

Bilag 2

Skema 2: Projektbeskrivelsesskema

Ulighed i sundhed – sundhedsfremmende indsats i almene boligområder

1.	Projektets titel:	Helbred og handlekraft – Sundhedskompetence i udsatte boligområder
2.	Baggrund og vision for projektet:	Visionen for projektet er at fremme lighed i sundhed ved at styrke borgernes evne til at leve et sundt og meningsfuldt liv – uanset livsvilkår. Gennem en kombineret indsats for mental trivsel og tidlig sygdomsforebyggelse skaber vi rammer for, at beboere i udsatte boligområder får øget sundhedskompetence, handlekraft og støtte til at mestre livet med eller uden sygdom. Projektet bygger på fællesskab, lokal forankring og partnerskaber mellem kommune, almene boligselskaber og civilsamfundsaktører - og bidrager med viden og erfaring til, hvordan man målrettet og bæredygtigt kan fremme lighed i sundhed i almene boligområder gennem universel forebyggelse og selektiv forebyggelse. Slagelse Kommune har solid erfaring med bl.a. forebyggelse af rygning, overvægt, fremme af sund kost og fysisk aktivitet. Slagelse Kommune har ligeledes stor erfaring med at arbejde med forståelsesrammen ABC for mental sundhed i mange forskellige arenaer og har udviklet flere forskellige ABC-værktøjer. De almene boligorganisationer har direkte kontakt med en stor del af borgerne, hvilket gør dem til oplagte samarbejdspartnere for sundhedsindsatser. FOB og Slagelse Boligselskab har stærke netværk i boligområderne og et godt samarbejde på tværs. Diabetesforeningen har gennem mange år udviklet og dokumenteret metoder til fremskudt opsporing og fællesskabsbaseret støtte. Blandt andet gennem initiativer som DiabetesSpotter og Sundhedsbussen. Projektet bygger videre på parternes erfaringer og vil herigennem skabe en ny tværgående indsats med fokus på sundhedskompetence. Prævalensen af T2D i Slagelse Kommune er 8,7 % mod 6,9 % på landsplan, svarende til 5.767 slagelseborgere (diabetestest.nu, 2025). Hertil kommer et beregnet mørketal på ca. 1.846 borgere med uopdaget sygdom og 8.650 med forstadie (prædiabetes). Én ud af fem med prædiabetes udvikler T2D indenfor 5 år.
3.	Formål med projektet – forebyggelses- og sundhedsfremme perspektiv	Formålet med projektet er at fremme lighed i sundhed, gennem en kombineret sundhedsfremmende og forebyggende indsats, som styrker borgernes sundhedskompetence, mentale trivsel og evne til at handle på egen sundhed. Indsatsen gennemføres i tre udvalgte boligområder og bygger på et tæt samarbejde mellem Slagelse Kommune, boligorganisationerne FOB og Slagelse Boligselskab samt Diabetesforeningen. Projektet er tostrengt med formål om:

		1. Styrke mentale ressourcer og fællesskaber (sundhedsfremme) Projektet har til formål at fremme lighed sundhed ved at styrke beboernes mentale trivsel, handlekraft og deltagelse i fællesskaber. Med afsæt i forståelsesrammen ABC for mental sundhed arbejder projektet med at: • Uddanne lokale sundhedsambassadører, der kan identificere behov for sundhedstiltag, motivere til sunde vaner og fællesskaber samt igangsætte sundhedsfremmende aktiviteter i boligområderne. • Øge beboernes viden om, hvad der fremmer mental sundhed samt understøtte beboernes evne til at handle på egen sundhed og skabe positive forandringer i hverdagen. • Uddanne lokale fællesskabsværter som kan bidrage til at etablere og understøtte lokale fællesskabsgrupper som bl.a. støtter borgerne i at indgå i meningsfulde fællesskaber, fastholde livsstilsændringer og mestre livet med kronisk sygdom. • Skabe sundhedsfremmende rammer og lokale aktiviteter, der gør det nemt at “gøre noget aktivt, gøre noget sammen og gøre noget meningsfuldt”. 2. Tidlig opsporing og støtte til sygdomsmestring (forebyggelse) Projektet har også til formål at forebygge sygdom, herunder T2D, gennem tidlig opsporing og målrettet støtte. Denne del af indsatsen drives i tæt samarbejde med Diabetesforeningen og indebærer at: • Uddanne “DiabetesSpottere”, som en del af sundhedsambassadøruddannelsen, til at gennemføre fremskudte opsporingsaktiviteter i boligområderne. Bl.a. ved at identificere risikotegn, bistå med gennemførelsen af langtidsblodsuktermåling via hjemmetestkits, gennemføre sundhedssamtaler mm. • Aktivere Diabetesforeningens sundhedsbus som mobil platform for test og dialog med beboerne i boligområderne.
	Overordnet mål:	1. Styrke mentale ressourcer og fællesskaber Vha. forståelsesrammen ABC for mental sundhed er målet at: a. Uddanne lokale sundhedsambassadører, der kan fungere som videnpersoner, brobyggere og igangsættere af sundhedsfremmende initiativer. b. Afholde workshops i ABC for mental sundhed, for at øge beboernes viden om, hvad der styrker mental sundhed og trivsel samt give beboerne konkrete værktøjer til at fremme egen og andres mentale sundhed. c. Uddanne fællesskabsværter og igangsætte meningsfulde fællesskabsgrupper. d. Afholde sundhedsfremmende aktiviteter, der styrker sundhed, trivsel og mestring i hverdagen.

