

# Sundhed styrker selvfølelsen

Evaluering af projekt  
"Sundhed for udsatte i Helsingør Kommune"

Slutevaluering

**mht**consult  
December 2011



# Indholdsfortegnelse

1.	4
<b>INDLEDNING</b>	<b>4</b>
1.1 EVALUERINGENS GENSTANDSFELT	4
1.2 EVALUERINGENS FORMÅL OG DESIGN	4
1.3 EVALUERINGENS DATAINDSAMLING	6
2.	7
<b>SAMMENFATNING</b>	<b>7</b>
2.1 KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER FOR FOKUSOMRÅDE 1	7
2.2 KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER FOR FOKUSOMRÅDE 2	15
2.3 KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER VEDRØRENDE FORANKRING	20
3.	23
<b>"MANGE BÆKKE SMÅ..."</b>	<b>23</b>
3.1 INDLEDNING	23
3.2 SUNDHEDSAKTIVITETER MED SOCIALT SIGTE	24
3.3 SUNDHEDSPLANERNE – OM ARBEJDET MED AT INDFRI MÅL	30
3.4 NÅR SMÅ SKRIDT BLIVER TIL STORE – OM PROJEKTETS METODER	36
4.	41
<b>HELHEDSORIENTERET OG TVÆRFAGLIG INDSATS</b>	<b>41</b>
4.1 INDLEDNING	41
4.2 SAMARBEJDSRELATIONER OG SUNDHEDSFAGLIGE SPARRINGSPARTNERE	42
4.3 EN BLÆKSPRUTTE MED MANGE ARME – OM ORGANISERINGEN AF DET TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE	45
4.4 FRA STRATEGI TIL PRAKSIS – OM EFFEKT OG UDFORDRINGER I DET TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE	48
5.	56
<b>FRA FORSØGSMIDLER TIL ORDINÆR DRIFT</b>	<b>56</b>

5.1 INDLEDNING	56
5.2 VÆRESTEDET SOM ORGANISATION	56
5.3 VÆRESTEDET SOM TEAM	57
<b>BILAG 1: SPØRGESKEMA</b>	<b>60</b>
<b>BILAG 2: EKSEMPEL PÅ SUNDHEDSPÅN</b>	<b>66</b>

# 1.

## Indledning

### 1.1 Evalueringens genstandsfelt

I juli 2009 startede sundhedsprojektet "Sundhed til udsatte i Helsingør Kommune". Projektet er finansieret af Velfærdsministeriet og forløber frem til januar 2012. Målgruppen består af de mest belastede borgere, som har deres gang på værestedet Klubben i Helsingør. Projektets nyhedsværdi består i en tæt og systematisk opfølgning på sundhedsindsatsen i tilknytning til værestedet med den hensigt at søge en afsmittende effekt fra det sociale til det sundhedsmæssige og omvendt. Vækst i livskvalitet for denne målgruppe udspringer ofte af bedring i sundhedstilstanden samt af deltagelse i sociale aktiviteter og opbygning af socialt netværk.

Projektets formål er at afdække effekten af en målrettet, helhedsorienteret sundhedsindsats overfor de mest udsatte borgere, samt at få eksisterende tilbud til at spille bedre sammen, frem for at opfinde nye metoder. Forventningen er, at væresteder i fremtiden skal indtage en mere central rolle i det sundhedsfremmende arbejde, hvilket vil kræve etablering og udvikling af nye samarbejdsrelationer med det etablerede sundhedssystem.

Projektet har 2 fokusområder:

1. **Sundhedsmotivation via tilknytning til det kendte miljø**, som overordnet drejer sig om at motivere brugerne af værestedet til at benytte sundhedsfremmende aktiviteter i regi af værestedet – et miljø, de genkender som deres eget.
2. **Bedre resultater via helhedsorienteret og tværfagligt samarbejde**, der handler om at udvikle og opkvalificere det tværfaglige samarbejde blandt fagpersoner, der allerede arbejder med målgruppen (læger, psykiatere, hjemmesygeplejerske, værestedsmedarbejdere, SKP'eren mv.).

### 1.2 Evalueringens formål og design

Nærværende notat udgør slutevalueringen for projektet. Formålet med evalueringen er **dels** at belyse de kvantitative resultater, der er opnået i projektperioden – **dels** at gøre mere kvalitativt rede for, hvordan resultaterne er opnået gennem indsatser og metodebrug. Evalueringen har i hele perioden været designet som en aktionsevaluering, hvor evaluator ikke alene har vurderet slutresultaterne (outputsiden), men også løbende givet sparring til projektleder og -medarbejdere i forhold til de aktivitetstyper og metoder (inputsiden), der tages i anvendelse. Herved har det været muligt at reflektere og operationalisere evalueringens resultater **undervejs** i projektperioden via løbende anbefalinger i forhold til projektets fremdrift, faglig-metodiske udfordringer og målopfyldelse. Evalueringen har således sammenkædet monitorering, evaluering og facilitering, som vist i skema 1:

## Skema 1: Evaluators samlede opfølgingskoncept

Monitorering	Procesevaluering	Facilitering
Overvågning af fremdriften i projektets målopfyldelse, som fastsat i 5 mål i projektbeskrivelsen.	Vurdering af løbende resultater ift succesindikatorer	Sparring og anbefalinger ift sammenhængen mellem mål, målgruppebehov og metodevalg.

Evalueringen kombinerer hertil en resultatanalyse med en virkningsanalyse. Resultatanalysen opregner de kvantitative resultater ud fra målbare succesindikatorer såsom andelen af brugere, der udarbejder en sundhedsplan. Virkningsanalysen vurderer de kvalitative resultater og virkninger ud fra tolkningsbare succesindikatorer, eksempelvis hvordan sundhedsplanerne eventuelt fungerer som sundhedsfremmende metode, og hvorfor de eventuelt har en motivationseffekt blandt nogle brugere og måske ikke blandt andre.

## Evalueringsdesign

Evalueringen er designet efter 3 analysetemaer, som er struktureret ift projektets to fokusområder. Det drejer sig om lærings-, metode- og samarbejdstemaet. Temaerne er knyttet til fokusområderne som vist i skemaet herunder.

## Skema 2: Evalueringens analysetemaer

Projektets fokusområder	Evalueringens analysetemaer
<b>Fokusområde 1:</b> Sundhedsmotivation via tilknytning til det kendte miljø.	<b>A) Læringstemaet</b> Dette tema sætter løbende fokus på brugernes/målgruppens motivationsproces og vurderer, hvorvidt, hvorfor og hvordan brugerne ændrer adfærd skridt for skridt på baggrund af de anvendte projektmetoder.  <b>B) Metodetemaet</b> Dette tema sætter løbende fokus på projektmedarbejdernes pædagogisk-motivationelle metoder og den metodiske læring, der skabes igennem projektet til forankring i den ordinære indsats.
<b>Fokusområde 2:</b> Bedre resultater via helhedsorienteret og tværfagligt samarbejde.	<b>C) Samarbejdstemaet</b> Dette tema sætter løbende fokus på organiseringen og virkemåden i det tværfaglige samarbejde i en vurdering af hvorvidt, hvorfor og hvordan samarbejdet og helhedsorienteringen påvirker brugernes resultater og den positive motivationseffekt.

Temaerne har i hele projektperioden udgjort den røde tråd gennem evalueringens dataindsamling, analysearbejde, rapportering og anbefalinger i de enkelte evalueringsrunder.

Nærværende rapport er tredje og afsluttende evalueringsrapport fra projektet. I samråd med projektledelsen vil slutrapporten især fokusere på samarbejdstemaet og forankringsdelen, idet projektet i forbindelse med Helsingør Kommunes budgetforhandlinger har opnået driftsbevilling og dermed ved projektafslutning i februar 2012 vil overgå til drift. Projektmedarbejderne står derfor over for at skulle videreføre og konsolidere det tværfaglige samarbejde samt implementere og organisere hele sundhedsindsatsen fra projektet i den daglige indsats.

Evalueringen vil derfor fokusere på organiseringen og virkemåden af det tværfaglige samarbejde samt give anbefalinger til den videre forankring.

Hertil samler slutevalueringen op på projektets resultater under lærings- og metodetemaet via opregning af de målbare succesindikatorer samt opsamling fra de foregående evalueringsnotater<sup>1</sup>.

## 1.3 Evalueringens dataindsamling

Følgende dataindsamling er gennemført i forbindelse med slutevalueringen:

- \* 2 interviews med projektledelsen
- \* 2 gruppeinterviews med projektleder, projektmedarbejdere samt ledelse og ansatte i Klubben
- \* 5 telefoninterviews med samarbejdspartnere
- \* Møde med Helsingør Kommunes strategiske sundhedskonsulent
- \* Deltagelse i 2 styregruppemøder
- \* Deltagelse i møde med Misbrugscenteret vedr. samarbejdsrelationer
- \* Deltagelse i temadag for klub- og projektmedarbejdere vedr. forankring
- \* Deltagelse i Store Livsglædedag, september 2011
- \* Indsamling af relevant skriftligt materiale om projektet fra projektleder – herunder eksempler på sundhedsplaner, månedlige aktivitetsoversigter, udarbejdet statistik og optællinger
- \* Løbende korrespondance med projektlederen

Dataindsamlingen til slutevalueringen har fundet sted i perioden september 2011 til ultimo november 2011. Slutevalueringens konklusioner og anbefalinger relaterer sig til resultater opnået i hele projektperioden frem til november 2011.

De følgende kapitler er struktureret efter projektets to fokusområder som nævnt ovenfor.

---

<sup>1</sup> For mere omfattende gennemgang af evalueringsdesign og formål se første evalueringsnotat, april 2010.

## 2.

# Sammenfatning

## Konklusioner og anbefalinger fra evalueringen

I det følgende sammenfattes konklusioner og anbefalinger i henhold til de to fokusområder samt forankringsperspektivet, som Klubben med driftbevillingen fra kommunen står overfor at gennemføre.

### 2.1 Konklusioner og anbefalinger for fokusområde 1

Projektets første fokusområde har været *"Sundhedsmotivation via tilknytning til det kendte miljø"* og har koncentreret sig om to indsatsområder: Sundhedsaktiviteter og individuelle sundhedsplaner. I hele projektperioden har projektmedarbejderne iværksat en lang række sundhedsaktiviteter for Klubbens brugere, der samlet sigter på at fremme deltagernes sociale, mentale og fysiske sundhed. Hertil har projektmedarbejderne udarbejdet individuelle sundhedsplaner indeholdende målsætninger omkring sundhed for den enkelte bruger.

Under hele projektperioden er der i projektbeskrivelsen opstillet følgende målsætninger og succeskriterier for fokusområdet:

- \* At der udarbejdes og iværksættes individuelle sundhedsplaner for minimum 30 brugere i samarbejde med personalet.
- \* At sundhedstilstanden og motivationen/evnen til at drage egenomsorg ift sundhed forbedres for mindst 10 deltagere.
- \* At afvikle kontinuerlige sundhedsfremmende aktiviteter med en vis og konstant tilslutning.
- \* At have faste aktiviteter mindst 2 gange om ugen.

I det følgende sammenfattes projektets resultater og udfordringer i henhold til målsætningerne, samt hvorvidt, hvorfor og hvordan brugerne i projektperioden har ændret adfærd på baggrund af de anvendte metoder. Konklusioner og resultater omkring projektmedarbejdernes pædagogisk-motivationelle metoder og den metodiske læring, der har fundet sted i perioden, sammenfattes ligeledes.

#### De målbare succeskriterier er opfyldt

Projektet har i hele projektperioden udbudt en bred vifte af aktiviteter, som falder inden for fysisk, mental og social sundhed med særligt fokus på motion, kost, socialt samvær og behandling/sygepleje. Størstedelen af aktiviteterne har et socialt islæt, selvom der fx er tale om svømning eller fællesspisning. Brugere har gennem hele evalueringen givet udtryk for, at det netop er det sociale aspekt, der betyder mest for dem, når der fokuseres på sundhed og livskvalitet. Således lægges der vægt på, at aktiviteterne også omhandler at gøre noget sammen med andre – at svømning ikke kun handler om motion, men om at svømme *sammen med andre*.

De udbudte aktiviteter rammer en bred gruppe af Klubbens brugere, idet tilslutningen i stort set hele projektperioden har været høj. Ved slutevalueringen november 2011 opgøres deltagelsen til:

- 91 brugere der indtil november 2011 har deltaget i én eller flere sundhedsfremmende aktiviteter
- 15-18 brugere der har deltaget regelmæssigt i de ugentlige aktiviteter, dvs. ca. én gang ugentligt over en længere periode på minimum 3 måneder.

35 af de 91 brugere har tillige en sundhedsplan, hvor deltagelse i sundhedsaktiviteter indgår som en målsætning. De 15-18 brugere, som har deltaget regelmæssigt, er alle brugere med deltagelse i aktiviteterne som en del af deres sundhedsplan. Klubben benyttes af ca. 120 borgere, hvilket giver en deltagelsesgrad i projektet på 76 pct. for brugere, der har deltaget i én eller flere aktiviteter i hele perioden og 13-15 pct. for brugere, der har deltaget regelmæssigt. Denne tilslutning vurderes som yderst tilfredsstillende – især fordi der er tale om en målgruppe bestående af nogle af de mest udsatte borgere i samfundet.

Det kan således konkluderes, at det er lykkedes projektmedarbejderne at motivere brugerne til at deltage og tænke sundhed. Det kan videre konkluderes, at det er lykkedes projektmedarbejderne at *afvikle kontinuerlige sundhedsfremmende aktiviteter med en vis og konstant tilslutning*.

Målsætningen om at *have faste aktiviteter mindst 2 gange om ugen* kan ligeledes konkluderes opfyldt, idet følgende tilbydes ugentligt:

- Badminton og/eller bordtennis hver mandag. I sommerperioden anden udendørs aktivitet
- Svømning og styrketræning i Helsingør Svømmehal hver fredag
- Uddeling af vitaminer én gang om ugen
- Træffetid hos sygeplejersken tirsdag og torsdag
- NADA ved sygeplejersken hver torsdag

Tilslutningen til de ugentlige aktiviteter har varieret meget, men vurderes som tilfredsstillende – de brugere, der deltager, får meget ud af aktiviteterne, og målet om kvalitet for den enkelte frem for kvantitetsmål for deltagelsesgrad vurderes som en god prioritering. Badminton erstattes fremover af bowling om tirsdagen, idet tilslutningen vurderes for lav. Derfor er der tilbydes fodbehandling hver 6. uge, som gennemsnitlig 10 brugere benytter. Der er fortsat planer om at indføre flere og andre aktivitetstyper.

Også målsætningen omkring *udarbejdelse og iværksættelse af minimum 30 individuelle sundhedsplaner* er pt. opfyldt, idet der er udarbejdet 35 sundhedsplaner i hele projektperioden.

**Det anbefales** fortsat at udbyde en meget bred vifte af sundhedsaktiviteter i tilknytning til Klubben, da indsatsen derved rammer flest mulige brugere og dermed øger sandsynligheden for at øge livskvalitet og sundhedstilstand for flest muligt.

## **En indsats med positive effekter inden for hele det brede sundhedsbegreb**

Gennem hele projektperioden har medarbejderne løbende arbejdet med forståelsen af begrebet sundhed som en del af projektets metodeudvikling. De har formuleret et sundhedsbegreb, der fokuserer på dialogen mellem medarbejder og bruger, nemlig *"Det åbne sundhedsbegreb"*, der sætter forståelsen af sundhed ind i en subjektiv sammenhæng, hvor den enkelte definerer, hvad der er sundhed for vedkommende selv. Det har i praksis betydet, at brugerne selv har skullet afklare egne mål og værdier, og at medarbejderne har hjulpet i denne proces ved at identificere og styrke ressourcer hos den enkelte selv. Ud fra det åbne sundhedsbegreb define-



res sundhed som individets evne til at kunne indfri egne ægte mål ud fra egne handlekompetencer og livsbe-  
tingelser<sup>2</sup>.

I pagt med denne filosofi har projektmedarbejderne spurgt til brugernes forståelse af sundhed og ladet denne  
være styrende for valg af sundhedsaktiviteter og fokuspunkter i de individuelle sundhedsplaner. Brugernes  
sundhedsbegreb har vist sig at indeholde *fysisk, mental, social og socioøkonomisk sundhed* og har kon-  
kret fokuseret på følgende aspekter:

- \* Kontakt til det etablerede sundhedssystem
- \* Socialt samvær
- \* Socioøkonomiske vilkår
- \* Sund kost
- \* Motion

Gennem hele evalueringen af projektet er der fremkommet en lang række positive effekter, som dækker hele  
dette brede sundhedsbegreb. Det drejer sig om:

### *Øget fokus på sundhed*

Gennem projektet er det lykket at få brugerne til at tænke sundhed i det daglige, hvilket blandt andet kommer  
til udtryk i brugernes samtaler med hinanden og ønsker til fremtidige aktiviteter. Samlet har evalueringen vist,  
at brugerne ser muligheder for at få et sundere liv og kan tænke sundhed i den brede forståelse. Det er perso-  
nalets vurdering, at det med projektet er lykket at fjerne en del af tabuet omkring sundhed og sygdom for den-  
ne gruppe.

### *Anerkendelse – om at komme på landkortet*

Projektet og de medfølgende midler og fokus har medført, at brugerne føler sig anerkendt, fordi samfundet har  
rakt dem en hånd og taget dem seriøst som en befolkningsgruppe, der skal prioriteres. De oplever at "være  
kommet på landkortet" ift kommunen og politikerne, som er blevet opmærksomme på dem som gruppe, hvilket  
driftsbevillingen ligeledes bekræfter og forstærker yderligere.

### *Social sundhed – øget sammenhold og netværk*

Øget sammenhold både brugerne imellem og mellem brugere og personale er ligeledes en gennemgående  
effekt af projektet. Projektaktiviteterne har givet brugerne noget nyt og mere positivt som fællesnævner frem  
for deres misbrug. De har fået fælles oplevelser, som de efterfølgende kan snakke om og etablere relationer  
på baggrund af, hvilket ligeledes gælder for deres relation med personalet. Disse fælles oplevelser har med-  
ført øget sammenhold og en følelse af at tilhøre en familie – deres sociale sundhed er blevet øget.

### *Fysisk og mental sundhed*

Gennem deltagelse i sundhedsaktiviteterne i projektet har flere brugere oplevet øget energi samt et gladere og  
mere positivt sind. De fysiske aktiviteter har givet en velværsfølelse i kroppen samt noget at tage sig til og stå  
op til om morgenen. Ofte er ensomhed og kedsomhed ensbetydende med et øget forbrug af stoffer eller alko-  
hol, og her har projektets aktiviteter medført nedsat forbrug efter udførelse af de fysiske aktiviteter.

---

<sup>2</sup> Det foregående om "Det åbne sundhedsbegreb" er skrevet på baggrund af notat udarbejdet af projektlederen samt sitet  
[www.bevaegelse.dk](http://www.bevaegelse.dk)

### *Øget trivsel*

De tilførte projektmidler har i hele projektperioden medført, at det har været muligt dagligt at være 3 medarbejdere på arbejde i Klubben samtidigt frem for de tidligere 2. Det har bl.a. betydet, at personalet står mere til rådighed over for brugerne, opnår en bedre kontakt til den enkelte, samt at flere "øjne ser", hvis der opstår konflikter, ligesom flere hænder kan gribe ind. I kombination med klarere regler for god opførsel og uddeling af karantæne har dette medført en større tryghed blandt brugerne ved at komme på værestedet. Evalueringen vidner om, at dette har medført øget trivsel blandt brugerne, hvilket vurderes at være af afgørende betydning for brugernes udbytte af de øvrige aktiviteter.

### *Øget egenomsorg og omsorg for andre*

Evalueringsrunderne peger på, at brugerne i kraft af projektet i højere grad drager omsorg for hinanden. Det ses blandt andet i en bedre omgangstone blandt brugerne og opfordringer til hinanden om at deltage og spise sundere. Aktiviteterne har givet et positivt fælles tredje at være sammen om. Også brugernes egenomsorg er forbedret, idet de nu i højere grad er opsøgende og efterspørger hjælp fra personalet, som med de tilførte ressourcer kan hjælpe dem hele vejen – en afgørende motivator for brugerne.

### *Communitypsykologiske virkninger*

De nævnte effekter af sundhedsaktiviteterne som netop beskrevet peger samlet på virkninger af projektet, der kan beskrives som *communitypsykologisk* arbejde. Communitypsykologisk arbejde handler om at etablere fællesskaber, der fremmer mental sundhed. Det tilvejebringes ved at fremme deltagerstyrede processer, hvor de ressourcer, som allerede findes i gruppen, anvendes i en videre fælles udviklingsproces. Aktiviteter, arrangementer og ture under projektet virker fællesskabsopbyggende og styrker gruppens potentiale til at løse konflikter. At være fælles om aktiviteter og opbygge en fortælling som gruppe med en historie og fælles erfaringer styrker de interpersonelle og sociale relationer. Eksempelvis er det projektledelsens oplevelse, at brugerne er blevet mere bevidste om sig selv som gruppe. De deltager aktivt i brugermøder, stiller krav og forslag til aktiviteter og udviser i det hele taget et stort engagement – vel at mærke i en god og ordentlig tone, hvor der er lydhørhed over for hinanden, også selvom man ikke er enige. Dette opleves som en ny tendens og som en effekt af projektet, hvor brugerne som gruppe sammen stiller krav – fordi der er nogen, der lytter, og det nytter.

### *Bedre arbejdsvilkår for medarbejderne*

Den øgede daglige bemanning på 3 medarbejdere i stedet for de tidligere 2 har medført bedre arbejdsvilkår for medarbejderne. Medarbejderne kan ofte befinde sig i konfliktfyldte situationer og være presset, både i det daglige og eksempelvis på ture med overnatning. Derfor har den ressourcemæssige facilitering af alle former for aktiviteter og metodisk praksis, som virker til at fremme social værdi, positive relationer og potentiale til konfliktløsning overordentlig stor betydning for medarbejdernes arbejdsfelt og arbejdsvilkår. De bedre vilkår for medarbejderne har også gunstig betydning for brugerne og for samfundet som helhed, fordi brugerne ellers ville befinde sig i det offentlige rum og dermed øge sandsynligheden for også at flytte en problematisk adfærd ud i det offentlige rum. Brugergruppen er i projektperioden af forskellige årsager udvidet med 10-15 brugere, således at der dagligt er 35-45 brugere på samme tid i Klubben. Derfor blev det ved sidste evalueringsnedslag anbefalet at afsøge mulighederne for at bibeholde den tredje medarbejder efter projektafslutning. Med budgetbevillingen fra Helsingør Kommune er det nu muligt.

På baggrund af disse effekter af projektet vurderes projektets tolkningsbare målsætning om *at forbedre sundhedstilstanden og motivationen/evnen til at drage egenomsorg ift sundhed for mindst 10 deltagere*, som opfyldt. De nævnte effekter af sundhedsaktiviteterne sammenholdt med den høje tilslutningsgrad til aktiviteterne indikerer, at projektet netop har bibragt øget sundhed i den brede forstand for en stor gruppe brugere samt øget deres evne til at drage omsorg for sig selv.

## Sundhedsplanerne sætter brugerens syn på sundhed i centrum

Udarbejdelse af individuelle sundhedsplaner har udgjort "andet ben" af fokusområde 1. Planernes omdrejningspunkter er relateret til det åbne sundhedsbegreb og fokuserer således på, hvad brugerne opfatter som sundhed for dem. Dette har i hele projektperioden haft en gunstig effekt på brugernes motivation og harmonerer fuldt ud med de valgte metoder i projektet. Med denne tilgang har projektmedarbejderne kunnet behandle forhold, som ikke umiddelbart forekommer at være sundhedsrelaterede (eksempelvis økonomiske forhold), men som har spændt ben for en brugers motivation for at deltage i andre sundhedsfremmende aktiviteter.

I hele projektperioden har 35 brugere taget imod tilbuddet om at få en sundhedsplan. Pr. 22. november 2011 er 15 sundhedsplaner af de 35 afsluttet, 15 er fortsat aktive, mens 5 er hvilende pga. fængsling eller udeblivelse.

I pagt med Det åbne sundhedsbegreb er sundhedsplanerne blevet udarbejdet ud fra brugernes ønsker om forandring set i et sundhedsperspektiv. I praksis har det betydet, at brugerne i samarbejde med medarbejderne har afgjort, hvad de ønsker at arbejde med. Indholdet i planerne viser derfor, hvad brugerne angiver som betydningsfuldt for deres sundhed – forhold, der dækker hele det brede sundhedsbegreb. Disse ønsker udgøres af:

- \* Kontakt til det etablerede sundhedssystem
- \* Deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter
- \* Økonomi
- \* Afklaring ift arbejdsmarkedet
- \* Boligforhold

**Kontakt til det etablerede sundhedssystem** drejer sig for det første om *tandbehandling*. 24 af de 35 brugere med en sundhedsplan har ønsket hjælp til tandbehandling, fordi tandstatus er så dårlig, at det hæmmer dem såvel fysisk som mentalt og socialt. Årsagen til brugernes dårlige tandstatus bunder selvkært i dårlig mundhygiejne og manglende tandlægebesøg. Disse manglende besøg bunder for det første i tandlægeskræk, og her har medarbejderne etableret gode samarbejdsrelationer med tre forskellige tandlægeklinikker, som er særligt gode til at håndtere og imødekomme denne målgruppe.

