

FOREBYGGELSE +
SUNDHEDSFREMME
I KOMMUNERNE

Lighed i sundhed

– sundhedsfremme og forebyggelse
målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet

2009

LIGHED I SUNDHED

Lighed i sundhed – sundhedsfremme og forebyggelse
målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet.

Manuskript: Andreas Christensen, Line-by-Line

Redaktion: Niels Sandø, Kirsten Nielsen, Mette Lolk Hanak og Annemarie Knigge

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Emneord: udsatte, kommune, forebyggelse, sundhedsfremme
Kategori: Rådgivning

Oplag: 1.500
Grafisk tilrettelæggelse: Scanprint as
Tryk: Scanprint as
Fotos: Scanpix og Andreas Szlavik

Den trykte udgave ISBN: 978-87-7676-884-3
Elektronisk ISBN: 978-87-7676-882-9

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, marts 2009
Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Tak til baggrundsgruppen for gode input og kommentarer. Gruppen bestod af:
Elinor Kyhnauv, afdelingschef, Psykiatri- og Handicapafdelingen, Gladsaxe kommune.
Torben Lønberg, funktionschef, Jobcenter Odense.
Marianne Skov-Iversen, udviklingskonsulent, Udsatte-enheden, Servicestyrelsen.
Henriette Jul Hansen, fuldmægtig, Arbejdsmarkedsstyrelsen.
Nina Gath, konsulent, Kommunernes Landsforening.

Tak for konstruktive kommentarer fra projektlederne i de 6 kommunale projekter under "Lighed i Sundhed"-projektet. De 6 projektledere er: Dorrit Guttman (Vordingborg), Jeanett Trollegaard (Gladsaxe), Hanne Vibeke Hjort (Odense), Helle Stuart (København), Maj-Britt Gulstad (Jammerbugt), Anne Hune Gjerrild (Greve).

Sundhedsstyrelsens projekt "Lighed i sundhed"

Sundhedsstyrelsen gennemfører i perioden 2006-2009 modelprojektet "Lighed i sundhed", som skal understøtte udviklingen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser over for udsatte borgere.

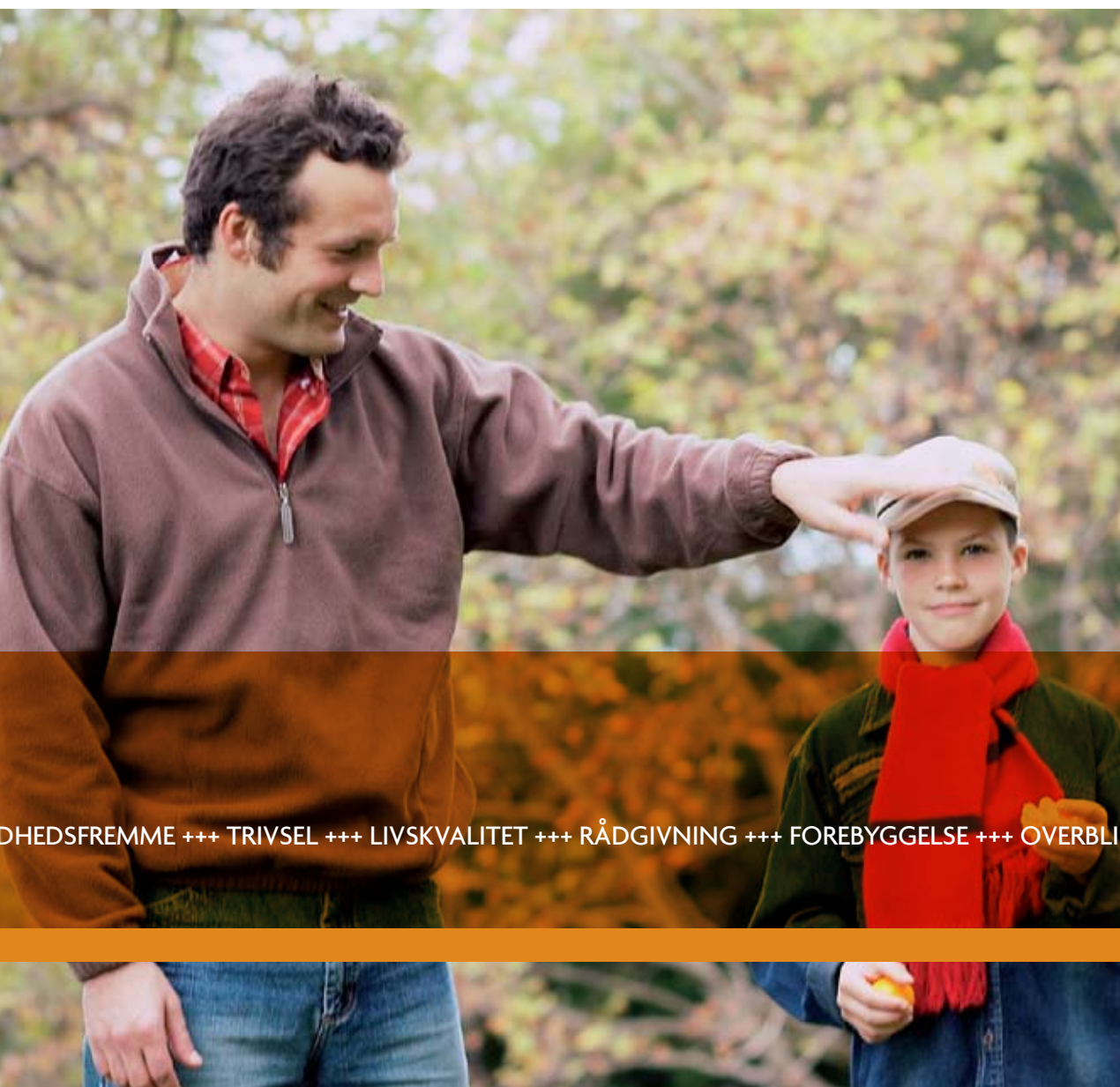
Hensigten med modelprojektet er at etablere et evidensbaseret grundlag for, at kommunerne kan skabe et sundhedsfremmende miljø med sunde rammer og forebyggende tilbud, der kan understøtte udsatte borgere i en bedre sundhedsadfærd.

Der er udvalgt tre målgrupper, som kan være særligt socialt og sundhedsmæssigt udsatte: førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og faglærte såvel som ufaglærte arbejdsløse.

Denne publikation sammenfatter viden og erfaringer opsamlet i en række publikationer, som er udgivet af Sundhedsstyrelsen i forbindelse med projektet.

Indhold

FORORD	SIDE 7
INDLEDNING	SIDE 11
SUNDHED OG SYGDOM BLANDT UDSATTE BORGERE	SIDE 19
FAKTA OM UDSATTE BORGERES SUNDHED OG SYGDOM	SIDE 19
KOMMUNENS OPGAVER OG MULIGHEDER	SIDE 27
SUNDHEDSINDSATSER PÅ FLERE NIVEAUER	SIDE 27
PLANLÆGNING AF INDSATSER OVER FOR UDSATTE BORGERE	SIDE 28
MEDARBEJDERNES ROLLE	SIDE 31
INDDRAGELSE AF MÅLGRUPPEN I SUNDHEDSINDSATSER	SIDE 35
SÅDAN KAN BORGERNE INDDRAGES	SIDE 36
KOMMUNALE INDSATSER I KONKRETE ARENAER	SIDE 41
JOBCENTRE	SIDE 49
BOTILBUD	SIDE 51
VÆRESTEDER	SIDE 53
BOLIGOMRÅDER	SIDE 55
EGET HJEM	SIDE 57
MERE VIDEN	SIDE 63



DHEDSFREMME +++ TRIVSEL +++ LIVSKVALITET +++ RÅDGIVNING +++ FOREBYGGELSE +++ OVERBLI

FORORD

Denne publikation sætter fokus på udsatte borgeres sundhed og sygelighed. Baggrunden herfor er den dokumenterede sammenhæng mellem social udsathed og sundhedsmæssige belastninger. Udsatte borgere oplever oftere sygdom, er i højere grad udsat for sundhedsmæssige risikofaktorer og dør tidligere sammenlignet med befolkningen som helhed. Udsatte borgere er her afgrænset til førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Disse befolkningsgrupper har det til fælles, at de står uden for arbejdsmarkedet. Der er tale om meget brede målgrupper med store forskelle både indbyrdes og inden for den enkelte målgruppe, og således er ikke alle borgere i de tre grupper socialt eller sundhedsmæssigt udsatte.

Sikring af udsatte borgeres sundhed er højt prioriteret på den sundhedspolitiske dagsorden. Regeringens sundhedsprogram for 2002-2010 "Sund hele livet" lægger vægt på, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres, og at midlertidigheden skal øges markant. Disse to mål har en stærk sammenhæng, da der er betydelig forskel i forskellige socialgruppers middellevetid.

Ønsket om at reducere den sociale ulighed i sundhed afspejler sig desuden i regeringsgrundlaget fra november 2007, som understreger, at bekæmpelsen af social ulighed i sundhed skal indgå som et vigtigt element i en ny forebyggelsesplan. Undersøgelser viser

at ønsket om at leve sundt gør sig gældende i alle befolkningsgrupper og er relativt uafhængigt af uddannelse og indkomst. Langt hovedparten af udsatte borgere angiver desuden, at de gør noget for at bevare eller forbedre deres helbred. Der er således en vilje til og interesse for at arbejde med egen sundhed.

Kommunerne har nu opgaven med at sikre forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud, samt at tilbyde beskæftigelsesindsatser og sociale indsatser m.v. Dermed har den enkelte kommune gode muligheder for at sikre og forbedre udsatte borgeres sundhed. Og der er her både menneskelige, sundhedsmæssige, sociale og økonomiske gevinster at hente.

På de følgende sider kan du læse om kommunens rolle og muligheder for at skabe sunde rammer og sundhedsfremmende tilbud for udsatte borgere. Publikationen henvender sig til kommunale planlæggere og sagsbehandlere, som har ansvar for udviklingen af indsatser og tilbud målrettet udsatte borgere. Sundhedsstyrelsen ønsker med denne publikation at inspirere kommunerne til at integrere forhold vedrørende udsatte borgeres sundhed i deres sundhedspolitik og til at iværksætte indsatser målrettet udsatte borgere.

Sundhedsstyrelsen, marts 2009

Else Smith
Centerchef





TILBUD

INDLEDNING

BORGERE

SUNDHED

TENDENS

ULIGHED

Denne publikation præsenterer i overskuelig form en række nøgleinformationer om udsatte borgeres sundhed og giver desuden forslag til, hvordan man kan tilrettelægge indsatser målrettet disse borgere.

Publikationen fokuserer på, hvordan man kan integrere sundhedsfremmende tiltag i arbejdsmarkedssektorens og den sociale sektors tilbud og hvordan man kan etablere tværsektorielle samarbejder. Målgruppen for publikationen er således kommunale planlæggere.

De enkelte kommuner har forskellige udfordringer og muligheder for at gennemføre målrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser. Fx er der forskelle mellem kommunernes borgerprofiler, ligesom organisering og erfaringer fra tidligere indsatser varierer fra kommune til kommune. Publikationen sigter mod at inspirere den enkelte kommune til at tilrettelægge netop den sundhedsfremmende indsats over for udsatte borgere, der passer til kommunens virkelighed og muligheder.

Publikationens råd og anbefalinger adskiller sig på mange områder ikke fra de generelle anbefalinger, man kan give i forhold til planlægning

af sundhedsfremmende indsatser. Erfaringen viser imidlertid, at generelle sundhedsfremmende indsatser især benyttes af bedre stillede borgere og i mindre grad af udsatte borgere, selvom man hos disse borgere ofte finder en ophobning af sundhedsmæssige risikofaktorer.

Det er derfor hensigtsmæssigt, at kommunale planlæggere også fokuserer særligt på udsatte borgere. Herved kan kommunen sikre, at den når en gruppe borgere, hvis sundhedstilstand og sundhedsadfærd er dårligere end andre borgeres, og som kan være vanskelig at nå via de bredere forebyggelsesindsatser. Endelig kan fokus på udsatte borgere være med til at sikre, at kommunen reelt stiller sundhedsfremmende tilbud til rådighed for alle kommunens borgere.

Publikationen kommer med forslag til, hvordan man kan indtænke forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser i de tilbud og arealer, hvor disse borgere møder kommunale medarbejdere, ligesom der vil være forslag til etablering af særskilte tilbud.

