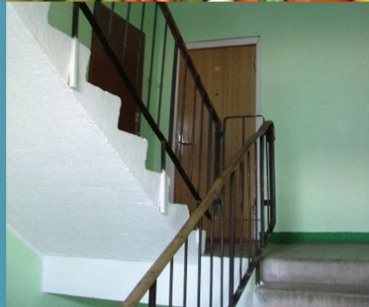
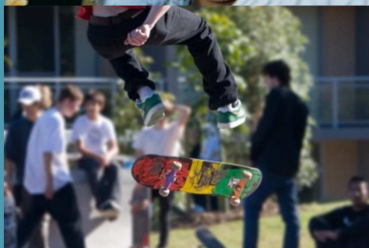


NIRAS



Evaluerings af WHO-5 triv- selsindeks

Bilag til evalueringen af projekt 'Forebyggelsesin-
satser i nærmiljøet'

NIRAS
for
Sundhedsstyrelsen
marts 2015

INDHOLD

1	INTRODUKTION.....	3
2	HOVEDRESULTATER	5
3	PROJEKTERNES BRUG AF WHO-5 TRIVSELSINDEKS.....	7
4	OPLEVEDE STYRKER VED AT ARBEJDE MED WHO-5 TRIVSELSINDEKS	9
	4.1 Et positivt værktøj i samtalen.....	9
	4.2 WHO-5 trivselsindeks kan synliggøre en udvikling og effekt	10
5	UDFORDRINGER MED WHO-5 TRIVSELSINDEKS I EN NÆRMILJØ-KONTEKST... ..	11
	5.1 Resultatorienterede udfordringer ved WHO-5 trivselsindeks	11
	5.2 Medarbejdernes forbehold ved at bruge WHO-5 trivselsindeks	12
	5.3 Strukturelle udfordringer forbundet med WHO-5 trivselsindeks	13
	5.4 Vanskeligt at bruge som evalueringsredskab: oversigt over indtastninger .	14
6	PRAKTISKE OG TEKNISKE OVERVEJELSER OM WHO-5 TRIVSELSINDEKS.....	18
	6.1 At introducere skemaet og gøre det relevant.....	18
	6.2 WHO-5 trivselsindeks kræver selvrefleksion hos målgruppen.....	19
	6.3 Access databasen – et redskab i udvikling	19

1 INTRODUKTION

I projektet "Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet" indgår arbejdet med mental sundhed som et obligatorisk indsatsområde for de 12 deltagende kommuner. Det har været forventet af de 12 kommuner, som en del af denne indsats, at de arbejder med WHO-5 trivselsindekset.

Indekset består af fem spørgsmål om, hvordan testpersonen har følt sig tilpas i de seneste to uger. Fokus er på den oplevede trivsel. De fem spørgsmål besvares ved en angivelse af, i hvor stor en del af tiden ("hele tiden", "det meste af tiden", "lidt over 50% af tiden", "lidt under 50% af tiden", "lidt af tiden" og "på intet tidspunkt") testpersonen vurderer, at følgende udsagn passer:

1. Jeg er humørmæssigt vel til mode
2. Jeg føler mig energisk og aktiv
3. Min hverdag er udfyldt med ting, som interesserer mig
4. Når jeg vågner op, føler jeg mig frisk og udhvilet
5. Jeg føler mig rolig og afslappet

Testpersonen tildeles for hvert spørgsmål mellem 0-5 point, efter hvor stor del af tiden de vurderer at udsagnet passer. Den maksimale score er således 100 pointtal, hvor en høj score signalerer en høj trivsel. En score på under 50 indikerer tegn på stress eller depression¹.

Skemaet kan ikke bruges til diagnosticering af psykiske sygdomme, men er et gennemprøvet og validt redskab til at give et mentalt tilstandsbillede². WHO-5 er enkelt at anvende og har ved forsøg, i flere lande og på tværs af forskellige befolkningsgrupper, vist sig som en effektiv indikator på personers generelle trivsel og velbefindende.

De 5 spørgsmål er formuleret som positive spørgsmål. Det har den fordel, at de ikke går kritisk tæt på den person, som besvarer skemaet – i modsætning til fx det negative spørgsmål: "Har du tænkt på at tage livet af dig selv". Spørgsmålene karakteriseres endvidere som ukomplicerede, nemme at forholde sig til og formuleret i et sprog, som alle forstår. Endelig fremhæves det, at de positive spørgsmål har den fordel, at de har tendens til at give højere svarprocent end negative.

¹ Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt: WHO-Fem Trivselsindeks version 1999.

² Se fx: Bech, Per: Clinical Psychometrics. Wiley-Blackwell 2012. Bech, Per, Olsen, Lis Raabaek, Kjoller, Mette & Rasmussen, Niels Kristian (2003): "Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale", International Journal of Methods in Psychiatric Research, vol. 12 no. 2, pp. 85-91. Folker, Henrik, & Folker, Anna Paldam (2008): "WHO-5 som et simpelt instrument til måling af livskvalitet i den daglige klinik", Ugeskrift for Læger, nr. 170/10, s. 830-834 (3. marts 2008).

WHO-5 kan anvendes evaluerende ved før- og eftermålinger af sundheds- og sociale indsatser, der helt eller til dels har til formål at forbedre borgeres trivsel og mentale sundhed. Hvis borgerens estimerede trivsel er højere efter end før deltagelse i en given sundheds- eller social indsats, kan det - afhængigt af projektets karakter - sandsynliggøres, at indsatsen har haft en positiv effekt på borgerens trivsel og mentale sundhed. WHO-5 kan endvidere anvendes som dialogredskab i indsatser, der omhandler mental sundhed.

I forbindelse med projekt "Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet" har de 12 modelkommuner fået en særlig mulighed for at arbejde med en elektronisk registrering af deres WHO-5 målinger gennem en Access database, som Sundhedsstyrelsen har udviklet.

