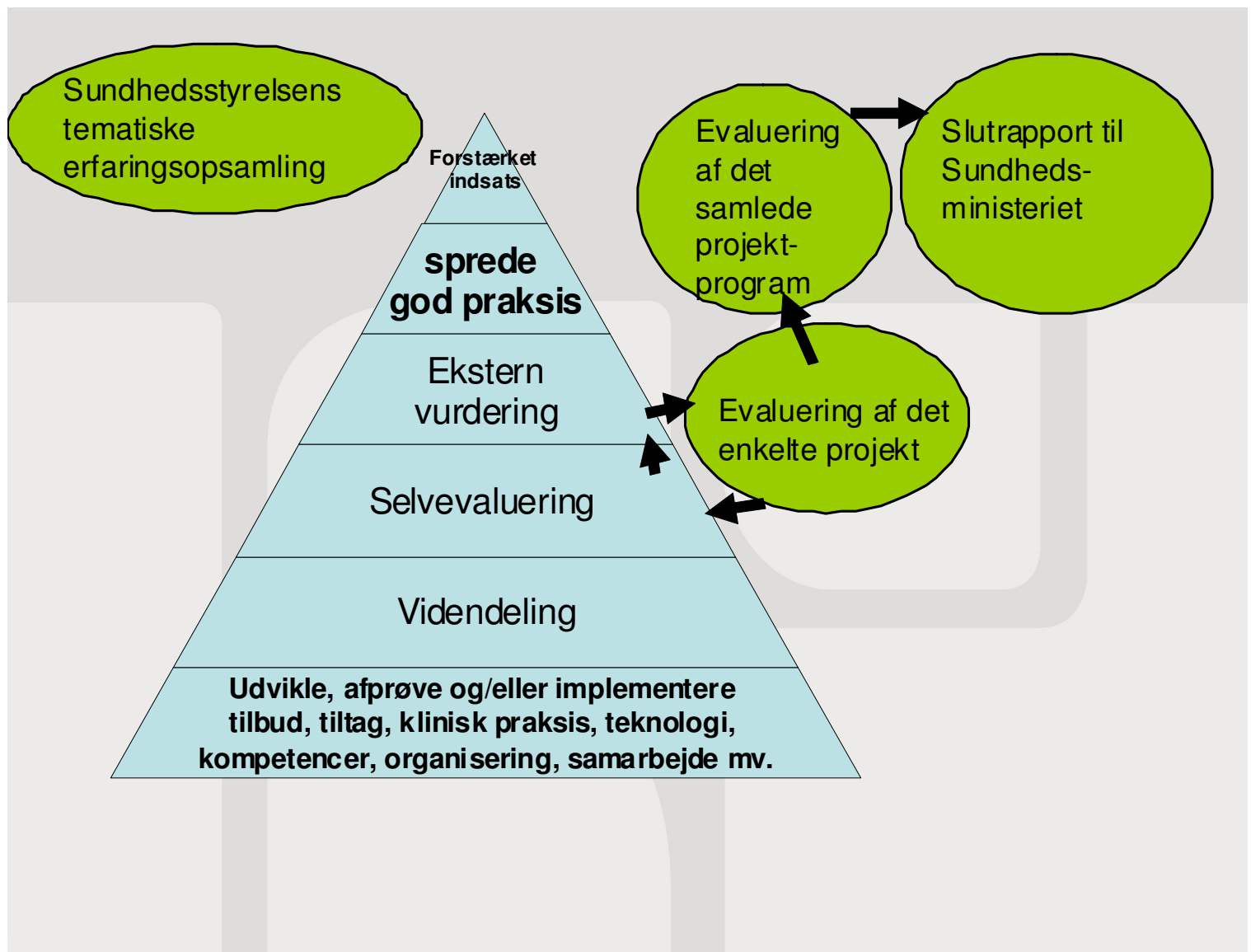


**Projektbeskrivelse: Evaluering af program med
28 projekter til forstærket indsats overfor kronisk sygdom i
Region Midtjylland 2010-2012
(kronikerprojektprogrammet)**



