

Bilag 2

Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

Ulighed i sundhed – sundhedsfremmende indsats i almene boligområder

1.	Projektets titel:	Sammen om sundhed – helhedsorienteret sundhedsfaglig indsats i almene boligområder
2.	Baggrund og vision for projektet:	Erfaringer fra både Den boligsociale helhedsplan og ”Velfærd på tværs”, en tværsektoriel og helhedsorienteret familie- og beskæftigelsesindsats i Silkeborg Kommune for de mest udsatte familier i de almene boligområder, viser, at sygdom og dårlig trivsel er væsentlige barrierer for at leve et aktivt liv, tage en uddannelse eller komme i beskæftigelse. Mange beboere har vanskeligt ved at navigere i og få gavn af de eksisterende sundhedstilbud, hvilket bidrager til en markant ulighed i sundhed. Dette har konsekvenser for både den enkeltes livskvalitet og familiernes livsmuligheder. Med dette projekt vil vi tage beboernes perspektiv og arbejde ud fra en helhedsorienteret og relationel velfærdstilgang, hvor vi understøtter det, den enkelte oplever som en barriere for at mestre sundhed, helbred og trivsel. Centralt i projektet er ansættelsen af en beboersygeplejerske, som skal forbinde beboerperspektivet og de sektorer, der forsøger at hjælpe ud fra hver deres perspektiv, så beboernes samlede udfordringer bliver mødt. Identifikation af koblingspunkter skal være med til at udligne struktur-gab mellem beboerne og de eksisterende sundhedstilbud. Samtidig er det væsentligt, at indsatsen bidrager med viden om, hvordan beboerne i højere grad kan hjælpe både sig selv og hinanden. Vi har blik for lokalsamfundene som sundhedsfremmende arena, og derfor ønsker vi at lave en kobling til lokal kapacitetsopbygning, så lokalsamfundene i højere grad kan understøtte det sunde liv. Det sker med afsæt i erfaringer fra den boligsociale helhedsplan og metoder som Asset Based Community Development og Imagine Chicago, hvor beboerne er medskabere af aktiviteter, der fremmer fællesskab, inklusion og trivsel. Der findes ikke én løsning på ulighed i sundhed. Derfor bygger projektet på en flerstrengt indsats, der kombinerer individuel støtte, gruppebaserede forløb og fællesskabsudvikling – med fokus på både sundhed, deltagelse og relationer.
3.	Formål med projektet – forebyggelses- og sundhedsfremme perspektiv	Vi ønsker at opnå viden og erfaring om effekten af en helhedsorienteret sundhedsfaglig indsats i almene boligområder i relation til: - Opsporing af beboere med kroniske sygdomme - Styrkelse af beboernes individuelle handlekraft og håndtering af egen sundhed

		- Sænkning af adgangstærsklen så flere tager imod de eksisterende sundhedstilbud - Det tværsektorielle samarbejde og læring med afsæt i relationel velfærd og relationel koordinering - Udvikling af lokalsamfund som sundhedsfremmende arena
	Overordnet mål:	Projektet har tre overordnede mål: Beboerne styrker deres personlige og sociale kompetencer med henblik på øget livsmestring, sundhed og aktiv deltagelse i samfundet. Kommune og boligorganisationer udvikler i fællesskab løftekraften i tværfaglige sundhedsindsatser i udsatte boligområder. Lokalsamfundet mobiliseres som en arena, der understøtter livskvalitet og livsmuligheder.
