

Bilag 2

Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

Ulighed i sundhed – sundhedsfremmende indsats i almene boligområder

1.	Projektets titel:	Hverdagssundhed - Sammen
2.	Baggrund og vision for projektet:	Esbjerg Kommune ønsker at mindske ulighed i sundhed ved at flytte forebyggende og sundhedsfremmende indsatser tættere på borgerne i almene boligområder i Treenigheds sogn. Sognet er udvalgt blandt andet fordi det i DR dokumentaren, ”En syg forskel” Dokumentaren bygger på tal fra Aarhus Universitet, som har forsket i ulighed i sundhed i Danmark. Her dokumenteres det, at risikoen for at dø før man bliver 75 år er 54% i Treenigheds sogn, mod et landsgennemsnit på 35%. Treenigheds sogn er placeret i Esbjergs bymidte, Treenigheds Sogn rummer en blandet bybefolkning i forskellige boligformer, men med forholdsvis store områder med alment boligbyggeri. Der ligger desuden et plejehjem og et sundhedscenter, som udgør vigtige lokale ressourcer i forhold til borgernes trivsel og sundhed. I dele af sognet er der allerede etableret sociale og sundhedsfaglige indsatser, som primært henvender sig til borgere med omfattende sundhedsproblematikker, herunder misbrug og komplekse sygdomstilstande. Disse indsatser spiller en central rolle i at støtte de mest udsatte beboere. Erfaringer viser, at sundhed og trivsel i høj grad hænger sammen med borgernes sociale og økonomiske situation. For mange mennesker er udfordringer som ustabil forsørgelse, utryk boligsituation og økonomisk pres en væsentlig barriere for at kunne ændre vaner, prioritere egen sundhed og tage imod sundhedsfremmende tilbud. Derfor er det afgørende, at den forebyggende indsats i området kobles tæt til en socialfaglig indsats. En fast tilknyttet social medarbejder skal være en integreret del af projektet som en lettilgængelig ressource for beboerne. Formålet er at tilbyde konkret vejledning og praktisk støtte. Først når de basale rammer er på plads, øges beboernes overskud og handlekraft markant, og de får bedre forudsætninger for at deltage aktivt i sundhedsfremmende aktiviteter og forebyggende forløb. Den sociale indsats skal dermed ses som et nødvendigt fundament for at skabe varige forandringer i borgernes sundhedsadfærd og trivsel. Med udgangspunkt i den eksisterende indsats ønsker vi at styrke det forebyggende arbejde over for den øvrige del af befolkningen. Målet er at øge sundhedsindsigten og fremme tidlig indsats, så færre borgere risikerer at udvikle tilsvarende alvorlige sundheds- og sociale problemer som de mest sårbare i området.

		Projektets vision er at skabe en nært forankret, relationel og omsorgsfuld sundhedsindsats i borgernes hverdagsarenaer, der samtidig styrker borgernes handlekompetencer, på tre niveauer,- Empowerment: Samfund/strukturelt, rammer og forudsætninger. Nøgleord: Medindflydelse, selvbestemmelse Egenhåndtering: Praktisk/individuel, de handlinger der udføres Nøgleord: Handling, læring Mestring: Følelsesmæssigt/praktisk, psykologisk oplevelse af at kunne klare sig og tackle stress, sygdom, tab og forandringer. Nøgleord: Tilpasning, strategier Kommunens sundhedscentre, har omfattende erfaring med rygestopforløb, diabetes- hjerte og KOL-indsatser, kost/overvægt og diætistrådgivning. Disse tilbud kan imidlertid opleves som både fysisk og mentalt langt væk for mange borgere i boligområderne. Vi kobler derfor kommunens eksisterende indsatser med lokale aktiviteter, der understøtter mental sundhed, trivsel og rehabilitering i en praksis, som tager udgangspunkt i borgerens livssituation. Projektets tilgang forankres i følgende faglige rammer og tankesæt: • Samskabelse: Bevidst valg af samskabelsesgrad <i>Jens Ulrich 2016, Samskabelse, en typologi</i> • Relationel koordinering: Fælles mål, fælles viden og gensidig respekt på tværs <i>Jody Hoffer Gittel 2009, Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet</i> • Omsorgens logik: Situationsnær, kontinuerlig omsorg i forløb tilpasset borgerens hverdagspraksisser. <i>Annemarie Mol 2008, The logic of care</i> • Rehabiliterende tilgang: Tværfaglig og målrettet indsats med borgerens meningsfulde mål som kompas. <i>Social- og Boligstyrelsen 2022, Hvidbog om rehabilitering 2022</i> • Motivation: Fokus på menneskets iboende motivation, og reducere af de barrierer <i>Dorthe Birkmose 2022, Mennesket er motiveret</i> • Neuropædagogik: Hjerne-, krop- og kontekstsyn. Perspektivskifte og eksekutiv støtte samt hjernevenlig læring. <i>Peter Thybo 2013, Neuropædagogik, hjerne, liv og læring</i> Tilgangen understøtter Esbjerg Kommunes sundhedspolitik som har fokus på lige muligheder for sundhed og borgernære løsninger. Region Syddanmarks sundhedsaftale 2024–2027 som har fokus på forebyggelse tæt på borgeren og Sundhedsstyrelsens rammer for sundhedsaftaler der har fokus på sammenhæng, kvalitet og inddragelse. Sundhedsstyrelsens rapport, Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet udgivet 2023.
3.	Formål med projektet – forebyggelses- og	At reducere social ulighed i sundhed ved at få flere borgere i Treenigheds sogn engageret, og deltage i forebyggende og sundhedsfremmende kommunale indsatser, der bringes tættere på