For det andet handler det om økonomi, idet en tandlægeregning for en bruger kan beløbe sig på 10.000 – 25.000 kr. Brugere med pensioniststatus kan som også belyst i sidste evalueringssnedslag lave en afdragsordning med kommunen, som lægger pengene ud for dem og derefter trækker et månedligt beløb fra deres konto på maksimalt 500 kr. Det har ikke været muligt at lave en tilsvarende ordning for kontanthjælpsmodtagerne, idet en sådan ordning for denne gruppe har vist sig ulovlig. Brugere kan i stedet søge om økonomisk støtte i henhold til § 81 i Lov om aktiv socialpolitik, men for flere brugeres vedkommende har det ikke været muligt at opnå støtte, da de "på papiret" har midler nok selv til at betale regningen eller spare op. I afgørelserne tages der ikke hensyn til, at denne borgergruppe af særligt socialt udsatte ikke selv er i stand til at administrere deres økonomi på en hensigtsmæssig måde – at "teori" ikke stemmer overens med "praksis". Således har flere kontanthjælpsmodtagere ikke gennemført målsætningen om tandbehandling.

I slutningen af projektperioden er der desuden tilstået yderligere økonomiske forhindringer for gennemførelsen af tandbehandlingen, idet der nu som ny praksis på området stilles krav om betaling af tandlægens overslag umiddelbart efter konsultationen – et beløb på omkring 750 kr. Det har den konsekvens, at brugerne end ikke får vurderet, hvilken tandbehandling de har behov for.

For det andet drejer kontakten til det etablerede sundhedssystem sig om, at brugerne ønsker **sundhedstjek og bedre kontakt til egen læge**. En stor del af projektets deltagere har begrænset eller ingen kontakt med deres egen læge, og en del af projektets målsætning er at forbedre brugernes erfaringer med sundhedssystemet, herunder egen læge. 16 brugere har ønsket en bedre kontakt samt et generelt sundhedstjek, og 12 har ifølge projektmedarbejderne opnået dette. Konklusionen er derfor, at målsætningerne omkring forbedring af kontakt til egen læge er nået for størstedelen af de brugere, der har ønsket sig dette som indsatsområde.

For det tredje handler kontakten til det etablerede sundhedssystem om at få **kontakt til Misbrugscenteret**. 8 brugere har haft ønske om at komme i behandling for deres misbrug eller få et forbedret forhold til Helsingør Kommunes Misbrugscenter, hvilket 2 i skrivende stund har opnået. Der er tale om alkoholmisbrugere, som ønsker reel afrusning, hvilket centeret i første omgang ikke kan tilbyde, men i stedet deltagelse i motivationsgrupper – et tilbud, som brugerne ikke ønsker at tage imod. Dette kan være en mulig forklaring på den ringe målopfyldelse for denne målsætning. Brugere var ved sidste evalueringsslag meget negative overfor centeret, hvilket pt. ikke er tilfældet længere. Hvorvidt denne udvikling skyldes Klubbens nye samarbejde med Misbrugscenteret eller det faktum, at brugerne har vænnet sig til den ny praksis, som centeret har indført vedrørende den medicintype, de udleverer i misbrugsbehandlingen, er uvist.

Alle brugere med en sundhedsplan har haft **deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter** som en del af deres plan. Alle 35 brugere har deltaget en eller flere gange i en sundhedsaktivitet, hvorfor det konkluderes, at projektet har formået at få sundhedsaktiviteterne og sundhedsplanerne til at støtte op om hinanden og nået aktivitetsmålsætningerne i sundhedsplanerne.

9 brugere har haft ønske om hjælp til **økonomisk udredning**, fordi deres økonomiske forhold har fyldt meget i deres bevidsthed og hindret dem i at kunne sætte sig andre mål om forandring i relation til sundhed. Disse brugere har med undtagelse af en enkelt igangværende via projektet og i samarbejde med deres bostøtte fået styr på deres økonomi. Dette indsatsområde har således medvirket til at øge brugernes socioøkonomiske og mentale sundhed.

14 brugere med en sundhedsplan er på kontanthjælp, hvoraf 10 har ønsket **afklaring ift arbejdsmarkedet** som en del af planen. Dette er dog en forvaltningsopgave, men projektmedarbejderne har medvirket i at tilvejebringe udredning omkring helbred og arbejdsevne, gå med brugerne til møder (gå-med-funktion) og udarbejde funktionsbeskrivelser e.l. Medarbejderne har hermed ageret bindeled mellem forvaltning og bruger i dette udredningsarbejde, hvor der ikke sjældent opstår sammenstød mellem bruger og system. Indtil videre er 6 under udredning, 1 i job, 1 i jobtilbud, mens 2 forventes at påbegynde udredning i starten af 2012.

6 brugere med en sundhedsplan har ønsket hjælp til at finde en **bolig**, hvilket alle i projektperioden har opnået. Ifølge projektmedarbejderne er Helsingør Kommune generelt gode til at finde bolig til hjemløse, og det er personalets vurdering, at disse også uden projektets eksistens med stor sandsynlighed ville have opnået egen bolig.

I relation til det åbne sundhedsbegreb kan det konkluderes, at det indtil videre i høj grad er lykket projektmedarbejderne at støtte brugerne i at identificere og styrke deres egne ressourcer og evner til at sætte sig målsætninger. I og med at 35 brugere har fået en sundhedsplan indeholdende egne målsætninger og med støtte fra personalet har fået gennemført flere af deres opstillede mål, er det lykket at motivere brugerne til at handle ud fra egne kompetencer og livsbetingelser.

**Det anbefales** at forsøge at rejse problemstillingen omkring økonomisk støtte til tandbehandling politisk i kommunen og herigennem afsøge dispensationsmulighederne. Halvdelen af de projekter, der har opnået mid-

ler fra den samme pulje fra Servicestyrelsen, har haft fokus på tandbehandling i et stort omfang, hvorfor det er en generel problemstilling, der bør adresseres systematisk og "oppefra": Hvilke muligheder og begrænsninger giver lovgivningen? Hvilke tiltag er nødvendige for målgruppen? Hvilke tiltag kan iværksættes? Hvilken indsats med hvilke retningslinjer kan skrues sammen for denne borgergruppe? Også Årsrapporten for udsatteområdet 2011 udgivet af Landsforeningen af VæreSteder og SVID viser, at særligt tandbehandling udgør en problemstilling for værestedsbrugere, som de ikke oplever at kunne få hjælp til at løse<sup>3</sup>. Problemstillingen er således landsdækkende. Evalueringen har i tidligere rapporter pointeret det uheldige i disse juridiske forhindringer for gennemførelsen af projektet, eftersom projektet omhandler *lighed i sundhed* – disse forhindringer signalerer i stedet *ulighed i sundhed*.

**Det kan alternativt anbefales** at forsøge at tage denne problematik op som indsatsområde som led i implementeringen af Helsingør Kommunes nylancerede sundhedsstrategi<sup>4</sup>, hvor kommunen som den første i landet har iværksat en samlet strategi med fokus på forebyggelse af social ulighed i sundhed.

**Det anbefales** desuden at afsøge muligheden for at lade betalingen af tandlægens overslag indgå som økonomisk støtte til almindelig tandbehandling, som det foreslås af en klubmedarbejder.

**Det anbefales**, at klubmedarbejderne anvender den nye samarbejdsrelation med Misbrugscenteret til at opnå indsigt i og klarhed omkring centerets tilbud til alkoholmisbrugerne samt generelt praksis på området for selv at blive klædt på til at rådgive og motivere brugerne til deltagelse i centerets tilbud.

**Det anbefales**, at klubmedarbejderne bibeholder deres indsats i forbindelse med afklaring ift arbejdsmarkedet. Evalueringen viser gennemgående, at brugerne er bekymrede for deres forsørgelsesgrundlag og de aktivitetstiltag, de gennem tiden har været igennem. Brugere vil fortsat have behov for den hjælp, som klubmedarbejderne kan give dem, fordi de har svært ved at varetage egne interesser overfor de kommunale centre, kommunikere med sagsbehandlere og gennemskue lovgivning, rettigheder, pligter o.l.

**Det anbefales** videre i samarbejde med de relevante kommunale centre at undersøge mulighederne for en hurtigere afklaring ift arbejdsmarkedet for de brugere, der måtte ønske dette. De langvarige udredningsforløb præger i høj grad brugernes hverdag, og det vurderes, at hjælp til en hurtigere og smidigere afklaring vil gavne brugernes mentale og socioøkonomiske sundhed.

## De Små Skridts metode – afgørende for projektets succes

Gennem hele projektet har medarbejderne arbejdet ud fra De Små Skridts Metode. Tilgangen handler om at skabe et frirum, der giver brugerne adgang til social træning, mens brugernes egen motivation til at indgå heri udgør grundlaget. Medarbejderne fokuserer på at anerkende og se de små skridt, og arbejde med krav, forventninger og målsætninger, der kommer indefra den enkelte selv. Kernen i metoden er derfor, at medarbejderne skal arbejde målrettet uden at være fikseret på resultatet. Projektmedarbejderne har arbejdet med ikke at stille forventninger og krav, men stille *muligheder* til rådighed for at involvere sig. Herefter er det op til den enkelte at tage ansvar for små eller store opgaver, som kan vise en evne til at klare noget sammen med andre og samtidig modtage anerkendelse herfor fra andre – en metode, der understøtter og harmonerer med projektets brede sundhedsbegreb. I metoden ligger implicit en empowerment-strategi, der overordnet handler om at hjælpe de udsatte til at tage magten over eget liv tilbage.

<sup>3</sup> I rapporten angiver 38 pct. tandbehandling som et problem, som de ikke kan få hjælp til at løse, og 40,2 pct. angiver "at blive mere sund" som en drøm for deres fremtid ("Årsrapport for udsatteområdet – kladden til en ny forståelse", Landsforeningen af VæreSteder & SVID, 2011).

<sup>4</sup> Jf. strategien "Forebyggelse af social ulighed i sundhed – strategi 2010-2015", udarbejdet af Center for sundhed, idræt og medborgerskab.

Metoden er velegnet til arbejdet med brugere på væresteder, fordi disse socialt udsatte mennesker befinder sig langt fra samfundets hovedstrøm og ikke er gode til at tilpasse sig et snævert normalsamfunds krav. Krav til disse om at flytte sig fra deres udsatte situation til en normalsituation er et for stort og uoverstigeligt skridt og kan medføre negative konsekvenser.

Det er evaluators vurdering, at denne metodiske tilgang har haft stor indvirkning på projektets succes og resultatopnåelse i hele projektperioden. Evalueringen vidner i hele perioden om, at medarbejderne har formået at arbejde i pagt med metoden og dermed er lykkedes med at indføre sundhedsaktiviteter og individuelle sundhedsplaner uden at moralisere og trække normalsamfundets værdier ind i brugernes fristed – en stor bedrift, eftersom sundhed som begreb er moderne og oppe i tiden, især netop som krav til samfundets borgere om at tage ansvar for egen sundhed og have kontrol med egen krop. Brugerne opfatter Klubben som deres fristed – fri for krav, forventninger og "kommunal hånd" – hvorfor et sundhedsprojekt kunne opfattes som udgørende krav og forventninger fra samfundet. Vurderingen er her, at medarbejderne har formået at balancere disse to aspekter, især på grund af metoden, hvor anerkendelse, integritet og holisme sættes i centrum i et forsøg på at tilvejebringe øget livskvalitet for den enkelte. Således formår medarbejderne at gøre sundhed inkluderende for brugerne frem for ekskluderende, som der ellers kan være en tendens til i "normalsamfundet".

Evalueringen vidner ligeledes om, at det ved hjælp af denne metodiske praksis er lykkedes at øge brugernes empowerment. Disse stiller nu krav, er selvbevidste og bevidste om sig selv som gruppe – og formår at respektere andres holdninger, selvom de ikke altid harmonerer med egne. Som del af arbejdet med empowerment har projektmedarbejderne anvendt brugerinddragelse, som har bevirket, at brugerne har oplevet indflydelse og følt sig hørt. Inddragelsen af brugerne er dog endnu ikke gennemført i alle led, dvs. eksempelvis i planlægning, organisering og udførelse af aktiviteter.

**Det anbefales** entydigt at bibeholde en metodisk praksis, der tager afsæt i De Små Skridts metode. Med projektets driftgørelse står klubmedarbejderne overfor at skulle implementere sundhedsprojektet som del af den daglige drift, og her er det vigtigt, at projektmedarbejderne får formidlet og overleveret principperne i metoderne og arbejdsgangene til alle medarbejdere, så der kan lægge en fælles strategi og fælles linje i arbejdet med brugerne.

**Det anbefales** videre, at medarbejderne som led i forankringen lægger en strategi for, hvordan yderligere brugerinddragelse kan gribes an – både i den praktiske hverdag omkring hvilke opgaver brugerne kan varetage, og på et overordnet plan omkring hvordan det ressourcemæssigt kan faciliteres i opstarten, indtil brugerne er forholdsvis selvkørende. Med tiden vil brugerinddragelsen formentlig resultere i ekstra ressourcer til medarbejderne, efterhånden som brugerne kan varetage dele af planlægning og udførelse af aktiviteter.

## **Sundhedsplanerne fungerer som metode og motivator**

Det har været en del af evalueringen at vurdere, hvorvidt og hvordan sundhedsplanerne fungerer som sundhedsfremmende metode, og om planerne har en motivationseffekt blandt brugerne.

Gennem hele projektperioden har brugernes udsagn tydet på, at planerne har virket som motivator for disse til at gennemføre målsætninger og sætte sig nye. For projektmedarbejderne har sundhedsplanerne fungeret som et styringsredskab, der har struktureret deres arbejdsindsats i forhold til de enkelte brugere og sikret en opfølgning i tide.

Det kan således konkluderes, at sundhedsplanerne for såvel medarbejdere som brugere har virket efter hensigten, idet medarbejderne har haft gavn af planerne som strukturerende metode i deres sundhedsfremmende

arbejde, og brugerne har haft gavn af planerne, fordi de har fået formuleret og opnået mål forholdsvis hurtigt og dermed er blevet motiveret til at arbejde videre mod nye mål.

**Det kan derfor anbefales**, at sundhedsindsatsen i Klubben også i fremtiden bruger sundhedsplanerne som redskab og løbende arbejder videre med at udvikle planerne i pagt med brugernes behov.

## 2.2 Konklusioner og anbefalinger for fokusområde 2

Projektets andet fokusområde udgøres af *"Bedre resultater via helhedsorienteret og tværfagligt samarbejde"* og har drejet sig om at udvikle og opkvalificere det tværfaglige samarbejde blandt fagpersoner, der allerede arbejder med målgruppen samt at opkvalificere fagpersonerne selv både ift viden om målgruppen og ift metoderne i værestedstanken.

Følgende målsætninger og succeskriterier er i projektbeskrivelsen opstillet for fokusområdet:

- Sundhedsplanerne diskuteres 2 gange årligt på faglige møder mellem tilknyttede fagpersoner og værestedspersonale. Barrierer og muligheder for en styrket indsats for målgruppen samt oplevelsen af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde synliggøres og beskrives i et notat, som danner baggrund for evaluering af det samlede projekt.
- Uddrag af notaterne fra de faglige møder danner udgangspunkt for a) halvårslige møder med de involverede brugere, som skal have mulighed for at give deres bud på barrierer og muligheder for sundhedsfremmende og forebyggende initiativer i og uden for værestedet eller b) halvårslige individuelle samtaler om eget syn på barrierer og muligheder. De individuelle samtaler foregår mellem bruger og en person fra værestedet. Gruppemøderne planlægges sammen med brugerne bl.a. med hensyn til, hvilke fagpersoner der skal deltage.
- Det tværfaglige samarbejde forbedres med hensyn til øget forståelse for hinandens roller og opgaver. Forbedringen måles ved fokusgruppeinterview 1 gang årligt efter afholdelsen af de 2 årlige faglige møder. Fokusgruppeinterviews foretages og analyseres af ekstern konsulent.
- Medlemmerne i projektets styregruppe agerer aktivt ift at løse opståede problemstillinger.
- Samarbejdet med hospitaler, læger og kommunen bliver mere smidigt.

I det følgende sammenfattes projektets resultater og udfordringer i henhold til disse målsætninger samt hvorvidt, hvorfor og hvordan samarbejdet og helhedsorienteringen har påvirket brugernes resultater og positive motivationseffekt.

### Opkvalificering af fagpersoner godt på vej

Projektmedarbejderne har i projektforløbet opbygget en række samarbejdsrelationer med forskellige relevante aktører, som enten er kontaktet af medarbejderne og inviteret til et møde omkring projektets formål og virke, klubbens målgrupper og for at drøfte mulige samarbejdsflader og koordinerede arbejdsgange. Det er både sket på mindre to- eller trepartsmøder med deltagelse af projektmedarbejder(e) og 1-2 samarbejdspartnere fra relevante instanser. Eller det er foregået i større tværgående skala, i form af afholdelsen af et heldagsseminar i Toldkammeret i oktober 2010, hvor en række af området's sundhedsrelevante aktører var indbudt. Samarbejdsrelationer er desuden udviklet i forbindelse med arbejdet med konkrete brugeres sundhedsplaner, eller med medarbejdernes generelle relationsarbejde og kontaktpersonfunktion for specifikke brugere. I nogle tilfælde er nye samarbejdsrelationer indledt ved, at enkelte aktører har henvendt sig til Klubben og projektet for at drøfte og hente hjælp i forhold til støtte- og ydelsesbehov til bestemte personer.

Gennem hele projektforløbet har medarbejderne opbygget et intensiveret samarbejde med en række parter, som er relevante ift at øge sundheden for borgergruppen. Det vurderes på den baggrund, at projektet opfylder intentionen om at *udvikle og opkvalificere det tværfaglige samarbejde* blandt fagpersoner, der allerede arbejder med målgruppen. Med de mange møder med enkelte aktører, og med det afholdte seminar i Toldkammeret med informerende oplæg, erfaringsudveksling og diskussion er der i projektet taget vigtige skridt ift projektintentionen om at *opkvalificere fagpersonerne* både ift viden om målgruppen og ift metoderne i værestedstanken.

## Tværfagligt netværk – en simpel og nytteorienteret model

Målsætningen om at etablere et tværfagligt samarbejdsnetværk, som mødtes fast på halvårlige faglige møder er ikke realiseret, men har i praksis vist sig at være en vanskelig og måske også uhensigtsmæssig vej at gå. Det har vist sig at være meget tidskrævende at organisere, administrere og opretholde en egentlig tværfaglig netværksgruppe. Til gengæld har projektindsatsen vist, at samarbejde med udgangspunkt i konkrete behov og problemstillinger ofte giver et tydeligt gensidigt udbytte parterne imellem. Med en bevidst indsats for at vedligeholde relationerne kan varige samarbejdsgange, som aktiveres når behovet opstår, udvikles.

Der skønnes ikke at være ressourcer til at drive en egentlig fast tværgående gruppe, der mødes flere gange årligt, og som forbliver velfungerende og tilstrækkelig forpligtende for samarbejdspartnerne. Det er evaluators vurdering, at drift og koordinering af et større tværfagligt apparat med faste møder i Klubben, ikke er realistisk. Denne vurdering understøttes af såvel projektmedarbejdere som de interviewede samarbejdspartner.

Organiseringen af samarbejdet har i stedet haft karakter af en art blæksprutte model, hvor projektmedarbejderne har trukket relevante samarbejdspartner ind efter behov. Flere samarbejdspartnere udtrykker dog interesse i flere temadage og enkelte deltager gerne i særlige møder, hvor specifikke problemstillinger tages op. En samarbejdspartner foreslår etablering af, hvad man kan kalde en tværfaglig ressourcegruppe bestående af samarbejdspartnere med samme primære brugergruppe som Klubben – som supplement til "en-til-en" kontakten med samarbejdspartnerne og den større tværgående kontakt ved temadagene. Formålet vil være at minimere dobbeltarbejde, få indsigt i de forskellige instansernes arbejdsgange og adskille indsatserne fra hinanden, skabe overblik, drøfte enkeltsager og undgå, at brugerne skal fortælle deres historie mange gange til forskellige mennesker i systemet. Relevante parter i ressourcegruppen kunne være Misbrugscentret, Valhalla, Pensionatet, politi e.l.

I slutningen af projektperioden har projektmedarbejderne indledt et lignende mere strategisk samarbejde alene med Misbrugscentret, hvor det er planen hver tredje måned at afholde sparringsmøder omkring videndeling, erfaringsudveksling og sparring vedr. brugergruppen, lovgivning, tendenser i gruppen, praksis o.l. Formålet er at lægge kræfterne sammen og dermed nyttiggøre hinandens viden og kvalificere indsatserne de pågældende steder. Eksempelvis kan brugerne bruge begge instanser til det samme, ligesom de kan spille parterne ud mod hinanden. Dobbeltarbejde vil således kunne minimeres. En sådan model kan anvendes over for andre samarbejdspartnere og som udgangspunkt for en tværfaglig ressourcegruppe.

**Det anbefales** således at etablere lignende strategiske samarbejder med andre relevante samarbejdspartnere, som Klubben har tæt samarbejde med omkring enkeltsager. Her bør det overvejes, hvilke parter der med fordel for begge kan have gavn af et mere strategisk samarbejde for at optimere indsatsen, og hvilke parter der fortsat blot er behov for at samarbejde med omkring konkrete enkeltsager i relation til specifikke sundhedsplaner.

**Det anbefales** videre at overveje at etablere en tværfaglig ressourcegruppe som ovenfor nævnt, samt hvilke parter der kunne have gavn af og interesse i at sidde med. Formål, virke og nytteværdi for en sådan gruppe



bør drøftes grundigt i medarbejdergruppen først for at optimere udbyttet af møderne og udvælge de helt rette medlemmer til gruppen.

**Det anbefales** desuden at drøfte styregruppens rolle og mandat for at få klarhed over forventninger og opgaver – hvis styregruppen fortsat skal være tilknyttet efter projektophør. Ifølge projektmedarbejderne har styregruppen hovedsageligt fungeret som samarbejdspartner på et strategisk og overordnet plan ift at få sat indsatsen på den politiske dagsorden – en indsats der har været nødvendig og yderst gavnlig i forbindelse med opnåelsen af driftsmidler. Dog har projektmedarbejderne savnet hjælp til at løfte mere konkrete problematikker op på ledelsesplan i de kommunale centre med gavnlige løsningsmodeller til følge. Sådanne forventninger til gruppen kan med fordel drøftes ved et videre samarbejde. Målsætningen omkring styregruppens aktive ageren ift at løse opståede problemstillinger er således kun delvist opnået.

## **Samarbejde med nytte for alle parter**

Gennem hele projektperioden har projektmedarbejderne opbygget solide og varige samarbejdsrelationer med en lang række parter, som har høj nytteværdi for brugere og medarbejdere. Projektmidlerne har bevirket, at projektmedarbejderne har haft mulighed for at følge brugerne tæt og eksempelvis gå med til møder, hjælpe med at huske aftaler og samarbejde med SKP og bostøtteamet. Især gå-med-funktionen fremhæves af samarbejdspartnerne som gavnlig, idet denne har tilvejebragt tryghed for såvel brugere som samarbejdspartnere. Dette har medført en bedre relation mellem den enkelte bruger og dennes sagsbehandler, læge, tandlæge o.l. Også projektmedarbejdernes hjælp med at huske aftaler fremhæves som gavnligt og ressourcebesparende for samarbejdspartnerne. Således oplever samarbejdspartnerne som hovedregel at have en allieret i projektmedarbejderne i den forstand, at de kan fungere som formidlere og bindeled til borgeren og gøre kontaktforløbene så behagelige som muligt. Enkelte beretter hertil direkte om at have opnået øget forståelse for målgruppen, hvilket netop også var en målsætning med projektet.

På baggrund af samarbejdspartnerne udsagn kan det således konkluderes, at projektet har medvirket til at øge samarbejdspartnerne forståelse for både målgruppen og for Klubbens arbejde. I forlængelse heraf kan det videre konkluderes, at samarbejdet har medvirket til at lette nogle af samarbejdspartnerne arbejde – både på grund af projektmedarbejdernes støttefunktion i form af "gå-med", følge op, huske aftaler og på grund af, at medarbejderne i flere tilfælde har været behjælpelige med at udarbejde funktionsbeskrivelser, ligesom nogle sagsbehandlere i Jobcentret har gjort brug af sundhedsplanen som led i aktiveringsindsatsen for flere brugere i kontanthjælpssystemet.

**Det anbefales** således, at klubmedarbejderne opretholder sin funktion som bindeled mellem bruger og system i samme håndholdte model som afprøvet og udviklet i projektet. Brugergruppen vil fortsat have behov for en tæt opfølgning og art bisidder ift systemet og egen kalender og generel strukturering af egen hverdag.

**Det anbefales** videre, at klubmedarbejderne sammen med Jobcenteret får afstemt forventningerne til, hvad klubpersonalet kan bidrage med, når det kommer til inddragelse af sundhedsplanerne som led i aktiveringsindsatsen. Klubmedarbejderne varetager ikke en myndighedsopgave på området, og sundhedsplanerne er alene et arbejdsredskab for medarbejderne med brugernes egne ønsker i fokus. I tilfælde, hvor sagsbehandlere ønsker at anvende planen som led i en indsats, er det derfor vigtigt at få afstemt, hvilke forventninger der kan eksistere sagsbehandler og klubmedarbejder imellem, idet klubmedarbejdernes opgave eksempelvis ikke er at sikre og stå til ansvar for, at målene i planerne nås.