	Delmål:	Delmål – beboerperspektiv Beboerne opnår øget systemforståelse og sundhedskompetence, hvilket styrker deres evne til at følge behandling, navigere i sundhedssystemet og få øje på muligheder for at tage ansvar for egen sundhed. (Dokumenteres via spørgeskema) (hele projektperioden) Beboerne får redskaber til at håndtere smerter, traumer og andre udfordringer, som påvirker deres sundhed, trivsel og livsmestring i hverdagen. (Dokumenteres via spørgeskema/samtale om udbytte) (min. 2 årlige forløb) Beboerne deltager i sundhedsfremmende aktiviteter, både nye og eksisterende, som understøtter trivsel og sygdomshåndtering – (Dokumenteres via registrering) (hele projektperioden) Delmål – indsatsperspektiv Beboersygeplejersken gennemfører minimum 200 samtaler årligt og yder individuel støtte og brobygning. (Dokumenteres gennem registrering) (hele projektperioden) Systemiske udfordringer og gennemgående temaer identificeres og adresseres på baggrund af beboernes oplevelser og barrierer for sundhed og trivsel. (Drøftes i det faglig fællesskab og dokumenteres gennem kvalitative beskrivelser) (hele projektperioden) Udvikling af læringsforløb, der understøtter beboernes sundhed, trivsel og livsmestring, refleksion om fremtiden, herunder arbejdsliv og egne ressourcer, i samarbejde med relevante aktører, bl.a. sagsbehandlere, boligsociale medarbejdere og andre fagpersoner. (Dokumenteres gennem beskrivelse af forløb) (opstart andet halvår)

		Understøttelse og brobygning til lokale aktiviteter og fællesskaber, fx etablering af nye grupper (som en lokal diabetesgruppe) og kobling til eksisterende tilbud (fx Selvhjælp Silkeborg). (Dokumenteres gennem registrering og beskrivelse af aktiviteter) (hele projektperioden) Delmål – lokalsamfundsperspektiv Boligsociale medarbejdere og relevante aktører faciliterer nye fællesskaber – både praktisk og processuelt – og afprøver forskellige metoder og samarbejdsformer, der matcher beboernes behov og forudsætninger, og evt. imødekommer nogle af de systemiske udfordringer. (Dokumenteres gennem logbøger) (opstart i andet halvår) Beboerne bidrager aktivt til at skabe fællesskaber, baseret på egne ønsker og behov – enten i boligområdet eller i det omkringliggende lokalsamfund. (Dokumenteres via beskrivelse af beboerfortællinger) (opstart i andet halvår)
4.	Projektets indsats- og fokusområder:	Indsatsområder: <u>Individuel støtte og brobygning:</u> Beboersygeplejersken yder håndholdt støtte til beboere med sundhedsudfordringer. <u>Gruppebaserede lærings- og udviklingsforløb:</u> Medarbejdere udvikler forløb med fokus på empowerment og sygdomsmestring. Tilgangen er eksplorativ både hvad angår metoder og samarbejdsflader. <u>Beboerne styrkes i at tage ansvar for egen sundhed og trivsel ved at blive aktivt engageret i deres personlige udvikling:</u> Gennem brugen af LØFT-metoden skabes et fælles sprog og nye perspektiver, der understøtter konkrete handlinger og positive forandringer i hverdagen. <u>Tværsektoriel koordinering og faglig læring:</u> Baseret på relationel velfærd, koblingskompetence og relationel koordinering. <u>Kapacitetsopbygning i lokalsamfundet:</u> Udvikling af beboerdrevne aktiviteter med afsæt i ABCD-metoden og Imagine Chicago. Fokusområder: • Øget lighed i sundhed gennem tilpassede og tilgængelige indsatser. • Fokus på beboernes: 1) perspektiv og livssituation som udgangspunkt for indsats og 2) handlekraft og mestring • Identifikation af koblingspunkter på tværs af kommune, region og civilsamfund. • Styrket lokalt fællesskab og deltagelse som sundhedsfremmende faktor.
5.	Målgruppe(r):	Projektet retter sig mod voksne beboere (18 år og opefter) i 15 almene boligafdelinger fordelt på fem områder. I alt omfatter målgruppen ca. 3.500 personer, heraf ca. 2.100 med dansk oprindelse og ca. 1.400 med indvandrer- eller efterkommerbaggrund.

		Selvom børn og unge under 18 år (ca. 950 personer) ikke er en direkte målgruppe, forventes de at få indirekte gavn af projektet gennem deres forældres øgede sundhed, trivsel og deltagelse i fællesskabet.								
