

Sundhedsstyrelsen

Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte

Midtvejsevaluering

November 2009

1.	INDLEDNING	4
1.1	Baggrunden for modelprojekterne	4
1.2	Midtvejsevalueringen	6
1.2.1	Dataindsamling og metode	7
1.3	Formidling af resultater	8
1.4	Læsevejledning	8
1.5	Rapportens opbygning.....	9
2.	KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	10
2.1	Overordnede konklusioner	10
2.1.1	Status for projekt – den svære opstart.....	10
2.1.2	Organisering af projekt – partnerskab mellem kommune og værested.....	11
2.1.3	Målgruppen – udfordringer i arbejdet med de socialt mest udsatte	12
2.1.4	Tilrettelæggelse af aktiviteter – stor variation på tværs	12
2.1.5	Helbredsundersøgelser	13
2.1.6	Netværkssamarbejde	13
2.1.7	Plan for forankring af resultater.....	14
2.2	Opsamling på succeskriterier og resultater.....	14
2.3	Fremadrettede anbefalinger	16
3.	OM EVALUERING AF SOCIALT UDSATTE GRUPPER.....	19
3.1	Beskrivelse af målgruppen	19
3.2	Det brede sundhedsbegreb.....	20
3.3	De små skridts metode	22
4.	STATUS FOR DE OTTE MODELPROJEKTER.....	25
4.1	Status på tids- og aktivitetsplaner	25
4.2	Status på ressourceforbrug.....	27
4.3	Opsamling på status i projekterne	28
5.	PROJEKTERNES ORGANISATORISKE RAMMER.....	29
5.1	Projekternes organisering	29
5.1.1	Sundhedsfaglige resourcepersoner i socialt arbejde.....	30
5.1.2	Samarbejdet med styregruppen.....	30
5.1.3	Samarbejdet i projektgruppen og på værestedet.....	31
5.2	Den kommunale forankring – samarbejdet med forvaltningen	32
6.	FORELØBIGE RESULTATER AF INDSATSEN.....	35
6.1	Projektets programteori	35

7.	PROJEKTERNES TILRETTELÆGGELSE AF DIREKTE SUNDHEDSFREMMENDE AKTIVITETER.....	38
7.1	Succeskriterier for indsatsen.....	38
7.2	Aktiviteter for brugerne.....	39
7.2.1	Rekruttering af de socialt udsatte.....	42
7.2.2	Målgruppens motivation	43
7.2.3	Sammenhæng mellem forskellige tilbud.....	45
7.3	Aktiviteter for medarbejderne.....	45
7.3.1	Vægtning af teori og praksis.....	46
7.3.2	Medarbejdernes motivation	47
8.	HELBREDSUNDERSØGELSER.....	49
8.1	Succeskriterier for indsatsen.....	49
8.2	Praksis for helbredsundersøgelser.....	50
8.3	Særlig indsats afledt af helbredsundersøgelser	52
8.4	Målgruppens generelle sundhedstilstand.....	53
8.5	Udvikling i målgruppens generelle sundhedstilstand	55
9.	TVÆRFAGLIGT OG TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE	61
9.1	Succeskriterier for indsatsen.....	61
9.2	Aktiviteter i forbindelse med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	62
9.3	Netværksdeltageres vurdering af samarbejde	62
9.4	Formelt eller uformelt netværk	65
9.5	Planer for videre samarbejde	68
10.	DOKUMENTATION OG PLANER FOR FORANKRING	70
10.1	Indsats inden for dokumentationsarbejde.....	70
10.1.1	Metodebeskrivelser	72
10.1.2	Interne evalueringer	73
10.2	Plan for forankring og implementering af erfaringer	73
11.	METODISKE OVERVEJELSER	75
11.1	Valg af undersøgelsesdesign.....	75
11.2	Undersøgelsens datagrundlag	76
11.2.1	Desk research.....	78
11.2.2	Fokusgrupper og personlige interview	78
11.2.3	Netværkslogbøger	79
11.2.4	Monitoreringen	79
11.2.5	Papirspørgeskema blandt brugerne	83
11.2.6	Internetbaseret spørgeskema blandt netværksdeltagerne ..	83
11.3	Samlet vurdering af undersøgelsens data og metode	84

12. BILAG: RESULTATER FRA KVANTITATIVE ANALYSER.....	86
12.1 Resultater fra monitoreringen	86

1. INDLEDNING

Sundhedsstyrelsen har som et led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet 2007 til 2010 afsat 22,5 mio. kr. til sundhedsfremmende og forebyggende modelprojekter omkring gruppen af de socialt mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere og 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 kommune og værested(er). Modelprojekterne er startet op i begyndelsen af 2008, og det forventes, at projektperioden for de fleste projekter bliver forlænget til og med juni 2011.

Sundhedsstyrelsen har bedt NIRAS Konsulenterne om at foretage en tværgående evaluering af indsatsen i de otte modelprojekter. Denne rapport repræsenterer resultaterne af midtvejsevalueringen, som er gennemført godt halvvejs i den samlede projektperiode.

1.1 Baggrunden for modelprojekterne

Baggrunden for modelprojekterne er, at der er behov for en særlig indsats for at få gruppen af de socialt udsatte alkohol- og stofmisbrugere og hjemløse til at modtage social- og sundhedstilbud samt at få dem fastholdt i disse tilbud. Erfaringer har vist, at gruppen af socialt mest udsatte typisk har haft mange negative oplevelser med det offentlige social- og sundhedssystem, hvilket bl.a. skyldes, at tilbuddene ikke er tilpasset deres særlige behov. Der er behov for at opbygge den fornødne viden om, hvordan tilbud til de socialt mest udsatte kan tilrettelægges – særligt efter at kommunerne med strukturreformen har overtaget ansvaret for de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud.

Det overordnede formål med projektet er derfor *”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 og hjemløse.”*

De enkelte projekter skal udvikle og afprøve metoder til at opspore og fastholde de allermest socialt udsatte i offentlige tilbud, som kan støtte den enkelte borger i at erhverve – eller generhverve – personlige og sociale kompetencer, hvilket

anses som en forudsætning for at bryde mønstre og udvikle en sundhedsfremmende adfærd.

De otte modelprojekter, som har modtaget støttemidler fra Sundhedsstyrelsen, beskrives i nedenstående tabel. Oplysningerne stammer fra projekternes projektbeskrivelsesskemaer og casebesøgene:

Tabel 1-1: Oversigt over de otte modelprojekter

Projekt navn, kommune og værested	Målgruppe	Projektets fokus
"Sundhed for alle", Fredericia Kommune og værestederne Havnecaféen og A-caféen	Den svageste del af kommunens mest udsatte borgere • stofmisbrugere og alkoholikere	Projektet har fokus på misbrugere og alkoholikere. Der gennemføres både sundhedsfremmende aktiviteter og helbredsundersøgelser. Har ikke modtaget støttemidler til netværkssamarbejde, da man i forvejen var godt i gang med netværksdyrkelsen
"Opsøgende sundhedsfremmende indsatser rettet mod de socialt mest udsatte borgere i Herlev kommune", Herlev Kommune og værestederne Station BAF og Anemonen	Borgere med nedsat funktions- evne og nedsat evne til at varetage egen sundhed – primært stofmisbrugere og svært alkoholiserede	Projektet har fokus på det opsøgende arbejde, hvor sygeplejerskerne henvender sig direkte til målgruppen med tilbud om sundhedstjek, støtte og hjælp til kontakt til det etablerede sundhedssystem
"Bænken og Hjørnet – et sundhedsfremmende og forebyggende projekt", Langeland Kommune og værestedet Hjørnet	Brugere af værestedet Hjørnet og socialt udsatte, der har fravalgt alle andre tilbud.	Projektet har fokus på udarbejdelse af sundhedsprofiler, sundhedsfremmende aktiviteter og tværfagligt samarbejde. 'Den motiverende samtale' anvendes bl.a. som metode
"Grib chancen • sundhedsfremmende projekt", Lolland Kommune og Herberg og Værested Havnen	Alle de personer, der kommer på værestedet Havnen, samt de socialt udsatte, der opnå kontakt til gennem opsøgende arbejde	Projektet har bl.a. fokus på oplæring af medarbejdere i 'du bestemmer'-metoden og derefter gennemførelse af forløb med individuelle samtaler og gruppesamtaler, der opkvalificerer handlingskompetencer hos målgruppen. Projektet indeholder også opsøgende arbejde
"Lighed i sundhed og behandling", Odense Kommune, Om-sorgsafdelingen St. Dannesbo og Kirkens Korshærs Varmestue i Odense	Hjemløse, alkohol- og stofmisbrugere, der har et udtalt behov for sundhedsfremmende aktiviteter, og som benytter de involverede væresteder	Projektet har fokus på sundhedsfremmende aktiviteter og sundhedsafdækkende samtaler med brugerne. Derudover fokus på tværsektorielt samarbejde med andre centrale aktører, der arbejder med socialt udsatte

Projekt navn, kommune og værested	Målgruppe	Projektets fokus
"Sundhedsprojektet ved Perron 4 og Center for Stofmisbrugsbehandling", Randers Kommune, værestedet Perron 4 og Center for Stofmisbrugsbehandling	De mest udsatte brugere af værestedet Perron 4 og Center for Stofmisbrugsbehandling – typisk brugere med uafklaret og/eller kritisk sundhedstilstand	Projektet har fokus på sundhedsfremmende aktiviteter og opgradering af værestedets sundhedsklinik. Derudover fokus på brobygning til etableret sundhedssystem og undervisning af fagprofessionelle på værested
"En sundhedsplatform i det sociale arbejde", Silkeborg Kommune, Misbrugscenter Silkeborg og Kirkens Korshær Silkeborg	Alkohol- og stofmisbrugere, der benytter misbrugscenteret eller Kirkens Korshærs varmestue, samt misbrugere, der opnår kontakt til gennem opsøgende arbejde eller via SKP'erne	Projektet har fokus på at opbygge en sundhedsplatform, der kan bygge bro mellem brugerne og det etablerede sundhedssystem. Derudover fokus på helbredsundersøgelser af brugerne og afdekning af målgruppens sundhedstilstand
"Sundhedsfremmende medarbejder ved Kirkens Korshærs Gårdsprojekt", Aalborg Kommune og Kirkens Korshærs Gårdsprojekt ved Aalborg	De socialt mest udsatte borgere, som benytter sig af Kirkens Korshærs tilbud i Aalborg	Projektet har fokus på sundhedsfremmende aktiviteter, helbredsundersøgelser og sundhedsvejledninger – med udarbejdelse af handleplaner – på Gården. Derudover fokus på brobygning til etableret sundhedssystem

1.2 Midtvejsevalueringen

Formålet med midtvejsevalueringen er – gennem en systematisk opfølgning på de foreløbige resultater af indsatsen i de otte modelprojekter – at bidrage med ny viden og læring i forhold til, hvordan de udviklede metoder virker over for målgruppen af socialt mest udsatte.

Med henblik på at sikre løbende læring undervejs i projektet er midtvejsevalueringen indlagt som afrapportering omtrent halvvejs i forløbet. Rapporten skal sætte særligt fokus på at sikre fremadrettede anbefalinger til det videre forløb i projekterne. Konklusioner og resultater fra evalueringen er desuden blevet løbende præsenteret for de projektansvarlige på et info-erfamøde og temadage.

Evalueringen er designet som en *tværgående effekt- og virkningsevaluering*, hvor fokus er på at beskrive, hvordan indsatsen virker for den givne målgruppe og under hvilke betingelser. Evalueringen skal dermed på et tværgående niveau beskæftige sig med såvel effekterne af den iværksatte indsats som med erfaringerne fra projekternes implementering af indsatsen, herunder de barrierer og muligheder, modelprojekterne er stødt på. Evalueringen har fokus på at identificere de virkende mekanismer i indsatsen med henblik på at vurdere, om positive erfaringer med en bestemt metode på et værested i en given kommune vil kunne

overføres og anvendes i en anden kontekst, hvilket er et af hovedformålene med udmøntningen af puljemidlerne.

Da evalueringen er tilrettelagt for den samlede indsats og med henblik på at foretage en tværgående evaluering, vil der ikke blive opstillet evalueringsresultater for hvert enkelt projekt. I forhold til at belyse effekterne af indsatsen vil evalueringen fokusere på outputniveauet og de umiddelbare resultater al den stund, at der på dette stadie af projektperioden ikke kan måles effekter på længere sigt af de iværksatte aktiviteter.

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 og hjemløse – kan være mindre ressourcestærke og kan have mistro og mistillid over for '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. Flere af evalueringsaktiviteterne henvender sig direkte til målgruppen, hvilket har været et bevidst ønske fra Sundhedsstyrelsen.

Midtvejsevalueringen baserer sig på data- og metodetriangulering, der kort sagt betyder, at undersøgelsen ikke blot er baseret på én datakilde eller én metode. Det valgte evalueringsdesign 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 og har mulighed for at indsamle den løbende læring, der genereres i projekterne.

Et centralt element i evalueringen er den løbende *monitorering* af projekternes brugere. Hvert projekt indberetter kvartalsvist udviklingen for cirka 20-25 brugere på forskellige parametre • bl.a. viden om sundhedsfremme, handlekompetencer og generel sundhedstilstand. De kvartalsvise indberetninger i forbindelse med monitoreringen har ifølge flere medarbejdere været en god anledning til at få en status på brugernes situation, hvilket de fleste brugere også har påskønnet. Naturligvis vil den regelmæssighed, som monitoreringen forudsætter, også kunne være til belastning for deltageren, men det vurderes kun i begrænset omfang at have været tilfældet.

Ud over monitoreringen er der gennemført *spørgeskemaundersøgelser* blandt brugerne og blandt projekternes brede netværk, og der er udfyldt *logbøger* med status for netværkssamarbejdet. Endelig er der gennemført *casestudier* i alle otte modelprojekter, hvor projektledelse, sundhedsfaglige ressourcepersoner, øvrige nøglemedarbejdere og brugere fra målgruppen er interviewet.

Nedenfor i Tabel 1-2 gives et overblik over de dataindsamlingsaktiviteter, som lægger til grund for udarbejdelsen af midtvejsrapporten. For en mere indgående beskrivelse af datagrundlaget henvises til kapitel 10.

Tabel 1-2: Dataindsamlingsaktiviteter

	Del 1: Sundhedsfremmende aktiviteter	Del 2: Tværfagligt og -sektorielt samarbejde*	Del 3: Helbredsundersøgelse
Desk research	Blandt andet materiale fra værestederne, materiale fra modelprojekterne, aktuel forskning i alkohol- og stofmisbrugere og hjemløse og opgørelser af sundhed og helbred blandt socialt udsatte		
Fokusgruppe (*)	Nøglepersoner – inkl. projektledelse – i modelprojekterne		
Personlige interview	Flere brugere ved hvert modelprojekt		Flere brugere ved hvert modelprojekt
Monitorering (kvartalsvise indberetninger)	Indsamling af data om brugere	Logbog udfyldt af projektledere	Indsamling af data om brugere
Internetbaseret spørgeskema blandt netværksdeltagerne		Netværksdeltagere	
Papirspørgeskema blandt brugerne	Brugere		Brugere

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

1.3 Formidling af resultater

Resultaterne fra de forskellige kvantitative datakilder vil i evalueringen blive afrapporteret sideløbende med kvalitative udsagn samt generelle pointer fra case-studierne. Alle citater, der er bragt i rapporten, vil være i anonymiseret form, men med angivelse af om citatet stammer fra projektledelsen, en projektmedarbejder (herunder de sundhedsfaglige ressourcepersoner) eller fra en bruger. Hvis ikke andet er fremhævet, udtrykker de udelukkende generelle tendenser og erfaringer.

Resultater fra monitoreringen, som ikke er vist i selve rapporten, i form af enten tabel eller søjlediagram vil være at finde i rapporten bilag i kapitel 12.

1.4 Læsevejledning

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 person(er), der optræder som projektets kontaktperson over for Sundhedsstyrelsen, og som er interviewet i forbindelse med evalueringen. Det er med enkelte undtagelser også tale om reelle projektledere i forhold til projektets gennemførelse.

Sundhedsfaglige ressourcepersoner henviser til de personer med en sundhedsfaglig baggrund, som fx 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 fagprofessionelle og projektmedarbejdere henviser til øvrige medarbejdere i projekterne, som arbejder med målgruppen af socialt udsatte. Det dækker primært ansatte på de væresteder, som danner ramme om projekterne, eller medarbejder, som udfører opsøgende arbejde i forhold til målgruppen.

Netværkssamarbejdspartnerne henviser til de folk, der befinder sig i modelprojekternes brede eksterne netværk. Denne gruppe omfatter bl.a. praktiserende læger, ansatte på sygehuse, psykiatriske afdelinger, misbrugscentre 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.

1.5 **Rapportens opbygning**

Rapporten indledes med en kort fremstilling af midtvejsrapportens overordnede konklusioner og fremadrettede anbefalinger i kapitel 2. Derefter kommer et kapitel (kapitel 3), der giver en nærmere beskrivelse af målgruppen af socialt udsatte og kortlægger de grundlæggende udfordringer ved at arbejde med sundhedsfremme inden for dette område. Kapitel 4 omhandler status for modelprojekternes indsats, mens projekternes organisatoriske rammer er temaet for kapitel 5. Kapitel 6 indleder gennemgangen af resultaterne med en kort beskrivelse af puljens programteori, der udtrykker forventninger til forholdet mellem indsats, output og resultater. Resultaterne af indsatsen inden for sundhedsfremmende aktiviteter, helbredsundersøgelser og netværksarbejdet er beskrevet i kapitel 7, 8 og 9, mens projekternes planer for dokumentation og forankring behandles i kapitel 10. Endeligt forefindes de metodiske overvejelser bag undersøgelsen i kapitel 11, mens der i bilagsmaterialet er en mere udførlig gennemgang af resultaterne fra brugermonitoreringen.

2. KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

I dette kapitel beskrives rapportens overordnede konklusioner på de resultater, der er fremkommet i midtvejsevalueringen, og som beskrives i de følgende kapitler. Gennemgangen af konklusionerne munder ud i en række fremadrettede anbefalinger til, hvordan de otte modelprojekter i den resterende del af projektperioden – for manges tilfælde formentlig frem til og med juni 2011 – kan arbejde med at kvalificere indsatsen. Ved at trække på den læring, som denne tværgående evaluering giver, vil det enkelte modelprojekt have bedre mulighed for at leve op til de både kort- og langsigtede mål, der på forhånd var sat for indsatsen.

2.1 Overordnede konklusioner

Midtvejsrapporten omhandler temaerne projektstatus (kapitel 4), organiseringen i projekterne (kapitel 5), tilrettelæggelsen af sundhedsfremmende aktiviteter, sundhedstjek og netværksarbejde (kapitel 7, 8 og 9) og projekternes planer for dokumentation og forankring (kapitel 10). Der tegnes et generelt billede af indsatsen i de otte modelprojekter, og det er de tværgående temaer, der beskrives.

2.1.1 *Status for projekt – den svære opstart*

Status for projekterne er, at størstedelen har oplevet opstartsvanskeligheder og derfor er bagud i forhold til det planlagte forløb. Der er mange forklaringer på den lidt træge opstart for hovedparten af projekterne. Flere knytter sig til de udfordringer, der traditionelt opstår i forbindelse med organiseringen af nystartede projekter, men også ydre omstændigheder som fx sygeplejerstrejken og efterdønningerne fra kommunalreformen synes at have spillet ind.

I forbindelse med projektstart har det flere steder været en udfordring, at den nuværende projektgruppe har 'arvet' projektidéen fra andre, hvilket har betydet et manglende kendskab til de overvejelser og bevæggrunde, der ligger bag ansøgningen. I forlængelse af den problemstilling ligger også udfordringen med at skabe ejerskab for en idé, man ikke selv har fostret, hos alle de interessenter, der er involveret i projektet. Der kræves et konstant højt kommunikationsniveau fra projektledelsen, samtidig med at projektet er i drift, og aktiviteter for målgruppen skal planlægges, koordineres og udføres.

En anden udfordring er, at den styregruppe, der på papiret kan have den rigtige sammensætning, måske i praksis fungerer mindre godt, fx fordi de udvalgte personer har for travlt eller for lidt føling med praksis i den jobfunktion, de sidder i. Er det ikke fra start lykkedes at involvere alle parter, vil man i den daglige projektledelse savne den fornødne opbakning.

En sidste udbredt årsag til forsinkelser er, at man i hovedparten af projekterne har skullet vente på ansættelsen af en eller flere sundhedsfaglige ressourcepersoner, der i de fleste tilfælde udgør omdrejningspunktet for modelprojektet. Typisk har det været en person med et stort kendskab til området, men det har kun i få tilfælde været en person, som har haft et konkret forhåndskendskab til det værested eller lign., hun skulle virke i. Dvs. at denne sundhedsfaglige ressourceperson både har skullet definere og afgrænse sin rolle over for kollegaer og har skullet lave et omfattende tillidsopbyggende arbejde i forhold til målgruppen af socialt mest udsatte for at 'rekruttere' dem til sundhedsprojektets aktiviteter.

2.1.2 *Organisering af projekt – partnerskab mellem kommune og værested*

Der har været meget stor forskel på, hvordan det konkrete samarbejde mellem kommune og værested/herberg mv. er blevet defineret. 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 er til det projekternes ulempe, at værestedet bliver et appendiks til de øvrige kommunale tilbud rettet mod målgruppen. På den måde bliver projektet ikke tilstrækkeligt integreret i den overordnede kommunale strategi for området.

Det er utvivlsomt en stor gevinst for mange projekter, at de bliver 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. Er rollerne ikke knivskarpt defineret – hvilket de kun har været i de færreste tilfælde – vil der være mange grænsetilfælde, hvor det er svært at vurdere, om der bidrages med noget nyt, eller om der i højere grad er tale om allokering af flere ressourcer til noget eksisterende.

Det har vist sig at være svært at inkludere sundhedsfaglige personer i socialt kernerarbejde på værestederne. De sundhedsfaglige personer befinder sig i et miljø, som de ikke nødvendigvis er vant til, hvilket giver nogle problemstillinger. Der er dog ingen tvivl om, at der bliver ydet en stor indsats for, at denne problemstilling ikke giver unødige problemer.

På trods af de enkelte vanskeligheder med at få de sundhedsfaglige personer integreret er det 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.

2.1.3 *Målgruppen – udfordringer i arbejdet med de socialt mest udsatte*

Målgruppen af socialt mest udsatte har en række komplekse problemstillinger og komplekse 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. Denne tilgang til sundhedsfremme kan skabe udfordringer i forhold til den forståelse af sundhedsbegrebet, der er udbredt i det etablerede sundhedssystem.

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 arbejder fylder meget – har man haft svært ved at 'rekruttere' de socialt mest udsatte, der ikke kommer på værestederne. 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 projekterne hører til de mere velfungerende blandt de socialt udsatte, selv om der naturligvis også er eksempler på det modsatte.

2.1.4 *Tilrettelæggelse af aktiviteter – stor variation på tværs*

Det er entydigt, at de sundhedsfaglige ressourcepersoner alle steder har fundet deres plads i projektet – nogle i en sådan grad, at de er ved at drukne i egen succes. Det indledende tillidsopbyggende arbejde er nu afløst af benhårdt arbejde med de planlagte sundhedsfremmende aktiviteter, gennemførelse af helbredsundersøgelse og dyrkelse af netværk.

Kendetegnende for mange af de 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. Der kan også inden for det enkelte projekt være en variation i tilbuddene, som grænser til det uhensigtsmæssige, da der kan mangle en rød tråd.

2.1.5 *Helbredsundersøgelser*

Fælles for projekternes helbredsundersøgelser – der også går under betegnelserne 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. 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 tillid til det etablerede system er foruroligende lille, og de sundhedsfaglige ressourcepersoner kan være det bindeled, der genetablerer tilliden til sundhedssystemet.

2.1.6 *Netværkssamarbejde*

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 samarbejde ikke har haft helt samme prioritet. Alle modelprojekter er dog i gang med brobygningen 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, henvendelserne til sundhedssystemet bliver taget mere alvorlige. 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 der stadig er et potentiale, som skal udnyttes i det videre samarbejde. Det gælder især i forhold til at gøre indsatsen endnu mere helhedsorienteret samt sikre, at rammerne fortsat muliggør løbende sparring og videndeling.

2.1.7 *Plan for forankring af resultater*

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 mangler konkrete planer for hvordan og i hvilken form, projektets idéer skal føres videre.

Planen hos de projekter, som har konkretiseret forankringsplanerne, indebærer at man dyrker netværket og derved forsøger at skabe varige samarbejdsrelationer mellem blivende etablerede aktører i sundhedssystemet og i det sociale system. Flere projekter kan dog med fordel arbejde målrettet på at lave planer for forankring af resultaterne, hvis ikke videreførelsen af projekternes gode erfaringer udelukkende skal afhænge af, om man kan få tilført flere midler.

2.2 **Opsamling på succeskriterier og resultater**

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.

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 opsøgt, 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 på 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.

Konklusionerne i midtvejsevalueringen viser, at der er sket en overvejende positiv udvikling i brugernes viden om egen sundhed og deres viden om hvilke muligheder, sundhedsvæsenet tilbyder. Omkring halvdelen af brugerne har således oplevet en positiv udvikling i viden om egen sundhedstilstand. Dermed er en del af succeskriterierne for såvel den generelle sundhedsmæssige indsats som for

helbredsundersøgelserne på vej til at blive nået. Den positive udvikling i viden-niveauet er endnu ikke slået igennem på brugernes handlekompetencer eller generelle sundhedstilstand i samme grad, men det er også langsigtede mål. Succeskriteriet for de direkte sundhedsfremmende aktiviteter om at opsøge og rekruttere de mest udsatte er kun delvist nået. Visse projekter har oplevet stor succes med det opsøgende arbejde, mens andre projekter har haft besvær med at rekruttere brugerne.

Succeskriteriet om at gennemføre helbredsundersøgelser på en stor del af brugerne er så godt som opfyldt. Således har over 80 procent af brugerne fået foretaget en helbredsundersøgelse, og stort set samtlige har fået fulgt op på den første helbredsundersøgelse. Undersøgelserne har formentlig været medvirkende til, at brugernes viden om deres sundhedstilstand er forbedret.

