

Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser - Midtvejsevaluering



**Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser
- Midtvejsevaluering**

©CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, evt. afdelingsnavn, Region Midtjylland, 2016

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Faglig leder Jens Hansen

E-mail: jens.hansen@stab.rm.dk

CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling - Social

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Rapporten kan downloades fra www.cfk.rm.dk under udgivelser

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	1
1.1	Hovedresultater vedrørende SFT	2
1.2	Hovedresultater vedrørende Åben Dialog	3
2	AFPRØVNING AF SOCIAL FÆRDIGHEDSTRÆNING (SFT)	4
	Om SFT	4
	Datagrundlag for midtvejsevaluering	4
	Vurdering af metodefideliteten	5
2.1	Karakteristik af borgere i midtvejsevalueringen	5
2.2	Frafald	7
2.3	Borgernes tilfredshed med SFT	8
2.4	Effekten af SFT	9
	Effekten af SFT målt ved Personal and Social Performance (PSP)	10
	Effekten af SFT målt ved Mental Health Recovery Measure (MHRM)	12
	Effekten af SFT målt ved WHO-5 Trivselsindeks	14
	Effekten af SFT målt ved EQ-5D	15
	Effekten af SFT målt ved antal bostøtte-timer	16
	Opsummering	16
3	AFPRØVNING AF ÅBEN DIALOG	18
	Om Åben Dialog	18
	Datagrundlag for midtvejsevaluering	19
	Vurdering af metodefideliteten	20
3.1	Karakteristik af borgere i midtvejsevaluering	20
3.2	Beskrivelse af Åben Dialog-forløbene	21
	Opsummering	25
3.3	Borgernes og netværkets vurdering af netværksmødet	26
	Borgernes vurdering af netværksmødet	26
	Det private netværks vurdering af netværksmødet	27
	Det professionelle netværks vurdering af netværksmødet	28
3.4	Borgernes tilfredshed med Åben Dialog-forløbet	30
3.5	Resultatmåling vedrørende Åben Dialog	31
	Resultater målt ved Mental Health Recovery Measure (MHRM)	32
	Resultater målt ved WHO-5 Trivselsindeks	33
	Resultater målt ved EQ-5D	34
	Opsummering	34

1 Indledning

Denne midtvejsevaluering indeholder de foreløbige resultater fra evalueringen af Socialstyrelsens 19M-projekt "Kvalitet i den kommunale indsats overfor borgere med svære psykiske lidelser." I projektet afprøver og implementerer en række kommuner to metoder i perioden 2014-2016. De to metoder er Social Færdighedstræning (SFT) og Åben Dialog.

Formålet med at afprøve og implementere SFT og Åben Dialog er, at forbedre kommunernes psykosociale indsats overfor borgere med psykiske lidelser. Det er målet med metoderne, at borgerne bliver bedre i stand til at klare sig selv og deltage aktivt i samfundet, eksempelvis på arbejdsmarkedet og i uddannelse.

SFT er et undervisnings- og træningsforløb. Der er fokus på problem - og konfliktløsning, samtalekompetencer, symptommestring samt hjemmeøvelser og rollespil. Borgeren støttes i at mestre symptomer, forbedre kommunikative færdigheder og at opdage tidlige tegn på en psykose. SFT afprøves som gruppeforløb i ni kommuner: Jammerbugt, Aalborg, Silkeborg, Norddjurs, Fredericia, Esbjerg, Rudersdal, Halsnæs og Høje Taastrup.

Åben Dialog er en netværksorienteret tilgang, hvor en borger med en sindslidelse kan invite-re sit private og professionelle netværk til dialog. Tankegangen bag Åben Dialog, er at forandringer og løsninger opstår gennem borgerens netværk og ændrede måder at tale sammen på. Tilgangen er baseret på syv principper for hurtig og samtidig indsats i forhold til borgeren og borgerens netværk. I afprøvningen af Åben Dialog er der primært fokus på netværksmødet, og der tages afsæt i en procesmanual. Åben Dialog afprøves i fem kommuner: Frederiksberg, Ballerup, Faaborg-Midtfyn, Herning og Aarhus.

Evalueringen af SFT og Åben Dialog gennemføres af CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland.

Midtvejsrapporten indeholder en evaluering af effekten af SFT. Effekten af SFT undersøges ved hjælp af et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT), hvor der indgår en interventionsgruppe, som modtager SFT og en kontrolgruppe, som modtager traditionel indsats. På den måde er det muligt at afgøre, om en eventuel effekt kan tilskrives SFT. På grund af det fortsat begrænsede datagrundlag ses i midtvejsevalueringen alene på, om SFT efter 1½ års afprøvning har en målbar effekt.

Åben Dialog er i sammenligning med SFT en mere kompleks indsats, hvor kontekst og indsats i højere grad vil variere på tværs af kommuner og Åben Dialog-forløb. Det er derfor ikke relevant at anvende en kontrolgruppe. Midtvejsrapporten indeholder alene en resultatmåling baseret på før- og eftermålinger af udviklingen hos borgere, der foreløbigt har afprøvet Åben Dialog.

Midtvejsevalueringen er baseret på foreløbige data, og analyserne udgør kun en mindre del af den samlede evaluering.

Hvad indeholder den afsluttende evaluering?

I 2017 foreligger den afsluttende evaluering. Den kommer til at bestå af en effektevaluering med et mere omfattende datagrundlag, som blandt andet giver mulighed for at lave baggrundsanalyser og inddrage kvalitative data. I den afsluttende evaluering evalueres Åben Dialog ved hjælp af Contribution Analysis. Det er en evalueringstilgang, der har som formål at sandsynliggøre, om en eventuel effekt kan tilskrives Åben Dialog. Som datagrundlag i den endelige evaluering inddrages udover før- og eftermålingen desuden registerdata, casestudier og casebaseret audit.

Udover effektevalueringen omfatter den afsluttende evaluering desuden for begge metoders vedkommende en implementeringsevaluering og en økonomisk analyse.

Implementeringsevalueringen kommer til at bestå af en analyse af kontekstfaktorer og fidelitet. Evalueringen vil på den baggrund pege på, hvilke forudsætninger der skal indfries for at sikre en vellykket implementering af SFT og Åben Dialog.

Den økonomiske analyse skal svare på, hvad indsatserne koster, og om det kan betale sig at implementere metoderne rent økonomisk.

På baggrund af slutevalueringen udarbejdes en metodehåndbog og et implementeringskit, som skal inspirere kommuner, der ønsker at implementere metoderne.

1.1 Hovedresultater vedrørende SFT

Hovedresultater vedrørende SFT

- Midtvejsevalueringen omfatter i alt 304 borgere, heraf har 153 modtaget SFT-forløb og 151 er i kontrolgruppen og har fået et traditionelt bostøtte tilbud. 55 borgere er faldet fra undervejs, og frafaldet er ikke systematisk.
- Der deltager typisk 6-7 borgere i et gruppeforløb. Det laveste deltagerantal har været fire borgere og det højeste otte borgere. Der har været et gennemsnitligt fremmøde til de hidtil afholdte SFT-forløb på 76 %.
- Langt hovedparten af de borgere der har gennemført et SFT-forløb vurderer kvaliteten af gruppeforløbet som tilfredsstillende. Der er en høj tilfredshed med den hjælp og støtte, borgerne har modtaget, og langt hovedparten af borgerne vurderer, at forløbet har hjulpet til at håndtere egne problemstillinger.
- Evalueringen viser, at SFT ved afslutningen af gruppeforløbene efter ni måneder har en positiv effekt på borgernes sociale funktionsniveau og graden af mental recovery, sammenlignet med traditionel bostøtteindsats. Derimod kan der ikke påvises en positiv effekt af SFT i forhold til trivsel, helbredsrelateret livskvalitet eller borgernes behov for bostøtte-indsats.
- Ved opfølgingsmålingen et halvt år efter afsluttet forløb er der målt på socialt funktionsniveau ikke en statistisk signifikant forskel for borgere der har modtaget SFT og traditionel bostøtte. Opgjort som effektstørrelse ses imidlertid en mindre positiv effekt. Der ses derimod ingen positiv effekt af SFT et halvt år efter afslutning i forhold til mental recovery, trivsel, helbredsrelateret livskvalitet eller borgernes behov for bostøtte-indsats. Resultaterne beror på et foreløbigt datagrundlag. Særligt mangler en stor del af opfølgingsmålingerne, og det er derfor muligt, at der kan påvises yderligere effekt på opfølgningstidspunktet i den endelige evaluering.
- Resultaterne skal ses i forhold til, at SFT-forløbene har specifikt fokus på at udvikle borgernes sociale funktionsniveau, og det er derfor evalueringens primære effektmål. I den sammenhæng er det positivt, at det netop er her, der ses en effekt.

1.2 Hovedresultater vedrørende Åben Dialog

Hovedresultater vedrørende Åben Dialog

- I alt er 94 borgere startet på et Åben Dialog-forløb fra projektstart til 1. januar 2016. I data for midtvejsevalueringen indgår borgere, som har gennemført minimum to netværksmøder. Det drejer sig om 41 borgere. Heraf har 11 borgere afsluttet Åben Dialog forløbet.
- Reflekterende samtaler anvendes på næsten alle netværksmøder og typisk én gang i løbet af mødet
- Inden netværksmøderne har der i 60-70 % af alle tilfælde været anvendt netværks-overblik og netværkskort
- Der er indgået aftaler på lidt under halvdelen af netværksmøderne, og kun i få tilfælde har aftalerne været skriftlige
- Projektmedarbejderne vurderer generelt, at der har været en høj grad af åben dialog på netværksmøderne.
- Borgerne og borgernes netværk vurderer netværksmødet og udbyttet heraf meget positivt. Blandt borgerne og borgernes netværk svarer cirka hver tiende imidlertid, at netværksmødet ikke har ført til en oplevelse af, at der er nye muligheder.
- Langt hovedparten af borgerne er tilfredse med den hjælp og støtte, de har modtaget, og vurderer at forløbet har hjulpet dem til at håndtere egne problemstillinger. Dog er der en fjerdedel af borgerne der vurderer, at forløbet ikke eller kun i mindre grad har opfyldt deres behov. Det er samtidig det område, hvor borgerne er mest kritiske.
- Midtvejsevalueringen viser, at borgerne i Åben Dialog-forløb oplever en lille positiv udvikling i mental recovery (målt ved MHRM) og trivsel (målt ved WHO-5) fra baseline til afslutning. Derimod ses ingen nævneværdig udvikling i borgernes helbredsrelaterede livskvalitet (målt ved EQ-5D).

2 Afprøvning af Social Færdighedstræning (SFT)

I dette afsnit beskrives indledningsvist SFT som metode og datagrundlaget for denne midtvejsevaluering. Herefter præsenteres en karakteristik af de borgere, der indgår i midtvejsevalueringen hvad angår køn, alder, diagnose, bostøtte-timer mv. Herefter præsenteres en opgørelse af borgernes tilfredshed med SFT-forløbene. Hovedvægten i afsnittet er lagt på præsentationen af effekten af SFT målt ved fem indikatorer.

Om SFT

Ni kommuner har fået støtte fra 19M-puljen til at afprøve og implementere Social Færdighedstræning (SFT) over for borgere med svære psykiske lidelser.

SFT er en metode til forbedring af social funktionsevne og til at hjælpe borgere med svære psykiske lidelser til mere selvstændig livsførelse.

Formålet med indsatsen er, at flere borgere opnår fuld recovery eller social recovery. Ved fuld recovery har borgeren et totalt fravær af kliniske symptomer. Ved social recovery har borgeren fortsat kliniske tegn på psykiske lidelser, men kan på trods heraf mestre sit eget liv, herunder indgå i sociale aktiviteter¹.

I SFT trænes en række psykosociale færdigheder. Det sker gennem forskellige moduler med hvert sit fokus. Hvert modul indeholder en række gruppesessioner, som samlet set træner borgerens evne til at leve et selvstændigt liv og forbedre livskvaliteten. Metoden er beskrevet nærmere i projektets metodebeskrivelse for SFT².

Målgruppen for indsatsen fremgår af boksen.

Målgruppe for afprøvning af SFT i ni kommuner

- Alder: over 18 år
- Køn: Mænd og kvinder
- Sprog: Minimum funktionelt dansk
- Borgeren får bostøtte efter SEL § 85, eller anden støtte med lignende mål
- Diagnose: Borgeren har en eller flere af diagnoserne F2 (20-29), F3 (30, 31, 33.2, 33.3, 34), F4 (40, 41, 42, 43 (dog ikke 43.0 og 43.2), 44, 45)
- Borgeren er i VUM vurderet til at have en sindslidelse
- Borgeren vurderes i VUM til at ligge på vurderingen 2-4 på mindst 3 af temaerne 4-10
- Borgeren vurderes i den samlede vurdering i VUM til at ligge på C, D eller E

Datagrundlag for midtvejsevaluering

Alle ni projektkommuner gennemfører minimum tre gruppeforløb, som indgår i dataindsamlingen til evalueringen af SFT. Efter visitation foretages en baseline-måling af alle deltagerne. Herefter randomiseres borgerne til enten SFT-forløb eller traditionel indsats. Der foretages en slutmåling efter forløbets afslutning, samt en opfølgingsmåling seks måneder efter forløbets afslutning.

Datagrundlaget for midtvejsevalueringen omfatter data, som er indberettet til og med 11. januar 2016. I alt 304 borgere er randomiseret, heraf 153 til SFT-forløb og 151 til traditionel indsats. 55 af deltagerne er frafaldet undervejs (se nærmere opgørelse i afsnit 2.2). Derudover mangler der samtykkeerklæring på yderligere 3 borgere. Dermed er det samlede data-

¹ <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/metodebeskrivelse-for-social-fraedighedstraening>

² ibid.

grundlag til denne midtvejsevaluering på 246 borgere. Der er afslutningsmåling på op til 223 borgere og opfølgingsmåling på op til 115 borgere.

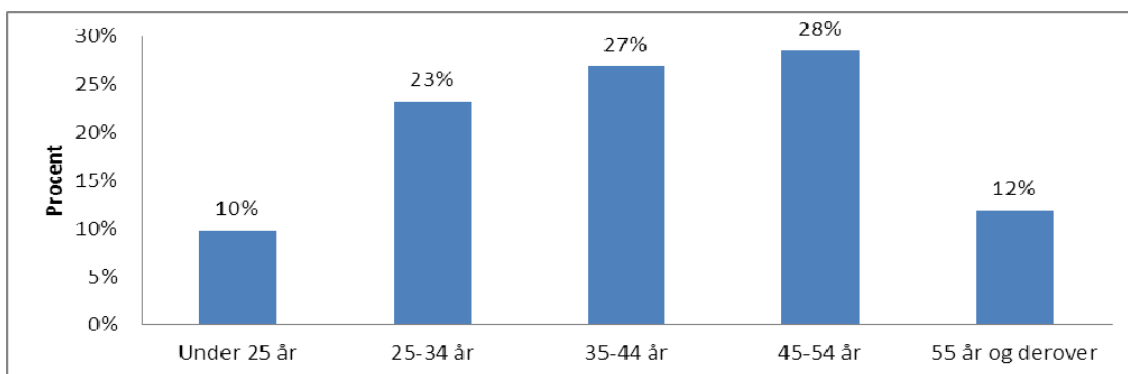
Vurdering af metodefidelit

Fidelitet er et udtryk for, om SFT som metode er fulgt som forudsat. Analysen af, i hvilket omfang SFT er implementeret i afprøvningskommunerne indgår i implementeringsevalueringen, som først kommer i slutevalueringen. Den foreløbige vurdering er dog, at de SFT-forløb, der indtil videre er gennemført har fulgt SFT-manualen³. Vurderingen beror på tilbagemeldinger fra afprøvningskommunerne, samt opgørelse af deltagelse i forbindelse med supervision og undervisning, foruden SFT-certificeringer af gruppetrænerne fra afprøvningskommunerne, som kompetenceleverandøren har foretaget på baggrund af videooptagelser af gruppesancer⁴.