6.	Rekrutterings-strategi:	Strategien består af flere supplerende spor: Tværfagligt samarbejde Ved at placere beboersygeplejersken organisatorisk i Velfærd på tværs skabes en naturlig adgang til Jobcenter Silkeborg og Socialguiden Silkeborg: Her kan der bygges bro fra sagsbehandlere til sygeplejersken som led i understøttelse af den enkelte beboers udviklingsforløb. Derudover bygger Velfærd på tværs på et samarbejde på tværs af alle velfærdsområder i kommunen, og der vil derfor være adgang til samarbejde med frontpersonale i disse afdelinger. Ad denne vej vil en del beboere kunne blive henvist til beboersygeplejersken. De vigtigste medarbejdergrupper vil være: Sundhed og Omsorg: Hjemmeplejen og Sundhedshuset Socialafdelingen: Bostøtteenheden og Socialguiden Børn og Unge: Børne- og ungerådgivningen samt Familie- og Ungekontakten (målrettet forældrene) Skoleområdet: Lokale skoler (målrettet forældrene) Via boligorganisationer Qua samarbejdsaftalen med boligorganisationerne AAB Silkeborg, Arbejdernes Byggeforening, Silkeborg Boligselskab vil det være muligt at rekruttere via deres frontpersonale i driften, udlejningen og SOME-platforme. Via den boligsociale helhedsplan Beboersygeplejersken vil have et fagligt fællesskab med medarbejdere i helhedsplanen, samt en fysisk plads i sekretariatet, og helhedsplanen kan derved spille en central rolle i at identificere og bygge bro til relevante beboere. Direkte og uformelle veje Endelig kan beboere selv henvende sig til beboersygeplejersken på baggrund af information i området, mund-til-mund via andre beboere, opfordring fra lokale aktører og civilsamfundet.								
7.	Sikring af kompetencer blandt fagpersonale:	Kompetencer og løbende udvikling af viden, metoder og redskaber sikres gennem kursUSDeltagelse (Relationel Velfærd, LØFT og Traumebevidst Tilgang), deltagelse i et fagligt sparringsnetværk i regi af Sund By Netværket og indgåelse et lokalt læringsfællesskab mellem det sundhedsfaglige fagpersonale. Se bilag 2 for uddybning vedr. personalegrupper, antal, samt beskrivelse af de enkelte del-elementer i kompetenceudviklingen.								
8.	Aktiviteter og metoder:	<table><tr><td>Aktivitet:</td><td>Sundheds- og trivselssamtaler</td></tr><tr><td>Udfører:</td><td>Beboersygeplejerske</td></tr><tr><td>Omfang:</td><td>200 pr. år</td></tr><tr><td>Metoder:</td><td>Den motiverende samtale (empati og aktiv lytning, udforskning af ambivalens, støtte til selvbestemmelse,</td></tr></table>	Aktivitet:	Sundheds- og trivselssamtaler	Udfører:	Beboersygeplejerske	Omfang:	200 pr. år	Metoder:	Den motiverende samtale (empati og aktiv lytning, udforskning af ambivalens, støtte til selvbestemmelse,
Aktivitet:	Sundheds- og trivselssamtaler									
Udfører:	Beboersygeplejerske									
Omfang:	200 pr. år									
Metoder:	Den motiverende samtale (empati og aktiv lytning, udforskning af ambivalens, støtte til selvbestemmelse,									

		fokus på beboerens egne mål og værdier); Samskabende samtaler (beboer og fagperson udvikler løsninger sammen); Narrativ tilgang: beboerens livshistorie bruges aktivt;								
