



Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse

RAPPORT

Juni 2011

SUNDHEDSSTYRELSEN

NIRÅS

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	1
1.1	Indsatsen i modelprojekterne.....	1
1.2	Evalueringen	3
1.2.1	Dataindsamling og metode	4
1.2.2	Formidling af resultater	6
2.	Konklusioner og anbefalinger	7
2.1	Konklusion	7
2.1.1	Virkning på lang sigt - Indsatsen skaber sundhedsmæssig fremgang	8
2.1.2	Virkning på mellemlang sigt – Flere handlekompetencer og større evne til at mestre egen situation	8
2.1.3	Umiddelbare resultater – Viden om sundhedstilstand og handlemuligheder ..	9
2.1.4	Output – Stor deltagelse, men også stor ustabilitet	9
2.1.5	Erfaringer fra modelprojekterne – Indsats og aktiviteter	10
2.1.6	Erfaringer fra modelprojekterne – væsentlige udfordringer i projektperioden	11
2.1.7	Erfaringer fra modelprojekterne – perspektiver for indsatsen	12
2.2	Anbefalinger	12
3.	Status for projekterne.....	14
3.1	Status for gennemførelse af aktiviteter og indsatser	14
3.2	Væsentligste udfordringer i projekterne.....	15
3.2.1	Organisering og styring af projekt	15
3.2.2	Opbygning af sunde rammer og opkvalificering af medarbejdere	16
3.2.3	Forpligtigelse og ansvar hos samarbejdspartnere	18
3.3	Delkonklusion.....	18
4.	Indsatser og aktiviteter	19
4.1	Indsatser	19
4.1.1	Direkte sundhedsfremmende aktiviteter	19
4.1.2	Helbredsundersøgelser/-samtaler	20
4.1.3	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	21
4.2	Delkonklusion.....	22
5.	Metoder i modelprojekternes arbejde	23
5.1	Metodearbejdet i praksis.....	23
5.1.1	Små skridts-metode	24
5.1.2	Sundhedsfaglig person i socialfagligt arbejde	25
5.1.3	Gå-med-funktion	28
5.1.4	Fokus på fælles tredje.....	30
5.1.5	Opsøgende gadeplansarbejde.....	30
5.1.6	Anerkendende tilgang	32
5.1.7	“Du bestemmer”	33
5.2	Delkonklusion.....	34
6.	Resultater	35
6.1	Projektets programteori	35
6.2	Direkte sundhedsfremmende aktiviteter	37
6.2.1	Deltagelse og motivation.....	37
6.2.2	Viden, tilstand og handlekompetencer.....	39
6.2.3	Trivsel og gode sundhedsoplevelser	42
6.2.4	Opkvalificering af værestedsmedarbejdere	43

6.3	Helbredsundersøgelse.....	44
6.3.1	Overblik over målgruppen og diagnosticering	44
6.3.2	Viden om muligheder og indgange til sundhedsvæsenet.....	45
6.3.3	Udvikling af redskaber til at håndtere sundhed.....	46
6.4	Netværksarbejde – på tværs af fagligheder og sektorer	47
6.4.1	Etablering af tværgående samarbejdsrelationer.....	47
6.4.2	Formelle samarbejdsaftaler	48
6.4.3	Formidling af information mellem netværksdeltagere.....	50
6.4.4	Øget indsigt i arbejdet med socialt udsatte	50
6.4.5	Kontinuitet i indsats gennem forankrede netværk	52
6.4.6	Udvikling af tillidsrelationer mellem brugere og system.....	52
7.	Fremadrettede perspektiver.....	56
7.1	Sundhedsfaglighed i socialt arbejde	56
7.2	Sammenhæng med eksisterende tilbud	57
7.2.1	SKP-ordning.....	58
7.2.2	Case manager.....	59
7.3	Forankringsmuligheder	59
8.	Bilag I: Metode	61
8.1	Valg af undersøgelsesdesign	61
8.2	Undersøgelsens datagrundlag.....	62
8.2.1	Desk research	63
8.2.2	Fokusgrupper og personlige interview	63
8.2.3	Netværkslogbøger.....	64
8.2.4	Monitoreringen	64
8.2.5	Internetbaseret spørgeskema blandt netværksdeltagerne	69
8.3	Samlet vurdering af undersøgelsens data og metode.....	69
9.	Bilag II: Tabeller og figurer fra monitorering af brugere	70
9.1	Generel figurforklaring	70
9.2	Ernæring	71
9.3	Motion	72
9.4	Fysisk tilstand	74
9.5	Tandpleje	75
9.6	Stofmisbrug.....	77
9.7	Alkoholisme.....	78
9.8	Rygning.....	80
9.9	Generel sundhedstilstand.....	81
9.10	Professionels vurdering af deltagerens sundhedstilstand	83
9.11	Sundhedsfaglige personer deltagerne har været i kontakt med.....	84
9.12	Deltagerens kontakt til sundhedsvæsenet.....	85
9.13	Sundhedsfremmende aktiviteter deltageren har deltaget i	88
10.	Bilag III: Tabeller fra spørgeskemaundersøgelse blandt netværksdeltagere.....	89
10.1	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	89

1. Indledning

Med satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2007-2010 blev der givet mulighed for at etablere en række sundhedsfremmende og forebyggende modelprojekter for gruppen af de socialt mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse. Der er ydet støtte til i alt otte modelprojekter, og kravet til projekterne har fra starten været, at de skulle iværksættes og gennemføres som et partnerskab mellem en kommune og et eller flere væresteder.

Sundhedsstyrelsen har bedt NIRAS Konsulenterne om at foretage en tværgående evaluering af indsatsen i de otte modelprojekter. Denne rapport præsenterer metoder, indsatser, erfaringer og resultater fra de otte modelprojekter, der startede i 2008 og for de flestes vedkommende først afsluttes op til sommerferien 2011.

1.1 Indsatsen i modelprojekterne

Det overordnede formål med de otte modelprojekter er *"at få et større kendskab til hvilke metoder, der virker og ikke virker i en sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for de socialt mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse."*

De enkelte projekter skal sikre, at socialt udsatte får den nødvendige sundhedsfaglige behandling samt udvikle og afprøve metoder til at opspore og fastholde de allermest socialt udsatte i offentlige tilbud¹. Baggrunden for modelprojekterne er bl.a. et behov for at opbygge den fornødne viden om, hvordan tilbud til de socialt mest udsatte kan tilrettelægges – særligt efter at kommunerne med strukturreformen havde overtaget ansvaret for de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud.

Målgruppen for de otte modelprojekter er de socialt mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse, der kun vanskeligt kan rummes i de eksisterende social- og sundhedsfaglige tilbud. Kommunale og kommunalt støttede væresteder forventes at være tilholdssted for mange borgere inden for målgruppen, hvorfor det er et krav til modelprojekterne, at både væresteder og kommunale forvaltninger er en del af det organisatoriske setup.

Konkret har de otte modelprojekter gennemført indsatser inden for tre overordnede kategorier:

- 1) *Direkte sundhedsfremmende aktiviteter.* Fokus på udvikling og implementering af aktiviteter med KRAM-fokus, der bidrager til at øge de udsatte borgeres viden og handlekompetencer inden for sundhed, samt fokus på kompetenceudvikling og opkvalificering af medarbejdere, der arbejder med de udsatte borgere.
- 2) *Udvikling af tværfagligt og -sektorielt samarbejde.* Fokus på tværgående samarbejde mellem især væresteder samt det kommunale og regionale sundhedsvæsen, der bidrager til øget indsigt i arbejdet med målgruppen hos de professionelle aktører samt udvikler de udsatte borgeres tillidsrelationer til det offentlige behandlingssystem.
- 3) *Helbredsundersøgelse.* Fokus på udvikling af metoder til helbredsundersøgelser på væresteder, der bidrager til at identificere sundhedsrisici hos de udsatte borgere samt sikrer, at borgerne modtager den rette behandling.

¹ Sundhedsstyrelsens udmøntningsmateriale og invitation til kommunale sundheds- og socialforvaltninger samt kommunale og kommunalt støttede væresteder kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Social%20ulighed%20i%20sundhed/social%20udsatte/brev_udm_satspulje_misbrug.ashx

Med det valgte fokus for modelprojekternes indsats er det forventningen, at brugerne vil opnå resultater, der særligt omhandler deres *viden*, *handlekompetencer* og *tilstand*. Først og fremmest forventes det, at brugerne vil opnå en øget *viden* om og erkendelse af egen sundhedstilstand, hvilke muligheder, de har for at agere på egen sundhed, samt hvilke tilbud, der er for dem. Derudover forventes det, at brugerne opnår *handlekompetence* til at bringe denne viden i spil, så den udmøntes i ændret adfærd og en større evne til at mestre eget liv. Endelig forventes det, at brugerne gennem projektperioden får højnet deres *sundhedstilstand* inden for enkelte eller flere parametre af sundhed, som fx bedre ernæringstilstand, bedre kondition, bedre tandpleje mv.

Tabel 1-1: Oversigt over de otte modelprojekter

Modelprojekt	Organisering	Kernemålgruppe	Fokus i indsatsen
Sundhed for alle Fredericia Kommune og værestederne Havnecaféen og A-caféen	Organiseret under Fredericia Misbrugscenter i samarbejde med Landsforeningen af Væresteder	Personer med langvarigt misbrug, som har afstedkommet fysiske og/eller psykiske helbredsmæssige skader.	Der gennemføres sundhedsfremmende aktiviteter og helbredsundersøgelser. Fokus på brugerinddragelse. Opkvalificeringsprojekt for personale, der allerede er en del af indsatsen i kommunen.
Sundhed på Gadeplan Herlev Kommune og værestederne Station BAF og Anemonen	Projektet er forankret i Herlev Kommunes Sundhedsafdeling.	Primært alkoholmisbrugere, men også stof og blandingmisbrugere med nedsat evne til at varetage egen sundhed. Mange med psykiske lidelser.	Fokus på helhedsorienteret indsats, opsøgende arbejde, samarbejde på tværs af faggrænser.
Bænken og Hjørnet Langeland Kommune og værestedet Hjørnet	Projektet er forankret i Forebyggelsescenteret, Langeland Kommune	Hjemløse og socialt udsatte, der har fravalgt alle andre tilbud. Ofte med dobbeltdiagnoser.	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter, udarbejdelse af sundhedsprofiler og den motiverende samtale.
Grib chancen Lolland Kommune og Herberg og Værested Havnen	Samarbejde mellem kommunen og værestedet Havnen.	Brugerne af værestedet Havnen. Primært ældre alkoholmisbrugere med diverse somatiske sygdomme og en gruppe voldsomt udadreagerende unge med et blandingsmisbrug.	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter Fokus på metoden "Du bestemmer" og opkvalificering af handlekompetencer hos brugerne. Opsøgende arbejde.
Lighed i sundhed og behandling Odense Kommune, Om-sorgsafdelingen St. Dannesbo og Kirkens Korshærs Varmestue i Odense	Primært organiseret under Kirkens Korshær, der samarbejder med Dannesbohus, og kommunens socialcenter.	Hjemløse, alkohol- og stofmisbrugere, udsatte med psykiske problemer. Generelt i meget dårlig helbredsmæssig stand.	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter, udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Fokus på opsøgende arbejde.
Sundhedsprojektet ved Perron 4 Randers Kommune, værestedet Perron 4 og Center for Stofmisbrugsbehandling	Organiseret under Randers Kommunes socialafdeling, afdeling for socialt udsatte	De mest udsatte brugere ved værestedet Perron 4 og Center for Stofmisbrugsbehandling.	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter og øget bevidsthed om sundhed hos brugerne, uddannelse af personale på værested, brobygning til det etablerede sundhedssystem.

Modelprojekt	Organisering	Kernemålgruppe	Fokus i indsatsen
En sundhedsplatform i det sociale arbejde Silkeborg Kommune, Misbrugscenter Silkeborg og Kirkens Korshær Silkeborg	Sundhedsplatformen er organisatorisk en del af Center for misbrugsbehandling og samarbejder desuden med Regionspsykiatrien og Kirkens Korshær.	Mennesker med stof- og alkoholmisbrug samt hjemløse.	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter og på at skabe samarbejdsrelationer mellem aktører på misbrugsområdet og aktører i det etablerede sundhedssystem.
Kirkens Korshærs Sundhedsprojekt i Aalborg Aalborg Kommune og Kirkens Korshærs Gårdsprojekt ved Aalborg	Primært organiseret under Kirkens Korshær, der samarbejder med Aalborg Kommunes brobygningsafdeling	Personer med langvarigt misbrug, som har afstedkommet fysiske og/eller psykiske helbredsmæssige skader.	Fokus på sundhedsfremmende aktiviteter og helbredsundersøgelser gennem stor brugerinddragelse.

1.2 Evalueringen

Evalueringen er designet som en tværgående effekt- og virkningsevaluering, hvor fokus er på at beskrive, hvordan indsatsen inden for de tre overordnede kategorier virker for de otte modelprojekters målgrupper af socialt udsatte, og under hvilke betingelser. Evalueringen beskæftiger sig dermed med såvel effekterne af den iværksatte indsats som erfaringerne fra projekternes implementering af indsatsen på et tværgående niveau.

Slutevalueringen har fokus på at sikre den systematiske dokumentation af projekternes metoder og de samlede resultater med henblik på at vurdere, om positive erfaringer med en eller flere metoder i forbindelse med akuttilbuddet i en given kommune vil kunne overføres og anvendes i en anden kontekst, hvilket er et af hovedformålene med udmøntningen af puljemidlerne.

Slutevalueringen tager udgangspunkt i den programteori, der er udarbejdet for den samlede puljeindsats, og som beskrives mere indgående i afsnit 6.1. Programteorien er udviklet og kvalificeret i samarbejde med de otte modelprojekter på et evalueringsseminar ved modelprojekternes opstart. Den udtrykker forventningen til, hvordan indsatserne – de direkte sundhedsfremmende aktiviteter, netværksarbejdet og helbredsundersøgelserne – *virker* og med hvilke *resultater* og *effekter*. I forbindelse med denne slutevaluering efterprøves de forventede sammenhænge mellem indsatser og resultater, og det kan konkluderes i hvilken grad, modelprojekternes indsats opfylder de overordnede målsætninger. Evalueringen har både fokus på de umiddelbare produkter af indsatsen – outputniveauet som fx målgruppens deltagelse i aktiviteter, etablering af samarbejdsrelationer og netværk samt afholdelse af helbredsundersøgelser – og på selve resultaterne på både kort og lidt længere sigt.

Da evalueringen er tilrettelagt for den samlede indsats og med henblik på at foretage en tværgående evaluering, vil der ikke blive opstillet evalueringresultater for hvert enkelt projekt. De otte modelprojekter har dog fået løbende tilbagemeldinger på erfaringer og resultater gennem regelmæssige fælles samlinger.

Erfaringerne fra modelprojekterne vil kunne bruges af både de deltagende kommuner og væresteder og af øvrige kommuner til at reflektere over, hvordan man indretter indsatsen for de socialt mest udsatte og anvender de rette metodiske tilgange og koncepter. På den måde kan evalueringen give inspiration til, hvordan man kan korrigere indsatsen, opstille nye mere realistiske mål eller involvere nye aktører i forhold til normal praksis i kommunen. Som ledelsesinformation kan en virkningsevaluering også være med til at vise, hvordan man i projektet arbejder med en bevidst og fagligt argumenteret plan. I forankringsøjemed er det gunstigt at kunne beskrive, hvad projektet kan bidrage med, hvis det skal køre videre efter den oprindelige projektperiode. Endelig kan dokumentationsarbejdet være anvendeligt i formidlingen af resultater til projektets samarbejdspartnere i det brede netværk, nu hvor projekterne stopper eller er stoppet, hvilket kan medvirke til, at nogle af projektets centrale erfaringer forankres.

1.2.1 Dataindsamling og metode

Evalueringsdesignet og de enkelte dataindsamlingsmetoder er udviklet og valgt med hensyntagen til og respekt for, at målgruppen – de socialt mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere samt hjemløse – kan være mindre ressourcestærke og kan have mistro og mistillid til 'systemet'. Det har derfor været vigtigt at sikre, at evalueringsaktiviteter, der involverer brugerne, er en god oplevelse for brugerne, hvilket personalet i modelprojekterne og på værestederne har været yderst behjælpelige med. I interviewsituationer har brugerne således haft mulighed for at have en fagprofessionel fra projektet eller værestedet til stede i lokalet, ligesom der har været stor inddragelse af borgeren i den kvartalsvise udfyldelse af de spørgeskemaer, som udgør monitoreringen af borgerens udvikling.

Slutevalueringen baserer sig på data- og metodetriangulering, hvilket betyder, at undersøgelsen både indtager *forskellige personer*, der bidrager med forskellige vinkler på projektet (fx brugere, projektledelse og samarbejdspartnere) og anvender *forskellige metoder* i denne afdækning (interview, spørgeskema, logbøger mv.). Evalueringsdesignet er således udformet således, at der både indgår kvalitative og kvantitative metoder, som kan rumme hhv. en åben proces, hvor alle erfaringer opsamles, og skabe en systematisk dokumentation. Hermed sikres en høj reliabilitet og validitet i målingen.

NIRAS Konsulenterne har gennemført *casestudier* ad to omgange i samtlige otte modelprojekter. Casestudierne er gennemført i forbindelse med hhv. midtvejsevalueringen (sommeren 2009) og slutevalueringen (vinteren 2010 og foråret 2011, afhængigt af projekternes afslutningstidspunkt). Ud over en rundvisning i de rammer, projektet foregår i, består casestudiet også af en række fokusgruppeinterview og personlige interview. Formålet med casestudierne har været at få et indblik i dagligdagen hos modelprojekterne og naturligvis at indsamle kvalitative data om projekternes status og fremdrift i forhold til programteorien, der kan understøtte vurderingen af puljens samlede resultater og effekter. Der er gennemført kvalitative fokusgruppeinterview med henholdsvis samarbejdspartnere og aktører i akuttilløbets brede netværk (fx kommunale rådgivere/sagsbehandlere, SKP'er, bostøtter, misbrugsvejledere, praktiserende læger, tandpleje, nærpolti, boligforeninger mv.), projektmedarbejdere sammen med projektets sundhedsmedarbejder samt med projektledelsen. Derudover er der gennemført personlige interview med udvalgte brugere. I enkelte tilfælde er interviewene med brugerne gennemført som en fokusgruppe efter specifikt ønske fra brugerne.

Et andet centralt element i evalueringen er *monitoreringen* af projekternes brugere. Monitorering kan defineres som en løbende og systematisk dokumentation af aktiviteter og resultater over tid. Helt konkret er der hvert kvartal – i et samarbejde mellem bruger og den sundhedsfaglige person – udfyldt et spørgeskema, hvor bl.a. brugerens deltagelse i projektrelaterede aktiviteter samt tilknytning til det etablerede sundhedssystem er registreret. Derudover er deltagerens viden, tilstand og handlekompetencer blevet indplaceret på en skala fra 1-10 på en række sundhedsparametre, som fx ernæring, kondition, misbrug mv. Den kvartalsvise udfyldelse af spørgeskemaet er som udgangspunkt foretaget af projektets sundhedsmedarbejder i tæt dialog og samarbejde med brugeren. Hvert projekt indberetter kvartalsvist udviklingen for brugere i deres kernemålgruppe på mellem 20 og 30 brugere. Monitorering – som metode – er ideel til at måle fremskridt, målopfyldelse og udvikling foranlediget af de igangsatte indsatser i modelprojekternes forløb for deres kernemålgrupper, og indberetningernes regelmæssighed giver en god fornemmelse af udviklingen på individniveau².

Ud over monitoreringen er der i to omgange gennemført en *spørgeskemaundersøgelse blandt projekternes brede netværk* – i forbindelse med hhv. midtvejs- og slutevalueringen. Undersøgelserne er gennemført som webbaserede spørgeskemaundersøgelser, og netværksdeltagerne er bl.a. blevet bedt om at beskrive karak-

² Se bl.a. Krogstrup, Hanne Kathrine (2011: s. 58-66). *Kampen om evidens – resultatmåling, effektevaluering og evidens*. København: Hans Reitzel Forlag.

Kusek, Jody Zall & Ray Rist (2004). *Ten Steps to a Results-based Monitoring and Evaluation System*. Washington DC: The World Bank.

teren af deres samarbejde, deres oplevede udbytte af samarbejdet og deres forventninger til perspektiverne for samarbejdet.

Endelig er der udfyldt *logbøger*, hvor projektlederne i de seks projekter, som har modtaget støtte til dette element af indsatsen, er blevet bedt om at beskrive status for netværkssamarbejdet – herunder konkrete initiativer, erfaringer fra netværksarbejdet samt oplevet udbytte af indsatsen. Logbøgerne er udfyldt med samme interval som monitoreringens spørgeskemaer, dvs. hvert kvartal.

Ud over disse selvstændige evalueringsaktiviteter har evaluator desuden også inddraget alt skriftligt udarbejdet materiale, som er blevet udviklet gennem projektperioden. Det være sig projekternes årlige statusrapporter til Sundhedsstyrelsen, lokalt udarbejdede metodebeskrivelser, informationsmateriale til projekternes samarbejdspartnere, artikler i fagblade og lokalaviser samt modelprojekternes egne evalueringer – i det omfang de er blevet udarbejdet.

Tabel 1-2 giver et overblik over de dataindsamlingsaktiviteter, som ligger til grund for udarbejdelsen af slutrapporten. For en mere indgående beskrivelse af datagrundlaget henvises til kapitel 8.2.

Tabel 1-2: Overblik over evalueringsaktiviteter

		Sundhedsfremmende aktiviteter	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde*	Helbredsundersøgelse
Desk research		Gennemført ved modelprojekternes opstart med udgangspunkt i materiale fra værestederne og modelprojekterne, aktuel forskning i alkohol- og stofmisbrugere og hjemløse samt opgørelser af sundhed og helbred blandt socialt udsatte.		
Statusrapporter og øvrigt skriftligt materiale fra projekterne		Modelprojekterne indsender hvert år – efter en fælles skabelon – statusrapporter til Sundhedsstyrelsen, hvor de bl.a. beskriver status, resultater og udfordringer. Disse rapporter indgår også som grundlag for evalueringen på niveau med øvrigt skriftligt materiale, som projekterne har tilsendt evaluator undervejs i projektet.		
Kvalitative casestudier	<i>Fokusgrupper*</i>	I forbindelse med hhv. midtvejs- og slutevalueringen er der gennemført kvalitative casestudier i samtlige modelprojekter, hvor der er afholdt fokusgrupper med hhv. sundhedsmedarbejdere, projektmedarbejdere, projektledere og relevante netværkspartnere i modelprojekterne.		
	<i>Personlige interview**</i>	I forbindelse med case-studierne er der ligeledes gennemført personlige interview med 3-5 udvalgte brugere ved hvert modelprojekt om deres deltagelse og udbytte af aktiviteter.		I forbindelse med case-studierne er der ligeledes gennemført personlige interview med 3-5 udvalgte brugere ved hvert modelprojekt om praksis for helbredsundersøgelsen og udbyttet af denne.
Kvantitative datakilder	<i>Monitorering af brugere</i>	Med udgangspunkt i et fast spørgeskema er der gennemført en kvartalsvis registrering af målgruppens deltagelse i aktiviteter		Med udgangspunkt i et fast spørgeskema er der gennemført en kvartalsvis registrering af målgruppens viden, tilstand og handlekompetencer på forskellige parametre for sundhed
	<i>Spørgeskema til netværksdeltagere</i>		I forbindelse med hhv. midtvejs- og slutevaluering er der udsendt spørgeskemaer til seks projekters netværksdeltagere	

	Sundhedsfremmende aktiviteter	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde*	Helbredsundersøgelse
Logbog		Med udgangspunkt i en fast logbogsskabelon har projektlederne kvartalsvist registreret erfaringer og refleksioner af indsats og udbytte i forbindelse med netværksarbejdet	

* To af de otte modelprojekter valgte ikke at søge støtte til udførelsen af del 2 om netværksudvikling.

** I enkelte tilfælde er brugerne blevet interviewet sammen i en fokusgruppe efter eget ønske.

1.2.2 Formidling af resultater

Resultaterne fra de forskellige kvantitative datakilder vil i evalueringen blive afrapporteret sideløbende med kvalitative udsagn samt generelle pointer fra casestudierne. Alle anvendte citater i rapporten fra nøglepersoner, projektmedarbejdere og projektledelse, er – efter forudgående aftale med informanterne i forbindelse med interviewet – bragt med angivelse af hvilken jobfunktion, informanten har, samt hvilket projekt, vedkommende kommer fra. Citater fra samarbejdspartnere og brugere vil derimod blive bragt i fuldt ud anonymiseret form. Hvis ikke andet er fremhævet, udtrykker de anvendte citater generelle tendenser og erfaringer og altså ikke enkeltstående holdninger og synspunkter.

Samtlige resultater fra monitoreringen, som ikke er vist i rapportens hovedafsnit i form af en figur, vil være at finde i rapportens bilag i kapitel 9, hvor antallet af besvarelser for de enkelte spørgsmål og målepunkter samt signifikansniveau også vil fremgå. I samme kapitel forefindes også en beskrivelse af, hvordan resultaterne skal tolkes i lyset af, at målgruppen er karakteriseret ved en vis ustabilitet i fremmøde og involvering i projektet, hvorfor ikke alle brugere indgår i monitoreringen i forbindelse med alle otte målepunkter. I de tilfælde, hvor brugeren ikke har deltaget i alle otte målinger, er den senest gennemførte måling anvendt som slutmåling i illustrationen af brugerens udvikling. Kun forskelle, som er statistisk signifikante³, er afrapporteret, ligesom der er anvendt et praktisk relevanskriterium, hvor kun meningsfulde forskelle er kommenteret. Resultaterne af de statistiske analyser er fremstillet i tabeller og figurer.

Som støtte for læsningen af rapporten gives her en kort forklaring på den anvendte terminologi for de projektspecifikke persongrupper, der optræder i rapporten.

Projektlederen henviser til den eller de personer, der optræder som projektets kontaktperson over for Sundhedsstyrelsen, og som er interviewet i forbindelse med evalueringen. Der er med enkelte undtagelser også tale om reelle projektledere i forhold til projektets gennemførelse.

Sundhedsmedarbejder henviser til de personer med en sundhedsfaglig baggrund, som fx SOSU-hjælper, sygeplejerske eller læge, der i de fleste tilfælde er ansat som omdrejningspunkt for projekterne. Det er typisk den sundhedsfaglige ressourceperson, som står for helbredsundersøgelser, igangsættelsen af sundhedsfremmende aktiviteter og den daglige kontakt til modelprojekternes netværk.

Øvrige nøglemedarbejdere og projektmedarbejdere henviser til øvrige medarbejdere i projekterne, som arbejder med målgruppen af socialt udsatte. Det dækker primært ansatte på de væresteder, der danner ramme om projekterne, eller medarbejdere, som udfører opsøgende arbejde i forhold til målgruppen.

Netværkssamarbejdspartnere henviser til de folk, der befinder sig i modelprojekternes brede eksterne netværk. Denne gruppe omfatter bl.a. kommunale rådgivere/sagsbehandlere, SKP'er, bostøtter, tandpleje, nærpolti, boligforeninger, praktiserende læger, ansatte på sygehuse, psykiatriske afdelinger, misbrugscentre eller i tandplejen samt personale fra hjemmeplejen og kriminalforsorgen.

Brugerne henviser til modelprojekternes målgrupper af socialt udsatte. En præcis angivelse af målgrupperne for projekternes indsats findes i Tabel 1-1, der er baseret på projekternes egne betegnelser.

³ Signifikansniveauet er $\alpha = 0,05$, hvilket populært sagt betyder, at man kan være mindst 95% sikker på, at den observerede forskel ikke skyldes statistiske tilfældigheder.

2. Konklusioner og anbefalinger

I dette kapitel beskrives rapportens overordnede konklusioner på de resultater og erfaringer, der er fremkommet i slutevalueringen, og som uddybes i de følgende kapitler. Gennemgangen af konklusionerne munder ud i en række fremadrettede anbefalinger til, hvordan man med udgangspunkt i de otte modelprojekters erfaringer fremadrettet kan kvalificere indsatsen over for gruppen af de mest socialt udsatte borgere.

2.1 Konklusion

For at kunne opsummere på resultaterne er det væsentligt at træde et skridt tilbage og gøre sig klart hvilke succeskriterier, der er opstillet for henholdsvis de direkte sundhedsfremmende aktiviteter, helbredsundersøgelserne og det tværsektorielle samarbejde. Satspuljens programteori, som er vist i afsnit 6.1, opsummerer de forventninger, der på forhånd har været til, hvilke resultater og virkninger, som indsatsen skulle give. Forventningerne er delt ind i fire niveauer, der kort er beskrevet nedenfor, og som uddybes yderligere i afsnit 6.1:

- *Output* (det umiddelbare produkt af indsatsen). Det er i programteorien defineret som et grundlæggende succeskriterium – og et forventet output – for de direkte sundhedsfremmende aktiviteter, at brugerne bliver opsøgt, informeret om projekterne og i det hele taget deltager i såvel aktiviteter som i de vejledende samtaler. Derudover er det et ønsket output af helbredsundersøgelserne, at der gennemføres undersøgelser, som kan føre til egentlige diagnosticeringer af brugerne. Endelig er det et succeskriterium for netværks-samarbejdet, at der etableres et konkret tværgående samarbejde mellem de centrale aktører på det sundhedsfaglige område.
- *De umiddelbare resultater af indsatsen*. Målgruppens deltagelse i aktiviteterne og kontakt med de sundhedsfaglige medarbejdere forventes på kort sigt at resultere i, at brugerne får ny viden om og indsigt i bl.a. egen sundhedstilstand og muligheder for at agere i det etablerede sundhedssystem. Det er også et succeskriterium, at de fagprofessionelle gennem indsatsen opnår større viden om og indsigt i, hvordan den sundhedsfaglige indsats kan tilrettelægges. Derudover er det forventningen, at projekternes etablering af tværfagligt samarbejde kan give sundhedsfaglige aktører i netværket omkring projekterne en større indsigt i arbejdet med de socialt udsatte på tværs af sektorer og projekter.
- *Virkningerne på lidt længere sigt*. De umiddelbare resultater af indsatsen forventes at bidrage til udvikling af handlekompetencer og evne til at tage hånd om egen situation hos brugerne. Kort sagt er målsætningen, at borgerne vil kunne omsætte den viden, de har opnået til konkrete adfærdsændringer, som fx at opsøge den nødvendige hjælp og behandling. Ligeledes er det et succeskriterium, at social- og sundhedsfaglige fagprofessionelle omsætter kendskabet til og dialogen med andre aktører til reelt samarbejde, der kan sikre kontinuitet i indsatsen på tværs af faggrænser.
- *Virkninger på lang sigt*. Forventningerne til virkningerne på længere sigt er udtrykt i puljens overordnede formål, om at højne sundhedstilstanden hos brugerne og sikre dem den bedste og nødvendige sundhedsfaglige behandling.

I de følgende afsnit gennemgås resultaterne på de fire niveauer, og det vurderes i hvilken grad de lever op til de satspuljens målsætninger. Derefter gennemgås de øvrige erfaringer fra modelprojekterne – herunder erfaringer fra tilrettelæggelsen af indsatser, afprøvning af metoder samt betydningen af projekternes organisatoriske placering og den ledelsesmæssige fokus og opbakning, som i vid udstrækning udgør rammebetingelser for, i hvilken grad indsatsen i modelprojekterne kan lykkes.

2.1.1 Virkning på lang sigt - Indsatsen skaber sundhedsmæssig fremgang

Den overordnede konklusion er, at det nytter at arbejde med sundhedsfremmende initiativer hos målgruppen af de socialt mest udsatte. Evalueringen viser, at der generelt er en statistisk signifikant positiv udvikling på brugernes tilstand på de forskellige parametre for sundhed, hvis man ser på målgruppen som helhed. Lidt mere end halvdelen af kernemålgruppen for de otte modelprojekter har opnået en højere generel sundhedstilstand gennem projektperioden, og det billede genkendes også blandt såvel projektledelse og projektmedarbejdere som blandt de netværksdeltager, der til dagligt er i berøring med målgruppen. Der er i hvert modelprojekt mange eksempler på borgere, som har bevæget sig fra at have en faretruende dårlig helbredstilstand til en markant bedre, og det er evaluators indtryk, at trivslen og den psykiske sundhed er højnet i betydeligt omfang for en stor del af modelprojekternes brugere.

Evalueringen viser også, at der ikke synes være en direkte sammenhæng mellem enkeltaktiviteter inden for et specifikt sundhedsmæssigt område og målgruppens udvikling på dette område. Det vurderes derfor i højere grad være samspillet mellem de forskellige aktiviteter og det at være tilknyttet et projekt med sundhedsmæssigt fokus, som bidrager til den generelle positive udvikling.

Derudover er en af forklaringerne på den positive udvikling i sundhedstilstand helt sikkert også, at målgruppen gennem projektet er blevet sikret den nødvendige sundhedsfaglige behandling. Tilknytningen af sundhedsfaglige medarbejdere i det sociale arbejde – som man har haft i de fleste modelprojekter – har givet brugerne mulighed for at få en umiddelbar hjælp, når behovet for somatisk sygepleje var til stede. Indgangen til denne hjælp har både været igennem de mere eller mindre strukturerede helbredsundersøgelser, den blotte tilstedeværelse af en sundhedsfaglig medarbejder og de direkte sundhedsfremmende aktiviteter, der har sat fokus og opmærksomhed på sundhed i værestederne. Resultaterne viser også, at omkring ni ud af ti brugere i kernemålgruppen gennem projektperioden har været i kontakt med deres egen praktiserende læge. Dette er et markant højt tal og vidner om, at projektet har bidraget til, at brugerne får den nødvendige behandling.

Resultaterne viser, at modelprojekterne i vid udstrækning er lykkedes med at give de socialt udsatte brugere en indgang til behandlingssystemet, hvilket må forventes at være medvirkende til at, at den generelle sundhedstilstand og brugernes tilknytning til det etablerede sundhedssystem i betydeligt omfang er højnet. Med til billedet skal dog også, at lidt under en fjerdedel af projekterne kernemålgruppe på omkring 200 brugere gennem projektperioden har haft en negativ udvikling i generel sundhedstilstand. Der kan ikke nødvendigvis sættes lighedstegn mellem dette tal og projekternes grad af succes, men det vidner dog om, at der i målgruppen er borgere, som er så udsatte og har så komplekse problemstillinger, at modelprojekternes indsats ikke har kunnet medvirke til at højne deres sundhedstilstand.

I forlængelse af ovennævnte skal det bemærkes, at der blandt de social- og sundhedsfaglige medarbejdere i alle projekter er enighed om, at der på trods af en ihærdig opsøgende indsats er en gruppe af de allermest udsatte borgere, som aldrig er blevet en del af projektet. Enten fordi de har for omfattende og komplekse problemstillinger, eller fordi de hverken er synlige på værestederne eller kan findes gennem opsøgende arbejde (udbydes også i afsnit 2.1.6).

2.1.2 Virkning på mellemlang sigt – Flere handlekompetencer og større evne til at mestre egen situation

Evaluerings resultater viser, at brugernes handlekompetencer – forstået som brugernes evne til at agere og handle på den viden, de har – samlet set har gennemgået en tilsvarende positiv udvikling som deres helbredstilstand. Interviews og samtaler med brugere vidner også om, at mange brugere – fordi der er blevet sat fokus på deres sundhed, og de har kunnet mærke direkte resultater – også er blevet bedre til at mestre deres egen situation og at tage i mod tilbud om behandling, fordi de har en fornemmelse af, at det nytter noget, og fordi de fået en indsigt i, hvilke muligheder de har, og hvad de selv kan gøre.

De fleste brugere vurderes at have motivationen til at ændre på egen situation, og selv om ikke alle umiddelbart har ressourcerne til at sætte handling bag ordene og de gode intentioner, har modelprojekterne i mange tilfælde hjulpet brugerne godt på vej. Ved at give brugerne en viden om, hvilke udfordringer/behov de har, og hvilke muligheder der har for at ændre på situationen, så tilskyndes brugerne til at handle selv og opnå kontrol over eget liv. Det er fx tilfældet, når medarbejderne i modelprojekterne ledsager brugeren til egen læge. Medarbejderne er med til at motivere brugeren til at opsøge lægen, til at etablere kontakten og til at ledsage

brugeren, hvilket sætter brugeren i stand til at gennemføre konsultationen selv med støtte fra medarbejderne.

En virkning af modelprojekterne har i forlængelse af ovenstående også været, at der er kommet en bedre forståelse af, hvad der virker for målgruppen, hos de folk der professionelt arbejder med målgruppen, hvilke bl.a. kommer til udtryk i ændrede procedurer for tidsbestilling hos praktiserende læger, mulighed for at lave fast indbetaling til vedligehold af tandprotese, sms-påmindelser forud for aftalt behandling og større fokus på forventningsafstemning og tillidsopbyggende samtaler. Det vurderes i højere grad at være de brugerorienterede forløb, som har givet denne indsigt, end det har været deltagelse i tværfaglige netværk og temadage. Den større forståelse blandt netværksdeltagere vurderes også at have bidraget til at tillidsrelationerne mellem brugere og professionelle generelt synes at være højnet.

Resultaterne fra monitoreringen viser, at brugernes tillid til fx egen læge er steget gennem projektperioden. Medarbejdere i projektet og på værestederne giver udtryk for, at en af forklaringerne kan være, at den tillid brugerne har til de socialfaglige medarbejdere gennem projektet er blevet overført til de sundhedsfaglige medarbejdere, som gennem deres brobygningsarbejde og ledsagefunktion kan være med til at overføre den til andre professionelle aktører fra fx det etablerede sundhedssystem

2.1.3 Umiddelbare resultater – Viden om sundhedstilstand og handlemuligheder

Udviklingen i brugernes viden om sundhed har gennem projektperioden været knap så markant, som udviklingen i brugernes handlekompetencer og tilstand. En stor del af forklaringen på det er formentlig, at udgangspunktet var noget højere for brugernes viden end for brugernes evne til at handle på denne viden. Selv om interviews med brugere og professionelle omkring brugerne bekræfter, at de fleste brugere er meget bevidste om, at deres livsførelse har markante sundhedsmæssige konsekvenser, er det alligevel evaluators vurdering, at modelprojekterne har været med til at nuancere og konkretisere den viden, samt give en indsigt i, hvordan disse umiddelbare behov kan imødekommes.

Helbredsundersøgelser har – hvad enten de er gennemført efter en meget struktureret form eller mere ad hoc – bidraget til at konkretisere brugernes behov og give nogle klare svar, som har bidraget til en afklaring for mange brugere. Hvor flere brugere er gået med en stor - men lidt diffus – bekymring for egen sundhed, så har helbredsundersøgelsen og eventuelle videre undersøgelser i det etablerede system givet dem en vished om, hvad de fejlede, og hvad de *ikke* fejlede.

Det netværksskabende arbejde og de brobyggende aktiviteter har bidraget til et mere udbredt tværfagligt samarbejde omkring målgruppen, og der har generelt været stor tilfredshed med de brobyggende aktiviteter blandt netværksdeltagerne. Det samlede udbytte af det tværfaglige samarbejde vurderes dog også at afspejle den lave prioritering som netværksarbejdet i de fleste projekter havde i starten af projektperioden. Samarbejdsaftaler og -relationer er ikke mere forankrede og formaliserede, end at de vil få svært ved at bestå, når der ikke længere er en tovholder til at koordinere indsatsen. På trods af at alle modelprojekter i princippet har forpligtet sig til en bredt forankret organisering, viser erfaringerne, at det har været sværere at omsætte positive interessetilkendegivelser og intentioner om bredt samarbejde til reel forpligtigelse for projektets fremdrift og forankringsduelighed. I projekternes daglige drift er kun de færreste projektledere blevet understøttet af en bredt forankret styregruppe i arbejdet med at tænke på tværs af fagområder og sektorer. Dette forhold har vanskeliggjort arbejdet med at formulere konkrete implementeringsplaner, der kunne tænke projektet sammen med eksisterende initiativer indenfor fx misbrugsområdet og socialpsykiatrien.

2.1.4 Output – Stor deltagelse, men også stor ustabilitet

Som nævnt indledningsvist har der overordnet været stor tilslutning til modelprojekternes aktiviteter og indsatser, men det vurderes samtidig, at der er en gruppe af de allermest udsatte, som man ikke nået (jf. endvidere 2.1.6). Flere af de direkte sundhedsfremmende tilbud har været attraktive for målgruppen, fordi de har været gratis, har rummet betydelige sociale aspekter og har været lettilgængelige i og med de ikke krævede særlige forudsætninger.

Succeskriteriet om at gennemføre helbredsundersøgelser på en stor del af brugerne er så godt som opfyldt. Således har mere end fire ud af fem brugere i kernemålgruppen fået foretaget en helbredsundersøgelse, og stort set samtlige har fået fulgt op på den første helbredsundersøgelse. Dette har samlet set bidraget til et overblik over målgruppen og dens specifikke behov samt lagt sporene ud til en videre (første) kontakt med sundhedsvæsenet. Brugernes deltagelse i aktiviteterne og tilstedeværelse omkring modelprojekterne karak-

teriseres dog også af en vis ustabilitet. Erfaringen er, at stort engagement og deltagelse i flere tilfælde afløses af svingende deltagelse, hvis brugeren rammer en dårlig periode som følge af fx misbrug eller psykisk lidelse.

Succeskriteriet for netværkssamarbejdet om at skabe et konkret samarbejde på tværs af projekter og sektorer er mere komplekst. Netværkssamarbejdet er især etableret i form af personlige møder, oplysningsmøder og fællesmøder, men det er forskelligt fra projekt til projekt, i hvor høj grad dette arbejde er blevet prioriteret. De fleste projekter har prioriteret det brugerorienterede brobygningsarbejde højest, og flere har i den forlængelse valgt ikke at lave opfølgning på det tværfaglige samarbejde i lidt bredere perspektiv. Udgangspunktet for netværkssamarbejdet har altså primært været de borgerorienterede forløb, hvilket erfaringer – fra andre lignende projekter⁴ – har vist, er velbegrunderet.