Succeskriteriet for netværkssamarbejdet om at skabe et konkret samarbejde på tværs af projekter og sektorer er mere komplekst. Netværksdeltagerne giver dog udtryk for i hvilken form, der er skabt netværk, og hvor tilfredse deltagerne er med samarbejdet. Netværkssamarbejdet er især etableret i form af personlige møder, oplysningsmøder og fællesmøder. Halvdelen af netværksdeltagernes arbejdspladser har ligeledes haft medarbejdere til aktiviteter med repræsentanter fra sundhedsprojektet. Der er en generelt stor tilfredshed med netværkssamarbejdet og den videndeling, der sker i dette. Det er svært entydigt at konkludere, om succeskriteriet for netværkssamarbejdet er nået, men flere af projekterne har efterhånden fået etableret et stabilt samarbejde.

Generelt er der sket en fornuftig udvikling i forhold til at nå målsætningerne for projektet. Der er dog også rum for at forbedre projektet og sikre, at også de langsigtede målsætninger nås.

2.3 Fremadrettede anbefalinger

På grundlag af midtvejsevalueringens konklusioner er der udarbejdet en række fremadrettede anbefalinger, som modelprojekterne – i det omfang, de finder dem relevante for deres projekt – vil kunne bruge som pejlemærker i den lokale indsats. Anbefalingerne baserer sig på de tværgående tendenser for de otte modelprojekter, hvilket også betyder, at ikke alle anbefalinger er lige relevante for alle projekter. De kan dog alligevel med fordel danne grundlag for en faglig refleksion og diskussion i projekt- og/eller styregrupperne forud for den sidste halvdel af projektperioden.

Anbefalingerne, baseret på midtvejsevalueringens konklusioner, er:

- **Styrk rammerne for samarbejdet i projektledelsen**
Samarbejdsstrukturen mellem værested og kommune giver en række udfordringer i forhold til den daglige drift, fastlæggelse af målsætninger og planlægningen af forankringsperspektiver. Det kræver opbakning og engagement fra styregruppen – også for at sikre forankring af projektet og læring af projektets erfaringer.
- **Fokuserer på sammenhængen mellem den social og den sundhedsmæssige indsats**
Projekterne står over for komplekse problemstillinger og komplekse behov, som kræver tilsvarende komplekse løsninger og både social og sundhedsmæssig indsats. Den udbredte opfattelse i projekterne er, at der er en klar sammenhæng mellem en social og en sundhedsmæssig indsats, men den faglige diskussion af hvad denne sammenhæng konkret indebærer, og hvilken afsmitning det skal have på de aktiviteter, der gennemføres, vil med fordel kunne opprioriteres i projekterne. Hovedparten af de fagpersoner, der er ansat ind i projekterne, har deres kernekompetencer indenfor sundhedsfagligt arbejde, hvilket man ikke vil få tilstrækkeligt gavn af, hvis de sociale aspekter af sundhed tillægges unødigt stor.
- **Det er vigtigt at tage små skridt, men glem ikke langsigtede virkninger**
Det er vigtigt – også i den konkrete, daglige indsats – at have opmærksomhed på, hvad der er, man vil opnå på lidt længere sigt. Det er således afgørende for projekternes succes, at man også tænker det ind i indsatsen, hvordan man kan forankre sundhedsperspektivet på lidt længere sigt. Der fokuseres i projekterne meget på de 'små skridt', hvilket som oftest indebærer de sociale aspekter af sundheden, som fx øget selvværd, sociale handlekompetencer mv. Denne fokusering er under hensynstagen til målgruppen ubetinget en nødvendighed, da det ofte vil være nødvendigt at flytte de mest udsatte socialt, før de kan flytte sig sundhedsmæssigt..

- **Intensiver indsatsen med at etablere og dyrke det brede netværk**

Det er en vigtig betingelse for at opnå varig succes med modelprojekterne, at der tænkes i etablering og dyrkelse af netværk. Alle erfaringer viser, at der er et stort behov for at udbrede viden om og erfaringer med at arbejde med gruppen af socialt mest udsatte i bl.a. det etablerede sundhedssystem. Der ligger et stort uudnyttet potentiale gemt, hvis samarbejdet mellem alle relevante parter kommer op i omdrejninger, og der kan ydes en mere helhedsorienteret, gennemtænkt og varig indsats over for målgruppen.

- **Vær opmærksomhed på for stor personafhængighed**

I næsten alle modelprojekter er der blevet ansat en sundhedsfaglig ressourceperson i rollen som tovholder for de sundhedsfremmende initiativer. Det er ildsjæle, der brænder for opgaven med at forbedre sundhed og levevilkår for de udsatte, og som lægger en kæmpe arbejdsindsats i det daglige. Det er vigtigt, at disse ressourcepersoner får den fornødne opbakning både til at finde en fornuftig balance mellem den sociale og den sundhedsfaglige indsats, de skal yde, og til at dokumentere de metoder og indsatser, der anvendes. Risikoen ved denne store personafhængighed er dels, at ansvaret og arbejdsbyrden bliver for voldsom for den enkelte, dels, at gode erfaringer fra praksis går tabt, fordi der ikke er tid eller ressourcer til at få dem skriftliggjort og dokumenteret.

- **Hold fokus på den røde tråd i aktiviteterne**

Det er afgørende, at der er en rød tråd gennem de aktiviteter, som modelprojektet afholder. Den røde tråd kan være en gennemgående eksPLICIT metodisk eller teoretisk tilgang, som kan fungere som en overordnet og veldefineret ramme for projektets aktiviteter som helhed. En entydig indholdsmæssig rød tråd kan være med til at skabe klarhed over, hvor projektet ønsker at bevæge sig hen, blandt medarbejdere, samarbejdspartnere og brugere.

- **Husk teorien og/eller erfaringsgrundlaget bag de konkrete metoder**

I alle modelprojekter ydes der en stor indsats af de sundhedsfaglige ressourcepersoner, som synes at bunde i solid faglig ballast. Der anvendes dog generelt for få ressourcer til at reflektere over og dokumentere, hvordan man omsætter teoretisk funderet viden og praksiserfaringer til konkrete koncepter. Det er evaluators vurdering, at der i for mange tilfælde igangsættes aktiviteter for målgruppen, som er baseret på ad hoc-behov, og som ikke er baseret på det teoretiske eller erfaringsbaserede grundlag, der udgør projektets røde tråd.

- **Beskriv metoder og succesopskrifter**

Som modelprojekt har man en forpligtelse til at kunne beskrive og dokumentere sine metoder på en sådan måde, at de i praksis vil kunne anvendes uaf-

hængigt af den konkrete kontekst i en anden kommune eller på et andet værested. Der udrettes i modelprojekterne en masse rigtig gode ting, som er med til at opfylde kravene i projektbeskrivelserne, men det kniber med dokumentationen af dette arbejde. Risikoen er, at de mange gode erfaringer vil gå tabt, hvis ikke projektets metoder bliver tilstrækkeligt dokumenteret.

- **Skab opmærksomhed om gode erfaringer fra arbejdet med målgruppe**
I bestræbelserne på at få modelprojekterne forankret er det vigtigt at få de gode historier frem. Det er vigtigt at fremhæve, at det er en målgruppe, som kan rykkes, og at der er stort uudnyttet potentiale, hvis samarbejdet mellem væresteder/herberg og fx det etablerede sundhedssystem kommer op at stå. Derudover er der hos mange aktører i det etablerede sundhedssystem en manglende viden om, hvad der kendetegner gruppen af særligt udsatte, hvilket kan være en stor barriere for, at de socialt udsatte får den hjælp, de har behov for.
- **Del erfaringer og læring løbende med de øvrige modelprojekter**
Gældende for alle projekter er, at der de næste halvandet år er syv andre modelprojekter, som står over for nogenlunde de samme udfordringer. Det giver en unik mulighed for at udveksle sparring, inspiration og gode råd, der kan kvalificere modelprojekterne og skabe større grobund for, at de gode erfaringer kan forankres.

3. OM EVALUERING AF SOCIALT UDSATTE GRUPPER

Formålet med dette kapitel er at give en nærmere beskrivelse af målgruppen af socialt udsatte og at beskrive de grundlæggende udfordringer ved at arbejde med sundhedsfremme inden for dette område. Derudover beskriver kapitlet også den tilgang, som man på mange væresteder har til arbejdet med de socialt mest udsatte – de små skridts metode.

3.1 Beskrivelse af målgruppen

Som det er beskrevet i indledningens Tabel 1-1, er det kendetegnende for målgruppen for alle otte modelprojekter, at det er mennesker, som er blandt kommunens socialt mest udsatte. Forskningen i udsatte gruppers barrierer og muligheder for sundhedsfremme peger på, at en række forhold kan have betydning for deres deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter¹. På det strukturelle niveau kan forhold som levevilkår og boligforhold være vigtige for, hvorvidt den enkelte misbruger eller hjemløse er motiveret til at modtage og deltage i sociale og sundhedsmæssige tilbud. På det sociale område kan den socialt udsattes sociale netværk i lokalsamfundet og social kapital i bredere forstand være vigtigt. Derudover kan en række individuelle oplevelser være afgørende, fx hvorvidt den socialt udsatte har en oplevelse af meningsløshed, marginalisering eller social isolation eller har fysiske og psykiske lidelser. Endelig kan indsigt i den socialt udsattes egen oplevelse af sundhedsrisici og sundhed være afgørende for i hvilken grad, man tager imod de sundhedsfremmende tilbud.

”Sådan nogen som os har ikke særligt mange chancer. Vi er de laveste i samfundet!”

Bruger

¹ Thorsager, Linda & Mia Schneider, 2007: *Socialt udsatte borgeres sundhed: Barrierer, motivation og muligheder*. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af SFI; Sundhedsstyrelsen, 2007: *Borgerrettet forebyggelse og lighed i sundhed – planlægning af forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper*.

Oftentimes it is the socially most vulnerable people who have poor experiences with being 'a case' in a public social- or health policy treatment process, who have very high ambitions for quick and significant changes in the user. There is an evaluation from several of the health professional resource persons in the model projects, that many of their users go around with poor self-awareness over time or at one point in time not being able to live up to ambitious action plans, which require continued progression in health status, handling competences or the like.

"Det er sjældent, at brugerne har lyst til at sætte sig nogle mål, da de er bange for at svigte omgivelserne ved ikke senere at kunne opfylde disse mål. Vi fokuserer derfor ikke så meget på de langsigtede mål som på selve processen."

Projektmedarbejder

"Jeg har ingen mål eller handlingsplaner, for hvis jeg får det, så bliver jeg låst. Jeg vil gerne klare mig selv og har ikke behov for at andre skal sætte nogle mål. Det har jeg kun dårlige erfaringer med!"

Bruger

Even if there cannot be any doubt, that the users of the eight model projects belong to the socially most vulnerable in Denmark, there are still several of the project workers, who still wonder about the possibility, that one can reach the most vulnerable part of the socially most vulnerable. It is the assumption, that there are some, who are so weak and unstable, that they will not be able to clear a connected process in connection with the health project. There will also be some, who one will never come in contact with through the searching work. It will typically be people with such severe misuse or social handicap, that they do not come to the places. It is the evaluator's perception, that the model projects put a great effort in the searching work, but that in the end it is the same user group, who in the end come to the places, where they are recruited to the health project.

3.2 Det brede sundhedsbegreb

It is used across all eight model projects a relatively broad health concept, which is considered as a necessity in the work with the group of socially vulnerable. The broad health definition lies in the extension of the understanding of health, which is also found in the World Health Organization, WHO, where both physical, psychological and social aspects of human health are included in the definition.

nen². I tråd med dette ligger også Sundhedsstyrelsens egen anbefaling om at tænke sundhed bredere end, hvad der traditionelt er tilfældet: *”Det er nødvendigt, at man i sundhedsprojekter medtænker rummelighed, når det gælder opfattelsen af, hvad sundhed er (...) For nogle vil det fremme sundheden at få et reelt måltid mad om dagen, for andre handler sundhed om at få brudt en ensomhed, og for andre handler det om at få meldt sig til den fritidsaktivitet, som de deltog i, før de fik børn.”*³

Det er erfaringen hos de sundhedsfaglige ressourcepersoner ved flere af projekterne, at der i det etablerede sundhedssystem – hos særligt de praktiserende læger – er en snæver forståelse af de udsattes sundhed. Oplevelsen er, at mange læger kun fokuserer på somatiske lidelser hos de socialt mest udsatte. Hvordan projekterne forsøger at overkomme disse forskellige opfattelser af sundhed i relation til deres brugere, behandles i kapitel 9.

Hovedparten af brugere er meget bevidste om, hvad der skal til for at leve et sundt liv, men det er de færreste, som umiddelbart er på et stadie, hvor de selv kan gøre det. Det er altså ikke basal viden om sundhed, målgruppen mangler, men handlekompetencerne. For mange brugere vil sundhed derfor være en relativ størrelse, hvor det at skære ned på et misbrug, udvikle handlekompetencer eller sågar at kunne stå ud af sengen hver morgen er et succeskriterium.

”For mange brugere handler sundhed om, om man har mulighed for at handle, eller om man ikke har mulighed for at handle. Er livet blevet taget fra en, eller kan man selv tage vare på det og tage initiativ. Vi fokuserer på den enkeltes realistiske drømme og muligheder, så brugeren kan tage nogle initiativer, der er overskuelige.”

Projektledelse

”Der bliver snakket meget med brugerne om sundhed og deres helbred, og vi kan godt mærke, at det ofte sætter brugernes tanker i gang. For nogle brugere er sundhed også det at vågne op hver dag!”

Projektmedarbejder

² www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

³ Sundhedsstyrelsen (2009). *Lighed i sundhed – sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet.*

3.3 De små skridts metode

Den grundlæggende tilgang til arbejdet på mange danske væresteder præsenteres af Landsforeningen af VæreSteder som 'de små skridts metode'⁴. Denne tilgang, som også har 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.

"I det her projekt er der fokus på de små ting, og det er legalt at tage små skridt. Vi ser ikke på nederlagene, men på succeserne, og dermed 'vokser' brugerne og får lyst til at udrette mere."

Projektmedarbejder

"Evnen til at skabe forandring afhænger direkte af brugerens egen oplevelse af selv meget små forbedringer."

Projektbeskrivelse

Indbygget i 'de små skridt'-tankegangen er en række forudsætninger for, at det kan lykkes at få socialt udsatte mennesker til at tage små skridt. Disse forudsætninger udtrykker til en vis grad præmisserne for det sociale og sundhedsfaglige arbejde, som gøres i modelprojekterne. Den første forudsætning er, at værestedet skal være et fristed for gaden og systemet. I relation til modelprojekterne tilbydes brugerne en mere uforpligtende indgang til at snakke om og gøre noget ved sundhedsfremme, end det etablerede sundhedssystem kan tilbyde. Den anden forudsætning er, at personale skal være nærværende og have integritet i deres arbejde. Det indebærer bl.a., at indgangen til at snakke sundhedsfremme ofte er den sociale indsats, hvor personalet – også de sundhedsfaglige ressourcepersoner – 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 ikke er sådan en tilgang til sundhedsfremme, man er vant til fra det etablerede sundhedssystem.

⁴ Landsforeningen af VæreSteder (2009). *De små skridts metode – et stort skridt i den sociale indsats*.

”Jeg har tidligere været usikker på, hvordan jeg skulle gribe det hele an, men nu har jeg fået mere selvsikkerhed og selvtillid. I starten var jeg lidt skeptisk over for sundhedsaktiviteterne, men da de kom i gang, var det spændende. Min skepsis og udfordringen lå i, hvor meget det ville påvirke mig selv.”

Bruger

Den tredje forudsætning for, at de udsatte kan udvikle sig med små skridt, er, at der tænkes i en helhedsorienteret indsats. Mange af 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. Det kan derfor være en langsommelig proces, der kræver personalets tålmodighed, at fjerne eller mindske de barrierer, der er for, at en bruger fx kan gøre noget ved sit misbrug, dårlige kostvaner, rygning eller lignende.

”Her er der tid til den enkelte, og de lytter gerne til en. Det er alt muligt, man kan snakke med dem om f.eks. i forhold til kommunen, sygdom, personligt.”

Bruger

”Der sker meget nu, efter sygeplejersken er blevet ansat. Hun lytter, og har man brug for hjælp, så tager hun sig tid til det. Det er alt muligt, man kan snakke med hende om, men det er især sygdom, jeg har snakket med hende om.”

Bruger

En fjerde forudsætning er, at brugerne inddrages og involveres og har indflydelse på hvilke sundhedsfremmende aktiviteter, der gennemføres. I modelprojekterne tilrettelægges mange af aktiviteterne ud fra brugernes ønsker – inden for de overordnede rammer, som er fastlagt i projektbeskrivelserne. Det er den udbredte opfattelse, at det er vigtigt 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, at man tager deres ønsker alvorligt, og at man laver de sundhedsfremmende initiativer for deres og for ‘systemets’ skyld.

”Det, der gør dem forskellige fra, hvad vi er vant til, er måden, de taler til os på. De er her for at hjælpe os og har ingen fordomme, fordi vi står og drikker. De påtvinger os heller ikke noget - alt er på frivillig basis, og vi er fortrolige med dem.”

Bruger

Overordnet set kan det konkluderes, at der i modelprojekterne fokuseres meget på de ‘små skridt’, hvilket som oftest indebærer de sociale aspekter af sundheden. Der er ingen tvivl om, 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. Selv om det kan være vanskeligt at beskrive resultaterne af indsatsen for målgruppen, når udviklingen hos brugeren består af de små skridt, der kun vanskeligt lader sig måle, så vil evaluator alligevel opfordre til, at modelprojekterne – også i den konkrete, daglige indsats – har opmærksomhed på, at det, man ønsker at opnå på lidt længere sigt, er at fremme målgruppens sundhed.

4. STATUS FOR DE OTTE MODELPROJEKTER

Formålet med dette kapitel er at beskrive, hvad status er for de otte modelprojekter. Kapitlet vil ikke give en detaljeret redegørelse for hvert projekt, men beskrive den generelle status for projekterne. Herunder vil de væsentligste årsager til forsinkelser og status på ressourceforbrug blive beskrevet.

Kapitlet bygger på personlige interview med hver af projektlederne og nøglepersonerne, som er blevet gennemført frem mod midtvejsevalueringen.

4.1 Status på tids- og aktivitetsplaner

Det generelle billede er, at størstedelen af projekterne har oplevet visse opstartsvanskeligheder og derfor er bagud i forhold til det planlagte forløb. Der er dog også projekter, som i forvejen havde integreret sundhedselementer på deres værested, og hvor omlægningen forud for at blive et modelprojekt ikke har været så omfattende. Det er altså steder, hvor modelprojekterne har været en naturlig forlængelse af et igangværende forløb eller arbejde, hvilket har styrket deres mulighed for at komme rettidigt i gang. Disse projekter har hurtigere kunne komme i gang med at gennemføre helbredsundersøgelser og oprette tilbud om bl.a. sund kost som fysiske aktiviteter samt inddrage forslag fra brugerne i oprettelse af nye aktiviteter.

”Vi havde i forvejen et miniprojekt kørende, så vi er vant til at have en sygeplejerske. Vi havde en masse ideer om, hvad der kunne gøres, hvis man havde muligheden for det.”

Projektleder

”Vi har i mange år arbejdet med at få selve projektet i gang og har søgt om midler til det samt flere medarbejdere. Derfor har det været en naturlig udvikling af projektet, da midlerne kom.”

Projektleder

Årsagerne til forsinkelser på de projekter, der er efter deres tids- og aktivitetsplan, kan groft deles op i mandskabsmæssige og organisatoriske forhold. Det

mandskabsmæssige består i, at projekterne har oplevet udskiftning blandt personalet, hvilket har sat konkrete initiativer i bero. Derudover har det flere steder været vilkårene for projektgruppen at arbejde videre med projektbeskrivelser, hvor man har 'arvet' projektidéen fra andre. Det har betydet et manglende kendskab til de overvejelser og bevæggrunde, der ligger bag ansøgningen. I forlængelse af den problemstilling har det også været en udfordringen at få skabt ejerskab til en idé, man ikke selv har fostret, hos alle de interessenter, der er involveret i projektet.

"Det var svært i starten, da ham, der startede projektet, valgte at gå på pension kort tid efter opstarten. Det har været svært at 'overtage' en andens projekt."

Projektmedarbejder

De organisatoriske forhold, der bidrog til en forsinkelse af flere af projekterne, dækker over eksterne og interne faktorer. Af de eksterne faktorer nævnes såvel sygeplejerskernes strejke som de røkerings, som kommunalreformen medførte. De interne faktorer dækker for det første over mangelfuld kommunikation og tværsektorielt samarbejde. Den mangelfulde kommunikation gælder både internt på værestederne og mellem værestederne og de kommunale forvaltninger. Denne problemstilling følges også i kapitel 5.

"Grundstenen er kommunikation, hvor man tit oplever, at der er en brist i systemet om, hvordan man samarbejder på tværs af faglighed og enheder."

Projektleder

Samtidig skulle medarbejderne – både dem ansat i sundhedsprojektet og dem ansat uden for projektet på fx værestedet – også finde deres rolle i projektet, hvilket ikke var uden problemer. I hovedparten af projekterne har man fra starten af projektperioden skullet vente på ansættelse af en eller flere sundhedsfaglige ressourcepersoner, der i de fleste tilfælde udgør omdrejningspunktet for modelprojektet. Typisk har det været en person med et stort kendskab til området, men det har kun i få tilfælde været en person, som har haft et konkret forhåndskendskab til det værested eller lign., hun skulle virke i. Dvs. at denne sundhedsfaglige ressourceperson både har skullet definere og afgrænse sin rolle over for kollegaer og har skullet lave et omfattende tillidsopbyggende arbejde i forhold til målgruppen af socialt mest udsatte for at 'rekruttere' dem til sundhedsprojektets aktiviteter.

Derudover oplevede visse projekter, at det tog tid at finde ud af, hvad brugerne ønskede, og hvad projekterne kunne tilbyde.

”Det var en udfordring for projektet at finde ud af, hvad de forskellige parter kunne bidrage med i forhold til den enkelte bruger.”

Projektleder

Endelig har det voldt flere projekter problemer, at det har været besværligt at rekruttere og opsøge brugerne til projektet. Dels har flere af brugerne ikke en fast bopæl, fordi de enten er hjemløse eller de facto-hjemløse, dels er der nogle brugere, man ikke ved, hvor befinder sig, fordi de ikke færdes i de gængse kredse på grund af fx svære misbrugsproblemer eller psykiske problemstillinger. Særligt i de projekter, der ikke i høj grad er en videreførelse af eksisterende tilbud, har det været meget udfordrende at rekruttere deltagere til modelprojektets aktiviteter.

”Den største udfordring er at få borgerne til at møde frem og involvere sig. Mere involvering af både medarbejdere og brugere – det skal der til for at det bedre kan fungere.”

Projektleder

”Jeg vil gerne, at der kan komme mere fokus og støtte på det opsøgende arbejde, hvilket skyldes, at der tidligere har været nogle kommunikationsbrister i forhold til de mere etablerede tilbud.”

Projektmedarbejder

4.2 Status på ressourceforbrug

Størstedelen af projekterne giver udtryk for, at de økonomiske rammer og ressourcer har været tilstrækkelige til at starte projektet op og gennemføre de planlagte projektaktiviteter. Få projektledere oplever et delvist ressourcemæssigt problem, som dog ikke er skyld i deciderede forsinkelser af projektgennemførelsen.

”Vi har både et ressourcemæssigt problem, men det er for nemt at sige, at det er manglende ressourcer der er skyld i forsinkelsen.”

Projektleder

Der er visse aktiviteter, herunder særligt tandpleje, som er meget ressourcetung. Det er man i projektgrupperne meget bevidst om, og der er derfor i flere tilfælde opsat kvoter for hvor mange brugere, der vil kunne tilbydes hjælp til tandpleje inden for projektets rammer. Tilbud om tandpleje er meget populære

blandt brugerne, da mange har rigtig dårlige tænder efter flere års misbrug, men det er altså ikke alle, som får det tilbud, selv om det nævnes af flere brugere, at det har stor betydning for deres selvværd.

”Det giver større selvværd, at man har et pænt tandsæt, for så ligner man de andre på gaden.”

Bruger

Hovedparten af projekterne giver udtryk for, at projekterne er afhængige af den økonomiske støtte, hvis aktiviteterne skal fortsætte, efter modelprojekterne er afsluttet. Projekternes fremtid afhænger altså af, om der findes yderligere økonomiske ressourcer. Denne problemstilling om forankring af projekternes resultater vil blive behandlet i kapitel 10.

”Vi kan ikke selv gå ud og finde pengene til sundhedsprojektet, så hvis der ikke kommer penge fra sundhedsstyrelsen eller andre steder fra, så kan det ikke fortsætte.”

Projektleder

4.3 Opsamling på status i projekterne

Hovedparten af projekterne er forsinkede i forhold til deres aktivitetsplan, mens få projekter er foran deres tidsplan. Årsagerne til forsinkelserne skal hovedsageligt findes i en mangelfuld kommunikation både internt i projekterne og mellem projekterne og den kommunale forvaltning. Derudover har de sundhedsfaglige ressourcepersoner, der er blevet ansat ind i de fleste modelprojekter, både skullet definere og afgrænse deres rolle over for kollegaer og har skullet lave et omfattende tillidsopbyggende arbejde i forhold til målgruppen af socialt mest udsatte for at 'rekruttere' dem til sundhedsprojektets aktiviteter.

Kun få af projekterne oplever økonomiske og ressourcemæssige begrænsninger, mens langt hovedparten ikke oplever økonomiske barrierer. Flere projektledere vurderer dog, at projekterne er afhængige af den nuværende økonomiske støtte.

Det er på den baggrund evaluators opfattelse, at det er yderst væsentligt, at projekterne får kortlagt de grænseflader, hvor der evt. stadig er uklarheder om rollefordelingen. Derudover er det vigtigt, at der såvel internt i projektgruppen som til eksterne aktører bliver meget fokus på kommunikationen. En mere udbredt inddragelse af styregruppen vil evt. komme til gavn i forhold til dette.

5. PROJEKTERNES ORGANISATORISKE RAMMER

Dette kapitel beskriver de organisatoriske rammer, som modelprojekterne skal virke under. Det indebærer dels en beskrivelse af den umiddelbare projektorganisering, dels en beskrivelse af samarbejdet mellem de kommunale forvaltninger og værestederne. Ifølge udmøntningsmaterialet fra Sundhedsstyrelsen har det nemlig været et krav for at kunne støtte modelprojekterne, at *"alle projekter iværksættes og gennemføres som et partnerskab mellem værested(er) og kommune"*.

