

Ulf Hjelmar, Ane Reese Mikkelsen og Pia Vivian Pedersen

# Opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere

En evaluering af indsatsen i fire kommuner



*Opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere  
– En evaluering af indsatsen i fire kommuner kan hentes fra  
hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk)*

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA  
ISBN: 978-87-7488-830-7  
Projekt: 10284  
November 2014

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



**Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

KORA (det tidligere AKF) har i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (SIF), fået til opgave at evaluere projektet om Opsøgende sundhedsindsatser, som er gennemført i Brøndby Kommune, Holstebro Kommune, Hvidovre Kommune og Næstved Kommune i perioden august 2010 til juni 2014.

Projektet om Opsøgende sundhedsindsatser udspringer af satspuljen 2009, hvor der blev afsat 20 mio. kr. til iværksættelse af denne type indsats for socialt udsatte borgere med komplekse problemstillinger som alkohol-, hash- og stofmisbrug, sindslidelse, hjemløshed m.m.

Evalueringen af projektet har overordnet til formål at opsamle erfaringerne fra projektet og pege på, hvilke modeller for organisering af den opsøgende sundhedsindsats der har haft de bedste virkninger i forhold til målgruppen. Disse erfaringer kan være til inspiration for de kommuner, som påtænker at iværksætte eller omorganisere den sundhedsmæssige indsats over for socialt udsatte borgere.

Evalueringen er gennemført for Socialstyrelsen (tidligere Servicestyrelsen). En stor tak skal lyde til de fire projektkommuner, som har deltaget i projektet, og til det deltagende personale, som har brugt meget tid på at tilvejebringe det datamæssige grundlag for evalueringen. Vi vil også gerne rette en stor tak til de borgere, som har udfyldt spørgeskemaerne.

Ulf Hjelmar (KORA), Ane Reese Mikkelsen (KORA) og Pia Vivian Pedersen (SIF)  
November 2014

# Indhold

Sammenfatning .....	5
1 Indledning .....	9
1.1 Baggrunden for de opsøgende sundhedsindsatser .....	9
1.2 Formål med evalueringen .....	10
1.3 Metodisk fremgangsmåde.....	11
2 Projekternes indsatser over for socialt udsatte borgere .....	16
2.1 Gennemførte aktiviteter i de enkelte projektkommuner .....	16
2.2 Målgruppen for indsatsen .....	22
2.3 Gennemførte aktiviteter i projektkommunerne – et overblik .....	31
2.4 Generelle læringspunkter om målgruppe og implementering af aktiviteter .....	33
3 Helbredsvirkninger og organisering af indsatsen .....	37
3.1 Generelle helbredsvirkninger af indsatserne.....	37
3.2 Helbredsvirkninger i de enkelte projektkommuner .....	40
3.3 Helbredsvirkninger i to forskellige typer af organisering .....	42
3.4 Fordele og ulemper ved de to typer af organisering .....	44
3.5 Øvrige læringspunkter i forhold til organiseringen af indsatsen.....	44
4 Brobygning til andre aktører .....	49
4.1 Brobygningsindsats og ændringer i borgeroplevelsen.....	49
4.2 Oplevede fordele ved brobygningsindsatsen .....	57
4.3 Oplevede ulemper og udfordringer ved brobygningsindsatsen.....	60
Litteratur .....	62
Bilag 1 Registreringskemaer i evalueringen .....	64
Aktivitetsskema – udfyldes af medarbejder .....	64
Grundskema – om dig og dit helbred <i>Startskema</i> .....	66
Grundskema – om dig og dit helbred <i>Slutskema</i> .....	69

# Sammenfatning

Denne rapport beskriver resultaterne af en evaluering af opsøgende sundhedsindsatser til socialt udsatte borgere og hermed til borgere, som er kendetegnet ved at leve med en række komplekse og forskelligartede problemstillinger, og som normalt ikke benytter eller rummes af det eksisterende sundheds- og socialvæsen. At være socialt udsat handler således om en samtidig ophobning af dårlige levekår og mangel på deltagelse på en række centrale områder i samfundet, fx økonomisk fattigdom, eksklusion fra arbejdsmarkedet, dårlige boligforhold, dårlig sundhed, manglende faglig eller politisk deltagelse, få sociale aktiviteter og få fritidsaktiviteter (Larsen 2009).

Socialt udsatte borgere i Danmark har en meget dårlig sundhedstilstand, og det gælder alle aspekter af deres sundhed, trivsel, sygelighed og sundhedsadfærd. Som resultat af dette er deres livskvalitet forringet, og deres levealder er meget kortere end tilfældet er for andre borgere (Pedersen et al. 2012a, Benjaminsen et al. 2013, Davidsen et al. 2013).

På baggrund af dette blev der via satspuljen i 2009 afsat 20 mio. kr. til iværksættelse af opsøgende sundhedsindsatser og brobygning til det etablerede sundhedssystem for socialt udsatte borgere. Fire kommuner (Brøndby Kommune, Holstebro Kommune, Hvidovre Kommune og Næstved Kommune) har modtaget støtte til denne indsats. Formålet med de kommunale projekter har været:

- at udvikle relevante og tilgængelige sundhedstilbud til målgruppen
- at styrke sundhedsindsatsen over for målgruppen, herunder den sundhedsfremmende og forebyggende indsats
- at sikre brobygning til det øvrige sundhedsvæsen og det øvrige sociale hjælpesystem

Formålet med denne evaluering er at opsamle de erfaringer, der er blevet gjort i de fire deltagende projektkommuner omkring opsøgende sundhedsindsatser, herunder om indsatserne har haft nogle positive helbredsvirkninger for borgerne. Et særligt fokus i evalueringen er på, hvorvidt organiseringen af de forskellige tilbud og indsatser på området har haft en betydning for de opnåede resultater vedrørende borgernes helbredstilstand.

## Evalueringens metode og materiale

Evalueringen er baseret på både kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvalitative del af evalueringen bygger på kvalitative interviews foretaget i forbindelse med to heldagsbesøg i hver af de fire projektkommuner i 2011 og 2014, statusoplæg, som projektkommunerne har holdt på et midtvejsseminar i 2012, samt projekternes interne dokumenter (statusrapporter, mødereferater, borgerfortællinger og interne evalueringer gennemført i forbindelse med projektet). Den kvantitative del af evalueringen bygger på to typer af registreringsskemaer (se bilag 1): *aktivitetsskemaer* med oplysninger om de aktiviteter, der er iværksat for og sammen med borgeren, og *grundskemaer* med oplysninger om borgernes selvvaluerede helbred. Aktivitetsskemaerne er udfyldt af projektmedarbejderne, og grundskemaerne er udfyldt af borgerne (evt. i samarbejde med en projektmedarbejder). De enkelte projektkommuner har løbende indsendt skemaerne til KORA fra projektstart i august 2010 til juni 2014. Der er modtaget i alt 2.570 gyldige registreringsskemaer dækkende i alt 710 socialt udsatte borgere i de fire projektkommuner. Der er altså tale om et ganske omfattende datamateriale.

## Målgruppen for indsatsen

Evalueringen viser, at de opsøgende sundhedsindsatser i de fire kommuner generelt har formålet at komme i kontakt med socialt udsatte borgere, som ikke i særlig høj grad benytter sig af

de etablerede sundhedstilbud. Evalueringen viser, at ca. en fjerdedel af projektborgerne (23 %) ikke forud for deres deltagelse i projekterne var i nogen form for behandling.

På baggrund af oplysninger fra aktivitetskemaet udfyldt af projektmedarbejderne viser evalueringen, at borgerne typisk har somatiske lidelser, samtidig med at de også er kendetegnet af psykiatriske problemstillinger, misbrug og sociale problemer. I alt 84 % af projektborgerne har somatiske lidelser, og det er kendetegnende, at de lider af mange forskellige typer af somatiske lidelser. Næsten halvdelen (48 % af projektborgerne) har psykiske lidelser. Tilsvarende ses det, at omtrent halvdelen (49 %) har et alkoholmisbrug, mens en stor del også har et hashmisbrug (30 %) og et stofmisbrug udover hash (21 %). Mange projektborgere har også sociale problemer. Ca. en fjerdedel af projektborgerne (24 %) har i begyndelsen af deres forløb i projektet fået en form for socialfaglig rådgivning.

### **En bred sundhedsfremmende indsats**

Evalueringen viser, at der er blevet gennemført en bred sundhedsfremmende indsats med mange relevante aktiviteter i forhold til at forbedre sundhedstilstanden i målgruppen.

Aktiviteterne med borgerne har først og fremmest fundet sted på projekternes egne sygeplejeklinikker eller i sundhedscentret (Hvidovre Kommune) og har ofte været af somatisk karakter, herunder fx sundhedssamtale, helbredstjek, mindre behandlinger som sårpleje og rådgivning og vejledning om sundhed, hygiejne m.m. Herudover har en række andre aktiviteter som fx socialfaglig rådgivning og misbrugssamtaler også fyldt en del i projekterne. Aktiviteterne har i mindre omfang fundet sted i brugerens eget hjem eller på gaden (herunder "drikkeskure" og andre mere uformelle tilholdssteder).

Samlet set er projekterne dog kendetegnet ved at have haft en opsøgende og kontaktskabende karakter, hvor medarbejderne i projekterne i højere grad end tidligere har opsøgt og mødt borgerne i deres eget miljø (fx på herberget, varmestuen eller på gaden). Det opsøgende sundhedsarbejde har også bestået i at skabe kontakt til socialt udsatte borgere, som ikke selv kan eller vil opsøge støtte og hjælp fra systemet.

Det fremgår, at man i flere af projekterne har forsøgt at gennemføre aktiviteter, som borgerne får et umiddelbart udbytte af, og som medvirker til at opbygge et tillidsforhold. Dette er eksempelvis en café, hvor borgerne kan få varm mad (Brøndby Kommune), ledsagelse til en særlig tandlægeordning, hvor borgerne kan få ordnet deres tænder (særligt Holstebro Kommune), samt smertelindring og ledsagelse til afrusning (særligt Næstved Kommune).

Det har på tværs af alle fire projekter været afgørende at opbygge et tillidsforhold til borgerne, da de ofte har negative erfaringer med sundhedsvæsenet og typisk ikke oplever at blive mødt med imødekommenhed og forståelse, når de henvender sig på hospitaler eller i andre dele af sundhedssystemet. Dette relationsarbejde kræver tid og ressourcer, og en stor del af projektmedarbejdernes daglige arbejde har således bestået i at lytte og yde generel omsorg og støtte til socialt udsatte borgere. Forløbene med borgerne har derfor typisk været forholdsvis lange.

### **Forbedret sundhedstilstand**

Det fremgår også af evalueringen, at de opsøgende sundhedsindsatser samlet set har haft en positiv og signifikant virkning på borgernes sundhedstilstand målt ud fra borgernes selvvalgte helbred. På en skala fra 1 til 5 (1 = Meget dårligt helbred til 5 = Virkelig godt helbred) er borgernes selvvalgte helbred i projektperioden steget fra 2,0 til 2,5<sup>1</sup>. Dette betyder, at borgernes vurdering af eget helbred igennem projektperioden har flyttet sig fra et 'dårligt' helbred til at nærme sig et 'nogenlunde' helbred. Til sammenligning viser en undersøgelse fore-

---

<sup>1</sup> I spørgeskemaet (se bilag 1) går skalaen fra "Virkelig godt" til "Meget dårligt", men af formidlingsmæssige hensyn har vi i rapporteringen vendt skalalen om, så en oplevet forbedring i sundhedstilstanden afspejles i en stigning.

taget i den generelle danske befolkning i 2013, at mere end otte ud af ti danskere (85,2 %) vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt (Christensen et al. 2014).

Udtalelser fra socialt udsatte borgere, der har deltaget i projekterne, understøtter, at de opsøgende sundhedsindsatser har haft stor, positiv betydning for deres helbredstilstand. Den generelle vurdering fra projektmedarbejdere og samarbejdspartnere på tværs af de fire kommuner er ligeledes, at målgruppen har opnået forbedret sundhed, egenomsorg og livskvalitet.

Det fremgår af undersøgelsen, at borgerne i høj grad tilskriver kommunernes opsøgende sundhedsindsats en betydning for deres helbredssituation. Samtidig ses det, at andre forhold i mindre grad tilskrives en betydning. Alt i alt peger dette på, at kommunernes opsøgende sundhedsindsatser samlet set har haft en selvoplevet helbredsvirkning på målgruppen af socialt udsatte borgere, og det er en helbredsforbedring, som opleves som ganske væsentlig for målgruppen.

I undersøgelsen er der også blevet set på, om der er en forskel i virkningen på borgernes sundhedstilstand i to grundlæggende typer af organisering, som indgår i projektet: en sundhedscenter organisering (Hvidovre Kommune) og en socialfaglig organisering (Holstebro Kommune, Næstved Kommune og Brøndby Kommune). I en sundhedscenter organisering er de opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere placeret i et sundhedscenter sammen med sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning rettet mod den brede befolkning. I en socialfaglig organisering er de opsøgende sundhedsindsatser organisatorisk placeret i tæt tilknytning til øvrige sociale tilbud til socialt udsatte (som fx gadeplansarbejde og misbrugsbehandling), og indsatsen er i højere grad end i en sundhedscenter organisering rettet mod steder, hvor socialt udsatte grupper færdes – på gaden, på væresteder og i eget hjem.

Evalueringen viser her, at organiseringen i henholdsvis et socialfagligt og sundhedsfagligt regi ikke ser ud til at have en betydning i forhold til borgernes vurdering af eget helbred fra starten af projektføreløbet til slutningen af projektføreløbet. Der synes altså at være flere organisatoriske veje at gå i forhold til at opnå positive helbredsvirkninger af en opsøgende sundhedsindsats.

### **Organisatoriske læringspunkter på tværs af projekterne**

Evalueringen peger i forlængelse heraf på flere læringspunkter på tværs af de fire projekter vedrørende organiseringen af indsatserne. For det første har projekternes fleksible rammer uden krav om visitation og høje grad af tilgængelighed været en styrke i forhold til at nå målgruppen af socialt udsatte borgere og implementere de planlagte aktiviteter. For det andet er det erfaringen, at arbejdet med socialt udsatte fordrer, at de berørte medarbejdere er tæt tilknyttet et fagligt miljø og har mulighed for sparring. For det tredje har alle fire projekter oplevet udfordringer med en række medarbejderudskiftninger (grundet opsigelser, afskedigelser og sygdom) og mangel på ledelsesmæssig styring og opbakning, hvilket har haft konsekvenser for kontakten til målgruppen af socialt udsatte, for projektaktiviteterne samt for projektmedarbejdernes trivsel.

### **Brobygning til andre aktører**

De kommunale projekter har generelt formået at bygge bro til det etablerede sundhedsvæsen og relevante sociale indsatser. Projekterne har søgt at skabe en brobygning til det etablerede sundhedsfaglige og socialfaglige system for at få mulighed for at arbejde helhedsorienteret med borgerne og for at skabe opbakning til projektets aktiviteter (Brünes et al. 2010). Samarbejdspartnerne har bl.a. omfattet praktiserende læger, personale på sygehuse, herberger og væresteder, psykiatrien, hjemmeplejen, misbrugsbehandlingen og gadeplansmedarbejdere. Der har dog generelt været en mindre grad af samarbejde med hjemmeplejen og psykiatrien, end det var forventet i flere af projekterne. Der er generelt blandt samarbejdspartnerne blevet taget godt imod de opsøgende sundhedsprojekter, og man oplever her generelt et stort behov for projekterne.

Evalueringen viser, at projektborgernes viden om, hvor de skal henvende sig i sundhedssystemet, hvis de får helbredsproblemer, har været stigende fra projekternes start til projekternes afslutning. Samtidig viser evalueringen, at der samlet set ikke kan ses forskel i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse i det etablerede sundhedssystem fra projektstart til projekternes afslutning. Denne problemstilling er således stadig en udfordring og må fortsat betragtes som en væsentlig barriere for socialt udsattes kontakt til sundhedsvæsenet.

Det er blevet oplevet som positivt af samarbejdspartnerne på området, at de opsøgende sundhedsindsatser har givet socialt udsatte borgere en større vished om, at der er nogen, de kan henvende sig til, og at der er nogen, der tager sig af dem, når de har sundhedsmæssige problemer. Samarbejdspartnerne fremhæver især projektmedarbejdernes funktioner som ledsager, bisidder og tovholder – og dermed som 'tolk' i forhold til udsatte borgeres møde med systemet – som projekternes store styrke. Andre styrker ved projekterne, som samarbejdspartnerne fremhæver, er deres høje grad af fleksibilitet, mobilitet og tilgængelighed samt deres sygepleje- og sundhedsfaglige fokus, der opleves som nyt af borgerne.

Det er i brobygningsindsatsen blevet oplevet som negativt af projektmedarbejdere og samarbejdspartnere, at der bruges meget tid på at få defineret sin rolle i forhold til andre funktioner i kommunen, herunder misbrugsteams, socialpsykiatri og øvrige indsatser rettet mod socialt udsatte. Udfordringen ligger her i mødet mellem projektmedarbejdernes primært sundheds- og sygeplejefaglige faglighed og øvrige medarbejdere på udsatteområdet, som ofte arbejder ud fra et socialfagligt fokus. Projektmedarbejderne har således brugt meget tid og energi på at definere deres egne roller i forhold til øvrige medarbejdere på udsatteområdet og har oplevet at skulle 'træde varsomt' for ikke at brede sig ud over andre fagligheders domæner. Det er erfaringen på tværs af de fire projekter, at det har krævet tid, dialog, grundig informationsudveksling og gensidig respekt for hinandens fagligheder at navigere i den tværfaglighed, som ofte karakteriserer udsatteområdet.

## **Konklusion**

Samlet set har de opsøgende sundhedsindsatser bidraget til at mindske udsatte borgeres helbredsproblemer. Projekterne har med deres sundhedsfaglige og opsøgende profil således kunnet støtte borgerne i at få adgang til sundhedsvæsenet og støttet dem i at få gjort noget ved deres helbreds-mæssige situation. Evalueringen viser således, at der i de fire kommuner har været store, udekkede behov i indsatsen rettet mod socialt udsatte, og at projektaktiviteterne i vid udstrækning har bidraget til at afhjælpe disse behov. Det er især projekternes fleksible rammer, høje grad af tilgængelighed samt høje prioritering af relationsarbejdet og det at yde generel omsorg og støtte til socialt udsatte, der fremhæves som fremmende faktorer for indsatsens implementering og positive virkning på borgernes helbred. Af barrierer og oplevede udfordringer i løbet af projektperioden fremhæves især mange medarbejderudskiftninger; manglende ledelsesmæssig styring, opbakning og sparring; manglende tilknytning til et fagligt miljø, samt udfordringer med at navigere i udsatteområdets tværfaglighed og med at få afgrænset sit fagområde.

Det er især projektmedarbejdernes ledsager-, bisidder- og tovholderfunktion, der har haft stor og positiv betydning for udsatte borgeres kontakt til det etablerede sundheds- og socialvæsen og for den forbedring i borgernes viden om, hvor de skal henvende sig, hvis de har helbredsproblemer, som evalueringen dokumenterer. Der er i projektperioden overordnet set ikke sket forbedringer i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse i sundhedssystemet. Socialt udsatte borgeres oplevelser af nogle gange at blive mødt på en nedladende og nedværdigende måde i det etablerede sundheds- og socialvæsen udgør således stadig en væsentlig udfordring, som kalder på opmærksomhed i fremtidige indsatser rettet mod socialt udsatte.



# 1 Indledning

## 1.1 Baggrunden for de opsøgende sundhedsindsatser

I denne rapport beskrives resultaterne af en evaluering af en række opsøgende sundhedsindsatser rettet mod socialt udsatte borgere. Betegnelsen 'socialt udsat' dækker over mange forskellige livssituationer og sociale problemer. Rådet for Socialt Udsatte beskriver social udsathed som dét *"at være udsat for samfundsmæssig stigmatisering, diskrimination, uforståenhed og i visse tilfælde foragt. Det vil sige, at man lever et liv, som gennemsnittet ikke forstår, og som ikke hører ind under gennemsnittets karakteristisk af et godt liv"* (Rådet for Socialt Udsatte, 2012). Mere konkret kan socialt udsatte beskrives som mennesker, der på grund af stofmisbrug, alkoholmisbrug, sindslidelse, hjemløshed, fattigdom, prostitution eller andre alvorlige sociale problemer befinder sig i samfundets margin. En sådan konkretisering kan dog være problematisk, idet ikke alle mennesker med fx misbrugsproblemer er socialt udsatte. Centralt for forståelsen af social udsathed er, at det handler om en ophobning af dårlige levekår og mangel på deltagelse på en række centrale områder i samfundet, fx økonomisk fattigdom, eksklusion fra arbejdsmarkedet, dårlige boligforhold, dårlig sundhed, manglende faglig eller politisk deltagelse, få sociale aktiviteter og få fritidsaktiviteter (Larsen, 2009).

Der er behov for en særlig sundhedsmæssig indsats over for socialt udsatte borgere. Flere undersøgelser har vist, at socialt udsatte borgere har en meget dårlig sundhedstilstand, og at socialt udsatte på alle sammenlignelige mål for sundhed, sygelighed og trivsel er markant dårligere stillet end den generelle danske befolkning (Pedersen et al. 2012a, Pedersen et al. 2008, Benjaminsen et al. 2013). En interviewundersøgelse viser desuden, at grænserne for, hvad socialt udsatte tolererer og accepterer helbredsrelaterede, hele tiden flyttes til et dårligere niveau, og at et dårligt helbred på mange måder opleves som et grundvilkår ved livet som socialt udsat (Pedersen 2009). Resultatet er, at deres helbredsrelaterede livskvalitet typisk er meget dårlig, og at de ofte dør meget tidligere end andre borgere. Undersøgelser viser, at socialt udsatte har en markant højere dødelighed end den generelle danske befolkning, idet deres dødelighed er 7,4 gange højere end forventet. Denne meget kraftige overdødelighed svarer til, at socialt udsatte i gennemsnit lever 22 år kortere end en gennemsnitsdansker (Davidsen et al. 2013).

En del af forklaringen på udsatte borgeres dårlige helbred kan være, at de ikke i særlig høj grad benytter sig af de etablerede sundhedstilbud og det almindelige sundhedsvæsen, eller at de ikke færdigbehandles, når de benytter det eksisterende system. Analyser af socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet tegner her et broget billede. Overordnet set og sammenlignet med den generelle danske befolkning har socialt udsatte et markant merforbrug af sundhedsydelser (Juel et al. 2010, Benjaminsen et al. 2013). Socialt udsatte har således markant hyppigere kontakt til alment praktiserende læge, er markant oftere indlagt og på skadestue og modtager betydeligt oftere ambulante behandling (Juel et al. 2010, Sundhedsstyrelsen 2009). Andre undersøgelser viser en mindre entydig tendens, hvor nogle udsatte borgere udskyder eller undlader at tage kontakt til sundhedsvæsenet på grund af dårlige erfaringer og en grundlæggende mistillid til systemet (Pedersen 2009; Ludvigsen et al. 2013, Sundhedsstyrelsen 2011a, Sundhedsstyrelsen 2011b, Sundhedsstyrelsen 2012).

Undersøgelser peger desuden på eksisterende udfordringer i udsatte borgeres møde med sundhedsvæsenet, hvor de oplever at blive mødt med en nedladende tone, manglende imødekommenthed og i nogle tilfælde også en nedværdigende behandling fra sundhedspersonalets side. Nogle socialt udsatte føler således, at deres problemer ikke tages alvorligt; de føler sig anderledes og ind imellem også svigtet af systemet, eksempelvis i forhold til smertelindring eller for tidlig udskrivning (Pedersen 2009, Ludvigsen et al. 2013, Rasmussen et al. 2010).

Der eksisterer kun en begrænset viden om hensigtsmæssigheden og virkningen af hidtidige sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser rettet mod socialt udsatte i Danmark – og naturligt nok kun en lille viden om virkningen af kommunale indsatser på området.

Sundhedsstyrelsen har iværksat en række undersøgelser og evalueringer inden for området de seneste år. "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser" giver et billede af, hvad der betinger sundhed og sygelighed i forhold til forskellige målgrupper i befolkningen (Sundhedsstyrelsen 2011a). "Slutevaluering af modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse" fokuserer på virkningen af forskellige metoder (helbredsundersøgelser m.m.) i arbejdet med målgruppen (Sundhedsstyrelsen 2011b). "Et sundt liv for udsatte borgere" fokuserer på erfaringer fra 13 kommunale indsatser over for socialt udsatte borgere, herunder særligt erfaringer med forskellige metoder (brugersamtaler, lindrende behandling m.m.) (Sundhedsstyrelsen 2012). Samlet giver disse undersøgelser og evalueringer et godt indblik i målgruppen og indsatser over for målgruppen, men de viser ikke, hvad de mere specifikke virkninger er af forskellige typer af kommunal organisering i forhold til målgruppens helbred.

På den baggrund har man i projektkommunerne søgt at lave en særligt tilrettelagt sundhedsmæssig indsats over for socialt udsatte borgere. Denne sundhedsmæssige indsats har typisk været kendetegnet af en mere opsøgende type af indsats, hvor man søger at tilrettelægge indsatsen på en måde, som i højere grad end ellers er tilrettelagt ud fra de socialt udsattes særlige betingelser.

## 1.2 Formål med evalueringen

Fire kommuner har deltaget i en periode, der har strakt sig over knapt fire år (august 2010-juni 2014). Dette har givet et godt grundlag for at vurdere, om det har en positiv virkning i forhold til målgruppen at lave en særlig tilrettelagt opsøgende sundhedsindsats.

Evalueringen har overordnet til formål at opsamle de erfaringer, der er blevet gjort i de fire deltagende projektkommuner omkring opsøgende sundhedsindsatser, herunder om indsatserne har haft nogle positive helbredsvirkninger for borgerne. Et særligt fokus i evalueringen er på, hvorvidt organiseringen af de forskellige tilbud og indsatser på området har haft en betydning for de opnåede resultater.

I evalueringen vil der blive fokuseret på følgende spørgsmål:

- Har de kommunale projekter nået målgruppen? Målgruppen defineres som socialt udsatte med komplekse problemstillinger som fx alkohol- og stofmisbrug, sindslidelse, hjemløshed m.m., som ikke i særlig høj grad benytter sig af de etablerede sundhedstilbud.
- Er der blevet gennemført nogen relevante aktiviteter i forhold til at forbedre sundhedstilstanden i målgruppen? Relevante aktiviteter forstås her som den type af aktiviteter, som den enkelte projektkommune har ønsket at iværksætte over for målgruppen, og som Socialstyrelsen har godkendt ved projektstarten.
- Hvordan er indsatserne blevet implementeret og organiseret? Herunder vil det blive belyst, hvordan projektmedarbejderne vurderer, at implementeringen af indsatserne er forløbet. Desuden belyses projektmedarbejdernes og samarbejdspartnernes vurdering af fordele og ulemper ved organiseringen og forankringen af projekterne.
- Hvilken virkning har de opsøgende sundhedsindsatser haft på borgernes sundhedstilstand? Borgernes sundhedstilstand måles ud fra borgernes selvvurderede helbred.
- Har de kommunale projekter formået at bygge bro til det etablerede sundhedsvæsen og relevante sociale indsatser? Herunder vil det blive undersøgt, om målgruppen efter deltagelsen i de kommunale projekter i højere grad har tillid til og viden om sundhedssystemet, og om de i højere grad gør brug af det etablerede sundhedsvæsen. Der vil også blive set

på, hvorvidt samarbejdspartnerne i det etablerede sundhedsvæsen vurderer, at projektet har medvirket til en bedre og mere samlet indsats over for målgruppen.

- Er der en forskel i virkningen på borgernes sundhedstilstand i to grundlæggende typer af organisering, som indgår i projektet: en sundhedscenter organisering og en socialfaglig organisering?

Med en *sundhedscenter organisering* menes en type af organisering, hvor projektmedarbejderne og den opsøgende sundhedsindsats fysisk har været placeret i regi af kommunens sundhedscenter. Sundhedscentrene er en forholdsvis ny måde at organisere de kommunale opgaver inden for sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning. De første forsøg med sundhedscentrene startede i 2005. Den grundlæggende idé med sundhedscentrene har været at samle denne type af kommunale sundhedsaktiviteter i ét hus for at kvalificere indsatsen over for borgerne. Et centralt spørgsmål har været, om denne type af organisering også var i stand til at yde en virkningsfuld indsats over for socialt udsatte borgere (Kommunernes Landsforening 2010).

Med en *socialfaglig organisering* menes en type af organisering, hvor vægten har været på en opsøgende indsats på gadeplan, og hvor projektmedarbejderne og den opsøgende sundhedsindsats organisatorisk og fysisk har været placeret i tæt tilknytning til kommunens øvrige sociale tilbud til socialt udsatte (som fx gadeplansarbejde). Karakteristisk for den socialfaglige organisering har været, at tilbuddene har rettet sig mod de steder, hvor socialt udsatte færdes – på gaden, på væresteder og i eget hjem. Til forskel fra andre socialfaglige tilbud til socialt udsatte borgere har den opsøgende sundhedsindsats netop haft et særligt fokus på det sundhedsmæssige, men karakteristisk for indsatsen har været, at det sundhedsmæssige aspekt er søgt systematisk integreret i en bredere socialfaglig sammenhæng.

### 1.3 Metodisk fremgangsmåde

Evalueringen er baseret på både kvalitativ og kvantitativ metode. Med henblik på at belyse implementeringsprocessen og hermed oplevede fordele, ulemper og udfordringer i implementeringen og organiseringen af indsatserne og i brobygningen til det etablerede sundhedsvæsen er der gennemført kvalitative interviews med centrale medarbejdere og samarbejdspartnere i de fire kommuner. Med henblik på at analysere virkningen af indsatsen på socialt udsatte borgere er der gennemført en kvantitativ analyse baseret på tre typer af registreringskemaer (se bilag 1).

#### **Anvendt kvalitativ metode**

Evalueringen bygger på kvalitative interviews foretaget i forbindelse med to heldagsbesøg i hver af de fire projektkommuner i henholdsvis august/september 2011 og marts 2014 og dels på statusoplæg, som projektkommunerne har holdt på et midtvejsseminar i oktober 2012. Endelig indgår en række af projekternes interne dokumenter i evalueringen, eksempelvis statusrapporter, mødereferater, borgerfortællinger og interne evalueringer gennemført i forbindelse med projektet.