	sundhedsfremme perspektiv	borgerne gennem relationel koordinering og en rehabiliterende, omsorgsfuld praksis, der styrker borgernes handlekompetencer.
	Overordnet mål:	At etablere, beskrive og afprøve et fagligt forankret, nært sundhedstilbud i Treenigheds sogn, der øger deltagelsen i kommunens forebyggende og rehabiliterende indsatser blandt borgere, som i dag sjældent deltager.
	Delmål:	1. Etablering af faste lokale "sundhedspunkter" i boligområderne med bemanding fra sundhedscentre og medarbejdere fra socialområdet, Borger & Arbejdsmarked 2. Uddannelse af medarbejdere involveret i projektet 3. Rekruttering af borgere til målrettede forløb, både hold og individuelle, via opsøgende arbejde. 4. Aktiv inddragelse af lokale beboere og frivillige som medskabere af aktiviteter. 5. Udvikle model, manual og materialer til det daglige arbejde som kan integreres i kommunens struktur ved projektets afslutning
4.	Projektets indsats- og fokusområder:	Projektet fokuserer på fem centrale indsatsområder: Inden for livsstil og kronisk sygdom arbejdes der med tobak, nikotin, fysisk aktivitet og kost, herunder forebyggelse af overvægt. Mental sundhed og trivsel styrkes gennem lavtærskelaktiviteter, der kan skabe fællesskaber og øge deltagelse. Indsatsen for sundhedskompetencer skal fremme sundhedsindsigten og styrke handlekompetencerne. Indsatsen for social støtte skal skabe stabile rammer og øge beboernes muligheder for at prioritere egen sundhed og trivsel Endelig prioriteres strukturel adgang med fokus på nærhed, nem deltagelse og relationer.
5.	Målgruppe(r):	Primært: Beboere i Treenigheds sogn, primært i almene boligområder, med lav sundhed, kronisk sygdom, lav socioøkonomi og/eller lav sundhedsindsigt. Sekundært: Inddrages pårørende, lokale aktører fra civilsamfundet. Afgrænsning: Projektet retter sig mod borgere bosiddende i Treenigheds sogn eller pårørende hertil.
6.	Rekrutteringsstrategi:	Opsøgende rekruttering via boligforeningerne, sociale viceværter og lokale netværk i området, samt synlig tilstedeværelse i Vognsbølparken, Esbjerg Idrætspark, Skovbocenteret og Højvang Sundhedscenter. Information og kommunikation på digitale platforme, Pop-up stande og events og eventuelt husstandsomdeling af information der gør opmærksom på projektet.
7.	Sikring af kompetencer blandt fagpersonale:	Sikring af kompetencer blandt fagpersonale Undervisningspakke (3 moduler á 1 dag + mikrolæring): • Modul 1 – Relationel koordinering & samskabelse: - Tværfaglig kommunikation, samskabelsesmandat/roller