1.1.1 Metode

I notatet evalueres projektkommunernes erfaringer med brug af WHO-5 skemaet. Notatet er baseret på to runder af kvalitative dybdeinterview med projektlederne, i de 12 projekter. Citater i notatet stammer fra disse interview. Interviewene suppleres med opgørelser over projekternes digitale indtastninger af borgernes WHO-5 score.

1.1.2 Om dette bilag

Bilaget indledes med en opsummering af evalueringens hovedresultater (2). Herefter gives et kort overblik over projekternes indtastninger af WHO-5 målinger (3). Dernæst sættes fokus på hvilke styrker (4) og udfordringer (5) der er ved at arbejde med skemaet. Til slut gøres der status over projekternes praktiske erfaringer med skemaet, og de tekniske udfordringer der er opstået i forhold til indtastning af skemaet gennem Access databasen (6).

2 HOVEDRESULTATER

Et let og positivt værktøj til arbejdet med mental sundhed. WHO-5 skemaet har vist sig at være en positiv hjælp til at arbejde med trivsel og mental sundhed. De fleste projektledere forklarer, at de havde forbehold overfor at sætte mental sundhed på formel, men at de er blevet positivt overraskede over skemaet, efter de har taget det i brug. Erfaringen er, at skemaets positivt formulerede spørgsmål og enkle udformning gør det til en god måde at få bragt mental sundhed ind i samtaler med borgerne – fx i forbindelse med trivsels- og sundhedssamtaler.

Faste rammer understøtter brugen af WHO-5. Nogle medarbejdere har været usikre på i hvilken kontekst, det er passende at introducere skemaet, og hvordan der bør reageres i tilfælde, hvor borgere viser tegn på mistrivsel. Projektledernes erfaring er, at skemaet opleves som mere relevant og acceptabelt af borgerne og medarbejderne, når det kobles systematisk sammen med en aktivitet, og formålet med at anvende det gøres klart fra start. En udarbejdelse af en handleplan for hvor borgere kan henvises til, i tilfælde hvor de udviser tegn på mistrivsel, kan samtidig være med til at imødekomme medarbejdernes usikkerhed.

WHO-5 kræver selvrefleksion hos målgruppen. I forhold til at kunne sammenligne borgernes scorere, fremhæver projektlederne, at det er en udfordring, at den er udtryk for borgernes *oplevede* trivsel. Mange af de mindre ressourcestærke borgere har svært ved at reflektere nok over deres egen situation, til at svare ud fra hvordan de har haft det over en periode på to uger. De tager i stedet udgangspunkt i hvor de er nu og her. Det kan give meget store udsving i deres score alt efter hvordan de befinder sig den pågældende dag.

WHO-5 kan synliggøre resultater. De projektledere som har bedst erfaring med at anvende WHO-5-indekset, har brugt det systematisk, i aktiviteter som strækker sig over længere tid. De har fra start forpligtet sig på at bruge det, og gjort sig klart i hvilke aktiviteter det skal indgå. Det har mulig gjort start og slutmålinger for borgerne, som er nødvendige for at indikere deres fremskridt. I de tilfælde fremhæver projektlederne skemaets simple og kvantificerbare resultat, som en god mulighed for at synliggøre forskellige aktiviteters resultater, både for dem selv, medarbejderne og omverdenen.

Praktiske og tekniske udfordringer ved indtastning af data. Mange af projekternes sundhedsfremmende aktiviteter har haft en begivenhedskaraktér, hvor der kun er foretaget en måling for hver borger. Gennem Acces databasen er der indtastet målinger for 968 borgere. Af dem er der indtastet opfølgende målinger for omkring 1/3. Rent teknisk har Acces databasen også været en udfordring for medarbejderne, bl.a. fordi det ikke har været muligt at gå tilbage og rette eller slette indtastninger. Det gør at indtastningerne i flere tilfælde er fejlbehæftet, uden at det er muligt at filtrere dem fra i databehandlingen. De opgørelser over projekternes indtastninger der gengives i notatet, må derfor læses med et vist forbehold.

Udfordringer besværliggør WHO-5 som evalueringsredskab

De metodiske, praktiske og tekniske udfordringer forbundet ved forsøget med WHO-5, gør at borgernes scorer er svært sammenlignelige. Ud fra projekternes indtastninger kan der ikke spores nogen entydig udvikling i borgernes mentale sundhed, og det er ikke muligt at konkludere noget entydigt om de forskellige aktiviteters effekt på den mentale sundhed. For de borgere, hvor der er indtastet mere end en måling, er udviklingen i den mentale sundhed på under 3 pointtal. Samtidig ligger den gennemsnitlige scorer for alle borgere, der er indtastet data for, 0,5 pointtal højere end landsgennemsnittet. Det står i kontrast til den øvrige erfaring i projektet om, at borgerne i nærmiljøet er mindre ressourcestærke og kæmper med dårlig trivsel. For at kunne vurdere WHO-5's egenskaber som evalueringsredskab, vil det kræve yderligere undersøgelser under andre og mere veldefinerede rammer.

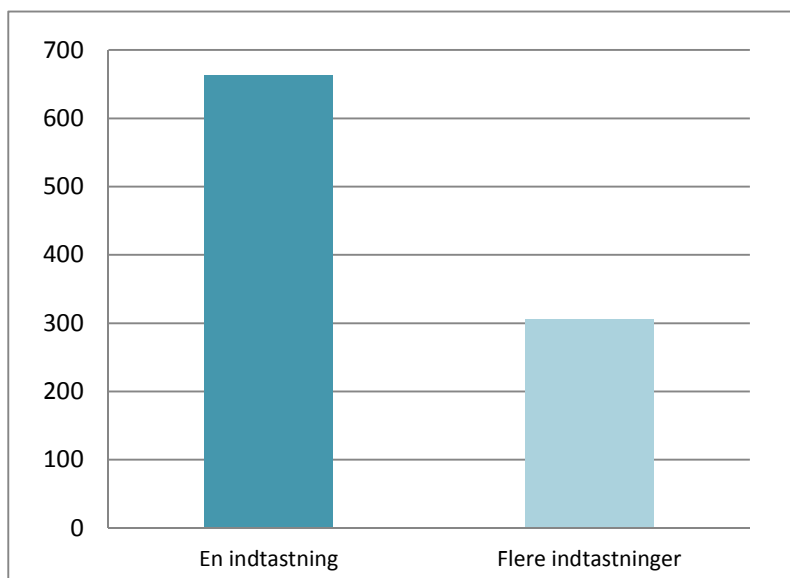
3 PROJEKTERNES BRUG AF WHO-5 TRIVSELSINDEKS