Formålet med de to heldagsbesøg i projektkommunerne var at få indblik i projekternes status, forløb, udvikling og udfordringer. Herudover har det også været et formål at møde projektmedarbejderne og få en konkret fornemmelse af projekterne og deres fysiske rammer. I forbindelse med det første besøg i august/september 2011 blev evaluator af projektlederen og/eller centrale projektmedarbejdere således præsenteret for nogle af de steder, hvor projekterne konkret foregår, det vil sige skurvogne, varmemønstre m.m.

Med henblik på at opnå forskellige perspektiver på implementeringsprocessen fra forskellige niveauer blev der i forbindelse med begge besøgsrunder gennemført kvalitative gruppeinterview med:

- Den/de centrale projektmedarbejder(e) og projektleder.
- De overordnede projektansvarlige på forvaltningsniveau. Vi ønskede her at interviewe den eller de ledere i forvaltningen, som har et ledelsesmæssigt ansvar for projektet, men samtidig har et konkret kendskab til rammerne for projektet, indsatsens indhold samt samarbejdsrelationerne til det eksisterende social- og sundhedsvæsen.
- Samarbejdspartnere i social- og sundhedsvæsenet. Vi ønskede her at interviewe repræsentanter fra de primære samarbejdspartnere, som var nævnt i projektbeskrivelserne.

Kommunerne har selv udvalgt interviewpersonerne, også til fokusgruppeinterviewene med projekternes samarbejdspartnere. Dette indebærer en risiko for, at kun de samarbejdspartnere, som er positivt indstillede over for projektet, er mødt op til interviewene. Projektmedarbejderne er dog blevet gjort opmærksomme på, at udvælgelsen af interviewpersoner skulle ske bredt, således at positive såvel som negative erfaringer var repræsenteret. Det er evaluators overordnede indtryk, at de fremmødte samarbejdspartnere har givet udtryk for såvel positive erfaringer som udfordringer og dilemmaer i samarbejdet med projekterne.

Der er gennemført semistrukturerede interviews, hvilket vil sige, at der blev taget udgangspunkt i en interviewguide, hvor spørgsmålene var organiseret efter en række overordnede emner, men at der samtidig var mulighed for at ændre og tilpasse spørgsmålene til de enkelte interviewpersoner og den specifikke situation. Desuden blev der lagt vægt på at give plads til emner og fortællinger, som lå uden for interviewguiden, og som interviewpersonerne selv fandt relevante. De overordnede emner for interviewene var:

- Indsatsens indhold og implementering
- Organisering af indsatsen
- Samarbejde/brobygning i forhold til det eksisterende sundheds- og socialvæsen

Alle interviews blev optaget digitalt med interviewpersonernes tilladelse og blev transskriberet direkte undervejs i hvert interview. Lydoptagelsen og transskriptionen blev efterfølgende gennemgået af såvel interviewer som transskribent. I analyseprocessen er der efter gentagne læsninger af interviewene gennemført en tematisk analyse med afsæt i interviewguidens temaer – i første omgang for hvert interview for sig, dernæst på tværs af interviewene. I denne proces blev også nye temaer identificeret, som interviewpersonerne selv bragte op. Analysen af interviewene afspejler en bestræbelse på at fremskrive såvel manifesterede temaer i materialet som forskellige positioner og betragtninger. I rapporten indgår derfor også en række citater og uddrag fra interviewene, der viser projektmedarbejderes, projektansvarliges, samarbejdspartneres og borgernes tanker, fortællinger og ræsonnementer. I disse er navne og stednavne anonymiseret eller ændret.

### **Anvendt kvantitativ metode**

I det følgende beskrives datagrundlaget for den kvantitative del af evalueringen samt de overvejelser, der er gjort i forhold til den kvantitative analyse.

#### *Datagrundlag*

Det kvantitative datagrundlag for projektevalueringen tager udgangspunkt i to typer af registreringsskemaer, som de enkelte projektkommuner løbende har udfyldt og indsendt til KORA fra projektstart i august 2010 til juni 2014 (se bilag 1).

*Aktivitetsskemaer:* Disse giver indblik i kontakten mellem projektmedarbejder og borger. På baggrund af aktivitetsskemaerne kan det vurderes, om de enkelte projekter har nået målgruppen, hvilke aktiviteter der er gennemført, samt om der er sket en brobygning til det øvrige social- og sundhedsvæsen i forbindelse med kontakten til borgerne. Aktivitetsskemaerne dokumenterer endvidere projekternes organisering. Skemaerne udfyldes af projektmedarbejderne

efter kontakt til borgeren. For hver projektborger kan der i længere projektforløb udfyldes mere end ét aktivitetsskema. Der er i alt indsendt 1.592 aktivitetsskemaer.

*Grundskemaer:* Der er udfyldt et grundskema i starten af hvert enkelt borgerforløb og i slutningen af borgerforløbet. På baggrund af disse skemaer kan det vurderes, hvordan projektborgerenes selvvurderede helbred har udviklet sig fra starten til slutningen af projektforløbet. Derudover indeholder skemaerne oplysninger om borgerens økonomiske forhold samt boligsituation. For hver projektborger kan der udfyldes ét startgrundskema og ét slutgrundskema. I løbet af projektperioden har kommunerne samlet indsendt 512 startgrundskemaer og 466 slutgrundskemaer.

**Tabel 1.1 Indleverede skemaer i alt**

Kommune	Startgrundskemaer	Slutgrundskemaer	Aktivitetsskemaer
Brøndby	88	73	176
Holstebro	165	164	548
Hvidovre	71	91	291
Næstved	188	138	577
<b>I alt</b>	<b>512</b>	<b>466</b>	<b>1.592</b>

Grundskemaet er som udgangspunkt udfyldt af projektborgeren selv, men har borgeren haft brug for hjælp til udfyldelsen af skemaet, har projektmedarbejderen kunnet assistere. I praksis har behovet for hjælp vist sig at være stort: 35 % af grundskemaerne er udfyldt af borgeren alene, mens 65 % er udfyldt med hjælp fra en medarbejder.

Alle registreringskemaer kan knyttes til den enkelte borger gennem et unikt identifikationsnummer. I det omfang borgeren ikke har ønsket at angive fødselsdato, har projektkommunen tildelt borgeren et unikt identifikationsnummer.

For at kunne gennemføre de nødvendige analyser i projektet har det været afgørende, at der er blevet udfyldt både start- og slutgrundskema samt minimum ét aktivitetsskema for hver enkelt borger. Dermed har der kunnet gennemføres en analyse af sammenhænge mellem typer af borgere, aktiviteter og projektorganisering på den ene side og udviklingen i det selvvurderede helbred i løbet af projektperioden på den anden side.

Gennemførelsesprocenten i registreringsdelen i projektet er målt på denne måde opgjort til 54 %, hvilket må anses for tilfredsstillende – særligt i betragtning af målgruppen og målgruppens ressourcer til udfyldelse af spørgeskemaer.

**Tabel 1.2 Gennemførelsesprocent målt som indlevering af alle tre typer af skema**

Kommune	Antal unikke borgere	Antal borgere som har udfyldt både start- og slutgrundskema samt mindst ét aktivitetsskema	Gennemførelsesprocent
Brøndby	119	63	53 %
Holstebro	210	143	68 %
Hvidovre	117	59	50 %
Næstved	264	117	44 %
<b>I alt</b>	<b>710</b>	<b>382</b>	<b>54 %</b>

### *Bortfaldsanalyse*

Data kan inddeles i tre grupper: Bruttosample, frafald og nettosample.

- **Bruttosample:** Denne gruppe af respondenter består af de projektborgere, som har været tilknyttet projekterne og dermed haft reel mulighed for at udfylde såvel grundskemaer som aktivitetsskema. I vores tilfælde regner vi bruttosample som alle borgere, der har udfyldt mindst ét registreringskema. Undersøgelsens bruttosample udgøres af 710 unikke borgere.
- **Frafald:** I denne gruppe indgår alle de respondenter, som har haft mulighed for at udfylde registreringskemaerne, men som ikke har svaret på *både* start- og slutgrundskema samt udfyldt mindst ét aktivitetsskema. Frafaldet har været på 328 projektborgere. De enkelte projektkommuner har været behjælpelige med at klarlægge, hvad bortfaldet af de 328 projektborgere skyldes. Her peges oftest på, at borgerne er flyttet fra kommunen, er blevet alvorligt syge eller ikke længere ønsker kontakt til projektet. Ligeledes angiver kommunerne, at mindst 15 projektborgere er afgået ved døden inden projektets udgang. Samlet set synes bortfaldets størrelse og ikke-systematiske karakter på tværs af kommuner ikke at give anledning til større bekymring i forhold til repræsentativiteten af vores nettosample.
- **Nettosample:** Heri indgår alle projektborgere, som har udfyldt både start- og slutgrundskema samt mindst ét aktivitetsskema. Nettosample udgøres af i alt 382 projektborgere.

Bortfaldsanalysen omhandler udelukkende frafaldet af borgere i selve analysen. I disse tilfælde er der ikke blevet udfyldt tilstrækkelig dokumentation, og dermed har det ikke været muligt at beregne virkningerne af indsatserne på baggrund af disse borgere (328 projektborgere). Disse projektborgere har dog fortsat været en del af indsatserne, og frafaldet omhandler altså ikke et frafald fra indsatserne.

### *Validiteten af analyserne af helbredsvirkninger og andre projektvirkninger*

Analyserne af helbredsvirkninger tager udgangspunkt i borgernes egne vurderinger, som de udtrykkes i grundskemaet henholdsvis ved projektets start og ved projektets udgang.

Det er en metodisk udfordring at gennemføre spørgeskemaundersøgelser blandt socialt udsatte, der ofte lever kaotiske og ustabile liv og kan være alkohol- eller stofpåvirkede eller -trængende, når de udfylder skemaet. Dette kan bevirke, at respondenterne har svært ved at læse, forstå og besvare spørgsmålene, ligesom vedkommende kan have svært ved at koncentrere sig i længere tid (Pedersen 2012b, Pedersen 2013). Som tidligere nævnt har borgerne i denne undersøgelse ofte haft behov for hjælp fra projektmedarbejderen til at udfylde skemaerne. Selvom spørgeskemaundersøgelser foretaget blandt socialt udsatte ofte er forbundet med metodiske og etiske udfordringer, som fordrer kritisk opmærksomhed og refleksion, er dét at gennemføre sådanne undersøgelser både relevant og meningsfuldt. Dels er det væsentligt at øge vores videnskabelige vidensgrundlag om socialt udsattes sundhedstilstand med henblik på at udvikle og forbedre den sundhedsmæssige og sociale indsats over for målgruppen, dels er det af mere medmenneskelige hensyn vigtigt at give socialt udsatte en stemme ved at inkludere dem i forskningsundersøgelser (Philippot et al. 2007).

Internationale studier viser, at selvrapporterede data fra socialt udsatte generelt er at betragte som valide og pålidelige data (Calsyn et al. 1993; Idler og Benyamini 1997; Trevena et al. 2001, Pedersen 2013).

Helbredsvirkningerne måles gennem grundskemaets første spørgsmål, hvor borgerne bedes vurdere deres helbred på en 5-punkts-likertskala, der spænder fra *"Virkelig godt helbred"* til *"Meget dårligt helbred"*. Af formidlingsmæssige hensyn har vi i rapporteringen vendt skalalen om, så en oplevet forbedring i sundhedstilstanden afspejles i en stigning. Det betyder, at et *"meget dårligt helbred"* er tildelt værdien 1, et *"dårligt helbred"* er tildelt værdien 2 og så fremdeles. Udviklingen i borgernes viden om henvendelse i sundhedssystemet samt deres følelse af at blive mødt med imødekommenhed er ligeledes målt i grundskemaet gennem en 5-punkts-

likert-skala (spørgsmål 6 og 7). Disse danner udgangspunkt for analysen af virkningen af brobygning til det øvrige social- og sundhedsvæsen i forbindelse med kontakten til borgerne.

Gennem det unikke identifikationsnummer har vi kunnet knytte alle registreringskemaer til den enkelte borger. Det har derfor været muligt at behandle data fra registreringskemaerne som paneldata, der følger projektborgerne fra borgerens start i projektet til borgerens afslutning i projektet. De estimerede virkninger, der fremkommer af den kvantitative analyse, udtrykker dermed først og fremmest den gennemsnitlige udvikling i projektborgernes vurdering af eget helbred samt viden om henvendelse i sundhedssystemet fra begyndelsen til slutningen af hver borgers projektforsløb.

Udfordringen for den kvantitative analyse af helbredsvirkninger er først og fremmest, at vi ikke har mulighed for at kontrollere for alle relevante tredjevariable. Det er eksempelvis muligt, at begivenheder i borgernes liv uafhængigt af projekterne har haft betydning for deres helbredsudvikling i projektperioden. Vi er derfor opmærksomme på, at de estimerede helbreds- og brobygningsvirkninger, der fremkommer gennem den bivariate analyse, ikke nødvendigvis kan tilskrives borgernes tilknytning til projektet alene. Det betyder med andre ord, at vi ikke kan være sikre på, at der er tale om et kausalt forhold mellem projekttilknytning på den ene side og helbreds- og brobygningsvirkninger på den anden side.

For at imødekomme denne usikkerhed har vi i slutgrundskemaet tilføjet en dimension, der har til hensigt at afdække, i hvor høj grad borgerne selv tilskriver projektet henholdsvis andre forhold at have haft betydning for deres helbred (spørgsmål 16 og 17). Dertil kommer, at skemaet afsluttes med et åbent spørgsmål, der opfordrer borgerne til at beskrive, hvad der i de seneste år har haft størst helbredsmæssig betydning for dem.

Generelt har der i projektkommunerne ikke været større problemer med at få udfyldt registreringskemaerne på en måde, som evaluator har vurderet som tilfredsstillende. Dog har der i en enkelt kommune (Holstebro Kommune) været nogle metodemæssige problemer i forbindelse med skemaudfyldelsen, som betyder, at resultaterne fra denne kommune i en række tilfælde afviger fra de øvrige kommuner. De metodemæssige problemer har bl.a. bestået i nogle misforståelser omkring forståelsen af enkelte spørgsmål i registreringskemaerne, men misforståelserne har ikke haft så alvorlig en karakter, at besvarelserne fra Holstebro Kommune ikke har kunnet indgå i analyserne. I rapporten er der løbende blevet gjort opmærksom på de spørgsmål, hvor der i Holstebro Kommune har været en metodemæssig usikkerhed i besvarelserne.

## 2 Projekternes indsatser over for socialt udsatte borgere

### 2.1 Gennemførte aktiviteter i de enkelte projektkommuner

I det følgende beskrives de gennemførte projektaktiviteter i hver enkelt af de fire projektkommuner.

#### **Gennemførte aktiviteter i Projekt Operation Sundhed, Holstebro**

Projekt Operation Sundhed var fra projektperiodens start organiseret uden en egentlig fast base eller sygeplejeklinik, og projektsygeplejersken mødte primært borgerne på kommunens væresteder, varimestuer m.m., hvor en stor del af målgruppen holder til. For at skabe kontakt til borgere, der ikke opholdt sig på værestederne, foretog projektsygeplejersken også opsøgende arbejde på gadeplan. Projektet havde en bus og dermed 'et rullende kontor' til rådighed, som både blev brugt til transport og som kontor til samtaler, sundhedstjek m.m.

I alt 210 borgere har indgået i projektet i projektperioden fra august 2010 til juni 2014.

Ved projektperiodens afslutning er den centrale projektmedarbejder placeret på et forsorgshjem, hvor hun har et privat kontor og kan have fortrolige samtaler med borgerne. Der gennemføres også opsøgende indsatser på værestederne i Holstebro by (på ét af disse væresteder har projektmedarbejderen sit eget kontor) samt besøg i egen bolig hos borgere, der ikke kommer på værestederne, efter henvendelse fra hjemmeplejen eller egen læge. De fleste kontakter skabes på værestederne. Bussen (og 'det rullende kontor') benyttes ikke i samme grad som tidligere. Projektets opsøgende funktion er mindsket i løbet af projektperioden. En del af grunden til dette er ifølge en projektmedarbejder, at projektet har *"spredt sig som ringe i vandet"* blandt de udsatte borgere, og mange borgere i målgruppen har i løbet af projektperioden selv opsøgt projektet, efter at de er blevet bekendt med projektet.

Der har været stor variation i borgerforløbet i Holstebro Kommune. Nogle udsatte borgere har modtaget eller deltaget i én aktivitet/indsats, mens andre har modtaget eller deltaget i op til 34 aktiviteter.

Der er i Holstebro Kommune gennemført en bred sundhedsfremmende indsats. Særligt fokus har været på det somatiske område, og centrale projektaktiviteter har været sundhedstjek og behandling, mindre akutte sygepleje- og omsorgsopgaver, samtaler om helbred og sundhed, vaccinationer m.m. Projektmedarbejderne beskriver også, at mange af aktiviteterne har været fokuseret på at yde social støtte og generel omsorg.

Mange af de somatisk orienterede aktiviteter er foregået på såkaldte sundhedsdage. Disse sundhedsdage har været afholdt i flere omgange på kommunens væresteder/forsorgshjem. På sundhedsdagene har der været kaffe og rundstykker, frivillige frisører har tilbudt gratis klipning, der er blevet tilbudt gratis fodterapi, den centrale projektmedarbejder har gennemført sundhedstjek og lungefunktionsmålinger, og en diætist fra kommunens sundhedscenter har tilbudt samtaler og vejledning om kost. Projektmedarbejderen har derefter fulgt op på borgerne, hvis de ønskede det. Både projektmedarbejdere og samarbejdspartnere beskriver, at sundhedsdagene generelt har været en stor succes, og at borgerne har været meget glade for tilbuddet.

Tandbehandling har været en meget central aktivitet i projektet. I 2012 startede Social Odontologisk Klinik som en del af Projekt Operation Sundhed (Lomholdt 2012). Projektmedarbejderne fortæller, at det har taget lang tid og været en stor udfordring at få klinikken op at stå, og



at det har været særdeles vanskeligt at finde frivillige tandlæger. Tandklinikken er finansieret af puljemidler fra Socialministeriet – indtil videre til ultimo 2015. Der har været tre frivillige tandlæger og to frivillige tandplejeassistenter knyttet til klinikken. Klinikken har været åben fire timer hver anden onsdag og har tilbudt akut tandlægebehandling, dvs. tandbehandling ved smerter. Den mest anvendte behandling har været fyldninger og tandudtræk. Den centrale projektmedarbejder har typisk været til stede i klinikens åbningstid og hjulpet borgerne, bl.a. med angst for tandlægebehandling. Den gratis tandbehandling beskrives som projektets *”absolute succes”* og som meget velfungerende af både projektmedarbejdere og samarbejdspartnere. Der vurderes at være et stort behov i målgruppen, og i foråret 2014 var der mange på venteliste til tandbehandling<sup>2</sup>.

Projektet har også fokuseret på en tovholder-, ledsager- og bisidderfunktion i relation til borgernes indlæggelse/besøg på sygehus, hos egen læge, til afrusning på forsorgshjemmet eller til samtale med myndighedspersoner. Denne aktivitet vedrører brobygning og netværksdannelse, hvor projektmedarbejderen er bindeled og primus motor i forhold til at styrke samarbejdet mellem de forskellige aktører, så indsatsen over for den enkelte borger bliver lettere.

I starten af projektperioden benyttede den centrale projektmedarbejder en psykolog, som var tilknyttet stofbehandlingen. Projektmedarbejderen ledsagede borgere til psykologsamtale og brugte også selv psykologen til sparring.

Helt i starten af projektperioden var der også en læge tilknyttet projektet, som var lønnet af projektet. Projektmedarbejderen lykkedes dog i høj grad med at ledsage borgerne til egen læge, hvorfor der ikke var behov for en særlig projektlæge.

Socialfaglig rådgivning i forhold til fx økonomi, bolig, beskæftigelse og netværksdannelse indgik også i projektet. Projektmedarbejderen ydede denne rådgivning i samarbejde med en socialrådgiver, der var ansat med få timer på projektet, og henviste derudover til relevante nøglepersoner i kommunen.

I projektet indgik også medicindosering og dokumentation af medicindosering, NADA-behandling i starten af projektperioden (øreakupunktur mod abstinenser og angst) samt oplæg om krop og sundhed på forskellige væresteder i kommunen. Massage/genoptræning/fysioterapi skulle også have indgået i projektet, men det var oplevelsen blandt projektmedarbejderne, at der ikke har været et behov herfor, og at aktiviteterne ikke var så relevante for målgruppen.

Endelig har inddragelsen af frivillige været kendetegnende for projektet. Der er blevet dannet en støtteforening for Projekt Operation Sundhed, hvis formål har været gennem forskellige aktiviteter at skabe netværk og give projektets målgruppe mulighed for at indgå i forpligtende sociale fællesskaber og få gode oplevelser med andre. Foreningen drives af frivillige kræfter i lokalområdet og arrangerer fx fisketure og madlavning for udsatte borgere. Projektets samarbejde med støtteforeningen er mindsket hen over projektperioden, hvilket bl.a. hænger sammen med medarbejderudskiftninger (se afsnit 3.5).

### **Gennemførte aktiviteter i Projekt Mobilsygeplejen, Næstved**

I Projekt Mobilsygeplejen er der etableret en sygeplejeklinik i tilknytning til en varmestue, samtidig med at der gennemføres opsøgende og akutte indsatser. Mobilsygeplejen har defineret som sin opgave, at den skal kunne rykke ud samme dag eller næstkommende hverdag, når den kontaktes om eller af en borger. Projektmedarbejderne beskriver deres overordnede, primære aktiviteter som at opsøge målgruppen, tilbyde sygepleje og at lytte.

I alt 264 borgere har indgået i projektet i projektperioden fra august 2010 til juni 2014.

---

<sup>2</sup> En statusoptælling fra februar 2014 viser, at der var 42 på venteliste på daværende tidspunkt, og KORA har fået oplyst i et interview, at ventelisten i en periode har været markant længere.

Der er i projektet i Næstved Kommune gennemført en bred sundhedsfremmende indsats med udgangspunkt i målgruppens behov. Centralt i projektet har været etableringen af en sygeplejeklinik på samme adresse som 'Varmestuen' og kommunens misbrugsenhed. Borgerne har her kunnet henvende sig anonymt. Klinikken har været bemandet med sygeplejefagligt personale og har typisk været åben for personlige henvendelser ca. 10 timer om ugen samt tilgængelig på telefonen mandag til fredag i tidsrummet kl. 8-16. Tidligere havde projektet en sygeplejeklinik på to forskellige sociale tilbud, men dette er blevet indskrænket til den klinik, hvor borgerflowet er størst, hvilket projektmedarbejderne beskriver som tidsbesparende i dagligdagen. Til gengæld er åbningstiden i klinikken blevet udvidet.

Centrale aktiviteter i projektet har været helbredstjek og helbredsscreeninger til borgere i substitutionsbehandling, sårpleje, almindelig fodpleje, hjælp til afrusning (ambulant), udlevering af fixesæt, hjælp til medicinadministration og medicindosering samt samtaler og vejledning om, hvornår det er vigtigt at komme i behandling. Derudover har der også i mindre omfang været tilbudt NADA-behandling (øreakupunktur mod abstinenser og angst).

Projektet har haft et tilbud om aflastningsophold ved svækkelse eller afrusning af 14 dages varighed på projektets to aflastningspladser beliggende i kommunens tilbud "Bofællesskabet". Det har været meget benyttet og blev af projektmedarbejderne vurderet som et meget væsentligt tilbud til målgruppen.

Projektet har også haft en tovholder-, ledsager- og bisidderfunktion i relation til borgerens kontakt med sygehuset, egen læge, tandlæge, psykiatri m.m. Projektmedarbejderne har også foretaget hjemmebesøg.

Projekt Mobilsygeplejen har haft meget fokus på brobygningsaktiviteter. Der er blevet arrangeret temadage og undervisning for sundhedsfagligt personale (bl.a. for hjemme- og ældreplejen) i sygepleje til udsatte borgere. Dertil kommer, at projektet er blevet en del af Rådgivningen for Stofmisbrugere, hvilket betyder, at projektmedarbejderne har deltaget i behandlingsmøder og lægekonferencer samt bidraget i forhold til dosering af substitutionsmedicin. Der er også blevet afholdt borgerkurser i håndtering af angst.

Projektet havde et ønske om at etablere en tandklinik bestående af frivillige lokale tandlæger og forsøgte i lang tid at få dette op at stå, da projektmedarbejderne oplevede et stort behov herfor. Men dette kunne ikke gennemføres på grund af manglende ressourcer og lokale. Borgerne har i stedet været henvist til at bruge det etablerede tandplejesystem.

### **Gennemførte aktiviteter i Projekt Sundhed på gadeplan, Brøndby**

Projekt Sundhed på gadeplan er et projekt med fokus på gadeplansarbejde, hvor medarbejderne igennem hele perioden har gennemført opsøgende sundheds- og omsorgsarbejde i forhold til målgruppen. Herudover har det været et formål med projektet at gennemføre en opkvalificering og kompetenceudvikling af medarbejderne i hjemmeplejen, så de bliver bedre i stand til at gennemføre pleje- og omsorgsopgaver i forhold til målgruppen.

I alt 119 borgere har indgået i projektet i projektperioden fra august 2010 til juni 2014.

Et centralt omdrejningspunkt i projektet har været etableringen af en alternativ sygeplejeklinik i tilknytning til det eksisterende kommunale tilbud – "Café Solvej" – et tilbud til alkoholmisbrugere i Brøndby Kommune, der ønsker en ædru livsstil. Som en del af projektet er åbningstidene i cafeen blevet udvidet, og målgruppen for tilbuddet er blevet udvidet til også at omfatte aktive alkoholmisbrugere.

Som en del af cafétilbuddet til borgerne er etableret en madordning. Cafeen har typisk holdt åbent to dage om ugen for projektets borgere. Hver anden søndag har cafeen også været åben og serveret brunch for både projektborgere og borgere fra et værested i tilknytning til social-

psykiatrien. I cafeen har borgerne også haft mulighed for at købe mad med hjem. Fokus har været på at lave billig og sund mad til 20 kr. pr. måltid. Hvis borgeren ikke har kunnet komme frem, eksempelvis på grund af dårligt helbred, så har projektmedarbejdere også bragt maden ud. Der er typisk kommet mellem 30-50 borgere hver gang, som har deltaget i madordningen.

Madordningen har skabt en diskussion om, hvad der definerer sund mad. Som en projektmedarbejder udtrykker det: *"Det, der er sundt for os, er ikke nødvendigvis sundt for én, der vejer 43 kg og ikke har tænder i munden"*. Projektmedarbejderne fortæller, at det fx ikke er alle borgere, der kan eller vil spise grøntsager, og mange borgere kommer også for fællesskabet. Nogle af projektets borgere har taget på undervejs i projektperioden, og projektet har arbejdet med at tage hensyn hertil og fx lavet ekstra grøntsager for at undgå en u hensigtsmæssig vægtforøgelse blandt nogle af projektborgerne.

Projektmedarbejderne beskriver café- og madordningen som et af projektets *"allerstørste succeser"*. Cafeen har igennem hele projektperioden fungeret rigtig godt og haft mange besøgende, og alle borgere i målgruppen har vidst, at den eksisterer – også selvom de ikke selv har benyttet tilbuddet. Projektmedarbejderne fortæller, at det har været en god måde at skabe kontakt til udsatte borgere på, og de har haft gode erfaringer med at samles omkring maden og måltidet.

I den stationære sygeplejeklinik i tilknytning til cafeen har der typisk været en fast ugentlig åbningstid med "åben dør", samtidig med at der har været mulighed for at justere og ændre åbningstiden, hvis nogle ikke har kunnet komme. I sygeplejeklinikken er der blevet gennemført sundhedstjek med udgangspunkt i en sundhedssamtale og en række andre sygeplejefaglige aktiviteter.

Som en del af den opsøgende indsats har der været en mobil sygeplejefunktion, som har haft særlig fokus på kommunens 'aktive drikkeværesteder', hvor en del inden for målgruppen kommer på jævnlig basis. Her har arbejdet ofte bestået i omsorgs- og sundhedsfremmende aktiviteter, fx sårpleje.

I tilknytning til cafeen har projektet også samarbejdet med to advokater, som kommer ca. én gang om måneden og har en økonomisk rådgivningsfunktion. De sidder i huset, så borgerne kan komme og få rådgivning. Borgerne kommer både med domme, som de gerne vil have hjælp til, men de kan også få økonomisk rådgivning.

Især i projektets sidste periode har der været fokus på sport, fx boksnings, hvor projektborgere er blevet hentet af en boksetræner hver tirsdag og kørt til boksetræning. I tilknytning til cafeen er der også motionsrum, billard, sportshal og svømmehal (med to livreddere til rådighed fra kommunens side). Herudover har nogle projektborgere deltaget i Ombold (fodbold for socialt udsatte). Der er blevet etableret et hold, som tager rundt i Danmark og bl.a. spiller Sjællandsmesterskab og Københavns mesterskab. En projektmedarbejder fortæller herom: *"På vores hold har vi én med ét ben, én med én arm, én med ét øje, og én der lige er blevet opereret. Så vores hold var rimelig handicappet, men de knoklede virkelig"*.

Tandpleje har også indgået i projektet. Projektet har i den tidlige fase af projektet samarbejdet med Bisserne på Kofoeds Skole. Ved projektperiodens afslutning er der blevet arbejdet på at etablere et samarbejde med den kommunale tandlæge, som er meget motiveret og gerne vil hjælpe. Det har kørt på forsøgsbasis i opstarten, hvor tandlægen har lavet almindelig tandpleje. Tandplejen finansieres af kommunen og er blevet prioriteret fra projektledelsens side.

I projektet har også indgået en tovholder-, ledsager- og bisidderfunktion i relation til borgerens kontakt med sygehus, egen læge, tandlæge, psykiatri, til samtaler med myndighedspersoner m.m.

I forhold til udlevering af antabus er dette sket i et samarbejde med Lænken i Glostrup, et behandlingssted for alkoholikere. Der er etableret et udleveringssted i Brøndby, som Projekt Sundhed på gadeplan står for, fordi mange udsatte borgere har haft svært ved at komme fra Brøndby til Glostrup.