		- Værktøjer: samskabelseskontrakt • Modul 2 – Handlekompetence, sundhedsindsigt, egenhåndtering & neuropædagogik: - Teach-back, handleplaner, SDM/fælles beslutningstagning, hjernevenlig læring og if-then-planer - Neuropædagogisk tilgang og perspektivskifte • Modul 3 – Omsorgens logik, rehabilitering & etisk arbejdsmiljø: - Mol's praksisnære omsorg, - Hvidbog 2022, - Birkmose (Mennesket er motiveret), Forløbskoordination & brobygning - praktik: • <i>Gå-med</i>-praksis: ledsagelse til konsultationer/undersøgelser, aftale-booking, transportløsninger. • Varmer overleveringer og én indgang-princip; brug af påmindelsesteknikker (sms/opkald), <i>teach-back</i> af lægens anbefalinger, dokumentation af næste skridt. • Etik og samtykke i koordinatorrollen; støtte/overdragelse og plan for gradvis selvstændiggørelse.
8.	Aktiviteter og metoder:	Aktiviteter og metoder Projektet gennemføres i syv sammenhængende faser, der tilsammen udgør en helhedsorienteret metode med vægt på fremskudt kontakt, lavtærskeltilbud og samskabelse med borgere og lokale aktører. Arbejdet bygger på principper om lige adgang, tillid, respekt og borgerinddragelse – og udvikles i tæt samarbejde mellem kommune, civilsamfund, sundhedsaktører og borgere. Fase A – Forberedelse og ulighedsoverblik I opstartsfasen kortlægges området og det besluttes hvor de planlagte ”sundheds-spots” placeres. Der gennemføres interessentanalyse, og der etableres et lokalt partnerskab der danner grundlag for graden af samskabelse og typer af aktiviteter. Fase B – Samskabelsesdesign og tillidsskabelse Der gennemføres co-design-labs og workshops med borgere, pårørende og lokale aktører, som afdækker barrierer og hverdagspraksiser. Der udvikles fælles handleplaner, som styrker handlekompetence og lokalt ejerskab. Fase C – Fremskudt kontakt og opsøgende indsats Den fremskudte kontakt er kernen i projektets metode. Her bringes sundhedstilbuddene tættere på borgerne gennem pop-up-aktiviteter, hjemme- og nærbesøg samt lavpraktiske mikrotilbud som ’gå med’-hold, aktivitetsfællesskaber og tilpasset oplysning om sundhed. Målet er at sænke tærsklen for deltagelse og skabe tryk adgang til sundhed og støtte. Indsatserne bygger på værktøjer som motiverende samtaler, teach-back og fælles beslutningstagning. Fase D – Integrerede forløb og rehabilitering I denne fase kobles de opsøgende indsatser med tværfaglig rehabilitering og omsorg. Borgerens egne mål danner udgangspunkt for

		sammenhængende forløb med, mikroforbedringer og fleksible omsorgsrutiner, små daglige ændringer i vaner og omgivelser, samt RC-tavler der understøtter koordinering og læring. Fase E – Læring, egenhåndtering og peer-støtte Der arbejdes med at gøre nye handlemønstre robuste. Forløbskoordinatorer støtter i hverdagens udfordringer i hverdagens udfordringer. Metoderne omfatter personlig action plan, if-then-planer og fælles refleksion via teach-back og feedback. Fase F – Brobygning og strukturer For at sikre varig effekt arbejdes der med strukturel brobygning til myndigheder, sundhedsvæsen og civilsamfund. Målet er at skabe vedvarende medindflydelse for borgeren på eget forløb. Fase G – Opfølgning og evaluering Der foretages løbende dokumentation og læring via borgerrapporterede effekter og kvartalsvise læringsmøder. Evalueringen kombinerer data og fortællinger og danner grundlag for løbende justering af metoder og indhold. Sundhedspunkter – kerneleverancer: Drop-in-rådgivning, gruppeforløb (rygestop, kost/motion, mental sundhed), individuelle samtaler, brobygning til eksisterende kommunale og regionale tilbud. Brobygning og forløbskoordination – daglige kerneopgaver: • Ledsagelse og <i>gå-med</i> ved behov; praktisk støtte til transport/logistik. • Støtte i hverdagens prioriteringer, aktiviteter og afdækning af muligheder og konsekvenser af valg. Støtte til at identificere meningsfulde mål og synliggøre barrierer. Bruge teach-back metode til implementering af sundhedskompetencer. • Varm overlevering mellem sektorer og kommunens afdelinger, med dokumentation af næste skridt og ansvar. Undgå borgeren står alene som sagsbærer.
9.	Inddragelse af målgruppen:	Interviews, fokusgruppeinterviews og deltagelse i co-design-forløb, hvor der blandt andet arbejdes med graden af samskabelse og valg af indsatser og aktiviteter.
10.	Forventes indsatsen at styrke øvrige områder?	Ja. Indsatsen forventes at styrke fysisk og mental sundhed, fællesskab og tilknytning til civilsamfund og fritidsliv, samt samarbejde på tværs af kommunale enheder og andre sundhedsaktører.
11.	Samarbejde med øvrige aktører:	Der samarbejdes og udfærdiges forpligtende samarbejdsaftaler med boligforeningerne DAB og AB, fritidsarenaerne Sport & Event Park Esbjerg (SEPE) Esbjerg Idrætspark og civilsamfundet via patientforeninger, frivilligorganisationer og foreninger.
12.	Arenaer, risiko og sundhedsadfærd:	Arenaer: Boligområdernes fælleslokaler, parker, skoler, idrætsfaciliteter, mobile stande/pop-ups og hjemmebesøg. Risici & afbødning: • Lav deltagelse • Medarbejderbelastning