2.1.5 Erfaringer fra modelprojekterne – Indsats og aktiviteter

Hvor midtvejsevalueringen viste, at modelprojekterne – i bestræbelserne på at rumme alle aspekter af en sundhedsfremmende indsats for målgruppen – bredte sig meget ud i tilrettelæggelsen af deres aktiviteter, så viser slutevalueringen, at de fleste har indsnævret deres fokus og er blevet bedre til at fokusere på deres kerneydelser. De fleste modelprojekter har dermed undladt at beskæftige sig med aktiviteter, der i projektprioritetens første halvdel ikke viste de store resultater, hvilket også i højere grad har givet dem en rød tråd i deres indsats.

De fleste projekter har erfaret, at direkte sundhedsfremmende aktiviteter – omkring fx bevægelse og ernæring – nok kan være en god indgang til projektet for mange brugere og være med til at give projekterne en synlig profil, men at det ikke for alvor er det, som alene rykker ved brugernes generelle sundhedstilstand. Derfor har de fleste projekter også opprioriteret deres brobygningsindsats til det etablerede sundhedssystem – herunder den mere individorienterede vejledning og rådgivning i forhold til psykisk sundhed samt borgernes relationer til fx praktiserende læge, specialtandpleje samt det somatiske og psykiatriske behandlingssystem.

Til at understøtte det videre arbejde med målgruppen har flere projekter også fokuseret på oplæring og kompetenceudvikling af de medarbejdere, som fremadrettet vil stå for indsatsen, samt opbygning af sunde rammer og en sundere kultur i de væresteder, hvor projekterne har haft deres udgangspunkt. Flere udtrykker dog tvivl om i hvilken grad, det vil være tilstrækkeligt til at bære indsatsen videre, når der ikke længere er en tovholder for arbejdet eller ressourcer til at understøtte kompetenceudvikling og vedligeholdelse af sunde rammer.

Kendetegnende for mange af de *direkte sundhedsfremmende aktiviteter*, som gennemføres i de otte modelprojekter, er den store variation på tværs. Selv om mange falder inden for kategorien af klassiske KRAM-aktiviteter, så er der en række øvrige sundhedsfaglige tilbud og forløb, der på vidt forskellige måder har til formål at øge den enkeltes generelle viden om sundhedsfremme og sociale handlekompetencer. Flere af de direkte sundhedsfremmende aktiviteter med fokus på KRAM-faktorerne vurderes at have været til god gavn i forbindelse med opstarten af projektet, hvor det var vigtigt at udbrede kendskabet til det nye tilbud, give nogle gode (og gratis) sundhedsoplevelser til målgruppen, som kunne være med til at fastholde dem, samt sikre, at de oplevede en umiddelbar gevinst (som fx ekstra energi ved indtag af morgenmad, deltagelse i motion mv.). Derudover har de bidraget til, at de sundhedsfaglige medarbejdere har kunnet finde en i projektet og givet en anledning til det vigtige tillidsopbyggende arbejde med målgruppen.

Fælles for projekternes *helbredsundersøgelser* er, at de har til formål at identificere og kortlægge sundhedsrisici hos målgruppen og dermed tilvejebringe et grundlag for, at de kan tilbydes eller henvises videre til den behandling, de har behov for. Men derudover er der store forskelle på tværs af projekterne, hvad angår den tyngde, undersøgelserne/samtalerne har. Uagtet omfanget af helbredsundersøgelserne viser resultaterne klart, at det generelle sundhedsniveau hos målgruppen er bemærkelsesværdigt lavt, og at der i høj grad har været et behov for at få sundhedsfaglige ressourcepersoner involveret i det sociale arbejde, der ydes på væresteder, herberger mv. Målgruppens forventninger og tillid til, hvad de som udsatte borgere kan få af

⁴ Se bl.a. evalueringer og årsrapporter om Københavns Kommunes SundhedsTeam: <http://www.hjemlosesundhed.dk/?%C5rsrapporter>

hjælp fra det etablerede system, er foruroligende lille, og de sundhedsfaglige ressourcepersoner kan være det bindeled, der genetablerer tilliden til sundhedssystemet.

Det er tydeligt, at de direkte sundhedsfremmende aktiviteter og helbredsundersøgelser mange steder har haft førsteprioritet i projekternes første halvdel, mens identificeringen, etableringen og dyrkelsen af det brede *tværfaglige og tværsektorielle netværksarbejde* her i anden halvdel af projektet tilsyneladende er forbedret. Alle modelprojekter har brobygget til det etablerede sundhedssystem, hvor det især har været de praktiserende læger, som har været målgruppen, fordi kontakten har været koblet på målgruppens umiddelbare behov. Der er dog også steder, hvor man har initieret et bredere samarbejde på mere formel basis, hvilket ses som en afgørende forudsætning for gennemslagskraftige og varige forandringer i indsatsen rettet mod de socialt mest udsatte. Nogle projekter erfarer, at det, at man er blevet bedre til at arbejde med det sundhedsmæssige, betyder, at det er nemmere at skabe hul igennem til det etablerede sundhedssystem. Den primære årsag er, at alle parter er blevet mere bevidste om, hvordan relationen/kontakten etableres og fastholdes. I et enkelt projekt har man ligefrem udarbejdet en konkret drejebog for henvendelser til læger, skadestuer mv. for at give medarbejderne en fortrolighed med den terminologi og de informationer, som hjælper brugeren til at få den rette behandling. Undersøgelsen blandt projekternes samarbejdspartnere i det brede netværk viser også, at der generelt er tilfredshed med det brobyggende arbejde, som gøres i projekterne. Samarbejdspartnere vurderer dog også, at det bliver vanskeligt at køre projektet videre, når facilitatoren for samarbejdet stopper, og der er ikke økonomi til fælles faglig udvikling.

2.1.6 Erfaringer fra modelprojekterne – væsentlige udfordringer i projektperioden

Målgruppen af socialt mest udsatte har en række komplekse problemstillinger og behov, som kræver tilsvarende komplekse løsninger og en både social og sundhedsmæssig indsats. Det er en forudsætning for arbejdet med denne målgruppe, at det foregår med små skridt – og ofte også med risiko for tilbagefald. I modelprojekterne arbejdes der med sundhedsbegrebet i en meget bred forstand, hvilket er en udpræget nødvendighed. Det primære mål er at give hjælp til selvhjælp, så brugerne styrker handlekompetencer for derigennem at forbedre deres sundhedstilstand og opnå bedre livskvalitet. Flere af de metoder, som er blevet anvendt i arbejdet med målgruppen, følger derfor også denne overordnede tankegang om brugerinddragelse, anerkendelse og empowerment. Denne tilgang til sundhedsfremme kan skabe udfordringer i forhold til den kliniske diagnose- og sygdomsorienterede tradition, der – ifølge flere projektledere og sundhedsfaglige ressourcepersoner – hersker mange steder i det etablerede sundhedssystem. Det specialiserede sundhedsvæsen opleves i forlængelse af dette at have svært ved at håndtere de komplekse og ustabile forløb, der kendetegner mange udsatte borgers kontakt med sundhedssystemet.

Selv om brugerne af modelprojekterne åbenlyst hører til de socialt mest udsatte, så stilles der i projekterne spørgsmålstegn ved, om man har fat i den dårligst stillede halvdel af de socialt mest udsatte. Flere steder – hvor det opsøgende arbejde har fyldt meget – har man haft svært ved at 'rekruttere' de socialt mest udsatte, der hverken kommer på de etablerede væresteder eller færdes i de kendte alkohol- og misbrugsmiljøer. Derudover sætter mange aktiviteter i forbindelse med modelprojekterne et minimumskrav om tilknytning og engagement, hvilket ikke alle i målgruppen er indstillet på. Det er evaluators opfattelse, at hovedparten af de borgere, som benytter sig af aktiviteterne, i mange af projekterne hører til de mere velfungerende blandt de socialt udsatte, selv om der naturligvis også er eksempler på det modsatte.

En anden udfordring har været organiseringen og styringen af projekterne. Flere projektledere har oplevet, at opmærksomheden og prioriteringen af projektet har været lille hos styregruppemedlemmerne efter den umiddelbare opstart, hvilket har betydet, at potentialet i den på forhånd definerede samarbejdsmodel, der forpligter såvel kommune som værested/herberg mv., i flere tilfælde ikke er blevet indfriet. Formelt set er ledelsen forankret i en tværgående styregruppe med repræsentanter fra begge parter, men det reelle projektlederskab og -ejerskab er ikke altid ligeligt fordelt. Flere steder har det været til projekternes ulempe, at værestedet kun er blevet et appendiks til de øvrige kommunale tilbud rettet mod målgruppen, fordi kommunerne har manglet ejerskab for projekternes fremdrift og videre forankring. I forlængelse af dette kan det konkluderes, at projekterne ikke er blevet tilstrækkeligt integreret i den overordnede kommunale strategi for området, hvilket også vurderes at have en væsentlig betydning for, at projekternes erfaringer og idéer kun i begrænset omfang er blevet implementeret.

For mange projekter har det utvivlsomt været en stor gevinst, at de har været integreret i en etableret organisationsstruktur som et værested, men det afstedkommer også visse udfordringer. Mange oplever således, at det er vanskeligt at opretholde en fornuftig balance mellem projektarbejdet og den 'almindelige drift' af fx et værested. Dertil skal lægges, at der har været visse udfordringer ved at inkludere sundhedsfaglige personer i socialt kernearbejde på værestederne. De sundhedsfaglige medarbejdere har skullet indrette sig efter et miljø og en kultur, der har været noget ulig den, de fleste har været vant til. Det er dog evaluators vurdering, at der er blevet ydet en stor indsats for, at disse kulturforskelle ikke har skullet give unødige problemer, hvilket også har været hjulpet på vej af, at alle har følt det umiddelbare behov for at kunne give borgerne en bedre sundhedsfaglig hjælp. På trods af enkelte vanskeligheder med at få de sundhedsfaglige personer integreret er det derfor evaluators vurdering, at der generelt er kommet et væsentligt større sundhedsfagligt fokus på værestederne og i miljøet for de socialt udsatte som følge af projekternes ansættelse af sundhedspersonale.

2.1.7 Erfaringer fra modelprojekterne – perspektiver for indsatsen

Det gælder for flere af projekterne, at det har været en udfordring at diskutere projektets afvikling eller eventuelle udvikling, før det for alvor er kommet i gang. Desværre betyder det også, at flere projekter har manglet konkrete planer for hvordan og i hvilken form, projektets idéer skal føres videre. Planen hos de projekter, som har konkretiseret forankringsplanerne, har indebåret, at man har dyrket netværket og derved forsøgt at skabe varige samarbejdsrelationer mellem blivende etablerede aktører i sundhedssystemet og i det sociale system.

Enkelte kommuner er – afledt af erfaringerne fra projektperioden – begyndt at se på, om der er eksisterende tilbud i kommunerne, som vil kunne overtage den funktion, som de sundhedsfaglige medarbejdere i modelprojekterne har haft. Det drejer sig fx om SKP-ordning og Case Management-model.

2.2 Anbefalinger

- Modelprojekternes erfaringer bekræfter, at det mening også fortsat at arbejde med sundhedsfremme selv for meget udsatte borgere. Resultaterne viser entydigt, at brugerne både er motiverede og kan flyttes – hvad angår både viden, handlekompetencer og tilstand.
- Den sundhedsfaglige arbejdsfunktion i det sociale arbejde bør være kommet for at blive. Der er massivt behov for basal hjælp og somatisk sygepleje på de fleste væresteder for udsatte borgere, hvilket de sundhedsfaglige ressourcepersoner er med til at sætte fokus på, og mange brugere af sociale væresteder har brug for én, der kan støtte og fastholde dem i kontakten med det etablerede sundhedssystem.
- Enkeltstående sundhedsfremmende aktiviteter synes ikke at have en selvstændig effekt, men kan stadig anbefales at videreføre i et vist omfang, da de "som en del af det samlede tilbud" er med til at vække interessen og understøtte en positiv udvikling.
- Fokus bør være på udviklingen af de sunde rammer og de mere institutionelle betingelser for at arbejde med sundhed på sociale væresteder. Kompetenceudvikling hos medarbejdere, etablering af formaliserede netværk af professionelle.
- Reelt er idéen om at lave et samlet initiativ mellem væresteder og kommuner flere steder ikke ført videre end i den oprindelige projektbeskrivelse. Det har været en meget stor udfordring at sikre et reelt samarbejde mellem væresteder og kommuner. Konsekvensen har været, at flere af samarbejdsprojekterne i realiteten alene har været forankrede hos én af samarbejdspartnerne. Dermed har det ikke været muligt at udnytte den synergi og det potentiale, et samarbejde ville kunne give. Der kan være behov for i fremtiden at have mere fokus på denne problematik.
- Der er generelt behov for større forpligtelse til forankring og videreførelse af erfaringer efter endt projektperiode. Flere projekter oplever en decideret negativ effekt blandt brugere og samarbejdspartnere, når det går op for dem, at projektet ikke kører videre på trods af dokumenterede resultater. Skal man undgå projekttræthed hos både brugere og professionelle, kunne en løsning være at lave en gradvis nedtrapning af puljestøtte, mens kommunen finansierer driften i en overgangsperiode og/eller stille større og mere konkret krav til, hvordan kommunerne kan forpligte eventuelle samarbejdspartnere omkring projekterne til at understøtte indsatsen.

- I forlængelse af de to ovenstående anbefalinger er der behov for, at man allerede i forbindelse med ansøgningsprocessen forpligter ansøgerne til at udarbejde en realistisk implementeringsplan, der bl.a. indeholder konkrete bud på, hvordan projektet skal tænkes sammen med allerede eksisterende indsatser samt hvordan relevante fag- og forvaltningschefer kan kobles på projektet. Derudover er det naturligvis vigtigt, at modelprojekterne holdes op på løfterne om, hvordan de vil sikre bred forankring i fx faglig følgegruppe og styregruppe og bringe indsatsen 'fra projekt til drift'.

3. Status for projekterne

Dette kapitel gennemgår indledningsvist status for de otte modelprojekters indsatser med fokus på, hvad der i særlig grad kendetegner hvert enkelt projekt. Derudover beskrives kort, hvis der er sket væsentlige ændringer i de aktiviteter, som projekterne havde planlagt at gennemføre. I forlængelse af denne korte gennemgang beskrives de væsentligste udfordringer for en succesfuld gennemførelse af projekterne.

3.1 Status for gennemførelse af aktiviteter og indsatser

Det, der kendetegner de otte modelprojekters arbejde siden midtvejsevalueringen, er en indsnævring af fokus og øget prioritering af ressourcer ud fra, hvad man har fastsat, der har været projektets kerneydelse(r). Det øgede fokus har også medført en øget opmærksomhed på at samle erfaringer ind og dokumentere anvendte metoder, indsatser og aktiviteter samt de deraf følgende resultater.

Sundhed for alle i Fredericia Kommune har ifølge projektlederen haft fokus på at videreføre grundige helbredsundersøgelser efter en fast skabelon med den fast tilknyttede læge. Derudover har man fortsat med at gennemføre direkte sundhedsfremmende aktiviteter med KRAM-perspektiv – herunder særligt tilbud om sund mad og gratis motion. Særligt for projektet er også, at man har haft en fysioterapeut og en diætist fast tilknyttet projektet, hvilket har givet mulighed for en direkte overgang fra den lægefaglige undersøgelse og diagnosticering til et konkret og målrettet tilbud. Projektledelsen vurderer, at det ikke i det forventede omfang er lykkedes at opnå resultater afledt af motionsaktiviteterne på grund af manglende motivation for denne aktivitetsform hos målgruppen.

Sundhed på Gadeplan i Herlev Kommune har ifølge projektlederen haft som hovedformål, at udvikle metoder til opsporende arbejde af målgruppen af socialt udsatte – primært alkoholikere – samt at kortlægge sundhedstilstanden hos målgruppen med gennemførelsen af en sundhedsprofil. Derudover har tandlægebehandling, gå-med-funktion og tværsektorielt samarbejde været højt på dagsordenen.

Bænken og Hjørnet i Langeland Kommune har ifølge projektlederen bl.a. haft fokus på at kvalificere det opsøgende gadeplansarbejde i SKP-regi med en sundhedsfaglig dimension og styrke det tværfaglige samarbejde omkring målgruppen. Der er bl.a. udarbejdet en handlingsvejledning for SKP-ordningen. Derudover har man, ifølge projektlederen, gennemført direkte sundhedsfremmende aktiviteter med et KRAM-perspektiv og arbejdet med motiverende samtalemodeller.

Grib chancen i Lolland Kommune har ifølge projektlederen haft "Du Bestemmer"-metoden, som det bærende element. Gennem projektperioden har det udviklet sig fra meget fast strukturerede forløb til mere fleksible forløb og samtaler efter metoden. Derudover har projektet haft fokus på opsøgende arbejde med autocamperen "Den mobile café". Efter en træg start har den opsøgende funktion opnået øget kontakt til brugerne.

Lighed i sundhed og behandling i Odense Kommune har ifølge projektlederen haft sit centrum omkring sundhedsklinikken på varmestuen og den tilknyttede sygeplejerske. Der har været fokus på somatisk sygepleje, gå-med-funktion og øvrigt brugerorienteret brobygningsarbejde samt på kortlægning af sundhedstilstanden. Derudover har projektet haft tilknyttet fod-, fysio- og zoneterapeut, der har bidraget til umiddelbar behandling. Projektet er ifølge projektlederen ikke lykkedes med at få et udbytte af samarbejdet med for-sorghjemmet St. Dannesbo på grund af mangelfuld kommunikation.

Sundhedsprojektet ved Perron 4 i Randers Kommune har ifølge projektlederen haft udgangspunkt i sundhedsklinikken på det kommunale værested Perron 4, hvor der har været en fast sygeplejerske tilknyttet. Ud over somatisk sygepleje har sygeplejersken gennemført brobygningsarbejde efter gå-med-metoden og stået for motionsaktiviteter. Derudover er der, ifølge projektlederen, gennemført kompetenceudvikling for medar-

bejderne på værestedet af lokale praktiserende læger, lige som der er udarbejdet faste skabeloner for kontakt til sundhedssystemets somatiske akutfunktioner som redskab til at opnå kvalitet i henvendelserne.

En sundhedsplatform i det sociale arbejde i Silkeborg Kommune har ifølge projektlederen haft fokus på den koordinerende og ledsagende funktion i forhold til konkrete brugersager. Derudover har projektet haft et udvidet samarbejde med behandlingspsykiatrien og faciliteret arbejdsgrupper med fokus på bl.a. dobbeltdiagnose og hepatitisbehandling. Generelt har projektets sygeplejerske opdyrket et meget bredt og tværfagligt netværk af relevante aktører, som det dog ikke er lykkedes at forankre med konkrete samarbejdsaftaler – ifølge projektlederen på grund af den manglende ledelsesmæssige forankring af projektet.

Kirkens Korshærs Sundhedsprojekt i Aalborg Kommune har ifølge projektlederen haft fokus på direkte sundhedsfremmende aktiviteter med udgangspunkt i værestedet på en gård lidt uden for Aalborg. Der er kun i begrænset omfang afholdt direkte sundhedsfremmende aktiviteter uden for det nære område omkring gården. Derudover har den tilknyttede SOSU-hjælper understøttet det brugerorienterede brobygningsarbejde ud fra gå-med-metoden. Der er arbejdet meget med motiveringsteknikker og brugerinddragelse i aktiviteterne.

3.2 Væsentligste udfordringer i projekterne

I midtvejsrapporten fra efteråret 2009 blev der beskrevet en række klassiske projektopstartsvanskeligheder – som fx rekruttering af de rigtige medarbejdere til en ny projektbemanding, mangelfuld kommunikation og koordination mellem samarbejdspartnere, den praktiske omsætning af teoretisk inspirerede projektidéer samt en uklar organisering – der suppleret med en sygeplejerskestrejke medførte, at de fleste af modelprojekterne oplevede den indledende fase som lidt træg og svær. Hovedparten af disse udfordringer er nu taget af dagsorden, men der er et par enkelte områder, som helt frem til projekterne afslutning har udfordret enkelte af projekterne.

De følgende afsnit beskriver de forhold, som projektlederne selv beskriver, som de mest betydningsfulde udfordringer i gennemførelsen af de otte modelprojekter.

3.2.1 Organisering og styring af projekt

Udgangspunktet for alle modelprojekter har været, at de skulle gennemføres i et konkret samarbejde mellem en kommune og et værested/herberg eller lignende. Der er dog stor forskel på, hvordan dette 'samarbejde' i realiteten er organiseret. Som udgangspunkt er det lykkedes bedst i de projekter, hvor værestedet var kommunalt forankret, men også her oplever projektmedarbejdere og – ledere i enkelte projekter, at projektet har manglet ledelsesmæssig forankring, fordi der hverken var fuldt ejerskab i den decentrale enhed eller i den centrale sundheds-/socialforvaltning.

Det er dog særligt i de projekter, hvor værestedssamarbejdspartneren har været en privat organisation, at projekterne har manglet opbakning og deltagelse fra kommunen. I flere tilfælde opleves det af projektledere og projektmedarbejdere, at have de konsekvenser, at projektet kun i begrænset omfang bliver integreret i den overordnede strategi for området.

"Vi har aldrig haft nogen med fra kommunen til møderne, ligesom de andre projekter har haft det til fællesmøder mellem projektdeltagere. Det er lidt sølle, synes jeg.

Citat fra projektledelse, Odense

I flere tilfælde giver projektlederne udtryk for, at det manglende samarbejde i den bredt sammensatte styregruppe er startet som en praktisk foranstaltning, fordi det har vist sig vanskeligt at dele ejerskabet og initiativet i den daglige drift, men at det udviklet sig til at være et projekt, som enten er styret udelukkende fra centralt hold eller udelukkende fra værestedet. Særligt to af projektlederne – fra private organisationer – giver udtryk for, at de i for lille grad er blevet holdt op på satspuljeprojektets grundpræmis om, at det skulle være et rendyrket samarbejdsprojekt med de styrker og udfordringer, det nu ville give.

Den smalle organisatoriske forankring i flere af projekterne vurderes af projektlederne primært at have en betydning i forbindelse med den diskussion af forankrings- og implementeringsmuligheder, som er foregået i projektperiodens sidste halvdel.

"Det er vores opfattelse at projektet bliver værdsat, men ikke at det bliver prioriteret i kommunen [...] Kommunen var aktiv omkring projektskrivning, og i ansættelse af projektmedarbejder. Herefter er næsten alt arbejde udført af projektmedarbejder og af leder i [privat værested]."

Citat fra projektledelse, Odense

Også i andre projekter opleves det af projektmedarbejdere og –ledere at have konsekvenser for implementeringsmulighederne, hvis der mangler opbakning fra den øverste ledelse. Fra særligt ét projekt er det erfaringen, at manglede ejerskab og engagement omkring projektet kan forplante sig videre til medarbejdere på værested og centrale samarbejdspartnere, hvilket forringer muligheden for at tænke projektets idéer og erfaringer videre ud over projektperioden.

"Der har været nogen modstand hos os, for enhver form for forandring er farlig. Men man kunne også have været bedre til at modvirke modstanden. Projektet er ikke noget, cheferne kender til. Jeg hørte en anden uden for huset, der sagde, at det er ligesom, når man har fået projektet, så mister man interessen. Vores chef er dygtig til at få projekterne hjem, og han er visionær, men han er ikke god til at implementere det eller tænke det i praksis.

Citat fra projektmedarbejder, Fredericia

3.2.2 Opbygning af sunde rammer og opkvalificering af medarbejdere

I alle modelprojekter har opbygningen af sunde rammer for indsatsen været blandt formålene. Flere steder giver projektlederne dog udtryk for, at man er blevet udfordret af den kultur, som har været at finde på mange væresteder i forhold til fx maden, rygepolitikken og de forventninger man kan tillade sig at stille til både brugere, frivillige og ansatte på væresteder og varmestuer.

Det er et grundlæggende princip i værestedsarbejdet de fleste steder, at varmestuer og væresteder er et frirum for de forventninger, krav og regler, der møder mange socialt udsatte borgere i samfundet. Der har derfor også flere steder været en vis modstand mod indførelse af rygeregler, sundere alternativer i køkkenet og øvrige ændringer af rammerne, som kan mindske det frirum brugerne tilbydes. Der er blandt projektlederne enighed om, at det ikke den grundlæggende frirumstanke på væresteder, der udgør den største barriere, men derimod indgroede vaner og manglende forandringsvillighed hos såvel frivillige og medarbejdere som brugere.

Personalet har haft svært ved at skjule deres utilfredshed. "Hvem gider lave noget med kål...!" Jeg kunne godt efterlyse lidt mere professionalisme hos personalet, så de kunne skjule deres private holdninger. Køkkenpersonalet er ikke faglært, hvilket gør det sværere at gennemføre og fastholde forandringer. De har lidt tendens til at falde tilbage til gamle vaner.

Citat fra sundhedsmedarbejder, Fredericia

"Vi taler meget om værdier og holdninger i dagligdagen, og hvordan vi motiverer brugerne til at tage imod tilbuddene i varmestuen. Vi skal agere i rummet mellem at lade folk komme her, men også at det ikke

bliver en sovepude for ikke at tilbyde dem hjælp.”

Citat fra projektledelse, Odense

De fleste projektledere angiver da også, at der er sket en stor udvikling gennem projektperioden, og at sundhed i langt højere grad end tidligere er blevet en del af de deltagende væresteders kultur og image. Både projektledere og -medarbejdere oplever, at der hos mange brugere er en vilje og motivation for at tænke sundhed ind i værestedets rammer, når den første modstand har lagt sig.

”Der er sket en del i forhold til at få sundhed på dagsorden inden for det felt, der ikke arbejder så meget med sundhed bevidst.”

Citat fra projektleder, Langeland

”Det unikke, som er sket, er at sundhed er blevet en naturlig del af værestedets image, og brugerne vil det selv. Kulturen har helt klart ændret sig!”

Citat fra sundhedsmedarbejder, Odense

Medarbejderne på værestederne har, som tidligere nævnt, en væsentlig rolle i at understøtte den kulturforandringsproces, hvorfor der også i mange projekter er blevet gennemført kompetenceudviklingsforløb målrettet medarbejderne. Kompetenceudviklingen kan både være i form af deciderede kursus- og undervisningsforløb i sundhedsrelaterede emner og konkrete metoder gennemført af eksterne undervisere, enkeltstående oplæg om faglige emner samt overlevering af den viden og de erfaringer, som den sundhedsfaglige medarbejder typisk bringer med ind i modelprojektet.

Såvel projektledere som sundhedsmedarbejdere og projektmedarbejdere giver udtryk for, at det er et vigtigt bidrag til understøttelse af en kulturændringsproces og opbygningen af nogle sundere rammer for den socialfaglige indsats, at alle medarbejdere står på samme faglig platform og har en fælles referenceramme i det daglige arbejde.

”Vi har haft nogle læger forbi og fortælle om sygdomme. Det var rigtig givende, og man kunne spørge ind til mange ting. Det har givet en god erfaring. Det fælles fundament betyder noget.”

Citat fra projektmedarbejder, Randers

En anden grund til, at projektlederne finder det afgørende at give medarbejderne et fælles fagligt fundament, er, at medarbejderne også fungerer som katalysatorer for motivationen til at foretage ændringer hos brugerne. Medarbejderne er rollemodeller og deres engagement og adfærd har, ifølge projektmedarbejderne en direkte afsmittende effekt på brugerne.

”Medarbejderne er vigtige. Det, de brænder for, er vigtigst. Man kan motivere brugerne til hvad som helst. En rollemodels ting. Medarbejderne trækker forskellige brugere med. Det er vigtigt i arbejdet ikke at være for formanende over for dem. Det er den bedste motivation. Tvang virker ikke.”

Citat fra projektledelse, Randers

3.2.3 Forpligtigelse og ansvar hos samarbejdspartnere

Modelprojekter har, ifølge projektlederne, haft en vedvarende opgave med at sikre, at de relevante samarbejdspartnere lever op til den forpligtelse for projektets fremdrift og forankring, som i hvert fald de samarbejdspartnere, der står direkte nævnt i projektbeskrivelserne, har.

Erfaringen, udtrykt af flere projektledere, er, at det er altafgørende at sikre, at samarbejdsrelationen er understøttet af ledelsesmæssig opbakning. Både i forhold til at sikre engagement og ejerskab hos medarbejdere, der er travlt beskæftiget deres øvrige primære opgaver, og i forhold til at sikre at relationen overordnet bliver prioriteret og vedligeholdt.

"Hvis man fra start siger, at det er noget, der forlanges, at medarbejderne og stedet går ind i det, så tror jeg at implementeringen var gået lettere. Det skulle komme oppefra frem for komme fra mig som kollega, for jeg skal stadig have det gode kollegaforhold."

Citat fra projektleder, Fredericia

"Netværket bestod af medarbejdere og ikke ledere, men der var ingen, der tog initiativ til det næste møde. Der er ikke samme kultur for den slags netværksmøder blandt assistenter."

Citat fra projektledelse, Odense

I forlængelse af ovenstående er det en yderligere komplikation, at mange samarbejdspartnere, ifølge flere projektledere, oplever en vis 'projekttræthed', der er afledt af de mange udviklingsprojekter, der enten skal være med til at sikre en bedre og mere koordineret tværfaglig og –sektoriel indsats, eller som direkte omhandler kvaliteten af tilbud til de socialt mest udsatte. Projektlederne giver udtryk for, at de godt kan forstå, at enkelte samarbejdspartnere er skeptiske over for at lægge al for stor en indsats i et projekt, der kan risikere at få en brat afslutning, når projektmidlerne stopper.

"Mange føler, at der er en projekttræthed. Der er mange projekter i kommunen, og hvor skal vi lige hen? Det er en stor barriere. Vi er blevet præsenteret for mange projekter omkring denne målgruppe."

Citat fra projektledelse, Randers

3.2.4 Delkonklusion

De otte modelprojekter har gennem sidste halvdel af projektperioden haft fokus på en yderligere indsnævring og prioritering af indsatsen. Dette har givet en større bevidsthed om projekternes kerneydelser, hvilket også har været en væsentlig forudsætning for at generere tunge argumenter for forankring og implementering af indsatsen.

Den væsentligste udfordring for mange af projekterne har dog været, at de ikke har haft den ledelsesmæssige opmærksomhed og prioritering, som man kunne have forventet med Sundhedsstyrelsens krav til bred organisatorisk forankring hos både kommune og værested/herberg mv. Særligt i forankringsprocessen og i arbejdet med at sammentænke projektet med de øvrige kommunale indsatser for målgruppen har flere projektledere savnet forvaltningens opmærksomhed.

Ledelsesmæssig fokus og opbakning har også i flere tilfælde været savnet i det daglige arbejde, hvor den sundhedsfaglige tilgang har skullet integreres i det sociale arbejde. Det kræver proaktive udmeldinger fra ledelsen om, at ser tværfagligt samarbejde som afgørende for at skabe et bredere og bedre tilbud til målgruppen, og selv om det indebærer ændringer i den måde, man normalt gør tingene på.

4. Indsatser og aktiviteter

4.1 Indsatser

I dette afsnit beskrives de forskellige typer af indsatser, som modelprojekterne har præsenteret deltagerne i deres målgruppe for. Gennemgangen holdes på et overordnet niveau, og ønskes der en større detaljeringsgrad i gennemgangen af indsatser og aktiviteter, henvises til projekternes statusrapporter eller til midtvejs-evalueringen. Udvalgte metodebeskrivelser samt erfaringer og resultater med de beskrevne indsatser og aktiviteter vil være at finde i rapportens kapitel 5 og 6

4.1.1 Direkte sundhedsfremmende aktiviteter

I puljens udmøntningsmateriale lægges vægt på, at aktiviteterne skal danne ramme for fællesskaber og forandringsmiljøer for målgruppen. Flere af projekterne har inden for de rammer initieret en række klassiske KRAM-aktiviteter, hvor bevægelsesaktiviteter og indsatser med fokus på kost og ernæring i mange tilfælde har været den primære indgang, som brugerne har kunnet benytte til projektet. Prioriteringen af disse aktiviteter synes at være afgjort af, at det dels er aktivitetsformer, som rammer den bredeste fællesnævner hos brugerne, dels er aktiviteter, som kan skubbes i gang af de fleste projektmedarbejdere.

De skal kunne mærke en effekt her og nu. Noget, der kommer dem til gode om 20 år, er de totalt ligeglade med! Det er meget markant med denne målgruppe.

Citat fra sundhedsmedarbejder, Fredericia

For størstedelen af projekterne har der været fokus på kostordningerne. Mange af de væresteder og lignende, der danner ramme om modelprojekterne, har i forvejen et køkken og tilknyttet (i vist omfang frivilligt) køkkenpersonale. Udfordringen har været både at sikre det sunde alternativ, hvor brugerne fx får mere varieret, fiberrig og sund mad, samtidig med at man kan tilbyde det traditionelle tunge måltid til de underernærede borgere, hvor det måltid måske udgør dagens eneste. Mange steder har man i projektperioden – eller i dele af den – valgt at tilbyde maden gratis, hvilket tiltrækker en masse brugere og sikrer en uformel og let indgang til modelprojektet. Det er ikke en type tilbud, der kræver megen viden eller aktivitet fra brugerne, hvilket helt sikkert er med til at gøre madtilbuddene meget populære.

Langt hovedparten af projekterne har også igangsat tilbud om fysiske aktiviteter. Tilbuddene varierer meget både i indhold, form og prioritet og dækker over flere kendte og lettilgængelige bevægelsesaktiviteter som fodbold, stavgang, badminton, hockey og meget andet. For at sikre opbakning til aktiviteterne har man i de fleste projekter gjort meget for at tilpasse tilbuddene til brugernes evner og ønsker, da det giver ejerskab for aktiviteten hos brugerne. Hos nogle projekter er der derfor overskud til at tage imod brugernes forslag om for eksempel golf, svømning eller bowling, hvor andre projekter begrænser sig til gåture. En udfordring i tilrettelæggelsen af aktiviteter kan være det meget forskellige funktionsniveau, borgerne har,

Hvad angår aktiviteter på de øvrige KRAM-faktorer, så har man flere steder gennemført rygestopforløb, hvilket der har været relativt stor efterspørgsel efter – men generelt også lav succesrate. Derudover har enkelte projekter haft brugerundervisning, hvor man fx i de trygge rammer på et værested har haft en åben diskussion/spørgetime omkring sundhedsrelaterede emner – som fx konsekvenser ved misbrug, ernæringens betydning for energi, sårheling mv., og hvad der ellers fyldte noget for borgerne den dag.

” Det at man rykker ud og gennemfører undervisningen på deres præmisser, det hjælper. Og så var det en meget dialogbaseret undervisning, hvor vi som sygeplejersker kunne byde ind med faglig viden ud fra, hvad brugerne sagde.”

Citat fra sundhedsmedarbejder, Silkeborg

Ud over gennemførelsen af KRAM-aktiviteter, så er der hele terapi- og behandlingselementet, som projekterne også har faciliteret en del af i deres regi. Ud over den sundhedsfaglige hjælp, rådgivning og sparring, som den sundhedsfaglige medarbejder giver, så tilbyder de fleste projekter aktiviteter som fodpleje, fysioterapi, zoneterapi, afspændingsterapi som fx NADA mv. Disse tilbud giver – ud over de direkte fysiologiske gevinster på kredsløb, bevægeapparat, fordøjelse mv. – brugerne en oplevelse af velvære, som de eller sjældent har.

Endelig er der flere projekter, som har gennemført en række forløb som ”Du bestemmer”, der i mere bred forstand har fokus på, hvad der har betydning for brugernes trivsel og psykiske såvel som fysiske sundhed.

En hovedudfordring i projekterne er, hvordan der i tilrettelæggelsen skabes sammenhæng mellem de aktiviteter, der indgår i forløbet. I nogle projekter er sammenhængene defineret ud fra en bestemt metode eller et bestemt koncept som fx ”Du bestemmer” eller ”den anerkendende tilgang”. I disse forløb supplerer individuelle samtaler og gruppesamtaler hinanden i bearbejdningen af brugernes problemer, men i størstedelen af projekterne er det sværere at identificere en egentlig rød tråd i de direkte sundhedsfremmende aktiviteter. Der mangler flere steder en overordnet og veldefineret ramme for aktiviteterne som helhed samt overvejelser om, hvordan de enkelte aktiviteter virker i sammenhæng med hinanden. Det er erfaringen blandt de projekter, som arbejder med veldefinerede metoder og en fast forståelsesramme, at det giver en større bevidsthed om og refleksion over de små valg, der hele tiden træffes i arbejdet med målgruppen, men at man samtidig ikke kan forvente, at der kan handles efter ufravigelige skabeloner i socialt arbejde.

4.1.2 Helbredsundersøgelser/-samtaler

Helbredsundersøgelser gennemføres i en eller anden form i alle otte modelprojekter. Fælles for undersøgelserne – der også går under betegnelserne helbredssamtaler, helbredsscreeninger og sundhedstjek – er, at de har til formål at identificere og kortlægge sundhedsrisici hos målgruppen og dermed tilvejebringe et grundlag for, at de kan tilbydes eller henvises videre til den behandling, de har behov for.

Helbredsundersøgelserne indgår som et centralt element i de fleste af modelprojekterne. De fleste modelprojekter har ansat en eller flere sundhedsfaglige medarbejdere – SOSU-hjælpere, sygeplejersker eller læger – som står for gennemførelsen af helbredsundersøgelserne, der skal sikre, at hver borger får tilbudt de nødvendige behandlinger. Tanken bag samtalerne er også at afdække brugernes ønsker til sundhedstilstand og opstille realistiske forventninger hos brugerne til, hvad de kan opnå.

Der er stor forskel på, hvordan projekterne har grebet helbredsundersøgelserne an. Hovedparten af projekterne har valgt en tilgang, der i højere grad har præg af at være en struktureret sundhedssamtale, og det kan der være mange gode grunde til. Fx er mange brugere i målgruppen utrygge ved helbredsundersøgelsen, hvilket både kan skyldes dårlige erfaringer fra tidligere møder med sundhedssystemet og bange anelser om hvilket billede, en tilbundsående helbredsundersøgelse vil tegne af deres helbred. Går man for hårdt til værks fra starten, vil helbredsundersøgelsen miste den tillidsskabende funktion, den bl.a. også var tiltænkt, og det vil måske endda kunne skræmme brugeren væk fra andre aktiviteter, der relaterer sig til sundhedsprojektet.

Typisk indebærer de varianter af helbredsundersøgelsen, der har mere præg af en struktureret sundhedssamtale, at projektets sundhedsfaglige medarbejder fører en samtale med brugeren med udgangspunkt i et afkrydsningsskema, som er udfærdiget specielt til formålet i de enkelte modelprojekter. I nogle tilfælde bliver det ved samtalen, men samtalerne kan dog også føre til undersøgelser af for eksempel blodsukker, BMI, blodtryk mv. Selv om en helbredsundersøgelse tager den mere uformelle form, er det vurderingen, at den stadig gribes grundigt og systematisk an og typisk tager afsæt i en fast skabelon, der skal sørge for, at alle aspekter af borgerens tilstand belyses.

Der er også projekter, som anvender en yderst formaliseret og grundig tilgang til helbredsundersøgelserne. I et af projekterne er det en praktiserende læge, som er særligt tilknyttet modelprojektet, der udfører undersøgelserne. Projektet ønsker på den måde at opbygge brugernes tillid til sundhedssystemet – igen ved, at brugerne får kontakt til en læge, da mange af dem ikke har tillid til deres egen læge. Udgangspunktet for denne lidt mere tilbundsående helbredsundersøgelse er, brugeren fortæller om evt. gener og tidligere sygdomshistorik. Derefter har den sundhedsfaglige medarbejder spurgt ind til hvert organsystem fra hoved, lunger, mave, bevægeapparat, evt. symptomer. Efter at brugeren har haft lejlighed til at fortælle, så følger en mere objektiv undersøgelse

”Jeg gennemgår brugerne fra top til tå: Paraklinisk undersøgelse, kortlægning af vægt, højde, undersøgelse af kønssygdomme, en gynækologisk undersøgelse med celledyrkning, og masser af blodprøver med en bred screening for infektionstal, på nyrer og lever, kolesterol, hæmatologi, blodceller, vitaminstatus osv.”

Citat fra sundhedsmedarbejder, Fredericia

Opfølgningerne på disse undersøgelser sker som standard en måned efter første undersøgelse, hvor lægen har modtaget svar på prøverne, og brugeren igen kaldes til samtale.

4.1.3 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Flere projektmedarbejdere fortæller, at mange væresteder, herberger og lignende tidligere i et vist omfang har fungeret isoleret fra det formelle system og har været drevet af ildsjæle. Selv om der også er mange steder, hvor værestederne allerede er en integreret del af det samlede tilbud, der gives udsatte borgere, så var en af ambitionerne med projektet, at der skulle opnås et samarbejde tættere med de mere formelle tilbud, herunder det etablerede sundhedssystem og sociale samt socialpsykiatriske kommunale tilbud.

Projekterne har i deres kvartalsvise udfyldelse af logbøger angivet hvilke aktiviteter, de har afholdt, og hvilke aktiviteter, de har fundet vigtigst i etableringen af relationer og et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Disse aktiviteter spænder meget bredt, men der er dog tre aktivitetsformer, som går igen: faglige temadage og kurser, netværksmøder samt sparring om konkrete brugerforløb.

De faglige arrangementer i form af kurser, temadage og workshops har bl.a. omhandlet temaer som dobbeltdiagnosepatienter, misbrug, afslusning samt inddragelse af frivillige, medarbejdere og samarbejdspartnere i indsatsen. Projekterne har ligeledes afholdt adskillige netværksmøder med samarbejdspartnere og andre interessenter, som indgik i et fagligt interessefællesskab, som eksempelvis praktiserende læger samt ansatte på sygehuse, psykiatriske afdelinger, misbrugscentre, i hjemmeplejen og i kriminalforsorgen. Endelig har projekterne et kontinuerligt samarbejde om brugere, der har behov for behandling, rådgivning eller noget helt tredje.