Projektet har endvidere fokuseret på kompetenceudvikling af hjemmeplejens medarbejdere (for to af kommunens fire distrikter): Der er oprettet et kommunalt korps af SOSU-hjælpere, SOSU-assistenten og sygeplejersker udvalgt af ledelsen ud fra en særlig interesse for at arbejde med 'de skæve hjem' og bedre at kunne håndtere socialt udsatte borgere. Projektmedarbejderne har afholdt workshops for korpset og undervist i håndtering af og tilgang til målgruppen samt rådgivet om, hvordan hjemmeplejens medarbejdere kan tilrettelægge arbejdet bedre. Der har i undervisningen været fokus på nødvendigheden af, at medarbejdere i hjemmeplejen får og bruger tid på at skabe kontakt og en god relation til borgeren, da dette er meget afgørende. Projektmedarbejderne har desuden undervist i sundhed og sundhedsadfærd.

Projektmedarbejderne har også ydet bistand, supervision og haft en gå-med-funktion i forhold til hjemmeplejens medarbejdere i forbindelse med deres hjemmebesøg. Konkret foregår det eksempelvis på den måde, at en medarbejder i hjemmeplejen ringer til en af projektmedarbejderne, fordi vedkommende ikke kan komme ind i borgerens hjem, hvorefter projektmedarbejderen tager med ud. *"Vi fungerer lidt som buffere og går med – baner vej for dem"*, som en projektmedarbejder siger. Projektmedarbejderne fortæller, at hjemmeplejens medarbejdere tidligere har været bange for at gå ind til nogle borgere, hvilket har resulteret i, at der er kommet vikarer ud, og at borgerne ikke har fået den optimale hjælp. Så det har været et vigtigt element i Projekt Sundhed på gadeplan at uddanne personale, der brænder for at arbejde med denne målgruppe samt at skabe trykthed blandt hjemmeplejens personale i forhold til at komme ud til udsatte borgere i eget hjem.

Det er projektmedarbejdernes vurdering, at hjemmeplejens medarbejdere er blevet meget bedre rustet til opgaven, og at der har været stor tilfredshed med kompetenceudviklingen. De berørte medarbejdere i hjemmeplejen udtrykker også selv stor tilfredshed:

*"Vi er blevet klædt på heroppe, været på kurser om psykiske lidelser, og hvad vi kan gøre, så vi kan føre det videre ud i livet. Det gør, at jeg er en af de få, der arbejder med socialt udsatte i [hjemmeplejen]. Jeg kan så henvende mig til [projektmedarbejderne], hvis jeg har brug for det. Jeg har været til undervisning fem gange og har selv taget kurser ved siden af, fordi jeg har fået blod på tanden. Jeg har fået det ud af det, at jeg ved, hvad vi skal holde øje med, hvad er der på markedet i forhold til stoffer, og hvad vi for eksempel gør i de forskellige situationer, hvis borgerne ikke betaler deres regninger. Så vi bliver klædt bedre på. Men man skal være totalt i balance med sig selv. Det er jo ikke bare Tante Oda, vi skal støvsuge hos mere. Vi skal finde os i, at der lige er blevet røget en fed". (Medarbejder i hjemmeplejen)*

### **Gennemførte aktiviteter i Projekt Kys Livet, Hvidovre**

Projekt Kys Livet har været organiseret som et fremskudt sundhedscenter og har gennemført aktiviteter dels i regi af deres faste base på kommunens sundhedscenter og dels som et udgående og opsøgende team på cykler. Projektmedarbejderne har primært mødt borgerne på sundhedscentret, men også foretaget sundhedssamtaler i borgerens eget hjem og mødt borgeren dér, hvor de færdes (på gaden m.m.).

I alt 117 borgere har indgået i projektet i projektperioden fra august 2010 til juni 2014.

Projektmedarbejderne i Projekt Kys Livet beskriver deres hovedfunktion som det at være tovholder i den socialt udsatte borgers liv, at fastholde borgeren i et forløb samt sikre kvalitet i den behandling, som borgeren får.

Alle borgere, som rekrutteres til projektet, får tilbudt en livsstilssamtale, som tager udgangspunkt i de metoder, der allerede anvendes i det sundhedscenter, hvor projektet er placeret, herunder "den motiverende samtale" og "de små skridts metode" (Landsforeningen for Væresteder 2009). Dette indebærer, projektmedarbejderne i samarbejde med borgeren opstiller en række realistiske mål om livsstilsændringer. Det beskrives som vigtigt, at der arbejdes med små, konkrete ændringer, og at borgeren selv er med til at sætte tempoet.

Projekt Kys Livet adskiller sig fra de øvrige projekter i form af, at projektet har iværksat en mere fokuseret somatisk og sundhedsorienteret indsats og således ikke har fokuseret på socialfaglige aktiviteter. Disse opgaver er typisk blevet varetaget af kommunens gadeplansmedarbejdere, som projektet har haft et tæt samarbejde med. Projekt Kys Livet har dermed arbejdet med en skarpere opdeling mellem de socialfaglige og det sundhedsfaglige tilbud og opgaver end de øvrige tre projekter<sup>3</sup>.

Aktiviteterne i Projekt Kys Livet har bl.a. fokuseret på gennemførelsen af sundhedstjek med udgangspunkt i en sundheds- og livsstilssamtale. Sundhedstjekket indebærer typisk en måling af blodtryk, blodsukker, kolesterol, BMI og taljemål, men der kan også indgå andre målinger og behandlinger, fx sårskift. Herudover har projektmedarbejderne givet basal vejledning om et sundere liv, hygiejne, sund kost m.m. Projektmedarbejderne har endvidere stået for dosering af borgernes medicin.

Med projektmedarbejdernes sundhedssamtaler med borgerne og de gennemførte sundhedstjek har man søgt at skabe en god indgang til det etablerede social- og sundhedssystem. Mange udsatte borgere kender ikke de tilbud, der allerede eksisterer, og her er projektmedarbejderne med til at bevidstgøre projektborgerne om deres helbredssituation og medvirke til at planlægge og strukturere et evt. opfølgende forløb for borgeren. Formålet med dette har været at følge op på den indledende kontakt og evt. behandling og sikre kontinuitet og fastholdelse i behandlingen.

I projektet har også indgået en tovholder-, ledsager- og bisidderfunktion i relation til borgerens kontakt med sygehus, egen læge, tandlæge, psykiatri, hjemmeplejen, til samtaler med myndighedspersoner m.m. Projektmedarbejderne har forberedt borgeren til konsultationen og hjulpet med at sætte ord på behov og ønsker. Indsatsen har også indebåret konkrete aktiviteter som fx påmindelser via sms og opringninger.

I forhold til tandbehandling har projektet benyttet de praktiserende tandlæger i kommunen, og projektmidler har betalt borgernes egenbetaling. Borgerne har fået hjælp til at få lavet et overblik over behandlingen, og projektmedarbejderne har ledsaget borgeren til tandlæge, da det er erfaringen, at mange udsatte borgere har haft svært ved at gå til tandlæge, bl.a. på grund af tandlægeskræk.

Projektet har også søgt at støtte projektborgerne på anden måde. Et eksempel er, at projektmedarbejderne har hjulpet udsatte borgere med at købe ind. Projektmedarbejderne er taget med borgerne i supermarkedet og bl.a. vist dem nøglehulsmærket og forsøgt at lære dem simple opskrifter, så de selv kan lave mad.

Der er i projektet også blevet afholdt workshops og anden erfaringsudveksling for de aktører, som arbejder med udsatte borgere i kommunen. Projektmedarbejderne har søgt at informere om socialt udsattes livsbetingelser og udfordringer og har inviteret til dialog om, hvordan sundhedsvæsenet kan løse sundhedsopgaver for udsatte.

---

<sup>3</sup> I evalueringen betegnes organiseringen af den opsøgende sundhedsindsats i Hvidovre Kommune som en "sundhedscenter organisering", hvor organiseringen i de tre øvrige kommuner betegnes som en "socialfaglig organisering" (se afsnit 1.1).

## 2.2 Målgruppen for indsatsen

Projektindsatserne i de fire kommuner var målrettet borgere med en række komplekse og forskelligartede problemstillinger, som ikke normalvis benytter eller rummes af det eksisterende sundheds- og socialvæsen. Det er borgere, der er kendetegnet ved at leve i hjemløshed eller under dårlige boligforhold, der har et alkohol- og/eller stofmisbrug, der har én eller flere psykiske lidelser, ringe socialt netværk, vanskeligheder ved at opretholde struktur i hverdagen, manglende evne til egenomsorg, og borgere hvis fysiske og psykiske sundhedstilstand er meget dårlig. Det er på baggrund af disse karakteristika, at vi omtaler gruppen som 'socialt udsatte borgere'. Nogle af borgerne er typisk velkendte fra fx væresteder og herberger i kommunen, mens andre borgere dog også kan være helt ukendte for kommunen.

Spørgsmålet, som vi vil se nærmere på i det følgende, er, hvorvidt man i de fire projektkommuner har nået den ønskede målgruppe via den opsøgende sundhedsindsats.

I projekterne har man ønsket at nå bredt ud i målgruppen og yde en sundhedsindsats for både mænd og kvinder samt ikke begrænse sig til en bestemt aldersgruppe. Det fremgår af tabel 2.1 og tabel 2.2, at dette har været tilfældet i alle projektkommuner.

**Tabel 2.1 Kønsfordeling**

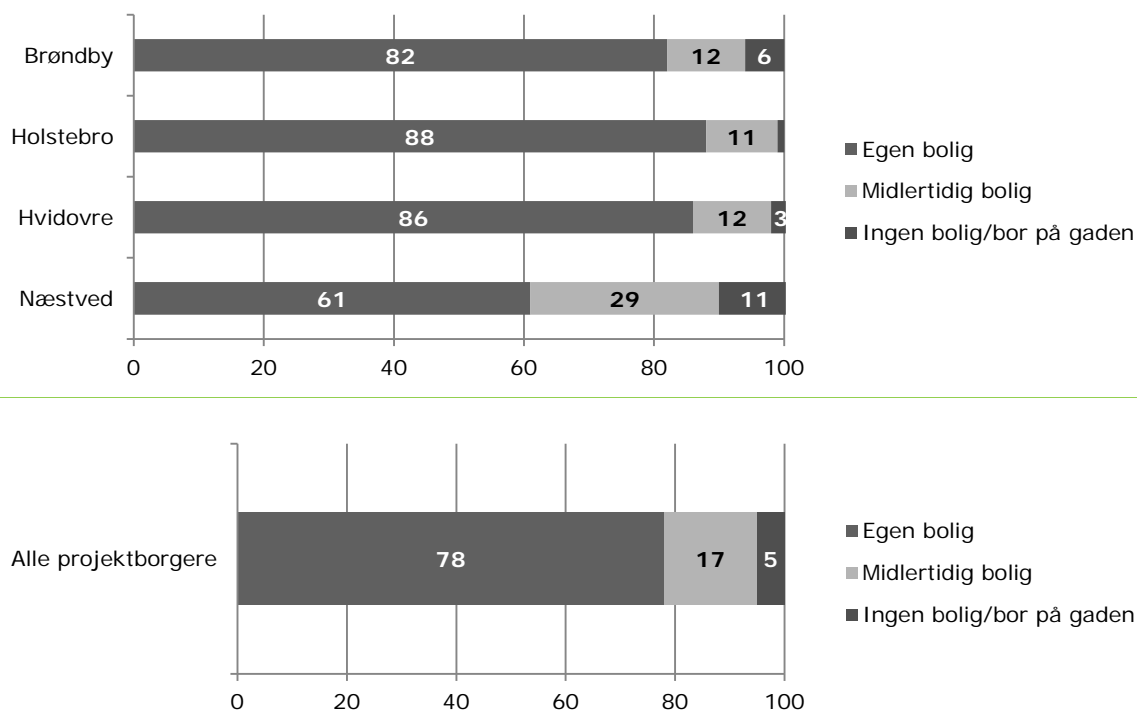
	Andel mænd	Andel kvinder
Brøndby	68 %	32 %
Holstebro	73 %	26 %
Hvidovre	55 %	44 %
Næstved	76 %	24 %
<b>Samlet</b>	<b>71 %</b>	<b>29 %</b>

**Tabel 2.2 Aldersfordeling**

Aldersinterval	Brøndby	Holstebro	Hvidovre	Næstved	Samlet
18-30 år	12 %	19 %	14 %	9 %	<b>13 %</b>
31-40 år	19 %	22 %	13 %	17 %	<b>18 %</b>
41-50 år	22 %	25 %	29 %	31 %	<b>28 %</b>
51-60 år	33 %	22 %	30 %	27 %	<b>27 %</b>
61-70 år	13 %	10 %	12 %	13 %	<b>12 %</b>
71-80 år	2 %	2 %	3 %	2 %	<b>2 %</b>
81-90 år	0 %	0 %	0 %	1 %	<b>0 %</b>

I det følgende vil vi se på boligsituationen hos de borgere, som har været en del af de fire kommunale projekter:

**Figur 2.1 Projektborgernes boligsituation**



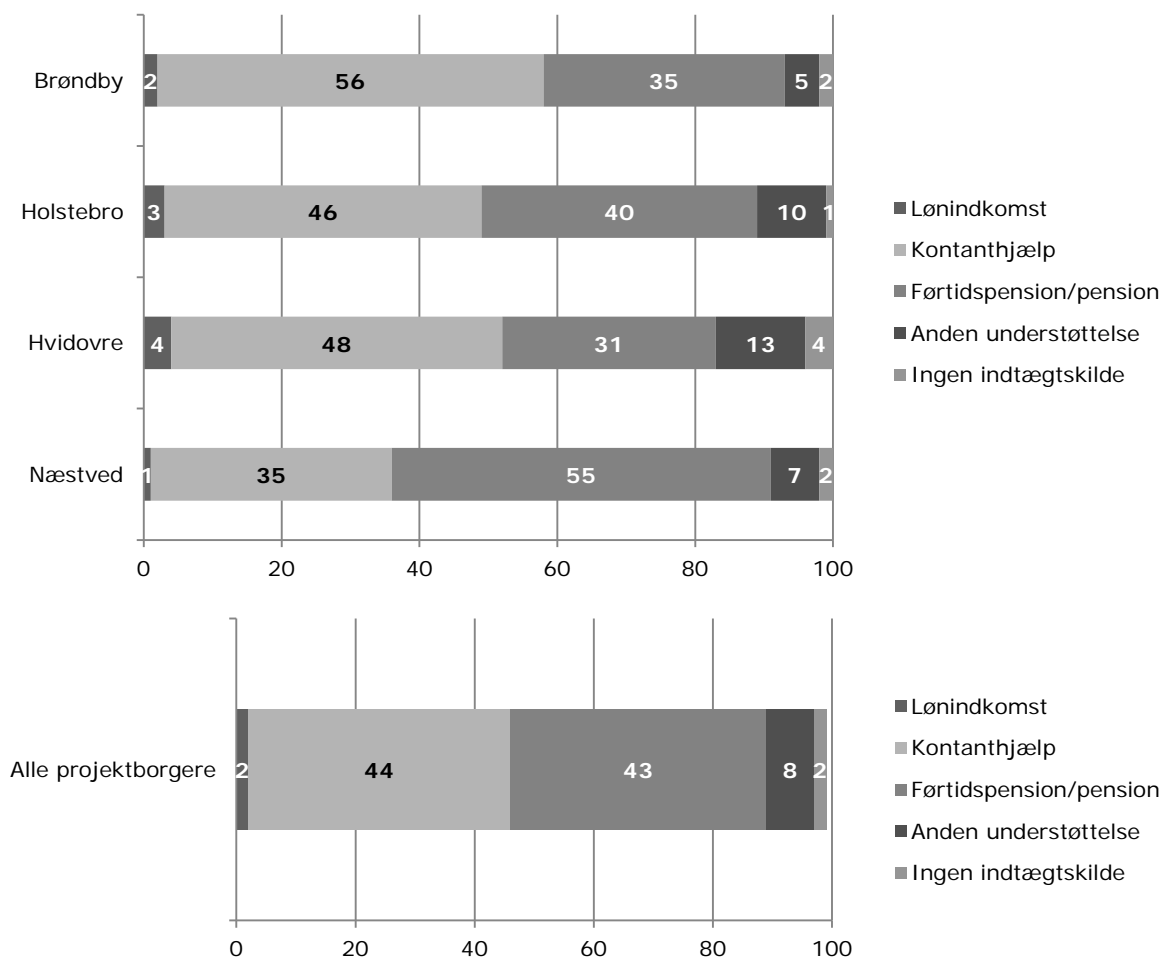
Anm.: Startgrundskema, spørgsmål 13. Kategorien "Midlertidig bolig" dækker over støttebolig, herberg/pensionat samt midlertidig bolig hos venner og familie. Opgjort i procent.

Overordnet fremgår det, at de fleste projektborgere bor i egen bolig, men der er dog en del af projektborgerne (22 %), som har en midlertidig bolig eller ingen bolig. Det ses dog også af figur 2.1, at der i Næstved Kommune er en forholdsmeæssigt noget større andel, der ikke bor i egen bolig (40 %), end tilfældet er i de andre projektkommuner. Det skyldes, at der i Næstved Kommune er forholdsvis gode muligheder for målgruppen for at få en plads i et herberg/pensionat eller få en støttebolig e.l.

I flere af projektkommunerne (herunder særligt Holstebro Kommune og Hvidovre Kommune) har man nået en anden udsat målgruppe end først forventet, idet der ikke har været kontakt til så mange hjemløse som først forventet. Projektmedarbejderne oplever, at mange udsatte borgere i Hvidovre Kommune isolerer sig i hjemmet, og at projektets reelle målgruppe ikke omfatter hjemløse. Dette billede bekræftes af flere af projektets samarbejdspartnere i psykiatrien og i kommunens socialfaglige tilbud, som fortæller, at der generelt kun er få hjemløse borgere, der sover på gaden, og at der til gengæld er en del borgere, der bor midlertidigt på sofaen hos venner eller familie.

Ser vi på projektborgernes indtægtsgrundlag, fremkommer følgende billede:

**Figur 2.2 Projektborgeres indtægtsgrundlag**



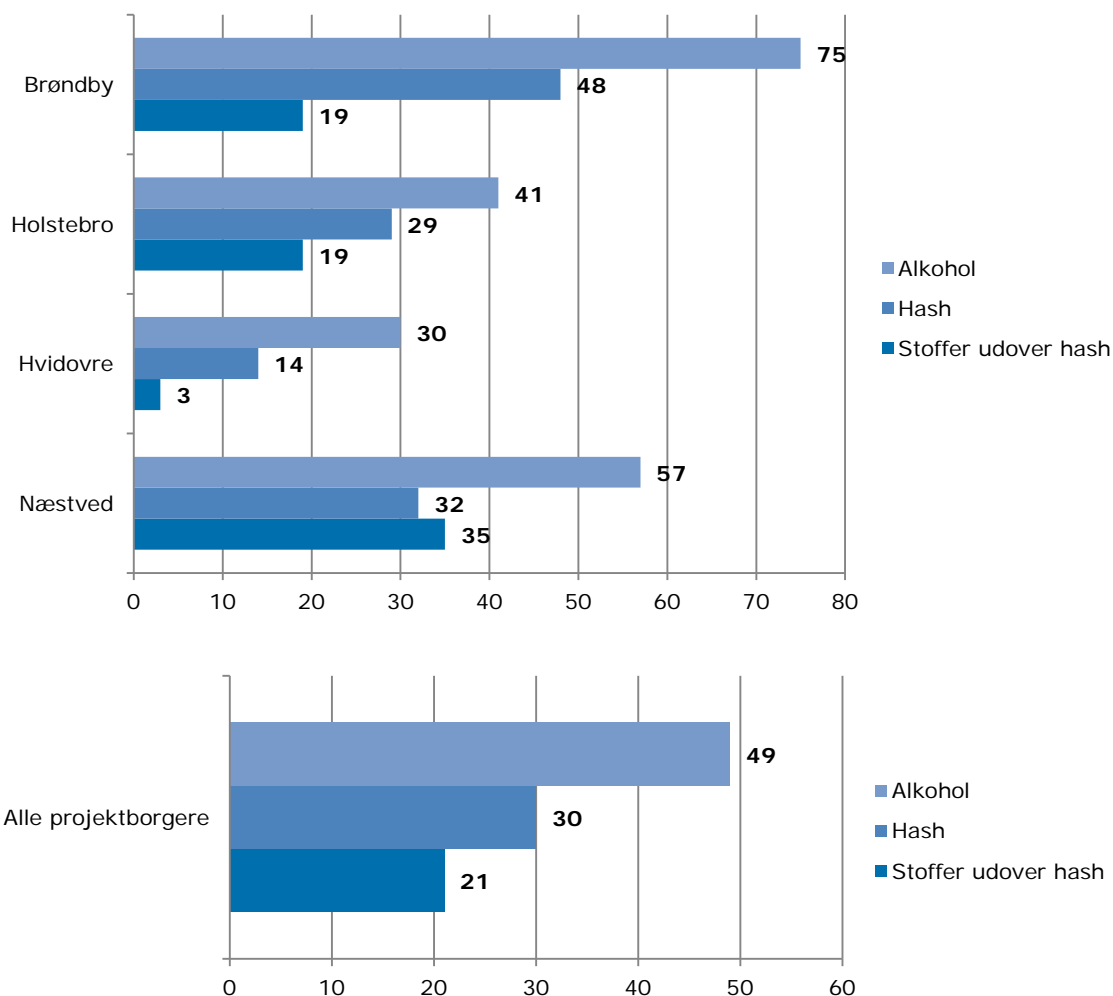
Anm.: Startgrundskema, spørgsmål 14. "Anden understøttelse" dækker over arbejdsløshedsdagpenge, sygedagpenge, revalideringsydelse samt SU. Opgjort i procent.

Det fremgår af figur 2.2, at langt størstedelen af projektborgerne er på enten kontanthjælp eller på førtidspension/pension. Kun ganske få har egen lønindkomst.

I det følgende ses der på i hvilken grad projektborgerne har et alkohol- eller stofmisbrug:



**Figur 2.3** Alkohol- og stofmisbrug blandt projektborgerne



Anm.: Aktivitetsskema, spørgsmål 2. Da det er muligt at angive mere end ét misbrug, kan det samlede procenttal for den enkelte kommune overstige 100 %. Samme borger kan indgå flere gange. Opgjort i procent.

Det fremgår, at projektborgerne ofte har et alkoholmisbrug. Det stemmer overens med udsagn fra centrale projektmedarbejdere i flere af kommunerne, som fortæller, at det især er borgere med et alkoholmisbrug, der har været repræsenteret i deres indsatser. Det ses også, at der er betydelige forskelle på andelen af borgere, der har et alkoholmisbrug (75 % i Brøndby og 30 % i Hvidovre). Dette indikerer, at der i opsøgende sundhedsindsatser kan være store forskelle i, hvilken målgruppe man får fat i – selv i to kommuner som geografisk ligger meget tæt op af hinanden. Som det påpeges i rapporten i øvrigt (se afsnit 3.3), kan den store forskel bl.a. skyldes en forskellig organisering på området.

Et hashmisbrug kendetegner også en del af projektborgerne – dog ikke i særlig høj grad i Hvidovre Kommune. Dette kan skyldes, at Hvidovre Kommune ikke i samme omfang som de øvrige kommuner har nået borgere med et hashmisbrug via deres opsøgende sundhedsindsats. Det kan dog også i et vist omfang skyldes, at tolkningen blandt projektmedarbejderne (som har udfyldt et registreringsskema om den enkelte borger) af, hvornår der er tale om et "misbrug" af hash frem for "brug" af hash, har været anderledes i Hvidovre Kommune.

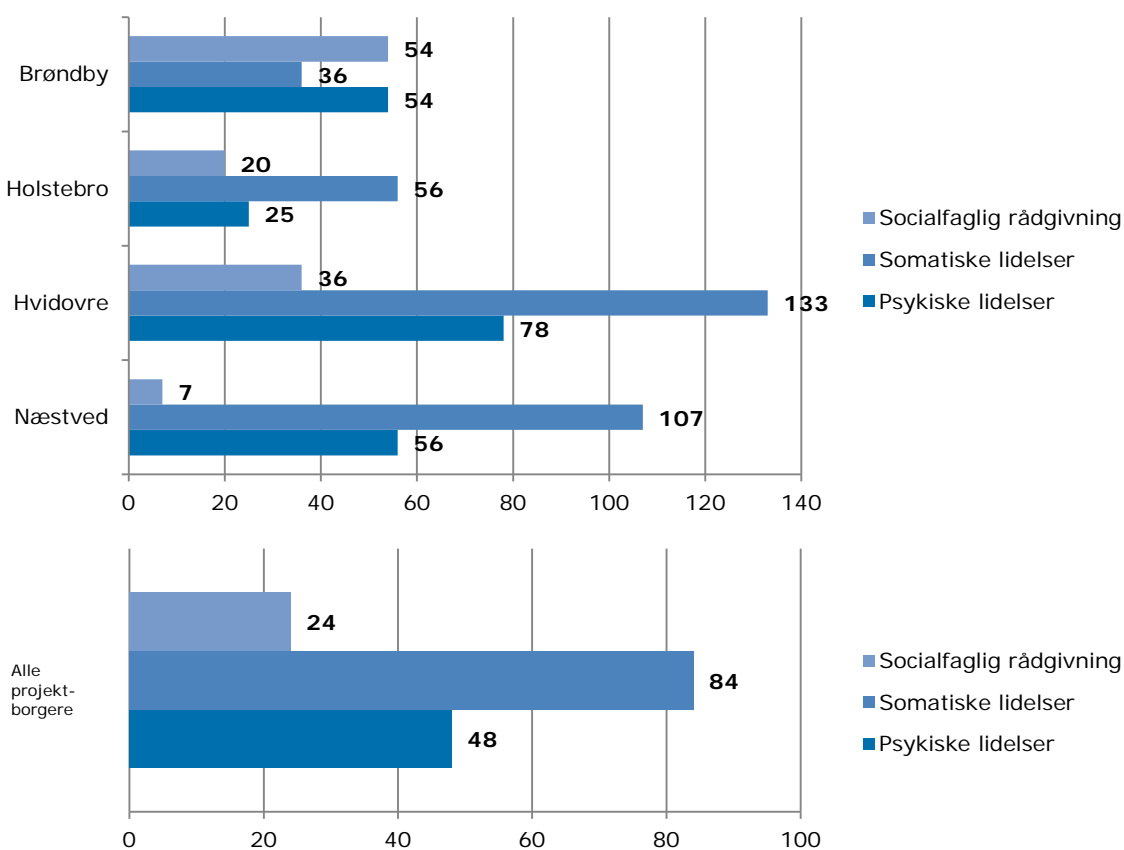
Det ses også, at der er forholdsvis store forskelle kommunerne imellem med hensyn til, om projektborgerne har misbrugsproblemer med stoffer (udover hash). I Næstved Kommune er det omkring en tredjedel af projektborgerne, som har et stofmisbrug, mens det omvendt kun er

3 % af projektborgerne i Hvidovre Kommune. En væsentlig del af forklaringen på dette er ifølge projektkommunerne, at Næstved Kommune tiltrækker mange – særligt lidt ældre – stofmisbrugere fra det storkøbenhavnske område. I Hvidovre Kommune ligger der en stor behandlingsinstitution for stofmisbrugere (KABS Hvidovre), hvor der er tilknyttet læger og sygeplejersker, som varetager mange opgaver omkring stofmisbrugernes sundhedstilstand, herunder følgeskab til hospital, ambulante kontroller, varetagelse af medicin, sårskift m.m.

Som den eneste kommune har målgruppen i Næstved Kommune til sidst i projektperioden også omfattet socialt udsatte unge, som deltager i undervisningsforløb på en produktionsskole. De centrale projektmedarbejdere fortæller, at disse unge ofte er truet på deres sundhed på grund af underernæring, misbrug af bl.a. hash, hjemløshed og generelt ringe levevilkår, og at mange af de unge har det psykisk dårligt, har 'ondt i sindet' og har selvmordstanker. På den baggrund er de blevet medtaget i projektet i Næstved Kommune.

Ser vi på årsagen til, at de enkelte projektborgere er kommet i kontakt med kommunen og dermed kommet til at indgå i projektet, så fremkommer følgende billede:

**Figur 2.4 Kontaktårsager**



Anm.: Aktivitetsskema, spørgsmål 1. Da det er muligt at angive mere én kontaktårsag, kan det samlede procenttal for den enkelte kommune overstige 100 %. Samme borger kan altså indgå flere gange. Socialfaglig rådgivning dækker over uformel rådgivning om personlig økonomi m.m. fra projektmedarbejderne selv til mere formel socialfaglig rådgivning. Somatiske lidelser dækker over forgiftninger, hudsygdomme, infektionssygdomme, kredsløbssygdomme, læsioner, sygdomme i fordøjelsesorganer, sygdomme i åndedrætsorganer samt "andre sygdomme" (ikke specificeret i skemaerne).

Det ses af figur 2.4, at langt den mest hyppige grund til, at borgerne er kommet i kontakt med projektet er, at de har haft en eller flere somatiske lidelser (84 % af projektborgerne). I nedenstående tabel fremgår det, hvilke somatiske lidelser der har været kontaktårsagen.

**Tabel 2.3 Kontaktårsag – somatiske lidelser**

	Brøndby	Holstebro	Hvidovre	Næstved	Samlet
Forgiftninger	1 %	2 %	1 %	27 %	<b>10 %</b>
Hudsygdomme	1 %	1 %	10 %	3 %	<b>3 %</b>
Infektionssygdomme	4 %	3 %	5 %	12 %	<b>7 %</b>
Kredsløbssygdomme	12 %	4 %	26 %	11 %	<b>11 %</b>
Læsioner	1 %	3 %	4 %	11 %	<b>6 %</b>
Sygdomme i fordøjelsesorganer	5 %	3 %	17 %	10 %	<b>8 %</b>
Sygdomme i åndedrætsorganer	3 %	4 %	23 %	9 %	<b>9 %</b>
Andre sygdomme	9 %	36 %	47 %	24 %	<b>30 %</b>

Anm.: Aktivitetsskema, spørgsmål 1. Da det er muligt at angive mere én kontaktårsag, kan det samlede procenttal for den enkelte kommune overstige 100 %. Samme borger kan indgå flere gange. "Andre sygdomme" er ikke nærmere specificeret i skemaerne.