## Udfordringer i samarbejdet

Der har i hele projektperioden været udfordringer i samarbejdet hovedsageligt med myndighedsudøvere i Centre for job og arbejdsmarked. Udfordringerne kan kategoriseres under følgende overskrifter:

1. Samarbejdskultur uden dialog
2. Manglende prioritering på ledelsesniveau
3. Kassetænkning frem for helhedsorientering

### Samarbejde uden dialog

Denne udfordring omhandler projektmedarbejdernes oplevelse af manglende dialog med sagsbehandlere – at tonen til tider har været præget af en manglende vilje til at samarbejde. De kommunale medarbejdere er selvfølgelig forpligtede til at holde sig til en lovgivning og praksis på området, og i mange tilfælde vil udfaldet af et samarbejde med klubmedarbejderne formentlig være det samme uanset samarbejdets form – men måden at gå i dialog med sine kolleger på omkring løsning af opgaven er afgørende for, hvorvidt relationen opleves som et samarbejde eller et "modarbejde". Uanset årsag hertil vil det af hensyn til det fremtidige samarbejde være givtigt at få etableret en forståelse for hinandens bevæggrunde og sammen opbygge en konstruktiv tone i og tilgang til samarbejdet – uanset om de rejste problematikker kan løses inden for lovgivningen eller ej. De gode erfaringer fra projektet viser, at et samarbejde med en god dialog parterne imellem betaler sig både i form af medarbejdernes arbejdsgange og ressourceforbrug og i form af brugernes mulighed for at "tage små skridt".

Flere brugere giver desuden udtryk for at være utrygge og nervøse, når de skal mødes med deres sagsbehandler og føler sig til tider dårligt behandlet, hvilket kan umuliggøre personlig progression. Ifølge såvel brugere som klubmedarbejdere kan der være store forskelle mellem de forskellige sagsbehandlers tilgange til og syn på borgerne, som kan afføde denne utryghed og uligeværdighed.

Således eksisterer der tilsyneladende mangel på dialog både mellem klubpersonale og sagsbehandler og mellem sagsbehandler og borger.

**Det anbefales** helt konkret, at klubmedarbejderne sammen med kommunale aktører fra de centre, hvor de oplever problemstillinger omkring samarbejdet, sætter sig sammen og i konstruktiv dialog afholder en procesdag, eksempelvis med følgende dagsorden:

1. En fremstilling af et antal "personas" (en art konstruerede cases) indeholdende typiske borgerforløb, som Klubben støder på, der illustrerer alle involverede instanser, og hvor i processen forløbet "hopper af sporet".
2. Alle kommunale parter involveret i disse forløb fremlægger deres motiver og bevæggrunde for at handle, som de gør, for at tilvejebringe indsigt og forståelse på tværs af medarbejdergrupperne.
3. Alle brainstormer sammen vedrørende løsningsforslag eller forslag til anderledes handlen, der indenfor rammerne kan optimere borgerforløbene.

**Det anbefales** videre internt blandt kommunens medarbejdere at skabe fælles fodslag omkring, hvordan man praktiserer en anerkendende og inkluderende tilgang til borgerne. En fælles kvalificering i form af et kursus eller procesdag med fokus på anerkendelse og inklusion i praksis og herunder også på forforståelser af forskellige borgergrupper kunne være en anbefaling i det videre arbejde med skabelse af øget dialog.

Sådanne processer kan også udgøre et konkret skridt i forbindelse med implementeringen af kommunens sundhedsstrategi ved muligvis at være behjælpelig for den kommunale ledelse i forskellige centre med at opnå

indsigt i, hvor og hvordan der kan sættes ind – og være spiren til dannelsen af en model for et fremtidigt tværsektorielt samarbejde i henhold til sundhedsstrategien.

### **Manglende prioritering på ledelsesniveau**

Denne udfordring drejer sig – som også rejst i foregående evalueringsnedslag – om behovet for indgåelse af forpligtende og varige samarbejdsaftaler på ledelsesniveau på tværs af forskellige organisatoriske enheder. Interviewrunden peger på, at det tilsyneladende er op til den enkelte medarbejder i kommunens centre, hvorvidt de vil prioritere og indgå i sådanne samarbejdsrelationer på tværs af centre og indsatses.

Med indføringen af Helsingør Kommunes sundhedsstrategi lægges op til en mainstreaming af sundhedsindsatsen med inddragelse af alle kommunens centre til at løfte opgaven strukturelt. Der anlægges et helhedsperspektiv på de særligt socialt udsatte, hvor deres hele liv og livsomstændigheder inddrages ud fra brugerens egen vurdering af sine muligheder for at tage vare på egen sundhed. Strategien lægger dermed op til, at alle forhold omkring de socialt udsattes sundhed skal tages i betragtning og indgå i en vurdering af, hvordan social ulighed i sundhed forebygges.

Således er der blandt Klubbens samarbejdspartnere i kommunen på politisk niveau fokus på vigtigheden af en mainstreaming af indsatsen og dermed en prioritering på ledelsesplan. Et sådan fokus må formodes i nærmeste fremtid at afspejle sig i en implementering fra strategi til praksis, således der på strategisk niveau som led i den strukturelle forebyggelse indføres handlemuligheder for den enkelte sagsbehandler i relation til tolkning af muligheder i lovgivningen samt gives signaler om en ledelsesmæssig prioritering af området, der sætter vedkommende i stand til sammen med klubmedarbejderne at søge at finde konstruktive løsninger, der kan øge de dårligst stilledes sundhed.

**Det kan her anbefales** at inddrage de gode samarbejdserfaringer fra projektet i denne proces. Projektmedarbejderne har i projektperioden netop forsøgt sig i mindre målestok med at etablere et sådant tværfagligt samarbejde, som strategien lægger op til. Således kan disse erfaringer fx indgå som led i udarbejdelsen af en model for et fremtidigt samarbejde på tværs af kommunens centre.

**Det anbefales**, at der indgås forpligtende aftaler på ledelsesniveau på tværs af kommunale centre, der sikrer en fælles viden om nødvendigheden af et helhedsperspektiv og af fleksible løsninger ift. sager i brugergruppen, og som formidles til de enkelte medarbejdere længere nede i systemet.

### **Kassetænkning frem for helhedsorientering**

Denne sidste udfordring, som projektmedarbejderne har oplevet, hænger tæt sammen med foregående udfordring, idet manglende prioritering af samarbejdet på ledelsesplan også afføder ringe mulighed for at sikre smidige, helhedsorienterede beslutninger på tværs af centre – muligheder, der kan sikre det nødvendige helheds-syn, der på sigt og i det samlede billede får betydning langt udover den enkelte ydelse.

Der er gennem evalueringen fremkommet flere eksempler på, at afgørelser i brugernes sager er præget af kassetænkning frem for helhedsorientering – afgørelser, der vel at mærke kan komme til at bekoste kommunen yderligere udgifter. Eksemplerne synliggør behovet for en fælles viden om, hvad en helhedsvurdering reelt betyder, hvornår og hvorfor en sådan er nødvendig – og hvad et manglende samarbejde medfører af mistrivsel og spildt arbejdsindsats.

Den tilsyneladende skarpe adskillelse mellem de forskellige centre i kommunen bevirker, at brugerne og klubmedarbejderne oplever, at de kastes frem og tilbage mellem centre, når der opstår især økonomiske problemstillinger – ligesom en skarp adskillelse alt andet lige også må besværliggøre sagsbehandlernes arbejde

og gøre det vanskeligt at henholde sig til grundprincipperne for socialt arbejde, der fordrer netop et helheds- og holistisk menneskesyn. Sidstnævnte er en strukturel problemstilling og et grundvilkår for sagsbehandlere, som i forskellige sammenhæng har været rejst og diskuteret gennem de sidste mange år, når det drejer sig om socialt udsatte borgere med komplekse og sammensatte problemstillinger.

Med vedtagelsen af sundhedsstrategien omkring forebyggelse af social ulighed i sundhed må det formodes, at sådanne problematikker kommer på dagsordenen. Den strategiske sundhedskonsulent i kommunen arbejder pt. på implementeringen af strategien og har i den forbindelse iværksat tiltag, hvor hvert center i kommunen påbegynder en operationalisering af strategien: Hvilke konkrete tiltag forpligter hvert center sig på at arbejde med i relation til sundhed? Der er dog så vidt vides endnu ikke gjort tiltag i implementeringsprocessen omkring helhedsorienteringen mellem centrene.

**Det anbefales** derfor i forlængelse af projekterfaringerne særskilt at sætte helhedsorienteringen og det tværfaglige samarbejde på dagsordenen, således at strategien både udmøntes *i* de forskellige centre og *mellem* de forskellige centre, hvilket vil være afgørende for strategiens succes.

**Også i denne sammenhæng anbefales det** at inddrage de gode samarbejdserfaringer fra projektet omkring etablering af et tværfagligt samarbejde.

## 2.3 Konklusioner og anbefalinger vedrørende forankring

Idet der er truffet politisk beslutning om at driftgøre indsatsen fra sundhedsprojektet står medarbejderne i Klubben overfor i den nærmeste fremtid at skulle forankre indsats og resultater. Selvom projektet har været placeret i klubregi, har alle medarbejdere ikke i lige høj grad været integreret i projektet, hvorfor etablering af en ny intern struktur og nye samarbejdsflader skal udvikles og organiseres, da sundhedsindsatsen skal varetages af alle medarbejdere.

Som startskud på denne forankringsproces blev der medio oktober 2011 afholdt en temadag for alle medarbejdere på LO-skolen med en erhvervspsykolog som proceskonsulent og facilitator. Fokus lå på 2 niveauer: Værestedet som organisation og værestedet som team.

I det følgende sammenfattes erfaringerne herfra, hvilke tiltag der allerede er udført som led i forankringsprocessen, samt hvilke tiltag der er på tegnebrættet.

### Fra værested til udviklingsplatform

Sundhedsprojektet og den ressourcemæssige facilitering, som projektmidlerne har afstedkommet, har bevirket, at Klubben som organisation har undergået en forandringsproces både eksternt ift samarbejdspartnere og internt i medarbejdergruppen.

Sundhedsprojektet har ifølge medarbejderne været med til at sende et genkendeligt signal som en potentiel partner i sundhedssektoren til de lokale aktører indenfor sundhedsfeltet. Projektet og resultaterne har været med til at synliggøre Klubben, som et tilbud om personlig udvikling af en udsat borgergruppe frem for blot et værested. For medarbejderne betyder det bl.a., at de nu føler sig anerkendt for deres indsats og for sig selv om fagpersoner – en anerkendelse, som de ikke oplevede før projektet.

Det kan konkluderes, at indsatsen i Klubben er blevet synlig rundt om i systemet og flere steder har medvirket til at kvalificere indsatsen overfor borgeren. Klubben er som faglig organisation styrket og har tilsyneladende cementeret en position i sundhedsindsatsen overfor disse socialt udsatte borgergrupper. Den faglige styrkelse drejer sig for medarbejderne om:

- At medarbejdere og brugere får flere "fælles tredje" at mødes om
- At tværfagligheden i huset udnyttes bedre
- At metoder og praksisformer i kraft af tid til refleksion bliver italesat, pædagogiske processer systematisk igangsat og værdier tydeliggjort
- At der er bedre muligheder for at udføre relationsarbejde
- At fagligheden deles internt – den tydeliggøres og spredes

Medarbejderne opfatter nu værestedet som en dynamisk organisation frem for en statisk.

## Værestedet som team

Anden halvdel af temadagen bevægede sig på et mere konkret og praktisk plan omkring værestedet og personalet som team – hvordan skal den praktiske hverdag organiseres, hvordan skal sundhedsaktiviteterne løbe af stablen, og hvilke holdninger findes i medarbejdergruppen omkring sundhedsindsatsen?

Følgende konkrete punkter er der enighed om at arbejde videre med:

- En sundhedsplan oprettes, når det er relevant, og når en bruger ønsker det. Det kan eksempelvis ske, hvis en bruger har brug for at gå til lægen, hvilket kan være indgang til en snak om relevansen for en plan.
- Alle medarbejdere udarbejder sundhedsplaner. Hvem der vælges, afhænger af relationen til brugeren.
- Der er én tovholder for hver sundhedsplan, som er ansvarlig og hiver kolleger ind efter behov.
- Der afholdes hver anden tirsdag personalemøder alene med fokus på sundhedsplanerne.
- Der udnævnes en koordinator for sundhedsplanerne, som er ansvarlig for området – herunder at støtte og coache sine kolleger, indkalde til og koordinere personalemøderne vedrørende sundhedsplaner og sikre, at det nødvendige bliver gjort. Vedkommende vil således varetage en ledelsesfunktion omkring selve opgaven, men ikke overfor sine kolleger. Der skal fortsat være kollegial ligeværdighed. Denne koordinators rolle skal defineres mere konkret – hvilket mandat, ansvar og hvilken kompetence ligger der i rollen?

I skrivende stund har klubmedarbejderne allerede påbegyndt implementeringen af disse punkter, idet personalemøderne er iværksat, og arbejdet med at udpege en koordinator er i gang.

**Det anbefales**, at der som led i forankringsprocessen gennemføres en generel og grundig indføring/overlevering af projektredskaber, erfaringer, metoder, tilgange, definitioner o.l. til de medarbejdere, der ikke har været en daglig del af projektet – en overlevering, hvor også en fælles model for forankringen sættes på dagsordenen og drøftes sammen for at sikre fælles fodslag. Dette drejer sig alene om indsatsen vedrørende sundhedsplaner, idet alle medarbejdere har været involveret i planlægning og udførelse af sundhedsaktiviteterne.

**Det anbefales** i forlængelse heraf at intensivere dette arbejde så meget som muligt i denne sidste projektfase, idet det er vigtigt at arbejde videre på den igangsatte proces fra temadagen umiddelbart efter, for ikke at risikere at stoppe en fremadskridende proces. Temadagen vil blive fulgt op og fortsat i januar 2012 inden projektet

stopper, hvor der med fordel kan rejses eventuelle forankringsproblematikker opstået i den mellemliggende periode.

**Det anbefales** desuden at afholde en temadag for samarbejdspartnere, hvor der fokuseres på forankring og synliggørelse af projekterfaringer. Formålet er, at signalere overfor samarbejdspartnere og potentielle samarbejdspartnere, at indsatsen fortsætter som del af kommunens sundhedsstrategi og sammen sætte fokus på nye mulige veje i samarbejdet for at optimere indsatsen overfor denne særligt socialt udsatte borgergruppe.

**Det anbefales** videre også at oprette en koordinator/tovholder for det tværfaglige samarbejde som led i forankringen. Erfaringerne fra projektperioden viser, at denne tværfaglige og tværsektorielle del ikke kører af sig selv, men kræver vedvarende facilitering og løbende fokus, hvis en reel nytteværdi skal tilvejebringes. Der er brug for en ansvarlig til at koordinere møder med forskellige samarbejdspartnere, indkalde fagpersoner ad hoc, planlægge temadage o.l. Et samarbejde med den strategiske sundhedskonsulent i kommunen vedrørende sundhedsstrategien kan ligeledes varetages af en sådan koordinator.

**Det anbefales**, at klubmedarbejderne også viderefører den statistiske del af projektet med optællinger af antal deltagere i aktiviteterne, gennemførelsesgrad af målsætninger i sundhedsplanerne mv. Der vil fortsat være brug for, at Klubben synliggør indsatsen overfor omverdenen og fremlægger resultaterne af indsatsen for at øge sandsynligheden for også længere frem i tiden at forblive på driftsbudgettet.

**Det anbefales** afslutningsvist, at klubmedarbejderne klædes yderligere på ift sundhed eksempelvis via kurser i sundhedsfaglige områder – fx ernæring, motion, idræt e.l.

# 3.

## "Mange bække små..."

### Resultater under Fokusområde 1 – lærings- og metodemæt

#### 3.1 Indledning

Fokusområdet *"Sundhedsmotivation via tilknytning til det kendte miljø"* udgøres af to indsatsområder: Sundhedsaktiviteter og individuelle sundhedsplaner. I hele projektperioden har projektmedarbejderne iværksat en lang række sundhedsaktiviteter for Klubbens brugere, der samlet sigter på at fremme deltagernes sociale, mentale og fysiske sundhed. Hertil har projektmedarbejderne udarbejdet individuelle sundhedsplaner indeholdende målsætninger omkring sundhed for den enkelte bruger.

Under hele projektperioden er der opstillet følgende målsætninger og succeskriterier for fokusområde 1<sup>5</sup>:

- \* At der udarbejdes og iværksættes individuelle sundhedsplaner for minimum 30 brugere i samarbejde med personalet.
- \* At sundhedstilstanden og motivationen/evnen til at drage egenomsorg ift sundhed forbedres for mindst 10 deltagere.
- \* At afvikle kontinuerlige sundhedsfremmende aktiviteter med en vis og konstant tilslutning.
- \* At have faste aktiviteter mindst 2 gange om ugen.

I det følgende gøres status over målopfyldelsen for første fokusområde i hele projektperioden frem til november 2011. Kapitlet sammenfatter hertil erfaringerne fra første og anden evalueringsrunde omkring lærings- og metodemæt for samlet at belyse brugernes udviklingsproces og den metodiske læring, der er skabt gennem hele projektet.

#### Det åbne sundhedsbegreb

Inden præsentation og gennemgang af projektets resultater er det hensigtsmæssigt at præsentere den sundhedsdefinition, som projektmedarbejderne har arbejdet med. Gennem hele projektperioden har medarbejderne løbende arbejdet med forståelsen af begrebet sundhed som en del af projektets metodeudvikling. De har formuleret et sundhedsbegreb, der fokuserer på dialogen mellem medarbejder og bruger, nemlig *"Det åbne sundhedsbegreb"*, der sætter forståelsen af sundhed ind i en subjektiv sammenhæng, hvor den enkelte definerer, hvad der er sundhed for vedkommende selv. Begrebet er defineret af Steen Wackenhause og beskrives som

---

<sup>5</sup> De listede målsætninger og succeskriterier er opstillet på baggrund af projektbeskrivelsen samt på baggrund af gruppeinterviewet med projektleder og 2 projektmedarbejdere i forbindelse med udarbejdelse af første evalueringsnotat i april 2010.

*”...evnen til at indfri mål, og det, som afgør graden af subjektets sundhed – kvaliteten af generaliseret handlekapacitet – er relationsforholdet mellem subjektets mål, dets livsbetingelser og dets subjektbundne handlefærdigheder”.*

I sundhedsfremmende praksis betyder det, at individet selv skal afklare egne mål og værdier, og at den professionelle skal hjælpe i denne proces ved at identificere og styrke ressourcer hos den enkelte selv. Ud fra det åbne sundhedsbegreb defineres sundhed som individets evne til at kunne indfri egne ægte mål ud fra egne handlekompetencer og livsbetingelser<sup>6</sup>.

Projektmedarbejdernes valg af konkrete arbejdsmetoder og ideologiske tilgange sættes således i relation til dette begreb, jf. afsnit 3.4.

I pagt med denne filosofi har projektmedarbejderne spurgt til brugernes forståelse af sundhed og ladet dette være styrende for valg af sundhedsaktiviteter og fokuspunkter i de individuelle sundhedsplaner. Brugernes sundhedsbegreb har vist sig at indeholde **fysisk, mental, social og socioøkonomisk sundhed** og har konkret fokuseret på følgende aspekter:

- \* Kontakt til det etablerede sundhedssystem
- \* Socialt samvær
- \* Socioøkonomiske vilkår
- \* Sund kost
- \* Motion

Gennem projektet er det blevet tydeligt, at det især er den sociale sundhed der vægtes af brugerne og giver dem overskud og øget livskvalitet. Når sund kost og motion prioriteres, er det som middel mod et mål, der ligger inden for den sociale sundhed – at man eksempelvis spiser god mad og dyrker motion *sammen med andre*, ligesom tandbehandling, som vi senere skal se, medfører mulighed for deltagelse i sociale aktiviteter.

Den socioøkonomiske sundhed har også vist sig særlig afgørende, idet flere brugere gennem projektet har fået styr på deres økonomi i samarbejde med bostøtten eller opnået bedre kontakt til offentlige myndigheder eksempelvis omkring støtte til tandbehandling eller rettigheder og muligheder omkring samvær med deres børn. Afklaring af sådanne forhold har vist sig at have afgørende betydning for flere brugere, idet deres bekymringer er blevet fjernet og erstattet med overskud til at fokusere på andre ting, herunder især på deltagelse i projektets aktiviteter.

Overordnet kan det konkluderes, at brugerne lægger størst vægt på den sociale sundhed, hvilket også ses afspejlet i projektets valg af sundhedsaktiviteter samt i sundhedsplanerne. I det følgende beskrives aktiviteter og planer samt effekten af disse.

## 3.2 Sundhedsaktiviteter med socialt sigte

Gennem hele projektperioden har projektmedarbejderne udbudt en bred vifte af sundhedsaktiviteter, som afspejler såvel en bredde ift sundhedsbegrebet som et stort omfang af aktiviteter. Tilbuddene udvides løbende,

---

<sup>6</sup> Det foregående om ”Det åbne sundhedsbegreb” er skrevet på baggrund af notat udarbejdet af projektlederen samt sitet [www.bevaegelse.dk](http://www.bevaegelse.dk)



og der er pt. ligeledes andre og nye aktiviteter i støbeskeen. Skema 3 herunder viser i oversigtsform alle de aktiviteter, der i projektperioden frem til november 2011 har været udbudt.

**Skema 3: Udbudte sundhedsaktiviteter fordelt på type<sup>7</sup>.**

Socialt samvær / ture	Motion	Kost	Behandling/sygepleje
Deltagelse i UL (Udsatte Legene)	Svømning hver fredag 10.30-12	Fælles morgenmad hver dag	Nada – øreakupunktur (ved projektsygeplejersken)
Besøg på Louisiana	Styrketræning hver fredag 10.30-12	Fællesspisning hver torsdag	Sårbehandling (ved projektsygeplejersken)
Set fodboldkamp m. spisning	Badminton hver mandag 10-12.30	Uddeling af vitaminer	Fodbehandling (ved fodterapeut)
Fisketure	Kanoture	Madpakker ved ture ud af huset	Influenzavaccinationer
Gåture til havnen med fiskeri fra kutter	Vandreture		Urinprøver
Koncerter	Bordtennis		Rygestop kursus
Billardturnering	Julestævne i Fredericia		Tur til Kosmetologskole
Zoologisk have	Store-livsglæde dag		Tandbørster og -pasta tilgængeligt alle hverdage
Kronborg Marchen	Frisbee-golf i Smørhullet		Førstehjælpskursus ved Dansk Røde Kors
Bankospil med gaver	Gokart tur		
Julefrokost og – arrangementer	Sportsstævne i Valby ved IDVI		
Nytårsarrangement	Regionale mesterskab i billard		
Tur til Frilandsmuseet	Yoga		
Paintball			
Wellness tur for kvinder			
Kullen-tur			
Fastelavnsarrangement			
Brugernes Bazar i Odense			
Cykeltur til Hammermøllen			
Kanotur			
Besøg på Teknisk Museum			
Koncert med Sort Sol på Kulturværftet			
Tur til Lejre			
Tur til Kronborg			

<sup>7</sup> Fællesspisning og fælles morgenmad er tilbud, der har eksisteret i Klubben længe og er således ikke udbudte aktiviteter som følge af projektet. Også sociale ture ud af huset har altid været på programmet, dog væsentligt færre i omfang. Alle aktiviteter er medregnet her, fordi de er integreret i projektet som en del af ideen bag "sundhedsmotivation via tilknytning til det kendte miljø" og har betydning for brugernes sundhedstilstand og udvikling generelt.

Skemaet viser, at projektmedarbejderne i valg af aktiviteter især har vægtet den sociale sundhed med socialt samvær og netværksskabelse, hvilket vurderes som en hensigtsmæssig prioritering, netop fordi brugerne selv anser det sociale aspekt som det allervigtigste. Der er forskel på, hvilke brugere der benytter sig af de forskellige aktivitetstyper – nogle deltager udelukkende i turene ud af huset, andre kun i de faste ugentlige aktiviteter og andre igen benytter sig overvejende af tilbuddene fra sygeplejersken. Evalueringen af projektet vidner om stor tilfredshed med tilbuddenes art og mængde, og opgørelser over deltagelsesgraden viser ligeledes, at der har været stor tilslutning til aktiviteterne:

- 91 brugere har indtil november 2011 deltaget i én eller flere af de ovenfor listede sundhedsfremmende aktiviteter
- 15-18 brugere har deltaget regelmæssigt i de ugentlige aktiviteter, dvs. ca. én gang ugentligt over en længere periode på minimum 3 måneder.

Af de 91 brugere har 35 en sundhedsplan, hvor deltagelse i sundhedsaktiviteter indgår som en målsætning. De 15-18 brugere, som har deltaget regelmæssigt, er alle brugere med deltagelse i aktiviteterne som en del af deres sundhedsplan.

Som også illustreret i sidste evaluering nedslag benytter ca. 120 borgere sig af værestedet på årsplan, hvilket sammenholdt med tilslutningen til sundhedsaktiviteterne giver en deltagelsesgrad i projektet på 76 pct. for brugere, der har deltaget i én eller flere aktiviteter i hele perioden og 13-15 pct. for brugere, der deltager regelmæssigt. Denne tilslutning vurderes fortsat som ganske høj, både fordi den faste kerne af brugere af værestedet udgør ca. 65 borgere, og fordi der er tale om en målgruppe, der består af nogle af de mest udsatte borgere i samfundet. Det er lykket projektmedarbejderne at motivere brugerne til at deltage og tænke sundhed, hvilket især vurderes at hænge sammen med de anvendte metoder, som gennemgås senere i dette kapitel.