		<table><tr><td>Aktivitet:</td><td>Screening for traumer og traumebevidste samtaler</td></tr><tr><td>Udfører:</td><td>Beboersygeplejerske</td></tr><tr><td>Omfang:</td><td>Ved behov</td></tr><tr><td>Metoder:</td><td>Traumebevidst Tilgang (TBT)</td></tr></table>	Aktivitet:	Screening for traumer og traumebevidste samtaler	Udfører:	Beboersygeplejerske	Omfang:	Ved behov	Metoder:	Traumebevidst Tilgang (TBT)
Aktivitet:	Screening for traumer og traumebevidste samtaler									
Udfører:	Beboersygeplejerske									
Omfang:	Ved behov									
Metoder:	Traumebevidst Tilgang (TBT)									
		<table><tr><td>Aktivitet:</td><td>Læringsforløb og lokale aktiviteter</td></tr><tr><td>Udfører:</td><td>Beboersygeplejerske sammen med boligsocial medarbejder. Sygeplejerske i Velfærd på tværs vil bidrage til udvikling og gennemførelse af forløb. Ved behov trækkes andre aktører ind som undervisere eller facilitatorer. Der vil også være mulighed for at trække fysioterapeutisk vejledning ind i forb. m. øgning ad beboernes fysiske aktivitetsniveau og smertehåndtering. Boligsocial medarbejder i boligorganisationen AAB indgår i de lokale aktiviteter.</td></tr><tr><td>Omfang:</td><td>2 forløb á 10 uger pr. år – samt kortere forløb/aktiviteter med fokus på sygdomsspecifikke udfordringer (fx diabetes, angst/depression, smerter) eller forløb/aktiviteter med fokus på bevægelse (gåtur, smertelindrende øvelser, skånsom træning). Disse skal understøtte beboernes læringsforløb.</td></tr><tr><td>Metoder:</td><td>LØFT – Løsningsfokuseret Tilgang (Fokus på det, der virker, Den ønskede fremtid, Små skridt, Ekspert i eget liv, Sprog skaber virkelighed)</td></tr></table>	Aktivitet:	Læringsforløb og lokale aktiviteter	Udfører:	Beboersygeplejerske sammen med boligsocial medarbejder. Sygeplejerske i Velfærd på tværs vil bidrage til udvikling og gennemførelse af forløb. Ved behov trækkes andre aktører ind som undervisere eller facilitatorer. Der vil også være mulighed for at trække fysioterapeutisk vejledning ind i forb. m. øgning ad beboernes fysiske aktivitetsniveau og smertehåndtering. Boligsocial medarbejder i boligorganisationen AAB indgår i de lokale aktiviteter.	Omfang:	2 forløb á 10 uger pr. år – samt kortere forløb/aktiviteter med fokus på sygdomsspecifikke udfordringer (fx diabetes, angst/depression, smerter) eller forløb/aktiviteter med fokus på bevægelse (gåtur, smertelindrende øvelser, skånsom træning). Disse skal understøtte beboernes læringsforløb.	Metoder:	LØFT – Løsningsfokuseret Tilgang (Fokus på det, der virker, Den ønskede fremtid, Små skridt, Ekspert i eget liv, Sprog skaber virkelighed)
Aktivitet:	Læringsforløb og lokale aktiviteter									
Udfører:	Beboersygeplejerske sammen med boligsocial medarbejder. Sygeplejerske i Velfærd på tværs vil bidrage til udvikling og gennemførelse af forløb. Ved behov trækkes andre aktører ind som undervisere eller facilitatorer. Der vil også være mulighed for at trække fysioterapeutisk vejledning ind i forb. m. øgning ad beboernes fysiske aktivitetsniveau og smertehåndtering. Boligsocial medarbejder i boligorganisationen AAB indgår i de lokale aktiviteter.									
Omfang:	2 forløb á 10 uger pr. år – samt kortere forløb/aktiviteter med fokus på sygdomsspecifikke udfordringer (fx diabetes, angst/depression, smerter) eller forløb/aktiviteter med fokus på bevægelse (gåtur, smertelindrende øvelser, skånsom træning). Disse skal understøtte beboernes læringsforløb.									