Udsatte borgere

Udsatte borgere afgrænses i denne publikation som *borgere, der er sundhedsmæssigt udsatte på grund af deres sociale position*. Der er tale om førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse, som undersøgelser har vist er mere sundhedsmæssigt udsatte end baggrundsbefolkningen. Det betyder dog ikke, at alle borgere i de tre grupper nødvendigvis er sundhedsmæssigt udsatte, men der er dog tale om en klar tendens. Når der i teksten tales om udsatte borgere, er der altså tale om sundhedsmæssigt udsatte borgere, medmindre andet er angivet.

Ulighed og lighed i sundhed

Udviklingen af social ulighed i sundhed hænger sammen med en række faktorer: arvelige forhold, livsstil (sundhedsadfærd) og en række strukturelle forhold som fx levevilkår og generelle samfundsforhold. Sammenhængen mellem sundhed og disse faktorer er illustreret i figuren nedenfor.

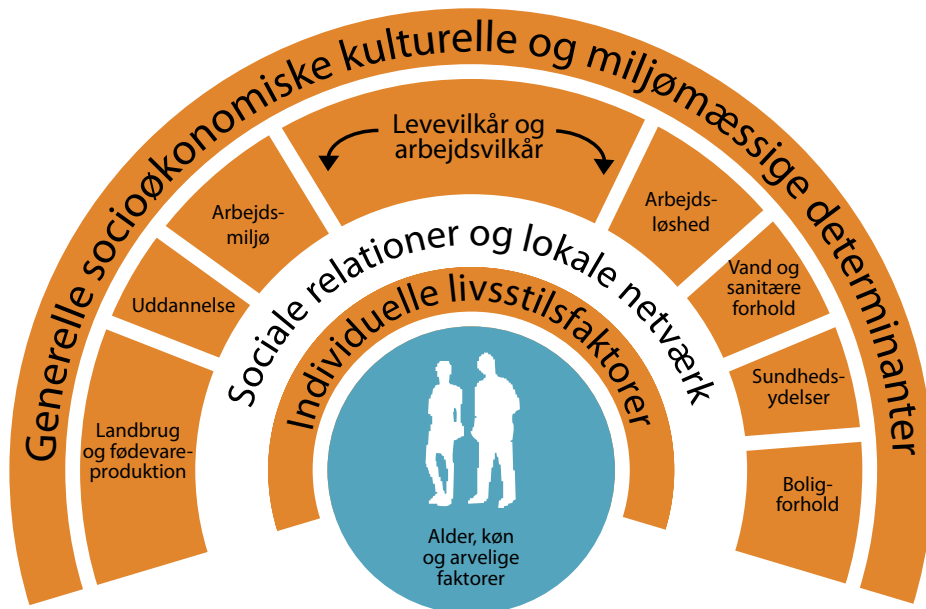
I midten står det enkelte individ defineret ved arv, køn og alder – faktorer, der som udgangspunkt er uforanderlige. De øvrige faktorer kan påvirkes, så også udsatte borgeres sundhed kan forbedres.

Nærmest individet finder man de individuelle livsstilsfaktorer (sundhedsadfærd), og dernæst individets sociale relationer og fællesskaber. Næstyderst ses en række faktorer, der er relateret til levevilkårene, og yderst står de samfundsmæssige, kulturelle og miljømæssige determinanter (vilkår og rammer).

Modellens forskellige niveauer spiller sammen: Eksempelvis afhænger en persons helbred såvel af livsstil som af arv, køn og alder samt af de sociale relationer og af levevilkårene (uddannelse, arbejdsforhold mv.).

I forhold til den enkelte udsatte borger kan kommunen påvirke både sundhedsadfærden, de sociale relationer og levevilkårene – det sidste fx via beskæftigelses- og erhvervspolitikker, skolepolitikker og udvikling af boligområder. Endelig har kommunen også mulighed for at påvirke de miljømæssige faktorer via sin miljøpolitik.

Kommunen er derfor en meget central aktør i forbindelse med en indsats for at reducere den sociale ulighed i sundhed, og kommunen vil derfor have behov for at integrere sundhed i alle forvaltningers arbejde og de overordnede politikker.



Kilde: Dahlgren og Whitehead, 1991

To tilgange til arbejdet med social ulighed i sundhed

1. Socialt udsatte

Flere grupper af socialt udsatte borgere har en tung sygdomsbyrde. Det drejer sig fx om hjemløse, stofmisbrugere og alkoholmisbrugere. Sygdom kan på den ene side være årsagen til, at man er blevet socialt udsat, eksempelvis hvis man har mistet arbejde pga. længerevarende sygdom. På den anden side kan sygdom være et resultat af, at man i en årrække har levet som socialt marginaliseret og at man har levet et sundhedsmæssigt risikobetonet liv. Socialt udsatte borgere vil ofte have et umiddelbart og synligt behov for sundhedsindsatser.

Hvis man fokuserer på at styrke sundheden blandt borgere, der er socialt udsatte, vil det medføre et behov for at etablere særskilte indsatser målrettet disse grupper. Derudover vil der være behov for at indtænke sundhedsindsatser, der hvor disse borgere opholder sig – fx væresteder, botilbud, aktiveringstilbud og jobcentre.

En styrket sundhedsindsats i forhold til udsatte borgere kan have stor betydning for den enkelte borger, mens fx middellevetiden i befolkningen ikke påvirkes nævneværdigt på grund af det relativt begrænsede antal socialt udsatte borgere.

2. Social gradient i sundhed

Der er en markant social gradient i helbreds niveau – det vil sige, at sygdomsbyrden stiger jævnt med faldende uddannelse og indkomst. De bedre udsatte og de med højere indtægter har altså, overordnet set, en længere middellevetid og flere raske leveår, end de borgere der har kortere uddannelser og lavere indtægt. Forskelle i middellevetid hænger blandt andet sammen med forskelle i sundhedsadfærd og levevilkår, ligesom der også er en tendens til, at bedre stillede borgere er bedre til at udnytte de sundhedsfremmetilbud som eksisterer.

Ønsket om at udligne den sociale gradient i sundhed, medfører ikke nødvendigvis et særligt fokus på gruppen af socialt udsatte. Der vil snarere være fokus på at tilpasse indsatserne i forhold til forskellige sociale gruppers behov. Denne tilgang berører mange mennesker og kan have væsentlig indflydelse på befolkningens middellevetid.

Forebyggelse og sundhedsfremme – en definition

Forebyggelse er sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden.

Sundhedsfremme er sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlekompetence.

I denne publikation benyttes begrebet ”sundhedsfremme” som samlet betegnelse for forebyggelse og sundhedsfremme. Forebyggelse vil således kun blive nævnt, hvis der er en særlig grund til at adskille det fra sundhedsfremme, eller hvis det knytter sig til etablerede begreber som ”borgerrettet forebyggelse” og ”strukturel forebyggelse”.

Kilde: Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet (se <http://begrebsbasen.sst.dk/forebyggelse>)

Sundhed som mål eller middel

I forbindelse med fx aktivering, udarbejdelse af jobplan, kontakt til væresteder eller brug af bostøtteordninger har borgere kontakt med myndigheder og tilbud, som kan udgøre en arena for sundhedsfremmeindsatser. Udfordringen bliver i den forbindelse at få indarbejdet sundhedsfremme i de kerneopgaver, som tilbuddet/organisationen har eller at få tilrettelagt et tilbud, der kan implementeres via de forskellige arenaer.

Hvis sundhedsfremmeindsatser ikke direkte bidrager til løsningen af kerneopgaverne for fx et værested eller et aktiveringstilbud, kan det være sværere for medarbejdere og ledelse at prioritere disse indsatser. En politisk beslutning om at indarbejde sundhedsfremmeindsatser i disse arenaer kan sikre den lokale prioritering. Beslutningen kan ske med udgangspunkt i den kommunale sundhedspolitik, og i nogle tilfælde vil der også skulle afsættes supplerende midler til indsatsen.

Hvis sundhedsfremmeindsatser bidrager til løsningen af en kerneopgave, fx ved at give borgeren mod på jobsøgning, ressourcer til at klare en dagligdag eller overskud til at ændre på væsentlige sundhedsproblemer som alkoholmisbrug eller svær overvægt, vil det være lettere for både ledelse og medarbejdere at prioritere indsatserne. Sundhedsindsatsen vil i det tilfælde ikke være en særskilt aktivitet, men en integreret og naturlig del af den enkelte institutions kerneopgaver. Ofte vil udarbejdelsen af en kommunal sundhedspolitik, som prioriterer en tværfaglig tilgang, kunne fungere som en katalysator for, at sundhedsfremmeindsatser bliver integreret i andre kommunale sektorer, fx social-, beskæftigelses-, eller børne- og ungdomsforvaltningerne.

Udgangspunktet for en sundhedsfremmende indsats i andre sektorer end sundhedssektoren må dog altid være, at såvel borgere som medarbejdere kan se fornuften i det, i forhold til det primære formål med borgerkontakten.

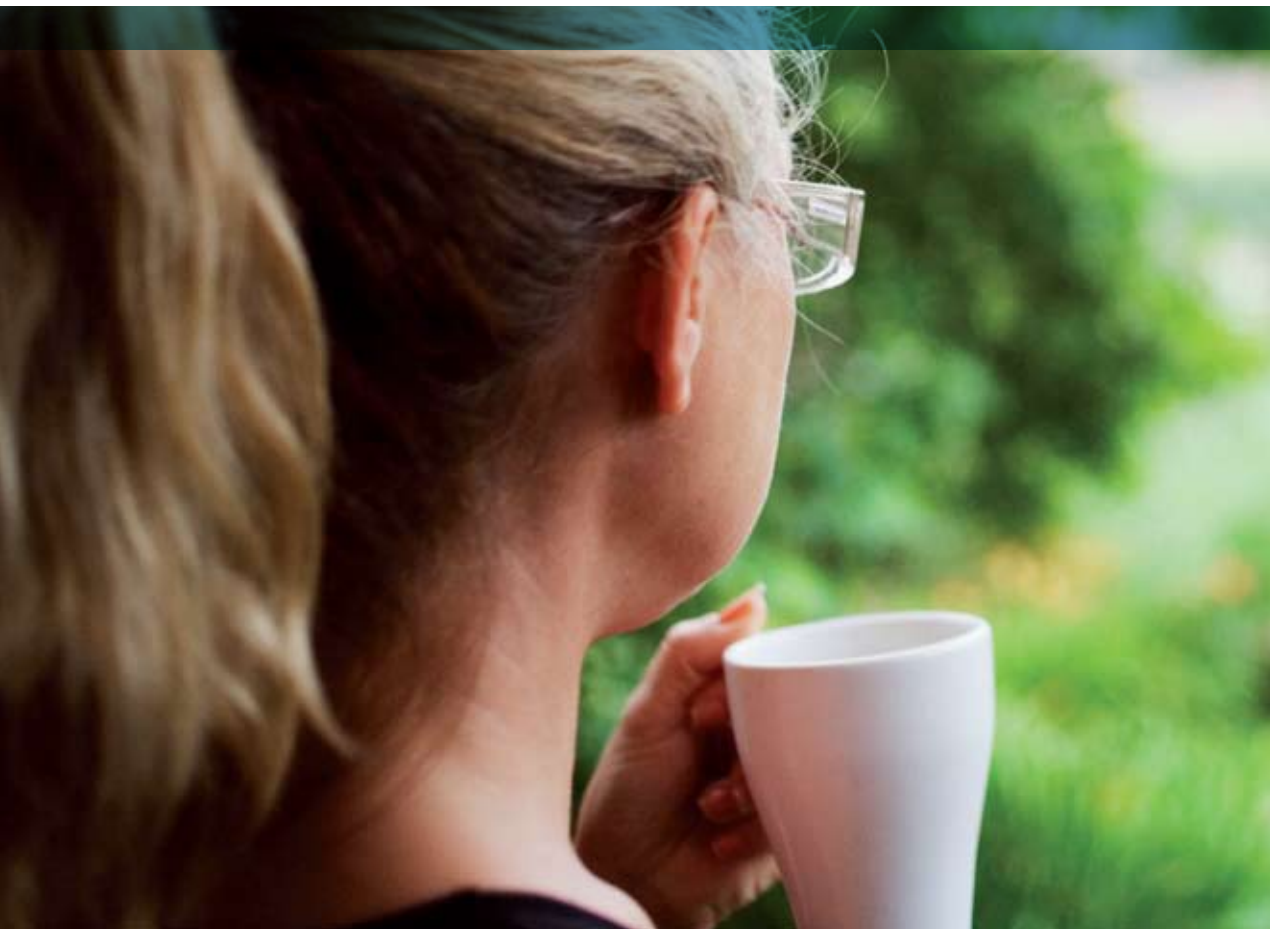


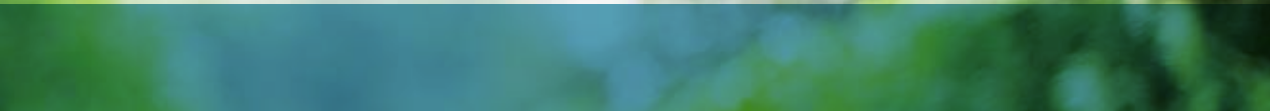
Fokus på sundhed som mål eller middel

I *Jammerbugt Kommunes* modelprojekt "Aktiv sund trivsel" er målet at højne sundheden blandt kontanthjælpsmodtagere i kommunen, mens beskæftigelse eller arbejdsmarkedsparathed ikke fremstår som et mål for projektet. Aktiveringssteder fungerer som arena for indsatserne.

