

Sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere

Statusrapport

16. januar 2009
J.nr. 7-310-87/1

1.0 Indledning

Sundhedsstyrelsen administrerer satspuljeprojektet ”Sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere” med baggrund i udmøntningen af satspuljeaftalen for narkotikaområdet for 2006-2009, som skal ses som en opfølgning på satspuljeaftalen for 2004.

Med aftalen blev der oprettet en pulje, hvorfra relevante større kommuner kunne søge om dækning af halvdelen af udgifterne til indførelse af et målrettet tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere, svarende til et forsøg med sundhedstilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere i Københavns Kommune.

Sundhedsstyrelsen udmeldte ansøgningskriterierne for puljen i oktober 2006 med ansøgningsfrist den 24. november 2006. Størstedelen af de godkendte projekter blev igangsat i foråret 2007, hvorimod projektet i København først blev opstartet i efteråret 2008.

Denne midtvejsrapportering baserer sig på statusrapporter fra de enkelte projekter i kommunerne på baggrund af en fælles skabelon fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har med skabelonen stillet krav om, at der skulle beskrives følgende forhold:

- Projektets baggrund, formål og målgruppe
- Projektets ydelser, bemanding, arbejdsformer, samarbejde med andre instanser og brugerprofil
- Projektets foreløbige resultater, problemstillinger og fokusområder for næste år med henblik på forbedring.
- Kommenteret kvantitativ beskrivelse af projektet, fx aktivitetstal.

Da den fælles monitorering af projekterne først er igangsat med virkning fra 1. januar 2009, indeholder statusrapporten ikke sammenlignede dataudtræk på tværs af projekterne. Sundhedsstyrelsen forventer derfor at udarbejde endnu en statusrapport ved udgangen af 2009, som vil kunne indeholde dataudtræk på tværs af projekterne.

Den følgende del af rapporten vil være struktureret efter ovenstående punkter.

2.0 Baggrund for projektet

For at fastholde og udbygge den eksisterende behandlingsindsats og i endnu højere grad hjælpe stofmisbrugere indgik satspuljepartierne aftale om en række væsentlige initiativer med sigte på at intensivere indsatsen mod narkotikamisbruget. Ambitionen var at begrænse stofmisbruget og de alvorlige skader, som misbruget påfører misbrugerne selv, deres nærmeste og samfundet. Et af puljeformålene var støtte til projekter med sigte på at indføre et målrettet sundhedsfagligt tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere.

Projekterne skulle have baggrund i et 3-årigt forsøgsprojekt fra Københavns Kommune, hvor man havde opnået gode erfaringer med at kombinere den socialfaglige og den sundhedsfaglige indsats. Forsøget i Københavns Kommune byggede på en systematisk opsøgende gadeplansindsats og omfattede sundhedsfaglige tilbud som diagnosticering, behandling og opfølgning af forskellige lidelser, herunder bl.a. HIV og leverbetændelse samt andre infektioner. Derudover var der fokus på sårbehandling og samarbejde med egen læge og sygehusvæsenet samt oplysning om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

En evaluering af den københavnske model har bl.a. vist, at et samarbejde mellem den socialfaglige gadeplansindsats og den sundhedsfaglige indsats i højere grad gør det muligt at koordinere og sikre den langsigtede behandling af stofmisbrugernes kroniske lidelser, ligesom sundhedsvæsenet får lettere ved at håndtere stofmisbrugere med mere komplicerede behandlingsbehov. Evalueringen viste endvidere, at det

fortsat er muligt at sikre fremskridt gennem forbedring af allerede eksisterende skadesreducerende tilbud og aktiv udvikling af helt nye tilbud.

I satspuljeaftalen 2006-2009 blev der oprettet en pulje med i alt 28 mio. kr. fordelt med 4,6 mio. kr. i 2006 og efterfølgende 7,8 mio. kr. hvert år fra 2007-2009. Puljen er udmøntet som en ansøgningspulje, hvoraf relevante større kommuner kunne søge om støtte til dækning af halvdelen af udgifterne.