Projektbeskrivelse: Evaluering af program med 28 projekter til forstærket indsats overfor kronisk sygdom i Region Midtjylland 2010-2012 (kronikerprojektprogrammet)

Versionsdato: 13. juni 2012

Forfatter:

Jesper Buchholdt Gjørup

Denne publikation citeres således:

Forfatter: Gjørup JB

Titel: Projektbeskrivelse: Evaluering af program med 28 projekter til forstærket indsats overfor kronisk sygdom i Region Midtjylland 2010-2012 (kronikerprojektprogrammet)

Aarhus: Region Midtjylland, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2012

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

Tlf.: 7841 4043

E-mail: jesgjo@rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

1	FORMÅL OG GENSTANDSFELT	4
2	MÅL FOR INDSATSEN	4
3	PROGRAMEVALUERINGENS INDHOLDSMÆSSIGE FOKUS	4
4	METODISKE OG PRAKTISKE UDFORDRINGER	6
5	PROGRAMEVALUERINGENS ELEMENTER	7
6	TIDSPLAN	10
	BILAG 1 - BUDGET	11
	BILAG 2 - KVALITETSSIKRING AF PROGRAMEVALUERINGEN	12

1 Formål og genstandsfelt

Formålet med dette projekt er at gennemføre en evaluering af Region Midtjyllands projektprogram om forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse indkaldte ansøgninger til 10. juli 2009. Region Midtjylland indsendte ansøgning om 30. september 2009 og fik bevilget 82 millioner kroner fra to statslige puljer til 28 projekter i perioden 2010-2012.

Programevalueringen skal bidrage til at:

- afklare om projekterne har ført til en omstilling, der matcher nationale og regionale mål og strategier om indsatsen overfor til kronisk syge og i relation hertil.
- kvalificere grundlaget for at vurdere og beslutte om projekterne bør videreføres og udbredes.
- videreudvikle indsatsen overfor kronisk sygdom ved at formidle viden og erfaringer til klinikere, ledere, patienter, pårørende og deltagere i strategiske beslutningsprocesser.
- sikre en høj kvalitet af Region Midtjyllands slutrapporter til Sundhedsministeriet.

2 Mål for indsatsen

Mere konkret er målene med evalueringen af projektprogrammet til forstærket indsats overfor kronisk sygdom:

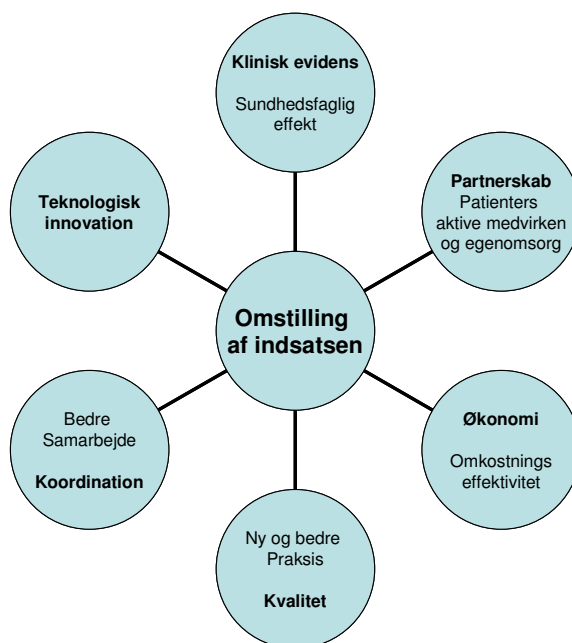
- At relevante beslutningstagere opnår et kvalificeret grundlag for at vurdere om det enkelte projekt skal videreføres og udbredes.
- At klinikere, ledere og administratorer, der deltager i udviklingen af indsatsen overfor kronisk sygdom, får en viden, som kan bruges fremadrettet til spredning af god praksis og dialog om fremtidig strategi og udvikling,
- At lederne af de 28 projekter oplever programevalueringprocessen som relevant og inspirerende - og ikke som unødigt dobbeltarbejde.
- At programevalueringen koordineres og hænger godt sammen med de lokale evalueringsaktiviteter og de nationale tiltag (slutrapport til Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsens tematiske erfaringsopsamling)
- At Region Midtjylland opfylder Sundhedsstyrelsens og Sundhedsministeriet krav til slutrapportering
- At evalueringen følger tidsplan og overholder budgettet.

