

# ***Systematisk sundhedsfremme i udsatte lokalområder***

- brobygning mellem forskning og praksis

**2011**

**Carsten Kronborg Bak**

**Julie Werenberg Dreier**

**Pernille Tanggaard Andersen**



# ***Indholdsfortegnelse***

## **Kapitel 1**

Baggrund

Sundhedsfremme i udsatte nærmiljøer

Evidens, kompleksitet og interventioner

Rapportens formål og målgruppe

Læsevejledning

## **Kapitel 2**

Hvad vil det sige at arbejde flerstrengt?

Hvorfor anvende flerstrengede  
interventionsprogrammer?

Den analytiske ramme for flerstrengede  
interventionsprogrammer

## **Kapitel 3**

FELIS strategien til lokal sundhedsfremme i  
udsatte nærmiljøer

Præfase: Kortlægning

Case: Mental Sundhed - Kortlægning

## **Kapitel 4**

Fase 1: Før-målingen: Gennemførelse og  
anvendelse af en lokal spørgeskemabaseret  
sundheds-profil

Hvad er en lokal sundhedsprofil

Anvendelse af resultater fra den lokale  
sundhedsprofil

Case: Mental Sundhed – Fase 1

## Kapitel 5

Fase 2: Kvalitative undersøgelser

Case: Mental Sundhed – Fase 2

## Kapitel 6

Fase 3: Design af komplekse interventioner i  
lokalsamfund – teoriernes rolle

Case: Mental Sundhed – Fase 3

## Kapitel 7

Fase 4 – Planlægning og implementering af  
flerstrengede interventioner i lokalsamfund

Case: Mental Sundhed – Fase 4

## Kapitel 8

Fase 5 – Midtvejsevaluering

Case: Mental Sundhed – Fase 5

## Kapitel 9

Fase 6 – Eftermåling

Case: Mental Sundhed – Fase 6

## Kapitel 10

Muligheder og udfordringer for FELIS strategien

Intern organisering i kommunerne

Forsknings-praksis samarbejde

## Referencer

## Bilag

# Kapitel 1

## Baggrund

I efterhånden mange videnskabelige undersøgelser er det blevet dokumenteret, at der er en social ulighed i sundhed (Diderichsen, Habroe, & Nygaard, 2006; Wilkinson & Marmot, 2003; Pedersen, Christensen, Hesse, & Curtis, 2007; Ekholm, et al., 2005), og at flere sociale og sundhedsmæssige problemer især ophobes blandt udsatte borgere i samfundet (Pedersen, Christensen, Hesse, & Curtis, 2007). Hvor der er omfattende viden om, hvordan forskellige risikofaktorer påvirker vores livsstil og sundhed savnes i højere grad viden om, hvilke typer af sundhedsfremmeindsatser, der virker over for socialt udsatte borgere (Diderichsen, Habroe, & Nygaard, 2006).

For bedre at kunne indfri det ambitiøse mål om, at styrke trivsel og sundhed blandt socialt udsatte borgere, som Forebyggelseskommissionen blandt andet påpeger (Forebyggelseskommissionen, 2009) er der brug for at gå "nye veje", samt afprøve nye metoder og tilgange til at arbejde med sundhedsfremme. Derfor er det væsentligt at fremme samarbejdet mellem forskning og kommunerne på dette område, så nye tilgange og strategier til sundhedsfremme bliver udviklet.

Denne rapport er en guide til, hvordan et systematisk sundhedsfremmearbejde i udsatte nærmiljøer kan tilrettelægges. I det følgende redegøres for hvilke definitioner guiden bygger på, og hvordan sundhedsfremme i udsatte nærmiljøer knyttes til et såkaldt socio-økologisk perspektiv og til det der betegnes evidensstypologi.