I forbindelse med udmøntningen af puljen blev der foretaget en grundig vurdering af de enkelte ansøgninger, hvor der bl.a. blev lagt vægt på, at den ansøgende kommune havde en gruppe hårdt belastede stofmisbrugere, at kommunen forpligtigede sig til at indgå i et løbende samarbejde med de øvrige deltagende kommuner i hele projektperioden foruden at indgå i og bidrage til evalueringer af projektet. Desuden skulle kommunerne forpligtige sig til at indsamle data og levere elektroniske data med henblik på en koordineret monitorering af indsatsen. Derudover skulle kommunerne kunne dokumentere 50 % egen finansiering af det samlede projekts omkostninger.

De kommuner, der fik tildelt støtte, var Københavns Kommune, Guldborgsund Kommune, Odense Kommune, Ny-Esbjerg Kommune og Århus Kommune, som alle fokuserede på implementering og videreudvikling af københavnermodellen tilpasset lokale behov. For alle fem projekter blev det vurderet, at der ville kunne opnås en erfaring og viden, der vil kunne anvendes i forbindelse med en fremtidig indsats og implementering af sundhedsfaglige tilbud til stofmisbrugere – evt. også i mindre danske kommuner.

3.0 Projektets formål og målgruppe

Det overordnede formål med projektet er at sikre, at de hårdest belastede stofmisbrugeres vilkår bedres såvel sundhedsmæssigt som socialt. Dette skal ske gennem implementering af målrettede sundhedsfaglige tilbud til de hårdest belastede stofmisbrugere efter den model, der er udviklet i Københavns Kommune i perioden 2000-2004. Det er tanken, at projekterne vil kunne føre til et generelt forbedret helbred for målgruppen, lette adgangen til relevante sundhedstilbud samt modvirke strukturelle forhindringer for bedring af sundhedstilstanden for (hjemløse) stofmisbrugere. Projektet har således primært fokus på brobygning til sundhedsvæsenet og sammenhængende behandlingsforløb på tværs af sociale og sundhedsfaglige tilbud for de hårdest belastede stofmisbrugere i fem udvalgte kommuner i Danmark.

De hårdest belastede stofmisbrugere er i projektet defineret som stofmisbrugere med langvarigt opiatmisbrug og blandingsmisbrug, herunder misbrug af benzodiazepiner, cannabis og alkohol ofte kombineret med komplicerede psykiatriske og somatiske sygdomme. Stofmisbrugere søger typisk til storbyerne, hvor de ofte opholder sig på gaden, er hjemløse og dermed synlige i gadebilledet og tilgængelige for en direkte gadeplansindsats. I storbyen ses stofmisbrugerne også i fx kommunale væresteder eller lignende væresteder. Stofmisbrugere i provinsen færdes ikke på samme måde som i storbyerne i veldefinerede gadeområder. Relativt flere har egen bolig eller bor på værelse, forsorgshjem el.lign.. Stofmisbrugerne i provinsen opholder sig ofte på kommunale væresteder og i mindre omfang i afgrænsede gadeområder.

4.0 Status for projektforløb

Alle projekter er nu etableret og i gang. I Københavns Kommune er projektet dog først opstartet i sensommeren/efteråret 2008. Forsinkelsen var hovedsageligt forårsaget af forsinkelse af politiske beslutningsprocesser om placering af projektets sundhedsrum. Den udgående indsats i projektet blev opstartet i sensommeren, og sundhedsrummet åbnede i november 2008. Ministeriet er informeret om forsinkelsen.

I begyndelsen af projektperioden, havde flere af projekterne vanskeligheder ved at rekruttere de fornødne rette personaleressourcer og særligt lægefaglige kompetencer. Som løsning engagerede flere projekter en lægefaglig konsulent, med tilknytning til projektet i et mindre omfang end det oprindeligt var forventet at de lægelige ressourcer skulle være. Projekterne har desuden ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt pædagog fagligt personale. Flere projekter har i årets løb oplevet personale udskiftning, men projekterne har personalemæssigt udviklet sig i rette retning det sidste år og er blevet bedre konsoliderede.

4.1 Patientprofil

Grundet forsinkelse af projektet i København, bygger det nedenstående på de resterende 4 kommuners projekter.

Målgruppen er præget af blandingsmisbrug som omfatter heroin, kokain og alkohol og deraf forbundne somatiske, sociale og psykiske problemstillinger, dog er det projekternes primære opgave at fokusere på de sundhedsmæssige problemstillinger. Patienterne/brugerne er ofte i lægeordineret misbrugsbehandling, men har ofte ligeledes et forbrug af anden medicin eller euforiserende stoffer ved siden af deres lægeordnede behandling. Primært er patienterne/brugerne mænd, men i **Odense** er næsten 40 % kvinder og i **Århus** er det 34 % der er kvinder.