Metoder:	LØFT – Løsningsfokuseret Tilgang (Fokus på det, der virker, Den ønskede fremtid, Små skridt, Ekspert i eget liv, Sprog skaber virkelighed)									
		<table><tr><td>Aktivitet:</td><td>Beboerdrevne aktiviteter eller fællesskaber</td></tr><tr><td>Udfører:</td><td>Boligsocial medarbejder i boligorganisationen AAB, boligsocial medarbejder i helhedsplanen</td></tr><tr><td>Omfang:</td><td>Ved identifikation af behov igangsættes processer</td></tr><tr><td>Metoder:</td><td>ABCD, Imagine Chicago,</td></tr></table>	Aktivitet:	Beboerdrevne aktiviteter eller fællesskaber	Udfører:	Boligsocial medarbejder i boligorganisationen AAB, boligsocial medarbejder i helhedsplanen	Omfang:	Ved identifikation af behov igangsættes processer	Metoder:	ABCD, Imagine Chicago,
Aktivitet:	Beboerdrevne aktiviteter eller fællesskaber									
Udfører:	Boligsocial medarbejder i boligorganisationen AAB, boligsocial medarbejder i helhedsplanen									
Omfang:	Ved identifikation af behov igangsættes processer									
Metoder:	ABCD, Imagine Chicago,									
		<table><tr><td>Aktivitet:</td><td>Kompetenceløft</td></tr><tr><td>Udfører:</td><td>Eksterne undervisere</td></tr><tr><td>Omfang:</td><td>Kursusdeltagelse for centrale medarbejdere</td></tr><tr><td>Metoder:</td><td>Relationel velfærd, Traumebevidste Samtaler</td></tr></table>	Aktivitet:	Kompetenceløft	Udfører:	Eksterne undervisere	Omfang:	Kursusdeltagelse for centrale medarbejdere	Metoder:	Relationel velfærd, Traumebevidste Samtaler
Aktivitet:	Kompetenceløft									
Udfører:	Eksterne undervisere									
Omfang:	Kursusdeltagelse for centrale medarbejdere									
Metoder:	Relationel velfærd, Traumebevidste Samtaler									
		<table><tr><td>Aktivitet:</td><td>Tværasektorielle sparrings- og udviklingsmøder</td></tr><tr><td>Udfører:</td><td>Relevante aktører</td></tr><tr><td>Omfang:</td><td>Kvartalsmøder</td></tr><tr><td>Metoder:</td><td>Deltagelse i fagligt netværk i Sund By Netværket, Etablering af lokale faglige læringsfællesskaber</td></tr></table>	Aktivitet:	Tværasektorielle sparrings- og udviklingsmøder	Udfører:	Relevante aktører	Omfang:	Kvartalsmøder	Metoder:	Deltagelse i fagligt netværk i Sund By Netværket, Etablering af lokale faglige læringsfællesskaber
Aktivitet:	Tværasektorielle sparrings- og udviklingsmøder									
Udfører:	Relevante aktører									
Omfang:	Kvartalsmøder									
Metoder:	Deltagelse i fagligt netværk i Sund By Netværket, Etablering af lokale faglige læringsfællesskaber									
9.	Inddragelse af målgruppen:									

		Tilrettelæggelse: Input og feedback fra eksisterende beboerpaneler; idégenerering med beboere via metoder som ABCD, Imagine Chicago og drømmeworkshops. Udførelse: Tidligere deltagere som med-facilitatorer; mobilisering gennem fællesskaber og netværk; samarbejde med lokale aktører og civilsamfund. Tilpasning: Justering af aktiviteter ud fra beboernes erfaringer; evaluering via samtaler og kreative metoder.
10.	Forventes indsatsen at styrke øvrige områder?	Kommune: Projektet bygger videre på samarbejdet om relationel velfærd og skal styrke sundhedsfremme og forebyggelse på tværs af velfærdsområder. Målet er faglig læring og metodeudvikling gennem fælles refleksion og praksis. Region: Der forventes samarbejde med almen praksis og hospitaler for at styrke behandlingsforløb og brobygning mellem sektorer, med beboersygeplejersken som nøgleperson. Projektet skal fremme fælles forståelse af komplekse borgerforløb. Civilsamfund og boligorganisationer: Projektet skal understøtte fællesskaber og medborgerskab ved at inspirere til nye former for involvering og deltagelse.