3 Programevalueringens indholdsmæssige fokus

Programevalueringen har fokus på om projekterne bidrager til at omstille sundhedsvæsenets indsats overfor kronisk sygdom.

Om projektet bidrager til at omstille indsatsen overfor kronisk sygdom handler fx om at:

- Der indføres en ny og bedre praksis.
- Patientforløbene og det tværsektorielle samarbejde bliver bedre.
- Omkostningseffektiviteten stiger.
- Patienternes medvirken og egenomsorg styrkes.
- Den nye praksis og dermed projektets positive resultater kan fastholdes, når det overgår til drift.



Om projektet bidrager til at øge omkostningseffektiviteten handler fx om:

- Øget produktivitet (mere aktivitet for færre eller uændrede ressourcer).
- Flere patienter hjælpes med færre eller uændrede ressourcer.
- Øget sundhedsfaglig, organisatorisk og/eller patientoplevet kvalitet med færre eller uændrede ressourcer.
- Færre omkostninger og/eller større effekter for det samlede sundhedsvæsen. Projektets afledte effekter og konsekvenser på andre sektorer. LEON-princippet.

Kort sagt: Projektet bidrager til mere sundhed for pengene.

Om patienternes medvirken og egenomsorg styrkes kan belyses på forskellige måder, fx ved at indsamle og analysere data om:

- Patienternes medvirken i indsatsen
- Patienternes oplevelse og vurdering af det ændrede tilbud/ydelse
- Patienternes viden om, holdning til og motivation for egenomsorg
- Patienternes sundhedsadfærd
- Patienters helbred og prognose: kliniske værdier, funktionsevne, livskvalitet osv.
- Projektet kan fx have udviklet mere målrettede tilbud til sårbare og udsatte grupper

Fastholdelse af ny praksis og positive projektresultater afhænger af en række faktorer vedrørende processer, personale og organisation (se afsnit 5, side 7).

Erfaringerne med og resultaterne af indsatsen skal så vidt muligt undersøges og vurderes ud fra data, der belyser følgende perspektiver og aspekter:

- Patienterne/borgerne
- Sundhedsfagligt/klinisk kvalitet
- Organisatorisk kvalitet
- Teknologi (især relevant for de telemedicinske projekter og databaserne)
- Driftsøkonomi
- Samfunds-/sundhedsøkonomi

4 Metodiske og praktiske udfordringer

Det er forbundet med store metodiske udfordringer at undersøge projekternes sundhedsmæssige effekter. Mange projekter har ikke indsamlet data, der er tilstrækkelige og/eller velegnede til at kunne belyse omkostningseffektivitet, sundhedsøkonomi og patientperspektivet på den nye praksis, som er afprøvet og/eller implementeret i projektet. Det var heller ikke et krav for at få tildelt penge. Flere projekters formål, målgrupper, effektmål og interventioner overlapper, hvilket vanskeliggør muligheden for at vurdere effekten af det enkelte projekts tiltag.

Evalueringen af det enkelte projekt har været planlagt og prioriteret i varierende grad og på forskellige måder. Nogle projekter evalueres af eksterne evaluatore. Andre evalueres af projektlederne selv. Mange af de 28 projekter er ikke afsluttet, evalueret og afrapporteret, når programmet skal evalueres. Flere af de projekter, som er designet som klinisk forskning når ikke at inkludere et tilstrækkeligt antal patienter inden projektperioden udløber. Reglerne for publicering af resultater i peer review tidsskrifter begrænser også muligheden for at offentliggøre evalueringresultater i 2012.