Gældende for hovedparten af patienterne/brugerne er, at de er tilbageholdende med at opsøge hjælp fra det almindelige sundhedsvæsen. Det kan bl.a. være svært for mange af patienterne/brugerne i projektet, at have den tålmodighed, det kan kræve ved kontakt med sundhedsvæsenet. I **Odense** projektet oplyses det, at mange beskriver mødet med systemet som værende konfliktfyldt, og oplevelsen af at blive behandlet på en ydmygende og nedværdigende måde.

Gennemgående for patient/brugergruppen er, at de har en ringe evne til egenomsorg og nedsatte evner til at deltage i behandling af egne somatiske problemstillinger. Det er ligeledes kendetegnende, at flere af patienterne/brugerne i projektet lader sig udskrive fra hospitalet, før de er færdigbehandlet.

De registrerede somatiske problemstillinger omfatter bl.a.:

- Ringe tandstatus
- Absces på grund af fejlfix
- Hjerter- karsygdomme (kredsløbsproblemer)
- Sår
- Infektioner og bylder
- Hepatitis B og C (leverbetændelse)
- HIV
- Levercirrose og de heraf følgende somatiske problemstillinger – såsom åreknuder i spiserøret og ascites (væske i maven)
- Epilepsi
- Mave- og tarmproblemer
- Luftvejslidelser
- Generel dårlig almen tilstand, herunder ringe ernæringsstatus og manglende energi

Derudover har flere af patienterne/brugerne udprægede psykiske lidelser og i **Esbjerg** er det langt de fleste patienter/brugere der har en psykiatrisk problemstilling. Patienterne/brugerne har ofte ingen eller ringe kontakt til personlige og offentlige netværk samt utilstrækkelige boligforhold.

En del patienter/brugere er kendte i misbrugsbehandlingsregi, men i **Århus** er ca. 31 % af patient/brugere ved kontaktens start ikke indskrevet i nogen behandling.

I **Guldborgsund** projektet beskrives to typiske patient/bruger-profiler: Denne ene gruppe er forholdsvis stærke patienter/brugere, som er i misbrugsbehandling, og bruger det sundhedsfaglige tilbud som en sikring af ernæring, personlig hygiejne, samt samtaler med sygeplejersken. Den anden gruppe, er meget dårlige patienter/brugere, med stort sidemisbrug til deres medicinske behandling, eller så dårlige at de helt vælger medicinsk behandling fra, og udelukkende benytter det sundhedsfaglige tilbud i projektet som opretholdelse af et vist eksistensniveau, med bl.a. sikring af proteintilskud og kontinuerligt behandling af sårudvikling mv.

4.2 Ydelser

De primære opgaver for de sundhedsfaglige teams har på den baggrund været at foretage sundhedsfaglig udredning og give sundhedsfremmende tilbud i brugernes nærmiljø. Mange ydelser er af behandlende karakter fx sårbehandling, hjælp til korrekt medicinindtagelse samt kontrol af forekomsten af smitsom sygdom som fx hepatitis og HIV. Derudover er projektmedarbejderne tovholdere på kontakten med det øvrige sundhedsvæsen med henblik på at aftale tid, aflyse tid, opfølgning på iværksat behandling, forskellige forespørgsler og generel vidensudveksling. Projektmedarbejderne ledsager også patienten/brugeren til fx egen læge eller tandlæge, her anfører **Odense**, at det indebærer at 'udholde' ventetiden sammen med patienten/brugeren. Derudover foretager projekterne almen sundhedspleje, herunder rådgivning om kost og motion. Enkelte projekter tilbyder tillige ernæringsrigtige måltider. I **Guldborgsund** tilbydes patienterne/brugerne også NADA akupunktur. **København** oplyser endvidere, at der udleveres sprøjter, kanyler og kondomer.

Ofte foretager projektmedarbejderne også motiverende samtaler med patienterne/brugerne for at fastholde dem i en planlagt hensigtsmæssig behandling og kontrol med kroniske eller længerevarende sygdomsproblemer.