11.	Samarbejde med øvrige aktører:	Kommunale snitflader: (beskæftigelse, social, børn og unge, sundhed og omsorg) samarbejde sikres gennem eksisterende projektorganisering i Velfærd på tværs – og en proaktiv kommunikationsindsats. Medarbejderne i kommunens afdelinger er med til at sikre, at beboere, der kan have gavn af indsatsen, bliver opdaget og henvist til den håndholdte indsats fra beboersygeplejersken. Øvrige aktører: Der vil være et særligt fokus på at etablere kontaktflader til de lokale klinikker (fx praktiserende læger og diabetesklinikken) beboerne kommer i, og indgå konkret samarbejde omkring sårbare beboere.
12.	Arenaer, risiko og sundhedsadfærd:	Projektet retter sig mod 15 almene boligafdelinger i udsatte områder, fordelt på fem lokalområder – fire tæt på Silkeborg by og ét 5 km fra centrum. Sundhedsdata (BL) viser høj forekomst af sygdomme blandt de ca. 3500 beboere: fx diabetes (283), KOL (139), hjertesygdom (173), angst (151) og depression (333) – med forventet mørketal, samt komorbiditet. Beboerne er underrepræsenteret i eksisterende sundheds- og trivselsindsatser i kommunen, og erfaringer fra Velfærd på tværs viser, at manglende koordinering mellem sektorer og forståelsesproblemer begrænser udbyttet af læge- og sygehuskontakter.

13.	Tilpasning til den eksisterende indsats:	Eksisterende indsatser • Velfærd på tværs – helhedsorienteret støtte til udsatte familier • Boligsocial Helhedsplan Silkeborg – fokus på livschancer, aktivt medborgerskab gennem uddannelse og beskæftigelse, tryghed og trivsel. • Social Brobygger i AAB (under udvikling) • Socialguiden Silkeborg – vejledning og gruppetilbud • Sundhedstilbud i kommune og region • Civilsamfundsaktiviteter, fx Selvhjælp Silkeborg og lokale foreninger. Nye indsatser i projektet • Beboersygeplejerske, som brobygger, systemoversætter og facilitator af individuelle trivsels- og sundhedssamtaler samt individuelle og gruppebaserede sundhedsforløb. • Udvikling af læringsforløb og lokale aktiviteter med fokus på sygdomsforståelse, sundhedskompetencer og mestring af egen sundhed og trivsel • Styrket relationel koordinering mellem fagpersoner på tværs af sektorer og organisatoriske skel. • Afprøvning af nye metoder og samarbejdsformer, der tager udgangspunkt i beboernes perspektiv og behov. • Facilitering af nye beboerdrevne fællesskaber, fx sundhedsgrupper, netværk og lokale initiativer. Tilpasning og forankring • Projektets indsatser integreres i eksisterende strukturer og samarbejder, så de supplerer og styrker det, der allerede fungerer. • Beboersygeplejersken forankres i projektperioden organisatorisk i kommunens helhedsorienterede indsats Velfærd på tværs. • Der arbejdes tæt sammen med eksisterende aktører for at sikre, at nye aktiviteter og metoder udvikles i samspil med praksis og kan videreføres efter projektperioden. • Projektet bidrager til kapacitetsopbygning i lokalsamfundet, så beboere og lokale aktører kan videreføre fællesskaber og aktiviteter – samt bidrager med vigtig viden om, hvordan beboere kan opnå øget mestring i relation til egen sundhed • Der lægges vægt på vidensdeling og dokumentation, så erfaringer og resultater kan anvendes i fremtidige indsatser og strategier.