I alt har 11 ud af 12 projektkommuner arbejdet med WHO-5-skemaet. Af disse har 6 benyttet sig af Access databasen til at indtaste borgernes score. Der er blevet indtastet målinger fra 968 forskellige borgere. Ud af de 968 borgere, er der for 305 borgere indtastet en eller flere opfølgende målinger. Det er kun for denne gruppe af borgere, at det er muligt at måle på udviklingen i trivselsscoren.

Den gennemsnitlige score på tværs af alle indtastede målinger er 68,5 pointtal. Landsgennemsnittet i Danmark er 68 pointtal³. For de borgere, hvor der er indtastet mere end en måling, kan der ses en positiv udvikling i den mentale sundhed på under 3 pointtal. Det tal skal ses i relation til, at man i psykiatrien normalt arbejder med et mål om en stigning på 40 pointtal for depressive patienter, ved et 12-ugers behandlingsforløb med antidepressiv medicin⁴.

På næste side følger et skema med eksempler på de aktiviteter som WHO-5 skemaerne er brugt i forbindelse med, i de forskellige kommuner.

Figur 1: Antal borgere med en indtastning og med flere indtastninger



³ Guide til trivselsindekset: WHO-5, Sundhedsstyrelsen. www.sundhedsstyrelsen.dk.

⁴ Bech, Per: Clinical Psychometrics. Wiley-Blackwell 2012.

Tabel 1: Eksempler på aktiviteter i projekterne som WHO-5 har været brugt i forbindelse med

	Type aktivitet	Note
Esbjerg	Anvendes ikke	
Herlev	• Livsstilssamtaler • Stolemotion (indtastet) • Førstehjælp	• Forsøgt som evalueringsredskab, men for store udsving og svært tilgængeligt til at blive brugt konsekvent.
Hjørring	• Sundhedssamtaler med ansatte inden for ældreområdet • 'Sund aktivering'	• Desuden brugt af sundhedskonsulenter som værktøj i samtaler med borgerne (brugt i samtale med ca. 100 borgere, uden opfølgning eller indtastning).
Høje Tåstrup	• Vægttabshold • Girlpower (indtastet) • Sjøv sundhed i 6. klasse (indtastet) • Formiddagscaféen • Rygestop (indtastet) • Udvalgte vægtstopforløb (indtastet) • Et værksted for unge	
Køge	• Stolemotion • Zumba • Hverdagsdansk • To vægtstopforløb	• Papirerne med udfyldte WHO-5-skemaer er gået tabt, inden de blev indtastet i den elektroniske Access database.
Langeland	• Slankeklub (indtastet) • Kost og ernæringskursus (indtastet) • Udviklingshåndværker (indtastet) • Madklub mænd (indtastet) • Sundhedstjek (indtastet) • Vægtstoprådgivning voksne (indtastet)	
Lolland	• UU-vejledning i 7. klasse	
Silkeborg	• Fitness-tilbud (indtastet)	
Struer	• Trivselssamtaler (indtastet) • Vægtstop • Rygestop • Sundhedstjek	
Svendborg	• Mindful Moving-forløb (indtastet) • Kun for mænd (indtastet) • Kreativt værksted (indtastet)	• Desuden anvendes skemaet i forbindelse med et spørgeskema til projektets egen-evaluering. WHO-5 danner her afsæt for at spørge mere detaljeret ind til aktiviteterne, og om der er noget, borgerne savner.
Thisted	• Individuelle forløb • Trivselssamtaler	
Aalborg	• Fokusgruppeinterview blandt voksne • Pigegrupper 12-16 år	

4 OPLEVEDE STYRKER VED AT ARBEJDE MED WHO-5 TRIVSELSINDEKS

De projektledere, der har haft størst succes med at anvende skemaet i arbejdet med mental sundhed, fremhæver flere kvaliteter ved skemaet. Først og fremmest opleves WHO-5 skemaet som en positiv måde at bringe mental sundhed på banen i samtaler med borgerne. For det andet fremhæves skemaet for dets egenskab til at synliggøre en udvikling, hvilket er med til at motivere både borgere og medarbejdere. Disse to styrker uddybes enkeltvis nedenfor.

Skemaet er valideret og afprøvet. Det er overskueligt og nemt. Og så får vi det ud af det, vi gerne vil. Det er da genialt. (Projektleder)

Vi bruger det blandt andet i en egen-evaluering. Og i det forløb er spørgeskemaet jo konkret og håndgribeligt. (Projektleder)

4.1 Et positivt værktøj i samtalen

En erfaret kvalitet ved WHO-5 skemaet er dets egenskaber i forbindelse med samtaler med borgerne. I forbindelse med eksempelvis trivsels- eller sundhedssamtaler, virker WHO-5 skemaet som en oplagt måde at få bragt mental sundhed ind i samtalen, og behandle emnet på en konstruktiv måde.

Her spiller skemaets simple opsætning og formulering en stor rolle. Det giver medarbejderne mulighed for at inddrage skemaet i samtalen, uden at borgeren på forhånd har fået en introduktion til det. Medarbejderne kan dermed inddrage skemaet i det omfang de selv finder det relevant. Her er den positive formulering af spørgsmålene i skemaet også vigtig. Det gør at skemaet kan inddrages uden at virke konfronterende overfor borgeren.