2.1 Karakteristik af borgere i midtvejsevalueringen

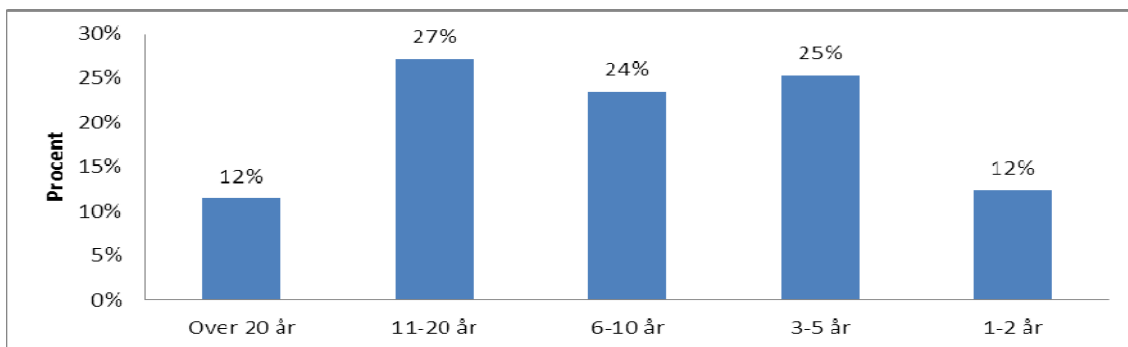
I dette afsnit beskrives, hvordan de 246 borgere fordeler sig på en række baggrundsvariable. De 246 borgere består af 55 % kvinder og 45 % mænd. Figuren herunder viser, hvordan borgerne fordeler sig aldersmæssigt. Langt de fleste borgere (78 %) er mellem 25 og 54 år.

Figur 1: Deltagernes alder



Halvdelen af deltagerne har en hoveddiagnose inden for F2. Hoveddiagnosen for den øvrige halvdel er nogenlunde ligeligt fordelt mellem F3, F4 og F6⁵. Som det fremgår af figuren herunder, er langt de fleste (78 %) diagnosticeret mindst 3 år før deltagelsen i projektet.

Figur 2: Antal år siden diagnosticering



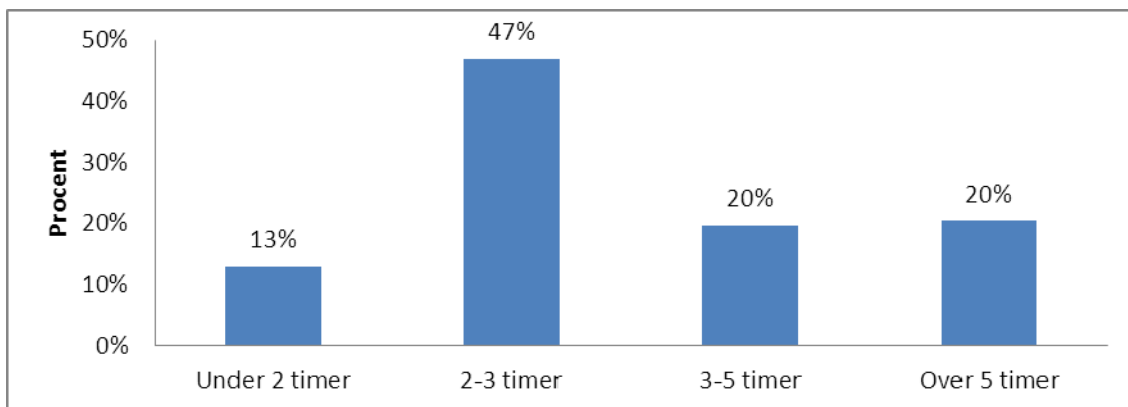
³ <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/metodemanual-for-social-faerdighedstraening>

⁴ <https://podio.com/users/2198678> Kræver login.

⁵ Diagnosekoderne henviser til WHO's ICD-10 klassifikation. F2 henviser til skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide sindslidelser mv. F3 henviser til affektive sindslidelser. F4 henviser til nervøse og stressrelaterede sindslidelser mv. F6 henviser til forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen. Se mere her: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/I/>

To tredjedele af deltagerne er via Voksenudredningsmetoden (VUM) angivet til en samlet funktionsvurdering svarende til C, dvs. moderat problem. 28 % har en samlet funktionsvurdering på D, mens 5 % ligger i B.

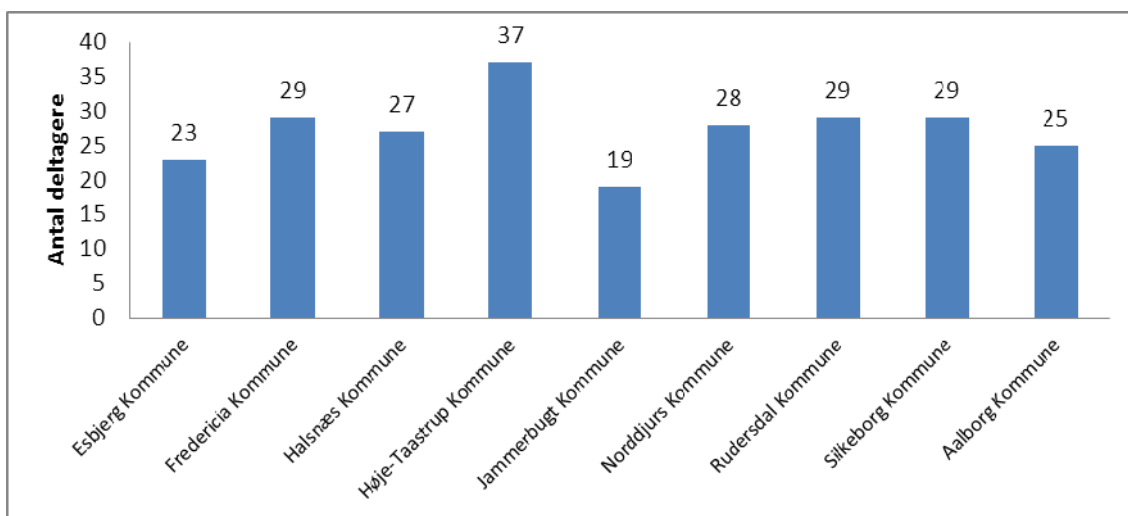
Figur 3: Antal bostøtte-timer ved opstart



De deltagende kommuner har ved baselinemålingen angivet antallet af bostøtte-timer, som den enkelte borger har modtaget i gennemsnit pr. uge den seneste måned. Næsten halvdelen af borgerne har ved opstarten modtaget 2-3 timers bostøtte pr. uge i gennemsnit den seneste måned. Kun 13 % har modtaget mere end to timer pr. uge.

Borgerne fordeler sig nogenlunde jævnt på de ni kommuner, dog med lidt flere fra Høje-Taastrup Kommune og lidt færre fra Jammerbugt Kommune.

Figur 4: Antal deltagere pr. kommune



Antallet af borgere på de enkelte SFT-gruppeforløb varierer. De fleste af gruppeforløbene er gennemført med 6-7 borgere. Det laveste deltagerantal i en gruppe har været fire, og det højeste deltagerantal har været otte. Der har været et gennemsnitligt fremmøde til de hidtil afholdte SFT-gruppeforløb på 76 %. Kun gruppeforløb 1 og 2 er afsluttet i kommunerne ved skæringsdatoen for dataindsamlingen til midtvejsevalueringen.

2.2 Frafald

Samlet set er der ikke et systematisk frafald, som skævvrider resultaterne af denne midtvejsevaluering.

Først og fremmest må der forventes et vist frafald fra et forholdsvist ressourcekrævende og langvarigt træningsforløb, som SFT er, ligesom man generelt må forvente udfordringer med fastholdelse i denne målgruppe. Frafaldets omfang er forholdsvist beskedent, og de frafaldne borgeres fordeling på de undersøgte baggrundsvariable er forholdsvist tæt på fordelingen i undersøgelsesgruppen.

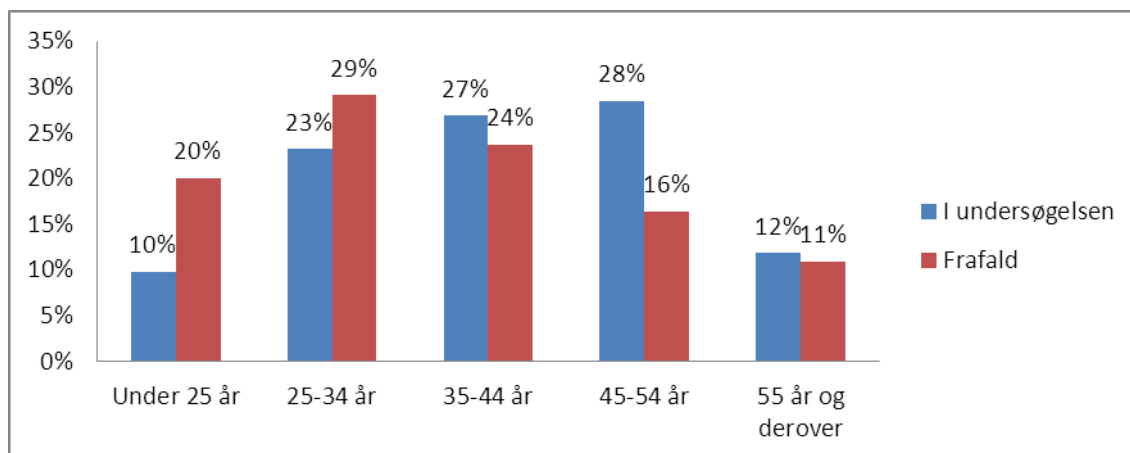
Ud af de 304 visiterede borgere er 55 faldet fra undervejs. De hyppigste årsager til frafald er, at borgeren ikke længere ønsker at deltage, eller at borgeren ikke har tid/ressourcer til træningen. Andre mindre hyppige årsager er fraflytning eller sygdom.

Frafaldet fordeler sig med 58 % fra interventionsgruppen og 42 % fra kontrolgruppen. Det er ikke overraskende, at lidt flere fra interventionsgruppen er faldet fra, idet mange angiver manglende tid og ressourcer til træningen som årsag.

Der er et lidt større frafald blandt kvinder end mænd. 65 % af de frafaldne er kvinder, mens 35 % er mænd. Fordelingen skal dog ses i sammenhæng med fordelingen i undersøgelsesgruppen, hvor der også var flere kvinder (55 %) end mænd (45 %).

I figuren herunder sammenlignes aldersfordelingen for henholdsvis undersøgelsesgruppen og gruppen af frafaldne borgere. Som det fremgår, er der især en overrepræsentation af frafaldne blandt de unge.

Figur 5: Aldersopdeling i undersøgelsesgruppen og hos frafaldne



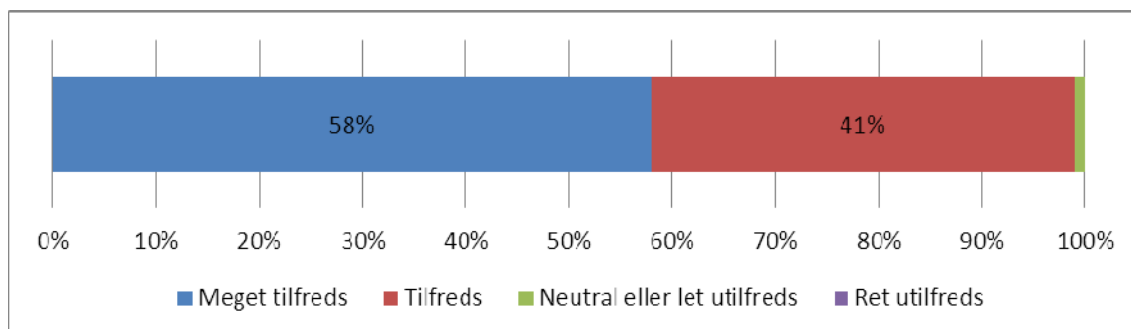
De frafaldne borgeres hoveddiagnose fordeles sig næsten identisk med undersøgelsesgruppen. De frafaldne borgere har en lidt lavere gennemsnitlig PSP-score ved baselinemålingen end undersøgelsesgruppen. Undersøgelsesgruppen ligger ved baseline på 41,2 i gennemsnit, mens gruppen af frafaldne borgere ligger på 38,5 i gennemsnit ved baselinemålingen.

2.3 Borgernes tilfredshed med SFT

Alle borgere, der har gennemført SFT-forløbet, er blevet bedt om at udfylde Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)⁶ ved afslutningen af forløbet. CSQ måler borgernes tilfredshed med forløbet. Skemaet består af 8 spørgsmål, der vedrører forskellige aspekter af SFT-forløbet. 107 af deltagerne i SFT-forløbene har besvaret CSQ-skemaet. Oprindeligt var 153 randomiseret til et SFT-forløb. Heraf er 32 frafaldet undervejs. Det giver en svarprocent for CSQ på 88 %.

Figuren herunder viser svarfordelingen på det spørgsmål i CSQ-skemaet, hvor deltagerne skal angive deres overordnede tilfredshed med behandlingen. Det fremgår, at 99 % enten er tilfredse, eller meget tilfredse med den behandling, de har fået. Ingen borgere svarer, at de er ret utilfredse med den behandling, de har modtaget.

Figur 6: Borgernes samlede tilfredshed med den SFT-behandling de har fået?



99 % af deltagerne bedømmer kvaliteten af behandlingen til enten at være god eller fremragende. 97 % svarer, at de overordnet set eller helt sikkert fik den hjælp, de ønskede. 91 % svarer, at de fleste eller næsten alle deres behov er blevet opfyldt i forløbet. 98 % svarer *ja, det tror jeg* eller *ja, helt bestemt* til at ville anbefale behandlingen til en ven med lignende behov.

94 % er enten tilfredse eller meget tilfredse med den hjælp, de har fået. 93 % svarer *ja, det har hjulpet i nogen grad* eller *ja, det har virkelig hjulpet* til spørgsmålet om, hvorvidt behandlingen har hjulpet borgeren til at håndtere sine problemer mere effektivt. 95 % svarer enten at de tror, eller at de helt bestemt ville vende tilbage, hvis de skulle få behov for hjælp igen.

Konklusionen er, at langt hovedparten af de borgere der har gennemført et SFT-forløb vurderer kvaliteten af gruppeforløbet som tilfredsstillende. Der er en høj tilfredshed med den hjælp og støtte, borgerne har modtaget, og langt hovedparten af borgerne vurderer, at forløbet har hjulpet til at håndtere egne problemstillinger.

⁶http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=94:client-satisfaction-questionnaire-csq-8&Itemid=56

2.4 Effekten af SFT

Metode

Effekten af SFT evalueres via et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor det er muligt at afgøre, om SFT er mere effektivt end traditionel indsats for målgruppen. Metoden indebærer, at målgruppen efter visitation tilfældigt inddeles i en interventionsgruppe, der modtager SFT og en kontrolgruppe, der modtager traditionel bostøtte-indsats.

Der er foretaget baselinemåling af alle deltagere inden opdelingen i interventions- og kontrolgruppe. De samme målinger foretages for begge grupper ved afslutning af forløbet (9 mdr.), samt et halvt år efter forløbets afslutning. Dermed kan udviklingen for de borgere, der har modtaget SFT sammenlignes med udviklingen for de borgere, der har modtaget traditionel indsats.

Analyserne foretages efter princippet *Intention-To-Treat (ITT)*. Det betyder, at alle borgere, der er blevet randomiseret til at indgå i enten interventions- eller kontrolgruppe indgår i analyserne, uanset om de har gennemført forløbet eller er faldet fra. Der skal dog være udfyldt både en baselinemåling og henholdsvis en afslutningsmåling eller opfølgingsmåling, før borgeren indgår i analyserne.

Effekten undersøges ved forskellige måleinstrumenter som vist i tabellen.

Table 1: Oversigt over indikatorer, måleinstrumenter og måletidspunkter

Indikatorer	Måleinstrumenter	Måletidspunkter
Socialt funktionsniveau	PSP	Baseline, afslutning og opfølgning
Grad af recovery	MHRM	Baseline, afslutning og opfølgning
Trivsel/mental sundhed	WHO-5	Baseline, afslutning og opfølgning
Generel trivsel/sundhed	EQ-5D	Baseline, afslutning og opfølgning
Antal bostøttetimer	Kommunernes opgørelse	Baseline, afslutning og opfølgning

Måleinstrumenterne indfanger forskellige aspekter af borgernes udvikling, og de udfyldes alle ved både baseline, afslutning og opfølgning.

Den primære effektindikator er borgernes sociale funktionsniveau. Det måles ved hjælp af *Personal and Social Performance (PSP)*, som er et klinisk måleinstrument med fokus på socialt funktionsniveau inden for fire domæner. PSP udfyldes af bostøtte-medarbejdere efter interview med borgeren. Ved baseline er borgeren interviewet i egen kommune, mens borgeren ved afslutning og opfølgning er vurderet af medarbejdere fra en anden kommune for at sikre blinding⁷.

Ud over PSP anvendes følgende tre måleinstrumenter, som borgerne selv udfylder:

- MHRM, som måler graden af recovery i forhold til alvorlige psykiske lidelser
- WHO-5, som er et mål for trivsel med fokus på mental sundhed
- EQ-5D, som måler helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne.

