

JOBCENTER
SUNDHEDSFREMME
BOLIGOMRÅDER
SOCIALE TILBUD
MOTIVATION
LEDELSE

TVÆRGÅENDE EVALUERING AF
'LIGHED I SUNDHED'

– En erfaringsopsamling fra udviklingsprojekter i seks kommuner

2010

TVÆRGÅENDE EVALUERING AF 'LIGHED I SUNDHED'

– En erfaringsopsamling fra udviklingsprojekter i seks kommuner

Tværgående evaluering af "Lighed i sundhed"
- erfaringsopsamling fra udviklingsprojekter i seks kommuner

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af COWI A/S, december 2009

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postboks 1881
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Publikationen kan downloades på Sundhedsstyrelsens hjemmeside under Udgivelser.

Emneord: Udsatte, Kommune, Sundhedsfremme, Forebyggelse, Sundhedsadfærd

Kategori: Faglig rådgivning

Grafisk tilrettelæggelse: Rosendahls-Schultz Grafisk

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 31.12.2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-047-0

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, marts 2010

Copyright: Sundhedsstyrelsens publikationer kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Forord

Denne rapport indeholder opsummering af erfaringer fra Sundhedsstyrelsens samarbejdsprojekt med seks kommuner om forebyggelse og sundhedsfremme over for borgere, der er sundhedsmæssigt udsatte på grund af deres sociale position.

Erfaringerne fra de seks projekter viser, at det i høj grad kan lykkes at få sundhedsfremme og forebyggelse på dagsordenen - særligt på beskæftigelsesområdet og i sociale tilbud til voksne med særlige behov. Det har vist sig, at sundhed kan være en løftestang og ikke en barriere.

Sundhedsstyrelsen håber, at mange vil lade sig inspirere til lignende aktiviteter, så sundhed kan blive en integreret del af beskæftigelsesindsatsen og et redskab, der anvendes rutinemæssigt i det socialpædagogiske arbejde. Samtidig vil Sundhedsstyrelsen opfordre til, at erfaringerne med de udviklede metoder og redskaber dokumenteres, så vores viden om, hvad der virker, fortsat kan forbedres.

Der rettes en tak til de mange borgere, ledere og medarbejdere i Jammerbugt, Odense, Greve, Gladsaxe, København og Vordingborg kommuner, der har deltaget i projektet og bidraget til den tværgående evaluering, ligesom der rettes en tak til COWI, som har gennemført evalueringen.

Sundhedsstyrelsen, marts 2010



Else Smith
Centerchef

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	9
1.1	Baggrund og kort om 'Lighed i sundhed'	9
1.2	Formålet med den tværgående evaluering	11
1.3	Læsevejledning	13
2	Konklusion	15
2.1	Konklusion ud fra evalueringskriterierne	15
2.2	Konklusioner i forhold til temaerne	17
3	Om "Lighed i sundhed"	21
3.1	Ulighed i sundhed	21
3.2	Kortfattet beskrivelse af projekterne	23
4	Rekruttering og motivationsredskaber	27
4.1	Rekruttering	27
4.2	Motivationsredskaber	31
5	Kommunalt samarbejde og sundhedspolitik	37
5.1	Kommunalt samarbejde	37
5.2	Sundhedspolitikker	41
6	Medarbejderkompetencer	45
6.1	Kursus- og uddannelsesaktiviteter	45
6.2	Anden kompetenceudvikling	47
7	Metodearbejde	49
7.1	Hvad er metodearbejde?	49
7.2	Hvilke metoder er udviklet?	52
8	Evaluering og effektmåling	57
8.1	Projekternes egnevaluering	57
8.2	Borgernes udbytte	59
8.3	Særligt om resultater og måling af effekt	60
9	Samarbejdsmodellen	63
9.1	Indholdet af samarbejdsmodellen	63
9.2	Projekternes vurdering af modellen	64
9.3	Den fremtidige brug af samarbejdsmodellen	66
10	Metode og dataindsamling	69
10.1	Metodiske udfordringer	70

Bilagsfortegnelse

Bilag 1	Projektbeskrivelse for den tværgående evaluering	73
Bilag 2	Beskrivelser af projekterne	85
Bilag 3	Projekternes egnevalueringer	97

SUNDHEDSFREMME

1 INDLEDNING

SATSPULJE

KOMMUNER

METODER

1 Indledning

Dette er den tværgående evaluering af 'Lighed i sundhed', som er en pulje under satspuljen på i alt 24 mio. kr. med titlen "Sundhedsfremmende indsats målrettet udsatte grupper". Midlerne fra satspuljen er udmøntet med 6 mio. kr. årligt i perioden 2006-2009.

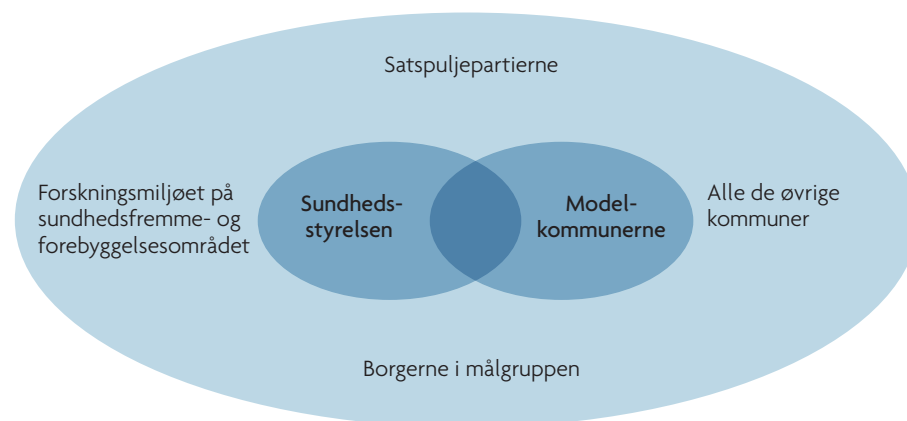
Seks projekter - alle forankret i kommunerne - har som led i samarbejdsaftaler med Sundhedsstyrelsen fået støtte fra puljen til at gennemføre en målrettet sundhedsindsats. Sideløbende med denne indsats har Sundhedsstyrelsen gennemført en række initiativer med det formål at bidrage til den generelle vidensopsamling og -formidling om social ulighed i sundhed.

Evalueringsrapporten er udarbejdet af COWI for Sundhedsstyrelsen.

1.1 Baggrund og kort om 'Lighed i sundhed'

De primære aktører i satspuljeprojektet er de seks kommuner og Sundhedsstyrelsen. Ud over disse aktører er der en række interessenter i satspuljeprojektet. Nogle af de vigtigste interessenter er: de politiske partier bag satspuljen, de øvrige kommuner, det generelle forskningsmiljø inden for sundhed/socialt udsatte grupper samt borgerne i målgruppen.

De væsentligste aktører og interessenter for satspuljeprojektet



Der er to overordnede spor i satspuljeprojektet. Det første spor består af selve samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og de seks modelkommuner, der har modtaget støtte fra satspuljen. Det andet spor er Sundhedsstyrelsens indsats i forhold til at udarbejde materialer med dokumentation, rådgivning, inspiration til alle kommuner og andre aktører samt informationsmaterialer til borgere og fagpersoner i kommuner mv.

Overordnet formål med puljen

Det overordnede formål med 'Lighed i sundhed' er tredelt. Det fremgår af aftalen om udmøntning af satspuljebevillingen om en sundhedsfremmende indsats målrettet udsatte grupper, jf. tekstboksen nedenfor.

Det overordnede formål med satspuljebevillingen til 'Lighed i sundhed'

- At styrke socialt udsatte personers evne til og muligheder for aktivt at påvirke egen sundhed og eget helbred
- At udvikle, indsamle og formidle erfaringer og metoder til kommunale sagsbehandlere og planlæggere samt andre aktører, f.eks. foreninger mv.
- At udarbejde informationsmaterialer om sundhedsemner, som er særligt målrettet disse gruppers behov og forudsætninger

Kilde: Brev af 21. februar 2006 fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til Sundhedsstyrelsen.

Hvad virker?

Der er ganske stor viden om den sociale fordeling af ulighed i sundhed, mens der er begrænset viden om, hvilke tiltag der virker og er effektive over for målgruppen¹. Det er dette 'hul' i vores viden, som projekterne og Sundhedsstyrelsens generelle vidensopsamling om social ulighed i sundhed har skullet bidrage til at udfylde. Sundhedsstyrelsen siger endvidere i deres informationsmateriale vedrørende satspuljen, at²:

"Der er behov for en systematisk opsamling af allerede tilgængelig viden og afprøvning af metoder til at nå disse samfundsgrupper. Denne viden og disse erfaringer skal udbredes til alle landets kommuner og bidrage til kommunens strategiske arbejde med social ulighed i sundhed."

Projekttitler

De seks modelkommuner, som har indgået i 'Lighed i sundhed', har deltaget med følgende projekter:

- "Mit Liv - min Sundhed" (Københavns Kommune)
- "Grib Chancen" (Vordingborg Kommune)
- "Sundere liv i Greve Nord" (Greve Kommune)
- "Aktiv sund trivsel" (Jammerbugt Kommune)
- "Det 13. element" (Odense Kommune)
- "Aktiv vej til styrke" (Gadsdal Kommune)

1 Jf. Sundhedsstyrelsens informationsmateriale vedr. ansøgninger til puljen 'Lighed i sundhed', 21. juni 2006.

2 Jf. Sundhedsstyrelsens informationsmateriale vedr. ansøgninger til puljen 'Lighed i sundhed', 21. juni 2006.

Tre forskellige målgrupper

Modelkommunerne har arbejdet med tre forskellige målgrupper. Af nedenstående tabel fremgår det, hvilke målgrupper hver kommune har arbejdet med.

Øversigt over kommunernes målgrupper

Målgruppe	Kommuner
Kontanthjælpsmodtagere	Greve, Jammerbugt, København og Odense
Førtidspensionister	Gladsaxe
Arbejdsløse faglærte og ufaglærte	Vordingborg

Anm.: Målgrupperne er senere - efter godkendelse af Sundhedsstyrelsen - blevet udvidet. Denne udvidelse er beskrevet nærmere i kapitel 4 i rapporten.

Bevilling

Modelkommunernes projekter varierer økonomisk fra godt 2 mio. kr. til en økonomisk ramme på ca. 9 mio. kr. i Københavns Kommune. Heri indgår både kommunernes egne midler og de bidrag, som kommer fra Sundhedsstyrelsen, jf. de enkelte samarbejdsaftaler. Kommunerne finansierer i gennemsnit 24 pct. af det samlede projekt.

Af satspuljebestillingen på 24 mio. kr. var 4 mio. kr. afsat til Sundhedsstyrelsens arbejde med generel vidensopsamling om social ulighed i sundhed.

Projektperiode

Projektperioden har løbet fra april/maj 2007 til december 2009.

Overordnet formål med evalueringen

1.2 Formålet med den tværgående evaluering

De overordnede formål med den tværgående evaluering fremgår af nedenstående tekstboks³:

Den tværgående evaluerings formål

- at vurdere den samlede indsats (resultater, samarbejde mv.) af puljen, herunder bidrage til den generelle vidensopsamling om social ulighed i sundhed
- at bidrage til Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale til kommunale myndigheder om, hvordan de kan styrke socialt udsatte personers evne til og muligheder for aktivt at påvirke egen sundhed og eget helbred
- at bidrage til at udvikle Sundhedsstyrelsens redskaber til projekt- og puljestyring på forebyggelsesområdet

Kilde: Projektoplæg til den tværgående evaluering, se *bilag 1*.

Som et led i denne tværgående evaluering er der indsamlet data om en række temaer, der går på tværs af de seks kommuners projekter.

3 Det var også et formål, at den tværgående evaluering skulle bidrage midtvejs i projektforløbet (medio 2008) til modelkommunernes ideer og læring om tilrettelæggelsen af den resterende del af deres projektforløb.

6 temaer

De seks temaer i denne tværgående evaluering er følgende:

1. Rekruttering og motivationsredskaber
2. Kommunalt samarbejde og sundhedspolitik
3. Medarbejderkompetencer
4. Metodeudvikling
5. Evaluering og effektmåling
6. Samarbejdsmodellen

De seks temaer er udviklet i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, projekterne og evaluator. Temaerne blev fastlagt først i projektforslaget og blev også i projektforslaget fundet relevante af parterne. Temaerne er valgt ud fra, at de er relevante for alle seks projekter. Valget af temaer afspejler også, hvilke emner vi har fundet af særlig interesse, bl.a. i lyset af den fremtidige indsats i kommunerne og i regi af Sundhedsstyrelsen vedrørende arbejdet med ulighed i sundhed.

Dataindsamling

Dataindsamlingen er sket via fokusgrupper og interview med chefer, projektledere, projektmedarbejdere og frontpersonale i kommunerne. Endvidere har evaluator haft en række skriftlige datakilder til rådighed som statusrapporter, faglige notater, egnevalueringer fra projekterne mv.

Evaluator har deltaget i forbindelse med et opstartsseminar for satspuljeprojektet samt en midtvejsopsamling og -workshop. Evaluator har således også haft lejlighed til løbende at følge udviklingen i satspuljeprojektet.

Egenevaluering

Sundhedsstyrelsen har indgået samarbejdsaftaler med hver af de seks kommuner om deltagelse i satspuljeprojektet 'Lighed i sundhed'. Som et led i disse samarbejdsaftaler har kommunerne forpligtet sig til at gennemføre en egnevaluering af deres projekter. Ansvar for denne evaluering er varetaget af kommunen selv og/eller udbudt til en ekstern konsulent.

I egnevalueringerne beskrives de enkelte projekter i detaljen. Som et led i egnevalueringerne har projekterne også været ansvarlige for at indsamle data om målgruppen med henblik på at kunne vurdere resultaterne og effekten af de gennemførte tiltag i kommunerne. Ved at læse egnevalueringerne kan man således få et grundigt indblik i og en individuel evaluering af det enkelte projekt. I *bilag 3* findes henvisninger til de seks egnevalueringer.

Med udgangspunkt i ovenstående 'arbejdsdeling' mellem egnevalueringer og den tværgående evaluering er det derfor vigtigt at pointere, at denne tværgående evaluering ikke er en traditionel måling af, hvor 'gode' de enkelte projekter har været til eksempelvis at sikre målopfyldelse. Sådanne mere traditionelle evalueringsspørgsmål er der reflekteret over i projekternes egnevalueringer.

Erfaringsopsamling	Den tværgående evaluering er en erfaringsopsamling i forhold til det ene spor i satspuljeprojektet, men er også et input til den generelle vidensopsamling og -formidling om social ulighed i sundhed. Rapporten bidrager endvidere til Sundhedsstyrelsens fremtidige projekt- og puljestyring på satspuljeområdet.
Målgruppe	Målgruppen for rapporten er således i bred forstand de danske kommuner og i mere snæver forstand Sundhedsstyrelsen.

1.3 Læsevejledning

Rapporten består foruden dette indledende kapitel af ni kapitler:

Kapitel 2 indeholder en sammenfatning af den tværgående evaluering, herunder anbefalinger for det videre arbejde med ulighed i sundhed.

Kapitel 3 beskriver baggrunden for at arbejde med ulighed i sundhed. Kapitlet indeholder endvidere en kort tværgående beskrivelse af de seks projekter.

Kapitel 4 belyser temaet om rekruttering og motivationsredskaber.

Kapitel 5 indeholder en opsamling i forhold til det kommunale samarbejde og sundhedspolitikker.

Kapitel 6 vedrører projekternes arbejde med at udvikle medarbejdernes kompetencer.

Kapitel 7 beskæftiger sig med projekternes arbejde med metodeudvikling.

Kapitel 8 vedrører projekternes arbejde med evaluering og effektmåling.

Kapitel 9 belyser den samarbejdsmodel, der har været benyttet i 'Lighed i sundhed', herunder fordele og ulemper ved modellen.

Endelig indeholder Kapitel 10 en beskrivelse af metoden, der ligger til grund for den tværgående evaluering, herunder overvejelser om styrker og svagheder ved metoden.

KOMPETENCER

2 KONKLUSION

POLITIK

HANDLEPLANER

METODER

2 Konklusion

Baggrund om satspuljeprojektet

'Lighed i sundhed' er et satspuljeprojekt på i alt 24 mio. kr., der støtter og fremmer sundhed for socialt udsatte grupper.

Satspuljeprojektet har to spor: Det *første* spor består af selve samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og de seks modelkommuner, der har modtaget støtte fra satspuljen. Det *andet* spor er Sundhedsstyrelsens indsats i forhold til at udarbejde materialer med dokumentation, rådgivning, inspiration samt informationsmaterialer til borgere og fagpersoner.

Som et led i det *første* spor har seks projekter fået støtte fra satspuljen til at gennemføre en målrettet sundhedsindsats over for kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse faglærte og ufaglærte i perioden fra april/maj 2007 til december 2010. De seks projekter under 'Lighed i sundhed' har alle været forankret i kommunalt regi. Følgende kommuner har deltaget som modelkommuner:

- Greve Kommune
- Jammerbugt Kommune
- Københavns Kommune
- Odense Kommune
- Gladsaxe Kommune
- Vordingborg Kommune

Som et led i det andet spor i satspuljeprojektet er der bl.a. gennemført en række tværgående aktiviteter, som Sundhedsstyrelsen har været hovedansvarlig for. Sundhedsstyrelsen har med satspuljeprojektet bidraget til den generelle vidensopsamling og -formidling om ulighed i sundhed, herunder bl.a. udsendt rådgivnings- og informationsmateriale til alle kommuner.

Der er to forskellige indfaldsvinkler til den tværgående evaluering. Den ene er baseret på "klassiske målepunkter" i en evalueringssammenhæng (evalueringskriterierne). Den anden er baseret på indhold (temaerne). Konklusionerne i forhold til begge indgangsvinkler er gennemgået i det følgende.

2.1 Konklusion ud fra evalueringskriterierne

Sundhed på dagsordenen

Projekterne under 'Lighed i sundhed' har bidraget til at sætte forebyggelse og sundhedsfremme på dagsordenen i de seks modelkommuner, særligt i relation til arbejdsmarkedsområdet. Projekterne har således været med til at styrke kommunernes arbejde på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, både med hensyn til samarbejde, organisering, metoder, arbejde med evaluering og i forhold til udvikling af medarbejderkompetencer.

Resultater

Der er også skabt en række resultater i relation til projekternes målgrupper: kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Resultaterne er primært skabt inden for indsatsområderne 'psykisk sundhed', fysisk aktivitet og kost, mens der i mindre grad er blevet arbejdet med rygning og alkohol i projekterne.

Velfungerende samarbejdsmodel

Samarbejdsmodellen mellem Sundhedsstyrelsen og modelkommunerne, som har været anvendt i satspuljeprojektet, har fungeret godt. Det er vurderingen, at samarbejdsmodellen har bidraget til at skabe stor gensidig læring og erfaringsopbygning. Det skal dog også bemærkes, at samarbejdsmodellen har været forholdsvis ressourcekrævende - både for styrelsen og involverede kommuner.

Evalueringskriterierne

Tages der udgangspunkt i de fire overordnede evalueringskriterier for den tværgående evaluering, kan resultatet af 'Lighed i sundhed' sammenfattes på følgende måde:

Relevans

Uligheden i sundhed er et af de væsentligste områder at adressere på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, da der er solid dokumentation for de sundhedsmæssige uligheder i det danske samfund. Projekterne har alle arbejdet med relevante metoder og redskaber - og nogle har været i stand til at udvikle nye metoder til sundhedsfremme og forebyggelse - i relation til målgruppen af socialt udsatte. Københavns Kommune har eksempelvis som et led i projektet udgivet en værktøjssamling med fem metoder til sundhedsfremme til borgere i beskæftigelsesindsatsen.

Måleeffektivitet

Projekterne har i stor udstrækning opfyldt de mål, som de satte sig i deres projektbeskrivelser. Det fremgår bl.a. af projekternes egne evalueringer. Det er også vurderingen, at der har fundet metodeudvikling sted, der i stor udstrækning kan siges at leve op til målsætningerne med projekterne. Dog har resultaterne af metodeudviklingen været af varierende kvalitet i projekterne. Med hensyn til tilknytningen til arbejdsmarkedet, som for nogle af projekterne var en langsigtet målsætning med indsatsen, er der begrænset dokumentation for, at projekterne har gjort en forskel. Flere kommuner vurderer dog, at borgerne, f.eks. gennem ændrede motions- og kostvaner, har erhvervet kompetencer, der på længere sigt kan styrke deres arbejdsmarkedstilknytning.

Omkostningseffektivitet

Det er ikke muligt at foretage en dybdegående analyse af, om projekternes resultater kan siges at have stået mål med de ressourcer, som de har anvendt. Dertil er datamaterialet for utilstrækkeligt. Der er dog flere indikationer på, at åbne tilbud baseret på frivillighed i beskæftigelsesindsatsen er mindre effektive, end hvis sundhedstilbuddene integreres som obligatoriske i beskæftigelsesindsatsen. Endvidere er der indikationer på, at åbne sundhedsindsatser i boligområder over for en afgrænset målgruppe som f.eks. kontanthjælpsmodtagere er så ressourcekrævende, bl.a. på grund af vanskelighederne ved at rekruttere borgere til tilbudene, at disse næppe er omkostningseffektive.

Forankring/bæredygtighed

Projekterne har haft stor succes i forhold til at skabe forankring. Sundhed er således blevet forankret - eller er på vej til at blive forankret - i beskæftigelsesindsatsen i København, Jammerbugt, Odense, Greve og Vordingborg kommuner. Dette er utvivlsomt det største og mest imponerende resultat af satspuljebestillingen⁴.

⁴ Der skal bemærkes, at vi ikke med sikkerhed kan tilskrive projekterne hele æren for forankringen, da en række forhold i omgivelserne også kan have påvirket kommunerne.

2.2 Konklusioner i forhold til temaerne

Nedenfor følger en række delkonklusioner i forhold til de seks temaer for evalueringen.

Udvikling mod én model

Rekruttering og motivationsredskaber

Det har været vanskeligt at rekruttere deltagere til sundhedstilbuddene i beskæftigelsesindsatsen i de projekter, der har haft en åben tilgang baseret på frivillighed, dvs. hvor borgerne selv kunne vælge sundhed som en del af deres aktiveringsforløb. I de tilfælde, hvor sundhedstilbuddene har været obligatoriske og en integreret del af aktiveringsforløbet, har der ikke været rekrutteringsvanskeligheder⁵. Der kan i projekterne konstateres en udvikling mod den obligatoriske model, hvor sundhed bliver en integreret del af beskæftigelsesindsatsen. Denne udvikling kan bl.a. ses som et resultat af projekternes metodeudvikling.

Målgruppe- afgrænsning

Målgrupperne for projekternes indsatser var indledningsvist defineret som henholdsvis kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Det medførte en række udfordringer i forhold til den konkrete tilrettelæggelse af sundhedsindsatserne på projekternes arenaer. I den praktiske virkelighed var det nemlig vanskeligt - og uhensigtsmæssigt - kun at tilbyde sundhedsindsatsen til en afgrænset gruppe. Det blev derfor besluttet, at projekterne kunne udvide deres målgrupper til også at omfatte andre sundhedsmæssigt udsatte borgere på sociale overførselsindkomster. Læringen er, at snævre målgruppeafgrænsninger kan være vanskelige - og uhensigtsmæssige - at arbejde med i en kommunal virkelighed.

Motivations- arbejdet

Projekterne har arbejdet med at forbedre sundhed og helbred for sundhedsmæssigt udsatte borgere. Det er kommet bag på de fleste projekter, hvor mange forskellige problemer, den enkelte har. Sundhed bliver nemt noget sekundært, hvis man som borger har andre massive problemer end sundhed. Som et led i motivationsindsatsen har projekterne bl.a. arbejdet med relationsbårne metoder, at skabe relevante, konkrete og brugbare indsatser samt kommunikationen med målgruppen. Projekterne har endvidere arbejdet med motivation i forhold til frontmedarbejdere (eksempelvis sundhedskonsulenter, jobkonsulenter og undervisere på aktiveringsstederne). Det har nemlig vist sig, at en forudsætning for at skabe sundhedsmæssige forandringer hos de socialt udsatte borgere er, at frontmedarbejderne tager ejerskab til sundhedsindsatsen.

Frivillig versus obligatorisk

Flere projekter startede med et udgangspunkt om, at borgerne skulle tilbydes deltagelse i sundhedstilbuddene på frivillig basis, og ikke som en del af et obligatorisk forløb i beskæftigelsesindsatsen⁶. Der var tale om en bevidst strategi og metode over for målgruppen. Tre ud af fire af de deltagende kommuner i satspuljeprojektet med dette udgangspunkt har ændret strategi og metode. Disse kommuner arbejder nu med - eller vil snart skulle arbejde med - sundhed som en integreret og obligatorisk del af beskæftigelsesindsatsen.