I skemaet herunder ses tilslutningen til et udsnit af de aktiviteter, der udbydes et par gange om måneden, og som har et socialt islæt:

**Skema 4: Tilslutningen til udflugter.**

Aktivitet	Antal deltagere
Brugernes Bazar	8
Sportsstævne i Valby	8
Kanotur	4
Tur til Teknisk Museum	5
Sportsstævne i Valby ved IDVI	8
Regionale mesterskab i billard	4
Førstehjælpskursus	6
Koncert med Sort Sol	24
Tur til Lejre	3
Tur til Kronborg	21
Frokost på LO-skolen	31
Store Livsglæde Dag	46

Kilde: mhtconsult på baggrund af optællinger fra projektleder over deltagelse i aktiviteter siden sidste nedslag.

En af projektets målsætninger er som nævnt at *afvikle kontinuerlige sundhedsfremmende aktiviteter med en vis og konstant tilslutning*. Evaluatoren vurderer denne målsætning som opfyldt gennem hele projektperioden – både pga. den store tilslutning, og fordi der minimum to gange månedligt tilbydes ture ud af huset.

Derforuden er målsætningen om at *have faste aktiviteter mindst 2 gange om ugen* også opfyldt, idet der i hele projektperioden har været tilbudt følgende ugentligt:

- Badminton og/eller bordtennis hver mandag. I sommerperioden anden udendørs aktivitet
- Svømning og styrketræning i Helsingør Svømmehal hver fredag
- Uddeling af vitaminer én gang om ugen
- Træffetid hos sygeplejersken tirsdag og torsdag
- NADA ved sygeplejersken hver torsdag

Hertil har der siden slut oktober været tilbud om yoga, som afholdes i sundhedsrummet i Klubben af en tidligere bruger af værestedet, som er kommet på fode.

Tilslutningen til de ugentlige aktiviteter ses af skema 5:

**Skema 5: Det gennemsnitlige antal deltagere i de ugentlige aktiviteter.**

Aktivitet		Antal deltagere i gennemsnit
Mandag	Badminton (vinterhalvåret)	1 ugentligt
	Billardturnering, backgammon eller bordcurling	10 ugentligt
	Udendørs aktivitet (sommerhalvåret)	10 ugentligt
Tirsdag	Yoga	2 ugentligt
Tirsdag og torsdag	Sygeplejersken træffes	1 ugentligt (med behov for sårbehandling eller har andre sygeplejerelevante spørgsmål)
Torsdag	NADA (øreakupunktur) ved sygeplejersken	12-14 brugere i alt i projektperioden
	Uddeling af vitaminer ved sygeplejersken	20 ugentligt
Fredag	Svømning og styrketræning	5 ugentligt

Kilde: mhtconsult på baggrund af optællinger foretaget og udleveret af projektledelsen.

Desuden tilbydes som nævnt i foregående evalueringsnotat fodpleje hver 6. uge, som 10 brugere i gennemsnit benytter sig af. Tallene udgør et gennemsnit og dækker over til tider store variationer. Således deltager 10 nogle gange i svømningen og andre gange 3. Som tidligere omtalt har badminton om mandagen af forskellige årsager haft en konstant lav deltagelse, hvorfor personalet nu har besluttet at tage dette af programmet. I stedet har de indgået aftale med byens bowlingcenter og kan i fremtiden tilbyde bowling hver tirsdag. Forventningen er, at denne aktivitet vil tiltrække ca. 8 brugere. Tilbuddet om yoga har også haft lav tilslutning, og forventningen er, at dette tages af planen inden længe.

I hele projektperioden er der løbende kommet nye aktivitetstyper til, og pt. er der planer om at oprette et cykelværksted på Klubben. Ved sidste evalueringsnedslag havde projektet købt et antal cykler, som siden er brugt til cykelture, men tanken var netop også at brugerne kunne vedligeholde og istandsætte cyklerne selv. Denne del er dog lidt mere omfattende at iværksætte, idet Klubben mangler faciliteterne hertil og dermed er nødsaget til at bygge om. Også en petanque bane var på tegnebrættet ved sidste evalueringsnedslag, og her har Klubben siden sidst opnået tilladelse til etableringen.

## Sundhedsaktiviteternes effekt

I såvel første som anden evalueringsrunde blev brugere og projektmedarbejdere bedt om at vurdere sundhedsaktiviteternes effekt, og udtalelserne i begge runder vidner om en lang række positive effekter, der samlet dækker hele det brede sundhedsbegreb. Også dataindsamlingen til nærværende slutevaluering støtter dette billede af effekterne, som opsamlende for hele projektperioden udgøres af følgende:

### *Øget fokus på sundhed*

Gennem projektet er det lykket at få brugerne til at tænke sundhed i det daglige, hvilket blandt andet kommer til udtryk i brugernes samtaler med hinanden og ønsker til fremtidige aktiviteter. Samlet har evalueringen vist, at brugerne ser muligheder for at få et sundere liv og kan tænke sundhed i den brede forståelse. Det er personalets vurdering, at det med projektet er lykket at fjerne en del af tabuet omkring sundhed og sygdom for denne gruppe.

### *Anerkendelse – om at komme på landkortet*

Projektet og de medfølgende midler og fokus har medført, at brugerne føler sig anerkendt, fordi samfundet har rakt dem en hånd og taget dem seriøst som en befolkningsgruppe, der skal prioriteres. De oplever at "være kommet på landkortet" ift kommunen og politikerne, som er blevet opmærksomme på dem som gruppe, hvilket driftsbevillingen ligeledes bekræfter og forstærker yderligere.

### *Social sundhed – øget sammenhold og netværk*

Øget sammenhold både brugerne imellem og mellem brugere og personale er ligeledes en gennemgående effekt af projektet. Projektaktiviteterne har givet brugerne noget nyt og mere positivt som fællesnævner frem for deres misbrug. De har fået fælles oplevelser, som de efterfølgende kan snakke om og etablere relationer på baggrund af, hvilket ligeledes gælder for deres relation med personalet. Disse fælles oplevelser har medført øget sammenhold og en følelse af at tilhøre en familie – deres sociale sundhed er blevet øget.

### *Fysisk og mental sundhed*

Gennem deltagelse i sundhedsaktiviteterne i projektet har flere brugere oplevet øget energi samt et gladere og mere positivt sind. De fysiske aktiviteter giver en velværsfølelse i kroppen samt noget at tage sig til og stå op til om morgenen. Ofte er ensomhed og kedsomhed ensbetydende med et øget forbrug af stoffer eller alkohol, og her har projektets aktiviteter medført nedsat forbrug efter udførelse af de fysiske aktiviteter. Også sygeplejerskens tilbud om NADA har for fleres vedkommende medvirket til nedsat forbrug, ligesom sygeplejersken har medvirket til at afværge flere brugeres unødige bekymringer omkring deres helbredstilstand eller fået brugere i behandling hurtigt, hvis det har været påkrævet. Netop helbredstilstand er noget, som brugerne kan bekymre sig om i lang tid, før de af sig selv går til egen læge. Hertil kommer, at især alkoholikerne gennem projektet har mærket en fysisk bedring ved motionen og vitaminerne i form af bedre balance og fjernelse af føleforstyrrelser i hænder og fødder.

### *Øget trivsel*

De tilførte projektmidler har i hele projektperioden medført, at det har været muligt dagligt at være 3 medarbejdere på arbejde i Klubben samtidigt frem for de tidligere 2. Det har bl.a. betydet, at personalet står mere til rådighed over for brugerne, opnår en bedre kontakt til den enkelte, samt at flere "øjne ser", hvis der opstår konflikter, ligesom flere hænder kan gribe ind. I kombination med klarere regler for god opførsel og uddeling af karantæne har dette medført en større tryghed blandt brugerne ved at komme på værestedet. Når der er flere medarbejdere på arbejde opdages flere konflikter, og en tæt kontakt og opfølgning på den enkelte bliver mulig. Evalueringen vidner om, at dette har medført øget trivsel blandt brugerne, hvilket vurderes at være af afgørende betydning for brugernes udbytte af de øvrige aktiviteter.

### ***Øget egenomsorg og omsorg for andre***

Evalueringsrunderne peger på, at brugerne i kraft af projektet i højere grad drager omsorg for hinanden. Det ses blandt andet i en bedre omgangstone blandt brugerne og opfordringer til hinanden om at deltage og spise sundere. Projektledelsen fortæller, at brugerne i højere grad er begyndt at støtte hinanden og hive hinanden op, hvis en bruger er "nede i kulkælder", hvilket vurderes som en ny tendens. Aktiviteterne har givet et positivt fælles tredje at være sammen om. Også brugernes egenomsorg er forbedret, idet de nu i højere grad er opsøgende og efterspørger hjælp fra personalet, som med de tilførte ressourcer kan hjælpe dem hele vejen – en afgørende motivator for brugerne. Eksempelvis er nogle brugere begyndt selv at lave lægeaftaler og aftaler med tandlæge udenom medarbejderne, fordi de har fået positive oplevelser med disse og derfor selv tør at tage kontakt og ikke mindst kan overskue det. Et andet eksempel er en bruger, der står overfor at blive boligløs om en måned. Her er det normen, at brugerne først henvender sig, når de står på gaden, men denne bruger har kontaktet personalet om sin situation en måned i forvejen, jf. også afsnit 3.4 om metodetemaet.

### ***Communitypsykologiske virkninger***

De nævnte effekter af sundhedsaktiviteterne som netop beskrevet peger samlet på virkninger af projektet, der kan beskrives som *communitypsykologisk* arbejde. Communitypsykologisk arbejde handler om at etablere fællesskaber, der fremmer mental sundhed. Det tilvejebringes ved at fremme deltagerstyrede processer, hvor de ressourcer, som allerede findes i gruppen, anvendes i en videre fælles udviklingsproces. Som fremhævet i det foregående virker aktiviteter, arrangementer og ture under projektet fællesskabsopbyggende og styrker gruppens potentiale til at løse konflikter. At være fælles om aktiviteter og opbygge en fortælling som gruppe med en historie og fælles erfaringer styrker de interpersonelle og sociale relationer. Eksempelvis er det projektledelsens oplevelse, at brugerne er blevet mere bevidste om sig selv som gruppe. De deltager aktivt i brugermøder, stiller krav og forslag til aktiviteter og udviser i det hele taget et stort engagement – vel at mærke i en god og ordentlig tone, hvor der er lydhørhed over for hinanden, også selvom man ikke er enige. Dette opleves som en ny tendens og som en effekt af projektet, hvor brugerne som gruppe sammen stiller krav – fordi der er nogen, der lytter, og det nytter.

### ***Bedre arbejdsvilkår for medarbejderne***

Som allerede nævnt har projektmidlerne muliggjort en daglig bemanding på 3 medarbejdere i stedet for de tidligere 2, hvilket har medført bedre arbejdsvilkår for medarbejderne. Klubbens brugergruppe taget i betragtning kan medarbejderne ofte befinde sig i konfliktfyldte situationer og være presset, både i det daglige og eksempelvis på ture med overnatning. Derfor har den ressourcemæssige facilitering af alle former for aktiviteter og metodisk praksis, som virker til at fremme social værdi, positive relationer og potentiale til konfliktløsning overordentlig stor betydning for medarbejdernes arbejdsfelt og arbejdsvilkår. De bedre vilkår for medarbejderne har også gunstig betydning for brugerne og for samfundet som helhed, fordi brugerne ellers ville befinde sig i det offentlige rum og dermed øge sandsynligheden for også at flytte en problematisk adfærd ud i det offentlige rum. Ressourcetilførslen har således betydet trygtere rammer for medarbejdere, brugere og samfundet som helhed.

Som belyst i anden evalueringsrapport for projektet er brugergruppen i projektperioden af forskellige årsager udvidet med 10-15 brugere, således at der dagligt er 35-45 brugere på samme tid i Klubben. Derfor blev det anbefalet at afsøge mulighederne for at bibeholde den tredje medarbejder efter projektafslutning, hvilket med budgetbevillingen fra Helsingør Kommune nu er muliggjort.

### ***En indsats, der betaler sig? – et samfundsøkonomisk perspektiv***

Som et ekstra led i evalueringen var det oprindeligt tanken at indlægge et samfundsperspektiv til belysning af projektets effekt i et bredt samfundsøkonomisk perspektiv – hvad er omkostningerne eksempelvis, hvis en indsats, som den Klubben har gennemført, bortprioriteres? For at opstille større samfundsøkonomiske analy-

ser kræves skarpe økonomer, hvorfor evalueringsteamet vil undlade at begive sig ud i denne kunst. Men i samarbejde med projektledelsen er det forsøgt synliggjort, hvad indsatsen og et tæt samarbejde med kommunens øvrige instanser kunne medføre af ressourcebesparelser. Følgende punkter vil muligvis være en samfundsøkonomisk gevinst af indsatsen og et øget samarbejde:

- Færre udsættelser af bolig
- Færre reetablering af bolig
- Besparelser i politiindsatsen pga. færre voldsepisoder
- Færre hospitalsindlæggelser pga. øget sundhedstilstand
- Færre retssager og deraf besparelser blandt domstole, advokater mv.
- Færre kontanthjælpsansøgninger "forfra"
- Mindre dobbeltarbejde blandt medarbejdere med kontakt til samme brugergruppe
- Bedre arbejdsmiljø for kommunens ansatte

Disse punkter er dog baseret på projektledelsens erfaringer og evalueringens kvalitative effektanalyser og ikke på konkrete tal og økonomiske beregninger. Som led i kommunens nylancerede sundhedsstrategi "*Forebyggelse af social ulighed i sundhed – strategi 2010-2015*" vil det være interessant at arbejde videre med egentlige etiske regnskaber omkring indsatsen for at synliggøre en art "cost-benefit".

### 3.3 Sundhedsplanerne – om arbejdet med at indfri mål

Individuelle sundhedsplaner har udgjort "andet ben" af indsatsen under fokusområde 1. Planernes omdrejningspunkter relateres til det åbne sundhedsbegreb og fokuserer således på, hvad brugerne opfatter som sundhed for dem. Dette har i hele projektperioden haft en gunstig effekt på brugernes motivation og harmonerer fuldt ud med de valgte metoder i projektet, jf. næste afsnit. Med denne tilgang har projektmedarbejderne kunnet behandle forhold, som ikke umiddelbart forekommer at være sundhedsrelaterede (eksempelvis økonomiske forhold), men som har spændt ben for en brugers motivation for at deltage i andre sundhedsfremmende aktiviteter.

Sundhedsplanerne udarbejdes ud fra et spørgeskema, som projektmedarbejderne har udformet til indkredsning af realistiske indsatsområder for den enkelte, jf. bilag 1. Målsætningen er, at *der i hele projektperioden udarbejdes og iværksættes individuelle sundhedsplaner for minimum 30 brugere i samarbejde med personalet.*

I hele projektperioden har 35 brugere taget imod tilbuddet om at få en sundhedsplan<sup>8</sup>. Det kan derfor konkluderes, at projektets målsætning omkring udarbejdelse og iværksættelse af sundhedsplaner er nået. Ved sidste evalueringssnedslag var der udarbejdet 33 sundhedsplaner, hvilket viser, at der i perioden april-november 2011 ikke er iværksat mere end 2 nye sundhedsplaner. Dette skyldes, at projektet koncentrerede sig om at afslutte planerne og de søsatte målsætninger på en tilfredsstillende måde for brugerne, idet projektets fremtid ikke var afklaret. Med tilkendelse af driftsmidler fra februar 2012 er det igen relevant at oprette nye sundhedsplaner for interesserede, hvorfor dette arbejde er genoptaget.

Pr. 22. november 2011 er 15 sundhedsplaner af de 35 afsluttet, 15 er fortsat aktive, mens 5 er hvilende pga. fængsling eller udeblivelse.

---

<sup>8</sup> For eksempel på sundhedsplan se bilag 2.

I pagt med Det åbne sundhedsbegreb er sundhedsplanerne blevet udarbejdet ud fra brugernes ønsker om forandring set i et sundhedsperspektiv. I praksis betyder det, at brugerne i samarbejde med medarbejderne har afgjort, hvad de ønsker at arbejde med. Indholdet i planerne viser derfor, hvad brugerne angiver som betydningsfuldt for deres sundhed. Disse ønsker udgøres fortsat af følgende overordnede kategorier, som det også var tilfældet ved sidste evalueringsnedslag:

- \* Kontakt til det etablerede sundhedssystem
- \* Deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter
- \* Økonomi
- \* Afklaring ift arbejdsmarkedet
- \* Boligforhold

Skema 6 viser fordelingen af brugernes målsætning indenfor disse områder:

**Skema 6: Fordeling af brugernes målsætninger i sundhedsplanerne.**

Område	Antal med dette mål	Opnået / i gang
<b>Kontakt til det etablerede sundhedssystem</b> 20 kontakt til tandlæge 16 sundhedstjek hos egen læge 8 kontakt til Misbrugscenteret	44	Tandbehandling: 14 gennemført 2 i gang 4 er endnu ikke kommet i gang  Sundhedstjek: 12 gennemført  Misbrugscenter: 4 har kontakt
<b>Deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter</b>	35	35 har deltaget
<b>Økonomi</b>	9	8 er udredt 1 i gang
<b>Afklaring ift arbejdsmarkedet</b>	10	2 gennemført 6 i gang 2 påbegyndes i 2012
<b>Boligforhold</b>	6	6 har fået bolig

Kilde: mhtconsult på baggrund af notat fra projektlederen.

## Kontakt til det etablerede sundhedssystem

### Tandbehandling

Som det fremgår af skema 6, har der i forbindelse med de individuelle sundhedsplaner gennem hele projektforløbet været stort fokus på tandbehandling, idet brugernes tandstatus generelt er meget dårlig. Dårlige tænder har stor betydning for den enkeltes evne til at indtage almindelig kost samt for deres fysiske og psykiske velvære generelt. Fysisk, fordi flere har tandsmerter og andre fysiske lidelser som følge af tandinfektioner – psykisk, fordi de af kosmetiske årsager har det dårligt med sig selv og ikke har lyst til at deltage i sociale fællesskaber. Derfor har dårlig tandstatus stor indvirkning på brugernes sundhedstilstand i bred forstand.

Som belyst i de foregående evalueringsnedslag er årsagerne til, at brugerne ikke får behandlet deres tænder, dels tandlægeskræk og dels økonomi. Som led i behandling af tandlægeskræk har projektmedarbejderne fået etableret gode samarbejdsrelationer med tre forskellige tandlægeklinikker, som er særligt gode til at håndtere

og imødekomme denne målgruppe, jf. næste kapitel om samarbejdsrelationer, og således undgå at brugerne udvander fra aftaler eller helt bliver væk. Herigennem er det lykket at få gennemført tandbehandlingen for flere brugere med stærk tandlægeskræk – bl.a. fordi det har været muligt at lægge nogle af brugerne i fuld narkose.

Det er dog økonomidelen, der udgør den største barriere for brugerne som illustreret gennem hele evalueringen af projektet. Tandlægeregningen kan for flere brugeres vedkommende beløbe sig på omkring 10.000 – 25.000 kr. – beløb, som brugerne ikke har mulighed for selv at betale. I henhold til § 81 i *Lov om aktiv socialpolitik* kan brugerne søge om økonomisk støtte til enkeltudgifter fra kommunen til betalingen:

*”Kommunen kan yde hjælp til rimeligt begrundede enkeltudgifter til en person, som har været ude for ændringer i sine forhold, hvis den pågældendes egen afholdelse af udgifterne i afgørende grad vil vanskeliggøre den pågældendes og familiens muligheder for at klare sig selv i fremtiden. Hjælpen kan normalt kun ydes, hvis udgiften er opstået som følge af behov, der ikke har kunnet forudses. Kommunen kan dog efter en konkret vurdering undtagelsesvis yde hjælp til en udgift, der har kunnet forudses, hvis afholdelsen af udgiften er af helt afgørende betydning for den pågældendes eller familiens livsførelse”*

Kilde: *Hjælp i særlige tilfælde – enkeltudgifter* i Lov om aktiv socialpolitik, kapitel 10, § 81 <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=127214#K10>

Ifølge en samarbejdspartner i Helsingør Kommunes Ydelsescenter er det dog for flere af klubbens brugere ikke muligt at bevilge økonomisk støtte ud fra denne paragraf, idet brugerne ”på papiret” har tilstrækkelige økonomiske midler:

*”Uanset de gode intentioner kan jeg ikke bare bevilge, selvom jeg gerne vil. Brugere har penge på papiret, men ikke i praksis, men på papiret har de faktisk penge til at lave en afdragsordning, men det kan de så ikke finde ud af, og vi må ikke gøre det for dem. Det bremser det hele, og det er frustrerende (...) Vi havde håbet, at vi kunne betale for dem og så trække dem i deres kontanthjælp, men det må vi ikke. Det er ulovligt. Vi ville lægge ud for dem, og så kunne de betale tilbage i rater”* (citater fra interview med samarbejdspartner i Ydelsescenteret).

Som fremstillet i sidste evalueringsrapport eksisterer der andre regler for brugere med pensioniststatus, hvorfor disse kan indgå aftale om afdragsordninger, der betyder, at den månedlige afbetaling for den enkelte andrager ca. 500 kr. Denne løsning har haft afgørende betydning for gennemførelsen af tandbehandlingen for en stor del af de pensionister, der har ønsket denne som del af deres sundhedsplan. Denne mulighed har kontanthjælpsmodtagerne ikke jf. ovenstående citat, hvilket betyder, at de skal betale deres andel af regningen med det samme – alternativt selv lave en afdragsordning, hvilket de både ifølge projektmedarbejderne og ydelsescenteret dog ikke er i stand til. Her tages ikke højde for, at denne borgergruppe, som er misbrugere og socialt udsatte, ikke selv er i stand til at administrere deres økonomi på en hensigtsmæssig måde, der bevirker, at ”praksis” ikke stemmer overens med ”teori”.

Det må konkluderes at have en yderst uheldig konsekvens for kontanthjælpsmodtagerne, idet tandbehandlingen således for fleres vedkommende ikke gennemføres, og den sundhedsmæssige gevinst dermed udebliver. Således har omkring 90 pct. af pensionisterne med tandbehandling som del af deres sundhedsplan gennemført eller er i gang med tandbehandling, mens det tilsvarende for kontanthjælpsmodtagerne drejer sig om ca. 10 pct., der har gennemført eller er i gang med behandling. Projektmedarbejderne har jf. næste kapitel afholdt møder med ledelsen af Ydelsescenteret for at undersøge mulighederne for dispensation, men uden held.



En anbefaling kan her være at forsøge at rejse problemstillingen politisk i kommunen og herigennem afsøge dispensationsmulighederne. Set med lægmands øjne levner paragraffen mulighed for fortolkning, som bør afsøges. Det vil være yderst uheldigt at tabe denne gruppe socialt udsatte på gulvet, som det netop er lykkedes at motivere til at opstille målsætninger inden for sundhed. Samfundsøkonomisk kan det komme til at koste dyrt, hvis flere eksempelvis får følgesygdomme på grund af tandbetændelse eller bliver syge som følge af fejlernæring – forhold, der i mere eller mindre alvorlig grad gør sig gældende for flere brugere. De brugere, der har gennemført behandlingen, udtaler netop, at de nu kan spise anderledes og "har fået et flot smil" – forhold, der begge indikerer bedring omkring både fysisk, mental og social sundhed.

I tilgift til denne problematik er der siden sidste evalueringssnedslag tilstødt yderligere forhindringer for brugernes mulighed for at modtage tandbehandling, idet der som ny praksis på området stilles krav om betaling af tandlægens overslag umiddelbart efter konsultationen. Det betyder, at brugerne ikke længere kan få en vurdering af deres tænder, og hvilken tandbehandling de har behov for, uden ifølge projektmedarbejderne med det samme at skulle betale et beløb på omkring 750 kr. Før var det praksis, at overslagsbetalingen blev indregnet i den samlede pris for hele tandbehandlingen og dermed betalt sammen med betalingen for udført tandbehandling. Ifølge projektledelsen er det en ny praksis fra tandlægenes side, men det er uvist af hvilke årsager, og hvorvidt det gælder alle borgere. Uanset årsag har det den konsekvens for sundhedsprojektets brugere, at de ikke får behandlet deres tænder. Ifølge klubmedarbejderne er "75 pct. af Klubbens brugere ikke i stand til at ryste op med 750 kr.". En medarbejder luftter muligheden for at lade sådanne overslag indgå som økonomisk støtte til almindelig tandbehandling, hvilket det klart må anbefales at undersøge nærmere.

Tandbehandling udgør et stort indsatsområde for denne brugergruppe og er afgørende for, hvorvidt de kan flytte sig på mange af de opstillede sundhedsparametre: Dårlig tandstatus er årsag til ringe kost, smerter og afledte fysiske lidelser samt manglende deltagelse i sociale sammenhænge. Ifølge projektlederen har omkring halvdelen af de projekter, der har opnået midler fra den samme pulje fra Servicestyrelsen, haft fokus på tandbehandling i et stort omfang, hvorfor det er en generel problemstilling, der bør adresseres systematisk og "oppefra": Hvilke muligheder og begrænsninger giver lovgivningen? Hvilke tiltag er nødvendige for målgruppen? Hvilke tiltag kan iværksættes? Hvilken indsats med hvilke retningslinjer kan skrues sammen for denne brugergruppe? Mv. Også Årsrapporten for udsatteområdet 2011 udgivet af Landsforeningen af VæreSteder og SVID viser, at særligt tandbehandling udgør en problemstilling for værestedsbrugere, som de ikke oplever at kunne få hjælp til at løse<sup>9</sup>. Problemstillingen er således landsdækkende.