14.	Dokumentation og afrapportering:	Projektet følges løbende med fast dokumentationspraksis, månedlige statusmøder og årlig evaluering. Dokumentation: Beboersygeplejersken registrerer:

		– Antal borgere i kontakt, inkl. sygdomsfordeling og henvisningskilde (under hensyntagen til GDPR). – Antal trivselssamtaler og sundhedssamtaler. – Henvisninger til eksisterende tilbud. – Gennemførte gruppeforløb. – Borgere, der indgår i civilsamfundsfællesskaber. Statusmøder: Månedlige 1:1 møder mellem beboersygeplejersken og projektleder med fokus på både kvantitative data og kvalitative indsigter. Møderne bruges til at vurdere fremdrift og behov for justeringer. Indsigter vedr. metoder og samarbejdsformer vil blive drøftet i styregruppen. Årlig evaluering: Der udarbejdes en årlig status med faglige resultater og fremdrift, som indsendes til Sundhedsstyrelsen.
15.	Formidling og kommunikation:	Projektet understøttes af en målrettet kommunikationsindsats, der skal sikre kendskab og rekruttering af relevante borgere, frontpersonale og ledelsesniveauer. Borgere I projektets opstart gennemføres en bred formidlingsindsats rettet mod beboere i de boligsociale områder. Der udarbejdes en informationsfolder, som omdeles til alle husstande. Projektet præsenteres desuden via sociale medier og på afdelingsmøder i boligområderne. Ved behov gentages indsatsen, og alternative kanaler undersøges. Frontpersonale For at understøtte henvisning til projektet informeres medarbejdere i relevante kommunale afdelinger ved personalemøder. Der udarbejdes et postkort med kort information om projektet, som frontpersonalet kan anvende i samtaler med borgere. Ledelse Afdelingsledere fra Beskæftigelse, Social, Børn og Familie samt Sundhed og Omsorg orienteres om projektets fremdrift på to årlige styregruppemøder i regi af Velfærd på Tværs. Projektet indgår som fast punkt på dagsordenen. Den boligsociale bestyrelse orienteres løbende via møder i bestyrelsesregi. Projektejer og projektleder deltager i begge fora og sikrer kontinuerlig ledelsesinformation. Politisk niveau Velfærd på Tværs er forankret i Silkeborg Kommunes Arbejdsmarkedsudvalg. Nærværende projekt vil indgå i de løbende afrapporteringer til arbejdsmarkedsudvalget. Derudover kan formidling ske på temamøder i byrådet, afhængigt af behov og relevans.
16.	Projektets forankring:	Organisatorisk forankring Projektet er tæt koblet til eksisterende kommunale og boligsociale indsatser, hvilket skaber et solidt fundament for videreførelse af tilgange og læring i projektet. Beboersygeplejersken forankres i Velfærd på tværs, som er en del af kommunens Beskæftigelsesafdeling, og det tætte samarbejde med relevante fagområder, vil sikre integration

		i eksisterende praksis. Der etableres tværgående samarbejdsfora og læringsfællesskaber, som kan videreføres og anvendes i fremtidige indsatser. Bæredygtighed og videreførelse Projektet afprøver og dokumenterer metoder og samarbejdsformer, som kan danne grundlag for fremtidige prioriteringer i kommunens og boligorganisationernes ordinære drift. Der arbejdes med at identificere og beskrive de elementer, der har størst effekt og potentiale for skalering eller videreførelse. Erfaringer og resultater fra projektet vil blive anvendt som grundlag for dialog med relevante beslutningstagere om evt. videreførelse af hele eller dele af indsatsen. Forankring af tilgang og læring Projektet har et stærkt fokus på kapacitetsopbygning og kompetenceudvikling blandt fagprofessionelle og lokale aktører, hvilket styrker muligheden for, at tilgangen lever videre efter projektets afslutning. Der udarbejdes vidensopsamling, metodebeskrivelser og anbefalinger, som kan anvendes i fremtidige indsatser og strategiske beslutningsprocesser. Ved at involvere beboere, fagpersoner og ledere i udviklingen og evalueringen af projektet, skabes fælles ejerskab og forståelse, som øger sandsynligheden for forankring og videreførelse.