I effektmålingen indgår desuden en analyse af udviklingen i antallet af bostøttetimer pr. uge, som borgerne tildeles. Timetallet registreres af kommunerne. I den endelige evaluering ind-

⁷ Blinding anvendes i RCT-studier for at undgå, at vurderingerne påvirkes af viden om deltagernes tilknytning til hhv. interventions- eller kontrolgruppe. I denne sammenhæng betyder det, at de bostøtte-medarbejdere, der vurderer borgerens funktionsniveau via PSP ikke ved, om borgeren har modtaget SFT eller traditionel indsats.

drages desuden registerdata, der viser borgernes forbrug af sundhedsydelse og tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked. Registerdata indgår ikke i denne midtvejsevaluering.

Læsevejledning til analyser

Effekten af SFT analyseres ved hjælp af begreberne *statistisk signifikans*, *effektstørrelse* og *klinisk signifikans*. Tabellen indeholder en læsevejledning til de tre begreber⁸.

Tabel 2: Læsevejledning til analyse

Begreb	Forklaring og anvendelse
Statistisk signifikans	Anvendes til at påvise, at et resultat (fx en forskel mellem grupper) ikke alene skyldes tilfældighed. Bygger på p-værdier, som angiver sandsynligheden for, at den observerede forskel er reel og ikke tilfældig. En statistisk signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppe betyder, at der er forskel. Begrebet siger derimod ikke noget om, hvor stor en evt. forskel er.
Effektstørrelse	Anvendes til at vurdere størrelsen på en observeret forskel. Effektstørrelse kan sige noget om, hvorvidt interventionen gjorde en forskel OG hvor stor forskel, den gjorde. Er baseret på gennemsnit og standardafvigelse, og anvendes derfor primært på gruppe-effekter. Effektstørrelse er særligt velegnet ved små datamængder, som tilfældet er i denne midtvejsevaluering.
Klinisk signifikans	Forholder sig til spørgsmålet om, hvor stor/vigtig en given forskel er i klinisk forstand. Dvs. hvor meget rykker individet sig ift. sine klinisk bestemte vanskeligheder (som fx er konstateret ifm. udredning). Klinisk signifikans anvendes mest på det enkelte individ. Der er oftest tale om subjektivt bestemte niveauer for udvikling. I analyserne i denne midtvejsevaluering forholder vi os til de udviklingsniveauer, som ophavsmændene til måleredskaberne definerer, eller som er anvendt i tidligere studier.

Effekten af SFT målt ved Personal and Social Performance (PSP)⁹

PSP måler graden af social dysfunktion inden for de fire domæner *socialt nyttige aktiviteter inkl. arbejde og uddannelse*, *personlige og sociale relationer*, *egenomsorg* og *forstyrrende og aggressiv adfærd*. Sværhedsgraden af borgerens vanskeligheder vurderes inden for hvert domæne til at være let, manifest, udtalt, svær eller meget svær. Ud fra operationelle kriterier omsættes vurderingen til en samlet score for borgerens funktionsniveau. Skalaen går fra 1 til 100, hvor 100 repræsenterer det bedste funktionsniveau.

Ved baselinemålingen ligger borgerne i interventions- og kontrolgruppen meget tæt på hinanden. Borgerne i interventionsgruppen blev i gennemsnit vurderet til 40,17, mens borgerne i kontrolgruppen i gennemsnit blev vurderet til 41,57.

Figuren viser de to gruppers udvikling på PSP-skalaen fra baseline til henholdsvis afslutning og opfølgning. Gruppen af borgere der har modtaget SFT-træning er i gennemsnit vurderet til at have udviklet sig 1,3 point i positiv retning på PSP-skalaen ved afslutning af forløbet. I samme periode har de borgere, der har modtaget traditionel indsats i gennemsnit bevæget sig 3,7 point i negativ retning på PSP-skalaen. Sammenligningen baserer sig på i alt 223 borgere, som der er gennemført afslutningsmåling på.

Forskellen mellem interventionsgruppens og kontrolgruppens udvikling fra baseline til afslutning af forløbet er statistisk signifikant. Det vil sige, at den observerede forskel mellem de to grupper ikke skyldes tilfældigheder, og ud fra den betragtning har SFT haft en effekt. Den

⁸ Se diskussion af begreberne og deres anvendelse i følgende:

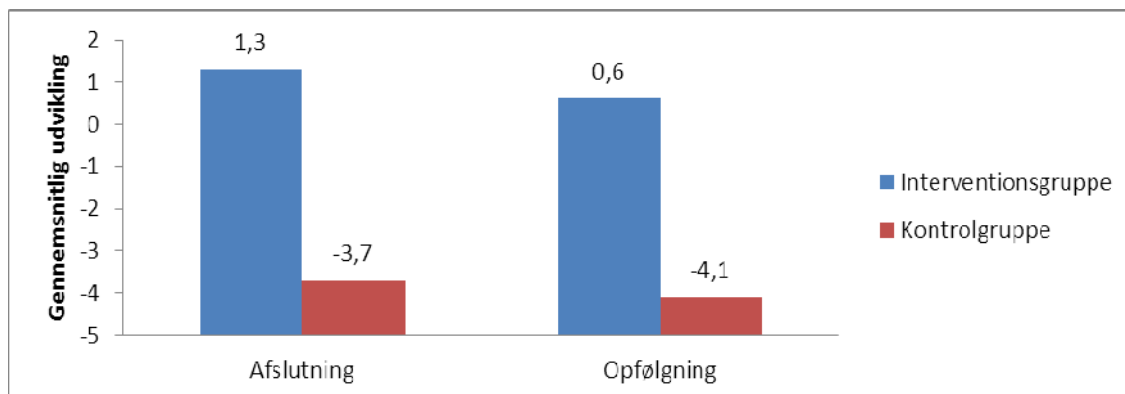
Ellis, Paul D. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: An Introduction to Statistical Power, Meta-Analysis and the Interpretation of Research Results*. United Kingdom: Cambridge University Press.

Peterson, L. (2008). "Clinical" Significance: "Clinical" Significance and "Practical" Significance are NOT the Same Things. Online Submission, Paper presented at the Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association (New Orleans, LA, Feb 7, 2008).

⁹ Morosini, P, Magliano, L, Brambilla, L Ugolini, S & Pioli, R (2000). Development, reliability, and acceptability of a new version of the DSM-IV social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101:323-329.

gennemsnitlige udvikling for interventionsgruppen er forholdsvis beskednen, men den skal ses i forhold til kontrolgruppens negative udvikling i samme periode.

Figur 7: Udvikling fra baseline til afslutning og opfølgning målt ved PSP



Udviklingen fra baseline til opfølgning målingen et halvt år efter afslutningen af forløbet viser det samme mønster; at gruppen af borgere, der har modtaget SFT i gennemsnit har udviklet sig 0,6 point i positiv retning, mens modtagerne af traditionel indsats i gennemsnit har haft en negativ udvikling på 4,1 point. Sammenligningen baserer sig på i alt 115 borgere, der er gennemført opfølgning måling på.

Forskellen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen på opfølgningstidspunktet er ikke statistisk signifikant, hvilket dog kan skyldes det forholdsvis lave antal borgere, der sammenlignes.

Deltagernes udvikling er beregnet som forskellen mellem den gennemsnitlige score ved baseline og henholdsvis afslutning og opfølgning. Forskellen mellem de to grupper er undersøgt ved hjælp af en dobbeltsidet parvis t-test, hvor det undersøges, om forskellen er statistisk signifikant. Signifikansbegrebet anvendes bedst ved større datagrundlag, og det kan være forklaringen på, at der ikke er signifikant forskel ved opfølgningstidspunktet, hvor der er et noget lavere deltagerantal end i afslutningsmålingen.

Ud over statistisk signifikans, er det relevant også at se på effektstørrelsen vedrørende SFT. Effektstørrelsen angiver dels, om der er en forskel mellem de to grupper og dels hvor stor forskellen, og dermed effekten, er. Effektstørrelsen beregnes ved Cohen's D^{10} , som er et mål for størrelsen af forskellen mellem to gruppers gennemsnit.

Cohen's D er både ved afslutning og opfølgning beregnet til 0,32, hvilket betyder, at SFT har en effekt både ved afslutning og ved opfølgningen, om end effekten ud fra en traditionel tolkning af Cohen's D er lille.

Tabel 3: Tolkning af effektstørrelse ved Cohen's D^{11}

Effektstørrelse	Tolkning
0,2-0,5	Lille effekt
0,5-0,8	Medium effekt
0,8 -	Stor effekt

¹⁰ Cohen Jacob (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (second ed.) Lawrence Erlbaum Associates.

¹¹ Ibid.

I en række tidligere studier af PSP betragtes en udvikling på 7-9 point som en klinisk signifikant udvikling¹². Ud fra den betragtning er den gennemsnitlige positive udvikling hos borgere, der har modtaget SFT-indsatsen forholdsvis beskedent.

Gennemsnittet dækker imidlertid over store individuelle forskelle i udviklingen. Således har 43 ud af 113 borgere fra interventionsgruppen ved afslutningen haft en positiv udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant. Til sammenligning har 20 ud af 110 borgere fra kontrolgruppen ved afslutningen haft en positiv udvikling, der er klinisk signifikant. På opfølgningstidspunktet har 20 ud af 52 borgere fra interventionsgruppen haft en positiv udvikling, der er klinisk signifikant. I kontrolgruppen er det til sammenligning 13 ud af 63 borgere.

Konklusionen er, at SFT ved afslutningen af forløbet har en lille positiv effekt på borgernes sociale funktionsniveau sammenlignet med traditionel bostøtteindsats. Ved opfølgningsmålingen er der ikke statistisk signifikant forskel på interventions- og kontrolgruppen. Det kan dog skyldes, at der foreløbigt kun indgår forholdsvis få borgere i opfølgningsmålingen.

Beregningen af effektstørrelse viser ved opfølgningen en lille effekt af SFT. Der er væsentligt flere borgere fra interventionsgruppen end kontrolgruppen, der har haft en klinisk signifikant udvikling, ud fra det signifikans-niveau, som angives i tidligere studier.

Effekten af SFT målt ved Mental Health Recovery Measure (MHRM)¹³

MHRM er et spørgeskema udviklet til at måle recovery hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Spørgeskemaet udfyldes af borgeren selv. Det består af 30 udsagn, som skal besvares på en 5-punkt-skala. 28 af udsagnene falder inden for syv kategorier med hvert sit tema; *overvinde fastlåsthed, styrkelse af selvet, læring og ny selvforståelse, grundlæggende funktionsniveau, generelt velbefindende, nye muligheder og overskud/engagement*. De resterende to udsagn måler, om religiøs og/eller spirituel tro spiller en rolle i recovery-processen. Der beregnes en samlet score for MHRM, som kan gå fra 0 til 120. Jo højere score, des højere niveau af recovery.

Ved baselinemålingen havde gruppen af borgere, der skulle modtage SFT en gennemsnitlig MHRM-score på 60,7, mens de borgere, der skulle modtage traditionel indsats havde en gennemsnitlig MHRM-score på 62,1. I en amerikansk kontekst er gennemsnitsscoren på tværs af forskellige grupper af personer med psykiske lidelser 80 point¹⁴.

Figuren herunder viser de to gruppers udvikling i MHRM-scoren efter henholdsvis SFT og traditionel bostøtteindsats. Ved afslutningen af forløbet har interventionsgruppen haft en positiv udvikling på 7,6 point på MHRM-skalaen, mens kontrolgruppen kun har haft en positiv udvikling på 2,4 point i samme periode.

¹² Se bl.a. Juckel G. et al (2008). Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 104: 287-293.
Nasrallah H. A. et al (2008). Schizophrenia, "Just the Facts" What we know in 2008. *Schizophrenia Research*. 102: 1-18.

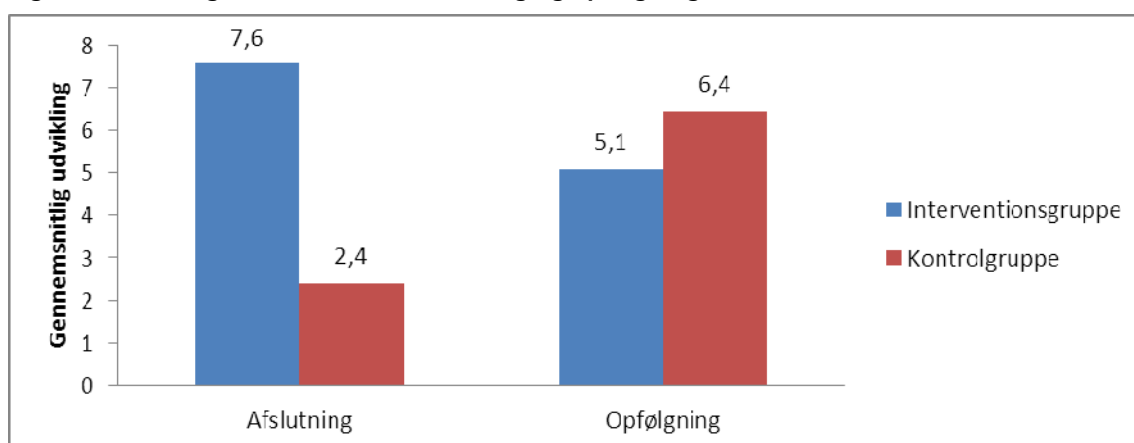
¹³http://psychology.utoledo.edu/images/MHRM_-_Bullock_-_Updated_Normative_and_Psychometric_Data_12-09.pdf

¹⁴ Bullock, W. A. (2005). In Campbell-Orde, T., Chamberlin, J. Carpenter, J., & Leff, H.S. (Eds.) *Measuring the Promise of Recovery: A Compendium of Recovery Measures. Volume II*. The Evaluation Center@HSRI: Cambridge, MA

Ved afslutningen af forløbet er forskellen mellem de to grupper statistisk signifikant, og ud fra den betragtning har SFT en større effekt på *mental health recovery*, end en traditionel bostøtte-indsats. Effektstørrelsen er ved hjælp af Cohen's D beregnet til 0,41 ved afslutningen af forløbet. Jf. skemaet oven for er der tale om en lille effekt.

Spørgeskemaets ophavsmænd betragter en udvikling på 10 point som klinisk signifikant¹⁵. Ved afslutningen har 37 ud af 100 borgere i interventionsgruppen haft en positiv udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant, mens det i kontrolgruppen drejer sig om 29 ud af 101.

Figur 8: Udvikling fra baseline til afslutning og opfølgning målt ved MHRM



Effekten af SFT målt ved MHRM ser imidlertid ud til at aftage over tid. Både interventionsgruppen og kontrolgruppen har udviklet sig positivt på MHRM-skalaen ved opfølgningstidspunktet et halvt år efter forløbet afslutning. Kontrolgruppen har ved opfølgningen en lidt højere gennemsnitlig udvikling end interventionsgruppen. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant, og Cohen's D viser ikke en effektstørrelse, der er stor nok til at tage i betragtning. Det må således betragtes som tilfældigt, at kontrolgruppen ved opfølgning har en lidt højere udvikling end interventionsgruppen, og konklusionen er, på baggrund af de foreløbige opfølgningstidspunkter, at effekten af SFT på mental recovery ikke fastholdes et halvt år efter afslutningen af forløbet.

Deltagerne er ved afslutningen målt umiddelbart efter et intensivt træningsforløb med jævnlig kontakt og støtte, hvorimod de på opfølgningstidspunktet ikke har haft samme intensive tilknytning i det foregående halve år. Det kan være en forklaring på, at effekten aftager over tid. Lidt flere borgere i kontrolgruppen har haft en positiv udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant ved opfølgningen (40,7%), end tilfældet er for interventionsgruppen (34%). Som nævnt, er det ikke alle borgere, der på dette tidspunkt har medvirket i opfølgningstidspunktet. Der er således tale om foreløbige resultater, som kan ændre sig i den endelige evaluering.

¹⁵ Bodine M. N. (2013). *Validation of the Mental Health Recovery Measure as a clinical assessment*. Theses and dissertations. Paper 27. University of Toledo.

Konklusionen er, at SFT har en positiv effekt på borgernes recovery umiddelbart efter forløbet sammenlignet med traditionel bostøtte-indsats. Der er dog tale om en lille effekt. Effekten ser umiddelbart ud til at være aftaget ved opfølgningsmålingen et halvt år efter forløbets afslutning. Midtvejsevalueringen viser, at der i forhold til deltagernes recovery ved opfølgningstidspunktet ikke er forskel på, om de har modtaget SFT eller traditionel indsats. Ved afslutningen havde flere borgere fra interventionsgruppen end fra kontrolgruppen haft en klinisk signifikant positiv udvikling, mens det modsatte er tilfældet i de foreløbige resultater fra opfølgningen.

Effekten af SFT målt ved WHO-5 Trivselsindeks¹⁶

WHO-5 er et mål for trivsel med vægt på den mentale sundhed. Det er et spørgeskema med fem spørgsmål, som borgeren udfylder ved baseline, afslutning og opfølgning. Spørgsmålene handler om, hvordan borgeren har følt sig tilpas de seneste to uger, og de måler dermed graden af positive oplevelser for borgeren.