⁵ Hvis en kontanthjælpsmodtager ikke møder og deltager i et obligatorisk aktiveringsforløb kan kommunen under visse betingelser trække vedkommende i kontanthjælpen.

⁶ Dette gjaldt dog ikke projektet i Odense, hvor sundhedstilbuddene var en del af det obligatoriske afklaringsforløb for borgerne.

Integration i beskæftigelsesindsatsen	Kommunalt samarbejde og sundhedspolitik Fem modelkommuner har organiseret sundhedsområdet i kommunen som en 'selvstændig søjle', mens Odense arbejder med sundhedsområdet som en 'tværgående opgave'. Erfaringerne peger på, at det er nemmere at trænge igennem med sundhedsprojekter som 'Lighed i sundhed', når projekterne forankres så direkte som muligt i beskæftigelsesindsatsen.
Fælles forståelse	Projekterne har på det organisatoriske plan måttet arbejde hårdt for at bygge bro mellem de forskellige tilgange til arbejdet med borgerne, der hersker på henholdsvis sundheds- og arbejdsmarkedsområdet i kommunerne. Det er lykkedes projekterne at overvinde eller bygge bro mellem forskellene og skabe en fælles forståelse, der har kunnet danne udgangspunkt for en bedre og mere koordineret tilrettelæggelse af sundhedsindsatserne i projekterne.
Forankring	Der er også skabt synlige resultater med hensyn til forankring. Blandt andet er der i forbindelse med projektet i Københavns Kommune ansat sundhedskonsulenter på aktiveringstilbuddene CKB og CAB under Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Vordingborg Kommune har igangsat et pilotprojekt med 'Sundhed i aktiveringen', hvor Arbejdsmarkedsafdelingen køber ydelserne af Sundhedsafdelingen, og i Greve Kommune arbejdes der på et lignende tiltag. I Gladsaxe Kommune er der udarbejdet kost- og aktivitetspolitikker i de enkelte tilbud, og i Odense Kommune videreføres projektet i jobcenterdriften, bl.a. i form af sundhedstilbud til de relevante målgrupper. Desuden laves fremover sundhedsprofiler for alle borgere i jobcentret, som vil indgå som en del af afmeldingsskrivelsen.
Sundhedspolitik	Sundhedspolitikken i kommunerne har bidraget som en overordnet rammesættende politik for projekterne, men har spillet en begrænset rolle i forhold til den konkrete udformning og gennemførelse af projekterne. I flere af kommunerne vil projekterne få indflydelse i forhold til videreudviklingen af indholdet af kommende reviderede sundhedspolitikker.
Fælles sprog	Medarbejderkompetencer Projekterne har gennemført en række målrettede uddannelses- og kursusforløb for medarbejdere. Frontmedarbejderne peger bl.a. på, at disse kursus- og uddannelsesforløb har været med til at give dem et fælles sprog. Generelt har medarbejderne været tilfredse med forløbene. Medarbejderudskiftninger i projektperioden har dog været en udfordring. I alle kommunerne er opfølgning og fortsat kompetenceudvikling en udfordring, som kun enkelte har formået at finde systematiske løsninger på.
Bidrag til kvalitet og innovation	Der er også stor tilfredshed med den øvrige kompetenceudvikling, der bl.a. har bestået af møder, interne workshops, tværkommunale workshops mv. Denne indsats vurderes af projektledere og frontmedarbejdere som nyttig, fagligt givende og nødvendig for at sikre kvalitet og innovation i projekterne. Det er en læring fra projekterne, at den generelle kompetenceudvikling skal tænkes ind fra starten, og at der skal afsættes ganske mange ressourcer til denne indsats. Flere projekter har som led i projektet ændret eller haft overvejelser om medarbejderprofiler i retning af sundhedskompetencer, og i nogle af arenaerne er der lavet ændringer fremadrettet.

Fokus på metodeudvikling	Metodearbejde Projekterne er metodeudviklingsprojekter. Det vil sige, at det har været et eksPLICIT formål, at de skulle bidrage til udviklingen af metoder. Sundhedsstyrelsen har løbende sat fokus på, hvordan projekterne teoretisk - og ved hjælp af et begrebsapparat - kunne arbejde med deres metoder. Nogle projekter har fundet denne metodediskussion fagligt givende, mens andre har været skeptiske over for den praktiske relevans i en kommunal sammenhæng.
Der er udviklet nye metoder	Der er udviklet flere nye metoder som et led i satspuljeprojektet 'Lighed i sundhed'. Nogle af de vigtigste resultater fra projekterne er: ■ Københavns Kommune har udviklet fem nye metoder til sundhedsfremme i beskæftigelsesindsatsen (udgivet i en værktøjssamling) ■ Vordingborg Kommune udgiver snart Samtalekort om "Den løsningsfokuserede korttidsvejledning" ■ Odense Kommune har udviklet et koncept med en Sundhedsprofil "light" En række af de øvrige modelkommuner har også udviklet nye metoder og dokumenteret disse i bl.a. egevalueringerne.
Evalueringsindsatsen	Evaluering og effektmåling Projekterne har alle gennemført egevaluering. Projekterne har generelt været glade for, at der har været fokus på evaluering, da det ifølge dem har medvirket til at kvalificere deres projekter og udvikle dem fagligt. Endvidere har bl.a. egevalueringen været et godt redskab til at sikre en løbende refleksion over egen praksis i projektet.
Effektmåling	Flere modelkommuner har arbejdet med før- og eftermålinger, hvilket har givet anledning til en række udfordringer. Disse udfordringer har bestået i at kombinere et udviklingsprojekt - hvor metoder og indsatser udvikles løbende - med effektmåling. Det har også været en udfordring at få tilstrækkelig volumen til at gennemføre effektmålingerne, da det kræver mange deltagere og stor evalueringskapacitet. Det er derfor tvivlsomt, om indsatsen - i forhold til særligt den kvantitative del af projekternes effektmåling - har stået mål med udbyttet.
Værdifuld	Samarbejdsmodellen Alle modelkommuner vurderer, at samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og projekterne har været værdifuldt. Modelkommunerne lægger især vægt på følgende (i prioriteret rækkefølge), når de skal beskrive det positive samarbejde: ■ at Sundhedsstyrelsen løbende har vist (stor) interesse for projekternes afvikling ■ at der løbende er blevet stillet krav til projekterne fra styrelsen ■ at der har været kontinuitet i bemanningen fra styrelsen (samme projektleder i hele projektperioden)
Sundhedsstyrelsens indsats	Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med satspuljeprojektet 'Lighed i sundhed' bl.a. udarbejdet rådgivnings- og informationsmateriale samt iværksat en række initiativer til samarbejde og udveksling af ideer, metoder og redskaber projekterne imellem. Der er bl.a. afholdt koordinationsgruppemøder og tværkommunale workshops i alle de deltagende modelkommuner. Der har været tale om en omfattende og mere ressourcekrævende indsats fra styrelsens side i satspuljeprojektet end normalt, men indsatsens resultater har ifølge modelkommunerne stået mål med ressourcerne.

RISIKOFAKTORER

3 OM 'LIGHED I SUNDHED'

UDDANNELSE

JOB
MÅLGRUPPE

3 Om "Lighed i sundhed"

I dette kapitel ridser baggrunden for indsatsen i 'Lighed i sundhed' ganske kort op. Med andre ord gives der et kort svar på spørgsmålet: Hvorfor er ulighed i sundhed et relevant indsatsområde? Derefter følger en kortfattet beskrivelse af de seks projekter, som har modtaget midler fra satspuljen under 'Lighed i sundhed'.

3.1 Ulighed i sundhed

En af de største udfordringer

Det er en udfordring at reducere den sociale ulighed i sundhed i arbejdet med sundhedsfremme, forebyggelse og behandling.

Sociale forskelle beskrives oftest i relation til uddannelse, socioøkonomisk status eller indkomst. Hvis man ser på den sociale ulighed i forhold til uddannelsesniveau, så er det tydeligt, at risikoadfærd i forhold til kost, rygning og fysisk aktivitet stiger i takt med kortere uddannelse. En sådan sammenhæng er der imidlertid ikke i forhold til alkohol, idet personer med mellemlang og lang uddannelse faktisk drikker mere end kortuddannede⁷. Ser man derimod på de særligt udsatte grupper, så indtager disse betydeligt mere alkohol end den øvrige befolkning.⁸

Tilknytningen til arbejdsmarkedet spiller også en rolle for den sociale ulighed. Dødeligheden for førtidspensionister er således 3-4 gange højere sammenlignet med personer i arbejde⁹. I en undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet fra 2002 skønner kommunerne, at ca. 75 procent af kontanthjælpsmodtagere har andre problemer end ledighed. Der er f.eks. tale om nedsat arbejdsevne på grund af sygdom, tidligere arbejdsmæssige belastninger, ulykker eller misbrug¹⁰.

7 Kjølner M et al (2007): Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed, side 438 – 439.

8 Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte (2008): SUSY Udsat. Statens Institut for Folkesundhed og Rådet for Socialt Udsatte.

9 Quaade T, Engholm G, Johansen AM, Møller H (2002): Mortality in relation to early retirement in Denmark: a population-based study. Scandinavian journal of public health, 2002;30(3):216-22.

10 Jf. Sundhedsstyrelsens informationsmateriale vedr. ansøgninger til puljen 'Lighed i sundhed'.

Med hensyn til de mere specifikke målgrupper for projekterne under 'Lighed i sundhed' har Sundhedsstyrelsen fået gennemført en analyse af SUSY-data om sundhed hos arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering¹¹. Denne analyse - eller sundhedsprofil - viser også, at disse grupper i forhold til befolkningen i almindelighed har en højere sygelighed, en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og et dårligere selv vurderet helbred. Nogle af resultaterne i forhold til KRAM-faktorerne fra analysen er gengivet i tabellen nedenfor.

Målgruppernes Sundhedsadfærd i relation til rygning, fysisk inaktivitet, alkoholbrug og at spise frugt - 2005-tal

	Den voksne befolkning	Arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse	Førtids-pensionister	Kontanthjælpsmodtagere, under revalidering
Andel, der ryger dagligt	31 %	56 %	54 %	57 %
Andel, der er fysisk inaktive i fritiden	11 %	18 %	29 %	28 %
Andel, der har overskredet SST's genstandsgrænser inden for den seneste uge	14 %	22 %	14 %	16 %
Andel, der spiser frugt hver dag	72 %	62 %	65 %	56 %

Kilde: "Sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte borgere - analyse af SUSY data om sundhed hos arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering", Sundhedsstyrelsen, 2008.

Det ses af tabellen, at alle de tre målgrupper har en sundhedsadfærd, der adskiller sig fra den voksne befolkning i forhold til rygning, fysisk aktivitet, alkohol og kost. Dog var der ikke flere førtidspensionister, der inden for den seneste uge havde overskredet Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser end den voksne befolkning i almindelighed.

¹¹ Gruppen af kontanthjælpsmodtagere omfatter også personer under revalidering. Denne gruppe vil typisk være mere ressourcestærk, end de kontanthjælpsmodtagere fra matchgruppe 3, 4 og 5, som projekterne under 'Lighed i sundhed' har arbejdet med, hvorfor de sundhedsmæssige resultater for denne gruppe må antages at være endnu ringere.

Anlægges et mere kvalitativt perspektiv på målgrupperne, er der også karakteristika. Sundhedsstyrelsen har fået gennemført en analyse af borgernes sundhedsadfærd, hvor mere kvalitative faktorer er analyseret. I tekstboksen nedenfor er nogle af undersøgelsens hovedresultater gengivet.

Karakteristik af de tre målgrupper med særlig vægt på deres opfattelse af og holdninger til sundhed

Som et led i undersøgelsen af socialt udsatte borgeres sundhed kan de tre målgrupper for projekterne under 'Lighed i sundhed' karakteriseres som følger:

■ **Kontanthjælpsmodtagere**

De interviewede kontanthjælpsmodtagere oplever i højere grad end de andre interviewede deres hverdag som meningsløs. Mange finder dagligdagen på aktiveringsstederne demotiverende. Det gælder også i forhold til at gøre noget ved deres sundhed. En stor del af kontanthjælpsmodtagerne har desuden forskellige fysiske og psykiske lidelser og oplever disse som en forhindring for at leve sundere.

■ **Førtidspensionister**

Det er kun få blandt de interviewede førtidspensionister, som går op i deres fysiske sundhed. En del er derimod bevidste om og bekymrede for deres psykiske sundhed. Mange føler sig ensomme og savner noget eller nogen at stå op til. Samtidig er mange glade for og benytter sig flittigt af væresteder og botilbud, som bl.a. tilbyder socialt samvær og et varmt måltid mad.

■ **De arbejdsløse faglærte og ufaglærte (afgrænset til personer med børn)**

Det afspejler sig i de interviewedes opfattelse af sundhed, at der er tale om børnefamilier, da deres opfattelse af sundhed er tæt koblet til deres børns sundhed. Ofte er deres egen sundhed gledet i baggrunden til fordel for børnenes sundhed. Desuden savner mange det sociale samvær, som de har kendt fra deres tidligere arbejdspladser og tiden, før de fik børn.

Kilde: "Socialt udsatte borgeres sundhed - Barrierer, motivation og muligheder", udarbejdet af SFI - Det nationale Forskningscenter for Velfærd for Sundhedsstyrelsen, 2007.

Som det ses af tekstboksen har både kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse faglærte og ufaglærte en række udfordringer i forhold til deres egen sundhed. Det er karakteristisk for alle målgrupperne, at sundhed typisk er noget, som spiller en meget begrænset rolle eller er gledet i baggrunden, fordi de har en række andre problemer og udfordringer, der fylder meget i deres dagligdag.

3.2 Kortfattet beskrivelse af projekterne

De seks projekter under 'Lighed i sundhed' har haft fokus på at udvikle metoder, sikre en kompetenceudvikling af personale og gennemføre en sundhedsindsats over for henholdsvis kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Nogle af projekterne har endvidere haft et langsigtet mål om at bringe målgruppen tættere på arbejdsmarkedet.

Målgruppe

Københavns, Odense, Jammerbugt og Greve kommuner har haft kontanthjælpsmodtagere som målgruppe. I flere af projekterne er det specificeret, at der er tale om kontanthjælpsmodtagere fra matchgruppe 3, 4 og 5.

I Vordingborg og Gladsaxe kommuner har målgruppen været henholdsvis arbejdsløse faglærte og ufaglærte samt voksne med særlige behov for førtidspension, dvs. psykisk syge, misbrugere og udviklingshæmmede.

Antal deltagere

Af tabellen nedenfor fremgår skønsmæssigt, hvor mange deltagere der har været i de seks projekter.

Oversigt over, hvor mange borgere der har deltaget i projekterne

Kommune	Antal deltagere
Københavns Kommune	1.138 deltagere i alt. Fordelt med 562 deltagere i regi af CKB, 375 i regi af CAB og 201 i Urbanplanen.
Greve Kommune	161 borgere, hvoraf 109 af borgerne var bosiddende i Greve Nord.
Vordingborg Kommune	65 borgere. Hertil kommer borgernes familiemedlemmer, som også har kunnet deltage i aktiviteter.
Odense Kommune	Kontakt til ca. 1.000 borgere.
Jammerbugt Kommune	242 borgere har benyttet sig af projektets tilbud i perioden fra januar til august 2009. Dertil kommer, at en række borgere har benyttet projektets motionstilbud fra september 2007 og frem.
Gladsaxe Kommune	250 borgere og 50 ansatte.

Anm.: Tallene dækker projektperioden fra maj/april 2007 til medio 2009, hvis ikke andet er anført.

Som det ses af tabellen, har der været en ganske stor spredning i antallet af borgere, der har deltaget i projekterne. Der er dog også en klar sammenhæng mellem bevillingens størrelse og antallet af borgere, som projekterne har nået. København og Odense har således haft klart den største projektbevilling, jf. sidst i dette afsnit.

Medarbejdere

Der har også været en lang række af medarbejdere, som har deltaget i projekterne under 'Lighed i sundhed'. Der har været tale om projektledere og projektmedarbejdere som eksempelvis sundhedskonsulenter, sygeplejersker, ergoterapeuter, kommunikationskonsulenter, socialpædagoger mv. Endvidere har medarbejdere fra jobcentre, aktiveringssteder, boligforeninger, sprogskoler, foreningsliv, aktivitets- og botilbud og andet deltaget i projekterne. Endelig har en række kommunale chefer fra både sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet været repræsenteret i bl.a. styregrupperne for projekterne.

Organisering

Hovedparten af projekterne har organiseret sig med en styregruppe bestående af bl.a. chefer for de involverede forvaltninger/afdelinger i kommunerne. Endvidere har alle projekter været organiseret med en eller flere projektgrupper, der har stået for den mere udførende del af projektet.

Arenaer

Projekterne har arbejdet på en række forskellige arenaer. De tre mest gennemgående arenaer er dog henholdsvis jobcentre, aktiveringssteder og boligområder.

Oversigt over de vigtigste arenaer i projekterne

København	Greve	Vordingborg	Odense	Jammerbugt	Gladsaxe
• To beskæftigelsescentre, CKB og CAB • Boligområdet Urbanplanen	• Boligområder i Greve Nord	• Sundhedscenter Stege • Jobcenter	• Aktiveringsprojekter • Boligområdeindsats	• Projektenhederne Bransagervej og Krogen (aktiveringsenheder)	• Aktivitets- og botilbud samt i borgernes private hjem

Projekterne har ud over individuelle og gruppebaserede metoder også arbejdet med forskellige former for strukturelle tiltag eller rammer. Afhængigt af, om man arbejder på statsligt eller kommunalt niveau, eller om man arbejder i en bestemt arena, er der forskellige tilgange og metoder. Eksempler på rammer, der har været arbejdet med i arenaerne, er:

- Politikker og handleplaner, f.eks. implementering af sundhedspolitikker
- Tilgængelighed, f.eks. sunde madtilbud, motionscykler
- Fysiske rammer, f.eks. sundhedshus, motionsrum

Aktiviteter

Der er i projekterne arbejdet med en række forskellige aktiviteter over for målgrupperne. Mange af aktiviteterne har taget udgangspunkt i sundhedsfremme og forebyggelse i relation til kost, motion og rygning. Der er dog også i flere af projekterne arbejdet med en bredere tilgang til sundhed, hvor mental sundhed, misbrug og søvn har indgået i tilrettelæggelsen af aktiviteterne. Endvidere har samtaleforløb med borgerne også været gennemgående aktivitet i projekterne. Nogle af de gennemgående aktiviteter i projekterne har været følgende:

- Anerkendende samtaleforløb om sundhed
- Diverse aktiviteter på kostområdet (vejledning om kost, madlavning mv.)
- Diverse motionstilbud (svømning, stavgang, cykeltræning og -ture, yoga, kickboksning, fitness mv.)
- Rygestopinitiativer

Budget

Projekternes budgetter varierede inden for en ramme på 2,2 til 9 mio. kr. Egenfinansieringen lå mellem 11 og 34 procent. Ved projektets opstart var det samlede budget for de seks projekter godt 26 mio. kr.

Projekternes samlede budgetter med egenfinansiering

Kommune	Total	Egenfinansiering	Andel egenfinansieret
Jammerbugt	3.653.600	653.600	18 %
Gladsaxe	2.240.000	240.000	11 %
Odense	6.044.130	2.080.000	34 %
Vordingborg	3.000.000	1.000.000	33 %
København	9.000.000	2.000.000	22 %
Greve	2.300.000	300.000	13 %
I alt	26.237.730	6.273.600	24 %
Gennemsnit	4.372.955	1.045.600	24 %

SUNDHEDSSAMTALE

4 REKRUTTERING OG MOTIVATIONS- REDSKABER

NETVÆRK

VEDHOLDENHED

INDDRAGELSE

4 Rekruttering og motivationsredskaber

Det har været en udfordring for nogle af projekterne at rekruttere deltagere. En anden udfordring i kommunernes arbejde med at styrke kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og faglærte og ufaglærtes sundhed har været at sikre motivationen til løbende at arbejde med deres egen sundhed og eget helbred. Disse to emner vil blive nærmere belyst i dette kapitel.

4.1 Rekruttering

Udvikling mod én model

Det er ikke alle projekter, der har arbejdet aktivt med rekruttering. I nogle af projekterne er rekrutteringen sket via Jobcenter og aktiveringssteder som en del af et obligatorisk forløb for kontanthjælpsmodtagere. Det vil sige, at de ledige kontanthjælpsmodtagere er blevet henvist til aktiveringsforløb efter reglerne i arbejdsmarkedslovgivningen, hvorefter de har skullet vælge forskellige sundhedstilbud som en del af deres samlede aktiveringspakke. Det gælder for projektet i Odense, men det er også blevet gældende for projektet i København i den sidste fase af projektforsløbet. Det er endvidere en model for sundhed i beskæftigelsesindsatsen, der også arbejdes med at implementere i Vordingborg, Jammerbugt og Greve, bl.a. som en konsekvens af 'Lighed i sundhed'. Vi finder, at man kan tale om en form for udvikling imod én model for sundhed i beskæftigelsesindsatsen som et obligatorisk tilbud, hvilket vi vender tilbage til senere i dette afsnit.

Ud over den obligatoriske model for sundhed i beskæftigelsesindsatsen har flere af projekterne arbejdet med en åben tilgang over for kontanthjælpsmodtagere baseret på frivillighed. Nogle steder har der kun været en begrænset - eller måske slet ingen - kobling til beskæftigelsesindsatsen. Der er blevet stillet nogle sundhedstilbud til rådighed for borgerne i et boligområde (Greve Nord og Urbanplanen), som de selv har skullet tilvælge. I Vordingborg, der har haft arbejdsløse faglærte og ufaglærte som målgruppe, har man benyttet en lignende tilgang, hvor en række tilbud er stillet til rådighed for borgerne i tilknytning til bl.a. kommunens Sundhedscenter.

Stor rekrutteringsudfordring

I alle de projekter, hvor man har valgt den åbne tilgang baseret på frivillighed, har der været store udfordringer i forhold til rekrutteringen af borgere. Det gælder således for projekterne i Greve, Vordingborg, Jammerbugt og København. Frontpersonalet oplevede, at det var vanskeligere og mere ressourcekrævende at sikre rekruttering til sundhedstilbuddene end forudsat. De forudsætninger, der var lagt til grund for projektbeskrivelserne om rekruttering, holdt ikke.

I Greve Kommune - hvor arenaen for projektet primært har været boligområdet Greve Nord, og hvor man har arbejdet med kontanthjælpsmodtagere som målgruppe - gjorde man sig den erfaring, at projektets antagelser om, at borgerne ville komme af sig selv, hvis man stillede dem et sundhedstilbud i udsigt, ikke holdt¹². I projektets opstartsfase blev der etableret en Sundhedsbutik, og der blev udarbejdet diverse PR-materiale med henblik på rekruttering, men borgerne mødte kun i begrænset omfang op, og det var også nogle gange de 'forkerte' borgere, der mødte op, dvs. borgere der ikke var kontanthjælpsmodtagere. Dette betød, at projektet måtte ændre rekrutteringsstrategien. Der blev i stedet indført en strategi med:

"[...] en mere progressiv kontakt til borgerne ved direkte henvendelse i form af brev opfulgt af telefonisk kontakt til kontanthjælpsmodtagere i Greve Nord, dels et mere aktivt arbejde med at orientere om projektet overfor diverse samarbejdspartnere, og dels i form af muligheden for at lade deltagerne indgå i projektet som en del af deres jobplan, med dertilhørende mulighed for træk i kontanthjælpen ved fravær.¹³"

Boligområde-indsatser

I Greve arbejdede man som sagt med boligområdet Greve Nord som den primære arena for indsatsen. I København havde et af delprojekterne også et boligområde som arena, nemlig Urbanplanen på Amager.

I begge projekter er gennemført en lang række aktiviteter med henblik på at rekruttere borgerne. I Greve var der bl.a. tale om gymnastik, temaeftermiddage om sundhed, en arabisk kvindegruppe og en rygestopbod. Herudover havde Greve også aftaler med andre leverandører, der bl.a. udmøntede sig i aktiviteter som svømning på Tjørnelyskolen, cykelundervisning på en sprogskole og motion for mænd i det lokale fitnesscenter. I Urbanplanen foregik den generelle sundhedsfremmeindsats i et samarbejde med Partnerskabet¹⁴. Der blev bl.a. arbejdet med at indføre et klippekort til motionsaktiviteter, etablering af motionsrum i et beboerhus og en café om rygestop.

Nærhed og alternative fysiske rammer

Nogle af tilbuddene i boligområderne i Greve og København var placeret i mere alternative fysiske rammer, eksempelvis en skurvogn i Urbanplanen og en Sundhedsbutik i Stamhuset i Askerød¹⁵. Disse placeringer har givet borgerne en umiddelbar nærhed til tilbuddene. Denne nærhed har gjort det nemmere for de svageste grupper i boligområdet at møde op samt forankret projektet hos beboerne og styrket ejerskabsfølelsen. Det har desuden påvirket frontmedarbejderne, som i Urbanplanen har peget på, at de har fået lokal erfaring og er blevet godt kendt med realiteterne og vilkårene for deltagerne i boligområdet¹⁶.