5.1 Projekternes organisering

Der har været meget stor forskel på, hvordan det konkrete samarbejde mellem kommune og værested/herberg mv. er blevet defineret. 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.

Den reelle projektledelse ligger i flere projekter hos de sundhedsfaglige ressourcepersoner, der er tilknyttet projekterne. I de øvrige tilfælde ligger projektledelsen hos en sundhedskonsulent/koordinator eller lignende fra kommunen. I realiteten varetages den daglige drift i mange projekter af en projektgruppe, hvor der både er repræsentanter fra værested og kommune og hvori også den sundhedsfaglige ressourceperson indgår. Denne model er umiddelbart at foretrække, da den holder de mest relevante parter i et tæt samarbejde og sikrer, at projektejer-skabet ikke udelukkende er at finde i fx værestedet.

Der er enkelte projekter, hvor sundhedsprojektet ligger i direkte forlængelse af etablerede tilbud, som vurderer, at de har haft lettere ved at lave en velfungerende organisering, da man gennem flere år havde afsøgt mulighederne for at få sundhedsfremme-tankens indbygget i det etablerede tilbud og således var klar med en plan for organiseringen, da pengene blev bevilget.

”Der er i mange år arbejdet med at få et sådant projekt i gang, hvor der skulle søges om midler til sundhedsfaglige medarbejdere. Derfor har det været en naturlig udvikling af vores værestedsprojekt, at der skulle ansættes flere, og hvem der skulle tage sig ad hvad i det daglige, da midlerne kom.”

Projektleder

5.1.1 *Sundhedsfaglige ressourcepersoner i socialt arbejde*

Hovedparten af projekterne er fysisk placeret på et etableret værested eller noget lignende. Det er utvivlsomt en stor gevinst for mange projekter, at de bliver 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 så den ‘almindelige drift’ af fx et værested. Er rollerne ikke knivskarpt defineret – hvilket de kun i de færreste tilfælde har været – vil der være mange grænsetilfælde, hvor det er svært at vurdere, om der bidrages med noget nyt, eller om der bare allokeres flere ressourcer til noget eksisterende.

Som tidligere nævnt er omdrejningspunktet i de fleste af projekterne den eller de sundhedsfaglige personer, som er blevet ansat ind i projektet. I forlængelse af, at det kan være svært at udskille klare roller for disse personer, er der også nogle generelle kulturforskelle, som skal overkommes, når der bliver ansat en sundhedsfaglig person i, hvad der må siges at være socialt kernearbejde på væresteder.

5.1.2 *Samarbejdet med styregruppen*

De fleste projekter har fået sammensat meget brede styregrupper, som repræsenterer de fleste relevante samarbejdspartnere omkring arbejdet med de socialt udsatte. Det kan ikke entydigt konkluderes, om det er en fordel eller en ulempe at have folk med i styregruppen, som er placeret øverst i en forvaltningsenhed, som fx en kommunal socialchef. Føler vedkommende ejerskab for projektet og har føling med praksis og sagsgange i sin forvaltningsenhed, er det udpræget en gevinst for projektgennemførelsen, men er det ikke tilfældet, så vil anvendeligheden af en sådan person i styregruppen være meget lille. Der ligger her en opgave for projektlederen i at gøre det helt klart, hvad man forventer og ønsker, de forskellige repræsentanter i styregruppen skal bidrage med. Eksempelvis må det være kravet til en repræsentant fra en relevant forvaltningsenhed, at vedkommende kan bidrage til, at projektet tænkes sammen med øvrige igangværende kommunale indsatser.

Ud over repræsentanter fra væresteder og kommunale social- og sundhedsforvaltninger er der typisk repræsentanter fra misbrugscentre, regionshospitaller, praktiserende læger, brugere eller det politiske niveau med i styregrupperne. Der er altså som regel meget stor variation i sammensætningen af projekternes styregruppe. To af styregrupperne er relativt smalle med få repræsentanter fra forskellige funktioner i modelprojektets kommune, men de resterende projekter har brede styregrupper, hvor flere repræsentanter fra forskellige sektorer er repræsenteret. Fordelen ved den brede styregruppe kan være, at der er bedre mulighed for sparring internt i styregruppen. Deltagerne kan se på problemstillinger på forskellige måder, hvilket kan være en styrke i forhold til videndeling i gruppen. En bred styregruppe bør dog ikke blive et mål i sig selv, da det er væsentligt, at deltagerne i gruppen udviser engagement for projektet.

Der er generelt stor forskel på, hvordan modelprojekterne anvender deres styregrupper i det daglige arbejde, og det er evaluators indtryk ud fra casebesøg og interview med projektleder og nøglepersoner, at der er generelt et større potentiale i arbejdet med styregruppen. Det kunne både komme til udtryk i den daglige styring af projektet, men i særlig grad i forhold til at udvide netværks-samarbejdet og skabe nogle varige strukturer for samarbejdet om indsatsen over for de socialt udsatte, der rækker ud over modelprojekternes projektperiode.

”Der er ikke blevet holdt styregruppemøder fire gange om året, som det var aftalt, da personerne i denne styregruppe er nogen, der snakker sammen jævnligt. Derudover har vi haft en vis udskiftning.”

Projektleder

”Jeg kunne godt have brugt noget mere ledelsessparring, bl.a. fordi tilbuddene i byen er så geografisk spredte. Derfor har jeg savnet at have en sparringspartner på ledelsesniveau.”

Projektleder

5.1.3 Samarbejdet i projektgruppen og på værestedet

Det har i flere projekter været vilkåret, at der både har været en projektgruppe og en gruppe af medarbejdere, som er tilknyttet det etablerede tilbud på fx et værested. Det betyder også, at der som udgangspunkt er forskel på det ejerskab, de forskellige grupper har til modelprojektet, da ikke alle har lige stor berøring med de sundhedsfremmende aktiviteter under modelprojektet. Kommunikation internt i projektgruppen og med øvrige medarbejdere tilknyttet værestedet synes altafgørende for succes.

”Det tager lang tid at komme i gang, da vi har haft mange møder om, hvordan der konkret skulle tages fat i tingene. Jeg mener, at medarbejderne i høj grad er blevet inddraget, og at involveringsfasen generelt er vigtig. Alle referater og orienteringer kommunikeres således ud til medarbejderne, men man skal også huske at være fysisk til stede, da mails og andet skriftligt måske ikke læses. Hos os har koordinatoren desværre været væk fra projektet rent fysisk.”

Projektleder

For at sikre ejerskab blandt den bredere kreds af projektmedarbejdere har flere projektledere med succes inddraget medarbejdere i brainstorm over hvilke aktiviteter, der kan gennemføres. I nogle projekter er inddragelsen af medarbejderne et fast punkt på dagsordenen til personalemøderne, og det sikres, at alle medarbejdere på værestedet er bekendte med hvilke muligheder, der ligger i sundhedsprojektet.

”Engagementet blandt medarbejderne er enestående, og de synes, at alle tiltag, der hjælper, er gode. Det hjælper, at medarbejderne også ofte får konkret indflydelse på aktiviteterens indhold.”

Projektledelse

”Når personalegruppen ikke er større, er det vigtigt, at alle på værestedet er involveret i processen.”

Projektledelse

5.2

Den kommunale forankring – samarbejdet med forvaltningen

Som det er beskrevet ovenfor, er der forskel på, hvordan samarbejdet mellem kommune og værested føres ud i livet i praksis, men i hovedtræk er der i de fleste modelprojekter et løbende samarbejde om den daglige drift i en projektgruppe. Der er dog også eksempler på projekter, hvor den kommunale forvaltnings-samarbejdspartner primært anvender styregruppearbejdet som indflydelseskana-

Blandt de projektledere og -medarbejdere, som normalt laver socialt arbejde på væresteder, påpeges der både fordele og ulemper ved de nye samarbejdsrelationer med den kommunale forvaltning. En af de mest udbredte gevinster er den dybdefaglige viden og professionalisme, som ligger i den kommunale forvaltning inden for social- og sundhedsområdet. Derudover kan et projektfællesskab med kommunen være med til at legitimere indsatsen og bane vejen for et samarbejde med eksterne aktører. Endelig kan samarbejdet også give en rød tråd i værestedernes sociale arbejde, da det giver et bedre overblik over hvilke igangværende indsatser og projekter, der kører i kommunen.

”Den kommunale forvaltning har viden og indsigt i nogle ting, som vi ikke har. Vi er frivillige og uafhængige. Samarbejdet med kommunen legitimerer og blåstempler projektet over for fx læger, kriminalforsorgen mv. Det gør projektet mere seriøst.”

Projektledelse

Ulemperne ved et samarbejde med kommunen er bl.a. de bureaukratiske barrierer, som nogle gange kan ligge i samarbejdsstrukturerne, og som folk fra væresteder måske ikke er vant til fra deres organisationsarbejde. Det giver uundgåeligt en vis træghed i beslutningsprocedurerne, når flere parter er ind over projektdriften, hvis ikke der er en klar rolle- og ansvarsfordeling og nogle gode kommunikationskanaler.

”Ulemperne ved samarbejdet med kommunen er i høj grad den måde, hvorpå kommunikationen foregår. De er dårlige til at dele ansvar ud. Det er også et bureaukrati på en anden måde, og det er vi ikke vant til. Vi er ikke vant til at skal spørge så mange.”

Projektledelse

”Det har været to verdener, som skulle mødes: Den kloge verden og den praktiske verden. Det har en lang proces.”

Projektledelse

Flere projekter har med succes en organisering, der sikrer, både at projektet har en fornuftig fremdrift, og at der er den fornødne tværfaglige videnuudveksling, som kan udvikle projektet og skabe grobund for nogle samarbejdsstrukturer, der kan føre projektet og dets erfaringer videre ud over projektperioden. Nøgleordene synes at være klar kommunikation, en entydig rollefordeling og en styregruppe, der føler ejerskab og ansvar for projektets fremdrift.

” I projektgruppen er der møde hver 14. dag, hvor der gennemgås forskellige emner. Vi er to fra kommunen og to fra værestedet, og det er primært med fokus på planlægning. Derudover holder vores kommunale projektleder opsamlingsmøder for nogle af medarbejderne om relevante emner. Derudover tager hun også med til personalegruppemøder i kommunen og holder løbende folk orienteret over telefon- og mailkontakt. Desuden får styregruppen løbende information, som er en

meget aktiv og interesseret gruppe. Så der er både en formel mødestruktur og noget, der foregår ad hoc.”

Projektmedarbejder

6. FORELØBIGE RESULTATER AF INDSATSEN

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.

Da dette er en midtvejsevaluering, gennemgås resultaterne og outputtet af indsatsen naturligvis under hensynstagen til, at samtlige otte projekter stadig er i en tidlig fase i udviklingen af aktiviteter, metoder og koncepter i deres sociale og sundhedsfremmende arbejde med de socialt mest udsatte. Dermed også sagt, at det på nuværende tidspunkt ikke vil være muligt at måle og kortlægge de mere langsigtede effekter af indsatsen.

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-virknings-antagelser, de forventede output af indsatsernes samt indsatsernes umiddelbare resultater og forventede langsigtede effekter.

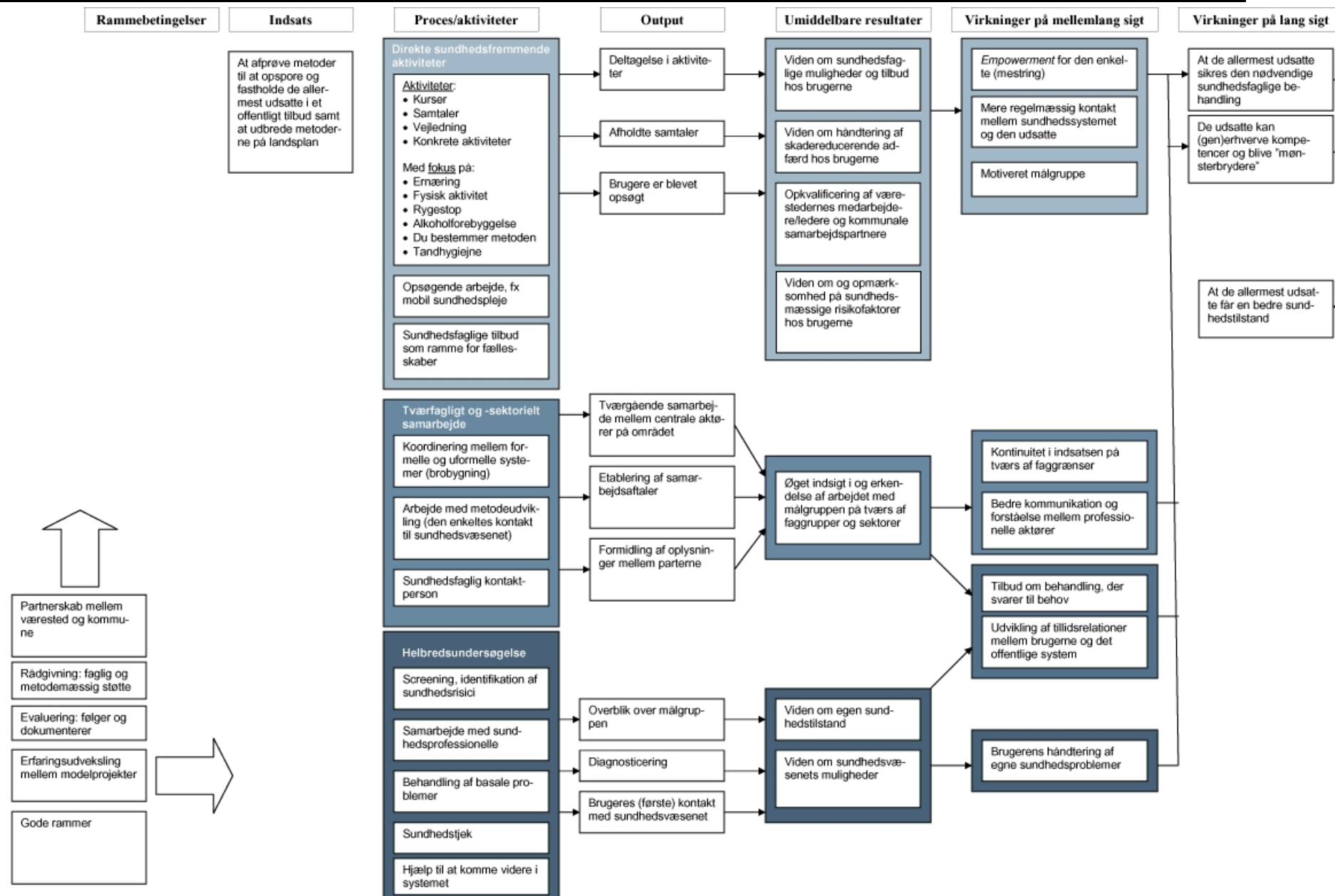
Puljens programteori vises nedenfor, og af den fremgår det, at hovedoverskriften for indsatsen er ”at afprøve metoder til at opspore og fastholde de allermest udsatte i et offentligt tilbud samt at udbrede metoderne på landsplan”. I de følgende afsnit vil de enkelte indsatsområders succeskriterier blive 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 opsøgt, 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 tre kapitler.



7. **PROJEKTERNES TILRETTELÆGGELSE AF DIREKTE SUNDHEDSFREMMENDE AKTIVITETER**

Dette kapitel beskriver, hvordan projekterne tilrettelægger indsatserne og skaber sammenhæng i forløbene. Kapitlet vil så vidt muligt beskrive de overvejelser, projekterne har lagt til grund for deres aktiviteter.

Indledningsvis præsenteres hvilke aktiviteter, projekterne har opstillet for brugerne, og på hvilken baggrund, de har valgt disse aktiviteter. Dernæst er der fokus på rekruttering af målgruppen samt målgruppens motivation i projekterne. Herefter diskuteres det, om de respektive projekter kan siges at have et sammenhængende forløb med en rød tråd. Endelig beskrives medarbejdernes motivation og hvilke kurser, projekterne har tilbudt medarbejderne.

7.1 **Succeskriterier for indsatsen**

Et grundlæggende succeskriterium for de direkte sundhedsfremmende aktiviteter, hvad enten det er samtaler, vejledning eller konkrete aktiviteter, er, at brugerne deltager i aktiviteterne. Når målgruppen tages i betragtning, er det langt fra en selvfølge, at brugerne møder op til aktiviteterne og deltager. Det er derfor et væsentligt output, at brugerne deltager i de sundhedsfremmende aktiviteter og både er med til de konkrete aktiviteter og deltager i de vejledende samtaler. Det er en fundamental forudsætning for, at de fagprofessionelle kan rådgive og aktivere brugerne.

Derudover er det et succeskriterium, at brugerne bliver opsøgt. I denne målgruppe er det opsøgende arbejde afgørende for at få deltagere til aktiviteterne, da brugerne ikke kan forventes at opsøge aktiviteterne selv.

Hvis disse succeskriterier om deltagelse i aktiviteter og samtaler er opfyldt, opstiller programteorien succeskriterier for resultater på kort sigt. Brugerne skal få en ny viden på en række områder. Det gælder både i forhold til sundhedsfaglige tilbud og muligheder, skadereducerende adfærd og sundhedsmæssige risikofaktorer. Derudover er det målet på kort sigt, at værestedernes medarbejdere og kommunale samarbejdspartnere i netværket opkvalificeres, så de bedre kan tage hånd om brugerne. På lidt længere sigt er det forhåbningen, at brugerne selv kan mestre deres sundhedsmæssige situation og være motiveret for at gøre en indsats

i forhold til egen sundhed. Derudover er det målet, at brugerne skal få en mere regelmæssig kontakt til sundhedssystemet, så der genopbygges et tillidsforhold mellem systemet og brugeren, der på lang sigt kan sikre, at brugerne får den nødvendige sundhedsfaglige behandling.

7.2 Aktiviteter for brugerne

Det er ikke fastlagt, hvilke aktiviteter projekterne skal tilbyde deres brugere, om end der i puljens udmøntningsmateriale lægges vægt på, at aktiviteterne skal danne ramme for fællesskaber og forandringsmiljøer for målgruppen. Dette kunne bl.a. omfatte en række klassiske KRAM-aktiviteter samt øvrige sundhedsfaglige tilbud, der kan øge den enkeltes generelle viden og handlekompetencer. Der er da også en vis variation i det udbud af aktiviteter, som modelprojekterne tilbyder.

Størstedelen af projekterne har fokus på kostordninger. Et projekt har endda ansat kokke specielt til at lave sund mad for at sikre, at brugerne får mere frugt og sundere mad. Indførelsen af kostordningerne er blevet taget rigtig godt imod af brugerne. De færreste socialt udsatte er vant til at lave mad selv, og af dem, som gør det, er det kun et fåtal, der har fokus på at tilberede sund kost. Mange brugere ville ikke få regelmæssigt mad, hvis ikke det var for sundhedsprojekterne. Tilbuddet om gratis mad virker derfor nemt og tiltrækkende og giver en masse brugere en uformel og let indgang til modelprojektet. Det er ikke en type af tilbud, der kræver megen viden eller aktivitet fra brugerne, hvilket helt sikker er med til at gøre madtilbuddene meget populære.

” Der er mange af brugerne, der har grinet af, at der nu er kommet morgenmad, men det giver en god stemning og start på dagen, og så udtrykker det en hel masse omsorg for brugerne, at de kan komme her og få serveret deres morgenmad.”

Projektmedarbejder

”Det er morgenmaden, der er med til, at jeg kommer igennem dagen.”

Bruger

”Hvis sygeplejersken og tilbuddet om mad ikke var her, ville jeg ikke få noget at spise.”

Bruger

Langt hovedparten af projekterne har igangsat tilbud om fysiske aktiviteter. Tilbuddene varierer meget og kan være yoga, fodbold, stavgang, badminton og meget andet. Projekterne forsøger at tilpasse tilbuddene til brugernes evner og ønsker. Hos nogle projekter er der derfor overskud til at tage imod brugernes forslag om for eksempel badminton eller bowling, hvor andre projekter begrænser sig til gåture. I modelprojekterne er man umiddelbart meget modtagelige over for forslag fra brugerne, da det giver ejerskab over aktiviteten hos brugerne. Brugernes deltagelse i aktiviteterne varierer meget afhængigt af deres sundhedstilstand, da de kan være for svage til at deltage i fysiske aktiviteter.

”Jeg deltager ikke så meget i aktiviteterne, da jeg har grå stær og bruger en masse energi på det.”

Bruger

Hovedparten af projekterne tilbyder brugerne hjælp i form af lægebehandling, tandlægebehandling eller behandling fra fodplejer, fysioterapeut eller lignende. Der er flere målsætninger for disse tilbud. For det første er der det grundlæggende i at forbedre brugernes sundhedstilstand. For det andet er der et mål om at genopbygge en tillid mellem brugerne og sundhedsvæsenet. Flere af brugerne har ikke tillid til fagprofessionelle inden for sundhedssystemet, hvilket skræmmer dem væk fra behandlinger. En måde at opbygge denne tillid er ‘gå med-ordninger’, hvor sygeplejersker eller andre tilknyttet projekterne går med brugerne til besøg hos eksempelvis tandlægen. Det kan virke mindre grænseoverskridende for brugerne at gå til fagprofessionelle senere, når de har prøvet det med en sygeplejerske fra modelprojekterne. Derudover har brugeren ofte brug for en ”tolk”, der kan hjælpe med at beskrive problemerne for lægen, og derved også klæde lægen bedre på til at finde den rette diagnose og behandling.

”Personalet bliver en slags tolk for brugerne til sundhedssystemet, som dermed får begge parter til at forstå hinandens verdener.”

Projektmedarbejder

”Gennem gå med-funktionen hjælper vi brugerne direkte ind i systemet, så afstanden mellem brugerne og systemet bliver mindre. Sygeplejersken bliver en forlænget arm for brugeren.”

Projektmedarbejder

Få projekter tilbyder deltagerne rygestopkurser eller decideret undervisning. Målet med førstnævnte er at give brugerne tilbuddet om at stoppe med at ryge,

mens undervisningen tager udgangspunkt i de problemstillinger, brugerne selv rejser.

”Der er undervisning om mandagen, hvor temaet er noget, brugerne finder relevant for alle brugere. På denne måde er det baseret på, hvad brugerne efterspørger.”

Projektleder

Et projekt har foretaget fokusgruppeinterview med et udvalg af brugerne for at undersøge hvilke aktiviteter, brugerne efterspørger. Målet med dette har været at inddrage brugerne og give dem ejerskab til aktiviteterne, hvilket har styrket deres motivation. Et andet projekt har gennem ‘du bestemmer’ ladet det være meget brugerbestemt hvilke aktiviteter, der skal gennemføres.

”Du bestemmer-metoden er et praktisk redskab, hvor borgeren selv beskriver, hvad et godt liv er, og dermed selv bestemmer, om det er med fokus på sundhed eller måske noget helt andet, der skal klares først.”

Projektleder

I størstedelen af projekterne virker det som om, bevæggrundene bag aktiviteterne enten er uklare, eller aktiviteterne opstår som nødvendige ud fra nogle basale behov hos brugerne. Eksempelvis kan sund kost være med til at give brugerne mad, hvor de ellers ikke ville få det, mens andre tilbud kan opstå ud fra akutte behov, der kan være livstruende.

”Køsten har været med til, at flere får en ordentlig kost. Førhen var der mange indlæggelser, men med den nye kost er der færre, der kommer på sygehuset.”

Projektleder

”Det er de basale behov, der skal dækkes først hos brugerne, før der kan ydes mere hjælp.”

Projektleder

Opsamlende kan det siges, at projekterne i deres aktiviteter må forholde sig til den målgruppe, de arbejder med, og de særlige problemstillinger, de står med. Det betyder, at flere af aktiviteterne opstår på baggrund af akutte behov. Nogle

projekter har overskud til at tage brugernes særlige behov, for eksempel fysiske aktiviteter som badminton, til sig. Det synes at afhænge af hvor fremskredne, projekterne er i forhold til deres projektplan, og hvor svære problematikker, deres målgrupper har.

7.2.1 *Rekruttering af de socialt udsatte*

Rekrutteringen af brugerne har været en væsentlig problemstilling, da målgruppen er socialt udsatte, der eksempelvis ikke kan opsøges på deres adresse, hvis de er hjemløse. Projekterne har gjort forskelligt opsøgende arbejde for at få rekrutteret og aktiveret brugerne. På nogle projekter har projektlederen og sygeplejersker rekrutteret brugerne ved at gå på gaden og informere de udsatte om tilbuddet.

”Der er to væresteder i byen, men der kommer ikke så mange, så sygeplejerskerne har været på gaden og finde brugerne.”

Projektleder

På nogle projekter har kontakten til brugerne været mere overkommelig, da de i forvejen har opholdt sig i sociale boligområder, væresteder eller forsorgshjem. Et projekt har skaffet en bus, og to af medarbejderne kører ud i bussen og opsøger brugerne, hvor de er. De har i forvejen foretaget research på, hvor brugerne kan befinde sig, og informeret om det i området. Når medarbejderne møder brugerne i bussen, tager de nogle gange direkte kontakt til dem, men de er meget opmærksomme på at overlade initiativet til brugerne.

”Målet med bussen er at hjælpe folk, der evt. har brug for mad, heling af sår, tøj etc. Fagligheden hos det personale, der kører bussen, skal være høj.”

Projektleder

Noglepersoner på to af projekterne mener, at der burde være mere opsøgende arbejde, da projekterne ikke får fat på hele målgruppen. Der skal afsættes mere tid til at opsøge brugerne på gaden, hvis man vil nå flere.

”Brugerne er ikke altid i humør til det, men klinikken kører af sig selv, og vi når rigtig mange. Men der mangler nogle gademedarbejdere. Mere tid på gaden ville nå nogle flere.”

Projektmedarbejder

Nogle projekter henter brugerne i bil og kører dem hjem igen, når de skal deltage i aktiviteter. Det er med til at fastholde de brugere, der allerede er rekrutteret til projektet.