”Vi har holdt halvårslige temadage med gruppen, der knytter sig til dobbeltdiagnosticering. Der har også været undervisningsseancer, hvor vi har inviteret på kryds og tværs – også parter, man måske ikke lige ville tænke ind i samarbejdet, men som kunne være relevante. Men grundstenen for vores kommunikation har meget været på brugersagerne, når man sidder med en konkret sag.”

Citat fra sundhedsmedarbejder, Silkeborg

Der har overordnet været en række målsætninger med aktiviteterne og netværkssamarbejdet. For det første er der den konkrete målsætning om at sikre brugerne et bedre og mere helhedsorienteret tilbud ved at inddrage samarbejdspartnere med særlig viden på et felt i koordinering og afholdelse af en direkte sundheds-

fremmende aktivitet. For det andet har målet været at udbrede kendskabet til projektet i den brede kreds af interessenter og samarbejdspartnere samt at øge personalets og interessenters forståelse for målgruppen. For det tredje har der været en ambition om at videndele, erfaringsudveksle og kvalitetssikre, hvilket blandt andet har været tilfældet i forbindelse med afholdelse af temadage og møder mellem personale og interessenter.

Det netværkssamarbejde, som har været bundet op på konkrete brugerforløb, beskrives mere udførligt i afsnit 5.1.3, der omhandler gå-med-funktionen, som de fleste sundhedsfaglige medarbejdere har haft som en væsentlig del af deres ansvarsområde.

4.2 Delkonklusion

Projekternes erfaring med tilrettelæggelsen og prioriteringen af indsatsen viser, at direkte sundhedsfremmende aktiviteter – typiske KRAM-aktiviteter med fokus på fx bevægelse og ernæring – nok kan være en god indgang til projektet for mange brugere, profilere projektet i en verden med mange forskellige projekter og tilbud samt sætte fokus på de sundhedsfaglige aspekter i socialt arbejde, men at det ikke for alvor er det, som alene rykker ved brugernes generelle sundhedstilstand.

Derimod har projekternes brobygningsindsats til det etablerede sundhedssystem – der i særlig grad er blevet drevet fremad af projekternes sundhedsfaglige medarbejder – fået større fokus, fordi man har oplevet, at det i vid udstrækning er her, behovet er. I de fleste projekter er den brugerorienterede brobygning blevet suppleret af en bredere indsats for at opbygge en samarbejdsmodel og en større forståelse på tværs af sektorer og fagligheder, men det er dog ikke dette aspekt af netværksarbejde, som har haft højeste prioritet.

Endeligt er der i alle projekter gennemført helbredsundersøgelser, som i alle projekter har haft til formål at identificere og kortlægge sundhedsrisici hos målgruppen og dermed tilvejebringe et grundlag for, at de kan tilbydes eller henvises videre til den behandling, de har behov for. Derudover er der dog store forskelle på tværs af projekterne, hvad angår den tyngde, undersøgelserne/samtalerne har.

5. Metoder i modelprojekternes arbejde

Dette kapitel beskriver, hvordan modelprojekterne har arbejdet med metodeudvikling gennem projektperioden, og giver nogle konkrete eksempler på metoder, der har udfyldt en særlig rolle i enkelte eller flere af projekterne.

5.1 Metodearbejdet i praksis

Der har gennem hele projektperioden været stor fokus på metodeudvikling. Formålet er at bidrage med viden om, hvad der skal til for at nå og fastholde de socialt mest udsatte i sociale og sundhedsfremmende tilbud. Et gennemgående resultat af projektet har været, at der er opnået en større bevidsthed på alle niveauer om, at der skal nye metoder til, hvis man vil ændre noget for de socialt mest udsatte borgere.

Det er dog evaluators vurdering, at projekterne i deres vægtning af teori og praksis primært lægger vægten på den praktiske tilgang til arbejdet, og at mange projektmedarbejdere anvender (fagligt velfunderet) intuition i deres tilgang til brugerne. Selv om der har været stor fokus på udvikling og afprøvning af metoder, så oplever mange medarbejdere til stadighed, at det er vanskeligt at sætte ord på de ting, de gør, fordi det ligger på rygraden.

”Det er svært at sætte ord på metoderne, da de ikke opleves som metoder, men som en integreret del af én selv”

Citat fra projektmedarbejder, Odense

Omvendt er der også modelprojekter, hvor projektleder eller nøglepersoner nævner, at de arbejder ud fra en egentlig teoretisk tilgang i planlægningen af deres aktiviteter, hvilket fx er tilfældet i det projekt, der anvender ”Du bestemmer”-forløb som et meget fast koncept og en teoretisk tilgang, som både brugere og medarbejdere er blevet undervist i.

Andre projekter anvender fx Gardners teori om multiple intelligenser, den anerkendende tilgang (AI-modellen), Miller og Rollnicks Motiverende samtale og Revstedts Motivationsarbejde som overordnet teoretisk ramme for deres tilbud. Gennemgående for projekterne er, at de lægger vægt på, hvad den enkelte bruger efterspørger og finder relevant for dennes position. Projekterne presser ikke en teoretisk tilgang ned over projekterne eller brugerne. For denne udsatte målgruppe kan det være en klar fordel, at de fagprofessionelle ikke står med en teoretisk værktøjskasse og en fast skabelon for indsatsen, men overlader initiativet til brugerne selv.

I de følgende afsnit beskrives en række af de metoder, som modelprojekterne har gjort sig særlige erfaringer med, har været anvendelige gennemprojektperioden.

5.1.1 Små skridts-metode

Den grundlæggende tilgang til arbejdet på mange danske væresteder præsenteres af Landsforeningen af VæreSteder som "De små skridts metode"⁵. Denne tilgang, som også har udbredt opbakning i alle otte modelprojekter, indebærer, at brugerne understøttes i at kunne tage små skridt i den rigtige retning. I sin grundtanke indeholder tilgangen et paradoks om, at det ikke at stille for store krav til forandring hos brugerne i sig selv kan være med skabe forandring.

Erfaringerne fra modelprojekterne viser, at der er en række forudsætninger, som gør sig gældende, hvis indsatsen efter "De små skridts metode" skal lykkes. Den første forudsætning er, at værestedet skal være et fristed fra "systemet". Konkret indebærer det i modelprojekterne, at brugerne tilbydes en mere uforpligtende indgang til at snakke om og gøre noget ved sundhedsfremme, end det etablerede sundhedssystem kan tilbyde. Sundhed er hverken noget, man skal bestille tid til at tale om i sundhedsmedarbejderens konsultation, eller noget der nødvendigvis forpligter brugeren til umiddelbar handling. Sundhedsmedarbejderne erfarer, at det giver større virkning, når brugeren selv kan sætte tempoet, så behandlingen tager afsæt i borgerens udtrykte motivation for handlen.

Den anden forudsætning er, at modelprojekternes sundhedsmedarbejdere skal have fokus på, hvad der fylder noget for brugeren, og hvad der derfor er vigtigst at tage hånd om først i den videre indsats. Flere sundhedsmedarbejdere giver udtryk for, at det er vigtigt at fastholde overfor brugerne, at opnåelsen af selv små mål kan være det, der i sidste ende bidrager til varige ændringer. Ofte oplever medarbejderne, at brugerne har for urealistiske ambitioner og vil for meget på én gang. Konkret betyder det, at indgangen til at snakke sundhedsfremme ofte er den sociale indsats, hvor personalet – og især de sundhedsfaglige medarbejdere – fokuserer på emner som fx manglende selvværd eller ensomhed, der kan være barrierer for at arbejde med sundhedsfremme. Flere brugere giver udtryk for, at det er en styrke, at modelprojekterne har valgt denne tilgang til sundhedsfremme, som brugerne ikke er vant til fra det etablerede sundhedssystem.

"Jeg går meget op i, at de skal sætte sig små realistiske mål, som de kan få succesoplevelser ud af. De har dog tit nogle urealistiske forestillinger om, hvad der skal til for at ændre noget. De forsøger tit at overkomme for meget på én gang. Min erfaring er, at selv én lille rigtig ting kan have en stor effekt."

Citat fra sundhedsmedarbejder, Fredericia

"Jeg har en datter på 19, jeg ikke tidligere har set, men som nu kommer forbi. Det vil jeg ikke miste. Men at man skal så meget igennem for at åbne øjnene... Så det skal nok komme, jeg har heller ikke så travlt denne gang, som jeg har haft de andre. Lige så snart det gik godt, havde jeg for travlt i processen. Nu tager jeg et skridt af gangen."

Citat fra bruger, Fredericia

Den tredje forudsætning – som man i modelprojekterne har erfaret er vigtigt for, at brugerne kan udvikle sig med små skridt – er, at der tænkes i en helhedsorienteret indsats. På tværs af alle modelprojekterne er konklusionen blandt projekternes medarbejdere, at de socialt mest udsatte har meget komplekse problemstillinger, og søger man kun at afhjælpe et isoleret problem, vil det ikke nødvendigvis hjælpe brugeren på længere sigt. I flere projekter indtager den tilknyttede sundhedsmedarbejder derfor også en koordinerende rolle ift. alle de professionelle aktører, som brugerne er i berøring med. Erfaringen er, at det kan være en krævende

⁵ Landsforeningen af VæreSteder (2009). *De små skridts metode – et stort skridt i den sociale indsats*.

Jourdan, Michael & Ole Thisgaard (2008). *Hjælpekunst og de små skridts metode – version 1.0*. Fredericia: Landsforeningen af VæreSteder.

og langsommelig proces, men at det er nødvendigt for at fjerne eller mindske de barrierer, der er for, at en bruger fx kan gøre noget ved sit misbrug, dårlige kostvaner, rygning eller lignende.

"Jeg synes i høj grad, at man skal tage *små skridt*. Når man fx snakker med dem om, hvad de vil den næste måned, så kan de ikke overskue det. Men *små skridt* handler også om at støtte op om det ikke-sundhedsfaglige. Fx at hjælpe med rudekuverter og sådan noget [...] Det er de der samtaler om små ting, der rykker, tror jeg."

Citat fra projektledelse, Fredericia

En fjerde forudsætning er, at brugerne inddrages og involveres og har indflydelse på hvilke sundhedsfremmende aktiviteter, der gennemføres. Det er den udbredte opfattelse blandt både projektledere og -medarbejdere, at det er afgørende for brugernes motivation for at deltage i sundhedsfremmende aktiviteter, at de selv har haft mulighed for at få indflydelse på, hvad de skal lave. Brugerinddragelsen viser, ifølge medarbejderne, at man tager deres ønsker alvorligt, og at man laver de sundhedsfremmende initiativer for deres og ikke for 'systemets' skyld.

"Formålet [med "De Små Skridts Metode"] er at tænke, at det ikke kun handler om afholdenhed og et mindre misbrug, men at det også handler om andre ting. Så vi kan stadig snakke med nogen, der stadig drikker, men nu har de fået nye tænder. Én, der har haft 5 rådne tænder, har nu fået nye, hvilket giver selvtillid, mulighed for at spise og lyst til livet. Det er også en succes, selvom han stadig drikker."

Citat fra sundhedsmedarbejder, Silkeborg

"Det er en meget langsommelig proces at gå i gang med at hjælpe med fx kostforandringer. Deltagerne har så indgroede vaner, samtidig med at mange ikke har overskud mentalt til selv små forandringer. Vi mener dog stadig, at det rykker noget at have fokus på området. Nu er sundhed ikke længere et tabu, som det tidligere var på stedet. Der var næsten skruebrækkerstemning, hvis nogen tog en gulerod frivilligt."

Citat fra projektledelse, Aalborg

5.1.2 Sundhedsfaglig person i socialfagligt arbejde

Behovet for at bringe sundhedsfaglighed ind i det socialfaglige arbejde med socialt udsatte er ifølge både projektmedarbejdere og samarbejdspartnere et af de tydeligste resultater af arbejdet i modelprojekterne. Målgruppen af socialt udsatte har typisk så mange fysiske skavanker og sundhedsmæssige udfordringer, at værestedsmedarbejdere må forholde sig til det – uanset om der er ansat en sundhedsfaglig person eller ej.

"Inden projektet brugte jeg praktisk talt 30 ud af 37 timer på at udfylde den rolle [brobygning til sundhedssystem], og jeg har ikke forstand på det. Så vi kunne se et behov. Så det var som en gave. Det har ikke været svært."

Citat fra projektledelse, Aalborg

Som tidligere nævnt er omdrejningspunktet i de fleste af modelprojekterne den eller de sundhedsfaglige personer, som er blevet ansat ind i projektet. Typisk indgår sundhedsmedarbejderen på lige vilkår med de

øvrige medarbejdere. Sundhedsmedarbejderen deltager i de samme aktiviteter og yder løbende en social indsats over for stedets brugere. Tilbagemeldingerne fra såvel brugere, som projektmedarbejdere og projektledelse på tværs af alle projekter viser, at det er den blotte tilstedeværelse af en sundhedsfaglighed, som har en afgørende betydning for succes. Tilstedeværelsen giver en ro og tryghed hos både værestedsmedarbejdere og brugere, og den bidrager til at sætte sundhedsfaglige emner på dagsorden i det daglige.

Det, at der er en sygeplejerske her på stedet, har givet medarbejderne en større opmærksomhed på, hvor de kan henvise til [den sundhedsfaglige medarbejder]. Hun har ligeledes hjulpet med undervisning. Personalet mener, der er kommet mere ro i huset. En mærkbar forandring

Citat fra projektledelse, Randers

Det opleves som afgørende, at sundhedsmedarbejderen ikke bare sidder på sin klinik eller kontor og venter på, at borgerne eller de øvrige projektmedarbejdere kommer. Derfor har sundhedsmedarbejderen i de fleste projekter indgået i de naturlige relationer med borgerne, som et værested giver mulighed for. Erfaringen viser, at borgerne først benytter sundhedsmedarbejderens faglige viden, hvis de har tilliden. Har sundhedsmedarbejderen først opnået tilliden, kommer borgerne automatisk, og så er en snak om helbredet en god og konkret indgangsvinkel til også at høre om andre problemer, som betyder noget for borgeren. Det er oplevelsen, at socialt udsatte kan åbne op og tale om tingene på en ny måde, når indgangsvinklen er sundhed. Sundhedsfagligt uddannede får altså ofte lov til at snakke om emner, som andre ikke får, men samtidig er der rig mulighed for at udnytte de sundhedsfaglige kernekompetencer, da de fleste udsatte har problemer med deres helbred forårsaget af et hårdt liv, og erfaringen viser, at brugernes bekymringer over egen sundhedstilstand fylder meget.

Er der en god relation mellem borger og sundhedsmedarbejder, er der også bedre forudsætninger for, at der kan iværksættes konkrete handlinger, som kan forbedre borgerens sundhed. Ofte er det den gode relation, som gør, at sundhedsmedarbejderen kan få lov til at støtte borgeren i den første kontakt til det etablerede sundhedssystem. Sundhedsmedarbejderen har også en vigtig rolle i skabelsen af et netværk af fx læger og sygeplejersker fra det etablerede sundhedssystem omkring de udsatte borgere. I mange tilfælde gør det kontakten og samarbejdet lettere, hvis samarbejdspartnere og netværk oplever, at det er en fast kontaktperson, man kan ringe til fra skadestuen eller lægen, hvis der er et problem med en borger. Derudover har man oplevet i modelprojekterne, at det giver en helt anden autoritet, at man anvender samme terminologi og har de samme sundhedsfaglige referencer.

"I forhold til kontakten til samarbejdspartnere skal det være en sundhedsfaglig person for at blive taget seriøst. Det er noget med at kunne tage dem alvorligt, så det ikke bare er en 'halvlunken' socialmedarbejder, der er god nok til dem. Det viser, at man tager dem alvorligt."

Citat fra projektledelse, Silkeborg

Samlet set er det erfaringen, at sundhedsmedarbejderen hurtigt bliver bindeleddet til sundhedssystemet, sagsbehandlere og kollegaer på værestedet. Sundhedsmæssige udfordringer fylder så meget for mange af de socialt udsatte brugere, at en sundhedsmedarbejder let bliver omdrejningspunktet – specielt fordi oplevelsen også er, at social- og sundhedsfaglig indsats er så tæt forbundet. I enkelte projekter har den sundhedsfaglige medarbejder forsøgt at give medarbejderne i værestederne en bedre forståelse af den terminologi og sprogbrug som med fordel kan anvendes i kontakten til det etablerede system. I et enkelt projekt har det afstedkommet udarbejdelse af to konkrete skabeloner for kontakt til hhv. lægevagt og alarmcentralen (112). Nedenfor er vist et eksempel på skabelonen for kontakt til lægevagten, som klæder personalet i værestedet på i kontakten med lægevagten og giver en tjekliste over de forhold, som er vigtige, at informere om for at sikre brugeren den bedst mulige hjælp.

Skabelon for kontakt til lægevagten – gode råd til den fagprofessionelle⁶

1	Inden du ringer - hav oplysninger om brugers: ▪ CPR-nummer ▪ Navn og adresse CPR-nummeret indtastes ifølge instruks, mens du venter i telefonkøen.
2	Samtale med lægevagten: - Præsentation: Dit navn, stilling/funktion, ringer ang. bruger med CPR-nr., fra værested/bosted for misbrugere/alkoholikere – socialt udsatte - Kort præsentation af aktuelle problem: Ofte nyopstået sygdom - feber, hoste, mavesmerter, kortåndethed, bryst smerter, abstinenser - Objektive symptomer: ▪ Temperatur: Klam svedende, kold svedende, "brand"-varm ▪ Udseende: Bleg, blussende ▪ Bevidsthed: Svækket, relevant ▪ Motorik: Rystende, Motorisk uro, lammelser ▪ Psykotiske symptomer: Urelevant tale, springende emner - Hvis muligt - oplysninger om kroniske sygdomme og evt. medicinliste: ▪ Hjerte, epilepsi, misbrug, diabetes, KOL mv. ▪ Hvis aftale om sygebesøg ▪ Oplyse tlf.nr. til evt. tilstedeværende personale. ▪ Aftale om adgang til bolig – m.m. ▪ Informere bruger om at lægevagten kommer.

En udfordring ved at integrere den sundhedsfaglige funktion på et værested – eller i det socialfaglige arbejde i øvrigt – er, at der er nogle grundlæggende kulturforskelle mellem de to faggrupper, som hurtigt kan blive kilde til konflikt, hvis man ikke har tilknyttet den sundhedsfaglige person, som taler et 'socialfagligt sprog'. Kulturforskellene kommer bl.a. til udtryk i forskellige grænser for, hvor meget man skal blande sig i en brugers liv, hvis man iagttager en uhensigtsmæssig adfærd, der kan forårsage sundhedsmæssige problemer.

"Det er to forskellige måder at tænke på – et kultursammenstød. [Den sundhedsfaglige medarbejder] var meget fokuseret på at nå resultater, men varmestuens tanke er, at man ikke skal flytte folk, med mindre de selv vil flyttes. De kan komme, som de er, og gå som de er. Det gav uro i personalegruppen!"

Citat fra projektledelse, Odense

"En del af profilen er også at kunne færdes i det her miljø [...] Nogle kan arbejde her, og andre kan ikke. Det er jo nogle gange en sindssyg verden, og man skal kunne arbejde i al den forfærdelighed, der nogle gange er her."

Citat fra projektledelse, Aalborg

⁶ Skabelonen er udarbejdet af Lægerne Tronholmen, Risager og Solberg samt sygeplejerske Charlotte Harbo, Perron 4, Randers Kommune.

I flere af modelprojekterne er der igennem projektperioden sket udskiftninger i det sundhedsfaglige personale, som har været direkte eller indirekte forårsaget af kulturbarrierer, der ikke kunne overkommes. Flere af de sundhedsmedarbejdere, der oplever, at de succesfuldt er blevet integreret i den øvrige indsats, vurderer, at det er helt afgørende, at der er ledelsesopbakning til projektet, og at de socialfaglige og sundhedsfaglige medarbejdere får en fælles referenceramme som kurser og kompetenceudviklingsforløb kan bidrage til. Erfaringen er, at det bl.a. kræver en tydelig og proaktiv ledelsesmæssig markering af, at man ønsker en medarbejdergruppe med forskelligartede fagligheder, fordi man har en forventning om, at der giver et bredere og bedre samlet tilbud, der kan rumme flere mennesker fra målgruppen.

Nedenstående citat illustrerer, hvad der kan være konsekvensen, hvis ikke ledelsen giver den sundhedsfaglige medarbejder den fornødne opbakning.

Det er ikke kun støttepengene, der har en betydning. Det kræver også noget af organisationen, for lederen skal gå ind og fortælle gruppen af medarbejdere, hvad det er, der skal til at ske. Det er vigtigt at få slået fast, at 2 timers idræt godt kan være en del af behandlingen! Hovedpointen er, at det ikke er nok, at en ledelse bare sikrer, at der er to millioner til et projekt, man skal også arbejde og hjælpe dem, der skal udføre det i praksis.

Citat fra projektleder, Fredericia

5.1.3 Gå-med-funktion

De fleste socialt udsatte har dårlige oplevelser med det etablerede sundhedssystem. Modelprojekterne anvender en metode, der går under betegnelsen gå-med-funktion eller ledsagerordning, som hjælper med at brobygge til systemet og aflaster læger og sygeplejersker i deres kontakt med de socialt udsatte.

Mange udsatte mangler tillid til deres praktiserende læge og forståelse for, hvordan de skal agere over for sundhedssystemet. Dertil kommer, at målgruppen ofte har svært ved at rummes inden for et system, hvor der som udgangspunkt er afsat begrænset tid, og hvor det forventes, at den, der henvender sig, selv kan sætte ord på sine symptomer. Derfor vælger mange fra målgruppen helt at undgå sundhedssystemet, hvilket er paradoksalt, da de ofte har et voldsomt behov for behandling. Modelprojekterne har derfor set det som en væsentlig opgave at være det bindeled mellem den udsatte borger og sundhedssystemet, som gør, at tilliden kan genoprettes, og behandlingen gennemføres.

Der er mange dårlige historier, og de fleste brugere kommer aldrig eller sjældent til egen læge. De ved måske ikke engang, hvem det er.

De fleste har haft dårlige oplevelser. Deres fortælling er, at når de kommer til læge, tages der ikke hånd om problemet. Når jeg hører det, som de fortæller, så tror jeg, at meget bunder i, at de ikke kan sætte ord på, hvad der er galt. Og når de så er ved egen læge, og det er så uspecifikt, så er holdningen, at de bare skal bare stoppe med at drikke.

Når man er ved en praktiserende læge, er der afsat ca. 10 – 15 minutter til en patient, så når man kommer med et udefineret problem, og borgeren er misbruger, er det svært at sætte sig ind i patientens situation og få ordentlig kontakt. For lægen har også en ordinerende rolle, og kan have den bagtanke, at personen kun er ude på at få mere smertestillende medicin.”

Citat fra sundhedsmedarbejder, Fredericia

"Den praktiserende læge siger bare, at man skal tage sig sammen, men hun [sundhedsmedarbejderen] kunne se, at jeg var en mand i nød og ikke en gammel fuldebøtte, der tossede rundt!"

Citat fra bruger, Odense

"Jeg var udsat for en skoldning, som jeg selv forsøgte at forbinde, men jeg kunne godt se, at den var gal. Jeg havde ikke den rigtige terminologi til at forklare lægen, at jeg skulle til med det samme. Men [sundhedsmedarbejderen] kunne ringe til lægen og forklare situationen, og så kom jeg ind med det samme og blev opereret samme dag. Hvis der var gået et par timer mere, så ville de have sat benet af."

Citat fra bruger, Odense

Konkret tilbyder sundhedsmedarbejderen, i de tilfælde hvor der er behov for en konsultation hos lægen eller en undersøgelse på sygehuset, at tage med borgeren og evt. forud for det at hjælpe med at træffe aftalen med lægen. Når dagen for konsultationen kommer, har sundhedsmedarbejderen en rolle i at sikre sig, at brugeren er klar og frisk til at tage af sted, hvorefter det er vigtigt, at der indgås en klar aftale om hvilken rolle, sundhedsmedarbejderen skal have til konsultationen. Som udgangspunkt er aftalen, at sundhedsmedarbejderen kun skal blande sig efter aftale med borgeren. Til gengæld kan sundhedsmedarbejderen ofte være med til at forberede borgeren til konsultationen ved at hjælpe borgeren med at sætte ord på de behov og ønsker, han har. Det giver borgeren en afklaring af, hvad han kan forvente i situationen.

"De kommer af sted i det hele taget, og kommer de ikke af sted, så bliver der meldt afbud. Når de så er af sted, er tonen ordentlig. De er mere trygge og får sagt ting, de ikke ellers tør sige. Så det er godt. De bliver holdt fast i, hvad de kom for, og bagefter, hvad det så var, vi hørte. For der er mange tanker, og nogle gange fylder de mere end virkeligheden."

Citat fra projektledelse

Under konsultationen kan sundhedsmedarbejderen være med til at oversætte begge veje og undgå, at manglende forståelse fører til frustrationer og en dårlig afslutning på konsultationen. Endelig er det afgørende, at sundhedsmedarbejderen står for en debriefing efterfølgende for at sikre sig, at der er en fælles forståelse af lægens budskab og for den videre proces. Erfaringerne er, at borgerens tillid til sundhedsmedarbejderen giver en indgang til sundhedssystemet og den behandling, som udsatte borgere ofte har behov for. Dermed kan gå-med-funktionen være fundamentet for en god relation mellem borger og etableret sundhedsvæsen, fordi en god oplevelse hos lægen, på skadestuen eller ved tandlægen kan være med til at give borgeren styrken til på længere sigt at handle selv. Denne *empowerment*-tanke ligger i naturlig forlængelse af den øvrige indsats, der ydes i modelprojekterne, hvor borgerne styrkes til at handle selv og tage ansvar.

"Et afgørende element for, at "gå-med"-funktionen lykkedes, er den relationsskabende kontakt til brugerne. Et andet er kendskab til sundhedssystemet og at have en viden om, hvordan det fungerer. Så det at få koblet de to egenskaber, – altså den sociale kontakt og ens egen viden – det gør forskellen"

Citat fra projektledelse, Silkeborg

"I forhold til at gå med, så er noget af det, jeg har lagt mærke til, at der er kommet en tillid til, at det kan lade sig gøre. Det, at man går med viser, at jo mere kontakt der er mellem bruger og sundhedsvæsenet og os, des flere resultater opnår man. Men den tillid der er opbygget, smitter også af på andre samarbejdspartnere, og det er noget af det bedste. Tilliden opstår, og det gør at gruppen ser, at en sygeplejerske eller læge er sød og gerne vil dem. Det er tillidsskabende på tværs."

Citat fra sundhedsmedarbejder, Silkeborg

5.1.4 Fokus på fælles tredje

En metode, som også er ganske udbredt på tværs af modelprojekterne, om end den går under forskellige betegnelser, er den, der i denne erfaringsopsamling kaldes Fokus på fælles tredje.

"Altså det med at have et fælles tredje er noget, vi har meget fokus på. Man kan have nogle gode snakke ved at stå og skrælle kartofler. Så kan man snakke om alt muligt godt. Kartoflerne er det primære, men i den aktivitet skaber det et ligeværdigt rum, og så kan man snakke over det."

Citat fra projektledelse, Aalborg

Metoden går ud på, at man mellem medarbejder og bruger skaber et rum for dialog, fortrolighed og åbenhed ved at have et fælles 'projekt' eller være fælles om en aktivitet. Modelprojekterne giver med sine mange sundhedsfremmende aktiviteter rig mulighed for at anvende denne metode til at åbne op for nogle af de udfordringer, idéer og tanker, som fylder noget for brugeren.

Flere projektmedarbejdere og sundhedsfaglige personer på tværs af projekterne mener, at det er den mekanisme, som kommer i spil, når de oplever, at en bruger åbner op for dybereliggende tanker og refleksioner i forbindelse med, at der lægges bandage på, tages blodtryk, gås tur, spilles badminton eller skrælles kartofler til middagsmaden. Dermed kan sundhedsfremmetiltag være med til at bane vejen for en social indsats og for, at der tages hånd om det, som fastholder brugeren i de negative cirkler. Det at fremme brugerens sundhed bliver således både et middel i den socialfaglige indsats, samtidigt med at det stadig er et selvstændigt mål at højne brugeren sundhedstilstand.

5.1.5 Opsøgende gadeplansarbejde

En metode, som tre projekter har arbejdet specifikt med, er det opsøgende gadeplansarbejde. I to af projekterne har man indgået samarbejde med det kommunale SKP-korps, der jf. Servicelovens paragraf 99 også har misbrugere, alkoholikere og hjemløse som sin målgruppe.

Det opsøgende gadeplansarbejde har overordnet set haft fire trin. Indledningsvist har projekterne gennem markedsføring, som fx artikler/annoncer i lokalaviser, uddeling af flyers og visitkort, ophængning af plakater i boligområder og på kendte væresteder for målgruppen, forsøgt at udbrede kendskabet til initiativet. Markedsføringen er fulgt op af tilstedeværelse i de områder, hvor målgruppen forventes at færdes. I denne fase har de opsøgende medarbejdere haft fokus på blot at være tilgængelige, indgå uforpligtende dialog med målgruppen og orientere bredt om tilbuddet for de, som måtte have interesse. Det tredje trin – efter at kendskabet er blevet udbredt til mange i den potentielle brugergruppe – indebærer mere direkte handling fra de opsøgende medarbejders side. Den første kontakt er skabt og relationerne er dyrket, hvilket skaber grobund for, at medarbejderne i højere grad kan give tilbuddet om hjælp til brugerne. Det fjerde trin består typisk af det opfølgende arbejde, hvor der følges op på allerede kontaktede brugere, og hvor der handles på henvendelser fra borgere, som har hørt om projektet gennem kendte brugere.

Generelt er erfaringen, at det opsøgende arbejde tager tid, og det kræver stor fleksibilitet af dem, som gør det. Fx er det altafgørende, at man – særligt som sundhedsmedarbejder – er villig til at gå ud over sine egne

faggrænser, møde borgerne, hvor de er, og løse problemerne i den rækkefølge, der passer for dem. Hvis brugeren eksempelvis har en dårlig lejlighed, tyve uåbnede rudekuverter fra kommunen og står uden netværk, så hjælper det ikke meget at begynde at tale om kost, motion eller misbrug.

En anden form for fleksibilitet, der har vist sig at være påkrævet i arbejdet med målgruppen, er det at handle, når borgeren er klar og motiveret til at gøre noget ved sit eget liv. Den frie rolle, som de fleste sundhedsmedarbejdere i modelprojekterne har haft, har gjort det muligt at fastholde det momentum, som borgeren har, og som ikke nødvendigvis er der dagen efter.

"Man skal gribe situationen, når den er der – og det har vi haft mulighed for i og med, at vi selv har kunnet prioritere vores tid og ressourcer. Nogle har gennem længere tid ikke været klar, men pludselig undervejs kom der et signal, og så skulle der gribes ind."

Citat fra sundhedsmedarbejder

Selv om mange brugere umiddelbart var utrygge ved situationen de første gange, de blev kontaktet, så vurderer de også, at det var det skub, der skulle til for, at der kunne ske noget. Det initiativ, som man som opsøgende sundhedsmedarbejder, udviser, indikerer også et engagement over brugeren og en vilje til at ville dem noget godt.

I de tre projekter, som har arbejdet mest målrettet med opsøgende arbejde, er det dog erfaringen, at det er afgørende, at sætte tid af til et vedholdende og vedvarende tillidsopbyggende arbejde. Selv om det for nogle sundhedsmedarbejdere har virket at være lidt pågående og direkte i deres opsøgende arbejde, så er der på tværs af de tre projekter enighed om, at de fleste personer i målgruppen har behov for at lære de opsøgende medarbejdere bedre at kende, inden de kan forestille sig at benytte sig af deres tilbud.

"Der gik næsten halvandet år, inden vi blev kendte i området, og vi diskuterede mange gange, om det var det, vi skulle, men genkendelighed er bare så vigtigt for den gruppe. Lige pludselig så rykkede det!"

Citat fra projektmedarbejder, Lolland

"Det har betydet meget, at vi er blevet accepteret af de folk, som bor i nærområdet. Vi har haft mange, der er gået forbi første og anden gang, så siger man hej tredje gang, og fjerde gang siger de måske, "Hvad er det her for noget?"

Citat fra projektleder, Lolland

Modelprojektet "Sundhed på gadeplan" har samlet en række gode råd, som kendetegner metoden for opsøgende sundhedsfagligt arbejde for målgruppen af socialt udsatte.

Metode for opsøgende arbejde – gode råd til den fagprofessionelle⁷

- Udvis respekt for den udsatte borger og vis grundlæggende forståelse for borgerens levevilkår
- Gå til folk uden fordomme og vær nysgerrig og interesseret
- Vær tålmodig og vær varsom med at stille for store krav
- Vær tilgængelig, når borgeren er klar til forandringer
- Opøv en evne til ikke at virke chokeret uanset hvad, der møder én (også i forhold til kropssprog)
- Signaler, at der er tid til borgeren i nuet, og udvis ikke tegn på utålmodighed (hvis der er begrænset tid til rådighed, skal tidsrammen for mødet selvfølgelig italesættes)
- Brug kreative metoder i det opsøgende arbejde (fx tag hjem til folk, ring dem op, find dem gennem deres venner)
- Giv også hjælp til ting, der normalt ikke gives hjælp til (tag det mest presserende problem først – også hvis det er et praktisk problem, der ikke virker vigtigt for dig)
- Vær vedholdende – også selv om du er blevet brændt af flere gange
- Vær opmærksom på, at gruppen af socialt mest udsatte ofte har dårlige erfaringer med 'systemet' og derfor kan reagere på en uforudsigelig måde
- Lad være med altid at følge reglerne

5.1.6 Anerkendende tilgang

Erfaringerne i hovedparten af projekterne viser, at fundamentet for at kunne skabe motivation og deltagelse hos målgruppen har været det tillidsopbyggende, anerkendende arbejde, som gør, at den enkelte bruger føler sig tryk og hørt. Den anerkendende tilgang indebærer, at medarbejderne møder brugeren uden fordomme og giver dem rum og plads.

"Det, vi har gjort for at opbygge tilliden, er at give dem mulighed for at være til stede uden at stille krav. Fx ved at sætte sig på bænken sammen med dem og være nysgerrig på deres historie og deres liv. Helt på deres præmisser [...] Det har været vigtigt for os at præsentere sig anderledes end de andre, de har mødt i deres liv, og uden at stille krav."

Citat fra sundhedsmedarbejder

Medarbejderne i projekterne har erfaret, at det virker godt, hvis medarbejderen forsøger at spørge nysgerrigt ind og ikke fokuserer så meget på misbruget til at starte med, men mere på selve personen – også for at vise, at de respekterer, at de lever det liv, de nu lever. Erfaringerne fra modelprojekterne viser, at anerkendelse har stor betydning for borgernes selvtillid og handlegeneret til at ændre på eget liv. Den tillid og oprigtige interesse, som sundhedsmedarbejderne udviser over for brugerne, er med til at signalere, at de tager brugerne seriøst, hvilket er med til at motivere brugerne.

"Det handler meget om at lytte til brugeren og fortsætte med det, indtil de selv kan se, hvad der skal til. De fleste ved godt, hvad der skal til, de skal også bare selv ville det. Vi lytter, lytter og lytter, men det er dem selv, der løser problemerne."

Citat fra projektmedarbejder, Odense

⁷ De gode råd til det opsøgende arbejde er udviklet på et internt seminar i efteråret 2010 af medarbejdere i Herlev Kommunes Sundhedsafdeling. Fremstilles i uprioriteret rækkefølge.

Mange brugere oplever, at de bliver mødt med mistro og skepsis, når de er i kontakt med folk, og netop derfor har det stor betydning, at sundhedsmedarbejderne i det opsøgende arbejde fordomsfrit involverer sig i deres liv og forsøger at hjælpe dem.

"Når man får hjælp og opbakning, og når der er nogen, som stoler på én og tager én seriøst, så kan man rykke sig, og det hjælper også på selvtilliden."

Citat fra bruger

5.1.7 "Du bestemmer"

Du bestemmer-metoden – der anvendes som den røde tråd i særligt et af de otte modelprojekter – består af en vekselvirkning mellem gruppe- og individuelle samtaler. Metoden tager udgangspunkt i deltagerens egne opfattelser af sundhed og sætter deltageren i centrum. Der er fokus på, at deltagerne gennem et guidet samtaleforløb udarbejder en handleplan, træner evnen til problemløsning, danner netværk og styrker troen på egne evner til at gennemføre en bestemt adfærd for at opnå et bestemt mål.

"Metoden bliver en katalysator. Den gør, at de reflekterer, hvilket giver nogle positive forandringer. Det er jo så enkelt, at det gør ondt. Når man arbejder i hjælpesystem, er man tilbøjelig til at tro, at der bare skal "det og det" til, men hvis borgerne ikke er klar, hjælper det ikke en pind."

Citat fra projektleder, Lolland

Du bestemmer-metoden er så vidt vides ikke tidligere anvendt på målgruppen af socialt udsatte eller forsøgt implementeret på et socialt værested.

Under en *Du bestemmer*-samtale spørges ind til, hvad brugeren oplever, han/hun selv kan gøre for at afhjælpe et konkret problem, brugeren har. Kommunikationen er løsningsorienteret, men med fokus på, at brugeren selv taler sig frem til en løsning, som brugeren selv oplever som meningsfuld. Selv om anvendelsen af metoden som udgangspunkt følger en fast skabelon i strukturerede samtaleforløb, så er det erfaringen, at den også kan bruges som overordnet tilgang til brugerne.

"Jeg kører ikke selv "Du bestemmer"-samtaler, men jeg kan mærke, at jeg bruger metoden – altså det med ikke at komme med forslag og løsninger, men lade brugeren selv tale sig frem til dem – i mit arbejde, og jeg tænker meget mere over, hvordan jeg taler med brugerne. Det kan godt være svært at vænne sig til ikke at give råd, men det er godt, for så bliver det brugernes egne råd, der kommer frem."

Citat fra projektmedarbejder, Lolland

Generelt er erfaringen, at metoden kan bruges som et redskab, der bidrager positivt til deres daglige kommunikation med brugerne, idet metodens teknikker er med til at holde fokus på, at personalet lytter og støtter på brugernes præmisser. Det er vigtigt at være opmærksom på, at det kræver en grundig opfølgning på samtalerne, da brugerne ofte åbner op for en række meget personlige og følelsesmæssigt svære emner. Endvidere er det nødvendigt at forholde sig til, at de svageste brugere kan have vanskeligt ved at gennemføre et forløb, der er lige så fast og skemalagt, som den oprindelige version egentlig tilsiger.

Det modelprojekt, som har anvendt "Du bestemmer"-forløb i stort omfang, har erfaret, at en af de væsentligste forudsætninger for, at metoden kan anvendes på målgruppen af socialt udsatte, er, at brugeren føler sig tryk i de gruppebaserede samtaler. Derfor er det afgørende, at der ligger nøje overvejelser bag sammensætningen af gruppen, så der sikres en hensigtsmæssig gruppedynamik. Er der ikke på forhånd en tillidsrelation mellem brugerne, opleves det som vanskeligt at opnå det maksimale udbytte. Derudover er det vigtigt, at brugeren føler, at man har mulighed for at trække sig, hvis et emne eller en diskussion kommer for tæt på.

"En trist og indelukket bruger indvilliger i at deltage i et "Du bestemmer"-forløb, hvor han på forhånd kender de andre deltagere. Gruppensættningen er vigtig for, at brugeren føler tryghed. Han oplever, at han bliver hørt, og at han har noget at byde ind med. Det, at han selv er med til at bestemme indholdet i samtalerne, synes han, er fantastisk. En af de vigtigste ting for ham i forløbet er, at han selv kan vælge at deltage, og hvor langt han vil gå i diskussionerne, og han er glad for at blive hørt og anerkendt. Brugeren kan nu beskrives som udadvendt, hjælpsom og arbejdsom."

Citat fra projektleder

5.1.8 Delkonklusion

Samlet set kan det konkluderes, at der i de fleste modelprojekter er blevet arbejdet bevidst med udarbejdelsen og afprøvningen af metoder i indsatsen målrettet de socialt udsatte i projekternes målgrupper. Den anerkendende tilgang, "De Små Skridts Metode", gå-med-funktion og sundfaglige medarbejder i socialt arbejde er metoder og tilgange, som alle projekter i større eller mindre omfang har beskæftiget sig med gennem projektperioden.

Der har i særlig grad været fokus på at tilrettelægge indsatsen ud fra princippet om 'små skridt', hvilket som oftest indebærer et fokus på de sociale aspekter af sundheden. Erfaringerne fra de otte modelprojekter er, at denne fokusering er en ubetinget nødvendighed i den komplekse virkelighed, modelprojekterne befinder sig i, hvor det ofte vil være nødvendigt at flytte de mest udsatte socialt, før de kan flytte sig sundhedsmæssigt. Derudover understreger tilgangen vigtigheden af at medarbejderne understøtter brugerne i at sætte realistiske mål for, hvad der kan opnås.

Enkelte projekter – og i særlig grad ét projekt - har haft meget entydigt fokus på en enkelt metode, som har været determinerende for den tilgang og prioritering af indsatser, der har været hele vejen igennem projektet. De steder, hvor det er lykkedes bedst, har man opnået et fælles sprog og en fælles referenceramme for det, man gør, hvilket ofte er blevet understøttet af fælles kompetenceudvikling eller supervision i måden, hvorpå metoden anvendes. Den fælles referenceramme giver medarbejderne et grundlag for at reflektere over, hvorfor man gør, som man gør, og frem for alt giver det en større bevidsthed om, hvornår og hvorfor man afviger fra det, der ellers er aftalt. I en hverdag med mange komplekse borgerforløb giver en fast metodisk ramme sikkerhed for, at der ikke udvikler sig en praksis og en kultur, hvor vigtige valg træffes udelukkende baseret på mavefornemmelser og uden fx faglig kollegial sparring.

"Metoden har været svær at lære, fordi vi skulle lægge alt det på hylden, som vi plejer at gøre. Men det er en del af succesen. Vi har fået noget, der ikke forsvinder, når projektet slutter. Vi har fået en metode. Det kan man ikke tage fra os, når projektet stopper."