## Sundhedsfremme i udsatte nærmiljøer

Lokalsamfundet har i en årrække dannet udgangspunkt for sundhedsfremme initiativer og aktiviteter i Danmark, omend ikke på systematisk vis. Lokalsamfundet og nærmiljøet skaber en geografisk afgrænset enhed, hvor forholdet mellem individ, sociale relationer og sundhed kan undersøges i et tæt samspil. Nærmiljøet danner rammen omkring menneskers liv og udstikker

levestandarderne for områdets beboere. Dette betyder, at nærmiljøet er en afgørende faktor for beboernes livsstil, herunder også deres sundhedsadfærd.

### **Udsatte nærmiljøer**

*Udsatte nærmiljøer defineres i denne rapport som geografisk afgrænsede områder (fx boligområder, bydele) med høje koncentrationer af beboere med en lav socio-økonomisk position (fx etniske minoriteter, førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og enlige forsørgere), som i forskellig grad, vil være udsatte i forhold til sundhed.*

Udsatte nærmiljøer kan dog ikke alene defineres ud fra borgernes perspektiv, men vil også typisk have en række karakteristika, som nedslidte bygninger, dårligt omdømme og utilstrækkelige fysiske rammer, i form af eksempelvis manglende udearealer og rekreative områder. Både de fysiske og sociale omgivelser spiller således også ind på folks sundhed og er centrale, når man tænker sundhedsfremmende indsatser.

Sundhedsfremme i nærmiljøer kan dog gribes an på mange forskellige måder. I denne rapport præsenteres en strategi, der tilstræber at påvirke de mekanismer, der skaber uligheden i sundheden. Overordnet set har forebyggelse og sundhedsfremme til formål at forhindre at sygdomme opstår og udvikles. Dette kan gøres ved blandt andet at styrke individuelle faktorer, sociale sammenhænge og fysiske rammer, der påvirker vores sundhedstilstand og – adfærd (Skovgaard, Nielsen, & Aro, 2007; Sundhedsstyrelsen, 2005). Nærmiljøer udgør en central arena for sundhedsfremme og bygger i høj grad på principperne om ejerskab og borgerinddragelse. Inddragelse af beboerne i beslutninger, der vedrører dem selv, er ikke blot en demokratisk ret og etisk mest forsvarligt, men har også vist sig at styrke kvaliteten i forebyggende indsatser målrettet socialt udsatte borgere. Dette skyldes at:

- a) Interventioner kan tilpasses de aktuelle behov og ønsker i lokalsamfundet
- b) Barrierer kan identificeres, så det er muligt at tilrettelægge interventioner efter dem og
- c) Ressourcer i lokalmiljøet kan udnyttes, fx gennem etablering af netværk og ved brug af nøglepersoner (jævnfør Sundhedsstyrelsens satspuljemidler fra 2010 rettet mod forebyggelsesindsatser i nærmiljøer)

Socialt udsatte borgere har ofte sværere ved at ændre på deres usunde vaner og livsstil, og det er derfor særligt vigtigt at inddrage dem løbende i sundhedsfremmende indsatser, hvor man ønsker at ændre deres sundhedsadfærd. Det skal desuden i de enkelte tilfælde tages i betragtning hvor, hvordan og hvor meget borgerne inddrages. Det væsentlige er dog, at medtænke borgerne som en vigtig part i planlægningen og gennemførelsen af sundhedsfremmeaktiviteterne.

Socialt udsatte borgere dækker i denne publikation over:

### ***Socialt udsatte borgere***

*Borgere, der i forskellig grad er sundhedsmæssigt udsatte på grund af deres sociale position. Der er eksempelvis tale om ufaglærte arbejdere, førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere, arbejdsløse, etniske minoriteter og enlige forsørgere, som ifølge undersøgelser er mere udsatte end baggrundsbefolkningen.*