Scoren på WHO-5 kan gå fra 0 til 100, jo højere score, des bedre trivsel. Placeringen på skalaen betragtes ud fra følgende standarder:

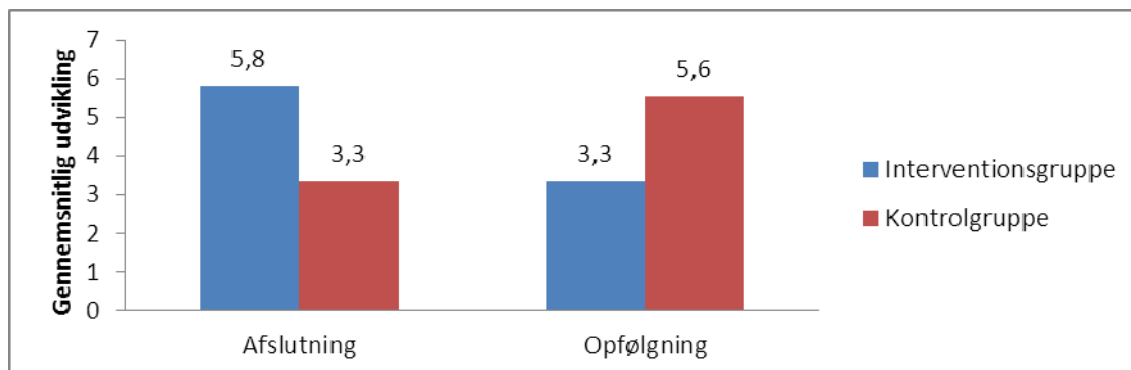
- 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning
- 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning
- over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning

Den gennemsnitlige placering på skalaen for befolkningen som helhed er på 68 point, og en bevægelse på 10 point betragtes som klinisk signifikant¹⁷.

Ved baselinemålingen havde interventionsgruppen og kontrolgruppen en gennemsnitlig placering på WHO-5 på henholdsvis 46,9 og 47,9. Figuren herunder viser de to gruppers udvikling på skalaen ved afslutningen og opfølgningen. De borgere, der har modtaget SFT har ved afslutning af forløbet bevæget sig 5,8 point i positiv retning på WHO-5 skalaen, mens de borgere, der har modtaget traditionel indsats kun har haft en positiv udvikling på 3,3 point.

Forskellen på interventions- og kontrolgruppe er ikke statistisk signifikant. Cohen's D er på 0,14, hvilket betyder, at effektstørrelsen heller ikke angiver en forskel mellem de to grupper. Ved afslutningen har 36 ud af 104 borgere i interventionsgruppen haft en udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant, mens det samme er gældende for 31 ud af 103 borgere i kontrolgruppen.

Figur 9: Udvikling fra baseline til afslutning og opfølgning målt ved WHO-5



Ved opfølgningsmålingen har kontrolgruppen haft en lidt mere positiv udvikling end interventionsgruppen. Heller ikke her er forskellen dog statistisk signifikant, ligesom beregningen af

¹⁶ <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx>

¹⁷ Ibid.

effektstørrelse heller ikke angiver en forskel mellem grupperne. Ved opfølgningen har lidt flere borgere fra kontrolgruppen (25 ud af 54) end fra interventionsgruppen (16 ud af 48) haft en positiv udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant.

Konklusionen er, at SFT ikke har større effekt end traditionel indsats på mental trivsel målt via WHO-5, hverken ved afslutningen af forløbet eller på længere sigt. Ved afslutningen havde flere borgere fra interventionsgruppen end fra kontrolgruppen haft en klinisk signifikant positiv udvikling, mens det modsatte er tilfældet i de foreløbige resultater fra opfølgningen.

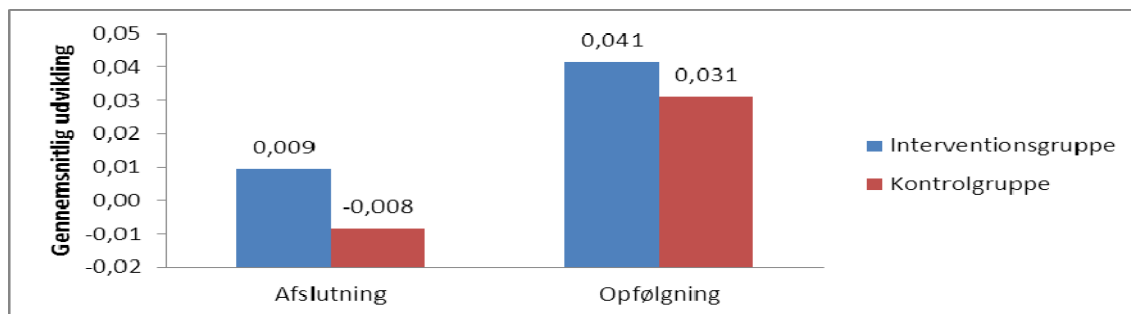
Effekten af SFT målt ved EQ-5D¹⁸

EQ-5D er et standardiseret spørgeskema til måling af helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne ud fra borgerens egen vurdering af helbredet. Spørgeskemaet er udleveret til borgeren, og bostøtte-medarbejderne har støttet borgeren i at få udfyldt skemaet ved de tre måletidspunkter; baseline, afslutning og opfølgning. Spørgeskemaet måler på dimensionerne *mobilitet, egenomsorg, sædvanlige aktiviteter, smerte/ubehag* og *angst/depression*. Svarene kan omregnes til et indeks, som går fra 0 til 1, hvor 1 indikerer optimalt helbred, og 0 repræsenterer død.

Både borgerne i SFT-gruppen og i kontrolgruppen havde ved baselinemålingen en gennemsnitlig placering på EQ-5D-skalaen på 0,66. Til sammenligning har en undersøgelse af den generelle danske befolkning vist en gennemsnitlig placering på EQ-5D-skalaen på 0,93 for 20-29 årige. Dette niveau falder i takt med stigende alder til 0,83 for 70-79 årige¹⁹.

Figuren herunder viser de to gruppers udvikling på EQ-5D-indekset ved henholdsvis afslutning og opfølgning. I begge tilfælde har interventionsgruppen udviklet sig lidt mere i positiv retning end kontrolgruppen. Der er dog ikke signifikant forskel på de to gruppers udvikling, hverken ved afslutning eller opfølgning. Beregningen af effektstørrelse viser samme resultat.

Figur 10: Udvikling fra baseline til afslutning og opfølgning målt ved EQ-5D



Det kan på baggrund af de foreløbige data i denne midtvejsevaluering konkluderes, at SFT ikke har nogen effekt på helbredsrelateret livskvalitet, sammenlignet med traditionel indsats, hverken umiddelbart efter forløbet eller et halvt år efter afslutning.

¹⁸ <http://www.euroqol.org/about-eq-5d.html>

¹⁹ Sørensen J. et al. (2009). Danish EQ-5D population norms. *Scandinavian Journal of Public Health*. 37: 467-474.

Effekten af SFT målt ved antal bostøtte-timer

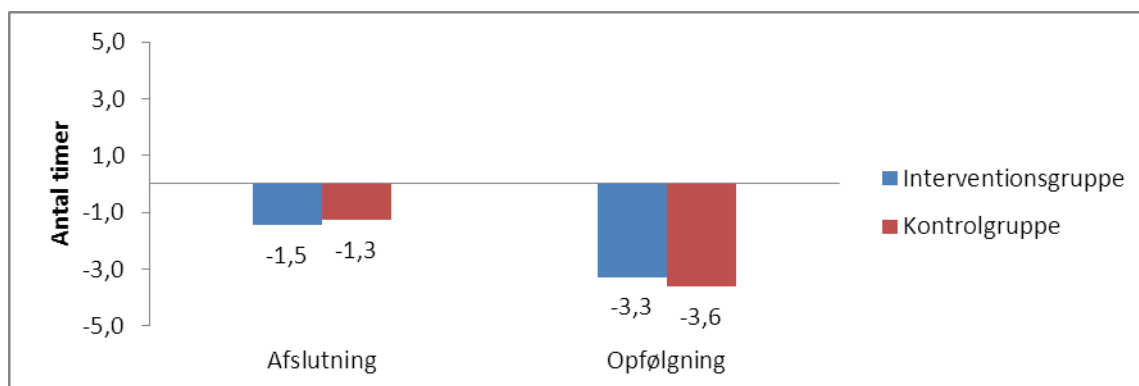
Den sidste effektindikator er borgernes behov for bostøtte-timer. Kommunerne har for hver borger i både interventions- og kontrolgruppen registreret det gennemsnitlige antal bostøtte-timer om ugen, inden for den seneste måned. Registreringen er foretaget ved baseline, afslutning og opfølgning.

Nogle kommuner har angivet visiteret tid, mens andre har angivet den direkte brugertid (ATA-tid). Hver enkelt kommune har dog været konsistente og har angivet på samme måde ved de tre måletidspunkter. I forhold til at se på udvikling i borgernes ugentlige bostøtte-timer, skal det tages i betragtning, at nogle kommuner anvender bostøtte-pakker, hvor borgeren tildeles bostøtte indenfor et interval, fx 2-5 timer om ugen. Her kan det forventes, at der maksimalt vil være en udvikling, som ligger inden for den givne bostøtte-pakke.

Ved baselinemålingen havde både borgerne i SFT-gruppen og i kontrolgruppen i gennemsnit haft 4 bostøtte-timer pr. uge. Figuren herunder viser, hvor stor reduktionen i det gennemsnitlige antal bostøtte-timer pr. uge har været for de to grupper ved henholdsvis afslutning og opfølgning.

Det fremgår, at antallet af bostøtte-timer pr. uge ved afslutningen er reduceret med henholdsvis 1,5 time og 1,3 time for de to grupper. Reduktionen er lidt større for begge grupper ved opfølgningstidspunktet.

Figur 11: Udvikling i antal bostøtte-timer pr. uge



Der er ikke signifikant forskel på den gennemsnitlige reduktion i de to grupper, hverken ved afslutning eller opfølgning, og Cohen's D viser heller ikke nogen effekt ved de to måletidspunkter.

Konklusionen er således, at SFT ikke er bedre til at reducere borgerens behov for bostøtte-timer end traditionel indsats.

Opsummering

Skemaet sammenfatter resultaterne af midtvejsevalueringen. Analyserne viser, at SFT **ved afslutningen** af forløbet har en positiv effekt på både socialt funktionsniveau og graden af mental recovery, sammenlignet med en traditionel bostøtte-indsats. Derimod kan der ikke ud fra dette datamateriale påvises en positiv effekt af SFT i forhold til trivsel, helbredsrelateret livskvalitet eller behovet for bostøtte-indsats.

Ved opfølgningen et halvt år efter forløbets afslutning er der ikke statistisk signifikant forskel på socialt funktionsniveau for henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Det kan som nævnt skyldes et forholdsvis lavt antal opfølgingsmålinger. Cohen's D er mindre påvirkelig af et lavt antal målinger, og ud fra det mål ser det ud til, at SFT-forløbets positive ef-

fekt på socialt funktionsniveau i forhold til traditionel indsats fastholdes et halvt år efter forløbets afslutning.

På de øvrige indikatorer var der ingen effekt af SFT efter et halvt år. Disse resultater kan imidlertid ændre sig i den endelige evaluering, når flere deltagere har gennemgået opfølgningensmålingen.

En analyse af baggrundsfaktorer og udgangspunkt i baselinemålingen viser, at respondenter i opfølgningensmålingen er repræsentative set i forhold til den samlede gruppe af borgere i undersøgelsen. Det tyder på, at midtvejsevalueringens resultater vedrørende opfølgningensmålingen formentlig ikke ændrer sig ved slutevalueringen. Der er med andre ord på nuværende tidspunkt ikke grund til at tro, at resultaterne i de resterende opfølgningensmålinger ændrer sig markant.

Tabel 4: Effekten af SFT

Indikator	Ved afslutning af forløbet (9 mdr. efter start)		Ved opfølgning (6 mdr. efter afslutning)	
	Statistisk signifikans	Cohen's D	Statistisk signifikans	Cohen's D
Socialt funktionsniveau	Signifikant forskel	Lille effekt	Ikke signifikant forskel	Lille effekt
Grad af recovery	Signifikant forskel	Lille effekt	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt
Trivsel/mental sundhed	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt
Generel trivsel/sundhed	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt
Antal bostøttetimer	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt	Ikke signifikant forskel	Ingen effekt

Resultaterne skal ses i relation til, at PSP er det primære effektmål for SFT. SFT har specifikt fokus på at udvikle borgernes sociale funktionsniveau, og derfor var forventningen også, at PSP ville være det redskab, der bedst indfanger de forandringer, som træningsforløbet måtte medføre.

Resultaterne beror på foreløbige opgørelser af data. Det forventes, at den effekt, der er påvist for PSP og MHRM ved afslutning også vil vise sig i den endelige evaluering, fordi datagrundlaget for afslutningensmålingerne allerede nu er forholdsvis stort. De analyser, der er foretaget på opfølgningensmålingerne er imidlertid mere usikre, da en stor del af opfølgningensmålingerne fortsat mangler at blive indberettet. Derfor er det muligt, at der kan påvises yderligere effekt på opfølgningstidspunktet i den endelige evaluering, hvor datagrundlaget bliver større. Det vil især være sandsynligt, at effekten af PSP på opfølgningstidspunktet også vil fremstå som statistisk signifikant, når opfølgningensmålingerne indeholder flere borgere.

Når der ses på baggrundsfaktorer og deres udgangspunkt i baselinemålingen, afviger de ikke markant fra den samlede undersøgelsesgruppe.

Sammensætningen af den gruppe borgere, der indtil videre indgår i opfølgningensmålingen, ligner sammensætningen af den samlede gruppe borgere i undersøgelsen.

De foreløbige data fra opfølgningensmålingen er således repræsentative, men der er tale om et lille datagrundlag. Det betyder, at de mønstre der foreløbigt viser sig i opfølgningensmålingerne formentlig ikke ændrer sig. Der er med andre ord ikke grund til at tro, at resultaterne for de resterende borgere skulle vise sig at være markant anderledes. Konklusionerne vedrørende opfølgningensmålingerne er blot på nuværende tidspunkt behæftet med usikkerhed.

3 Afprøvning af Åben Dialog

I dette afsnit beskrives kort Åben Dialog som metode og datagrundlaget for midtvejsevalueringen. Herefter præsenteres en karakteristik af de borgere, der foreløbigt har afprøvet Åben Dialog. Åben Dialog-forløbene beskrives hvad angår tid, sted, deltagere og indhold på netværksmøderne. Borgernes og netværkets oplevelse af netværksmødet præsenteres såvel som borgernes tilfredshed med deres Åben Dialog-forløb. Til sidst i afsnittet præsenteres før- og eftermålinger vedrørende borgernes udvikling baseret på målinger af borgernes recovery, trivsel og helbredsrelaterede livskvalitet.

Om Åben Dialog

Fem kommuner har fået støtte fra 19M-puljen til at afprøve og implementere Åben Dialog over for borgere med svære psykiske lidelser. De fem kommuner er Frederiksberg, Ballerup, Faaborg-Midtfyn, Herning og Aarhus.

Til afprøvningen af Åben Dialog er der udviklet en metodebeskrivelse samt en manual om faserne i et Åben Dialog-forløb.²⁰ Af metodebeskrivelsen fremgår, at "tankegangen bag Åben Dialog er, at forandringer og løsninger ikke opstår indeni den enkelte, men gennem netværket og ændrede måder at tale sammen på – og heraf facilitere/muliggøre en ny forståelse. Selv om borgeren er i centrum, så kan han/hun ikke forstås uden at se på den kontekst, som borgeren indgår i. Familien og netværket er en del af løsningen."²¹ Det beskrives endvidere, hvordan det er en grundforudsætning for et Åben Dialog-forløb, at det tilpasses den enkelte borger.

Ambitionen med manualen har været at give praktikere, der skal arbejde med Åben Dialog, et konkret og handlingsanvisende bud på, hvordan processen i et Åben Dialog-forløb kan tilrettelægges og organiseres med respekt for Åben Dialogs grundprincipper: *Hurtig hjælp, det sociale netværksperspektiv, fleksibilitet og mobilitet, ansvar, psykologisk kontinuitet, tolerancer og usikkerhed* samt *dialog*.

I projektet er der fokus på netværksmødet, hvor borger, netværk og netværksteamet samles og afholder en dialogisk samtale, understøttet gennem brug af reflekterende samtaler. En reflekterende samtale betegnes som en samtale, hvor netværksteamet – forstået som mødeleder og en eller flere medarbejdere i rollen som reflektant – taler om det, de har hørt, uden at de fortolker eller lader sig styre af egne antagelser.²²

Et Åben Dialog-forløb er i projektet betegnelsen for perioden fra det første møde med borgeren, og frem til borgeren sammen med Åben Dialog-medarbejderne beslutter, at der ikke skal afholdes flere netværksmøder. Et forløb består af minimum to netværksmøder, og der er ingen øvre grænse for antallet af møder i et forløb.²³ Definitionen af målgruppen er fastlagt af Socialstyrelsen²⁴, se nedenfor.