I *Odense Kommunes* modelprojekt "Det 13. element" er målet at afkorte borgerens vej til arbejdsmarkedet – det er altså ikke i sig selv et mål, at borgeren skal blive sund, men sundhedsindsatser ses derimod som et middel til at lette adgangen til arbejdsmarkedet. For nogle borgere kan det være en pension, der er målet med en indsats, og her kan sundhedsfremmeindsatsen bidrage til at forbedre borgerens livskvalitet.







RESULTATER

SUNDHED OG
SYGDOM BLANDT
UDSATTE BORGERE

SYGDOM

LIVSKVALITET

NETVÆRK

I det følgende beskrives udsatte borgeres sundhed og sygdom sammenlignet med den generelle voksne befolkning som helhed. Det kan konstateres, at førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, på langt de fleste områder har det dårligere end befolkningen som helhed. Eksempelvis har de en dårligere helbredsrelateret livskvalitet, er oftere langtidssyge og oplever oftere, at sygdom hindrer dem i daglige gøremål. Det ses også, at disse borgere har svage sociale netværk. Samtidig viser undersøgelsen, at der er en vilje til at gøre noget for at bevare eller forbedre helbredet. Det er et positivt udgangspunkt for fremtidige sundhedsfremmeindsatser.

Udsatte borgere har en øget sygelighed sammenlignet med den voksne befolkning som helhed (herefter "den generelle voksne befolkning"). Det kan have en række sociale konsekvenser, fx for tilknytningen til arbejdsmarkedet, og kan derved fastholde disse borgere i en socialt udsat position. Marginalisering på arbejdsmarkedet kan omvendt være med til at forværre sygdom og gøre det vanskeligere for den enkelte at opretholde sunde vaner. Sammenhængen mellem social og sundhedsmæssig udsathed virker altså begge veje.

FAKTA OM UDSATTE BORGERS SUNDHED OG SYGDOM

Sundhedsstyrelsen udgav i 2008 sundhedsprofilen "Sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte borgere", der sammenligner sundhed og sygelighed blandt udsatte borgere (førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte) med forholdene i den generelle voksne befolkning¹. I sundhedsprofilen er personer under revalidering medtaget sammen med kontanthjælpsmodtagere.

I det følgende præsenteres de væsentligste resultater fra undersøgelsen. En række af undersøgelsens resultater er samlet i tabel 1. Resultaterne omfatter borgernes helbredsrelaterede livskvalitet, sundhedsadfærd, sygelighed og konsekvenser af sygdom samt sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet.

¹ Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sundhed og sygelighed blandt socialt udsatte borgere – analyse af data om arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering. København: Sundhedsstyrelsen 2008. Undersøgelsen baserer sig på data indsamlet i 2005 i forbindelse med sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY).

Tabel 1: Sundhed og sundhedsadfærd blandt udsatte borgere
Data er fra 2005. Resultater, der afviger signifikant (det vil sige, at forskellen ikke er statistisk tilfældig) fra den generelle voksne befolkning, er markeret med sort.

	Førtids- pensionister	Kontanthjælps- modtagere**	Arbejdsløse**	Generelle voksne befolkning
Helbredsrelateret livskvalitet				
Vurderer eget helbred til at være virkelig godt eller godt (%)	30	41	65	81
Føler sig aldrig eller næsten aldrig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til (%)	38	29	11	7
Føler sig ofte stressede i deres dagligdag (%)	8	18	7	11
Sundhedsadfærd				
Er fysisk inaktive (%)	29	28	18	11
Ryger dagligt (%)	54	57	56	31
Gør noget for at bevare eller forbedre helbredet (%)	82	75	76	86
Sygelighed og konsekvenser af sygdom				
Har en langvarig sygdom (%)	91	77	56	38
Har været begrænset i daglige gøremål pga. sygdom, skader eller lidelser inden for de sidste 14 dage (%)	39	35	18	13
Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsenet				
Har haft kontakt til praktiserende læge inden for de sidste tre måneder (%)	55	58	48	38
Bruger regelmæssigt eller til stadighed medicin (%)	80	59	46	34
Har gjort brug af tandlæge inden for de sidste tre måneder (%)	36	25	28	36
Har været til forebyggende helbredstjek inden for de sidste tre år (%)	46	52	40	36

* og personer under revalidering. ** med kort eller ingen uddannelse.

Overordnet er de tre grupper af udsatte borgere dårligere stillet inden for alle de områder, der beskrives i sundhedsprofilen, sammenlignet med den generelle voksne befolkning. Den gruppe, der har de største problemer hvad angår sundhed og sygelighed, er førtidspensionister, hvilket i sig selv ikke er overraskende, da førtidspension tildeles på baggrund af sociale og/eller sundhedsmæssige forhold.

Helbredsrelateret livskvalitet

Helbredsrelateret livskvalitet handler om, hvordan borgere oplever deres egen sundhed og helbred. Det er således ikke et objektivi mål for sundhed, men den enkeltes vurdering af egen sundhed og af, hvordan det påvirker vedkommende. Helbredsrelateret livskvalitet omfatter selv vurderet helbred, oplevelsen af at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til og oplevelsen af stress i dagligdagen.

Selv vurderet helbred er af væsentlig betydning, da det har vist sig at være afgørende for personens fremtidige sygelighed og dødelighed – uafhængigt af de traditionelle risikofaktorer. Som det fremgår af tabel 1, er det selv vurderede helbred blandt udsatte borgere markant dårligere end blandt den generelle voksne befolkning. Således vurderer kun mellem 30 % og 65 % af de udsatte borgere, at deres helbred er godt eller meget godt, mens tallet for den generelle voksne befolkning er 85 %. Det samme billede gør sig gældende i spørgsmålet om at føle sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til.

Stress er ifølge undersøgelsen ikke signifikant forskellig blandt udsatte borgere, sammenlignet med den generelle voksne befolkning.

Sundhedsadfærd

Resultaterne bekræfter, at udsatte borgere oftere end den generelle voksne befolkning har en sundhedsadfærd, der giver risiko for udvikling af sygdom. Eksempelvis er der en større andel blandt udsatte borgere, som ryger dagligt (ca. 55 %), sammenlignet med den generelle voksne befolkning (31 %). Et tilsvarende billede tegner sig for fysisk inaktivitet, hvor udsatte borgere er mindre fysisk aktive end den generelle voksne befolkning.

Blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse og blandt førtidspensionister viser undersøgelsen desuden, at en større andel er

svært overvægtige, og en mindre andel dagligt spiser grøntsager eller frugt, sammenlignet med den generelle voksne befolkning.

Overordnet har udsatte borgere således en dårligere sundhedsadfærd end den generelle voksne befolkning.

Konsekvenser af sygdom

Sygdom og sygelighed kan undersøges ud fra en række forskellige parametre, herunder forekomsten af langvarig sygdom. Der er således en kendt sammenhæng mellem forekomst af langvarig sygdom og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Markant flere udsatte borgere angiver, at de har en langvarig sygdom, sammenlignet med den generelle voksne befolkning. At 91 % af de adspurgte førtidspensionister angav at have en langvarig sygdom er i sig selv ikke overraskende, da det ofte er denne, der er baggrund for tildeling af førtidspension. Men det er værd at bemærke, at også de øvrige grupper af udsatte borgere har en højere forekomst af langvarig sygdom, sammenlignet med den generelle voksne befolkning.

Tabellen viser, at væsentligt flere blandt de udsatte borgere inden for de sidste 14 dage har oplevet at være begrænset i daglige gøremål på grund af sygdom, skader eller lidelser.

Brug af sundhedsvæsn

Sygdomsadfærd og brug af sundhedsvæsn fokuserer på borgernes kontakt til praktiserende læge og andre behandlere samt på deres brug af medicin. Når det er væsentligt at se på disse faktorer, hænger det sammen med, at folk reagerer forskelligt på sygdom og sygelighed. Nogle reagerer ved ikke at foretage sig noget, mens andre reagerer aktivt på forskellige måder. Reaktionsmåden kan få betydning for ens sygdomsforløb.

Undersøgelsen viser, at en større andel blandt udsatte borgere har haft kontakt til praktiserende læge inden for de seneste tre måneder og bruger forskellige former for medicin, sammenlignet med den generelle voksne befolkning. Dette hænger ganske godt sammen med de udsatte borgers sygdomsbillede.

Som det også ses i tabellen, er der blandt alle tre udsatte grupper en større andel, der har været til forebyggende helbredstjek inden for de sidste tre år, sammenlignet med den generelle voksne befolkning.

Det fremgår desuden, at andelen, der har været til tandlæge inden for de sidste tre måneder, er signifikant mindre blandt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering samt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, sammenlignet med den generelle voksne befolkning.

Det er væsentligt at notere, at det kun er blandt arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, at signifikant færre gør noget for at bevare eller forbedre helbredet. Og selv blandt arbejdsløse gør tre ud af fire noget. Selvom det ikke fremgår af undersøgelsen, hvad grupperne gør for at bevare eller forbedre helbredet, tyder tallene på, at der er motivation og fokus på disse problemstillinger også blandt udsatte borgere.

Sociale relationer

Hvad angår sociale relationer er det kun førtidspensionisterne, der adskiller sig fra den generelle voksne befolkning (tabel 2).

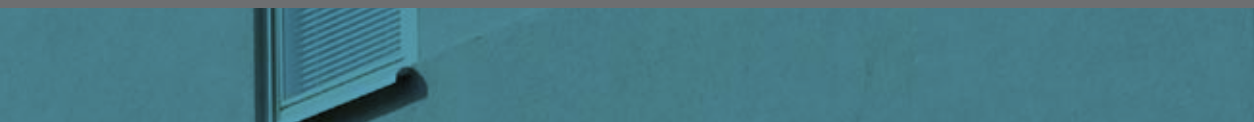
Tabel 2: Sociale relationer

	Førtids- pensionister	Generelle voksne befolkning
Træffer sjældent eller aldrig deres familie	18	10
Træffer sjældent eller aldrig venner og bekendte	13	6
Regner ikke med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom	28	15
Er ofte eller en gang imellem uønsket alene	10	3

Tabellen viser, at førtidspensionister er mere socialt udsatte end den generelle voksne befolkning. På alle parametre, fx om de regner med at kunne få hjælp i forbindelse med sygdom, om de træffer familie og venner, og om de er uønsket alene, er der flere blandt førtidspensionister, der har et svagt socialt netværk. Disse forhold kan være baggrunden for, at det sociale fællesskab i forbindelse med sundhedstilbud er et vægtigt argument for at deltage i tilbuddene.







KOMPETENCER

KOMMUNENS
OPGAVER OG
MULIGHEDER

POLITIK

HANDLEPLAN

STRATEGIER

Her gives et overblik over kommunens rolle i forbindelse med sundhedsfremmende indsatser over for udsatte borgere. Der peges på kommunens sundhedspolitik som et instrument til at sikre en indsats over for disse borgere og på, hvordan de overordnede rammer kan udmøntes i konkrete handleplaner på kommunens institutioner. Det konstateres at kommunen er den helt centrale aktør i denne forbindelse. Udsatte borgere bør indtænkes i kommunens overordnede sundhedspolitik for at sikre, at der på alle niveauer i den kommunale administration kommer fokus på disse borgeres sundhed. Det vil være væsentligt at inddrage mange forvaltninger i arbejdet med sundhed blandt udsatte borgere. Derudover peges der på, at det skal sikres, at medarbejderne har de fornødne kompetencer til at arbejde med sundhed og sundhedsfremme.

Kommunerne har ansvaret for generel sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme blandt kommunens borgere og skal skabe sunde rammer og tilbud for borgerne. Desuden har kommunerne (med)ansvar for den del af den patientrettede forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med indlæggelse på sygehus eller hos de praktiserende læger.

Kommunen er derfor også den helt centrale aktør i forbindelse med sundhedsfremmeindsatser målrettet udsatte borgere. Indsatserne kan ske inden for rammerne af kommunale politikker og sundhedsplaner. Sundhedsfremme kan også naturligt integreres i fx arbejdsmarkedssektoren (via jobcentre og aktiveringstilbud) og i den sociale sektor, hvor sundhedsfremmeindsatser kan integreres i kommunens sociale tilbud. Desuden er børne- og ungeområdet væsentligt at inddrage med henblik på at reducere den sociale ulighed i sundhed.