Udover borgerinddragelse som et vigtigt element for sundhedsfremme i nærområder bygger rapporten også på et såkaldt socio-økologisk eller helhedsorienteret perspektiv. Dette fokuserer på at forstå sundhed og sygdom som *noget*, der skabes i et tæt samspil mellem mennesker og det lokale miljø, hvor dagliglivet foregår. Dette betyder, at sundhedsfremme er såvel individorienteret som strukturel. Sygdom, sundhed og trivsel må således ansues som dynamiske processer, der bl.a. formes i det sociale liv. I relation hertil bliver det afgørende, at der tages udgangspunkt i den sociale kontekst, som påvirker trivsel og sundhedsadfærd (Turell, Oldeburg, McGuff, & Dent, 1999; Cummins, Curtis, Diez-Roux, & Macintyre, 2007; Pickett & Pearl, 2001). I en socio-økologisk tilgang beskrives mennesker ud fra flere forskellige niveauer. Disse kan være individniveau, familien, organisationsniveau, lokalsamfund, sociale fællesskaber, og befolkningsniveau (Sallis & Owen, 1997). De socio-økologiske modeller tilbyder således måder at forstå kompleksiteter i den virkelige verden, som kan være værdifuld at inddrage i udformningen af interventioner. Som en følge af dette er, der derfor behov for både at beskrive determinanterne til et sundhedsproblem på forskellige niveauer, og at identificere muligheder for koordinerede indsatser på tværs af disse niveauer. Dette er baggrunden for udviklingen af den mere systematiske tilgang til sundhedsfremme, som denne rapport i de følgende kapitler vil præsentere.



## Evidens, kompleksitet og interventioner

Systematisk planlægning af interventioner hænger uløseligt sammen med dokumentation og brugen af evidens. At arbejde videns(skabs)baseret eller *evidensbaseret* refererer i denne sammenhæng til en systematisk dokumentation og evaluering af de indsatser, der iværksættes og at interventioner planlægges med afsæt i den eksisterende viden herom. Spørgsmål vedrørende årsagerne bag sundhed og ulighed, samt effekterne af forskellige politikker og tiltag danner et yderst kompliceret billede. Det er for eksempel vanskeligt at isolere betydningen af en enkelt faktor eller en enkelt indsats. Derfor er det vanskeligt at overføre de evidensmetoder, der anvendes i klinisk medicin, hvor man netop søger at isolere enkelte sammenhænge i stedet for at se på helheden. I stedet for bygger den strategi som præsenteres i rapporten på en systematik - hvor effekter vurderes ud fra forskellige metoders styrke i forskellige kontekster. Der er således ikke nogen metoder, der har forrang frem for andre, men det er problemstillingen som er afgørende for de metoder der tages i brug. Det vil sige, at vi benytter os af *evidenstypologi* frem for evidenshierarki. Med evidensstypologi menes, at det ikke kun er evidens om effekter, der i denne sammenhæng er interessant, men i lige så høj grad evidens om implementering og organisering, og derved bliver processerne for vidensopsamlingen også relevant. Det er relevant at anvende evidensstypologien i undersøgelsen af sundhedsfremmeindsatser i nærmiljøer fordi omdrejningspunktet er en undersøgelse af flerstrengede indsatser og komplekse sammenhænge i et lokalområde, og her er det umuligt at kontrollere omstændighederne, som det gøres i kliniske evidensmetode (Skovgaard, Nielsen, & Aro, 2007; Aro, Smith, & Dekker, 2008). Mange faglige discipliner inden for samfundsvidenskab, særligt sociologi og antropologi, har alternative tilgange til at vurdere evidens og effektiviteten af interventioner (McQueen, 2001). Denne tankegang videreføres i denne rapport.