		2. Tidlig opsporing og støtte til sygdomsmestring Med afsæt i prævalensen af T2D i Slagelse Kommune er målet at: e. Uddanne DiabetesSpottere, som en del af sundhedsambassadøruddannelsen f. Øge beboernes viden om risikofaktorer og symptomer på T2D og prædiabetes. g. Opspore borgere i risiko og tilbyde dem støtte og vejledning i hverdagen.
	Delmål:	1. Styrke mentale ressourcer og fællesskaber 1. Uddanne 30 sundhedsambassadører fordelt i de tre boligområder 2. Afholde ABC-workshop for alle medarbejdere i de to boligforeninger. 3. Sundhedsambassadørerne afholder til sammen 6 workshops i ABC for mental Sundhed for beboere i de tre boligområder 4. Sundhedsambassadører og Fællesskabsværter afholder 30 sundhedsfremmende fællesarrangementer fx fællesspisninger, sundhedsforedrag, aktivitetsdage, sundhedstjekdage el.lign. i løbet af hele projektperioden. 5. Hver sundhedsambassadør opsøger 25 borgere (kan både være ved 1:1 samtaler og i forbindelse med fællesarrangementer) i hele projektperioden dvs. 750 beboerkontakter i alt. 6. Der oprettes et netværk for Sundhedsambassadører i hvert boligområde med henblik på supervision, støtte og sparring. 7. Uddanne 12 fællesskabsværter 8. Fællesskabsværter etablerer mindst 6 fællesskabsgrupper i de tre boligområder 9. Minimum 60 beboere deltager i fællesskabsgrupperne 10. Der oprettes et netværk for fællesskabsværterne i de tre boligområder. 2. Tidlig opsporing og støtte til sygdomsmestring 11. 30 DiabetesSpottere uddannes som led i sundhedsambassadøruddannelsen i de tre boligområder 12. Sundhedsbussen afprøves som mobil ramme for tidlig opsporing og sundhedsdialog 6 gange i hele projektperioden 13. Der gennemføres 1050 risikotests (600 ved sundhedsbussens besøg og 450 af Sundhedsambassadører/DiabetesSpottere bl.a. ved hjemmebesøg). 14. Der laves 330 HbA1c-målinger ved hjemmetest-kits. 15. Der laves 400 HbA1c-målinger ved Sundhedsbussens 6 besøg
4.	Projektets indsats- og fokusområder:	Projektet har to integrerede indsatsområder: Indsats- og fokusområde 1: Styrke mentale ressourcer og fællesskaber Dette indsatsområde retter sig mod alle beboere i de tre boligområder. Med afsæt i forståelsesrammen ABC for mental sundhed fokuserer dette indsatsområde på at styrke beboernes mentale sundhed og

