstilssygdomme (Sundhedsprofilen), at b) borgere med psykiske lidelser har større interesse for at ændre livsstil end den øvrige befolkning (Sundhedsprofilen) samt at c) denne gruppe borgere med den rette hjælp og støtte kan gennemføre livsstilsændringer (SST "Struktur på sundheden"). Imidlertid er det en kendsgerning, at gruppen ofte ikke modtager relevante tilbud om forebyggelse og behandling af somatiske sygdomme. En forklaring herpå kan være, at borgere med psykiske lidelser nogle gange blive mødt af en misforstået medlidenhed, således, at de ikke bliver tilbudt sundhedsfremmende tilbud, forløb eller behandling, der kan afhjælpe somatisk sygdom. En anden forklaring kunne være, at det store fokus på de psykiske lidelser simpelthen gør, at få har tanke på, vigtigheden af, at få håndteret de fysiske lidelser. En tredje forklaring kunne være at tilbuddene ikke bliver tilpasset de udfordringer borgere med psykiske lidelser har, såsom eksempelvis sociale problematikker (Jf. eksempelvis Region Syd-danmarks "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme).</p> <p>Sundhedscenter Vollsmose ønsker, at kunne udvikle og afprøve en indsats, der søger at imødekomme ovenstående udfordringer gennem såvel et borgerrettet perspektiv som kompetenceløfts perspektiv.</p>
Målgruppe	Borgere med psykiske lidelser og psykisk sårbare borgere, der har uhen-sigtsmæssig sundhedsadfærd og ikke kan forventes at kunne profitere af or-dinære forebyggelsestilbud.
Formål	<p>Formålet med projektet er:</p> <ol style="list-style-type: none">1. At etablere og fastholde nye sundhedsvaner gennem netværksdannelse hos borgere med psykiske lidelser2. At kompetenceudvikle medarbejdere, frivillige og pårørende til at understøtte borgere med psykiske lidelser i at etablere og fastholde nye sundhedsvaner
Organisatorisk og ledelsesmæssig forankring	Sundhed i Odense Kommune er matrixorganiseret ud fra visionen om et højt ambitionsniveau på sundhedsområdet. Matrixorganiseringen betyder, at det ikke er en enkelt sundhedsforvaltning, der har ansvaret for at den samlede sundhedsopgave bliver løst, men derimod et fælles ansvar på tværs af forvaltninger. Organiseringen skal understøtte at sundhed bliver tænkt ind som en del af den kommunale kerneydelse

Projektet bemannes med 2 årsværk, fordelt på 3 medarbejdere. ½ årsværk projektleder med kompetence indenfor projektledelse og relationel koordination, ½ årsværk projektmedarbejder med kompetence indenfor kost, ernæring og 1 årsværk projektmedarbejder med kompetence indenfor fysisk aktivitet, gerne med erfaring med frivillighed og netværksdannelse. Dertil kommer administration og andre ad. hoc. medarbejdere, der supplerer de øvrige kompetencer. Projektgruppen varetager tilsammen alle aktiviteter i projektet.

Kompetencer

Sundhedscenter Vollsmose har siden etableringen i 2006 bidraget til at sætte socialt udsatte borgere i stand til at yde bedre egenomsorg gennem særligt tilrettelagte forebyggende og rehabiliterende indsatser.

Sundhedscenter Vollsmose har således stor erfaring i og viden om hvordan borgernes forudsætninger øges, for at kunne tage vare på eget helbred - både fysisk og psykisk.

Sundhedscenter Vollsmose har desuden indgående erfaring med:

- Udvikling af organisatoriske løsninger der samordner social- og sundhedsfaglige indsatser på tværs af fagligheder, forvaltninger og sektorer.
- Udvikling og afprøvning af metoder til samarbejde og koordineret rådgivnings- og henvisningsadfærd mellem almen praksis, kommunale instanser, sygehusregi og frivillige aktører.
- Udvikling og afprøvning af metoder til samarbejde med patientforeninger og frivillige i kommunale tilbud og i forlængelsen heraf.

Kompetenceudviklingen i projektperioden skal rettes mod medarbejdere, frivillige og pårørende. Kompetenceudviklingen er ikke tilrettelagt endnu.

Logisk model er vedlagt som bilag 1

Faglige antagelser, risici og mulige indikatorer

Faglige antagelser

Organisering:

- Matrixorganisering understøtter, at sundhed bliver en del af den kommunale kerneydelse
- Valg af samarbejdspartnere hvor målgruppen har sin daglige gang understøtter målgruppen i at etablere og fastholde nye sundhedsvaner

Målgruppe:

- Trykke rammer og relationsopbygning understøtter borgernes mod på at deltage i netværksbaseret gruppeindsats.

Kompetenceudvikling:

- Undervisning af medarbejdere, frivillige og pårørende i vigtigheden af at forebygge somatisk sygdom vil sikre fokus på borgerens somatiske sygdom og forebyggelse

Indsats:

- Psykisk sårbare borgere/borgere med psykiske lidelser og uhenigtsmæssige sundhedsvaner etablerer og fastholder en sund livsstil gennem øget viden, praktisk afprøvning og netværksdannelse med henblik på at mestre et sundere hverdagsliv.