Det er evaluators opfattelse, at der fortsat er behov for at afsætte meget tid og mange kræfter til det opsøgende arbejde i forhold til målgruppen. Det opsøgende arbejde er en forudsætning for fortsat opbakning til projektet, og der er behov for en vedholdende indsats med at informere brugerne om projekterne, hvis man ønsker deres deltagelse.

7.2.2 *Målgruppens motivation*

Visse projektledere og nøglepersoner oplever, at en af udfordringerne i projekterne er at motivere brugerne til at møde op og deltage aktivt i de konkrete aktiviteter.

Generelt er indtrykket, at målgruppens motivation for at deltage i projekternes aktiviteter er meget forskellig. Det gælder både i forhold til at starte på aktiviteterne og deltage løbende.

Flere projekter har oplevet, at der dukker flere brugere op til aktiviteterne, end de havde regnet med. Det kan dog skyldes, at udgangspunktet har været, at de næsten ikke har forventet nogen deltagelse.

For nogle brugere har sundhed i sig selv været en god motivationsfaktor, da flere brugere er bekymrede for deres sundhedstilstand. Det generelle billede er dog, at brugernes motivation svinger rigtig meget afhængig af deres tilstand og humør på dagen. Mange af brugerne kan være interesserede, men der kan tit komme noget i vejen. Det er meget op til brugernes humør, hvor mange aktiviteter de deltager i.

”Brugerne lever i nuet, og derfor kan motivationen for at deltage være meget forskellig samt være afhængig af interesser og overskud på selve dagen.”

Projektleder

Ovenstående citat viser klart, at motivationen blandt brugerne ikke er en konstant størrelse over længere tid. Det er derfor svært at sige, hvor stor motivationen blandt brugerne er. Det skyldes endvidere, at der er forskel på ikke at være motiverede til at deltage i aktiviteter og ikke være i stand til at deltage i aktiviteterne grundet sygdom, misbrug eller andet. Brugerne kan være motiverede til at komme til en aktivitet, men kan være for syge til det.

På et enkelt projekt vurderer brugerne selv, at motivationen blandt brugerne er den største udfordring for projekterne.

”Motivationen blandt os, der deltager i projektet, er den væsentligste udfordring i forhold til at få det til at køre. Der mangler dog også noget støtte fra personalet.”

Bruger

En ting, der er vigtig for motivationen, er, at tilbuddene er gratis. Det er en væsentlig barriere for brugerne, at de skal betale for tilbud som for eksempel behandling ved tandlægen.

” Der var to, som gerne ville betale selv, men de andre ville ikke betale for tilbuddene. Det er nemmere at være med, når det bliver betalt.”

Bruger

Ovenstående citat og observation ligger meget godt i forlængelse af de tidligere omtalte resultater, der viser, at det brugerbetalte besøg hos tandlægen er en af de mindst anvendte aktiviteter.

En anden motiverende faktor for brugerne er, at aktiviteterne og projekterne ikke er for stringente eller krævende. Det skal være op til brugerne hvilke aktiviteter, de vil benytte, og hvornår de vil benytte dem.

”Projektlederne ser brugerne som værende ok at motivere, dog skal det ikke være for stringent, da brugerne skal gives og føle ejerskab.”

Projektleder

Ud fra ovenstående citat kan det være med til at motivere brugerne, når de kan foreslå aktiviteter som for eksempel badminton, og aktiviteterne bliver realiseret.

Opsamlende kan det konkluderes, at det er svært at sige, om motivationen blandt brugerne er høj eller lav. Motivationen afhænger meget af den enkelte aktivitet og brugernes humør og tilstand på dagen. Det er et vilkår for arbejdet med denne udsatte målgruppe, at humøret og helbredet varierer meget på daglig basis. Flere af projekterne er blevet positivt overrasket over brugernes deltagelse ved undervisning og aktivitetstilbud, men deres forventninger var dog også meget lave.

7.2.3 *Sammenhæng mellem forskellige tilbud*

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 koncept som 'du bestemmer' eller 'den anerkendende tilgang'. I disse forløb supplerer individuelle samtaler og gruppesamtaler hinanden i bearbejdningen af brugernes problemer. Brugere oplever selv, at disse forløb er givende og sammenhængende

"Jeg har ikke været vant til 'du bestemmer' efter 13 år i militæret, men jeg synes godt det kan lade sig gøre og det er sjovt."

Bruger

Som ovenstående citat viser, er brugere klar over, at der er en metode, der følges. De forholder sig til metoden og finder den givende.

I størstedelen af projekterne er det dog sværere at identificere en rød tråd. I disse projekter giver hverken nøglepersonerne eller projektlederne eksplicit udtryk for, at der er en gennemgående metodisk tilgang, der virker som en rød tråd. Der mangler flere steder en overordnet og veldefineret ramme for aktiviteterne som helhed. Derfor er det flere steder svært at få øje på en entydig indholdsmæssig rød tråd, der ligger ud over at den brede målsætning med at hjælpe målgruppen mod at opnå en bedre sundhedstilstand.

7.3 **Aktiviteter for medarbejderne**

Tre af projekterne har på baggrund af modelprojekterne igangsat længere undervisnings- og kursusforløb for medarbejderne, og flere har i mindre omfang sendt medarbejdere af sted til informationsmøder og kurser. Medarbejderne er bl.a. blevet undervist i metoder til afholdelse af rygestopkurser, gennemførelse af udviklingssamtaler ud fra forskellige fastlagte koncepter og gennemførelse af sundhedskurser, og de har modtaget generel information om særligt relevante emner som alkoholmisbrug, dobbeltdiagnoser, smitsomme sygdomme eller lignende. Derudover har flere projektledere været på lederkursus. Formålet med undervisningen er dels generel videndeling i projektteamet, dels opnåelse af ny læring til de fagprofessionelle.

"Undervisningen for personalet har været rigtig givtig, da der førhen ikke har været en tovholder på det, og så er videndelingen gået tabt."

Projektleder

Et projekt har tænkt metodeudvikling ind i undervisningen og giver derfor undervisere en indføring i 'du bestemmer'-metoden. Disse forløb bliver der også

løbende lavet opfølgninger på i form af flere kurser for de ansatte. Formålet med dette er at give et redskab til at skabe snak mellem brugerne og medarbejderne samt skabe et netværk mellem værestedet og den kommunale forvaltning.

Det må anses for væsentligt, at medarbejderne er fagligt klædt på til mødet med brugerne. Målgruppen har typisk en lav grad af tillid til sundhedssystemet og de fagprofessionelle i systemet. Derfor er det vigtigt, at medarbejderne på modelprojektet er klædt på til den løbende dialog med brugerne. Det kan undervisningen være med til at sikre. Det vil naturligvis være af stor betydning, at der også bliver fulgt op på de tilegnede kompetencer i projektregi, og at der sker den fornødne videndeling med medarbejdere, som ikke har været på samme kompetenceudviklingsforløb.

7.3.1 *Vægtning af teori og praksis*

Det er evaluators vurdering, at projekterne i deres vægtning af teori og praksis primært lægger vægten på den praktiske tilgang til arbejdet. Der er dog også steder, hvor projektleder eller nøglepersoner nævner, at de arbejder ud fra en egentlig teoretisk tilgang i planlægningen af deres aktiviteter. Fx er der et projekt, som anvender 'du bestemmer'-forløb som et meget fast koncept og teoretisk tilgang, som både brugere og medarbejdere er blevet undervist i. Den teoretiske tilgang giver sig udslag i, at brugerne får mere viden om et specifikt emne inden for sundhed og får udviklet sine handlekompetencer.

"Du bestemmer"- metoden er et praktisk redskab, hvor borgeren selv beskriver, hvad et godt liv er, og dermed selv bestemmer, om det er med fokus på sundhed eller måske noget af det andet, der skal klares først."

Projektleder

Andre projekter anvender fx Gardners teori om multiple intelligenser, den anerkendende tilgang (AI-modellen), Miller og Rollnicks Motiverende samtale og Revstedts Motivationsarbejde. 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. Brugerne giver udtryk for, at de kan mærke, at de ikke bliver presset ind i aktiviteter, men at de selv skal vælge disse til. For denne udsatte målgruppe kan dette være en klar fordel, at de fagprofessionelle ikke står med en teoretisk værktøjskasse og løftede pegefingre, men overlader initiativet til brugerne selv. Ud fra brugernes behov oprettes tilbud som for eksempel tandlægebesøg.

"Jeg kan godt mærke i tilgangen fra projektet, at man ikke bliver presset ud i noget men at fokus bliver lagt, hvor brugerne har lyst til det."

Bruger

”Jeg har tillid til både lægen og diætisten og føler ikke, at jeg bliver opdraget på, og at de står med en løftet pegefinger. Løftede pegefingre er jeg ikke god til, for det har jeg haft nok af i mit liv.”

Bruger

Den praktiske del kommer til udtryk ved, at projekterne opstiller nogle konkrete aktiviteter, som ikke nødvendigvis har udtalt afsæt i en specifik teori. Det gælder eksempelvis tilbuddet om at følge med brugerne til lægen eller tandlægen for at skabe tillid mellem bruger og system. Det er meget lavpraktisk at tage med brugeren til en læge, men det kan have stor betydning for den enkelte bruger, der muligvis ikke ville benytte tilbuddet ellers. Et andet eksempel, der næsten udelukkende er baseret på praksis, er idrætsaktiviteter, der har til formål at skabe en direkte sundhedsmæssig effekt.

Den manglende teoretiske tilgang kan være en fordel i forhold til at lade brugerne ønsker bestemme udviklingen i aktiviteterne og projekterne, mens det kan være en ulempe i forhold til at holde en rød tråd igennem forløbene, jævnfør afsnit 6.1.3. Eftersom den praktiske del fylder meget i projekterne, bør man forvente, at brugerne oplever en markant umiddelbar sundhedsmæssig fremgang.

7.3.2 Medarbejdernes motivation

Medarbejdernes motivation må forventes at have en betydning for i hvilken grad, de kan motivere brugerne. En overvægt af projekterne har oplevet, at engagementet og motivationen hos medarbejderne har været glimrende. Flere projektledere giver udtryk for, at motivationen hos medarbejderne ikke fejler noget.

En projektleder giver dog udtryk for, at nogle medarbejdere blot har det store engagement på overfladen, mens andre er ildsjæle.

”Dem i projektgruppen og souchefen er meget dedikerede. De andre er også til dialogmøderne, men når et eller andet brænder på, så er de ikke. Det har ikke fået topprioritet endnu.”

Projektleder

Som ovenstående citat indikerer, varierer medarbejdernes motivation betragteligt. Visse projekter har nogle ildsjæle, der brænder for projekterne, mens andre medarbejdere ikke på samme måde kan betragtes som ildsjæle.

Det er væsentligt for medarbejdernes motivation, at der bliver skabt en optimisme og forventning om, at projekterne gavner og har en effekt. Det gælder både på det personlige og samfundsmæssige plan.

”Der er skabt en optimisme og en forventning til, at der kan ske fremgang, og man kan se, at der kan ske en fremgang og man kan se, at der er fremgang blandt brugerne, og det er både på det personlige, faglige og samfundsmæssige plan.”

Projektmedarbejder

En anden faktor, der kan skabe motivation hos medarbejderne, er, at de føler et ejerskab over projekterne og de enkelte aktiviteter. Det kan konkret være, at medarbejderne er med til at bestemme hvilke aktiviteter, der gennemføres og hvornår.

”Vi føler, at vi er blevet taget meget med på råd og dermed fået ejerskabsfølelse for projektet. Især omkring aktiviteterne har vi været inde over for at påvirke hvilke handlinger, der skal sættes.”

Projektmedarbejder

Generelt set giver både nøglepersoner og projektledere udtryk for, at medarbejderne er meget motiverede. Visse personer på nogle projekter træder særligt igennem som ildsjæle, der brænder for projekterne. Det skyldes både, at medarbejderne kan se en reel udvikling og forbedring blandt brugerne, og når de kan føle et ejerskab for aktiviteterne.

8. **HELBREDSUNDERSØGELSER**

Helbredsundersøgelser gennemføres i en eller anden form i alle otte modelprojekter. Fælles for undersøgelserne – der også går under betegnelserne helbreds-screeninger 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. Dette kapitel har bl.a. til formål at beskrive, hvordan helbredsundersøgelserne har fundet sted. Ud over at beskrive praksis for helbredsundersøgelserne vil kapitlet også beskrive udviklingen i målgruppens generelle sundhedstilstand ud fra resultaterne i såvel monitoreringen som interview med brugere, nøglepersoner og projektledere. Endelig vil kapitlet diskutere hvilke afledte effekter, der har været af helbredsundersøgelserne.

Der indledes dog med en kort opsummering af hvilke succeskriterier, der kan siges at være for indsatsen på dette område, baseret på puljens udmøntningsmateriale og den fælles programteori.

8.1 **Succeskriterier for indsatsen**

Det er naturligt væsentligt, at det konkrete output af helbredsundersøgelserne bliver, at der gennemføres undersøgelser/screeninger med en betydelig andel af projektets kernebrugere. Dette er med til at give et umiddelbart overblik over sundhedstilstanden blandt målgruppen for indsatsen. Derudover er det, ifølge programteorien et væsentligt output, at screeningerne fører til en egentlig diagnosticering. Denne diagnosticering er en forudsætning for at anvise brugeren til det/de nødvendige tilbud, hvilket i flere tilfælde vil være i det etablerede sundhedssystem. Afdækningen af brugerens tilstand vil således forventeligt kunne fungere som brugerens indgang til et sundhedsvæsen, som mange socialt udsatte kun har sporadisk kontakt med.

Hvad angår forventningerne til indsatsens effekter på kort sigt, omhandler disse bl.a. udviklingen i brugernes viden om egen sundhed og deres viden om hvilke muligheder, sundhedsvæsenet tilbyder. På lidt længere sigt er det forhåbningen, at helbredsundersøgelser kan bane vejen for et mere tillidsfuldt forhold mellem de socialt mest udsatte og fx de praktiserende læger, skadestuer og det psykiatri-

ske behandlingssystem, hvilket også vil øge muligheden for, at de socialt udsatte modtager den behandling, de har krav på, og som passer til deres behov.

8.2 **Praksis for helbredsundersøgelser**

Helbredsundersøgelserne indgår som et centralt element i de fleste af modelprojekterne. De fleste væresteder har, som tidligere nævnt, ansat en eller flere sundhedsfaglige ressourcepersoner – typisk sygeplejersker – som står for gennemførelsen af helbredsundersøgelserne, der skal sikre, at hver borger får tilbudt de nødvendige behandlinger. Af alle de socialt udsatte, der har deltaget i monitoreringen på tværs af alle modelprojekter, er det mere end otte ud af ti, som på et eller andet tidspunkt i deres involvering i sundhedsprojektet har fået foretaget mindst én helbredsundersøgelse på værestedet. Nedenstående Tabel 8-1 viser resultaterne.

Tabel 8-1: Har brugeren fået foretaget en helbredsundersøgelse?

	Antal deltagere	Procent af deltagere, der har besvaret spørgsmålet
Ja, på et tidspunkt	95	86%
Slet ikke	15	14%

Over 85% af brugerne har på et tidspunkt fået foretaget en helbredsundersøgelse, mens knap 15% ikke har fået foretaget en undersøgelse. Selve helbredsundersøgelsen er med til at kortlægge sundhedstilstanden hos målgruppen af socialt mest udsatte, men hvad der er mindst lige så vigtig for at skabe nogle varige ændringer hos brugerne og for at få sikret en indgang til det etablerede sundhedssystem, så bliver der i langt hovedparten af tilfældene fulgt op på helbredsundersøgelserne i modelprojekterne. Af de 95 deltagere, der har fået foretaget en helbredsundersøgelse, har 93 fået fulgt op på denne. Projekterne er dermed gode til at følge op på undersøgelserne, når den første er foretaget.

Der er stor forskel på, hvordan projekterne har grebet helbredsundersøgelserne an, og hvor langt projekterne på nuværende tidspunkt er i screeningsprocessen blandt den potentielle målgruppe. Flere projekter har valgt en uformel tilgang til helbredstjekket. Der kan være mange gode grunde til, at man vælger en mildere tilgang til undersøgelserne. Fx er mange brugere i målgruppen utrygge ved helbredstjekket, 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 sundhedstjekket miste den tillidsskabende funktion, det var tiltænkt, og det vil måske endda kunne skræmme brugeren væk fra andre aktiviteter, der relaterer sig til sundhedsprojektet.

”Helbredsundersøgelserne tager form af sundhedssamtaler, og vi har et spørgeskema, der ligger til grund for samtalerne. Hos os skal de motiveres til at komme videre • eksempelvis til deres praktiserende læge.”

Projektmedarbejder

Typisk indebærer en helbredsundersøgelse, at projektets sygeplejerske(r) fører en samtale med brugeren med udgangspunkt i et afkrydsningsskema, som er udfærdiget specielt til formålet i de enkelte modelprojekter. I projekter, der har en mere uformel tilgang til helbredsundersøgelser, er der snarere tale om sundhedssamtaler end sundhedsundersøgelser. Samtalerne kan dog føre til undersøgelser af for eksempel blodsukker, BMI, blodtryk mv., og det skal slås fast, at selv om helbredsundersøgelsen gennemføres som en samtale, gribes den stadig grundigt og systematisk an.

Tanken bag samtalerne er at afdække brugernes ønsker og opstille realistiske forventninger hos brugerne til, hvad de kan opnå. Det fremgår ikke klart, hvor langt projekterne er i screeningsprocessen, men nogle personer på et projekt nævner, at de er halvvejs i screeningsprocessen.

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. Forløbet for denne lidt mere tilbundsående helbredsundersøgelse er, at lægen skriver journal, sundheds- og helbredshistorik samt noterer sig brugernes medicinforbrug, behandlinger, HIV, hepatitis, blodtryk og puls samt vægt og højde. Derudover laver lægen undersøgelser af mave, ryg og lunger, blodprøver og flere andre undersøgelser. 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.

”Det er min oplevelse, at lige så snart jeg siger, at det, de fortæller mig, ikke kommer videre, så åbner de op selv om jeg er læge.”

Projektmedarbejder

Det er evaluators opfattelse, at der er en balancegang mellem at stille store krav til denne udsatte gruppe om at skulle gennemføre diverse undersøgelser og lade undersøgelserne være fuldt ud ad hoc. Stilles der for store krav til brugerne, kan det skræmme nogle væk fra helbredsundersøgelserne. Omvendt kan nogle af

brugerne have brug for noget stringens og noget konkret at forholde sig til. Såfremt projekterne vælger den knap så organiserede tilgang med sundhedssamtaler, er det vigtigt, at der bliver fulgt op på samtalerne, og at brugerne henvises til de rette sundhedsfaglige til at behandle de problemer, brugerne måtte give udtryk for at have. Det er under alle omstændigheder væsentligt, at modelprojekterne fremover fortsætter arbejdet med at foretage helbredsundersøgelser, så brugernes tilstand kan undersøges og forbedres.

8.3 Særlig indsats afledt af helbredsundersøgelser

Et af formålene med modelprojekterne er, at brugerne i den udsatte gruppe sikres den nødvendige sundhedsfaglige behandling. Helbredsundersøgelserne er en vigtig del af opfyldelsen af dette mål. Ligeså vigtigt er det, at der bliver fulgt op på brugernes behov, der måtte komme frem ved helbredsundersøgelserne.

Flere projekter har som følge af helbredsundersøgelserne igangsat særlige indsatser på visse områder. Det kommer til udtryk ved, at særlige fagprofessionelle er blevet tilknyttet projekterne. Et par eksempler understreger dette. Et projekt har tilknyttet fire fysioterapeutstuderende og to lægekonsulenter, der skal varetage brugernes særlige behov. Et andet projekt har igangsat et systematisk samarbejde med andre faglige rådgivere, heriblandt en diætist. Et tredje projekt har igangsat hepatitisundersøgelser, der dog ikke er systematiske for samtlige brugere. Disse ekstra initiativer virker til at have succes blandt brugerne, der ser det som et ekstra tilbud. Det kan skyldes, at brugerne ved, at de har et behov på det pågældende område.

”Personalet har lagt mærke til, at tilbuddet om fysioterapi har en god effekt blandt brugerne, da brugerne ikke opfatter det som en egentlig aktivitet.”

Projektleder

En anden afledt effekt af helbredsundersøgelserne kan være, at brugerne får tillid til sundhedsfaglige personer generelt. Efter undersøgelserne kan de få kontakt til sundhedssystemet ved, at den ansvarlige for undersøgelserne tager med brugerne til den nødvendige undersøgelse, eller at brugeren fremover selv kan få kontakt til systemet.

”Jeg snakker bedre med lægen her på stedet, da jeg føler mig fortrolig med hende. Her bliver der lyttet og gjort noget ved problemerne. Jeg håber dog, at jeg kan få et bedre forhold til min læge i fremtiden.”

Bruger

Denne afledte effekt skal ikke negligeres, da brugerne i målgruppen har en meget lav tillid til det etablerede sundhedssystem. Brugere, der tidligere ikke ønskede kontakt til sundhedsfaglige personer, kan ved hjælp af helbredsundersøgelserne få den nødvendige tillid til, at sundhedssystemet er der for at hjælpe.

Det er evaluators opfattelse, at nogle projekter ikke har overskud til at igangsætte særlige indsatser i form af særlige fagprofessionelle på nuværende tidspunkt. Som tidligere omtalt har disse projekter fokus på de akutte behov, der opstår i arbejdet med den særligt udsatte målgruppe. Nogle projekter har dog igangsat særlige indsatser som følge af sundhedssamtalerne, hvilket er blevet modtaget positivt blandt brugerne. En vigtig afledt effekt af helbredsundersøgelserne er, at brugerne kan opbygge den tillid til sundhedssystemet, der af forskellige grunde har været på et absolut lavpunkt. Det kan have stor betydning for, om brugerne senere tager den nødvendige kontakt til sundhedssystemet.

8.4 Målgruppens generelle sundhedstilstand

Dette afsnit har til formål at beskrive målgruppens generelle sundhedstilstand ved brugernes første indberetning. Der vil både blive inddraget resultater fra monitoreringen og fra spørgeskemaundersøgelsen blandt brugerne. Flere af de resultater, der bliver fremstillet i dette afsnit, bliver brugt som udgangspunkt for at undersøge, om der er sket en udvikling i målgruppens sundhedstilstand i næste afsnit.

Når målgruppens tilstand ved projekternes starttidspunkt skal undersøges, er det oplagt at anvende baggrundsvARIABLER som graden af misbrug, og om brugerne er hjemløse. Status som hjemløs er ikke direkte en indikator for sundhed, men det antages, at hjemløse alt andet lige ikke har en bedre sundhedstilstand end brugere med fast bolig.

Brugernes misbrug gælder misbrug af alkohol, hash og andre stoffer. Brugere kan derfor være uden et misbrug eller have et, to eller tre misbrug. Nedenstående Tabel 8-2 viser hvor mange brugere, der har hvilken grad af misbrug.

Tabel 8-2: Oversigt over brugernes misbrug

	Antal	Procent af deltagerne, der har besvaret spørgsmålet
Intet misbrug	31	21%
Misbrug af et rusmiddel	55	37%
Misbrug af to rusmidler	51	34%
Misbrug af tre rusmidler	12	8%

Tabellen viser, at 70% af brugerne har misbrug af enten et eller to rusmidler, mens 80% af brugerne har et misbrug af et, to eller tre rusmidler. Det viser med al tydelighed, at brugerne er en udsat gruppe med en større grad af misbrug af rusmidler end befolkningen generelt. Når brugernes husstandssituation undersøges, ses det, at knap 90% af brugerne har en bolig, mens en tiendedel er hjemløse.

Ser man på brugernes generelle tilstand på områder som ernæring, motion og lignende, kan brugerne med fordel deles op i hvor mange, der har en generelt dårlig tilstand eller en generelt god tilstand. Da spørgsmålene er delt på intervallet 1-10, kan brugernes svar deles op i to halvdele fra 1-5 og fra 6-10. Denne analyse giver resultater, der er samlet i nedenstående Tabel 8-3.

Tabel 8-3: Brugernes tilstand på forskellige områder

	Andel i den dårligste halvdel (værdier 1-5)	Andel i den bedste halvdel (værdier 6-10)
Tilstand inden for motion/kondition	84%	16%
Tilstand inden for rygning	79%	21%
Fysisk tilstand	77%	23%
Tilstand inden for tandpleje	71%	29%
Tilstand inden for ernæring	68%	32%
Tilstand inden for kontakt til sundhedsvæsenet	64%	36%
Tilstand inden for alkoholmisbrug	58%	42%
Tilstand inden for stofmisbrug	46%	54%

Kun på ét område, nemlig stofmisbrug, har en overvægt af brugerne en god tilstand. Brugernes dårlige tilstand inden for især motion/kondition, rygning, fysik og tandpleje viser, at der er tale om en udsat gruppe med en overordnet dårlig tilstand.

Når fokus flyttes over til spørgeskemaet til brugerne, er det brugernes egne vurderinger af deres sundhedstilstand, der danner grundlag for resultaterne. Svarprocenten på disse analyser er dog noget lavere end på monitoreringen, hvorfor resultaterne ikke kan siges at være dækkende for hele målgruppen. Omkring 70-80 respondenter har svaret på spørgsmålene. Der er en risiko for, at der er sket en selvselektion, så det er de ressourcemæssigt stærke brugere, der har besvaret spørgeskemaet.

Tre fjerdedele af respondenterne giver udtryk for, at de i samarbejde med sundhedsprojekterne har sat sig nogle mål for deres sundhedstilstand. For tre fjerdedele af disse respondenter drejer målene sig om forbedret helbred på et generelt niveau, mens knap halvdelen har sat sig mål om ernæring eller motion og konditi-

on. Disse besvarelser viser, at en stor del af brugerne har sat sig mål for deres udvikling og selv har et ønske om at gøre noget ved deres situation.

Samlet ses viser især brugernes store grad af misbrug og deres dårlige tilstand på adskillige områder, at brugerne før projekternes start havde en generelt dårlig sundhedstilstand. Næste afsnit sætter fokus på, om målgruppens generelle sundhedstilstand har udviklet sig, siden projekterne blev igangsat.