		trivsel samt handlekraft iht. egen sundhed. Se afsnit 8 for konkrete indsatser og metoder. Indsats- og fokusområde 2: Selektiv og patientrettet forebyggelse med fokus på type 2-diabetes Dette indsatsområde har fokus på borgere i risiko og borgere med kronisk sygdom, her T2D. Formålet er at styrke tidlig opsporing af T2D og støtte borgernes handlekompetencer iht. sundhed og sygdom. Se afsnit 8 for konkrete indsatser og metoder.
5.	Målgruppe(r):	Projektet ønsker at sikre en bred og inkluderende deltagelse af beboere og lokale aktører i de tre boligområder. Primær målgruppe: Beboere i almene boligområder • Alle beboere i tre udvalgte boligområder i Slagelse Kommune, hvor forekomsten af T2D er høj. • Målgruppen omfatter både personer med eksisterende sygdom og personer i risiko for at udvikle livsstilsrelaterede og kroniske sygdomme. • Særligt fokus på borgere i udsatte positioner fx med begrænset adgang til sundhedstilbud eller kronisk sygdom. Sekundær målgruppe: Lokale aktører og medarbejdere i boligorganisationerne • Medarbejdere i boligorganisationerne, der har daglig kontakt med beboerne. • Frivillige og lokale ildsjæle, der ønsker at bidrage til sundhedsfremmende aktiviteter og fællesskaber fx medlemmer af de forskellige beboerråd. Tertiær målgruppe: Kommunale- og civilsamfundsaktører • Sundhedsmedarbejdere, der bemander Sundhedsbussen og understøtter opsporing og rådgivning. • Kommunale fagpersoner, der arbejder med forebyggelse, sundhedsfremme og borgernære indsatser. • Aktører i foreningslivet og civilsamfundet, som kan modtage og fastholde borgere i relevante fællesskaber og tilbud fx diabetesforeningens lokalafdeling.
6.	Rekrutteringsstrategi:	Formålet med rekrutteringsstrategien er at sikre bred og inkluderende deltagelse af beboere og lokale aktører i de tre boligområder. • Projektleder holder indledende møder med FOB, Slagelse Boligselskab, beboerråd og lokale aktører for at skabe ejerskab til projektet og identificere nøglepersoner i de tre boligområder, som kan bidrage til rekruttering af beboere til bl.a. sundhedsambassadøruddannelsen. Møderne har også til formål at rekruttere medarbejdere i boligorganisationerne som er interesseret i at blive sundhedsambassadører eller fællesskabsværter. • Nøglepersoner, medarbejdere i boligselskaberne (viceværter, rengøringspersonale m.fl.) og kommunale medarbejdere

		(sundhedsplejersker, forebyggelseskonsulenter, hjemmepleje, sygepleje m.fl.) rekrutterer beboere til sundhedsambassadøruddannelsen og fællesskabsværtuddannelsen via opsøgende samtaler i boligområderne fx ved dør-til-dør, ophold i fællesarealer, vaskerum, tilstedeværelse ved lokale arrangementer mm. • Det forsøges også at rekruttere beboere til sundhedsambassadør og fællesskabsværter via plakater, flyers, opslagstavler, sociale medier og boligforeningernes kommunikationskanaler. • Sundhedsambassadører og fællesskabsværter rekrutterer beboere til fællesskabsgrupper, sundhedsfremmende fællesarrangementer, sundhedsbussens besøg mm. vha. dør-til-dør, ophold i fællesarealer, vaskerum, tilstedeværelse ved lokale arrangementer, brug af eksisterende netværk i boligområderne osv. Se afsnit 3 – Delmål for realistisk antal deltagere i de forskellige indsatser. Sproglige barrierer iht rekruttering forsøges løst ved at udvikle materiale på de mest talte sprog i boligområderne dvs. arabisk, tyrkisk og ukrainsk.
7.	Sikring af kompetencer blandt fagpersonale:	Medarbejderne i Sundhedstilbud og Folkesundhed i Slagelse Kommune har de nødvendige kompetencer, erfaringer og ressourcer til at udvikle og gennemføre en sundhedsambassadøruddannelse og fællesskabsværtuddannelse i de tre boligområder. Diabetesforeningen har kompetencer og erfaring med at uddanne DiabetesSpottere, varetage Sundhedsbussen samt kan bidrage med viden om at uddanne personer, som kan varetage fællesskaber.
8.	Aktiviteter og metoder:	Indsats- og fokusområde 1: Styrke mentale ressourcer og fællesskaber <u>Sundhedsambassadører</u> • Uddanne sundhedsambassadører i hvert af de tre boligområder blandt både beboere i boligområderne og medarbejdere i boligselskaberne. Sundhedsambassadørerne bliver gennem en todages uddannelse i stand til at arbejde med rammer og muligheder for at styrke sundhed og trivsel i boligområderne. • Sundhedsambassadørerne klædes særligt på ift. forståelsesrammen ABC for mental sundhed samt som DiabetesSpottere. • Sundhedsambassadørerne vil indgå i et netværk for sundhedsambassadører og superviseres løbende af relevante medarbejdere fra Sundhedstilbud i Slagelse Kommune. <u>ABC for mental sundhed</u> • Sundhedsambassadørerne afholder workshops for beboere med afsæt i ABC for mental sundhed i boligområderne. Dette