En anden erfaret kvalitet ved WHO-5 er, at det er meget konkret. Projektlederne forklarer at det kan være svært at fokusere på mental sundhed og trivsel i samtaler med borgerne, da det for mange virker som et abstrakt eller flyvsk emne. De konkrete spørgsmål i WHO-5 skemaet, giver noget specifikt at snakke ud fra, og skemaet bliver på den måde et udgangspunkt for at tale om borgerens trivsel generelt.

Vi har brugt den meget i trivselssamtaler og så i forbindelse med sundhedstjek på virksomhederne. (...) Det gør det meget mere konkret at snakke om, hvordan man har det med sig selv og sine omgivelser - det gør det lettere at tale om ud fra den her (WHO-5 skemaet) og indholdsmæssigt

mere konkret. (...) Jeg tror ikke på, at vi havde fået så god snak med borgerne, hvis vi ikke havde haft den indgangsvinkel. Så ville emnet meget lettere være blevet sprunget over. (Projektleder)

Det kan være et redskab i en samtale, når sundhedskonsulenten vurderer, at det kan være godt til at få samtalen ind på nogle forskellige ting. Det, jeg hører, er, at det er helt konkret. Ligesom et blodtryk. Det er en helt konkret indgang til noget, der kan være svært at tale om. Så får man den snak om hvorfor man ikke sover godt, eller hvorfor man ikke er tilfreds. Det er håndfast. (Projektleder)

4.2 WHO-5 trivselsindeks kan synliggøre en udvikling og effekt

Det er projektledernes erfaring, at WHO-5 skemaet kan fungere som et "udviklingsredskab", der kan synliggøre en udvikling hos borgerne, hvad enten denne udvikling er positiv eller negativ. Det har været en fordel både i specifikke aktiviteter, for projektet bredere set og i forhold til den eksterne kommunikation.

I nogle projekter har brugen af WHO-5 skemaerne givet både borgerne og medarbejderne mulighed for at synliggøre en effekt af aktiviteten. Det er særligt motiverende i aktiviteter, hvor der eksempelvis fokuseres på små ændringer i borgernes sundhed (i form af trivselssamtaler, stole-gymnastik eller fremmøde til sociale aktiviteter). Imens andre målbare resultater her er sparsomme (eksempelvis vægttab), viser WHO-5 indekset i nogle tilfælde en øget trivsel hos borgerne.

Enkelte projektledere fremhæver det som en styrke ved WHO-5 indekset, at det kan bidrage til at synliggøre projekternes resultater til eksterne interessenter, som eksempelvis kommunen. Her virker de kvantitative målinger som en kærkommen støtte til projekternes mere kvalitative vurderinger af deres successer og udfordringer.

Vi ser det mest som en måling, hvor man kan dokumentere et fremskridt i forhold til politikere eller en evaluering. (Projektleder)

Det har givet særlig god mening i forhold til vægtstop – for tit ender et vægtstop forløb med at man ender med at tage sig 1,5 kilo på flere måneder, og der tænker vi det var mange ressourcer på så lidt, og der har det været godt at kunne holde det op imod et WHO-5 skema og sige at da de startede var selvværet i bund, men nu er der et andet åbent vindue, hvor man kan sætte ind på kosten. (Projektleder)

5 UDFORDRINGER MED WHO-5 TRIVSELSINDEKS I EN NÆRMILJØKONTEKST

Der er i projekterne erfaret forskellige udfordringer knyttet til anvendelsen af WHO-5. Flere projektledere har oplevet det som en grundlæggende udfordring, at medarbejderne er usikre på, hvornår og hvordan skemaet bedst anvendes. Udfordringerne har både at gøre med validiteten og fortolkningen af indeksets resultater, principielle forbehold blandt medarbejderne og selve timingen i forhold til hvornår WHO-5 målingerne kan foretages. De forskellige udfordringer gør samlet set skemaet svært at bruge som evalueringsværktøj i projektet 'Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet'.

5.1 Resultatorienterede udfordringer ved WHO-5 trivselsindeks

Flere projektleder oplever, at det er svært at anvende WHO-5 indeksets resultater. De stiller sig skeptiske overfor om den målte udvikling i borgernes trivsel, kan knyttes sammen med en bestemt indsats eller aktivitet. Her fremhæves det, at de aktiviteter som borgerne deltager i, ofte kun udgør en mindre del af deres liv og hverdag. Derfor vil vigtigere faktorer som eksempelvis sygdom, jobsituation eller forelskelse give større udslag i borgernes trivsel.

Med hensyn til skemaets anvendelighed til at generalisere resultater på tværs af projekterne, fremhæver flere projektledere bredden af de aktiviteter, som projekterne har arbejdet med, som en udfordring. Da mange aktiviteter har haft et bredt metodisk og sundhedsmæssigt fokus, betragtes det som irrelevant, at sammenligne målingerne på tværs af projekter og kommuner.

Det reducerede resultat skemaet giver, er med andre ord både en styrke og en svaghed ved WHO-5. Det har vist sig, at der foretages individuelle afvejninger af, hvorvidt de ressourcer, det kræver at arbejde med WHO-5, kan opvejes af den viden, som skemaet kan forventes at give. Mens alle projektledere er enige om, at skemaet viser *noget*, er det meget forskelligt, hvorvidt de finder denne viden tilstrækkeligt anvendelig eller ny, i forhold til den viden, projekterne i forvejen besidder.

Vi har haft det (WHO-5 skemaet) i forbindelse med sund aktivering. Der har vi opsamling på et forløb med 10 deltagere, som også er med i opsamlingen. Der var en der blev indlagt midt i forløbet, og hun havde en psykisk diagnose. Det var uafhængigt af det forløb, der faldt hun fuldstændig sammen. Og så på den anden side har vi en, der er blevet forelsket inden den sidste periode. (Projektleder)

Validiteten i det sætter jeg spørgsmålstegn ved. Den ene dag i december måned kan de have haft en helt vildt god dag. Og senere er det en dårlig dag, og så scorer de efter det. (Projektleder)

5.2 Medarbejdernes forbehold ved at bruge WHO-5 trivselsindeks

I flere projekter har medarbejderne oplevet usikkerhed, omkring hvordan de bør forholde sig til borgere som mistrives. Det har udgjort en barriere for brugen af WHO-5 indekset. Usikkerheden går dels på hvorvidt det vil have en negativ effekt på borgerne at blive gjort opmærksom på deres mistrivsel, og dels på at medarbejderne ikke føler sig klædt på til at hjælpe borgere der udviser tegn på stærk mistrivsel.