Citat fra projektmedarbejder, Lolland

Udfordringerne for implementeringen af metoder i arbejdet er særligt manglende opbakning og fokus hos ledelsen, manglende tid til dokumentationsarbejde i den daglige "drift" af projektet samt en manglende erfaring med at handle ud fra en fælles skabelon i stedet for egne faglige erfaringer og refleksioner.

6. Resultater

Hvor de foregående kapitler dels omhandler basale projektopstartserfaringer, dels beskriver under hvilke organisatoriske rammebetingelser, indsatsen i modelprojekterne foregår, så fokuserer de følgende kapitler på outputtet og de foreløbige resultater af indsatsen på tværs af de otte projekter.

6.1 Projektets programteori

De generelle forventninger til effekterne af indsatsen for de socialt mest udsatte i de otte modelprojekter er beskrevet i den programteori, som på puljeniveau blev udviklet på det fælles evalueringsseminar i november 2008 af modelprojekterne, Sundhedsstyrelsen og evaluator med udgangspunkt i en grundig desk research på området.

Programteorien beskriver de forestillinger, der er om hvorfor og hvordan, indsatserne virker. Den ekspliciterer selve indsatsen, indsatsens årsags-virkningsantagelser, indsatsernes forventede output samt indsatsernes umiddelbare resultater og forventede langsigtede effekter.

Puljens programteori vises nedenfor, og af den fremgår det, at hovedoverskriften for indsatsen er "at afprøve metoder til at opspore og fastholde de allermest udsatte i et offentligt tilbud samt at udbrede metoderne på landsplan". I de følgende afsnit vil de enkelte indsatsområders succeskriterier blive beskrevet forud for gennemgangen af de midlertidige resultater. For at kunne give en kvalificeret vurdering af i hvilken grad, succeskriterierne for indsatsen er indfriet, kortlægges først hvilke succeskriterier, der er opstillet for henholdsvis de direkte sundhedsfremmende aktiviteter, helbredsundersøgelserne og det tværsektorielle samarbejde.

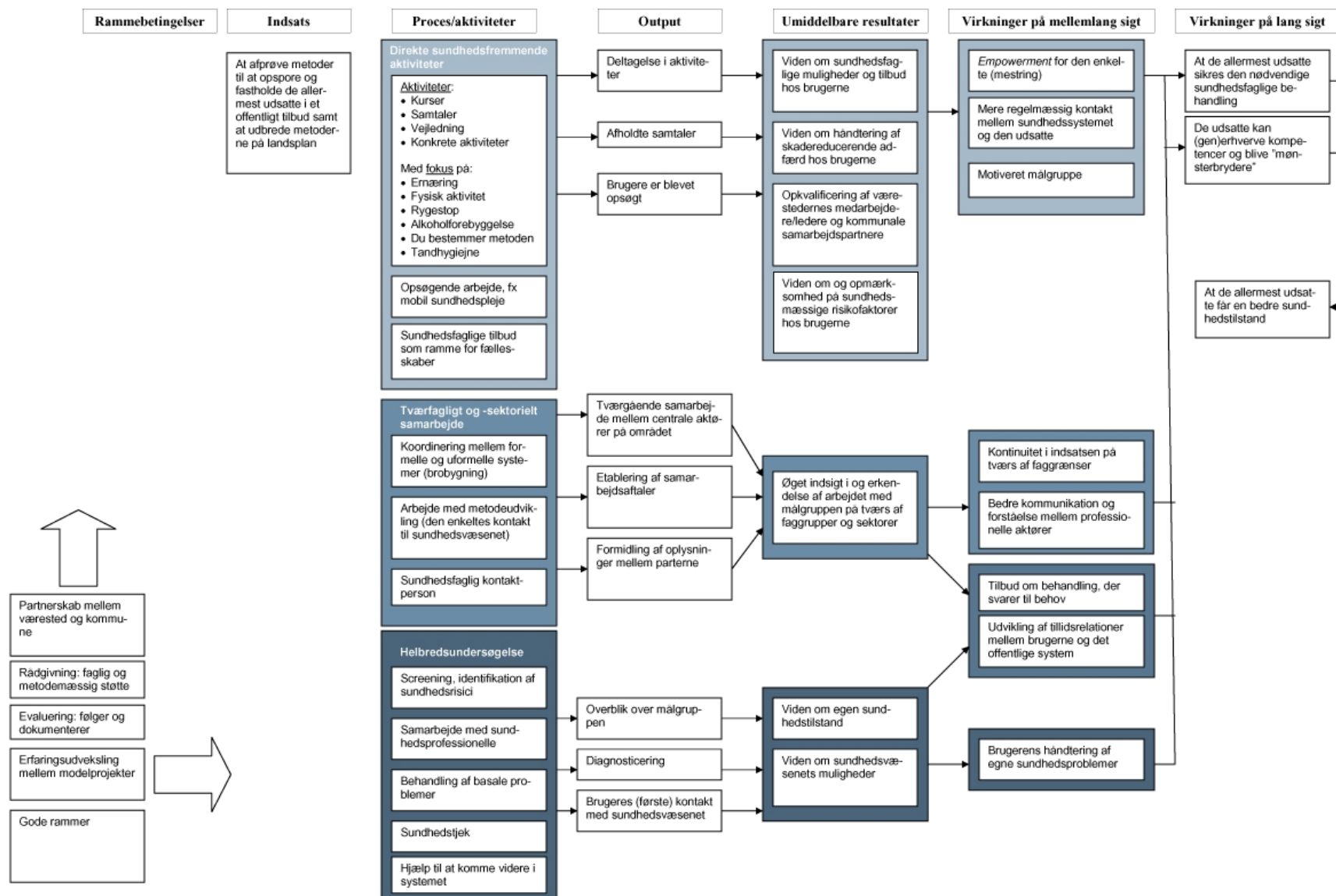
Et grundlæggende succeskriterium for de direkte sundhedsfremmende aktiviteter er, at brugerne deltager i såvel aktiviteterne som de vejledende samtaler. Derudover er det et succeskriterium, at brugerne bliver op-søgt, så de informeres om projekterne. Deltagelsen i aktiviteterne skal på kort sigt resultere i, at brugerne får ny viden på en række områder.

Det ønskede output af helbredsundersøgelserne er, at der gennemføres undersøgelser for størstedelen af brugerne. Undersøgelserne skal ifølge programteorien gerne føre til egentlige diagnosticeringer, så brugerne kan modtage den nødvendige hjælp og behandling. Denne indsats skal igen føre til, at brugerne får en større viden om deres sundhed på kort sigt, mens de på lang sigt gerne skulle modtage den nødvendige behandling.

Succeskriteriet for netværkssamarbejdet er, at der etableres et konkret tværgående samarbejde mellem de centrale aktører på det sundhedsfaglige område. Dette samarbejde skal give aktørerne en større indsigt i arbejdet med de socialt udsatte på tværs af sektorer og projekter. På lang sigt bør dette samarbejde være med til at sikre brugerne den bedste og nødvendige behandling.

Forventningerne til output og både de kortsigtede og mere langsigtede resultater af indsatsen i de otte modelprojekter beskrives mere udførligt i de kommende afsnit.

Figur 6-1: Projektets programteori



6.2 Direkte sundhedsfremmende aktiviteter

I dette afsnit beskrives det umiddelbare produkt samt resultaterne af de direkte sundhedsfremmende aktiviteter, hvor bl.a. kernemålgruppens udvikling på de udvalgte indikatorer i monitoreringen bliver sammenholdt med deltagernes deltagelse i de forskellige aktiviteter.

De forventede resultater for de direkte sundhedsfremmende aktiviteter, som resultaterne skal sættes i forhold til, og som er udtrykt i puljens overordnede programteori, er: Deltagelse og motivation hos målgruppen af udsatte borgere, viden om sundhedsfaglige muligheder, empowerment og handlekompeter, generel forbedret sundhedstilstand og trivsel hos målgruppen samt opkvalificering af værestedsmedarbejdere.

6.2.1 Deltagelse og motivation

Et væsentligt resultat af arbejdet i modelprojekterne er, at alle myter om, at socialt udsatte misbrugere, alkoholikere og hjemløse ikke ønsker at ændre på egen livssituation, kan afkræftes. De fleste udsatte har ambitioner og mål for, hvad de vil ændre på, men de mangler for de flestes tilfælde handlekompeterne til for alvor at ændre noget.

”Brugerne er interesserede i at forbedre deres sundhed og efter-spørger nogen ting, som vi egentligt ikke vidste. Mange har genvundet deres indre stolthed over, at de kan finde ud af nogen ting og føler sig normale [...] Det er meget vigtigt, at vi ikke overtager deres liv. De skal have troen på, at de selv kan klare deres liv.”

Citat fra projektledelse, Odense

I flere modelprojekter har man erfaret, at det kan være enormt motiverende for brugeren, hvis de føler, at man har samme forventninger til dem i forhold til sundhedsfremme, som man har til alle mulige andre mennesker. Med andre ord, så bliver det et udtryk for ligeværd og respekt, hvis man stiller samme krav til dem, som man i øvrigt gør i samfundet – fx hvor der må ryges, hvad et varieret måltid skal bestå af mv.

”Mange var forargede over de krav, vi satte op, men vi arbejder jo med, at stiller man ikke krav, så er man også ligeglad med folk. Flere sagde jo, at det var latterligt med de krav, vi stillede.”

Citat fra projektledelse

”Det her projekt har betydet, at folk tidligere ville skrig af grin over, at socialt udsatte overhovedet kunne stoppe med at ryge, men det er jo sket her. Så man har set et bevis på, at det kan lade sig gøre.”

Citat fra projektledelse, Aalborg

Som nævnt i afsnit 3.2.2, så spiller medarbejderne en væsentlig rolle i bestræbelserne på at få brugere til at tage de nye initiativer til sig. Rollemodelstanken indebærer bl.a. medarbejderne går forrest og flere steder viser erfaringerne, ifølge flere projektledere og projektmedarbejdere, at det har en stor betydning, at medarbejderne også hopper i idrætstøjet, spiser den sunde mad, som bliver serveret og reflekterer over deres sundhed.

”Efter vi for nyligt stoppede med at lave sund mad på værestedet, har medarbejderne igen mad med selv. Personalegruppen spiser stort set ikke på værestedet. Det har ellers en stor effekt, at man spiser det samme, som brugerne gør. Maden blev tidligere værdsat af personalet. Brugere synes ligeledes maden var god, og de fik en god oplevelse.”

Citat fra projektmedarbejder, Randers

Selv om projekterne gennem omfattende rekrutteringsindsats har bestræbt sig på at opnå stor deltagelse i projektet, så skønnes det dog i alle modelprojekter, at der stadig er en restgruppe af borgere, der egentlig tilhører projektets målgruppe, men som det ikke er lykkedes at få i tale med projektet. Flere projektledere vurderer, at de – som for alvor opnår resultater af projektet – er de brugere, som på forhånd har motivationen for adfældsændring og evt. har taget de første skridt i form af nedtrapning af misbrug eller lignende. Erfaringen viser, at projektet kan bringe brugerne langt, hvis de selv har, eller med støtte fra projektmedarbejderne kan finde nogle ressourcer til at mestrings af egen situation.

"Dem projektet fanger, det er dem, der gerne vil deres krop, og som gerne vil ud af det her misbrug. Det er dem, der har det bare et lille hak bedre end de andre."

Citat fra projektleder, Fredericia

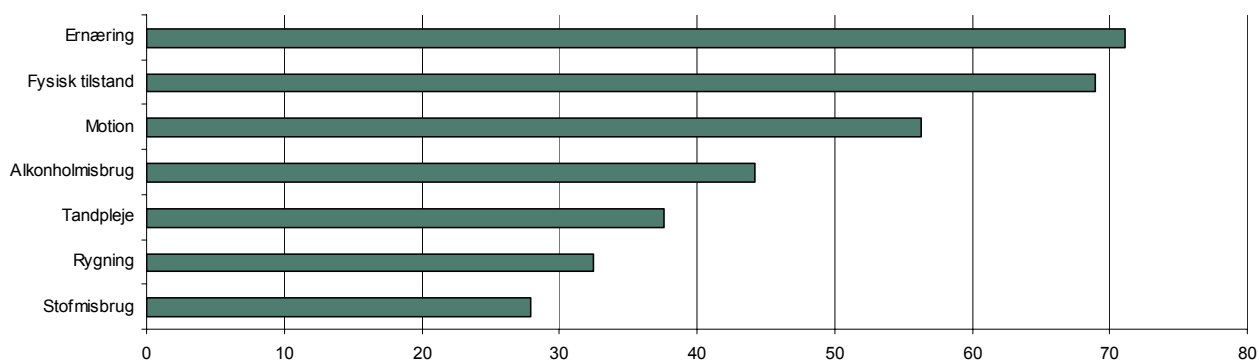
Erfaringen blandt projektmedarbejdere og deltagere i det brede netværk omkring projekterne i de kommuner, hvor man har haft særligt fokus på den opsøgende indsats, er, at man gennem projektperioden, har opnået kontakt med en del af dem, som ikke tidligere var 'kendte' i systemet, men at man også gennem den indsats har fået en fornemmelse af, at der stadig er mange, som ikke er til nå.

"Sygeplejerskerne har formået at skabe kontakt til nogle af dem, som vi ikke 'rammer', og som vi ikke møder. For vi er jo ikke opsøgende, som de har været."

Citat fra netværksdeltager

Ser man på hvilke aktiviteter, projekternes kernemålgruppe har deltaget i, så vidner det om, at aktiviteter med fokus på ernæring, motion, fysisk tilstand og kontakt til sundhedsvæsenet har været dem med bredest opbakning. De to førstnævnte aktivitetsformer er de KRAM-relaterede aktiviteter, som man i tilrettelæggelsen af indsatser har haft størst fokus på, så det er vanskeligt at udtale sig entydigt om, hvorvidt den store deltagelse er udtryk for efterspørgsel eller udbud. Interviewresultaterne viser dog, at de fysiske aktiviteters lettilgængelighed samt ernæringsaktiviteternes tilbud om gratis mad er tiltrækkende på målgruppen

Tabel 6-1: Andel af kernemålgruppe med deltagelse i forskellige aktivitetsformer.



Sammenholdes deltagelsen i aktiviteter med resultaterne på de forskellige områder, så viser det sig, at der ikke er nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem deltagelse i en aktivitet og så de opnåede resulta-

ter. Dvs. at selvom brugeren har deltaget i motionsaktiviteter, har brugeren ikke nødvendigvis udviklet sig mere på tilstand, handlekompetencer og viden om motion, end hvis han ikke havde deltaget. En forklaring kan være, at det er den samlede pakke af aktiviteter, som gør den væsentlige forskel. Dvs. har du spist den gratis morgenmad, fået bedre kontakt med sundhedsvæsenet og fået implantater hos specialtandplejen, så er deltagelse i motionsaktiviteter ikke nødvendigvis så afgørende for, om du gennemgår en udvikling på dette område også.

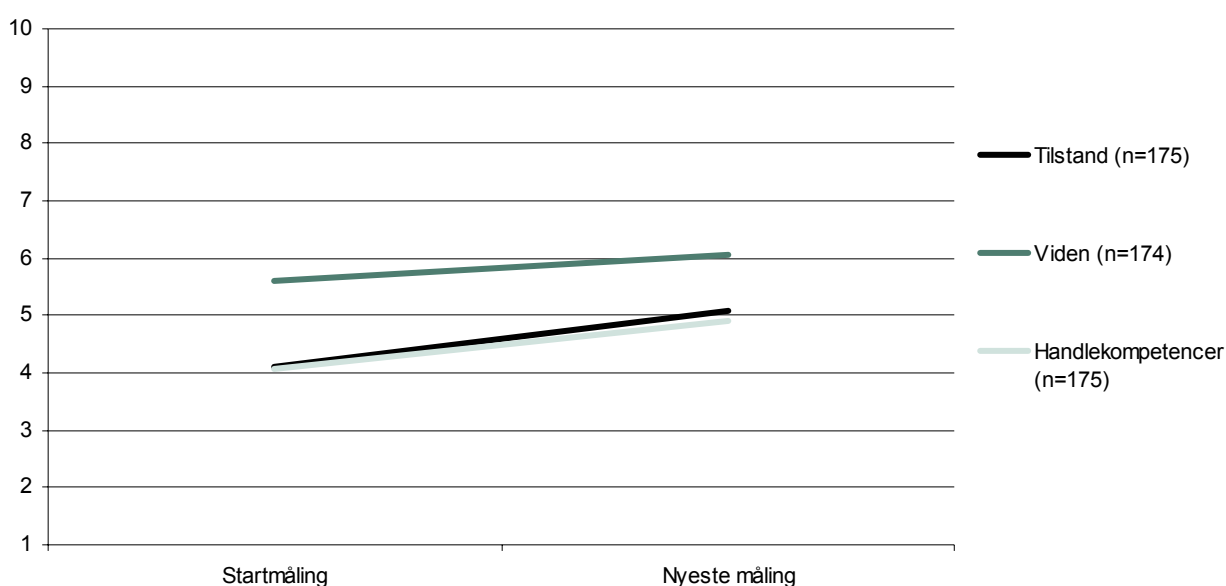
6.2.2 Viden, tilstand og handlekompetencer

Resultaterne fra monitoreringen bekræfter med statistisk signifikans billedet fra de kvalitative interview om, at der samlet set er en moderat men positiv udvikling hos målgruppen.

Udgangspunktet for resultaterne er de professionelle vurdering af deltagernes generelle sundhedstilstand og deres viden og handlekompetencer i forhold til denne. Svarmulighederne på spørgsmålene går fra 1 til 10, hvor de professionelle skulle vurdere brugerne på en skala fra en meget dårlig tilstand (1) til en meget god tilstand (10). Der er selvfølgelig en usikkerhed i, at en gruppe vurderer en anden gruppe, men i dette tilfælde vurderes det, at de professionelle har bedre forudsætninger for at vurdere brugerne end brugerne selv. Det skyldes, at brugerne er en udsat og ressourcemæssigt svag gruppe, der kan have svært ved at vurdere deres udvikling på et abstrakt niveau i form af besvarelser i et spørgeskema.

Analysen over udviklingen er lavet fra brugernes første indberetning til brugernes nyeste indberetning. Det vil sige, at følgende figurer ikke viser udviklingen fra eksempelvis startindberetningen til anden eller tredje indberetning, men udviklingen fra startindberetningen til brugernes respektive nyeste indberetning. Denne metode giver det bedste billede af den udvikling, brugerne har gennemgået fra projekternes start til den nuværende situation.

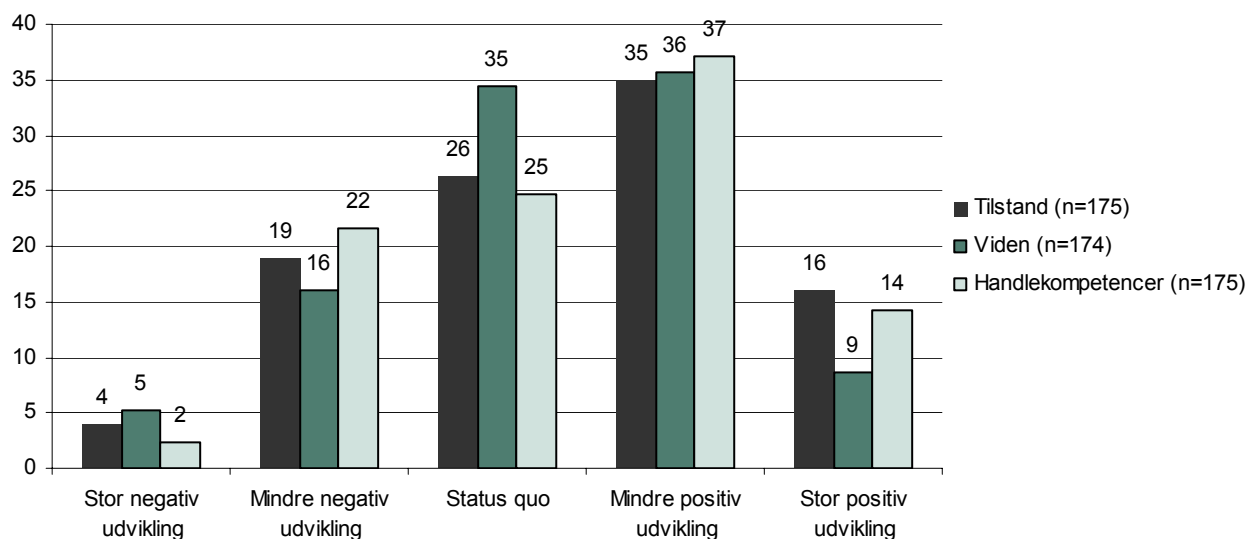
Figur 6-2 Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til en professions vurdering af deltagerens sundhedstilstand. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling for alle aspekter (tilstand, viden og handlekompetencer).

Hvis der dernæst ses på de professionelle vurdering af brugernes generelle sundhedstilstand, er der sket en positiv udvikling. Undersøges denne overordnede udvikling på individniveau, ses det i Figur 6-3, at de professionelle vurderer, at knap 20-25 % af alle brugere har haft en negativ udvikling i den generelle sundhedstilstand. Godt en fjerdedel har ikke oplevet en udvikling, og den resterende halvdel har på et eller andet niveau oplevet en positiv udvikling i den generelle sundhedstilstand.

Figur 6-3 Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til en professions vurdering af deltagerens sundhedstilstand. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



Generelt viser resultaterne, at brugerne samlet set – både hvad angår tilstand, viden og handlekompetencer – har gennemgået en positiv udvikling, der vidner om, at socialt udsatte kan rykke sig og opnå signifikante forbedringer på sundhedstilstanden. Til at nuancere billedet er dog den fordeling, som Figur 6-3 viser. På trods af en gennemsnitlig positiv udvikling for målgruppen er der stadig omkring en femtedel af alle borgere fra kernemålgruppen, der har haft tilbagegang på sundhedstilstanden, mens projektet har kørt. Der kan således ikke forventes en jævn og konstant fremadskridende udvikling blandt denne målgruppe. Brugere er ikke i en position, hvor de kan være herre over en fortløbende positiv proces. Brugernes udfordringer er ofte så komplekse, at det må forventes, at brugernes fremskridt langt fra er konstante og vil tage form af en kontinuerlig udvikling.

Som flere projektmedarbejdere og sundhedsfaglige personer giver udtryk for, er udviklingen hos brugerne baseret på en proces med meget små skridt. Det kan være en succes, hvis der bare møder en eller to brugere op til diverse aktiviteter. Derfor kan det være svært at aflæse en decideret positiv udvikling hos brugerne. Som nedenstående citat viser, kan fremgang og sundhed for nogle brugere være noget ganske basalt, som de fagprofessionelle i deres vurdering i monitoreringen kan have svært ved at tage højde for.

”For nogle brugere er svaret på sundhed det at vågne op hver dag.”

Citat fra projektmedarbejder

Udvides fokus fra brugernes generelle sundhedstilstand, viden og handlekompetencer til det tilsvarende på de mere specifikke sundhedsområder som ernæring, motion, fysisk tilstand mv., så viser det sig, at billedet er præcist det samme som for den generelle tilstand. Brugernes viden er som udgangspunkt lidt højere end både tilstand og handlekompetencer, mens den positive udvikling på alle tre parametre er nogenlunde den samme. Størst forskel mellem brugernes viden og deres tilstand og handlekompetencer er der, når det omhandler borgerne rygning. Udviklingen på samtlige parametre kan ses i bilagsmaterialet i kapitel 9.

Selv om brugernes vidensniveau om sundhed er højere end, hvad deres sundhedstilstand tilsiger, så viser resultaterne altså, at der også her sker en stigning. Flere sundhedsfaglige medarbejdere giver udtryk for, at brugerne har stor viden om sundhed på et overordnet plan, men at de måske mangler den mere specifikke

viden. Konkret undervisning, åbne temaaftener og kurser for brugere har vist, at mange brugere ved en relativ lille indsats, kan op viden og udvikle konkrete færdigheder, som kommer dem til gavn.

"Brugerne skal kunne klare at håndtere et hjertestop. De har ofte en fejlsluttelse af, hvad man skal gøre i de situationer. Kurser i førstehjælp sætter dem i stand til at hjælpe hinanden indbyrdes."

Citat fra projektmedarbejder, Odense

Det er også mange sundhedsfaglige medarbejders erfaring, at det, at sundhed for en periode har stået så højt på dagsordenen, har betydet, at mange brugere er begyndt at reflektere mere over den viden, de har fået i relation til deres egen situation. Oplevelsen af at deres deltagelse i projektet har synlige resultater skaber øget motivation og lyst til at handle. Flere projektmedarbejdere nævner således, at det, som giver det største løft til brugernes handlekompetencer, er fornemmelsen af, at deres indsats nytter.

"Gennem vores samtaler med brugerne reflekterer de over egen situation. Hvis vi har lavet noget, der har en god effekt, vil de også gerne selv gøre en fortsat indsats."

Citat fra sundhedsmedarbejder, Odense

Selv om der ikke kunne påvises nogen entydig statistisk sammenhæng i monitoreringen mellem deltagelse i aktiviteter indenfor et område og en positiv udvikling i tilstanden, så nævner flere projekt- og sundhedsfaglige medarbejdere, at de oplever, at direkte sundhedsfremmende tiltag godt kan have en direkte effekt på fx brugeres misbrugsproblematikker. Motionsaktiviteter og fysiologiske behandlinger, såsom fysioterapi eller fodterapi, opleves fx i flere modelprojekter at have den effekt, at brugernes får lindret en smerte i bevægeapparatet og/eller opnår en naturlig træthed, som betyder, at de ikke skal dulme smerter med stoffer og alkohol.

"Når fysiske ting lindres, kan det have betydning helt op til hovedet/psyken, og så behøver de ikke at tage så mange stoffer for at kunne holde livet ud."

Citat fra projektmedarbejder, Odense

"De får troen på livet som ældru, hvor sporten kan udfylde et tomrum. Det, at de bruger deres krop, gør, at selvværdet vokser hos dem [...] Man får nogle gange indtryk af, at de får en ny afhængighed. Men det er dog en stor forbedring at løbe maraton end at fixe."

Citat fra projektmedarbejder, Fredericia

De direkte sundhedsfremmende aktiviteter opleves – af flere medarbejdere på tværs af modelprojekterne – ikke bare at have en virkning på brugernes evne til at handle, men også på deres konkrete handlinger. Det kommer til udtryk både i den øgede ro og tryghed, som flere værestedsmedarbejdere har observeret, der hvor brugerne opholder sig, og helt konkret på antallet af døde og syge brugere.

"Sundheden, som beboerne har fået, er et direkte resultat af [den sundhedsfaglige medarbejders] arbejde. Vi har færre døde og syge. Medicineringen er blevet bedre. Hendes frie rolle har været vigtig og det, at brugerne har tiltro til hende. Det er ikke forskellige sygeplejersker hele tiden. Det har også stor betydning. Der er desuden et fald i brugere, som skal til afrusning."

Citat fra projektmedarbejder, Randers

6.2.3 Trivsel og gode sundhedsoplevelser

Hvor resultaterne fra monitoreringen viste, at der umiddelbart ikke var en direkte sammenhæng mellem de direkte sundhedsfremmende aktiviteter og de konkrete resultater, som borgerne har opnået inden for de relevante emner, der har haft fokus i aktiviteterne, så oplever projektmedarbejderne til gengæld at aktiviteterne bidrager til at give mange brugere nogle gode oplevelser, som de – ifølge flere projektmedarbejdere – ikke er vant til at have mange af.

”Så snart brugerne kommer på briksen, lukker de op og snakker meget åbent om deres problemer. Der falder ro på dem, når de er på briksen – her drejer det sig kun om dem. Der er tryghed og tillid.”

Citat fra projektmedarbejder, Odense

”Brugerne her forventer ikke, at nogle ude på gaden gør noget for deres skyld, derfor er det en helt ny verden, når der pludselig kommer nogen, som bare vil være gode ved dem.”

Citat fra sundhedsmedarbejder, Silkeborg

Brugerne finder velbehag, selvom vi laver hårde øvelser. Der er en mening med det. Det er i perioder, hvem der er med. Det har en god effekt, og de bliver vasket. Derfor har vi valgt svømning. Resultaterne er først og fremmest, at de sover godt og bliver bevidste omkring deres krop.

Citat fra projektledelse, Randers

Flere brugere fortæller, at de oplever at have mindreværds komplekser over for 'almindelige mennesker', men at de gode sundhedsoplevelser kan være en katalysator for selvværd og generel trivsel. Derudover kan de helt konkrete og synlige resultater – hvad enten det er bedre ernæringstilstand eller bedre tandstatus – give succesoplevelser og et boost til brugernes selvtillid og lyst til at agere på egen situation.

”Det betyder noget for mig, at man ser ordentlig ud. Det ser virkelig skidt ud uden tænder i munden. Folk tænker jo, 'hvad er det for en bums?', hvis de ser sådan en uden tænder. Så det har helt sikkert noget med min selvtillid at gøre også.”

Citat fra bruger

Et helt konkret eksempel på ovenstående er resultaterne fra de modelprojekter, der har givet støtte til tandbehandling hos de brugere, der havde størst behov. En ting er, at brugerne med nye tandproteser nemmere kan spise rigtig mad, der kan tygges uden smerter, men de nye tænder har derudover også medført andre positive effekter i form af især øget egenomsorg. Dvs. når brugerne skal børste tænder for at vedligeholde de nye tænder tager de f.eks. også lige et bad, får klippet deres hår, vasket deres tøj osv.

"Det giver nogle gode ringe i vandet. For så prioriterer man at købe mad for nu kan man spise den, og så begynder man at vaske op, så der ser lidt pænt ud."

Citat fra projektledelse, Herlev

Tandpleje er vigtigt, fordi vores brugere også gerne vil kunne smile, se pæne ud og score. Det er jo helt normalt. Det holder en tilbage, når man ikke har almindelige tænder. Og tandpleje kan som fodpleje være indgangen til en forbedret egenomsorg."

Citat fra sundhedsmedarbejder, Odense

Derudover har mange af dem der har modtaget tandbehandling har fået et større overblik over deres økonomi. For brugerne kan vedligeholde deres tænder er der behov for regelmæssig opfølgning, som brugerne selv skal betale og flere har derfor fået lavet en frivillig bundet opsparing. Hvor der sættes penge af til tandlægeudgifter. Dette har samtidig givet anledning til en dialog omkring brugerens økonomi generelt. Den forbedrede tandstatus har yderligere bevirket andre positive ting for brugerne, fordi det har højnet selvværdet i væsentlig grad. Flere brugere giver de nye tænder skylden for at de har rykket sig og givet dem et markant løft i livskvalitet.

"Jeg har fået hjælp via tandlægen. Det hjælper meget på selvværdet, og nu gider jeg klippe mit hår og tage pænt tøj på. Jeg har aldrig tænkt over udseendet tidligere, for jeg har haft ondt og været træt af det hele. De nye tænder gør mig stolt."

Citat fra bruger

"Man lægger med det samme mærke til, hvis man nogle sorte tænder eller hvis man mangle tænder, og det giver et negativt førstehåndsindtryk. De ved det jo godt, men det er svært at få gjort noget ved det, for så skal man søge om penge til kommunen, og andre kan ikke overskue det. Der er under projektet nogen der har fået ordnet tænder, og de er så glade for det."

Citat fra projektledelse, Fredericia

6.2.4 Opkvalificering af værestedsmedarbejdere

Et andet forventet resultat af de iværksatte sundhedsfremmende initiativer har været, at medarbejdere på værestederne har skullet opnå en generel opkvalificering. Som nævnt i afsnit 3.2.2, så har kompetenceudviklingen både haft form af deciderede kursus- og undervisningsforløb gennemført af eksterne undervisere og overlevering af viden og erfaringer fra fx den sundhedsfaglige medarbejder i modelprojektet.

Det, som flest medarbejdere oplever, har den største virkning, er tilstedeværelsen af den sundhedsfaglige kollega. Flere nævner, at det har stor betydning, at man kan få den helt konkrete sparring og vejledning i situationen, men man står og overvejer, hvad man skal gøre. Medarbejderne fortæller, at denne form for overlevering erfaringer, gør den tillærte viden og foreslåede handlemuligheder meget mere konkret og anvendelsesorienteret.

”Kommer der én ind, som har det rigtig dårligt, så deler personalet deres bekymring med mig, og henviser til mig over for brugeren. Jeg giver dem nogle redskaber til, hvordan de skal handle, hvilket giver dem en tryghed, og de bliver imødekommet.”

Citat fra sundhedsmedarbejder, Randers

Selv om man i flere projekter også har haft stor glæde af opkvalificering på en mere traditionel vis – i form af undervisning og oplæg – så, nævner flere medarbejdere og projektledere, at risikoen ved denne formidlingsform er, at det kommer for langt væk fra den virkelighed, som de socialfaglige praktikere befinder sig i.

Det var for dyrt og kom ikke deltagerne til gode. Lægerne var for langt væk fra målgruppen. De havde en akademisk tilgang, som ikke virkede. Formålet var at have sparringspartnere og konsulenter til personalet med fokus på kompetenceudvikling. Lægerne har været her og undervist i forskellige emner. Ideen var at åbne nogle døre til de praktiserende læger.

Citat fra projektledelse, Randers

6.2.5 Delkonklusion

Resultaterne viser, at de direkte sundhedsfremmende aktiviteter for mange borgere er indgangen ind i projekterne. Blandt de borgere, som har været fast tilknyttet projekterne, omkring to ud af tre deltaget i aktiviteter med fokus på hhv. ernæring og bevægelse. Selv om kernemålgruppen har været flittige brugere af de direkte sundhedsfremmende aktiviteter, så er indtrykket hos de fleste projektledere, at der er en restgruppe, som enten ikke er motiverede eller har så ringe en helbredstilstand, at det umuliggør deltagelse.

Det kan konkluderes, at deltagelse i enkeltaktiviteter ikke har en selvstændig effekt, men at det er den samlede deltagelse i projektet, som giver brugerne en større viden om egen sundhedstilstand, kompetencer til at handle ud fra den viden og en decideret forbedret tilstand. Derudover bidrager aktiviteterne med en række positive sundhedsoplevelser, som opleves at udgøre en katalysator for selvværd og generel trivsel hos målgruppen. Det er entydigt, at gode konkrete og synlige resultater af aktiviteterne giver brugerne succesoplevelser, selvtillid og motivation til at agere på egen situation.

6.3 Helbredsundersøgelse

Resultaterne fra helbredsundersøgelsen beskrives i dette afsnit – herunder modelprojekternes erfaringer med at bruge resultatet af kortlægningen og dialogen samt den opbyggede tillid fra brugerne til at forsøge at brobygge til det etablerede system.

De forventede resultater af helbredsundersøgelserne, som resultaterne skal sættes i forhold til, og som er udtrykt i puljens overordnede programteori, er: Overblik over helbredstilstand hos målgruppen og diagnosticering af somatiske lidelser, viden om mulige indgange til sundhedsvæsenet samt en tilegnelse af redskaber til at håndtere egen sundhed og mestre eget liv.

6.3.1 Overblik over målgruppen og diagnosticering

Kortlægningen af de helbredsproblemer, som målgruppen af socialt mest udsatte mennesker havde, bekræfter entydigt det billede, som flere års sundheds- og sygelighedsundersøgelser for socialt udsatte i Danmark har vist. Socialt udsattes fysiske tilstand er markant dårligere end den øvrige befolknings, og dette gælder uanset hvilket mål for sygelighed, der anvendes. De udsattes problemer med helbredet er omfattende, kom-

plekse og forskelligartede. Det er typisk problemer med hjerte, lunger og lever samt med fødder og misbrugsrelaterede skader og ulykker, som de udsatte har.

"Alle skal have lavet en helbredsundersøgelse, for deres helbred er klart dårligere end alle andres. Og derved får man nemmere kontakt til egen læge med konkrete symptomer."

Citat fra projektleder, Fredericia

Derudover har kortlægningen også vist, at rigtig mange har dårlige erfaringer med at være 'en sag' i et offentligt social- eller sundhedspolitisk behandlingsforløb, som har velmenende ambitioner om hurtige og omsiggribende forandringer hos brugeren. Der er vurderingen hos flere af de sundhedsfaglige ressourcepersoner i modelprojekterne, at mange af deres brugere går rundt med dårlig samvittighed over på et eller andet tidspunkt ikke at have kunnet leve op til ambitiøse handleplaner, der kræver kontinuert progression i sundhedstilstand, handlekompetencer eller lignende.

"Vi er en slags indledende screening, hvor vi forsøger at skabe overblik over deres komplekse problemer [...] Det er særligt godt, at vi er forskellige fagligheder, da vi kan tænke bredt sammen. Vi oplever, at brugerne får de undersøgelser, de skal have og bliver sendt til de specialister, de skal. De går nemmere ind i systemet, når vi kan sige, at vi har uddannede fysioterapeuter og sygeplejersker, der har set på dem."

Citat fra sundhedsmedarbejder, Odense

Nogle var hunde angste for at komme ind for de troede at det var helt galt, og nogle har også været kede af at komme ind og få alle de her ting fortalt. Men så har jeg kunnet hjælpe dem videre. Ingen er gået fra mig, er min fornemmelse, uden at vide at der er en plan for deres helbred, så der er ikke noget der bare svæver ud, men der er en plan for det hele

Citat fra sundhedsmedarbejder, Fredericia

6.3.2 Viden om muligheder og indgange til sundhedsvæsenet

På trods af at det ofte er en kedelig anledning, så giver helbredsundersøgelserne typisk et fornuftigt afsæt til en videre dialog med brugeren om hvilke muligheder, der er for at ændre på situationen. Denne snak bliver ofte første skridt på vejen til at sikre brugeren den nødvendige sundhedsfaglige behandling i det etablerede sundhedssystem, ligesom den naturligvis kan give anledning til, at der bliver fulgt op på brugernes øvrige behov, der måtte komme frem ved helbredsundersøgelserne.

Især for de projekter, som har valgt en relativt uformel tilgang til helbredsundersøgelserne, har det været oplagt at henvise videre til mere specialiserede behandlere, da de ikke har haft en ambition om andet end at identificere, at der var et problem. Helbredsundersøgelsen kan dermed være med til at udrydde den tvivl, angst og usikkerhed, som mange udsatte borgere oplever i forhold til deres sundhed, samt give dem et mere konkret indtryk af, hvor i de etablerede sundhedssystem de skal henvende sig, og hjælp til hvordan de skal gøre det. Flere borgere fortæller, at de før havde et meget diffust billede af både egen sundhed og af indgangene til den sundhedsfaglige behandling.

"Jeg kan huske, at vi bestemte, at vi ikke ville lave så meget selv. Der skulle være en god anledning til at komme til egen læge. Så det var sådan noget med vægt og blodtryk osv. Så kunne vi undersøge dem, og så kunne det være en anledning til at komme til en rigtig læge. Så det var de her overfladiske ting. Vi valgte, at vi ville lægge det på det leje, så vi skulle hjælpe dem med at finde deres problemer, men at de så skulle et andet sted hen for at få hjælp. Ulempen er, at det går lidt mere langsomt, men det er måske mere forankringsdygtigt."

Citat fra projektmedarbejder

Flere projekter har som følge af helbredsundersøgelserne også prioriteret, at der bliver mulighed for at give let behandling for småskavanker. Typisk er det en fod- og/eller en fysioterapeut, som modelprojekterne har tilknyttet, men der er også eksempler på en diætist og en zoneterapeut. Disse ekstra initiativer er blevet taget rigtig godt imod hos brugerne.

6.3.3 Udvikling af redskaber til at håndtere sundhed

Gennemførelsen af regelmæssige helbredsundersøgelser har også den afledte effekt, at det skaber tryghed hos de udsatte borgere, som i mange år har gået med en angst for hvilke konsekvenser, deres hårde livsførelse har haft for deres krop og helbred. Det er sundhedsmedarbejdernes erfaring, at de reelle problemer med helbredet, som brugerne får identificeret, sjældent kan stå mål med de ofte meget store bekymringer, som brugerne har.

Indgangen til helbredsundersøgelsen vurderes af flere brugere til at være lettere end til det etablerede system, fordi brugerne både har tilliden til den sundhedsfaglige medarbejder som person og til som *fagperson*, der kan afhjælpe de forhold, som de går og frygter.

"Hun var jo sygeplejerske. Jeg syntes, at jeg kunne åbne mig lidt mere - nok fordi man vidste, hun havde en faglighed. Jeg tror, det er derfor."

Citat fra bruger

"En af de vigtige styrker ved den sundhedsfaglige person er, at brugerne ved, at hun har forstand på sundhed og sygdomme. Brugere fortæller hende ting, som de tror, de fejler eller er bange for, som de aldrig har fortalt de pædagogiske medarbejdere på varmestuen. Sammenfaldet af en profession og brugernes tillid giver store muligheder for at nå ind til brugerne. Så det er selve funktionen ved at være sygeplejerske, og at de kan stole på hende, der giver effekten."

Citat fra projektledelse, Odense

"Mange har fået en lettelse af at komme ind og få at vide, hvordan det forholder sig. Det giver lettelse at vide, at det ikke er livstruende, for brugerne går og bekymrer sig meget."

Citat fra sundhedsmedarbejder, Silkeborg

Derudover bliver undersøgelsen også tit katalysator for en øget selvrefleksion, når brugeren får beviser for hvilken skade, fx misbrug har haft for kroppen. Bare det, at helbredsproblemerne kommer på dagsordenen og bliver italesat, gør, at brugerne – evt. i dialog med sundhedsmedarbejderen eller øvrige projektmedarbejdere – kan forfølge potentielle handlemuligheder.

”Jeg er kommet til at tænke mere over tingene, og hvad jeg havde gang i tidligere. Fx at jeg godt kunne tænke mig at komme ud af stofferne. Det er et stort spring for mig at tage, så det er en stor ting. Jeg har en tanke om at stoppe med metadon, så det er noget, jeg har snakket med [sundhedsmedarbejderen] om. Men det er en stor ting, så jeg skal i noget behandling osv. [...] Jeg vil gerne leve en almindelig tilværelse. Det har stået på i nok år nu, syntes jeg. At leve en tilværelse helt uden medikamenter kunne være godt. Men jeg tror næsten ikke på det.”