²⁰ "Åben Dialog. Del I – Om tilgangen". Socialstyrelsen. April 2014 og "Åben Dialog. Del II – Manual". Socialstyrelsen. Marts 2014.

²¹ "Åben Dialog. Del I – Om tilgangen". Socialstyrelsen. April 2014 s. 2.

²² "Åben Dialog. Del II – Manual". Socialstyrelsen. Marts 2014 s. 12-15.

²³ "Åben Dialog. Del I – Om tilgangen". Socialstyrelsen. April 2014 s. 2.

²⁴ Socialstyrelsen, 10. april 2014

Målgruppe for afprøvning af Åben Dialog i fem kommuner

- Alder: over 18 år
- Køn: Mænd og kvinder
- Sprog: Minimum funktionelt dansk (også for netværket)

- Derudover er målgruppen karakteriseret ved at:
 - Borgeren har diagnosespektret F20-29 i ICD-10 (Skizofrenoforme spektrum)
 - Borgeren har i løbet af de seneste to år haft kontakt til psykiatrien (indlæggelse, distriktpsychiatri mv.)
- Borgeren er i VUM (Voksenudredningsmetoden) vurderet til at have en eller flere af følgende problemer:
 - Angst
 - Depression
 - Forandret virkelighedsopfattelse
- Borgeren vurderes i VUM, tema 8, 9 og 10 (Samfundsliv, Socialt liv og Sundhed), til 2 eller 3 (moderat problem eller svært problem)

- Den samlede vurdering af borgeren vurderes i VUM til at ligge på C eller D (moderat problem eller svært problem)

Det forventes, at der i årene 2014-2016 indgår 120-150 borgere i projektet fra de fem kommuner.

Inklusion af borgere til Åben Dialog-projektet sker løbende. De første borgere kom med i projektet i efteråret 2014. Antallet af netværksmøder og Åben Dialog-forløbets længde afhænger af den enkelte borgers situation og ønsker.

Datagrundlag for midtvejsevaluering

Ved årsskiftet 2015/2016 var 94 borgere inkluderet i projektet i alt. I midtvejsevalueringen indgår kun forløb, hvor der minimum er afholdt to netværksmøder. Det drejer sig i alt om 41 borger-forløb.

Tabel 5: Antal borgere i Åben Dialog-projektet pr. 1. januar 2016

Status	Aarhus	Herning	Ballerup	Frederiks-berg	Faaborg-Midtfyn	I alt
Inkluderet	29	21	15	9	20	94
Udgået	2	4	-	1	3	10
Afsluttet med Åben Dialog-forløb	2	4	3	-	2	11
Borgere med minimum to møder	12	9	7	4	9	41

10 borgere var på tidspunktet for dataindsamlingen udgået af projektet uden et Åben Dialog-forløb. Det vil sige, at de var stoppet i projektet uden at have haft to netværksmøder. Fire af de 10 har haft ét netværksmøde. Blandt årsagerne til de 10 borgeres frafald er: Borgeren er afgået ved døden; borgeren er fraflyttet kommunen, eller at borgeren ikke har ønsket at inddrage netværket.

11 ud af de 41 borgere, der er inkluderet i midtvejsevalueringen, havde afsluttet deres Åben Dialog-forløb pr. 1. januar 2016, hvor dataindsamlingen til midtvejsevalueringen sluttede. Blandt de angivne årsager til, at de 11 borgere har afsluttet deres Åben Dialog-forløb, er blandt andet, at borgeren skal flytte; at projektmedarbejderen stopper; at netværket ikke

ønsker at deltage i møderne; at borgeren taler med andre, eller at borgeren har opnået sine mål med forløbet.

Vurdering af metodefidelit

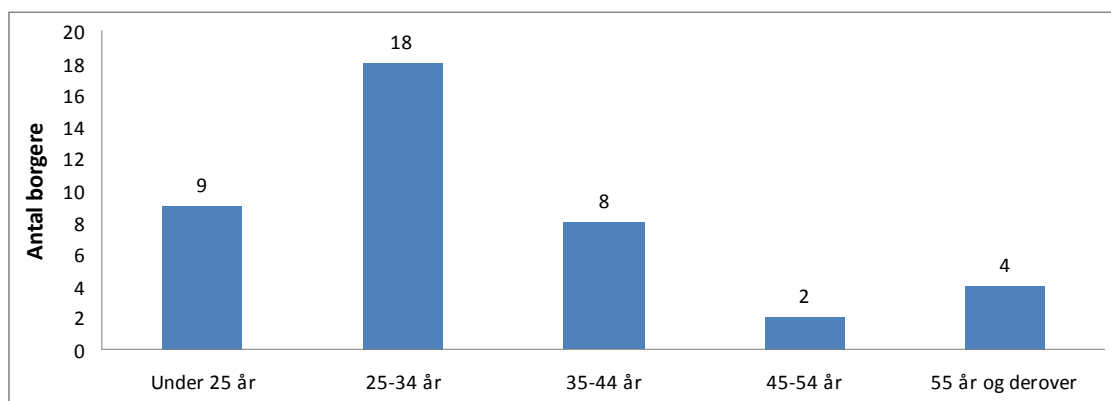
Fidelitet er et udtryk for, om Åben Dialog som metode er fulgt som forudsat. Analysen af i hvilket omfang Åben Dialog er implementeret i afprøvningskommunerne indgår i implementeringsevalueringen, som først kommer i slutevalueringen. Den foreløbige vurdering er, at de Åben Dialog-forløb, der indtil videre er opstartet, har fulgt metodebeskrivelsen og Åben Dialog-manualen²⁵.

Vurderingen beror på de foreløbigt indsamlede data, som præsenteres nedenfor, blandt andet projektmedarbejdernes egen vurdering af, at der generelt har været en høj grad af åben dialog på netværksmøderne. Desuden kan det konstateres, at de udførende projektmedarbejdere alle er certificeret. Certificeringen baserer sig på deltagelse i projektets kompetenceprogram samt en fidelitetsvurdering, som kompetenceleverandørens supervisorer har foretaget på baggrund af videooptagelser af netværksmøder.

3.1 Karakteristik af borgere i midtvejsevaluering

I dette afsnit beskrives en række baggrundsvariable for de 41 borgere i midtvejsevalueringen. 23 af de 41 borgere er mænd (56 %) og 18 er kvinder (44 %).

Figur 12: Borgernes alder



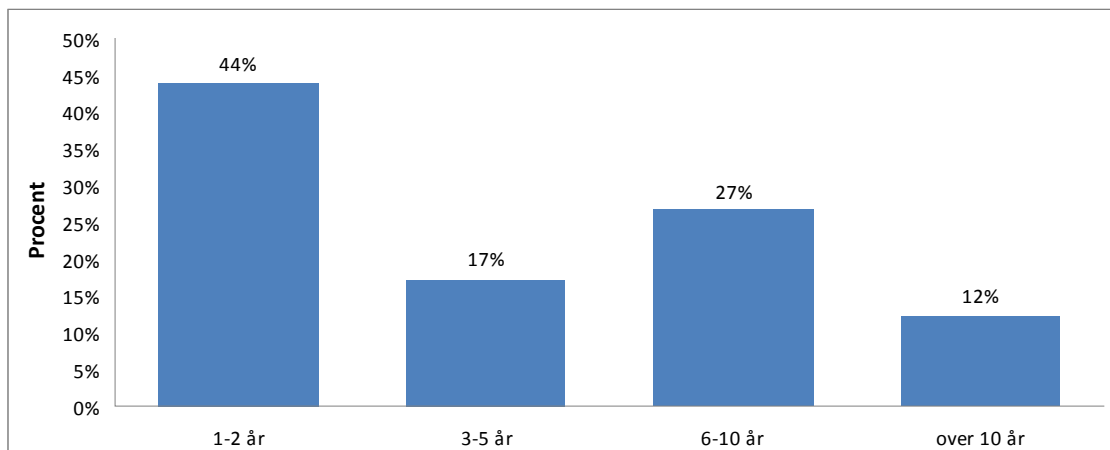
18 borgere (44 %) er mellem 25 og 34 år. De resterende fordeler sig bredt aldersmæssigt.

Ved inklusion i projektet er seneste revurdering af borgernes diagnose inden for F20-29 i ICD-10 oplyst. Hovedparten (70 %) er diagnosticeret med skizofreni, mens enkelte borgere har diagnosen skizotypisk sindslidelse, paranoid psykose (kronisk, vedvarende) eller skizoafektiv psykose.

Nedenfor er angivet tidspunkt for diagnosticeringen. For 18 af de oplyste diagnoser gælder, at diagnosen er 1-2 år gammel (44 %). For de øvrige 66 % er den seneste diagnosticering minimum tre år gammel.

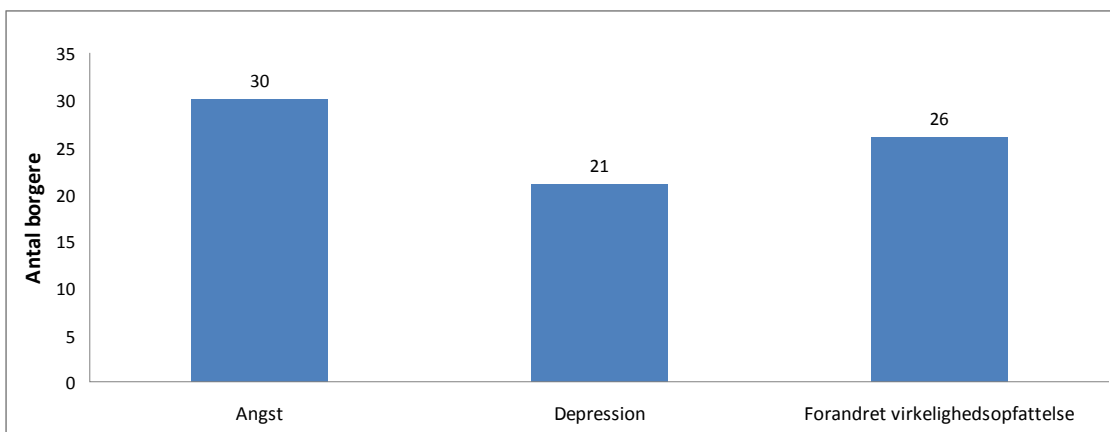
²⁵ "Åben Dialog. Del I – Om tilgangen". Socialstyrelsen. April 2014 og "Åben Dialog. Del II – Manual". Socialstyrelsen. Marts 2014.

Figur 13: Tidspunkt for diagnosticering



Via Voksenudredningsmetoden (VUM) er der for 21 borgere (51 %), angivet en samlet funktionsvurdering på C, svarende til moderat problem. Den anden halvdel på 20 borgere har en samlet funktionsvurdering på D, det vil sige svært problem. Borgerne har ifølge VUM-udredningen ofte flere af problemerne angst, depression og forandret virkelighedsopfattelse. For hver borger er oplyst en eller flere af disse problemer, se nedenstående figur.

Figur 14: Borgernes problemer



15 borgere har ét af de ovennævnte problemer, 16 borgere har to og 10 borgere har alle tre problemer.

Ved opstart af Åben Dialog-forløbet bor 24 af borgerne (59 %) i botilbud efter servicelovens § 107 eller § 108. 13 personer (32 %) modtager bostøtte efter servicelovens § 85.

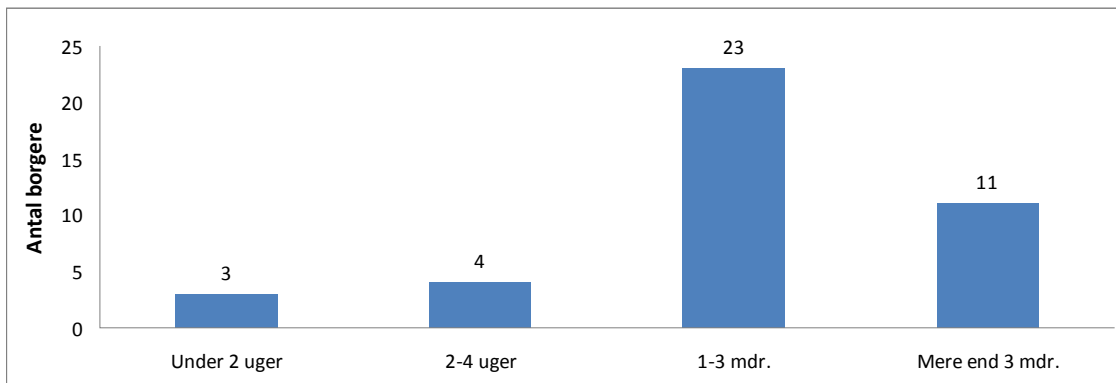
3.2 Beskrivelse af Åben Dialog-forløbene

I dette afsnit beskrives de 41 borgeres Åben Dialog-forløb. Midtvejsevalueringen omfatter netværksmøder afholdt til og med den 20. november 2015.

I alt er der for de 41 borgere afholdt 125 møder. Det svarer til ca. tre møder i gennemsnit per borger. 20 borgere har afholdt to netværksmøder, 10 borgere har afholdt tre netværksmøder, seks borgere har afholdt fire netværksmøder, én borger har afholdt fem netværksmøder, tre borgere har afholdt seks netværksmøder og en enkelt borger har afholdt otte netværksmøder. Igen skal nævnes, at kun 11 af de 41 borgere havde afsluttet forløbet ved årsskiftet 2015/2016, så hovedparten af forløbene kan komme til at bestå af flere møder.

For lidt over halvdelen af borgerne (56 %) er der gået 1-3 måneder fra borgeren første gang fik information om muligheden for at deltage i et Åben Dialog-forløb, til det første netværksmøde finder sted. Syv borgere (17 %) havde deres første netværksmøde fire uger eller under fire uger efter, de var blevet introduceret til Åben Dialog-tilbuddet. For 11 borgere (27 %) er der gået mere end tre måneder.

Figur 15: Tid fra borger hører om Åben Dialog til første netværksmøde

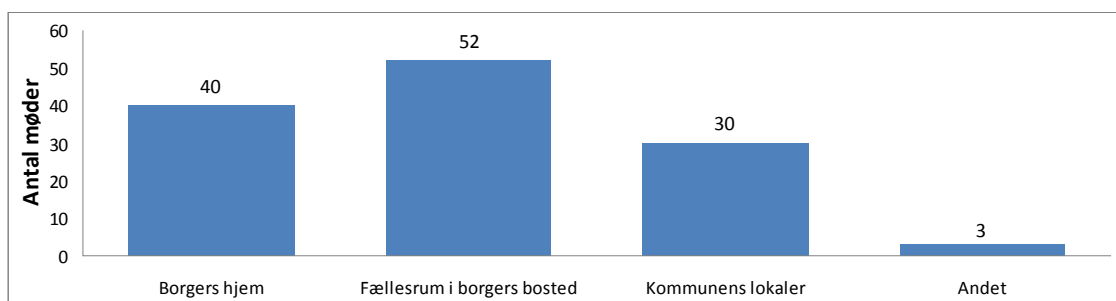


Ud af 125 afholdte netværksmøder har projektmedarbejderne i 115 tilfælde vurderet, at netværksmødet *i høj grad* var planlagt sammen med borgeren (92 %). I otte tilfælde lyder vurderingen *i nogen grad* (6 %), og for to møder vurderes, at mødet *i mindre grad* var planlagt sammen med borgeren (2 %).

Projektets manual anbefaler brug af et såkaldt netværksoverblik og et netværkskort forud for netværksmødet.²⁶ For 25 af de 41 borgere (61 %) har projektmedarbejderne svaret, at der var lavet et netværksoverblik forud for det første netværksmøde. I alle tilfælde var netværksoverblikket lavet sammen med borgeren. Hvad angår netværkskort er det taget i brug forud for det første netværksmøde i 30 tilfælde (73 %), og i alle tilfælde er netværkskortet lavet sammen med borgeren.

Manualen beskriver, at der skal samarbejdes med borgeren om, hvor netværksmødet afholdes, og at det er vigtigt, at mødet holdes et sted, hvor borgeren og personer fra borgerens private netværk føler sig trygge og tilpas.²⁷ 40 møder (32 %) er afholdt i borgers hjem. 52 møder (42 %) er holdt i et *fællesrum i borgers bosted*, mens 30 møder (24 %) har fundet sted i *kommunens lokaler*. Der kan være overlap mellem det der defineres som borgers hjem og bostedet. Eksemplerne i kategorien *Andet* er *psykiatrisk hospital, misbrugscenter og borgers kommende bosted*.