SUNDHEDSINDSATSER PÅ FLERE NIVEAUER

De fleste kommuner har i dag en sundhedspolitik og heri bør sundhed og sundhedsfremmeindsatser målrettet udsatte borgere nævnes eksplicit. En sundhedspolitik kan beskrive, hvordan sundhed kan indtænkes i eksisterende indsatser og hvordan man sikrer et samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper. Med udgangspunkt i disse politikker kan de kommunale tilbud udarbejde handleplaner og lokale indsatser.

Sundhedspolitikken kan desuden indtænkes i de planstrategier og Agenda 21-strategier, som alle kommuner skal udarbejde.

Målretning af eksisterende indsatser

Et væsentligt element i en samlet indsats for at forbedre udsatte borgeres sundhed er, at der sker en sammentænkning af kommunens sociale og sundhedsmæssige indsatser for de borgere, som kommunen møder i bl.a. sociale tilbud og beskæftigelsestilbud.

Socialforvaltningen og de sociale tilbud har fx mulighed for at gøre borgere opmærksomme på kommunale sundhedsfremmetilbud, hvor de kan få hjælp til at ændre en risikobetonet sundhedsadfærd. I mange sygedagpengesager, førtidspensionssager, anbringelsessager, aktive-ringssager mv. er sundhedsmæssige problemer med til at gøre de pågældende borgere mere udsatte, og en tilpasset sundhedsindsats kan bidrage til at opfylde både sundhedsmæssige målsætninger og målsætninger på social- og beskæftigelsesområdet.

Der er gode muligheder for at yde en målrettet forebyggende indsats i boligområder, hvor der bor mange udsatte borgere.

Sundhedsindsats i boligområde

Greve Kommunes Center for Sundhed har gennemført et sundhedsfremmeprojekt i Greve Nord, hvor bl.a. boligområdet Askerød ligger. Der er her etableret samarbejde med blandt andet boligsociale indsatser og det lokale sprogcenter. I samarbejde med sprogcentret tilbydes der fx cykel-kurser og gymnastikhold til kvinder med anden etnisk baggrund end dansk

I Urbanplanen i Københavns Kommune har Folkesundhed København etableret et samarbejde med alle de aktører, der arbejder med sundhed i boligområder. Det har bl.a. ført til, at der er udviklet fælles tilmeldingsblanketter til aktiviteter, fælles tema-arrangementer og fælles præsentationsfolder.

Det kan eksempelvis ske i samarbejde med boligselskaber, botilbud, beboerråd eller indvandrerforeninger og kan indeholde forskellige idrætstilbud, fællesspisning og informationsmøder. Når de forebyggende tilbud placeres i boligområderne, forbedres tilgængeligheden og dermed mulighederne for at deltage i sundhedstilbuddene.

PLANLÆGNING AF INDSATSER OVER FOR UDSATTE BORGERE

I dette afsnit præsenteres nogle ideer til, hvordan kommunen kan fremme sundheden for udsatte borgere. For at kunne iværksætte relevante indsatser, skal man bl.a. kende målgruppens sociale og helbredsmæssige forhold. Denne viden kan fx skaffes i form af sundhedsprofiler eller behovsundersøgelser. Kommunen vil ofte kunne trække på andre kommuners erfaringer og undersøgelser samt på landsdækkende datamateriale.

Indsatserne bør så vidt muligt være baseret på den viden og de erfaringer, der er om tilrettelæggelse og implementering af sådanne indsatser². Her kan bl.a. Sundhedsstyrelsens undersøgelser og pjecen "Sundhed og udsatte borgere – inspiration til kommunerne" bruges.

Tilpas indsatsen til målgruppen

Det er vigtigt, at de enkelte tilbud og aktiviteter tilrettelægges, så de passer til målgruppens behov og muligheder. Det vil også gøre det lettere at sikre deltagere til aktiviteterne. Gruppen udsatte borgere består af mange forskellige borgere, der af forskellige grunde oplever en marginalisering. Risikoadfærd, sårbarhed og ressourcer blandt disse borgere varierer meget og i realiteten er der tale om flere forskellige målgrupper. I valget af målgruppe må man derfor overveje, om man ønsker at

² Anbefalingerne bygger på resultater i følgende undersøgelser: "Socialt udsatte borgeres sundhed – barrierer, motivation og muligheder", udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2007, "Borgerrettet forebyggelse og lighed i sundhed – planlægning af forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper", udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Kristiansen, Maria et al., 2007.

fokuserer på de mere ressourcestærke blandt udsatte borgere (fx arbejdsløse og en stor del af dem, der modtager kontanthjælp), eller om man ønsker at fokusere på særligt sårbare borgere med behov for særligt tilrettelagte indsatser. Det kan være hjemløse, psykisk syge, udviklingshæmmede og stofmisbrugere.

Tænk det sociale element ind

Ved at inddrage sociale netværk i forbindelse med forebyggende indsatser kan man gøre det nemmere for deltagerne at bryde en social isolation og man kan også støtte livsstilsændringer. Når man tænker det sociale element ind i de sundhedsfremmende aktiviteter, kan man imidlertid møde den udfordring, at socialt samvær og hygge ofte er forbundet med usunde vaner. Sundhedsfremmende arbejde kan derfor indebære den udfordring at finde sunde erstatninger for bl.a. rygning og alkohol uden at mindske det sociale samvær. Man kan fx organisere det sociale samvær omkring udendørs fysiske aktiviteter, eller erstatte rygning og alkohol som samlende aktivitet med servering af frugt eller smoothies. Det væsentlige er, at man finder nogle sundere aktiviteter at mødes om.

I Gladsaxe Kommunes projekt "Aktiv vej til styrke" er målgruppen førtidspensionister i 8 bo- og dagtilbud. Her er fokus bl.a. på vigtigheden af at spise varieret, jf. de 8 kostråd. I den forbindelse blev der arrangeret en tur på en fiskeskutter for deltagerne og der var en konkurrence om at fange de største fisk, der herefter blev tilberedt i fællesskab. I samme temamåned blev de relevante kostråd gennemgået, ligesom der var fokus på fisk og fiskepålæg hos alle. Aktiviteterne, der gav en fælles social oplevelse, bevirkede også, at flere af projektets deltagere nu spiser fisk ugentligt.

Tænk rummeligt

Det er nødvendigt, at man i sundhedsprojekter medtænker rummelighed, når det gælder opfattelsen af, hvad sundhed er. Der er stor forskel på behov og ønsker på tværs af de tre målgrupper af udsatte borgere. For nogle vil det fremme sundheden at få et reelt måltid mad om dagen, for andre handler sundhed om at få brudt en ensomhed og for andre handler det om at få meldt sig til den fritidsaktivitet, som de deltog i, før de fik børn.

Nogle borgere kan være så medtagede af alkohol- eller stofmisbrug, at eksempelvis kosttilbud eller motionstilbud skal tilpasses deres særlige situation. Ligeledes kan nogle borgere have sundhedsproblemer, fx svær overvægt, som kan sætte begrænsninger for deres mulighed for fysisk udfoldelse. Ved at tage borgerne med på råd og tilrettelægge nogle tilbud, som de har mulighed for at deltage i, kan selv særligt udsatte borgere deltage i sundhedsfremmende aktiviteter.

Tænk både i individer og grupper

I forbindelse med nogle målgrupper vil det være mest hensigtsmæssigt at udvikle differentierede tilbud, fx hvis borgerne på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har svært ved at deltage i fysisk aktivitet på gruppebasis. Men ofte har gruppebaserede tilbud en god mulighed for at styrke den enkeltes sundhedsadfærd, fordi gruppen kan udgøre en social støtte, give den enkelte deltager mulighed for identifikation med de andre deltagere og modvirke isolation.

De differentierede tilbud kan bestå af individuel rådgivning med fx en rygestopinstruktør, en læge, en psykolog eller en diætist. Der kan også være tale om støtte under og efter indsatsen eller udarbejdelse af skriftlige materialer, der er tilpasset den enkeltes forudsætninger, barrierer og motivation.

Brug lokale fællesskaber

Lokale fællesskaber er en vigtig arena for forebyggende indsatser over for udsatte borgere. Det kan være boligområder og lokalområder, men også fællesskaber, der samler borgere efter fx etnisk tilhørsforhold, køn, alder eller profession. I fællesskaberne bliver indsatserne mere relevante og tilgængelige for målgruppen – og kan også bedre tilpasses borgernes forudsætninger. Ved at anvende lokale fællesskaber kan det være lettere for deltagerne at enes om at gennemføre bestemte sundhedsadfærsændringer, fordi der vil være en social accept af det. I forbindelse med et projekt om præventionsoplysning til kvinder med anden etnisk baggrund end dansk gennemførte en række indvandrer- og kvindeforeninger møder, som havde fokus på disse emner. En evaluering viste, at forankringen i et lokalt fællesskab bidrog til, at det blev lettere at tale om og agere ud fra den viden, deltagerne fik.

Gør det let at deltage

Det er væsentligt, at de sunde valg er let tilgængelige. Det gælder både praktisk, tidsmæssigt, økonomisk og mentalt. Hvis borgerne fx skal rejse langt eller betale mange penge for at dyrke motion, vil de ofte vælge det fra. Hvis det sunde valg skal være let, må det også være tilgængeligt for udsatte borgere, hvorfor sådanne tilbud bør etableres i lokalområderne, eller der ydes transportrefusion i en periode.

Det er desuden vigtigt, at man også mentalt arbejder med at ændre holdningerne hos målgruppen, så den får øje på de sunde valg, som er tilgængelige, fx at de bemærker, at der er frugt til rådighed, frem for blot at bemærke at slikket er væk.

I Vordingborg Kommunes projekt "Grib Chancen" tilbydes borgerne aktiviteter i naturen. Aktiviteterne tilbydes flere forskellige steder,

så alle har mulighed for at deltage i aktiviteter, hvor de bor. For nogle borgere er det lettere at gå en tur frem for fx at møde op i et fitnesscenter, og så er det også en form for aktivitet, som ikke kræver særligt udstyr eller kundskaber. Tilbuddene har en form, som gør det muligt for hele familier at deltage. Ud over den fælles gode oplevelse betyder det, at børnepasning aldrig er en barriere for deltagelse. Indsatsen tilrettelægges i samarbejde med Skov og Naturstyrelsen.

Gør det attraktivt at deltage

Kommunen kan godt integrere sundhedsindsatser i en social kontakt med borgere, fx i forbindelse med en aktivering, hvor motionsaktiviteter kan indgå i programmet. Man må i den forbindelse nøje overveje, hvilke metoder man vil anvende for at sikre rekruttering, fx om der skal være tale om obligatoriske eller frivillige tilbud. Derudover skal man også overveje, hvilken relevans sundhedstilbudene har for borgerne og hvilket grundlag de etableres på – altså om tilbuddene er en del af en sundhedsfremmende indsats eller en del af en beskæftigelsesindsats. I alle tilfælde er det dog væsentligt, at medarbejderne promoverer de sundhedsfremmende aktiviteter og aktivt opfordrer borgerne til at deltage.

I Odense Kommunes modelprojekt "Det 13. element" er tilbuddene i jobcentret planlagt på forhånd uden direkte inddragelse af borgerne, men alle deltagere tilbydes en frivillig personlig sundhedssamtale, som de typisk siger ja til. Herigennem får borgerne mulighed for at præge, hvilke aktiviteter der rent faktisk bliver gennemført i projektet. Ud fra deisen, at man ikke kan vælge noget, man ikke ved eksisterer, sørger man altså for, at den enkelte præsenteres for mulighederne for aktiviteter, som vedkommende derefter kan vælge til eller fra.

Undgå stigmatisering af målgruppen

Sundhedstilbud kan nogle gange medvirke til at stigmatisere de deltagende borgere, fx på den måde, man præsenterer tilbuddet i annoncer, opslag eller mundtligt. Det kan fx virke stigmatiserende, hvis de tilbud, som er målrettet udsatte borgere, benævnes "stavgang for arbejdsløse motionister" eller forudsætter, at man er "socialt udsat". I sådanne tilfælde bliver man udpeget og kategoriseret på en uhensigtsmæssig måde.

Man skal også være opmærksom på, at det i mødet med borgeren, er vigtigt at være opmærksom på, at man ikke kommer til at stemple dem som svage eller ubevidst giver skyldfølelse til borgeren - fx hvis de er overvægtige eller har et alkoholmisbrug. For ikke at borgeren skal føle sig udpeget eller stempet, er det væsentligt at huske at se på det hele menneske og de ressourcer personen besidder og den sociale kontekst borgeren indgår i, frem for alene at fokusere på den pågældendes problemer.