Citat fra bruger

Da hun sagde, at jeg havde sukkersyge, havde jeg det sådan, at det ikke kunne ryste mig. Jeg tror ikke, det var blevet opdaget, hvis ikke jeg havde deltaget i projektet. Jeg har en god kontakt med min læge, men lægen troede ikke, at det var det, jeg fejlede. Havde det ikke været for sundhedsprojekt, var det ikke blevet opdaget

Citat fra bruger, Fredericia

6.3.4 Delkonklusion

Helbredsundersøgelseernes kortlægning af de helbredsproblemer, som målgruppen af socialt mest udsatte mennesker har, bekræfter entydigt det billede, tidligere undersøgelser har dokumenteret. Socialt udsattes fysiske tilstand er markant dårligere end den øvrige befolknings.

Projektmedarbejdere har typisk brugt helbredsundersøgelserne som et afsæt til en videre dialog med brugeren om hvilke muligheder, der er for at ændre på situationen. Resultaterne viser, at undersøgelsen ofte er første skridt på vejen til at sikre brugeren den nødvendige sundhedsfaglige behandling og en naturlig anledning til at (gen-)etablere kontakten og tilliden til det etablerede sundhedssystem. Brugerne opnår en konkret viden om deres sundhedstilstand og et entydigt billede af, hvor de skal henvende sig, hvilket kan afløse det mere diffuse billede mange borgere har af både egen tilstand og potentielle handlemuligheder. Undersøgelsen kan både rydde den ubegrundede frygt af vejen, som mange borgere har, fordi de er bevidste om, at de lever et hårdt liv, og den kan tydeliggøre hvilke konkrete udfordringer, der er reelle nok,

6.4 Netværksarbejde – på tværs af fagligheder og sektorer

Dette afsnit omhandler resultaterne af det netværksarbejde, som modelprojekterne har lavet – det brugerorienterede og selvstændige netværksarbejde i form af faglige arrangementer, etablering af formelle relationer og netværk samt bred information og oplysning.

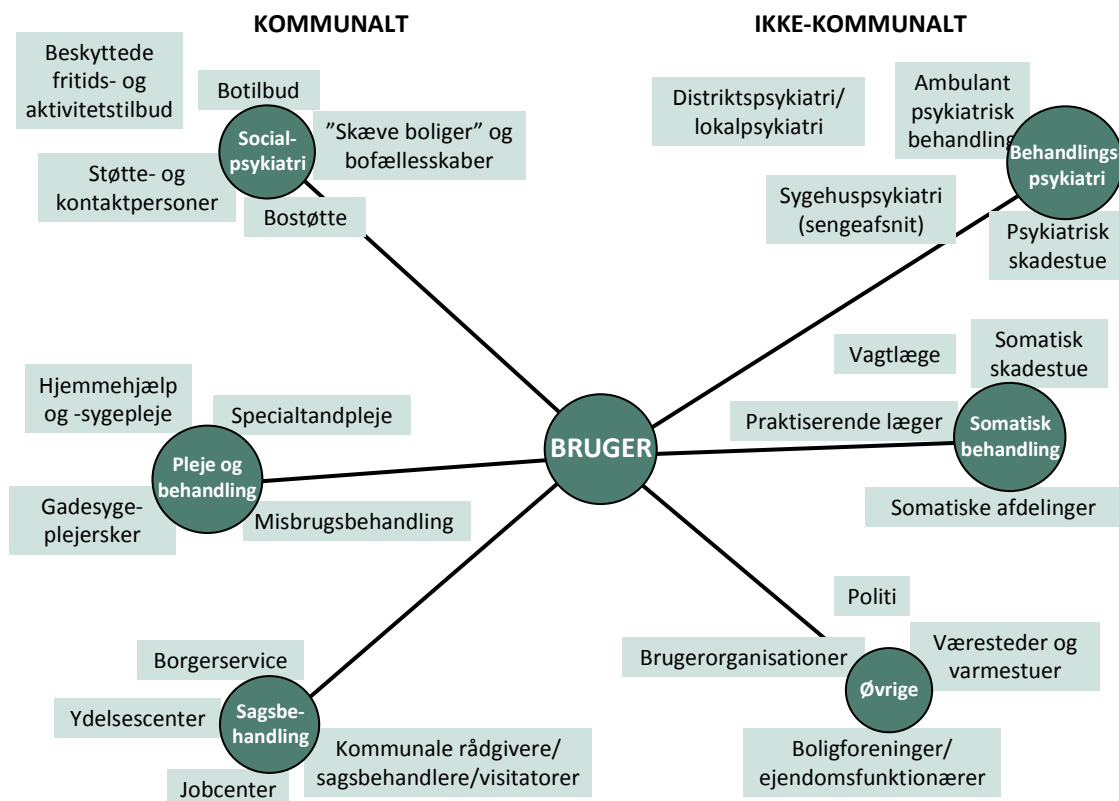
De forventede resultater for netværksarbejdet, som resultaterne skal sættes i forhold til, og som er udtrykt i puljens overordnede programteori, er: Etablering af tværgående samarbejdsrelationer, indgåelse af formelle samarbejdsaftaler, formidling af information og viden mellem netværksdeltagere, øget indsigt i arbejdet med målgruppen, større kontinuitet i indsatsen og udvikling af tillidsrelationer mellem brugerne og det offentlige system.

6.4.1 Etablering af tværgående samarbejdsrelationer

Et vigtigt element i at opspore og fastholde målgruppen i eksisterende tilbud er, at brugerne sikres en sammenhængende indsats. Til det formål har man i flere projekter arbejdet på at få afdækket hvilke professionelle aktører – fra både kommunalforvaltning, sundhedssystem og øvrige relevante tilbud – brugerne var i kontakt med i hverdagen, for derefter at forpligte dem i et bredt netværk omkring projektet og målgruppen.

Nedenstående figur giver et overblik over kompleksiteten i mange brugeres forløb og de potentielle snitflader, der kan være til tilbud og indsatser i såvel kommunalt regi som i det regionale behandlingssystem. Figuren giver også et billede af hvor mange kontaktpersoner, rådgivere og sagsbehandlere, en bruger i princippet skal forholde sig til.

Figur 6-4: Overblik over potentielle snitflader mellem brugeren og kommunale samt ikke-kommunale tilbud og indsatser



Der opleves generelt en stor velvillighed blandt alle parter til at sikre, at målgruppen kan opleve så stor en sammenhæng i indsatsen som muligt. Det sker både på det uformelle niveau, hvor der bliver skabt nogle personlige kontakter i netværket omkring projektet, og på det mere formelle niveau, hvor man i flere kommuner benytter sig af allerede etablerede tværfaglige lederfora, hvor sager, der går på tværs af forvaltninger og afdelinger, bl.a. tages op.

På trods af de mange initiativer, der skal være med til at sikre en sammenhængende indsats for borgerne, vurderes det stadig af de fleste deltagere i netværket, at der er behov for nogle, der har den 'frie rolle' i forhold til målgruppen – ligesom mange af sundhedsmedarbejderne har haft.

"Det er den ubureaukratiske og fleksible indsats, der virker. En del af projektets succes er, at man kan være der, når der er brug for det. Det, projektet har givet her, kan ikke erstattes af kasserne."

Citat fra netværksdeltager

6.4.2 Formelle samarbejdsaftaler

Samarbejdet mellem modelprojekterne og deres netværk har i lidt over halvdelen af tilfældene i nogen eller i høj grad været formaliseret vurderet ud fra svarene fra modelprojekternes samarbejdspartnere. I forlængelse heraf har omkring en fjerdedel af samarbejdspartnere været sammen med repræsentanter fra sundhedsprojektet mere end 10 gange og knap en tredjedel har været sammen 5-10 gange. De resterende (42 %) har været sammen 1-4 gange.

Det er således meget varierende hvor formaliseret en samarbejdsstruktur, modelprojekterne har med deres respektive netværk. I nogle projekter afholdes netværksmøder, hvor der bliver taget referat og skrevet dags-

orden, og hvor deltagerne nærmest har mødepligt. Andre projekter har valgt en mere uformel tilgang, der typisk bærer præg af dialog på ad hoc-basis. Undervisningen er i flere af modelprojekterne uformel, hvilket giver deltagerne bedre mulighed for diskussion. En grov opdeling er, at projekterne vælger den formelle tilgang i fora, hvor deltagerne er de samme over en periode. Når der er stor udskiftning blandt medarbejderne, eller ved en stor grad af frivillige tilknyttet netværkene, vælges en uformel tilgang til samarbejdet uden egentlige møder. I projektperioden har samarbejdet med nogle af modelprojekternes samarbejdspartnere udviklet sig fra uformelt til mere formelt samarbejde, hvor samarbejdet med andre har udviklet sig i modsat retning.

Der nævnes flere fordele og ulemper ved at have et henholdsvis formelt og uformelt samarbejde. Fordelene ved det formelle samarbejde er, at det bliver mere struktureret, nemmere at holde styr på og nemmere at gribe de mange bolde, der er i luften. Med det formelle samarbejde kan der ligeledes lettere planlægges fremadrettet og udarbejdes samarbejdsaftaler. Derudover tager netværksdeltagerne forløbet mere seriøst, og de føler sig mere forpligtet til at tænke i bedre samarbejdsstrategier, fordi de er mere direkte involverede. Endelig er deltagerne i et formelt samarbejde mere tilbøjelige til at se den helhedsorienterede indsats over for brugerne, fordi netværksmøderne bliver forum for dialog mellem fagprofessionelle, der har forskellig berøring med brugerne.

"Der er både fordele og ulemper ved det formelle samarbejde, men det kræver et formelt samarbejde at få lavet samarbejdsaftaler."

Projektleder

"På møderne er det vigtigt at være formel. Emnerne er inden for vores arbejde, så alles interesse er til stede. For at være effektive er det vigtigt med en dagsorden og faste procedurer."

Projektleder

"Formaliseret samarbejde skaber synlighed, forudsigelighed, entydighed og en klar rollefordeling. Ulempen er dog, at det er nødvendigt med tilstrækkeligt med tid til fri leg med brugerne."

Samarbejdspartner

Fordelen ved det uformelle samarbejde er, at samarbejdet bliver mere fleksibelt, hvorfor det er nemmere at agere her og nu, hvor der er behov for det, frem for at skulle vente til et kommende møde. Nogle samarbejdspartnere har ikke tid til at holde møder, men kontakter hinanden, når det er relevant. Det uformelle samarbejde kan være en fordel i starten af samarbejdet, hvor parterne lærer hinanden og deres forskellige kompetencer at kende. Derudover er der ved de uformelle møder flere, der tør at stille spørgsmål, hvilket fremmer dialogen. En ulempe ved den uformelle organisering kan dog være, at den er meget personafhængig og svær at overføre ved personaleudskiftninger.

"Det uformelle samarbejde kan give grobund for et mere formelt samarbejde, og det er med til at åbne øjnene for andre måder at arbejde og samarbejde på"

Projektleder

"Fordelen ved mindre grad af formalisering giver en øget fleksibilitet til at tilpasse ressourcer, hvor behovet er størst."

Samarbejdspartner

"Vi arbejder med brugerne. Der er ofte behov for her og nu-løsninger. Langtidsplaner kan teoretisk være gode, men ender ofte med hensigts-erklæringer."

Samarbejdspartner

Det er evaluators vurdering, at det formaliserede og uformaliserede samarbejde har sine styrker og svagheder betinget af hvilket formål, samarbejdet har, hvornår i processen, det er, og hvilken samarbejdspartner, der er tale om.

Hvis det er samarbejdspartnere, som projekter kun har sjældent kontakt med, kan det være for stift og rigtigt at holde møder på andet en ad hoc niveau. Omvendt kan det være relevant for faste samarbejdspartnere, som projekterne ofte har kontakt med at have en mere formel relation med møder, hvor aktuelle problemstillinger kan vendes og fremadrettede løsninger kan diskuteres.

6.4.3 Formidling af information mellem netværksdeltagere

På trods af at mange samarbejdspartnere har kendskab til og har lært at anvende modelprojekternes særlige funktioner, så er det evaluators indtryk, at det ikke fuldt ud er lykkedes at udnytte det potentiale, der var for at for at udbygge samarbejdet og samarbejdspartnernes kendskab til modelprojekterne. Mangelfuld opfølgning på den indledende kontakt og information fra de fleste modelprojekter gør, at mange samarbejdspartnere nok er bevidste om tilbuddet, men ikke systematisk har indtænkt det i procedurer og daglig praksis.

I forhold til behandlingssystemet – og særligt behandlingspsykiatrien – har mange modelprojekter oplevet problemer med at få etableret et samarbejde, fordi der eksisterer flere kulturforskelle.

"Det er den kulturforskel på psykiatri og socialt arbejde [...] Og i deres øjne hjælper vi måske ikke de her folk, vi er ikke nogle, de kan placere. Vi er jo også medmisbrugere i afvænningscentrenes øjne, fordi vi accepterer at det går skidt for dem nogle gange."

Citat fra projektledelse

Flere modelprojekter har omvendt erfaringer med, at det kan virke godt at invitere samarbejdspartnere hen til værestedet, så de kan lære brugerne at kende under andre omstændigheder, end hvad de er vant til. Derudover har afholdelsen af temadage også været et initiativ, man flere steder har høstet gode erfaringer med. I planlægningen af dagen, gjorde man et enkelt sted meget ud af, at temaet for dagen netop ikke skulle ikke være samarbejde, men noget, der kunne give fælles berøringsflade, som indirekte ville kunne skabe grobund for etablering af et samarbejde. I forlængelse af dette har det også vist sig at være en god idé at holde arrangementet hos dem, man gerne ville i kontakt med, så man på alle mulige måder gjorde det lettere for dem at melde sig til og deltage.

"Så jeg tror det var godt, at vi ikke kom og sagde, at vi skulle være gode til at samarbejde. Der er så meget kritik af psykiatrien, så det var vigtigt, at vi ikke gjorde det også. Vi skal bare være sammen om noget vi havde fælles interesse i."

Citat fra projektledelse

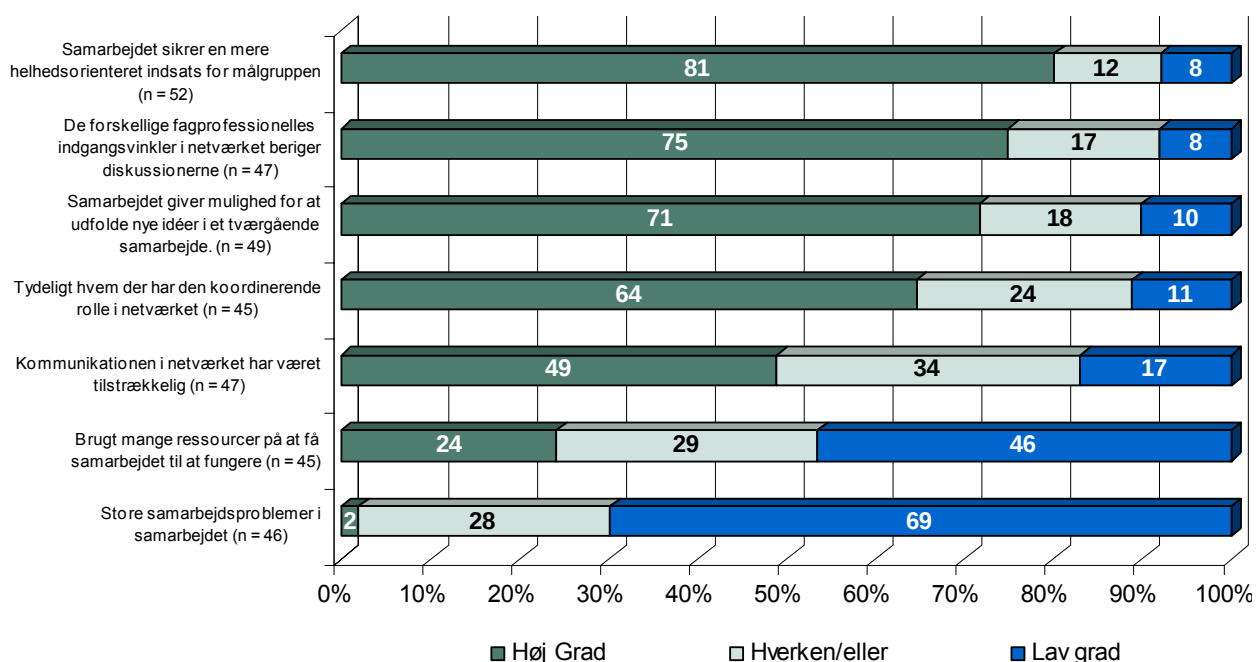
6.4.4 Øget indsigt i arbejdet med socialt udsatte

Dette afsnit undersøger hvor tilfredse, modelprojekternes samarbejdspartnere er med netværket, og hvilke effekter, de ser af samarbejdet. Nedenstående tabel viser, at der generelt er stor tilfredshed med samarbejdet i netværkene. Tre fjerdedele vurderer, at de forskellige indgangsvinkler i netværket beriger diskussionerne. Cirka samme andel finder, at samarbejdet giver mulighed for at udfolde nye ideer, mens lidt flere mener, at samarbejdet giver en mere helhedsorienteret indsats for gruppen socialt udsatte. Knap halvdelen mener

dog, at der ikke er brugt mange ressourcer på netværkene. Det fremgår dog ikke hvilke ressourcer, kontaktpersonerne har tænkt på i besvarelsen af spørgsmålet. Kun meget få mener, at der har været samarbejdsproblemer i netværket.

Undersøgelsen blandt projekternes netværkspartnere dokumenterer altså, at der generelt er stor tilfredshed med samarbejdet i netværkene.

Tabel 6-2: Du bedes vurdere, hvor enig du er i disse udsagn om samarbejdet med sundhedsprojektet og andre fagprofessionelle



Knap tre fjerdedele af kontaktpersonerne mener, at samarbejdet i netværkene i meget høj eller høj grad har gavnet forholdene for de socialt udsatte, mens kun få (8 %) mener, at samarbejdet slet ikke eller i lav grad har gavnet de socialt udsatte. Omkring to tredjedele af modelprojekternes samarbejdspartnere mener, at de i nogen eller høj grad har fået en ny forståelse for sundhedsprojektets brugere af særligt socialt udsatte. I forvejen vurderede omkring halvdelen af samarbejdspartnere, at de havde et stort kendskab til brugerne. Cirka en tredjedel mener, at de i ingen eller lav grad har fået en ny forståelse for brugerne.

Netværkssamarbejdet har resulteret i øget videndeling samt viden om og forståelse for målgruppen og deres behov. Personalet er således klædt bedre på i forhold til at hjælpe brugeren og forebygge problemer. Samtidig har samarbejdet øget forståelsen for arbejdet hos de andre i netværkssamarbejdet og givet indblik i de forskellige arbejdskulturer. Som følge heraf kan de bedre hjælpe og vejlede hinanden samt udnytte hinandens ressourcer bedst muligt, hvilket i sidste ende gør det lettere at hjælpe og skabe tryghed for brugerne. Det har derudover øget samarbejdet yderligere. I forhold til samarbejdet om de enkelte brugere har sundhedsmedarbejderen/gadesygeplejersken været en vigtig person i forbindelse med fx konsultationer hos lægen. Flere er utrygge ved brugerne, men sundhedsmedarbejderen/gadesygeplejerskens tilstedeværelse og hans/hendes gode relation til brugeren har været en stor fordel. Samarbejdspartnere finder det meget positivt, at de kan kontakte sundhedsprojektet i forhold til akutte problemstillinger, og de ved, hvor de kan henvise borgere til et sundhedsfremmende tilbud, hvor de bliver støttet til at modtage tilbuddet. I slutningen af projektperioden eksisterer der dog i flere af projekterne en bekymring for, hvad der sker med de tilbud, der er en del af projektet og brugerne heraf, når projektet er afsluttet, og hvorvidt de opnåede resultater tabes på gulvet. Bekymringen udspringer især af kommunernes spareforslag.

6.4.5 Kontinuitet i indsats gennem forankrede netværk

Flere af samarbejdspartnerne ser potentielle muligheder i et fortsat samarbejde efter projekternes afslutning. Det er især det styrkede kendskab og kontakten til de tilbud, der findes, som danner basis for et videre samarbejde.

"Den første gang tænkte jeg: "Hvad skal jeg her?", men så allerede næste gang var det ligesom om, det gav mere mening. Jeg kunne se formålet med, at de skulle bruge min viden i deres arbejde.

Men jeg kan godt se formålet med, at man har de her møder, og ligesom får tydeliggjort, hvad er hinandens roller."

Citat fra samarbejdspartner, Langeland

De barrierer, som flest samarbejdspartnere nævner for et videre samarbejde, er det generelle tidspres, de er udsat for i relation til deres normale arbejdsopgaver. Derudover er det de økonomiske barrierer, at projektet er tidsbegrænset, mangel på nøglepersoner, og at det endnu er uklart, hvordan projektet skal fortsætte efter projektperioden.

Samarbejdspartnerne kommer med forslag til hvilke initiativer, der kan forbedre samarbejdet. Flere nævner, at der skal holdes flere møder, så der kan koordineres yderligere, og netværket kan få bedre information om, hvad der sker i modelprojektet. Derudover foreslås udpegnings af nøglepersoner med særlige opgaver og ansvarsområder. Endelig er der flere, som håber, at de gennem deres deltagelse i netværket får mere veldefinerede kompetencer til at påvirke arbejdsprocessen, og at den helhedsorienterede indsats vil give større politisk bevågenhed om indsatsen over for de socialt udsatte.

6.4.6 Udvikling af tillidsrelationer mellem brugere og system

Et andet resultat af netværksarbejdet er, at der skabes en indgang til et bedre samarbejde og en bedre forventningsafstemning mellem brugere og behandlingssystem. Netop fordi de sundhedstilbud, som modelprojekterne og de sundhedsfaglige medarbejdere kan give, har sine naturlige begrænsninger, så skabes potentialet til at sikre, at brugeren kommer til at gøre brug af det etablerede behandlingssystem.

"Vi er ikke gearet til behandling, men vi kan lette og lindre og hjælpe dem i gang med en behandling i det etablerede system."

Citat fra sundhedsmedarbejder, Odense

Resultaterne viser, at man kan overføre den tillid, som er mellem lægen og den sundhedsfaglige medarbejder, der ledsager borgeren, til relationen mellem bruger og læge. Sundhedsmedarbejderen kommer gennem gå-med-funktionen til at fungere som en mediator, der kan tage potentielle konflikter i opløbet.

"Vi har igen og igen oplevet, at det, der har gjort tingene nemmere for brugerne, er, at vi er tilgængelige, og at vi har haft en gå-med funktion. Og hvis ikke vi kan lige den dag, kan vi hjælpe til at skabe en kontakt til andre, der kan. Der er nogle, der tager vare om problemet i samarbejde med brugeren, og det virker. Der, hvor indsatsen hjælper, er, når de bliver fulgt, og det giver dem mange erfaringer selv. Det gør at de selv kan klare mere og mere – blandt andet gå til lægen."

Citat fra sundhedsmedarbejder, Silkeborg

"Vi ved, hvordan hver enkelt bruger skal behandles, og hvordan man skal opfatte deres særheder eller udbrud. Det giver også en helt anden

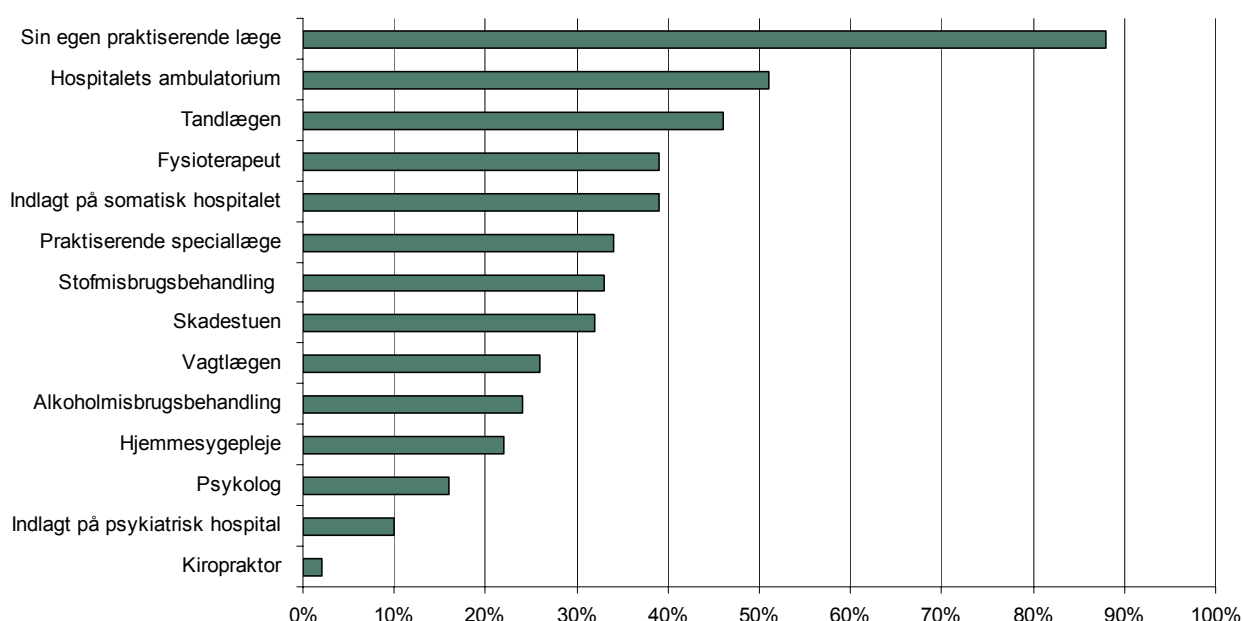
samtale – nogle af dem ser jo sjove eller bryske ud, når de kommer.”

Sundhedsfaglig medarbejder

Resultaterne fra monitoreringen viser, at op imod næsten 90 % af samtlige brugere i kernemålgruppen i løbet af projektperioden har været i kontakt med deres egen læge, hvilket illustreres i Figur 6-5.

Det er i øvrigt en stigning på næsten 20 procentpoint i forhold til startmålingen, hvilket vidner om, at indsatsen har haft en vis tillidsopbyggende effekt på brugerne. Det kan indvendes, at det ikke er et succeskriterium i sig selv at have kontakt med samtlige sundhedsfaglige personer, men med denne udsatte gruppe er kontakten til stort set samtlige af de nævnte kontaktpersoner et udtryk for, at tilliden til sundhedssystemet er forbedret, og at brugerens problemstillinger rent faktisk bliver behandlet. Udgangspunktet for mange af brugerne er netop, at tilliden til sundhedssystemet er meget lav, hvorfor de har undgået besøg hos disse.

Figur 6-5: Sundhedsfaglige personer, som deltagerne igennem projektperioden har været i kontakt med

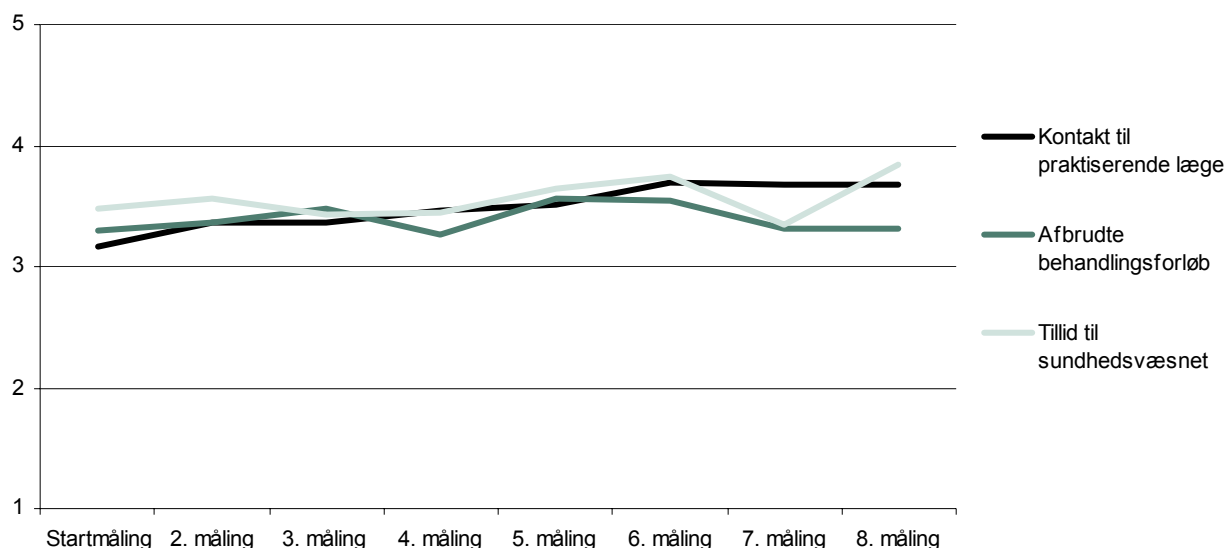


Resultatet fra tabellen ovenfor underbygges ligeledes af nedenstående figurer, som viser, at der generelt har været en stigning (om end moderat) i både kontakten til praktiserende læge og tilliden til sundhedsvæsenet, mens der har været et fald i antallet af afbrudte behandlingsforløb (illustreret i Figur 6-6). Derudover viser resultaterne, at brugerne i gennemsnit oplever, at de har fået en bedre kontakt med både praktiserende læge og misbrugsbehandling i løbet af projektperioden (illustreret i

Figur 6-7).

Disse resultater understøtter i høj grad de erfaringer, som projektmedarbejdere og projektledere giver udtryk for – nemlig at helbredsundersøgelser i samspil med det brugerorienterede brobygningsarbejder er med til at etablere en indgang for brugeren til behandlingssystemet.

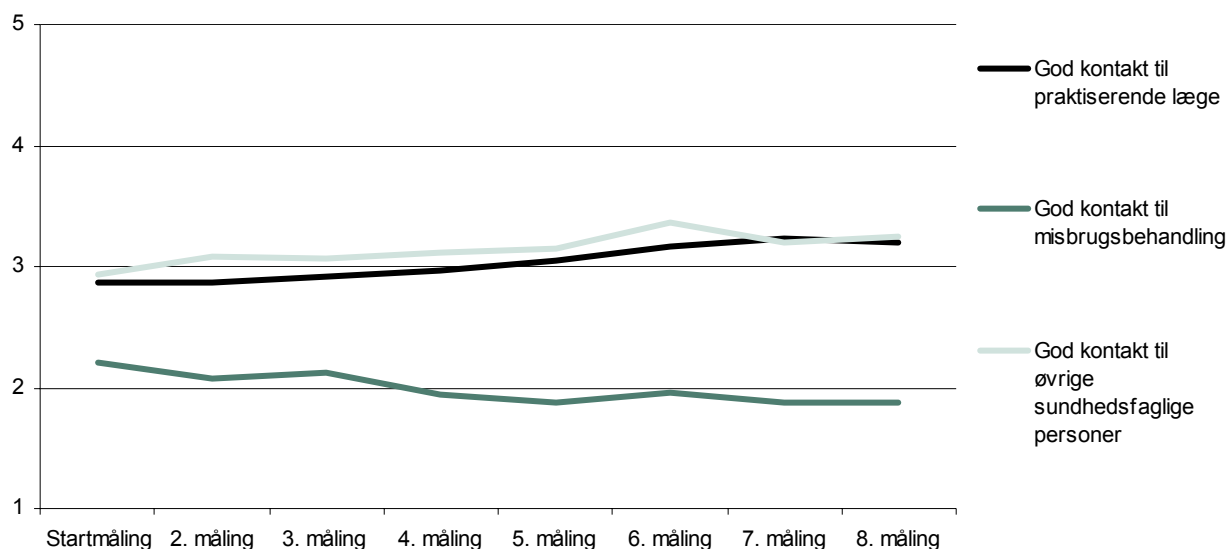
Figur 6-6: Udvikling i forhold til kontakt til praktiserende læge, afbrudte forhandlingsbeløb og tillid til sundhedsvæsenet. Gennemsnit for hvert målepunkt



Note: Kontakt til praktiserende læge: n varierer fra 190 ved startmålingen til 57 ved 8. måling. Afbrudte behandlingsforløb: n varierer fra 182 ved startmålingen til 52 ved 8. måling. Tillid til sundhedsvæsenet: n varierer fra 184 ved startmålingen til 53 ved 8. måling.

Udsagnene til ovenstående figur er i spørgeskemaet oprindeligt formuleret: "Deltageren har for lidt kontakt til sin praktiserende læge", "Deltageren har mange afbrudte forhandlingsbeløb bag sig", og "Deltageren har generelt set ikke tillid til sundhedsvæsenet (dvs. læge, hospitaler, misbrugsbehandling m.m.)". I ovenstående figur er disse vendt for at signalere en positiv udvikling. Bemærk at ovenstående er en fempunktskala.

Figur 6-7: Udvikling i forhold til god kontakt til praktiserende læge, god kontakt til misbrugsbehandling og god kontakt til øvrige sundhedsfaglige personer. Gennemsnit for hvert målepunkt



Note: God kontakt til praktiserende læge: n varierer fra 179 ved startmålingen til 52 ved 8. måling. God kontakt til misbrugsbehandling: n varierer fra 159 ved startmålingen til 47 ved 8. måling. God kontakt til øvrige sundhedsfaglige personer: n varierer fra 167 ved startmålingen til 37 ved 8. måling. Bemærk at ovenstående er en fempunktskala.

6.4.7 Delkonklusion

Udgangspunktet for netværksarbejdet var i de fleste projekter både at have fokus på den brugerorienterede brobygning og den mere brede formidling og etablering af samarbejdsaftaler blandt fagprofessionelle omkring målgruppen. Resultaterne viser, at det primært er førstnævnte, projekterne har prioriteret og har haft succes med. Det er kort sagt ikke nok blot at informere samarbejdspartnere – det er i den konkrete dialog omkring borgernes forløb, at samarbejdet udvikler sig og potentielt bliver forankret. Flere samarbejdspartnere angiver, at de har opnået en større forståelse for og indblik i, hvordan situationer kan håndteres, så det ikke ender med brudt tillid, manglende kontinuitet og afbrudte behandlingsforløb.

Kortlægningen viser, at mange borgere i målgruppen har kontakt til en lang række af professionelle aktører på tværs af forvaltninger og sektorer. Det kræver derfor en væsentlig opbakning og prioritering fra ledelsesniveauet i de forskellige enheder at understøtte nye samarbejdsmodeller og handlevejledninger, der kan sikre en bedre indsats for målgruppen. Denne opbakning har i flere projekter ikke været tilstede på grund af den manglende forankring i styregruppen.

7. Fremadrettede perspektiver

En af konklusionerne i det nyligt afsluttede forskningsprojektet *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*, er, at "de socialt udsatte har en række sociale, psykiske og somatiske problemer, der betyder, at ingen af indsatserne kan stå alene, men at der skal være en tilstrækkelig koordination mellem de forskellige former for social støtte og den behandlingsmæssige og rehabiliterende indsats"⁸.

Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte har netop haft sit hovedfokus på tiltag, der befinder sig i krydsfeltet mellem social- og sundhedsfaglig indsats, og resultaterne fra dette projekt underbygger konklusionen om, at der er behov for sundhedsfagligt fokus i det sociale arbejde med gruppen af de socialt mest udsatte mennesker i Danmark.

Dette afsnit beskriver nogle af de fremadrettede perspektiver, der er for arbejdet med sundhedsfremmende indsatser over for socialt udsatte.

7.1 Sundhedsfaglighed i socialt arbejde

Som beskrevet i forrige afsnit, viser resultaterne fra evalueringen, at tilstedeværelsen af en sundhedsfaglig medarbejder på væresteder – af både projektdeltagere, brugere og netværksdeltagere – beskrives til at være med til at kvalificere den socialfaglige indsats, der gives.

Den sundhedsfaglige medarbejder har i flere af projekterne stået for den somatiske sygepleje, som resultaterne fra helbredsundersøgelserne har vist, at der er et massivt behov for. Derudover har den sundhedsfaglige medarbejder i de fleste projekter været brugerens primære indgang til det etablerede sundhedssystem, som mange har mistet kontakten med, eller kun er i uregelmæssig kontakt med. Det har også i halvdelen af projekterne været den sundhedsfaglige medarbejder, som har været ansvarlig for gennemførelsen af det brede relationsskabende netværksarbejde med faglige aktører, som brugerne er kontaktet med – og i den resterende halvdel af projekterne har den sundhedsfaglige medarbejder bidraget til denne indsats gennem brugerorienteret netværksopbygning. Endelig har den sundhedsfaglige medarbejder været en ressource for de socialfaglige medarbejdere – enten *direkte* i regulære undervisningssituationer eller *indirekte* ved at stå til rådighed ved bekymringssager og tvivlsspørgsmål. Flere projektmedarbejder og øvrige frivillige og ansatte i og omkring værestederne fortæller, at det også for dem giver en tryghed og sikkerhed at vide, at sundhedsfagligheden er tilgængelig i det daglige.

På trods af, at der er bred enighed blandt projektdeltagere, brugere og netværksdeltagere, at det er en god idé med en sundhedsfaglig medarbejder på et socialt væresteder, så viser en optælling, at kun tre sundhedsfaglige medarbejdere fortsætter i samme eller lignende funktion (med nedsat timetal) efter projektperioden. I to af projekterne vil der dog være andet sundhedsfagligt personale tilgængeligt nær brugernes opholdssted – men kun i samme omfang som før projektet.

Medarbejdere og projektledere i de projekter, hvor den sundhedsfaglige funktion ikke fastholdes, forventer, at det bliver svært, at frigøre ressourcer til de arbejdsopgaver, som tidligere er løst af den sundhedsfaglige medarbejder.

⁸ Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet (2011). *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* (s. 81).

"Vi synes da, det er en god ide med ledsagelse [til praktiserende læge], men vil ofte være svært at tage en person ud af personalegruppen, da vi ikke er meget personale i forvejen, så ledsagefunktionen går sandsynligvis tabt nu, selv om den er vigtig. Nogle brugere kommer til varmestuen for at få hjælp til at kontakte andre myndigheder. Det er oplagt et område, der skal opprioriteres nu!"

Citat fra projektmedarbejder, Odense

På flere varmestuer har man haft en tanke om på sigt at erstatte en af de socialfaglige medarbejdere med en sundhedsfaglig medarbejder ved naturlig afgang, men samtidig er vurderingen, at det kan blive svært at erstatte en "almindelig" værestedmedarbejder og frigøre en hel stilling til sundhedsfaglig indsats uden ekstra tilførte ressourcer.

"Varmestuen kan ikke fungere med færre almindelige medarbejdere, end der er nu, men det vil da være en overvejelse næste gang, der er jobskifte, om der skal ansættes en sygeplejerske i stedet for en socialfaglig medarbejder".

Citat fra projektledelse, Odense

7.2 Sammenhæng med eksisterende tilbud

Flere af modelprojekterne har haft som ambition af facilitere bredt funderede samarbejdsfora på tværs af sektorer, forvaltninger og fagligheder, som arbejder med målgruppen. De steder, hvor det er lykkedes, erfarer projekt- og netværksdeltagere, at der er kommet mere fokus på løsninger og strukturer, som kan bryde med kassetænkningen og sikre en sammenhæng i indsatsen for gruppe af socialt udsatte borgere.

Evalueringen beskriver fordele og ulemper ved forskellige grader af formalisering af samarbejdsrelationerne, men kan samtidig konkludere, at de projekter, som har kørt med relativt løse og uformelle relationer, har savnet det ledelsesmæssige fokus og den prioritering, som en fast mødestruktur giver. Flere projektledere har desuden erfaret, at skal den tværfaglige indsats give resultater i sager, der enten er af særlig kompleks karakter eller involverer mange forskellige parter, så er det afgørende, at der frigøres personer, som med en vis fleksibilitet og hastighed kan tage hånd om sagen.

"Der, hvor jeg synes, det har sat noget i gang, mens projektet har kørt, er det tværfaglige lederforum på rådhuset. Man mødes fast og tager konkrete sager op og diskuterer, hvordan man gør for at få en borger bedst igennem systemet. Man snakker fx om, hvem der er tovholder i de komplekse sager for at sikre, at borgeren ikke ryger ud af systemet."

Citat fra netværksdeltager, Herlev

Det udtalte behov for jobfunktioner, der med en vis fleksibilitet og mulighed for at gå på tværs af normale fag- og afdelingsgrænser i den sundhedsfremmende indsats for socialt udsatte borgere, betyder, at man i flere kommuner har overvejet at udbygge eller inddrage eksisterende tilbud, som fx SKP-ordningen. SKP-ordningen er i to af modelprojekterne allerede tænkt ind, hvilket der ifølge de respektive projektledere har været gode erfaringer med.

"Vi havde den tese, ville vi blive ved med at komme på samme sted og samme tid, så skulle der nok ske noget på et tidspunkt. Nu er gennembruddet kommet. Folk står nu og venter på, at bussen kommer [...] Vi har snakket om at to fra vores kommunale SKP-korps også vil gerne

have mulighed for at komme med, selv efter at projektet ophører.”

Citat fra projektleder, Lolland

I de følgende afsnit beskrives kort, hvilke muligheder der ligger i SKP-ordningen og Case Management-ordningen, hvis anvendelse er ret udbredt inden for socialpsykiatrien.

7.2.1 SKP-ordning

Med ændringen af Serviceloven i 2006 blev SKP-ordningen udvidet fra kun at gælde sindslidende til nu også at omfatte hjemløse og misbrugere. Ordningen skal ses som et supplement til de øvrige kommunale tilbud, og SKP-arbejdet udføres som opsøgende arbejde på borgerens præmisser. Målet er bl.a. at sikre, at borgeren modtager den støtte, han er berettiget til, og støtte borgeren i kontakt og brobygning til etablerede tilbud.

Mange af de funktioner, som de sundhedsfaglige medarbejdere har haft i projektperioden, kan siges at ligge i ”jobbeskrivelsen” for en SKP-medarbejder (som den forstås efter målgruppeudvidelsen i 2006⁹). Dertil skal lægges, at en SKP-medarbejder er bundet af fuld tavshedspligt og ingen myndighedsbeføjelser har i forhold til borgeren, hvilket må vurderes at være en væsentlig styrke i det tillidsopbyggende arbejde, som projektmedarbejdere og sundhedsfaglige medarbejdere vurderer som så vigtig.