Link til FELIS projektets  
hjemmeside

[www.sdu.dk/felis](http://www.sdu.dk/felis)

## Rapportens formål og målgruppe

Formålet med rapporten er at præsentere en guide til, hvordan man kan arbejde med sundhedsfremmeindsatser i nærmiljøer. Rapporten præsenterer en *evidensbaseret tilgang* til, hvordan man i et tættere samarbejde mellem forskning og kommunerne, kan opnå et bedre grundlag til at arbejde mere *systematisk* med konkrete sundhedsfremmeindsatser i nærmiljøer med en høj koncentration af udsatte borgere med henblik på, at øge viden om effekter af diverse indsatser. I rapporten omtales denne strategi som FELIS. **FELIS** refererer til **Flerstrengede, Evidensbaserede, Lokale Indsatser for Sundhedsfremme** og den vil blive nærmere beskrevet i kapitlerne 3-10. FELIS-strategien er udviklet af 2 sociologer ansat ved Syddansk Universitet, Forskningsenheden for Sundhedsfremme i Esbjerg og er baseret på igangsættelsen af lokale sundhedsfremme initiativer i et udsat lokalområde i en af de samarbejdende kommuner. Strategien udspringer dermed af et tæt forsknings-kommune samarbejde over de sidste par år.

FELIS er en overordnet strategi for tilrettelæggelsen af systematiske tilgange til sundhedsfremme i udsatte nærmiljøer. I modsætning til enkeltinterventioner eller flere interventioner udelukkende på samme niveau fordrer FELIS, at interventionerne gennemføres på flere niveauer, fx både individ- og organisationsniveau. Ved at have flerstrengede interventioner sideløbende opnås et samspil og synergi mellem interventionerne og målgruppens behov ses i et helhedsorienteret perspektiv. FELIS strategien handler altså om at opnå bedre resultater for målgruppen ved at tilrettelægge interventioner, der ved at være flerstrengt tager højde for den kompleksitet, der er kendetegnet ved mange af de sundhedsproblematikker der eksisterer i udsatte nærområder.

Rapportens målgruppe er kommunalt ansatte konsulenter og projektledere, administrative ledere, beslutningstagere, samt andre forskere og ansatte ved sundhedsuddannelser med interesse for dette område.

## Læsevejledning

Rapporten indeholder i alt 10 kapitler. Kapitel 2 opridser baggrunden for udviklingen af FELIS strategien, som bygger på udenlandske erfaringer med flerstrengede interventionsprogrammer.

De efterfølgende kapitler (3-9) gennemgår faserne i FELIS strategien og konkretiseres ved en gennemgang af en specifik case. Casen er et illustrativt eksempel og fungerer som et gennemgående element, samt danner et centralt udgangspunkt for den praktiske anvendelse af FELIS. Vi anbefaler derfor, at casen læses grundigt, da den konkretiserer tankerne bag FELIS og forbinder teori med praksis. Kapitel 10 sammenfatter rapportens væsentligste konklusioner og samarbejdet mellem forskning og praksis perspektiveres.

## Kapitel 2

I det følgende beskrives baggrunden for at forstå FELIS strategien som primært er baseret på de Canadiske erfaringer med Multiple Intervention Programs (Edwards, Mill, & Kothari, 2004). Denne gennemgang har desuden til formål at præsentere argumenterne for at arbejde flerstrengt.