Der findes ingen gylden regel om, hvad man skal gøre. I de fleste tilfælde kan det være en fordel at inddrage de borgere, man ønsker at nå, i beslutningen om, hvilke aktiviteter der skal udbydes og hvordan de præsenteres.

Debatoplæg om stigmatisering

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et debatoplæg om stigmatisering i forebyggelsesarbejdet. Udgangspunktet i debatoplægget er, at man ikke kan undgå at kategorisere andre mennesker i forebyggelsesarbejdet, og at stigmatisering kan være en utilsigtet konsekvens, som skal undgås eller håndteres bedst muligt. I debatoplægget er der fokus på årsagerne til, og konsekvenserne af, stigmatisering i forebyggelsen, og hvad man kan gøre ved problemet. Man kan eksempelvis sørge for, sammen med sine kollegaer, at reflektere over hvilke forforståelser man har af de målgrupper man arbejder med, og man kan inddrage målgruppen i definitionen af deres problemer og løsninger af dem.

Debatoplægget om stigmatisering kan downloades og bestilles på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

MEDARBEJDERNES ROLLE

De medarbejdere i kommunen, som har kontakt med udsatte borgere, spiller en væsentlig rolle i det sundhedsfremmende arbejde. I kontakten med borgerne har medarbejderens viden, holdning, erfaring, adfærd og motivation stor betydning.

Styrk medarbejdernes kompetence

Inden man begynder at tale med borgerne om deres sundhedsadfærd, må kommunen sikre, dels at man har mulighed for at sætte borgerne i forbindelse med reelle tilbud, dels at medarbejderne har de nødvendige kompetencer til at tale med borgerne om sundhed.

Det kan være vanskeligt for både medarbejder og borger at tale om sundhedsemner, hvis borgeren henvender sig med nogle behov og problemer, som i udgangspunktet ikke er sundhedsrelaterede. For at gøre det lettere at tage hul på en

sundhedssamtale, kan det være en fordel at gøre det til en fast del af en rutine. Kommunens medarbejdere kan fx rutinemæssigt spørge de borgere, man har kontakt til, om deres kostvaner, eller hvor fysisk aktive de er i dagligdagen, og derefter henvise eller formidle kontakt til relevante tilbud, hvis borgeren har behov for det.

For at sikre at medarbejderne er "klædt godt på" til at varetage sundhedsrelaterede opgaver i forbindelse med borgerkontakt, skal man udvikle medarbejdernes kompetencer. Det kræver, at kommunen afsætter medarbejdertid og midler til fx kurser, sidemandsoplæring eller anden kompetenceudvikling.

Medarbejderne skal bl.a. introduceres for viden om risikofaktorer og konsekvenser af usund adfærd, nationale anbefalinger og sundhedsfremmestories. Desuden kan der være behov for at træne medarbejdere i specifikke metoder, fx den motiverende samtale, anerkendende kommunikation og du bestemmer-metoden.

Tilbud til medarbejderne

Medarbejdernes egne sundhedsvaner vil ofte have betydning for, hvordan de formidler viden om sundhed. Således viser en undersøgelse³, at der blandt sundhedspersonale er flere blandt ikke-rygere, der rådgiver dagligt om rygestop, sammenlignet med rygerne, og at der er flere tidligere rygere, som rådgiver om rygestop, sammenlignet med sundhedspersonale som aldrig har røget. Omvendt er der flere blandt storrygere, der aldrig rådgiver om rygning, sammenlignet med gruppen der ryger mindre end 15 gram tobak dagligt. En tilsvarende sammenhæng gælder for sundhedspersonalets kost- og motionsvaner og dets rådgivning om kost og motion.

Inden medarbejdere skal rådgive om rygestop, fysisk aktivitet eller lignende, kan det være en god ide, at der etableres sundhedsfremmende tilbud, som medarbejderne selv kan benytte sig af. Det kunne fx være tilbud om rygestop eller tilskud til deltagelse i fitness-træning.

Støtte til indsatser målrettet udsatte borgere

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet folderen: "Sundhed og udsatte borgere – inspiration til kommunen" og spillet: "Ønskekortene – dialog om sundhed". De to materialer kan anvendes af professionelle med borgerkontakt i fx arbejdsmarkedsforvaltningen, sundhedsforvaltningen eller socialforvaltningen, og også af virksomheder og organisationer, som kommunerne har aftale med. Det vil typisk være medarbejdere i ydelses- og jobcentre eller i fx aktiveringstilbud, sociale støttecentre, væresteder og botilbud, som vil kunne have glæde af materialerne.

De to materialer sætter fokus på en række risikofaktorer, som er med til at øge risikoen for mange sygdomme: rygning, alkohol, overvægt, fysisk inaktivitet og usund kost. Der er gode råd om, hvordan medarbejderne i dialog med den enkelte borger eller en gruppe af borgere kan inspirere og motivere til sundere vaner.



³ Juul Nielsen A, Brandhoj Hansen M, Hansen J et al. Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd. En kortlægning og analyse. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006.



Sundhedsdag for medarbejdere i Odense Kommunes jobcenter

I begyndelsen af Odense Kommunes modelprojekt "Det 13. element" arrangerede Jobcentret en sundhedsdag for de ca. 200 medarbejdere i den del af jobcentret, der har med kontanthjælpsmodtagere at gøre. På sundhedsdagen præsenterede man bl.a. et sundhedsspil og et sundhedsprofilværktøj til brug sammen med klienterne, så medarbejderne selv fik lejlighed til at prøve disse værktøjer. Der blev også sat fokus på den svære samtale samt motion og kost.

Initiativet har medført, at flere jobkonsulenter har ønsket at inddrage sundhed i deres egne projekter, fx for borgere, der er godkendt til fleksjob, men som ikke har noget, eller for dagpengemodtagere, som i deres jobsøgningsforløb får sundhedsfremmende tilbud.



RESSOURCER

INDDRAGELSE AF
MÅLGRUPPEN I
SUNDHEDSINDSATSER

FORLØB

INDDRAGELSE

TILBUD

Denne del ser på de fordele, der kan være ved at inddrage borgerne i sundhedsindsatser. Det konstateres, at inddragelse er væsentligt for at tilrettelægge målrettede tilbud og at inddragelse i sig selv kan styrke borgernes ressourcer. Borgerinddragelse kan bl.a. ske i forbindelse med tilrettelæggelsen, gennemførelsen og evalueringen af indsatsen. Man skal fra begyndelsen tage stilling til, hvordan borgerne skal inddrages, hvornår det skal ske og hvor stor indflydelse borgerne skal have på indsatsens forløb. Inddragelsen bør ske på et fagligt forsvarligt grundlag, så borgerne har medindflydelse på indsatsen, men inden for en professionel ramme.

Når man skal introducere sundhedstilbud i nye arenaer eller overfor nye målgrupper, kan det være gavnligt at overveje, om – og i givet fald hvordan – brugerne af et tilbud skal inddrages, og på hvilke tidspunkter de inddrages.

Nogle af de positive effekter ved at inddrage målgruppen i tilrettelæggelsen er, at man derigennem får et bedre kendskab til borgernes hverdagsliv, herunder deres sociale forhold og til de barrierer, de end måtte opleve i forhold til at deltage i sundhedsfremmeindsatser. Derved kan indsatserne planlægges, så de tager højde for målgruppens ønsker og behov. Som tidligere påpeget har det forhold, at

indsatsen giver mening for den enkelte, stor betydning for vedkommendes motivation for at deltage.

Borgerinddragelse kan altså bruges som en metode til at sikre, at indsatsen matcher målgruppens behov og til at sikre en vis grad af ejerskab og bæredygtighed i projektet.

Inddragelse kan også bruges som en metode til at styrke deltagernes ressourcer, da de vil opleve, at de selv kan ændre på forhold, der har betydning i deres dagligdag. Borgerinddragelse kan altså i sig selv være en metode til at udvikle borgernes ressourcer.

Inddragelse af borgere

I Urbanplanen i Københavns Kommune har Folkesundhed København oprettet et borgerpanel, som skal finde ud af, hvilke sundhedstilbud der skal være. Med udgangspunkt i borgerpanelets anbefalinger tilrettelægger medarbejderne de konkrete aktiviteter. Det er erfaringen, at denne inddragelse har medført ejerskab til projektet fra deltagernes side.

I Vordingborg Kommunes projekt "Grib Chansen" afholder Fagsekretariat for Sundhed bruger-rådsmøder med deltagerne. Brugerrådsmøder er fokusgrupper med deltagelse af 5 – 6 personer. Deltagerne giver på disse møder tilbagemelding på de aktiviteter, de har været i kontakt med samt på selve rekrutteringsprocessen. På disse møder kan deltagerne også foreslå nye aktiviteter.

SÅDAN KAN BORGERNE INDDRAGES

I tilrettelæggelsen, gennemførelsen og evalueringen af indsatser kan man inddrage borgerne på forskellig vis. Man kan informere borgerne, høre deres mening inden en sidste justering af en allerede planlagt indsats eller man kan lade dem selv definere sundhedstemaer, arenaer og metoder for indsatsen.

Der kan altså være forskel på, hvornår og hvor meget borgerne inddrages i tilrettelæggelsen af tilbud og aktiviteter. Ofte vil der i praksis være tale om en tilgang, hvor borgerne i samarbejde med de professionelle tilrettelægger aktiviteter og tilbud.

Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at borgerinddragelse ikke kan erstatte den professionelle viden og erfaring, og den professionelle må derfor så vidt muligt søge at indgå i en dialog om tilrettelæggelsen af indsatsen.

Der findes ingen gylden regel for, hvordan borgere inddrages i tilrettelæggelsen, gennemførelsen og den løbende justering af en indsats. Når målgruppen er udsatte borgere, må man nøje vurdere deltagernes ressourcer og muligheder for reelt at indgå i disse processer og tilpasse ambitionen herefter.

De specifikke metoder til at inddrage borgerne er mangfoldige, fx:

- Gennemføre interviews med ressourcepersoner og nøglepersoner
- Gennemføre fokusgruppeinterviews med centrale målgrupper
- Gennemføre spørgeskemaundersøgelse blandt målgrupperne
- Holde borgermøder
- Etablere borger- eller brugerråd
- Gennemføre fremtidsværksteder
- Udvikle indsatsen via cafe-metoden eller via udarbejdelse af dialogcirkler

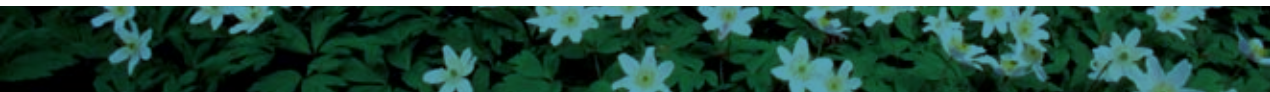
I gennemførelsen af en indsats kan man benytte forskellige metoder. Fx kan man i begyndelsen af indsatsen holde et fremtidsværksted, mens et brugerråd måske er mere velegnet på et senere tidspunkt. Man kan også inddrage brugerrepræsentanter i styregruppen, således at det sikres, at borgerne er inddraget fra begyndelsen til slutningen af projektet.

Ofte vil der være en tendens til, at det er de mest ressourcestærke, som engagerer sig mest aktivt i sådanne processer. Det er ikke nødvendigvis noget, man skal undgå, men man skal blot søge også at høre eller inddrage borgere, som måske er knap så ressourcestærke.

Inddragelsen af borgerne i sundhedsfremmeindsatser bør ske på en måde, så der opstår et frugtbart samspil mellem borgernes ønsker og udtrykte behov og de professionelle faglige viden og overordnede mål med indsatsen. Det er vigtigt, at de professionelle sørger for, at borgerinddragelsen foregår på et fagligt forsvarligt grundlag og at der kan opstå en konstruktiv dialog mellem borgere og professionelle. Formålet med denne dialog vil være, at borgerne er med til at definere mål og midler i forbindelse med indsatsen – at de med andre ord er med til at tage initiativer og gennemføre aktiviteter, der kan medvirke til at forandre deres sundhed og øvrige livsvilkår, men at det sker i en professionel ramme.

Mere viden om risikokommunikation

- Kommunikation om forebyggelse og sygdomsrisici – et temahæfte. Sundhedsstyrelsen 2006.