I et af de modelprojekter, hvor SKP-ordningen har været tænkt ind i opgaveløsningen, peger man på, at SKP’ere supplerer et socialt værested godt. Både projektleder og SKP’ere vurderer, at denne model kan være med til at sikre en bedre fremadrettet indsats.

”Alene kendskabet til hinanden [kommunens SKP’ere og værestedet] gør, det er meget nemmere. Vi dækker to funktioner, men har med de samme borgere at gøre. Nu har vi dialog, og vi kan henvise til hinanden. Nogle har brug for at være på værestedet, andre har brug for mere støtte og en SKP.”

Citat fra netværksdeltager, Lolland

I flere af de kommuner, der ikke har anvendt SKP-ordningen direkte i forbindelse med projektet, angiver både projektledere og netværksdeltagere, at man er blevet mere opmærksom på, at det kunne være en alternativ løsning. I princippet dækker §99 allerede i dag målgruppen, men flere steder angiver netværksdeltagere, at man med fordel kunne opruste denne ordning.

”Dette projekt har vist, at vi mangler arbejdskraft i forhold til SKP’ere. [Sundhedsfaglig medarbejder] har fungeret som SKP’er i forhold til alkoholikere – ved at sikre den røde tråd og følge op. Jeg håber projektet munder ud i, at man bliver opmærksom på dette.”

Citat fra netværksdeltager, Herlev

⁹ Jf. VFC Socialt Udsatte og Servicestyrelsen (2006) *SKP til misbrugere og hjemløse – Metodehæfte om arbejdet med de nye målgrupper for støtte- og kontaktpersonsordningen*.

7.2.2 Case manager

Evalueringen har bekræftet – med udsagn fra både projektledere og netværksdeltagere – at mange brugere har kontakt til mange forskellige sagsbehandlere, hvilket de kan have svært ved at håndtere. En model, som enkelte netværksdeltagere har foreslået kunne håndtere denne problemstilling, er Case Management modellen, som især har været anvendt meget inden for socialpsykiatrien til borgere med komplekse problemstillinger.

En case manager er en person, der – ofte med myndighedsbeføjelse – samler trådene for personer med særlige behov og motiverer og støtter personen i kontakten til det etablerede system. Case manageren har lige som SKP-medarbejderen en koordinerende funktion i den tværgående indsats, men adskiller sig ved også at have et element af myndighedsudøvelse (ift. arbejdet med at finde relevante tilbud)¹⁰.

"Kommer der én, som er dårlig, er der nogle procedurer og måder, man gør tingene på, men det kan de ikke indpasse sig under, så derfor bliver de tabt i systemet [...] Jeg tror, vores tid kunne bruges meget bedre, hvis der var et fælles sted, hvor de kunne henvende sig, for som det er nu, så sendes de jo rundt i hele systemet." (netværksdeltager)

"Jeg tænker, hvis man havde en tæt kontaktperson i forhold til denne målgruppe, ville man kunne forenkle sagsgangen og samle trådene omkring de sager, som omhandler målgruppen. Det skal være en person, som man ringer til, som den første, og det skal være én, som har en form for beslutningskompetence – eller alternativt har kompetencerne tæt på." (Netværksdeltager)

Flere netværksdeltagere, der i forskellig grad er i berøring med målgruppen, fortæller således på tværs af modelprojekterne, at det ville lette deres arbejde og sikre større sammenhæng for borgeren, hvis der var en lettere og mere simpel indgang til systemet for projektets målgruppe.

7.3 Forankringsmuligheder

Som beskrevet i afsnit 7.1 er det kun i enkelte kommuner, at modelprojekterne bliver direkte videreført. Det er selvfølgelig ikke ensbetydende med, at alle erfaringerne og al læring dermed går tabt, hvilket kompetenceudviklingen af medarbejdere og skabelsen af sundere rammer skal være med til at sikre.

Flere projektledere og sundhedsfaglige medarbejdere giver udtryk for, at man ikke nødvendigvis kan måle modelprojekternes succes på, om de bliver implementeret i den kommunale praksis. Der er blandt projektledere en udbredt holdning om, at kommunernes økonomiske problemer betyder, at det generelt er svært for projekter overleve med mindre, de kan vise nogle klare økonomiske gevinster på den helt korte bane.

"Vi troede på, at vi kunne få pengene til videreførelse, hvis vi kunne vise, at det virkelig rykker. Men vi har været ramt af den ene nedskæringsrunde efter den anden i kommunen. Alle synes, at projektet er en god ide, men der er bare ikke penge til det."

Citat fra projektledelse, Odense

"Vi har ikke tallene, men en stærk overbevisning om, at det her projekt har været samfundsøkonomisk rentabelt. Ofte begynder man forfra med nye projekter frem for at videreføre dem, der fungerer godt."

Citat fra projektmedarbejder, Odense

¹⁰ Jf. Servicestyrelsen (2010) *Stofmisbrug i socialfagligt perspektiv*, s. 103-118.

Enkelte projektledere har helt konkrete forslag til, hvordan man i ansøgningsproceduren vil kunne sikre, at flere projekter klarer overgangen fra projekt til drift. Et forslag går på, at projekterne i højere grad skal opstille modeller for forpligtende samarbejdsaftaler allerede i ansøgningen, så de involverede samarbejdspartnere alle er bevidste om, hvad der forventes af dem.

”Det man desuden kan gøre på sigt, er at invitere samarbejdspartnere med i starten. Tidligere var meget forankret på værestedet. Men projektet kræver jo fx også, at man kan sætte ressourcer af til det på de forskellige afdelinger på hospitalet. Projekterne skal tegnes bredere.

Citat fra projektledelse, Randers

Et andet forslag er – i forlængelse af dette – at der bliver lavet en form for prækvalifikation i ansøgningsprocessen, så ansøgere ville have større interesse i at bruge mere tid på at udarbejde en mere fyldestgørende ansøgning, hvor alle forhold var tænkt igennem, og der kunne indgås mere forpligtende samarbejdsaftaler, fordi man havde en større vished om i sidste ende at modtage projektmidlerne.

”Det ville gøre ansøgningerne mere kvalificerede, hvis man på forhånd vidste, om der er en chance for at få midlerne. På den baggrund kunne det bedre betale sig at sætte sig ind i ansøgninger og opkvalificere dem, så pengene til slut blev brugt bedre.”

Citat fra projektledelse, Odense

8. Bilag I: Metode

I dette kapitel redegøres for de metoder, der ligger til grund for evalueringen. Efter en kort beskrivelse af undersøgelsens design præsenteres det samlede datagrundlag. Herefter redegøres for datas repræsentativitet og undersøgelsens samlede validitet.

8.1 Valg af undersøgelsesdesign

Formålet med undersøgelsen er at bidrage med *viden* og *læring* til aktører med interesse for de socialt mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere og hjemløse om hvilke indsatser, der henholdsvis virker eller ikke virker i forhold til at opspore og fastholde målgruppen i sociale og sundhedsmæssige tilbud. Som udgangspunkt indeholder modelprojekterne under hensyn til ovennævnte formål to eller alle tre af følgende elementer: 1) direkte sundhedsfremmende aktiviteter, 2) helbredsundersøgelse og evt. 3) udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

Evalueringsdesignet lægger vægt på, at alle tre delelementer og underliggende undersøgelsesspørgsmål belyses med forskellige metoder og ud fra forskellige perspektiver. Således inddrages både kvalitative og kvantitative metoder, hvorfor den tværgående evaluering både kan indfri ambitionerne om at opsamle og dokumentere læring og erfaringer fra de otte projekter og samtidig vurdere i hvilken grad, indsatsen har den ønskede effekt. Nedenstående viser en oversigt over de evalueringsaktiviteter, der er gået forud for denne slutrapport.

Tabel 8-1: Evalueringsdesign

		Sundhedsfremmende aktiviteter	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde*	Helbredsundersøgelse
Desk research		Gennemført ved modelprojekternes opstart med udgangspunkt i materiale fra værestederne og modelprojekterne, aktuel forskning i alkohol- og stofmisbrugere og hjemløse samt opgørelser af sundhed og helbred blandt socialt udsatte.		
Statusrapporter og øvrigt skriftligt materiale fra projekterne		Modelprojekterne indsender hvert år – efter en fælles skabelon – statusrapporter til Sundhedsstyrelsen, hvor de bl.a. beskriver status, resultater og udfordringer. Disse rapporter indgår også som grundlag for evalueringen på niveau med øvrigt skriftligt materiale, som projekterne har tilsendt evaluator undervejs i projektet.		
Kvalitative casestudier	<i>Fokusgrupper*</i>	I forbindelse med hhv. midtvejs- og slutevalueringen er der gennemført kvalitative casestudier i samtlige modelprojekter, hvor der er afholdt fokusgrupper med hhv. sundhedsmedarbejdere, projektmedarbejdere, projektledere og relevante netværkspartnere i modelprojekterne.		
	<i>Personlige interview**</i>	I forbindelse med case-studierne er der ligeledes gennemført personlige interview med 3-5 udvalgte brugere ved hvert modelprojekt om deres deltagelse og udbytte af aktiviteter.		I forbindelse med case-studierne er der ligeledes gennemført personlige interview med 3-5 udvalgte brugere ved hvert modelprojekt om praksis for helbredsundersøgelsen og udbyttet af denne.
Kvantitative datakilder	<i>Monitorering af brugere</i>	Med udgangspunkt i et fast spørgeskema er der gennemført en kvartalsvis registrering af mål-		Med udgangspunkt i et fast spørgeskema er der gennemført en kvartalsvis registrering af mål-

		Sundhedsfremmende aktiviteter	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde*	Helbredsundersøgelse
		gruppens deltagelse i aktiviteter		gruppens viden, tilstand og handlekompetencer på forskellige parametre for sundhed
	Spørgeskema til netværksdeltagere		I forbindelse med hhv. midtvejs- og slutevaluering er der udsendt spørgeskemaer til seks projekters netværksdeltagere	
Logbog			Med udgangspunkt i en fast logbogsskabelon har projektlederne kvartalsvist registreret erfaringer og refleksioner af indsats og udbytte i forbindelse med netværksarbejdet	

* To af de otte modelprojekter valgte ikke at søge støtte til udførelsen af del 2 om netværksudvikling.

** I enkelte tilfælde er brugerne blevet interviewet sammen i en fokusgruppe efter eget ønske.

Som ovenstående tabel viser, er der tale om flere metoder til indsamling af data. Omfanget og indholdet af spørgeskemaerne til netværksdeltagerne samt monitoreringen er udviklet med forskelligt fokus og omfang alt efter målgruppen. Således er monitoreringen, som de fagprofessionelle skulle indberette gennem it-plattformen, mere omfangsrig end spørgeskemaerne til netværksdeltagerne. Endvidere er spørgsmålene tilpasset de respektive målgrupper, så hver målgruppe kun besvarer spørgsmål, der er relevante for den pågældende gruppe.

8.2 Undersøgelsens datagrundlag

Undersøgelsen baserer sig på data- og metodetriangulering, hvilket kort sagt betyder, at undersøgelsen ikke blot er baseret på én datakilde eller én metode. *Datatriangulering* kommer til udtryk ved, at undersøgelsens temaer er udforsket via flere datakilder. Undersøgelsen inddrager flere af aktørerne i modelprojekterne. *Metodetriangulering* betyder, at der er brugt flere forskellige metoder til indsamlingen af data. Metoderne dækker over personlige dybdeinterview med brugerne, fokusgruppeinterview med nøglepersoner, samarbejdspartnere og projektledere i modelprojektet og værestederne, logbog til netværksdeltagerne samt monitorering. Undersøgelsesmetoderne repræsenterer forskellige måder at afdække et område af et objekt, hvorfor metoderne supplerer hinanden i at afdække realiteterne¹¹.

Som det fremgår af ovenstående, er der både anvendt en kvalitativ og en kvantitativ metode til indsamling af data. Dybdeinterview, fokusgruppeinterview og logbøger udgør den kvalitative del, mens spørgeskemaet for netværksdeltagerne og monitoreringen udgør den kvantitative del. I de følgende afsnit bliver hver enkelt del præsenteret yderligere.

Det vurderes som en styrke i evalueringsdesignet, at der både gennemføres en kvantitativ og en kvalitativ dataindsamling, da disse metoder supplerer hinanden. Den kvantitative del af undersøgelsen kan give hårde data, der kan foretages statistiske analyser på. Det gælder især for monitoreringen, der er blevet foretaget som en indberetning på værestederne med en fast ramme og de samme spørgsmål over tid. Denne metode gør, at monitoreringsdata giver sammenlignelige tal over tid.

Monitorering – som metode – er ideel til at måle fremskridt, målopfyldelse og udvikling af de tildelte midler¹². Traditionelt har man kun sjældent anvendt kvantificering af indsatser på området for socialt udsatte. En af

¹¹ For yderligere information om metodetriangulering se Denzin, Norman: Strategies of Multiple Triangulation i *The Research Act*

¹² Se bl.a. Krogstrup, Hanne Kathrine (2011: s. 58-66). *Kampen om evidens – resultatmåling, effektevaluering og evidens*. København: Hans Reitzel Forlag.

forklaringerne er, at generering af kvantitativt datamateriale kræver en systematisk, struktureret og regelmæssig indsamling, hvilket alt andet end lige ikke er foreneligt med det liv, som mange socialt udsatte fører. Den kvantitative tilgang har dog særligt takket være projekternes store indsats givet et solidt og validt datagrundlag, som har kunnet indgå i de samlede analyser i denne rapport.

Det kvalitative materiale er gået i dybden med den enkelte case og besvarelse af spørgsmål, som monitoreringen og resten af den kvantitative del ikke kan svare på. Hvor svarmulighederne i et spørgeskema eller i en monitorering kan være begrænset til at sætte et kryds, giver den kvalitative metode mulighed for at uddybe besvarelserne. Derfor er der sammen med de kvantitative resultater tilføjet adskillige citater og observationer fra de kvalitative interview, der er foretaget med såvel brugere som nøglepersoner og projektledere.

Den kvantitative metode og særligt monitoreringen er ideel til at finde statistiske og kausale sammenhænge, mens den kvalitative metode supplerer ved at give respondenterne mulighed for at begrunde, uddybe og kontekstforklare sammenhængene. Derfor har trianguleringsstrategien været med til at hæve undersøgelsens validitet, så vi måler og undersøger det, vi gerne vil undersøge. Flere aktører omkring modelprojekterne høres, så projekterne belyses fra forskellige synsvinkler. Samtidig supplerer de valgte metoder hinanden i at finde generelle sammenhænge over tid og gå i dybden med den enkelte case.

8.2.1 Desk research

I den indledende fase før selve analyserne blev en række dokumenter indsamlet, kortlagt og analyseret for at give det optimale indblik i projekternes kontekst. Der er dog ikke konkluderet noget fra desk researchen, da denne udelukkende blev brugt til at få indblik i arbejdet med socialt udsatte.

Materialet var med til at belyse erfaringer og konklusioner fra andre undersøgelser, der har beskæftiget sig med samme målgruppe. Det drejede sig om materialer fra blandt andet Sundhedsstyrelsen, Servicestyrelsen og SFI, som bekræftede flere forestillinger om arbejdet med socialt udsatte. Eksempelvis blev "Socialt udsatte borgeres sundhed" udgivet af Sundhedsstyrelsen i september 2007 brugt til at finde væsentlige konklusioner fra arbejdet med socialt udsatte borgere. Rapporten fandt blandt andet, at det er væsentligt at tænke det sociale aspekt ind i arbejdet med sundhed, og at det er vigtigt at tænke på små skridt i arbejdet med denne målgruppe. Erfaringen fra denne rapport bekræftede forestillingen om, at det er vigtigt at arbejde med de små skridt, og at det sociale og sundhedsmæssige aspekt skal tænkes sammen. Det er problematisk at opstille en klar kausalitet mellem sociale kår og sundhed, men det står i flere undersøgelser klart, at de to dimensioner hænger sammen og skal tænkes sammen i arbejdet med socialt udsatte. Materialet var derfor med til at bekræfte, at dette aspekt skulle tænkes ind i arbejdet med de socialt udsatte. Det sundhedsmæssige over for det sociale viste sig altså som relevant i desk researchen, og det er ligeledes relevant for slut-evalueringen og det fremtidige arbejde med socialt udsatte.

8.2.2 Fokusgrupper og personlige interview

Fokusgrupper og personlige interview omfatter besøgsinterview med brugere, nøglepersoner (typisk værestedsmedarbejdere og sundhedsmedarbejder) og ledere på de otte projekter samt udvalgte samarbejdspartnere. Interviewene med nøglepersonerne er foretaget som fokusgruppeinterview, hvor personer har suppleret hinanden i besvarelserne af spørgsmålene. Den klare styrke ved besøgsinterview er, at vi har mødt personer i deres miljø og på deres præmisser. Det har især været en fordel i forhold til brugerne, der har et særligt behov for trykke og velkendte rammer. Brugere er ikke blevet spurgt ind til netværkssamarbejdet, da de ikke har et indblik i denne del af projektet.

Interviewene med de projektansvarlige, de fagprofessionelle nøglepersoner og brugerne er alle gennemført med udgangspunkt i en fast interviewguide, om end der er taget hensyn til projekternes særlige karakteristika samt relevante forhold, der er dukket op under interviewene. Som udgangspunkt var der sat cirka halvdelen af tiden til interview med hhv. de projektansvarlige og de fagprofessionelle. Interviewene med brugerne er i de fleste tilfælde gennemført som personlige dybdeinterview, da de berørte emner ofte har en ret personlig karakter, som er nemmest at snakke om i et fortroligt miljø. Ved enkelte projekter har brugerne dog øn-

sket at gennemføre interviewet sammen med andre brugere, da dette gav dem en tryghed i interviewsituationen. Udgangspunktet for interviewene har været en semistruktureret interviewguide, der har sat nogle rammer for interviewet men samtidig gjort det muligt for deltagerne at påvirke interviewet i en retning, som de finder relevant. På denne måde kom interviewene omkring de nødvendige overordnede emner samtidig med, at deltagerne havde optimale muligheder for at komme med de informationer, de måtte finde relevante. Endvidere har vi haft optimale muligheder for at få svar på spørgsmål, der måtte dukke op i løbet af interviewet.

8.2.3 Netværkslogbøger

En anden del af den kvalitative dataindsamling er netværkslogbøger. Hvert projekt har hver tredje måned indberettet en logbog for netværkssamarbejde elektronisk. Logbøgerne har blandt andet omhandlet hvilke aktiviteter, der er foretaget i netværkssamarbejdet, og hvilke aktiviteter, projekterne har haft fokus på. Logbøgerne giver mulighed for at være opdateret omkring netværkssamarbejdet og giver projekterne mulighed for at holde sig selv op på aktiviteter i netværkene. Da to af de otte projekter ikke søgte om støtte til netværkssamarbejdet, har de ikke indberettet netværkslogbøger. De resterende projekter har udfyldt og indsendt samtlige logbøger hver gang.

Udgangspunktet for logbogen er en kvalitativ besvarelse med enkelte kvantificerbare spørgsmål, så udviklingen kan følges mere direkte. Det er således tænkt som en faktisk logbog med refleksioner med mere – suppleret af lidt kvantitativt. De mere kvantificerbare spørgsmål tager udgangspunkt i overvejelser om, hvad der kan gøre sig gældende af relevante emner for netværkssamarbejde.

8.2.4 Monitoreringen

Monitoreringen dækker over indberetninger om brugernes tilstand på projekterne, der er foretaget kvartalsvist. Monitoreringen har haft en fast ramme og de samme spørgsmål over tid. Derfor har monitoreringen været den mest anvendelige datakilde til en kvantitativ analyse, hvor der kan findes statistiske sammenhænge.

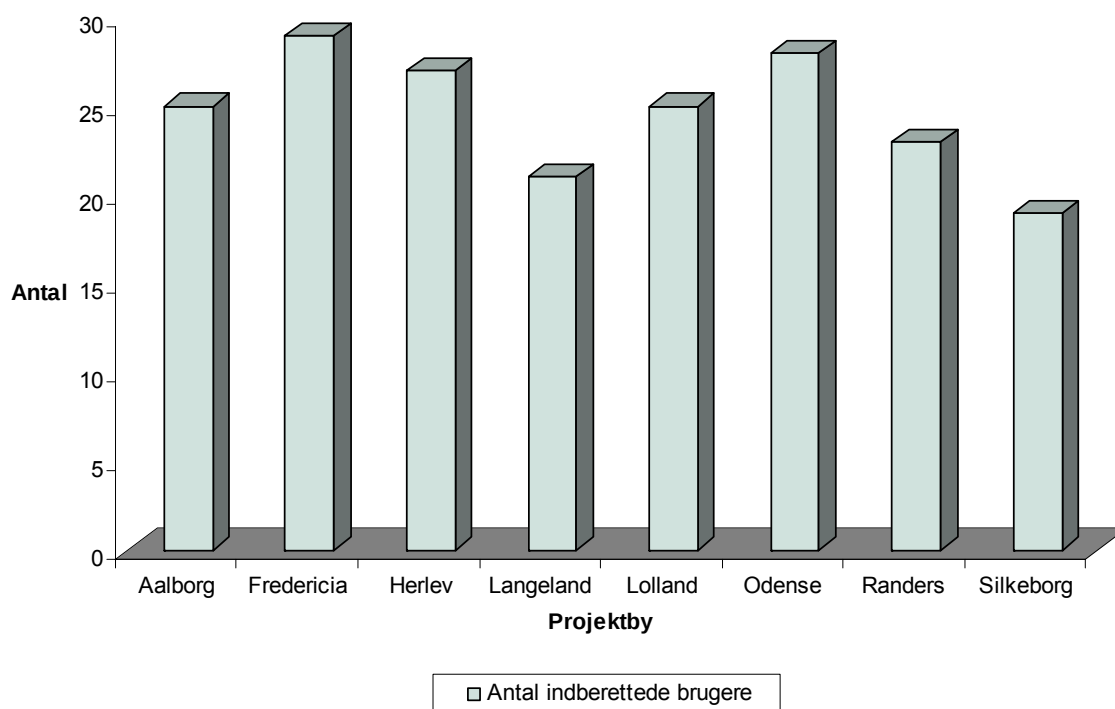
Udgangspunktet for monitoreringen er, at de fagprofessionelle har foretaget indberetningerne. Om muligt har brugerne selv været med til at tale om besvarelsen eller ligefrem udfylde monitoreringen. I monitoreringen er der svaret på, hvorvidt brugerne helt eller delvist har været med til at foretage indberetningerne. Kun hver femte bruger har slet ikke været med til at svare på spørgsmålene, mens fire femdele helt eller delvist har været med til at svare på spørgsmålene. Det, at brugerne helt eller delvist har været med til at foretage indberetningerne, kan dække over, at brugerne har ført en samtale med de fagprofessionelle om besvarelsen, mens de fagprofessionelle har svaret på spørgsmålene. Det dækker dermed ikke nødvendigvis over, at brugerne selv har svaret på monitoreringen. Det er NIRAS Konsulenternes indtryk, at det gængse forløb i besvarelsen af monitoreringen har været, at de fagprofessionelle har foretaget besvarelsen, mens brugerne har siddet ved siden af og været med til at diskutere besvarelsen.

De projektansvarlige har haft til opgave at oprette hver enkelt bruger og indberette for denne. Denne dataindsamlingsmetode er valgt, fordi medarbejderne formodes at have adgang til internettet på deres arbejdsplads og/eller privat. Endvidere vurderes det at være den mindst omkostningstunge fremgangsmåde for såvel evaluator som respondenterne. Det betyder samtidig, at der er lagt meget arbejde og ansvar over på de projektansvarlige. Det har været yderst vigtigt, at de har taget opgaven til sig og været stringente i forhold til at oprette brugerne og indberette oplysninger og besvarelser.

Monitoreringen er blandt andet blevet anvendt til at analysere antallet af indberetninger samt frafaldet på projekterne. Frarafaldet er målt gennem monitoreringen ved, om projekterne har hørt fra deltagerne siden sidste monitorering. Hvis projekterne ikke har hørt fra deltagerne, betragtes de som frafaldne.

Figur 8-1 viser hvor mange brugere, der har fået foretaget startindberetninger på de forskellige projekter. Samtlige 197 brugere har fået foretaget en startindberetning, hvorfor tallene i figuren summerer til 197.

Figur 8-1: Antal indberettede brugere fordelt på projekterne



Figuren viser, at der er en vis forskel mellem hvor mange brugere, projekterne har indberettet i deres startmåling. Mens Odense og Fredericia har indberettet henholdsvis 28 og 29, har Langeland og Silkeborg indberettet henholdsvis 21 og 19.

Nedenstående tabel viser hvor mange brugere, der har været en del af monitoreringen hele vejen igennem monitoringsperioden og dermed har registreringer i forbindelse med alle otte målepunkter.

Tabel 8-2: Antal målinger

Antal målinger	Antal deltagere	Procent af deltagere
1	1	1 %
2	2	1 %
3	10	5 %
4	11	6 %
5	21	11 %
6	15	8 %
7	29	15 %
8	108	55 %
I alt	197	100 %

Tabel 8-2 viser, at 55 % af brugerne har holdt ved hele vejen igennem monitoreringen, som er forløbet over en periode på næsten to år. En tredjedel har deltaget i 5-7, og de resterende har deltaget i 1-4 målinger. Det kan dermed være frafald mellem startmåling og anden måling eller tredje måling afhængigt af hvor mange indberetninger, brugeren har foretaget.

Sammenlignes de grupper, der falder tidligt fra, med de grupper, som i længere tid er en del af monitoreringen, kan der ses en lille forskel. I Tabel 8-3,

Tabel 8-4 og

Tabel **8-5** sammenlignes grupperne på en række udvalgte baggrundsvariable.

Tabel 8-3 Procentvis misbrug for frafaldne og samlet gruppe

	1-4 målinger	5-7 målinger	8 målinger
Intet misbrug	0 %	25 %	22 %
Et misbrug	45 %	27 %	41 %
To misbrug	35 %	42 %	30 %
Tre misbrug	20 %	11 %	7 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Tabel 8-4: Procentvis hjemløse for frafaldne og samlede gruppe

	1-4 målinger	5-7 målinger	8 målinger
Ved ikke	0 %	2 %	1 %
Hjemløs	17 %	19 %	7 %
Ikke hjemløs	83 %	80 %	93 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Tabel 8-5: Procentvise indtægtskilder for frafaldne og samlede gruppe

	1-4 målinger	5-7 målinger	8 målinger
Ved ikke	0 %	0 %	5 %
Kontanthjælp	38 %	31 %	32 %
Førtidspension	50 %	62 %	56 %
Lønnet job	0 %	3 %	2 %
Tredje indtægtskilde	13 %	5 %	5 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Blandt dem, der kun har fået foretaget 1-4 målinger, er under en femtedel af brugerne hjemløse, hovedparten er på kontanthjælp eller førtidspension, og cirka halvdelen af dem har ét misbrug, mens ingen ikke har et misbrug. Omkring tredjedel har to misbrug og en femtedel har tre misbrug. Af dem, der har fået foretaget alle målinger, har to femtedele et enkelt misbrug, en femtedel har ingen misbrug og ca. en tredjedel har to misbrug, og kun meget få er hjemløse. Der er en tilbøjelighed til, at andelen af misbrugere er overrepræsenterede i gruppen af hurtigt frafaldne, hvilket kunne vidne om, at det er den svage gruppe af brugere, som er faldet fra projekterne. Forskellen er dog antalsmæssigt ret lille – ligesom sammenligningerne på de to øvrige baggrundsvARIABLE ikke bekræfter samme billede, hvorfor gruppen af tilbageblevne må vurderes at være tilnærmelsesvis repræsentativ for den samlede gruppe af brugere, der startede i monitoreringsforløbet.

Data fra monitoreringen er analyseret yderligere, end det fremgår i nærværende hovedrapport. Der er foretaget målinger af brugernes udvikling fra startindberetning til henholdsvis anden og tredje indberetning. Disse resultater og analyser fremgår ikke af hovedrapporten, da resultaterne heri fokuserer på udviklingen fra startmålingen til brugernes respektive nyeste målinger. Styrken ved dette er, at der tages højde for, at ikke alle brugere har fået foretaget samme antal indberetninger.

Derudover er der lavet flere frekvensanalyser, der ikke er afrapporteret i hovedrapporten. Det kan skyldes, at disse blot har fungeret som baggrundsanalyser, eller at resultaterne ikke har været givende nok til at blive inkluderet i hovedrapporten. Eksempelvis er der i bilagsmaterialet inkluderet frekvenstabeller over misbrug af alkohol, hash og andre stoffer, hvorimod hovedrapporten fokuserer på det samlede misbrug af et, to eller tre rusmidler.

Analyserne i rapporten er bivariate, og der ses på sammenhængen mellem to variabler. Når undersøgelser er blevet gennemført med statistiske mål, er gamma blevet anvendt som sammenhængsmål. Det skyldes, at variablerne som minimum har været på ordinale niveau, hvor svarmulighederne kan rangordnes. I rapporten nævnes de statistiske sammenhænge kun, når de er signifikante og har en relevant empirisk betydning. Signifikansniveauet er sat til 0,05, så man kan være 95 % sikker på, at sammenhænge ikke skyldes tilfældigheder. Sagt på en anden måde er der mindre end 5 % risiko for, at man tager fejl. Dette niveau er bredt anvendt og anerkendt som et tilstrækkeligt signifikansniveau.

Besvarelserne 'ved ikke' er kun inkluderet, hvor det har givet substantiel mening. I de fleste frekvenstabeller er besvarelserne inkluderet, da det er et fund i sig selv, at de fagprofessionelle mangler en given viden om

brugerne. Det gælder eksempelvis baggrundsvARIABLENE om misbrug og hjemløshed. I analyser, der fokuserer på udvikling fra startmåling til nyeste måling, er "ved ikke"-besvarelser dog ikke inkluderet. Grunden til dette er, at en udvikling fra "ved ikke" til en given tilstand hos brugeren som eksempelvis "meget god tilstand" ikke er udtryk for en udvikling hos brugeren, men snarere en ny viden hos den fagprofessionelle.

8.2.5 Internetbaseret spørgeskema blandt netværksdeltagerne

Indberetningen blandt netværksdeltagerne er gennemført som internetbaserede undersøgelser. 115 netværksdeltagere fik tilsendt indberetningen. Af dem er der 57 fulde besvarelser og syv delvise besvarelser. Det giver en samlet svarprocent på 55,7 %. Det er kun de seks projekter, der har søgt støtte til netværks-samarbejdet, der har modtaget spørgeskemaerne. Blandt disse seks projekter er der forskel på hvor mange ressourcer, der er allokeret til netværkssamarbejde. Derfor indgår projekterne med forskellig tyngde i besvarelsen af spørgeskemaerne.

Spørgeskemaets spørgsmål kan groft sagt deles op i to kategorier. Den første omhandler hvilken form, netværket har taget. Disse spørgsmål omhandler hvilke aktiviteter, der er i netværkene, og hvor formelle aktiviteterne er. Den anden kategori omhandler tilfredsheden med netværkssamarbejdet. Kontaktpersonerne spørges ind til i hvor vid udstrækning, netværkene giver nye indfaldsvinkler i samarbejdet med de udsatte, og om der har været samarbejdsproblemer i netværket.

8.3 Samlet vurdering af undersøgelsens data og metode

De indsamlede data og de anvendte metoder udspringer af undersøgelsens målsætning om at bidrage med viden og læring til aktører med interesse for de socialt mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere og hjemløse om hvilke indsatser, der henholdsvis virker eller ikke virker i forhold til at opspore og fastholde målgruppen i sociale og sundhedsmæssige tilbud.

Det valgte evalueringsdesign og det stringente trianguleringssystem muliggør, at vi kan beskrive og følge udviklingen i populationerne kvantitativt og kvalitativt. Dermed sikres en valid effektmåling samtidig med, at vi opnår en dybdegående kvalitativ forståelse af processer og faktorer, der er udslagsgivende for, om indsatserne får de forventede effekter eller ej. Derudover sikrer inddragelsen af multiple datakilder, at resultaterne er nuancerede og valide. Samtidig sikrer de mange datakilder, at alle involverede aktører har mulighed for at svare. På denne måde hører vi både brugerne, kontaktpersonerne på projekterne og projektlederne.

Den kvantitative del af undersøgelsen i form af især monitoreringen sikrer, at der kan foretages brede analyser på et solidt grundlag. Det skaber en god ekstern validitet (generaliserbarhed), at vi gennem monitoreringen har haft mulighed for at lave statistiske undersøgelser af datamaterialet. Svarprocenten kan ikke betragtes som det eneste succeskriterium i undersøgelsen, da målgruppen netop er en udsat gruppe, hvor der af forskellige årsager må forventes et frafald. Tværtimod kan analysen bruges fremadrettet til at sikre succesfulde forløb med udsatte grupper grundet den gode eksterne validitet.

De kvalitative undersøgelser sikrer, at vi kan få fyldestgørende og brede besvarelser fra alle involverede parter, hvilket supplerer de kvantitative undersøgelser på fornem vis. Med de kvalitative undersøgelser bliver der mulighed for at supplere statistiske fund med rammende citater og generelle indtryk fra de foretagne interview. Disse undersøgelser er derfor med til at højne den interne validitet. Citaterne henfører ikke til specielle projekter, men til den gruppe, den citerede person tilhører, som eksempelvis en nøgleperson.

Samtidig må det siges, at undersøgelsens interne validitet har visse problemer. Det kan være svært at konkludere klart, om vi måler det, vi ønsker. Det skyldes, at andre faktorer kan spille ind på, om brugerne udvikler sig positivt eller negativt i løbet af projekterne. Der er ikke tale om en randomiseret undersøgelse med en kontrolgruppe, hvorfor effekten af projekterne ikke kan holdes konstant. Resultaterne kan være udtryk for, at brugerne er inde i et godt forløb uden for projekterne, og at nogle faktorer har spillet ind og skabt en positiv udvikling. Det kan eksempelvis være ny kontakt til familie eller venner, der kan hjælpe brugerne ud af misbrug.

NIRAS Konsulenternes samlede metodiske vurdering af undersøgelsen er, at evalueringsdesignet, det brede datagrundlag og trianguleringsstrategierne sikrer et solidt, reliabelt og validt fundament for undersøgelsens analyser.

9. Bilag II: Tabeller og figurer fra monitorering af brugere

9.1 Generel figurforklaring

Nedenfor gives et overblik over, hvordan kernemålgruppens tilstand, viden og handlekompetencer har udviklet sig i løbet af projektperioden – både i forhold til deres generelle sundhed og i forhold til mere specifikke emner som fx ernæring, tandpleje og misbrug. Under hvert emne er der vist tre figurer:

Den første figur viser gennemsnittet for kernemålgruppen for de otte målinger i monitoreringen.

Den anden figur viser forskellen mellem startmålingen og den nyeste registrering, der er gennemført af brugerne. Årsagen til, at sidstnævnte kobling mellem startmåling og seneste måling er medtaget, er det store frafald undervejs i monitoreringen. Figuren, der viser forskellen mellem startmålingen og den seneste måling, giver derfor det mest rene billede af, hvordan brugerne i kernemålgruppen har udviklet sig i den periode, de har været en del af modelprojekterne. I noterne er angivet, om der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling. Der opereres med et 0,05 signifikansniveau, så man kan være 95 % sikker på, at sammenhænge ikke skyldes tilfældigheder. Sagt på en anden måde er der mindre end 5 % risiko for, at man tager fejl. Dette niveau er bredt anvendt og anerkendt som et tilstrækkeligt signifikansniveau.

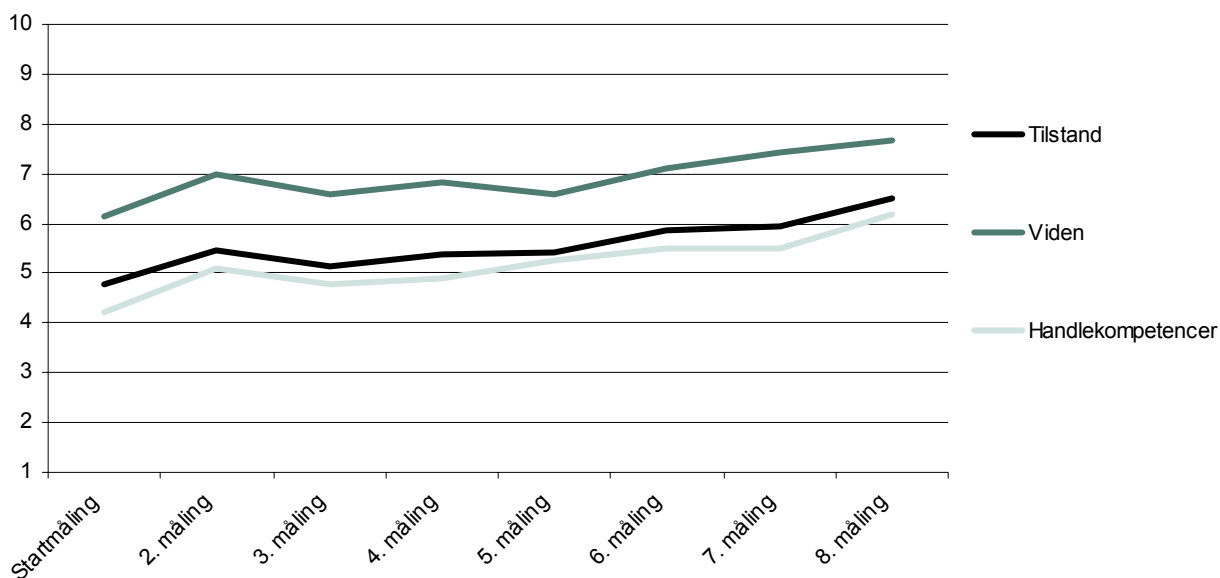
Den tredje figur viser hvor stor en andel, der har oplevet en positiv hhv. negativ udvikling i løbet af projektperioden, eller om der ingen udvikling har fundet sted. Udviklingen er gradueret efter, om det er en stor eller mindre udvikling. På en 10-punktsskala karakteriseres en udvikling som stor, hvis den er mellem 4 og 9, og som mindre, hvis den er mellem 1 og 3. Status quo er dermed karakteriseret som ingen forskel mellem startmålingen og den seneste måling. Denne figur giver dermed et billede af hvor meget og mange, der har rykket sig – hvad enten det er i en positiv eller negativ retning.

De tre figurer under hvert tema giver tilsammen et billede af hvilken udvikling, der har fundet sted.

For at kunne udregne gennemsnit er svarkategorien "ved ikke" udeladt af analyserne. Dette betyder samtidigt, at antal respondenter, der indgår i analyserne, varierer fra spørgsmål til spørgsmål. Antallet af respondenter (n), der indgår i figurerne vil fremgå i figurnoterne.

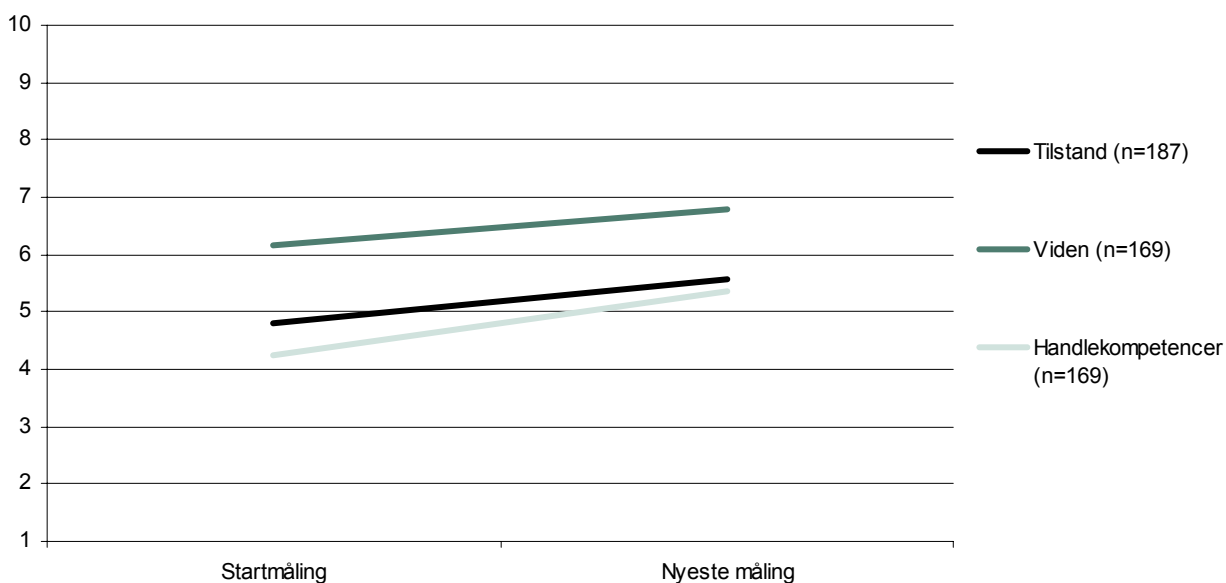
9.2 Ernæring

Figur 9-1. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for ernæring. Gennemsnit for hvert målepunkt



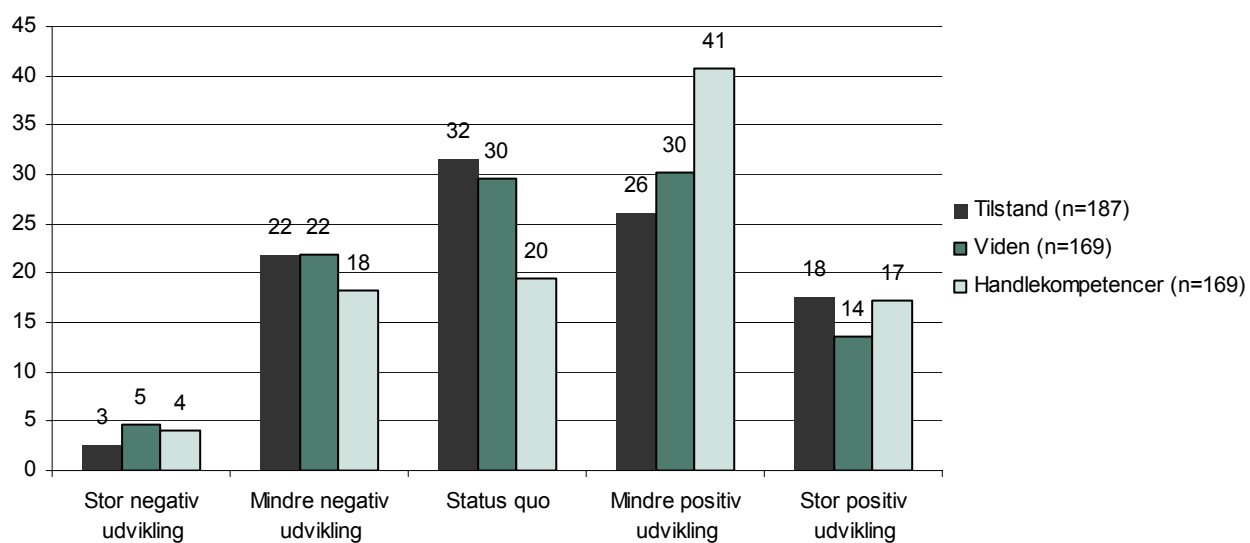
Note: Tilstand: n varierer fra 194 ved startmålingen til 63 ved 8. måling. Viden: n varierer fra 180 ved startmålingen til 57 ved 8. måling. Handlekompetencer: n varierer fra 185 ved startmålingen til 58 ved 8. måling.