Erfaringer fra de projekter hvor WHO-5 er taget i brug, viser at medarbejdernes bange anelser sjældent bliver til virkelighed. Det er gennemgående, at WHO-5 indekset enten overrasker positivt, ved at borgerne får målt en bedre score end ventet, eller at projekterne får indarbejdet en arbejds-gang, hvor borgere med behov for hjælp hurtigt henvises til rette sted. Erfaringen er tværgående, at det er vigtigt at projekterne forpligter sig på brugen af WHO-5, og ligger en plan for, hvordan der henvises videre, i tilfælde af at det bliver nødvendigt. På den måde kan udfordringen effektivt imødekømmes, og projektmedarbejderne vil være bedre klædt på til at gå i gang med at bruge skemaet.

Et andet forbehold som medarbejderne har haft, går på hvorvidt borgerne bør konfronteres med spørgsmål om mental trivsel, som de i udgangspunktet ikke selv har valgt at arbejde med. Det er en bekymring, at deltagerne i værste fald demotiveres i forhold til at arbejde med den udfordring, de har valgt at fokusere på, fordi de med WHO-5 introduceres til yderligere problemstillinger, som kræver en indsats.

Projektlederne forklarer, at det kan virke modstridende for medarbejderne at invitere til åbne og inkluderende aktiviteter, samtidig med at man beder folk om at udfylde skemaer, med henblik på at foretage en måling. For nogle borgere, som har valgt at deltage i aktiviteter med mental trivsel som fokus, kan det udfordrende nok i sig selv at deltage og engagere sig i andre mennesker i aktiviteterne. Her opleves det i nogle tilfælde som grænseoverskridende at blive mødt med en 'test' som noget af det første. For både medarbejdere og borgeres motivation, er det vigtigt, at WHO-5-skemaet ikke fremstår malplaceret i den kontekst, det anvendes i. Det kan eksempelvis imødekømmes med en grundig introduktion til skemaet. Denne del beskrives nærmere i afsnit 6.

Da vi skulle bruge det (WHO-5 skemaet) i forbindelse med de indledende aktiviteter, der blev vi lidt i tvivl om det var for barsk en oplevelse for dem, at score lavt på det her, og om vi havde kompetencerne i projektet til at samle op på dem der scorede lavt. For vi vidste vi havde dem, dem der scorede lavt, og måske overvejede selvmord. (Projektleder)

Det er vildt. Næsten konsekvent, så slutter borgerne jo på et højere niveau end de starter, når man giver dem et forløb, der har fokus på trivsel, og de skal bruge skemaet til at måle trivsel. Vi kan jo godt se, at der er mange der vokser, og der dokumenterer skemaet det jo på fornemmeste

vis. Så nej. Vi har ikke stået i en situation hvor nogen har skulle reddes uden at vi kunne. Det var måske ubegrundet vi havde den bekymring. (Projektleder)

Det er svært at integrere på en meningsfuld måde i forhold til de tilbud vi havde. Vi prøvede det og folk sagde "hvorfor skal vi lige pludselig det?". Folk stillede sig undrende overfor hvad meningen med den var. (Projektleder)

5.3 Strukturelle udfordringer forbundet med WHO-5 trivselsindeks

En udfordring ved at gøre brug af WHO-5 skemaet i projekterne, er at ikke alle aktiviteter har et klart starttidspunkt og en afslutning. Derudover varierer de meget i frekvens og intensitet. Det gør det vanskeligt at finde et starttidspunkt, hvor det er praktisk muligt at introducere skemaet. Projektlederne forklarer at det skaber tvivl for nogle medarbejdere, ift. hvorvidt det overhovedet er relevant at introducere skemaet, og hvis det introduceres hvordan resultaterne kan bruges, da det ikke er muligt at foretage en opfølgende måling.

En anden tværgående udfordring går på målingernes anvendelighed, i aktiviteter hvor der ikke er en fast struktur i forløbet, og målingerne derfor foretages på forskellige og med forskelligt interval. Her oplever projektlederne det også som en udfordring, at de ikke kan regne med, at det er de samme borgere der deltager hver gang i samme aktivitet.

Denne strukturelle udfordring afspejles i projekternes indtastning af deres målinger. For de brugere hvor der er foretaget både start- og slutmåling, er der gået alt fra 2 dage til 2 år mellem målingerne. Selv brugere som har deltaget i samme aktivitet, kan have langt i mellem deres målinger. Det gør det svært, at konkludere noget tværgående om udviklingen i borgernes mentale sundhed ud fra indtastningerne.

I projekterne har medarbejderne været bevidste om, at det er op til dem selv at afprøve skemaet og gøre sig konkrete erfaringer med i hvilke sammenhænge og blandt hvilke målgrupper, skemaet fungerer bedst. Det er dog stadig en generel erfaring blandt projektlederne, at man kunne være blevet klædt bedre på til opgaven. Flere efterspørger her at der udarbejdes en konkret vejledning til brug af skemaet og indtastning af målinger.