### Hvad vil det sige at arbejde flerstrengt?

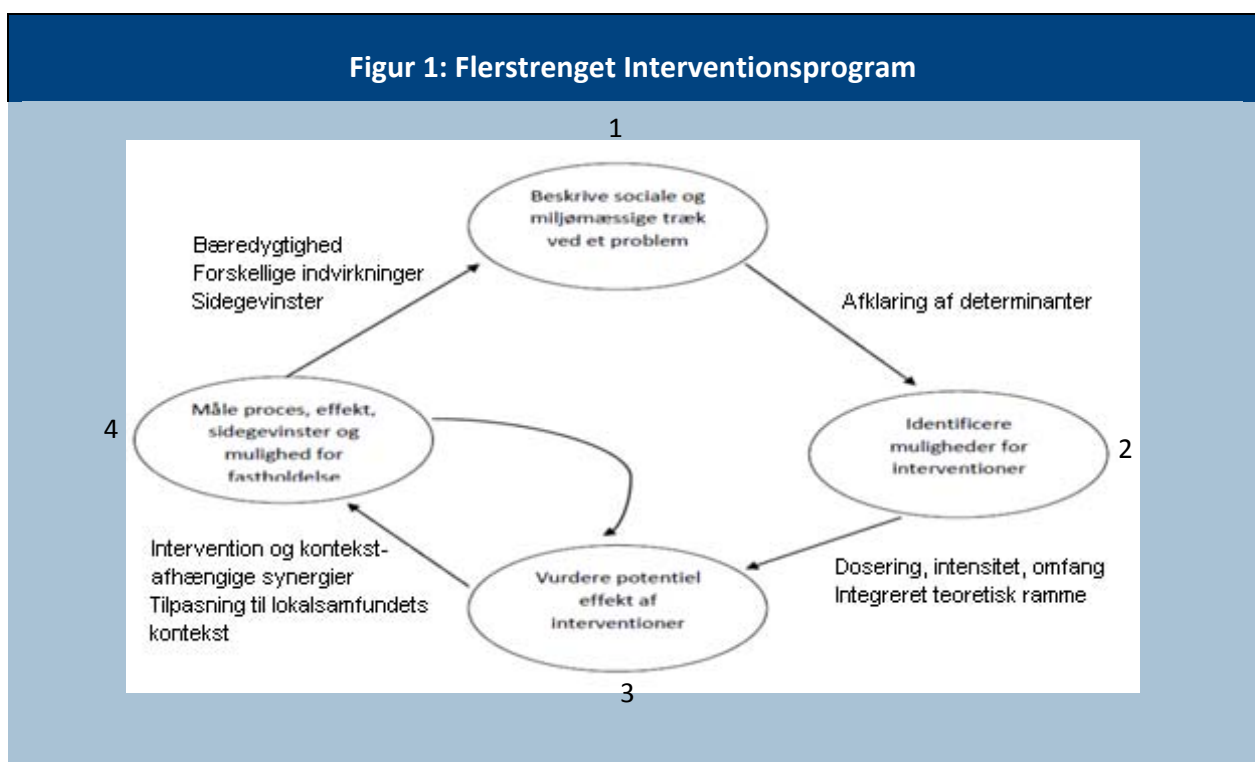
Et flerstrengt interventionsprogram er et sundhedsprogram som er *sammensat af to eller flere* interventioner som involverer *to eller flere niveauer*. Det adskiller sig på den måde fra enkelte interventioner ved at, der stilles krav om, at der skal arbejdes på forskellige niveauer i sundhedsprogrammerne. (Edwards, Mill, & Kothari, 2004). Det flerstrengede består således i at iværksætte interventioner på de forskellige niveauer, hvor individets levevilkår, trivsel og sundhed tænkes i et samspil.

### Hvorfor anvende flerstrengede interventionsprogrammer?

Mange af de sundhedsmæssige problemer, som kommunerne har fået ansvaret for at løse er *komplekse* og kræver typisk et omfattende sæt af strategier for tilrettelæggelsen af interventioner og et miks af forskellige forskningsmetoder til evaluering. At arbejde flerstrengt er derfor baseret på den antagelse, at det ofte *ikke* vil være tilstrækkeligt blot at igangsætte enkeltprojekter overfor (socialt udsatte) borgere – fx i forhold til rygning eller overvægt. Derimod er der brug for at involvere en række forskellige interventioner der målrettes såvel individuel adfærdsændring, kollektive ressourcer og handling samt støttende omgivelser. Design af flerstrengede interventionsprogrammer involverer således anvendelse af strategier, som målrettes individer, grupper, lokalsamfund, fællesskaber, organisationer og politikker, jævnfør kapitel 1 om det socio-økologiske perspektiv.