Figur 9-2. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for ernæring. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



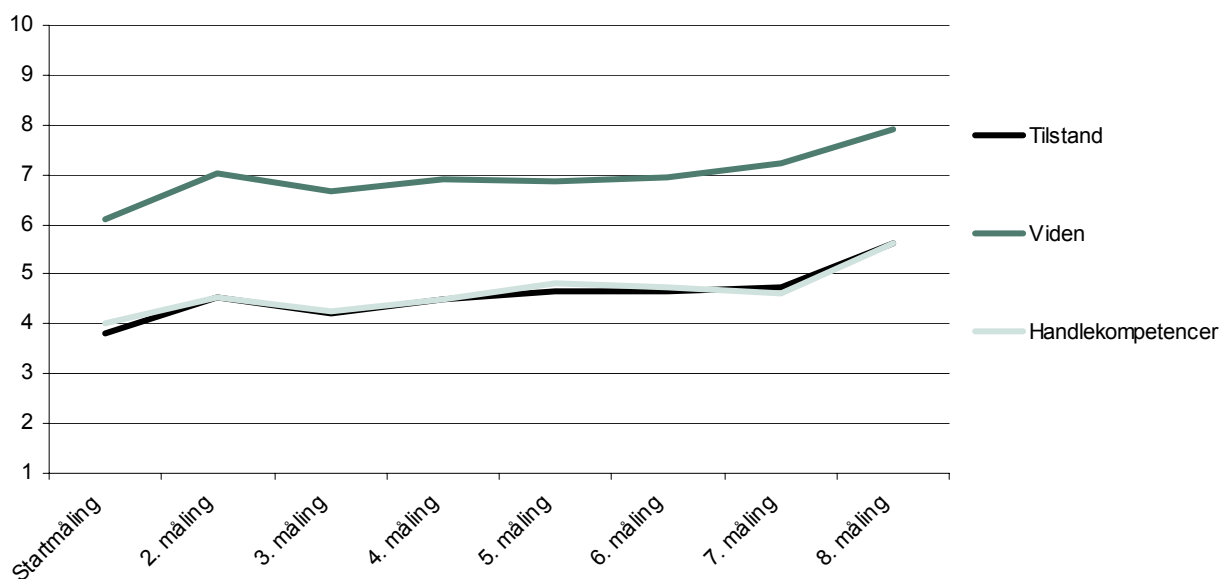
Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling for alle aspekter (tilstand, viden og handlekompetencer).

Figur 9-3. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for ernæring. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



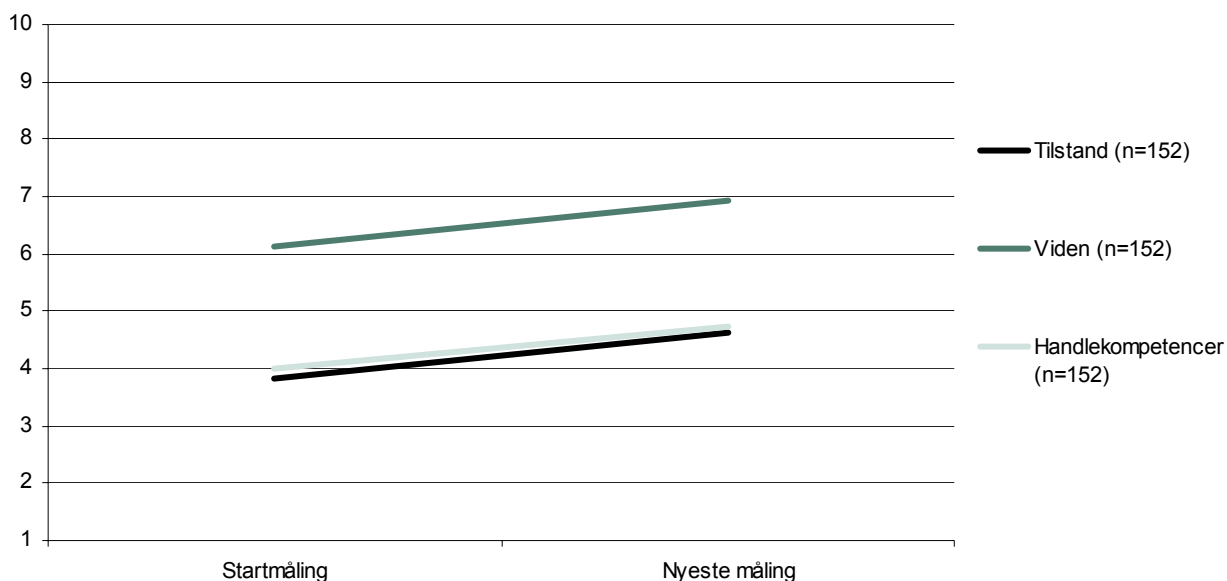
9.3 Motion

Figur 4. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for motion. Gennemsnit for hvert målepunkt



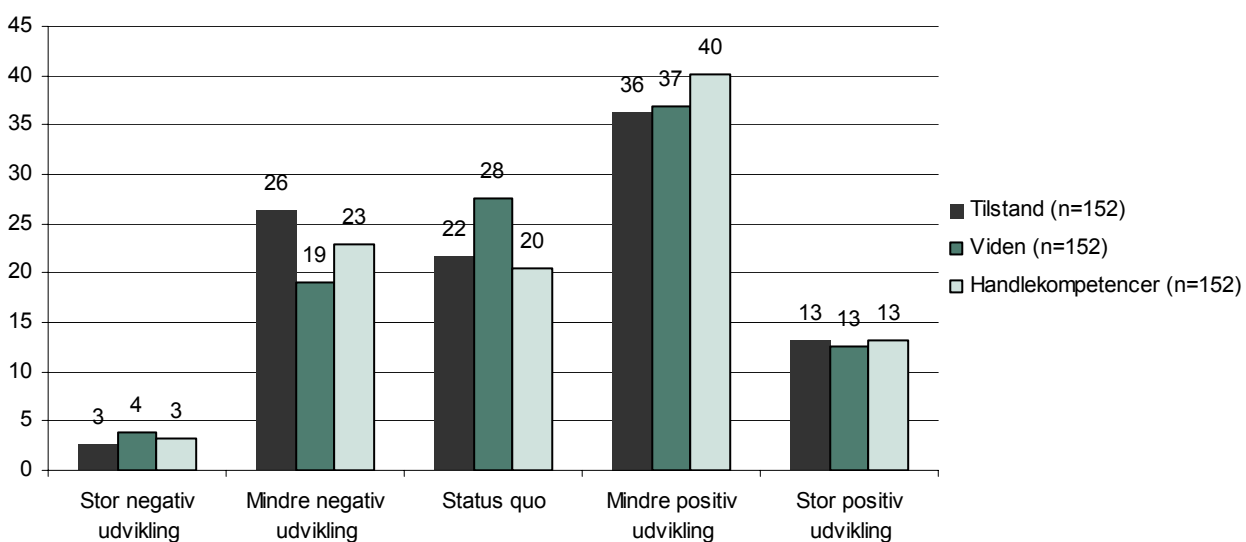
Note: Tilstand: n varierer fra 166 ved startmålingen til 49 ved 8. måling. Viden: n varierer fra 165 ved startmålingen til 48 ved 8. måling. Handlekompetencer: n varierer fra 165 ved startmålingen til 48 ved 8. måling.

Figur 5. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for motion. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



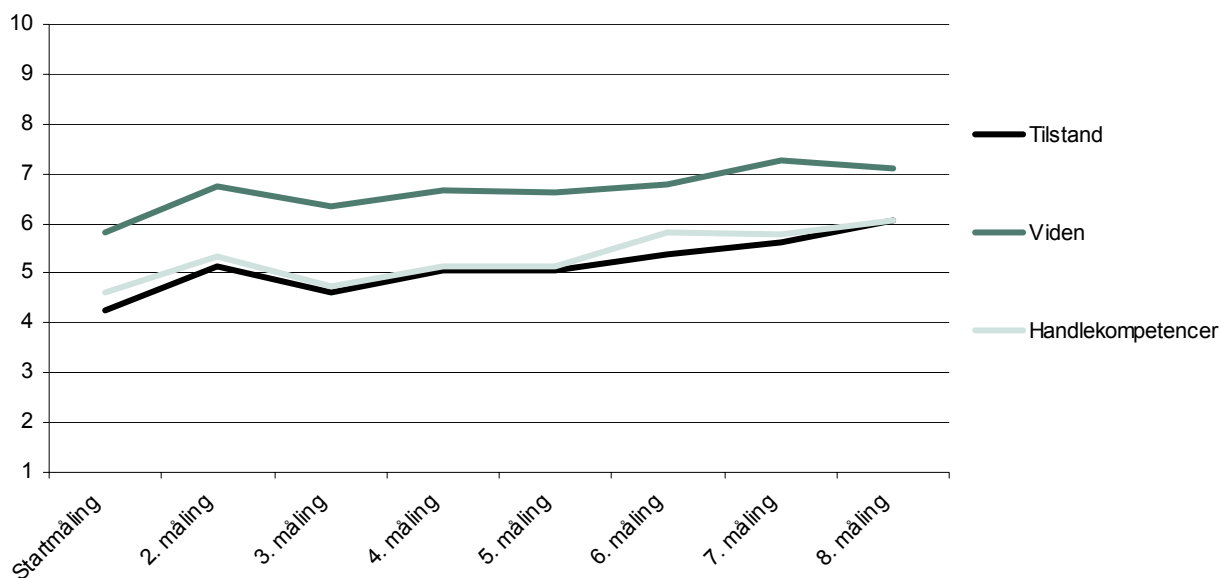
Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling for alle aspekter (tilstand, viden og handlekompetencer).

Figur 6. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for motion. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



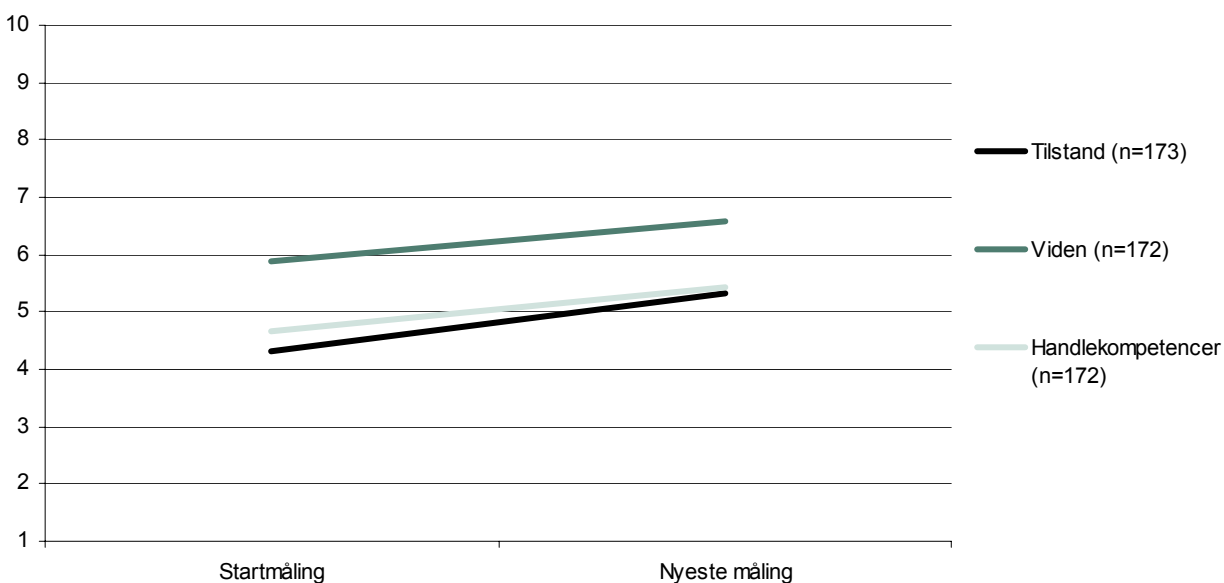
9.4 Fysisk tilstand

Figur 7. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til deres fysiske tilstand. Gennemsnit for hvert målepunkt



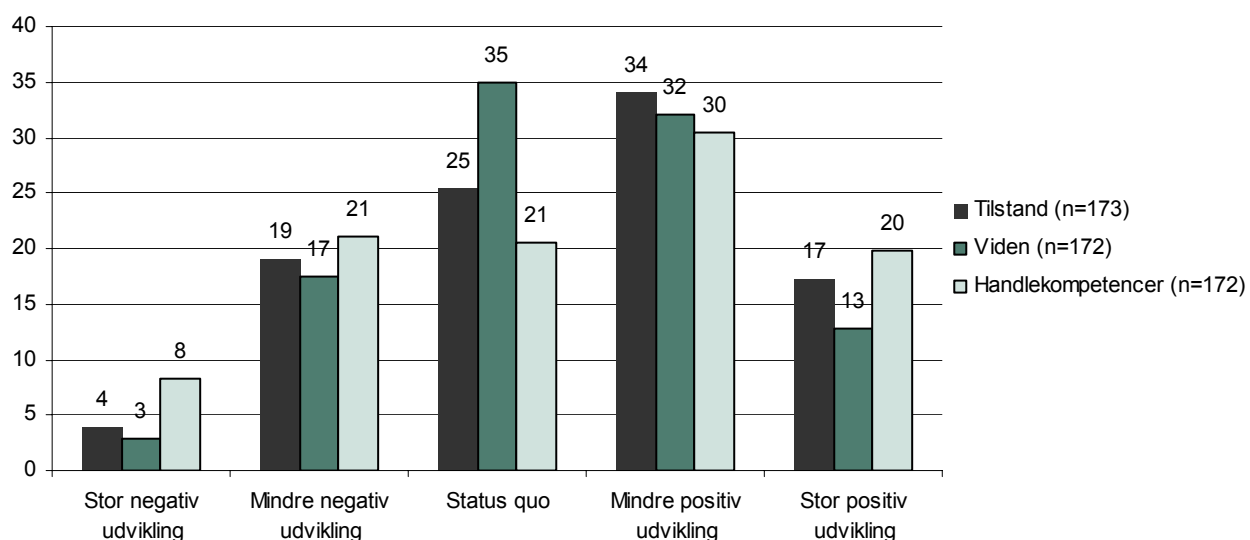
Note: Tilstand: n varierer fra 193 ved startmålingen til 63 ved 8. måling. Viden: n varierer fra 191 ved startmålingen til 62 ved 8. måling. Handlekompetencer: n varierer fra 191 ved startmålingen til 62 ved 8. måling.

Figur 8. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til deres fysiske tilstand. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



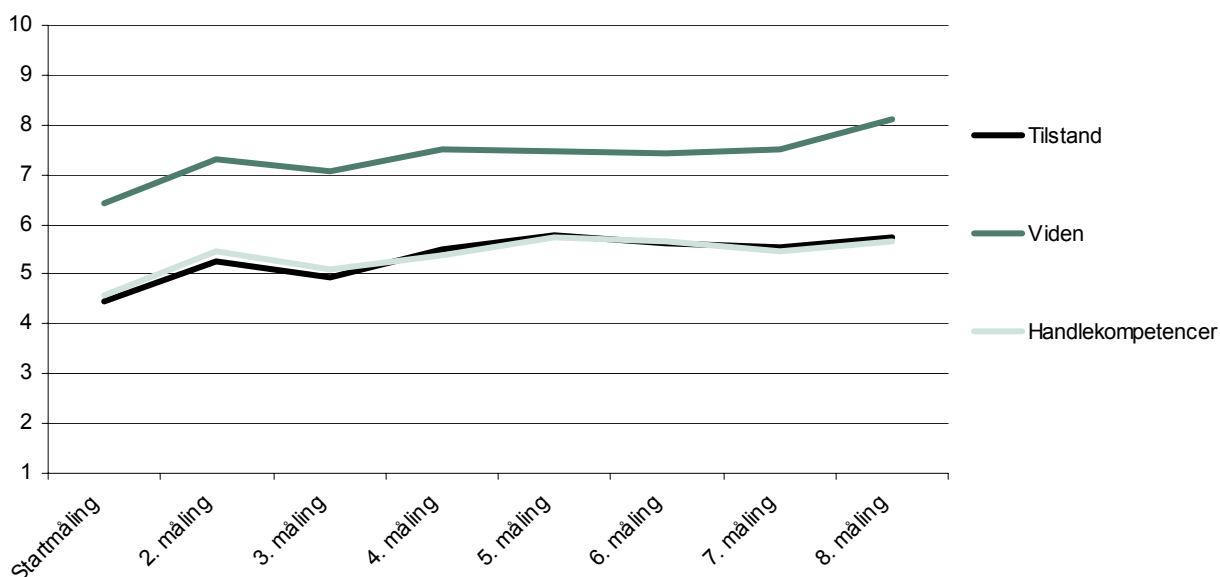
Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling for alle aspekter (tilstand, viden og handlekompetencer).

Figur 9. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til deres fysiske tilstand. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



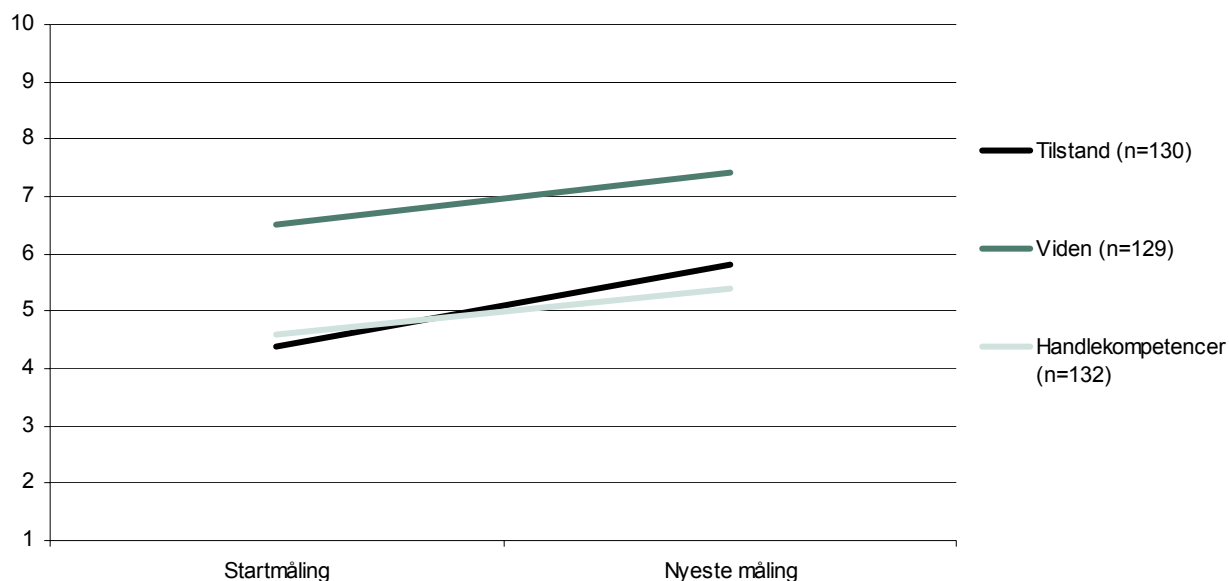
9.5 Tandpleje

Figur 10. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for tandpleje. Gennemsnit for hvert målepunkt



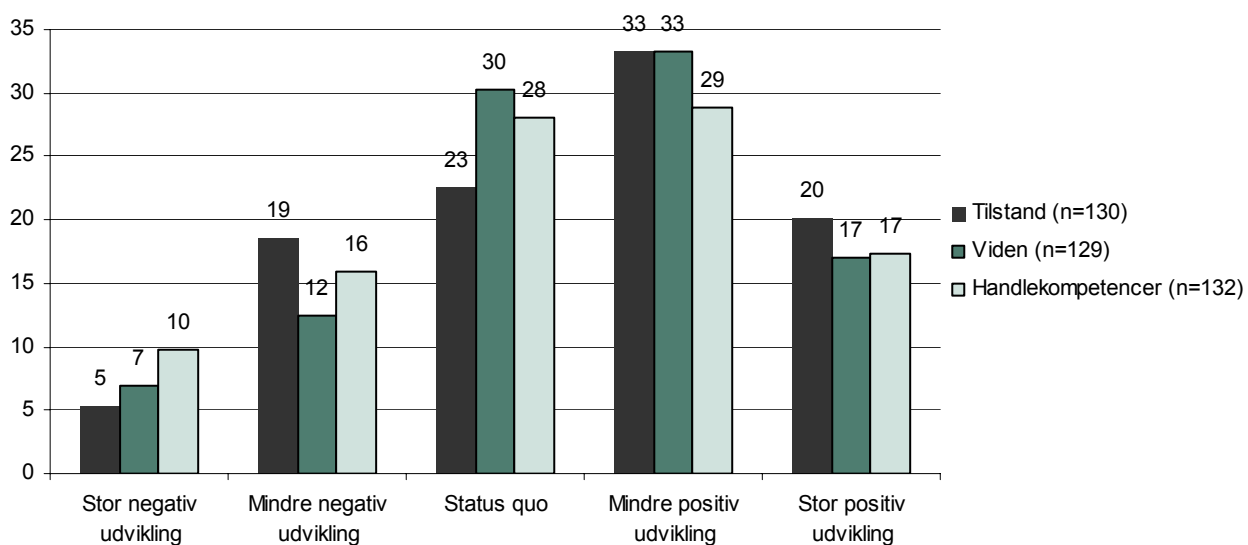
Note: Tilstand: n varierer fra 158 ved startmålingen til 44 ved 8. måling. Viden: n varierer fra 156 ved startmålingen til 44 ved 8. måling. Handlekompetencer: n varierer fra 158 ved startmålingen til 44 ved 8. måling.

Figur 11. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for tandpleje. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



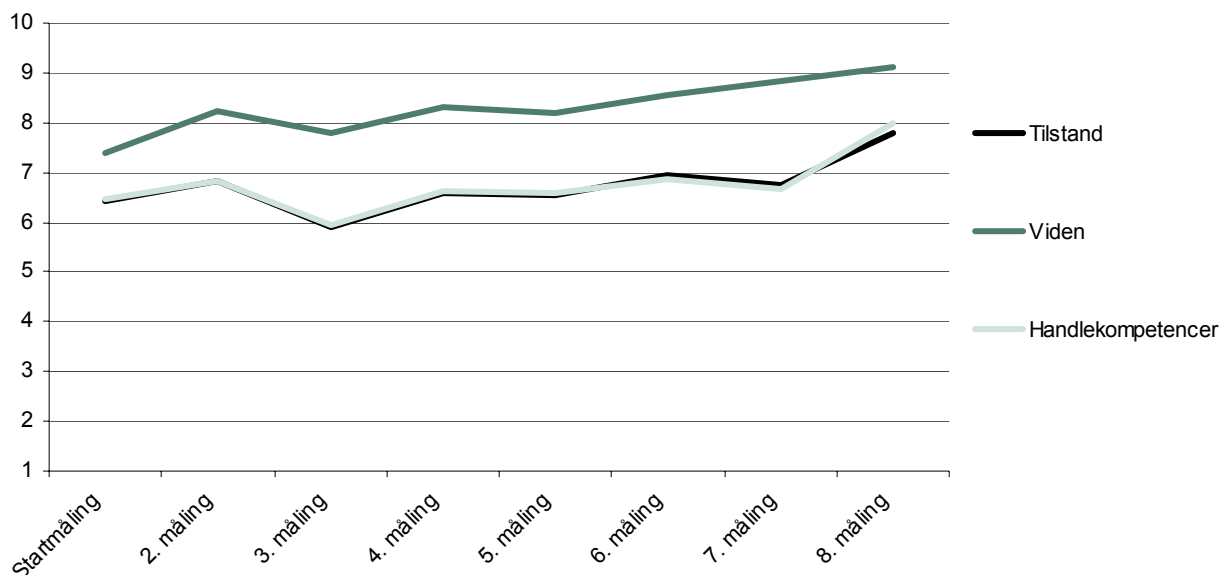
Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling for alle aspekter (tilstand, viden og handlekompetencer).

Figur 12. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for tandpleje. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



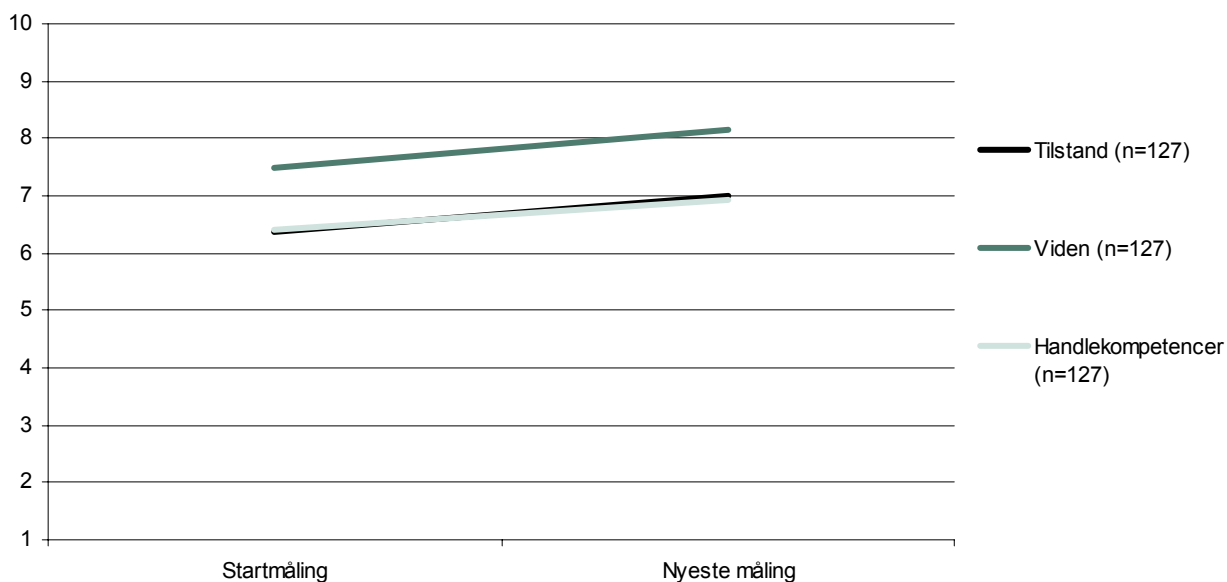
9.6 Stofmisbrug

Figur 13. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for stofmisbrug. Gennemsnit for hvert målepunkt



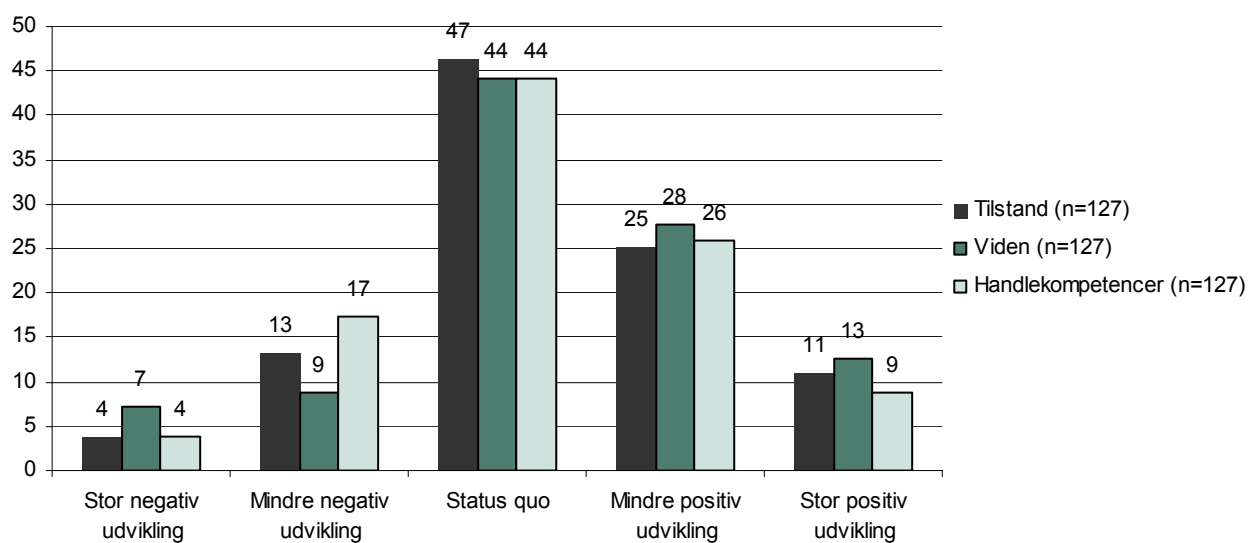
Note: Tilstand: n varierer fra 147 ved startmålingen til 40 ved 8. måling. Viden: n varierer fra 146 ved startmålingen til 40 ved 8. måling. Handlekompetencer: n varierer fra 147 ved startmålingen til 40 ved 8. måling.

Figur 14. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for stofmisbrug. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



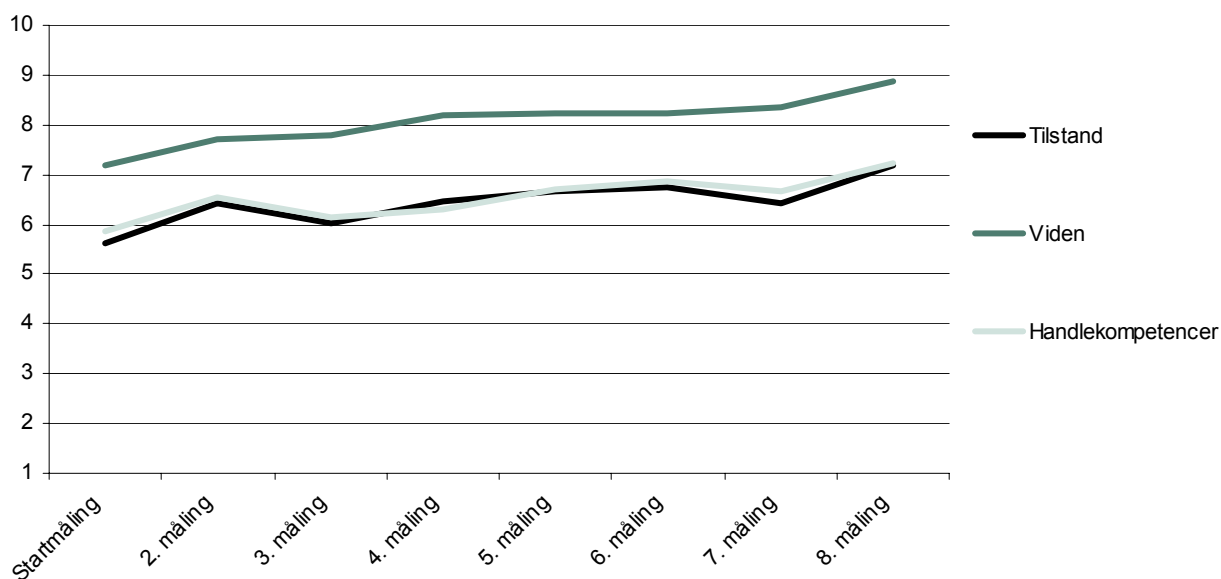
Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling for alle aspekter (tilstand, viden og handlekompetencer).

Figur 15. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for stofmisbrug. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



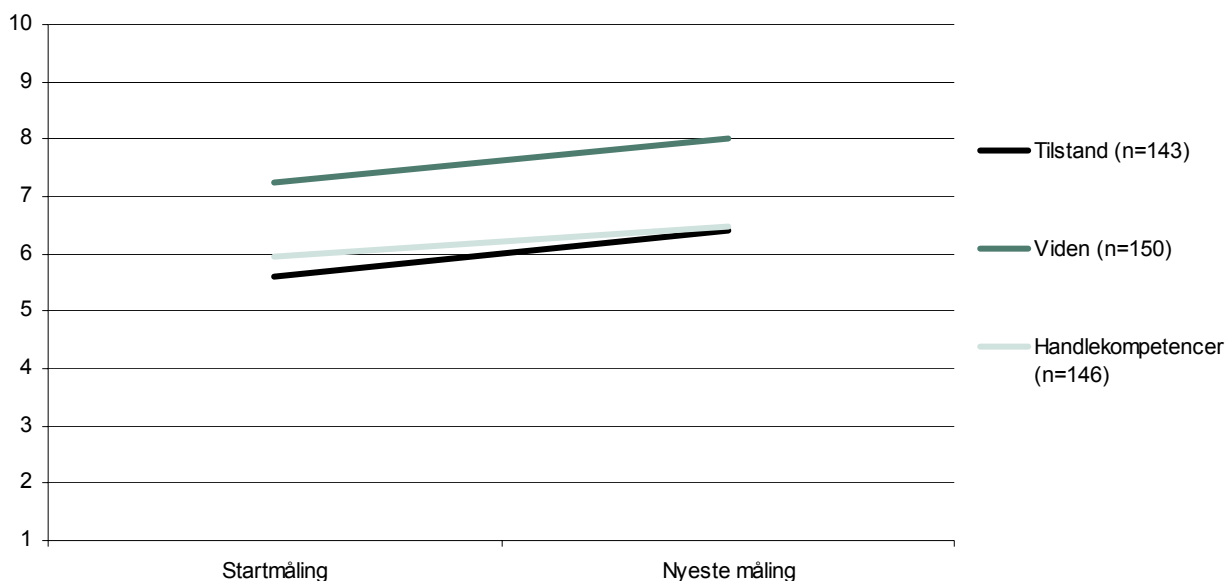
9.7 Alkoholisme

Figur 16. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for alkoholisme. Gennemsnit for hvert målepunkt



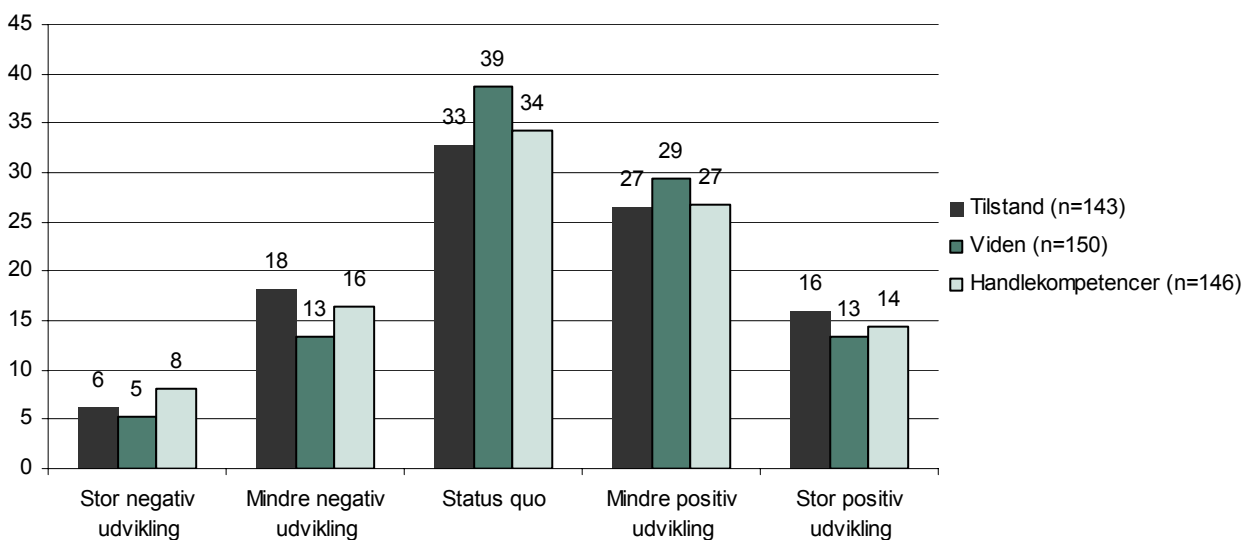
Note: Tilstand: n varierer fra 165 ved startmålingen til 45 ved 8. måling. Viden: n varierer fra 164 ved startmålingen til 45 ved 8. måling. Handlekompetencer: n varierer fra 162 ved startmålingen til 45 ved 8. måling.

Figur 17. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for alkoholisme. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



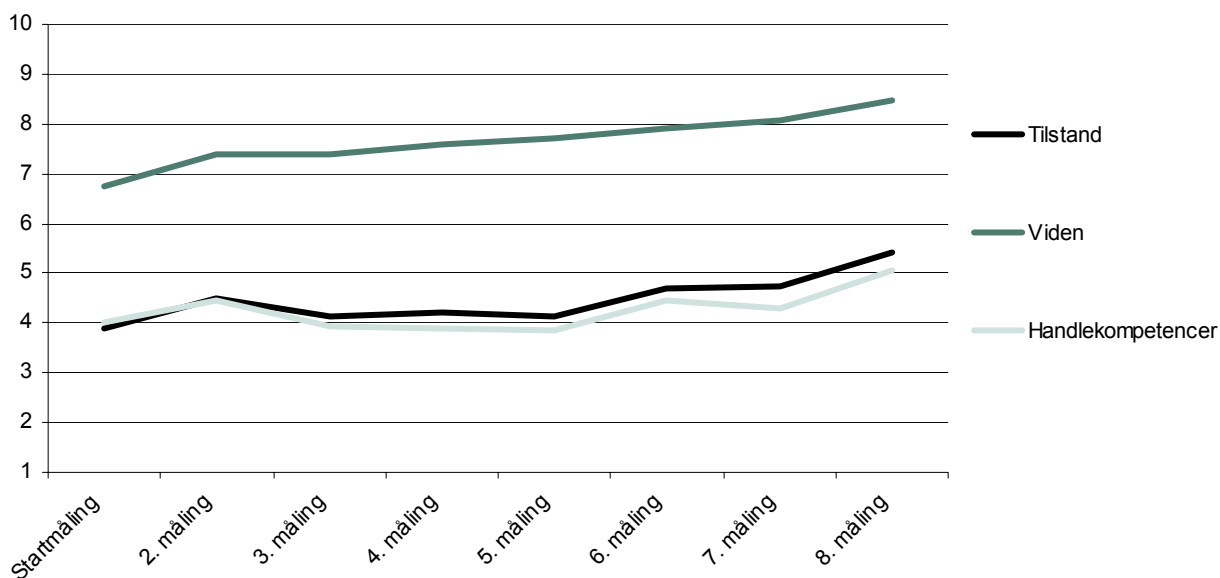
Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling for alle aspekter (tilstand, viden og handlekompetencer).