Sygdomsrisiko opfattes forskelligt

På grund af de presserende, svære psykosociale problemstillinger, som mange udsatte borgere må håndtere, har de ofte mindre overskud til at arbejde med langsigtede mulige konsekvenser af deres nuværende risikoadfærd. Dette kan medføre en anderledes vurdering af sygdomsrisiko, end man ser blandt mere socialt privilegerede borgere. Eksempelvis kan rygning opfattes som mindre vigtigt at forholde sig til, sammenlignet med problematiske familieforhold eller arbejdsløshed. Det kan derfor være vanskeligt at integrere sundhedsprofessionelles og myndigheders opfattelse af "det sunde liv" med de sundhedserfaringer og opfattelser af sundhed, der gør sig gældende i udsatte borgers hverdagsliv.

Desuden påvirkes ens risikoopfattelse og sundhedsadfærd af opfattelser og adfærd blandt de mennesker, man sammenligner sig med. Er en given risikoadfærd (fx rygning eller alkoholmisbrug) udbredt i ens daglige miljø, kan der ske en normalisering af adfærd, som derfor i mindre grad opfattes som risikabel og afvigende. Noget tilsvarende kan gælde for fx kostvaner.

Derfor er de professionelle ofte nødt til at afdække deltagernes risikoopfattelse og opfattelse af, hvad der er en hensigtsmæssig sundhedsadfærd og herefter søge at arbejde med dette. Men det må ske med respekt for de deltagende borgers holdninger.







RÅDGIVNING

KOMMUNALE
INDSATSER I
KONKRETE ARENAER

FOREBYGGELSE

LIVSKVALITET

AKTIVITETER

I det følgende beskrives forskellige typer af sundhedsfremmende aktiviteter og der gennemgås kort nogle muligheder på fem forskellige steder, hvor kommunen har kontakt med udsatte borgere. Der er stor spændvidde i aktiviteterne, som kan være obligatoriske eller frivillige, og de kan være rammesættende eller tilpasset individ eller gruppe. Sundheds- eller forebyggelsesafdelingens rolle kan variere fra at være rådgivende til at stå for tilrettelæggelse og gennemførelse. Jobcentre, botilbud, væresteder, boligområder og eget hjem vil kort blive gennemgået som udgangspunkter for sundhedsfremmeindsatser. Ud over disse fem steder kan også de kommunale sundhedscentre og forebyggelses- og rådgivningscentre være relevante steder for borgerrettet forebyggelse.

Sundhedsfremme kan finde sted mange forskellige steder og i forbindelse med forskellige aktiviteter. Valg af sted for den sundhedsfremmende indsats afhænger af, hvilken målgruppe man ønsker at nå. Fx kan socialpsykiatriske botilbud eller dagtilbud være relevante steder at gennemføre sundhedsfremmende indsatser målrettet psykisk syge eller udviklingshæmmede, ligesom aktiveringstilbud kan være relevante for arbejdsløse, indsatser i eget hjem for førtidspensionister mv. Typen af aktiviteter kan variere i forhold til borgernes behov, ønsker og muligheder samt det kommunale tilbuds eller den kommunale forvaltnings muligheder for at rumme og integrere forskellige typer af sundhedsfremmeindsatser.

SUNDHEDSFORVALTNINGENS ROLLE

Sundhedsfremmeindsatser foregår, som det er fremgået, ikke kun med udgangspunkt i sundhedsforvaltningen, men ofte også i en række andre forvaltninger. Mens det er en væsentlig opgave at integrere sundhed og sundhedsfremmeindsatser hos så mange kommunale aktører som muligt, er det ligeledes væsentligt, at man tænker professionelle fra sundhedssektoren ind i forbindelse med tilrettelæggelsen og gennemførelsen af indsatserne. Sundhedssektoren kan bidrage på forskellige måder til at sikre integration af sundhed: som faglig ressource, som facilitator og som tilrettelæggende og gennemførende.

Sundhedsforvaltning, forebyggelsesafdeling eller?

I nogle kommuner er der etableret selvstændige sundhedsforvaltninger og forebyggelsesafdelinger, mens sundhed og forebyggelse i andre kommuner er sammen med socialforvaltningen eller måske en helt tredje konstruktion. Der er altså stor forskel på den måde de enkelte kommuner har organiseret deres sundheds- og sundhedsfremmeindsats på. Når der i dette afsnit henvises til "Sundhedsforvaltningen", skal det ikke kun forstås som "sundhedsforvaltningen", men som den afdeling eller enhed i kommunen, som har ansvaret for sundhedsfremme.

Sundhedsforvaltningen som faglig ressource

Sundhedsforvaltningen kan have rollen som faglig ressource, når initiativet til en sundhedsfremmeindsats kommer fra en anden sektor, fx hvis man i arbejdsmarkedssektoren af egen drift indtænker sundhedsaktiviteter i de tilbud, man har til borgerne. Sundhedsforvaltningens rolle vil her være at bidrage med faglig viden og input og deltage i styregrupper for indsatser. På den måde kan sundhedsforvaltningen være med til at sikre, at indsatserne tilrettelægges og gennemføres på et passende fagligt niveau, og at indsatserne koordineres med andre sundhedsfremmeindsatser.

Projektet "Aktiv vej til styrke" i Gladsaxe kommune, har psykiske syge, psykiske udviklingshæmmede og misbrugere som primær målgruppe. Projektet er tilrettelagt af, og forankret i Psykiatri- og Handicapafdelingen i kommunens enhed for kvalitet og service. Kommunens sundhedsafdeling deltager i projektets styregruppe, ligesom medarbejdere fra sundhedsafdelingen har været inddraget som ressourcepersoner på ad hoc basis.

Sundhedsforvaltningen som facilitator

Sundhedsforvaltningen kan fungere som facilitator for, at der gennemføres sundhedsfremmeindsatser i andre sektorer end sundhedssektoren. Det vil oftest ske med udgangspunkt i kommunens sundhedspolitik, som kan fungere som løftestang for inddragelse af andre aktører.

I Jammerbugt Kommunes projekt "Aktiv sund trivsel" har Sundhedsafdelingen taget initiativ til et projekt, som gennemføres i beskæftigelsesafdelingen. I den forbindelse har samtlige medarbejdere i beskæftigelsesafdelingen modtaget undervisning i metoden "anerkendende kommunikation", ligesom der arbejdes med at sikre, at jobcentret har fokus på sundhed i det daglige virke. Målsætningen er, at beskæftigelsesafdelingen og de tilbud der ligger her, efter projektets afslutning fortsætter med at have fokus på sundhed og på den konkrete metode, der er anvendt.

Sundhedsforvaltningen som tilrettelægger og gennemfører

Sundhedsforvaltningen kan stå for både tilrettelæggelse og gennemførelse af sundhedsfremmeindsatser i sektorer og arenaer, som ikke traditionelt knyttes til sundhedssektoren. Det kan fx ske ved, at sundhedsforvaltningen tager initiativ til at oprette og gennemføre sundhedstilbud til kontanthjælpsmodtagere m.fl., hvor de lokale jobcentre fungerer som værter for indsatsen.

Vordingborg Kommunes projekt "Grib Chancen" har arbejdsløse med børn som primær målgruppe. Tilbuddene til borgerne er knyttet til fritiden. Mens projektet rekrutterer borgere til indsatsen via kommunens jobcenter og de private jobafklaringskonsulenter, er aktiviteterne i projektet forankret i sundhedsforvaltningen.

AT SIKRE DELTAGERE TIL AKTIVITETER

Det kan i mange tilfælde være en udfordring at få tilstrækkeligt mange deltagere til sundhedsfremmeaktiviteterne. Nogle steder, fx i aktiveringstilbud, kan sundhedsfremme integreres som et tilbud på linie med andre tilbud.

Det betyder, at borgerne selv kan vælge, om de vil deltage i sundhedsaktiviteter, men når de først har valgt, er deltagelse obligatorisk. Andre steder og for andre målgrupper kan det være nødvendigt at arbejde endnu mere med den enkeltes motivation, før borgeren er klar til at deltage.

Indsatser for at få deltagere til aktiviteter kan omfatte dialogbaserede indsatser som fx den motiverende samtale og personlig sundhedsprofil, mens man i andre tilfælde kan anvende metoder som social marketing (aviser, direct mail til bestemte grupper af borgere, informationsfoldere, radio mv.), eller samarbejde med aktører i lokalsamfundet som eksempelvis foreninger, kirker, lokale repræsentanter, andre projekter. Man kan også få deltagere via henvisninger fra andre deltagere, fra venner og familie, eller fra ansatte i sundhedssystemet (praktiserende læger, sundhedsplejersker eller sosu-assistenten).

FORSKELLIGE TILGANGE TIL SUNDHEDSFREMME

Sundhedsfremmende indsatser kan implementeres på forskellige niveauer, som ikke udelukker hinanden. Man kan arbejde med hhv. rammer eller strukturer og tilbud. Tilbud kan både være individuelle tilbud og gruppebaserede tilbud. Afhængig af om man arbejder på statsligt eller kommunalt niveau eller om man arbejder på et kommunalt

tilbud/institution, er der forskellige metoder, man kan anvende.

Strukturel forebyggelse er forebyggelse, der gennem lovgivning, styring og regulering har til formål at skabe sundhedsfremmende rammer og tilbud, enten som primær målsætning eller som afledt effekt. Strukturel forebyggelse forudsætter, at en myndighed træffer beslutninger, som borgerne forventes at efterleve, og som derigennem er sundhedsfremmende. Eksempler på strukturelle forebyggelsesindsatser er afgiftspolitik, trafikregulering ved skoler, tilbud om billig sund mad til bestemte grupper og regulering af køb af alkohol og tobaksvarer, sundhedsfremmende handleplaner på væresteder og sociale netværksindsatser, ligesom miljøkontrol samt socialpolitiske og beskæftigelsespolitiske indsatser kan være en del af en strukturel forebyggelsesindsats.

Individuelle tilbud er målrettet den enkelte borger. Det kan fx være udarbejdelse af en individuel sundhedsprofil, som både kan danne udgangspunkt for en individuel sundhedsindsats med støtte til at ændre vaner og bruges til at kortlægge borgerens sundhedsmæssige ressourcer, så tilbuddene kan tage afsæt i denne viden.

Gruppebaserede tilbud kan fx være holdgymnastik, madlavningshold og rygestopgrupper, men også enkeltstående arrangementer som motionsløb eller fodboldkampe.

Rekruttering i Greve Kommune

I Greve Kommunes boligområdeprojekt arbejder Center for Sundhed med flere forskellige strategier for at få deltagere til projektet. Dels kommer der deltagere til projektet via det lokale jobcenter, sundhedsplejen og boligsociale projekter. Ved en sådan strategi er det væsentligt at være opmærksom på, at målgruppen ikke kan være for snæver som fx kontanthjælpsmodtagere, da også personer med andet indtægtsgrundlag vil henvende sig som følge af en sådan indsats.

Herudover søger projektet også at få deltagere via personlig henvendelse til alle borgere i boligområdet, som modtager kontanthjælp. Disse borgere modtager først et brev, hvori der kort informeres om projektet, og derefter aftales tidspunkt med de interesserede borgere for hjemmebesøg af den opsøgende medarbejder.

Eksempler på strukturel forebyggelse og tilbud i hhv. stat, kommune og den enkelte arena.

	Stat
Strukturel/ rammesættende indsatser	<ul style="list-style-type: none">• Love, f.eks. rygeloven• Programmer og handleplaner, fx "sund hele livet"• Infrastruktur – fx støtte til anlæg af stier og sikre veje• Miljøforbedringsinitiativer• Andre rammesættende tiltag, eksempelvis indsatser i uddannelsessystemet, og arbejdsmarkedsfastholdelse• Fordelingspolitik, herunder skatte- og socialpolitik
Indsatser og tilbud	<ul style="list-style-type: none">• Udgivelse af informationsmaterialer• Nationale sundhedsfremmende kampagner• Afholdelse af nationale konferencer og seminarer med fokus på tilrettelæggelse og gennemførelse af indsatser til reduktion af social ulighed i sundhed

Kommune

- Sundhedspolitik med overordnede rammer og prioriteringer i kommunen
- Handleplaner, fx sund mad til ældre
- Sundhedsundervisning i folkeskolen
- Den kommunale sundhedsordning herunder sundhedsplejerskebesøg til udsatte borgere og hjemmepleje til ældre
- Reducering af antal alkoholbevillinger og åbningstider for natbeværtninger
- Infrastruktur, eksempelvis stier, grønne områder og idrætsfaciliteter m.v.
- Andre rammesættende tiltag fx fastholdelse i uddannelsessystemet, støtte sociale netværksindsatser

Arena

- Praktisk udmøntning af kommunale politikker, fx gennem udarbejdelse af lokale sundhedspolitikker.
- Kostomlægning på døgntilbud mv.
- Sikring af rammer der fremmer fysisk aktivitet på de kommunale tilbud og institutioner, eksempelvis boldbaner, niveaudelt beboelse mv.
- Tilbud om sundhedssamtaler, sundhedstjek og sundhedsprofiler på jobcenter, væresteder mv.