¹² Fokusgruppeinterview med frontmedarbejdere.

¹³ Se side 34 i *"Lighed i sundhed - Sundere liv i Greve Nord - Slutevaluering"*, Center for Udvikling og Dokumentation, Greve Kommune, 2009.

¹⁴ Partnerskabet er et samarbejde mellem Boligforeningen 3F i Urbanplanen og Københavns Kommune (alle forvaltninger) om en helhedsorienteret boligsocial indsats.

¹⁵ Et af boligområderne i Greve Nord.

¹⁶ Fokusgruppeinterview med frontmedarbejdere.

Rekruttering i aktiverings- indsatserne

Den synlige placering i lokalområdet og den lette adgang gjorde dog også, at nogle borgere havde svært ved at skelne mellem projektets tilbud og kommunen som helhed. Borgerne søgte således råd og vejledning samt klagede over administrative afgørelser, som frontpersonalet ikke havde kompetence til at tage stilling til¹⁷.

I de projekter, som ikke foregik i et boligområde, men var mere direkte koblet til kommunens aktiveringscentre, oplevede man også rekrutteringsproblemer. Et eksempel er Jammerbugt, hvor der blev stillet en række sundhedstilbud til rådighed for kontanthjælpsmodtagerne i aktiveringen. Det var imidlertid vanskeligt - og en vedvarende opgave gennem hele projektforsløbet - at sikre en tilstrækkelig deltagelse fra borgernes side. Jammerbugt har som led i deres rekrutteringsstrategi bl.a. arbejdet med at 'reklamere' for indsatsen over for myndighedspersoner og borgere. Projektet har endvidere udviklet et såkaldt Sundhedsmarked, der er blevet afholdt hver sjette uge, hvor borgerne har fået mulighed for at få et indblik i, hvad tilbuddene drejer sig om samt få en uforpligtende samtale med sundhedspersonalet¹⁸.

Erfaringerne fra projekterne viser, at det er en stor og ressourcekrævende indsats at rekruttere kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte til åbne sundhedstilbud baseret på frivillighed. I den forbindelse kan der peges på, at både København, Greve og Vordingborg har foretaget en bevægelse fra en åben model baseret på frivillighed over imod en mere obligatorisk model, hvor borgerne *skal* deltage i et sundhedsforløb som et led i deres aktivering. Jammerbugt har som det eneste projekt fastholdt princippet om den åbne og frivillige model hele vejen i gennem projektforsløbet.

Det skal endelig nævnes, at i projektet i Gladsaxe var rekruttering ikke noget, som projektet skulle forholde sig til. Projektet skulle i udgangspunktet gennemføre og implementere en række tiltag og aktiviteter over for psykisk udviklingshæmmede og misbrugere i henholdsvis aktivitets- og botilbud samt i borgernes private hjem. Det var derfor ikke nødvendigt at rekruttere deltagere udefra i samme grad som i de andre projekter.

17 Fokusgruppeinterview med frontmedarbejdere.

18 Jf. Jammerbugts egnevaluering, side 28.

4.1.1 Udvidelse af målgruppen

Afgrænsningen af målgruppen

En anden udfordring i forhold til bl.a. projekternes rekruttering var afgrænsningen af projekternes målgrupper til at være henholdsvis kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse faglærte eller ufaglærte. Afgrænsningen af målgrupperne viste sig at give projekterne følgende hovedudfordringer¹⁹:

- Målgruppen snævert defineret

Der var for få borgere i målgruppen, hvilket gjorde det vanskeligt at rekruttere. Det blev ligeledes vurderet, at en videreførsel af indsatserne med en snæver målgruppe efter projektafslutning ville være for omkostningstung, dvs. at antallet af borgere sat i forhold til indsatsen ikke hang sammen.

- Rekruttering af kernemålgruppen alene er vanskelig

I flere tilfælde har kommunerne oplevet, at personer uden for målgrupperne har henvendt sig sammen med personer, der ikke var fra en af de fastsatte målgrupper, hvorefter den ene måtte afvises. Nogle gange med det resultat, at ingen af personerne kunne deltage.

- Den definerede målgruppe afspejler ikke virkeligheden

For det første kan der være andre aktører i f.eks. et boligområde, der arbejder med andre målgruppedefinitioner, f.eks. svage ledige. Den snævre afgrænsning af målgruppen vanskeliggjorde derfor et smidigt samarbejde med disse aktører. For det andet er der et flow fra den ene gruppe til den anden, f.eks. fra kontanthjælp til sygedagpenge og retur. En konsekvens af en for snæver målgruppedefinition vil derfor være, at personer, der overgår fra en ydelse til en anden, må udgå af projektet. For det tredje foregår rekrutteringen nogle gange på arenaer, hvor der også er andre end den definerede målgruppe til stede, f.eks. jobcentre. Hvis aktiviteterne kun tilbydes en del af borgerne, kan det både virke ulogisk og opleves som uretfærdigt, samtidig med at det kan være stigmatiserende for dem, der deltager i projektet.

Udvidelse af målgruppe

På baggrund af disse problemstillinger vedrørende afgrænsning af projekternes målgrupper blev det besluttet at åbne for, at projekterne kunne tilpasse deres projekt ved at udvide målgrupperne og acceptere andre gruppers deltagelse i projektet, dog således at der fortsat var fokus på socialt udsatte borgere. Der blev ligeledes åbnet for, at målgruppen kunne omdefineres til 'svage ledige', dvs. borgere på sociale overførselsindkomster. Greve, København, Vordingborg og Jammerbugt ansøgte Sundhedsstyrelsen om lov til at udvide deres målgruppe og fik tilladelse hertil. I Odense og Gladsaxe var det ikke relevant at søge om en udvidelse af målgruppen.

Målgruppen for flere af projekterne blev også senere udvidet til også at omfatte sygedagpengemodtagere, da disse efter en lovændring pr. 1. januar 2008 blev målgruppe for kommunernes beskæftigelsesindsats.

19 Jf. "Notat om målgruppeudvidelse i projektet 'Lighed i sundhed'", Sundhedsstyrelsen, 2008.

4.2 Motivationsredskaber

Udfordrende målgrupper

Flere af projekterne er blevet overraskede over, hvor ressourcerkrævende det var at arbejde med målgrupperne for deres projekter. Da vi midtvejs i evalueringen spurgte projekterne, hvordan de ville karakterisere målgruppen, og hvad der havde overrasket dem i forbindelse med deres arbejde med målgruppen, fik vi bl.a. de svar, som fremgår af tekstboksen nedenfor.

Frontmedarbejdernes karakteristik af målgrupperne

- Sagt om kontanthjælpsmodtagere, København
"De er meget forskellige og med forskellige ressourcer, men de fleste har svært ved at formulere sig og forfølge et mål. De fleste er stressede, fordi der er bygget et arbejdsmarkedssystem op, der hele tiden presser dem. Store del af aktiveringen har faktisk karakter af ren opbevaring. De er generelt ikke glade for myndighedspersoner." (Frontmedarbejder)
- Sagt om arbejdsløse faglærte og ufaglærte, Vordingborg
"De har mange andre problemer end sundhed. Nogle er mellem to jobs og klarer sig udmærket, mens andre har massive problemer, både sundhedsmæssige og sociale problemer. Deres børn kan også være anbragt i specialtilbud, være overvægtige og generelt mangle netværk og energi." (Frontmedarbejder)
- Sagt om førtidspensionister, Gladsaxe
"En meget tung målgruppe, som er en broget forsamling af udviklingshæmmede, misbrugere og mennesker med psykisk sygdom. De udviklingshæmmede er typisk lidt klemte og har det bedst med at være lidt for sig selv." (Frontmedarbejder)

Kilde: COWIs interviewundersøgelse midtvejs i evalueringen.

Bred vifte af tilbud

Der er arbejdet med en bred vifte af sundhedstilbud med henblik på at motivere borgerne til at tage ansvar for deres egen sundhed og eget helbred. Nogle af de gennemgående aktiviteter har været diverse former for anerkendende samtaleforløb om sundhed, kostaktiviteter (kostvejledning, kostpolitikker og madlavningsaktiviteter), tilbud om fysisk aktivitet (svømning, stavgang, cykeltræning og -ture, yoga, kickboksning, fitness mv.) samt rygestopkurser.

I vores interviewundersøgelse har vi undersøgt, hvad frontmedarbejderne finder er det vigtigste, når man skal søge at motivere deres forholdsvis vanskelige målgrupper, henholdsvis kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Et af de elementer, som frontmedarbejderne fremhæver, er den relationsbårne indsats.

"Det er vigtigt, at der er tale om en relationsbårn indsats, hvor vi møder dem som mennesker frem for et sagsnummer." (Frontmedarbejder, Vordingborg)

Relationsbåren indsats

Flere af projekterne har oplevet, hvor vigtigt det relationsbårne er i forhold til at skabe motivation til at ændre sundhedsadfærd hos borgerne. Mange af projekterne har arbejdet med individuelle såvel som gruppesamtaleforløb. Både frontmedarbejdere, der har arbejdet med metoderne, og borgerne er meget positive i deres tilbagemeldinger vedrørende disse samtaleforløb²⁰. I det hele taget peger mange af de medarbejdere, der har haft den direkte kontakt til borgerne på, hvor vigtig det relationsbårne arbejde er, hvis man skal gøre en forskel over for målgrupperne.

Relevante, konkrete og målbare tilbud

Tilbuddene til målgruppen skal være relevante, konkrete og brugbare. Hvis borgerne skal motiveres til at deltage i sundhedstilbuddene, er det derfor vigtigt, at tilbuddene i et vist omfang skræddersys til deres behov.

"De skal kunne relatere sig til vores sundhedstilbud, og det skal være relevant for dem. Det skal være konkret og brugbart, f.eks. et smertehold." (Frontmedarbejder, Odense)

Som eksempel kan nævnes, at København arbejdede med at tilbyde deres kontanthjælpsmodtagere en sundhedstest, men det viste sig, at mange af borgerne ikke var i stand til at gennemføre elementerne i testen, hvor der bl.a. skulle løbes en mindre distance. København har i stedet udviklet en ny sundhedstest, der er målrettet målgruppen af kontanthjælpsmodtagere og sygedagpengemodtagere. Denne test indeholder bl.a. en gåtest på 1,6 km i stedet for løbetesten²¹. Et andet eksempel er Odenses arbejde med en sundhedsprofil "light", der bedre passer til målgruppens behov end den større, mere omfangsrige sundhedsprofil, der oprindeligt blev arbejdet med i Odense.

Kommunikation

Italesættelsen og dialogen er vigtig i forhold til at rekruttere og motivere målgruppen. Flere af projekterne har således arbejdet med at udgå at stigmatisere borgerne i deres kommunikation.

"Der skal arbejdes meget med kommunikationen. I stedet for et motionskursus har vi kaldt det et 'scorekursus' og i stedet for 'sund mad' kalder vi det 'Middelhavskøkkenet'." (Gladsaxe, frontmedarbejder)

Der er i nogle af projekterne anvendt kommunikationsredskaber som hjemmeside og sms til deltagerne. Vordingborg har gjort en særlig stor indsats i forhold til kommunikation og 'branding' af deres projekt. En kommunikationsmedarbejder har været fast tilknyttet projektet, og han peger bl.a. på, at en vigtig læring er, at kommunikationen til målgruppen skal være meget enkelt, men den må også gerne være 'lækker', hvis budskabet skal kunne sælge²².

20 Se bl.a. Vordingborgs egnevaluering, side 31.

21 Se "Værktøjssamling - Mit liv, min sundhed", Københavns Kommune, 2009, for en gennemgang af testen.

22 Personligt interview med kommunikationsmedarbejder.

Ny forståelse af motivation

En anden vigtig pointe i motivationsarbejdet med borgerne er, at man skal fange motivationen hos borgerne, når den er der. København har i deres egnevaluering beskrevet det som en bevægelse i deres projekt fra en teori om, at adfærdsændring sker gennem en række veldefinerede faser til en teori om, at adfærdsændring kan ske pludseligt efter et vist pres fra mange anledninger i omgivelserne²³. Dette kan også illustreres med et citat fra en frontmedarbejder ved projektet.

*"Jeg har fået et sprogligt redskab til at motivere og bringe sundhed ind i borger-
nes aktiviteter. Det er blevet systematiseret med projektet. Og vi har lært, at når
motivationen er der, så skal vi gribe den."*
(København, frontmedarbejder)

Arbejdet med frontmedarbejderne

I København startede man med en forståelse af sundhedsadfærd, som noget borgeren gradvist skulle igennem efter en række veldefinerede faser. Man fandt dog ud af, at denne tanke om en lineær bevægelse ikke passede særligt godt til den virkelighed, som frontmedarbejderne oplevede i deres daglige arbejde med målgruppen. Frontmedarbejderne oplevede bl.a., at borgerne nogle gange var motiverede, mens de andre gange var mindre modtagelige for sundhedsindsatserne. Dette førte til en ændret forståelse af borgerens motivationssystem, og det havde også praktiske konsekvenser for projektets arbejde med borgere²⁴.

Projektet i Gladsaxe skiller sig lidt ud fra de andre projekter i forhold til motivationsarbejdet, da projektet har arbejdet på en anden arena, bl.a. aktivitets- og botilbud. Endvidere er målgruppen af udviklingshæmmede, psykisk syge og misbrugere anderledes end kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Projektlederen i Gladsaxe peger på, at projektets succes med motivationsarbejde var helt afhængig af, om pædagogerne havde interesse for projektet.

²³ Jf. Københavns egnevaluering, side 51.

²⁴ Den teoretiske forståelse, som København startede med i projektet, baserede sig på 'Stages of change', mens man senere i forløbet har lagt sig op ad Robert Wests model om motivation, se projektets egnevaluering, side 51.

Pædagogernes interesse og deres motivation af borgerne er absolut nødvendig i forbindelse med aktiviteterne for bl.a. de udviklingshæmmede beboere, hvor nye tiltag er vanskelige at introducere. Der er i projektet arbejdet med motivering i forhold til en synliggørelse af sundhedstilbuddene, hvilket bl.a. bevirkede en 'normalisering', dvs. at beboerne skulle ud blandt andre 'normale' borgere, f.eks. i et fitnesscenter. Endvidere har projektet arbejdet med gruppedynamikker og fællesskabsfølelse, hvilket i øvrigt også har været gældende for en række af de andre projekter, hvor sundhedspersonalet flere steder har peget på betydningen af den kultur, der opstår på et hold, hvad enten den er negativ eller positiv.

De øvrige projekter har også oplevet, at deres succes i høj grad var afhængig af, om de formåede at involvere og få medarbejderne til at tage ejerskab til projekterne. I den forbindelse spillede det en rolle, at en række af frontmedarbejderne selv havde dårlige vaner i form af rygning, manglende fysisk aktivitet og en uhensigtsmæssig kost. Der blev derfor som en del af motivationsarbejdet i projekterne gjort en indsats for, at medarbejderne også selv skulle tage sundhedsbudskaberne til sig.

4.2.1 Frivillighed versus obligatorisk deltagelse

Præmis om frivillighed

Som nævnt ovenfor har flere af projekterne baseret deres sundhedstilbud på åbne tilbud med en præmis om frivillighed, dvs. at borgeren frit har kunnet vælge, om han/hun ønskede at deltage i de sundhedsaktiviteter, som projektet tilbød. Der har været tale om en bevidst valgt strategi over for målgruppen, hvilket også er reflekteret i flere projektansøgninger til satspuljen. Frivillighed har således været et bærende element i mange projekter.

I egevalueringen fra Københavns Kommune hedder det, at det var et vigtigt tema, at sundhed skulle være et 'helle' i beskæftigelsessystemets mange krav og regler²⁵. Man kan også trække dette synspunkt længere og hævde, at sundhed delvist er blevet set som en slags modpol til beskæftigelsessystemet, hvor borgeren skulle have mulighed for at udfolde sig mere frit, og hvor borgerens egne ressourcer og motivation skulle i højsædet.

Præmissen om frivillighed afspejlede sig også tydeligt i forbindelse med den interviewundersøgelse med projektledere og frontpersonale, som COWI gennemførte midtvejs i projektforsløbet. Der blev flere steder peget på, at frivillighed var udgangspunktet, og at eksempelvis tvang ikke er i overensstemmelse med den løsningsfokuserede metode²⁶.

²⁵ Se bl.a. side 50 i egevalueringen.

²⁶ Fokusgruppeinterview med frontmedarbejdere, Vordingborg.

Problemer forbundet med frivilligheden

Denne præmis om frivillighed gav anledning til en række problemer, særligt i forhold til rekrutteringen af deltagere til sundhedstilbuddene og i forhold til samarbejdet med arbejdsmarkedsområdet, hvor obligatoriske forløb er præmissen. I et evalueringsnotat fra marts 2008 blev det også påpeget, at der kunne være visse udfordringer forbundet med projekternes valg af frivillighed som udgangspunkt for deres indsats. Det blev i notatet endvidere påpeget, at det er vigtigt: ”at disse projekter reflekterer over det hensigtsmæssige i deres valg af ’frivillighed’ som metode for sundhedsfremme (metodeproblemstilling). Hvad er fordele og ulemper ved et sådant valg af metode for et sundhedsfremmeprojekt?²⁷”

Bevægelse væk fra præmissen

Der var dog også allerede midtvejs i projektforsløbet tegn på en bevægelse væk fra frivillig-tvang-dikotomien, hvilket bl.a. er afspejlet i nedenstående udsagn.

”Man kan godt bruge den løsningsfokuserede metode inden for en ramme, hvor deltagerne skal være med.” (Frontmedarbejder, Vordingborg)

”Man skal passe på med at stille det for firkantet op som en modsætning mellem frivillighed og tvang. Det er bedre at fokusere på, at deltagerne godt nok skal deltage, men at de selv må vælge, hvilke aktiviteter, som de vil deltage i.” (Frontmedarbejder, København)

Ved projektafslutningen har tre ud af fire projekter, som arbejdede med frivillighed som præmis, delvist arbejdet sig over mod en anden model. Det drejer sig om København, Vordingborg, Greve, der alle i dag arbejder med modeller, hvor sundhedsindsatsen er en del af et obligatorisk forløb i aktivering. Jammerbugt har som det eneste projekt fastholdt frivilligheden som den bærende præmis.

27 Se ”Notat om fælles udfordringer for projekterne under ’Lighed i sundhed’”, COWI, marts 2008.

FORANKRING

5 KOMMUNALT
SAMARBEJDE OG
SUNDHEDSPOLITIK

LEDELSE

PROJEKT
DRIFT

5 Kommunalt samarbejde og sundhedspolitik

I kapitlet belyses, hvordan kommunerne er organiseret på sundhedsområdet, herunder den konkrete projektorganisering i 'Lighed i sundhed'. Det belyses også, hvordan projekterne har arbejdet med at etablere samarbejde på tværs af de kommunale organisationer. Der er særlig fokus på samarbejdet mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområderne. Endelig ses der på, hvilken rolle de kommunale sundhedspolitikker har spillet i relation til projekterne.

5.1 Kommunalt samarbejde

Kommuner kan inden for rammerne af den kommunale styrelseslovgivning vælge at organisere sig, som de ønsker. Der er derfor også forskelle på, hvordan de seks projektkommuner har valgt at organisere sig på sundhedsområdet.

5.1.1 Organisering

To overordnede modeller

Der kan grundlæggende skelnes mellem to overordnede modeller for organisering af sundhedsområdet i kommunerne. I den ene model - som kan benævnes 'enhedsforvaltningsmodellen' - samler kommunen alle sundhedsopgaver i en forvaltning, afdeling, center eller lignende, typisk under ledelse af en sundhedschef. I den anden model - som kan benævnes 'decentraliserings- eller matrixmodellen' - decentraliseres sundhedsopgaverne til fagforvaltninger, afdelinger, centre eller lignende i kommunen.

Modelkommunernes organisering

Af de seks kommuner, der har deltaget i 'Lighed i sundhed', er det kun Odense Kommune, der har valgt at organisere sundhedsområdet efter decentraliserings- eller matrixmodellen²⁸, hvor sundhed altså er en tværgående opgave i kommunen. I de øvrige fem kommuner har man en mere traditionel model for organisering af sundhedsområdet, hvor sundhed udgør en 'selvstændig søjle' i kommunen.

Der kan altså udledes to grundlæggende forskellige måder at organisere sundhedsområdet på i de seks modelkommuner.

Modelkommunernes organisering i forhold til sundhedsområdet

Organisationsform	Kommune(r)
Sundhed som 'selvstændig søjle'	Greve, Vordingborg, Jammerbugt, København og (Gladsaxe)
Sundhed som 'tværgående opgave'	Odense

Det skal nævnes, at man i Gladsaxe - som det eneste sted - valgte at forankre projektet i det sociale område, nemlig i kommunens Psykiatri og Handicapafdeling.

²⁸ I Gladsaxe Kommune er der i øjeblikket overvejelser i retning af en mere matrixpræget organisationsmodel på bl.a. sundhedsområdet.

Direkte forankring af sundhed i beskæftigelsesindsatsen

Som en konsekvens af bl.a. den overordnede organiseringsform har der været meget forskellige tilgange til arbejdet med sundhed i beskæftigelsesindsatsen. I Odense er projektet om sundhed i aktiveringen 'født ind i' arbejdsmarkedsområdet. Dette skal forstås på den måde, at Jobcentret i afklaringsfasen for den enkelte borger har indarbejdet et sundhedstilbud som en integreret del af de muligheder, som afklaringsfasen byder på. Odense er det eneste projekt, som i udgangspunktet har tilbudt borgerne sundhedsaktiviteter med en direkte forankring i beskæftigelsesindsatsen.

Adskillelse mellem sundhed og arbejdsmarked

Alle de andre kommuner - der har arbejdet med kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte - har i udgangspunktet haft en adskillelse mellem sundheds- og arbejdsmarkedsindsatsen i beskæftigelsesindsatsen. Det gælder eksempelvis i Jammerbugt, hvor Beskæftigelsesafdelingen har fået stillet en række sundhedstilbud til rådighed for deres aktiveringsindsats af Sundhedsafdelingen. Lignende modeller har været benyttet i Vordingborg og Greve.

I København har man i udgangspunktet haft en højere grad af sammensmeltning mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, da disse forvaltninger var fælles om at søge midlerne til projektet i København. Den overordnede projektledelse har dog ligget i Folkesundhed København under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Denne konstruktion gav anledning til vanskeligheder, der ifølge projektledelsen bl.a. skyldtes, at de overordnede aftaler med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen ikke var på plads. Folkesundhed København skulle levere sundhed, mens Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen skulle levere resten, men det fremstod ikke klart fra starten²⁹. Der var endvidere en række udfordringer i forhold til at forventningsafstemme, hvad projektet indebar for de to forvaltninger.

På det lokale niveau har denne organisering betydet, at sundhedskonsulenterne fra Folkesundhed København er 'kommet udefra' og har skullet iværksætte en sundhedsindsats på bl.a. aktiveringscentre CAB og CKB samt i Urbanplanen. Dette gav særlig anledning til udfordringer i forhold til den fremskudte beskæftigelse i Urbanplanen, hvor det vurderes, at man kunne være kommet længere, hvis der fra starten havde været en projektstruktur, der havde sikret mere dialog mellem de tre aktører, Folkesundhed København, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningens Jobcenter og Partnerskabet³⁰, og på de tre niveauer, både praksisniveauet, mellemliderniveauet og det øverste ledelseslag³¹.

Det har som udgangspunkt været nemmere at 'trænge igennem' i Odense, hvor projektet har været mere direkte forankret i arbejdsmarkedsområdet end i de øvrige kommuner. Det har således krævet en stor indsats på både ledelsesmæssigt niveau og lokalt at trænge igennem med sundhedsbudskaberne i de andre projekter.

29 Personligt interview med projektleder.

30 Partnerskabet er et samarbejde mellem Boligforeningen 3F i Urbanplanen og Københavns Kommune (alle forvaltninger) om en helhedsorienteret boligsocial indsats.

31 Se projektets egnevaluering, side 49.

Projektorganisering

Alle projekterne har været organiseret med en styregruppe, der har haft det overordnede ansvar for projektet og forestået den overordnede koordination samt sikret en ledelsesmæssig inddragelse. Herudover har projekterne typisk haft en projektgruppe, der har haft ansvar for den mere praktiske tilrettelæggelse og koordinering af projektet. København har dog som det eneste projekt haft flere projektgrupper, da dette projekt i princippet har rummet tre selvstændige projekter i henholdsvis regi af aktiveringsstederne CKB, CAB og i boligområdet Urbanplanen. Det grundlæggende indtryk fra projekterne er, at denne projektorganisering i det store hele har fungeret fornuftigt og sikret en tilstrækkelig koordination, ledelsesmæssig inddragelse samt forankring.