Positive resultater opnået i en projektperiode kan ikke uden videre fastholdes, når projekter overgår til almindelig drift.

De enkelte projekter skal ikke pålægges unødigt ekstraarbejde. Programevalueringen skal derfor synkroniseres med lokale og statslige evalueringsaktiviteter. Sundhedsstyrelsens skabelon for slutrapport foreligger i en foreløbig version, som netop er blevet pilottestet og ventes at blive meldt endeligt ud primo juni 2012. Sundhedsstyrelsen planlægger desuden en tematisk erfaringsopsamling i efteråret 2012, hvor alle projekter skal udfylde et spørgeskema og udvalgte projekter inviteres til at deltage i fokusgrupper om udvalgte emner.

Konsulenter fra CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling skal som evaluatore af programmet løse programevalueringssopgaven i et dialogbaseret samspil med programstyregruppen, projektlederne, klinikere, administratorer, projektejere/ledere, uafhængige eksperter og programsekretariatet.

5 Programevalueringens elementer

Programevalueringen bygger på tre hovedelementer, nemlig selvevaluering, ekstern vurdering og videndeling.

Selvevaluering skal sikre, at projekternes egen viden, dataindsamling og planlagte evaluering indgår aktivt i programevalueringen, og at den eksterne vurdering bygger på et skriftligt grundlag. Selvevalueringen skal belyse de af programstyregruppen valgte kriterier for at videreføre og udbrede projektaktiviteten. Selvevalueringen skal således give et grundlag for at vurdere om projektet bidrager til en omstilling og en styrkelse af kronikerindsatsen i sin lokale kontekst. Selvevalueringen skal beskrive og vurdere projektets formål og mål, effekter, ydelser, ressourcer, organisering, processer og forløb og skal opfylde kravene til Sundhedsministeriets slutrapport. Selvevalueringen bygger på en fælles skabelon, som for hvert projekt suppleres med en række specifikke spørgsmål. Desuden anvendes et standardiseret måleredskab ("Fastholdelse af ny praksis", oversat til dansk af CFK fra NHS Sustainability Model), som giver en score på 0-100 på sandsynligheden for at projektets tiltag og resultater ("den nye praksis") kan fastholdes. Selvevalueringen gennemføres af projektlederen i samarbejde med relevante ledere, brugere og samarbejdspartnere. CFK introducerer og vejleder projektlederne.

Ekstern vurdering. Flere projekter har planer om at spørge projektets brugere, og CFK opfordrer alle projekter til at inddrage projektets brugere (patienter med kronisk sygdom, praktiserende læger, klinikpersonale fra almen praksis og/eller kommunalt sundhedspersonale) og repræsentanter fra andre sektorer i evalueringsprocessen, fx i form af møder i klyngesamarbejdet.

Alle projekter vurderes af konsulenter fra CFK, en sundhedsfaglig ekspert og programstyregruppens medlemmer. Den eksterne vurdering, som CFK er ansvarlig for, tager udgangspunkt i projektets skriftlige selvevaluering og andre tilgængelige projektdokumenter. Evaluatorene supplerer dokumentanalysen med et besøg og/eller et møde, et struktureret interview eller samtale med projektets leder og evt. enkelte andre nøglepersoner. Hvis det er praktisk muligt og relevant observerer evaluator desuden projektet i form af skriftligt informationsmateriale til målgruppen, teknisk udstyr, lokaler m.v.

Videndeling og erfaringsudveksling kan ske – og er i nogen grad allerede sket – på projekternes eget initiativ via telefonen, mail og besøg hos hinanden. Programstyregruppens medlemmer kan som en del af ledelsesopgaven bidrage til, at det enkelte projekt forholder sig til andre relevante projekter. Som et element i evalueringsprocessen faciliterer CFK videndeling og spredning af god praksis mellem projekterne på netværksmøder og til relevante "adoptanter" på en konference og/eller andre arrangementer. CFK vil herudover bidrage til videndeling mellem projekterne i kontakten til det enkelte projekt. CFK's viden om kronisk sygdom, sundhedsvæsenet, dataindsamling, evaluering, kvalitetsudvikling og patientperspektivet vil blive brugt til at udfordre, inspirere og kvalificere projekternes evalueringer.