Af tabel 2.3 kan man udlede, at målgruppen lider af mange forskellige typer af somatiske lidelser, og der ikke er et entydigt billede af særlige somatiske lidelser, som kendetegner målgruppen for projektet.

Samtidig er det kendetegnende, at psykiske lidelser også typisk er en del af årsagen til, at borgerne er blevet en del af det opsøgende sundhedsarbejde i de fire projektkommuner. Næsten halvdelen (48 % af projektborgerne) har psykiske lidelser (projektmedarbejdernes vurdering).

Disse fund er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser af socialt udsatte i Danmark, der viser en markant højere forekomst af en lang række sygdomme blandt socialt udsatte sammenlignet med den generelle befolkning. Det drejer sig i særdeleshed om infektionssygdomme, psykiske lidelser, sygdomme i hud og underhud, sygdomme i åndedrætsorganerne, læsioner, misbrugsrelaterede sygdomme og forgiftninger (Juel et al. 2010).

Socialfaglig rådgivning er også et væsentligt behov hos mange projektborgere. Cirka en fjerdedel af projektborgerne (24 %) har i begyndelsen af deres forløb i projektet fået en form for socialfaglig rådgivning, som fx rådgivning om personlig økonomi.

Det ses også af figur 2.4, at der er nogle markante forskelle projektkommunerne imellem i forhold til den indledende kontakt til borgerne. Særlig Hvidovre Kommune, men også i lidt mindre omfang Næstved Kommune og Holstebro Kommune, er kendetegnet ved at have et fokus på somatiske lidelser, mens billedet i Brøndby Kommune er noget mere blandet.

De opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere i de fire projektkommuner har også haft til formål at nå borgere, som ikke var omfattet af sundhedsmæssige tilbud. I tabel 2.4 ses det, hvor mange af projektborgerne, som har angivet, at de ikke var i nogen form for behandling i forvejen.

**Tabel 2.4 Projektborgere som ikke var i behandling i forvejen**

	Startgrundskema	Slutgrundskema	Samlet (alle projektborgere)
Brøndby	44 %	41 %	43 %
Holstebro	29 %	29 %	29 %
Hvidovre	30 %	15 %	21 %
Næstved	13 %	12 %	12 %
<b>I alt</b>	<b>25 %</b>	<b>22 %</b>	<b>23 %</b>

Anm.: Start- og slutgrundskema, spørgsmål 15. Behandling omfatter misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling, behandling for fysisk sygdom og anden behandling.

Det fremgår, at knap en fjerdedel af projektborgerne (23 %) ikke i forvejen var i behandling. Det indikerer, at projekterne er lykkedes med at få fat i borgere, som ikke forudgående har været omfattet af behandlingssystemet.

Samlet set tegner dette et billede af, at alle projektkommuner har nået målgruppen bestående af socialt udsatte borgere, og som det er vist her, så er de kendetegnet ved at have en bred vifte af problemer, som udover sundhedsmæssige problemer også kan indbefatte psykiske problemer, misbrugsproblemer og forskellige sociale problemer. Nedenstående borgerforløb illustrerer nogle af disse forhold, og hvilke udfordringer det giver i forhold til en opsøgende (sundheds)indsats. Disse eksempler stammer fra interviews med projektmedarbejderne eller er uddrag fra projektmedarbejdernes egne beskrivelser af borgerforløb, som de efterfølgende har sendt til evaluator. Eksemplerne illustrerer samtidig nogle af projekternes forskellige aktiviteter og indsatser (store som små) og viser den kompleksitet og det kaos, som ofte kendetegner socialt udsattes livssituation – og dermed også projektmedarbejdernes arbejde.

#### **Borgerforløb: Udfordringer med en projektborger**

*"Jeg har hjulpet Poul med mange forskellige ting. Han havde ADHD og var slet ikke tålmodig. Han betalte ikke husleje, røg hash, betalte ikke for sin elregning. Så han var ved at blive smidt ud. Han kom meget i vores tilbud. Og så fik jeg ordnet alle de ting, fik et godt samarbejde med rådhuset, så han fik betalt sin husleje og elregning og fik faktisk også et lån. Og så ville det blive trukket fra kontanthjælpen. Men lånet kom ikke ind hurtigt nok, så han ringede til mig en mandag morgen og bandede og svovlede. Så kom han til cafeen, og jeg var nødt til at sætte grænser for ham nogle gange – også i cafeen, for han skabte problemer med de andre brugere. Og så kom der en anden bruger, der også havde ADHD, en ung fyr. Hans mor var blevet banket og var stofmisbruger. Og så kom Poul med en bemærkning om, at 'junkie-mor fortjener det'. Så de kom op og slås, og på det tidspunkt burde vi måske have smidt dem begge to ud, men vi lod dem spise videre. Så kom Poul med en bemærkning til, og så brækkede han kæben. Så var han ikke så glad for, at vi lod den anden gå, inden politiet kom. Så var han heller ikke glad for, at han selv fik karantæne. Så så han dårligt på projektet, og vi har ikke haft kontakt til ham siden hen. [...] Jeg har mødt ham et par gange, og jeg spørger, om han kommer. Men han kommer ikke. Sådan går det. Vi har prøvet, men...". (Projektmedarbejder)*

### **Borgerforløb: Behov for en tålmodig, stabil indsats**

*"Jeg får en opringning i bilen fra en støttekontaktperson. Hun har en borger, som hun er kørt lidt fast i, og hun spørger, om vi har mulighed for at støtte hende lidt. Vi aftaler, at vi kører derud en af de kommende dage. Dét, vi møder den efterfølgende dag i [byen], er et hus, et meget gammelt, usselt hus med smadrede vinduer og døre. Der er spor udenfor, der giver det indtryk, at toiletbesøg foregår i det fri. Vi banker på døren, der er ulåst, og som går op, idet vi banker på. Huset er fugtigt, koldt og klamt. Der er ingen lys og heller ingen tegn denne dag på, at nogen er hjemme. Manden, der bor i huset, er ca. 50 år gammel og har boet længe i huset. Han kører på må og få på sin knallert. Vi aftaler at køre forbi snarest igen. Så nogle dage efter, træffer vi ham hjemme. En meget usoigneret mand træder frem i døren. Han har ingen sko eller strømper på, og tøjet bærer præg af de manglende toiletforhold. Han forstår ikke, hvorfor vi er der. Han er gal, fordi nogen har stjålet hans knallert, og det er dét, der fylder for ham. Vi taler lidt med ham og siger til ham, at vi vil kigge forbi igen. Vi efterlader vores nummer, men da der hverken er el, vand eller varme i huset, tænker vi, at han nok heller ikke har telefon.*

*Ugen efter prøver vi igen, men besøget ligner bare det forrige, og han vil ingenting. Han siger, at han godt kan se, at det er umenneskeligt at bo sådan, og at han lever af røde pølser. Men han vil ikke noget andet sted hen. Jeg har løbende kontakt til hans støttekontaktperson og spørger hende, om ikke hun tror, at det ville være en mulighed at hente ham i vores bus og køre ham til X (et opholds- og behandlingshjem for mænd). Hun siger, at vi selvfølgelig kan prøve, men hun har ikke store forventninger. Vi aftaler, at jeg kommer med bussen nogle dage senere, og vi har sagt til ham, at vi kommer. Da vi holder i indkørslen med bussen, siger han nej til at komme med. Men han følger alligevel nysgerrigt med helt ud til bussen. Efter 45 minutters overtalelsesforsøg giver vi op. Men vi siger til ham, at vi vil komme igen.*

*Allerede dagen efter har han været på biblioteket i [byen] for at låne telefonen. Han har ringet til sin støttekontaktperson og sagt, at vi gerne må hente ham. Så vi aftaler at mødes derude igen. Og får efter en del overtalelse ham med i bussen. Og han er stadig på [opholds- og behandlingshjemmet] og har det rigtig godt. Det viste sig også, at det ikke kun var udenfor, han havde arrangeret toilet. Hele det ene værelse i huset var lavet om til toilet". (Uddrag fra projektmedarbejders egne beskrivelser af borgerforløb)*

### **Borgerforløb: Hjælp til helbred, misbrug, bolig og rengøring**

*"Jeg [projektmedarbejder] møder en projektborger på et værested. Han ser skidt ud, og jeg spørger ind til ham, og det viser sig, at han har været indlagt. Jeg tager kontakt til den praktiserende læge, der fortæller, at der er mistanke om cancer, og jeg tilbyder at være tovholder på hans behandling. Borgeren drikker voldsomt, og jeg sender ham til afrusning. Mens han er indlagt til afrusning, har jeg igangsat en kraftig rengøring af hans lejlighed. Socialrådgiveren i projektet er inde over samme sag og har foretaget en funktionsudredning af ham, hvor de finder ud af, om han er i stand til at komme hjem og bo i eget hjem, om han skal have støtte i hjemmet eller et andet tilbud om et sted at bo". (Projektmedarbejder)*

### **Borgerforløb: Rygestoprådgivning som første kontaktårsag**

*Mand på 45 år: Projektets første kontakt var rygestoprådgivning, og han kom ind i projektet, fordi han gerne ville holde op med at ryge. Herudover har projektet hjulpet med:*

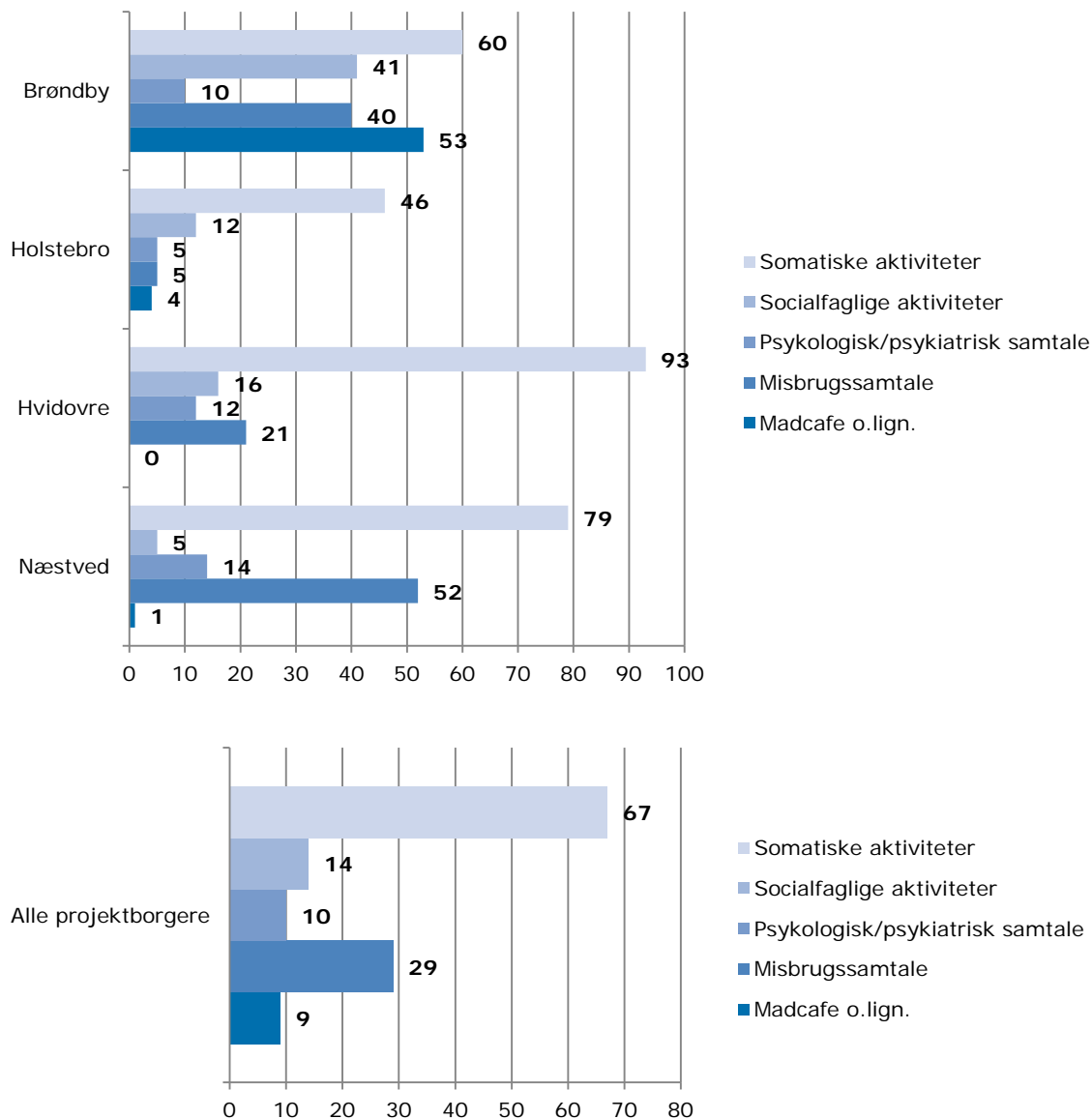
- *Bisidder: Kontakt til sagsbehandler om pensions sag*
- *Tovholder på undersøgelsesprogram*
- *Sparring og støtte i akut og kronisk sygdomsforløb*
- *Hjælp til økonomi, kontakt til sagsbehandler og el-selskab*
- *Hjælp i forbindelse med akut indlæggelse via egen læge*
- *Vejledning om vægttab og kostvejledning*
- *Kontakt til egen læge og henvisning til diætist*

*(Fra projektmedarbejdernes oplæg på midtvejsworkshop efteråret 2012)*

## 2.3 Gennemførte aktiviteter i projektkommunerne – et overblik

Følgende aktiviteter er blevet gennemført i de enkelte projekter i kommunerne:

**Figur 2.5 Aktivitetsområder**



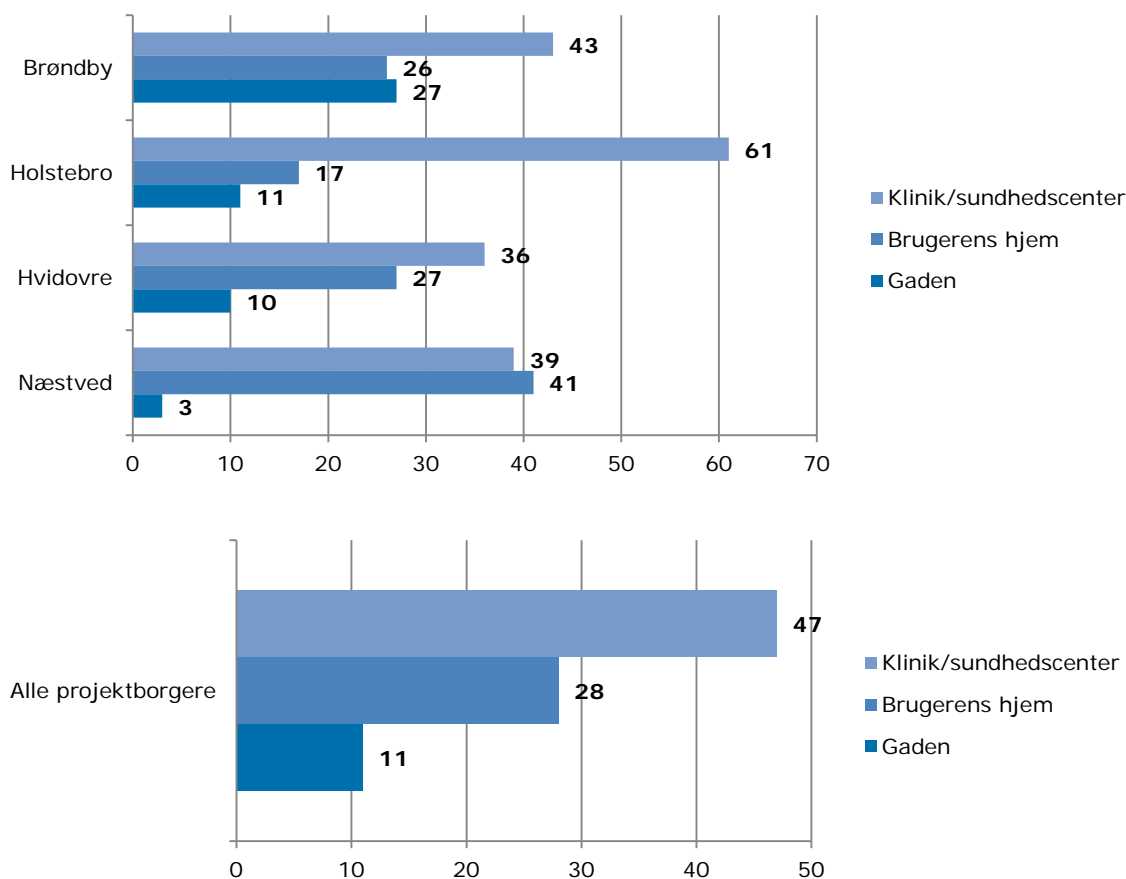
\* Tallene er fremkommet på baggrund af de udfyldte aktivitetsskemaer (spørgsmål 1), hvor det er muligt at angive mere end én aktivitet med borgerne, hvorfor det samlede procenttal for den enkelte kommune kan overstige 100 %. Kategorierne dækker over følgende: *Somatiske aktiviteter* = Sundhedssamtale, Ledsagelse til behandling (sygehus, tandpleje), Hygiejnevejledning, Individuel vejledning i livsstil/kost/motion, Mindre behandlinger (sårpleje etc.), Måling af blodtryk, Måling af blodsukker. *Socialfaglige aktiviteter* = Socialfaglig rådgivning. *Psykologisk/psykiatrisk samtale* = Dækker samtale med psykolog/psykiater (dækker ikke samtaler med projektmedarbejdere). *Misbrugssamtale* = Misbrugssamtale med borgeren (kan være fulgt op af afrusning eller anden behandling). *Madcafé og lignende* = Deltagelse i madordning.

Det fremgår af figur 2.5, at projekterne har haft en klar overvægt af aktiviteter rettet mod det somatiske område. Derudover har en række andre typer af aktiviteter også fyldt en del i projekterne, herunder misbrugssamtaler, socialfaglige aktiviteter, psykologiske aktiviteter og madordninger.

Figuren viser også, at der har været en forskellig vægtning af aktiviteterne i de enkelte projektkommuner. Hvor Holstebro Kommune, Hvidovre Kommune og Næstved Kommune har haft en klar overvægt af aktiviteter rettet mod det somatiske område, så har Brøndby Kommune en mere ligelig vægtning af de forskellige aktivitetsområder. Dette passer godt overens med det billede af kontaktårsagerne, som blev vist i afsnit 2.2.

Ser man på, hvor aktiviteterne er blevet gennemført, så fremkommer følgende billede:

**Figur 2.6 Aktiviteternes lokalisering**



\* Figuren er lavet på baggrund af Aktivitetsskema, spørgsmål 4. Samme borgere kan indgå flere gange. Unavngivne kontaktsteder er sorteret fra i analysen. Kategorien "klinik" dækker over projekternes egne mindre sygeplejeklinikker, der er oprettet i tilknytning til væresteder og bosteder, og den dækker over mobile klinikker (fx en bus, Holstebro Kommune). Opgjort i procent.

Det ses af figur 2.6, at aktiviteterne med borgerne først og fremmest har fundet sted på projekterne egne sygeplejeklinikker eller i sundhedscentret. Aktiviteterne har i mindre omfang fundet sted i borgerens eget hjem eller på gaden (herunder "drikkeskure" og andre mere uformelle tilholdssteder). Samtidig ses det dog, at der er store forskelle kommunerne imellem.

I Brøndby Kommune er der blevet lagt vægt på det opsøgende arbejde på gadeplan. I modsætning til Hvidovre Kommune er der ikke i kommunen et team af gadeplansmedarbejdere, som projektet har kunnet gøre brug af i forhold til at nå målgruppen, så det opsøgende arbejde på gadeplan er i højere grad blevet udført af projektmedarbejderne selv.

For de to projekter, som ligger i geografisk store kommuner (Holstebro Kommune og Næstved Kommune), har medarbejderne oplevet kommunernes størrelse som en stor udfordring i forhold til den opsøgende indsats. De geografiske afstande har gjort det vanskeligt at nå de bor-



gere i målgruppen, som er bosiddende i yderområderne af kommunerne. Samtidig har kommunale regler for kørsel med borgere i én af projektkommunerne hindret, at projektmedarbejderne har kunnet transportere borgerne til fx hospital eller egen læge (se afsnit 2.4). Den generelle vurdering blandt medarbejderne i de to kommuner er, at der er et behov i kommunernes yderområder, som ikke er blevet dækket af projektet, og som heller ikke bliver det af de eksisterende tilbud i kommunerne.

## 2.4 Generelle læringspunkter om målgruppe og implementering af aktiviteter

Samlet set er alle fire projekter lykkedes med at skabe kontakt til og nå nogle af kommunernes mest udsatte borgere, hvilket også fremhæves som et vigtigt projektsresultat af alle kommuner:

*"Én af projektets største succeser er, at vi har fået fat i gruppen, [at] vi har kontakt til dem. At de oplever, at [kommunen] har noget, de kan bruge. Der er noget dybt forkert i, at den gruppe, der er mest udsat, har vi rigtig dårlig kontakt til. Men det er lykkedes med projektet her". (Projektansvarlig)*

*"Det er min oplevelse, at det er de svageste og tungeste patienter, de får fat i". (Samarbejdspartner, praktiserende læge)*

Følgende eksempler på borgerforløb illustrerer tyngden af de behandlingsmæssige problemer, som projektborgerne i mange tilfælde står over for, og de mangefacetterede opgaver og aktiviteter projektmedarbejderne har gennemført.

### **Borgerforløb: En behandling af en stofmisbruger**

*"Så er der igen bud fra stofcafeen. Det er en 40-årig narkoman, der gennem længere tid har haft nogle store, grimme bensår. De fortæller mig, at han dagligt henter medicin kl. 9, så der kan jeg fange ham. Jeg møder op dernede kl. lidt i 9 og venter på borgeren. De har beskrevet ham som værende karakteristisk narkoman: tynd, langhåret, meget usoigneret, han mangler det ene øje og har betændelse i øjenhulen. [...] Jeg er ikke i tvivl om, at det er ham, da jeg ser ham. Efter ham er en lugt af råddent sår og manglende brusebad. Hans tøj er fyldt med blod, og han er meget hurtig i tale og kropssprog. Han er tydeligt påvirket. Faktisk har han ikke lige tid til at få set på det her ben, og han har jo også lige været ved vagtlægen, så det skal nok gå. Vi får ham overtalt til at gå med op i lægeværelset. Jeg får hevet buksebenet op og ser benet pakket ind i en blåstribet vaskeklud og sejl garn. [...] Der er to 10 x 10 cm nekrotiske sår på forsiden og siden af hans skinneben. Jeg ser med det samme, at det er meget alvorlige sår, og min erfaring vedrørende sårbehandling rækker ikke her. Så jeg tager kontakt til sygeplejeklinikken, der er eksperter. Vi får sat en behandling med Physiotulle-Ag og sugende forbindinger i værk samt støttestrømper. I starten er det meget svært at få borgeren til at samarbejde, da der altid lige er noget, der er vigtigere end behandlingen af det her ben. Men som vi kommer frem i forløbet, og borgeren kan se, at benet kommer i bedring, går behandlingen og helingen helt planmæssigt, og ved første tjek i X kan de konstatere, at sårene er blevet ca. 3 x 3 cm mindre. Borgeren får mod på det, og vi får aftalt en tid i øjenklinikken også. Hans øjenhule er så rådden, at de er nødt til at operere resten ud. Jeg følger borgeren til operationen. Han vil gerne have mig med ind indtil bedøvelsen, og da han virker ret nervøs, beder jeg sygeplejerskerne om at ringe mig op, når han vågner af narkosen. Han passer efterfølgende sine kontroller på øjenafdelingen. Og har nu fået lavet en ny øjenprotese. Hans ben er fuldstændig helet, og d.d. er borgeren stoffri på 105. døgn". (Uddrag fra projektmedarbejders egen beskrivelse af borgerforløb)*

### **Borgerforløb: Behov for en bredspektret indsats**

*"En borger på 39 år som er tilknyttet distriktspsykiatrien. Han har flere psykiatriske diagnoser, har kronisk obstruktiv lungesygdom og et alkoholmisbrug. Han ryger 40 cigaretter om dagen og har nu skåret ned til 10 daglig. Han har en lungekapacitet på 41 %. I forbindelse med et overfald har han fået trykket nogle ribben og fået taget røntgen af brysthulen. Der er fundet forandring på den ene lunge, og han magter ikke selv at tage videre til udredning på [hospital], hvorfor projektets medarbejdere fungerer som brobyggere. Han er desuden undervægtig, hvorfor projektets medarbejdere har fokus på kost, og han er blevet tilbudt ernæringsterapi hos en diætist. Samtidig vil de motivere til rygestop". (Fra projektmedarbejdernes oplæg på midtvejsworkshop efteråret 2012)*

### **Tid til relationsarbejde og at lytte til borgerne er afgørende for sundhedsfremme**

På tværs af alle projekter har det været erfaringen og et vigtigt læringspunkt, at det er nødvendigt at bruge tid på at opbygge en god relation til målgruppen. Det indebærer, at man som medarbejder skal bruge tid på at lytte til borgerne og yde generel omsorg og støtte. Projektmedarbejdere på tværs af de fire projekter fortæller, at sundhedstjekkene også i høj grad har indeholdt et vigtigt omsorgsaspekt og socialt aspekt, hvor borgerne har fået sig en god snak og generelt har følt sig set og hørt. Dette relationsarbejde er vigtigt for overhovedet at skabe en kontakt til målgruppen og dermed at skabe grundlag for at kunne arbejde sundhedsfremmende med målgruppen. Alle projektmedarbejdere fremhæver, at det er vigtigt at arbejde med en anerkendende tilgang og respektere, at relationsarbejdet tager tid og ressourcer.

Det er generelt erfaringen, at det at arbejde sundhedsfremmende i dette felt kræver, at man kender målgruppen, evner at se muligheder, og at man kan anerkende de små sejre. Den tillidsbaserede kontakt og arbejdet med at skabe tillid til borgerne har fyldt meget i alle projekter og været vigtigt, fordi målgruppen har mange krænkeserfaringer, mange er ensomme, og mange har psykiske problemer og har brug for at blive set og hørt. Alle projekter har derfor arbejdet 'empowerment-orienteret', hvor det har været centralt at mobilisere den enkeltes kræfter, finde den enkeltes ressourcer, fokusere på succeser og møde borgeren, hvor vedkommende er.

En stor del af indsatsen og af projektmedarbejdernes daglige arbejde har bestået i at være lyttende og at høre på borgernes oplevelser, og dette har skabt tillid og åbnet døre til andre snakke, fx om helbred. Relationsarbejdet og forbedringen af relationen til borgeren er også ofte sket gennem praktiske opgaver, som fx at sørge for at få en hund hentet hjem eller hjælpe med en gulvvask. Sådanne praktiske opgaver har i nogle tilfælde været udslagsgivende for, at borgeren senere har været villig til at følge projektmedarbejdernes anbefalinger.

Nogle projektmedarbejdere vurderer, at 50 % af deres arbejdstid har været brugt på relationsarbejde. I én kommune fortæller projektmedarbejderne, at deres arbejde har været baseret på "de syv T'er: tid, tillid, turde, timing, tålmodighed, tilgængelighed, troværdighed", hvilket har været afgørende elementer i deres sundhedsfremmende arbejde. Det har i alle projekter været væsentligt at forstå og tilgå de sygeplejefaglige og sundhedsfremmende opgaver i et bredt og helhedsorienteret perspektiv (Brünes 2007). Men det tidskrævende og ofte praktiske relationsarbejde har også været udfordrende for projektmedarbejderne og har krævet et kompromis med den sygeplejefaglige faglighed og ønsket om at forbedre den udsatte borgers sundhed og helbred så hurtigt som muligt.

Det er desuden erfaringen i alle projekter, at sygeplejefagligheden har været central i forhold til at opnå og fastholde kontakten til udsatte borgere. Der er generelt en oplevelse af, at man som sygeplejerske har kunnet undgå at komme som repræsentant for kommunen og 'systemet',

hvilket har været vigtigt, da projektmedarbejderne oplever, at mange udsatte borgere har et kompliceret forhold til de kommunale myndigheder. I alle projekter er der eksempelvis gennemført sundhedstjek, og flere projektmedarbejdere fortæller, at blodtryksapparatet her har fungeret som et fælles tredje – som noget der har åbnet døre og givet mulighed for andre sundhedsfremmende indsatser. Af samme grund har flere projektmedarbejderne også medbragt blodtryksapparatet i forbindelse med deres opsøgende arbejde, da det har lettet adgangen og kontakten til udsatte borgere.

På tværs af projekterne har projektmedarbejderne således arbejdet ud fra et bredt sundhedsbegreb, hvor tillid, omsorg og relationsarbejde har spillet en central rolle. Samtidig er det projektmedarbejdernes erfaring, at det har været vigtigt at fastholde et sygeplejefagligt fokus og tilgang, da dette nogle gange har været afgørende for overhovedet at skabe kontakt til de udsatte borgere.

### **Overvældende borgerkontakt og behov for at afgrænse og tydeliggøre målgruppen**

Projektmedarbejdere på tværs af projekterne fortæller om dét at være næsten ved at "drukne i arbejde" og om behovet for at foretage prioriteringer i forhold til, hvem der skal have hjælp. Projektmedarbejderne fortæller, at de arbejder i et konstant kaos, hvor de hele tiden møder udsatte borgere med mange forskellige problemer, hvilket gør det svært at bevare fokus. I én kommune er projektmedarbejderne nået frem til, at de bliver nødt til primært at prioritere de borgere, som er motiverede og indstillet på forandringer og dermed bruge mindre tid på umotiverede borgere.

Alle fire projekter har undervejs i projektperioden haft et behov for at afgrænse og tydeliggøre målgruppen for deres indsats samt at afgrænse de vigtigste arbejdsopgaver, både internt i de enkelte projekter og eksternt i forhold til forskellige samarbejdspartnere. Det har imidlertid for flere af projektkommunerne været svært at prioritere, hvad der skulle tages fat på, fordi målgruppen er kompleks og har mange forskellige typer af problemer. Projektmedarbejderne i Hvidovre Kommune har haft stor gavn af gadeplansmedarbejderne, som i høj grad har kunnet tage sig af de socialfaglige opgaver.