17.	Styregruppe og evt. referencegruppe:	Styregruppe Styregruppen vil bestå af den siddende styregruppe for Velfærd på Tværs, dvs. afdelingschefer fra Socialafdelingen, Sundheds- og Omsorgsafdelingen, Børne- og Familieafdelingen, Skoleafdelingen, Beskæftigelsesafdelingen (formand) og lederen af Velfærd på Tværs. Styregruppen vil have til opgave at • følge op på fremdrift og sikre, at projektet holder sig inden for de aftalte rammer (økonomi, tid og kvalitet), • træffe beslutninger om væsentlige ændringer i fx projektets scope, ressourcer eller tidsplan, • sikre forankring og opbakning i de relevante afdelinger og ledelseslag, og • være sparringspartner for projektlederen og støtte op om implementeringen. Rollen som formand for styregruppen varetages af beskæftigelseschefen i Silkeborg Kommune og vedkommende er dermed også projektejer. Projektejeren er ansvarlig for projektet og dets effekt og resultater og har til opgave at sikre et tydeligt ledelsesmæssigt fokus på, at projektet har gode rammer og at der sker en løbende og afsluttende opfølgning på projektets udvikling og resultater. Referencegruppe Bestyrelsen for den boligsociale helhedsplan vil indgå som referencegruppe. Bestyrelsen består af direktører fra de tre involverede boligorganisationer, en koncerndirektør samt beskæftigelseschefen fra

		Silkeborg Kommune. Bestyrelsen mødes 3-4 gange om året. Projektindsatsen vil indgå med et fast punkt på dagsordenen.
18.	Projektets organisering og bemanning:	Se bilag 3 for oversigt Projektledelse Projektet ledes af den nuværende leder for Velfærd på Tværs og Den Boligsociale Helhedsplan. Projektlederen har ansvar for den overordnede fremdrift, personaleledelse og kvalitetssikring af indsatsen. Rollen omfatter løbende sparring med projektets øvrige medarbejdere og justering af indsatser efter behov. Projektlederen er tilknyttet med 1 dag om ugen. Til at støtte projektledelsen vil en boligsocial medarbejder fra den Boligsociale Helhedsplan indgå som projektkoordinator 1 dag om ugen. Bemanning <u>Beboersygeplejerske</u> Projektets centrale medarbejder er en fuldtidsansat beboersygeplejerske (37 timer/uge), som forankres under projektlederen. Sygeplejersken har ansvar for opsporing af borgere med behov for støtte, gennemførelse af individuelle sundhedsindsatser, facilitering af gruppeforløb og brobygning til relevante fællesskaber og tilbud. <u>Social brobygger (AAB)</u> En social brobygger fra boligorganisationen AAB deltager med 1 dag om ugen. Brobyggeren arbejder tæt sammen med beboere og samarbejdspartnere for at styrke trivsel og fællesskab i boligområderne. <u>Boligsocial projektmedarbejder</u> En boligsocial medarbejder bidrager med 1 dag om ugen. Ud over rekruttering, er medarbejderen ansvarlig for at udvikle og gennemføre gruppeforløb sammen med beboersygeplejersken. Medarbejderen understøtter også udviklingen af beboerdrevne aktiviteter i lokalområderne. <u>2 kommunale sygeplejersker</u> En sygeplejerske fra henh. Velfærd på Tværs og én fra Sundhedshuset indgår som faglige sparringspartnere for beboersygeplejersken. De indgår også som ressource i afvikling af gruppeforløb. Møde-organisering Beboersygeplejersken deltager i teammøder i henh. Velfærd på tværs (1 pr. måned) og Den Boligsociale Helhedsplan (2 pr. måned). Beboersygeplejersken har 1:1 møde med projektleder (1 pr. måned) Beboersygeplejersken indgår i en lokal sundhedsfaglig sparringsgruppe med sygeplejerske fra Velfærd på tværs, og to sygeplejersker fra Sundhedshuset (mødes hver anden måned)
19.	Tidsplan:	Projektet forventes igangsat: 1. januar 2026 Se bilag 4 for Plan inkl. milepælsplan for hvert finansår