Projektmedarbejderne kan også hjælpe med at henvise og/eller visitere patienterne/brugerne til støtte-kontaktpersoner eller sagsbehandlere i kommunen ved problemstillinger, der vedrører fx pension, boligsituation eller lignende.

Der er positive erfaringer med at være det formidlende led til sygehusvæsenet – og støtte og ledsage patienter/brugere, men også at forbedre sygehusvæsenets forståelse, rummelighed og accept af disse patienter/brugere. Det betyder at projektmedarbejderne er 'sparringspartnere' for sygehusvæsenet, både i planlagte vidensudvekslingsseancer og i bl.a. forbindelse med besøg til indlagte patienter/brugere, kendt af projektmedarbejderne.

4.3 Arbejdsmetode

Indtil nu har den primære **arbejdsmetode** været opsøgende arbejde på gadeplan og hjemmebesøg. I **Esbjerg** er den opsøgende indsats også sket i samarbejde med Esbjerg Kommunes bostøtte. I alle projekterne har der desuden været stor fokus på telefonisk kontakt med brugerne og andre samarbejdspartnere. For mange brugere har der tillige været brug for, at personalet er synligt og til rådighed, når der er brug for det, det kan være på væresteder og sundhedsklinikker oprettet til formålet. Der har været behov for, at personalet kan handle både akut og planlagt, særligt i forhold til den udgående indsats. I **Odense** har det dog vist sig, at det ikke er nødvendigt at have den samme opsøgende funktion som tidligere i projektet. Grunden hertil er blandt andet, at der er mere kendskab til projektet og funktionen. Odense har dog stadig mulighed for at opsøge og

tage kontakt til de patienter/brugere og/eller vedkommendes rådgiver, som sandsynligvis vil kunne have gavn af projektets hjælp og støtte. I **København** er projektet stadigvæk så nyt, at erfaringerne viser, at patienterne/brugerne finder vej til sundhedsrummet via det opsøgende arbejde. Der er fortsat nogen usikkerhed blandt patienterne/brugerne, i forhold til at forstå, de tilbud og muligheder patienterne/brugerne har adgang til i sundhedsrummet.

I **Guldborgsund** er der arbejdet målrettet med cafe tilbud til patienterne/brugerne for at sikre et måltid med ernæringsrigtig kost og det har vist gode resultater.

Derudover har en del af arbejdet omhandlet kontakten til andre instanser og **samarbejdspartnere** som fx de sociale myndigheder i form af brobygningsarbejde. I flere projekter oplever de ansatte at være patienternes/brugernes mellemlid til andre offentlige instanser, og får dermed en koordinerende funktion. Projekterne har desuden etableret kontakt til sygehusene, både somatisk og psykiatrisk, og de praktiserende læger, som er vigtige samarbejdspartnere, når det gælder brugernes generelle sundhedstilstand. Tillige forventer især projektet i **København**, at der etableres netværk med allerede etablerede sundhedstiltag og andre lokale netværk for målgruppen.

I **Odense** har man gjort meget ud af at fortælle om projektet og udbrede viden til det sundhedsfaglige personale på Odense Universitets Hospital. Dette er med til at afmystificere personalets forestillinger om mødet med stofafhængige og samtidig øge personalets viden og sikkerhed i forhold til kontakten med denne brugergruppe. Personalet i Odense har derfor oplevet at været sparringspartner for personalet i det etablerede sundhedsvæsen. I **Århus** har brobygningsarbejdet til de sociale myndigheder med hjælp fra projektets socialrådgiver gjort, at patienterne/brugerne også oplever at modtage kvalificeret hjælp til deres sociale problemer.

Den brugerprofil og de ydelser projekterne indtil videre har leveret, er i overensstemmelse med det overordnede projekts formålsbeskrivelse. Sundhedsstyrelsen ser også gode arbejdsmetoder og samarbejdsrelationer i de kommuner, hvor det på nuværende tidspunkt har været muligt oparbejde de beskrevne resultater.

I **København** har man i øvrigt indgået et samarbejde med **Esbjerg** om, at sygeplejerskerne i projektet i København, som en del af deres introduktion, er i praktik i projektet i Esbjerg.

5.0 Problemstillinger i projekterne

I **Guldborgsund** projektet er der en vis sårbarhed i forhold til den smalle bemanning med 1 sygeplejerske. Der har det vist sig at være en udfordring af få patienterne/brugerne i projektet videre til tilbud i hjemmeplejen, da det har været hjemmeplejens antagelse, at indskrevne patienter/brugere i projektet skal færdigbehandles i projektet.