8.5 **Udvikling i målgruppens generelle sundhedstilstand**

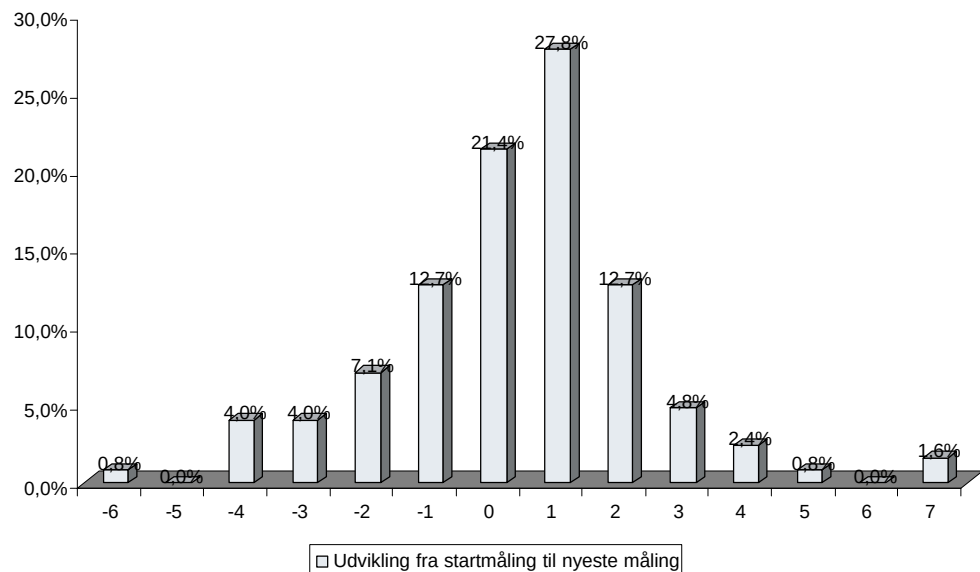
Dette afsnit har til formål at gøre klart hvilken generel sundhedstilstand, brugerne har, og om de har oplevet en udvikling i deres sundhedstilstand siden projekternes start. Afsnittet vil både basere sig på interview med brugere, nøglepersoner og projektledere på projekterne og på resultater fra monitoreringen. Afsnittet vil vise, hvordan sundhedstilstanden er nu, og finde mulige forklaringer på denne tilstand.

Ud fra data fra monitoreringerne kan der findes udviklinger hos deltagerne på forskellige områder. Udgangspunktet for resultaterne er de professionelles vurdering af deltagerens 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.

Analyserne 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.

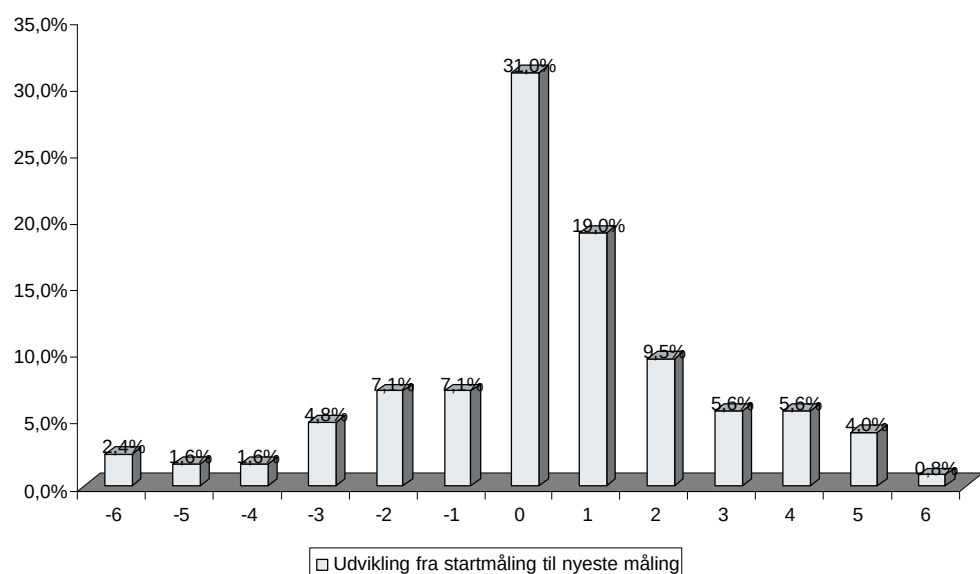
Hvis der først ses på de professionelles vurdering af brugernes generelle sundhedstilstand, er der sket en positiv udvikling. Undersøges denne overordnede udvikling på individniveau, ses det i Figur 8-1, at de professionelle vurderer, at knap tre ud af ti af har haft en negativ udvikling i den generelle sundhedstilstand. Godt en femtedel har ikke oplevet en udvikling, og den resterende halvdel har på et eller andet niveau oplevet en positiv udvikling i den generelle sundhedstilstand.

Figur 8-1: Udvikling i fagprofessionelles vurdering af brugernes generelle sundhedstilstand



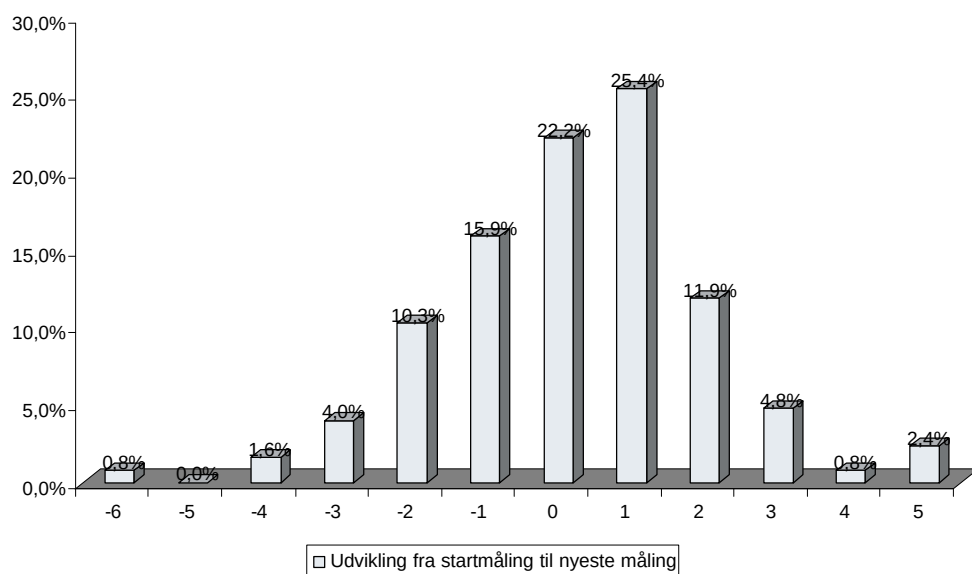
Udviklingen i brugernes viden om deres egen sundhedstilstand har været moderat positiv på tværs af projekterne. Udviklingen på individniveau ses i Figur 8-2. Omkring en fjerdedel af brugerne har oplevet en negativ udvikling i viden om deres sundhedstilstand, knap en tredjedel har ikke oplevet en udvikling, og knap halvdelen har oplevet en positiv udvikling.

Figur 8-2: Udvikling i fagprofessionelles vurdering af brugernes viden om egen generelle sundhedstilstand



Brugernes handlekompetencer i forhold til deres egen sundhedstilstand er på overordnet niveau forbedret. Dog er denne forbedring ganske beskeden. Udviklingen på individniveau ses i Figur 8-3. På individniveau har knap en tredjedel oplevet en negativ udvikling i handlekompetencer i forhold til egen sundhedstilstand, godt en femtedel har ikke oplevet en udvikling, og knap halvdelen har oplevet en positiv udvikling.

Figur 8-3: Udvikling i fagprofessionelles vurdering af deltagernes handlekompetencer i forhold til egen sundhed



Der tegner sig et groft billede af, at mellem en fjerdedel og en tredjedel af dem, der har svaret, har oplevet en negativ udvikling på de tre parametre, mellem en femtedel og en tredjedel har ikke oplevet en udvikling, og knap halvdelen har oplevet en forbedring på parametrene. Resultaterne siger ikke, om det er de samme respondenter der har oplevet en positiv eller negativ udvikling på de pågældende parametre.

Der tegner sig endvidere et billede af, at langt de fleste brugere har oplevet en moderat udvikling og ikke oplevet meget markante udviklinger – hverken positive eller negative. Dette billede kan ændre sig til den endelige evaluering, hvor projekterne har haft længere forløb.

Der kan være flere forklaringer på, at der ikke er flere respondenter, der har oplevet en positiv udvikling, og at en betragtelig andel har oplevet en negativ udvikling. To forklaringer findes i data i monitoreringen. Den første refererer til, at brugerne ikke har benyttet projekternes aktiviteter i tilstrækkelig grad. Hvis ak-

tiviteterne ikke benyttes, kan det være svært for brugerne at opleve en positiv udvikling. Data fra monitoreringen viser, at over en tredjedel af de 176 registrerede brugere har benyttet 0-3 aktiviteter. Over to tredjedele har benyttet 0-8 aktiviteter. Der er dermed empirisk belæg for at sige, at den delvist negative udvikling og begrænsede positive udvikling kan skyldes, at brugerne ikke benytter aktiviteterne tilstrækkeligt.

En anden, men lignende forklaring, der finder støtte i data i monitoreringen, er, at brugerne ikke kontakter de fagprofessionelle, der er tilknyttet projekterne. Hvis brugerne ikke benytter sig af tilbuddene om hjælp ved læger, tandlæger og andre, er det svært at opleve en positiv udvikling. Nedenstående Tabel 8-4 støtter denne forklaring, da den netop viser, at brugerne kun i begrænset omfang benytter de sundhedsfaglige kontaktpersoner.

Tabel 8-4: Brugernes kontakt til sundhedsfaglige kontaktpersoner på projekterne

	Procentvis andel der havde kontakt ved startmålingen	Procentvis andel der haft kontakt på et tidspunkt
Egen praktiserende læge	71%	81%
Hospitalets ambulatorium	23%	36%
Tandlæge	16%	30%
Fysioterapeut	19%	30%
Indlagt på somatisk hospital	18%	28%
Stofmisbrugsbehandling	25%	27%
Alkoholmisbrugsbehandling	18%	22%
Praktiserende speciallæge	14%	22%
Skadestue	14%	20%
Vagtlæge	11%	19%
Hjemmesygepleje	11%	17%
Psykolog	10%	13%
Indlagt på psykiatrisk hospital	6%	8%
Kiropraktor	2%	2%

Typisk har mellem en femtedel og en tredjedel af brugerne haft kontakt til de sundhedsfaglige personer i løbet af projekternes forløb. Kun kontakten til egen praktiserende læge skiller sig ud ved, at over 80% har haft kontakt til denne sundhedsfaglige person. Det er i øvrigt en stigning på 10 procentpoint i forhold

til startmålingen, hvilket vidner om, at indsatsen har haft en vis tillidsopbyggende effekt på brugerne. Tabellen giver dermed empirisk belæg for at sige, at den negative udvikling hos nogle brugere skyldes, at de ikke har tilstrækkelig kontakt til de sundhedsfaglige kontaktpersoner på projekterne. Det er derfor en udfordring for projekterne at få brugerne til at få kontakt til de forskellige sundhedsmæssige kanaler.

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.

”Tilliden til systemet var forsvundet fra brugerne, da de måske ikke kunne overholde tidspunkter eller følte sig soigneret nok til at komme. Mange af brugerne vil ikke selv snakke med kommunen eller sygehuset længere.”

Projektmedarbejder

Den lave grad af kontakt til de sundhedsfaglige personer kan derfor med rette ses som en forklaring på, hvorfor en betragtelig gruppe oplever en negativ udvikling under projekterne, og på, hvorfor der ikke er en større gruppe, der oplever en markant fremgang.

En tredje forklaring på, at en betragtelig gruppe har oplevet en negativ udvikling, og ikke flere har oplevet en positiv udvikling gennem projekternes forløb, er, at der ikke kan 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. Jævnfør afsnit 7.2.2 kan brugerne ikke siges at have en fast motivation, da denne varierer meget fra dag til dag på grund af svingende humør og helbредstilstand. Af samme grund må det forventes, at brugernes fremskridt langt fra er konstant og vil tage form af en kontinuerlig udvikling. Som flere nøglepersoner giver udtryk for, er udviklingen med 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.”

Projektmedarbejder

Opsummerende kan det sige, at en betragtelig gruppe på godt en fjerdedel har oplevet en negativ udvikling i forhold til deres generelle sundhedstilstand og deres viden og om handlekompetencer i forhold til denne. Godt en fjerdedel har ikke oplevet en udvikling, mens knap halvdelen har oplevet en fremgang. Der kan gives flere forklaringer på denne udvikling ud fra data i monitoreringen og interview med personerne omkring projekterne. Først og fremmest må det siges, at det kan være svært at måle udvikling hos denne gruppe af udsatte brugere, hvor det at vågne om morgenen kan betragtes som sundhed og være tegn på en positiv udvikling.

Hvis fokus skifter fra monitoreringen til spørgeskemaundersøgelsen blandt brugere, ses et lidt andet billede. Her vurderer knap 3% af de brugere, der har besvaret spørgeskemaet, at sundhedsprojektet har haft stor eller meget stor betydning for deres sundhedstilstand og generelle trivsel. Kun femten procent siger, at projektet har haft en lille eller ingen betydning for deres sundhedstilstand. Samtidig er der sket en positiv udvikling i brugernes interesse for aktiviteterne omkring helbred, sund kost og motion. Forskellen mellem resultaterne fra monitoreringen og fra spørgeskemaet til brugerne kan skyldes, at førstnævnte dækker stort set alle brugere, mens der muligvis er sket en selvsektion i spørgeskemaundersøgelsen, hvor det muligvis er de stærkeste brugere, der har besvaret spørgeskemaerne. Det kan også være en forklaring på, hvorfor svarprocenten er væsentligt lavere på spørgeskemaerne.

9. TVÆRFAGLIGT OG TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE

Dette kapitel belyser det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, som modelprojekterne har haft med andre aktører, der også arbejder med målgruppen af socialt mest udsatte. Væresteder og lignende har tidligere i et vist omfang fungeret isoleret fra det formelle system og har været drevet af personlige initiativer. Tanken med at give støtte til dette område er derfor, at de mere uformelle tilbud på socialområdet som værestederne skal samarbejde tættere med de mere formelle tilbud, herunder det etablerede sundhedssystem og andre offentlige tilbud.

Kapitlet omhandler dels det konkrete samarbejde, modelprojekterne har haft med deres netværk, dels hvordan samarbejdspartnere så vurderer samarbejdsrelationen med modelprojektet. Først beskrives dog – med henvisning til puljen programteori – hvilke succeskriterier, man kan opstille for indsatsen.

9.1 Succeskriterier for indsatsen

Det er væsentligt, at det konkrete output af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde bliver et tættere netværk såvel på tværs af projekterne som inden for hvert projekt mellem sundhedsfaglige kontakter. Konkret skal koordineringen mellem såvel formelle som uformelle systemer gerne give et output i form af et konkret tværgående samarbejde mellem de centrale aktører på forskellige sundhedsfaglige områder. Det vil styrke det enkelte projekt og stille de sundhedsfaglige personer bedre i mødet med brugeren. Ligeledes skal aktiviteterne gerne føre til en etablering af konkrete samarbejdsaftaler på tværs af projekterne. Derudover skal etableringen af kontakten til en sundhedsfaglig kontaktperson resultere i, at parterne formidler oplysninger til hinanden. Disse konkrete kortsigtede output er væsentlige for, at der bliver skabt et egentlig netværk inden for hvert projekt og på tværs af projekter, hvor aktørerne kan sparre og videndele.

På lidt længere sigt er det forhåbningen, at de kortsigtede output fører til en øget indsigt i og erkendelse af arbejdet med målgruppen på tværs af faggrupper og sektorer. Aktørerne får forhåbentlig en indsigt i problemstillingerne i arbejdet på tværs af sektorer og projekter. På lang sigt skal det netværksdannende arbejde komme brugerne til gode i form af, at de sikres den bedste og nødvendige behandling inden for sundhedssystemet.

9.2 **Aktiviteter i forbindelse med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde**

Projekterne har i deres kvartalsvise udfyldelse af logbøger opgivet hvilke aktiviteter, de har afholdt, og hvilke aktiviteter, de har fundet vigtigst. Disse aktiviteter spænder meget bredt.

Flere projekter har afholdt kurser, temadage samt undervisning for frivillige, medarbejdere og samarbejdspartnere. Projekterne har ligeledes afholdt adskillige netværksmøder med samarbejdspartnere og andre interessenter som eksempelvis praktiserende læger, sygehuse, psykiatriske afdelinger, misbrugscentre, hjemmeplejen og kriminalforsorgen. Derudover har projekterne gennemført opsøgende arbejde i det potentielle netværk samt mere uformelle oplæg om deres sundhedsprojekter.

Der har overordnet været tre målsætninger med aktiviteterne og netværkssamarbejdet. For det første er der den konkrete målsætning om at forbedre brugernes sundhed og generelle tilstand gennem eksempelvis velkoordinerede KRAM-aktiviteter, der afholdes sammen med eksterne partnere. For det andet er målet at informere interessenter, samarbejdspartnere og brugerne om projekterne. Det er især målet med det opsøgende arbejde sammen med undervisning og kurser. For det tredje er der en målsætning om at styrke samarbejdet og sparringen med andre institutioner og inddrage disse i projektarbejdet. Det er især målsætningen med kursusforløbene og de møder, der bliver afholdt mellem institutionerne. Den faglige sparring og løsningsforslag til forskellige opgaver giver netværksdeltagerne et ejerskab til projekterne, hvilket kan være med til at motivere dem videre i arbejdet. Møderne giver større viden om medarbejdernes arbejdsgange og problemstillinger.

”Projektet har været en øjenåbner for både de praktiserende læger og socialafdelingerne. Dog bliver det for nogen mere perifert end for andre, og det kan derfor være svært at få dem med ind i projektet, hvilket gør, at projektet og ideerne skal præsenteres på behændig vis.”

Projektleder

9.3 **Netværksdeltageres vurdering af samarbejde**

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. Omkring seks ud af ti vurderer, at de forskellige indfaldsvinkler 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 tilgang til gruppen af socialt udsatte.

Knap 40% 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.

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

Tabel 9-1: Du bedes vurdere, hvor enig du er i disse udsagn om 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 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%

Nedenstående tabel viser ligeledes, at kontaktpersonerne mener, at samarbejdet i netværkene har gavnet forholdene for de socialt udsatte. Knap 60% mener, at samarbejdet har gavnet i meget høj eller høj grad, mens kun 6% finder, at samarbejdet slet ikke eller i lav grad har gavnet de socialt udsatte.

Tabel 9-2: I hvilken grad vurderer du, at 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)

Nedenstående tabel viser, at omkring to tredjedele af modelprojekternes samarbejdspartnere i nogen eller høj grad har fået en ny forståelse for brugerne. I forvejen vurderede omkring halvdelen af samarbejdspartnerne, at de havde et stort kendskab til brugerne.

Tabel 9-3: I hvilken grad har du fået en ny forståelse for sundhedsprojektets brugere af særligt udsatte (herunder misbrugere, hjemløse, 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)

9.4 Formelt eller uformelt netværk

Samarbejdet mellem modelprojekterne og deres brede netværk har i omkring halvdelen af tilfældene i nogen eller i høj grad været formaliseret vurderet ud fra svarene fra modelprojekternes samarbejdspartnere.

Tabel 9-4: I hvilken grad vurderer du, 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)

Graden af formalisering ligger i forlængelse af nedenstående tabel, der viser, hvor mange gange samarbejdspartnere har været sammen med repræsentanter fra sundhedsprojektet. En fjerdedel har været sammen mere end ti gange, og en fjerdedel har været sammen 5-10 gange.

Tabel 9-5: Hvor mange gange har du eller andre fra din arbejdsplads 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)

Det er altså meget varierende hvor formaliseret en samarbejdsstruktur, modelprojekterne har med deres respektive netværk. I nogle projekter afholdes netværksmøder, hvor der bliver taget referat og skrevet dagsorden, og hvor deltagerne nærmest har mødepligt. Andre projekter har valgt en mere uformel tilgang, der typisk bærer præg af dialog på ad hoc-basis. 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 der er tale om en stor grad af frivillige tilknyttet netværkene, vælges en uformel tilgang til samarbejdet uden egentlige møder.

Der nævnes flere fordele og ulemper ved at have et henholdsvis formelt og uformelt samarbejde. Fordelene ved det formelle samarbejde er, at det bliver nemmere at holde styr på og gribe de mange bolde, der er i luften. 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 flere fordele ved et formaliseret samarbejde. Det 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

”Det ville være en klar fordel med en mere formaliseret sagsgang. Så kunne vi bruge hinanden mere, men spørgsmålet er, om det kan lade sig gøre i praksis.”

Samarbejdspartner

Fordelen ved det uformelle samarbejde er, at samarbejdet bliver mere fleksibelt, hvorfor det er nemmere at agere her og nu frem for at skulle vente til et kommende møde. Derudover vurderer en person, at det uformelle miljø gør, at brugerne møder op til aktiviteterne frivilligt, hvilket gør læringsprocessen nemmere.

”Projektet drejer sig om ad hoc-vurderinger og kontrol af helbreds-mæssige problemer, som netop bør være uformelt.”

Samarbejdspartner

”Vi oplever ikke ulemper ved, at samarbejdet ikke er meget formaliseret. Vi samarbejder med projektet ad hoc vedrørende brugernes behov. Det sker altid efter et individuelt behov fra den enkelte bruger og en individuel løsning på et problem. Det giver en stor fleksibilitet.”

Samarbejdspartner

Det er evaluators opfattelse, at det formaliserede og uformaliserede samarbejde har sine styrker og svagheder betinget af hvilket formål, samarbejdet har, og hvilken samarbejdspartner, der er tale om. Hvis der er tale om samarbejdspartnere, som projekter kun har sjældent kontakt med, kan det være for stift og rigtigt at holde møder og opsætte dagsorden, skrive referater og lignende. Omvendt kan det være relevant for faste samarbejdspartnere, som projekterne ofte har kontakt med, at holde møder hvor der er en konkret dagsorden. En dagsorden og indkaldelser til møder i god tid kan være med til at sikre, at der er en stor deltagelse i møderne, og at tiden anvendes optimalt. Møderne kan være en god måde at få vendt aktuelle problemstillinger samt tænke fremadrettede løsninger på mere grundlæggende problemer i projekterne.

Opsamlende kan det siges, at projekterne virker til at have gjort sig flere overvejelser om hvilke aktiviteter, de har igangsat, og hvad målsætningen er med disse. Flere af projekterne vurderer, hvor formelt netværkssamarbejdet er, men ikke alle vurderer lige fyldestgørende hvilke fordele og ulemper, der er ved dette. Projekterne oplever ikke strukturelle eller økonomiske barrierer for det arbejde de foretager i netværkene.

9.5 Planer for videre samarbejde

Omkring ni ud af ti samarbejdspartnere i de brede netværk omkring modelprojekterne vurderer, at de ambitioner, de har haft forud for samarbejdet, i nogen eller høj grad vil kunne indfries. Samarbejdspartnere ser altså flere potentielle muligheder i et forsat samarbejde. Det gælder både i forhold til den indsats, som skal give brugerne bedre sundhed, og den fortsatte koordinering af ressourcerne og en mere helhedsorienteret indsats samt en fortsat sparring og videndeling.

Samarbejdspartnere kommer endvidere 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 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.

Tabel 9-6: I hvilken grad vurderer du på nuværende tidspunkt, at I kan indfri disse ambitioner for samarbejdet?

	Procent
I meget høj grad	8%
I høj grad	37%
I nogen grad	48%
I lav grad	8%
Slet ikke	0%
I alt	100%

(n = 52)

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, og at det endnu er uklart, hvordan projektet skal fortsætte efter projektperioden.

Netop spørgsmålet om, hvordan det brede samarbejde i netværket kan inddrages i forankringen af projektets idéer, vil blive behandlet i det kommende kapitel.

”Det vigtigste, projektet kan bidrage med, er at få formidlet projektet til f.eks. til de praktiserende læger og andre faggrupper, der har med brugerne at gøre. Det handler om på længere sigt at få skabt nogle samarbejdsrelationer, der fremtidssikrer projektets erfaringer, der gør

at systemet kan få øjnene op for brugerne og rumme brugerne.”

Projektleder

”Et overordnet samarbejde på overordnet niveau forplanter sig ikke altid ned i systemet til den enkelte medarbejder. Der arbejdes derfor løbende med en udbygning af samarbejdet, og det vigtigste er, at man finder ud af, hvor opgaven skal ligge, når sundhedsplatformen ikke er her længere. Der er lavet nogle samarbejdsaftaler, som er blevet forankret i systemet, dog skulle man gerne nå det hele vejen rundt.”

Projektleder

10. DOKUMENTATION OG PLANER FOR FORANKRING

Dette kapitel omhandler dels modelprojekternes arbejde med at dokumentere og beskrive de metoder og koncepter, der anvendes i indsatsen rettet mod de socialt mest udsatte, dels deres planer for at forankre projekternes erfaringer i den blivende struktur efter projektperiodens udløb.

At være modelprojekt vil bl.a. sige, at man kan dokumentere sine metoder på en sådan måde, at de kan beskrives og anvendes uafhængigt af den konkrete kontekst, de indgår i, og således at de er konkrete og evaluerbare. Det betyder også, at en helt konkret indsats med velgennemprøvede metoder i én kommune i princippet også skal kunne anvendes i en anden kommune. Som nævnt i kapitel 3 er der traditionelt et stort element af tavs viden i socialt arbejde. Derudover har den enkelte bruger ofte mere end én enkelt problemstilling, fx et eller flere misbrug, hjemløshed, manglende socialt netværk, fysiske småkavanker og psykiske lidelser, hvilket gør det meget komplekst at anvende et bestemt fasttømret koncept.

10.1 Indsats inden for dokumentationsarbejde

Dokumentationsarbejde kan have forskellige formål. Først og fremmest er det en måde, hvorpå man kan lære af sine erfaringer og få et systematisk overblik over den læring, man har genereret gennem et langt projektforsløb. Dokumentation kan også bruges som en kontrol af, om man har opnået det, man havde forestillet sig fra projektstart. Som modelprojekt, der har til formål at udvikle og afprøve metoder, bør dokumentationsarbejdet naturligvis primært fokusere på læringsaspektet. Det er vigtigt at understrege, at dokumentationsarbejdet ikke kan erstatte den social- og sundhedsfaglige indsats, der ydes i modelprojekterne. Socialt arbejde og sundhedsfremmende aktiviteter i praksis vil altid være det, som gør en forskel, og overprioriteres dokumentationsarbejdet, slider det både medarbejdere og brugere op.