Evalueringen har i tidligere rapporter pointeret det uheldige i disse juridiske forhindringer for gennemførelsen af projektet, eftersom projektet omhandler *lighed i sundhed*. Forhindringerne signalerer i stedet *ulighed i sundhed*, hvilket har bragt projektet i et dilemma: Der er bevilget midler fra statssiden til at bringe mere lighed i sundhed for udsatte grupper – men lovgivningen spænder samtidig ben for, at det for dette område bliver muligt. Med Helsingør Kommunes nylancerede sundhedsstrategi, der som den første kommune i landet har iværksat en samlet strategi med fokus på forebyggelse af ulighed i sundhed, er det med evaluators øjne en oplagt mulighed at tage denne problematik op som indsatsområde.

### Sundhedstjek og kontakt til egen læge

En stor del af projektets deltagere havde ved projektstart begrænset eller ingen kontakt med deres egen læge. En af projektets målsætninger har været at forbedre brugernes erfaringer med sundhedssystemet, herunder egen læge. 16 brugere har således ønsket en bedre kontakt samt et generelt sundhedstjek, enten af hel-

---

<sup>9</sup> I rapporten angiver 38 pct. tandbehandling som et problem, som de ikke kan få hjælp til at løse, og 40,2 pct. angiver "at blive mere sund" som en drøm for deres fremtid ("*Årsrapport for udsatteområdet – kladden til en ny forståelse*", Landsforeningen af VæreSteder & SVID, 2011).

bredsmæssige årsager eller som led i afklaring ift arbejdsmarkedet, hvor sagsbehandleren har brug for udtalelse fra egen læge.

12 af de 16 har ifølge projektmedarbejderne opnået en bedre kontakt til egen læge og gennemført et sundhedstjek, som har bevirket, at brugerne efterfølgende selv kontakter deres læge, når der opstår behov herfor. Projektmedarbejderne har i hele perioden udført en "gå-med-funktion" jf. næste afsnit, der i praksis betyder, at de er gået med til lægen, hvis brugeren har ønsket det samt har støttet og fulgt op i forbindelse med sundhedstjekkene. Det er således deres opfattelse, at dette arbejde har båret frugt – en opfattelse, som brugerinterviewene fra de foregående evalueringssnedslag ligeledes støtter op om. Sundhedstjekkene har hertil også fjernet unødige bekymringer hos den enkelte, som derefter har været i stand til at fokusere på andre ting. Afklaring omkring fysisk sundhed kan dermed bibringe mental sundhed i form af færre bekymringer. Indfrielse af projektets målsætningere omkring bedre kontakt til egen læge er således opnået.

### **Kontakt til Misbrugscenteret**

Som led i udarbejdelse af sundhedsplanerne har 8 brugere haft ønske om at komme i behandling for deres misbrug eller få et forbedret forhold til Helsingør Kommunes Misbrugscenter. 6 af disse har tidligere haft kontakt med centeret, men på nuværende tidspunkt har blot 2 en tilknytning. De 8 brugere, der ønsker kontakt til centeret, er stort set alle alkoholikere, som ønsker reel afrusning. Som også pointeret i sidste evalueringssnedslag kan centeret ikke tilbyde en sådan afrusning i første omgang, men i stedet give tilbud om deltagelse i en motivationsgruppe, hvorefter det senere kan blive muligt at få tilbud om afrusning. Klubbens brugere er dog fortsat ikke motiverede for deltagelse i motivationsgrupper, hvilket kan hænge sammen med uklare forventninger til sådanne grupper, og hvad det indebærer at deltage o.l. Klubbens nye samarbejde med Misbrugscenteret på et mere strategisk plan kan medvirke til at opklare sådanne uklarheder, og klæde klubmedarbejderne på til at motivere brugerne for sådanne tilbud, når medarbejderne kender centerets bevæggrunde samt indhold, form, virke mv. for grupperne.

I sidste evalueringssnotat fremgik det, at brugerne havde negative holdninger til Misbrugscenteret og generelt ikke følte centeret nyttigt. Siden sidst er det dog oplevelsen, at stemningen i brugergruppen er vendt – pt. florerer der ikke negative udsagn om centeret, og projektledelsens indtryk er, at samarbejdet bruger og Misbrugscenter imellem fungerer bedre. Det er uklart, hvorvidt dette skyldes det etablerede samarbejde mellem Klubben og Misbrugscenteret eller andre forhold. Eksempelvis fremhæver projektledelsen, at den negative holdning også skyldtes nedlæggelsen af tidligere praksis på området og tilkomsten af nye læger, som indførte ny medicin som erstatning for den, brugerne allerede kendte og var trykke ved. Således kan brugerne på nuværende tidspunkt blot have vænnet sig til den ny praksis.

### **Deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter**

Alle brugere med en sundhedsplan har haft et ønske om at fremme deres sundhed gennem sundhedsaktiviteter i Klubregi. Alle brugere, der har en sundhedsplan, har deltaget en eller flere gange i en sundhedsaktivitet, hvorfor det må konkluderes, at projektet har formået at få sundhedsaktiviteterne og sundhedsplanerne til at støtte op om hinanden og nået aktivitetsmålsætningerne i sundhedsplanerne. Via brugerinddragelse og de små skridts metode, jf. næste afsnit, har medarbejderne fået etableret relevante aktiviteter ud fra brugernes ønsker, ligesom det er lykket dem rent faktisk at motivere brugerne til at deltage.

### **Økonomi**

Som led i sundhedsplanerne har 9 brugere haft ønske om hjælp til økonomisk udredning. Ifølge projektmedarbejderne har deres økonomiske forhold fyldt relativt meget i deres bevidsthed og hindret dem i at sætte sig andre mål om forandring i relation til sundhed – en observation, der også fremkom i sidste evalueringssnedslags interview med brugere. Disse brugere har med undtagelse af en enkelt i projektperioden fået styr på

deres økonomi i samarbejde med deres bostøtte og en projektmedarbejder. Dette indsatsområde har således medvirket til at øge brugernes socioøkonomiske og mentale sundhed.

Årsrapporten for udsatteområdet viser hertil, at dette problem omkring økonomi og gæld fylder meget for værestedsbrugere. I rapporten ligger gæld øverst på listen over problemer, som brugerne oplever ikke at kunne få hjælp til (44,5 pct.), ligesom flest har ønske om at blive gældfri (46,2 pct.), når de spørges om, hvad de drømmer om i deres liv. Bekymring omkring økonomi udgør dermed en stor del af brugernes liv og er ligeledes som vist årsagen til den manglende tandbehandling.

### Afklaring ift arbejdsmarkedet

Som også beskrevet i sidste evalueringsrapport ønsker nogle af projektdeltagerne afklaring ift arbejdsmarkedet som del af deres sundhedsplan. 14 brugere med en sundhedsplan er på kontanthjælp, og her har 10 ønsket afklaring ift arbejdsmarkedet som del af planen. Denne afklaring handler om at finde ud af, hvorvidt brugerne skal have pension eller skal ud på arbejdsmarkedet. Størstedelen af de 10, der ønsker afklaring, foretrækker at få tildelt en pension, mens resten ikke er glad for pensionstanken, som de oplever, gør dem dårligere, end de er. De ønsker i stedet at få en uddannelse, hvilket én i projektperioden er påbegyndt.

Denne afklaring ift arbejdsmarkedet er dog en forvaltningsopgave, men projektmedarbejderne har i denne sammenhæng været behjælpelige med at tilvejebringe udredning omkring helbred og arbejdsevne i samarbejde med lægekoordinatoren, gå med brugerne til møder (gå-med-funktion), udarbejde funktionsbeskrivelser e.l. og generelt skubbe på ift kommunen, så der løbende foretages noget i brugernes sager. Projektmedarbejderne har således formået at agere en form for bindeled mellem de kommunale centre og bruger i dette udredningsarbejde, hvor der ikke sjældent kan opstå sammenstød mellem bruger og system. Indtil videre er 6 under udredning, 1 i job, 1 i jobtilbud, mens 2 forventes at påbegynde udredning i starten af 2012.

Også denne gang anbefales det at fortsætte dette arbejde i Klubregi, idet sidste evalueringsrapport viste, at brugerne er bekymrede for deres forsørgelsesgrundlag og i det hele taget den "aktiveringsbølge", som flere står midt i. Her har flere et stort behov for den hjælp, som klubpersonalet kan give dem, fordi de har svært ved at varetage egne interesser overfor de kommunale centre og i det hele taget kommunikere med sagsbehandlere og gennemskue lovgivning, rettigheder, pligter o.l. Det præger i høj grad brugernes hverdag, når de indgår i sådanne udredningsforløb, og det vurderes, at hjælp til en hurtigere og smidigere afklaring vil gavne brugernes mentale og socioøkonomiske sundhed.

I interviewrunden i forbindelse med dataindsamlingen til denne slutevaluering er der blandt andet gennemført interview med en sagsbehandler fra Jobcenteret. Herigennem blev det tydeligere, hvilke årsager der også ligger til grund for, at disse udredningsforløb omkring tildeling af pension bliver langvarige:

*"Jeg kan så ikke afklare ham, fordi han har et misbrug. Han kan ikke afklares ift psykiater pga. det misbrug. Han skal lægge sit misbrug på hylden i 3-6 måneder for at kunne lave en psykiatrisk afklaring, og det er helt urealistisk for ham. Så det strandede på det"* (citater fra interview med samarbejdspartner i Jobcenteret).

Den pågældende sagsbehandler luftter muligheden for, at brugeren med tiden kan få det så svært, at en pension kan tildeles af sociale årsager, men det er usikkert og kræver tilsyneladende et langvarigt forløb. Således eksisterer der ligeledes her juridiske forhindringer, der spænder ben for opnåelse af brugernes sundhedsmæssige målsætninger. Her må sagsbehandlerne holde sig til lovgivningen, og når det er sagt, er der flere af de sagsbehandlere, som projektet samarbejder med, der er meget imødekommende og forstående over for

brugernes livssituation og problemstillinger og forsøger at opstille de bedst mulige rammer inden for lovgivningen, jf. næste kapitel om samarbejdstemaet.

## Boligforhold

Ifølge projektmedarbejderne er Helsingør Kommune generelt gode til at finde bolig til hjemløse. De brugere, der gennem projektet har ønsket hjælp til at finde bolig, har af en eller anden årsag endnu ikke modtaget hjælp fra kommunen, men det er personalets vurdering, at disse også uden projektets eksistens med stor sandsynlighed ville have opnået egen bolig. Alle 6, der ønskede denne hjælp, har i projektperioden fået en bolig.

## Det åbne sundhedsbegreb – er målsætningerne nået?

Afslutningsvis kan det konkluderes, at det i høj grad er lykket projektmedarbejderne at støtte brugerne i at identificere og styrke deres egne ressourcer og evner til at sætte sig målsætninger. Det er lykkedes at motivere 35 brugere til at udarbejde en sundhedsplan med egne målsætninger, og med støtte fra personalet har brugerne fået gennemført flere af deres opstillede mål. Det er således lykket at motivere brugerne til at handle ud fra egne kompetencer og livsbetingelser.

Projektets tolkningsbare målsætning om *at forbedre sundhedstilstanden og motivationen/evnen til at drage egenomsorg ift sundhed for mindst 10 deltagere*, vurderes på baggrund af såvel sundhedsaktiviteternes effekt som succesen med udarbejdelse og gennemførelse af sundhedsplaner at være opfyldt. De nævnte effekter af projektet og den høje tilslutningsgrad indikerer, at projektet netop har bibragt øget sundhed i den brede forstand for en stor gruppe brugere samt øget deres evne til at drage omsorg for sig selv. Nedenstående citat fra projektledelsen illustrerer billedet af en brugergruppe, der har ændret udtryk og adfærdsformer:

*”Jeg kan give et eksempel, som jeg tror, er en afledt effekt af projektet. Da vi skulle til Odense, kom vi med en flok i bussen, og en flok kom fra et andet værested. Jeg synes, at jeg kunne se på vores folk, der har været en del af projektet, at de skilte sig ud. De var meget mere velfungerende – så sundere ud, ikke så påvirkede, mere soignerede, socialt velfungerende. De andre så syge ud. Beskidte, ikke velfungerende, meget påvirkede. I det store billede stor jeg virkelig, det har gjort en forskel. Deres omsorg for sig selv og hinanden er blevet meget udviklet. Og de kan selv lave nogle ting på tværs af klubben og uden for åbningstid. Spise sammen og gå til ting sammen. Der opstår venskaber og kontakter, der rækker ud over deres timer hernede. Det er faktisk et meget godt billede. Vi har samme kundekreds som dem. At se den forskel” (citat fra interview med projektledelsen).*

## 3.4 Når små skridt bliver til store – om projektets metoder

I forbindelse med slutevalueringen skal der samles op på projektets metodiske praksis og læring. I det følgende præsenteres projektets metodeteoretiske grundlag, som også fremstillet i første evalueringsrapport, efterfulgt af en vurdering af, hvorvidt og hvordan projektmedarbejderne i praksis arbejder ud fra metoderne.

Projektets overordnede metodiske tilgang består af *De Små Skridts Metode*<sup>10</sup>. Metoden tager sit udspring i værestedstanken – at støtte mennesker i den situation, de er i, og på deres helt egne betingelser:

*”De små skridts metode indebærer i bund og grund, at værestedernes tilgang til de enkelte brugere er personlig, individuel og fri for kategorisering, krav og målsætninger. Værestederne arbejder metodisk med at udvikle deres miljø, deres aktiviteter og deres brugerindflydelse. Samtidig opkvalificerer medarbejderne sig fagligt omkring brugernes problemstillinger, ligesom de arbejder målrettet med at skabe kontakter og bygge bro mellem værestederne, andre aktører på det sociale område og det omgivende samfund”* (citater fra ”De Små Skridts Metode – et stort skridt i den sociale indsats”, Landsforeningen af VæreSteder, marts 2009: 25).

En afgørende forskel mellem væresteder og andre institutioner i det sociale arbejde er, at kontakten mellem bruger og personale aldrig er formaliseret – der er ikke tale om et klientforhold. Værestedernes indsats er i højere grad rettet mod at skabe et miljø, hvori brugerne kan skabe og udvikle mangesidede kontakter og relationer. Kernen er at skabe et frirum, der giver brugerne adgang til en social træning, mens brugernes egen motivation til at indgå heri udgør grundlaget – og gør de små skridt mulige.

Metodens hovedtræk er fremstillet i skemaet herunder:

#### Skema 6: De Små Skridts Metode: Hvad, hvorfor og hvordan?

<b>Hvad</b>	Metoden er holistisk, personlig, individuel og fri for diagnosticering og kategorisering. Metoden er et opgør med den ensidige fokusering på de store skridt i det etablerede sociale og politiske system – eksempelvis fra stofafhængig til stoffri, fra arbejdsløs til aktivering og job eller fra hjemløs til fast bolig. Så store skridt kommer af en vellykket social indsats, der har øje for vedvarende og kompliceret arbejde med netop at skabe små skridt, som er en forudsætning for store skridt – fx at tage et bad, vaske sit tøj, spise mad, sige hej og farvel, blive set og anerkendt, at opleve respekt, deltage i sociale fællesaktiviteter. De små skridt er de ofte usynlige udviklinger, der foregår blandt socialt udsatte mennesker, der bruger værestederne. Metoden er resultatet af processer, der sker i den enkelte, når de får lov at være sig selv – den giver dem chancen for at komme til sig selv og blive sig selv.
<b>Hvorfor</b>	Formålet er at gøre dagen i dag bedre for socialt udsatte mennesker og forhåbentlig gøre morgendagen bedre end i dag.
<b>Hvordan</b>	4 elementer er nødvendige for at få succes med metoden:  <ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Fristed:</b> Værestedet er et fristed fra gaden og systemet og skaber et rum og en ramme til at skabe relationer, der er udgangspunktet for at tage små skridt.</li><li><b>2. Nærvær og integritet:</b> Personalet skal være nærværende og have integritet – de skal møde brugerne, hvor de er, med respekt og en ligefrem og ærlig kommunikation.</li><li><b>3. Helhedsorientering:</b> Fagligheden består i en helhedsorientering, hvor personalet ser det hele menneske i hver enkelt.</li><li><b>4. Involvering:</b> Brugere inddrages og har indflydelse på indretning, regler og aktiviteter. De bidrager til at skabe en kultur, hvor man omgås med respekt, tager hensyn og anerkender hinanden som mennesker.</li></ol>

Kilde: ”De Små Skridts Metode – et stort skridt i den sociale indsats”, Landsforeningen af VæreSteder, marts 2009: 28.

<sup>10</sup> Det følgende om De Små Skridts Metode er skrevet på baggrund af bogen ”De Små Skridts Metode – et stort skridt i den sociale indsats” udgivet af Landsforeningen af VæreSteder, marts 2009.

Projektet og væresteder generelt bygger på denne metode, fordi deres målgruppe af socialt udsatte mennesker befinder sig langt fra samfundets hovedstrøm. De udsatte er ikke gode til at tilpasse sig denne hovedstrøm og de indbyggede krav, men er karakteriseret ved en utilpassethed ift et snævert normalbillede. Derfor er det også urealistisk at stille krav til disse om at flytte sig fra deres udsatte situation til en normalsituation – det er et for stort og uoverkommeligt skridt og kan medføre negative konsekvenser.

I stedet fokuseres på at anerkende og se de små skridt, og arbejde med krav, forventninger og målsætninger, der kommer indefra den enkelte selv. Når ressourcerne er opdaget, opøvet og udviklet, kan den enkelte få lyst til yderligere små skridt og nærmest blive "hooked" på forandring. Og lykkes det at gennemføre et stort skridt, er det oftest som følge af mange små skridt, som ikke nødvendigvis har fundet sted i en lineær rækkefølge – og ikke er en garanti for, at brugeren ikke falder tilbage igen.

Kernen i metoden er derfor, at medarbejderne skal arbejde målrettet uden at være fikseret på resultatet. I den forbindelse arbejdes med, hvad metoden kalder **forandringsparadokset**: Det, at der ikke stilles krav om forandring, kan i sig selv være befordrende for forandring. Socialt udsatte kan ofte have en angst for forandring pga. et livsforløb fuld af skuffede forventninger, hvorfor ethvert skridt væk fra en given situation kan være forbundet med en overvældende frygt for ikke at slå til. Med forandringsparadokset som en del af metoden arbejder projektet derfor med ikke at stille forventninger og krav, og stiller samtidig *muligheder* til rådighed for at involvere sig. Herefter er det op til den enkelte at tage ansvar for små eller store opgaver, som kan vise en evne til at klare noget sammen med andre og samtidig modtage anerkendelse herfor fra andre.

Implicit i De små skridts metoder ligger ligeledes en empowerment-strategi, der handler om at give underprivilegerede grupper større kontrol over deres livsbetingelser – at bevidstgøre og opbygge handlingskapacitet ift ændring af egne livsvilkår. Empowerment kan defineres som:

*"...Processer, hvorigennem sociale grupper forbedrer deres evne til at skabe, overskue, kontrollere og håndtere materielle, sociale, kulturelle og symbolske ressourcer"* (Citat fra John Andersen og Jørgen Elm Larsen, "Empowerment og socialt arbejde", Socialpolitik, 2004).

Med andre ord handler det om, at hjælpe de udsatte til at tage magten over eget liv tilbage.

## Den metodiske tilgang i praksis

De små skridts metode kommer konkret til udtryk i medarbejdernes arbejdsmetoder ved ikke at stille normative krav om forandring til brugerne. Sundhedsplanerne tilbydes som en mulighed for den enkelte, hvis vedkommende ønsker det – enten når en bruger selv har givet udtryk for en eller anden form for interesse, eller hvis personalet opfanger et behov hos den enkelte. Målene i planen udarbejdes ud fra brugerens egne ønsker helt i pagt med det åbne sundhedsbegreb, og ingen mål er for små eller for store. Det betyder, at målsætningerne i sundhedsplanerne kan variere meget – nogle har eksempelvis blot som målsætning at tage vitaminer og deltage i svømning, mens andre kan have en målsætning om økonomisk udredning. Det afgørende her er medarbejdernes tilgang:

*"Det handler om noget, der giver mening og er med til at strukturere hverdagen for den enkelte. Der er ikke noget, der er for småt. Fx at tage vitaminpiller er ikke engang for småt, for det kan afføde andre ting"* (citater fra interview med projektledelsen).

Pointen er her, at eksempelvis systematisk indtagelse af vitaminpiller for en bruger kan udgøre det lille skridt, der medfører fjernelse af smerter i benene, som videre bevirker, at vedkommende kan gå til Klubben hver morgen og deltage i spisning af morgenmad, som igen giver overskud til at deltage i aktiviteter osv. – en ræk-

ke små skridt, som i sidste ende kan resultere i store skridt. Det afgørende er, at der ikke stilles krav eller forventninger om disse store skridt, men alene fokuseres på de små, som er overskuelige og giver løbende følelse af succes, når de indfries.

Det er evaluators vurdering, at denne metodiske tilgang har haft stor indvirkning på projektets succes og resultatopnåelse i hele projektperioden. De foregående evalueringsnedslags interviewrunder blandt brugerne vidner om, at medarbejderne har formået at arbejde i pagt med metoden og dermed er lykkedes med at indføre sundhedsaktiviteter og individuelle sundhedsplaner uden at moralisere og trække normalsamfundets værdier ind i brugernes fristed. Og det må siges at være en stor bedrift, eftersom sundhed som begreb er moderne og oppe i tiden, især netop som krav til samfundets borgere om at tage ansvar for egen sundhed og have kontrol med egen krop. Brugerne opfatter Klubben som deres fristed – fri for krav, forventninger og "kommunal hånd" – hvorfor et sundhedsprojekt kunne opfattes som udgørende krav og forventninger fra samfundet. Vurderingen er her, at medarbejderne har formået at balancere disse to aspekter, især på grund af metoden, hvor anerkendelse, integritet og holisme sættes i centrum i et forsøg på at tilvejebringe øget livskvalitet for den enkelte. Således formår medarbejderne at gøre sundhed inkluderende for brugerne frem for ekskluderende, som der ellers kan være en tendens til i "normalsamfundet", hvor eksempelvis virksomheders fokus på medarbejder-sundhed fremstår som krav om sund og kontrolleret livsførelse for at være en god medarbejder og få del i det sociale samvær – hvis ikke du deltager i firmaløbet, benytter styrketræningsfaciliteterne e.l. er du ikke en del af fællesskabet. En sådan tendens har medarbejderne formået at styre udenom.

Derfor lyder en klar anbefaling fra evaluator at bibeholde en metodisk praksis, der tager afsæt i denne tilgang. Med projektets driftgørelse står klubmedarbejderne overfor at skulle implementere sundhedsprojektet som del af den daglige drift, hvorfor alle medarbejdere fremover skal inddrages og eksempelvis udarbejde sundhedsplaner. Undervejs i projektet samt ved den interne temadag afholdt i oktober 2011 er der fremkommet divergerende holdninger til sundhedsplanerne, og hvorvidt mål rent faktisk kan være for små til at udgøre en sundhedsplan. Det drejer sig om klubpersonale, som ikke har været en del af projektet, og som qua den manglende indsigt til tider har stillet sig uforstående over for indholdet i planerne. Her vil det være vigtigt, at projektmedarbejderne får formidlet og overleveret principperne i metoderne og arbejdsgangene, så alle medarbejderne kan lægge en fælles strategi og fælles linje over for brugerne. Det er vigtigt, at alle har forståelse for metoderne og disses effekt:

*"Det er pseudo, hvis ikke det er inkluderende og har betydning for brugeren. Vi skal tage udgangspunkt i brugeren. Hvis vi definerer planen og indholdet for den enkelte, så bliver det først pseudo. Det handler om værdien for brugeren og ikke normen"* (citater fra klubmedarbejder ved temadag, oktober 2011).

Projektledelsen er opmærksom på problemstillingen og har planer om at indføre jævnlige personalemøder omkring planerne og i det hele taget at tage disse diskussioner op i forankringsfasen jf. næste kapitel.

De positive effekter af aktiviteter og planer, som præsenteret i det foregående, vidner hertil om øget empowerment blandt brugerne. Disse stiller nu større krav, er blevet mere selvbevidste og mere bevidste om sig selv som del af en gruppe. En projektmedarbejder siger følgende herom:

*"Folk er også blevet mere selvbevidste. De stiller større krav, end de gjorde før. Stiller større krav på brugermøderne – forslag til forandringer, som de ikke gjorde før. Der er større bevidsthed om sig selv som gruppe. Det nytter noget, og der er nogen der lytter (...) Vi har haft supergode brugermøder. Der var mange mennesker og lydhørhed over for hinanden og os og en rigtig god dialog med masser af forslag. Det var helt behageligt. Det er en markant forskel. Vi kan mærke, at der er nogle andre værdier på spil. Man kan godt være uenige*

*uden at komme op at slås” (citater fra interview med projektledelsen).*

Citatet vidner om en brugergruppe, der, som vi også har set i de foregående evalueringsslag, i højere grad tager ansvar, selvstændigt stiller krav og fremkommer med ønsker samt nu formår at respektere andres holdninger, selvom de ikke altid harmonerer med egne. Den adfærdssændring, som citatet og de foregående siders fremstilling af effekten af projektet illustrerer, kan ses som udtryk for en brugergruppe, der har taget de første mange små skridt på vejen mod større livskvalitet, mod på livet og som tegn på større kontrol med eget liv – en øget empowerment.