5.1.2 Snitfladen mellem sundheds- og social- & arbejdsmarkedsområdet

Tværorienterede projekter

Projekterne under 'Lighed i sundhed' har fra starten været tænkt som tværorienterede projekter. Det vil sige, at de som en væsentlig del af deres projekt gennemførelse har skullet sikre et samarbejde mellem særligt sundheds- og arbejdsmarkedsområdet i kommunerne. Odense og Gladsaxe skiller sig som tidligere nævnt ud, da projektet i Odense har været direkte forankret i arbejdsmarkedsområdet, mens projektet i Gladsaxe har været forankret i socialområdet.

Med dette tværorienterede perspektiv har en forudsætning for projekternes succes været, at de kunne skabe fælles fodslag mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. Projekterne har i den forbindelse oplevet ganske store kultur- og værdiforskelle mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområderne i kommunerne. Det har betydet, at en lang række barrierer for samarbejdet har skullet overvindes.

Forskelle mellem sundhed og arbejdsmarked

Vi har i interviewundersøgelsen spurgt ind til, hvilke forskelle som er mest slående mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. En projektleder siger i den forbindelse, at beskæftigelsesforvaltningen er mest interesseret i, hvor mange borgere, som de får igennem systemet, mens man på sundhedsområdet er interesseret i kvaliteten af de ydelser, som leveres³². En ansat i et Jobcenter siger følgende om forskellen:

"På arbejdsmarkedsområdet handler det om den korteste vej til beskæftigelse og selvforsørgelse. Vi er underlagt en helt anden lovgivning end på sundhedsområdet med klare regler for, hvad borgeren skal deltage i af f.eks. aktivering for at gøre sig arbejdsmarkedsparat. Sundhedsområdet er mere løst organiseret og uden et stort bindende regelsæt." (Udviklingskonsulent, Jobcenter)

32 Personligt interview med projektleder.

På baggrund af interviewundersøgelsen har vi i oversigten nedenfor beskrevet nogle af de mest karakteristiske forskelle mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet.

Oversigt over nogle af de karakteristiske forskelle mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet

Sundhedsområdet	Arbejdsmarkedsområdet
Projektorientering	Drifts- og regelorientering
Fokus på sundhed og sundhedsprogression	Fokus på at gøre borgerne arbejdsmarkedsparate og selvforsørgende
Fokus på at arbejde evidensorienteret	Fokus på output, jf. kravene i lovgivningen

Projekterne har på det organisatoriske plan måttet arbejde meget for at overvinde de forskellige tilgange til borgerne, der hersker på henholdsvis sundheds- og arbejdsmarkedsområdet i kommunerne. Der har både været arbejdet på ledelses- og medarbejderniveau i denne sammenhæng. Det er i mange tilfælde lykkedes projekterne at overvinde eller bygge bro mellem forskellene og skabe en fælles forståelse, der har kunnet danne udgangspunkt for en bedre og mere koordineret tilrettelæggelse af projekternes implementering. Vores interviewundersøgelse peger på, at særligt frontmedarbejderne oplever, at de har 'flyttet sig' og fået en bedre forståelse af hinandens kultur og rammebetingelser for at arbejde med sundhed.

I Gladsaxe og Odense er der også arbejdet på det organisatoriske plan, men i disse projekter har udfordringen været en anden. Projekterne har skullet sikre, at sundhed blev tænkt ind i deres respektive driftsorganisationer på henholdsvis social- og arbejdsmarkedsområdet.

Forankring

Der er også skabt en række synlige resultater med hensyn til forankring i projekterne. Eksempelvis sigtede projektet i Vordingborg mod, at mindst to af deres aktiviteter skulle forankres i kommunens drift. Det er lykkedes med bl.a. den løsningsfokuserede samtale og naturrence, der lever videre som en del af et planlagt pilotprojekt om sundhedsfokus i beskæftigelsesindsatsen. I Greve arbejdes der ligeledes som en udløber af projektet på et forløb med et sundhedsfokus som en del af beskæftigelsesindsatsen.

I København er de sundhedskonsulenter fra Folkesundhed København, der arbejdede på projektet under 'Lighed i sundhed', blevet ansat på aktiveringstilbudene CKB og CAB under Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen. Med hensyn til metoden skånsom aktivering, der blev anvendt i Urbanplanen, foreligger der en metodebeskrivelse for et otte ugers forløb, der allerede er blevet anvendt i et udbudsmateriale til et kommunalt beskæftigelsesfremmende projekt for socialt udsatte.

I Gladsaxe er der udarbejdet kost- og aktivitetspolitikker i de enkelte tilbud, hvor kostmanualer indgår som en naturlig del af kostpolitikken. Sideløbende med projektet er der etableret en idrætsforening for sindslidende i Gladsaxe Kommune. Der er fokus på etablering af lignende tilbud til borgere med udviklingshæmning. I Odense videreføres projektet i Jobcenterdriften, bl.a. i form af sundhedstilbud til de relevante målgrupper. Desuden laves fremover sundhedsprofiler for alle borgere i jobcentret, som vil indgå som en del af afmeldingsskrivelsen. Der er endvidere blevet udarbejdet en sundhedsmatrix i udførerdelen af Jobcentret, der blandt andet har til formål at sikre forankringen af de sundhedsmæssige tiltag blandt de sundhedsfaglige medarbejdere. Jammerbugt vil styrke sit fokus på sundhed som en vigtig del af aktiveringsforløbene, herunder nye samarbejdsformer om sundhed og ulighed i sundhed mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet.

5.2 Sundhedspolitikker

Det er ikke et lovgivningsmæssigt krav, at kommunerne skal have en sundhedspolitik. Kommunernes Landsforening har dog anbefalet, at alle kommuner formulerer en sundhedspolitik³³. Sundhedsstyrelsen finder også, at en sundhedspolitik kan være et godt redskab til at sikre koordination, synlighed og fælles fokus³⁴. Alle de seks deltagende kommuner i 'Lighed i sundhed' havde en kommunal sundhedspolitik - eller var ved at udarbejde en - da projekterne blev igangsat.

Fremtrædende princip

En undersøgelse af de kommunale sundhedspolitikker fra Statens Institut for Folkesundhed, der blev gennemført i 2007, viser³⁵:

- Lighed i sundhed er blandt de *mest fremtrædende principper* i kommunernes sundhedspolitikker. 57 af de 73 kommuner, der har vedtaget eller var langt i udarbejdelsen af en sundhedspolitik, nævnte lighed i sundhed som et centralt princip i deres sundhedspolitik.
- Nogle kommuner omtaler social ulighed i sundhed som et *særligt indsatsområde*, mens andre beskriver, at lighed i sundhed skal *tænkes ind i alle kommunens sundhedsorienterede tiltag*.
- En mindre del af kommunerne har i sundhedspolitikken opstillet *kvantificerbare målsætninger* i sundhedspolitikken, men generelt er *målene formuleret mere overordnet*.

Implementering

Af vores interviewundersøgelse fremgår det, at der har været et samspil mellem projekterne og kommunernes sundhedspolitik. En kommunal chef siger meget direkte, at projektet var med til at implementere sundhedspolitikken³⁶. En projektleder peger ligeledes på, at de i projektet har arbejdet i forhold til sundhedspolitikken, og f.eks. har kommunens rygestoppolitik indvirket direkte på projektet³⁷.

33 "Temaguide om sundhedsområdet", august 2005, Kommunernes Landsforening.

34 Jf. "Borgerrettet forebyggelse i kommunen", Sundhedsstyrelsen, 2006.

35 Jf. "De kommunale sundhedspolitikker i Danmark - en kortlægning", Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

36 Personligt interview med kommunal chef.

37 Personligt interview med projektleder.

De fleste projektledere i 'Lighed i sundhed' finder ikke, at den kommunale sundhedspolitik har spillet en stor rolle i relation til selve gennemførelsen af deres projekter.

"Sundhedspolitikken udgjorde en slags ramme for os, og vores projekt er i overensstemmelse med sundhedspolitikken." (Projektleder, projekt under 'Lighed i sundhed').

"Der er ikke nogen klar sammenhæng mellem projektet og sundhedspolitikken. I forbindelse med revidering af sundhedspolitikken vil konceptet omkring 'Lighed i sundhed' dog højest sandsynligt blive integreret i den reviderede sundhedspolitik." (Projektleder, projekt under 'Lighed i sundhed').

Legitimering

De steder, hvor sundhedspolitikken primært har spillet en rolle som rammesættende for projekterne, er der enighed om, at den har været med til at legitimere projektet. Dette har været vigtigt som døråbner i forhold til andre forvaltninger og de øvrige involverede kommunale interessenter som jobcentre, aktiveringssteder, foreningsliv, sprogskole mv.

Med til at videreudvikle sundhedspolitikken

Det generelle indtryk er således, at sundhedspolitikken har spillet en vis rolle for projekternes konkrete udformning. Projekterne kan siges at have været med til at implementere sundhedspolitikken, og der er også tegn på, at projekterne kan få en betydning i forhold til videreudviklingen/revideringen af de kommunale sundhedspolitikker i kommunerne.

Det, at sundhedspolitikkerne primært har haft en rammesættende rolle, hænger bl.a. sammen med, at der har været tale om sundhedspolitikker, *version 1*. Det vil sige, at det er første gang, at der er blevet udarbejdet sundhedspolitikker i kommunerne. Dette skyldes, at kommunerne før strukturreformen havde en mere afgrænset opgave på sundhedsområdet. Efter strukturreformen fik kommunerne imidlertid hovedansvaret for den borgerrettede forebyggelse og visse af opgaverne i forhold til den patientrettede forebyggelse³⁸. Dette gav anledning til, at de fleste kommuner besluttede at udarbejde en politik på sundhedsområdet, men da deres erfaringer på området var begrænsede, fik de fleste sundhedspolitikker en meget overordnet og generel karakter.

38 Den borgerrettede forebyggelse er den indsats, der skal forebygge, at sygdom og ulykker opstår, mens den patientrettede forebyggelse skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse dens evt. komplikationer.

Erfaringerne fra andre områder, bl.a. udsatte børn-området, er, at den første kommunale politik, der udarbejdes på et sektorområde, typisk er forholdsvis generel med overordnede målsætninger og ganske få kvantificerbare mål, jf. også undersøgelsen refereret ovenfor fra Institut for Folkesundhed³⁹. På denne baggrund er det ikke overraskende, at der har været et forholdsvist begrænset samspil mellem projekterne og de kommunale sundhedspolitikker.

Vores interviewundersøgelse viser også, at ledere og chefer typisk lægger større vægt på sundhedspolitikens betydning, mens projektledere og særligt frontmedarbejderne tillægger sundhedspolitikken mindre betydning. Dette er ikke mærkeligt, da sundhedspolitikkerne i deres første version primært har haft til formål at udstikke de overordnede fokusområder for kommunernes arbejde på sundhedsområdet.

39 COWI undersøgte i 2008 - som et led i et forskningsprojekt sammen med SFI, Det nationale forskningscenter for velfærd - kommunernes arbejde med at udarbejde "Sammenhængende børnepolitikker". Disse politikker skulle som et lovkrav udarbejdes for første gang af kommunerne efter strukturreformen. Undersøgelsen fandt, at politikkerne de fleste steder var forholdsvis overordnede med "brede formuleringer, som skal fungere som retningsgivende for formulering af mere konkrete politikker, projekter og arbejdsprocesser." Se "*Udsatte børns fritidsliv - indsatsen i kommunerne*", Servicestyrelsen, 2008.

FÆLLES SPROG

6 MEDARBEJDER- KOMPETENCER

METODER
BORGERE
KURSER

6 Medarbejderkompetencer

I dette kapitel belyses indsatsen i forhold til at sikre medarbejderkompetencerne i projekterne. Der skelnes mellem egentlige kursus- og uddannelsesaktiviteter og andre tiltag til kompetenceløft af medarbejderne, eksempelvis møder, interne workshops i kommunen, tværkommunale workshops mv.

6.1 Kursus- og uddannelsesaktiviteter

Ressource- krævende aktiviteter

Flere af projekterne har valgt at anvende betydelige ressourcer til gennemførelse af formaliserede uddannelsesforløb - enten til alle medarbejdere/ledere eller til udvalgte. Kurserne har fokuseret på såvel mere generelle metoder i forhold til borgerkontakten som særlige kursusforløb inden for forebyggelsesområdet. Endvidere har der i flere af uddannelses- og kursusforløbene været fokus på samtaleforløb med borgerne, bl.a. 'løsningsfokuseret korttidsvejledning' i Vordingborg og 'den motiverende samtale' i Gladsaxe. Enkelte steder har man også gjort brug af supervision som et led i kompetenceudviklingen af medarbejderne.

Kræver særlige kompetencer

Kommunernes begrundelse for at fokusere på udvikling af medarbejderkompetencer har været en erkendelse af, at sundhedsfremme og forebyggelse kræver særlige kompetencer, som dels kan sikres gennem formelle kursus- og uddannelsesforløb (f.eks. fitnessinstruktøruddannelse, rygestopinstruktør, løsningsfokuseret samtalekursus), dels gennem ansættelse af de nødvendige fagpersoner på sundhedsområdet (f.eks. fysio- og ergoterapeut, cand.scient. i idræt mv.) som ansvarlig for aktiviteterne. Flere projekter har lavet ændringer fremadrettet.

Overordnet set har stort set alle de medarbejdere, som evalueringen har gennemført interview med, understreget nødvendigheden af at fokusere på kompetenceudvikling, når et nyt område skal startes op. I forhold til de formaliserede kursus- og uddannelsesaktiviteter har de fleste af projekterne haft gode erfaringer. Indimellem har der dog også været eksempler på kursusforløb, som ikke har været pengene værd eller har været mindre relevante i forhold til de konkrete udfordringer, som medarbejderne stod over for. Det var bl.a. tilfældet i Greve, hvor kursusaktiviteterne ikke levede op til frontmedarbejdernes forventninger. I alle kommunerne er opfølgning og fortsat kompetenceudvikling en udfordring, som kun enkelte har formået at finde systematiske løsninger på.

I Jammerbugt valgte man fra begyndelsen at satse på et længerevarende fælles kursus for alle involverede medarbejdere i både sundheds- og beskæftigelsesafdelingen i den anerkendende metode. Samlet deltog 35 medarbejdere i forløbet. Derudover kørte der også et separat hold med ledelsen (8 ledere). Samlet set har medarbejdere brugt 17-18 hele dage på deltagelse i undervisning, ledelsen det halve.

Fælles sprog

Ifølge deltagerne på kurset i Jammerbugt er der blevet skabt et fælles sprog og fælles referenceramme, som er meget anvendelig i hverdagen. Det gælder både i den interne kollegiale dialog og i den mundtlige og skriftlige dialog med borgerne. De kommunale chefer og projektlederen peger endvidere på, at uddannelses- og kursusforløbene har bidraget meget positivt i en situation, hvor fire kommuner som en konsekvens af strukturreformen skulle integreres til én kommune og bl.a. lære at tale samme sprog. I forhold til at vedligeholde disse kompetencer er der imidlertid ikke planlagt opfølgingsforløb, hvilket nyttilkomne medarbejdere

nævnte som et problem. De nytilkomne kommer således til at mangle det fælles sprog, som de øvrige medarbejdere har fået udviklet gennem kurset.

I Gladsaxe blev der gennemført et todages kursus i den motiverende samtale for hele personalegruppen i projektet med opfølgende mødeaktiviteter efterfølgende. Kurset vurderes som vigtigt, men indimellem med begrænset værdi i forhold til gennemførelse af de konkrete borgeraktiviteter.

"Jeg bruger det rigtig meget i livsstilsændringssammenhænge. Jeg har bare ikke mulighed for at implementere det. Jeg har ikke tid til at bruge værktøjerne, men jeg kan stille hvordan og hvorfor spørgsmål".
(Frontmedarbejder, Gladsaxe)

For ledergruppen gennemførtes i Gladsaxe et sundhedsscoach-kursus på 5 dage. Kurset blev vurderet positivt af de deltagende ledere.

Målrettede forløb

Derudover har der også i Gladsaxe været gode erfaringer med de mere målrettede forløb. Rygestopinstruktøruddannelsen blev generelt vurderet som rigtigt god. Denne uddannelse har været altafgørende for at kunne motivere deltagerne. I øvrigt er medarbejderne blevet inviteret af Næstved Kommune til at holde et best-practice- og erfaringsdelingsmøde. Et motionsinstruktørkursus, som blev gennemført indledningsvist, vurderes dog til ikke 'at være pengene værd'⁴⁰. Det var således ikke orienteret mod de udfordringer, som den særlige målgruppe afstedkom. Projektet i Gladsaxe har prioriteret viden om ernæring og har derfor involveret en levnedsmiddelkandidat. Projektet har været meget tilfreds med denne involvering, idet personen har løftet niveauet for indsatsen på det ernæringsmæssige område.

Personale- udskiftninger

Personaleudskiftninger har været et problem i flere projekter. I Gladsaxe skabte det tilbageskridt i projektet, og der var ikke ressourcer til at sende de nye medarbejdere på kursus. Andre steder har det blandt andet medført, at ikke alle personaler har fået undervisning i de anvendte metoderedskaber. Desuden gjorde det forankringen af projekterne sværere, da dele af frontpersonalet i mindre grad følte sig som en del af projektet, da de ikke havde deltaget i de samme uddannelses- eller kursusforløb som deres kollegaer.

I Odense Kommune blev der afholdt en fælles temadag under overskriften 'Store samtale dag', som var en introduktion for medarbejderne til den anerkendende samtale. Efterfølgende har det vist sig, at den slags temadage bør gentages, da man ellers ikke får de nytilkomne medarbejdere med. Derudover har der været ressourcer nok til at efterkomme forespørgsler fra medarbejdere om efteruddannelsesmuligheder på udvalgte områder, f.eks. kost- og motionskursus, pilateskursus, body awareness therapy, vægtstoppkursus, fitnessinstruktøruddannelse. Medarbejderne udtrykker, at de har fået mulighed for at deltage i kurser, som er med til at øge deres kompetencer i forhold til aktiviteterne for borgerne. Fra projektledernes side har det dog været vanskeligt at sikre, at disse kompetencer blev i projektet pga. medarbejderudskiftning.

40 Fokusgruppeinterview med frontmedarbejdere.

Generel tilfredshed

Endelig kan det nævnes, at også Københavns Kommune har arbejdet med en bred vifte af kursus- og uddannelses tilbud. De tre sundhedskonsulenter, som var placeret på henholdsvis CKB, CAB og i Urbanplanen, har eksempelvis deltaget i: Uddannelses-/introdage, Walk and Talk-test, rygestopkursus, alkoholkursus og kursus om positiv psykologi. Endvidere har alle medarbejdere på de to beskæftigelsescentre CKB og CAB deltaget i en temadag. Nogle har endvidere deltaget i KRAM-introdage, temadag om alkohol, temadag om tobak og i et Walk and talk kursus. Endeligt er fire medarbejdere blevet uddannet som rygestoprådgivere. Baseret på de oplysninger, som vi har fået som led i vores fokusgruppeinterview, hvor nogle af deltagerne fra kursus- og uddannelsesaktiviteterne var til stede, kan vi konstatere en generel tilfredshed med uddannelses- og kursusforløbene i København.

6.2 Anden kompetenceudvikling

Bred vifte af aktiviteter

Alle kommuner har fokuseret på at gennemføre en ekstra indsats i forhold til at udvikle kompetencerne hos medarbejderne på sundhedsområdet. I Odense Kommune er konceptet 'kollega-underviser-kollega' (KUK) blevet introduceret efter afslutningen af projektet under 'Lighed i sundhed', som en metode til at sikre en fortsat kompetenceudviklingsproces gennem anvendelse af eksisterende interne kræfter. Denne metode er bl.a. blevet brugt til at forankre anvendelsen af sundhedsprofilen i afklaringsprocessen i Jobcentret. Der gennemføres to KUK-forløb pr. år. De kollegaer, som skal undervise, får tilbudt et formidlingskursus, således at de er bedre klædt på til at stå over for kollegerne.

Gladsaxe-projektet har holdt ugentlige møder for de ansatte i de konkrete arenaer, hvor de har gennemført aktiviteterne. Endelig kan det nævnes, at der i hovedparten af kommunerne er afholdt forskellige workshops og faglige dage med deltagelse af bl.a. projektmedarbejder, projektledelse og chefer.

Tværkommunale workshops

Projekterne har endvidere - som et led i deres samarbejdsaftale med Sundhedsstyrelsen - afholdt en række tværkommunale workshops, jf. nedenstående tabel.

Oversigt over de tværkommunale workshops

Kommune	Tema og tidspunkt for tværkommunal workshop for alle seks kommuner
Odense	Den sundhedsfremmende samtale i et anerkendende og systemisk perspektiv, december 2007
København	Sundhed og udsatte borgere - om skæringsfeltet mellem beskæftigelses- sundheds- og socialpolitikken, april 2008
Greve	Evaluerings- og virkningsevaluering som metode, september 2008
Gladsaxe	Dilemmaer ved professionelle rollemødder, november 2008
Vordingborg	Naturen som sundhedsarena, maj 2009
Jammerbugt	Aktiv sund trivsel - sundhedsbegrebet og sammenhænge mellem kroppen og psyken, september 2009

Nyttig, fagligt givende og nødvendig

Kompetenceudviklingen er blevet vurderet som meget nyttig, fagligt givende og nødvendig for at sikre kvalitet og innovation i projekterne, der skulle udvikle metoder og finde nye veje i sundhedsindsatsen over for borgerne. Det er således en læring fra projektforsøgene, at kompetenceudvikling skal tænkes ind fra starten, og at der skal afsættes ganske mange ressourcer til denne indsats.

SYSTEMATIK

7 METODEARBEJDE

REDSKABER

METODER
TILBUD

7 Metodearbejde

I dette kapitel belyses arbejdet med metoder, herunder projekternes arbejde med og forståelse af metodeudvikling. Vi undersøger endvidere, hvilke konkrete metoder der er udviklet som et led i de seks projekters gennemførelse.

7.1 Hvad er metodearbejde?

I Sundhedsstyrelsens materiale til ansøgere til satspuljen hedder det, at

”formålet [med puljen] er, at der indsamles viden om samt udvikles og formidles metoder til at nå socialt udsatte”⁴¹.

Der lægges endvidere flere andre steder i styrelsens informationsmateriale vægt på, at projekterne skal arbejde med at udvikle metoder som led i gennemførelsen af deres projekter. Arbejdet med metoder er således et af de mest centrale formål med udmøntningen af satspuljemidlerne.

Projekternes arbejde med metoder har bl.a. befundet sig i spændingsfeltet mellem sundheds- og socialområdet. Det sociale arbejde er karakteriseret ved en høj grad af kompleksitet og uforudselighed, hvilket kan gøre det vanskeligt at arbejde med stringente metoder. På sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet har man et forholdsvis solidt grundlag at stå på, når det gælder forholdet mellem risikofaktorerne og borgernes sundhedstilstand⁴². De positive virkninger af fysisk aktivitet og en sund og varierende kost er efterhånden veldokumenterede, ligesom de skadelige virkninger ved rygning og alkohol også er veldokumenterede. Derimod er vores viden om, hvilke konkrete sundhedsfremmende og forebyggende tiltag der virker, stærkt begrænset⁴³. Det er dette ’hul i vores viden’, som projekterne med deres metodearbejde har skullet bidrage til at udfylde. Der er således tale om en stor og ganske vanskelig opgave.

Inden vi undersøger nærmere, hvilke metoder projekterne har udviklet, kan man starte med at stille spørgsmålene: Hvad vil det sige at være et metodeudviklingsprojekt? Og hvad adskiller metodeudviklingsprojekter fra andre projekter? Dette var nogle af de spørgsmål, som optog Sundhedsstyrelsen og projekterne i den første fase af projektforsøget. Projekterne gav selv i deres opstartsfasen nogle bud på, hvad de forstod ved at være metodeudviklingsprojekter, hvilket er skitseret i tekstboksen på næste side.

Centralt formål
med projekterne

Hvad er et metodeudviklingsprojekt?

41 Jf. ”Sundhedsstyrelsen søger modelkommuner til projektet ’Lighed i sundhed’ - information om interessetilkendegivelse”, Sundhedsstyrelsen, juni 2006.

42 Jf. ”Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne - dokumentation af effekt og omkostningseffektivitet”, DSI-Institut for Sundhedsvæsen, 2006.

43 I ovennævnte rapport fra DSI (se fodnoten ovenfor) konkluderes det, ”at der er en dokumenteret positiv effekt af forebyggelsesindsatsen rettet mod rygning og fald i hjemmet, samt at forebyggende hjemmebesøg er godt for den fremtidige sundhedstilstand. For de resterende områder - alkoholforbrug, fysisk aktivitet, kost og svær overvægt - har vi ikke fundet nogen dokumenterbar effekt.”