Ud fra casebesøg og løbende dialog med de otte modelprojekter er det evaluators vurdering, at hovedparten af projekterne stadig har et stort arbejde foran sig i forbindelse med at dokumentere den gode indsats, som ydes. Der mangler umiddelbart i flere af projekterne en systematisk tilgang og nogle konkrete redskaber til dokumentationsarbejdet. Det er på mange måder ikke unaturligt, at

dokumentationsarbejdet indtil videre ikke blevet prioriteret så højt, i og med at projektopstartsfasen har kostet mange ressourcer i de otte modelprojekter. Men der er al mulig grund til, at projekterne fremadrettet i højere grad får dokumenteret deres indsats.

Dokumentationsarbejde er ikke bare noget, man kan lave, når et projekt er færdigt, og resultaterne er talt op. Som nævnt kan dokumentationsarbejdet bruges til løbende at opsamle læring, hvilket helt konkret indebærer, at medarbejdere og projektledelse undervejs i projektet ”tvinges” til at reflektere over, hvordan man griber det daglige arbejde an på, hvordan man alternativt kunne gøre, og om man anvender de rigtige metodiske tilgange og koncepter. Dokumentation som et redskab til refleksion vil bl.a. kunne anvendes til at korrigere indsatsen, opstille nye mere realistiske delmål og/eller antagelser i programteorien eller involvere nye aktører.

Hvor dokumentation – i form af den løbende faglige refleksion – kan være et godt internt arbejdsredskab i projektgruppen, så kan det også være anvendeligt til at informere det politiske og administrative niveau om, hvad der opnås af resultater i projektet. Som ledelsesinformation kan både anvendes kvantitative udtræk (fx fra en brugermonitorering), kvalitative udsagn (fx gode eksempler og solstrålehistorier) samt metodebeskrivelser, der viser, at der er en bevidst og fagligt argumenteret plan med at handle, som man gør. I forankringsøjemed er det altid gunstigt at kunne beskrive, at projektet rent faktisk gør en forskel og afhjælper nogle udfordringer inden for social- og forebyggelsesområdet, som kommunen efter kommunalreformen har ansvaret for.

Endelig kan dokumentationsarbejdet være anvendeligt i formidlingen af resultater til projektets brugere og samarbejdspartnere i det brede netværk. Som beskrevet i kapitel 9 deltager mange samarbejdspartnere i netværket omkring modelprojektet med store interesse og deler ønsket om at skabe opmærksomhed om arbejdet med de socialt udsatte med modelprojektet. Formidlingen af resultater og erfaringer kan ligeledes være medvirkende til, at projektet gøres bæredygtigt – også efter projektperioden – og forankres. I forhold til brugerne kan dokumentationsarbejdet være en anledning til at tage en uddybende samtale med brugerne, hvilket flere projektmedarbejdere også angiver, at den kvartalsvise monitorering er. Det kan give samtalen en struktur, der sikrer, at alle relevante emner vendes. Endelig vil mange brugere nok også have interesse i mere bredt at få formidlet de erfaringer, man har gjort sig. Dette kan i sig selv få brugerne til at involvere og engagere sig mere direkte i projektet og dets aktiviteter.

10.1.1 Metodebeskrivelser

En del af dokumentationsarbejdet vil typisk være udarbejdelsen af metodebeskrivelser. En metodebeskrivelse er med til at sætte ord på den opskrift, modelprojekterne tager udgangspunkt i i deres sociale og sundhedsfremmende indsats. Arbejdet med de socialt mest udsatte vil normalt have et stort element af tavs viden, hvilket gør arbejdet med metodebeskrivelser særligt relevant.

Det er evaluators vurdering, at der i modelprojekterne er meget fokus på vigtigheden af metodebeskrivelser, der skal gøre det muligt at reproducere de anvendte metoder, men at det konkrete arbejde med metodebeskrivelserne i mange projekter halter lidt efter. Der bør ellers være et stort potentiale i modelprojekterne for at lave metodebeskrivelse, da stort set alle projekter har fået ansat en eller flere personer med sundhedsfaglig baggrund som omdrejningspunkt, og da man traditionelt inden for den sundhedsfaglige verden har stor erfaring med at journalisere og dokumentere.

I flere af projekterne er man da også godt i gang med metodebeskrivelserne, da man ved, at det også i forankringsøjemed er rigtig vigtigt.

"I forhold til vores interne dokumentationsarbejde, bliver der ført logbog over hvem og hvor mange, der deltager i aktiviteterne. Dermed kan man følge aktiviteterne såvel som de brugere, der deltager. Derudover er der lægens journalføring, og tilsammen giver det et overblik over tankerne og metoderne i projektet."

Projektleder

"Der laves løbende dokumentation i forhold til projektet, men vi ikke er så langt, da det ses som værende vigtigt i forhold til de fremtidige muligheder for forankring."

Projektleder

"I forhold til dokumentationen af projektet bliver der lavet beskrivelser af brugerundervisningen, men man siger ikke, at det SKAL forankres senere hen. Dog skal det selvfølgelig præsenteres for kommunen."

Projektleder

Der er dog også nogle praktiske hensyn, som gør, at flere projekter ikke er så langt i deres metodebeskrivelser som tiltænkt. Fx nævner flere projektledere og -medarbejdere, at det er mere end svært at få tid til dokumentation, når der altid er en bruger, som står med mere presserende behov for støtte eller hjælp.

”Der bliver lavet planer over aktiviteterne i vores dokumentationsarbejde. Desuden oprettes en journal på brugerne, og dokumentationen sker den vej rundt, da jeg godt ved, at projektet skal godtgøres ved dokumentation. Der er bare ikke altid tid til det.”

Projektmedarbejder

10.1.2 *Interne evalueringer*

I denne eksterne evaluering fokuseres der på læring og resultater på tværs af de otte modelprojekter, men det kunne også være relevant for de enkelte projekter at lave dokumentationsarbejde, som indgår i en intern evaluering. En intern evaluering vil i højere grad give mulighed for at sige noget specifikt om netop det projekts virkninger.

Flere af projekterne gennemfører en eller anden form for evalueringsarbejde, der typisk er baseret på registreringer af fremmøde til aktiviteter samt enkelte fokusgrupper. Det er dog relativt tidskrævende at køre en dataindsamling parallelt med den eksterne evaluering, der bl.a. sætter krav om kvartalsvise indberetninger i brugermonitoreringen, hvilket afholder mange fra at lave en intern evaluering.

”Jeg synes også, at der er en masse dokumentation ved den eksterne evaluators rapporter og interview. Det skal have en relevans, før det er nødvendigt at lave mere dokumentation.”

Projektleder

10.2 **Plan for forankring og implementering af erfaringer**

Forankringsplanerne i modelprojekterne begynder at fylde mere og mere, om end der stadig er nogle projekter, som sætter deres lid til, at kommunen kommer med flere penge til en umiddelbar forlængelse af projektperioden. I de fleste kommuner håber man, at man ved at formidle projektets gode erfaringer i det mindste kan få støttemidler til at køre modelprojektet videre i en eller anden form, hvor den sundhedsfaglige ressourceperson får mulighed for at fortsætte i sin nuværende funktion.

”Fremtiden afhænger meget af politikkerne. Det kan være gennem noget brobygning, som kræver tid men ikke så meget økonomi. Derudover sætter vi vores lid til de netværk, der bliver sat i gang. De er også fremadrettede. Der kan vindes meget for den enkelte borger.”

Projektleder

Den strategi, som de fleste modelprojekter ønsker at anvende for at få projektet forankret, går dels ud på at sørge for at dokumentere effekter, og dels at sørge for, at de gode historier bliver formidlet videre til det politiske og administrative niveau.

”Politikkerne skal overbevises om, at sygeplejerskestillingen er en god ressource for stedet. At have en sygeplejerske tilknyttet værestedet giver en ro og tryghed blandt brugerne såvel som personalet. Der skal flere penge til for, at sundhedsprojektet kan forsætte, da værestedets budget ikke er til det. Derfor er dokumentation og kommunikation hovedpunkterne i forhold til at få det til at lykkes.”

Projektleder

I mange af modelprojekterne er man som udgangspunkt dog også meget realistiske i sine forventninger til de midler, som kommunerne har at bidrage med efter endt projektperiode. Derfor har man flere steder ambitioner om at vise, at projektet ud fra en cost/benefit-tankegang vil kunne betale sig.

” Vi kan ikke se, at der er penge til at forsætte projektet, efter projektperioden slutter. Kommunen havde tidligere et mål om at føre projekter videre efter endt projekt. Dog har de været nødt til at lukke for kassen, selvom interessen for projektet er der. På nuværende tidspunkt bliver det undersøgt, hvad en person sparer staten/kommunen ved, at han/hun er tilknyttet dette sundhedsprojekt.”

Projektleder

11. METODISKE OVERVEJELSER

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.

11.1 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 -sektorielle 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 midtvejsrapport.

Tabel 11-1: Endelige evalueringsdesign

	Del 1: Sundhedsfremmende aktiviteter	Del 2: Tværfagligt og -sektorielt samarbejde*	Del 3: Helbredsundersøgelse
Desk research	Blandt andet materiale fra værestederne, materiale fra modelprojekterne, aktuel forskning i alkohol- og stofmisbrugere og hjemløse og opgørelser af sundhed og helbred blandt socialt udsatte		
Fokusgruppe (*)	Nøglepersoner – inkl. projektledelse – i modelprojekterne		
Personlige interview	Flere brugere ved hvert modelprojekt		Flere brugere ved hvert modelprojekt
Monitorering (kvartalsvise indberetninger)	Indsamling af data om brugere	Logbog udfyldt af projektledere	Indsamling af data om brugere
Internetbaseret spørgeskema blandt netværksdeltagerne		Netværksdeltagere	
Papirspørgeskema blandt brugere	Brugere		Brugere

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

Som ovenstående tabel viser, er der tale om flere metoder til indsamling af data. Omfanget og indholdet af spørgeskemaerne til netværksdeltagerne og brugerne 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 både spørgeskemaerne til netværksdeltagerne og til brugerne. Endvidere er spørgsmålene tilpasset de respektive målgrupper, så hver målgruppe kun besvarer spørgsmål, der er relevante for den pågældende gruppe.

11.2 Undersøgelsens datagrundlag

Undersøgelsen baserer sig på data- og metodetriangulering, der kort sagt betyder, at undersøgelsen ikke blot er baseret på én datakilde eller én metode. *Data-triangulering* 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 spørgeskema til brugerne, personlige dybdeinterview med brugerne, fokusgruppeinterview med nøglepersoner 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 realiteterne⁵.

Som det fremgår af ovenstående, er der både anvendt en kvalitativ og en kvantitativ metode til indsamling af data. Dybdeinterviewene, fokusgruppeinterview og logbøger udgør den kvalitative del, mens spørgeskemaet til brugerne, 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 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.

Traditionelt har man kun sjældent anvendt kvantificering af indsatser på området for socialt udsatte. En af 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 besvarelsene. 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 sammenhænge. 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

⁵ For yderligere information om metodetriangulering se Denzin, Norman: *Strategies of Multiple Triangulation* i *The Research Act*

synsvinkler. Samtidig supplerer de valgte metoder hinanden i at finde generelle sammenhænge over tid og gå i dybden med den enkelte case.

11.2.1 *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 midtvejsevalueringen og det fremtidige arbejde med socialt udsatte.

11.2.2 *Fokusgrupper og personlige interview*

Fokusgrupper og personlige interview omfatter besøgsinterview med brugere, nøglepersoner og ledere på de otte projekter. Interviewene med nøglepersonerne er foretaget som fokusgruppeinterview, hvor personerne har suppleret hinanden i besvarelsene af spørgsmålene. Den klare styrke ved besøgsinterview er, at vi har mødt personerne 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. Brugerne 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 halvanden time af 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 ønsket 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.

11.2.3 *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.

11.2.4 *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,

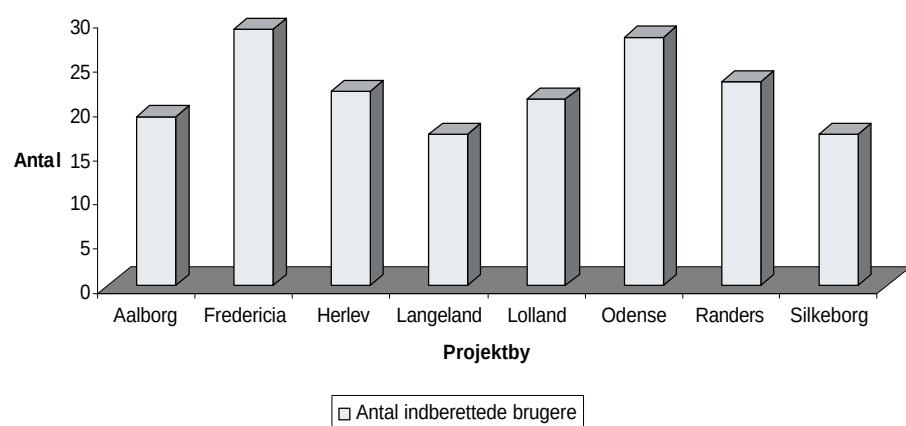
kan dække over, at brugerne har ført en samtale med de fagprofessionelle om besvarelsene, mens de fagprofessionelle har svaret på spørgsmålene. Det dækker dermed ikke nødvendigvis over, at brugerne selv har svaret på monitoreringen. Det er NIRAS Konsulenternes indtryk, at det gængse forløb i besvarelsen af monitoreringen har været, at de fagprofessionelle har foretaget besvarelsen, mens brugerne har siddet ved siden af og været med til at diskutere besvarelsene.

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 besvarelses.

Monitoreringen er blandt andet blevet anvendt til at analysere antallet af indberetninger samt frafaldet på projekterne. Frafaldet 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.

Nedenstående Figur 11-1 viser hvor mange brugere, der har fået foretaget startindberetninger på de forskellige projekter. Samtlige 176 brugere har fået foretaget en startindberetning, hvorfor tallene i figuren summerer til 176.

Figur 11-1: 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 17.

Når fokus flyttes fra antallet af indberetninger til frafaldet på det overordnede niveau, ses det, hvor mange deltagere projekterne ikke har hørt fra siden sidste måling. Hvis projekterne ikke hører fra brugerne, antages det, at brugerne er faldet fra projekterne.

Tabel 11-2: Frafald

	Antal	Procent af deltagere
Intet frafald	114	70%
Frafald	50	30%
I alt	164	100%

Tabel 11-2 viser, at 30% af brugerne er faldet fra projekterne fra startmålingen til den nyeste måling. Det kan dermed være frafald mellem startmåling og anden måling eller tredje måling afhængigt af, hvor mange indberetninger brugeren har foretaget.

Når det undersøges hvilke brugere, der falder fra projekterne, ses det, at de brugere, der falder fra, ikke skiller sig meget ud i forhold til resten af brugerne.

Tabel 11-3, Tabel 11-4 og

Tabel 11-5 viser, at den frafaldne gruppe procentmæssigt ikke stikker i forhold til den samlede gruppe af brugere på de udvalgte baggrundsvariable.

Tabel 11-3 Procentvis misbrug for frafaldne og samlede gruppe

	Procentdel frafaldne	Procent af deltagere
Intet misbrug	13%	18%
Et misbrug	55%	31%
To misbrug	16%	29%
Tre misbrug	16%	7%
I alt	100%	100%

Tabel 11-4: Procentvis hjemløse for frafaldne og samlede gruppe

	Procentdel frafaldne	Procent af deltagere
Ved ikke	4%	2%
Hjemløs	9%	9%
Ikke hjemløs	87%	89%
I alt	100%	100%

Tabel 11-5: Procentvise indtægtskilder for frafaldne og samlede gruppe

	Procentdel frafaldne	Procent af deltagerne
Ved ikke	2%	3%
Kontanthjælp	36%	30%
Førtidspension	57%	58%
Lønnet job	0%	2%
Tredje indtægtskilde	6%	7%
I alt	100%	100%

Kun en tiendedel af de frafaldne er hjemløse, stort set samtlige er på kontanthjælp eller førtidspension, og cirka halvdelen af dem har et misbrug, mens en begrænset andel enten ikke har et misbrug, har to misbrug eller har tre misbrug. Det samme mønster kan ses for den samlede gruppe. Det kan derfor ikke konkluderes, at det er den svage eller stærke gruppe af brugerne, der er faldet fra projekterne. Gruppen er repræsentativ for den samlede gruppe af brugere.

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 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.

11.2.5 *Papirspørgeskema blandt brugerne*

Spørgeskemaet til brugerne er udviklet som et papirspørgeskema, der udleveres på værestederne. Alle projektledere fik tilsendt spørgeskemaerne forud for udsendelse, hvorfor de kunne kommentere på indhold og opbygning, så dette blev tilpasset projekterne og deres brugere. Tilgangen med papirspørgeskemaer til brugerne via værestederne er valgt af flere grunde. For det første er det ikke alle brugere, der har en fast bopæl. Dermed er det ikke muligt at sende spørgeskemaer direkte til brugerne. Selv hvis brugerne har en fast bopæl, kan det ikke forventes, at brugerne åbner deres post og udfylder et vedlagt spørgeskema. For det andet forventes det ikke, at målgruppen er i stand til eller har mulighed for at besvare et internetbaseret spørgeskema. Det skyldes både, at brugerne formentlig ikke har adgang til internet og at de ikke er i stand til at anvende internettet. For at få flest mulige besvarelser er det derfor valgt at udforme spørgeskemaet i papirformat og lade værestederne stå for udleveringen.

Flere tiltag er iværksat for at gøre spørgeskemaerne let tilgængelige for brugerne. Eksempelvis er der tilføjet piktogrammer ved svarkategorierne, så 'meget tilfreds' har et glad piktogram og 'ikke tilfreds' har et surt piktogram. Disse tiltag kan være med til at gøre spørgeskemaerne let forståelige og øge svarprocenten. Det forventes dog ikke, at svarprocenten på disse papirspørgeskemaer vil være lige så høj som monitoreringerne, hvor det som udgangspunkt er de fagprofessionelle, der besvarer spørgeskemaet. Besvarelsen af spørgeskemaerne kan dog ikke nødvendigvis anses som repræsentative for den samlede målgruppe, da det kan tegne et billede af de mest ressourcestærke brugere, der er i stand til at besvare spørgeskemaet. Hensynet til at høre og inddrage brugerne er dog vægtet højt, hvorfor undersøgelsen er blevet gennemført.

11.2.6 *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. Undersøgelsen gennemføres igen om et år, hvor det vil blive tilstræbt, at svarprocenten bliver højere. Det er kun de seks projekter, der har søgt støtte til netværkssamarbejdet, der har modtaget spørgeskemaerne. Blandt disse seks projekter er der forskel på hvor mange ressourcer, der er allokeret til netværks-

samarbejde. 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.

11.3 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.

12. BILAG: RESULTATER FRA KVANTITATIVE ANALYSER

12.1 Resultater fra monitoreringen

I dette afsnit præsenteres tabeller og resultater fra analysen af monitoreringen, der ikke blev inkluderet i selve rapporten. Analyserne er uddybende i forhold til dem, der er inkluderet i rapporten. Signifikansniveau er kun inkluderet, når den pågældende analyse er signifikant.

Tabel 12-1: Har deltagerne et misbrug af alkohol?

	Antal	Procent af deltagerne
Ja	101	58%
Nej	64	36%
Ved ikke	10	6%
I alt	176	100%

Tabel 12-2: Har deltageren et misbrug af hash?

	Antal	Procent af deltagerne
Ja	76	43%
Nej	81	47%
Ved ikke	17	10%
I alt	176	100%

Tabel 12-3: Har deltageren et misbrug af andre stoffer?

	Antal	Procent af deltagerne
Ja	42	24%
Nej	113	65%
Ved ikke	19	11%
I alt	176	100%

Tabel 12-4: Er deltageren hjemløs?

	Antal	Procent af deltagerne
Nej	157	90%
Ja	16	9%
Ved ikke	2	1%
I alt	176	100%

Tabel 12-5: Hvilken indtægtskilde har deltageren?

	Antal	Procent af deltagerne
Førtidspension	103	58%
Kontanthjælp	51	29%
Tredje indtægtskilde	12	8%
Ved ikke	5	3%
Lønnet job	4	2%
I alt	175	100%

Tabel 12-6: Hvor mange aktiviteter har deltagerne benyttet?

	Antal deltagere	Procent af deltagerne
0 aktiviteter	33	19%
1 aktivitet	3	2%
2 aktiviteter	9	5%
3 aktiviteter	16	9%
4 aktiviteter	8	4%
5 aktiviteter	7	4%
6 aktiviteter	18	10%
7 Aktiviteter	9	5%
8 Aktiviteter	18	9%
9 Aktiviteter	10	6%
10 Aktiviteter	8	4%
11 Aktiviteter	10	6%
12 Aktiviteter	3	2%
13 Aktiviteter	9	5%
14 Aktiviteter	4	2%
15 Aktiviteter	3	2%
16 Aktiviteter	1	1%
17 Aktiviteter	1	1%
18 Aktiviteter	2	1%
19 Aktiviteter	1	1%
20 Aktiviteter	2	1%
23 Aktiviteter	1	1%
I alt	176	100%

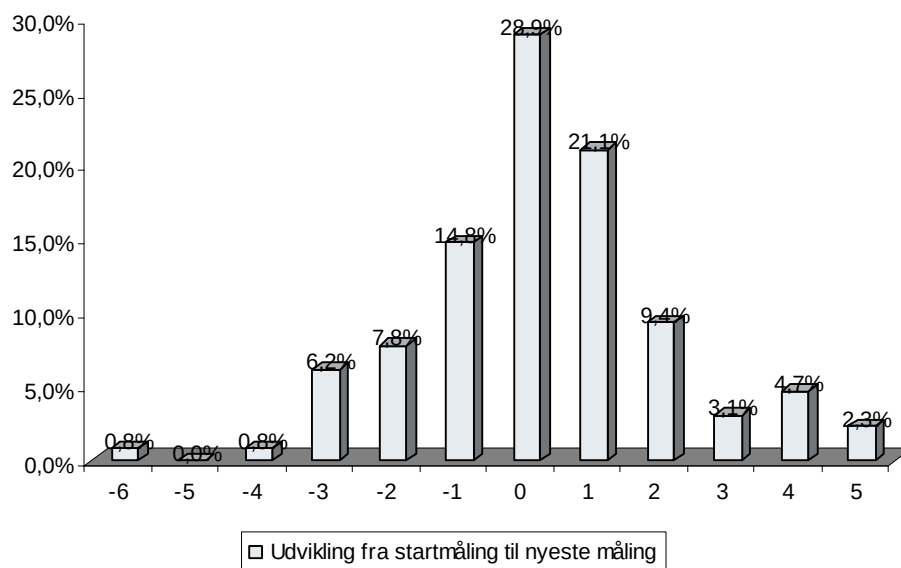
Note:

Antallet af aktiviteter går fra 0 til 27, da der er 9 aktiviteter, og nogle brugere har fået foretaget 3 målinger. Brugere, der kun har fået foretaget en eller to målinger, har ikke haft muligheden for at bruge alle 27 aktiviteter.

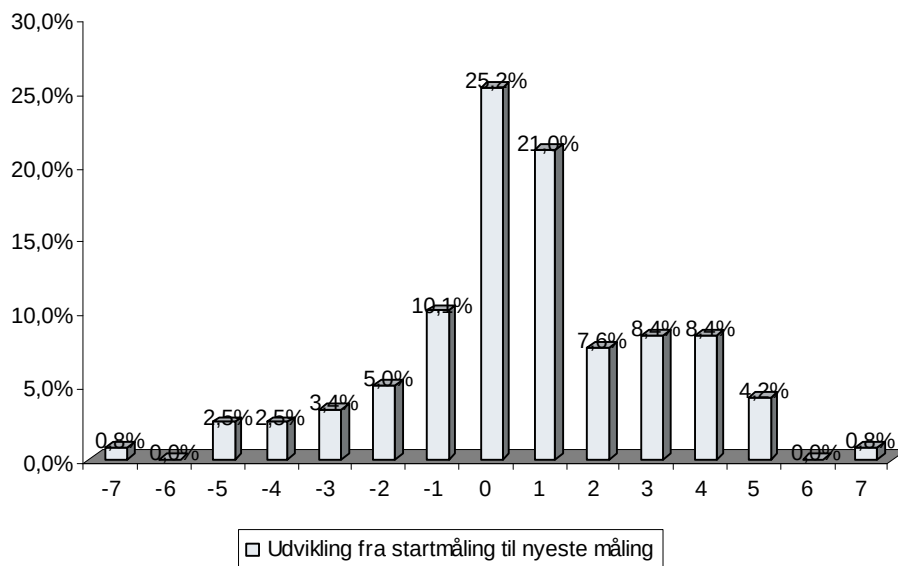
Tabel 12-7: Hvilke aktiviteter anvender deltagerne?