Behovet for en målgruppeafgrænsning er i nogle projekter også opstået på baggrund af oplevelsen af, at projekterne undertiden har fungeret som en 'endestation' for udsatte borgere, hvor andre af kommunens tilbud har henvist borgerne videre til, fordi de ikke har vidst, hvor de ellers skulle sende dem hen. Nogle af projekternes samarbejdspartnere fortæller her om behovet for at afgrænse målgruppen:

*"Ude ved os [i hjemmeplejen] har vi været i tvivl om, hvilken kategori af borgere, vi har kunnet lave henvendelse omkring, for du kan også være socialt udsat uden at være stofmisbruger eller alkoholiker. Vi har løst det ved at tage borgerne op på møder og finde ud af, hvad vi gør. Det er nogle gange et puslespil. Det er svært at finde ud af, om man skal være misbruger for at blive taget i betragtning". (Samarbejdspartner, medarbejder i hjemmeplejen)*

*"Det har taget dem [projektmedarbejderne] tid at definere deres sundhedsfaglige profil fra starten. [...] Det har været svært i starten at få afklaret, hvad opgaverne for Kys Livet var. Efterhånden har de sammen fundet ud af, hvad der giver mening. Hvad der skal løses i en pædagogisk sammenhæng, og hvad der skal løses i en sundhedsfaglig sammenhæng. Sundhedscenteret kunne tilbyde et mere sundhedsprofileret tilbud, og det hjalp, da der kom fokus på KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol, Motion, red.). Projektet startede som et madpakkeprojekt, men så fandt de ud af, at de udsatte ikke er hjemløse på bænken. [...] Men det har taget tid at få det på plads". (Samarbejdspartner, medarbejder i psykiatrien)*

Projekternes succes med at skabe kontakt til udsatte borgere vurderes dog generelt særdeles positivt i alle projekter, og flere projektmedarbejdere fortæller, at informationen om projekterne og deres tilbud har spredt sig blandt kommunens udsatte borgere:

*"Den allerbedste reklame er, at én borger siger til en anden, at det her er et godt projekt. Jeg havde [projektmedarbejderen] med ude til en borger, som var kræftsyg, og hun skulle skære ned på smøgerne. Det skulle [projektmedarbejderen] hjælpe med. De andre borgere ved godt, at [projektmedarbejderen] kommer der og har hjulpet hende her damen med at skære ned på rygningen. Hun går rundt med en falsk cigaret. Ude fra så det ud som et håbløst projekt, men det har fungeret rigtig godt. De andre borgere bliver lidt misundelige. Det er den bedste reklame. Det sætter gang i kunderne, at de føler sig tilfredse og har tillid. Det er det, jeg tror på. Fra bruger til bruger". (Samarbejdspartner, gadeplansmedarbejder)*

### **Kommunale regler for kørsel med borgere har været en udfordring**

Et konkret – og lidt overraskende – læringspunkt i to af projekterne har været udfordringen med kommunale regler for kørsel med borgere til fx sygehus og læge. Det har været en gennemgående udfordring for implementeringen af aktiviteterne, eksempelvis i akutte situationer eller i forbindelse med projekternes ledsager- og bisidderfunktioner. Det gælder de geografisk store kommuner Holstebro Kommune og i Næstved Kommune.

Både projektmedarbejderne og samarbejdspartnerne fra Projekt Mobilsygeplejen i Næstved Kommune fortæller, at kommunen har taget den overordnede beslutning, at man ikke må køre med voksne, der bor på institution, i forbindelse med ferie, familiebesøg, lægebesøg m.m., uden at der er en handleplan og en betalingsaftale. Borgerne skal i stedet selv sørge for transport. I starten af projektperioden havde projektmedarbejderne i Projekt Mobilsygeplejen imidlertid fri mulighed for at køre borgerne til behandling m.m., mens kommunens øvrige tilbud og indsats til socialt udsatte ikke havde denne mulighed. Senere i projektperioden blev Projekt Mobilsygeplejen imidlertid også underlagt reglerne for kørsel af borgere, og medarbejderne oplevede det som en stor hindring for den sundhedsmæssige hjælp til målgruppen. Eksempelvis er skadestuen beliggende i Slagelse, mens hepatitis- og HIV-behandling foregår i Roskilde, og kørselsproblematikken har betydet, at nogle borgere ikke er kommet afsted til behandling. Projektmedarbejderne har forsøgt at arbejde med 'bustræning' for de udsatte borgere, men fortæller, at dette har været vanskeligt. Projektmedarbejderne har lavet aftaler med borgerne om fx at mødes i venteværelset, men har ofte oplevet, at borgerne ikke er mødt op. *"Og så kan man starte forfra"*, som en projektmedarbejder siger. Nedenstående uddrag fra projektmedarbejdernes egne statusnotater illustrerer udfordringen:

*[Det] truer med at stoppe projektet, da ingen af os tre ansatte er i stand til tilfredsstillende at kunne hjælpe de socialt udsatte uvisiterede borgere i den akutte fase med at overkomme den barriere, som transporten er. Vi kommer etisk i klemme, når vi fx møder en svært alkoholiseret mand med lungebetændelse, som vi ikke kan hjælpe til lægen, før han har fået penge til bussen – ligesom vi nu ikke kan indskrive borgere på de to aflastningspladser, hvis de ikke har penge til transporten ind til os. [...] [Kørselsproblematikken] gælder både borgere, der bor på landet, og borgere der bor i Næstved. Dels koster det transportpenge, som den socialt udsatte ofte ikke har. Mange af socialt udsatte borgere lider også af angst, der gør det uoverkommeligt for dem at tage en bus. En del er usoinerede og evt. skamfulde og vil derfor ikke tage bus. Der er også mangelfuld offentlig transport mange steder i kommunen. Sådan som køreplanerne fungerer, vil vi ikke tidsmæssigt kunne følge en borger fra Tappernøje til ambulans behandling i Slagelse og hjem igen, eller fra Glumsø til Nykøbing F. inden for en arbejdsdag. Så vil borgeren skulle overnatte i Næstved. (Uddrag fra Projekt Mobilsygeplejens egne statusnotater fra november og december 2011)*

## 3 Helbredsreaktioner og organisering af indsatsen

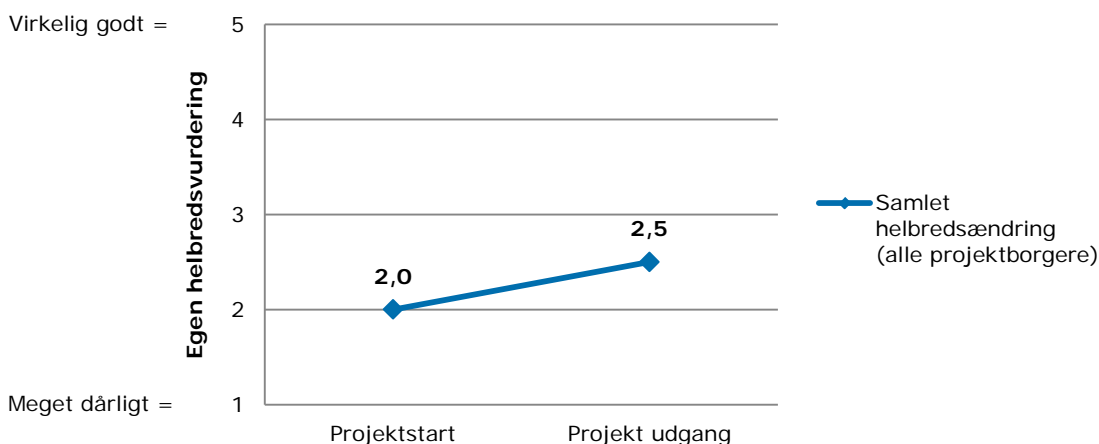
### 3.1 Generelle helbredsreaktioner af indsatsene

Det er generelt vanskeligt at måle og vurdere helbredsreaktioner af sundhedsindsatser i befolkningen. Dette skyldes bl.a., at det er vanskeligt at foretage egentlige fysiske helbredsundersøgelser før og efter indsatsen for dermed at måle forandringer i helbredstilstanden i løbet af projektperioden. Det skyldes også, at en måling af en egentlig 'effekt' eller virkning generelt er vanskelig at foretage i en kompleks social virkelighed (uden for en klinisk setting). Af disse årsager anvendes selvrapporterede spørgeskemadata ofte som datagrundlag for at vurdere helbredsreaktioner af en given indsats, og det er også blevet valgt i denne undersøgelse (se afsnit 1.3).

I denne undersøgelse er borgerne i starten og i slutningen af deres projektforsøg blevet spurgt, hvor godt de synes deres helbred er alt i alt. Helbredsreaktionen er foretaget på en 5-punktskala, hvor 1 = Meget dårligt helbred, 2 = Dårligt helbred, 3 = Nogenlunde helbred, 4 = Godt helbred og 5 = Virkelig godt helbred<sup>4</sup>.

Det overordnede billede af den selvvurderede helbredstilstand i starten og slutningen af hver enkelt borgers projektforsøg er følgende:

**Figur 3.1 Samlet helbredsændring på tværs af projektkommuner**



Anm.: Signifikansniveau:  $p = 0,00$ . Tabellen er lavet på baggrund af start og slut grundskema, spørgsmål 1 ( $n=382$ ).

Det fremgår af figur 3.1, at borgernes selvvurderede helbred på en skala fra 1 til 5 er steget fra 2,0 i starten af projektforsøget til 2,5 i slutningen af projektforsøget. Samtidig ses det, at denne stigning er statistisk yderst signifikant, og der dermed umiddelbart er grund til at have tillid til, at denne stigning i tallene dækker over en reel forbedring i borgernes selvvurderede helbred.

Den statistisk signifikante stigning dækker over, at projektborgernes vurdering af eget helbred har flyttet sig fra 'dårligt helbred' til at nærme sig et 'nogenlunde helbred'. Til sammenligning viser en undersøgelse foretaget i den generelle danske befolkning i 2013, at flere end otte ud af

<sup>4</sup> I spørgeskemaet (se bilag 1) går skalaen fra "Virkelig godt" til "Meget dårligt", men af formidlingsmæssige hensyn har vi i rapporteringen vendt skalaen om, så en oplevet forbedring i sundhedstilstanden afspejles i en stigning.

ti (85,2 %) danskere vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt (Christensen et al. 2014).

Det næste spørgsmål er, hvad en sådan helbredsvurdering mere konkret dækker over? I undersøgelsen har borgerne haft mulighed for at beskrive, hvad der har haft den største betydning for deres helbred de seneste par år. Disse svar kan bruges til at illustrere, hvordan borgere med et selv vurderet helbred på 2 og på 3 karakteriserer deres helbredssituation:

**Tabel 3.1 Borgerudsagn om deres helbredssituation og øvrige situation**

Egen helbredsvurdering = 2	Egen helbredsvurdering = 3
"I 2011 og 2012 for stort alkoholmisbrug. I 2013 og 2014 for mange tilbagefald på grund af bl.a. konstatering af slidgigt i begge knæ".	"Da projektet begyndte, var jeg alkoholiker og kunne på grund af angst ikke opsøge egen læge. Projektsygeplejen hjalp med, at jeg kom til læge og kom i behandling for angst. Har også været i behandling for alkoholmisbrug. Har nu fået arbejde (fleksjob)".
"Jeg går med en ekstrem lydplage, som ingen vil afhjælpe på grund af min desværre ekstreme hørelse. Dette kunne muligvis have været afhjulpet ved lidt smidigt samarbejde og smøring og lydisolering af støjilden 450 meter fra min bopæl. Denne støj høres ret langt herfra og giver mega smerte og jag i hoved og krop".	"Mobilsygeplejen opsøgte mig, da jeg var meget alene og drak meget og var en del kriminel. De har hjulpet med afrusning og ny bolig".
"Jeg har haft 3 brækkede ryghvirvler, 10 brækkede ribben + punkteret lunge. Jeg har været udsat for flere ulykker, fx brand og mors død, og min bror er kommet på plejehjem".	"Det vigtigste har nok været, at jeg har fået nogle gode sociale kontakter i form af et par veninder, da jeg ellers levede isoleret, samt at flytte til anden bolig".
"Fyring – depression – søvnproblemer – alkohol – uden mobilsygeplejen var jeg død".	"Har fået ny bolig og er blevet mere ædru".
"At der kommer en sygeplejerske og snakker med mig. Ellers sidder jeg bare og sumper. – Hjælp til at komme i afrusning, når det bliver for slemt".	"Metadonbehandling, mest på grund af smerter i ryggen. Metadonen gør, at jeg ikke tager andre stoffer, samtidig med at jeg er smertedækket".
"På grund af et misbrug igennem mange år kan jeg mærke, at det ødelægger mig både fysisk og psykisk".	"Det har været godt at være til alle de undersøgelser på hospitalet, så det er overstået. Jeg er holdt op med at drikke – det er jeg glad ved. Jeg spiser mine piller nu, fordi de hælder dem op til mig".

Tabellen illustrerer, hvordan projektborgere med en egen helbredsvurdering på 2 eller 3 mere specifikt opfatter deres helbredssituation. Det fremgår, at der synes at være reelle forskelle i helbredssituationen mellem borgere, der har svaret henholdsvis "2" eller "3", og at spørgsmålet om egen helbredsvurdering dermed er forholdsvis validt.

Spørgsmålet er dernæst, om man kan tilskrive en forbedring i borgernes helbredstilstand til kommunernes opsøgende sundhedsindsatser, eller om det er andre indsatser og forhold, som har haft en betydning. Umiddelbart viser borgerudsagnene i undersøgelsen, herunder borgerudsagnene i tabel 3.1, at borgerne i høj grad tilskriver forbedringer i deres helbredssituation og øvrige situation til kommunernes opsøgende sundhedsindsats. Dette understøttes af et spørgsmål i undersøgelsen, hvor borgerne er blevet bedt om at vurdere projektets betydning for deres helbredssituation og andre forholds betydning for deres helbredssituation. Vurderingen er foretaget på en 5-punktsskala, hvor 1 = I meget lille grad af betydning, 2 = I lille grad af betydning, 3 = Hverken i høj eller lille grad af betydning, 4 = I høj grad af betydning og 5 = I meget høj grad af betydning.

**Tabel 3.2 Vurdering af projektets betydning på tværs af kommuner**

	Gennemsnitlig vurdering af projektets betydning	Gennemsnitlig vurdering af andre forholds betydning
<b>Samlet</b>	4,0	3,2

Anm.: Tabellen er lavet på baggrund af slutgrundskema, spørgsmål 16 og 17.

Det fremgår, at borgerne i høj grad tilskriver kommunernes opsøgende sundhedsindsats en betydning for deres helbredssituation. Samtidig ses det, at andre forhold i mindre grad tilskrives en betydning.

Alt i alt peger dette på, at kommunernes opsøgende sundhedsindsatser samlet set har haft en helbredsvirkning på målgruppen af socialt udsatte borgere, og det er en helbredsforbedring, som opleves som ganske væsentlig for målgruppen.

Konklusionen om, at målgruppen har opnået forbedret sundhed og helbredsrelateret livskvalitet som følge af projekterne, understøttes af projektmedarbejdere og projekternes samarbejdspartnere, som følgende udsagn illustrerer:

*"Jeg synes, vi ser en markant forskel i deres liv, og øger deres livskvalitet. Vi ser mange succeshistorier".* (Projektmedarbejder)

*"Der er nogen, der ville være døde, hvis vi ikke kom ind".* (Projektmedarbejder)

*"Mange er i live, som ellers ikke ville være i live. Nogle går rundt med flotte tænder og går rundt og smiler til livet nu. Hver gang jeg ser nogle, der har flotte tænder, som ikke havde det før, så bliver jeg rigtig glad. Der har været mange succeshistorier, det er helt utroligt".* (Projektmedarbejder)

*"Jeg kan mærke, at brugerne føler sig taknemmelige og føler, at de bliver taget alvorligt. De flytter sig lige så stille, de bliver mere rummelige og begynder at tage omsorg for hinanden".* (Samarbejdspartner, leder af et værested)

*"[Min største succes er] at man kan se, det nytter. At man kan gøre noget. At det ikke er meningsløst".* (Projektmedarbejder)

Projektmedarbejderne oplever generelt en forbedret egenomsorg og evne til at tage vare på egen sundhed blandt de socialt udsatte borgere, og borgerne oplever ifølge medarbejderne generelt en større livskvalitet og livsglæde som følge heraf.

Projektmedarbejderne vurderer generelt, at sundhedstilstanden blandt deres udsatte borgere generelt er blevet bedre, samtidig med at der opstår færre genindlæggelser og færre tilbagefald til psykiatrien. Projektmedarbejderne oplever også, at målgruppen har stor bekymring for egen sundhed, og at projektets fokus på KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) bidrager til at øge udsatte borgeres viden og handlekompetencer.

Andre projektmedarbejdere vurderer, at projektets aflastningspladser og sygeplejeklinik har givet udsatte borgere lindring og forbedret deres sundhedstilstand. De fortæller, at aflastningspladserne giver både borgere og medarbejdere en tryghed og vished om, at her er et sted, hvor man i denne målgruppe er velkommen, hvis man er syg.

I flere projekter fortæller både projektmedarbejdere og samarbejdspartnere, at især projekternes hjælp til tandpleje og tandbehandling har gjort en stor forskel for de berørte udsatte borgere. Det vurderes, at borgerne har fået markant bedre livskvalitet, og flere – herunder samar-

bejdspartnere i bl.a. misbrugsbehandlingen – vurderer også, at borgerne har mindsket deres alkoholforbrug, da de ikke længere har tandsmerter. I Holstebro Kommune beskrives tandklinikken som en meget velfungerende del af projektet, og de lokale, frivillige tandlæger, der bemande klinikken, vurderes at gøre en stor indsats og en stor forskel for de borgere, der benytter tilbuddet. Én af disse frivillige tandlæger fortæller selv, at de i tandklinikken er udsat for et stort behov for smertelindring, og at de ikke kan følge med behovet. Han fortæller samtidig, at det er meget motiverende at behandle denne gruppe borgere, da de er meget taknemmelige. I de andre projektkommuner har man ikke i samme omfang som i Holstebro Kommune fokuseret på tandpleje. I Næstved Kommune havde man, som tidligere beskrevet, et ønske om at etablere en tandklinik, da projektmedarbejderne oplevede et stort behov herfor. Men dette kunne ikke lade sig gøre på grund af manglende lokaler, og borgerne skal i stedet bruge det etablerede system. Det er projektmedarbejdernes vurdering, at dette betyder, at en stor andel udsatte borgere fortsat har alvorlige tandproblemer, og at dette i sidste ende forårsager øget misbrug, risiko for infektioner og manglende job/aktivering.

Følgende citater er udsatte borgeres egne beskrivelser fra det afsluttende spørgeskema af, hvad der har haft den største betydning for deres sundhed de seneste år:

*"Har kunnet få lavet tænder, hvor der er tid til det i mit tempo". (Borgerudtalelse fra slutschema)*

*"Fået svar og rådgivning til, hvad jeg skal gøre ved mine mavesmerter. Drikker ikke dagligt længere, det hjælper på smerterne". (Borgerudtalelse fra slutschema)*

*"[Projektet] har reddet mig liv - er i dag clean, har fået min datter på 3 år hjem, har bolig. Men når jeg har behov for hjælp, ved jeg, at [projektet] er der for mig. Uden dem havde jeg i dag været død". (Borgerudtalelse fra slutschema)*

*"Jeg har haft nogle længerevarende indlæggelser, og efterfølgende er det [projektet], der har varetaget opfølgning og holdt mig til ilden og spurgt ind til både mit fysiske og psykiske helbred på en ikke-invaderende måde. De har haft tiden til det i forhold til min egen læge, der på forhånd kun har afsat 5-10 minutter af". (Borgerudtalelse fra slutschema)*

*"Har boet på gaden, indtil jeg fik hjælp fra projektet og fik hjælp til at få en bolig. Dejligt at man kan komme og tale om problemer og få et måltid mad til billige penge". (Borgerudtalelse fra slutschema)*

*"[Projektet] opsøgte mig, da jeg var meget alene og drak meget og var en del kriminel. De har hjulpet med afrusning og ny bolig". (Borgerudtalelse fra slutschema)*

*"Jeg er tilknyttet tandklinikken Social Odontologisk Klinik – har fået fjernet alle tænder for ca. et halvt år siden. Håber på snarlig protese, men er i fængsel". (Borgerudtalelse fra slutschema)*

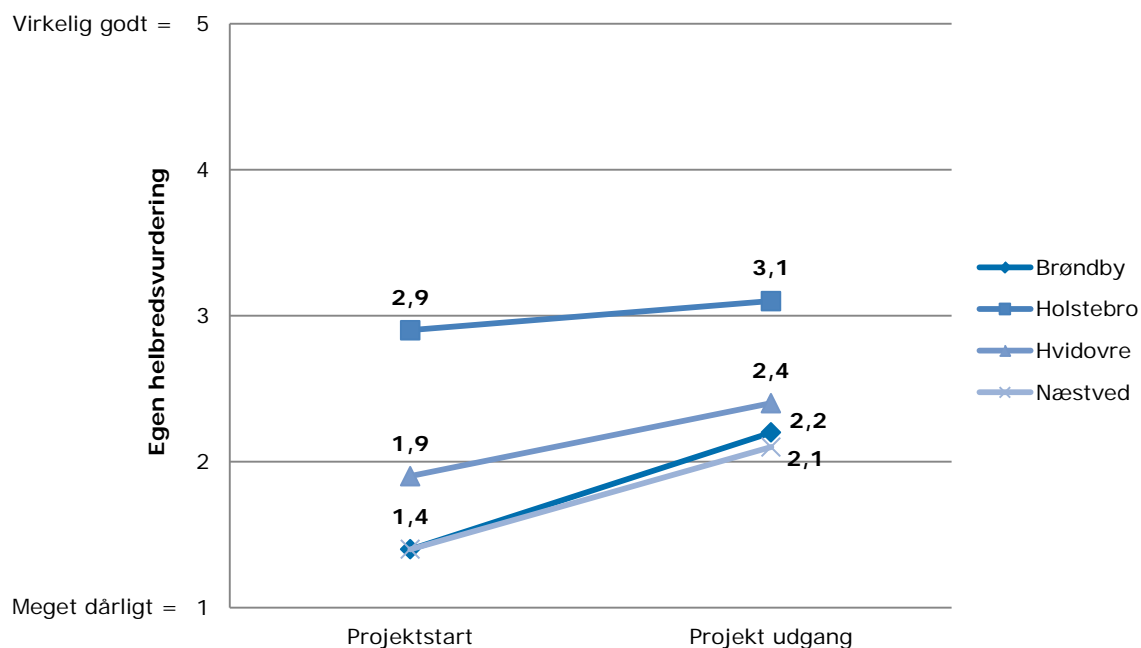
### 3.2 Helbredsvirkninger i de enkelte projektkommuner

I det foregående afsnit så vi på de generelle helbredsvirkninger på tværs af alle de fire projektkommuners indsatser. I dette afsnit vil vi se på forskellene mellem de forskellige typer af indsatser i de fire projektkommuner for at se, hvorvidt tilrettelæggelsen af indsatsen i den enkelte kommune synes at have betydning for helbredsvirkningerne.

Ser vi på den selvvaluerede helbredstilstand i starten og slutningen af projektførelsen i hver enkelt af projektkommunerne, så ses følgende billede:



**Figur 3.2 Helbredsændring i de enkelte projektkommuner**



Anm.: Tabellen er lavet på baggrund af start- og slutgrundskema, spørgsmål 1. Signifikansniveau – Brøndby ( $p=0,00$ ); Holstebro ( $p=0,1$ ); Hvidovre ( $p=0,00$ ); Næstved ( $p=0,00$ ).

Det ses af figuren, at der er en signifikant og positiv helbredsændring i målgruppen i løbet af projektperioden i tre ud af de fire kommuner: Brøndby Kommune, Hvidovre Kommune og Næstved Kommune. I disse kommuner er vurderingen af eget helbred steget fra et niveau på 1,4-1,9 ved forløbets start til en vurdering af eget helbred på 2,1-2,4 ved forløbets afslutning.

Det ses også, at billedet er lidt anderledes for Holstebro Kommune. I Holstebro Kommune er vurderingen af eget helbred generelt på et højere niveau. Ændringen fra 2,9 i projektopstarten til 3,1 ved projektets udgang er signifikant, men ikke så signifikant som tilfældet er for de øvrige projektkommuner. Vores vurdering er, at denne forskel mellem Holstebro Kommune og de øvrige projektkommuner ikke skal tilskrives stor betydning. I afsnit 2.1 fremgik det, at Holstebro Kommune i lige så høj grad som de øvrige projektkommuner havde nået målgruppen af socialt udsatte borgere. På den baggrund er der ikke grund til at antage, at projektborgerne i Holstebro Kommune generelt er kendetegnet af en markant bedre helbredssituation end projektborgerne i de øvrige kommuner, som figur 3.2 ellers indikerer. Af interview med projektmedarbejdere i Holstebro Kommune er det fremgået, at svarafgivelsen kan være præget af vejledningen i udfyldelsessituationen, og det høje niveau i det selvvaluerede helbred blandt borgerne i kommunen derfor i nogen grad kan tilskrives en metodisk fejlkilde.

Det overordnede billede er altså, at der i alle fire projektkommuner har været en positiv og signifikant ændring i borgernes selvvaluerede helbredstilstand fra starten af projektføreløbet til slutningen af projektføreløbet.

Ser vi på, hvorvidt borgerne tilskriver kommunernes opsøgende sundhedsindsatser en betydning for deres helbredstilstand, så fremkommer følgende billede:

**Tabel 3.3 Vurdering af projektets betydning i de enkelte projektkommuner**

	Gennemsnitlig vurdering af projektets betydning	Gennemsnitlig vurdering af andre forholds betydning
Brøndby Kommune	4,0	2,9
Holstebro Kommune	4,1	3,2
Hvidovre Kommune	4,4	3,5
Næstved Kommune	3,9	3,1

Anm.: Tabellen er lavet på baggrund af slutgrundskema, spørgsmål 16 og 17. Vurderingen er foretaget på en 5-punktskala, hvor 1 = I meget lille grad af betydning, 2 = I lille grad af betydning, 3 = Hverken i høj eller lille grad af betydning, 4 = I høj grad af betydning og 5 = I meget høj grad af betydning.

Det fremgår af tabellen, at der ikke er de store variationer kommunerne imellem. I alle tilfælde vurderer projektborgerne, at den opsøgende sundhedsindsats i høj grad har haft betydning for deres helbredstilstand, og at andre forhold i mindre grad har haft betydning.

Dermed kan man konkludere, at den opsøgende sundhedsindsats, ifølge borgerne selv, i alle fire projektkommuner har haft en positiv og signifikant betydning for deres helbred.

### 3.3 Helbredsvirkninger i to forskellige typer af organisering

I dette afsnit vil vi se på helbredsvirkninger i forhold til to grundlæggende forskellige måder at organisere indsatsen på: en socialfaglig organisering og en sundhedscenter organisering (jf. afsnit 1.1).

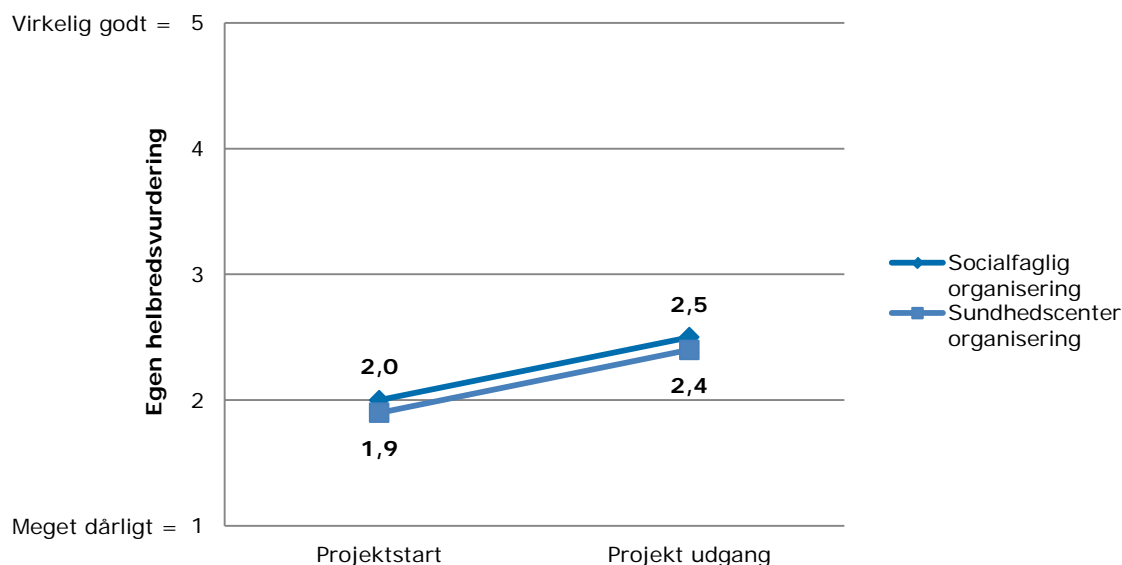
Den overordnede forvaltningsmæssige organisering af projekterne har været ens på tværs af projekterne. I alle fire projektkommuner har den opsøgende sundhedsindsats hørt under en kombineret social-, sundheds- og arbejdsmarkedsforvaltning.

Tre af de fire projekter har haft en socialfaglig organisering, hvilket indebærer, at de organisatorisk og fysisk har været placeret sammen med kommunens socialfaglige tilbud og indsatser rettet mod socialt udsatte borgere (Brøndby Kommune, Holstebro Kommune og Næstved Kommune). I Holstebro Kommune har Projekt Operation Sundhed i den sidste del af projektperioden haft fast base på Forsorgshjemmet Skovvang som konsekvens af en række organisatoriske og bemandingsmæssige udfordringer og ændringer (dette udfoldes nærmere senere). I Næstved Kommune er projektet placeret i Center for Socialt Udsatte og dermed i samme hus som kommunens øvrige indsatser rettet mod socialt udsatte, fx det opsøgende gadeteam. I Brøndby Kommune er projektet i den sidste del af projektperioden fysisk placeret i et kombineret aktivitets-, behandlings- og caféhus ('Multihuset') for borgere med misbrugsproblemer og/eller psykisk skrøbelige. Projektet har ventet længe på denne sammenlægning under Multihuset og er blevet flyttet meget rundt undervejs i projektperioden. Projektet har også været "hjemløs" i en periode og uden adgang til fx it. I denne periode lånte projektmedarbejderne kontorer rundt omkring til borgersamtalerne, hvilket vanskeliggjorde det at afholde fortrolige samtaler med borgerne. I en periode på cirka et halvt år havde projektet ingen fast sygeplejeklinik. Projektmedarbejderne har oplevet disse perioder som meget hektiske, turbulente og stressende.