Projekternes forståelse af metodearbejde i opstartsfasen

- En kommune nævner, at metodeudvikling handler om, at 'vi tilpasser vores projekt til de udfordringer, som vi møder. Det giver en stor frihed til at afprøve nye veje, men det forpligter os også til at sikre, at vi får dokumenteret ændringerne og justeringer af projektet. Ellers vil vigtig viden gå tabt, og det vil blive vanskeligt at gennemføre en meningsfuld evaluering af projektet.' Det tilføjes, at et metodeudviklingsprojekt har et forskningspræg, og at man kan tale om praksisforskning.
- En anden kommune lægger ligeledes vægt på, at metodeudvikling handler om, at projektet 'ikke på forhånd har haft lagt sig fast på redskaber og metoder, men kan justere og ændre undervejs og tilpasse projektet til virkeligheden.'
- En kommune forstår metodeudvikling som en afprøvning af, hvilken effekt det har at inddrage nye faggrupper i sundhedsfremmende aktiviteter. Eksempelvis anvendes der pædagoger som rygestopinstruktører, hvilket sætter fokus på den pædagogiske vinkel ved at ændre adfærd og opgive rygning.
- Endelig fortæller en kommune, at målet er, at projektet afprøver og udvikler en række screeningsmodeller, dialogredskaber, sundhedsfremmetilbud og opkvalificeringstilbud til medarbejderne med henblik på at udvikle en generel implementeringsmodel for sundhedsfremme i aktivering. Projektaktiviteterne er tilrettelagt med henblik på løbende metodeudvikling og justering, således at slutresultatet kan videreføres i kommunens praksis over for borgerne.

Kilde: "Notat om fælles udfordringer for projekterne under 'Lighed i sundhed', COWI, marts 2006.

Som det ses af tekstboksen, lægger projekterne vægt på mange forskellige ting, når de skal give et bud på, hvad det vil sige at være et metodeudviklingsprojekt. Der er ikke nogen af opfattelserne, der nødvendigvis er 'forkerte' eller udtryk for, at projekterne har misforstået, hvad det vil sige at være et metodeudviklingsprojekt. Der var snarere tale om, at projekterne lægger vægt på forskellige aspekter ved arbejdet med metoder. Samtidig er det også tydeligt, at der ikke i projekternes opstartsfasen var et fælles grundlag og en fælles forståelse af, hvad det ville sige at arbejde med metoder.

Notat om metodeudvikling

På denne baggrund besluttede Sundhedsstyrelsen at igangsætte et arbejde vedrørende metodeudvikling, der skulle skabe klarhed gennem en fælles terminologi og begrebsforståelse. Dette udmøntede sig i notatet *"Metodeudvikling i Sundhedsstyrelsens projektarbejde belyst gennem projektet 'Lighed i sundhed'"*. Der er løbende blevet arbejdet med notatet, og det er ved flere lejligheder blevet revideret.

Sundhedsstyrelsens notat indeholder definitioner på modelprojekt, metode, aktivitet, metodebeskrivelse, metodeudvikling/-afprøvning, redskaber og tilbud.

Definition af centrale begreber i Sundhedsstyrelsens metodenotat

■ Metode

En metode er en fremgangsmåde, plan eller opskrift, der omfatter et sæt regler, som anvendes på en systematisk måde for at opfylde et bestemt formål. Eksempler: Rygestopkursus, Den motiverende samtale og strukturel forebyggelse.

■ Redskaber

Redskaber er midler, som sikrer en systematisk - og ofte metodisk begrundet - indsats.

Eksempler: Skemaer til sundhedssamtaler og kostmanualer.

■ Tilbud

Tilbud er de konkrete aktiviteter, borgerne deltager i.

Eksempler: Fitness, svømning, kursus i madlavning, strukturerede samtaler om livsstil mv.

Kilde: "Metodeudvikling i Sundhedsstyrelsens projektarbejde belyst gennem projektet 'Lighed i sundhed'", Sundhedsstyrelsen, version 14. september 2009.

Det beskrives endvidere i styrelsens notat, at der er nogle særlige krav til bl.a. dokumentation og systematik, som bør adresseres, når man arbejder med metoder. At arbejde metodisk indebærer således, at man skal have et greb om⁴⁴,

■ hvad målet med indsatsen er

■ hvilke midler der er hensigtsmæssige for at nå dette mål

■ en systematisk tilrettelæggelse af arbejdet, så det er muligt at gentage metoden

■ en vis grad af dokumentation og skriftlighed, så det er muligt at svare på, a) om man nåede målet, b) om de anvendte metoder var hensigtsmæssige i forhold til at nå målet og c) om der var uforudsete effekter af indsatsen (positive såvel som negative)

Forskellig opfattelse af værdien

Det store fokus på arbejdet med metoder i 'Lighed i sundhed' og Sundhedsstyrelsens notat er blevet forskelligt modtaget i projekterne.

"Jeg forstod ikke helt notatet, men måske kan det bruges på sigt"
(Projektleder, projekt under 'Lighed i sundhed')

"Vi havde stor gavn af arbejdet med metodeudvikling og Sundhedsstyrelsens notat. Det har medvirket til at kvalificere os fagligt."
(Projektleder, projekt under 'Lighed i sundhed')

44 Se bl.a. Linda Thorsager m.fl., "Metoder i socialt arbejde - begreber og problematikker", Socialforskningsinstituttet, 2007 og "Metodeudvikling i Sundhedsstyrelsens projektarbejde belyst gennem projektet 'Lighed i sundhed'", Sundhedsstyrelsen, version 14. september 2009.

Givet projekterne et begrebsapparat

Det kan på denne baggrund være vanskeligt at bedømme virkningerne af arbejdet med metodeudvikling. Som evaluatører finder vi dog, at det kontinuerlige fokus på arbejdet med metoderne i projekterne - og det gensidige samspil mellem projekterne og Sundhedsstyrelsen - har medført en bedre forståelse af, hvad det vil sige at være et metodeudviklingsprojekt. Der er også i vores interviewundersøgelse og i projekternes egne evalueringer tegn på, at arbejdet med metodeudvikling har givet projekterne en bedre forståelse og et begrebsapparat i relation til metodeudvikling. På denne måde har arbejdet bidraget til at løfte det faglige niveau i projekterne.

Konkrete resultater

Der kan også iagttages konkrete resultater af projekternes arbejde med metodeudvikling og metodebeskrivelser mv. København har således udgivet en værktøjs-samling med fem metoder til sundhedsfremme i beskæftigelsesindsatsen. En række af de andre projekter har også udarbejdet metodebeskrivelser i bl.a. deres egne evalueringer.

Det skal endelig også nævnes, at Sundhedsstyrelsens arbejde med metodeudvikling har haft en afsmittende virkning i forbindelse med andre satspuljep projekter, bl.a. *"Sundhedsfremmende initiativer for unge uden for eller på kanten af uddannelses-systemet"*, hvor man har benyttet sig af bl.a. begrebsapparatet i styrelsens metode-notat.

7.2 Hvilke metoder er udviklet?

Velbeskrevne versus andre metoder

Kommunerne har arbejdet med en række forskellige metoder. Der skelnes mellem velbeskrevne metoder og andre metoder/aktiviteter. Velbeskrevne metoder er defineret ved, at der foreligger en udførlig metodebeskrivelse. Der kan både være tale om allerede kendte metoder (f.eks. Kræftens Bekæmpelses koncept for rygestop) eller metoder, der er nyudviklet som et led i projektet. Andre metoder/aktiviteter kan eksempelvis være metoder/aktiviteter, som projektet har haft en målsætning om på sigt skulle blive en velbeskreven metode, men hvor der ikke foreligger en udførlig metodebeskrivelse⁴⁵.

⁴⁵ Jf. også Sundhedsstyrelsens notat *"Metodeudvikling i Sundhedsstyrelsens projektarbejde belyst gennem projektet 'Lighed i sundhed'"*, Sundhedsstyrelsen, version 14. september 2009.

I tabellen nedenfor er projekternes metoder/aktiviteter listet efter henholdsvis velbeskrevne metoder og andre metoder/aktiviteter.

Oversigt over projekternes metodeudvikling fordelt efter velbeskrevne metoder og andre metoder/aktiviteter

Kommune	Velbeskrevne metoder	Andre metoder/aktiviteter
København	• Gruppesamtale om sundhed • Sundhedstest • Fysisk aktivitet • Drop ind til en snak om tobak • Skånsom aktivering	• Gruppebaseret tilbud om madlavning • Individuel kostvejledning • Individuel fysioterapeutisk vejledning • Undervisningstema om søvn • Sundhedsambassadører
Greve	• Den relationsbårne indsats	• Sundhedssamtale
Vordingborg	• Løsningsfokuseret korttidsvejledning • Den løsningsfokuserede sundheds-samtale (under udarbejdelse) • Rygestopkurser	• Natur som metode til sundheds-fremme
Odense	• Anerkendende metode, hvor redskabet er sundhedsprofilsamtalen • Kostvejledning	• Screeningsmodel (sundhedsprofil) • Dialogværktøj
Jammerbugt	• Kostanamnese • Anerkendende kommunikationsværktøj • Rygestopkurser	• Sundhedssamtale
Gladsaxe	• Sundhedspædagogik • Den motiverende samtale • Rygestopkurser	• Udformning af politikker • Organisering med ressourcepersoner

Anm.: Under velbeskrevne metoder i København er kun nævnt de nyudviklede metoder, som kommunen har udviklet som et led i deres projekt. Under de andre er både nyudviklede og allerede kendte metoder listet.

Videreudvikling af metoder

De fleste modelkommuner har arbejdet med at videreudvikle eller skræddersy allerede eksisterende metoder til deres målgruppe. Det gælder f.eks. for Greve i forhold til den relationsbårne metode, Vordingborg med løsningsfokuseret korttidsvejledning og Odense med Sundhedsprofil "light". Kommunerne har altså taget udgangspunkt i allerede kendte metoder, men appliceret metoderne på en ny målgruppe, eksempelvis kontanthjælpsmodtagere.

Stor variation mellem projekterne

Det kan konstateres, at der er forskel på, hvor langt de enkelte projekter er kommet i forhold til deres arbejde med konkrete metodebeskrivelser. I København har man udviklet fem (nye) metoder - der naturligvis også i et vist omfang bygger på allerede kendte metoder - men de fem metoder er gennemarbejdede og velbeskrevne. Der er også udgivet en separat værktøjssamling kaldet *"Mit liv, min sundhed - sundhedsfremme til borgerne i beskæftigelsesindsatsen i Københavns Kommune, 2007-2009"*, hvor alle metoder er gennemgået systematisk.

I Vordingborg har man som en del af egevalueringen dokumenteret sine metoder i metodebilag, og kommunen er ved at udvikle nogle samtalekort, der skal understøtte brugen af den løsningsfokuserede sundhedssamtale i relation til socialt udsatte grupper. Odense har beskrevet en anerkendende metode, hvor redskabet er en sundhedsprofilsamtale. Flere af de andre kommuner som Jammerbugt og Gladsaxe har også taget initiativ til metodebeskrivelser, bl.a. som en del af deres egevalueringer.

Kan det betale sig at bruge metoderne?

Spørgsmålet melder sig, om det for andre kommuner vil være økonomisk fordelagtigt at arbejde med de metoder, der er udviklet i 'Lighed i sundhed'? Der er ikke tvivl om, at det vil koste kommunerne ekstra ressourcer at indføre metoderne. Vi kender dog ikke prisen, da man ikke blot kan sætte projekternes bevilling i forhold til antal borgere, som har deltaget i sundhedsaktiviteterne og få et retvisende billede⁴⁶. Et sådant tal vil ikke være et udtryk for den reelle pris for implementering af metoderne, da prisen naturligvis skal ses i lyset af, at sundhedsindsatsen ikke har været isoleret fra alle de øvrige udviklingsinitiativer i projekterne som eksempelvis arbejdet med at udvikle metoder, deltagelsen i tværgående samarbejdsaktiviteter, kompetenceudvikling af personale, det organisatoriske arbejde mv.

Vi kan heller ikke udtale os skråsikkert om resultaterne i form af forbedringer i forhold til sundhed og helbred for målgruppen, selv om der er mange forhold, der peger på, at projekterne har medvirket til at forbedre borgernes sundhedstilstand og helbred. Mange af resultaterne for borgerne vil også være langsigtede, og disse resultater bør også indgå i vurderingen af pris/resultat-forholdet, hvis det skal være et retvisende billede, der tegnes.

7.2.1 Rygning og alkohol

Primært fokus på kost og fysisk aktivitet

Alle projekterne havde i udgangspunktet fokus på at gennemføre en sundhedsindsats i relation til bl.a. psykisk sundhed, kost, fysisk aktivitet, rygning og alkohol. Ved projektafslutning har det vist sig, at alle projekter har arbejdet intensivt med psykisk sundhed, kost og fysisk aktivitet, mens færre har arbejdet med rygning, og stort set ingen med alkohol. Der rejser sig derfor et interessant spørgsmål: Hvorfor er rygning og alkohol i stor udstrækning blevet fravalgt som indsatsområde i modelkommunerne?

Der kan ikke gives et entydigt svar på spørgsmålet, men projektledere og projektmedarbejdere har selv forklaret fænomenet med, at det er vanskeligere at arbejde med rygning og alkohol, fordi der er 'mere negativ energi' knyttet til disse områder⁴⁷. Der er tale om afhængighedsskabende rusmidler som ofte er tabubelagte. En samtale med en borger om rygning og alkohol vil nemt få en drejning i retning af forbud, hvorved det kan lukke for diskussionen og virke hindrende for borgers motivation til selv at tage et aktivt ansvar for sin sundhed og sit helbred. Endelig kan man også pege på, at der generelt mangler brugbare metoder til at arbejde med alkohol og rygning over for socialt udsatte borgere, hvilket har gjort det vanskeligt for projekterne at trænge igennem på dette område.

46 Gør man det alligevel - sætter projekternes bevilling i forhold til antallet af borgere, som har deltaget i sundhedsaktiviteterne - får man en udgift pr. sundhedsforløb i projekterne i et interval fra ca. 6.000 kr. til 46.000 kr. pr. borger.

47 Fokusgruppeinterview med frontmedarbejdere og personlige interview med projektledere.

Den anerkendende tilgang

En anden mulig forklaring på fænomenet er, at den anerkendende tilgang, som alle projekterne har benyttet sig af som udgangspunkt - og hvorunder hører metoder som 'Løsningsfokuseret korttidsvejledning', 'Den motiverende samtale', m.fl. - kan have en tilbøjelighed til at skabe en fokusering på de sundhedsindsatser, der er nemmest at tale om, og hvortil der knytter sig en 'positiv energi' frem for en mere 'forbudspræget' italesættelse. Den anerkendende tilgang og de tilhørende metoder er benyttet i mange sammenhænge, også på bl.a. misbrugs- og alkoholområdet. Der er således ikke tale om, at tilgangen og metoderne ikke kan anvendes i relation til rygning og alkohol, men måske snarere om, at den måde, som nogle af projekterne har brugt de konkrete metoder på, har betydet et manglende fokus på rygning og alkohol.

EGENEVALUERING

8 EVALUERING OG EFFEKT MÅLING

RESULTATER

LÆRING

SUNDHEDSADFÆRD

8 Evaluering og effektmåling

I dette kapitel belyses, hvordan projekterne har arbejdet med evaluering og effektmåling, herunder hvilke resultater 'Lighed i sundhed' har skabt for borgerne. Det diskuteres, hvad værdien har været af arbejdet med evaluering og effektmåling.

8.1 Projekternes egevaluering

Kompleks opgave

Sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet er generelt præget af at være et komplekst område, hvor mange aspekter på individ-, gruppe- og kontekstniveau påvirker befolkningens sundhed. Endvidere er evidensbaseret viden om effektfulde strategier mere undtagelsen end reglen på dette område.

Dette gælder i særdeleshed for sundhedsfremme og forebyggelse i relation til udsatte grupper, hvor der ofte er tale om komplekse, ikke-veldefinerede problemstillinger, der er sammenvævede med andre sociale og sundhedsmæssige problemer i borgernes hverdag. Desuden er der tale om et felt, hvor man ofte først kan forvente at se effekten af igangværende tiltag på folkesundheden om mange år. Det er derfor en stor udfordring at måle resultaterne og effekten på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet.

'Vilde og tamme' problemstillinger

Man taler i evalueringssammenhæng om henholdsvis '*tamme*' og '*vilde*' problemstillinger på det sociale område. De '*vilde*' problemstillinger - som projekterne under 'Lighed i sundhed' har beskæftiget sig med - er kendetegnet ved følgende forhold:

- Vanskeligt at definere problemer præcist
 - Ikke-operationelle målsætninger
 - Uklar mål-middel-sammenhæng
 - Fraværd af evidensbaseret viden om indsats og metoder
 - Høj grad af autonomi blandt frontlinjemedarbejdere
 - Mange aktører på tværs af organisatoriske niveauer, fagprofessioner og sektorer er involveret i beslutningstagning og opgaveløsningen
 - Problem og kontekst er dynamisk, dvs. udvikler sig over tid
-

Kilde: Hanne Kathrine Krogstrup, "Evalueringsmodeller", 2003.

Organisering af egnevalueringen

Med henblik på at sikre en evaluering af projekterne har Sundhedsstyrelsen stillet krav om, at der som et led i projekterne skal foretages en egnevaluering af projekterne. Denne egnevaluering er enten blevet udliciteret til en ekstern konsulent, eller kommunen har valgt selv at forestå egnevalueringen.

I Gladsaxe var det projektlederen for projektet "Aktiv vej til styrke", der var ansvarlig for kommunens egnevaluering. Der var altså tale om, at man i denne kommune gennemførte en selvevaluering. I de andre tilfælde - hvor kommunerne selv har valgt at være ansvarlig for deres egnevaluering - er opgaven i en vis udstrækning blevet søgt adskilt fra den øvrige projektgennemførelse. I Greve Kommune er det eksempelvis Center for Dokumentation og Udvikling, der har været ansvarlige for at gennemføre egnevalueringen, mens det er Center for Sundhed, der har haft projektledelsen. Andre steder har den organisatoriske adskillelse af de to opgaver været mindre stærk. I alle kommuner - bortset fra Gladsaxe - har der dog været en personadskillelse, således at ansvaret for egnevalueringen har påhvilet andre personer end dem, der skulle forestå projektledelse og -gennemførelse.

Evaluering har generelt fyldt ganske meget i projekterne, da de har skullet udvikle monitoreringssystemer, gennemføre en løbende monitorering og medvirke til anden dataindsamling som et led i både egnevalueringer og den tværgående evaluering.

Forskellige tilgange

Der er arbejdet med mange forskellige tilgange til evaluering i projekterne. I Greve arbejdede man eksempelvis med virkningsevaluering som metode, og der er foretaget tre selvstændige afrapporteringer som et led i egnevalueringen. Greve valgte endvidere at sætte fokus på virkningsevaluering på en fælles workshop med projekterne. I København har man også arbejdet med virkningsevaluering samt en adskillelse i tre perspektiver, henholdsvis det faglige perspektiv, borgerperspektivet og det organisatoriske perspektiv. Gladsaxe har arbejdet med procesevaluering, mens Vordingborg, Odense og Jammerbugt bl.a. har haft særlig fokus på målopfyldelse i deres egnevalueringer.

Fokus på evaluering er nyttig

Hvis man spørger de implicerede projektledere og projektmedarbejdere til værdien af deres arbejde med bl.a. egnevalueringen, er der forskel på de svar, som gives i projekterne. Mange har været glade for, at der har været fokus på evaluering, da det ifølge dem har medvirket til at kvalificere deres projekt og udviklet dem fagligt. Endvidere peger nogle på, at bl.a. egnevalueringen har været et godt redskab til at sikre en løbende refleksion over egen praksis i projektet. Andre er mere skeptiske i forhold til den generelle evalueringsindsats og peger især på, at der har været for meget fokus på effektevaluering frem for mere kvalitative metoder. Det skal i den forbindelse nævnes, at Sundhedsstyrelsen ikke eksplicit har stillet krav om f.eks. effektevaluering. Styrelsen har dog haft fokus på, at projekterne skulle sikre en dokumentation, herunder af projekternes resultater.

8.2 Borgernes udbytte

Borgernes udbytte af sundhedsindsatsen er målt på en række forskellige måder i projekterne. Der har bl.a. været fokus på sundhedsadfærd, trivsel, tiltro til sig selv, tilknytning til arbejdsmarked, mulighed for at komme i uddannelse m.v. Borgerne er løbende blevet inddraget og spurgt, idet de har deltaget i fokusgrupper, er blevet interviewet, har udfyldt spørgeskemaer m.v. Dette arbejde er nærmere beskrevet i projekternes egne evalueringer.

Eksempler

Nogle eksempler på arbejdet med borgerne skal fremdrages her. 1138 borgere har deltaget i ”Mit liv - min sundhed” i Københavns Kommune. De har deltaget i aktiviteter i gennemsnit 7,7 gange. En før- og eftermåling, hvor 419 har svaret på før-målingen og 159 på eftermålingen, viser en positiv bevægelse mod en sundere livsstil med mere fysisk aktivitet i fritiden og bedre trivsel. Kommunens indsats har dog ikke nedbragt antallet af rygere, som er uændret. Borgerne i København har generelt været glade for at deltage i sundhedsaktiviteterne, idet 84% mener, det har været overvejende positivt at deltage⁴⁸. Interviews med borgerne understøtter det med personlige historier. Hypotesen om, at bedre sundhed fører til øget beskæftigelse, har hverken kunnet bekræftes eller afvises.

I Vordingborg Kommune, hvor 65 familier har været tilmeldt ”Grib chancen” fortæller 92 pct., at de har været tilfredse med sundhedstilbuddene. 46 pct. spiste sundere og 89 pct. motionerede mere efter deltagelse. Resultaterne er bl.a. baseret på en telefoninterviewundersøgelse, hvor 42 personer besvarede en række spørgsmål. Herudover har projektet givet deltagerne mod på livet og mere selvtilid i hverdagen. 19 ud af 26 siger, at projektet har bidraget til at skabe positive ændringer i deres liv.

I Odense, hvor over 1.000 borgere har været involveret, er der ikke tilsvarende kvantitative opgørelser, men kvalitative interviews med både medarbejdere og borgere viser, at sundhedstilbuddene får borgere til at komme tættere på arbejdsmarkedet. Nogle er kommet i job eller fleksjob, andre har fået mere selvtilid og mod på livet, og for mange er der blevet en anden indgang til en konstruktiv dialog om beskæftigelsesmulighederne og vejene dertil. I Gladsaxe er sundhed blevet en rutinemæssig del af den socialpædagogiske indsats i bo- og aktivitets-tilbud. Beboerne bevæger sig mere og er opmærksomme på sund kost og kostens betydning for både overvægt og undervægt. I Greve og Jammerbugt har borgerne også generelt tilkendegivet, at de finder, at sundhedstilbuddene har været med til at skabe refleksion om egen sundhed og givet dem rygstød til at ændre på deres adfærd særligt i forhold til kost og motion.

Flere indikationer

Der er således flere indikationer på, at projekterne har skabt positive resultater for borgerne, men kun i København har man haft et tilstrækkeligt stort materiale til, at der har kunnet drages visse statistisk signifikante konklusioner vedrørende motionsvaner og trivsel. I de øvrige kommuner har datagrundlaget generelt været for småt til, at sådanne konklusioner har kunnet drages. Mange af projekternes resultater er understøttet af kvalitative undersøgelser og analyser, der er med til at dokumentere, at projekterne har skabt en række positive resultater for borgerne.

48 Baseret på besvarelser fra 340 borgere.

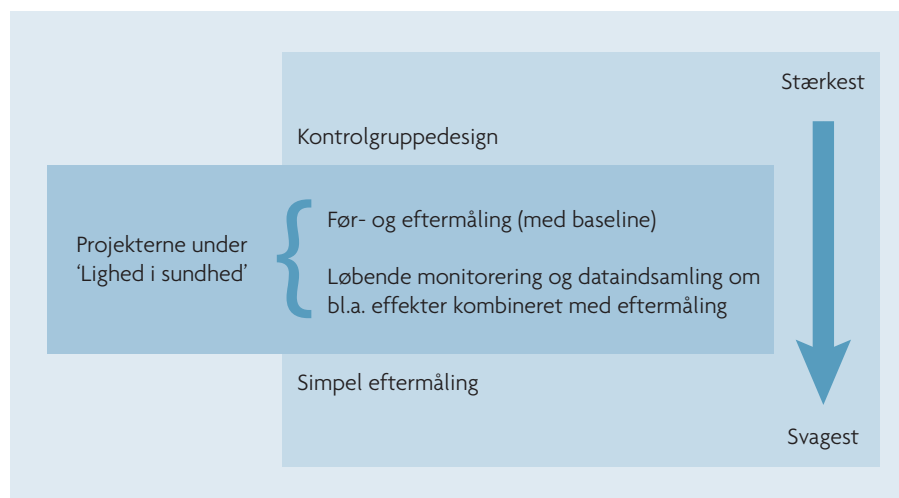
8.3 Særligt om resultater og måling af effekt

At arbejde evidensbaseret

At arbejde evidensbaseret i kommunerne handler om, at de politiske beslutninger om indsatser træffes på grundlag af dokumenteret viden. Der findes mange typer af evidens, der tilsammen kan udgøre et evidensbaseret grundlag for at føre politik. Effektmålingsstudier kan i denne sammenhæng ses som én af flere former for evidens⁴⁹.