Programevalueringens proces består af følgende faser og aktiviteter:

Fase 1: Evaluering; Selvevaluering, ekstern vurdering og videndeling

Netværksmøder mellem projekterne og CFK med henblik på processtøtte og videndeling. Projekterne mødes og kommer i dialog med beslægtede projekter. Netværksmøderne indeholder også en introduktion til og drøftelse af selvevalueringen og evalueringsprocessen.

Selvevaluering gennemføres af projekterne ud fra en selvevalueringsskabelon med uddybende spørgsmål målrettet det enkelte projekt. En del af selvevalueringsskabelonen er at projektet er i dialog med brugerne, klyngestyregruppe/implementeringsgruppe og den lokale ledelse, som skal videreføre indsatsen efter projektperioden.

Evaluatorene besøger projekter. Ud fra selvevalueringerne spørger evaluatorene kritisk ind til projektet og relevant dokumentation forevises og drøftes. CFK's konsulenter samarbejder om den eksterne vurdering med relevante sundhedsfaglige personer, så alle projekter vurderes af mindst en uafhængig og kompetent person med en relevant viden om projektets indhold. Besøgene kan evt. erstattes af møder, hvor flere projekter drøftes.

Projekterne får en skriftlig tilbagemelding fra CFK.

CFK udarbejder **evalueringsrapport til programstyregruppen** med en status på programmet og en (foreløbig) vurdering af det enkelte projekt.

Evalueringsrapporten og projekternes selvevaluering sendes til og præsenteres for programstyregruppen, som på den baggrund vurderer projekterne og drøfter den videre proces hvad angår eventuel videreførelse og udbredelse, formidling og rapportering til ministeriet, regionale beslutningstagere m.v.

Region Midtjylland færdiggør og sender **slutrapport til Sundhedsministeriet/Sundhedsstyrelsen** senest 31. marts 2013.

NB: Projekter, som bliver forlænget ind i 2013, udarbejder egen slutrapport senere – fx i form af artikler i videnskabelige tidsskrifter. CFK bistår programstyregruppen/beslutningstagerne med en vurdering af projektets omstillingsbidrag, herunder omkostningseffektivitet og patientperspektiv.

Fase 2: Formidling og implementeringsstøtte

CFK tilbyder **implementeringsstøtte med henblik på at udbrede** de projekter, som Region Midtjylland beslutter at udbrede.

En del af CFK's implementeringsstøtte er at facilitere en spredning af god praksis ved at bidrage til at skabe kontakt mellem "kilder" (vellykkede projekter) og potentielle "adopter", så viden om resultater og god praksis kan deles.

Den foreløbige plan er, at Region Midtjylland afholder en **konference** om kronisk sygdom i begyndelsen af 2013. På konferencen kan præsenteres udvalgte regionale og kommunale projekters resultater og erfaringer med henblik på at facilitere implementering og spredning af god praksis. Erfaringer fra programmet om forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom kan på den måde bruges som afsæt til at sætte fokus på den fortsatte omstilling af indsatsen overfor kronisk sygdom, herunder behovet for at videreudvikle arbejdet med forløbsprogrammer og ajourføre strategien overfor kronisk sygdom.

Målgrupper for en sådan konference er regionsrådsmedlemmer, byrådsmedlemmer, programstyregruppe, forløbsprogramgrupper, projektledere, klinikere, ledere,

patienter og andre med en rolle i kronikerindsatsen i kommuner, almen praksis, hospitaler og regionerne.

Den videre planlægning af fase 2 sker i programstyregruppen i efteråret 2012. det er vigtigt at det sker i tæt samarbejde mellem Nære Sundhedstilbud, hospitalerne og CFK og at det bliver koordineret med andre lignende nationale, regionale og/eller lokale arrangementer.