I **Odense** har det været en smule problematisk, at den alternative metadonudlevering fungerer som en del af projektet og dermed at adskille den primære opgave i projektet og substitutionsbehandlingen. I Odense har man hidtil i høj grad haft fokus på den direkte brugerrelaterede opgave, og det har derfor vist sig svært at fastholde, at det er et projekt, hvilket indebærer, at der skal være tid til dokumentation, opfølgning, refleksion, projektvejledning og faglig sparring.

I **Esbjerg** har man oplevet problemer i forbindelse med samarbejdet med psykiatrien. Det har været vanskeligt at opretholde samarbejdsaftaler vedr. psykiatriens tovholderfunktion i forhold til misbrugere med lidelser i det skizofrene og depressive spektrum.

I **Århus** har der vist sig problemer med at få hjemmeplejen ud til de mest kaotiske brugere, da vilkårene gør, at det er vanskeligt for patienten/brugeren at gøre brug af projektets tilbud. Sundhedsklinikken vil gerne deltage som brobygger og følge hjemmeplejen, men understreger, at det skal være hjemmeplejen, som eksempelvis udleverer og administrerer medicin. Ligeledes har det i **Århus** vist sig vanskeligt at overdrage patienterne/brugerne helt til systemet, således at patienterne/brugerne og systemet selv kan opretholde kontakten. For enkelte brugere har projektet haft en lille videreformidlingsrolle, hvor det eksempelvis blot har været nødvendigt med at hjælpe med kontakten til sygehusene. Men overordnet set skal personalet kontinuerligt være til stede for, at kontakten med sygehusene opretholdes på en konstruktiv måde.

6.0 Foreløbige resultater

Monitorering

Der er som led i projekterne etableret et fælles fagligt forum i Sundhedsstyrelsens regi, hvor der har været afholdt tre møder. Her er bl.a. udviklet et fælles monitoreringsskema omhandlende relevante parametre. For at udvikle dette monitoreringsskema til en elektronisk database, har Sundhedsstyrelsen modtaget 200.000 kr. fra satspuljen for projekterne. Databasen er nu udviklet som en applikation i SEI (Sundhedsvæsenets Elektroniske Indberetningssystem). Skemaet er opdelt i en grunddel og en ydelsesdel. Grunddelen udfyldes minimum 1 gang pr. år, og ydelsesdelen udfyldes ved hver ydelse, og der kan således indberettes flere ydelser pr. dag. Det er tanken, at monitoreringsskemaet, vil kunne fungere som en patientjournal i projekterne. Monitoreringssystemet blev udrullet pr. 1. januar 2009, og det er således obligatorisk for projekterne at indberette alle ydelser i projekterne fra denne dato.

Sundhedsfaglige resultater

I **Odense** har der været kontakt til 89 patienter/brugere siden projektet blev igangsat 1. april 2007. I **Århus** er der ved udgangen af 2008 kontakt til 71 patienter/brugere og projektet har derfor oplevet stor tilgang af patienter/brugere i løbet af året. I **Guldborgsund** har 29 patienter/brugere været indskrevet i et forløb i 2008. I **Esbjerg** er der i 2008 afsluttet 35 sager og i december var der 38 aktive sager. **København** har endnu ikke været i gang ret længe og har derfor ikke oplyst aktivitetstal.

Statusmeldingerne fra projekterne tyder på, at projekterne vil opnå gode resultater.

I **København** er der blandt patienterne/brugerne, en fokusering på manglende stofindtagelsesrum på Vesterbro, og flere havde ønsket sig og håbet på, at Sundhedsrummet også indeholdte den mulighed. Patienterne/brugerne udtrykker tilfredshed med de rolige omgivelser, og muligheden for uden tidsbestilling at kunne få kontakt med henholdsvis sygeplejerske og socialrådgiver.

I **Guldborgsund** er 8 af projektets patienter/brugere under deres forløb i projektet blevet indlagt. Kun 2 af de 8 indlæggelser har været af 1-2 døgns varighed – hvilket er et væsentligt målepunkt, da det bl.a. var et succeskriterium at få nedbragt antallet af 1 – 2 døgns indlæggelser, relateret til stofmisbrug og eller alkoholmisbrug.