Figur 16: Hvor er netværksmødet holdt

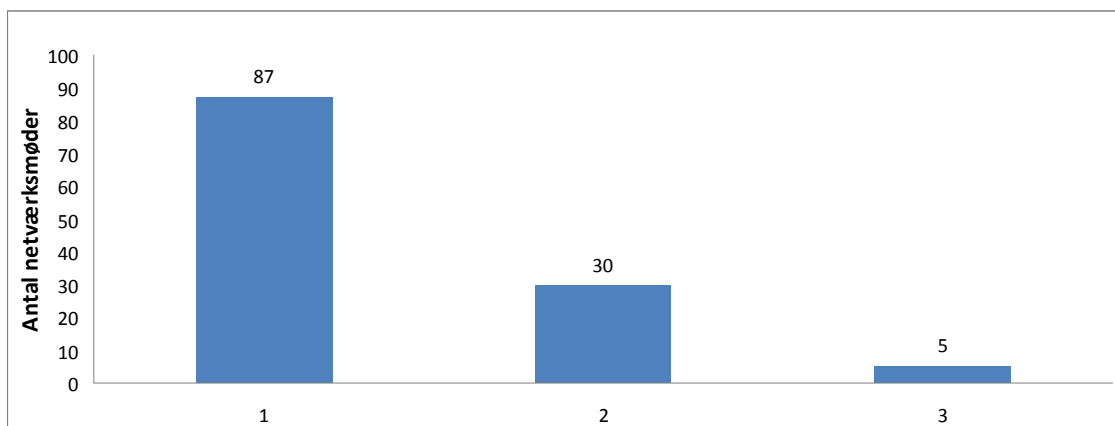


²⁶ "Åben Dialog. Del II – Manual". Socialstyrelsen. Marts 2014, s. 5-7 samt bilag.

²⁷ "Åben Dialog. Del II – Manual". Socialstyrelsen. Marts 2014, s. 8-10.

På hovedparten af møderne (70 %) har der været afholdt én reflekterende samtale. På en fjerdedel af møderne (24 %) har der været to reflekterende samtaler, og på fem af møderne (4 %) har der været tre reflekterende samtaler. Kun i et enkelt tilfælde er oplyst, at der ikke har været en reflekterende samtale på mødet.

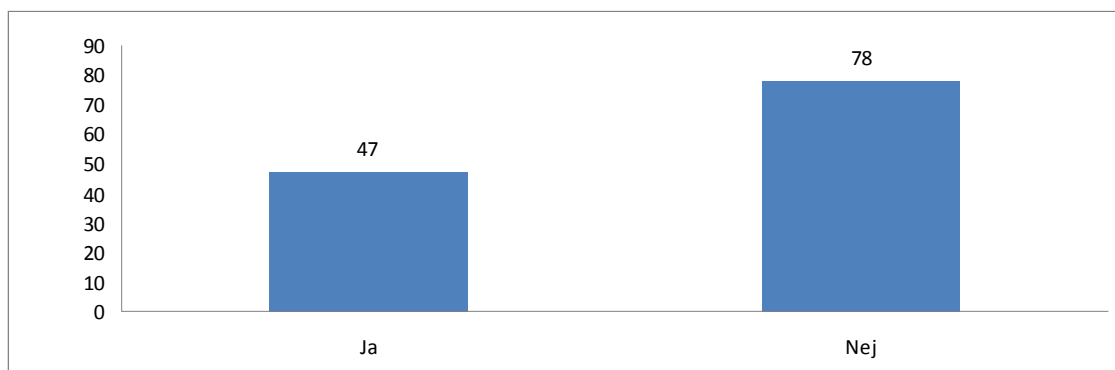
Figur 17: Antal reflekterende samtaler på netværksmødet



Projektmedarbejderne er blevet bedt om at give, hvordan de vurderer graden af åben dialog på netværksmødet. I 103 ud af 125 møder har projektmedarbejderne vurderet en *høj grad* af åben dialog (82 %). 21 møder (17 %) er vurderet til *nogen grad* af åben dialog. Et enkelt møde (1 %) er vurderet til at have haft en *mindre grad* af åben dialog.

I forhold til hvordan et netværksmøde afsluttes foreslås i manualen, at der laves en opsamling på mødet og aftales fremadrettede handlinger og ansvarsområder.²⁸

Figur 18: Indgåelse af aftaler på netværksmødet



Der er indgået aftaler på 47 ud af 125 møder (38 %). På 62 % af møderne er der dermed ikke indgået aftaler. Henvendelser fra projektdeltagerne til CFK vedrørende spørgsmålet giver os anledning til at tro, at nogle har svaret ja til spørgsmålet udelukkende ud fra, at der er aftalt et kommende netværksmøde og ikke, fordi der er aftalt fremadrettede handlinger og ansvarsområder, som manualen lægger op til. Graden af indgåelse af aftaler i manualens forståelse kan altså være lavere end angivet.

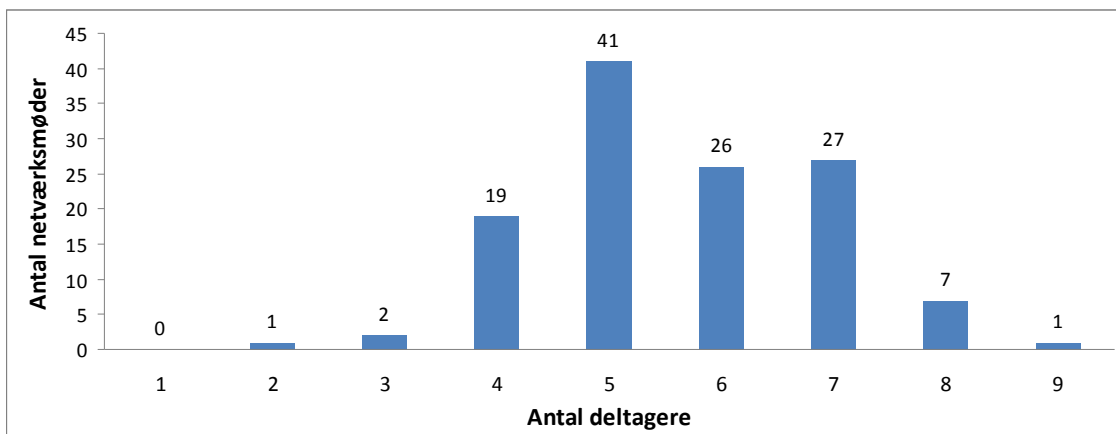
Manualen foreslår også, at aftaler skriftliggøres i en opsamling eller et opsamlingsdokument.²⁹ Kun i syv tilfælde er der indgået skriftlige aftaler. Det svarer til 15 % af de møder, hvor der er indgået aftaler, eller 6 % af alle møderne.

²⁸ "Åben Dialog. Del II – Manual". Socialstyrelsen. Marts 2014, s. 16-17 samt bilag.

²⁹ Ibid.

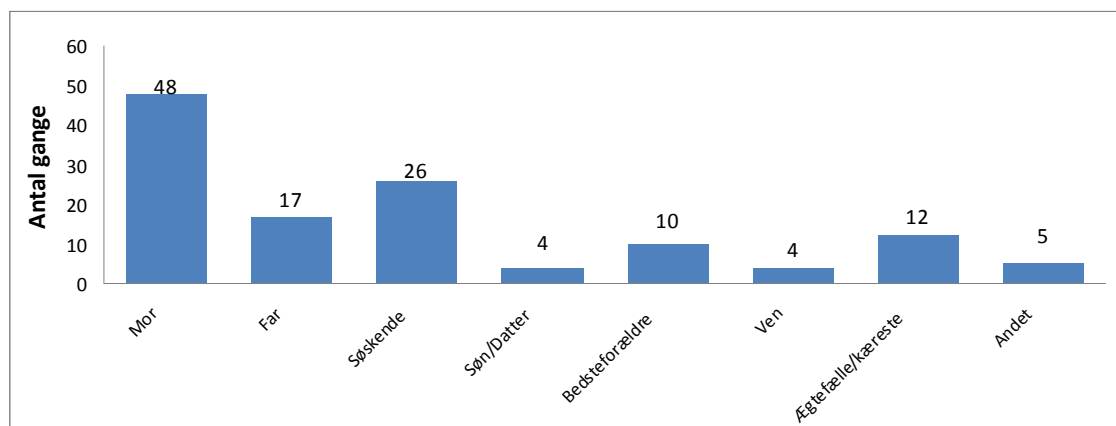
Nedenstående figur viser, hvor mange deltagere, der har været på netværksmøderne. Opgørelsen baserer sig på registreringer fra 124 møder. Det gennemsnitlige deltagerantal pr. netværksmøde er 5,6 personer. Det hyppigste deltagerantal er fem (forekommer på 33 % af møderne). For et møde er registreret ni mødedeltagere.

Figur 19: Antal deltagere på netværksmøderne



I projektsammenhæng defineres et netværksmøde som et møde med minimum én deltager ud over borgeren selv og netværksteamet, det vil sige fire personer eller derover.³⁰ Når der i opgørelsen forekommer møder med 2-3 deltagere skyldes det formentlig fejlregistreringer. Nedenstående figur viser de private netværksdeltageres relationer til borgeren.

Figur 20: Deltagere fra borgernes private netværk

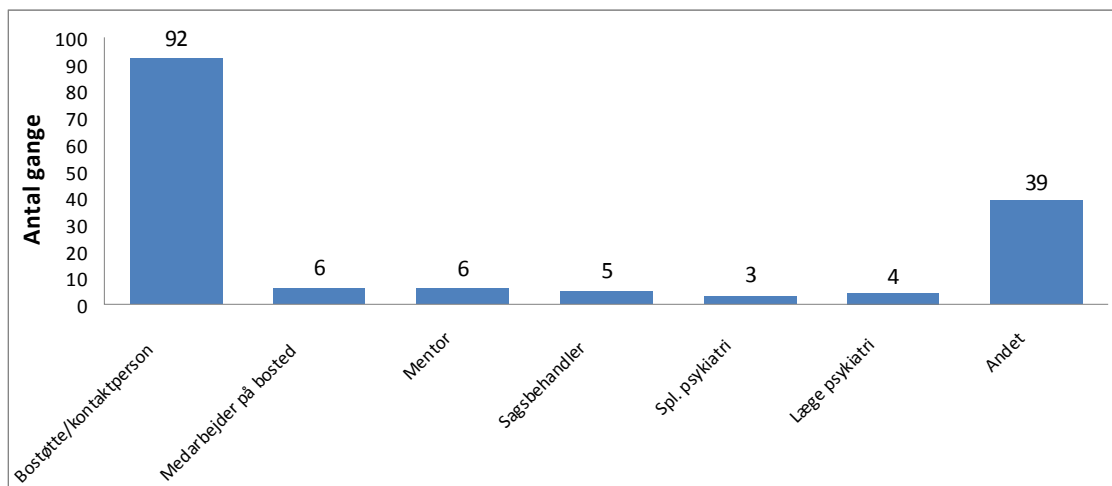


126 gange er der registreret en deltager fra borgernes private netværk, det vil sige at der i gennemsnit deltager én person fra borgerens private netværk per møde. De hyppigste repræsentanter fra borgerens private netværk er mor, far og søskende. De udgør hhv. 39 %, 14 % og 21 % af deltagerne fra det private netværk. Ægtefælle/kæreste repræsenterer 10 % af de private netværksdeltagere. Bedsteforældre udgør 8 %.

Der er registreret 155 deltagere fra borgernes professionelle netværk, hvilket i gennemsnit vil sige 1,3 personer fra det professionelle netværk per møde. Af nedenstående figur fremgår det professionelle netværks relationer til borgeren.

³⁰ "Åben Dialog. Del I – Om tilgangen". Socialstyrelsen. April 2014 s. 3.

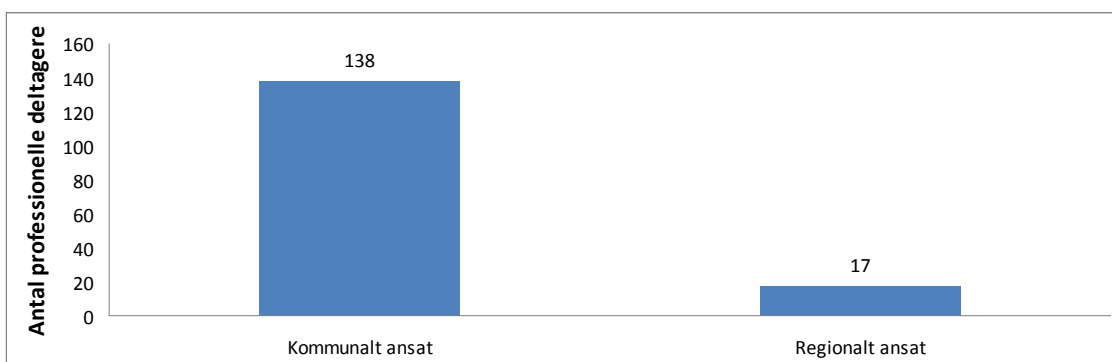
Figur 21: Deltagere fra borgernes professionelle netværk



Den hyppigste deltager fra borgerens professionelle netværk har været en bostøtte-medarbejder eller kontaktperson. Kategorien udgør 59 % af de professionelle netværksdeltagere. Registreringen "støttekontaktperson" indgår også i denne kategori. Tre gange (2 %) er registreret en sygeplejerske fra regionspsykiatrien som deltager i et netværksmøde og fire gange (3 %) er noteret, at en læge fra regionspsykiatrien har deltaget. Den forholdsvis omfattende kategori *Andet* omfatter flere typer professionelle netværksdeltagere, fx *arbejdsgiver, terapeut, konsulent* og *samarbejdspartner*. Forskellige ledelsesrepræsentanter er også medtaget under *Andet*, ligesom der er eksempler på, at projektmedarbejderne er registreret som en del af borgernes professionelle netværk.

I projektet lægges vægt på, at Åben Dialog generelt og også i denne afprøvning ligger i grænsfeltet mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri.³¹ Opgørelsen af, hvem der har deltaget i netværksmøderne, viser, at de professionelle netværksdeltagere oftest har været kommunalt ansat (89 %). 17 gange har der været regionalt ansatte personer med (11 %).

Figur 22: Kommunale og regionale deltagere på netværksmøderne



Opsummering

Der er afholdt 125 netværksmøder for de 41 borgere i midtvejsevalueringen. 11 af de 41 borgere har afsluttet deres forløb, mens der er igangværende forløb for 30 borgere.

Der har foreløbigt i gennemsnit været tre netværksmøder per forløb, og borgerne har i stort omfang været med til at planlægge møderne. Netværksoverblik og netværkskort har været brugt forud for det første netværksmøde i 60-70 % af tilfældene. Projektmedarbejderne vur-

³¹ "Åben Dialog. Del I – Om tilgangen". Socialstyrelsen April 2014 s. 2.

derer generelt, at der har været en høj grad af Åben Dialog på møderne. Typisk har der været anvendt reflekterende samtale én gang i løbet af et netværksmøde, men der er også eksempler på to og enkelte gange tre reflekterende samtaler. Kun på lidt under halvdelen af alle møder er der indgået aftaler, og aftalerne har sjældent været skriftlige.

Der har oftest været fem personer til stede på et netværksmøde. De hyppigste private netværksdeltagere har været borgerens nærmeste pårørende: mor, far og søskende. De professionelle netværksdeltagere er hovedsageligt kommunalt ansatte kontaktpersoner, bostøtte-medarbejdere eller tilsvarende. Omkring hver tiende af de professionelle netværksdeltagere har været regionalt ansat.

3.3 Borgernes og netværkets vurdering af netværksmødet

Efter hvert netværksmøde har borgerne og deltagerne fra borgerens private og professionelle netværk udfyldt et kort spørgeskema med spørgsmål om netværksmødets kvalitet.

Borgernes vurdering af netværksmødet

Opgørelsen af borgernes besvarelser baserer sig på mellem 115 og 117 svar.