Indikatorer

Procesindikatorer

Procesevalueringen vil primært bestå i kvalitative interview, men følgende procesfaktorer vil kunne monitoreres kvantitativt:

- Antal medarbejdere, frivillige og pårørende der har gennemført kompetenceudvikling (og hvilken type kompetenceudvikling)
- Antal henviste borgere
- Antal gennemførte gruppeforløb (etablering af nye vaner)
- Antal gennemførte opfølgingsforløb (vedligeholdelse af nye vaner)

Desuden for hver enkelt borger:

- Hvilke(t) tilbud, de modtager (som del af den aktuelle indsats)
- Fremmødere registrering
- Årsag til evt. frafald
- Øvrige indsatser?

Effektindikatorer

Effekten af indsatsen måles ved, at borgeren udfylder et spørgeskema ved hvert af de to typer forløbs start og slut samt evt. ved 6 måneders opfølgning. Borgeren tilbydes hjælp til at udfylde spørgeskemaet.

Spørgeskemaet måler på både puljespecifikke (tværgående) effekter og projektspecifikke effekter. De tværgående effekter måles sandsynligvis vha. et standardiseret spørgeskema (f.eks. WHO-5 eller SF12). De projektspecifikke effekter måles på skræddersyede spørgsmål, som med fordel kan hente inspiration i de spørgeskemaer, nogle af de andre projekter anvender.

Følgende parametre er relevante at måle på i dette projekt:

- Opnåelse af individuelle mål
- Fjernelse af forhindringer for at ændre sundhedsvaner
- Selvoplevet grad af sundhed
- Selvvurdering af kostvaner
- Selvvurderet fysisk form
- Motivation for livsstilsændringer
- Tro på egen mulighed for at ændre vaner mm
- Motion/bevægelse i dagligdagen
- Rygning
- Alkohol
- Netværk – subjektiv vurdering af behov for og tilfredshed med sociale relationer
- Oplevet støtte til forløbet
- Selvvurderet udbytte af indsatsen, herunder om de kan bruge det/bruger det, de har lært
- Motivation for/tilknytning til arbejde/uddannelse?
- Der er ikke ønske om at måle på hårde mål/ fysiske værdier (kolesterol, blodtryk, vægt, taljemål)

Opmærksomhedspunkter Dette afsnit samler de forhold og punkter, som arbejdet med indsats-teorien har vist, at projektet sandsynligvis vil have behov for at fokusere på. Nogle af disse punkter beskriver også de forhold, som den kvalitative evaluering med fordel kan rette sig i mod.

- På tidspunktet for udarbejdelsen af insatsteorien er det ikke fuldt klarlagt, hvordan rekrutteringsprocessen skal foregå. Projektet vil afprøve forskellige muligheder.
- Projektet planlægger afprøvning af forskellige samarbejdsmodeller ift. etablering af henvisnings- og fastholdelsesmekanismer. Projektet opfordres til at indsamle erfaringer med henvisning og samarbejde, så disse kan indgå i den kvalitative evaluering.
- På tidspunktet for udarbejdelsen af insatsteorien er planerne for kompetenceudvikling endnu ikke udspecificeret. Projektet opfordres til at registrere, hvilke medarbejdere, frivillige og pårørende følger hvilke typer kompetenceudvikling, til brug for procesevalueringen.
- Projektgruppen drøfter hvordan sammensætningen af grupper skal foregå – om der skal arbejdes med løbende optag eller faste grupper, hvor mange kan indgå i en gruppe, og om grupperne skal sammensættes ift. deltagernes behov eller mere pragmatisk ift. hvornår der er deltagere nok i samme område. Det er et vigtigt hensyn, at der ikke må gå for lang tid mellem henvisning og igangsættelse af indsats. Projektet opfordres til at beskrive beslutninger om og evt. afprøvninger af forskellige grupper til brug for evalueringen.
- På tidspunktet for udarbejdelsen af insatsteorien er indsatsen ikke fuldt tilrettelagt. Projektet opfordres til at beskrive indsatsens delelementer og variationsmuligheder, så det står klart hvilken konkret indsats projektet afprøver.
- For at kunne sandsynliggøre, at indsatsen har en effekt, er det naturligvis centralt at registrere, hvilken indsats den enkelte borger har fået tilbudt – og i hvilken grad vedkommende har deltaget. Projektet skal desuden afklare, om det er relevant at registrere borgerens evt. øvrige indsatser. Hvem/hvordan registreres disse oplysninger for den enkelte borger?
- Opfølgningmålingen foretages 6 måneder efter endt forløb. Hvem gør dette og hvordan kontaktes borgerne?

Logisk model Odense 070515

RESSOURCER

AKTIVITETER

PROJEKTSPECIFIKKE EFFEKTER (Ved afslutning af forløb) (Ved opfølgning)

TVÆRGÅENDE EFFEKT