		- Afhængighed af koordinator → tidsafgrænset <i>gå-med</i>, plan for gradvis selvstændiggørelse, if-then-planer og overgang til digitale/analoge påmindelser. - Data og samtykke → tydelig samtykkepraksis, minimaldataprincip og borgerlæsbare aftaleoversigter.
13.	Tilpasning til den eksisterende indsats:	Projektet bygger ovenpå kommunens eksisterende forebyggelses- og rehabiliteringstilbud og integreres i eksisterende drift. Esbjergmodellen anvendes som organisatorisk reference,- én indgang. Der sikres kobling til Region Syddanmarks sundhedsaftale ved at skabe sammenhæng i borgerforløb og flytte forebyggelse endnu tættere på borgerne.
14.	Dokumentation og afrapportering:	Procesmål: Førstegangskontakter og forløb hos forløbskoordinatorerne, mængden af aftaler med ledsagelse/varm overlevering registreres. Resultatmål handlingskompetencer: Opnås ved arbejde med empowerment, mestring og egenhåndtering. Måles på borgerrapporteret forbedret handlekompetencer, mestring og egenhåndtering.. Systemmål, sammenhæng og kvalitet: Overleveringer med feedback, kontinuitet og samme kontaktperson. Læringsrytme: Kvartalsvise opfølgninger med borgere og samarbejdspartnere, midtvejs- og slutevaluering. Afrapportering: I overensstemmelse med puljens krav og Sundhedsstyrelsens retningslinjer.
15.	Formidling og kommunikation:	År 1: Lokalt informationsspor (opslag, flyers, digitale platforme), introduktionsmøder i boligområderne, presseomtale; etablering af sundhedsspots og uddannelse af fagprofessionelle. År 2: Delresultater til involverede samarbejdspartnere, formidlingsworkshops for sekundært involveret personale og andre relevante snitflader. År 3: Afsluttende formidling, udfærdigelse af manual/værktøjskasse og casefortællinger; overdragelse til drift.
16.	Projektets forankring:	Forankring sikres gennem: - Indbygning af fremskudte sundhedspunkter og forløbskoordination i fremtidig drift. - Kapacitetsopbygning,- undervisningspakke og mikrolæring for medarbejdere og samarbejdspartnere. - Aftaler om ”én indgang”, åbningstider, lokaler og transport. - Manualer og skabeloner, som kan genbruges i andre bydele.
17.	Styregruppe og evt. referencegruppe:	Styregruppe: Direktør/chefer fra Sundhed & Omsorg, Social- og Arbejdsmarkedsområdet, repræsentanter for DAB/AB, SEPE. Arbejdsgruppe: Projektets fagprofessionelle og de involverede daglige ledere.

		Møde- og beslutningsrytme: Månedlige møder i bydels-teamet, kvartalsvise eller halvårslige status/beslutningsmøder i styregruppen.
18.	Projektets organisering og bemanning:	• Projektejer: Direktør for Fritid, Sundhed & Omsorg. • Projektleder: Malene Hyldgård Lauridsen. • Bydels-teams: Fys/ergo, diætist, sygeplejerske, socialrådgiver, aktivitetsmedarbejder, forløbskoordinatorfunktionenen varetages af de faglige medarbejdere. Dualrolle og kapacitet: Hver sundhedsfaglig medarbejder har en dualrolle: fagspecifik vejledning og forløbskoordination/brofunktion. Ledsagelse prioriteres til borgere med størst behov og udfases gennem en plan for selvstændiggørelse. Kompetenceprofil: Erfaring med borgerrettet forebyggelse, samskabelse, rehabilitering og hjernevenlig læring; tryghed i tværfagligt samarbejde og i boligområder.
19.	Tidsplan:	Projektet forventes igangsat: Projektstart: 1. marts 2026 Projektafslutning: 31. december 2028 Milepælsplan (eksempel – tilpasses budget/ressourcer): • Q1 2026: Fase A (ulighedsoverblik), samarbejdsaftaler (DAB/AB/SEPE), etablering af styregruppe og teams. • Q2 2026: Fase B (co-design), Modul 1+2 i undervisningspakke, første sundhedspunkter åbner • Q3–Q4 2026: Fase C (opsøgende), Fase D (integrerede forløb) og Fase E, første status og evaluering. • 2027: Skalering til 2 sundhedspunkter, modul 3 + mikrolæring; midtvejsevaluering; styrket samarbejde med involverede parter. • 2028: Konsolidering, lokale aftaler, manual/værktøjskasse færdiggøres; slut-evaluering og forankringsaftaler.