En af de metodiske målsætninger, som medarbejderne i praksis har anvendt som led i at øge empowerment blandt brugerne, er brugerinddragelse. Det kommer til udtryk ved, at brugernes definition af sundhed som nævnt er styrende for tilgangen, at brugerne selv sætter sig mål i udarbejdelsen af sundhedsplanerne, samt at brugerne selv kommer med ideer til sundhedsaktiviteter. Dette har haft den effekt, at brugerne har oplevet indflydelse og føler, at de er blevet hørt – alt sammen aspekter, der virker motiverende for brugernes deltagelse i projektet og deres sundhedstilstand i bred forstand. Dog har brugerne i knap så høj grad været involveret yderligere i eksempelvis planlægningsfase og udførelse af aktiviteter, om end der har været enkelte tilfælde, hvor brugere har taget teten. Projektledelsen udtaler følgende herom:

*”Vi har talt om at lave mere brugerinddragelse, men det har vi ikke været så gode til endnu. Fx at de selv skal arrangere det og finde ud af, hvad vi skal have at spise mv. Vi talte om at inddrage dem i planlægningen af Store Livsglæde dag, men det gjorde vi ikke. De hjalp med opstillingen, men ellers ikke. Og måske er de først klar til det nu. Det kræver noget af os i starten at sætte dem ind i det” (citater fra interview med projektledelsen).*

I lyset af projektets effekter som fremstillet i det foregående og herunder deres engagement ved brugermøderne vurderes det netop, at brugergruppen nu er klar til at blive inddraget yderligere. En anbefaling vil derfor være, at medarbejderne som led i forankringen af indsatsen ligeledes lægger en strategi for, hvordan dette kan gribes an – både i den praktiske hverdag omkring hvilke opgaver brugerne kan varetage, og hvordan det ressourcemæssigt kan faciliteres i opstarten, indtil brugerne er forholdsvis selvkørende. Med tiden vil det formentlig give medarbejderne ekstra ressourcer, efterhånden som brugerne inddrages i den konkrete planlægning og udførelse af aktiviteter.

## **Sundhedsplanerne som konkret redskab**

På et lavpraktisk plan har evalueringen blandt andet haft til formål at belyse, hvorvidt og hvordan sundhedsplanerne fungerer som sundhedsfremmende metode, og om planerne har en motivationseffekt blandt brugerne.

Her har evalueringen gennem hele perioden vist, at brugere med en sundhedsplan har været tilfredse med planen og den tid og opmærksomhed, de i den forbindelse har modtaget fra medarbejderne. Ingen ytrer utilfredshed med indhold, form eller opfølgning. Brugernes udsagn gennem hele evalueringen tyder på, at planerne har virket som motivator for disse til at gennemføre målsætninger og sætte sig nye. For projektmedarbejderne har sundhedsplanerne fungeret som et styringsredskab, der har struktureret deres arbejdsindsats i forhold til de enkelte brugere og sikret en opfølgning i tide.

Det kan derved konkluderes, at sundhedsplanerne for såvel medarbejdere som brugere virker efter hensigten, idet medarbejderne har gavn af planerne som strukturerende metode i deres sundhedsfremmende arbejde, og brugerne har gavn af planerne, fordi de får formuleret og opnået mål forholdsvis hurtigt og dermed motiveres til at arbejde videre mod nye mål.



# 4.

## Helhedsorienteret og tværfaglig indsats

### Resultater under Fokusområde 2 – samarbejdstemaet

#### 4.1 Indledning

Foruden gennemførelse af sundhedsaktiviteter og udarbejdelse af individuelle sundhedsplaner har projektet også rettet søgelyset mod et tværfagligt aspekt under fokusområde 2: *Bedre resultater via helhedsorienteret og tværfagligt samarbejde*. Udgangspunktet herfor har været en forventning om, at væresteder i fremtiden skal indtage en mere central rolle i det sundhedsfremmende arbejde, hvilket skaber behov for etablering og udvikling af nye samarbejdsrelationer med det etablerede sundhedssystem. Dette har med driftgørelsen af projektindsatsen vist sig at være rigtigt set, og de etablerede samarbejdsrelationer bliver derved afgørende for indsatsens videre skæbne, ligesom det nu er vigtigt og relevant at udbygge netværket af samarbejdspartnere og finde en fast form for samarbejdsfladerne.

Hensigten gennem projektet har været at udvikle og opkvalificere det tværfaglige samarbejde blandt fagpersoner, der allerede arbejder med målgruppen (læger, psykiatere, hjemmesygeplejerske, værestedsmedarbejdere, SKP mv.) samt at *opkvalificere fagpersonerne selv* både ift viden om målgruppen og ift metoderne i værestedstanken.

I projektperioden har der været opstillet følgende målsætninger og succeskriterier for fokusområdet<sup>11</sup>:

- Sundhedsplanerne diskuteres 2 gange årligt på faglige møder mellem tilknyttede fagpersoner og værestedspersonale. Barrierer og muligheder for en styrket indsats for målgruppen samt oplevelsen af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde synliggøres og beskrives i et notat, som danner baggrund for evaluering af det samlede projekt.
- Uddrag af notaterne fra de faglige møder danner udgangspunkt for a) halvårslige møder med de involverede brugere, som skal have mulighed for at give deres bud på barrierer og muligheder for sundhedsfremmende og forebyggende initiativer i og uden for værestedet eller b) halvårslige individuelle samtaler om eget syn på barrierer og muligheder. De individuelle samtaler foregår mellem bruger og en person fra værestedet. Gruppemøderne planlægges sammen med brugerne bl.a. med hensyn til, hvilke fagpersoner der skal deltage.
- Det tværfaglige samarbejde forbedres med hensyn til øget forståelse for hinandens roller og opgaver. Forbedringen måles ved fokusgruppinterview 1 gang årligt efter afholdelsen af de 2 årlige faglige møder. Fokusgruppinterviews foretages og analyseres af ekstern konsulent.
- Medlemmerne i projektets styregruppe agerer aktivt ift at løse opståede problemstillinger.

<sup>11</sup> De listede målsætninger og succeskriterier er opstillet på baggrund af projektbeskrivelsen samt på baggrund af interview i første evalueringsrunde i 2010 med projektleder, projektmedarbejder og sygeplejerske.

- Samarbejdet med hospitaler, læger og kommunen bliver mere smidigt.

I det følgende gøres status over målopfyldelsen og udfordringerne under andet fokusområde, ligesom der gives anbefalinger til det videre arbejde med etablering og konsolidering af det tværfaglige samarbejde.

## 4.2 Samarbejdsrelationer og sundhedsfaglige sparringspartnere

Som præsenteret i foregående evalueringsnotat er der i projektforsløbet skabt en række samarbejdsrelationer med forskellige aktører, som er indledt eller forsøgt etableret på følgende måder:

- Medarbejderne har kontaktet relevante aktører og inviteret til et møde med henblik på at informere om og synliggøre projektets formål og virke, klubbens målgrupper og for at drøfte mulige samarbejdsflader og koordinerede arbejdsgange. Det er enten sket på mindre to- eller treparts møder med deltagelse af projektmedarbejder(e) og 1-2 samarbejdspartnere fra relevante instanser eller i større tværgående skala, i form af afholdelsen af et heldagsseminar i Toldkammeret i oktober 2010, hvor en række af områdets sundhedsrelevante aktører var indbudt. Stort set alle de interviewede samarbejdspartnere til nærværende slutevaluering har deltaget i dette heldagsseminar samt i møder med projektledelsen i mindre skala.
- Samarbejdsrelationer er udviklet i forbindelse med arbejdet med sundhedsplaner eller via medarbejdernes generelle relationsarbejde og kontaktpersonfunktion for specifikke brugere. Projektmedarbejderne har således kontaktet relevante instanser, fx. praktiserende læger, tandlæger, specialtandlæge, hjemmeplejen, Misbrugscentret mv.
- Aktører har henvendt sig til Klubben og projektet for at drøfte og hente hjælp i forhold til støtte- og ydelsesbehov til bestemte personer.
- Projektet har aktiveret medlemmer af projektets styregruppe til at facilitere og støtte opbygningen af samarbejdsgange i de kommunale centre eller ift aktører såsom praktiserende læger og tandlæger. Det er sket efter behov i relation til arbejdet med brugernes sundhedsplaner og løsningen af specifikke problemstillinger i den forbindelse.

I projektperioden er der etableret et samarbejde med følgende aktører indenfor hhv. de kommunale centre med myndighedsopgave og andre aktører uden myndighedsopgave:

### Samarbejdspartnere med myndighedsopgave:

**Borgerservice** hovedsageligt omkring økonomisk støtte til tandbehandling og økonomisk udredning. Samarbejdet har ifølge projektlederen generelt fungeret godt, om end det i flere tilfælde ikke har været muligt at etablere ordninger for brugerne, der kan støtte dem i deres sundhedsplan. Der vendes tilbage hertil senere i dette kapitel.

**Jobcenteret** omkring afklaring ift arbejdsmarkedet for de brugere, der som led i deres sundhedsplan har ønsket dette. Samarbejdet går ud på, at projektmedarbejderne er behjælpelige med at få processen til at "glide": De går med brugerne til møder, medvirker til at fremskaffe lægeerklæringer i samarbejde med lægekoordinato-

ren, presser på ift møder med kommunale centre o.l., hvorved udredningsprocessen igangsættes og de formaliserede forhold bringes i orden og arbejdsprøvninger kan iværksættes. Dette samarbejde har fungeret godt, idet udredninger for de flestes vedkommende er igangsat. Også sagsbehandlere har ifølge projektlederen været glad for samarbejdet, idet medarbejderne her har kunnet notere, at disse kontanthjælpsmodtagere er en del af projektet og heri har en plan. Samarbejdet betyder også, at kommunen, i tilfælde hvor en bruger ikke møder op til en planlagt 3-månederssamtale, tager kontakt til Klubbens medarbejdere, som efterfølgende eksempelvis går med vedkommende til møde. Således hjælper de kommunale centre og værested gensidigt hinanden i erkendelse af, at denne målgruppe netop har behov for en ekstra indsats, frem for blot at trække dem i kontanthjælp, når der opstår problemer eller misforståelser.

#### **Andre samarbejdsaktører:**

**Idrætsnettet Helsingør**, som er et tilbud til psykisk syge borgere i kommunen med mulighed for at dyrke idræt samt understøtte og udvikle et socialt netværk blandt medlemmerne<sup>12</sup>. Sundhedsprojektet betaler kontingent og har herigennem fået faste tider i Helsingør Hallen.

**Den kommunale tandlægekonsulent**, der samarbejder med medarbejderne omkring vurdering af de tilbud, som brugerne modtager fra tandlægerne omkring behandling af deres tænder. Konsulentens opgave er at vurdere, hvorvidt tandlægerens tilbud er økonomisk fornuftige, før kommunen bevilger behandlingen. Her samarbejder konsulenten med nogle af tandlægerne undervejs, således at det mest realistiske tilbud strikkes sammen til borgeren. Derforuden samarbejder konsulenten med Klubben om mulige ordninger for brugerne. Eksempelvis har oprettelsen af en hjemløseklínik i kommunen været på tegnebrættet, ligesom et samarbejde med tandlægeskolen har været undersøgt og muligheden for, at brugerne kommer til tandlægekonsulenten selv for at få taget røntgenbilleder og kliniske billeder før overslaget hos tandlægen indhentes. Det er dog endnu på tegnebrættet, men en konstruktiv og løsningsfokuseret dialog er i gang og har løbende fundet sted i hele projektperioden.

**Tandlæger samt specialtandlæge**. Medarbejderne har fået etableret et meget brugbart netværk bestående af 5 tandlæger, der i særlig grad formår at imødekomme, rumme og medvirke til at berolige denne målgruppe. Også med en specialtandlæge i Birkerød med speciale ift vanskeligt stillede og psykisk syge borgere er der opbygget et godt samarbejde, jf. forrige kapitel vedrørende sundhedsplanernes indhold.

**Praksiskonsulent og koordinator mellem Helsingør Kommune og de praktiserende læger**, Jan Christensen. Her er udviklet et samarbejde og et gensidigt, nyttigt kendskab mellem projektmedarbejderne og en række af brugernes praktiserende læger. Det har været behjælpeligt, bl.a. i tilfælde hvor enkelte brugere har oplevet barrierer ift egen læge. Her er det projektmedarbejdernes oplevelse, at brugerne opnår en bedre kontakt og en åbenhed fra lægernes side. Lægerne har fået viden om projektet gennem omtalen i Informationsbrevet mellem Helsingør Kommune og de praktiserende læger, og lægerne er ifølge projektmedarbejderne glade for, at en medarbejder går med til lægen og evt. kan berolige og dæmpe en bruger ned, hvis der er behov for det.

Desuden er der et velfungerende samarbejde i forbindelse med arbejdsprøvninger mellem projektmedarbejderne, praksiskonsulenten og de praktiserende læger. Det giver en smidigere proces fx med hensyn til fremskaffelsen og vurderingen af lægeerklæringer. Samarbejdet og det gensidige kendskab gør det muligt at henvende opmærksomhed på sager, facilitere og rykke for, at der sker noget i arbejdsprøvningsforløb, vurdering og afgørelser.

---

<sup>12</sup> Se [www.idraets-nettet.dk](http://www.idraets-nettet.dk) for yderligere oplysninger.

**Hjemmeplejen** er ligeledes en vigtig samarbejdspartner, idet ca. 10 brugere af Klubben modtager hjemmepleje. Projektmedarbejderne vurderer, at samarbejdet mellem projektet og Hjemmeplejen fungerer godt – de oplever, at det med samarbejdet, er blevet nemmere at få en god kontakt og opnå lydhørhed vedr. en brugers plejebehov. Hjemmeplejen ytrer tillige ønske om – og drager nytte af – at projektets medarbejdere er med de første gange, når en bruger får bevilget pleje, idet det giver øget tryghed for plejepersonalet.

**Misbrugscenteret**, som er en "gammel" og væsentlig samarbejdspartner. Her ledsager medarbejdere fra Klubben brugere, når de skal møde i centeret, hvis brugeren ønsker det. Projektets aktivitetskalender hænger på centerets opslagstavle, således sundhedsaktiviteterne synliggøres for alle, der har sin gang i centeret. Samarbejdet har i projektperioden primært omhandlet enkeltsager, hvor centeret eksempelvis beder om hjælp fra Klubbens medarbejdere til fx at tage med en bruger på hospitalet med en brækket finger. Samarbejdet omkring sådanne enkelttilfælde vurderes af medarbejderne at være blevet tættere i projektføreløbet.

Klubbens medarbejdere har ønsket at styrke samarbejdet med centeret yderligere og har derfor afholdt et møde med tre repræsentanter fra centeret omkring etablering af et mere systematisk samarbejde. Foruden kontakt i forbindelse med enkeltsager vil samarbejdet fremover på et mere generelt plan komme til at omhandle videndeling og sparring omkring brugerne. Eksempelvis vil medarbejderne fra Klubben videreformidle, hvilke brugere der har en sundhedsplan, hvad indholdet er, hvorved klub og center sammen kan støtte op omkring disse – ligesom erfaringsudveksling omkring, hvad der aktuelt rører sig i brugergruppen, hvad der sker i sundhedsteamet, hvilke procedurer og praksisformer benyttes i centeret, informere om lovgivning mv. Sådanne sparringsmøder er planlagt til afholdelse hver tredje måned. På lavpraktisk plan er det hertil også hensigten at informere centeret om Klubbens ture ud af huset i god tid (minimum 2 dage i forvejen) for at sikre, at brugere får udleveret deres medicin inden turen.

**Helsingør Sygehus.** Projektsygeplejersken har i projektføreløbet afholdt informationsmøde med Helsingør Sygehus, AMA Akutafdeling og Medicinsk Afdeling, som er de afdelinger, Klubbens målgruppe oftest indlægges på. Sygeplejerskerne udviste interesse, og flere deltog på projektets seminar for samarbejdspartnere i Toldkammeret, men et egentligt samarbejde har ikke fundet sted i løbet af projektperioden – formentlig fordi sygehuset ikke har haft brugere fra Klubben indlagt i perioden. Projektledelsen har for nylig været i kontakt med sygehuset, idet de pt. står overfor at påbegynde et projekt for samme målgruppe, hvorfor samarbejdet med sygehuset i fremtiden forventes udbygget betydeligt.

**Danske lægers vaccinations service**, som gratis har besøgt Klubben for at vaccinere brugerne mod influenza.

**Kommunens rygestop konsulenter.** Den kommunale sundhedskordinator i styregruppen formidlede kontakt til en rygestop konsulent. Det medførte, at der i en periode kom en rygestop konsulent forbi i Klubben en gang om ugen. Hun startede med at sidde og tale med folk, der kom forbi. Ifølge medarbejderne havde det den effekt, at folk talte en del om rygning og sundhed. Herved var det en faktor, der bidrog til det generelle fokus på sundhed.

**Idrætsorganisationens Dansk Væresteds Idræt (IDVI)**, som blandt andet arrangerer ture og idræstturneringer. Projektet har flere gange deltaget i deres turneringer, som er godt organiseret og bygger på et konkurrenceelement, som brugerne finder sjovt. Projektmedarbejderne ringer ligeledes til IDVI for gode råd i dette og hint, ligesom en yderligere gevinst er, at brugerne møder nye mennesker.

Foruden disse allerede etablerede samarbejdsrelationer er det hensigten at udvide samarbejdet med følgende parter:

**Valhalla og Pensionatet**, som har adgang til Klubbens administrationssystem, således nogle oplysninger kan deles – dog kan indholdet i planerne ikke deles, men alene oplysningen om, at der er etableret en plan for en bruger. Samarbejdet her har af uvisse årsager været begrænset, men da der er sammenfald i brugergruppen vil det være hensigtsmæssigt ligeledes her at etablere et mere systematisk samarbejde omkring brugerne på samme vis, som det er gjort med Misbrugscenteret. Klubben, Valhalla og Pensionatet har samme ledelse, og en anbefaling kunne her være sammen at sætte indsatsen på dagsordenen for at lægge ressourcerne sammen i en fokuseret og strømlinet indsats.

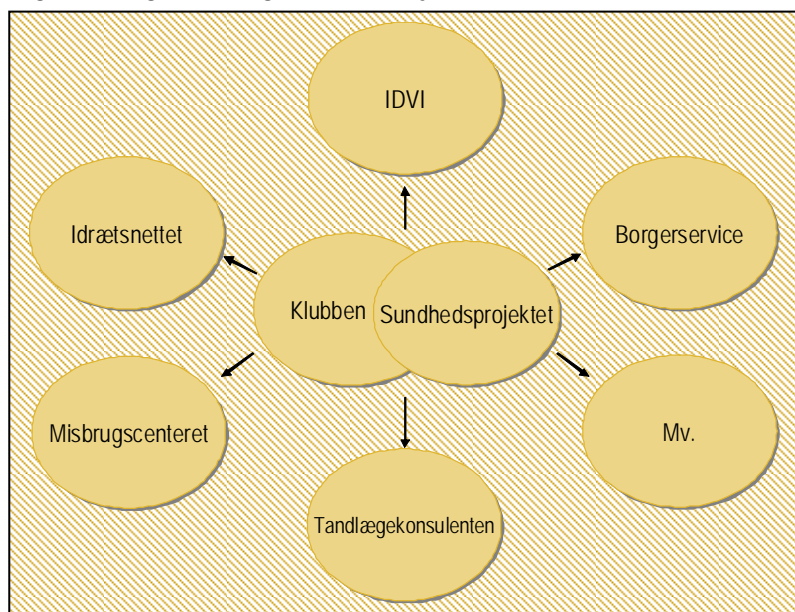
**Politiet**, som tidligere har været en central samarbejdspartner. Siden starten af 2009 har Klubben ikke haft et velfungerende samarbejde med politiet, hvilket vil være yderst relevant i et forebyggelsesperspektiv for denne brugergruppe. Før reformen havde Klubben en fast politibetjent tilknyttet, som havde sin gang i Klubben og opbyggede et tillidsforhold til brugerne. Dette havde en forebyggende effekt, som sås afspejlet i antallet af voldsepisoder. Projektledelsen har rettet skriftlig henvendelse til politiledelsen, men har ingen respons modtaget. I stedet har projektledelsen forsøgt at angribe det fra en "bottom-up" tilgang ved at etablere en god kontakt til en betjent, som vil undersøge muligheden for at få en fast betjent tilknyttet. Der er nu indgået aftale om, at den pågældende betjent undersøger sagen og deltager i et møde med projektledelsen i Klubben omkring problematikken. Det er dog evaluators vurdering, at dette kan vise sig at være en sårbar konstellation for et fremtidigt samarbejde, hvis ikke samarbejdet bringes op på ledelsesplan – en problematik, der omtales nærmere senere i dette kapitel. Eftersom projektledelsen ikke har kunnet få politiledelsen i tale, må det anbefales, at Klubbens leder bringer det videre til politiledelsen for at få et formaliseret samarbejde op at stå.

**Ydelsescenteret** i kommunen. Klubmedarbejderne har allerede afholdt møde med medarbejdere i centeret omkring udfordringer for brugerne samt tolkning af lovning, men primært vedrørende enkelttydelser. Klubmedarbejderne ønsker ligeledes at etablere et samarbejde med de medarbejdere, som administrerer de løbende ydelser til brugerne eksempelvis udbetaling af kontanthjælp. Fra evaluator skal lyde en klar anbefaling herom, idet et samarbejde med stor sandsynlighed vil spare alle parter for en del ressourcer, som det fremgår af afsnittet "Udfordringer i samarbejdet" senere i dette kapitel.

## 4.3 En blæksprutte med mange arme – om organiseringen af det tværgående samarbejde

Som illustreret i første evalueringsnotat er samarbejdsrelationerne i projektet karakteriseret ved, hvad man kan kalde en "blæksprutte" organisering, hvor sundhedsprojektet udgør centrum med forbindelse ud til de forskellige interessenter, jf. figur 1.

Figur 1: Organisering af samarbejdet.



Kilde: mhtconsult på baggrund af interview.

Oprindeligt var det tanken at etablere et tværfagligt samarbejdsnetværk, som mødtes fast på halvårslige faglige møder, men som også pointeret i foregående evalueringsnotat har dette i praksis vist sig at være en vanskelig og muligvis også u hensigtsmæssig vej at gå. Dels har det i praksis vist sig at være *meget tidskrævende* at skulle organisere og administrere en egentlig tværfaglig netværksgruppe. Det tager tid og ressourcer at koordinere og tilrettelægge en sådan netværksgruppes mandat og kompetence, planlægge og organisere møder, som partnerne prioriterer, indkalde de pågældende osv. En tid, der vil gå fra det daglige og direkte kontaktabejde med brugerne. Og dels er der risiko for, at et netværk med faste møder med deltagelse af en række forskellige parter, bliver tungt og uden tilstrækkelig nytteværdi, set ift den påkrævede arbejdsindsats med at drive det.

I interviewrunden blandt samarbejdspartnere er det ligeledes tydeligt, at partnerne generelt ikke ønsker et sådant tungt organ. De er godt tilfredse med den nuværende samarbejdsform og deltager gerne i møder med tydelig relevans og nytteværdi for dem selv og de øvrige mødedeltagere – dvs. hvis de selv kan få noget ud af møderne og/eller bidrage med faglige input til andre. I en stor tværfaglig netværksgruppe kan det være vanskeligt at opretholde et fokus, som er relevant for alle parter arbejde, da flere samarbejdspartnere kun perifert har berøring med brugergruppen i deres daglige arbejde. Derfor vurderes det som hensigtsmæssigt, at klubbens medarbejdere fungerer som blæksprutte og trækker samarbejdspartnere ind i de helt relevante sammenhænge.

### Tværfaglighed i form af temadage og videndeling

Projektmedarbejderne *har*, som nævnt, organiseret et større tværfagligt seminar i Toldkammeret med opkvalificering af de forskellige faggrupper og fagpersoner, som deltog. Enkelte samarbejdspartnere stiller forslag om afholdelse af yderligere temadage eksempelvis omkring en diskussion af fattigdomsgrænsen eller andre generelle emner, som kan være relevante for en bred skare af samarbejdspartnere. Hertil har projektmedarbejderne i flere tilfælde afholdt møder med samarbejdspartnere "en-til-en" omkring aktuelle forhold eller enkeltsager, og den planlagte opkvalificering af fagfolk ift målgruppen er foregået her. Pt. er det på tegnebrættet løbende at invitere fagfolk ned i Klubben for at informere klubmedarbejderne om forskellige relevante forhold – eksempelvis en jurist omkring forståelse af specifik lovgivning, en sygeplejerske fra AMA for at forstå arbejds-

gangene der, en sagsbehandler for at få indsigt i ny praksis på et område o.l. Dette vil højst sandsynligt bidrage til at smidig- og relevantgøre indsatsen over for brugerne, idet en sådan videndeling vil klæde klubmedarbejderne bedre på til at løse opgaver ift andre kommunale instanser. Evalueringen viser nemlig, at der undervejs i projektperioden flere gange har været tilfælde, hvor projektmedarbejderne har været uforstående over for afgørelse og prioriteringer truffet i andre kommunale instanser. En større indsigt i disse bevæggrunde vil formentlig bevirke, at indsatsen kan kvalificeres yderligere i udgangspunktet og spildte arbejdsressourcer minimeres.