- Kommunale tilbud om rygeafvænning
- Misbrugsbehandlingstilbud
- Stavgangsklubber for ældre
- Oprettelse af mødregrupper

- Tilbud om rygeafvænning på aktiverings-tilbud, eller som selvstændige tilbud
- Madkurser i forbindelse med aktiveringsforløb, på væresteder mv.
- Kostomlægning, fx sikre fedtfattige mælkeprodukter på væresteder og botilbud
- Frugtordninger på arbejdspladser og for brugere af kommunale tilbud
- Faste tilbud om fysisk aktivitet: tilbud om fitness- og styrkeaktiviteter, deltagelse i idrætsaktiviteter som svømning, vandreture eller lign.
- Idrætsdag



JOBCENTRE

REKRUTTERING

GRUPPEBASEREDE

INDIVIDUELLE

UDFORDRINGER

TILBUD

RAMMESÆTTENDE



På de følgende sider gennemgås en række arenaer, hvor det kan være relevant for kommunen at gennemføre sundhedsfremmeindsatser over for udsatte borgere. Der er udvalgt følgende: jobcentre, botilbud, væresteder, boligområder og eget hjem

Kommunale jobcentre varetager beskæftigelsesrettede opgaver i forhold til ledige, (både forsikrede og ikke-forsikrede), jobsøgere, sygemeldte, start- og kontanthjælpsmodtagere, revalidender, modtagere af introduktionsydelse, personer i fleksjob eller skånejob. Jobcenteret varetager også afklaring af arbejdsevne i forbindelse med førtidspension samt opgaver i forbindelse med integration af flygtninge og indvandrere.

Rekruttering af deltagere

Sundhedsfremmeindsatser kan indarbejdes som en integreret del af de tilbud, som jobcentrene har til ledige – fx aktiveringsforløb eller produktionsskoleophold.

Hvor sundhedsfremmeindsatser ikke er integreret i de almindelige tilbud til ledige, kan der være behov for at arbejde mere målrettet med rekruttering af deltagerne. Det kan fx ske ved at reklamere for tilbuddene på det kommunale jobcenters hjemmeside eller ved at den enkelte jobkonsulent sørger for at informere om og motivere borgeren til at deltage i sundhedsfremmeaktiviteter, ligesom tilbuddene kan præsenteres i forbindelse med udsendelse eller uddeling af velkomstbrev til aktiveringstilbud.

Endelig kan de enkelte jobcentre og deres tilbud sikre, at omgivelserne er så sunde som muligt for deltagerne. Dette kræver ikke en særskilt rekrutteringsstrategi, men får virkning for en større del af målgruppen.

Rammesættende indsatser

De enkelte jobcentre, produktionsskoler, aktiveringstilbud og andre som indgår i de beskæftigelsesrettede opgaver i relation til ledige, kan udvikle sundhedspolitikker, som opstiller nogle rammer for, hvordan man kan arbejde med sundhed og hvordan sundhed kan integreres i det enkelte tilbuds dagligdag. Med udgangspunkt i disse politikker kan man servere et sundt morgenmåltid hver dag eller enkelte dage om ugen, stille gratis frugt frem osv. I Jammerbugt Kommune har man således etableret tilbud om gratis frugt og morgenmad på aktiveringscentret.

Forslag til forskellige typer af tilbud

Individuelle tilbud

Individuelle indsatser kan fokusere på at sikre motivation for den enkelte deltager, fx gennem udarbejdelse af en personlig sundhedsprofil, der synliggør, hvilke områder borgeren skal arbejde

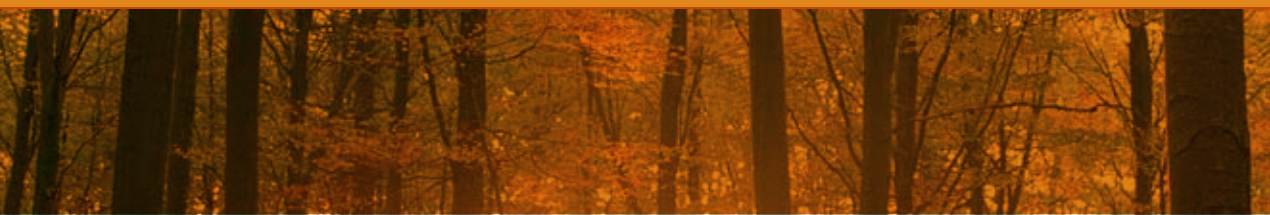
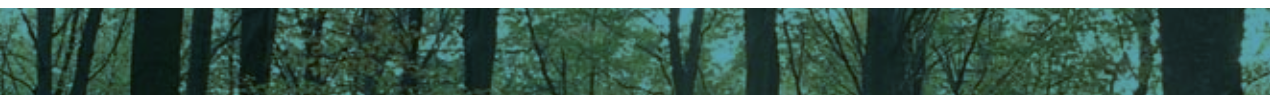
med, og også hvilke særlige ressourcer borgeren har at byde ind med. Derudover kan man give individuelle tilbud om fx rygestop, fysisk aktivitet (fitness m.m.) og vejledning om kost.

Gruppebaserede tilbud

Gruppebaserede tilbud har vist sig væsentlige for at hjælpe den enkelte til at ændre og fastholde en ændret, sundhedsadfærd. De gruppebaserede tilbud kan desuden fungere som et vægtigt supplement til de individuelle indsatser. Nogle af de tilbud man kan tilbyde, er forskellige sportsaktiviteter (fx fodbold, stavgang eller fitness) eller kost-kurser og madlavning mv. Det er vigtigt, at der er fokus på etableringen af et socialt fællesskab omkring sundhedsfremmeindsatserne, da de ofte vil være det sociale element, som kan være motiverende og forpligtende for den enkelte.

Særlige udfordringer for indsatser på jobcentre

Der er stor variation i det tidsrum, borgerne er i kontakt med jobcenteret, og med den aktuelle lave ledighed har jobcenteret generelt en ret kortvarig kontakt med den ledige. Hvis ikke sundhedsaktiviteterne er integreret i aktiveringsaktiviteterne og ligger inden for aktiveringstiden, kan det være vanskeligt at motivere deltagerne. Hertil kommer, at tilbud til målgruppen kan virke demotiverende i forhold til andre, der ikke modtager tilbuddene (fx ledige uden børn, hvis tilbuddet kun gives til ledige med børn).



BOTILBUD

REKRUTTERING

GRUPPEBASEREDE

INDIVIDUELLE

UDFORDRINGER

TILBUD

RAMMESÆTTENDE



Botilbud gives til personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, fx personer med psykiske lidelser, psykisk udviklingshæmmede, stofmisbrugere, alkoholmisbrugere, hjemløse og andre, der ikke kan fungere i egen bolig. Der er en række forskellige former for botilbud. Det kan være selvstændige boliger, grupper af selvstændige boliger med fælles rum, værelser i en- og flerfamiliehuse og i almennyttigt byggeri samt mere institutionspræget byggeri. Botilbud kan også være forsorgshjem, herberger og beskyttede pensionater.

Rekruttering af deltagere

Rekruttering af deltagere kan fx ske via opslag på bostederne, via foldere til brugerne eller som en personlig orientering i forbindelse med personalets kontakt med brugerne. Tværgående aktiviteter som fx en årlig sundhedsdag for brugerne af alle kommunens bosteder kan være velegnede til at orientere om tilbuddene, og man kan også her gennemføre individuelle sundhedstjek, der kan virke både som en motivering af den enkelte borger og som et grundlag for at målrette individuelle tilbud til borgerne.

Rammesættende indsatser

Sundhedsfremmeindsatser kan indarbejdes som en integreret del af bostedernes dagligdag og i bostedernes tilbud til brugerne. På den måde kan det enkelte botilbud sikre, at omgivelserne er så sundhedsfremmende som muligt for deltagerne. Det kan bl.a. ske gennem lokale sundhedspolitikker, som opstiller nogle rammer for, hvordan man kan arbejde med sundhed, og hvordan sundhed kan integreres i det enkelte botilbuds dagligdag. Med udgangspunkt i disse politikker kan man etablere fælles sundhedsfremmende indsatser. I Gladsaxe Kommune har man fx suppleret kommunens sundhedspolitik med en mad- og måltidspolitik på de implicerede tilbud. En levnedsmid-

delkandidat har efterfølgende støttet bo- og dagtilbuddene med at indarbejde politikkerne i dagligdagen og udarbejdet samt implementeret en kostmanual. Inden udgangen af 2009 skal der ligeledes indføres aktivitetspolitikker.

Forslag til forskellige typer af tilbud

Individuelle tilbud

Individuelle indsatser kan fokusere på at sikre motivation for den enkelte deltager, fx gennem udarbejdelse af en personlig sundhedsprofil eller handleplaner, der synliggør, hvilke områder borgeren skal arbejde med, og også hvilke særlige ressourcer borgeren har at byde ind med. Derudover kan man give individuelle tilbud om fx rygestop, frugt, mad, støtte til personlig hygiejne, rådgivning om tandsundhed eller kostvejledning. I Gladsaxe Kommune har man tilbudt frugt-smoothies til misbrugere, da de ofte ikke kan indtage frisk frugt og grøntsager grundet dårlig tandstatus.

Gruppebaserede tilbud

Gruppebaserede tilbud har vist sig væsentlige for at hjælpe den enkelte til ændre og fastholde en ændret, sundhedsadfærd. De gruppebaserede tilbud kan desuden fungere som et vægtigt supplement til de individuelle

indsatser. Nogle af de tilbud man kan tilbyde, er forskellige motionsaktiviteter, madlavningshold, oplevelsestilbud og events (fx deltagelse i handicapidrætsarrangementer). Det er vigtigt, at der er fokus på etableringen af et socialt fællesskab omkring sundhedsfremmeindsatserne, da de ofte vil være det sociale element, som kan være motiverende og forpligtende for den enkelte.

Særlige udfordringer for indsatser i botilbud

Brugerne af botilbuddene har ofte vanskeligt ved at opretholde en struktur i dagligdagen og de kan derfor have svært ved at møde op til en aktivitet gennem en længere periode. En del misbrugere kan have svært ved at skaffe penge til selv forholdsvis beskedne deltagerudgifter, fx sportstøj, ligesom deres interesse for sundhed kan være begrænset. Hvis indsatsen er målrettet psykisk udviklingshæmmede, skal man være opmærksom på, at de kan have vanskeligt ved at forholde sig til langsigtede konsekvenser af usunde vaner, og at de derfor i højere grad skal motiveres af mere øjeblikkelige fordele ved at ændre vaner.





VÆRESTEDER

REKRUTTERING

GRUPPEBASEREDE

INDIVIDUELLE

UDFORDRINGER

TILBUD

RAMMESÆTTENDE



Væresteder (aktivitets- og samværstilbud) er ofte etableret med en bred målgruppe, fx sindslidende borgere, handicappede eller borgere med misbrugsproblemer. Der kan være tale om fx opholdssteder, aktivitetshuse, værksteder, caféer og rådgivninger. Værestederne er kendetegnet ved, at borgerkontakten bygger på frivillighed og ofte også på anonymitet.

Rekruttering af deltagere

Rekruttering af deltagere kan fx ske om aktiviteter via opslag på værestederne, via foldere til brugerne og/eller som en personlig orientering i forbindelse med personalets kontakt med brugerne. Tværgående aktiviteter som fx en årlig sundhedsdag for brugerne af alle kommunens bosteder kan være velegnede til at orientere om tilbuddene, og man kan også her gennemføre individuelle sundhedstjek, der kan virke både som en motivering af den enkelte borger og som et grundlag for at målrette individuelle tilbud til borgerne.

Rammesættende indsatser

Sundhedsfremmeindsatser kan indarbejdes som en integreret del af værestedernes dagligdag og deres tilbud til brugerne. På den måde kan det enkelte værested sikre, at omgivelserne er så sundhedsfremmende som muligt for deltagerne. Det kan bl.a. ske gennem lokale sundhedspolitikker, som opstiller nogle regler for, hvordan man kan arbejde med sundhed, og hvordan sundhed kan integreres i det enkelte væresteds dagligdag. Med udgangspunkt i disse politikker kan man etablere fælles sundhedsfremmende aktiviteter. Det kan fx være håndhævelse af rygeregler og servering af sund og nærende mad og drikke.