## Den analytiske ramme for flerstrengede interventionsprogrammer

Den analytiske ramme for flerstrengede interventionsprogrammer i lokalsamfund er udviklet på baggrund af eksisterende planlægningsmodeller inden for sundhedsfremme, fx RE-AIM (Glasgow, Vogt, & Boles, 1999) og PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 1999). Den overordnede ramme er præsenteret i figur 1 og har 4 trin: (1) Det første trin er en beskrivelse af de socio-økologiske funktioner og træk ved et sundhedsproblem; (2) dernæst identificeres muligheder for interventioner; (3) herefter vurderes, hvordan potentielle effekter kan optimeres; og (4) så måles og evalueres effekterne, sidegevinster og bæredygtighed.



(Edwards, Mill, & Kothari, 2004)

Grundidéen i modellen er at forstå, hvordan individet og dets omgivelser i et gensidigt samspil påvirker hinanden. Modellens udgangspunkt er et socio-økologisk perspektiv på et sundhedsmæssigt problem, hvor første skridt er at se på forskellige determinanter og deres indbyrdes samspil. Andet skridt består i at identificere mulige interventioner, rettet mod de forskellige niveauer. Det er en præmis i modellen, at der arbejdes på flere niveauer (flerstrengt), og at interventioner ikke alene er eksempelvis individorienteret. Når interventionerne planlægges er det i denne model væsentligt at overveje deres omfang, intensitet og dosering. I planlægningen

af interventionerne er det også afgørende at determinanternes samspil tænkes teoretisk og i forhold til den viden, der i forvejen eksisterer på området. Det at anvende en kombination af flere interventioner på forskellige niveauer kan skabe synergier for målgruppen, som enkeltinterventioner ikke kan skabe. Som det sidste led monitoreres og evalueres processerne, effekterne og den samlede indvirkning interventionerne har haft for målgruppen. Det er her væsentligt, at der bliver udviklet nogle procedurer for at facilitere denne løbende monitorering. Tankegangen i modellen er, at flerstrengede interventionsprogrammer vil resultere i bæredygtige resultater for området.

## Kapitel 3

### FELIS-strategien til lokal sundhedsfremme i udsatte nærmiljøer

I kapitel 2 blev den overordnede analytiske ramme for flerstrengede interventioner gennemgået. Denne analytiske ramme danner baggrund for FELIS strategien, som vi udfolder nedenfor. Formålet med dette kapitel er at beskrive FELIS strategien, og konkretisere hvordan denne kan omsættes til praksis. Dette gøres ved at præsentere en case, hvor en flerstrengt indsats beskrives i et nærmiljø med en høj koncentration af socialt udsatte borgere. FELIS-strategien er baseret på 6 faser samt en præfase, og beskriver en konkret fremgangsmåde til gennemførelse af flerstrengede interventioner i lokalområder. Figur 2 illustrerer disse faser.

**Figur 2. Model over FELIS-fremgangsmåden**



I det følgende vil der udover den generelle beskrivelse af hver fase også beskrives en konkret gennemgående case med fokus på *"mental sundhed"* blandt *etniske borgere i et udsat boligområde*. Casen er udvalgt på baggrund af autentiske resultater fra en gennemført lokal sundhedsundersøgelse i en dansk kommune, hvor en forholdsvis stor andel af beboere med anden

etnisk baggrund end dansk, viste sig at lide af forskellige former for psykiske lidelser (stress, angst, depression, uro, mv.).

Casen skal bidrage til at illustrere mange af de overvejelser og beslutninger, som man typisk vil kunne stå overfor i forbindelse med at anvende en systematisk fremgangsmåde som FELIS-strategien tilbyder. Casen indfanger naturligvis ikke alle de forskellige sundhedsproblemer og udfordringer som virkeligheden byder på og som er afhængige af de konkrete forhold, men den følger den "logik", og de faser, som indgår i FELIS-strategien. Strategien forudsætter derfor, at konkrete lokale projekter gennemføres som flerstrengede interventioner i forhold til en eller flere bestemte målgrupper. Den forudsætter samtidig, at der er tilknyttet en fuldtids projektleder og projektmedarbejdere, og at der i forskellige faser kan være behov for at samarbejde med en forskningsinstitution (fx omkring opsamling af viden fra sundhedsprofilen, det teoretiske grundlag for interventionerne, evalueringer).