Inden for effektmålingsstudier findes flere standarder, hvor den gyldne standard er det randomiserede-kontrollerede forsøg, der fordrer brug af bl.a. kontrolgrupper. En mindre ambitiøs effektmåling kan eksempelvis være en før- og eftermåling, hvor man søger at etablere en baseline, dvs. en udgangssituation før interventionen (eller projektets indsatser/aktiviteter), som der måles op imod i en eftermåling. Man kan også gennemføre en mere kvalitativ evaluering af effekter via en løbende indsamling af kvalitative data, som samles op i en slutevaluering. Endelig kan man gennemføre en simpel slutevaluering. De to sidste former for evaluering vil i evalueringslitteraturen typisk ikke blive benævnt effektmåling. Figuren nedenfor viser de fire former for evaluering og deres typiske 'rangorden'. Den viser også, hvilke former for evaluering som projekterne under 'Lighed i sundhed' har arbejdet med.

Oversigt over evalueringsmodeller og deres styrke



Projekterne har i høj grad adresseret 'vilde' problemstillinger, hvor det er vanskeligt at arbejde med kontrolgruppedesign og før- og eftermålinger. Flere af projekterne har alligevel eksperimenteret med at gennemføre før- og eftermålinger af deres indsatser. København, Vordingborg og til dels også Odense har arbejdet med dette ved hjælp af spørgeskemaer til deltagerne i projektet. I målingerne har de bl.a. søgt at måle, om der var sket en sundhedsprogression, dvs. om borgerne eksempelvis havde ændret adfærd, for så vidt angår fysisk aktivitet, rygevaner og generel trivsels- og helbredsopfattelse.

49 Jf. Connie Nielsen m.fl., "Effektmåling", Socialforskningsinstituttet, 2007.

Læringspunkter

I Københavns Kommunes egevaluering har man gjort sig nogle overvejelser vedrørende arbejdet med effektmåling. Der peges særligt på to læringspunkter i forhold til effektmåling af metodeudviklingsprojekter. *Første* læringspunkt er, at et projekt skal have nået til en vis stabilitet i metoden og indsatsen, før der kan igangsættes en effektevaluering. Den *anden* læring er, at man skal sikre sig, at et projekt har volumen nok til effektmåling, da det kræver mange deltagere og stor evalueringskapacitet⁵⁰.

Projektet i Københavns Kommune var det største projekt målt på både budget og antal deltagere. Der var ca. 1.200 deltagere, og der blev indsamlet ca. 400 før-skemaer og ca. 150 efter-skemaer. Dette førte til, at der kunne påvises en signifikant effekt af sundhedsaktiviteterne på motionsvaner og trivsel, mens andelen af rygere var uændret. Der kunne ikke med dette antal skemaer laves analyser fordelt på f.eks. køn, alder, etnisk baggrund, arena eller lignende. Dette fortæller altså noget om, hvor stor en volumen man skal op på, hvis en effektmåling skal kunne levere mere detaljerede resultater.

Kontekstens betydning

En generel problemstilling i forbindelse med effektmåling er, om det er indsatsen (projektet), som har afstedkommet effekten, eller om det er andre forhold i projektets omgivelser, som har afstedkommet effekten. Alle projekter har i større eller mindre omfang spillet sammen med andre projekter og/eller kommunale indsatser. Eksempelvis har nogle af kommunerne peget på, at deres generelle aktiveringsforløb indeholder et stort element af sundhedsfremmende aktiviteter, hvilket har gjort det vanskeligt at sige, om det er det konkrete projekt eller aktiveringsindsatsen, der har haft en effekt på målgruppen. I en anden kommune har projektet stået over for to andre sundhedsindsatser, som løb parallelt med projekttaktiviteterne, herunder et generelt tilbud om rygestopkurser til alle kommunens borgere⁵¹. Endelig kan det nævnes, at der i det omgivende samfund har været stort og voksende fokus på sundhed i projektperioden. Sundhedsfremme og forebyggelse fylder mere og mere i medierne. Det gælder både i de skrivende medier, de elektroniske og tv-mediet.

'Vilde' problemer gøres 'tamme'

Et øget fokus på effektevalueringer må få som naturlig implikation, at der skal gøres en væsentlig indsats for at gøre 'vilde' problemer 'tamme'. Det vil sige, at der ligger en stor opgave i at definere og ikke mindst operationalisere sociale problemer, mål-middel-sammenhænge, samt succeskriterier for indsatsen. Baseret på en vurdering af evaluerings- og effektmålingsindsatsen i 'Lighed i sundhed' er der fortsat et godt stykke vej, før vi har effektive metoder til dette arbejde, men projekterne har bragt os tættere på målet.

50 Se Københavns egevaluering, side 57-58.

51 Se "Notat om fælles udfordringer for projekterne under 'Lighed i sundhed'", COWI, marts 2008.

KOORDINATION

9 SAMARBEJDS- MODELLEN

WORKSHOPS

RAPPORTER

MERVÆRDI

9 Samarbejdsmodellen

I dette kapitel beskrives og vurderes den samarbejdsmodel, der har været benyttet i 'Lighed i sundhed'. Der peges ligeledes på fordele og ulemper ved samarbejdsmodellen. Enkelte elementer af det samlede satspuljeprojekt belyses ligeledes i kapitlet.

9.1 Indholdet af samarbejdsmodellen

Der kan som tidligere nævnt overordnet skelnes mellem to spor i satspuljeprojektet. Det *første* spor består af selve samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og de seks modelkommuner, der har modtaget støtte fra satspuljen. Det *andet* spor er Sundhedsstyrelsens indsats i forhold til at udarbejde materialer med dokumentation, rådgivning, inspiration samt informationsmaterialer til borgere og fagpersoner. Der har været en gensidig påvirkning mellem de to spor gennem hele forløbet.

Definitioner

Ved samarbejdsmodellen forstår vi det første spor. Samarbejdsmodellen er den konkrete model for samarbejdet - med en række definerede elementer - som har været benyttet i forbindelse med satspuljeprojektet. Ved satspuljeprojektet forstår vi den samlede indsats i 'Lighed i sundhed', dvs. begge spor.

Nogle af de væsentligste elementer i den konkrete samarbejdsmodel, der har været koblet til satspuljeprojektet, er beskrevet i tabellen nedenfor.

Overview over nogle af samarbejdsmodellens elementer

Element	Indhold	Funktion
Samarbejdsaftale	Aftale mellem Sundhedsstyrelsen og kommunerne, der beskriver de gensidige forventninger	At regulere samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og de deltagende kommuner
Koordinationsgruppemøder	Elleve møder er afholdt	At sikre koordination på tværs af projekterne og i forhold til Sundhedsstyrelsen
Kommunale workshops	Alle kommuner har afholdt en tværkommunal workshop om et udvalgt fagligt emne	At sikre videndeling og viden-generering
Følgegruppe	Tre møder er afholdt	At følge projektet og komme med faglige inputs til projekterne
Statusrapporter	Projekterne har årligt skullet indgive en statusrapport til Sundhedsstyrelsen	Danner grundlag for det følgende års bevilling og giver styrelsen information om status og fremdrift
Egenevalueringer	Alle projekterne har gennemført en egenevaluering	At sikre en individuel evaluering af de seks projekter med henblik på lokal formidling og forankring samt input til den tværgående evaluering
Tværgående evaluering	Midtvejsopsamling og tværgående slutevaluering	At sikre en tværgående evaluering af 'Lighed i sundhed'

Som det fremgår af tabellen, er der tale om en omfangsrig samarbejdsmodel. Der er tale om en model, der er større og mere omfangsrig, end hvad der er typisk for satspuljebevillinger i regi af Sundhedsstyrelsen.

9.2 Projekternes vurdering af modellen

Modellen har tilført værdi

I forbindelse med interviewundersøgelsen har vi undersøgt, hvad deltagerne i de kommunale projekter - primært projektlederne og involverede kommunale chefer - har syntes om samarbejdsmodellen. Stort set alle tilkendegiver, at samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og projekterne har været meget værdifuldt. Deltagerne lægger især vægt på følgende (i prioriteret rækkefølge), når de skal beskrive det positive samarbejde i forbindelse med 'Lighed i sundhed':

- at Sundhedsstyrelsen løbende har vist (stor) interesse for projekternes afvikling
- at der løbende er blevet stillet krav til projekterne fra styrelsen
- at der har været kontinuitet i bemanningen fra styrelsen (samme projektleder i hele projektperioden)

Selv om der har været tale om en omfattende og mere ressourcekrævende indsats i satspuljeprojektet under 'Lighed i sundhed' end normalt i forbindelse med satspuljebevillinger, vurderer de kommunale deltagere, at indsatsens resultater har stået mål med de øgede ressourcer. Den generelle opfattelse er således, at samarbejdsmodellen har været velfungerende. De involverede modelkommuner udtrykker endvidere stor tilfredshed med Sundhedsstyrelsens indsats i forbindelse med puljen.

Alle elementerne i satspuljeprojektet vil ikke blive belyst i denne rapport, da det vil føre for vidt. Vi har imidlertid spurgt ind til rådgivnings- og informationsmateriale, der er udkommet som et led i 'Lighed i sundhed' samt bedt projektdeltagerne om at vurdere, hvilke elementer i samarbejdsmodellen som de har været særlig glade for.

Rådgivnings- og informationsmaterialet fra Sundhedsstyrelsen, der er udkommet som et led i 'Lighed i sundhed', består af ni udgivelser, som fremgår af tekstboksen nedenfor.

Oversigt over udgivelser i forbindelse med satspuljeprojektet

- "Vejviser til evaluering - til projekterne under 'Lighed i sundhed'", december 2006
 - "Borgerrettet forebyggelse og lighed i sundhed - planlægning og forebyggelse af indsatser til socialt udsatte grupper", februar 2007
 - "Sundhed og udsatte borgere - inspiration til kommunen", august 2007 *
 - Ønskekortene dialog om sundhed, august 2007 (revideret december 2009)
 - "Socialt udsatte borgeres sundhed - barrierer, motivation og muligheder", september 2007
 - "Sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte borgere - analyse af SUSY data om sundhed hos arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering", marts 2008
 - "Lighed i sundhed - sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet", marts 2009 *
 - "Sundhed i beskæftigelsesindsatsen", 2010 *
 - "Sundhed i sociale tilbud til voksne med særlige behov", 2010 *
-

Anm.: Publikationerne kan downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Ønskekortene og publikationer markeret med * kan rekvireres ved henvendelse til Rosendahls-Schultz Distribution.

Blandt disse publikationer fremhæves særligt baggrundsrapporten fra SFI vedrørende målgruppen. Flere projektledere har fundet, at særligt denne publikation har været værdifuld for dem, fordi den har givet dem et solidt indblik i målgruppen⁵². Andre fremhæver, at rapporten fra SFI kom for sent, da man allerede var langt inde i projektet, da den udkom⁵³.

Det generelle indtryk fra interviewundersøgelsen med projektdeltagerne er, at rådgivnings- og informationsmaterialet har været udmærket, og at det har bidraget til at give projekterne en god baggrundsviden. Flere fremhæver dog også, at de ikke direkte har kunnet bruge hovedparten af materialet i deres projekter, men det skyldes, at rådgivnings- og informationsmaterialet er stilet til en bredere kreds end forsøgsprojekterne, som en projektleder formulerer det⁵⁴.

52 Personlige interview med projektledere.

53 Personlige interview med projektledere.

54 Hovedparten af rådgivnings- og informationsmaterialet har været målrettet kommunerne mere bredt. Vi har ikke undersøgt den mere generelle modtagelse af materialet i kommunerne.

Samarbejdet mellem projekterne

Et af formålene med samarbejdsmodellen har været at bidrage til at styrke samarbejdet mellem modelkommunerne, så de kunne dele viden og lære af hinanden undervejs i projektforsløbet. I den forbindelse fremhæver flere af projektlederne, at de har haft glæde af møderne i koordinationsgruppen. Der er også flere, der særligt fremhæver de kommunale workshops som en god platform for videndeling og idéudveksling.

Der har været flere bilaterale kontakter mellem projekterne. Det vil sige kontakter, som projekterne har taget til hinanden uafhængigt af elementerne i samarbejdsmodellen. De fleste projektledere er dog af den opfattelse, at de har fået opfyldt hovedparten af deres behov for videndeling mv. med de øvrige forsøgsprojekter i kraft af elementerne i samarbejdsmodellen. De har derfor ikke været særlig opsøgende i andre sammenhænge i forhold til de øvrige deltagende modelkommuner.

9.3 Den fremtidige brug af samarbejdsmodellen

Overførbarehed

Med hensyn til Sundhedsstyrelsens eventuelle fremtidige brug af samarbejdsmodellen fra 'Lighed i sundhed' i forbindelse med andre statspuljebevillinger skal det understreges, at samarbejdsmodellen både har fordele og ulemper.

Projektdeltagere har givet en meget positiv evaluering af samarbejdsmodellen, men det er ikke sikkert, at modellen umiddelbart kan overføres til andre statspuljebevillinger og blive en succes. Dette skyldes, at modellens succes i høj grad beror på de konkrete deltagere/personer, som har været involveret i arbejdet i 'Lighed i sundhed'. Endvidere kan kontekstuelle forhold også spille en rolle for dens succes. Eksempelvis har der i projektperioden været stort fokus på sundhedsområdet og socialt udsatte grupper i kommunerne, hvilket giver medvind for projekterne og betyder, at kommunerne var villige til at sætte ekstra meget fokus på f.eks. sundhed som et led i deres beskæftigelsesindsats.

Ressourceindsat- sen skal sættes ift. værdien

En ulempe ved samarbejdsmodellen er, at den er ressourcekrævende for både de deltagende kommuner og for Sundhedsstyrelsen. De deltagende kommuner skal bidrage i forbindelse med koordinationsgruppemøder, og de skal afholde tværgående aktiviteter som kommunale workshops. Herudover skal kommunerne bruge ressourcer på at udarbejde statusrapporter, bidrage til eksempelvis metodenotater, gennemføre en egevaluering osv. Nogle af disse ressourcer kunne i princippet være brugt på aktiviteter over for målgruppen. Det vil sige, at det er vigtigt at overveje, om de mange aktiviteter i samarbejdsmodellen bidrager ved at give en 'merværdi', der retfærdiggør, at de ikke anvendes på aktiviteter over for målgruppen.

Metodeudvikling

I den forbindelse er det vigtigt at hæfte sig ved, at alle projekterne under 'Lighed i sundhed' er metodeudviklingsprojekter. Det vil sige, at de har som eksplicit formål at skulle bidrage til udviklingen af metoder. I sådanne projekter vil der typisk være et større behov for faglige inputs udefra, videndeling på tværs, gensidig sparring osv., hvilket kan være med til at retfærdiggøre en mere omfattende samarbejdsmodel. I projekter, hvor der anvendes kendte og velafprøvede metoder, vil dette behov alt andet lige være mindre.

OPSTART

10 METODE OG DATAINDSAMLING

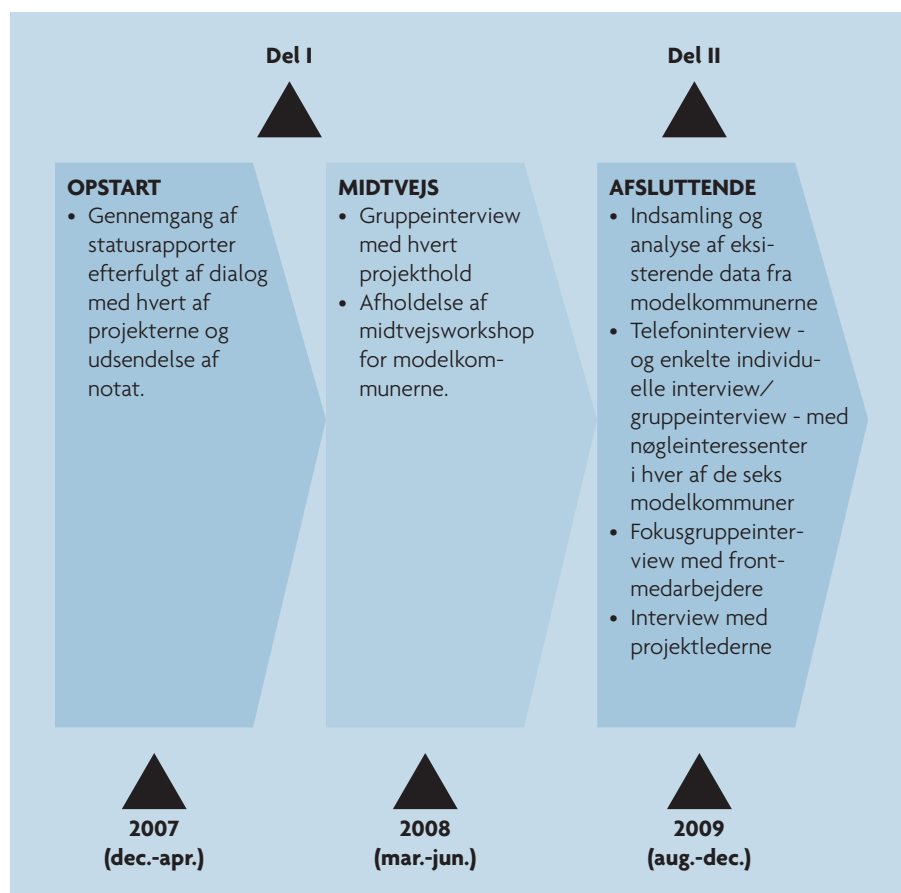
TEMAER

MIDTVEJS
AFSLUTTENDE

10 Metode og dataindsamling

I dette kapitel beskriver vi metoden i forbindelse med den tværgående evaluering samt den dataindsamling, der har fundet sted. Vi gør os endvidere nogle overvejelser om styrker og svagheder ved designet af den tværgående evaluering. Den tværgående evaluering har været opdelt i to dele. *Del 1* er baseret på en opstarts- (december 2007) og midtvejsopsamling (marts til juni 2008). *Del 2* udgør slutevalueringen i forhold til seks tværgående temaer.

Oversigt over evalueringen



Del 1 - opstarts- og midtvejsopsamling

Opstartsopsamlingen, der blev gennemført i december 2007, er baseret på en gennemgang af statusrapporter fra de seks modelkommuner efterfulgt af en dialog med hvert af projekterne. Midtvejsopsamlingen, som blev gennemført i perioden marts til juni 2008, er baseret på et gruppeinterview med de seks kommuners projekthold samt en workshop for modelkommunerne.

Del 2 - tværgående slutevaluering

Den tværgående slutevaluering, der er gennemført fra august til december 2009, er baseret på indsamling og analyse af eksisterende data i modelkommunerne. Derudover er der gennemført individuelle interview med projektlederne samt fokusgruppinterview med frontmedarbejdere og individuelle interview med enkelte nøgleinteressenter i hver af de seks kommuner samt telefoninterview med de resterende interessenter.

Evalueringsskriterier

Den tværgående evaluering er blevet gennemført på basis af fire centrale evalueringsskriterier: *relevans, måleffektivitet, omkostningseffektivitet og forankring/bæredygtighed.*

Arbejdsdelingen mellem evalueringerne

10.1 Metodiske udfordringer

Den tværgående evaluering har budt på en række metodiske udfordringer. Udfordringerne knytter sig især til forhold vedrørende snitfladen mellem projekternes egne evalueringer og den tværgående evaluering, herunder den dataindsamling, som har fundet sted som en konsekvens af 'arbejdsdelingen' mellem egne evalueringerne og den tværgående evaluering.

'Arbejdsdelingen' har været, at projekterne selv - som et led i deres egne evaluering - skulle indsamle data om effekten af deres indsatser i forhold til målgruppen. COWI har således ikke gennemført interview med målgruppen for projekternes indsats, og vi har heller ikke bidraget til den konkrete dataindsamling i forbindelse med før- og eftermålinger mv. i projekterne. Dette ansvar har været overladt til projekterne.

Det skal dog nævnes, at vi som evaluører undervejs har bistået med information og rådgivning vedrørende bl.a. effektmåling, eksempelvis på opstartsseminaret, i forbindelse med et notat udarbejdet i projekternes opstartsfasen og ved en midtvejsworkshop.

Evaluatoren har haft ansvaret for at belyse de tværgående problemstillinger mellem projekterne, og vi har også i et vist omfang bistået Sundhedsstyrelsen med rådgivning undervejs. Med hensyn til dataindsamlingen har denne dels bestået af en selvstændig del, hvor vi har interviewet frontpersonale, projektleder, styregrupperepræsentanter og andre kommunale interessenter, dels af et studie af andenhåndskilder som projekternes statusrapporter, egne evalueringer og andre relevante dokumenter i 'Lighed i sundhed'. I bilag 1, hvor opdraget for evalueringen, vedlagt, er der mere detaljerede oplysninger om dataindsamlingen.

Ulempe og fordel

Ulempen ved denne 'arbejdsdeling' har været, at vi har befundet os på afstand i forhold til selve målgruppen og den hertil knyttede dataindsamling og har kun i begrænset omfang kunnet påvirke dataindsamlingen. En fordel har til gengæld været, at projekterne selv har måttet tage ejerskab til 'evalueringen', da de stod som ansvarlige for store dele af den.

Særligt om uddannelse og opkvalificering

I forhold til de konkrete temaer for den tværgående evaluering vil vi endvidere pege på, at særligt temaet om uddannelse og opkvalificering har været vanskeligt at foretage en mere dybdegående og kvalificeret bedømmelse af, da vi alene har interviewet enkelte af uddannelses- og kursisdeltagerne som led i et fokusgruppeinterview, hvor der også var mange andre temaer på programmet. Hvis vi skulle have foretaget en mere grundlæggende bedømmelse, så skulle dataindsamlingen være suppleret med interview med undervisere, oplægsholdere og evt. et eller flere ekspertinterview. Eventuelt kunne dataindsamlingen også have bestået i en deltagertagerobservation af enkelte af de gennemførte uddannelses- eller kursusforløb.

DATAINDSAMLING

BILAG 1

PROJEKTBEKRIVELSE
FOR DEN TVÆRGÅENDE
EVALUERING

TEMAER

SEKS PROJEKTER
ANALYSE

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	74
2	Baggrund for de seks projekter i modelkommunerne	74
3	Formålet med evalueringen	75
4	Evaluerings temaer og tilrettelæggelse	75
4.1	Sundhedspolitik og samarbejdet mellem sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet	76
4.2	Motivationsredskaber og rekruttering	76
4.3	Uddannelse og kvalificering af medarbejdere	77
4.4	Effekt, indikatorer og ressourcer	77
4.5	Samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og projekterne samt samarbejdet projekterne imellem	78
5	Dataindsamling og analyser	79
5.1	Evalueringsaktiviteter	80
6	Tidsplan for opgaven	82
7	Evaluerings organisering	83

Bilag 1 Projektbeskrivelse for den tværgående evaluering

1 Indledning

Som et led i udmøntningen af satspuljemidlerne for 2006 er der afsat 6 mio. kr. årligt i perioden 2006-2009 til en sundhedsfremmende indsats målrettet udsatte grupper med fokus på førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Indsatsen kaldes 'Lighed i sundhed'.

Overordnet formål

Midlerne er afsat med det overordnede formål at styrke socialt udsatte personers evne til og muligheder for aktivt at påvirke egen sundhed og eget helbred.

Sundhedsstyrelsen har indgået samarbejdsaftaler med seks kommuner om deltagelse i satspuljeprojektet 'Lighed i sundhed'. Hver kommune er ansvarlig for at gennemføre en egenevaluering af deres projekt. Ansvar for denne evaluering kan varetages af kommunen selv eller udbydes til en ekstern konsulent eller lignende. Ud over egenevalueringerne vil der blive gennemført en tværgående evaluering af det samlede satspuljeprojekt 'Lighed i sundhed'. Dette oplæg beskriver den tværgående evaluering.

2 Baggrund for de seks projekter i modelkommunerne

Tre forskellige målgrupper

De seks kommuner, der deltager i projektet 'Lighed i sundhed' har forskellige målgrupper, jf. tabellen nedenfor.

Oversigt over kommunernes målgrupper

Målgruppe	Kommuner
Kontanthjælpsmodtagere	Greve, Jammerbugt, København og Odense
Førtidspensionister	Gladsaxe
Arbejdsløse faglærte og ufaglærte	Vordingborg

Modelkommunernes projekter varierer i størrelse fra en bevilling på 2.000.000 kr. til Vordingborg Kommune til en bevilling på 8.942.580 kr. til Københavns Kommune. Kommunerne har alle bidraget med egenfinansiering til gennemførelse af projekterne⁵⁵

Projekterne løber fra 15. april 2007 til 31. december 2009.

⁵⁵ Den samlede egenfinansiering beløber sig til ca. 6 mio. kr.