Det fjerde og sidste projekt har haft en sundhedscenter organisering, og det indebærer, at indsatsen har været placeret i kommunens sundhedscenter og dermed i et sundhedsfagligt regi (Hvidovre Kommune). I Hvidovre Kommune har Projekt Kys Livet været organiseret som et fremskudt sundhedscenter med udgående, opsøgende funktioner.

Ser vi på den selvvaluerede helbredstilstand i starten og slutningen af projektforløbet i de to typer af organisering af den opsøgende sundhedsindsats, så ses følgende billede:

**Figur 3.3 Helbredsændring i to typer af organisering af den opsøgende sundhedsindsats**



Anm.: Signifikansniveau - Socialfaglig organisering ( $p=0,00$ ); Sundhedscenter organisering ( $p=0,00$ ). Datagrundlaget udgøres af 117 unikke borgere (sundhedscenter organisering) og 593 unikke borgere (socialfaglig organisering) med en besvarelsesprocent på henholdsvis 50 % og 54 %. Helbreds-vurderingen er foretaget på en 5-punktskala, hvor 1 = Meget dårligt helbred, 2 = Dårligt helbred, 3 = Nogenlunde helbred, 4 = Godt helbred og 5 = Virkelig godt helbred. Socialfaglig organisering: Brøndby Kommune, Holstebro Kommune, Næstved Kommune. Sundhedscenter organisering: Hvidovre Kommune.

Som det fremgår, så ser organiseringen i henholdsvis et socialfagligt og sundhedsfagligt regi ikke ud til at have en betydning i forhold til borgernes vurdering af eget helbred fra starten af projektføreløbet til slutningen af projektføreløbet. Således er begge typer af organisering forbundet med en signifikant, positiv helbredsændring.

Ser vi på, hvorvidt borgerne tilskriver de to typer af opsøgende sundhedsindsatser en betydning for deres helbredstilstand, så fremkommer følgende billede:

**Tabel 3.4 Vurdering af projektets betydning i to typer af organisering**

Organisering	Gennemsnitlig vurdering af projektets betydning	Gennemsnitlig vurdering af andre forholds betydning
Socialfaglig organisering	4,0	3,1
Sundhedscenter organisering	4,4	3,5

Anm: Tabellen er lavet på baggrund af slutgrundskema, spørgsmål 16 og 17. Vurderingen er foretaget på en 5-punktskala, hvor 1 = I meget lille grad af betydning, 2 = I lille grad af betydning, 3 = Hverken i høj eller lille grad af betydning, 4 = I høj grad af betydning og 5 = I meget høj grad af betydning.

Der ses ingen væsentlig forskel i vurderingen af projekternes betydning for borgernes helbredstilstand i de to typer af organisering. I begge tilfælde vurderer projektborgerne, at den opsøgende sundhedsindsats i høj grad har haft betydning for deres helbredstilstand (en vurdering på 4,0 og 4,4 på en skala fra 1 til 5), og andre forhold i mindre grad har haft betydning (en vurdering på 3,1 og 3,5 på en skala fra 1 til 5).

Alt i alt peger dette på, at organiseringen af den opsøgende sundhedsindsats i henholdsvis et socialfagligt regi og et mere sundhedsfagligt regi ikke har en signifikant betydning i forhold til de helbredsmæssige virkninger i målgruppen af socialt udsatte borgere.

### 3.4 Fordele og ulemper ved de to typer af organisering

Projektmedarbejdere i de tre projekter, som organisatorisk er placeret sammen med øvrige socialfaglige tilbud og indsatser til socialt udsatte, vurderer, at denne organiseringsform er meningsfuld og fungerer godt, da alle indsatser til socialt udsatte således er samlet samme sted, og da det øger dialogen mellem forskellige medarbejdergrupper og giver mulighed for mere og bedre sparring omkring fælles problemstillinger i forhold til socialt udsatte borgere. Det vurderes altså som en fordel, at der er mulighed for deling af ressourcer, administration og viden.

Samtidig synes der blandt de socialfagligt organiserede projekter at herske en grundlæggende oplevelse og vurdering af, at kommunernes sundhedscentre ikke 'passer til' eller ikke appellerer til socialt udsatte borgere. Projektmedarbejdere fra disse projekter fortæller, at de oplever, at socialt udsatte ikke trives i et sundhedscenter, og at den meget livsstilsorienterede tilgang ikke passer til socialt udsatte borgere. Projektmedarbejderne oplever også, at udsatte borgere generelt ikke bruger sundhedscentret, medmindre de ledsages dertil i regi af de opsøgende projektindsatser. I én kommune havde projektmedarbejderne ved projektstart forestillet sig, at deres borgere – efter endt afrusning i projektregi – skulle deltage i alkoholbehandlingen på kommunens sundhedscenter, men de oplevede, at borgerne ikke ønskede dette.

I det projekt, som er forankret i et sundhedscenter, er ovenstående udfordring velkendt, og projektmedarbejderne fortæller, at de har været meget opmærksomme på, at det som socialt udsat kan være vanskeligt at besøge et sundhedscenter. I dette projekt har det været til stor hjælp, at kommunens gadeplansmedarbejdere har taget udsatte borgere med forbi sundhedscentret. Kontakten mellem kommunens udsatte borgere og sundhedscentrets medarbejdere er i høj grad blevet skabt via centrets tilbud om en kop kaffe og sundhedstjek. En intern evaluering, som projektet i denne kommune har foretaget, viser, at i alt 86 % af projektets udsatte borgere ikke kendte sundhedscentret på forhånd. Ifølge projektmedarbejderne har den opsøgende tilgang i projektet samt medarbejdernes præsentation af projektet i diverse sammenhænge gjort, at der er kommet andre (udsatte) borgere end førhen. Projektmedarbejderne vurderer, at sundhedscentret generelt er blevet mere synligt i kommunen på grund af projektet.

Organiseringen af indsatsen i tæt tilknytning til andre sociale tilbud til socialt udsatte har ifølge flere projektmedarbejdere den ulempe, at socialt udsatte borgere lettere risikerer at blive stigmatiseret eller 'stemplet', fordi de er kendt af alle medarbejdere. Risikoen øges for, at der opstår sladder, og at ikke-relevante oplysninger om borgerne deles og spredes blandt medarbejderne. Nogle projektmedarbejdere fortæller, at de har forsøgt at løse denne udfordring ved en øget intern dialog om fælles tavshedspligt. I de tilfælde, hvor tilbuddene fysisk er placeret i samme hus, kan der endvidere opstå problemer med, at nogle borgere får karantæne fra nogle tilbud, men ikke fra andre. Endelig fortæller nogle projektmedarbejdere, at denne type organisering også kan give udfordringer ved, at der opstår uro og gnidninger mellem forskellige grupper af socialt udsatte borgere, fx i de tilfælde, hvor unge misbrugere kommer i samme hus som voksne misbrugere, som samtidig er dem, som de unge køber deres stoffer af.

### 3.5 Øvrige læringspunkter i forhold til organiseringen af indsatsen

#### **Projekternes fleksible rammer og organisering har været en fordel**

I alle fire projekter fremhæves det både af projektmedarbejdere, af medarbejdere på forvaltningsniveau og af samarbejdspartnere, at projekternes fleksible rammer og høje grad af tilgængelighed har været en stor fordel i forhold til at nå målgruppen og gennemføre de planlagte aktiviteter. Indsatserne har ikke, som mange andre tilbud og indsatser rettet mod socialt ud-

satte, krævet visitation, hvilket har muliggjort en større fleksibilitet fra projektmedarbejdernes side – en fleksibilitet, som vurderes helt central og afgørende for at kunne yde hjælp til en på mange måder kompleks, kaotisk og nonkonform borgergruppe. Følgende udsagn fra projektmedarbejdere og samarbejdspartnere illustrerer dette:

*“Vi kommer ikke som myndighedsperson, vi kommer og hjælper og støtter. Vi kommer ikke med en pose penge eller piller. De ved, vi er her og vil hjælpe. Vi fratager dem heller ikke deres ydelser”. (Projektmedarbejder)*

*“Projektet er fleksibelt, og det fungerer godt. Det er vigtigt med fleksible rammer”. (Samarbejdspartner, sygeplejerske i distriktspsykiatrien)*

*“Fordelen er, at [projektet] er handlingsorienteret. Man får løst situationer, der ellers forsvinder i bureaukrati. Der bliver taget hånd om patienterne på en anden måde”. (Samarbejdspartner, praktiserende læge)*

### **Udfordringer i mødet mellem forskellige fagligheder**

Projektmedarbejdere på tværs af de fire projekter – og dermed på tværs af en henholdsvis sundhedsfaglig og socialfaglig organisering – fortæller om udfordringer i mødet med andre faggrupper og fagligheder, der arbejder med socialt udsatte. Udfordringen ligger her ofte i mødet mellem projektmedarbejdernes primært sundheds- og sygeplejefaglige faglighed og kommunens øvrige medarbejdere på udsatteområdet, som ofte har en socialfaglig baggrund eller er social- og sundhedsassistenter. Projektmedarbejderne fortæller, at de igennem projektperioden har brugt meget tid og energi på at definere deres egne roller i forhold til andre medarbejdere i fx misbrugsbehandlingen, hjemmeplejen eller i gadeplansteamet. De har oplevet at skulle være påpasselige og 'træde varsomt' for ikke at brede sig ud over andre fagligheders domæner. Nogle fortæller, at det har været en udfordring at blive accepteret af de kolleger, som de deler arbejdsområde og målgruppe med, og at det har været svært at finde sin plads i organisationen. Som en projektmedarbejder fortæller nedenfor, kan dette hænge sammen med, at nogle af de øvrige medarbejdere på udsatteområdet har følt sig truet jobmæssigt og opgavemæssigt af det opsøgende sundhedsprojekt:

*“En af udfordringerne [...] er ikke at finde borgeren eller hjælpe borgeren, men det er samarbejdspartnerne i centeret. Det er et super godt sted, vi er organiseret, men det er svært at få sundhed og den sociale del til at arbejde sammen. Det giver sig udslag i, at der er en del, der ser os som en konkurrent snarere end som en medspiller. At 'nu kommer de her og tager vores borgere', i stedet for at se os som en hjælp. [...] Det har været sejt herude med den faste gruppe. De ved godt, de kan bruge os, men nogle gange bliver det først, når det er rigtig galt. Det er ikke sådan, vi er uvenner, men vi har hver vores butik. Det er meget delt op på fagligheden. [...] Det er rigtig øv med samarbejdet her i centeret, at det er så svært”. (Projektmedarbejder)*

Nogle af projekternes samarbejdspartnere internt i kommunen har også oplevet disse udfordringer med mødet mellem forskellige fagligheder:

*“Jeg synes, det var svært i starten – at samarbejde i starten. Jeg synes ikke, det var så rosenrødt i starten. I starten var der en del ting, som var svære at få til at fungere i vores kommunikation indbyrdes. Vi talte nogle forskellige sprog. De var alle sammen meget nye, og de var ikke så gode til at stikke en finger i jorden og finde ud af, hvor vi andre var henne. Det var svært at finde ud af, hvad vi skulle bruge dem til. Jeg oplevede mig lidt i starten sådan talt en lille smule ned til. Som om at jeg var social- og sundhedsassistent, og nu kom der nogle sygeplejersker og fortalte mig, hvordan jeg skulle gøre. Det er ikke særlig heldigt, når man er ny. Det har vi*

haft nogle konflikter omkring. Det har vi så løst ved stille og roligt at finde ud af, hvordan vi taler til hinanden. Hen ad vejen har det ændret sig. Jeg har arbejdet 15 år med det her, jeg ved udmærket godt, hvad jeg har med at gøre! Men jeg har fået mere respekt for dem og har fundet ud af, at de laver et kæmpe arbejde. Men jeg synes, projektet skulle have stukket en finger i jorden og fundet ud af, hvad vi andre laver i forhold til socialt udsatte". (Samarbejdspartner, social- og sundhedsassistent)

"Altså, i forhold til det socialfaglige og det sundhedsfaglige – vi er ikke altid enige i de ting, vi oplever. Det er jo også lidt en udfordring, ikke. Hvor jeg måske ser nogle ting, som de [projektmedarbejderne] ser helt anderledes. For eksempel en borger, som jeg er overbevist om måske bruger situationen lidt for at plædere for noget medicin, hvor de går ind og 'nursrer' ham og sørger for, han kommer til læge. Hvor jeg tænker, at vi skal heller ikke gå ind og tage nogle funktioner fra et menneske, som han faktisk har kunnet passe tidligere. Men det er så deres vurdering, og det stiller jeg ikke spørgsmålstegn ved. Jeg ville bare ikke gøre det. Men så er det også deres borger, kan man sige. Så er det dem, der har ansvaret". (Samarbejdspartner, gadeplansmedarbejder)

Grundig informationsudveksling imellem projektmedarbejderne og de øvrige medarbejdere på tilbuddene til socialt udsatte vurderes som særligt centralt, og især i starten af projektperioden var det en udfordring, at medarbejdere i forskellige indsatser og tilbud ikke fik orienteret hinanden om borgernes problemstillinger og forløb.

"I starten blev vi ikke informeret om, hvad der skulle ske med borgerne – projektets medarbejdere kørte bare det hele alene, når vi havde tilkaldt dem. Men det er blevet bedre nu. Men mere dialog er nødvendig. For eksempel lige nu er en af vores beboere meget dårlig, men vi ved ikke, hvad sygeplejerskerne laver med ham. Han (borgeren) informerer mig om, hvad der sker, men projektets medarbejdere informerer ikke mig som central kontaktperson. Der mangler mere samarbejde omkring beboerne, og der mangler en tilbagemelding fra sygeplejerskerne, hvis de har været inde over. Jeg mangler, at de fortæller mig, hvad er næste aftale osv. Det er meget rart at vide, når jeg er kontaktperson for borgeren". (Samarbejdspartner, medarbejder i et bostøttetilbud)

Alt i alt er det erfaringen på tværs af de fire projekter, at det kræver tid, dialog, grundig informationsudveksling og gensidig respekt for hinandens fagligheder for at navigere i dette tværfaglige felt og at finde ud af, hvornår de forskellige fagligheder understøtter hinanden, og hvornår de træder ind over hinandens domæner.

### **Bemanding af projekterne: Behov for faglig forankring og sparring**

Ét projekt har igennem hele perioden været bemandet med én central medarbejder (sygeplejerske) suppleret af socialfaglige medarbejdere (socialrådgiver, støttekontaktpersoner) med relativt få timer på projektet. I de tre øvrige projekter har de centrale projektmedarbejdere udgjort en gruppe bestående af 2-4 medarbejdere med et nogenlunde ligeligt antal timer på projekterne. Disse grupper har enten bestået udelukkende af personer med sygeplejefaglig baggrund eller af en kombination af personer med sygeplejefaglig baggrund og social- og sundhedsassistenter. Ét af projekterne adskiller sig således fra de øvrige ved primært at have været bemandet med én central medarbejder frem for et team. Både projektmedarbejdere og ledelse på dette projekt fortæller, at dette har været problematisk og sårbart, da den pågældende projektmedarbejder har stået meget alene, manglet faglig sparring og nogen at spejle sine oplevelser og erfaringer i. Retrospektivt er det vurderingen blandt projektledere/projektansvarlige på forvaltningsniveau, at det havde været mere hensigtsmæssigt for projektets fremdrift med mere faglig sparring og støtte og en tættere ledelse til den centrale projektmedarbejder.

Der er på tværs af projekterne bred enighed om, at der i arbejdet med udsatte grupper er et stort behov for supervision, tværfaglig sparring og for at være tæt tilknyttet et fagligt miljø, hvor medarbejderen kan få sparring på konkrete situationer, aktiviteter eller borgere, samtidig med at der er mulighed for at diskutere med andre medarbejdere, om bestemte situationer er blevet håndteret på en hensigtsmæssig måde. Dette vurderes af både medarbejdere og ledere især nødvendigt, når målgruppen for indsatsen er socialt udsatte med komplekse problemstillinger, hvis livssituationer ofte er præget af kaos og uforudsigelighed.

I de tre projekter, der har været bemandet med medarbejderteams, fremhæves teamet netop som en styrke, hvilket også fremgår af interviewuddragene nedenfor. Ud over faglig sparring om konkrete borgere og projektaktiviteter er de forskellige medarbejderteams også blevet brugt til mere generelle diskussioner, eksempelvis om hvad sundhed og sundhedsfremme vil sige i forhold til udsatte borgere. Herudover er medarbejderteamet blevet brugt til at hjælpe og afløse hinanden i tilfælde af fx sygdom og ferie. Nogle projektmedarbejdere gør dog også opmærksom på vigtigheden af, at teamet kan fungere og kan arbejde sammen.

Nedenstående udsagn illustrerer nogle af de ovenstående pointer omkring nødvendigheden af et tæt fagligt samarbejde i forhold til arbejdet med socialt udsatte:

*"Vi bruger hinanden meget og snakker meget fag".* (Projektmedarbejder)

*"Vi supplerer hinanden godt, fordi vi har forskellige forcer".* (Projektmedarbejder)

*"Vi har brugt faglig sparring rigtig meget. Det kræver ofte kreativitet at finde effektive løsninger. Det er vigtigt med flere hjerner, der har prøvet flere ting. Én medarbejder er for lidt, så kan man ikke løfte opgaven".* (Projektmedarbejder)

*"Fordi det skal være så handlingsorienteret, når man er i felten, har man brug for at have noget organisatorisk forankring og støtte i ryggen".* (Samarbejdspartner, centerleder)

### **Om medarbejderudskiftninger og nødvendigheden af ledelsesmæssig styring og opbakning**

Alle projekter har været ramt af en række medarbejderudskiftninger både på det daglige projektmedarbejderniveau samt på ledelsesniveau (grundet opsigelser, afskedigelser og sygdom). Nogle projekter har i perioder været helt uden en primær projektmedarbejder eller uden en projektleder. De mange medarbejderudskiftninger, kortvarige ansættelser og manglen på projektledelse beskrives i interviewene som kilde til stor frustration og som en stor udfordring, der har haft konsekvenser for kontakten til målgruppen, for projektaktiviteterne og for projektmedarbejdernes generelle trivsel. I et enkelt tilfælde har bemandingsudfordringerne ifølge ledelsen medført overvejelser og diskussioner om at afslutte projektet før tid.

Flere projektmedarbejdere beskriver hele projektperioden som *"meget turbulent"* og *"stressende"* på grund af mange medarbejderudskiftninger og mangel på ledelse. Nogle har følt sig meget overladt til sig selv og har manglet ledelsesmæssig sparring og hjælp til at prioritere opgaverne og projektets retning. Nogle projektmedarbejdere har også savnet mere ledelse til at håndtere samarbejdsvanskeligheder internt i projektgruppen. Projektmedarbejdere i flere af projekterne peger også på en manglende synlighed og styring fra de styregrupper, som blev etableret i alle projekter i starten af forløbet. En projektmedarbejder fortæller fx:

*"Vi var ikke med til styregruppemøder i starten, og det var meget svært at få ud af styregruppen, hvad de gerne ville [...]. Det har været svært at navigere i, hvad vi kunne, og hvad vi ikke kunne".* (Projektmedarbejder)

Enkelte projektmedarbejdere beskriver dog den omvendte problematik, hvor den daglige projektledelse opleves som værende meget tæt, hvorfor medarbejderne har savnet mere tillid og tiltro fra ledelsens side.

De mange medarbejderudskiftninger har medført et stort arbejde med at skabe ejerskab for projektet blandt både medarbejdere og ledelse. Nogle projektansvarlige fremhæver netop vigtigheden af at skabe ledelsesmæssigt ejerskab og at sikre ledelsesmæssig opbakning og støtte til de centrale projektmedarbejdere. Eksempelvis er der i ét projekt til sidst i projektperioden sket ændringer i arbejdsgangen henimod en tættere ledelsesmæssig opfølgning og opbakning samt en strammere rammesætning for projektet og for projektmedarbejdernes praksis over for målgruppen, fx med indførelse af faste træffetider, hvor borgerne kan få fat i projektmedarbejderne. Denne ændring hen imod en tættere opfølgning opfattes som positivt af såvel projektmedarbejdere og ledelse.

I forhold til kontakten med målgruppen har de mange medarbejderudskiftninger betydet, at borgerne har skullet vænne sig til mange nye personer og har haft behov for at se de nye medarbejdere an, hvilket beskrives som problematisk, netop fordi den tillidsbaserede kontakt er vigtig. I nogle projekter har det i visse perioder været nødvendigt at stoppe borgertilgangen til projektet, fordi der har manglet medarbejdere på projektet.

Nogle samarbejdspartnere til projekterne (fx gadeplansmedarbejdere) bekræfter, at personaleudskiftningerne er gået særligt ud over borgerne – ikke nødvendigvis i den forstand, at der er mistet borgere i projektet, men snarere i den forstand, at den tillidsbaserede kontakt er blevet brudt, at borgeren føler sig svigtet, og at man har måttet begynde forfra med at etablere kontakt og en god relation.

Nogle projektmedarbejdere fremhæver også, at medarbejderudskiftningerne kan have forværret brobygningen til fx det eksisterende sundhedssystem, eksempelvis fordi samarbejdsrelationerne ikke er blevet plejet, og fordi samarbejdspartnere i en travl hverdag derfor kan glemme, at projekterne eksisterer.

En projektansvarlig har udtrykt nogle af ovenstående pointer på følgende måde:

*"Projektets udfordringer har været at holde det i live trods alle de afbræk, der har fundet sted. Der har været mange medarbejdere ind over med forskellige baggrunde, der skulle sætte sig ind i en ny forståelsesramme i en anden kontekst". (Projektansvarlig)*



## 4 Brobygning til andre aktører

Etableringen af en opsøgende sundhedsindsats i forhold til socialt udsatte borgere havde bl.a. til formål at sikre en brobygning til det eksisterende sundhedsvæsen og relevante sociale tilbud for dermed at bidrage til, at målgruppen fik et bedre sundhedsmæssigt og socialt tilbud.

I det følgende vil vi se på, hvad brobygningsindsatsen har bestået af, om der er sket en ændring i borgernes forhold til sundhedssystemet i projektperioden, og hvilke fordele og ulemper samarbejdspartnerne på området peger på i forbindelse med brobygningsindsatsen.

### 4.1 Brobygningsindsats og ændringer i borgeroplevelsen

Undersøgelsen giver mulighed for at se, hvordan de opsøgende sundhedsindsatser i de fire projektkommuner har bygget bro til det eksisterende sundhedsvæsen og øvrige relevante tilbud:

**Tabel 4.1 Aftaler om opfølgning fordelt på projektkommuner**

	Konsultation hos egen læge	Henvi sning til speciallæge	Henvi sning til sygehus	Henvi sning til kommune	Henvi sning til overnatningsmulighed	Tilbud om kurser
Brøndby	10 %	6 %	4 %	10 %	3 %	0 %
Holstebro	6 %	4 %	2 %	4 %	0 %	0 %
Hvidovre	37 %	22 %	17 %	6 %	1 %	3 %
Næstved	54 %	16 %	18 %	9 %	2 %	1 %

Anm.: Tabellen er lavet på baggrund af Aktivitetsskema, spørgsmål 5.

Det ses af tabel 4.1, at de opsøgende sundhedsindsatser i projektkommunerne først og fremmest har lavet aftaler om opfølgning med borgernes egen læge. Henvi sning til speciallæge, henvi sning til sygehus og henvi sning til kommune har dog også været ofte benyttede aftaler i projektkommunerne.

Det fremgår også, at der er nogle markante forskelle mellem de enkelte projektkommuner. I Hvidovre Kommune og Næstved Kommune har man i langt højere grad lavet aftaler om opfølgning, end tilfældet er i de to øvrige kommuner.

Ser man på aftaler om opfølgning fordelt på de to typer af organisering (socialfaglig organisering og sundhedsfaglig organisering), så fremkommer følgende billede:

**Tabel 4.2 Aftaler om opfølgning fordelt på de to typer af organisering**

	Konsultation hos egen læge	Henvi sning til speciallæge	Henvi sning til sygehus	Henvi sning til kommune	Henvi sning til overnatningsmulighed	Tilbud om kurser
Socialfaglig organisering	23 %	8 %	7 %	6 %	1 %	0 %
Sundhedscenter organisering	37 %	22 %	17 %	7 %	1 %	3 %

Anm.: Tabellen er lavet på baggrund af Aktivitetsskema, spørgsmål 5.

Det ses af tabel 4.2., at der er sket en forholdsvis høj grad af brobygning til andre sundhedsfaglige tilbud i den type af indsats, som er organiseret omkring et sundhedscenter, mens der er sket en mindre grad af brobygning i den type af indsats, som er socialfagligt organiseret.

I tabel 4.3 ses en oversigt over, hvilke samarbejdspartnere der har været involveret i de opsøgende sundhedsindsatser på tværs af de fire kommuner, og hvilken karakter samarbejdet har haft. Tabellen er baseret på interviews med projektmedarbejdere og samarbejdspartnere.

**Tabel 4.3 Oversigt over samarbejdspartnere og samarbejdets karakter**

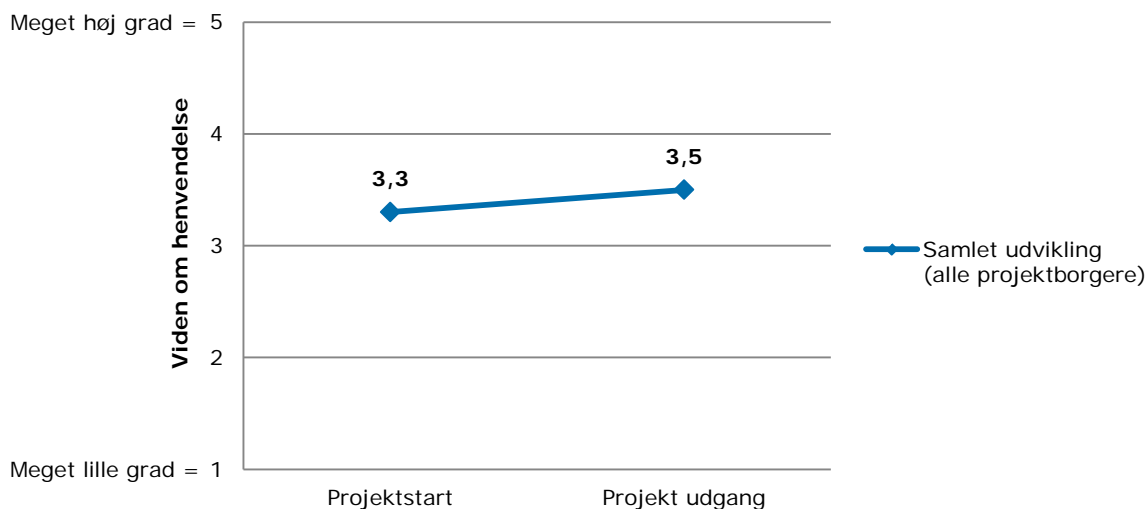
Samarbejdspartnere i de fire projektkommuner	Samarbejdets karakter
Somatiske sygehuse/afdelinger (herunder også fx akutmodtagelsesafdelinger og socialsygeplejersker)	Projektmedarbejderne har en tovholder-, ledsager- og bisidderfunktion. Projektmedarbejderne yder besøg under indlæggelse og opfølgning efter udskrivelse. Der er samarbejde vedrørende afrusning og vedrørende vurdering af borgernes helbredsmæssige og sociale problemer.
Psykiatri: psykiatrisk hospital/afdeling, psykiatrisk akutmodtagelse, distriktpsykiatri, socialpsykiatri	Projektmedarbejderne har en tovholder-, ledsager- og bisidderfunktion. Projektmedarbejderne yder besøg under indlæggelse og opfølgning efter udskrivelse.
Praktiserende læger, speciallæger	Projektmedarbejderne har en tovholder-, ledsager- og bisidderfunktion. Der er et samarbejde vedrørende afrusning og samarbejde vedrørende vurdering af borgernes helbredsmæssige og sociale problemer.
Væresteder, varmestuer, forsorgshjem mm.	Der er i de fleste projekter foregået sygeplejefaglige og sundhedsfremmende aktiviteter på væresteder, varmestuer, forsorgshjem m.m.
Ejendomskontorer, beboerrådgivere, sociale viceværter	Kontakter projekterne vedrørende udsatte borgere. Samarbejde på mere ad hoc basis.
Sundhedscenter (gælder de tre projekter med en socialfaglig organisering)	Der har været samarbejdet med diætister fra et sundhedscenter i forbindelse med afholdelse af 'sundhedsdage' for socialt udsatte. Øvrigt samarbejde i forbindelse med alkoholrådgivning og borgerkurser om håndtering af angst.
Hjemmeplejen	Undervisning og kompetenceudvikling af hjemmeplejens personale i forhold til håndtering af socialt udsatte borgere og socialt udsattes sundhed, sundhedsadfærd og levevilkår. Projektmedarbejderne har fungeret som sparringspartner for hjemmeplejens personale. Samarbejde vedrørende afrusning.
Gadeplansmedarbejdere, bostøttemedarbejdere, støttekontaktpersoner o.l.	Tæt samarbejde om socialt udsatte borgere, også på gadeplan, i alle projekter.
Sagsbehandlere i socialforvaltning og jobcenter	Projektmedarbejderne har en tovholder-, ledsager- og bisidderfunktion.
Misbrugsbehandling	Tæt samarbejde om socialt udsatte borgere. I nogle projekter har projektmedarbejderne gennemført sundhedstjek på borgere i misbrugsbehandling.
Tandlæger	Projektmedarbejderne har en tovholder-, ledsager- og bisidderfunktion. Ét projekt har som en del af projektet oprettet en tandklinik, hvor frivillige tandlæger yder akut tandbehandling til socialt udsatte borgere. Ét projekt finansierer borgernes egenbetaling.
Øvrige samarbejdspartnere: Produktionsskole, politi, sygeplejeskole, Bisserne på Koføeds Skole, Anonyme Alkoholikere, ungeindsatser.	Produktionsskolen har henvendt sig til projektet og efterspurgt rådgivning vedrørende misbrugende elever. Samarbejde med politi foregår gennem PSP-samarbejde (samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri). Øvrigt samarbejde på ad hoc basis.