	Antal brugere, der slet ikke har anvendt aktiviteten, aktiviteten er ikke relevant for projektet eller manglende besvarelse	Antal brugere, der har anvendt aktiviteten på et tidspunkt	Procentvis andel, der har anvendt aktiviteten
Fysisk tilstand	67	109	62%
Sundhedsvæsenet	75	101	57%
Ernæring	77	99	56%
Andre aktiviteter	79	97	55%
Motion	98	78	44%
Alkoholmisbrug	112	64	36%
Rygning	135	41	23%
Stofmisbrug	139	37	21%
Tandpleje	141	35	20%

Figur 12-1: Udvikling i deltagernes tilstand inden for ernæring

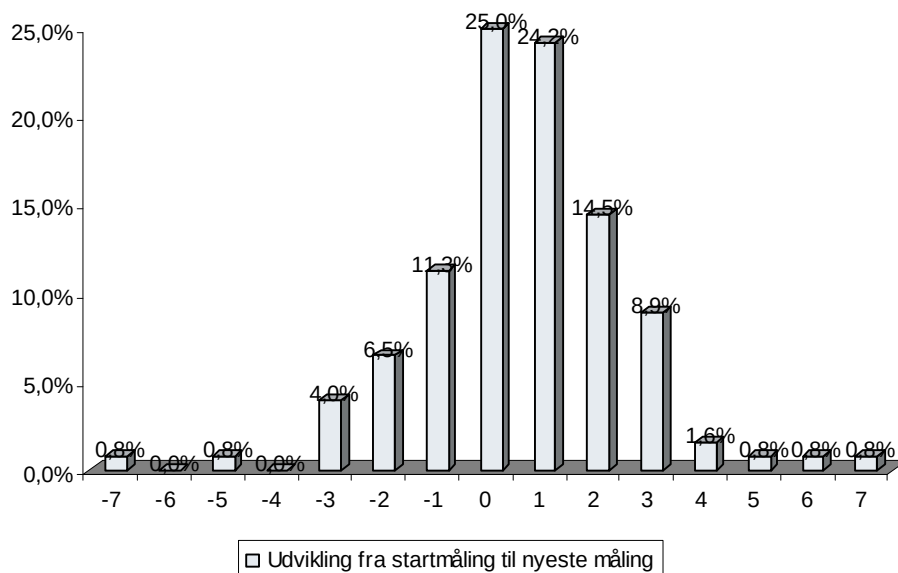


Figur 12-2: Udvikling i deltagernes viden inden for ernæring



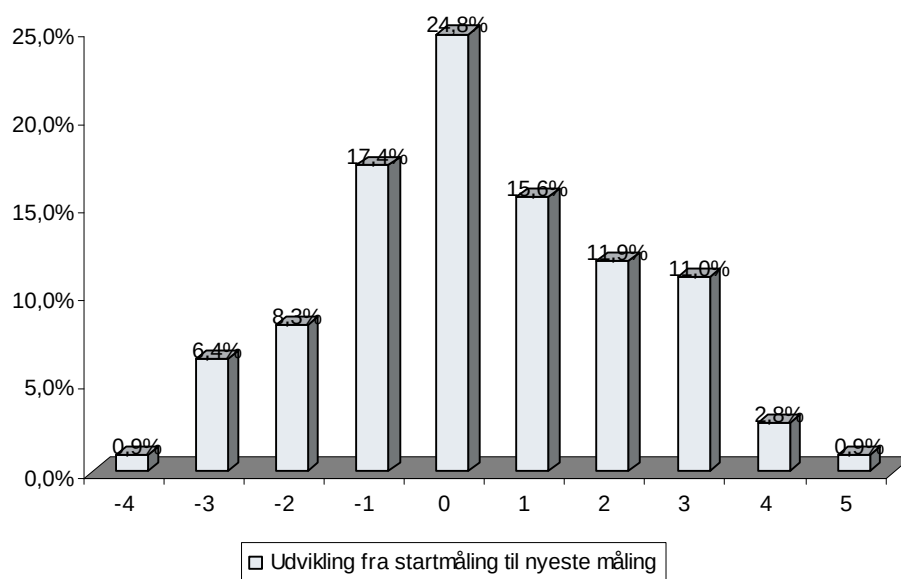
Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,005.

Figur 12-3: Udvikling i deltagernes handlekompetencer i forhold til ernæring

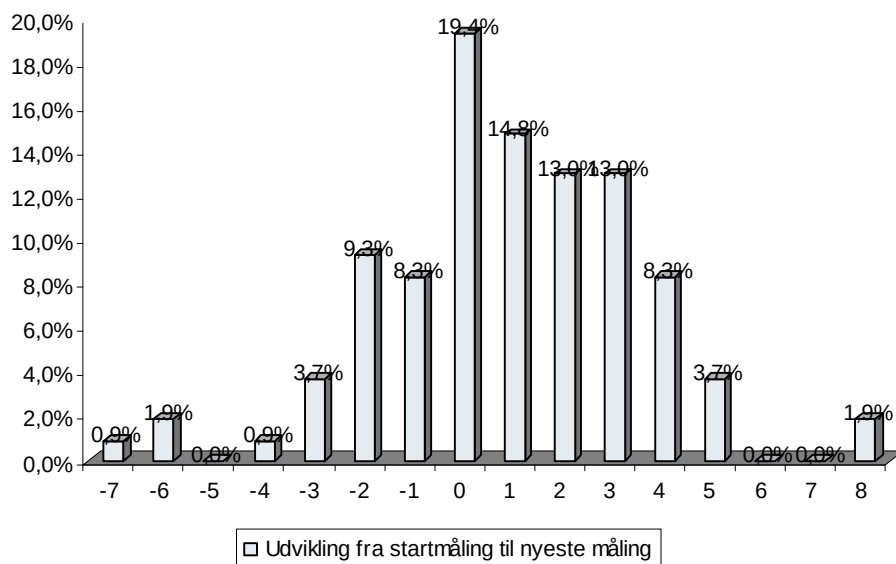


Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,002.

Figur 12-4: Udvikling i deltagernes tilstand inden for motion/kondition

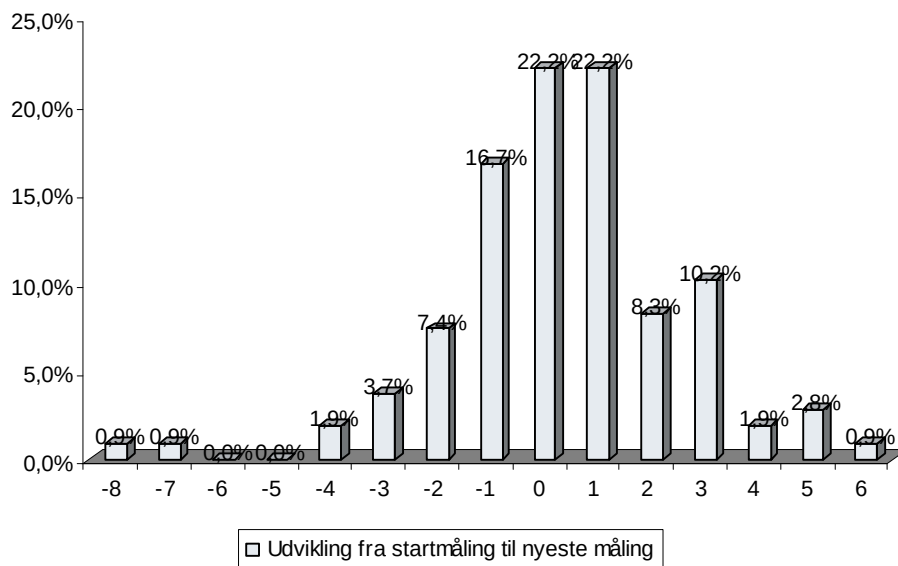


Figur 12-5: Udvikling i deltagernes viden inden for motion/kondition

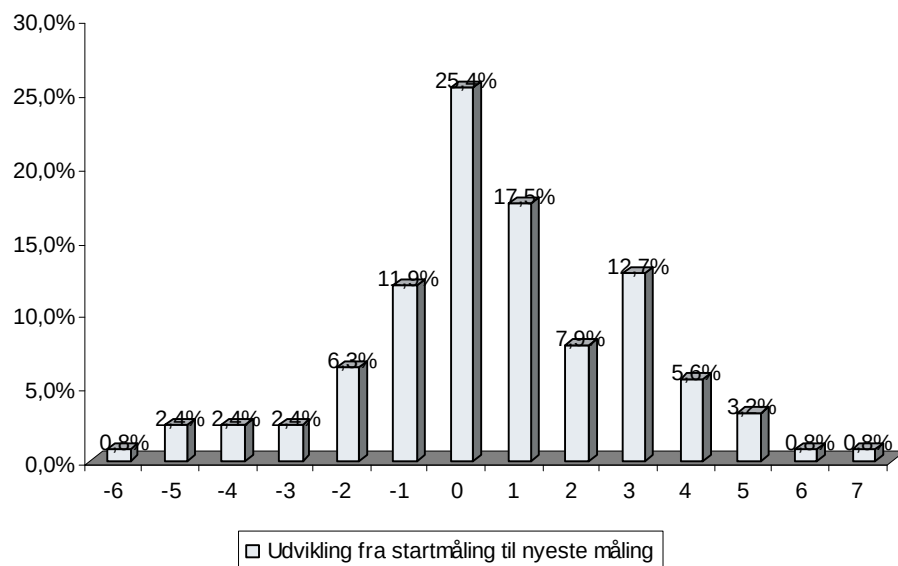


Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,003.

Figur 12-6: Udvikling i deltagernes handlekompetencer inden for motion/kondition

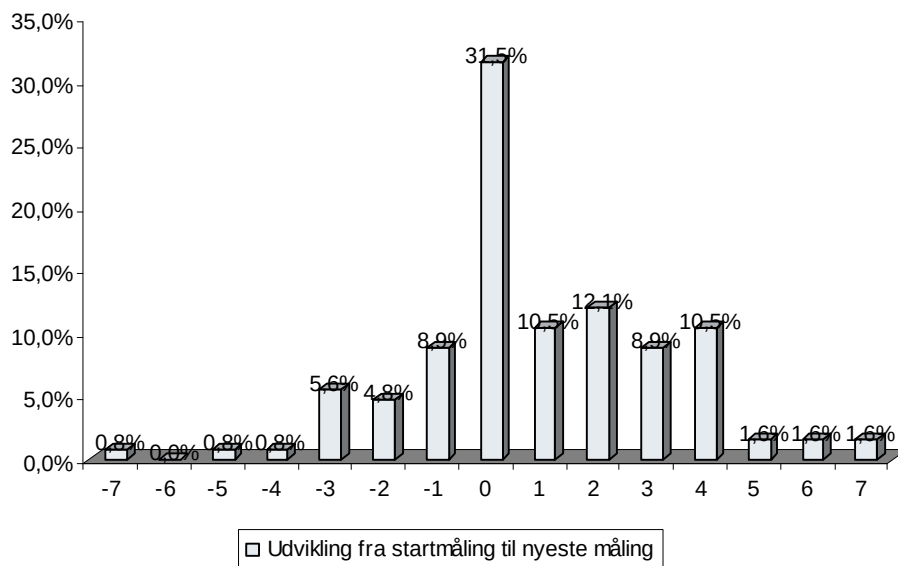


Figur 12-7: Udvikling i deltagernes tilstand inden for fysisk tilstand



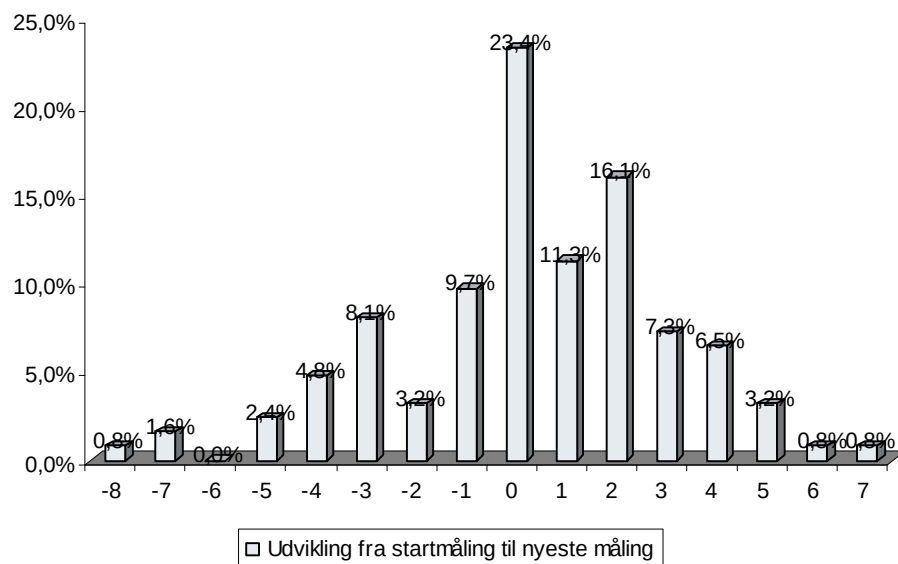
Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,004

Figur 12-8: Udvikling i deltagernes viden om deres fysiske tilstand

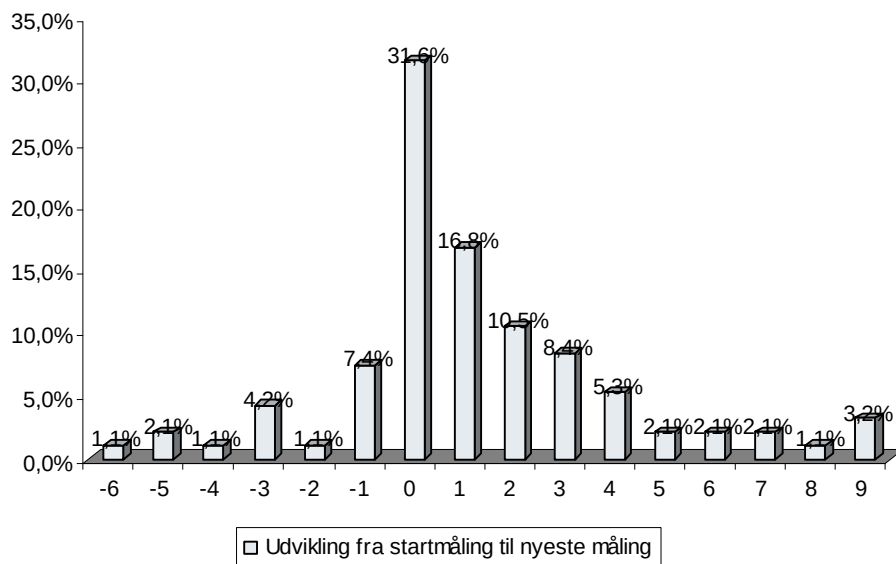


Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,000.

Figur 12-9: Udvikling i deltagernes handlekompetencer i forhold til deres fysiske tilstand

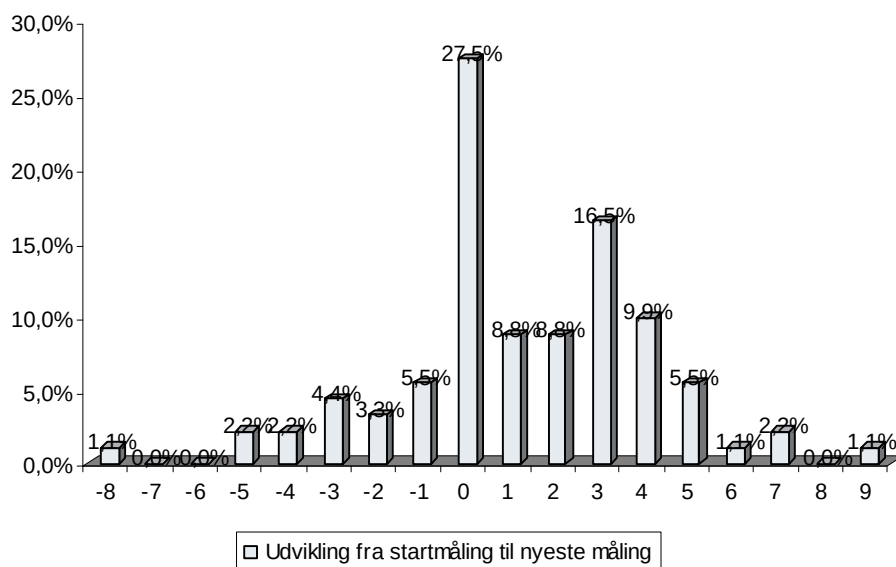


Figur 12-10: Udvikling i deltagernes tilstand inden for tandpleje



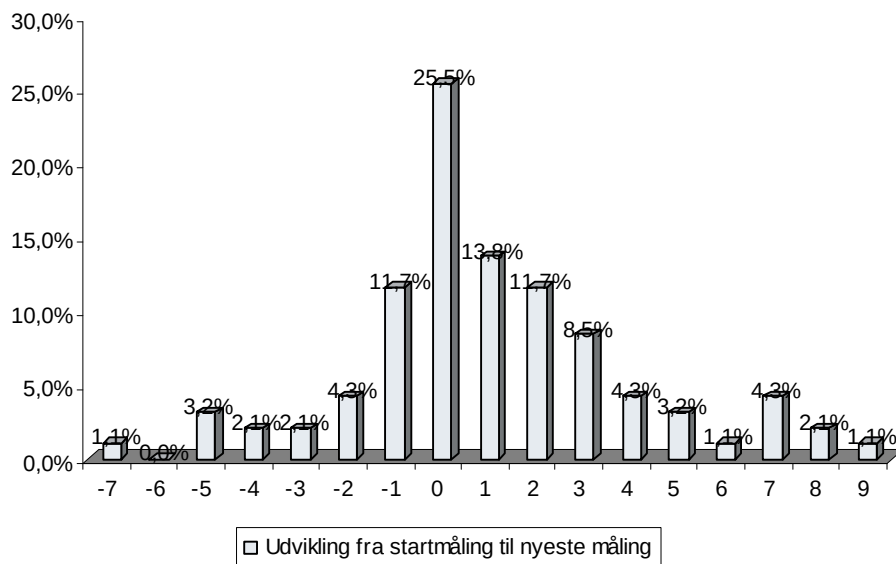
Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,000.

Figur 12-11: Udvikling i deltagernes viden om tandpleje



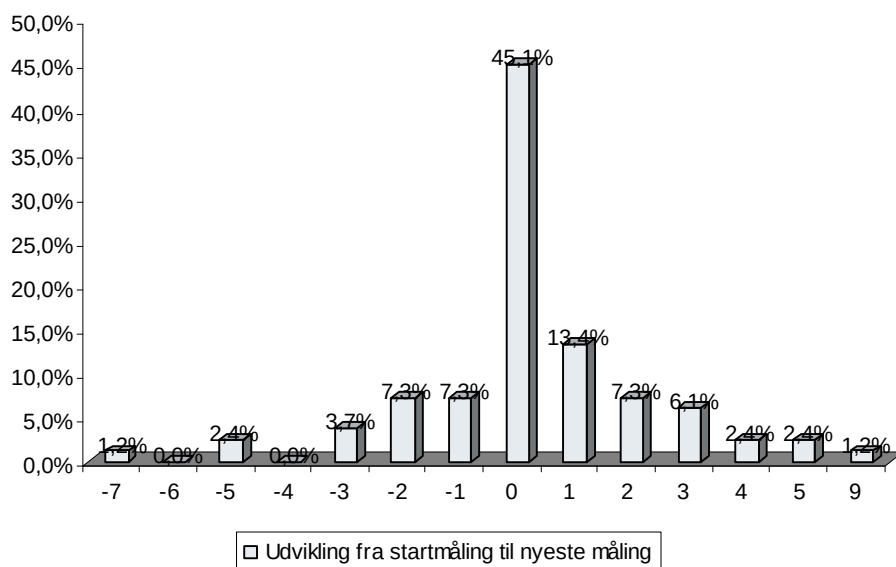
Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,000.

Figur 12-12: Udvikling i deltagernes handlekompetencer inden for tandpleje

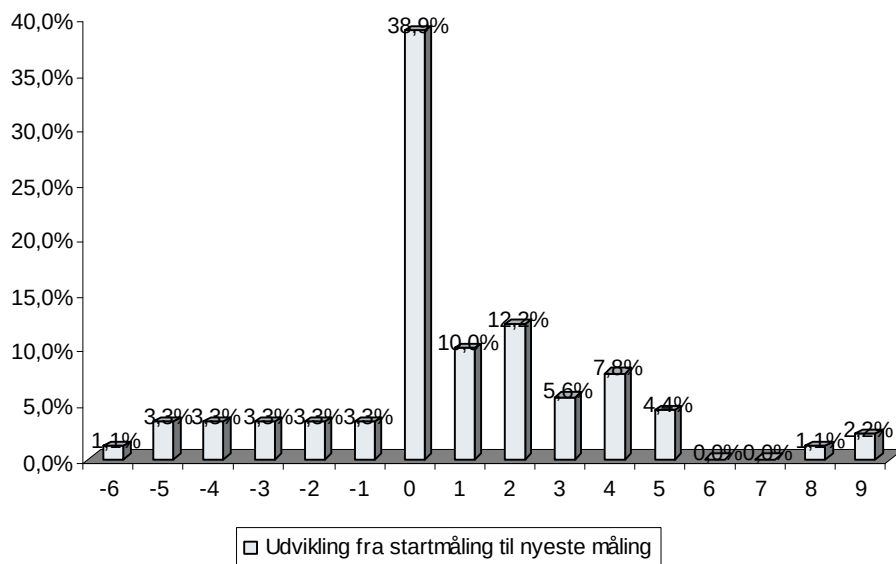


Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,001.

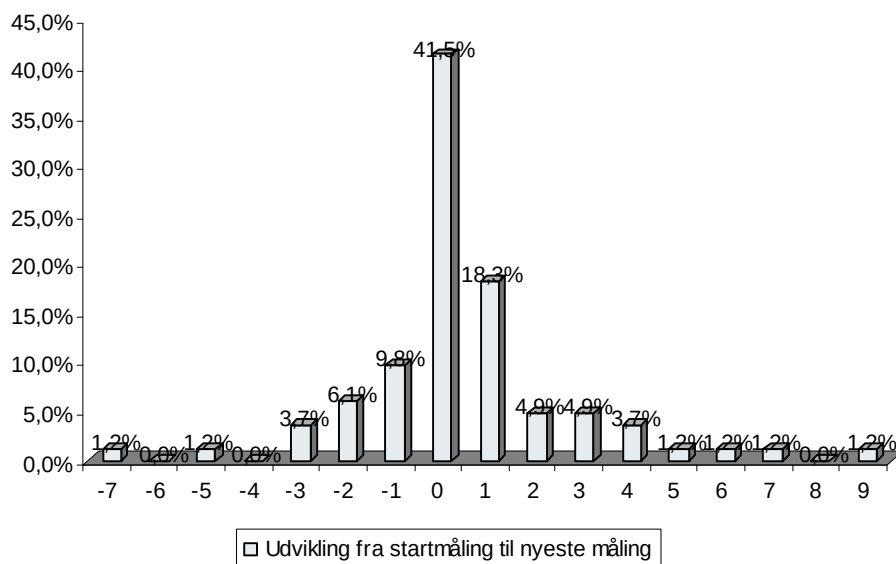
Figur 12-13: Udvikling i deltagernes tilstand inden for stofmisbrug



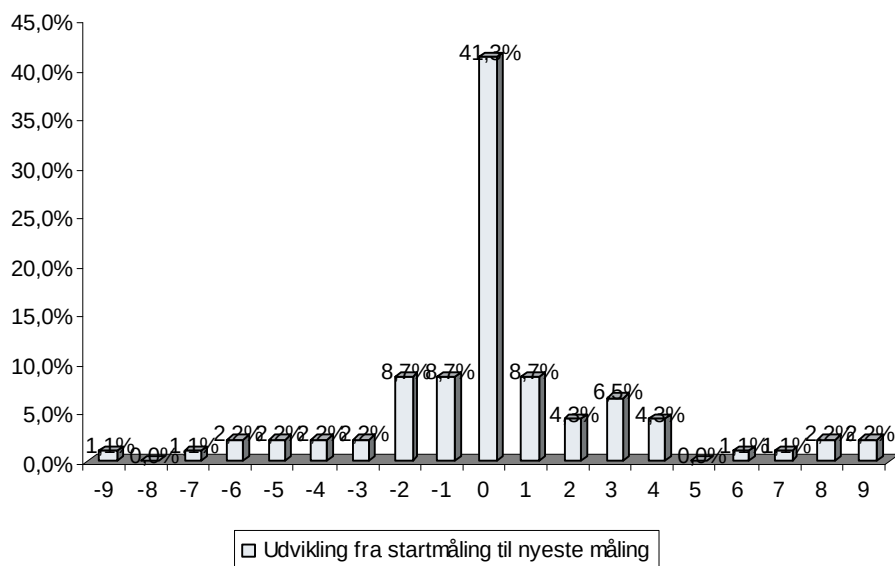
Figur 12-14: Udvikling i deltagernes viden om stofmisbrug



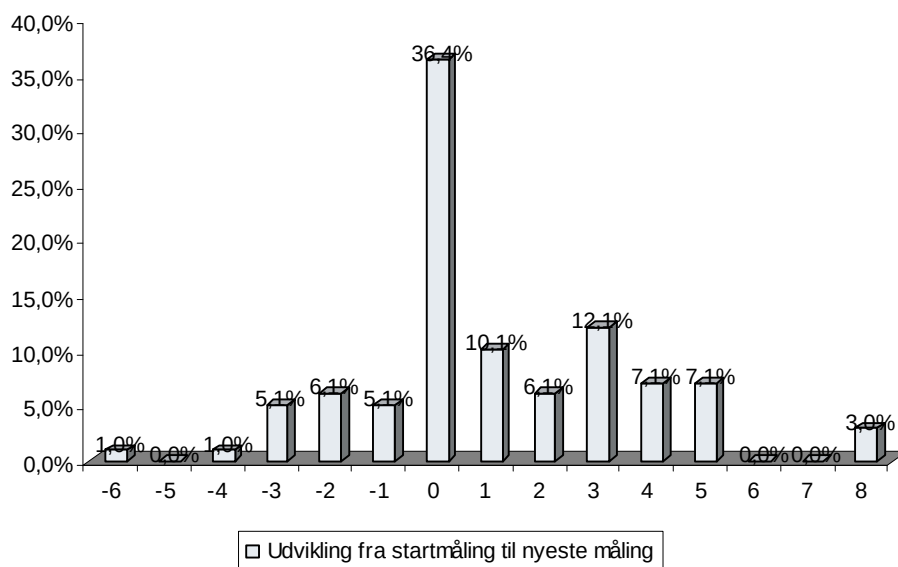
Figur 12-15: Udvikling i deltagernes handlekompetencer inden for stofmisbrug



Figur 12-16: Udvikling i deltagernes tilstand inden for alkoholmisbrug

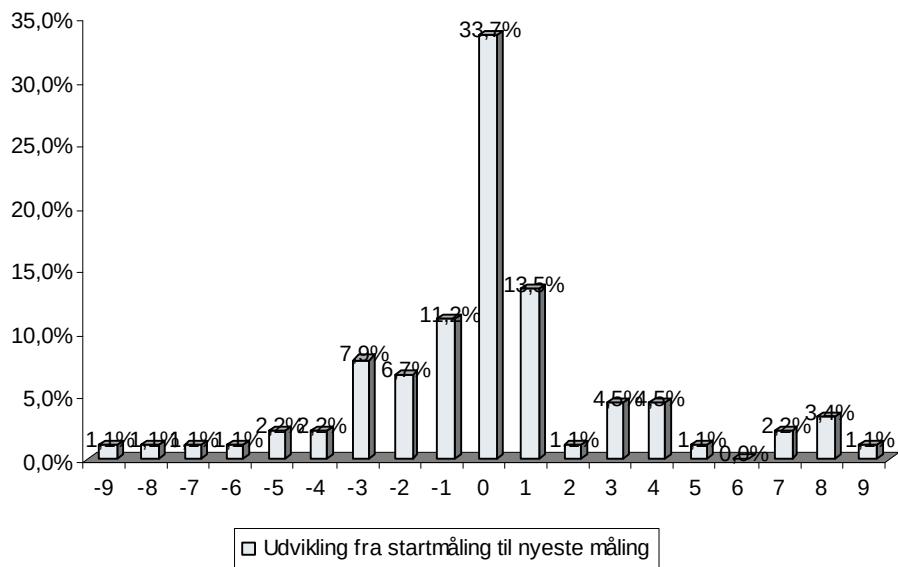


Figur 12-17: Udvikling i deltagernes viden om alkoholmisbrug

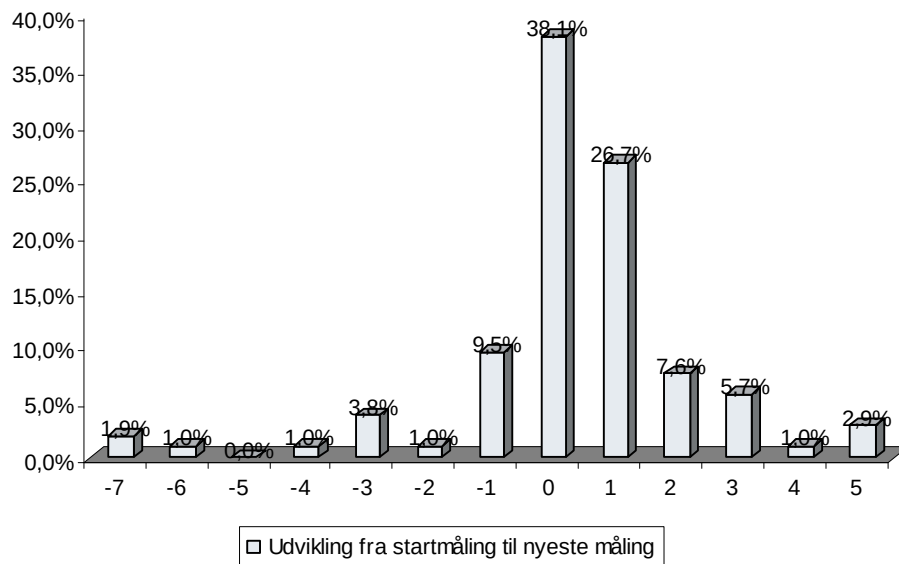


Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,000.