Med mange af vores ting (aktiviteter), der går der lang tid mellem start og slutmålinger - ca. ½ år eller mere. Redskabet forestiller jeg mig vil være aller bedst, hvis man lavede regelmæssige målinger, måske hver 2.-3. måned (Projektleder)

Vi kunne også have brugt WHO-5 i forbindelse med vores brandkursus. Men så igen, det foregår over en uge, og hvornår skulle man spørge igen. (Projektleder)

Jamen altså det har været for at prøve at dokumentere, og se om det har rykket noget i den her aktivitet. Men det er svært på så kort en periode at se et resultat. Man kan sige, f.eks. vores 'Kun for mænd', den ene gang der har vi taget en omgang med WHO-5 en december, og så har vi taget den opfølgende (måling) i maj/juni - ca. et halvt år efter. Det er kort tid at rykke på noget så

stort som den generelle trivsel, og hvad det ellers indebærer. Og Mindfull Moving var endnu kortere – det var seks eller otte gange hvor vi brugte det der. Det kunne være interessant at se på en længere periode. (Projektleder)

5.4 Vanskeligt at bruge som evalueringsredskab: oversigt over indtastninger

Samlet set gør udfordringer som projekterne har mødt i arbejdet med WHO-5, at det er svært at anvende som evalueringsredskab for de aktiviteter, som projekterne har forestået. Dette afspejles også i de målinger, som projekterne har indtastet gennem Access databasen.

Der er i alt seks kommuner, der har indtastet målinger i Access databasen: Herlev, Høje-Taastrup, Langeland, Silkeborg, Struer og Svendborg. Generelt er der et stort skel i hvor mange målinger kommunerne har indtastet. Særligt Langeland og Struer har indtastet mange målinger, imens Herlev og Svendborg har indtastet ganske få.

Tabel 2: Antal indtastninger gennem Access databasen fordelt på kommuner

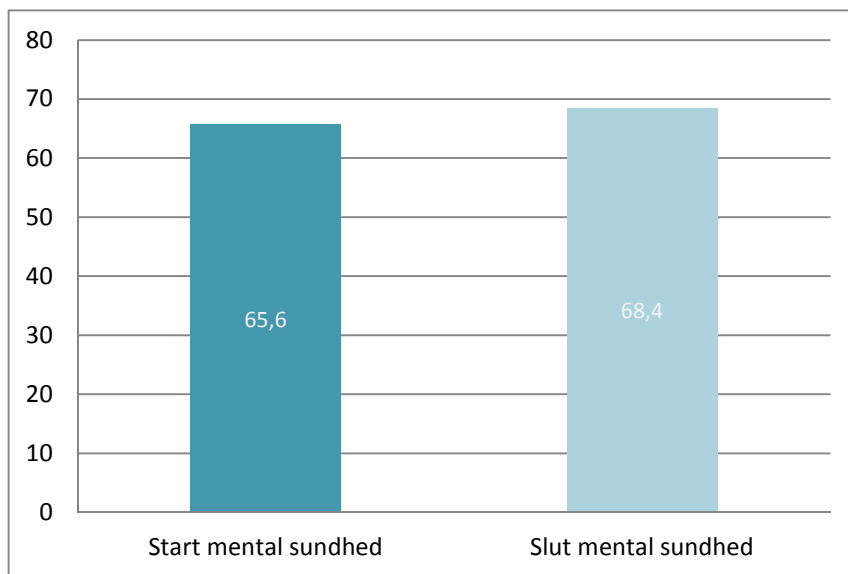
Borgere	Herlev	Høje Taastrup	Langeland	Silkeborg	Struer	Svendborg	Total
Målt i alt	18	55	449	72	360	14	968
>1 måling	9	45	159	72	6	14	305

Af de 968 borgere, der er blevet indtastet målinger for, er 54 % kvinder og 46 % mænd. Gennemsnitsalderen er 50 år. På tværs af alle indtastet målinger, har borgerne en gennemsnitlig score på 68,5 pointtal, hvilket vil sige at den ligger 0,5 pointtal højere en landsgennemsnittet på 68 pointtal⁵. For de borgere som har fået foretaget mere end en måling, kan der registreres en udvikling på 3 pointtal fra den første til den sidste måling. Dette tal skal ses i relation til, at man i psykiatrien normalt arbejder med et mål om en stigning på 40 pointtal for depressive patienter, ved et 12-ugers behandlingsforløb med antidepressiv medicin⁶.

⁵ Guide til trivselsindekset: WHO-5, Sundhedsstyrelsen. www.sundhedsstyrelsen.dk.

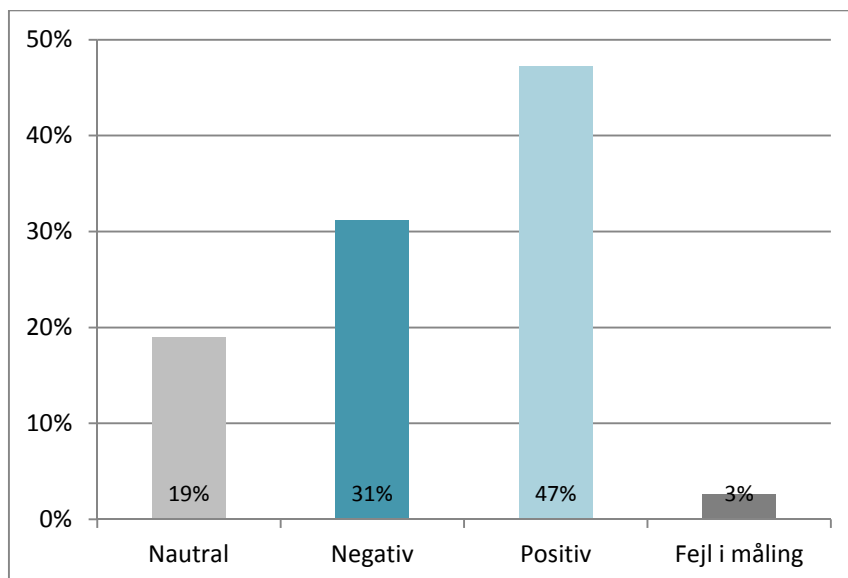
⁶ Bech, Per: Clinical Psychometrics. Wiley-Blackwell 2012.