		med henblik på at udbrede viden om ABC for mental sundhed. • Der afholdes en ABC-workshop for medarbejdere i de to boligorganisationer. • Ved behov udvikles der nye ABC-værktøjer til brug for mental sundhedsfremme i boligområderne fx værktøjer på andre sprog. <u>Fællesskabsgrupper og sundhedsfremmende aktiviteter</u> • Der uddannes fællesskabsværter, som skal bidrage til at etablere og understøtte fællesskabsgrupper. Uddannelsen strækker sig over én dag. Fællesskabsværterne klædes på til at skabe trygge, tillidsfulde og inkluderende rammer for ikke borgere, der ellers ikke opsøger foreningslivet eller kommunale sundhedstilbud. • Fællesskabsværterne etablerer lokale fællesskabsgrupper, som samler borgere om meningsfulde aktiviteter. Det kan bl.a. være ift. at støtte borgere i at fastholde livsstilsændringer, mestre livet med kronisk sygdom, madlavning, gåture i det fri eller lign. Fællesskabsgrupperne tager afsæt i lokale behov og ønsker. • Der etableres et netværk for fællesskabsværter. • Sundhedsambassadører og fællesskabsværter bidrager til at skabe nærværende og relevante sundhedsfremmende aktiviteter i de tre boligområder bl.a. ved at afdække behov for indsatser og tiltag fx ved rundspørge, afstemninger el.lign. Det kan fx være fællesspisninger, sundhedsforedrag, aktivitetsdage, sundhedstjekdage el.lign. Indsats- og fokusområde 2: Tidlig opsporing og støtte til sygdomsmestring <u>DiabetesSpottere</u> Som led i sundhedsambassadøruddannelsen afprøves en DiabetesSpotter-uddannelse med fokus på tidlig opsporing og støtte. Uddannelsesdelen skal sikre, at lokale ressourcepersoner – både beboere, medarbejdere og frivillige – kan identificere borgere i risiko og bygge bro til relevante sundhedstilbud og fællesskaber. • Deltagerne klædes på til at genkende risikotegn, gennemføre sundhedssamtaler og iværksætte fremskudte opsporingsaktiviteter i boligområderne. • De får viden om diabetes, symptomer og risikofaktorer samt en værktøjskasse med oplysningsmateriale, risikotests og hjemmetestkits (HbA1c). <u>Sundhedsbussen</u> Sundhedsbussen fungerer som en mobil ramme for tidlig opsporing og sundhedsdialog tæt borgerne. Den skaber synlighed, tryghed og
--	--	---