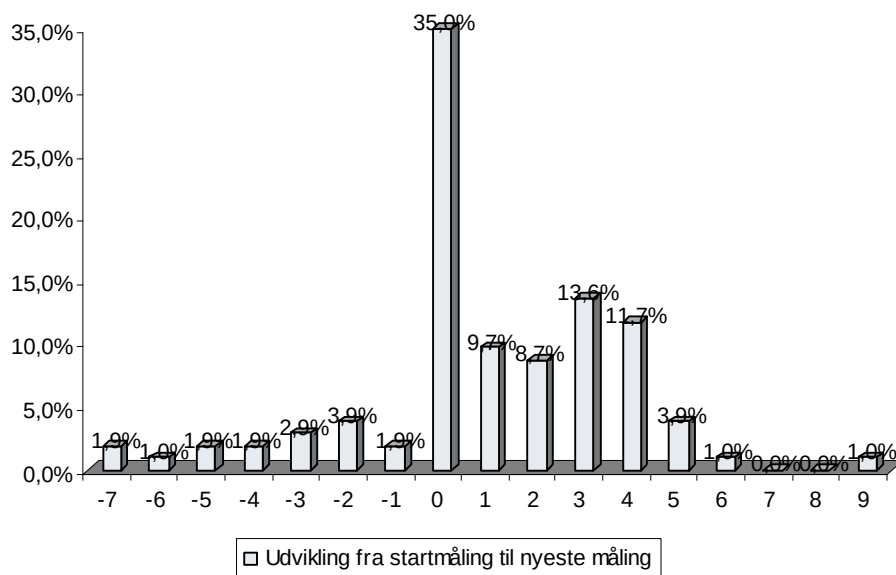
Figur 12-18: Udvikling i deltagernes handlekompetencer i forhold til alkoholmisbrug



Figur 12-19: Udvikling i deltagernes tilstand inden for rygning

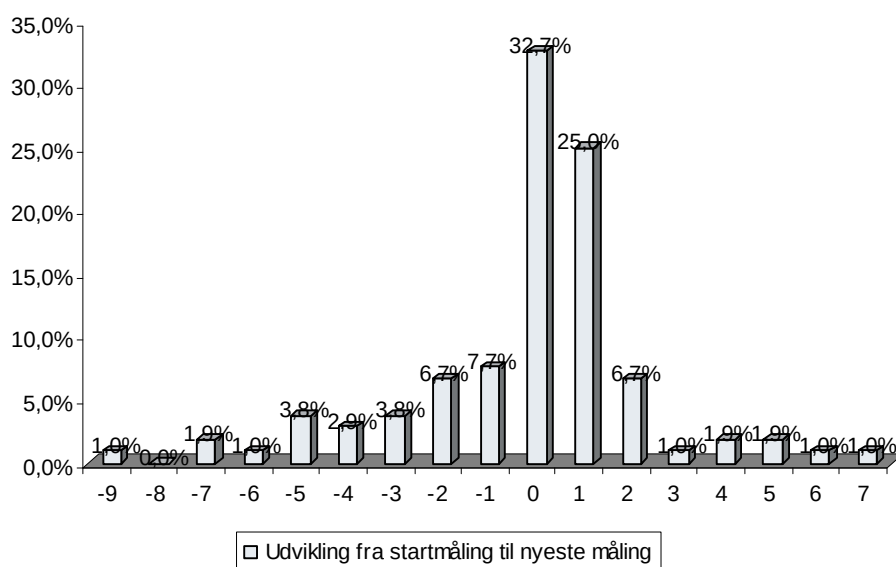


Figur 12-20: Udvikling i deltagernes viden om rygning

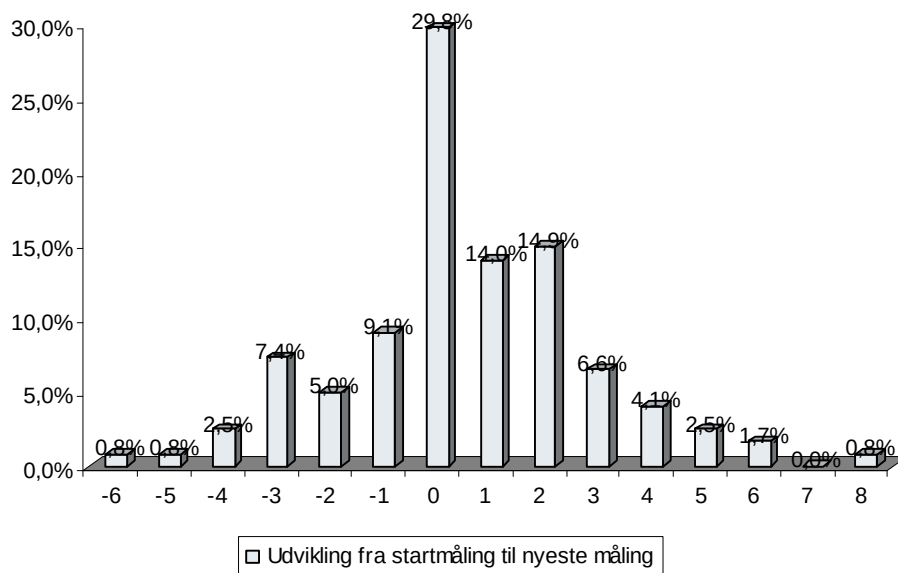


Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,001.

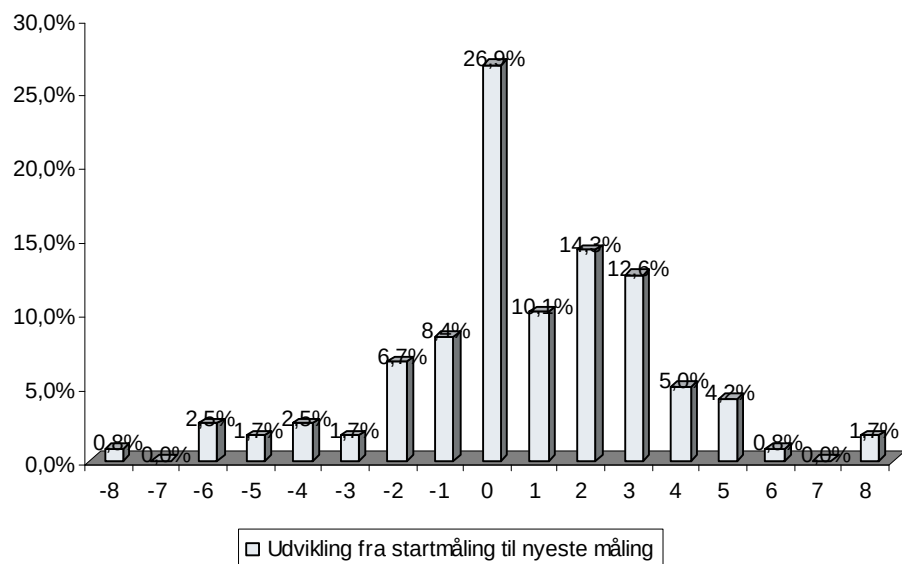
Figur 12-21: Udvikling i deltagernes handlekompetencer inden for rygning



Figur 12-22: Udvikling i deltagernes tilstand inden for kontakt til sundhedsvæsenet

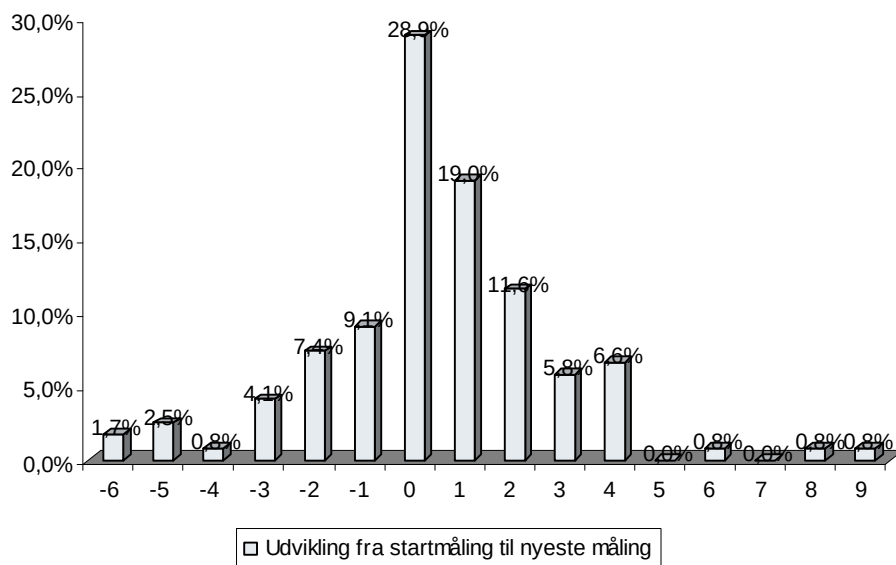


Figur 12-23: Udvikling i deltagernes viden om kontakt til sundhedsvæsenet



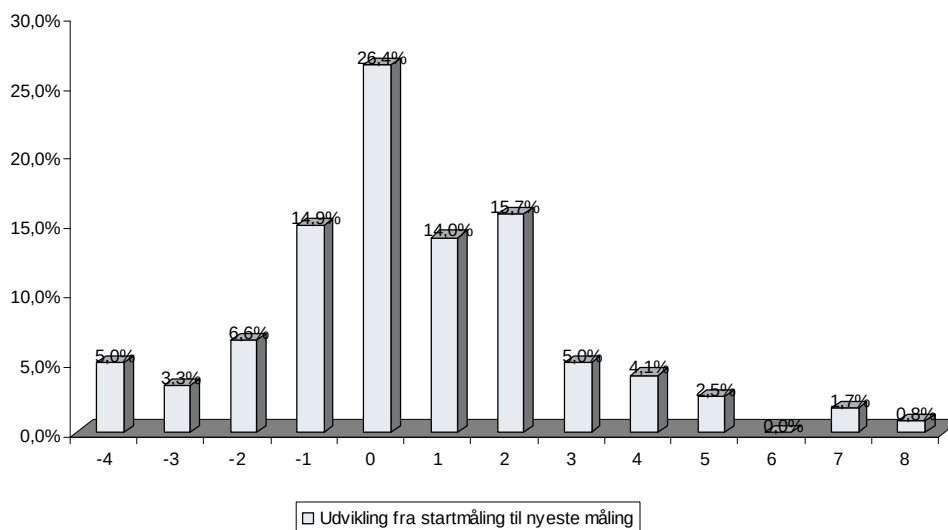
Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,007.

Figur 12-24: Udvikling i deltagernes handlekompetencer i forhold til kontakt til sundhedsvæsenet



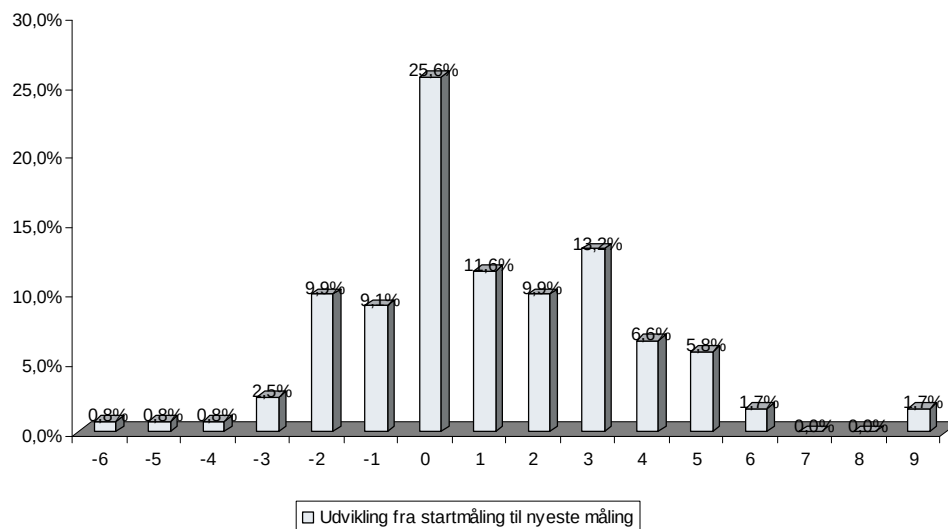
Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,050.

Figur 12-25: Udvikling i deltagernes vurdering af egen generelle sundhedstilstand



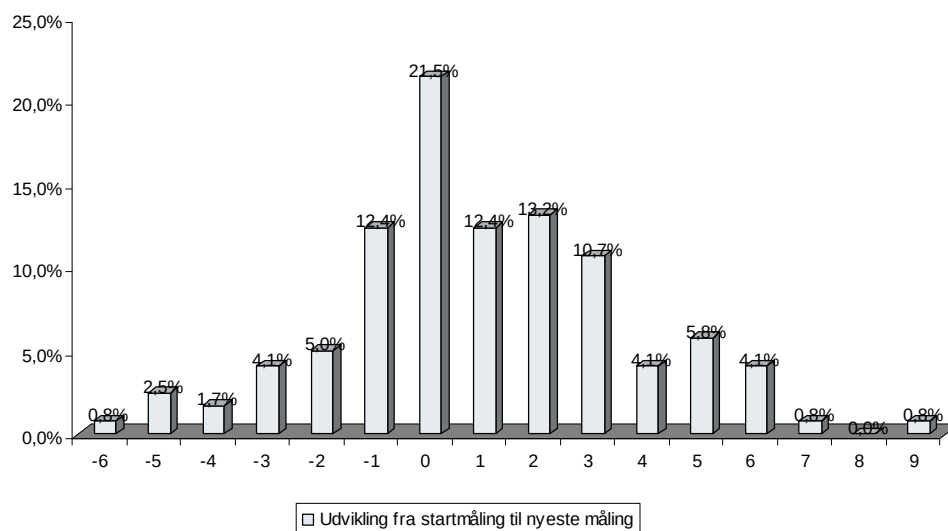
Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,018.

Figur 12-26: Udvikling i deltagernes vurdering af deres viden om egen generelle sundhedstilstand



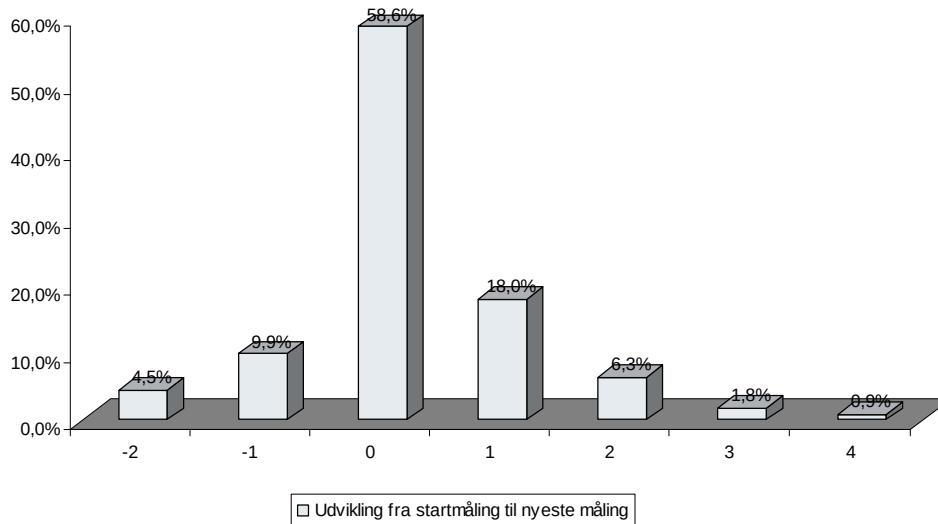
Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,000.

Figur 12-27: Udvikling i deltagernes egen vurdering af deres handlekompetencer i forhold til egen generelle sundhedstilstand



Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,000.

Figur 12-28: Udvikling i, om deltagerne mener, at de selv kan gøre noget for at bevare et godt helbred



Note: Signifikant udvikling med en værdi på 0,030.

Tabel 12-8: Frekvenstabel over, om deltagerne ved deres startmåling mente, at deres egen indsats er vigtig

	Antal	Procent af deltagerne
Jeg tror, at egen indsats er særdeles vigtig	85	48%
Jeg tror, at egen indsats er vigtig	39	22%
Jeg tror, at egen indsats er af nogen betydning	19	11%
Jeg tror, at egen indsats er af ringe betydning	8	4%
Jeg tror ikke, at egen indsats har betydning	3	2%
Ved ikke	21	13%
I alt	176	100%

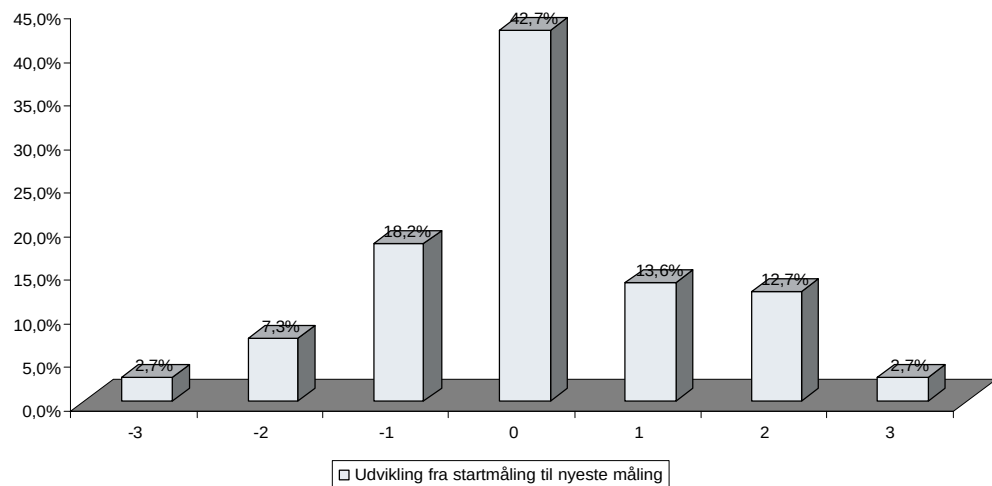
Tabel 12-9: I hvor høj grad har deltageren et afbrudt forhandlingsforløb bag sig

	Antal	Procent af deltagerne
I meget høj grad	11	6%
I høj grad	33	19%
I nogen grad	41	23%
I ringe grad	19	11%
Slet ikke	35	20%
Ved ikke	36	21%
I alt	175	100%

Tabel 12-10: I hvor høj grad deltagerne havde tillid til sundhedsvæsenet ved deres startmåling

	Antal	Procent af deltagerne
I meget høj grad	12	7%
I høj grad	26	15%
I nogen grad	42	24%
I ringe grad	38	21%
Slet ikke	37	21%
Ved ikke	20	12%
I alt	175	100%

Figur 12-29: Udvikling i deltageres tillid til sundhedsvæsenet



Tabel 12-11: Har deltageren fået lavet en handlingsplan for kontakt til sundhedsvæsenet

	Antal	Procent af deltagerne
På et tidspunkt	79	45%
Slet ikke	96	55%

Tabel 12-12: Har deltageren fået lavet en handlingsplan for at forbedre sin sundhedstilstand

	Antal	Procent af deltagerne
På et tidspunkt	97	55%
Slet ikke	78	45%

Tabel 12-13: Har deltageren selv været med til at svare på spørgsmålene

	Antal	Procent af deltagerne
Ja – helt eller delvis på et tidspunkt	139	80%
Slet ikke	36	20%

Tabel 12-14: Sammenhæng mellem tilstand inden for kontakt til sundhedsvæsenet og generel sundhedstilstand

	Dårlig generel sundhedstilstand	Middel generel sundhedstilstand	God generel sundhedstilstand	I alt
Dårlig tilstand inden for kontakt til sundhedsvæsenet	38 (68%)	13 (23%)	5 (9%)	56 (100%)
Middel tilstand inden for kontakt til sundhedsvæsenet	21 (37%)	34 (61%)	1 (2%)	56 (100%)
God tilstand inden for kontakt til sundhedsvæsenet	11 (18%)	31 (51%)	19 (31%)	61 (100%)

Note: Gamma værdi på 0,595. Signifikant sammenhæng med værdi 0,000

Tabel 12-15. Sammenhæng mellem viden om kontakt til sundhedsvæsenet og viden om egen sundhedstilstand

	Dårlig viden om egen sundhedstilstand	Middel viden om egen sundhedstilstand	God viden om egen sundhedstilstand	I alt
Dårlig viden om kontakt til sundhedsvæsenet	11 (58%)	8 (42%)	0 (0%)	19 (100%)
Middel viden om kontakt til sundhedsvæsenet	15 (25%)	36 (60%)	9 (15%)	60 (100%)
God viden om kontakt til sundhedsvæsenet	3 (3%)	34 (37%)	55 (60%)	92 (100%)

Note: Gamma værdi på 0,801. Signifikant sammenhæng med værdi 0,000

Tabel 12-16: Sammenhæng mellem handlekompetencer i forhold til kontakt til sundhedsvæsenet og handlekompetencer i forhold til egen sundhedstilstand

	Dårlige handlekompetencer i forhold til egen sundhedstilstand	Middel handlekompetencer i forhold til egen sundhedstilstand	Gode handlekompetencer i forhold til egen sundhedstilstand	I alt
Dårlige handlekompetencer i forhold til kontakt til sundhedsvæsenet	49 (79%)	10 (16%)	3 (5%)	62 (100%)
Middel handlekompetencer i forhold til kontakt til sundhedsvæsenet	20 (33%)	37 (62%)	3 (5%)	60 (100%)
Gode handlekompetencer i forhold til kontakt til sundhedsvæsenet	6 (12%)	29 (57%)	16 (31%)	51 (100%)

Note: Gamma værdi på 0,743. Signifikant sammenhæng med værdi 0,000

Tabel 12-17: Sammenhæng mellem deltagernes misbrug og deres sundhedstilstand

	Dårlig sundhedstilstand	Middel sundhedstilstand	God sundhedstilstand	I alt
Misbrug af tre rusmidler	6 (50%)	5 (42%)	1 (8%)	12 (100%)
Misbrug af to rusmiddel	23 (45%)	23 (45%)	5 (10%)	51 (100%)
Misbrug af et rusmiddel	16 (30%)	29 (54%)	9 (16%)	54 (100%)
Intet misbrug	12 (39%)	10 (32%)	9 (29%)	31 (100%)

Tabel 12-18: Sammenhæng mellem deltagernes misbrug og viden om deres sundhedstilstand

	Dårlig viden om sundhedstilstand	Middel viden om sundhedstilstand	God viden om sundhedstilstand	I alt
Misbrug af tre rusmidler	1 (8%)	8 (67%)	3 (25%)	12 (100%)
Misbrug af to rusmiddel	7 (14%)	18 (35%)	26 (51%)	51 (100%)
Misbrug af et rusmiddel	6 (12%)	24 (44%)	24 (44%)	54 (100%)
Intet misbrug	9 (28%)	11 (36%)	11 (36%)	31 (100%)

Tabel 12-19: Sammenhæng mellem deltagernes misbrug og handlekompetencer i forhold til egen sundhedstilstand

	Dårlige handlekompetencer i forhold til egen sundhedstilstand	Middel handlekompetencer i forhold til egen sundhedstilstand	Gode handlekompetencer i forhold til egen sundhedstilstand	I alt
Misbrug af tre rusmidler	7 (8%)	4 (67%)	1 (25%)	12 (100%)
Misbrug af to rusmiddel	25 (14%)	21 (35%)	1 (51%)	51 (100%)
Misbrug af et rusmiddel	16 (12%)	31 (44%)	7 (44%)	54 (100%)
Intet misbrug	15 (28%)	8 (36%)	8 (36%)	31 (100%)