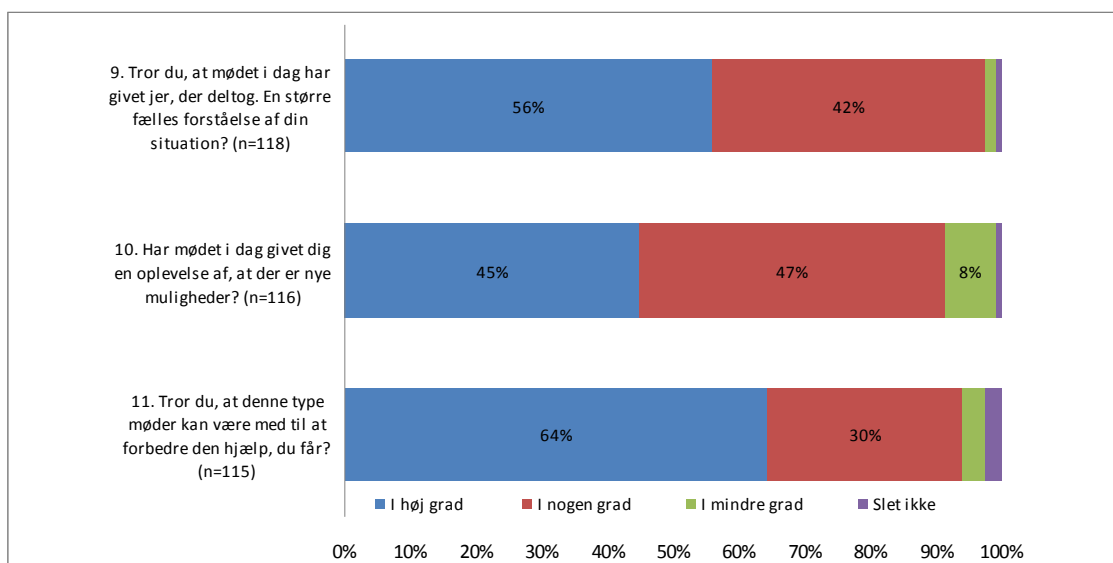
I 99 % af netværksmøderne har borgerne svaret, at de forud for mødet *i høj grad* eller *i nogen grad* har fået forklaret, hvad et Åben Dialog-netværksmøde er. På spørgsmålet om, hvorvidt borgeren har været med til at planlægge netværksmødet, har 97 % svaret, at det har de *i høj* eller *i nogen grad*. På spørgsmålet *Gik det hurtigt nok fra mødet blev planlagt til det blev holdt?*, er der for 95 % af møderne svaret *i høj* eller *i nogen grad*, mens der fem gange (5 %) er svaret *i mindre grad* eller *slet ikke*.

Næsten alle borgere (99 %) har svaret *i høj grad* eller *i nogen grad* til:

- at mødet blev indledt på en god måde, hvor alle blev budt velkommen
- at der blev talt om det, borgeren gerne ville tale om
- at der var en god dialog på mødet – med plads til forskellige holdninger og udtryksmåder
- at alle blev hørt og lyttet til, både borgeren selv, det private netværk og fagpersonerne
- at mødet blev afsluttet på en god måde.

Borgerne er også blevet bedt om at vurdere udbyttet af netværksmødet. Nedenstående figur viser, hvordan borgernes svar fordeler sig.

Figur 23: Borgernes vurdering af udbyttet af netværksmødet



For 98 % af netværksmøderne har borgerne vurderet, at mødet *i høj* eller *i nogen grad* har givet deltagerne en større fælles forståelse af borgerens situation. På spørgsmålet om, hvorvidt mødet har givet borgeren en oplevelse af, at der er nye muligheder, svares for 92 % af møderne *i høj grad* eller *i nogen grad*. I ni tilfælde er svaret *i mindre grad* og en gang har borgeren svaret *slet ikke*.

På spørgsmålet *Tror du, at denne type møder kan være med til at forbedre den hjælp, du får?*, har borgeren i 94 % af netværksmøderne svaret *i høj* eller *i nogen grad*. I syv tilfælde (6 %) er svaret *i mindre grad* eller *slet ikke*.

De borgere, som har føjet kommentarer til deres besvarelse, beskriver mødet positivt:

- *Det var meget givende og indsigtfuldt.*
- *Jeg synes det var rart at møde mit netværk på en anden måde end normalt, mere plads til at lytte.*
- *Åben dialog er det bedste, der er sket indenfor psykiatrien nogensinde!*
- *Jeg synes, at det er rart. Især når mine kontaktpersoner er med.*

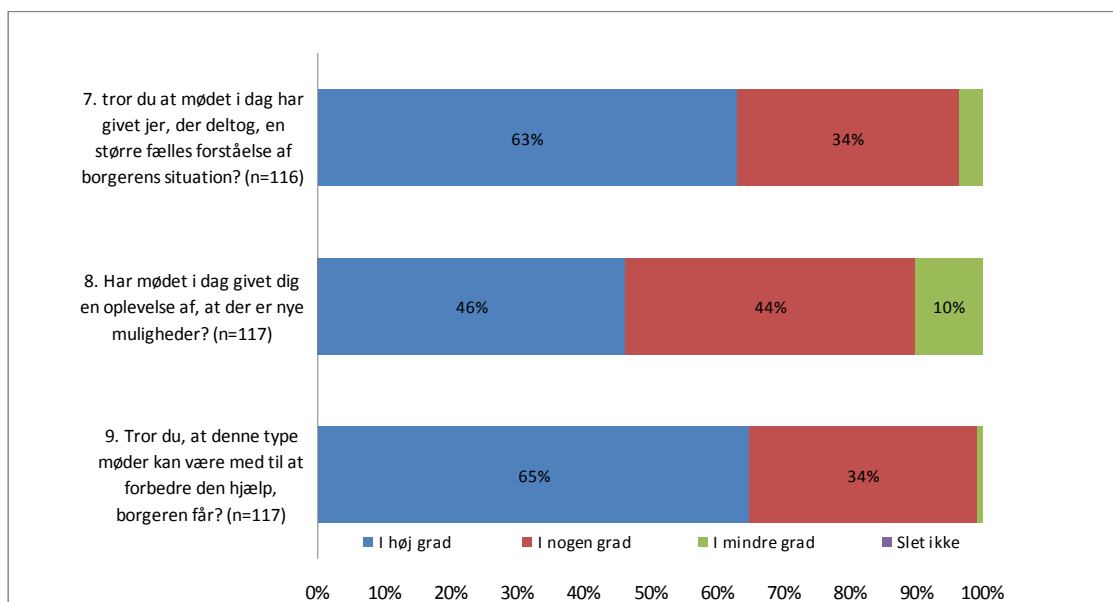
Det private netværks vurdering af netværksmødet

Opgørelsen af det private netværks besvarelser er baseret på mellem 116 og 117 svar.

90 % af deltagerne fra det private netværk har svaret, at de forud for mødet i høj grad eller i nogen grad har fået forklaret, hvad et Åben Dialog-netværksmøde er. I syv tilfælde er svaret i mindre grad og i fem tilfælde slet ikke.

Om selve netværksmødet svares i alle tilfælde, at mødet i høj grad eller i nogen grad blev indledt på en god måde og til, at mødet blev afsluttet på en god måde. I 99 % af svarene fra det private netværk er vurderet i høj grad eller i nogen grad til, at alle blev hørt og lyttet til. Deltagerne fra det private netværk er også blevet bedt om at vurdere udbyttet af netværksmødet. Nedenstående figur viser, hvordan svarene fordeler sig.

Figur 24: Det private netværks vurdering af udbyttet af netværksmødet



97 % af mødedeltagerne fra det private netværk har vurderet, at mødet i høj eller i nogen grad har givet deltagerne en større fælles forståelse af borgerens situation. På spørgsmålet om, hvorvidt mødet har givet en oplevelse af, at der er nye muligheder, er 90 % af svarene i høj grad eller i nogen grad. På spørgsmålet *Tror du, at denne type møder kan være med til*

at forbedre den hjælp, borgeren får, har deltagerne fra det private netværk i 99 % af tilfældene svaret i høj eller i nogen grad.

Kommentarerne fra de private netværksdeltagere er generelt positive, hvad angår mødeformen. For eksempel er der skrevet følgende:

- *Jeg synes, at det er en god måde at høre de pårørende. Hvad de går og tumler med.*
- *Det har været en super spændende måde at snakke om et meget svært emne - og jeg tror helt sikkert der er kommet ting frem, der ikke ville komme i en "alm." mødeform!*
- *Stadig hårdt, stadig godt, meget godt :)*

De få skeptiske kommentarer fra det private netværk handler blandt andet om, hvad der skal ske efter mødet:

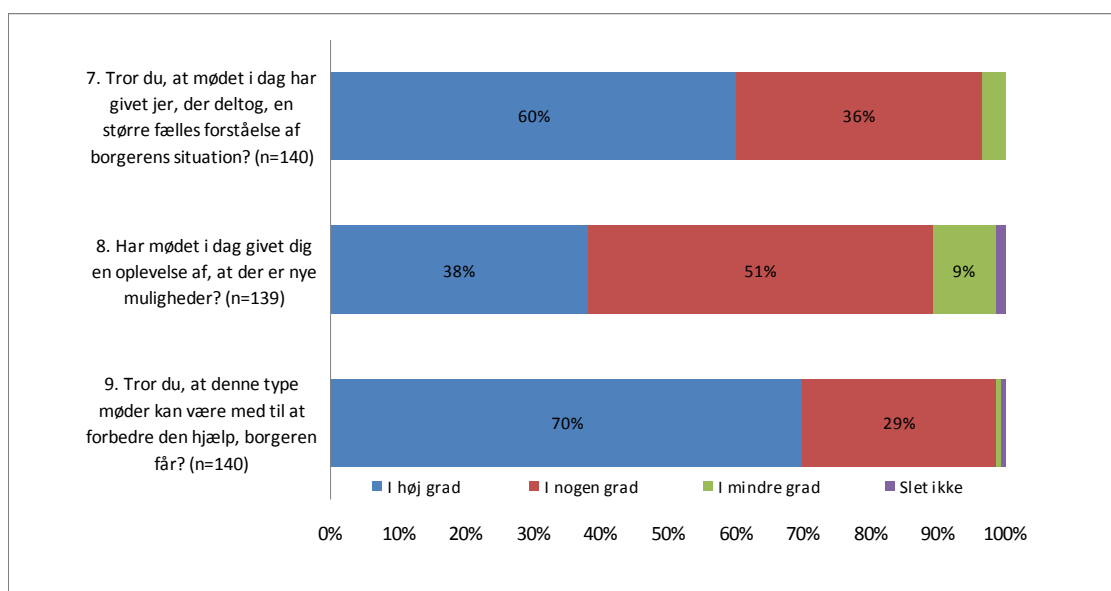
- *Det er lidt svært at se, hvordan jeg kan hjælpe ifht. borgeren.*
- *Der måtte gerne være del-konklusioner, og noget fremadrettet til næste møde.*

Det professionelle netværks vurdering af netværksmødet

Opgørelsen af svarerne fra det professionelle netværk er baseret på mellem 138 og 140 svar.

97 % af deltagerne fra det professionelle netværk har svaret, at de forud for mødet i høj grad eller i nogen grad har fået forklaret, hvad et Åben Dialog-netværksmøde er. Alle deltagerne fra det professionelle netværk svarer i høj eller i nogen grad til, at mødet blev indledt på en god måde, at der var en god dialog på mødet og til, at alle blev hørt og lyttet til. I 99 % af tilfældene svares, at mødet i høj grad eller i nogen grad blev afsluttet på en god måde. Deltagerne fra det professionelle netværk er også blevet bedt om at vurdere udbyttet af netværksmødet. Nedenstående figur viser, hvordan deres svar fordeler sig.

Figur 25: Det professionelle netværks vurdering af udbyttet af netværksmødet



96 % af mødedeltagerne fra det professionelle netværk har vurderet, at mødet i høj eller i nogen grad har givet deltagerne en større fælles forståelse af borgerens situation. På spørgsmålet om, hvorvidt mødet har givet repræsentanterne fra det professionelle netværk en oplevelse af, at der er nye muligheder, er 89 % af svarene i høj grad eller i nogen grad. På spørgsmålet *Tror du, at denne type møder kan være med til at forbedre den hjælp, borgeren får*, har deltagerne fra det professionelle netværk i 99 % af tilfældene svaret i høj eller i nogen grad.

I nogle kommentarer fra de professionelle netværksdeltagere efterspørges fokus under mødet og i forhold til opfølgningen:

- *Kunne godt have ønsket mig, at der var blevet talt mere om muligheden for at fortsætte dialogen på et nyt møde, hvor flere familiemedlemmer blev inviteret.*
- *Jeg savner måske/Nej! Jeg savner mere dybdegående spørgsmål, mere nysgerrighed indtil de ting, der bliver snakket om. Altså spørge mere ind! Så tingene bliver mere tydeliggjort for alle! "Det hele billede" - Ja! "fælles forståelse".*

De professionelle netværksdeltagere har generelt mange positive kommentarer, for eksempel:

- *Mødeledelse, refleksion mv. opleves som meget ordentligt og professionelt.*
- *Meget fagligt og udviklende møde/samtaler.*
- *God laaang proces er sat i gang.*

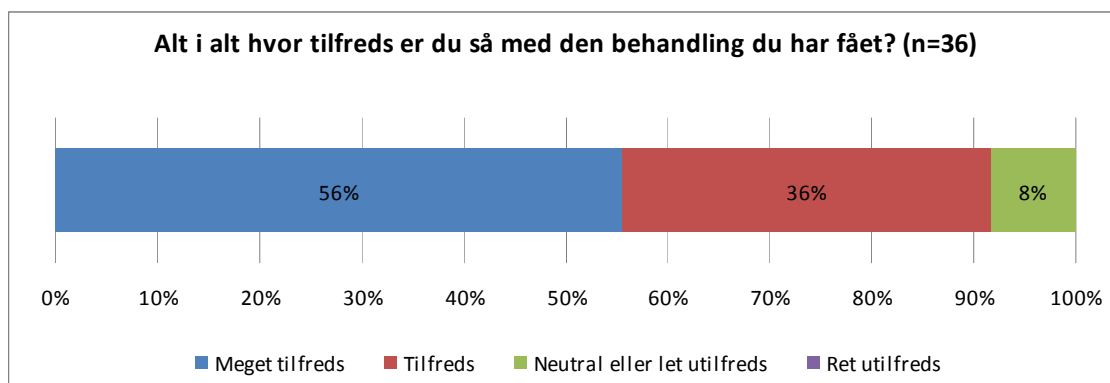
Det kan konkluderes, at borgerne og netværket oplever netværksmødet og udbyttet af mødet positivt. Hver tiende deltager oplever imidlertid, at netværksmødet ikke har givet en oplevelse af nye muligheder. Enkelte af borgerne oplever ikke, at Åben Dialog kan være med til at forbedre den hjælp de får.

3.4 Borgernes tilfredshed med Åben Dialog-forløbet

De 41 borgere, som har haft minimum to netværksmøder, har svaret på, hvor tilfredse de er med forløbet. Undersøgelsen er gennemført ved hjælp af spørgeskemaet Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)³², som består af 8 spørgsmål. 36 ud af 41 borgere har besvaret skemaet (89 %).

Figuren herunder viser svarfordelingen på det spørgsmål i CSQ-skemaet, hvor deltagerne skal angive deres overordnede tilfredshed med behandlingen. 92 % har været *tilfredse*, eller *meget tilfredse* med den behandling, de har fået.

Figur 26: Borgernes samlede tilfredshed med Åben Dialog-forløbet



Alle borgerne har vurderet kvaliteten af behandlingen til enten at være *fremragende* eller *god*. 97 % har svaret, at de overordnet set eller helt sikkert fik den hjælp, de ønskede.

Det spørgsmål, borgerne har svaret mindst positivt på handler, om, hvorvidt Åben Dialog har imødekommet borgerens behov. 77 % har svaret, at *de fleste* eller *næsten alle* deres behov er blevet opfyldt. Det vil sige, at en fjerdedel (23 %) har svaret, at kun *nogle få* eller *ingen* af deres behov er blevet opfyldt.

97 % har svaret *ja, det tror jeg* eller *ja, helt bestemt* til at ville anbefale behandlingen til en ven med behov for lignende hjælp. 92 % af svarpersonerne har været enten *tilfredse* eller *meget tilfredse* med den hjælp, de har fået. 94 % har svaret *ja, det har hjulpet i nogen grad* eller *ja, det har virkelig hjulpet* til spørgsmålet om, hvorvidt behandlingen har hjulpet borgeren til at håndtere sine problemer mere effektivt. 89 % har enten svaret, at de tror, eller at de helt bestemt ville vende tilbage, hvis de skulle få behov for hjælp igen.

Konklusionen er, at langt hovedparten af de borgere der har gennemført eller er i gang med et Åben Dialog-forløb vurderer kvaliteten af Åben Dialog som tilfredsstillende. Der er en høj tilfredshed med den hjælp og støtte, borgerne har modtaget. En fjerdedel af borgerne vurderer, at forløbet ikke eller kun i mindre grad har opfyldt deres behov. Det er dermed det område, hvor borgerne er mest kritiske. Langt hovedparten af borgerne vurderer, at forløbet har hjulpet til at håndtere egne problemstillinger.

³²http://apntoolkit.mcmaster.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=94:client-satisfaction-questionnaire-csq-8&Itemid=56

3.5 Resultatmåling vedrørende Åben Dialog

Metode

I dette afsnit præsenteres resultaterne af en før- og eftermåling med henblik på at dokumentere, hvilken udvikling der sker for borgere, der har afprøvet Åben Dialog.