## Blæksprutte med stærke "overarme" – en mulig ny organisering af samarbejdet

Som en alternativ samarbejdsmodel, der placerer sig midt imellem et stort tværgående samarbejdsorgan og "en-til-en" kontakt mellem klub og samarbejdspartnere, foreslår én samarbejdspartner følgende:

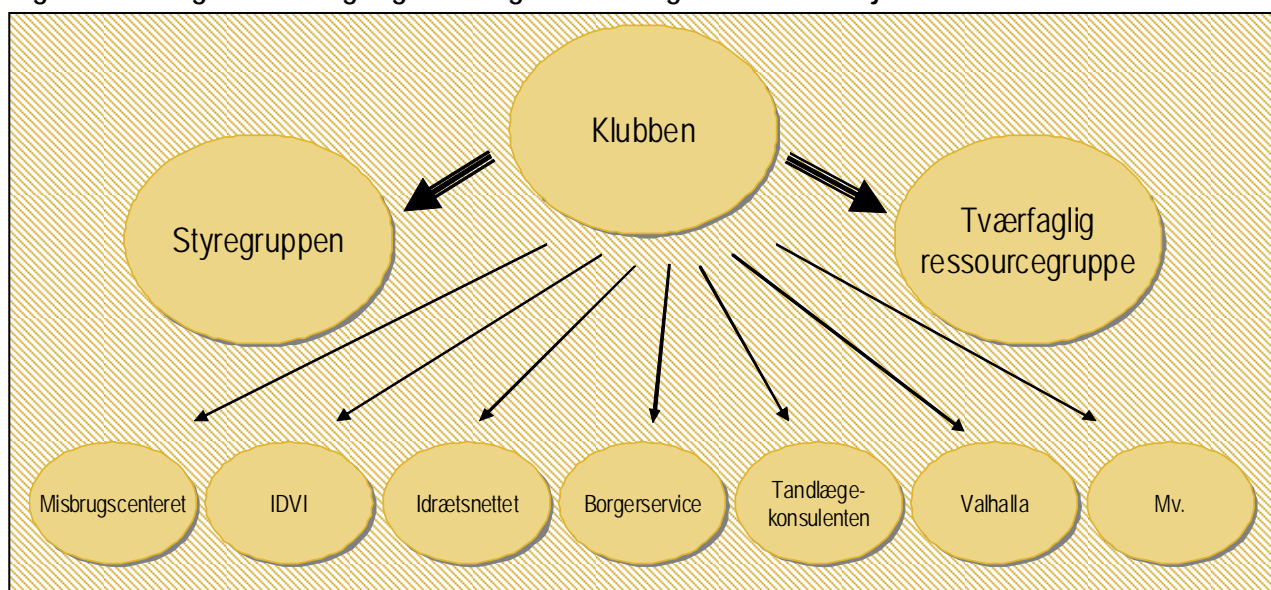
*"Det kunne måske være at etablere "helikopter-møder" med de nærmeste samarbejdspartnere – hvilke muligheder har de hver især for at støtte op, så man ikke laver noget dobbelt. I hvert fald med de nærmeste samarbejdspartnere som har med samme brugere at gøre. Også fordi vores klienter er så kaotiske og behovsstyrede, som de er. Og nogle gange bruger de forskellige mennesker til det samme. Sådanne møder kunne måske hjælpe til at få skilt det ad, så det ikke bliver så forvirret. Vi har jo forskellige måder at håndtere ting på, selvom vi er fagpersoner, så de får måske forskellige vejledninger om det samme. Samtykkeerklæring kan være problematisk, men det skulle man tale med klienten omkring, så vi kunne godt få mere styr på det. Så kunne vi drøfte enkeltpersoner mere indgående med hinanden, og klienterne kunne slippe for at fortælle det samme flere gange"* (citater fra interview med samarbejdspartner).

Etablering af en sådan tværfaglig ressourcegruppe kunne være relevant og gavnlig for indsatsen generelt omkring denne borgergruppe, og som citatet afspejler tillige ressourcebesparende på den lange bane. De relevante parter i en sådan gruppe kunne være Misbrugscenteret, Valhalla, Pensionatet, tandlægekonsulenten, politi og eventuelt ildsjæle fra andre instanser, som ikke umiddelbart har brugergruppen som primært fokus, men som ønsker at gøre en særlig indsats. Det kunne eksempelvis være sagsbehandlere fra Jobcenteret, idet det gennem interviewrunden er blevet tydeligt, at der her findes enkelte engagerede fagpersoner, som ønsker at bidrage yderligere og selv opnå øget viden om målgruppen. Men sammensætningen af gruppen vil bero på klubmedarbejdernes og adspurgte samarbejdspartneres vurdering.

Afslutningsvis omkring organiseringen skal nævnes styregruppen, som gennem hele projektperioden har fulgt projektet på sidelinjen. Projektledelsens oplevelse af styregruppens virke har været, at denne har fungeret som samarbejdspartner, der på et strategisk og overordnet plan har formået at bane vej for driftliggørelsen og synliggørelsen af projektet opad i systemet – at medlemmerne har formået at sætte indsatsen på dagsordenen ift politikerne og kommunens sundhedsstrategi. Men ift projektets problemer i hverdagen omkring eksempelvis bevilling af økonomisk støtte til tandbehandling og lignende konkrete udfordringer, som fremstilles i følgende afsnit, er det ikke oplevelsen, at gruppen har været behjælpelig. Forventningen var, at medlemmerne ville bringe disse konkrete problematikker op på ledelsesplan og søge at få en løsning i stand. Hvis styregruppen fortsat skal være tilknyttet indsatsen i fremtiden, anbefales det sammen at drøfte gruppens rolle og mandat, således alle parter er klar over forventninger og opgaver.

En fremtidig samarbejdsmodel kan muligvis se ud som følger:

Figur 2: Forslag til fremtidig organisering af det tværgående samarbejde.



Kilde: mhtconsult på baggrund af interview.

## 4.4 Fra strategi til praksis – om effekt og udfordringer i det tværgående samarbejde

Projektmedarbejderne pointerer, at der i projektperioden er opbygget solide og varige samarbejdsrelationer med en lang række parter, som har høj nytteværdi for brugere og medarbejdere. De ekstra ressourcer, som projektet har tilført Klubben, har som tidligere nævnt bl.a. bevirket, at projekt- og klubmedarbejdere har mulighed for at følge den enkelte bruger tæt og eksempelvis gå med til møder, hjælpe med at huske aftaler med sagsbehandlere, læger, tandlæger o.l. samt samarbejde med SKP og bostøtteamet om en helhedsorienteret indsats:

*”Vi har gode personlige relationer med enkelte sagsbehandlere, som meget gerne vil komme herved og tale med folk omkring pensionsansøgning og lave opfølgning på kontanthjælp. De er positive. Måske har de fundet ud af, at det er godt at få den kontakt. Så sker der noget. De undgår også at give tider til folk, hvor de ikke dukker op. Jeg fornemmer, at de kan se nogle fordele, og de undgår nok også nogle konflikter nogle gange (...) Vi laver aftaler med dem, der har svært ved at huske aftaler og ikke får tomt postkassen - sagsbehandleren sender en reminder til os om mødet, og så sørger vi for, at de møder op. Det sparer nogle ressourcer (...) Bostøtteamet, bostøtterne og SKP er også en god samarbejdspartner. Vi kan nu sende en bostøtte ud om formiddagen, hvor det er nemmere at nå disse borgere. I eftermiddagstimerne er de for berusede. Det er lettere at bytte om det nu, fordi vi er flere her i huset. Det er mere smidigt” (citater fra interview med medarbejdergruppen).*

De interviewede samarbejdspartnere, der har haft tæt samarbejde med projektmedarbejderne, fremhæver samme forhold. De oplever, at projektmedarbejderne har gjort kontakten med brugerne nemmere bl.a. via deres gå-med-funktion, som medfører tryghed for brugere såvel som sagsbehandlere, tandlæger, læger mv. Projektmedarbejderne kender eksempelvis brugerne så godt, at de kan hjælpe med *”at styre aggressionerne*



og vredesudbruddene" under samtaler med sagsbehandlere. Samtidig hjælper projektmedarbejderne med huske, hvad der er sagt og aftalt til forskellige møder, ligesom sagsbehandlerne sparer ressourcer ved ikke at vente forgæves på borgere, der ikke dukker op til planlagte møder. Således oplever samarbejdspartnerne som hovedregel at have en allieret i projektmedarbejderne i den forstand, at de kan fungere som formidlere og bindeled til borgerne og gøre kontaktførelserne så behagelige som muligt. Hertil fortæller enkelte, at de har opnået større forståelse for borgergruppen i løbet af projektførelsen, hvilket jf. indledningen var en målsætning for projektet.

Følgende citat er et eksempel på en god samarbejdsrelation med en sagsbehandler, der i samarbejde med projektmedarbejderne har etableret en alternativ mødeform for at tilgodese borgerens behov og tryk:

*"Det er helt bevidst, at jeg kommer til ham (for at holde opfølgningssamtaler i Klubben, red.) – det er rarere for ham. Miljøet spiller en rigtig stor rolle. Han er mere tryk ved det, og det er også rart for mig at se ham i sine vante omgivelser. Jeg kan bedre se ham (...) Det er for at imødekomme vedkommende, og for at det skal være så nemt et samarbejde som muligt. Jeg vil gerne vise, at han kan regne med mig. Han har haft så mange skuffelser. Der er ikke noget arbejdsmarkedsperspektiv for ham, men jeg vil gerne gøre det så godt som muligt alligevel. Jeg synes, det er vigtigt, at han har et ansigt på mig, og at vi ses hver tredje måned. Jeg kunne vælge bare at følge op telefonisk, men det synes jeg ikke om. Andre gør det ikke (tager ned i Klubben, red.), fordi de mener, det er et ressourcspørgsmål, men jeg mener, at det sparer mig tid at tage derned, frem for at vente forgæves på ham heroppe. Det tager jo ikke lang tid for mig at smutte derned"* (citat fra interview med samarbejdspartner i Jobcenteret).

Klubben har et velfungerende samarbejde med flere sagsbehandlere, der praktiserer denne tilgang.

Nogle af samarbejdspartnerne giver tillige udtryk for, at samarbejdet har lettet deres arbejde. Det handler for det første om, at projektmedarbejderne kan udforme beskrivelser af borgerne eksempelvis deres funktionsniveau, hvilket kvalificerer nogle af sagsbehandlernes arbejde. For det andet handler det om, at sagsbehandlerne i Jobcenteret som en del af aktiveringsindsatsen for denne målgruppe kan notere, at en borger har en sundhedsplan i Klubben. Her pointerer projektledelsen dog, at det i det fremtidige samarbejde vil være vigtigt at lave en forventningsafstemning omkring, hvad klubpersonalet kan bidrage med samt, hvordan ansvaret skal placeres. Det er vigtigt at understrege, at klubmedarbejderne ikke varetager en myndighedsopgave vedrørende sundhedsplanerne. Planerne udgør et internt arbejdsredskab og er udarbejdet ud fra brugerens ønsker – planen er brugerens. I tilfælde, hvor sagsbehandlerne ønsker at anvende planen som led i en indsats, er det derfor vigtigt at få afstemt, hvilke forventninger der kan eksistere sagsbehandler og klubmedarbejder imellem. Klubmedarbejdernes gå-med-funktion og virke i feltet mellem sagsbehandler og borger har til formål at tilvejebringe tryk til bruger såvel som sagsbehandler og facilitere, at borgerne får italesat deres problemstillinger samt får husket deres aftaler. Fremadrettet vil det derfor formentlig være gavnligt sammen at få afstemt snitfladerne mellem klubmedarbejdere og sagsbehandlere, samt hvilke tiltag og planer der kan samarbejdes om på hvilken måde.

## Udfordringer i samarbejdet

Trods de rigtig gode samarbejdsrelationer, der er etableret i projektet, og de deraf følgende gode resultater, er projektmedarbejderne løbende undervejs i perioden stødt på en række udfordringer hovedsageligt i samarbejdet med myndighedsudøvere i Center for job og arbejdsmarked. Udfordringerne kan kategoriseres under følgende 3 overskrifter:

1. Samarbejdskultur uden dialog
2. Manglende prioritering på ledelsesniveau
3. Kassetænkning frem for helhedsorientering

### Samarbejdskultur uden dialog

En af de tilbagevendende problemstillinger, som såvel klub- som projektmedarbejdere støder ind i, handler overordnet om, hvad man kan benævne en samarbejdskultur uden dialog internt mellem nogle af kommunens medarbejdere. Det drejer sig om måden at gå i dialog på, hvor klub- og projektmedarbejdere oplever, at tonen til tider kan være præget af en manglende vilje til at samarbejde. En medarbejder siger følgende:

*"Jeg synes, det handler om kulturen og de mennesker, der bemander de her poster. Er de interesserede i at finde en løsning? Det handler om dialog og tilgangen frem for selve systemet – hvordan er kulturen? (...) Vi tiltales heller ikke som kolleger, når vi ringer på vegne af hinanden. De taler om pengene, som om de skal hæves fra deres egen konto"* (citater fra interview med medarbejdergruppen).

Som citatet afspejler, drejer det sig om måden at gå til et samarbejde på. De kommunale medarbejdere har selvsagt en forpligtelse til at holde sig inden for rammerne af lovgivningen og en praksis omkring tolkningen af denne. I mange tilfælde vil udfaldet af samarbejdet formentlig være det samme uanset samarbejdets form, men måden at gå i dialog med sine kolleger på omkring opgaven, er afgørende for, hvorvidt relationen opleves som et samarbejde eller et "modarbejde".

En mulig årsag til denne oplevede modstand fra nogle sagsbehandlere kan bunde i, at disse er pressede og stressede og muligvis oplever et pres fra flere sider, men uanset årsag vil det af hensyn til det fremtidige samarbejde være givtigt at få etableret en forståelse for hinandens bevæggrunde og sammen opbygge en konstruktiv tone i og tilgang til samarbejdet – uanset om de rejste problematikker kan løses inden for lovgivningen eller ej.

En meget konkret anbefaling kunne her være, at klubmedarbejderne sammen med kommunale aktører fra de centre, hvor de oplever problemstillinger omkring samarbejdet, sætter sig sammen og i konstruktiv dialog afholder en procesdag, eksempelvis med følgende dagsorden:

1. En fremstilling af et antal "personas" (en art konstruerede cases) indeholdende typiske borgerforløb, som Klubben støder på, der illustrerer alle involverede instanser, og hvor i processen forløbet "hopper af sporet".
2. Alle kommunale parter involveret i disse forløb fremlægger deres motiver og bevæggrunde for at handle, som de gør, for at tilvejebringe indsigt og forståelse på tværs af medarbejdergrupperne.
3. Alle brainstormer sammen vedrørende løsningsforslag eller forslag til anderledes handlen, der indenfor rammerne kan optimere borgerforløbene.

De gode erfaringer fra projektet viser, at et samarbejde med en god dialog parterne imellem betaler sig både ift medarbejdernes arbejdsgange og ressourceforbrug og ift brugernes mulighed for at "tage små skridt". Flere brugere er utrygge og nervøse, når de skal mødes med deres sagsbehandler og føler sig til tider dårligt behandlet, hvilket kan umuliggøre personlig progression. Ifølge såvel brugere som klubmedarbejdere kan der være store forskelle mellem de forskellige sagsbehandlers tilgange til og syn på borgerne, som kan afføde denne utryghed og uligeværdighed. Således eksisterer der tilsyneladende mangel på dialog både mellem klubpersonale og sagsbehandler og mellem sagsbehandler og borger. Her vil det være vigtigt at skabe fælles fodslag omkring, hvordan man praktiserer en anerkendende og inkluderende tilgang til borgerne. En fælles

kvalificering i form af et kursus eller procesdag med fokus på anerkendelse og inklusion i praksis og herunder også på forforståelser af forskellige borgergrupper kunne være en anbefaling i det videre arbejde med skabelse af øget dialog.

Sådanne processer kan også udgøre et konkret skridt i forbindelse med implementeringen af kommunens sundhedsstrategi *Forebyggelse af social ulighed i sundhed – strategi 2010-2015* ved muligvis at være behjælpelig for den kommunale ledelse i forskellige centre med at opnå indsigt i, hvor og hvordan der kan sættes ind – og være spiren til dannelsen af en model for et fremtidigt tværsektorielt samarbejde i henhold til sundhedsstrategien. Det er selvsagt vigtigt, at sådanne procesdage faciliteres af en professionel facilitator, samt at der lægges vægt på en konstruktiv og positiv tone og indstilling til at finde løsningsmodeller uden at pege fingre ad hinanden.

### Manglende prioritering på ledelsesniveau

En problemstilling, som også blev rejst i foregående evalueringsnedslag, drejer sig om behovet for indgåelse af forpligtende og varige samarbejdsaftaler på ledelsesniveau på tværs af forskellige organisatoriske enheder. Det har i flere tilfælde været vanskeligt for projektmedarbejderne at etablere givtige samarbejdsrelationer, fordi det tilsyneladende er op til den enkelte medarbejder i centrene at indgå i sådanne relationer. Med Helsingør Kommunes nylancerede sundhedsstrategi lægges op til en mainstreaming af sundhedsindsatsen i kommunen:

*”At mindske social ulighed i sundhed er et anliggende for alle forvaltninger (centre) i en kommune. Derfor kræves det, at man i hver forvaltning (center) har sundhed i fokus, og at man på tværs er enige om og klar til handlinger for sundhedsfremme med baggrund i den fælles sundhedspolitik (...) Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunernes sagsbehandlere i relation til deres socialfaglige samtaler med borgerne som et for dem nyt og ekstra samtaleemne inddrager sundhedstemaer”* (uddrag af rapporten *”Forebyggelse af social ulighed i sundhed – strategi 2010-2015”* (side 22-23), 2010, Center for sundhed, idræt og medborgerskab, Helsingør Kommune).

Med indføringen af en strategi mod ulighed i sundhed bl.a. med dette nævnte fokus som del af strategien vil det være nødvendigt på ledelsesniveau at sende et signal til medarbejderne om prioritering af et tværgående samarbejde – ligesom det vil være nødvendigt at indføre konkrete tiltag i dagligdagen, der fremmer samarbejdet, så det ikke bliver op til den enkelte medarbejder. I modsat fald kan indsatsen blive personafhængig og bero sig på enkelte ildsjæle, hvilket gør indsatsen sårbar ved eksempelvis medarbejderudskiftning og omstrukturering. Enkelte af de interviewede samarbejdspartnere er sådanne ildsjæle, som selv gør noget ekstra for brugerne og samarbejdet ud over det, de skal, fordi de personligt har et ønske om at hjælpe denne målgruppe og føler det givtigt at se borgerne udvikle sig. Men denne indsats er iværksat ud fra egne interesser og ikke som en prioritet på ledelsesplan.

Med kommunens nye strategi, der retter et særskilt blik på Klubbens brugere, må det formodes, at en opprioritering af sundhedsindsatsen i nærmeste fremtid vil ses afspejlet i alle kommunens ”led”, der har at gøre med Klubbens brugere. En sundhedsindsats, der i strategien bl.a. identificeres som indeholdende alle forhold, der har betydning for sundhed – fx uddannelse, erhverv, indkomst, belastende livsomstændigheder o.l. – og som tager udgangspunkt i borgerens oplevelser af muligheder og barrierer for at tage vare på deres egen sundhed<sup>13</sup>. I sidstnævnte formulering ligger netop en erkendelse af, at andre forhold end de umiddelbart sundhedsrelaterede kan have indvirkning på borgerens sundhedstilstand.

<sup>13</sup> Jf. side 21 og 24 i *Forebyggelse af social ulighed i sundhed – strategi 2010-2015*, Center for sundhed, idræt og medborgerskab, Helsingør Kommune.

Således er der blandt Klubbens samarbejdspartnere i kommunen på politisk niveau fokus på vigtigheden af en mainstreaming af indsatsen og dermed en prioritering på ledelsesplan. Et sådan fokus må formodes i nærmeste fremtid at afspejle sig i en implementering fra strategi til praksis, således der på strategisk niveau som led i den strukturelle forebyggelse indføres handlemuligheder for den enkelte sagsbehandler i relation til tolkning af muligheder i lovgivningen samt gives signaler om en ledelsesmæssig prioritering af området, der sætter vedkommende i stand til sammen med klubmedarbejderne at søge at finde konstruktive løsninger, der kan øge de dårligst stilledes sundhed. Her kan de gode samarbejdserfaringer fra projektet benyttes strategisk i denne proces og fx indgå som led i udarbejdelsen af en model for et fremtidigt samarbejde.

### **Kassetænkning frem for helhedsorientering**

Den sidste oplevede udfordring hænger sammen med ovenstående, idet manglende prioritering af samarbejdet på ledelsesplan også afføder ringe mulighed for at sikre smidige, helhedsorienterede beslutninger på tværs af centre – muligheder, der kan sikre det nødvendige helhedssyn, der på sigt og i det samlede billede får betydning langt udover den enkelte ydelse.

Projekt- og klubmedarbejdere beretter om oplevelser, hvor afgørelser i brugernes sager er præget af kassetænkning frem for helhedsorientering – afgørelser, der vel at mærke kan komme til at bekoste kommunen yderligere udgifter. Følgende eksempler illustrerer dette:

#### **CASEEKSEMPLER PÅ KASSETÆNKNING**

En bruger udebliver fra en kontaktsamtale med sin sagsbehandler, fordi vedkommende er meget dårlig og ikke får tjekket sin post og generelt ikke har styr på aftaler. Udbetalingen af kontanthjælp stoppes, og efter 3 måneder kommer brugeren til klubpersonalet med sin problemstilling. Personalet går med ham til Borgerservice og laver en aftale om at ophæve spærringen, hvorefter han loves udbetaling af kontanthjælp pr. den efterfølgende første i måneden. Dette sker dog ikke pga. en fejl – spærringen er alligevel ikke ophævet. Sagsbehandleren mener, at det er Ydelsescenterets ansvar, mens Ydelsescenteret omvendt mener, at ansvaret ligger hos sagsbehandleren, og bolden spilles nu frem og tilbage mellem disse to instanser, mens brugeren i mellemtiden ingen penge får. Nu er der imidlertid gået så lang tid, at brugeren skal søge om kontanthjælp forfra og således skal igennem hele "møllen" igen – en ressourcekrævende proces, der involverer mange parter. Hertil kommer, at brugeren ikke har været i stand til at betale husleje og risikerer at blive sat på gaden – igen en situation, der vil være ressourcekrævende for kommunen, som selv skal finde en ny bolig til manden.

En bruger modtager en ekstra varmeregning på 4.500 kr., hvilket er et stort og uoverkommeligt beløb for vedkommende at betale. I samarbejde med sin bostøtte søger brugeren om enkeltydelse efter § 81 i Lov om aktiv socialpolitik (jf. side 32), men modtager afslag ud fra den begrundelse, at udgiften ikke er uforudset: Brugeren kunne blot have fulgt med i sit varmeforbrug på måleren på radiatoren. Brugeren har ikke mulighed for at betale de 4.500 kr. og står nu over for at få lukket for varmen.

En bruger af Klubben løslades efter at have afsonet en fængselsdom. Brugeren har en række vanskeligheder og bl.a. et stofmisbrug. En projektmedarbejder støtter den pågældende i at genopbygge en dagligdag i sit hjem og skabe mulighed for socialt netværk i Klubben efter løsladelsen. Medarbejderen tager bl.a. kontakt til hjemmeplejen ud fra en vurdering af hjemmepleje som en vigtig brik i den pågældendes genetablering af en hverdag hjemme. Imidlertid er en forudsætning fra hjemmeplejens side, en tilbunds gående hovedrengøring i lejligheden, inden hjemmeplejen kan komme i brugerens hjem, samt at der i lejligheden findes en støvsuger og rengøringsmidler, som hjemmeplejen kan anvende. Projektmedarbejderen sørger for, at et rengøringsfirma kommer og foretager hovedrengøring. Imidlertid stopper "flowet" i forløbet, da sagsbehandleren

i Borgerservice ikke imødekommer en ansøgning om tilskud til en støvsuger og til rengøringsmidler. Sagsbehandleren vurderer, at den pågældende selv kan betale en støvsuger og giver afslag. Brugeren vil ikke, eller magter ikke, at købe en støvsuger og hele det støttende forløb bremses. (Dette eksempel blev ligeledes bragt i foregående evalueringsnotat).

(Kilde: mhtconsult på baggrund af interviews med medarbejdergruppen).

Eksemplerne synliggør behovet for en fælles viden om, hvad en helhedsvurdering reelt betyder, hvornår og hvorfor en sådan er nødvendig – og hvad et manglende samarbejde medfører af mistrivsel og spildt arbejdsindsats.

Foruden disse konkrete eksempler på manglende helhedstænkning omkring den enkelte borger eksisterer der fortsat problematikken omkring kontanthjælpsmodtagernes manglende muligheder for at få støtte til tandbehandlingerne – enten i form af en afdragsordning med kommunen (som viste sig ulovligt) eller som tilskud i form af enkeltydelse. Det er forholdsvis få brugere, det drejer sig om (3 personer i skrivende stund), hvor det ikke kan lykkes at gennemføre tandbehandlingen pga. økonomiske årsager. Her er det projektmedarbejdernes vurdering, at kommunen i disse tilfælde bør betragte sagerne i helikopterperspektiv og se de sundhedsmæssige gevinster og dermed på sigt formentlig også de ressourcebesparelser sådanne bevillinger kunne afstedkomme. Projektledelsen udtaler en undren overfor praksis:

*”Vi undrer os over, at man ikke har vist vilje til at være med til at løse det her problem med ulighed. At man ikke fra kommunens side siger, ok vi tager sku de tre mennesker og smider penge efter dem, når Klubben nu har skaffet 3 millioner kr. fra Servicestyrelsen til det her” (citater fra interview med projektledelsen).*

Projektledelsen har arbejdet på feltet i mange år og oplever en stramning på området ift bevillinger af enkeltydelser, ligesom de generelt er af den opfattelse, at tidligere tiders forvaltningsstruktur med én sagsbehandler til at varetage ”det hele menneske” var mere hensigtsmæssigt overfor denne målgruppe. I den nuværende struktur kan der være 3-4 forskellige sagsbehandlere i spil fra forskellige centre for hver bruger, hvilket gør kontakten forvirrende for såvel brugere som klubpersonale. Hertil kommer, at medarbejderne oplever, at sagsbehandlerne spiller bolden (brugeren) frem og tilbage mellem hinanden, som et af eksemplerne på foregående side illustrerer. Dette drejer sig om, hvad projektmedarbejderne har døbt ”snitfladeproblemer”, der hænger sammen med, at de forskellige instanser arbejder meget adskilt:

*”De forskellige instanser kender ikke til hinandens beslutninger, så de spiller ikke sammen. Kommunaldirektøren har sagt, at vi er én kommune – men er vi det, når vi ikke kender hinandens arbejdsgange?” (citater fra interview med medarbejdergruppen).*

De gode erfaringer fra projektet viser, at en gensidig forståelse for hinandens bevæggrunde, arbejdsgange o.l. kan afhjælpe frustrationer som de skitserede. Ved et stærkere samarbejde med inddragelse af lederniveauet kan der dæmmes op for sådanne oplevelser, og murene mellem de forskellige instanser kan gøres ”tyndere” – hvilket for denne målgruppe ofte vil være mere hensigtsmæssigt.