Det ses, at der på tværs af de enkelte projekter i de fire projektkommuner er foregået en bred involvering af aktører på det sundhedsmæssige og sociale område. Samlet set peger undersøgelsen altså på, at der generelt i de fire opsøgende sundhedsindsatser er foregået en brobygning til det eksisterende sundhedssystem og øvrige sociale tilbud.

Et relevant spørgsmål i forlængelse af dette er, hvorvidt man kan se, om borgernes forhold til det eksisterende sundhedssystem har ændret sig i positiv retning i løbet af projektperioden.

I undersøgelsen er borgerne i projektet ved projektets start og ved projektets afslutning blevet spurgt, i hvilken grad de vidste, hvor i sundhedssystemet de skulle henvende sig, hvis de fik helbredsproblemer. Vurderingen er foretaget på en 5-punktsskala, hvor 1 = Ved kun i meget lille grad hvor man skal henvende sig, 2 = Kun i lille grad, 3 = Hverken høj eller lille grad, 4 = I høj grad, og 5 = Ved i meget høj grad hvor man skal henvende sig.

**Figur 4.1** Udvikling i borgernes viden om henvendelse i sundhedssystemet

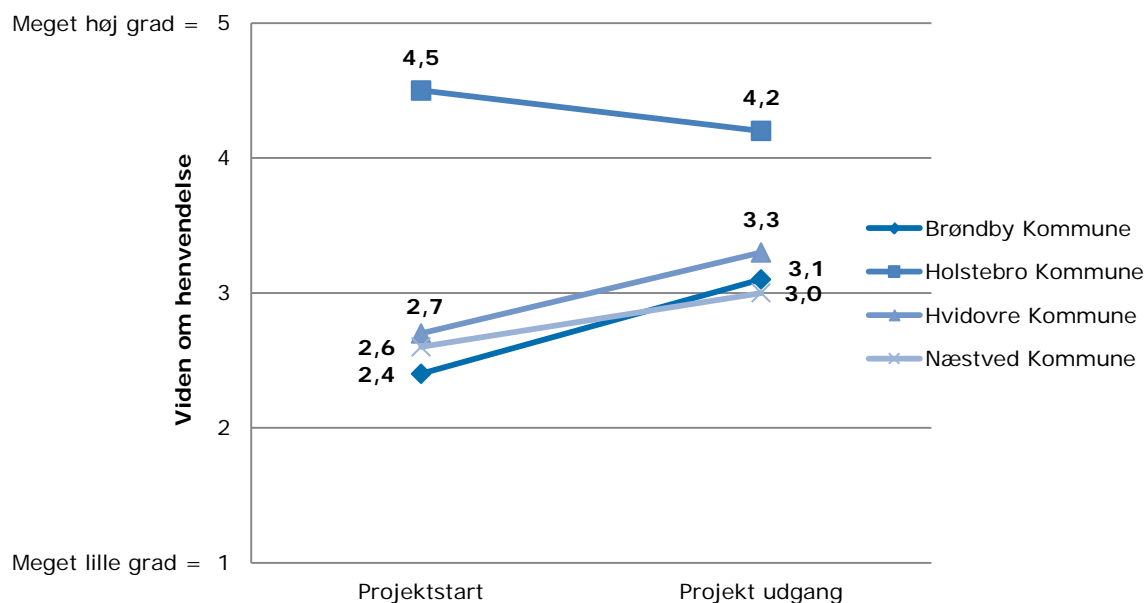


Anm.:  $p = 0,00$ . Tabellen er lavet på baggrund af start- og slutgrundskema, spørgsmål 6.

Det ses af figuren, at der fra projektets start til projektets slutning samlet er en relativ beskedent, men dog positiv og signifikant forskel i borgernes viden om, hvor man skal henvende sig i sundhedssystemet, hvis man får helbredsproblemer.

Ser man på det samme forhold fordelt på de enkelte projektkommuner, så fremkommer følgende billede:

**Figur 4.2 Udvikling i borgernes viden om henvendelse i sundhedssystemet fordelt på projektkommuner**

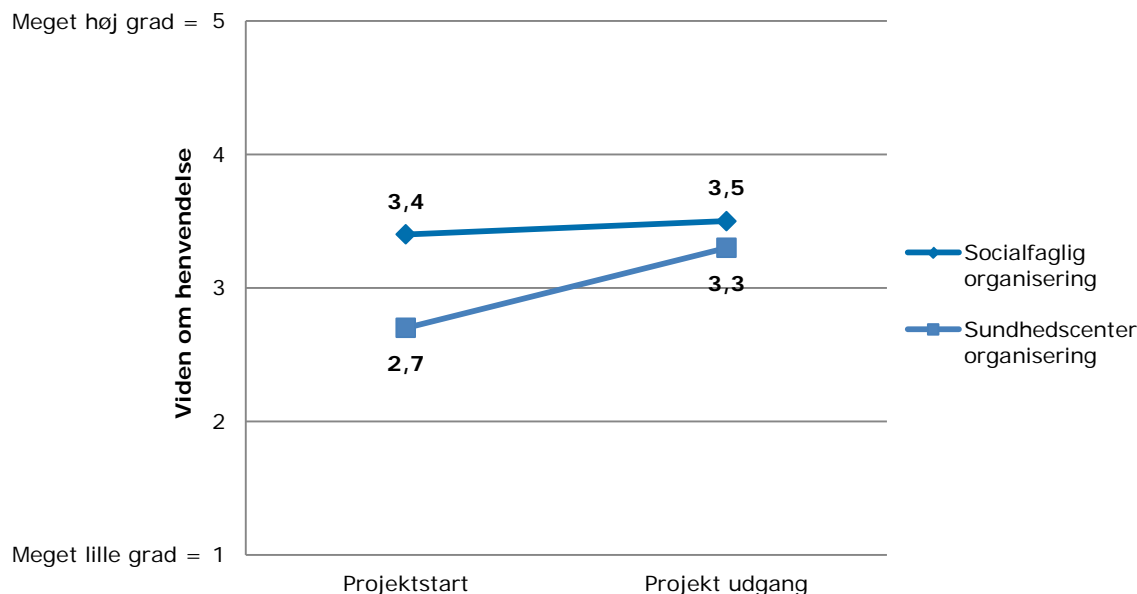


Anm.: Brøndby (p=0,00); Holstebro (p=0,05); Hvidovre (p=0,00); Næstved (p=0,00). Tabellen er lavet på baggrund af start- og slutgrundskema, spørgsmål 6.

Det ses af figur 4.2, at for tre ud af de fire projektkommuner er der et sammenfaldende billede (Brøndby Kommune, Hvidovre Kommune og Næstved Kommune), mens den sidste projektkommune (Holstebro Kommune) adskiller sig fra de øvrige kommuner. Som tidligere nævnt har der været nogle metodemæssige problemer i forbindelse med skemaudfyldelsen i Holstebro Kommune, så udviklingen i Holstebro Kommune bør ikke tillægges for stor vægt (se afsnit 1.3). Det generelle billede er, at projektborgernes viden om, hvor de skal henvende sig i sundhedssystemet, hvis de får helbredsproblemer, har været stigende fra projekternes start til projekternes afslutning.

Ser vi på udviklingen i borgernes viden om henvendelse i sundhedssystemet fra starten til slutningen af projektføreløbet i de to typer af organisering af den opsøgende sundhedsindsats (socialfaglig organisering og sundhedsfaglig organisering), så ses følgende billede:

**Figur 4.3** Udvikling i borgernes viden om henvendelse i sundhedssystemet fordelt på to typer af organisering



Anm.: Socialfaglig organisering ( $p=0,15$ ); Sundhedscenter organisering ( $p=0,01$ ). Tabellen er lavet på grund af start- og slutgrundskema, spørgsmål 6.

Umiddelbart fremgår det af figuren, at der er en positiv og signifikant udvikling i borgerens viden om henvendelse i sundhedssystemet ved en sundhedscenter organisering, mens dette ikke tilsvarende ses ved en socialfaglig organisering af den opsøgende sundhedsindsats. Dette skal dog tolkes med en vis varsomhed, da det i høj grad er data fra Holstebro Kommune (hvor der har været nogle metodiske problemer omkring udfyldelsen af skemaerne), som betyder, at der ikke er en positiv og signifikant udvikling i borgerens viden om henvendelse i sundhedssystemet ved en socialfaglig organisering (se afsnit 1.3). Samlet set kan det konkluderes, at der er nogle positive virkninger i forhold til borgernes viden om henvendelse i sundhedssystemet ved en sundhedscenter organisering, mens dette er lidt mere usikkert i forhold til en socialfaglig organisering.

### Udvikling i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse i sundhedssystemet

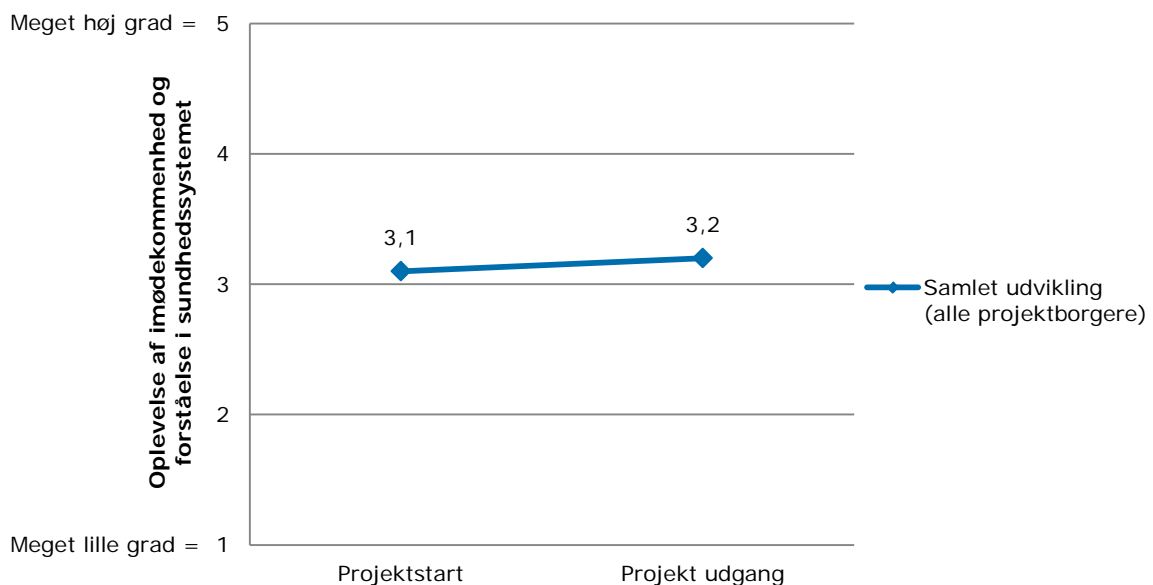
I undersøgelsen har vi også set på, hvorvidt borgerne oplever, at de bliver mødt med imødekommenhed og forståelse, når de henvender sig på hospitalet eller i andre dele af sundhedsvæsenet. Som tidligere nævnt viser undersøgelser, at nogle socialt udsatte i mødet med sundhedsvæsenet kan opleve en manglende imødekommenhed og nogle gange kan opleve at blive talt til på en nedladende og nedværdigende måde (Pedersen 2009, Ludvigsen et al. 2013). Nedenstående eksempel på et borgerforløb illustrerer denne problematik:

*Mandag morgen starter med en opringning fra stofcafeen. En af brugerne, Johnny, 49 år, har lavet et fejlfix. Han ønsker ikke at snakke med lægen, da han ikke har ret gode erfaringer med egen læge. Jeg kører i stofcafeen og tilser Johnny. Hans højre ben er meget hævet fra lysken og ned, og han har store problemer med at gå. Der er ikke noget åbent sår, men helt klart infektion inde i benet. Jeg spørger ham, om jeg må ringe til egen læge og følge ham derop. Det får jeg lov til, og vi får en akut tid samme morgen. Vi sidder længe i venteværelset, og Johnny er lidt urolig, hans ben hopper op og ned, og han virker stresset. [...] Jeg har lovet ham at følge med ind til lægen. [...] Hun præsenterer sig ikke, gænger bare Johnny hen på briksen og*

beder ham tage sine bukser af. Da han har gjort det, hælder hun håndsprit ud over Johnnys hænder, spilder meget af det på hans ben m.m. Så siger hun til ham: "Det er til dig, Johnny". Johnny sidder mundlam og kigger på det her sprit. Så kigger hun på hans lyske. Siger til ham, at han skal vaske det 3 x dagligt i sæbevand og tage noget penicillin. Johnny og jeg forlader klinikken. Da vi står ude på parkeringspladsen, siger Johnny: "Det var sgu godt, at du var med, ellers havde jeg ikke siddet derinde i 2 minutter. Og så havde jeg sgu smadret den arrogante kælling". Jeg svarede ham, at jeg var helt enig med ham i, at det var en underlig og uprofessionel opførsel af lægen. Og behandlingen var han meget tvivlsom over for, for på daværende tidspunkt var det et godt stykke tid siden, at Johnny havde været i bad. Så det der med at vaske 3 x dagligt, var ikke en mulighed for ham. Jeg tilså Johnny i de kommende uger, og benet artede sig på en 10-dages penicillinkur. (Uddrag fra projektmedarbejders egne beskrivelser af borgerforløb)

Borgernes oplevelse af den imødekommenhed og forståelse, hvormed de mødes generelt i sundhedssystemet, er i denne undersøgelse blevet målt på en 5-punktsskala, hvor 1 = Oplever kun i meget lille grad imødekommenhed og forståelse, 2 = Kun lille grad, 3 = Hverken høj eller lille grad, 4 = I høj grad og 5 = Oplever i meget høj grad imødekommenhed og forståelse.

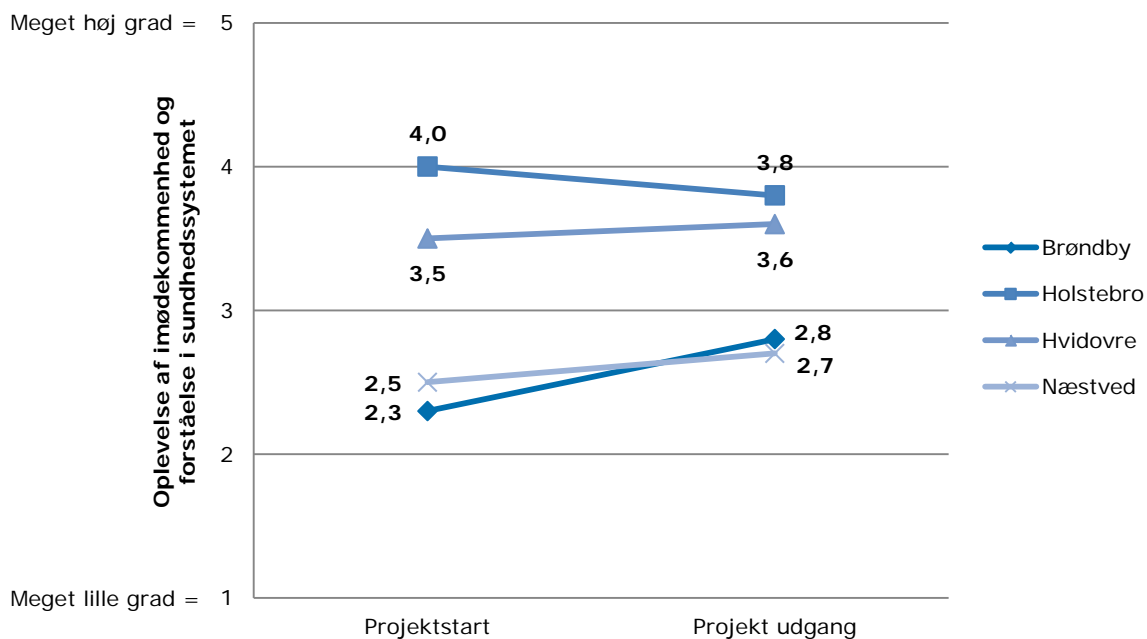
**Figur 4.4** Udvikling i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse i sundhedssystemet



Anm.:  $p = 0,15$  (ikke signifikant). Tabellen er lavet på baggrund af start- og slutgrundskema, spørgsmål 7.

Det ses af figuren, at der er en svag positiv stigning i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse fra projekternes start til projekternes afslutning. Forskellen er imidlertid ikke signifikant, så konklusionen er, at der på tværs af kommuner samlet set ikke kan ses en forskel i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse i sundhedssystemet fra borgernes projektstart til borgernes projektafslutning. Dette dækker over nogle mindre forskellige projektkommunerne imellem:

**Figur 4.5** Udvikling i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse i sundhedssystemet fordelt på projektkommuner

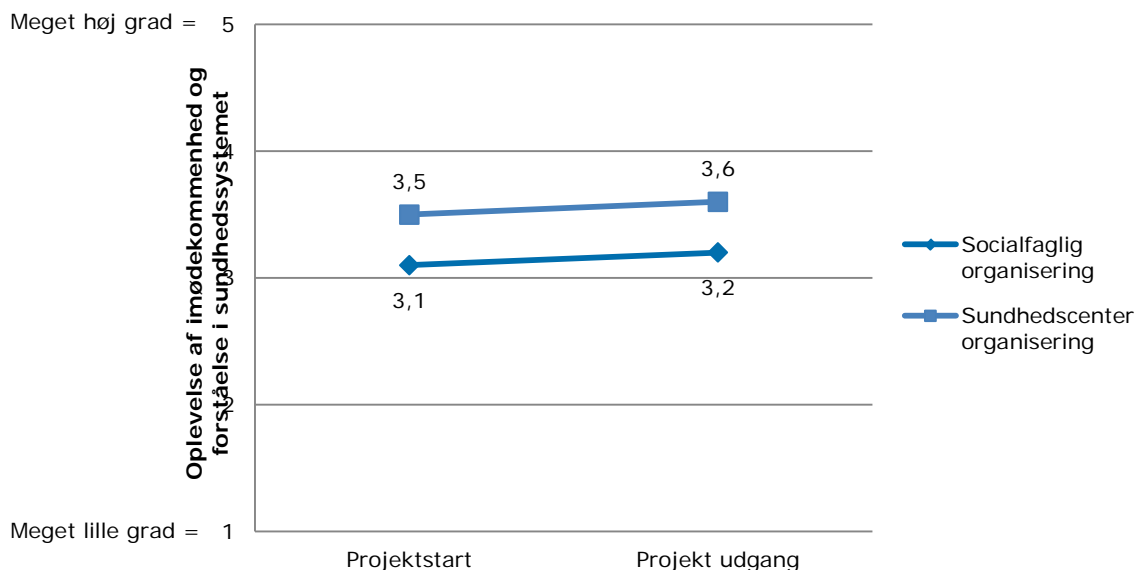


Anm.: Brøndby ( $p=0,00$ ); Holstebro ( $p=0,05$ ); Hvidovre ( $p=0,64$ ); Næstved ( $p=0,15$ ). Tabellen er lavet på baggrund af start- og slutgrundskema, spørgsmål 7.

I tre af de fire projektkommuner er der ikke en meget markant forskel i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse i sundhedssystemet fra projektstart til projektafslutning. I Brøndby Kommune er der dog en markant positiv forskel i borgernes oplevelse, hvilket kan skyldes projektets fokus på en bred socialfaglig og opsøgende indsats med vægt på bl.a. ledsagefunktionen.

Ser man på udviklingen i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse ved henvendelse i sundhedssystemet fra starten til slutningen af projektføreløbet i de to typer af organisering af den opsøgende sundhedsindsats (socialfaglig organisering og sundhedsfaglig organisering), så fremkommer følgende billede:

**Figur 4.6 Udvikling i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse ved henvendelse i sundhedssystemet fordelt på to typer af organisering**



Anm.: Socialfaglig organisering ( $p=0,19$ ); Sundhedscenter organisering ( $p=0,64$ ). Tabellen er lavet på baggrund af start- og slutgrundskema, spørgsmål 7.

Det ses af figur 4.6, at der ikke er nogen signifikante forskelle i borgernes oplevelse af imødekommenhed og forståelse ved henvendelse i sundhedssystemet fra starten til slutningen af projektførelsen i de to typer af organisering af den opsøgende sundhedsindsats.

Ovenstående fund peger således på, at der fortsat eksisterer udfordringer i forhold til socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet i fire kommuner. Dette bekræftes også i interviewene med projektmedarbejderne og samarbejdspartnerne.

Selvom både projektmedarbejdere og samarbejdspartnere oplever, at de opsøgende sundhedsindsatser – og især projektmedarbejdernes ledsager- og bisidderfunktioner – har bidraget til at mindske disse udfordringer og generelt har givet øget viden om, og bedre forståelse af, målgruppen både blandt sundhedsprofessionelle og socialfaglige medarbejdere, er der en række eksempler på situationer, hvor udsatte borgere er blevet mødt og behandlet på en nedværdigende måde – og dette sommetider på trods af følgeskab af en projektmedarbejder. Projektmedarbejdere fra alle fire projekter påpeger derfor, at der fortsat er et stort behov for at forbedre kommunikationen mellem udsatte borgere og ansatte i sundheds- og socialvæsenet.

Nedenstående citater illustrerer nogle af de situationer, hvor borgerne ifølge projektmedarbejderne har oplevet manglende imødekommenhed fra sundheds- og socialvæsenet:

*“Det kan nogle gange være en udfordring, når man tager kontakt til de praktiserende læger. Man oplever en voldsom stigmatisering af de udsatte borgere fra de praktiserende læger. De synspunkter, man kommer med, de bliver haglet ned, fordi vedkommende har gjort sådan og sådan. Hvor jeg så tydeligt godt kan forstå, at det kan være svært for de her borgere at tage kontakt til deres egen læge, fordi holdningen er på den måde. Selv når jeg kommer som fagperson, kan jeg opleve, at der er en port oppe”. (Projektmedarbejder)*

*“... det har været lidt svært nogle gange, samarbejdet med nogle af sagsbehandlerne. Det er ligesom om nogle gange, at vi er på forskellige hold. Vi får at vide, at vi modarbejder dem. For eksempel hvis jeg hjælper en borger med at skrive en klage,*



så siger sagsbehandlerne: 'Hvorfor hjælper han med at skrive den klage'. Men jeg synes jo ikke, at manden er blevet behandlet ordentligt, og så vil jeg hjælpe ham. [...] Man oplever nogle gange, at nogle taler ned til borgerne eller er uhøflige over for borgerne. Det er nogle gange, at det kun er, fordi jeg er der, at de overhovedet lytter til borgerne". (Projektmedarbejder)

"[Der er] nogle problemer med [indretningen af] rådhuset, så den første kontakt borgeren har med en socialrådgiver, det er ude på gangen, hvor der sidder 40 andre mennesker. Så har man ikke ligefrem lyst til at stå og sige, at man er blevet sat ud af sin lejlighed. Og når man så får et møgflabet svar. Det kan godt være, at det er nogle "problemborgere", det skal jeg ikke sige, at de ikke er, fordi det kan de sagtens være, men kommunikationsdelen med sagsbehandlerne kan klart forbedres". (Projektmedarbejder)

## 4.2 Oplevede fordele ved brobygningsindsatsen

Samarbejdspartnere på tværs af projekterne udtrykker generelt stor tilfredshed med samarbejdet med de enkelte projekter og fortæller, at de har draget stor nytte af projekterne i deres arbejde og møde med socialt udsatte borgere. Hovedparten af samarbejdspartnerne vurderer, at den tidligere eksisterende indsats til denne gruppe af særligt udsatte borgere generelt kan karakteriseres som mangelfuld, at projekterne har udfyldt dette hul, og at projekterne har bidraget til at aflaste det eksisterende sundheds- og socialvæsen. Det er endvidere samarbejdspartnerne generelle vurdering, at projekterne har bidraget til øget viden blandt socialt udsatte borgere om de eksisterende tilbud i sundheds- og socialvæsenet. Flere samarbejdspartnere omtaler projekterne i positive vendinger og beskriver dem som fx "en gave" eller som "uundværlig", og at projektmedarbejderne "får ting til at gro". Følgende udsagn illustrerer dette:

"Vi oplever at kunne gøre nogle ting, som vi ikke kunne før – yde en bedre hjælp til borgerne, end vi kunne før. Bureaukratiet spænder ben for mange ting, og nogle gange er vi ulydige, men vi har det ikke som mål at være det. Projektet letter dette arbejde og sikrer en bedre kontakt mellem de forskellige instanser. At man ikke kun tager sig af de psykiatriske eller det sociale eller det sundhedsmæssige". (Samarbejdspartner, sygeplejerske i distriktspsykiatrien)

"Politiarbejde er ofte brandslukning i arbejdet med disse borgere. Hvor politiet holder op, der kan vi give tovet videre til [projektet]. Ofte går kontakten til [projektet] gennem mig, som er tovholder for SSP-samarbejdet. Eller kontakten går gennem vagtcentralen, som kan tage direkte kontakt til [projektet]. [Projektet] er et meget vigtigt bindeled for os. For politiet er det ofte ekstraarbejde, hvis vi bare efterlader borgeren i hjemmet eller på gaden, men her er der nogen, der følger op – og man skal ikke igennem et større bureaukratisk arbejde. Det er nok med et navn, cpr og måske et opholdssted. Det er trygt, at man ikke overlader borgeren til en ukendt. Det er rart at vide, at de bliver overført til nogen, der har et kendskab til dem. Det er ofte problematisk, når politi og den her slags borgere mødes. Borgerne har ikke stor glæde ved at møde politiet. Når jeg oplever kollegaer fortælle om det, så er [projektet] noget, borgerne føler sig trygge ved. Så når vi nævner [projektet], så gøres mødet med borgeren lettere". (Samarbejdspartner ved Politiet)

"Det er det bedste, der er sket i [kommunen] i de 6 år, jeg har været ansat. Jeg er meget glad for vores samarbejde. Håber projektet vil blive en fast del af [kommunens] tilbud til socialt udsatte". (Samarbejdspartner, gadeplansmedarbejder)

En projektmedarbejder fortæller, at et af de vigtigste resultater, som projektet har opnået, ifølge hende er, at målgruppen har fået tillid til kommunen gennem projektet. Socialt udsatte borgere har fået større vished om, at der er nogen, de kan henvende sig til, og at der er nogen, der tager sig af dem. Projektmedarbejderen beskriver dette som anderledes end tidligere, og at det giver borgerne en større tryghedsfølelse – uanset om de benytter projektets tilbud eller ej.