		nysgerrighed og har i tidligere indsatser dokumenteret høj effekt i at nå borgere, som ikke opsøger egen læge. • Bussen bemannes af sundhedsfaglige medarbejdere fra Diabetesforeningen og tilbyder risikotest, HbA1c-måling og samtaler om livsstil og handlemuligheder. • Besøg kan kobles til lokale aktiviteter og aktører, så borgere får en umiddelbar vej videre til kommunale tilbud og fællesskaber - herunder fællesskabsgrupperne.
9.	Inddragelse af målgruppen:	Målgruppen inddrages aktivt i hele projektperioden. I hvert boligområde samarbejdes der med afdelingsbestyrelser, beboerråd og lokale aktører om at tilpasse aktiviteterne til beboernes behov og ønsker. Beboernes erfaringer og forslag indsamles løbende, og bruges til at justere og forbedre projektet undervejs.
10.	Forventes indsatsen at styrke øvrige områder?	Det er ambitionen at projektet skal bidrage med erfaringer og læring til, hvordan vi kan samarbejde med forskellige aktører om sundhedsfremme og forebyggelse, og efter endt projektperiode, kan udbrede disse erfaringer til flere boligområder i kommunen. Projektet bidrager ligeledes til at opbygge lokale partnerskaber og tværgående samarbejdsformer, som kan bruges i andre indsatser på tværs af sundhed, social- og beskæftigelsesområdet.
11.	Samarbejde med øvrige aktører:	Boligorganisationerne og deres afdelingsbestyrelser er centrale samarbejdspartnere og medudviklere af aktiviteterne i de tre boligområder. Dette bidrager til forankring af indsatserne efter endt projektperiode da de kan bære aktiviteterne videre. Diabetesforeningen er faglig partner i projektet og bidrager med ekspertise indenfor tidlig opsporing, motiverende samtaler og etablering af fællesskabsbaserede indsatser. Derudover samarbejdes der med lokale frivillige, foreninger og civilsamfundsaktører, som kan understøtte rekruttering, fastholdelse og videre deltagelse i fællesskaber. Samarbejdet bygger på fælles ejerskab, lokal forankring og løbende koordinering.
12.	Arenaer, risiko og sundhedsadfærd:	De tre boligområder er udpeget da både FOB og Slagelse Boligselskab er repræsenteret i alle tre områder, boligområderne er forholdsvis store og prævalensen af kroniske sygdomme er højere end på landsplan. Boligområderne er: • Sydbyen (Antal boliger: 635) • Håndværkerparken (Antal boliger: 526) • Byskov allé (Antal boliger: 278) Relevante samarbejdspartnere, som er til stede i de tre områder, vil blive inddraget, hvor det er giver mening.
13.	Tilpasning til den eksisterende indsats:	Der er på nuværende tidspunkt ikke eksisterende sundhedsambassadører i de almene boligområder i Slagelse Kommune. Dette er således en ny indsats.

		Ligeledes er der ikke erfaringer med at bruge ABC for mental sundhed som ramme for at arbejde med sundhedskompetence i de almene boligområder. Der er dog solid erfaring med brugen af ABC for mental sundhed i flere forskellige arenaer i Slagelse Kommune samt uddannelse af ABC-ambassadører, som kan formidle og omsætte ABC-budskaberne til praksis. Der er ikke erfaring med at uddanne fællesskabsværter til at facilitere fællesskabsgrupper, men Diabetesforeningen har erfaringer med at facilitere motivationsgrupper. Diabetesforeningen har gode erfaringer med at udvikle uddannelser og kompetenceopbygning hos frivillige samt har afprøvet Sundhedsbussen i forskellige settings. Dog ikke i et samspil med de øvrige indsatser, hvormed synergien mellem de forskellige indsatser ikke er afprøvet før. Slagelse Kommune har en sundhedskonsulent, som har fokus på fremskudt sundhedsfremme og forebyggelse for borgere i udsatte positioner. Vedkommende er en vigtig ressourceperson ind i dette projekt, grundet indgående kendskab til boligområderne. Projektet går fint i tråd med Slagelse Kommunes sundhedspolitik 'Sammen om sundhed styrker vi det gode liv', som beskriver hvordan Slagelse Kommune i samspil med øvrige aktører, skal løfte sundheden gennem partnerskaber og samarbejder. Projektet vil kunne bringe erfaringer med at opbygge sundhedskompetence i de almene boligområder, som kan bringes i spil ifm. eksisterende og kommende helhedsplaner.
14.	Dokumentation og afrapportering:	Projektet bidrager til Sundhedsstyrelsens samlede evaluering med løbende indberetning af kvantitative og kvalitative data efter aftale med eksternt evaluatør. Projektlederen er ansvarlig for koordinering af dataindsamling og afrapportering. Som eksempel på dokumentation forventes følgende: • log over aktiviteter i de tre boligområder relateret til projektet • mødereferater fra projektgruppemøder og styregruppemøder • deltagerlister, optælling, fotodokumentation mv. fra fællesarrangementer, workshops mm. • kvantitative data som fx antal deltagere, tests, samtaler, grupper, mm. • Beskrivelse af forskellige metoder og fremgangsmåder.
15.	Formidling og kommunikation:	Formidling og kommunikation tager afsæt i de kendte og mest brugbare kanaler, som de forskellige aktører er vant til at kommunikere via. Rekruttering Kommunikation til beboerne i boligområderne vil foregå via hjemmeside, opslag og flyers i opgang, vaskerum, fælleshuse mm., Facebookopslag i lokale grupper, nyhedsbreve mm. Dette kan med