3 Formålet med evalueringen

De specifikke mål for evalueringen er at:

- bidrage til Sundhedsstyrelsens rådgivningsmateriale til kommunale myndigheder om, hvordan de kan styrke socialt udsatte personers evne til og muligheder for aktivt at påvirke egen sundhed og eget helbred;
- udvikle Sundhedsstyrelsens redskaber til projekt- og puljestyring på forebyggelsesområdet;
- vurdere den samlede indsats (resultater, samarbejde mv.) af puljen, herunder bidrage til den generelle vidensopsamling om social ulighed i sundhed; samt
- bidrage midtvejs i projektforsløbet (medio 2008) til modelkommunernes ideer og læring om tilrettelæggelsen af den resterende del af deres projektforsløb.

Den tværgående evaluering vil som udgangspunkt udvikle et evalueringsdesign på basis af følgende fire gængse evalueringskriterier: relevans, måleffektivitet, omkostningseffektivitet og forankring/bæredygtighed. Såfremt andre kriterier inddrages i evalueringsprocessen, vil det blive begrundet.

4 Evalueringens temaer og tilrettelæggelse

Den tværgående evaluering vil tage udgangspunkt i fem temaer, der belyses gennem forskellige former for dataindsamling og analyse:

Fem temaer

1. Sundhedspolitik og samarbejdet mellem bl.a. sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet
2. Motivationsredskaber og rekruttering
3. Uddannelse og kvalificering af personale
4. Effekt, indikatorer og ressourcer
5. Samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og projekterne samt samarbejdet projekterne imellem

De fem temaer er bl.a. valgt ud fra, at de er relevante for alle seks projekter⁵⁶. I det følgende beskrives hvert af de fem temaer og eksempler på spørgsmål, som evalueringen vil besvare inden for hvert tema. Spørgsmålene vil blive justeret og videreudviklet i løbet af evalueringsprocessen.

Evalueringen vil være opdelt i to dele. *Første del* (december 2007-juni 2008) består i en screening af projekternes statusrapporter efterfulgt af en telefonisk drøftelse af rapporten med projektlederne. Derpå samles resultaterne i et notat, som udsendes til projekterne. Herudover vil der blive gennemført en midtvejs-opsamling med fokus på tema 1-4. Fokus vil være på erfaringsudveksling og læring projekterne imellem gennem organisering af en midtvejsworkshop. Den *anden* (august 2009-december 2009) og mest omfattende del af evalueringen fokuserer på alle 5 temaer. Dataindsamlingsformen vil foregå med udgangspunkt i personlige interview og fokusgruppeinterview med nøglepersoner i alle seks kommuner. I denne del vil den samlede evaluering blive afrapporteret i en evalueringsrapport og ved en præsentation af resultaterne på en konference.

⁵⁶ Der kan være enkelte spørgsmål inden for et tema, som ikke er relevante for alle projekterne.

4.1 Sundhedspolitik og samarbejdet mellem bl.a. sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet

Sundhed er kommet højt på den kommunale dagsorden inden for de seneste år bl.a. med hjælp fra kommunalreformen, som har givet kommunerne et større ansvar på sundhedsområdet. Alle projekterne i modelkommunerne spiller i større eller mindre grad sammen med kommunens generelle sundhedspolitik.

Koordination og samarbejde

Alle projekterne arbejder med initiativer, der går på tværs af de kommunale forvaltninger. Det er i den forbindelse ofte en udfordring at sikre koordinationen og skabe et godt samarbejde forvaltningerne imellem. Kommunerne er forskelligt organiseret, så der er forskel på, hvilke forvaltningsmæssige snitflader og interesser der skal tages højde for i det enkelte projekt. I de fleste projekter vil sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet være involveret i indsatsen for at skabe større lighed i sundhed, men andre forvaltninger kan også indgå som væsentlige partnere.

Evalueringen vil inden for dette tema give svar på følgende spørgsmål:

- Hvordan har samspillet været mellem projektet og kommunens sundhedspolitik? Har sundhedspolitikken haft betydning for den konkrete udformning af projektet? Har projektet været med til at implementere og videreudvikle kommunens sundhedspolitik?
- Hvordan er kommunen organiseret - særligt med fokus på de involverede forvaltninger (sundheds-, social- og arbejdsmarkedsområdet mv.) samt forebyggelsesområdet?
- Hvad er styrker og svagheder ved denne organisering i relation til projekternes målgrupper?
- Hvordan har samspillet været mellem organiseringen af projektet i modelkommunen og den generelle kommunale organisation? Hvad var godt henholdsvis skidt i dette samspil?
- Har projektet medvirket til at styrke koordination og samarbejde forvaltningerne imellem? Hvis ja, hvordan?
- I hvilken grad er projektet blevet forankret i den kommunale organisation som en driftsopgave?

4.2 Motivationsredskaber og rekruttering

En udfordring at sikre motivation

En af de største udfordringer i kommunernes arbejde med at styrke kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og faglærte og ufaglærtes sundhed og helbred er at motivere dem til at deltage i tilbuddene. Det er også en stor udfordring at sikre, at de fortsat bliver ved med at være motiverede til at forbedre deres sundhed og helbred - også når det kommunale tilbud er afsluttet.

Spørgsmålet om rekruttering er ligeledes vigtigt og hænger i stor udstrækning sammen med motivation. Evalueringen vil inden for dette tema give svar på følgende spørgsmål:

- Hvordan har projekterne arbejdet med motivation og rekruttering?
- Hvilke motivationsredskaber har projekterne benyttet sig af?
- Hvilke redskaber har virket, og hvilke har været mindre succesfulde?
- Hvordan har projekterne rekrutteret 'deltagere'?
- Har rekrutteringen været målrettet en særlig gruppe af kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse faglærte og ufaglærte?
- Hvad har rekrutteringsprocessen betydet for projekternes målopfyldelse i relation til deres projektbeskrivelser?

4.3 Uddannelse og kvalificering af medarbejdere

Som et led i modelkommunernes projekter indgår typisk kompetenceudvikling i form af bl.a. kursus- og uddannelsesforløb for medarbejdere, der skal gennemføre tiltagene. Det er vigtigt at vurdere, om medarbejdere og ledere har været tilfredse med den uddannelse og opkvalificering, der er gennemført i projekterne, og om medarbejderne har følt sig klædt ordentligt på til at varetage de opgaver, som projekterne har afstedkommet.

Evalueringen vil inden for temaet give svar på følgende spørgsmål:

- Hvor mange ressourcer er der anvendt på kompetenceudvikling i forbindelse med projekterne?
- Hvilken kompetenceudvikling (f.eks. uddannelses- og kursustilbud) har frontmedarbejdere og ledere modtaget som en del af projektet?
- Hvordan har kompetenceudviklingen bidraget i forhold til at løse opgaverne i projekterne?
- Er der noget, medarbejderne har savnet i kompetenceudviklingen i forhold til at løse opgaverne i projektet?
- Tilbydes der fortsat kompetenceudvikling til frontmedarbejdere og ledere, efter projektet er afsluttet?

4.4 Effekt, indikatorer og ressourcer

Det er en grundlæggende og stor udfordring på forebyggelsesområdet at opstille meningsfulde indikatorer, der sikrer, at effekten af de iværksatte tiltag kan måles. Der er ligeledes en udfordring i at vurdere, om de ressourcer, der anvendes på tiltaget, står mål med effekten.

Det vil ikke være muligt som et led i den tværgående evaluering at indsamle nye effektmålingsdata. Projekterne har imidlertid i forbindelse med deres egenevaluering indsamlet data, der vil danne grundlag for en vurdering af effekten af de gennemførte tiltag. Besvarelsen af en række af spørgsmålene under dette tema vil således tage udgangspunkt i projekternes egnevalueringer⁵⁷.

⁵⁷ Det er ikke meningen, at evaluatoren skal "vurdere" egnevalueringernes kvalitet, men i stedet udlede den læring, der kan hentes fra egnevalueringerne.

Uddannelse/
kvalificering - et
vigtigt element
i projekterne

Hvordan 'måles'
effekten?

Evalueringen vil inden for temaet give svar på følgende spørgsmål:

- Er der skabt en fornuftig sammenhæng mellem overordnede mål, delmål, ressourcer og indikatorer i projektet?
- Hvilke indikatorer har projekterne opstillet med henblik på at skabe målbarhed i relation til projekternes mål og delmål?
- Hvad er effekten af projekternes tiltag? (F.eks. helbredsforbedringer, beskæftigelse/arbejdsmarkedstilknytning, mindske af sundhedsudgifter, empowerment, øget trivsel mv.)
- Hvilke erfaringer har projekterne gjort i relation til deres arbejde med effektmåling af sundhedsfremmende tiltag?
- Er det projekternes vurdering, at deres anvendelse af ressourcer har stået mål med de opnåede resultater? Hvad vurderer øvrige interessenter (f.eks. repræsentanter fra styregruppen og samarbejdspartnere)?

4.5 Samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og projekterne samt samarbejdet projekterne imellem

Evalueringsaf den samlede indsats

Satspuljebevillingen til 'Lighed i sundhed' skal ses som en del af en samlet indsats, der involverer en række initiativer. Sundhedsstyrelsen har sideløbende med opstarten og gennemførelsen af projekterne udarbejdet bl.a. rådgivnings- og informationsmateriale. Styrelsen har endvidere iværksat en række initiativer med henblik på at skabe en platform for samarbejde og udveksling af ideer, metoder, redskaber mv. projekterne imellem.

Samarbejde kræver vilje. Projekterne har således også selv skulle tage initiativ til indbyrdes samarbejde. I den forbindelse er det vigtigt at vurdere, om de rent faktisk har taget sådanne initiativer, og hvordan samarbejdet har fungeret.

Evalueringen vil inden for temaet give svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke fordele og ulemper har der været ved den samarbejdsmodel, som Sundhedsstyrelsen har etableret i forbindelse med projektet "Lighed i sundhed"?
- Har det rådgivnings- og informationsmateriale, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet, været nyttigt og relevant - og hvordan kunne det evt. forbedres?
- Hvad har Sundhedsstyrelsen gjort for at få projekterne til at samarbejde, og hvad har projekterne gjort for at etablere indbyrdes samarbejdsrelationer (f.eks. på metodeudviklings- og evalueringsområdet)?

5 Dataindsamling og analyser

Evalueringen vil blive baseret på præcise og valide data. Dataindsamlingen vil bestå af en kombination af:

1. indsamling af eksisterende data,
2. interviewundersøgelser og
3. fokusgrupper.

Med hensyn til indsamling af eksisterende data skal disse indsamles både fra Sundhedsstyrelsen og projekterne. Sundhedsstyrelsen ligger inde med baggrundsinformation om temaerne i 'Lighed i sundhed' samt om projekterne i form af ansøgningsskemaer, statusrapporter, egnevalueringssplaner mv. Evaluator vil anvende dette materiale samt indhente information fra projekterne selv, f.eks. projektbeskrivelser, aktivitetsbeskrivelser, informationsmateriale, kursusmateriale, deltagerlister, tilfredshedsundersøgelser.

Der vil blive indsamlet data fra projekternes egnevalueringer, og evaluator vil foretage en bedømmelse af projekternes effekt på dette grundlag (jf. afsnit 4.4).

Ad 2 og 3

Interviewundersøgelse og fokusgrupper vil blive tilrettelagt, så de dækker de medarbejdere og ledere, der har været involveret i projekterne i modelkommunerne, herunder frontpersonalet samt forvaltningen mere bredt. Undersøgelserne vil også dække en bredere kreds af projekternes samarbejdspartnere og øvrige interessenter.

Modelkommunernes projekter varierer i størrelse og omfang. Evalueringen vil blive tilrettelagt, så den tager hensyn til denne variation. Der vil således blive gennemført en større dataindsamling (interviews og fokusgrupper) i de modelkommuner, der har de mest omfattende projekter.

Med hensyn til målgrupperne for projekterne (kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister samt arbejdsløse faglærte og ufaglærte) vil data blive indsamlet via projekternes egnevalueringer. Evaluator vil indgå i en dialog med projekterne om, hvordan deres egnevaluering bedst muligt kan tilrettelægges, bl.a. med henblik på at få det bedst mulige grundlag for at vurdere effekterne af projekterne, herunder den nødvendige information om målgruppens vurdering af aktiviteter mv. i projektet.

5.1 Evalueringsaktiviteter

Del I

Som tidligere nævnt vil den tværgående evaluering blive gennemført i to dele. Den første del af evalueringen består af en grundig gennemlæsning af projekternes statusrapporter, som i følge aftale med Sundhedsstyrelsen skal indsendes pr. 1.11.2007. Dette efterfølges af en telefonisk drøftelse af rapporterne med projektlederne. På dette grundlag udsendes et kortfattet notat til modelprojekterne, som gør status over de vigtigste fælles problemstillinger.

Midtvejsopsamlingen, som gennemføres i perioden marts-juni 2008, omfatter endvidere en dataindsamlingsdel og en heldagsworkshop. Dataindsamlingsdelen omfatter et gruppeinterview med de seks kommuners projekthold om tema 1-4.⁵⁸ Gruppeinterviewet vil også fokusere på at sparre med projekterne om problemstillinger, hvor evaluator kan yde relevant støtte, f.eks. fremdrift, planlægning, mål-opfyldelse, indikatorer og effektmåling.

Med udgangspunkt i dataindsamlingen i modelkommunerne arrangerer evaluator en workshop med fokus på at komme i dybden med de udfordringer, som projekterne står over for inden for tema 1-4.⁵⁹ Workshopen vil bl.a. omfatte en præsentation af centrale problemstillinger samt gruppearbejde. Den skal give hver enkelt deltager mulighed for at få et godt indblik i de andre projekters erfaringer med henblik på at få ny inspiration til og indsigt i eget projekt.

Del II

Den anden og sidste del af evalueringen udgøres af den tværgående slutevaluering, som omfatter alle fem temaer. Denne del påbegyndes med indsamling og analyse af eksisterende data.

Der gennemføres dernæst 6-10 personlige interview (evt. telefon) med nøgleinteressenter i hver af de seks modelkommuner. Det forudsættes, at projekterne leverer en bruttoliste af nøgleinteressenter til interview, hvorfra evaluator i samarbejde med projektlederne vælger de mest relevante ud til interview. Endelig gennemføres i alt 8-10 fokusgruppeinterview med frontlinjemedarbejdere i modelprojekterne, bl.a. med henblik på at drøfte konkrete erfaringer med de anvendte metoder. Der forudsættes også her, at kommunens projektleder er evaluator behjælpelig i forhold til udvælgelsen og sammensætningen af fokusgrupperne.

På grundlag af analysen af de indsamlede data præsenteres de foreløbige observationer og konklusioner for følgegruppen ultimo oktober 2009. Et udkast til rapport vil herefter kunne udarbejdes til medio november.

⁵⁸ For så vidt angår tema 4, vil fokus være på, hvordan projekterne har arbejdet med at opstille indikatorer og 'måle' effekt, herunder hvordan de kan forbedre deres effektmåling.

⁵⁹ Workshopen afholdes i COWIs eller Sundhedsstyrelsens lokaler.

Den afsluttende evalueringsrapport besvarer alle spørgsmålene under de fem temaer for evalueringen. Rapporten vil indeholde et baggrundskapitel, der kortfattat beskriver og karakteriserer de 6 modelkommuners projekter, herunder konteksten for deres arbejde og de gennemførte aktiviteter/interventioner. Rapporten skal desuden indeholde anbefalinger for det videre arbejde med 'Lighed i sundhed'.

Nedenstående tabel viser i korthed den samlede mængde af aktiviteter i den tværgående evaluering to dele.

Resume af evalueringsaktiviteter

Del	Aktiviteter/delaktiviteter	Resultatmål
1. Opstart og midtvejsopsamling, dec. 2007-jun. 2008		
1.1	Gennemgang af statusrapporter efterfulgt af dialog med hvert af projekterne og udsendelse af notat	Ny indsigt i projekternes udfordringer mhp. støtte til projektgennemførelse
1.2	Et gruppeinterview med hvert projekthold	Afdækning af projekternes fremskridt og erfaring/læring inden for tema 1-4 samt drøftelse af projektoptimering
1.3	Analyse af indsamlet data	Overblik over projekternes fremskridt på tema 1-4
1.4	Forberedelse og afholdelse af midtvejsworkshop (med 2-3 deltagere pr. projekt)	Ny indsigt i eget projekt gennem erfaringsdeling med de øvrige projekter
1.5	Møder med SST og følgegruppe	
2. Slutevaluering, aug. 2009-dec. 2009		
2.1	Indsamling og analyse af eksisterende data fra modelkommunerne	Viden om tema 4
2.2	6-10 personlige (evt. telefon) interview med nøgleinteressenter i hver af de seks modelkommuner	Kvalitativ og dybdegående viden om tema 1-5
2.3	8-10 fokusgruppeinterview med frontlinjemedarbejdere	Kvalitativ og dybdegående viden om tema 2 og 3
2.4	Præsentation for følgegruppen	Feedback til evaluator
2.5	Samlet evalueringsrapport	Rapportudkast + godkendt evalueringsrapport
2.6	Møder med SST og følgegruppen	Beslutningsnotater

To væsentlige milepæle

6 Tidsplan for opgaven

Der er to væsentlige milepæle i forbindelse med evalueringen: Der gennemføres medio juni 2008 en midtvejsworkshop for de seks projektteams. Den afsluttende evalueringsproces påbegyndes i august 2009 med henblik på, at der skal foreligge en samlet tværgående evalueringsrapport medio november 2009. Resultaterne herfra skal præsenteres på den afsluttende konference for "Lighed i sundhed" i december 2009.

Den overordnede tidsplan ser ud som følger:

Tidspunkt	Aktivitet
December 2007- januar 2008	Screening af statusrapporter efterfulgt af sparring med projekterne og udsendelse af notat
Marts-juni 2008	Opstart af midtvejsopsamling. Dataindsamling og analyse gennemføres i perioden
Medio juni 2008	Midtvejsworkshop
August-november 2009	Opstart af afsluttende evaluering. Dataindsamling og analyse gennemføres i perioden
Medio november 2009	Aflevering af afsluttende evalueringsrapport
December 2009	Præsentation af resultater på konference

7 Evalueringens organisering

Der nedsættes en *styregruppe* bestående af evaluator og Sundhedsstyrelsen. Styregruppen mødes seks gange. Første gang ved opstart af evalueringen, to gange i forbindelse med midtvejsevalueringen og tre gange i forbindelse med slutevalueringen. Evaluator er ansvarlig for indkaldelsen til møder i styregruppen. Sundhedsstyrelsen nedsætter en *følgegruppe* bestående af projektlederne fra de seks modelkommuner, Sundhedsstyrelsen og evt. eksterne eksperter med henblik på en løbende drøftelse af den tværgående evaluering samt den afsluttende evalueringsrapport. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for indkaldelsen til møderne. Gruppen mødes tre gange i marts 2008, august/september 2009 og primo november 2009.

Evalueringen vil blive gennemført af COWI A/S ved Niels Eilchow Olesen og Lars Skytte Petersen som de primære konsulenter. Herudover vil der blive inddraget en juniorkonsulent i dele af arbejdet samt en facilitator, der skal bistå i forbindelse med afholdelsen af workshopen.

KOMPETENCER

BILAG 2
BESKRIVELSE AF
PROJEKTERNE

TILBUD
FORANKRING
LEDELSE
RAMMER

Bilag 2 Beskrivelse af projekterne

Projekttitel: "Aktiv sund trivsel"

Jammerbugt Kommune

PROJEKTFORMÅL	"At bidrage til at højne sundheden blandt kontanthjælpsmodtagere i Jammerbugt Kommune", ifølge projektbeskrivelsen.	
MÅLGRUPPE	Kontanthjælpsmodtagere.	
ANTAL DELTAGERE I PROJEKTET	I perioden medio januar til ultimo august 2009 har i alt 242 benyttet sig af tilbuddet. Dertil kommer, at en række borgere har benyttet motionstilbud fra september 2007 og frem til ovennævnte periode.	
ORGANISERING	Der har i projektperioden været nedsat en administrativ styregruppe bestående af blandt andet chefniveauet i sundheds- og beskæftigelsesafdelingen samt teamledere match 1-3. Styregruppen har haft til formål at følge projektet og arbejde for, at sundhed er blevet tænkt ind i tiltagene på kontanthjælpsområdet.	
ARNAER	Projektenhederne på Bransagervej og i Krogen, diverse idrætsfaciliteter.	
AKTØRER/INTERESSETER	Beskæftigelsesafdelingen og Sundhedsafdelingen, SID Job.	
AKTIVITETER	Individuelt • Rygestopkurser • Psykologrådgivning/samtaler • Sundhedssamtale med fysioterapeut • Sundhedsmarked med testboder • Kostvejledning	Gruppebaseret • Morgenmads- og frugtordning • Motionstilbud (styrketræning, svømning, pilates, badminton, stavgang, gåture) • Rygestopkursus
KOMPETENCEUDVIKLING	Kursusrække/undervisning for ledere og medarbejdere i Sundhedsafdelingen og Beskæftigelsesafdelingen.	
METODER	Velbeskrevne metoder • Rygestopkurser (efter Kræftens Bekæmpelses rygestopkoncept) • Kostanamnese • Anerkendende kommunikation	Andre metoder • Sundhedssamtale
EVALUERING OG EFFEKT-MÅLING	I forhold til borgerne er der gennemført deltagerregistreringer i forbindelse med motionstilbuddene og sundhedssamtalerne. Derudover er der gennemført individuelle interview med borgerne og opfølgende telefoninterview. Målet har været at vurdere, hvorvidt den enkelte borger oplevede en sundhedsmæssig effekt af forløbet i projektenheden. Endvidere er der gennemført fokusgruppeinterview med medarbejdere fra henholdsvis Sundhedsafdelingen og Beskæftigelsesafdelingen.	
FORANR KING	På grundlag af de afprøvede metoder forventer Beskæftigelsesafdelingen at styrke sit fokus på sundhed som en vigtig del af aktiveringsforløbene, herunder nye samarbejdsformer om sundhed og ulighed i sundhed mellem sundheds- og beskæftigelsesområdet.	
BUDGET	3.653.600 kr. (heraf 653.600 kr. i egenfinansiering)	

Projekttitel: "Det 13. element"

Odense Kommune

PROJEKTFORMÅL	"En sundhedsfremmende indsats for kontanthjælpsmodtagere med henblik på beskæftigelse samt udvikling af metoder til en livsforanderende praksis", ifølge projektbeskrivelsen.	
MÅLGRUPPE	Kontanthjælpsmodtagere.	
ANTAL DELTAGERE I PROJEKTET	Projektet har siden opstart været i kontakt med ca. 1000 borgere.	
ORGANISERING	Der er etableret en tværorganisatorisk (strategisk) sundhedskoordineringsgruppe med repræsentation fra Borgmesterforvaltningen, Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Børn- og ungeforvaltningen, By- og kulturforvaltningen og Ældre- og handicapforvaltningen. Herunder etableres en styregruppe med repræsentation fra direkte involverede forvaltninger - i første omgang Borgmesterforvaltningen og Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen - projektleder og projektkonsulent. Endelig oprettes en referencegruppe, som refererer til ovenstående med repræsentation af involverede eksterne aktører, projektleder og projektkonsulent.	
ARENAER	Aktiveringsprojekter, foreninger, boligområder.	
AKTØRER/INTERESSENER	Jobcenter Odense, diætister, eksterne foredragsholdere, CCS Training Centre, AOF, Firmsportklubbernes sammenslutning, fysioterapeut, konsulentfirmaet "Sund på job" (rygestopkurser)	
AKTIVITETER	Individuelt • Individuel kostvejledning/diætistforløb • Rygestopkurser • Sundhedsprofiler for 300 deltagere • Sundhedstjek	Gruppebaseret • Kogeskole • Sundheds- og ernæringskurser • Rygestopkurser • Fysisk aktivitet (træning i varmtvandsbassin/svømning, træning i træningslokale, yoga, stavgang) • Årlig sundhedsdag for ansatte i Jobcentret
KOMPETENCEUDVIKLING	KUK – Kollega underviser Kollega - led i udførerdelen interne kompetenceudvikling. Der undervises bl.a i sundhedsprofilen. Der er moduler for sundhedsmedarbejdere, jobkonsulenter, socialfaglige medarbejdere og administrative medarbejdere. Kurser for sundhedsmedarbejdere i coaching, fitnessinstruktion, vægtstop mv.	
METODER	Velbeskrevne metoder • Anerkendende metode, hvor redskabet er sundhedsprofilsamtalen • Kostvejledning	Andre metoder • Screeningsmodel (Sundhedsprofil) • Dialogværktøj