Figur 18. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for stofmisbrug. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



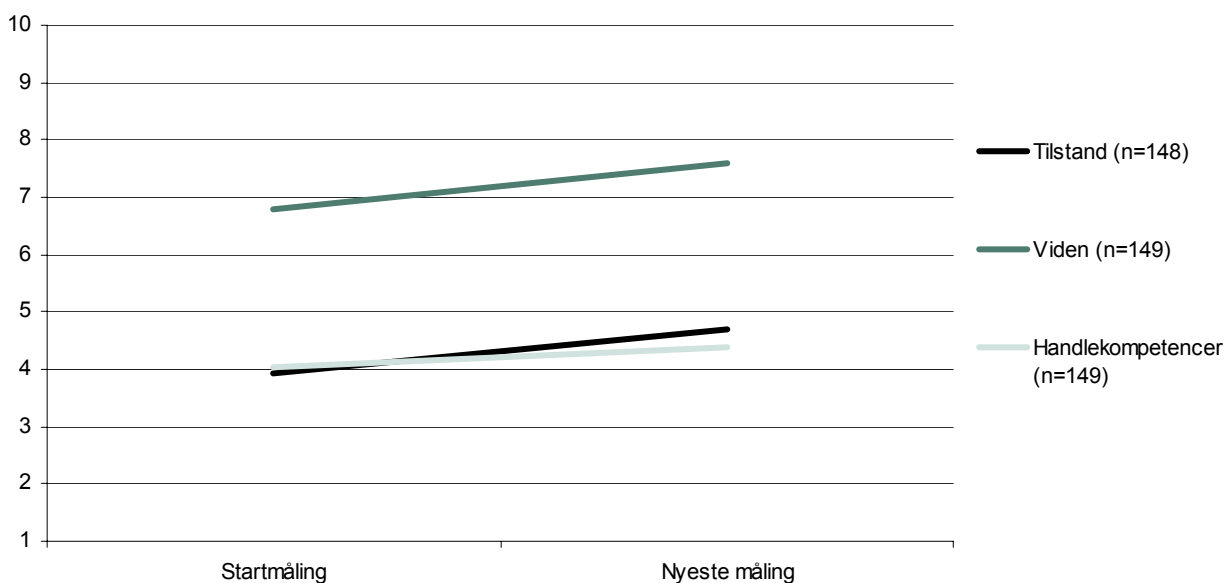
9.8 Rygning

Figur 19. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for rygning. Gennemsnit for hvert målepunkt



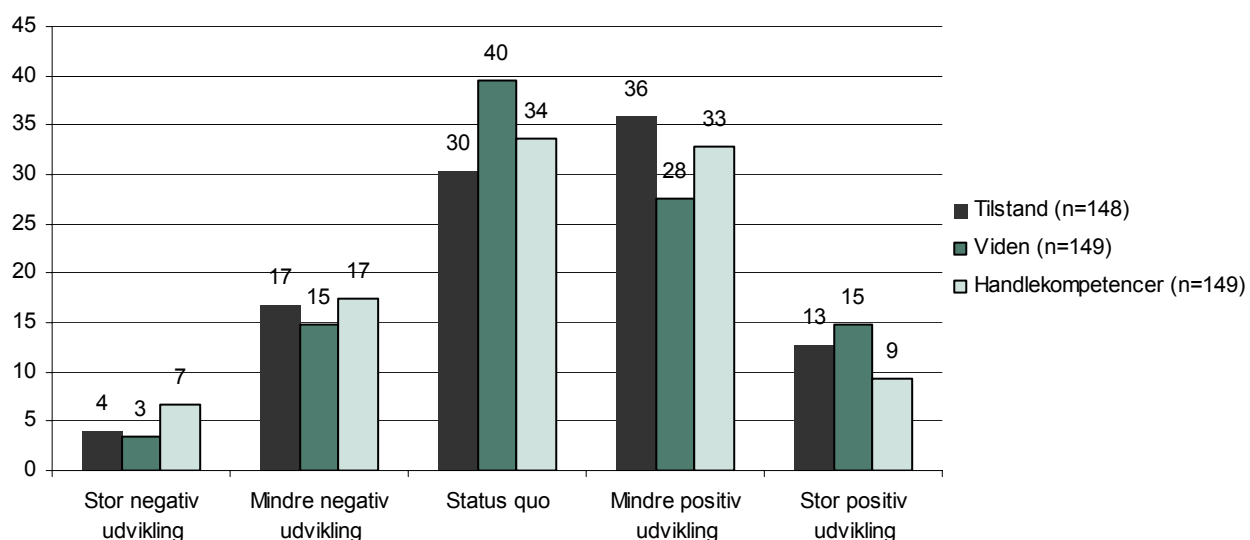
Note: Tilstand: n varierer fra 164 ved startmålingen til 47 ved 8. måling. Viden: n varierer fra 163 ved startmålingen til 47 ved 8. måling. Handlekompetencer: n varierer fra 165 ved startmålingen til 47 ved 8. måling.

Figur 20. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for rygning. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



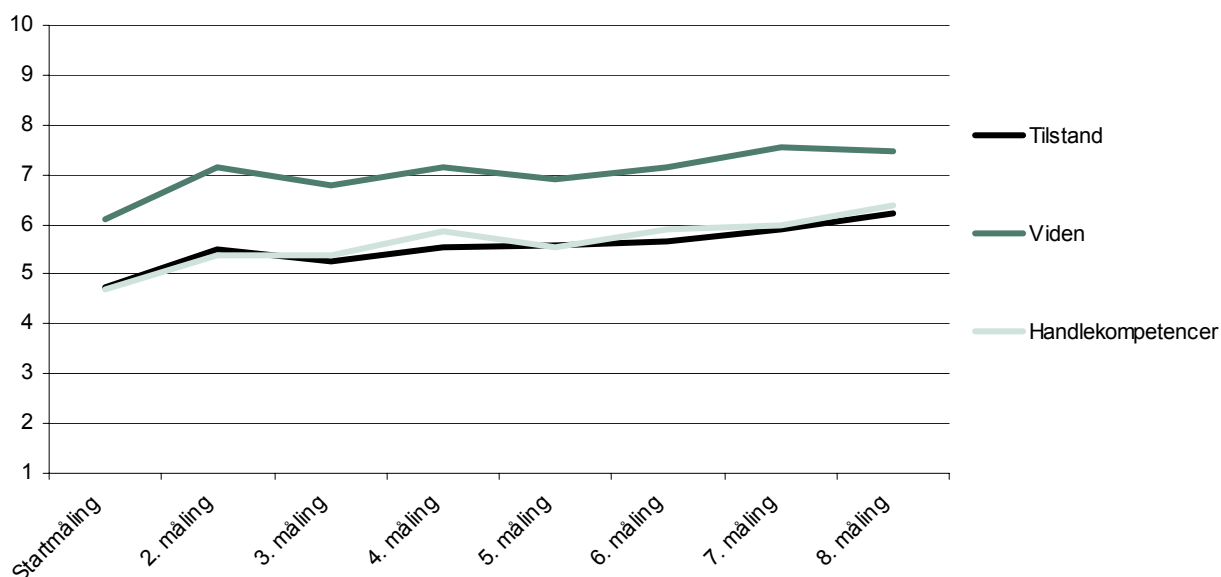
Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling i forhold til tilstand og viden, men ikke i forhold til handlekompetencer.

Figur 21. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer inden for stofmisbrug. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



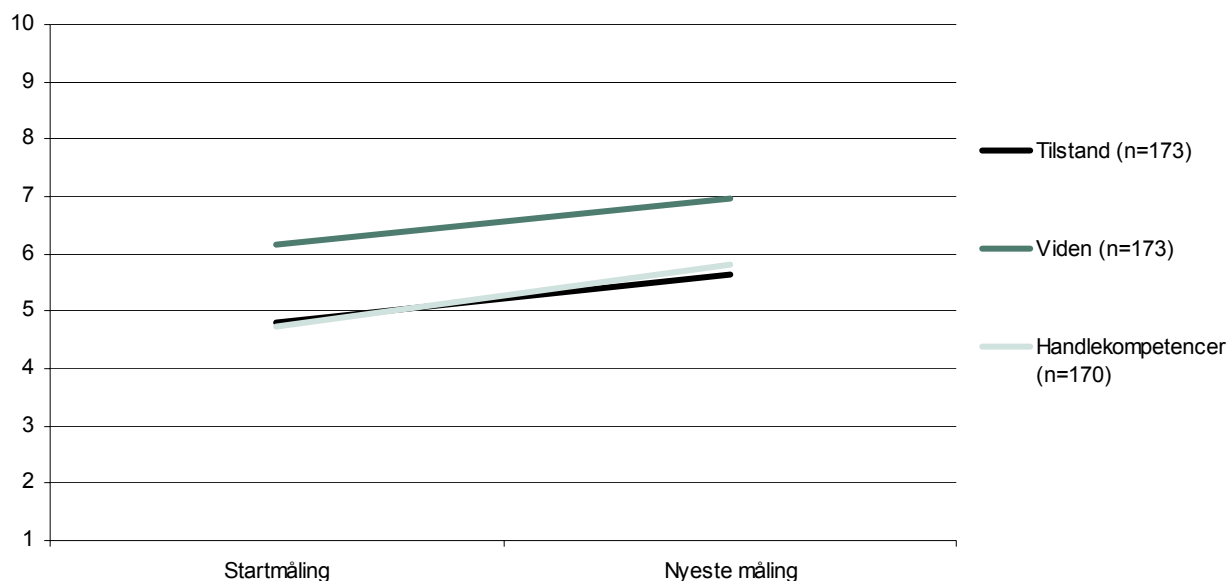
9.9 Generel sundhedstilstand

Figur 25. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til deres generelle sundhedstilstand. Gennemsnit for hvert målepunkt



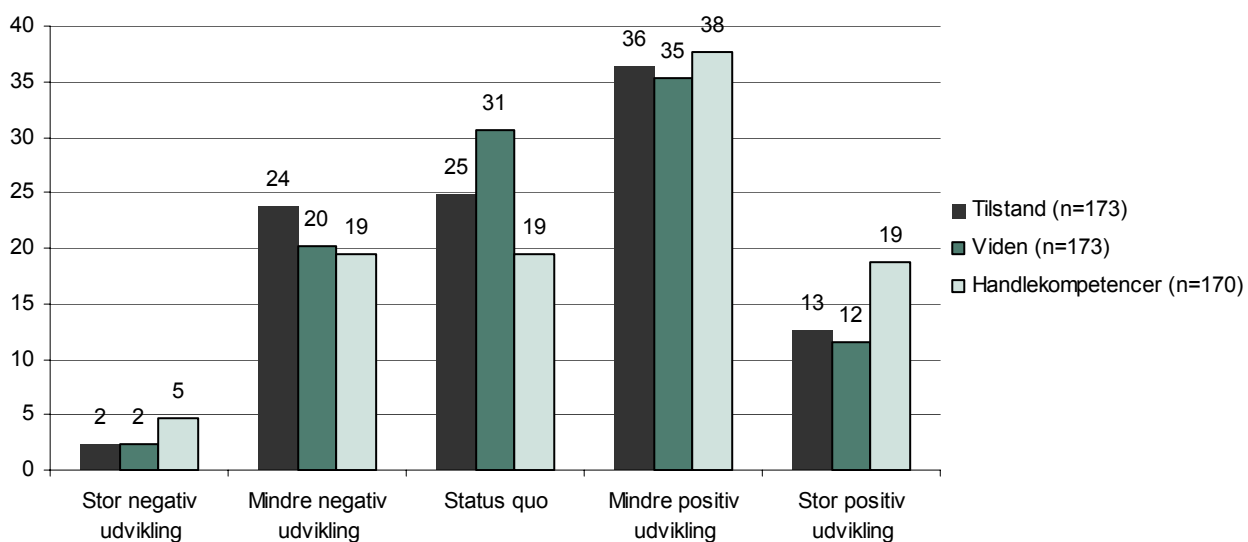
Note: Tilstand: n varierer fra 192 ved startmålingen til 63 ved 8. måling. Viden: n varierer fra 192 ved startmålingen til 62 ved 8. måling. Handlekompetencer: n varierer fra 190 ved startmålingen til 62 ved 8. måling.

Figur 26. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til deres generelle sundhedstilstand. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



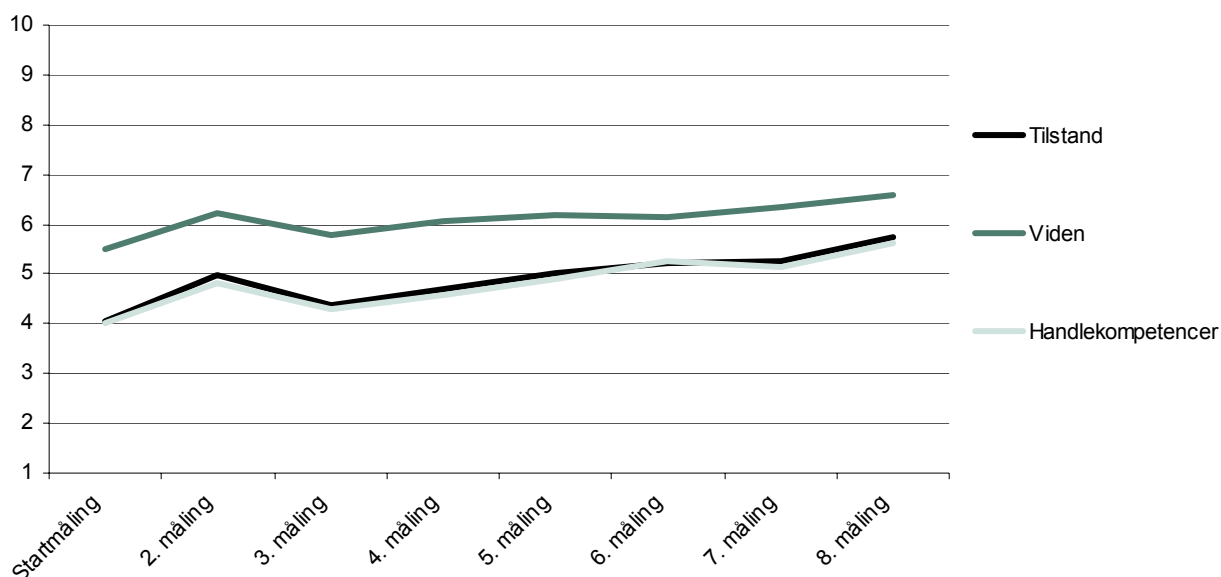
Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling for alle aspekter (tilstand, viden og handlekompetencer).

Figur 27. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til deres generelle sundhedstilstand. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



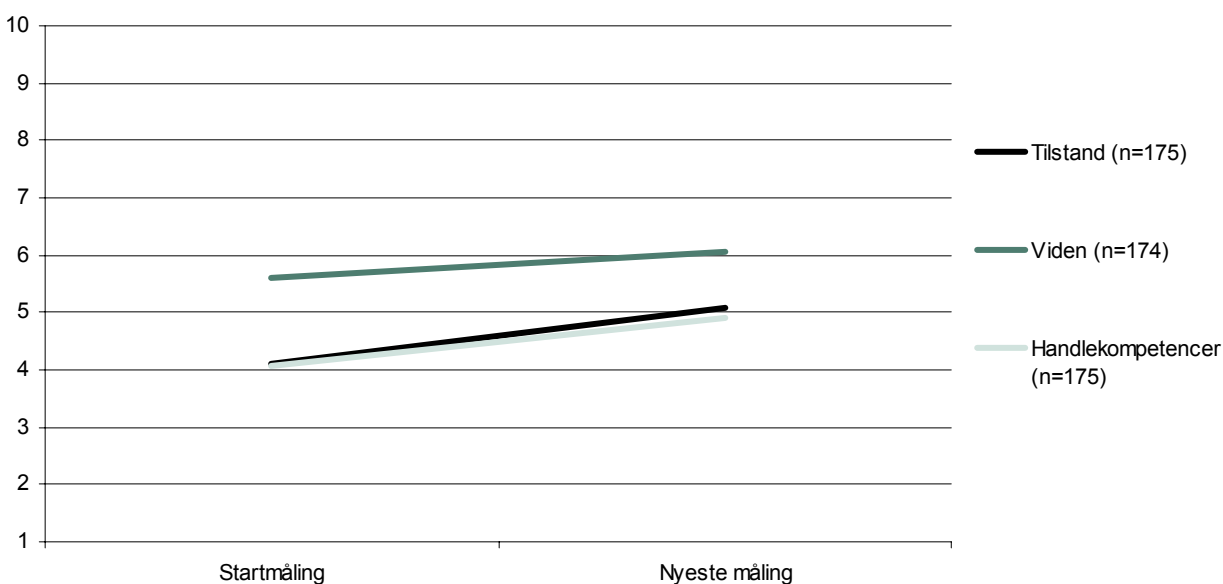
9.10 Professionels vurdering af deltagerens sundhedstilstand

Figur 28. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til en professionels vurdering af deltagerens sundhedstilstand. Gennemsnit for hvert målepunkt



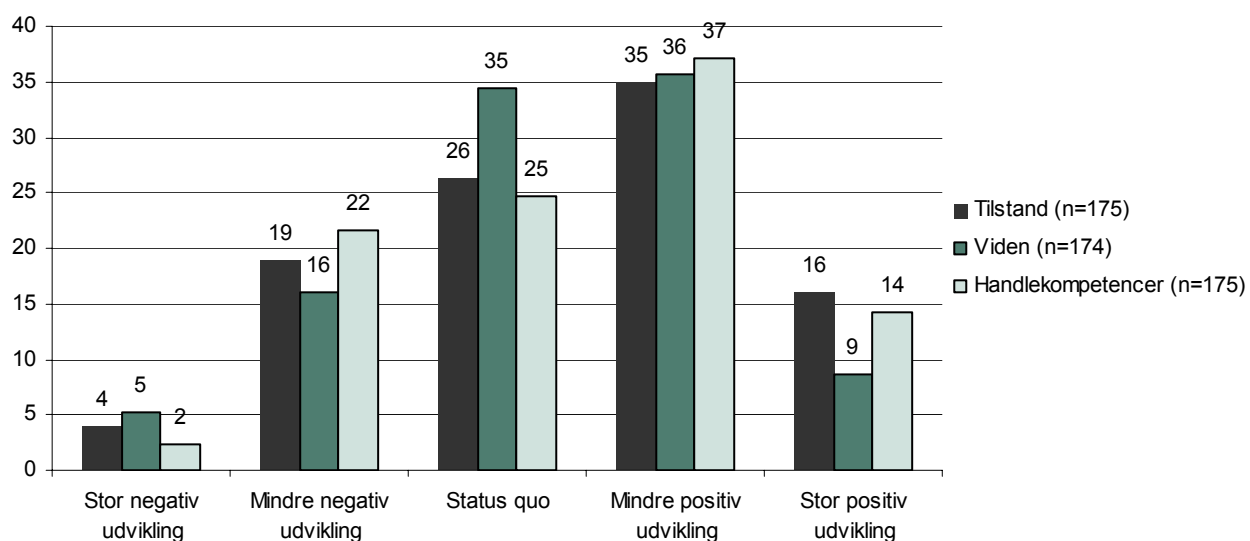
Note: Tilstand: n varierer fra 194 ved startmålingen til 63 ved 8. måling. Viden: n varierer fra 194 ved startmålingen til 63 ved 8. måling. Handlekompetencer: n varierer fra 194 ved startmålingen til 63 ved 8. måling.

Figur 29. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til en professionels vurdering af deltagerens sundhedstilstand. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



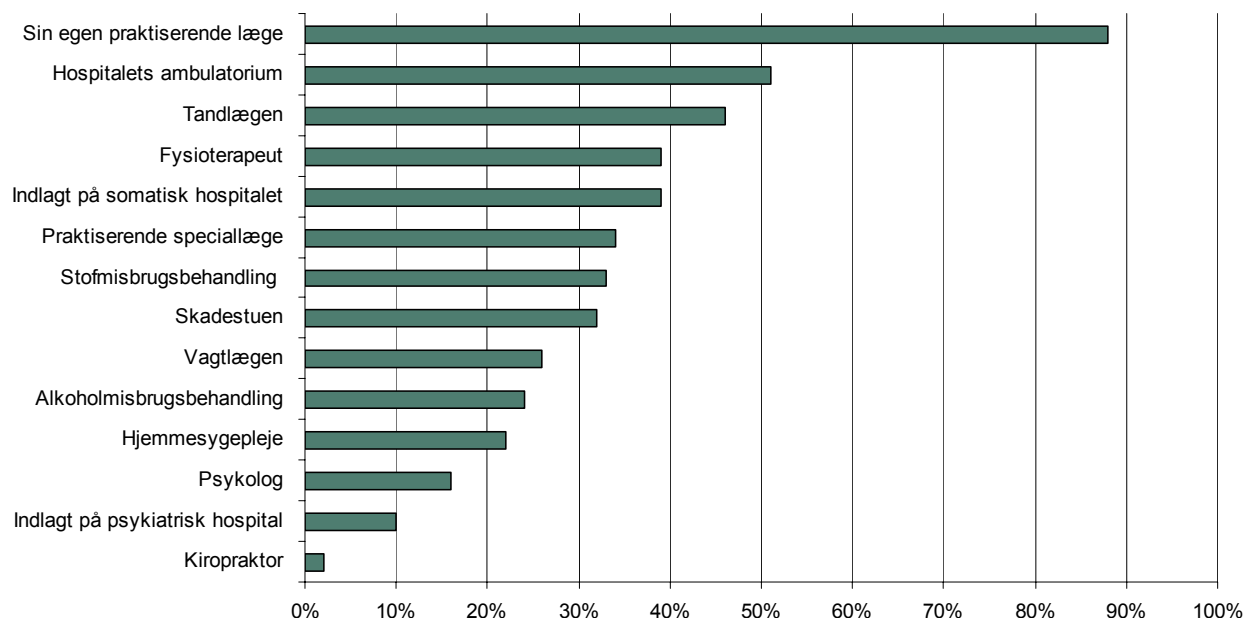
Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling for alle aspekter (tilstand, viden og handlekompetencer).

Figur 30. Udvikling i tilstand, viden og handlekompetencer i forhold til en professions vurdering af deltagerens sundhedstilstand. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



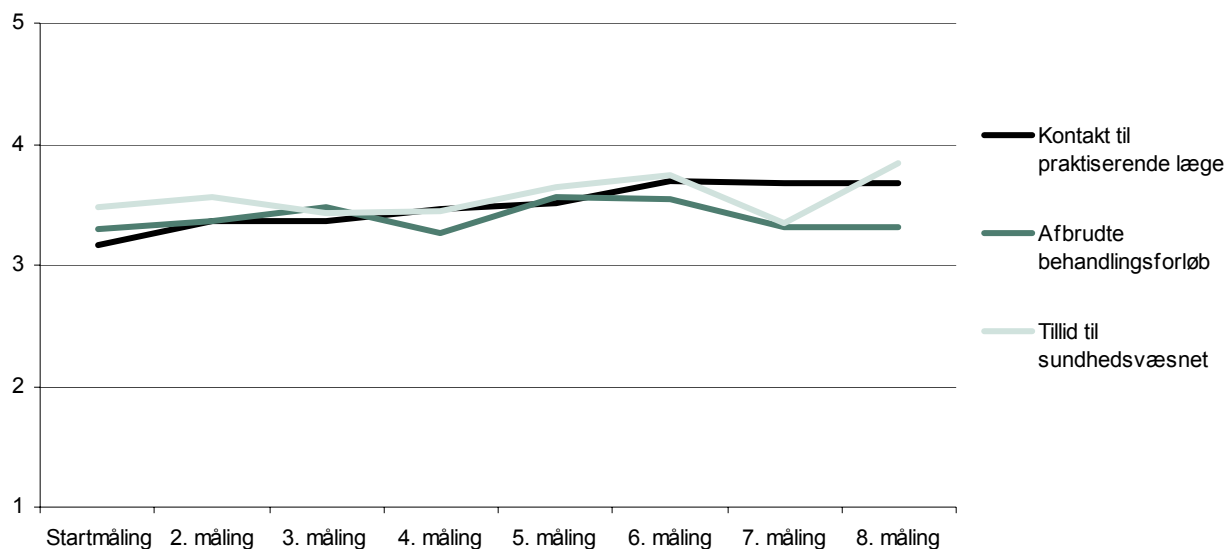
9.11 Sundhedsfaglige personer deltagerne har været i kontakt med

Figur 31. Sundhedsfaglige personer deltagerne igennem projektperioden har været i kontakt med



9.12 Deltagerens kontakt til sundhedsvæsenet

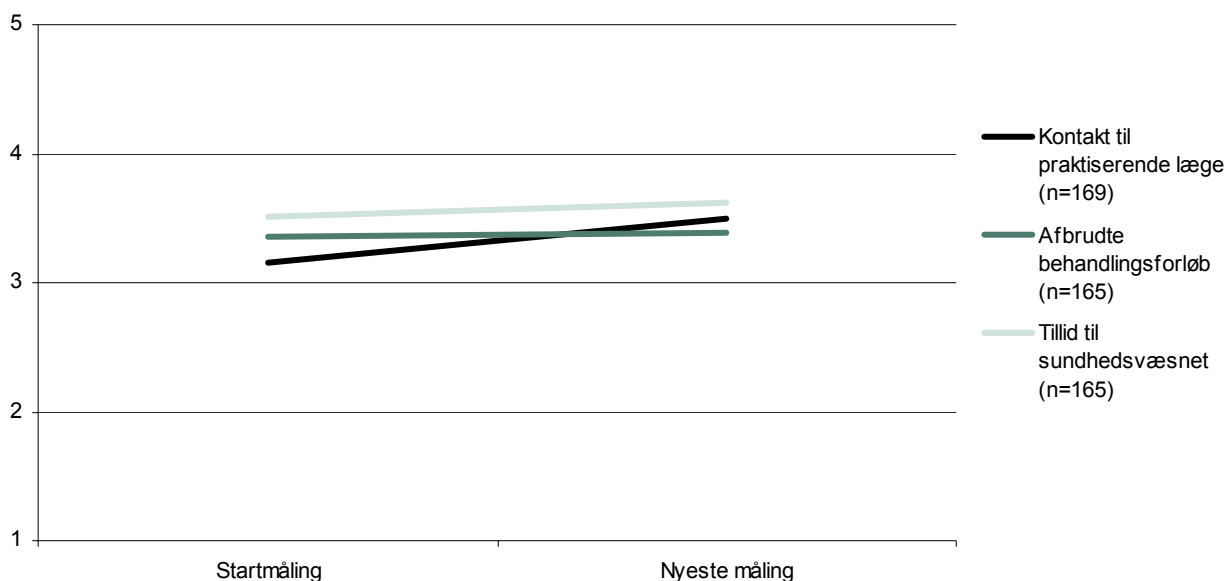
Figur 32. Udvikling i forhold til kontakt til praktiserende læge, afbrudte forhandlingsbeløb og tillid til sundhedsvæsenet. Gennemsnit for hvert målepunkt



Note: Kontakt til praktiserende læge: n varierer fra 190 ved startmålingen til 57 ved 8. måling. Afbrudte behandlingsforløb: n varierer fra 182 ved startmålingen til 52 ved 8. måling. Tillid til sundhedsvæsenet: n varierer fra 184 ved startmålingen til 53 ved 8. måling.

Udsagnene til ovenstående figur er i spørgeskemaet oprindeligt formuleret: "Deltageren har for lidt kontakt til sin praktiserende læge", "Deltageren har mange afbrudte forhandlingsbeløb bag sig", og "Deltageren har generelt set ikke tillid til sundhedsvæsenet (dvs. læge, hospitaler, misbrugsbehandling m.m.)". I ovenstående figur er disse vendt for at signalere en positiv udvikling. Bemærk at ovenstående er en fempunktskala.

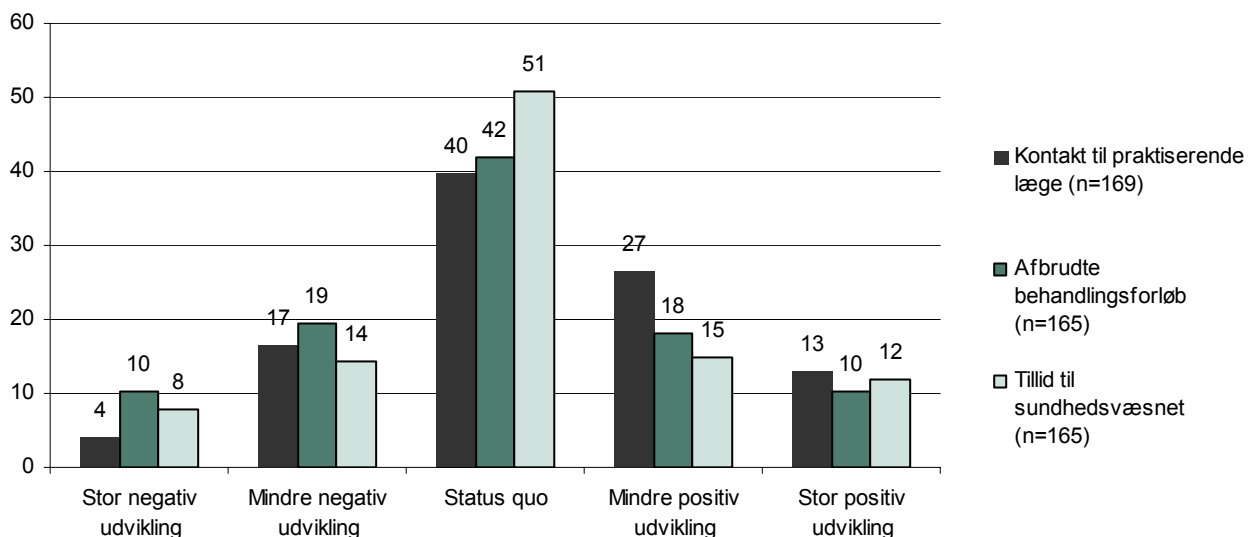
Figur 33. Udvikling i forhold til kontakt til praktiserende læge, afbrudte forhandlingsbeløb og tillid til sundhedsvæsenet. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling i forhold til kontakt til praktiserende læge, men ikke i forhold til afbrudte behandlingsforløb og tillid til sundhedsvæsenet.

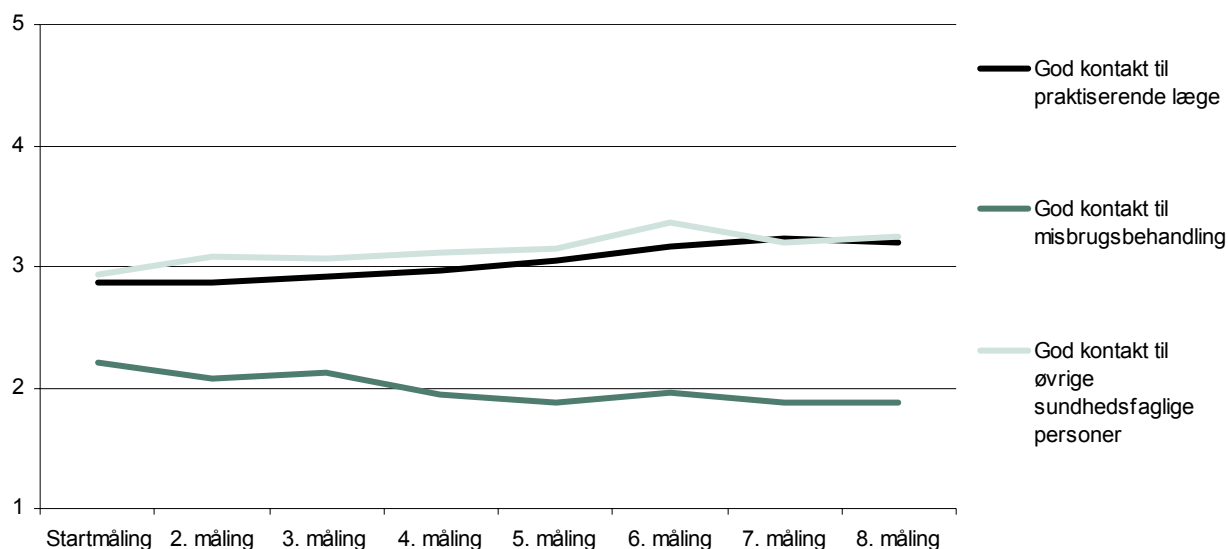
Udsagnene til ovenstående figur er i spørgeskemaet oprindeligt formuleret: "Deltageren har for lidt kontakt til sin praktiserende læge", "Deltageren har mange afbrudte forhandlingsbeløb bag sig", og "Deltageren har generelt set ikke tillid til sundhedsvæsenet (dvs. læge, hospitaler, misbrugsbehandling m.m.)". I ovenstående figur er disse vendt for at signalere en positiv udvikling. Bemærk at ovenstående er en fempunktskala.

Figur 34. Udvikling i forhold til kontakt til praktiserende læge, afbrudte forhandlingsbeløb og tillid til sundhedsvæsenet. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



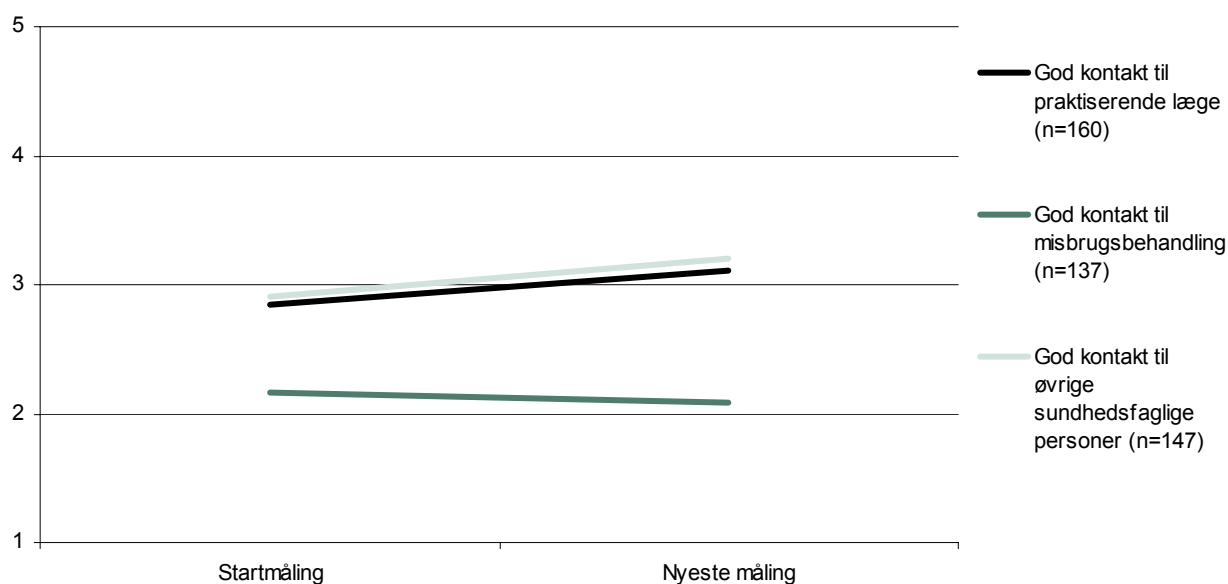
Udsagnene til ovenstående figur er i spørgeskemaet oprindeligt formuleret: "Deltageren har for lidt kontakt til sin praktiserende læge", "Deltageren har mange afbrudte forhandlingsbeløb bag sig", og "Deltageren har generelt set ikke tillid til sundhedsvæsenet (dvs. læge, hospitaler, misbrugsbehandling m.m.)". I ovenstående figur er disse vendt for at signalere en positiv udvikling.

Figur 35. Udvikling i forhold til god kontakt til praktiserende læge, god kontakt til misbrugsbehandling og god kontakt til øvrige sundhedsfaglige personer. Gennemsnit for hvert målepunkt



Note: God kontakt til praktiserende læge: n varierer fra 179 ved startmålingen til 52 ved 8. måling. God kontakt til misbrugsbehandling: n varierer fra 159 ved startmålingen til 47 ved 8. måling. God kontakt til øvrige sundhedsfaglige personer: n varierer fra 167 ved startmålingen til 37 ved 8. måling. Bemærk at ovenstående er en fempunktskala.

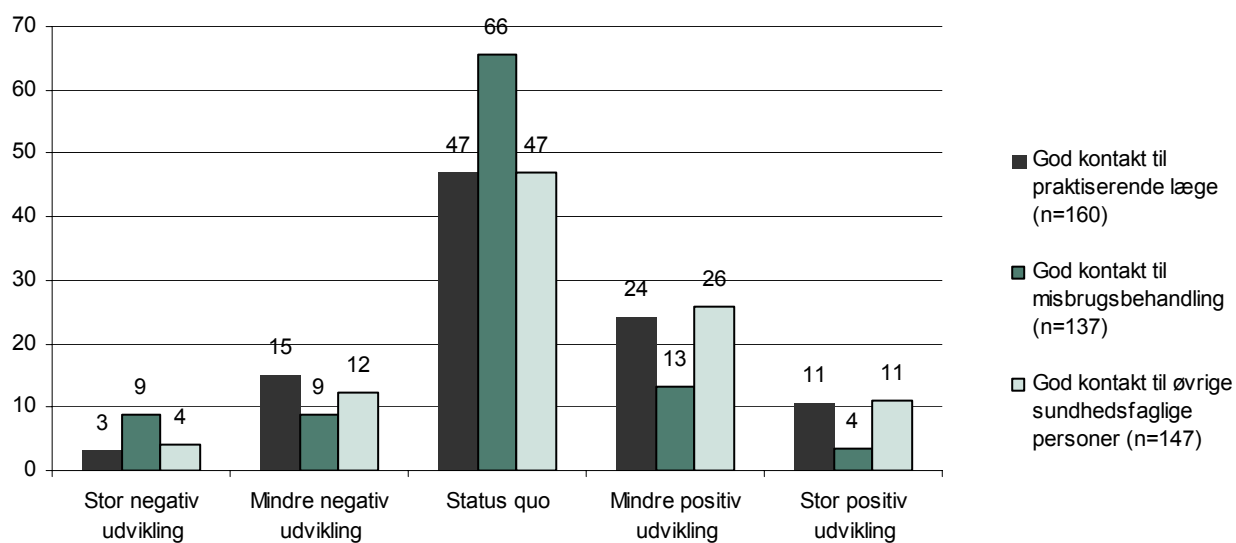
Figur 36. Udvikling i forhold til god kontakt til praktiserende læge, god kontakt til misbrugsbehandling og god kontakt til øvrige sundhedsfaglige personer. Gennemsnit for hhv. startmåling og seneste måling



Note: Der er signifikante forskelle mellem startmålingen og den seneste måling i forhold til god kontakt til praktiserende læge og god kontakt til øvrige sundhedspersoner, men ikke i forhold til god kontakt til misbrugsbehandling. Bemærk at ovenstående er en fempunktskala.

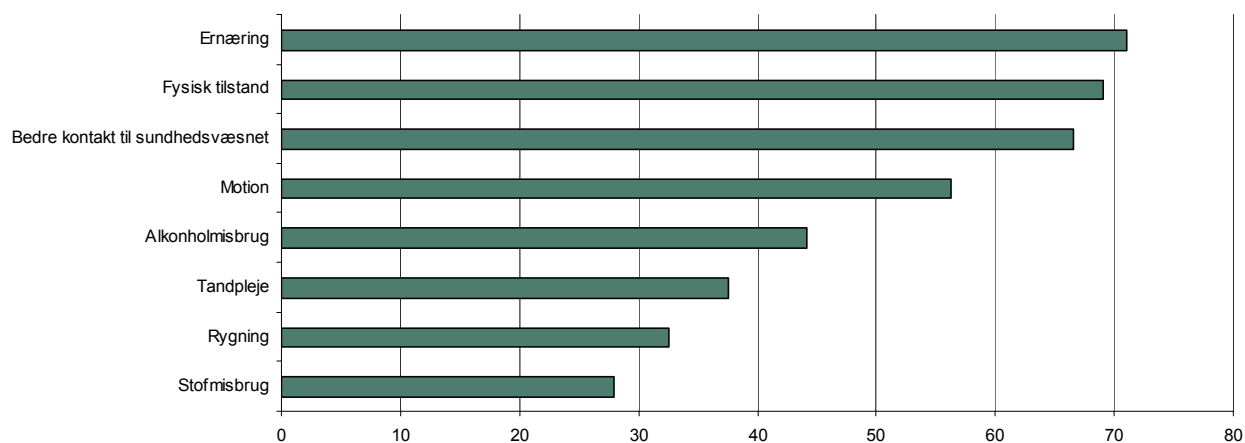
Figur 37. Udvikling i forhold til god kontakt til praktiserende læge, god kontakt til misbrugsbehandling

ling og god kontakt til øvrige sundhedsfaglige personer. Andel der har haft en negativ, positiv eller ingen (status quo) udvikling fra startmålingen til seneste måling



9.13 Sundhedsfremmende aktiviteter deltageren har deltaget i

Figur 38. Sundhedsfremmende aktiviteter deltageren har deltaget i vedrørende:



10. Bilag III: Tabeller fra spørgeskemaundersøgelse blandt netværksdeltagere

10.1 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

Tabel: Vurdering af samarbejdet med sundhedsprojektet og andre fagprofessionelle.

	Meget høj grad	Høj grad	Hverken/eller	Lav grad	Meget lav grad	Ved ikke/ikke relevant	I alt
Der har været brugt mange ressourcer på at få samarbejdet til at fungere (n = 58)	0 %	19 %	22 %	19 %	17 %	22 %	100 %
De forskellige indgangsvinkler, som de forskellige fagprofessionelle i netværket omkring sundhedsprojektet har, beriger diskussionerne (n = 58)	7 %	53 %	14 %	5 %	2 %	19 %	100 %
Der har været store samarbejdsproblemer i samarbejdet (n = 58)	0 %	2 %	22 %	12 %	43 %	21 %	100 %
Samarbejdet i netværket giver mulighed for at udfolde nye idéer i et tværgående samarbejde (n = 58)	5 %	55 %	16 %	5 %	3 %	16 %	100 %
Samarbejdet i netværket omkring sundhedsprojektet sikrer en mere helhedsorienteret indsats over for gruppen af socialt udsatte (n = 58)	22 %	50 %	10 %	5 %	2 %	10 %	100 %
Det er tydeligt, hvem der har den koordinerende rolle i netværket omkring sundhedsprojektet (n = 58)	17 %	33 %	19 %	3 %	5 %	22 %	100 %
Kommunikationen i netværket har været tilstrækkelig (n = 58)	5 %	34 %	28 %	10 %	3 %	19 %	100 %

Tabel: Samarbejdspartners vurdering af, om samarbejdet i netværket omkring sundhedsprojektet har gavnet forholdene for de særligt udsatte (herunder misbrugere, hjemløse, psykisk syge), der er med i sundhedsprojektet

	Procent
I meget høj grad	24 %
I høj grad	34 %
I nogen grad	14 %
I lav grad	3 %
Slet ikke	3 %
Ved ikke / kan ikke vurdere	21 %
I alt	100 %

(n = 58)

Tabel: I hvilken grad samarbejdspartnerne har fået en ny forståelse for sundhedsprojektets brugere af særligt udsatte (herunder misbrugere, hjemløse og psykisk syge) efter din kontakt med projektet

	Procent
I meget høj grad	4 %
I høj grad	12 %
I nogen grad	47 %
I lav grad	21 %
Slet ikke	16 %
I alt	100 %

(n = 57)

Tabel: I hvilken grad samarbejdspartnerne mener, at samarbejdet med sundhedsprojektet på nuværende tidspunkt er formaliseret (fx ved høj mødefrekvens eller faste punkter på dagsordenen)

	Procent
I meget høj grad	5 %
I høj grad	23 %
I nogen grad	32 %
I lav grad	20 %
Slet ikke	20 %
I alt	100 %

(n = 60)

Tabel: Hvor mange gange samarbejdspartnerne eller en fra dennes arbejdsplads har været sammen med repræsentanter fra sundhedsprojektet (fx møder, arrangementer, foredrag, temadage, sundhedsfremmende aktiviteter i sundhedsprojektets regi)

	Procent
1 gang	2 %
2-3 gange	18 %
3-4 gange	16 %
5-10 gange	26 %
Mere end 10 gange	24 %
Kan ikke give et kvalificeret skøn	15 %
I alt	100 %

(n = 62)