		fordel styrkes med kommunikationsmateriale på flere forskellige sprog efter behov. Der kan også afholdes informationsmøder med henblik på rekruttering. Frontpersonale og ledelse Der kommunikeres til kommunale medarbejdere og ledere samt medarbejdere og ledere i boligforeningerne på personalemøder, via nyhedsbreve o.lign. Politisk niveau Der foretages en politisk orientering om indsatsens indhold og status én gang årligt til relevante fagudvalg i kommunen. Diabetesforeningen bidrager til projektets formidling med synlighed gennem egne kommunikationskanaler, hvor det er relevant – herunder hjemmeside, nyhedsbrev, magasin, sociale medier og faglige netværk.
16.	Projektets forankring:	Projektet er forankret i Sundhedstilbud i Sundhed og Ældre i Slagelse Kommune, hvor der ansættes en projektleder/-medarbejder. Projektlederen bliver dermed tæt kollega med sundhedskonsulenterne i Kommunen, som varetager den borgerrettede forebyggelse. Projektet forankres gennem inddragelse af boligsociale medarbejdere, beboerråd og bestyrelser i områderne samt gennem uddannelse af lokale sundhedsambassadører og fællesskabsværter, som kan bidrage til at aktiviteterne lever videre efter projektets ophør.
17.	Styregruppe og evt. referencegruppe:	Projektet organiseres med en: • Styregruppe (relevante repræsentanter fra kommunen, FOB, Slagelse Boligselskab, Diabetesforeningen samt projektleder) • En projektleder • En projektgruppe i hver af de tre boligområder (bestående af projektleder, Sundhedskonsulent, repræsentant fra beboerråd, medarbejder fra FOB og Slagelse Boligselskab, projektkoordinator fra Diabetesforeningen m.fl., som er relevante for indsatserne) • Lokale netværk for sundhedsambassadører og fællesskabsværter (bestående af sundhedsambassadører, fællesskabsværter, Sundhedskonsulent og/eller projektleder)
18.	Projektets organisering og bemanding:	Styregruppen: • Chefen for Sundhed og Ældre, Slagelse Kommune • Virksomhedsleder af Sundhedstilbud, Slagelse Kommune • Direktør i FOB • Direktør i Slagelse Boligselskab • Chefen for Medlemmer, Diabetesforeningen Projektleder: • Ansættes til formålet. Det forventes at vedkommende bruger 15 timer om ugen på projektledelse og 22 timer om ugen på fremskudt og opsøgende arbejde ifm. projektets gennemførelse. Projektgrupper: • Projektleder/projektmedarbejder

		• Sundhedskonsulent fra Sundhedstilbud • Projektkoordinator fra Diabetesforeningen • Relevante repræsentanter for beboerne i området, samt øvrige relevante ressourcepersoner fx repræsentant fra beboerråd, medarbejder fra FOB og/eller Slagelse Boligselskab m.fl. Netværksgrupper: • Projektleder eller Sundhedskonsulent fra sundhedstilbud • Sundhedsambassadører • Fællesskabsværter
19.	Tidsplan:	Projektet igangsættes senest d. 1/3 2026. <u>År 2026 – Opstart og etablering</u> • Ansættelse af projektleder, etablering af styregruppe og projektgrupper • Udvikling af Sundhedsambassadøruddannelse og Fællesskabsværtuddannelse • Rekruttere og uddanne 15 sundhedsambassadører • Rekruttere og uddanne 6 fællesskabsværter • Etablere netværksmøder og supervision for sundhedsambassadører og fællesskabsværter • Afholde ABC-workshop for medarbejdere i boligorganisationerne • Afholde 6 sundhedsfremmende fællesaktiviteter <u>År 2027 – Implementering og opskalering</u> • Rekruttering og uddannelse af 15 sundhedsambassadører • Rekruttere og uddanne 6 fællesskabsværter • Facilitere netværksmøder og supervision for sundhedsambassadører og fællesskabsværter • Opstart af 3 fællesskabsgrupper • Sundhedsambassadører afholder 3 ABC-workshops • Opsporende indsatser via DiabetesSpottere og 3 besøg af Sundhedsbussen • Afholde 12 sundhedsfremmende fællesaktiviteter <u>År 2028 – Gennemførsel og evaluering</u> • Facilitere netværksmøder og supervision for sundhedsambassadører og fællesskabsværter • Opstart af 3 fællesskabsgrupper • Sundhedsambassadører afholder 3 ABC-workshops • Opsporende indsatser via DiabetesSpottere og 3 besøg af Sundhedsbussen • Afholde 12 sundhedsfremmende fællesaktiviteter • Ekstern evaluering