PROJEKTFORMÅL	"En sundhedsfremmende indsats for kontanthjælpsmodtagere med henblik på beskæftigelse samt udvikling af metoder til en livsforanderende praksis", ifølge projektbeskrivelsen.
EVALUERING OG EFFEKT-MÅLING	Sundhedsprofil/Sundhedsprofil "light" Evaluering af medarbejdernes arbejde med "sundhedsprofil light". Baseret på interview med samtlige medarbejdere. Der er ligeledes gennemført telefoninterviews med 15 sagsbehandlere, der modtager de udarbejdede sundhedsprofiler med det formål at belyse brugbarheden af profilerne for sagsbehandlerne. Dialogspillet Der er gennemført interview med de medarbejdere, der har brugt spillet som et værktøj. Diætistforløb/individuel kostvejledning Der er gennemført et fokusgruppeinterview med borgere, der har deltaget i forløbet. Rygestop Observation af den indledende del af forløbet, løbende samtaler med en rygestopkonsulent samt afsluttende rundbordssamtale. Træning i træningslokale Der er gennemført individuelle interview med borgere, der har deltaget i træningen. Træning i eksternt træningslokale Udsendt spørgeskema til de borgere, der har deltaget. Stavgang Der er gennemført løbende optælling af antal deltagere, gruppeinterview med tre borgere, der har deltaget i forløbet i henholdsvis kortere og længere tid, stavgangsinstruktøren og sundhedsmedarbejder. Yoga Løbende optælling af antal deltagere, interview med én deltager, yogainstruktøren og sundhedsmedarbejder. Træning i varmtvandsbassin/svømning Der er gennemført et interview med den sundhedsfaglige medarbejder. Sundhedstjek Fokusgruppeinterview med deltagere samt før- og eftermåling af medarbejdernes sundhedsstatus. Sundheds- og ernæringskurser Der er gennemført undervisningsobservationer og gruppeinterview med deltagere.
FORANKRING	Projektet videreføres i Jobcenterdriften i form af sundhedstilbud til de relevante målgrupper. Desuden laves fremover sundhedsprofiler for alle borgere i Jobcentret, som vil indgå som en del af afmeldingsskrivelsen. Der er blevet udarbejdet en sundhedsmatrix i udførelsen af Jobcentret, der blandt andet har til formål at sikre forankringen af de sundhedsmæssige tiltag blandt de sundhedsfaglige medarbejdere.
BUDGET	6.044.130 kr. (heraf 2.080.000 kr. i egenfinansiering)

Projekttitel: "Mit Liv - min Sundhed"

Københavns Kommune

PROJEKTFORMÅL	"At udvikle metoder til forbedring af beskæftigelsen for kontanthjælpsmodtagere igennem en systematisk sundhedsindsats", ifølge projektbeskrivelsen.	
MÅLGRUPPE	"Kontanthjælpsmodtagere fra matchgrupperne 3, 4 og 5", ifølge projektbeskrivelsen. Denne målgruppe er senere udvidet til også at omfatte sygedagpengemodtagere (CAB og CKB), da disse efter en lovændring pr. 1. januar 2008 også er målgruppe for kommunernes beskæftigelsesindsats. Målgruppen i Urbanplanen blev udvidet til at omfatte alle beboere.	
ANTAL DELTAGERE I PROJEKTET	Fra september 2007 til august 2009 har i alt 1.138 borgere deltaget i aktiviteter. CAB har haft 562 deltagere, CAB har haft 375 deltagere, mens Urbanplanen har haft 201 deltagere.	
ORGANISERING	Projektet har været organiseret med en styregruppe med deltagere på chefniveau fra Folkesundhed København, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Socialforvaltningen, Partnerskabet (Urbanplanen), CKB og CAB. Projektet har endvidere haft en overordnet projektgruppe bestående af projektlederen og projektmedarbejdere, tre sundhedskonsulenter samt faglige ressourcepersoner fra Folkesundhed København (FSK). Den overordnede projektgruppe har haft til formål at koordinere indsatsen og sikre fremdrift. Der har været nedsat tre lokale projektgrupper i henholdsvis CKB, CAB og Urbanplanen, der har arbejdet med den lokale koordination og konkrete tilrettelæggelse af arbejdet i projektet. Og endelig har der været en evalueringsgruppe med ansvar for evalueringen af projektet.	
ARENAER	To beskæftigelsescentre, CKB (Center for Kompetence og Beskæftigelse) og CAB (Center for Afklaring og Beskæftigelse). Endvidere et boligområde på Amager, kaldet Urbanplanen.	
AKTØRER/INTERESSETER	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen/Folkesundhed København, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen (centralt og lokalt), CKB, CAB og Partnerskabet (Urbanplanen).	
AKTIVITETER	Individuelt • Sundhedssamtale • Sundhedstest • Fysisk aktivitet (bl.a. fitness) • Drop ind til en snak om tobak • Kost (bl.a. individuel kostvejledning) • Fysioterapeutisk vejledning	Gruppebaseret • Gruppesamtale om sundhed • Fysisk aktivitet i hold (bl.a. bold og bevægelse, Yoga og afspænding, Walk and Talk, Mavedans og Kickboksning) • Kost (bl.a. sund kost og madlavning)
KOMPETENCEUDVIKLING	Projektets tre sundhedskonsulenter har deltaget i 33 kursusdage om sundhed, Walk & Talk, Rygestop, alkohol og positiv psykologi. Projektlederen har deltaget 5 dage i kursus om ulighed i sundhed. I alt 38 personkursusdage for Folkesundhed Københavns projektpersonale. Medarbejdere på de to beskæftigelsescentre har deltaget i temadage om sundhed, alkohol og tobak samt i kursus om KRAM, Walk & Talk og Rygestop. I alt 338 personkursusdage for BIF-ansatte beskæftigelsesmedarbejdere. Desuden har projektets 5 medarbejdere deltaget i en erfaringsudvekslingsdag med Vordingborg og en med Greve og i ca. 8 faglige temadage i projektgruppen. I alt 50 persondage.	
METODER	Velbeskrevne metoder • Gruppesamtale om sundhed • Sundhedstest • Fysisk aktivitet • Drop ind til en snak om tobak • Skånsom aktivering	Andre metoder • Gruppebaseret tilbud om madlavning • Individuel kostvejledning • Individuel fysioterapeutisk vejledning • Undervisningstema om søvn • Sundhedsambassadører

PROJEKTFORMÅL	"At udvikle metoder til forbedring af beskæftigelsen for kontanthjælpsmodtagere igennem en systematisk sundhedsindsats", ifølge projektbeskrivelsen.
EGENEVALUERING OG EFFEKT MÅLING	Egenevaluering Evalueringen er gennemført af evalueringsmedarbejdere i Folkesundhed København. Som evalueringsmodel er valgt virkningsevaluering. Foruden den endelige evalueringsrapport er der udarbejdet to evalueringsnotater af 11. juni 2008 og 11. november 2008. Effektmåling Der er foretaget en før-og eftermåling om helbred, livsstil og tiltro til sig selv ved hjælp af spørgeskemaer til deltagerne. Der er udleveret et før-spørgeskema i starten af aktiveringsforløbet, og et efter-spørgeskema er tilsendt deltagerne 4-6 måneder efter udfyldelsen af før-skemaet. Der er endvidere indsamlet data om borgernes deltagelse i projektets aktiviteter for at belyse, hvilken type sundhedsindsats borgerne har deltaget i, og hvor stor indsatsen var pr. borger. Desuden er der gennemført deltagerobservation og interview med borgere, medarbejdere og ledelsesrepræsentanter for at belyse andre aspekter af projektet.
FORANKRING	Ifølge projektets egenevaluering er der på følgende områder sket en forankring af projektet: "I boligområdet (Urbanplanen) arbejdes der videre med en sundhedskultur. De to beskæftigelsescentre har integreret sundhed i beskæftigelsesindsatsen og er godt i gang med forankringen. Det sker ved at etablere sundhedspolitikker, etablere lokal koordineringsstruktur samt sikre økonomi og medarbejderkompetencer til at fortsætte arbejdet med sundhed. Skånsom aktivering ligger som et udviklet og beskrevet forløb, der kan anvendes, hvor det passer ind i beskæftigelsessystemet. Dele af en foreløbig forløbsbeskrivelse er allerede blevet anvendt en gang i et udbudsmateriale til et kommunalt beskæftigelsesprojekt for socialt udsatte og er på den måde forankret som koncept."
BUDGET	9.000.000 kr. (heraf 2.000.000 kr. i egenfinansiering).

Anm. 1: Projektet i Københavns Kommune består af tre dele, der udspiller sig i hver sin arena. De to arenaer er beskæftigelsescentre, henholdsvis CKB (Center for Kompetence og Beskæftigelse) og CAB (Center for Afklaring og Beskæftigelse). Den tredje arena er et boligområde på Amager, kaldet Urbanplanen. Delprojektet i Urbanplanen udviklede sig i praksis som to forskellige delprojekter: Et i samarbejde med Partnerskabet om sundhedsfremme over for alle beboere i Urbanplanen, og et i samarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningens Jobcenter om en særlig indsats over for kontanthjælpsmodtagere bosat i området (jf. kommunens egenevaluering, side 12).

Anm. 2: Partnerskabet er et samarbejde mellem Boligforeningen 3F i Urbanplanen og Københavns Kommune om en helhedsorienteret boligsocial indsats.

Anm.: De fem listede metoder er som et led i projektet blevet nærmere beskrevet i rapporten "Casebeskrivelse "Mit Liv - min Sundhed" og i Værktøjssamling: "Mit Liv - min Sundhed", Folkesundhed København, november 2009.

Projekttitel: "Aktiv vej til styrke"

Gladsaxe Kommune

PROJEKTFORMÅL	"At skabe bevidsthed og motivation samt rammer for målgruppen, så de bliver i stand til at vælge en sund livsstil", ifølge projektbeskrivelsen.	
MÅLGRUPPE	Målgruppen har været delt op i primær og sekundær målgruppe. Den primære målgruppe er voksne med særlige behov på førtidspension - herunder voksne psykisk syge, misbrugere og udviklingshæmmede i aktivitets- og botilbud. Den sekundære målgruppe er ansatte i tilbuddene.	
ANTAL DELTAGERE I PROJEKTET	Antallet af deltagere fra den primære målgruppe har været ca. 250 borgere med udviklingshæmning, sindslidelse og misbrugsproblemer. Hovedparten af deltagerne er personer med sindslidelse, mens borgere med misbrug og udviklingshæmning udgør henholdsvis 50 og 25 borgere. Den sekundære målgruppe udgør ca. 50 ansatte i bo- og aktivitetstilbud, ledere og medarbejdere, som fortrinsvis har en socialpædagogisk uddannelse.	
ORGANISERING	Projektet har været organiseret med en styregruppe, en følgegruppe og en tværgående arbejdsgruppe. Styregruppen havde deltagelse af repræsentanter fra Psykiatri- og Handicapafdelingen og Sundhedsafdelingen, ledere af tilbuddene, eksterne samarbejdspartnere samt en medarbejderrepræsentant. Leder af Psykiatri- og Handicapafdelingen var formand for styregruppen. Følgegruppe bestående af ledere fra de forskellige tilbud samt repræsentanter fra Psykiatri- og Handicapafdelingen. Den tværgående arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra resourcepersonerne i projektet med projektleder som formand.	
ARENAER	Aktivitets- og botilbud (involvering af beboere og pædagoger) samt i borgernes private hjem.	
AKTØRER/INTERESSETER	Social- og sundhedsforvaltningen ved Psykiatri- og Handicapafdelingen, Sundhedsafdelingen ved bl.a. Forebyggelsescenter, Handicapidrætsforeninger, Uddannelsessted for borgere med særlige behov (SVIKA).	
AKTIVITETER	Individuelt - Rygestopkurser - Idræts-/sportsaktiviteter (motionscykler)	Gruppebaseret - Årlig sundhedsdag - Sund kost (mad- og måltidspolitik, madgrupper, fælles indkøbsture, brug af kostmanual og billedmapper, temamåneder etc.) - Rygestopkurser - Idræts-/sportsaktiviteter (cykelture, gåture, yoga, motion i hverdagen, aktivitets- og sundhedsdage, bowling)
KOMPETENCEUDVIKLING	For alle medarbejdere på bo- og aktivitetstilbud deltagelse i et femdages kursus "Den motiverende samtale" For alle ledere for bo- og aktivitetstilbud deltagelse i et "Sundhedscoach"-kursus Uddannelse af rygestopinstruktører Kursus på Ebeltoft Kurcenter for resourcepersoner	
METODER	Velbeskrevne metoder - Den motiverende samtale - Sundhedspædagogik - Rygestopkurser (Kræftens Bekæmpelses rygestopkoncept)	Andre metoder - Udformning af politikker - Organisering med resourcepersoner inden for udpegede temaområder (kost, motion, rygestop samt tandsundhed)

PROJEKTFORMÅL	"At skabe bevidsthed og motivation samt rammer for målgruppen, så de bliver i stand til at vælge en sund livsstil", ifølge projektbeskrivelsen.
EVALUERING OG EFFEKT MÅLING	Evaluerings: ekstern evaluator Statens Institut for Folkesundhed har stået for indsamling og behandling af kvantitative data for borgere med sindslidelse og misbrug. Socialt udviklingscenter (SUS) har gennemført kvalitative interview med borgere med udviklingshæmning, som ikke kunne udfylde spørgeskemaet, og har efterfølgende bearbejdet data. Projektet har gennemført en egevaluering (november 2009). Dataindsamling/Effekt måling • 107 borgere og 41 medarbejdere har besvaret og returneret baselinespørgeskemaer. • Gennemførelse af fokusgruppeinterview med ressourcepersoner. • Ressourcepersonerne har udarbejdet månedlige procesevalueringer baseret på borgerne og medarbejdernes udfyldelse af skema.
FORANKRING	I den politisk vedtagne Kommunestrategi er der fokus på sundhedsfremmende aktiviteter som sund kost og motion. Dette afspejles bl.a. i de overordnede principper for visitationspraksis herunder de udformede kvalitetsstandarder I samarbejdsaftale mellem borger og tilbud indgår spørgsmål om sundhed. Der er udarbejdet kost- og aktivitetspolitikker i de enkelte tilbud. Udarbejdelsen er sket i samarbejde mellem medarbejdere og borgere. Kostmanualer indgår som en naturlig del af kostpolitikken. Sideløbende med projektet er der etableret en Idrætsforening for sindslidende i Gladsaxe Kommune. Der er fokus på etablering af lignende tilbud til borgere med udviklingshæmning.
BUDGET	2.240.000 kr. (heraf 240.000 kr. i egenfinansiering)

Projekttitel: "Sundere liv i Greve Nord"

Greve Kommune

PROJEKTFORMÅL	"At fremme sundhed blandt kontanthjælpsmodtagerne i kommunens socialt mest belastede boligområder", ifølge projektbeskrivelsen.	
MÅLGRUPPE	"Kontanthjælpsmodtagere i tre boligområder i Greve Nord: Askerød, Gudekvarteret og Klyngen", ifølge projektbeskrivelsen. Denne målgruppe er senere udvidet til også at omfatte andre udsatte borgere og inkludere Gersagerparkens beboere.	
ANTAL DELTAGERE I PROJEKTET	Der har været kontakt til i alt 161 borgere i projektforløbet, hvoraf de 155 har været bosiddende i Greve Kommune. 109 af de 155 borgere (70 %) var bosat i boligområderne Askerød, Klyngen, Gudekvarteret og Gersagerparken.	
ORGANISERING	Projektet har været organiseret med en styregruppe med deltagelse af bl.a. direktør med ansvar for Social- og Sundhedsområdet, udviklingschef i Jobcentret og centerchefer i henholdsvis Socialcentret, Sundhed og Udvikling & Dokumentation. Projektet har herudover haft en projektgruppe, der har haft til formål at koordinere indsatsen på tværs af de involverede centre. Projektgruppen har bestået af repræsentanter fra Jobcenter, Socialcenter og Sundhedscenter.	
ARENAER	Boligområderne i Greve Nord, Jobcenter og aktiveringssteder samt Sprogskole, Fitnesscentret i Hundige og kursusleverandører for kontanthjælpsmodtagere.	
AKTØRER/INTERESSETER	Center for Sundhed, Jobcenter (herunder KompetenceKompagniet), Socialcenter, Private leverandører (Sprogskole, Fitness, kursusleverandører for kontanthjælpsmodtagere), Greve Nord projektet og de frivillige foreninger i lokalområdet.	
AKTIVITETER	Individuelt • Sundhedssamtale • Fitnessinstruktion • Rygestopbod	Gruppebaseret • Madlavningskurser • Slankehold • Fitness • Cykelkursus • Svømmehold • Undervisning med fokus på hverdagslivs-temaer • Temaeftermiddage om sundhed • Gymnastik • Arabisk kvindegroupe
KOMPETENCEUDVIKLING	4 sundhedskonsulenter har deltaget i et uddannelsesforløb gennemført af konsulentvirksomheden Type2Dialog. Uddannelsen/kurset har bestået af ca. 2 kursusdage pr. medarbejder.	

PROJEKTFORMÅL	"At fremme sundhed blandt kontanthjælpsmodtagerne i kommunens socialt mest belastede boligområder", ifølge projektbeskrivelsen.	
METODER	Velbeskrevne metoder • Den relationsbårne indsats	Andre metoder • (sundhedssamtale)
EVALUERING OG EFFEKT MÅLING	Evaluering Ekstern evaluator Lenie Persson har gennemført den første del af evalueringen, et virknings-evalueringsforløb, hvor temaet var "projektets opsøgende indsats". En virkningsevaluering mere er gennemført af Center for Udvikling og Dokumentation, Greve Kommune, med temaet "aktiviteterne i projektet og deltageres udbytte af indsatsen". Endelig er den afsluttende egevaluering også gennemført af Center for Udvikling og Dokumentation. Denne har haft fo-kus på at samle op på hele projektføreløbet. Effektmåling Der er arbejdet med virkningsevaluering som metode, og der er gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt deltagerne (dog ikke som før/eftermåling). Der er endvidere gennemført en række kvalitative undersøgelser af deltageres vurdering af effekten, bl.a. interview og fokusgrupper.	
FORANKRING	På sygedagpengeområdet er der - som direkte udløber af projektet - etableret et sundhedsfokus i beskæftigelsesindsatsen i et samarbejde mellem Center for Sundhed og Jobcentret. Konkret tilbydes sygedagpengemodtagere tilbud om sundhed f.eks. i form af træning. Sundhedsindsatser i boligsocialt projekt i Greve Nord i et samarbejde mellem Greve Nord projektet og Center for Sundhed. I 2010 forventes en række tidligere projektdeltagere uddannet som sundhedsformidlere. Sundhedsprojekt som en integreret del af sprogcentret (cykelaktivitet).	
BUDGET	2.300.000 kr. (heraf 300.000 kr. i egenfinansiering).	

Projekttitel: "Grib chancen"

Vordingborg Kommune

PROJEKTFORMÅL	"At reducere ulighed i sundhed i forhold til arbejdsløse faglærte og ufaglærte samt deres børn", ifølge projektbeskrivelsen.	
MÅLGRUPPE	"Arbejdsløse faglærte og ufaglærte med et eller flere børn", ifølge projektbeskrivelsen. Denne målgruppe er senere udvidet til at omfatte "borgere med tilknytning til det kommunale jobcenter og hjemmeboende børn".	
ANTAL DELTAGERE I PROJEKTET	Der har været tilmeldt 65 personer til projektet. Hertil kommer, at de 65 personer har familie, der også har haft mulighed for at deltage i aktiviteterne.	
ORGANISERING	Projektet har været organiseret med en styregruppe med deltagelse af bl.a. social-, sundheds- og arbejdsmarkedsdirektør, sundhedschef, udviklingschef, en næstformand i 3F og projektlederen. Projektet har herudover haft en referencegruppe, der har haft til formål at komme med input/kommentarer til projektudviklingen og på den måde sikre andre sektors perspektiver og engagement i indsatsen samt et brugerråd med deltagere fra målgruppen. Brugerrådet har haft til formål at kvalificere projektet fra en brugervinkel.	
ARENAER	Sundhedscenter Stege, Jobcenter, diverse idræts- og sportsfaciliteter, Vordingborgskolen og naturen.	
AKTØRER/INTERESSETER	Sundhedsafdelingen, herunder Sundhedscenter Stege, Arbejdsmarkedsafdelingen, herunder Jobcenter, Kultur- og Fritidsafdelingen, idræts- og -foreningslivet, 3F, Skov- og Naturstyrelsen og Vordingborgskolen.	
AKTIVITETER	Individuelt Primært (alle) - Løsningsfokuseret korttidsvejledning (tre sundhedssamtaler over 1/2 år) - Idræts-/sportsaktiviteter efter eget valg (med økonomisk tilskud til kontingent) Sekundært (ad hoc-tilbud i særlige tilfælde) - Rygestopkurser (efter Kræftens Bekæmpelses koncept) - Kostvejledning på sundhedscenter (evt. kombineret med indkøb) - Fysioterapeutisk vurdering - Sundhedstests	Gruppebaseret - Naturvejledning (bl.a. månedligt naturtilbud) - Familiemadlavning - Svømmehalsaktiviteter
KOMPETENCEUDVIKLING	15 personer har deltaget i et uddannelsesforløb vedr. den løsningsfokuserede korttidsvejledning. Kurset har bestået i ca. 35 konfrontationstimer. 3 nøglemedarbejdere har fået 35 timers supervision.	
METODER	Velbeskrevne metoder - Løsningsfokuseret korttidsvejledning - Den løsningsfokuserede sundhedssamtale (under udarbejdelse) - Rygestopkurser (efter Kræftens Bekæmpelses koncept)	Andre metoder Natur som metode til sundhedsfremme hos socialt udsatte (bilag til egenervaluering)
EVALUERING OG EFFEKTMÅLING	Evaluering Ekstern evaluator, konsulentfirmaet ideThandling. Effektmåling Med hensyn til effektmåling er der udfyldt interviewskemaer med henblik på at "måle" sundhedsprogressionen. Det er sket ifm. den løsningsfokuserede korttidsvejledning, ved start, efter 3 måneders deltagelse, efter 6 måneder deltagelse og 6 måneders efter projektophør. Endvidere er effekten søgt vurderet med en kvalitativ tilgang med fokusgruppe og interviewundersøgelse.	

PROJEKTFORMÅL	"At reducere ulighed i sundhed i forhold til arbejdsløse faglærte og ufaglærte samt deres børn", ifølge projektbeskrivelsen.
FORANKRING	Projektet har ført til en politisk konsensus om fremover at bringe sundhed på dagsordenen i beskæftigelsesindsatsen. Bl.a. vil den løsningsfokuserede samtale og naturture "leve videre i nye sammenhænge i kommunen", jf. kommunens egnevaluering. På sygedagpengeområdet er der - som en direkte udløber af projektet - besluttet at etablere (foreløbigt i en 3 måneders forsøgsperiode) et sundhedsfokus i aktiveringen med 10 ugentlige sundhedstimer i aktiveringen bestående af kost- og motionsvejledning, naturvejleder og gruppebaseret sundhedscoaching. På kontanthjælpsområdet er der i projektets kølvand etableret en sundhedsturne med tematiske oplæg og dialog hver 14. dag. Hertil kommer, at en løsningsfokuseret tilgang og naturture vil blive integreret i et overvægtsprogram for kontanthjælpsmodtagere, der iværksættes primo 2010.
BUDGET	3.000.000 kr. (heraf 1.000.000 kr. i egenfinansiering). Hertil kommer en mindre ekstra bevilling på 35.000 til en særlig indsats på alkoholområdet.

KØBENHAVN

BILAG 3

PROJEKTERNES

EGENEVALUERINGER

ODENSE

GLADSAXE

VORDINGBORG

GREVE

JAMMERBUGT

Bilag 3 Projekternes egne evalueringer

Oversigt over projekternes egne evalueringer

Københavns Kommune

"Evaluering af 'Mit Liv - min Sundhed' - Sundhedsfremme til borgere i beskæftigelsesindsatsen i Københavns Kommune 2007-2009", Folkesundhed København 2007-2009, Københavns Kommune, 2009.

Gladsaxe Kommune

"Projekt Lighed i Sundhed - Aktiv vej til styrke", Gladsaxe Kommunes Psykiatri- og Handicapafdeling, 2009.

Vordingborg Kommune

"Evaluering af projekt 'Grib chancen' - et 'Lighed i sundhed' projekt", Udarbejdet af konsulentfirmaet ideThandling, Vordingborg Kommune, 2009.

Greve Kommune

"Lighed i Sundhed, Sundere liv i Greve Nord - slutevaluering", Center for Udvikling og Dokumentation, Greve Kommune, 2009.

Jammerbugt Kommune

"Selvevaluering af projekt Aktiv Sund Trivsel - forebyggelsesindsatsen for konstanthjælpsmodtagere i Jammerbugt Kommune", Udarbejdet for Jammerbugt Kommune af Region Nordjylland, 2009

Odense Kommune

"Evalueringsrapport for projektet 'Lighed i sundhed' i Udførerdelens Jobcenter Odense", Odense Kommune, 2009.

Alle rapporter kan rekvireres hos de respektive kommuner.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00

sst@sst.dk
www.sst.dk