Figur 2: Gennemsnitlig trivselsscore for borgere med mere end en måling (N=305)



Umiddelbart synes en udvikling på 3 pointtal ikke af den store udvikling. Et flertal af borgerne har dog oplevet en positiv udvikling i deres trivselsscore. Af de 305, der er blevet indtastet mere end én måling for, har 31 % haft en negativ udvikling i deres mentale sundhed, og 47 % har haft en positiv udvikling i deres mentale sundhed. Der er 19 % der ikke har oplevet nogen udvikling i deres mentale sundhed, og så er der 3 %, hvor det pga. fejl i indtastningerne ikke har været muligt at afgøre udviklingen i deres mentale sundhed.

Figur 3: Udvikling i borgernes trivselsscore målt i procent (N=305)



På trods af den overordnede positive udvikling i den mentale sundhed for borgerne, er det, som flere projektledere også pointerer, svært at spore en entydig sammenhæng mellem udviklingen i mental sundhed og de aktiviteter, de har deltaget i. Det fremgår af nedenstående oversigt over udvikling i mental sundhed, fordelt på forskellige aktiviteter.

Af oversigten fremgår det, at et af de forløb hvor borgerne har oplevet den største fremgang i mental sundhed, er et rygestopkursus i Høje-Tåstrup. Her har borgerne opnået en fremgang på over 13 pointtal. Samtidig har borgerne i et andet rygestopkursus i Langeland en lille tilbagegang i den mentale sundhed på -2,6 pointtal. Heller ikke for samme aktiviteter i samme kommune kan der spores en entydig udvikling i borgernes trivsel. Den svinger fra positiv til negativ for både "Madklub og mænd" og "Sundhedstjek" i Langeland og "Trivselssamtaler" i Struer.

På trods af at borgerne generelt har oplevet en lille positiv udvikling i deres mentale sundhed, kan det ikke entydigt knyttes til typen af projekternes aktiviteter. Det vil kræve et mere solidt og konsekvent dataset samt mere information om de enkelte aktiviteter, for at kunne afgøre hvilke faktorer, der har haft en indvirkning på borgernes oplevede trivsel.

Tabel 3: Udvikling i borgernes mentale sundhed fordelt på aktivitet

Kommune	Aktivitet	Antal borger (mere end en måling)	Gennemsnitlig ændring i po- inttal
Herlev	Stolemotion	9	9,33
Struer	Trivselssamtaler	3	5,33
	Trivselssamtaler 2	3	-6,66
Svendborg	Mindful Moving 1	2	12
	Kun for Mænd	8	-2
	Kreativt Værksted	4	11
Langeland	Sundhedstjek hos virksomhed 1	6	-6
	Sundhedstjek hos virksomhed 2	5	-0,8
	Sundhedstjek hos virksomhed 3	4	-8
	Sundhedstjek hos virksomhed 4	3	2,6
	Sundhedstjek hos virksomhed 5	14	-1,7
	Sundhedstjek hos virksomhed 6	2	-18
	Sundhedstjek hos virksomhed 7	3	-5,3
	Sundhedstjek hos virksomhed 8	6	-4
	Sundhedstjek borgerrettet runde 1	19	-5,6
	Sundhedstjek borgerrettet runde 3	1	16
	Madklub mænd 1	9	6,2
	Madklub mænd 2	9	3,1
	Madklub mænd 3	17	-0,9
	Vægtstoprådgivning voksne	22	5,6
	Rygestopkursus voksne	24	-2,6
	Udviklingshåndværker	2	-6
	Kost og ernæringskursus	4	-1
	Slankeklub	8	-5
Høje- Tåstrup	Bliv lettere	6	10
	Rygestop	23	13,29
	Girl Power	12	7,33
	Sjov Sundhed for Sjette	3	16
Silkeborg	Fitness minus træning	35	-1,28
	Fitness plus træning	37	10,27

6 PRAKTISKE OG TEKNISKE OVERVEJELSER OM WHO-5 TRIVSELSINDEKS

Erfaring fra projekterne har vist, at nogle borgere kan have en modvilje imod at udfylde WHO-5 skemaet, særligt når de ikke kan se meningen med det. Et andet forhold det har vist sig nødvendigt at tage højde for i arbejdet med WHO-5, er refleksionsniveauet hos borgerne. Særligt for nogle grupper, kan det være udfordrende at reflektere over eget velbefindende over de sidste to uger, og ikke kun øjeblikket.

Der har også vist sig en række mere tekniske udfordringer med indtastninger af målingerne i Access databasen. Projektlederne forklarer at de ikke kan ændre i indtastninger, hvis de fx kommer til at lave en fejl. Samtidig er udtrækket fra databasen uhensigtsmæssigt organiseret, hvilket besværliggør en analyse af data. Disse praktiske og tekniske overvejelser uddybes i det følgende.

6.1 At introducere skemaet og gøre det relevant

I introduktionen af skemaet for borgerne, har det vist sig at være et båndspænd, hvis der ikke fremstår en tydelig sammenhæng mellem den aktivitet, borgerne deltager i, og den mentale trivsel, som WHO-5 refererer til. Det kan udgøre en barriere ift. borgernes vilje til at udfylde skemaet.

Projektlederne fremhæver her, at det er vigtigt at WHO-5 skemaet introduceres grundigt for deltagerne i en given aktivitet. Det hjælper at have fokus på en klar brobygning mellem aktivitetens fokus og WHO-5 skemaets fokus. De projekter, der har arbejdet målrettet med at introducere deltagerne til, hvorfor skemaet skal udfyldes i forbindelse med den pågældende aktivitet, giver udtryk for forståelse og samarbejdsvilje fra deltagernes side.