Åben Dialog er en kompleks metode, som kræver en mere kompleks evalueringstilgang end et randomiseret kontrolleret forsøg. Indsatsen og konteksten varierer i Åben Dialog på tværs af kommuner. Det er derfor ikke muligt at opstille et evalueringdesign med en kontrolgruppe. Den afsluttende evaluering, som foreligger i 2017, bygger i stedet på Contribution Analysis. Det er en evalueringstilgang, der har som formål at sandsynliggøre, om en eventuel effekt kan tilskrives Åben Dialog. Som datagrundlag i den endelige evaluering inddrages udover før-og eftermålingen desuden registerdata, casestudier og casebaseret audit.

I denne foreløbige opgørelse præsenteres før- og eftermålinger vedrørende borgernes udvikling. Baselinemålingen gennemføres, når borgerne giver deres samtykke til at deltage i projektet forud for det første netværksmøde. Når forløbet afsluttes fortages en afsluttende måling. Før- og eftermålingen til denne midtvejsevaluering baserer sig på 41 borgere.

Tabel 6: Oversigt over indikatorer, måleinstrumenter og måletidspunkter

Indikatorer	Måleinstrumenter	Måletidspunkt
Grad af recovery	MHRM	Baseline og afslutning
Trivsel/mental sundhed	WHO-5	Baseline og afslutning
Generel trivsel/sundhed	EQ-5D	Baseline og afslutning

Der er anvendt tre måleinstrumenter i evalueringen: MHRM, WHO-5 og EQ-5D, som indfanget forskellige aspekter af borgernes udvikling:

- MHRM, som måler graden af recovery i forhold til alvorlige psykiske lidelser
- WHO-5, som er et mål for trivsel med fokus på mental sundhed
- EQ-5D, som måler helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne.

Alle 41 borgere har besvaret de tre skemaer ved såvel baseline som ved den afsluttende måling.

Læsevejledning til analyser

I denne midtvejsevaluering præsenteres resultaterne af en før- og eftermåling. Ved hjælp af Cohen's D analyseres *størrelsen på udviklingen*, forstået som den forskel, der kan observeres på de to målinger. Hvor det giver mening inddrages *klinisk signifikans* med henvisning til de udviklingsniveauer, som ophavsmændene til måleredskaberne definerer, eller som er anvendt i tidligere studier. Tabellen indeholder en læsevejledning til de nævnte begreber.³³

Tabel 7: Læsevejledning til analyse

Begreb	Forklaring og anvendelse
Størrelsen på udviklingen	Anvendes til at vurdere størrelsen på en observeret forskel mellem to gennemsnit. Er baseret på gennemsnit og standardafvigelser, og anvendes derfor primært på gruppe-effekter.
Klinisk signifikans	Forholder sig til spørgsmålet om, hvor stor/vigtig en given forskel er i klinisk forstand. Dvs. hvor meget rykker individet sig ift. klinisk bestemte vanskeligheder. Klinisk signifikans anvendes mest på det enkelte individ. Der er oftest tale om subjektivt bestemte niveauer for udvikling.

³³ Se diskussion af begreberne og deres anvendelse i følgende:

Ellis, Paul D. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes: An Introduction to Statistical Power, Meta-Analysis and the Interpretation of Research Results*. United Kingdom: Cambridge University Press.

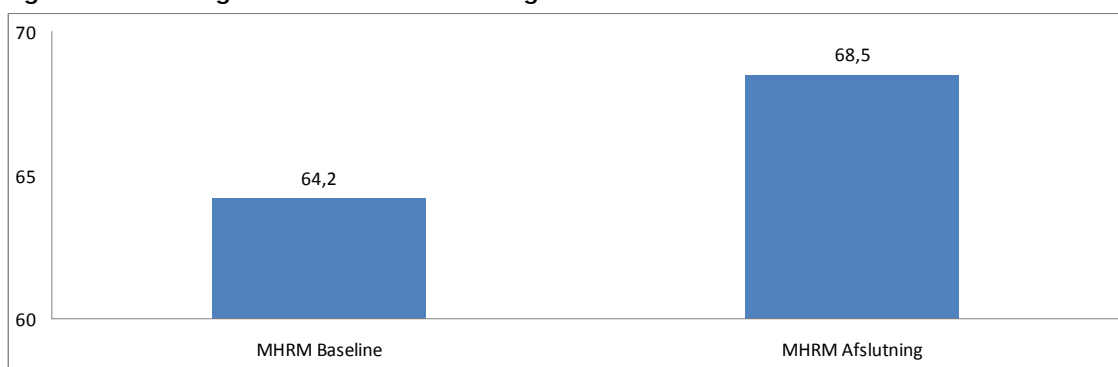
Peterson, L. (2008). "Clinical" Significance: "Clinical" Significance and "Practical" Significance are NOT the Same Things. Online Submission, Paper presented at the Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association (New Orleans, LA, Feb 7, 2008).

Resultater målt ved Mental Health Recovery Measure (MHRM)³⁴

MHRM er et spørgeskema udviklet til at måle recovery hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Spørgeskemaet udfyldes af borgeren selv, og det består af 30 udsagn, som alle rater på en 5-punkt-skala. 28 af udsagnene falder inden for syv kategorier med hvert sit tema; *overvinde fastlåsthed, styrkelse af selvet, læring og ny selvforståelse, grundlæggende funktionsniveau, generelt velbefindende, nye muligheder og overskud/engagement*. De resterende to udsagn måler, om religiøs og/eller spirituel tro spiller en rolle i recovery-processen. Der beregnes en samlet pointscore for MHRM, som teoretisk kan gå fra 0 til 120. Jo højere score, desto højere niveau af recovery.

Ved baselinemålingen havde de 41 borgere i denne midtvejsevaluering en gennemsnitlig MHRM-score på 64,2. I en amerikansk kontekst er gennemsnitsscoren på tværs af forskellige grupper af personer med psykiske lidelser 80 point.³⁵ Figuren herunder viser borgernes udvikling i MHRM-score.

Figur 27: Udvikling fra baseline til afslutning målt ved MHRM



Ved afslutningsmålingen er den gennemsnitlige score 68,5 point. Det vil sige, at borgerne i gennemsnit har haft en positiv udvikling på 4,3 point på MHRM-skalaen fra baseline til afslutning. Størrelsen på udviklingen kan vurderes ved hjælp af Cohen's D³⁶, som er et mål for, hvor stor forskellen på to gennemsnit er (her ved baseline og afslutning). Cohen's D er for MHRM-målingerne beregnet til 0,25, hvilket svarer til en lille udvikling, jf. skemaet herunder.

Tabel 8: Tolkning af udviklingsstørrelse ved Cohen's D³⁷

Effektstørrelse	Tolkning
0,2-0,5	Lille udvikling
0,5-0,8	Medium udvikling
0,8 -	Stor udvikling

³⁴ http://psychology.utoledo.edu/images/MHRM_-_Bullock_-_Updated_Normative_and_Psychometric_Data_12-09.pdf

³⁵ Bullock, W. A. (2005). In Campbell-Orde, T., Chamberlin, J. Carpenter, J., & Leff, H.S. (Eds.) *Measuring the Promise of Recovery: A Compendium of Recovery Measures. Volume II*. The Evaluation Center@HSRI: Cambridge, MA

³⁶ Cohen Jacob (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (second ed.) Lawrence Erlbaum Associates.

³⁷ Ibid. Hvor Cohen's D generelt betegnes som et mål for effektstørrelse (således også i ovenstående midtvejsevaluering af SFT) omtaler vi her Cohen's D som et mål for størrelsen på en udvikling. Dette skyldes, at vi ikke har med effektberegninger at gøre, på samme måde som hvis vi opererede med en kontrolgruppe.

Spørgeskemaets ophavsmænd anser en forandring på 10 point på MHRM-skalaen som udtryk for en klinisk signifikant forandring³⁸. 14 ud af de 41 borgere har ved afslutningsmålingen haft en positiv udvikling på MHRM, der kan betragtes som klinisk signifikant.

Det skal nævnes, at der her er tale om et foreløbigt resultat. Hovedparten af borgerne er stadig i gang med at planlægge og afholde netværksmøder efter Åben Dialogs principper på undersøgelsestidspunktet. I den endelige evaluering undersøges udviklingen for flere borgere med afsluttede Åben Dialog-forløb.

Analyserne af målingerne i midtvejsevalueringen angiver en lille positiv udvikling i recovery målt ved MHRM hos borgerne i Åben Dialog-afprøvningen.

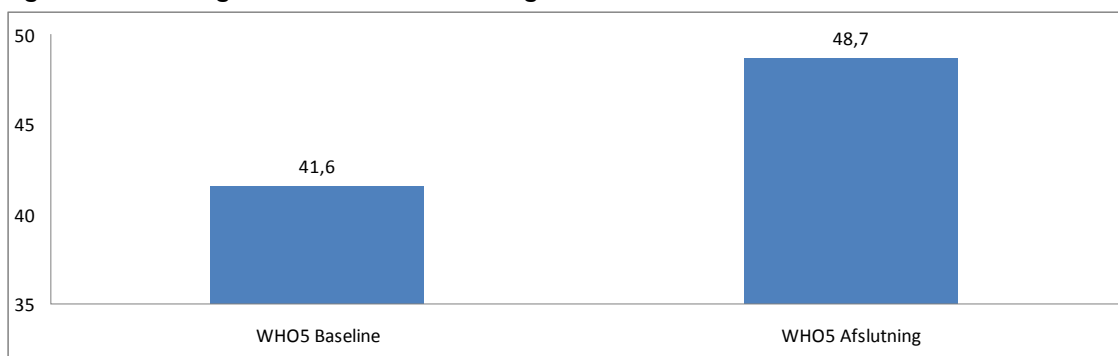
Resultater målt ved WHO-5 Trivselsindeks³⁹

WHO-5 er et mål for trivsel med vægt på den mentale sundhed. Det er et spørgeskema med fem spørgsmål, som borgeren udfylder ved baseline og afslutning. Spørgsmålene handler om, hvordan borgeren har følt sig tilpas de seneste to uger, og de måler dermed graden af positive oplevelser for borgeren. Scoren på WHO-5 placeres på en skala fra 0 til 100, jo højere score, desto bedre trivsel. Placeringen på skalaen betragtes ud fra følgende standarder:

- 0-35: Der kan være stor risiko for depression eller stressbelastning
- 36-50: Der kan være risiko for depression eller stressbelastning
- over 50: Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning

Den gennemsnitlige placering på skalaen for befolkningen som helhed er på 68 point. Ved opstart i Åben Dialog-projektet havde borgerne en gennemsnitlig placering på WHO-5 på 41,6. Ved måletidspunktet scorer de 41 borgere 48,7 i gennemsnit. Figuren herunder viser udviklingen fra baseline til afslutningsmålingen.

Figur 28: Udvikling fra baseline til afslutning målt ved WHO-5



De 41 borgere har i gennemsnit bevæget sig 7,1 pointtal i positiv retning. Der er således en positiv, men lille udvikling i mental trivsel hos borgerne i Åben Dialog-projektet. Størrelsen på udviklingen mellem baseline og afslutningsmålingen kan ved hjælp af Cohen's D beregnes til 0,31. Jf. skemaet ovenfor kan det betragtes som en lille udvikling.

Ifølge Sundhedsstyrelsen regnes en forøgelse (eller forringelse) på 10 pointtal for en klinisk signifikant forskel⁴⁰. 20 ud af de 41 borgere har haft en positiv udvikling, der kan betragtes som klinisk signifikant.

³⁸ Bodine M. N. (2013). *Validation of the Mental Health Recovery Measure as a clinical assessment*. Theses and dissertations. Paper 27. University of Toledo.

³⁹ <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx>

⁴⁰ Ibid

Igen skal det understreges, at gruppen, der indgår i målingen er beskeden, og at hovedparten af de 41 borgere stadig er i gang med Åben Dialog-forløbet på opgørelsestidspunktet.

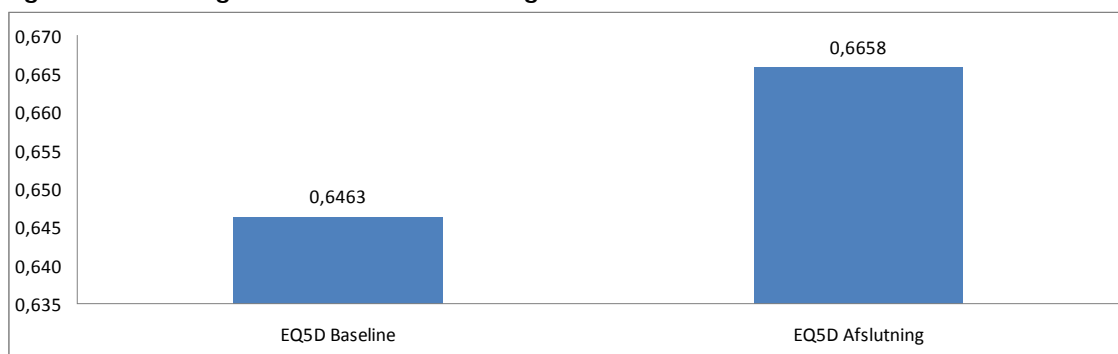
Målingerne i midtvejsevalueringen angiver en lille positiv udvikling i mental trivsel målt ved WHO-5 hos borgerne i Åben Dialog-afprøvningen.

Resultater målt ved EQ-5D⁴¹

EQ-5D er et standardiseret spørgeskema til måling af helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne ud fra borgerens egen vurdering af helbredet. EQ-5D er udleveret til borgeren i papirform. Projektmedarbejderne har støttet borgerne i at få udfyldt skemaet og har efterfølgende indtastet svarene. Spørgeskemaet måler på dimensionerne *mobilitet*, *egenomsorg*, *sædvanlige aktiviteter*, *smerte/ubehag* og *angst/depression*. Svarene fra EQ-5D kan omregnes til et indeks, som kan gå fra 0 til 1, hvor 1 indikerer optimalt helbred, og 0 repræsenterer død.

Borgerne havde ved baselinemålingen en gennemsnitlig placering på EQ-5D-skalaen på 0,65. Til sammenligning har en undersøgelse af den generelle danske befolkning vist en gennemsnitlig placering på EQ-5D-skalaen på 0,93 for 20-29-årige gående til 0,83 for 70-79-årige.⁴² Figuren herunder viser borgernes udvikling på EQ-5D-indekset fra baseline (0,65) til afslutning (0,67).

Figur 29: Udvikling fra baseline til afslutning målt ved EQ-5D



Borgernes samlede selvrapporterede livskvalitetsmål har flyttet sig positivt med en udvikling på 0,0194 i den gennemsnitlige score. Cohen's D er på 0,09, hvilket betyder, at udviklingsstørrelsen ikke er nævneværdig, idet den reelt ikke angiver en forskel mellem baseline og afslutning.

Hvad angår helbredsrelateret livskvalitet viser analyserne ikke en nævneværdig udvikling hos borgerne fra baseline til slutmålingen.

Opsummering

Midtvejsevalueringen viser, at borgerne i Åben Dialog-forløb oplever en lille positiv udvikling i recovery (målt ved MHRM) og i mental trivsel (målt ved WHO-5) fra baseline til afslutning. Derimod ses ingen nævneværdig udvikling i borgernes helbredsrelaterede livskvalitet (målt ved EQ-5D).

⁴¹ <http://www.euroqol.org/about-eq-5d.html>

⁴² Sørensen J. et al. (2009). Danish EQ-5D population norms. *Scandinavian Journal of Public Health*. 37: 467-474.

Resultaterne vedrørende størrelsen på den observerede udvikling fra baseline til slutmålingen er sammenfattet her:

Tabel 9: Størrelse på udvikling beregnet ved hjælp af Cohen's D

Indikator	Afslutning
MHRM	Lille udvikling
WHO-5	Lille udvikling
EQ-5D	Ingen udvikling

Det skal afslutningsvis gentages, at resultaterne beror på et begrænset datagrundlag på 41 borgerforløb, hvoraf kun 11 er afsluttet på evalueringstidspunktet. De analyser, der her er foretaget, siger desuden ikke noget om, hvorvidt måleresultaterne (store eller små) kan tilskrives Åben Dialog-indsatsen. Undersøgelsen af effekten af Åben Dialog gennemføres i forbindelse med slutevalueringen ved hjælp af evalueringstilgangen Contribution Analysis, som indebærer, at før- og eftermålingerne suppleres med casestudier og casebaserede auditundersøgelser. Effektevalueringen vedrørende Åben Dialog kan således først præsenteres i sin samlede form i den afsluttende evaluering, som også indeholder en implementerings- og økonomisk evaluering.