Samarbejdspartnerne fremhæver især projektmedarbejdernes funktion som ledsager, bisidder og tovholder som en af projekternes centrale styrker og fordele. Dét at projektmedarbejderne har fungeret som 'tolk' og har kunnet oversætte samtalerne med fx egen læge, sagsbehandler eller hospital til et for borgeren forståeligt sprog, beskrives som særdeles værdifuldt. En afdelingssygeplejerske udtrykker det på følgende måde:

*"[Projektet] har været en stor støtte for os i forhold til at håndtere den her gruppe af patienter og de diagnoser, de har med sig. De kommer og sidder fast vagt ved borgeren, hvis de har brug for det, og de kommer og henter dem hjem, hvis de skal udskrives, og de kommer med gode forslag, lige så snart vi får borgeren indlagt. De kommer med gode input til samarbejdet. [Det er] yderst, yderst positivt. Det har også gjort noget for vores forståelse af den her gruppe patienter". (Samarbejdspartner, afdelingssygeplejerske på et sygehus)*

Andre styrker og fordele ved projekterne, som samarbejdspartnerne fremhæver, er deres høje grad af fleksibilitet, mobilitet og tilgængelighed (som beskrevet tidligere) samt deres sygepleje- og sundhedsfaglige fokus. Eksempelvis fortæller medarbejdere på væresteder, at der er et stort behov for gadesygeplejersker i denne målgruppe, og at projekterne har dækket dette behov og bidraget til at skabe en større bevidsthed blandt udsatte borgere om deres krop og helbred. Det beskrives også som værdifuldt, at projektmedarbejderne har kunnet forklare helbredsmæssige problemstillinger for borgerne via deres sygeplejefaglige faglighed og autoritet. Samarbejdspartnerne oplever også, at denne faglighed har åbnet nye døre for udsatte borgere og dermed lettet udsatte borgeres møde med og adgang til fx egen læge eller hospitalsvæsen:

*"Jeg er jo ikke uddannet sygeplejerske, og jeg kan godt gå med dem til læge, men det er ikke det samme. Det betyder meget, at [projektsygeplejersken] er på som fast person, at hun som den samme person tager med til læge fx. Hun kan nogle ting og gør nogle ting, som vi normalvis slet ikke roder med. Hun kan tage nogle ting på stedet og tage nogle ting i opløbet. Og så bliver borgerne måske inspireret til at tage til lægen og blive tjekket". (Samarbejdspartner, medarbejder på varmestue)*

*"[Det er] dejligt, at der er en sygeplejerske med en faglighed. Det system, som skulle være [udsatte borgeres] sikkerhedsnet, det bliver de krænket af. Hele systemet svigter alle dem, der er ude ved os. De bliver degraderet. Borgerne har ikke de samme rettigheder som os. Og her spiller [projektsygeplejersken] en vigtig rolle. Også i forhold til lægen, som måske ikke gider høre på de her borgere. [Projektsygeplejerskens] faglighed gør, at hun kan komme længere og åbne nogle døre for de her borgere". (Samarbejdspartner, leder af et værested)*

*"Vi andre har ikke den opsøgende kvalitet, som de har. [Projektet] finder [borgerne] og får dem tilbage. Det er svært at måle succesraten, men der er ingen tvivl om, at det for os har højnet kvaliteten i kommunen. Set fra vores side, så er pengene givet rigtig godt ud. De samler op der, hvor ingen andre samler op. Vi fra de praktiserende lægers side er meget glad for det". (Samarbejdspartner, praktiserende læge)*

Følgende borgerforløb illustrerer nogle af pointerne ovenfor:

### **Borgerforløb: En opsøgende og bredt forankret sundhedsindsats**

*På en af vores faste ture til [et værested] kommer én af pigerne fra køkkenet hen til mig. Hun har stor bekymring for én af brugerne dernede. Borgeren er en ca. 67-årig mand, han er meget dårligt gående og kan kun gå i hjemmesko, fordi hans ene ben/fod er meget, meget hævet. Jeg tager en snak med ham, hvor han fortæller, at sådan har det været i flere år. Vi aftaler, at jeg tager kontakt til egen læge og får en tid til konsultation af ben og astmaproblematik. Vi aftaler, at jeg den pågældende dag henter ham på værestedet. Jeg møder op til den aftalte tid, men der er ingen spor af borgeren. Ingen har set ham denne dag. Jeg får hans adresse og kører ud til ham. Jeg kan se, hans scooter er hjemme, men han lukker mig ikke ind. Efterfølgende får jeg fat i ham igen, og vi får en ny tid ved lægen. Han bliver sat i behandling for sine dårlige lunger, men benet mener lægen, at det er tvivlsomt, om der kan gøres noget ved. Jeg foreslår, at vi kontakter sygeplejeklinikken, da de også er eksperter på kompressionsbehandling. Jeg følger borgeren til de første behandlinger i sygeplejeklinikken, og han har rigtig god effekt af Coban 2 forbindinger. Det kommer dertil, at han "bare" selv skal tage en støttestrømpe på om morgenen. Hans ben har fået normal størrelse, og han er meget bedre gående. Desværre går der ikke længe, før hans egenomsorg aftager mere og mere, og han kan ikke overskue at tage strømpen på om morgenen. Så er vi tilbage, hvor vi begyndte. Benet er meget, meget hævet igen. Jeg spørger jævnlige til det, og han svarer hver gang: "I næste uge, der skal jeg nok". Vi har snakket med ham om muligheden for, at hjemmeplejen kan komme om morgenen, men han er afvisende, da hans livsstil gør, at han sjældent er hjemme, og de gange, han er hjemme, er det ikke altid, han har lyst til at lukke op. (Uddrag fra projektmedarbejders egne beskrivelser af borgerforløb)*

Ifølge en intern evaluering af ét projekts samarbejde med det øvrige sundheds- og socialsystem, hvor i alt 19 personer (henholdsvis fem sagsbehandlere, fire læger, én speciallæge, én psykiatrikoordinator, én overlæge, én misbrugskonsulent, én konsultationssygeplejerske, to gadeplansmedarbejdere, to bostøttemedarbejdere og én beboerrådgiver) har svaret på et spørgeskema, mener hovedparten, at det pågældende projekt har bidraget til dels en højere grad af fremmøde blandt socialt udsatte borgere; dels forbedret kommunikation mellem den pågældende instans og den udsatte borgere; og dels bidraget til, at socialt udsatte borgere i højere grad efterlever de planer, som er blevet aftalt mellem borgeren og samarbejdspartneren. Hovedparten af de adspurgte (i alt 14) vurderer også, at de i høj grad har profiteret af projektet i forhold til at udføre deres arbejdsopgaver med udsatte borgere. Samarbejdspartnerne er også blevet spurgt, om de oplever, at borgerne har gjort fremskridt, efter at projektet er blevet iværksat. I alt 13 personer svarer, at de mener, at borgerne oplever en forbedret sundhedstilstand, mens 11 svarer, at borgerne har opnået forbedret livskvalitet, og i alt syv svarer, at borgerne har opnået forbedret egenomsorg. Dette er som nævnt en intern evaluering gennemført af projektmedarbejderne selv, men med forbehold herfor synes evalueringen at stemme godt overens med de fokusgruppeinterviews, der er gennemført med projekternes samarbejdspartnere. Den interne evaluering illustrerer således en mere generel positiv tendens på tværs af de fire projekter: at brobygningen til det eksisterende sundheds- og socialvæsen overordnet set er lykket på en tilfredsstillende måde.

Samlet set vurderer samarbejdspartnerne, at de opsøgende sundhedsindsatser i projektkommunerne har været et positivt supplement til de eksisterende tilbud på området.

### 4.3 Oplevede ulemper og udfordringer ved brobygningsindsatsen

Både projektmedarbejdere og samarbejdspartnere giver i interviewene eksempler på situationer med samarbejdsvanskeligheder, og eksempler hvor samarbejdet har fungeret mindre godt eller er mindsket gennem projektperioden. Projektmedarbejdere på tværs af de fire projekter fortæller, at det ofte har været tids- og ressourcekrævende at få etableret et samarbejde til det eksisterende sundheds- og socialvæsen. Projektmedarbejderne har bl.a. afholdt mange informationsmøder – og ofte gentagne møder med samme samarbejdspartner – og har skullet være meget proaktive i kontakten til samarbejdspartnerne. Men projektmedarbejdernes gentagne funktion som ledsager og tovholder i forbindelse med udsatte borgeres samtaler hos fx egen læge eller på sygehuset har skabt åbninger til mere formaliserede samarbejder og har skabt tillid og tryghed hos både borgeren og samarbejdspartnerne.

Det er endvidere erfaringen på tværs af de fire projekter, at samarbejdsrelationer, både internt og eksternt i kommunen, skal plejes og holdes ved lige for at fungere. I ét projekt eksisterede der særligt i den første halvdel af projektperioden et godt samarbejde med hjemmeplejen. Medarbejdere i hjemmeplejen oplevede, at dette projekt var deres redning, da de ikke følte sig klædt på til at håndtere socialt udsatte borgere. De var presset tidsmæssigt og havde svært ved at finde ekstra tid til at tage sig af denne gruppe borgere. Derfor havde det opsøgende sundhedsprojekt stor betydning for dem. Men i slutningen af projektperioden er samarbejdet med hjemmeplejen ophørt, og repræsentanter for hjemmeplejens personale fortæller, at de ikke rigtig har kendskab til projektet. Det er i stedet de udsatte borgere selv, der har informeret hjemmeplejens medarbejdere om projektet. Medarbejderne fra hjemmeplejen udtrykker ærgrelse over det manglende samarbejde og den manglende sparring med projektet, da det er oplevelsen, at det er mange af de samme borgere, de er i kontakt med. Samme projekt har igennem projektperioden haft et relativt ustabil samarbejde med de praktiserende læger i kommunen, og projektmedarbejderne fortæller, at lægernes kendskab til projektet er mindsket undervejs i perioden. Disse samarbejdsvanskeligheder kan bl.a. hænge sammen med de relativt mange medarbejderudskiftninger, projektet har været udsat for (som beskrevet tidligere), der har betydet, at information om projektet til nogle samarbejdspartnere er gået tabt, og at samarbejdsrelationerne generelt ikke er blevet vedligeholdt løbende.

#### **Om samarbejdet med psykiatrien**

Flere projektmedarbejdere og samarbejdspartnere fortæller, at det har været svært at etablere et samarbejde med psykiatrien. Det er generelt oplevelsen blandt projektmedarbejderne, at der er et stort behov for psykiatrisk hjælp i målgruppen, at udsatte borgere bliver afvist eller udskrives for tidligt fra psykiatrien, og at projektmedarbejderne ofte ikke bliver inddraget som samarbejds- og sparringspartnere på trods af deres tovholder-, bisidder- og ledsagerfunktion. I ét projekt fortæller medarbejderne fx, at de – på baggrund af deres gode erfaringer med at træde til i en socialsygeplejerske-funktion på det nærliggende sygehus i en periode – ønskede at tilbyde denne mulighed til et psykiatrisk hospital også, hvilket blev afvist. Nedenstående interviewuddrag med én af projektets samarbejdspartnere i distriktspsykiatrien fortæller også om de eksisterende udfordringer i samarbejdet med projektet og henviser til, at udfordringerne måske også hænger sammen med nogle mere generelle udfordringer med arbejdsgangene i psykiatrien:

*”Det er mere i psykiatrien. Når folk er så stabile i deres ustabilitet, som det så fint hedder, at de så bliver afsluttet fra os af og i socialpsykiatrien, hvor vi har oplevet, at [projektmedarbejderne] ikke er enige i, at borgeren er afsluttet. De har jo et stort kendskab til de her borgere. Men de er ikke altid enige i, at vi kan afslutte borgerne. Det er jo de tunge borgere – [projektet] arbejder ofte med de dobbeltdiagnosticerede, og de når dem, der falder lidt mellem to stole. Dem som ikke er i stand til at møde op, og som udebliver for meget, og så bliver de afsluttet fra os af, og så mister*

*man dem. [...] Der er nogle vanskeligheder, men det er måske også i psykiatrien generelt. Når [borgerne] bliver udskrevet, får [projektet] måske ikke noget at vide om det. Og jeg ved, det irriterer dem grænseløst, at de ikke kan følge op, når de ikke ved, om borgerne er udskrevet. [...] Vi holder mange møder med [projektet], hvor vi forventningsafstemmer sammen med borgeren. Hvad er din opgave, hvordan kan du hjælpe, hvordan kan vi hjælpe, altså hvem gør hva'? Det er vi nødt til, for ellers er alle inde over alt. Og det virker. At man sparrer med hinanden. De er jo ude på gaden, og det er jeg kun i begrænset omfang. Det er en god viden og gode observationer, de har med sig". (Samarbejdspartner, sygeplejerske i distriktpspsykiatrien)*

Som tidligere beskrevet oplever nogle projektmedarbejdere, at samarbejdet internt i kommunen – bl.a. til de øvrige medarbejdere på udsatteområdet – har været svært. Dette er især oplevelsen i de projekter, som er forankret i tæt sammenhæng med andre socialfaglige tilbud til socialt udsatte. Enkelte projektmedarbejdere beskriver eksempelvis samarbejdet internt i kommunen til øvrige medarbejdere på udsatteområdet som *"det svære samarbejde"* i modsætning til *"det lette samarbejde"* til de praktiserende læger, hospitalsvæsen m.m.

Disse samarbejdsvanskeligheder beskrives ikke kun af projektmedarbejderne, men også af samarbejdspartnerne internt i kommunen. Det er oplevelsen, at organiseringen af projekterne i tæt tilknytning til andre tilbud til socialt udsatte har medført interne 'gnidninger' og uenighed blandt medarbejderne om 'serviceniveauet' over for de udsatte borgere. De opsøgende sundhedsprojekter har typisk været organiseret med en højere grad af fleksibilitet og frihed, intet krav om visitation og mindre grad af bureaukrati end kommunens øvrige tilbud til socialt udsatte, hvilket har været vanskeligt for de øvrige medarbejdere på udsatteområdet at navigere i. Eksempelvis fortæller en leder af et misbrugscenter, at samarbejdet ifølge vedkommende har været problematisk i de tilfælde, hvor misbrugscentret ikke har villet udlevere metadon til en borger, men hvor det opsøgende sundhedsprojekt er endt med at udlevere metadonen. Andre interne medarbejdere på udsatteområdet fortæller om lignende uoverensstemmelser i samarbejdet:

*"Projektets medarbejdere har et meget højt serviceniveau over for borgerne sammenlignet med os. Det har vi lidt svært ved at forstå. Vi har ligesom optrænet vores borgere til, at sådan er serviceniveauet ikke. For eksempel kører de med borgerne, og det må vi ikke. Denne forskel skal vi lige vænne os til. Det kan godt være problematisk. Vi må fx sige nej til nogle borgere i forhold til at hente og bringe dem, men hvor så projektet kommer og henter dem og bringer dem. Jeg synes godt, man kunne være lidt mere hårdhændet over for borgerne. Så de skulle klare sig selv lidt mere. Og det forstår borgerne ikke – at nogen må køre med dem, og andre må ikke. Det er klart, det er svært at forstå for borgeren. Det giver nogle vridninger". (Samarbejdspartner, medarbejder i bostøttetilbud)*

*"Nogle af de borgere, der kommer ind på [projektets to aflastningspladser], ville vi aldrig have visiteret. Problemet er også, at der ikke er andre aflastningspladser i kommunen, og det ville vi forfærdelig gerne have. Vi har jo syntes, at nogle af de borgere, der i virkeligheden havde brug for en aflastningsplads – men som der ikke er til rådighed i kommunen, hvis man er psykisk syg eller alkoholiker, så bliver man ikke tilbudt en aflastningsplads – at det var hellere dét, vi ville have brugt de pladser til i virkeligheden. Men det er jo anden agenda. Udfordringen er forståelsen for hinanden. Man synes måske ikke, det er de samme borgere, der behøver en aflastningsplads. Vi synes måske, det var lidt luksus med nogle af de borgere, der kommer ind og får pleje. Eksempelvis kom der en borger ind, der skulle have rensset hjemmet for dyr. Der syntes vi måske, det skulle have været en forsikrings sag med genhusning i stedet for, at han skulle op til [projektets aflastningspladser]. Der er et skisma i forhold til kommunens serviceniveau over for denne gruppe af borgere versus dette tilbud". (Samarbejdspartner, visitorator)*

# Litteratur

Benjaminsen, L., Birkelund, J. & Enemark, M. H. 2013. *Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Brúnés, N. 2007. *Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient*. København: Projekt UDENFOR.

Brúnés, N & Kappel, H. 2010. *Sygepleje til indlagte patienter med et stofbrug*. København: Stof 16.

Calsyn, R. J., Allen, G., Morse, G. A., Smith, R. & Tempelhoff, B. (1993). Can you trust self-report data provided by homeless mentally ill individuals? *Evaluation Review*, 17(3): 353-366.

Christensen, A. I., Davidsen, M., Ekholm, O., Pedersen P. V. & Juel, K. 2014. *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen.

Davidsen, M., Pedersen, P. V., Holst, M. & Juel, K. 2013. *Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012: Overdødelighed, middellevetid og dødsårsager*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38: 21-37

Juel, K., Davidsen, M., Pedersen, P. V. & Curtis, T. 2010. *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Kommunernes Landsforening. 2010. *Notat om status for og afdækning af de foreløbige erfaringer med sundhedscentre*. København: Kommunernes Landsforening.

Landsforeningen for VæreSteder. 2009. *De små skridts metode – et stort skridt i den sociale indsats*. København: Landsforeningen for VæreSteder.

Larsen, J. E. 2009. *Forståelser af begrebet social udsathed*. I: Brandt, P., Henriksen, B. L., Jensen, K. B. & Rasmussen, N. C. (red.) *Udsat for forståelse – en antologi om socialt udsatte*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Lomholdt, C. N. 2012. *Evaluering af Social Odontologisk Klinik*. Holstebro: Holstebro Kommune, Sociale tilbud.

Ludvigsen, K. B. & Brúnés, N. (red.) 2013. *Socialsygepleje i somatik og psykiatri*. Glostrup: KABS VIDEN.

Pedersen, P. V., Christensen, A. I., Hesse, U. & Curtis, T. 2008. *SUSY UDSAT: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Pedersen, P. V. 2009. *Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes oplevelse af eget liv og sundhed*. København: Rådet for Socialt Udsatte & Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Pedersen, P. V., Holst, M., Davidsen, M. & Juel, K. 2012a. *SUSY UDSAT 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Pedersen, P. V., Grønbæk, M. & Curtis, T. 2012b. *Associations between deprived life circumstances, wellbeing and self-rated health in a socially marginalized population*. *European Journal of Public Health*, 22(5): 647-652.

Pedersen, P. V. 2013. *Marginal Health: Social Relations, Health and Well-being among Socially Marginalized People in Denmark*. Ph.d.-afhandling. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Philippot, P., Lecocq, C., Sempoux, F., Nachtergaeel, H., & Galand, B. 2007. Psychological research on homelessness in Western Europe: A review from 1970 to 2001. *Journal of Social Issues*, 63(3): 483-504.

Rasmussen, A. H et al. 2010. *Et slag for den opsøgende sundhedsfaglige indsats*. København: Stof 14.

Rådet for Socialt Udsatte. 2012. *Socialpolitisk grundlag*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Sundhedsstyrelsen. 2007. *Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser*. København.

Sundhedsstyrelsen. 2009. *Lighed i sundhed - sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet*. København.

Sundhedsstyrelsen. 2011a. *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. 2011b. *Slutevaluering af "Modelprojekter for gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse"*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. 2012. *Et sundt liv for udsatte borgere*. København: Sundhedsstyrelsen.

Trevena, L. J., Nutbeam, D., & Simpson, J. M. 2001. Asking the right questions of disadvantaged and homeless communities: The role of housing, patterns of illness and reporting behaviours in the measurement of health status. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(4): 298-304.

# Bilag 1 Registreringskemaer i evalueringen

## Aktivitetsskema – udfyldes af medarbejder

### 1. Kontaktårsag

<i>(Sæt gerne flere kryds)</i>	<i>Sværere problemer</i>	<i>Lettere problemer</i>	<i>Ingen problemer</i>
Forgiftninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionssygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kredsløbssygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læsioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdomme i fordøjelsesorganer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sygdomme i åndedrætsorganer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre sygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialfaglig rådgivning/støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Øvrige problemer

<i>(Sæt gerne flere kryds)</i>	<i>Dagligt</i>	<i>Ugentligt</i>	<i>Sjældnere</i>
Stofmisbrug (hårdere stoffer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hashmisbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholmisbrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet. Notér: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Hvilke(n) aktivitet(er) er gennemført?

	<i>Gerne flere kryds</i>
Deltagelse i madordning	<input type="checkbox"/>
Hygiejnevejledning	<input type="checkbox"/>
Individuel vejledning i livsstil/kost/motion	<input type="checkbox"/>
Ledsagelse til behandling eller lign.	<input type="checkbox"/>
Mindre behandlinger (sårpleje, øjendrypning, fodpleje m.m.)	<input type="checkbox"/>
Misbrugssamtale	<input type="checkbox"/>
Måling af blodtryk	<input type="checkbox"/>
Måling af blodsukker	<input type="checkbox"/>
Psykologsamtale/psykiatrisk samtale	<input type="checkbox"/>
Sundhedssamtale (somatisk)	<input type="checkbox"/>
Socialfaglig rådgivning/støtte (økonomi, bolig m.m.)	<input type="checkbox"/>
Anden aktivitet. Notér: _____	<input type="checkbox"/>



#### 4. Hvor blev aktiviteten gennemført?

<i>Sæt ét kryds</i>	
I brugerens hjem	<input type="checkbox"/>
I klinik/sundhedscenter	<input type="checkbox"/>
På gaden	<input type="checkbox"/>
Andet sted. Notér: _____	<input type="checkbox"/>

#### 5. Blev der aftalt en opfølgning?

<i>Gerne flere kryds</i>	
Ja, det blev aftalt at ses igen	<input type="checkbox"/>
Ja, konsultation hos egen læge	<input type="checkbox"/>
Ja, henvisning til speciallæge	<input type="checkbox"/>
Ja, henvisning til sygehus	<input type="checkbox"/>
Ja, henvisning til kommune (vedr. bolig, forsørgelse m.m.)	<input type="checkbox"/>
Ja, henvisning til overnatningsmulighed	<input type="checkbox"/>
Ja, tilbudt kursus. Notér: _____	<input type="checkbox"/>
Ja, anden opfølgning. Notér: _____	<input type="checkbox"/>
Nej, men mulighederne blev diskuteret	<input type="checkbox"/>
Nej, ingen diskussion og ingen opfølgning	<input type="checkbox"/>

#### Baggrundsoplysninger

6. Udfyldt af (navn på medarbejder): \_\_\_\_\_

7. Dato (angiv dato for aktiviteten. Hvis der er tale om flere kontakter med samme indhold kan anføres en periode og antal kontakter i perioden – fx 2. marts 2011-5.april 2011, 3 kontakter):

\_\_\_\_\_

	<i>Mand</i>	<i>Kvinde</i>
8. Brugerens køn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Brugerens fødselsdato (fx 9. august 1970): \_\_\_\_\_

	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>
10. Er Grundskema blevet udfyldt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Kommune?	<i>Brøndby</i>	<i>Holstebro</i>	<i>Hvidovre</i>	<i>Næstved</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Grundskema – om dig og dit helbred

Startskema

Spørgeskemaet er en del af et forskningsprojekt, der skal evaluere kommunens opsøgende sundhedsindsats. Dine oplysninger videregives ikke til andre end forskerne, og du vil være anonym i undersøgelsen.

1. Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?	<i>Sæt ét kryds</i>
☺☺ Virkelig godt	<input type="checkbox"/>
☺ Godt	<input type="checkbox"/>
☹ Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
☹ Dårligt	<input type="checkbox"/>
☹☹ Meget dårligt	<input type="checkbox"/>
2. Har du behov for støtte fra sundhedspersonale til at gøre noget ved dit helbred?	<i>Sæt ét kryds</i>
Ja, i meget høj grad	<input type="checkbox"/>
Ja, i høj grad	<input type="checkbox"/>
Hverken høj eller lille grad	<input type="checkbox"/>
Nej, kun i lille grad	<input type="checkbox"/>
Nej, kun i meget lille grad	<input type="checkbox"/>
3. Hvor ofte føler du dig fuld af energi?	<i>Sæt ét kryds</i>
Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
En hel del af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>
4. Føler du det er vanskeligt at se andre mennesker?	<i>Sæt ét kryds</i>
Nej, på intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>
Ja, men kun meget lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, men kun noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, en hel del af tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, hele tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, det meste af tiden	<input type="checkbox"/>

5. Hvor ofte har du brugt egen læge (praktiserende læge) inden for det sidste år? *Sæt ét kryds*

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 4 gange eller mere | <input type="checkbox"/> |
| 2-3 gange          | <input type="checkbox"/> |
| 1 gang             | <input type="checkbox"/> |
| Slet ikke          | <input type="checkbox"/> |

6. Ved du, hvor du skal henvende dig i sundhedsvæsenet, hvis du får problemer med dit helbred? *Sæt ét kryds*

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| Ja, i meget høj grad           | <input type="checkbox"/> |
| Ja, i høj grad                 | <input type="checkbox"/> |
| Hverken høj eller lille grad   | <input type="checkbox"/> |
| Nej, kun i en lille grad       | <input type="checkbox"/> |
| Nej, kun i en meget lille grad | <input type="checkbox"/> |

7. Synes du, at du bliver mødt med imødekommenhed og forståelse, når du henvender dig på hospitalet eller i andre dele af sundhedssystemet? *Sæt ét kryds*

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Ja, i meget høj grad         | <input type="checkbox"/> |
| Ja, i høj grad               | <input type="checkbox"/> |
| Hverken høj eller lille grad | <input type="checkbox"/> |
| Nej, kun i lille grad        | <input type="checkbox"/> |
| Nej, kun i meget lille grad  | <input type="checkbox"/> |

### Baggrundsoplysninger

8. Dato: \_\_\_\_\_

9. Er skemaet udfyldt af dig alene eller sammen med en medarbejder? *Alene*  *Med medarbejder*

10. Hvilken kommune er du tilknyttet? *Brøndby*  *Holstebro*  *Hvidovre*  *Næstved*

11. Hvornår er du født? (dato – fx 9. august 1970): \_\_\_\_\_

12. Køn? *Mand*  *Kvinde*

13. Hvilken type af bopæl har du for tiden?	<i>Sæt ét kryds</i>
Egen bolig (lejebolig/andelsbolig/ejebolig)	<input type="checkbox"/>
Støttebolig eller lign.	<input type="checkbox"/>
Herberg/pensionat	<input type="checkbox"/>
Midlertidig bolig hos venner/familie	<input type="checkbox"/>
Ingen bolig/bor på gaden	<input type="checkbox"/>

14. Hvad har været din hovedindtægtskilde den sidste måned?	<i>Sæt ét kryds</i>
Lønindkomst	<input type="checkbox"/>
SU	<input type="checkbox"/>
Arbejdsløshedsdagpenge	<input type="checkbox"/>
Aktiveringsydelse/løn med tilskud	<input type="checkbox"/>
Sygedagpenge	<input type="checkbox"/>
Kontanthjælp	<input type="checkbox"/>
Revalideringsydelse	<input type="checkbox"/>
Førtidspension/pension	<input type="checkbox"/>
Fra familie, venner og lign.	<input type="checkbox"/>
Andet: _____	<input type="checkbox"/>

15. Er du i forvejen i behandling?	<i>Gerne flere kryds</i>
Ja, for stofmisbrug	<input type="checkbox"/>
Ja, for alkoholmisbrug	<input type="checkbox"/>
Ja, psykiatrisk behandling	<input type="checkbox"/>
Ja, behandling for fysisk sygdom	<input type="checkbox"/>
Ja, anden behandling	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

**Tak for hjælpen!**

## Grundskema – om dig og dit helbred

Slutskema

Spørgeskemaet er en del af et forskningsprojekt, der skal evaluere kommunens opsøgende sundhedsindsats. Dine oplysninger videregives ikke til andre end forskerne, og du vil være anonym i undersøgelsen.

1. Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?	Sæt ét kryds
☺☺ Virkelig godt	<input type="checkbox"/>
☺ Godt	<input type="checkbox"/>
☹ Nogenlunde	<input type="checkbox"/>
☹ Dårligt	<input type="checkbox"/>
☹☹ Meget dårligt	<input type="checkbox"/>

2. Har du behov for støtte fra sundhedspersonale til at gøre noget ved dit helbred?	Sæt ét kryds
Ja, i meget høj grad	<input type="checkbox"/>
Ja, i høj grad	<input type="checkbox"/>
Hverken høj eller lille grad	<input type="checkbox"/>
Nej, kun i lille grad	<input type="checkbox"/>
Nej, kun i meget lille grad	<input type="checkbox"/>

3. Hvor ofte føler du dig fuld af energi?	Sæt ét kryds
Hele tiden	<input type="checkbox"/>
Det meste af tiden	<input type="checkbox"/>
En hel del af tiden	<input type="checkbox"/>
Noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
På intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>

4. Føler du det er vanskeligt at se andre mennesker?	Sæt ét kryds
Nej, på intet tidspunkt	<input type="checkbox"/>
Ja, men kun meget lidt af tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, men kun noget af tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, en hel del af tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, hele tiden	<input type="checkbox"/>
Ja, det meste af tiden	<input type="checkbox"/>

5. Hvor ofte har du brugt egen læge (praktiserende læge) inden for det sidste år? *Sæt ét kryds*

- |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| 4 gange eller mere | <input type="checkbox"/> |
| 2-3 gange          | <input type="checkbox"/> |
| 1 gang             | <input type="checkbox"/> |
| Slet ikke          | <input type="checkbox"/> |

6. Ved du, hvor du skal henvende dig i sundhedsvæsenet, hvis du får problemer med dit helbred? *Sæt ét kryds*

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| Ja, i meget høj grad           | <input type="checkbox"/> |
| Ja, i høj grad                 | <input type="checkbox"/> |
| Hverken høj eller lille grad   | <input type="checkbox"/> |
| Nej, kun i en lille grad       | <input type="checkbox"/> |
| Nej, kun i en meget lille grad | <input type="checkbox"/> |

7. Synes du, at du bliver mødt med imødekommenhed og forståelse, når du henvender dig på hospitalet eller i andre dele af sundhedssystemet? *Sæt ét kryds*

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Ja, i meget høj grad         | <input type="checkbox"/> |
| Ja, i høj grad               | <input type="checkbox"/> |
| Hverken høj eller lille grad | <input type="checkbox"/> |
| Nej, kun i lille grad        | <input type="checkbox"/> |
| Nej, kun i meget lille grad  | <input type="checkbox"/> |

### Baggrundsoplysninger

8. Dato: \_\_\_\_\_

9. Er skemaet udfyldt af dig alene eller sammen med en medarbejder?

	<i>Alene</i>	<i>Med medarbejder</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Hvilken kommune er du tilknyttet?

	<i>Brøndby</i>	<i>Holstebro</i>	<i>Hvidovre</i>	<i>Næstved</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hvornår er du født? (dato – fx 9. august 1970): \_\_\_\_\_

12. Køn?

	<i>Mand</i>	<i>Kvinde</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Hvilken type af bopæl har du for tiden?	Sæt ét kryds
Egen bolig (lejebolig/andelsbolig/ejebolig)	<input type="checkbox"/>
Støttebolig eller lign.	<input type="checkbox"/>
Herberg/pensionat	<input type="checkbox"/>
Midlertidig bolig hos venner/familie	<input type="checkbox"/>
Ingen bolig/bor på gaden	<input type="checkbox"/>

14. Hvad har været din hovedindtægtskilde den sidste måned?	Sæt ét kryds
Lønindkomst	<input type="checkbox"/>
SU	<input type="checkbox"/>
Arbejdsløshedsdagpenge	<input type="checkbox"/>
Aktiveringsydelse/løn med tilskud	<input type="checkbox"/>
Sygedagpenge	<input type="checkbox"/>
Kontanthjælp	<input type="checkbox"/>
Revalideringsydelse	<input type="checkbox"/>
Førtidspension/pension	<input type="checkbox"/>
Fra familie, venner og lign.	<input type="checkbox"/>
Andet: _____	<input type="checkbox"/>

15. Er du i forvejen i behandling?	Gerne flere kryds
Ja, for stofmisbrug	<input type="checkbox"/>
Ja, for alkoholmisbrug	<input type="checkbox"/>
Ja, psykiatrisk behandling	<input type="checkbox"/>
Ja, behandling for fysisk sygdom	<input type="checkbox"/>
Ja, anden behandling	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>

### Projektets betydning for dig

Projektet i kommunen forsøger at lave en opsøgende sundhedsindsats overfor borgere med særlige behov som et alternativ til det eksisterende sundhedssystem.

16. Synes du, at projektet i kommunen har haft en betydning for dit helbred?	Sæt ét kryds
Ja, i meget høj grad	<input type="checkbox"/>
Ja, i høj grad	<input type="checkbox"/>
Hverken høj eller lille grad	<input type="checkbox"/>
Nej, kun i lille grad	<input type="checkbox"/>
Nej, kun i meget lille grad	<input type="checkbox"/>

17. Synes du, at andre forhold end projektet har haft en betydning for dit helbred?

Sæt ét kryds

---

Ja, i meget høj grad

Ja, i høj grad

Hverken høj eller lille grad

Nej, kun i lille grad

Nej, kun i meget lille grad

---

18. Prøv kort at beskrive hvad det er, der haft den største betydning for dit helbred de seneste par år?

---

---

---

---

**Tak for hjælpen!**







**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00