6 Tidsplan

CFK har siden oktober 2011 holdt tre møder med programstyregruppen og har i maj 2012 holdt tre netværksmøder for de sygdomsspecifikke projekter og er nu begyndt dialogen med den enkelte projektleder om evalueringsopgaven for at sikre en programevaluering, der afbalancerer de forskellige hensyn, behov og interesser. Evalueringsprocessens tidsmæssige forløb kan skematisk opsummeres på følgende måde:

Tid	Aktivitet
	Programstyregruppe drøfter og godkender evalueringsdesign
	Sundhedsstyrelsen godkender programevalueringen som nyt delprojekt
2. kvartal 2012	CFK formulerer specifikke spørgsmål til hvert projekt
	Programstyregruppen drøfter status på projekterne
	Projekterne deltager i netværksmøder arrangeret af CFK
	Sundhedsstyrelsen udmelder skabelon for slutevaluering.
3. kvartal 2012	CFK udsender selvevalueringsskabelon til alle projekter
	Projektlederne går i gang med selvevaluering, inkl. dialog med klynge og ledelse. Konsulenter fra CFK bidrager med vejledning.
	(Nogle projekter afsluttes eller besluttet videreført af relevante beslutningstagere inden puljeperiodens udløb. For nogle projekter kan det derfor blive relevant at aflevere selvevaluering og blive eksternt vurderet af CFK allerede i efteråret)
4. kvartal 2012	Det enkelte projekt sender skriftlig selvevaluering til CFK (senest 3. december 2012)
	Eksterne evaluatore besøger projekter (december 12/januar 13)
	CFK giver hvert projekt en umiddelbar skriftlig feedback
1. kvartal 2013	CFK udarbejder evalueringsrapport til programstyregruppe
	Programstyregruppen drøfter og vurderer projekterne (februar-marts 2013)
	Region Midtjylland sender slutrapporter til Sundhedsministeriet
	Videndeling og spredning af god praksis, fx i form af en regional konference om kronisk sygdom og implementeringsstøtte til udvalgte projekter
Senere i 2013	Projekter, der har fået forlænget projektperioden afsluttes, afrapporterer og vurderes med henblik på eventuel implementering og udbredelse af en ny og bedre praksis

Bilag 1 - Budget

Tidsforbruget til at planlægge og gennemføre den skitserede proces afhænger af mange faktorer, herunder evalueringsopgavens ambitionsniveau og organisering. CFK's opgaver er aftalt til at kunne holdes inde for et timebudget på 2000 timer. CFK's samlede honorar er 1.440.000 kr. Hertil kommer udgifter i forbindelse med møder og transport på 10.000 kr. I alt 1,45 mio. kr. Heraf forventes cirka halvdelen brugt i 2012 og halvdelen i 2013:

Budget (i kroner)	2012	2013
Konsulenthonorar til CFK	720.000	720.000
Mødeudgifter, transport m.v.	5.000	5.000
I alt	725.000	725.000

Bilag 2 - Kvalitetssikring af programevalueringen

Kvaliteten af programevalueringen sikres ved projektstyring.

Der opstilles deadline for de skriftlige produkter.

Indholdet af det enkelte dokument vurderes af relevante personer.

Deadline	Skriftligt produkt	Vurderes af
August 2012	Selvevalueringsskabelon	Evaluators i CFK Programstyregruppe Udvalgte projektledere
December 2012	Selvevalueringer fra hver af de 28 projekter	Evaluators i CFK Programstyregruppen
Februar 2012	Evalueringsrapport	Intern reviewer i CFK Nære Sundhedstilbud Programstyregruppen
Marts 2012	Slutrapport til Sundhedsministeriet	Intern reviewer i CFK Programstyregruppen Sundhedsministeriet Sundhedsstyrelsen

CFK dokumenterer mundtlig og skriftlig feedback fra relevante interessenter.

Evalueringsprocessen evalueres internt i CFK undervejs i forløbet ved hjælp af milepæle.

Skriftlige produkter og feedback fra interessenter vil blive brugt til en intern evaluering i CFK som en del af centrets kvalitetsstyring.