Vi har ikke brugt det i vores familienetværk – der har vi ikke anvendt det. Der kan være en større modstand. Det er nok fordi folk kommer for at hygge sig, det er deres mål - det sociale samvær med andre. Hvor man ved rygestop, der har man nogle samtaler og sætter sig et mål. Det gør man også med vægttab. Men der er det lettere at få ind fordi det har en introduktion. Det er der flere barrierer mod det i uformelle netværk. (Projektleder)

Vi gav dem skemaer og vi lavede indtastninger sammen med dem. (...) Der fungerer det bedst. Når vi sidder og laver overlevering sker der også en betoning i forhold til hvad vi lægger vægt på. (Projektleder)

6.2 WHO-5 trivselsindeks kræver selvrefleksion hos målgruppen

En praktisk udfordring ved WHO-5 skemaet har vist sig at være den refleksion og anskuelse af ens situation som det kræver af borgeren. Erfaringerne fra projekterne viser, at det er et område, som man bør tage højde for i anvendelsen af WHO-5 skemaet. Erfaringen er, at det især er vanskeligt for borgere med anden etnisk baggrund end dansk, unge og for borgere som har særlig dårlig trivsel.

For borgere med anden etnisk baggrund end dansk har udfordringerne primært været sproglige. Flere projektledere forklarer samtidig, at de forskellige kategorier kan gå ”hen over hovedet på folk”, da et emne som mental sundhed ikke er noget, de er vant til at forholde sig til.

For unge borgere (omkring skolealderen) og borgere med særlig dårlig trivsel består den primære udfordring i, at de har svært ved at reflektere tidsmæssigt. Besvarelsen af WHO-5 skemaet kræver, at respondenter svarer ud fra, hvordan vedkommende har haft det over en periode på 14 dage. For de yngre borgere gælder det at de ofte er mere spontane, og har svært ved at forholde sig til hvordan de har haft det over en længere periode. De borgere som har særlig dårlig trivsel kan have samme udfordring. For dem er det svært ikke at lade sig påvirke, af den situation de står i øjeblikket, selvom det måske har set anderledes ud i den foregående uge.

[Det er] måske ikke så relevant i vores områder [at bruge WHO-5 indekset] – den her egenrefleksion er svær for mange af vores beboere. Det med at tænke 14 dage tilbage, det er svært hvis man sidder og har det helt vildt dårligt. De kan ikke lave regnestykket over de sidste 14 dage. (Projektleder)

Der har også været svært med folk med anden kulturel baggrund. Det er svært for dem at forstå begreberne. (...) Det er det med det praktiske i det, og det har været svært at få svarene fordi man måske ikke har den selvindsigt. Så der har også været noget rent indholdsmæssigt der har gjort det. (Projektleder)

Pigegruppen var alt for impulsive til at det virkede. De huskede mere spisefrikvarteret end de sidste 14 dage. (Projektleder)

6.3 Access databasen – et redskab i udvikling

Udover de 6 projekter der har indtastet målinger gennem Access databasen, har et par projekter forsøgt at logge ind på databasen, men har aldrig gjort brug af den. To af de projektledere der har indtastet gennem databasen, er ikke stødt på nogen udfordringer. De andre projektledere stiller sig generelt kritiske overfor systemet.

Projektlederne fremhæver det som en udfordring, at databasen ikke har været klar til at modtage indtastninger fra start af. Det har været med til at få databasen til at fremstå som en forhindring i projekternes arbejde, i stedet for et værktøj til at hjælpe dem med opgørelsen af data. Det har også givet den praktiske udfordring, at man i begyndelsen kun har kunne opbevare skemaerne i papir-

form, for først senere at kunne indtaste dem. I en kommune har denne arbejdsgang ført til at man helt har mistet skemaerne.

Med hensyn til opsætningen af databasen, nævner projektlederne det tværgående som en udfordring, at det ikke er muligt at gå tilbage og ændre indtastninger. Det har givet anledning til en del frustration, da man i nogle tilfælde har måtte oprette borgere på ny, med nye målinger, hvis der er blevet indtastet fejl. Det har også gjort, at data som trækkes ud af systemet, i nogen grad er fejlbehæftet, da fejlindtastninger ikke altid er slettet. I databehandlingen er det ikke muligt at danne overblik over fejlindtastningerne eller sortere dem fra, hvilket gør at opgørelser over projekternes indtastninger må læses med et vist forbehold.

Flere projektledere efterspørger derudover en mulighed for at kunne kategorisere aktiviteter ordentligt – eksempelvis ift. hvor aktive borgerne har været i en aktivitet, eller hvilken type aktivitet de har deltaget i.

En sidste praktisk udfordring ved Access databasen er de udtræk, som kan genereres ud fra den. I sin nuværende form kan der kun udtrækkes dataset, hvor respondenter og variable er knyttet sammen på forskellig vis i forskellige ark. I forhold til databehandling består den primære udfordring i, at en respondent med flere målinger fremgår over flere rækker, imens dennes forskellige målinger, og tidspunktet for dem, fremgår af samme kolonner. Det gør at data ikke kan overføres direkte til andre analyseprogrammer, og at behandlingen af data derfor kræver en større manuel redigering, før de kan analyseres. Det skaber flere fejlkilder og giver uhensigtsmæssigt meget ekstra arbejde i behandlingen af data. En yderligere udvikling af systemet er derfor påkrævet, før udtrækkene kan bruges optimalt i evalueringsøjemed.

Vi var nødt til at lave nogle grupperinger efter hvad der gav mening – fysisk aktivitet som var vedvarende og nogle andre som havde holdt lange pauser. Så delte vi dem op og tastede ind efter det. (Projektleder)

Man kan ikke rette, slette og gruppere som man vil. Det er for oldnordisk, at man ikke kan det. Jeg manglede også lidt feedback undervejs, når vi sådan tastede på livet løs. (Projektleder)

Det (Access databasen) synes jeg har været under al kritik. (...) Jeg var meget hooked på at skulle gøre en indsats. Jeg var hurtigt inde og prøve at indberette – det var så tungt og rigtigt og man kunne ikke slette brugere. (...) Det er generelt. Hvis man skriver 2014 så skal det være mere intuitivt og lækkert. Det har været demotiverende ift., at skulle komme med indberetninger. Det har bare taget for lang tid. (Projektleder)