Denne adskillelse mellem de forskellige centre må ligeledes formodes at vanskeliggøre sagsbehandlernes arbejde, der som socialarbejdere skal henholde sig til grundprincipperne for socialt arbejde. The International Federation of Social Workers definerer socialarbejde på følgende måde:

*”The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance wellbeing” (citat fra PhD afhandlingen “Handlemuligheder I socialt arbejde – et casestudie om kommunal frontlinjepraksis på beskæftigelsesområdet” af Dorte Caswell, 2005).*

Således lægges vægt på social forandring, problemløsning, myndiggørelse og frigørelse af mennesker, og socialt arbejde er dermed fra en socialarbejderposition baseret på et værdimæssigt fundament. Sociologien Yeheskel Hasenfeld<sup>14</sup> opstiller nogle grundlæggende idealer for, hvad dette betyder i praksis: Klienterne tillægges i udgangspunktet en høj moralsk værdi, hvorfor en grundlæggende tilgang er at tage udgangspunkt i den enkelte og skræddersy indsatsen til de specifikke behov og karakteristika, som borgeren har. Relationen mellem socialarbejder og klient baseres på gensidig tillid, og det sociale arbejde knytter sig ikke kun til klienten, men også til dennes livsvilkår i samfundet.

Med en for skarp adskillelse mellem de forskellige kommunale centre kan det således for borgere med komplekse problemstillinger, der involverer sager flere steder i systemet, være vanskeligt for sagsbehandlerne at udføre et socialt arbejde inden for grundprincipperne. Dette er en strukturel problemstilling og et grundvilkår for sagsbehandlerne, som i forskellige sammenhæng har været rejst og diskuteret gennem de sidste mange år, når det drejer sig om socialt udsatte borgere med komplekse og sammensatte problemstillinger – en problemstilling, der må formodes at komme på dagsordenen i forbindelse med den strukturelle forebyggelse i den forestående implementering af sundhedsstrategien<sup>15</sup>.

Denne implementering af sundhedsstrategien er pt. i gang. På sundhedskonferencen den 24. maj 2011 afholdt af Center for Sundhed, Idræt og Medborgerskab efter lanceringen af strategien blev der arbejdet konkret med de første skridt i implementeringen. Efter gennemgang af sundhedsstrategien blev deltagerne inddelt i 8 grupper<sup>16</sup> med hver sin bordformand, som sammen fik til opgave at diskutere og fremlægge, hvordan man i de forskellige områder/centre kan arbejde med sundhedsstrategien. Efterfølgende har den strategiske sundhedskonsulent bedt hver bordformand om at melde tilbage med 2-3 konkrete aktiviteter, som man vil arbejde konkret videre med i de forskellige områder. Eksempelvis vil man i Center for Teknik og Miljø arbejde for at forbedre tunnel- og stisystemer i kommunen. Således er der en form for operationaliseringsproces i gang, hvor hvert område søger at udmønte strategien i relation til deres område, og en mainstreaming er påbegyndt.

Det vil dog hertil være vigtigt særskilt at sætte helhedsorientering og det tværfaglige samarbejde på dagsordenen, således at strategien både udmøntes *i* de forskellige centre og *mellem* de forskellige centre. Denne del er endnu ikke påbegyndt, men udgør et afgørende fokusområde for strategiens succes – og i alle de 8 grupper blev der ligeledes fokuseret på en optimering af denne del<sup>17</sup>. I strategien står følgende råd til en indsats, som har vist sig succesfulde:

- Sundhedsindsatser skal kombineres med strukturel forebyggelse
- Sundhedsindsatser skal planlægges og gennemføres på tværs af faggrupper og forvaltninger (centre)

---

<sup>14</sup> Jf. *”Mellem magt og hjælp – en undersøgelse af den symbolske volds dilemma i aktiveringsprojekt ”På Vej”*, af Sofie Valbjørn og Louise Holm, RUC, 2008.

<sup>15</sup> Et forslag kunne her være at skele til erfaringerne fra projekt *FIF – Familien i Fokus*, hvor kommunen forsøgte sig med tværgående teams omkring den enkelte familie. Det vil sige, at sagsbehandlere fra forskellige kommunale centre sad sammen om bordet i en konstruktiv og løsningsfokuseret dialog omkring en udsat familie, frem for alene at se på enkeltpersonerne i familien. Hvad er den bedste løsning for familien som helhed og ikke for faderen, moderen eller sønnen alene?

<sup>16</sup> De 8 grupper var: 1) Almene boligområder Nøjsomhed og Vapnagaard, 2) Daginstitutioner, 3) Skole, uddannelsesstilbud og arbejdsmarked, 4) Ældreområdet, 5) Uderum, 6) Bosteder og tilbud til socialt udsatte, 7) Partnerskaber (forbund, foreninger, institutioner) og 8) IT, medier og kommunikation

<sup>17</sup> Jf. plancher fra dagen udleveret af den strategiske sundhedskonsulent.

- Sundhedsindsatser skal indpasses i målgruppernes hverdagsliv
- Sundhedsplanlæggerne skal inddrage de mennesker, man vil forbedre sundheden for
- Sundhedsplanlæggerne skal bygge på målgruppernes ressourcer og ikke på deres svagheder<sup>18</sup>

Således skal kommunen skabe rammer og regler for indsatsen på tværs af centre, og her kan den strategiske sundhedskonsulent med fordel anvende sundhedsprojektets erfaringer med fokusområde 2, idet projektledelsen i mindre skala netop har forsøgt sig med en indsats indeholdende disse punkter for målgruppen af særligt socialt udsatte.

---

<sup>18</sup> Jf. side 24 i *Forebyggelse af social ulighed i sundhed – strategi 2010-2015*, Center for sundhed, idræt og medborgerskab, Helsingør Kommune.

# 5.

## Fra forsøgsmidler til ordinær drift

### Om forankring af projektsresultater og -metoder

#### 5.1 Indledning

Som nævnt er der truffet politisk beslutning om at driftgøre den sundhedsindsats, der gennem projektet er udviklet og afprøvet overfor brugergruppen for forsøgsmidler bevilliget af Servicestyrelsen. Der er tale om, at politikerne så at sige har "købt hele pakken", hvorfor såvel fokusområde 1 omkring sundhedsaktiviteter og sundhedsplaner som fokusområde 2 omkring tværfagligt samarbejde skal videreføres og udbygges.

Selvom sundhedsprojektet fra start har været etableret som en del af værestedet ud fra tanken om, at det er afgørende for denne brugergruppes tryghed, motivation og udbytte af et sådant projekt, at indsatsen er forankret i et velkendt miljø, så har hele Klubbens personalegruppe ikke været involveret i projektet i samme grad. Nogle er blot orienteret, mens andre har samarbejdet med projektmedarbejderne om forskellige aktiviteter og enkeltsager.

Med driftgørelsen af projektet står alle medarbejdere i Klubben nu overfor at skulle etablere en ny intern struktur og nye samarbejdsflader, idet sundhedsindsatsen skal varetages af alle medarbejdere. Som startskud på forankringsprocessen blev der medio oktober 2011 afholdt en temadag for alle medarbejdere på LO-skolen med en erhvervspsykolog som proceskonsulent og facilitator. Fokus lå på 2 niveauer: Værestedet som organisation og værestedet som team.

I det følgende belyses erfaringerne fra denne temadag, og herunder hvilke tiltag medarbejderne efterfølgende har udført som led i forankringsprocessen, samt hvilke tiltag der er på tegnebrættet.

#### 5.2 Værestedet som organisation

Med de sidste 2½ års fokus på sundhed i Klubben og med den ressourcemæssige facilitering, som projektmidlerne har afstedkommet, har Klubben som organisation undergået en forandringsproces både eksternt ift samarbejdspartnere og internt i medarbejdergruppen.

Som pointeret i foregående evalueringsnotat har Sundhedsprojektet ifølge medarbejderne været med til at sende et genkendeligt signal som en potentiel partner i sundhedssektoren til de lokale aktører indenfor sundhedsfeltet. Hertil er det medarbejdernes oplevelse, at projektet og resultaterne heri har været med til at synliggøre Klubben, som et tilbud om personlig udvikling af en udsat borgergruppe frem for blot et værested. På temadagen blev det tydeligt, at medarbejderne oplever at:



*"Fagligheden er blevet mere spredt ud. Vi er ikke kun et værested. Nu stilles der krav til øget fagligt fokus fx viden om sundhed, pædagogik mv. Der er flere tangenter at spille på. Der er kommet et fælles fagligt fokus i det her (...) Der er mulighed for at give tilbud, som er udviklende for denne gruppe borgere, andet end blot et værested. Det er ikke negativt ment. Tilbud, der kan fordre personlig udvikling for denne gruppe borgere. Så det ikke kun er tilbud om socialt samvær, en kop kaffe og en ostemad (...) Vi har fået højnet vores arbejde, og andre ser anderledes på os. Nu er det et fagligt godt sted, hvor der sker en udvikling. Før skulle vi ligesom gå og putte os lidt. Stolthed – der er noget fagligt, der bliver tydeligt og synligt"* (citater fra temadag på LO-skolen).

Citatet afspejler, at projektet har været med til at synliggøre Klubbens faglige indsats overfor omverdenen og er blevet sat på landkortet i kommunens samlede indsats – hvilket selvfølgelig også ses afspejlet i driftgørelsen af indsatsen. Medarbejderne føler sig nu anerkendt for deres indsats og for sig selv om fagpersoner, hvor oplevelsen før projektet og de medfølgende midler mere var præget af et opbevaringssted og varmestue kun med ressourcer til brandslukning. Projektledelsen oplever, at de tilførte ressourcer netop har muliggjort en fokuseret indsats til gavn for såvel brugere, medarbejdere som samfund. En samarbejdspartner fra Misbrugscenteret siger i interviewrunden følgende om udbyttet af samarbejdet:

*"Rigtig mange fik lavet tænder i starten og hold fast, hvor de blomstrede op og fik øget deres selvværd og kunne magte nye ting. Og når klienten får det bedre, er det nemmere at arbejde videre med nogle ting for os og støtte op omkring klienten. I takt med, at de får det bedre giver det større muligheder for at lave et samarbejde og se, hvad klienten vil med sit liv. Vi får højnet vores misbrugsbehandling, fordi indgangsporten er lidt brede, når klienten har det godt og kan tygge maden og smile – det giver et boost, så de tør kigge på andre ting. De små skridt. Og de drypper ned, synes jeg, som er et produkt af projektet. Måske får de fx et mindre sidemisbrug, fordi de har det bedre"* (citater fra interview med samarbejdspartner).

Således er indsatsen i Klubben blevet synlig rundt om i systemet og har flere steder medvirket til at kvalificere indsatsen overfor borgeren. Klubben er som faglig organisation dermed styrket og har tilsyneladende cementeret en position i sundhedsindsatsen overfor disse socialt udsatte borgergrupper.

På temadagen fik medarbejderne italesat, hvad denne faglighed betyder for dem:

- At medarbejdere og brugere får flere "fælles tredje" at mødes om
- At tværfagligheden i huset udnyttes bedre
- At metoder og praksisformer i kraft af tid til refleksion bliver italesat, pædagogiske processer systematisk igangsat og værdier tydeliggjort
- At der er bedre muligheder for at udføre relationsarbejde
- At fagligheden deles internt – den tydeliggøres og spredes

Medarbejderne opfatter nu værestedet som en dynamisk organisation frem for en statisk.

## 5.3 Værestedet som team

Efter denne italesættelse af medarbejdernes faglige selvforståelse og opfattelse af værestedet som organisation bevægede anden halvdel af temadagen sig på et mere konkret og praktisk plan omkring værestedet og

personalet som team – hvordan skal den praktiske hverdag organiseres, hvordan skal sundhedsaktiviteterne løbe af stablen, og hvilke holdninger findes i medarbejdergruppen omkring sundhedsindsatsen?

På dagen blev det tydeligt, at der som led i forankringsprocessen er behov for en generel og grundig indføring/overlevering af projektrede skaber, erfaringer, metoder, tilgange, definitioner o.l. til de medarbejdere, der ikke har været en daglig del af projektet. Selvom projektet fysisk er gennemført i klubregi, har projektet som tidligere nævnt udgjort en særskilt indsats, som alle medarbejdere ikke har været en del af. Nogle medarbejdere har her følt sig for udelukkede, hvorfor en sådan grundig overlevering er nødvendig – en overlevering, hvor også en fælles model for forankringen sættes på dagsordenen og drøftes sammen for at sikre fælles fodslag. Dette drejer sig alene om indsatsen vedrørende sundhedsplaner. Alle medarbejdere har været involveret i planlægning og udførelse af sundhedsaktiviteterne med én medarbejder som ansvarlig for udarbejdelse af månedskalenderen. Aktiviteterne er således planlagt og koordineret ved møder med hele personalegruppen, og denne form bibeholdes i forankringen af projektet.

På temadagen blev der taget hul på forankringen af indsatsen omkring sundhedsplanerne, og følgende konkrete punkter var der enighed om at arbejde videre med:

- En sundhedsplan oprettes, når det er relevant, og når en bruger ønsker det. Det kan eksempelvis ske, hvis en bruger har brug for at gå til lægen, hvilket kan være indgang til en snak om relevansen for en plan.
- Alle medarbejdere udarbejder sundhedsplaner. Hvem der vælges, afhænger af relationen til brugeren.
- Der er én tovholder for hver sundhedsplan, som er ansvarlig og inddrager kolleger efter behov.
- Der afholdes hver anden tirsdag personalemøder alene med fokus på sundhedsplanerne.
- Der udnævnes en koordinator for sundhedsplanerne, som er ansvarlig for området – herunder at støtte og coacher sine kolleger, indkalder til og koordinere personalemøderne vedrørende sundhedsplaner og sikre, at det nødvendige bliver gjort. Vedkommende vil således varetage en ledelsesfunktion omkring selve opgaven, men ikke omkring sine kolleger. Der skal fortsat være kollegial ligeværdighed. Denne koordinators rolle skal defineres mere konkret – hvilket mandat, ansvar og hvilken kompetence ligger der i rollen?

I skrivende stund har klubmedarbejderne allerede påbegyndt implementeringen af disse punkter, idet personalemøderne er iværksat, og arbejdet med at udpege en koordinator er i gang. I forlængelse heraf vil en anbefaling være at intensivere dette arbejde så meget som muligt i denne sidste projektfase, idet det er vigtigt at arbejde videre på den igangsatte proces fra temadagen umiddelbart efter, for ikke at risikere at stoppe en fremadskridende proces. Temadagen vil blive fulgt op og fortsat i januar 2012 inden projektet stopper og indsatsen videreføres for driftsmidler i februar 2012, og her kan med fordel rejses eventuelle forankringsproblematikker opstået i den mellemliggende periode.

Som led i forankringen af projektet kan det ligeledes anbefales at afholde endnu en temadag for samarbejdspartnere, hvor der fokuseres på forankring og synliggørelse af projekterfaringer. Formålet er, at signalere overfor samarbejdspartnere og potentielle samarbejdspartnere, at indsatsen fortsætter som del af kommunens sundhedsstrategi og sammen sætte fokus på nye mulige veje i samarbejdet for at optimere indsatsen overfor denne særligt socialt udsatte borgergruppe.

Foruden en koordinator for sundhedsplanerne internt i Klubben kan det yderligere anbefales at oprette en koordinator/tovholder for det tværfaglige samarbejde som led i forankringen. Erfaringerne fra projektperioden viser, at denne tværfaglige og tværsektorielle del ikke kører af sig selv, men kræver vedvarende facilitering og løbende fokus, hvis en reel nytteværdi skal tilvejebringes. Der er brug for en ansvarlig til at koordinere møder

med forskellige samarbejdspartnere, indkalde fagpersoner ad hoc, planlægge temadage o.l. Et samarbejde med den strategiske sundhedskonsulent i kommunen vedrørende sundhedsstrategien kan ligeledes varetages af en sådan koordinator.

Det anbefales videre, at klubmedarbejderne fortsætter med at udføre den statistiske del af projektet med optællinger af antal deltagere i aktiviteterne, gennemførelsesgrad af målsætninger i sundhedsplanerne mv. Der vil fortsat være brug for at Klubben synliggør indsatsen overfor omverdenen og fremlægger resultaterne af indsatsen for at øge sandsynligheden for også længere frem i tiden at forblive på driftsbudgettet.

Afslutningsvist kan det anbefales, at klubmedarbejderne klædes yderligere på ift sundhed eksempelvis via kurser i sundhedsfaglige områder – eksempelvis ernæring, motion, idræt e.l.



Altid godt	
For det meste godt	
Ofte uroligt	
Altid uroligt	

**Synes du selv du får nok søvn til at føle dig udhvilet?**

Ja som regel	
Ja men ikke ofte nok	
Nej aldrig, næsten aldrig	

<b>Hvor ofte føler du dig fuld af energi?</b>	
Hele tiden	
Det meste af tiden	
Blandet	
Sjældent	
Aldrig	

<b>Føler du dig stresset i din hverdag?</b>	
Ja, ofte	
Ja, af og til	
Nej næsten aldrig	

<b>Hvornår har du sidst haft kontakt til din praktiserende læge?</b>	
Indenfor de sidste 3 mdr.	
Mellem 3 -6 mdr.	
Mellem 6-12 mdr	
Mellem 1-2 år	
Længere end 2 år siden	

<b>Hvornår har du sidst ringet til vagtlægen?</b>	
Indenfor de sidste 3 mdr.	
Mellem 3 -6 mdr.	
Mellem 6-12 mdr	
Mellem 1-2 år	
Længere end 2 år siden	

<b>Hvornår har du sidst været på sygehuset?</b>	
Indenfor de sidste 3 mdr.	
Mellem 3 -6 mdr.	
Mellem 6-12 mdr	
Mellem 1-2 år	
Længere end 2 år siden	

**Hvor tilfreds er du med behandlingen hos din læge?**

Virkelig godt tilfreds	
Godt tilfreds	
Tilfreds	
Ikke tilfreds	

**Hvilke udsagn passer bedst på dit forhold til din læge?**

Lægen lytter til mig og undersøger mig grundigt	
Lægen lytter og undersøger mig overfladisk	
Lægen virker ligeglad men undersøger mig	
Lægen er uinteresseret og undersøger mig ikke	

**Hvornår har du sidst været til tandlæge?**

Indenfor de sidste 3 mdr.	
Mellem 3 -6 mdr.	
Mellem 6-12 mdr	
Mellem 1-2 år	
Længere end 2 år siden	

**Hvordan er din tandstatus?**

Fuldt tandsæt	
Mere end 20 tænder	
Mellem 10-20 tænder	
Under 10 tænder	

**De tænder du har, hvordan har de det?**

Godt, jeg spiser det jeg vil	
Ok, lidt smerter engang imellem	
Dårligt, ofte ondt og problem med mad	

**De næste spørgsmål omhandler dine boligforhold og økonomi:****Har du egen bolig**

Ja	
Nej	

**hvordan trives du i din bolig?**

Meget godt	
godt	
dårligt	

<b>Hvordan er din økonomi</b>	
Meget god	
god	
ok	
dårlig	
meget dårlig	

<b>Har du venner eller familie der støtter dig i dagligdagen?</b>	
Ja, familie	
Ja, familie og venner	
Ja, venner	
nej, jeg klare mig selv	

**De næste spørgsmål handler om kost:**

<b>Hvordan vurderer du dine madvaner generelt lige nu?</b>	
Meget dårligt	
Dårligt	
OK	
Godt	
Meget godt	

<b>Hvor tit spiser du morgenmad?</b>	
Aldrig eller sjældent	
En gang om ugen	
Et par gange om ugen	
Hver dag eller næsten hver dag	
<b>Hvis ja - hvor?</b>	
Der hjemme	
I KLUBBEN	
Andre steder	

<b>Hvor tit spiser du et varmt måltid mad?</b>	
Aldrig eller sjældent	
En gang om ugen	
Et par gange om ugen	
Hver dag eller næsten hver dag	

<b>Hvor ofte spiser du varm mad i KLUBBEN?</b>	
Hver torsdag	
1-3 gange om måneden	
sjældent	

**De næste spørgsmål omhandler dit forhold til rusmidler:**

<b>Hvilket slags indtag har du?</b>	
Kun alkohol	
Kun stoffer	
Stoffer og alkohol	
Alkohol og meget lidt stoffer	
Andet/intet	

<b>Er du i behandling for misbrug?</b>	
Ja	
Nej	

<b>Ønsker du dit indtag nedsat?</b>	
Ja	
Nej	

<b>Ryger du?</b>	
Ja	
Nej	

<b>Ønsker du dit tobaksforbrug nedsat?</b>	
Ja	
Nej	

**De næste spørgsmål handler om KLUBBENS aktivitetstilbud**

<b>Kunne du tænke dig at deltage i aktiviteter?</b>	
Ja	
Nej	

<b>Hvilke aktiviteter har du lyst at deltage i?</b>	
svømning	
badminton	
Styrketræning	
fisketure	
kanoture	
Gåture	
fodterapi	
Madlavning	
male	



Musik	
Akkupunktur	
Andet	

<b>Hvordan vil du gerne motiveres til at deltage i/huskes på projektets arrangementer?</b>	
Telefon opkald dagen før	
Telefon opkald samme dag	
Sms dagen før	
Sms samme dag	
Opslag i KLUBBEN	
Jeg skal nok selv komme afsted	
Anden person, hvem?	

**De næste spørgsmål handler om mål du kan sætte dig for den nærmeste fremtid:**

<b>Kunne du tænke dig at lave en plan for den nærmeste fremtid?</b>	
Ja	
Nej	

**Hvilke mål vil du sætte dig for den nærmeste fremtid?**

---



---



---



---

**Hvordan kan personalet støtte dig i at nå målene?**

---



---



---



---

## Bilag 2: Eksempel på sundhedsplan

Eksempel på sundhedsplan	Mål:	Tandbehandling
	Ansvarlig:	Michael Palm Hansen
	Måltype:	Langsigtet
	Omhandler:	Tandbehandling
	Vigtigt fordi:	Tandstatus meget dårlig, hvilket bl.a. medfører, at X ikke kan indtage sufficient kost, og desuden er et kosmetisk problem.
	Start:	01-09-2010
	Evalueringsdato:	23-01-2012
	Delmål:	Indhentning af overslag samt ansøgning om enkeltydelse.
	Afsluttet:	Nej
	Beskrivelse:	X beklager sig over smerter i tænder og har vanskeligt ved at indtage føde, da hun mangler flere tænder. Samtidig tager X altid hånden op foran munden, når hun smiler eller ler, da hun ikke vil vise sine (manglende) tænder.
	Hvordan kan vi se at målet er nået:	Når X ikke har smerter i tænderne længere.
	Hvad gør brugeren:	Indhenter dokumentation for sine faste udgifter til enkeltydelsesansøgningen.
	Hvad gør medarbejderne:	Møder til aftaler hos tandlægen. Etablerer kontakt til tandlæge, husker X på tider og følger med til tandlæge. Hjælper med enkeltydelsesansøgningen.
	Metode:	Motivationsarbejde og brobygning.
	Evalueringsresultat:	X fik tilbud om at kunne få lavet tænder ved at erlægge en egenbetaling på 12.000 kr. X mener ikke, at hun har pengene, og det er ikke muligt for hende at låne pengene i banken. Tandlæge og Borgerservice siger nej til afdragsordning. Det undersøges, om der er andre muligheder for at hjælpe X til tandlægen.

Kilde: materiale udleveret af projektleder.

Eksempel på sundhedsplan	Mål:	Afklaring ift arbejdsmarkedet
	Måltype:	Langsigtet
	Ansvarlig:	Michael Palm Hansen
	Start:	19-12-2011
	Evalueringsdato:	19-04-2012
	Vigtigt fordi:	Det er et krav fra Jobcenteret.
	Målnummer:	1
	Mål:	Lægetid
	Måltype:	Langsigtet

Ansvarlig:	Michael Palm Hansen
Omhandler:	Smertefri
Start:	30-11-2009
Evaluering:	31-12-2009
Vigtigt fordi:	For at opnå bevægelsesfrihed
Målnummer:	1
<b>Mål:</b>	<b>Tandbehandling</b>
Måltype:	Langsigtet
Ansvarlig:	Michael Palm Hansen
Omhandler:	Tandbehandling
Start:	15-09-2011
Evaluering:	27-01-2012
Vigtigt fordi:	Pga. smerter og dårlig tandstatus.

Kilde: materiale udleveret af projektleder.