Forslag til forskellige typer af tilbud

Individuelle tilbud

Individuelle indsatser kan dels fokusere på at sikre motivation for den enkelte deltager, fx gennem udarbejdelse af en personlig sundhedsprofil, der synliggør, hvilke områder borgeren skal arbejde med, dels hvilke særlige ressourcer borgeren har at byde ind med. Derudover kan man give individuelle tilbud om fx rygestop, behandling for alkohol- eller stofmisbrug, nødovernatning, støtte til personlig hygiejne, tandpleje eller kostvejledning. Værestedet kan også tilbyde rådgivning og opsøgende arbejde, enten organiseret af brugerne selv eller af foreninger i samarbejde med brugerne.

Omsorgsafdelingen på forsorghjemmet St. Dannesbo i Odense får ugentlig besøg af en læge eller sygeplejerske. Lægen skal hjælpe misbrugere og hjemløse med at kontakte sundhedstilbud, så de kan få den behandling de har behov for. Lægen tilbyder desuden sundhedsscreening og hjælp til at komme videre i både de formelle og uformelle systemer fx tilbud om at komme i Kirkens Korshærs varmestue.

I varmestuen kan brugeren tilses af en læge og sygeplejerske, og der undervises blandt andet i hygiejne samt korrekt brug af kanyler og inhalatorer (astma o. lign.) Derudover tilbydes også fodterapi, tandpleje, vejledning om kost og ernæring, ligesom der serveres sund kost i varmestuen.

Gruppebaserede tilbud

Gruppebaserede tilbud har vist sig væsentlige for at hjælpe den enkelte til at ændre og fastholde en ændret, sundhedsadfærd. De gruppebaserede tilbud kan desuden fungere som et vægtigt supplement til de individuelle indsatser. Nogle af de tilbud, man kan tilbyde, er forskellige sportsaktiviteter (fodbold, stavgang, basket mv.), madlavningshold, selvhjælpstilbud, oplevelsestilbud og events (fx deltagelse i handicapidrætsarrangementer). Det er vigtigt, at der er fokus på etableringen af et socialt fællesskab omkring sundhedsfremmeindsatserne, da de ofte vil være det sociale element, som kan være motiverende og forpligtende for den enkelte.

Særlige udfordringer for indsatser på væresteder

Ligesom brugerne af bostederne vil en del af brugerne af værestederne have vanskeligt ved at møde op til en aktivitet gennem en længere periode. Også her kan misbrugerne have meget begrænsede økonomiske midler og begrænset interesse for sundhed. Værestederne skal være meget rummelige, hvilket betyder, at sundhedsfremmende aktiviteter i mange tilfælde kun vil kunne implementeres forholdsvis langsomt.





BOLIGOMRÅDER

REKRUTTERING

GRUPPEBASEREDE

INDIVIDUELLE

UDFORDRINGER

TILBUD

RAMMESÆTTENDE



Boligområder. Det boligsociale arbejde tager udgangspunkt i, at et boligområde først og fremmest er et sted, hvor mennesker bor og opholder sig. Derfor sigter arbejdet mod at give beboerne øgede konkrete handle- og valgmuligheder i forhold til hverdagslivets almindelige situationer og grundlæggende menneskelige behov samt medbestemmelse og indflydelse på eget liv. Det boligsociale arbejde kan således forsøge at skabe rum for udsatte borgere, bidrage til en generel forbedring af områdets livskvalitet og forny kommunale arbejdsformer i retning af mere lokalt base-rede løsninger.

Rekruttering af deltagere

Rekruttering af deltagere til indsatsen kan fx ske gennem lokale foreninger og netværk, beboerforeninger, beboerrådgivninger, skoler og daginstitutioner, lokale ambassadører og op-søgende sundhedsmedarbejdere. Desuden kan man sprede information via foldere og anden information på social- og sundhedsforvaltningen, det lokale bibliotek og andre steder, hvor borgerne fra boligområdet kommer.

Rammesættende indsatser

Boligområdet kan udvikle sundhedspolitikker, som opstiller nogle rammer for sundheden, fx rygepolitikker i beboelsen. Også de lokale daginstitutioner, ældrecentre og andre kommunale institutioner vil kunne sikre sundhedsfremmen-de rammer, der vil kunne støtte en sundheds-

fremmende boligsocial indsats, og det samme vil være tilfældet for lokale private foreninger og andre private sociale tilbud. Andre rammesæt-tende aktiviteter, der kan fremme sundheden i lokalområdet, er fx anlæggelse og forbedring af stisystemer, grønne områder og belysning.

Forslag til forskellige typer af tilbud

Individuelle tilbud

Individuelle indsatser kan fokusere på at sikre motivation for den enkelte deltager, fx gennem udarbejdelse af en personlig sundhedsprofil, der synliggør, hvilke områder borgeren skal arbejde med og også hvilke særlige ressourcer borgeren har at byde ind med. Derudover kan man give individuelle tilbud om fx rygestop, fysisk aktivitet og kost.

I Urbanplanen i Københavns Kommune er der etableret et tilbud til kvinder med anden etnisk baggrund end dansk. Kvinderne kan efter en uddannelse på 8 moduler blive sundhedsambassadører. Modulerne i uddannelsen omfatter bl.a. kost, fysisk aktivitet og reproduktiv sundhed. Efter uddannelsen er det målet, at kvinderne dels gør noget for at bedre egen sundhed, dels fungerer som rollemo-deller og rådgivere i deres familie og sociale netværk. Et par måneder efter sundhedsambassadørerne er blevet uddannet, bliver de inviteret til et møde for at diskutere, hvad de har gjort og hvad de kan gøre yderligere for sig selv, i familien og i forhold til deres sociale netværk. Herved kan sundhedsam-bassadørerne udbrede viden om sundhed og livsstil til beboere i Urbanplanen. Holdene sammensæt-tes efter relevante sproggrupper.

Gruppebaserede tilbud

Gruppebaserede tilbud har vist sig væsentlige for at hjælpe den enkelte til at ændre og fastholde en ændret, sundhedsadfærd. De gruppebaserede tilbud kan desuden fungere som et vægtigt supplement til de individuelle indsatser. Nogle af de tilbud man kan tilbyde, er motionsaktiviteter (evt. kønsopdelte), åben sundhedscafe, kostvejledning, informationsarrangementer, oplevelsestilbud og events (fx lokale sportsarrangementer eller gå-hjem-møder i dagtilbuddene). Det er vigtigt, at der er fokus på etableringen af et socialt fællesskab omkring sundhedsfremmeindsatserne, da de ofte vil være det sociale element, som kan være motiverende og forpligtende for den enkelte.

Særlige udfordringer for indsatser i boligområder

I forbindelse med indsatser i boligområder vil man ofte være nødt til at rekruttere deltagere bredere end den snævre målgruppe af udsatte. Det medfører en risiko for, at de mere ressourcerstærke borgere kommer til at dominere aktiviteterne og dermed presser de udsatte væk. Det er en problematik, som bl.a. Københavns Kommune har oplevet i forbindelse med sit modelprojekt. I Urbanplanen giver kommunen tilbud til alle områdets beboere, men tilbuddene er udvalgt, fordi de især appellerer til udsatte borgere: mavedans, social fitness, motionshold, rygestophold, afspændingshold mv. – altså holdaktiviteter.





EGET HJEM

REKRUTTERING

GRUPPEBASEREDE

INDIVIDUELLE

UDFORDRINGER

TILBUD

RAMMESÆTTENDE



Eget hjem. Kommunernes bo- og dagtilbud yder hjælp, støtte, vejledning og optræning af ADL niveauet (almindelig daglig livsførelse) til psykisk syge og borgere med misbrug. Dette kan fx bestå i hjælp til indkøb, madlavning, personlig hygiejne og andre daglige behov. Støtte- og kontaktpersoner kan også hjælpe med at opretholde kontakten til familie og venner, kontakte det offentlige (fx læge, sygehus og socialrådgiver) og deltage i forskellige aktiviteter. Desuden får mange psykisk syge eller misbrugere kommunal hjælp i eget hjem fra hjemmehjælpere, sundhedsplejersker og hjemme-sygeplejersker.

Rekruttering af deltagere

Rekruttering kan ske ved, at personalet informerer om aktiviteter og tilbyder mulighed for støtte i forbindelse med disse aktiviteter. Man kan supplere denne personlige information med foldere og opslag på steder, hvor målgruppen har kontakt med myndighederne, fx på socialforvaltningen eller sygehuset.

Rammesættende indsatser

Da indsatsen sker i borgerens eget hjem, er det begrænset, hvilke sundhedsfremmende rammer kommunen kan implementere. Dog kan man godt kræve, fx at der ikke ryges i hjemmet, mens kommunens medarbejdere opholder sig der. Det kan evt. danne udgangspunkt for en sundhedssamtale.

Forslag til forskellige typer af tilbud

Individuelle tilbud

Individuelle indsatser kan fokusere på at sikre motivation for den enkelte deltager, fx gennem udarbejdelse af en personlig sundhedsprofil, der synliggør, hvilke områder borgeren skal arbejde med, og også hvilke særlige ressourcer borgeren har at byde ind med. Derudover kan individuelle tilbud fx bestå af

personlig sundheds- og hygiejnerådgivning, tandpleje, hjælp til brug af sundhedsvæsenet, rygestopaktiviteter, kostvejledning og vejledning i indkøb og madlavning. I Gladsaxe Kommune har man behandlet forskellige temaer; fx fysisk aktivitet, tandsundhed, kost og rygeafvænning. I forbindelse med temamånederne tilbydes konkurrencer, information og vejledning af borgere og personale.

Gruppebaserede tilbud

Da gruppebaserede tilbud kan være væsentlige for ændring og fastholdelse af ændret, sundhedsadfærd, må indsatser målrettet borgere i eget hjem, have fokus på at motivere til deltagelse i aktiviteter på væresteder, dag-centre eller særlige indsatser i kommunalt regi.

Særlige udfordringer for indsatser i eget hjem

En del af borgerne af bostøtteordninger og den øvrige kommunale hjælp i eget hjem vil have vanskeligt ved at møde op til en aktivitet gennem en længere periode, eller de vil kun kunne gennemføre aktiviteten, hvis en støtte- og kontaktperson er med. En del af misbrugere har vanskeligt ved at få råd til selv beskedne deltageromkostninger.

PUBLIKATION

MERE VIDEN

HJEMMESIDER

SUNDHED

MOTIVATION

SST.DK

Publikationer

- Illemaan Christensen A, Hesse U.: Sundhed og sygelighed blandt udsatte borgere – analyse af data om arbejdsløse med kort eller ingen uddannelse, førtidspensionister samt kontanthjælpsmodtagere og personer under revalidering. Sundhedsstyrelsen 2008.
- Kristiansen M, Munch-Petersen M, Diderichsen F, Krasnik A.: Borgerrettet forebyggelse og lighed i sundhed – planlægning af forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper. Sundhedsstyrelsen 2007.
- Thorsager L, Schneider M.: Socialt udsatte borgers sundhed – barrierer, motivation og muligheder. Sundhedsstyrelsen 2007.
- Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008. Sundhedsstyrelsen 2008.
- Sundhedsstyrelsen. Sundhed og udsatte borgere – inspiration til kommunerne. Sundhedsstyrelsen 2007
- Poulsen, J.: Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme i relation til kost og fysisk aktivitet. Sundhedsstyrelsen 2003.
- Juul Nielsen A, Brandhøj Hansen M, Hansen J et al.: Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd. En kortlægning og analyse. DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006.

Hjemmesider

- Sundhedsstyrelsen:
www.sst.dk
- Servicestyrelsen:
www.servicestyrelsen.dk/udsatte
- www.udsattesundhed.nu

Marts 2009

Redaktion: Sundhedsstyrelsen

Foto: Scanpix og Andreas Szlavik

Tryk: Scanprint

Grafisk tilrettelæggelse: Scanprint as

Social ulighed i sundhed er i de senere år blevet et væsentligt tema i forbindelse med tilrettelæggelse af sundheds- og forebyggelsesprogrammer og det står klart, at det er et tema, som forudsætter samarbejde mellem flere sektorer.

Denne publikation præsenterer 3 forskellige modeller for, hvordan sundhedsforvaltningen kan spille en aktiv rolle i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af målrettede sundheds- og forebyggelsesindsatser.

Der gives også forslag til, hvordan man kan arbejde med sundhed i forskellige arenaer, fx i jobcentret, bo-tilbud, væresteder, i boligområder eller i eget hjem. Der er eksempler på, hvordan man kan etablere sunde rammer og målrettede tilbud for borgere uden for arbejdsmarkedet.

I publikationen præsenteres desuden data om sundhed og sygeligheden blandt borgere uden for arbejdsmarkedet. Det kan ud fra undersøgelserne konstateres, at det er en særdeles sundhedsmæssigt sårbar gruppe, men også en gruppe som meget gerne vil – og ofte forsøger – at bedre deres sundhedstilstand.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
[sst@sst.dk](mailto:ssst@sst.dk)