I **Odense** har projektmedarbejderne en tovholderfunktion for patienterne i sundhedsvæsenet, og kan dermed aflyse den pågældendes tid hvis patienten/brugeren er forhindret i at møde op. Det betyder, at sygehuspersonalet ikke skal vente forgæves på patienter/brugere der ikke møder op. Ligeledes vil mulighederne for en højnet sundhedstilstand bedres og dermed øget chance for en forbedret livskvalitet, ved at patienterne/brugerne kommer til de aftalte tider og får den fornødne behandling og pleje. I **Odense** oplever patienterne/brugere endvidere, at de bliver behandlet anderledes og bedre af sundhedsfagligt personale, når

der er en sygeplejerske fra projektet med. Dette har stor betydning for patienternes/brugernes selvopfattelse og for de fremtidige relationer i kontakten med personaler i det etablerede sundhedssystem.

I **Esbjerg** har alle patienter/brugere været tilfredse med projektets indsats, på nær to henviste/opsøgte patienter/brugere der ikke ønskede kontakt til projektet. Endvidere har de praktiserende læger udtrykt tilfredshed med de sundhedsfaglige udredninger der er foretaget i projektet, og de praktiserende læger har forholdt sig lægefagligt til de anbefalinger og forslag til udredning og behandling, som projektet har udfærdiget.

I **Århus** anføres det, at personalet oplever, at deres blotte tilstedeværelse, eksempelvis ved den praktiserende læge eller på skadestuen, giver en bedre dialog mellem systemet og brugeren. I **Esbjerg** har alle de sundhedsfaglige udredninger i projektet medført efterfølgende konsultation hos egen læge og ved behov viderehenvisninger til specialafdeling, samt anbefalinger om hepatitisudredninger ved behov.

De foreløbige resultater peger således i retning af, at projektets formål om at skabe en bedre relation til det somatiske sundhedsvæsen for hårdest belastede stofmisbrugere kan realiseres svarende til projektets formål.

6.1 Nye tiltag i 2009

Alle projekter vil have fokus på yderligere samarbejde med andre instanser. Herudover kan følgende tiltag nævnes:

I **København** vil man i det næste år arbejde med brugerinddraget forebyggelse af overdosis dødsfald med Naloxone, dette i tæt samarbejde med Brugerforeningen af aktive brugere og lægeambulancen.

I **Guldborgsund**, vil man foretage en yderligere udbygning af tilbuddet om NADA akupunktur samt aktiviteter med udspring i caféen.

I **Odense** vil man særligt udvikle samarbejde med Akut Modtage Afdeling på OUH samt deltage med workshop på Landskursus for sygeplejersker der er beskæftiget indenfor ortopædkirurgi.

I **Esbjerg** vil man undersøge mulighederne med at oprette et dobbeltdiagnosteam i kommunalt regi.

I **Århus** vil man også sættes fokus på samarbejdet med akut modtagelsen samt med forsorgshjem. Derudover vil man afklare ansvarsområde med hjemmeplejen.

7.0 Konklusion

På trods af forsinkelserne i projekternes første år, er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at projekterne er i god fremdrift og fremstår relevante. Erfaringerne viser tillige, at misbrugerne har fået kendskab til projekterne og benytter tilbuddene, dels til basale foranstaltninger og dels til assistance i relation til det almindelige sundhedsvæsen. Sundhedsstyrelsen finder fortsat, at projekterne vil have stor nytteværdi, idet brobygningen mellem den socialfaglige gadeplansindsats og den sundhedsfaglige indsats er meget central for de hårdest belastede stofmisbrugeres sundhedsmæssige tilstand. Projekterne indeholder på forskellig vis interessante elementer, som kan bidrage hertil, hvilket erfaringerne fra projekterne også viser. Det bliver derfor yderligere interessant at se de første udtræk fra det fælles monitoreringssystem.

Sundhedsstyrelsen støtter, at kommunerne fortsat får mulighed for at udfolde projekterne på området. På grund af de initiale forsinkelser, vil projekterne derfor fortsætte arbejdet ind i 2010 og altså efter den oprindelige projektperiodes udløb.

Ligeledes vil Sundhedsstyrelsen - selvom dette ikke oprindeligt er omfattet af projektbeskrivelsen – foretage endnu en statusevaluering ved udgangen af 2009.