### **Præfase: kortlægning**

Som ved enhver anden strategi fordrer FELIS fremgangsmåden, at der forud for igangsættelsen af strategien, laves en kortlægning af de lokale forhold. Det indebærer i denne sammenhæng, at der dannes et overblik over områdets ressourcer, om der er etniske foreninger, om der er beboerhus, og i det hele taget hvorledes områdets infrastruktur er organiseret. Yderligere er det vigtigt at få afklaret om, der er igangværende projekter, og hvad der eksisterer af rapporter og evalueringer af tidligere projekter fra området. Alt dette finder sted som en del af kortlægningen.



## CASE: MENTAL SUNDHED – PRÆFASE

Lokalsamfundet i denne case er et almennyttigt socialt boligbyggeri, der blev bygget i slutningen af 1960'erne og begyndelsen af 1970'erne. Der er 20 blokke med almennyttige lejligheder i forskellige størrelser og der er 5 forskellige boligforeninger repræsenteret. Området har tidligere stået på Velfærdsministeriets ghettoliste over udsatte boligområder i Danmark ([www.ghettoisering.sm.dk](http://www.ghettoisering.sm.dk)). Over de sidste 15-20 år har området udviklet sig til et område med en høj koncentration af ikke-vestlige indvandrere, efterkommere og mange etniske danskere uden for arbejdsmarkedet. Området ligger i udkanten af en større by og har sin egen skole, indkøbscentre mv. som bærer præg af området hvori de ligger.

### *Beboersammensætningen*

I følge Danmarks Statistiks Kås-tal for boligområdet ([www.dst.dk/kaas](http://www.dst.dk/kaas)) bor der godt 2000 personer i området. Af disse er 35-40 % af anden etnisk baggrund end dansk, ca. 12 % er arbejdsløse, næsten hver tredje er kontanthjælpsmodtager, ca. 35 % er enlige forsørgere og mere end halvdelen har en bruttoindkomst på under 150.000 om året.

### *Sundhedsfremme i lokalområder*

Der er ansat en projektleder med en baggrund som sygeplejerske og nylig afsluttet kandidatuddannelse i Folkesundhedsvidenskab. Herudover er der ansat to projektmedarbejdere; der er henholdsvis socialrådgiver og akademiker, der er uddannet i Idræt og Sundhed. De har fået ansvaret for at stå for en række sundhedsfremmeinitiativer i lokalområdet og har besluttet, at de vil bruge FELIS-strategien for at sikre, at de får arbejdet systematisk med de forskellige aktiviteter.

## Kapitel 4

### Fase1: Gennemførelse og anvendelse af en lokal spørgeskemabaseret sundhedsprofil.

- Ulighed i sundhed bliver ofte ikke dækket ind gennem den kommunale sundhedsprofil og derfor er der behov for at lave lokale sundhedsprofiler, der inkluderer socialt udsatte borgere.
- Den lokale sundhedsprofil udvikles på baggrund af egne spørgeskemaundersøgelser.
- Den lokale sundhedsprofil danner 'baseline' for måling af effekterne af en intervention.
- Den lokale profil giver også mulighed for at prioritere, planlægge og målrette interventioner i lokalområdet.

I meget store projekter eller i forbindelse med udarbejdelse af kommunens overordnede sundhedspolitik vil man have fordel af at starte med en sundhedsundersøgelse af befolkningen i kommunen, og finde frem til de sundhedsproblemer, det er vigtigst at gøre noget ved (Wiuff, 2007). For at få større viden om lokale forskelle i kommunen anbefales det at udarbejde en lokal sundhedsprofil, som er en uddybning af den kommunale profil. Gennemførelsen af en spørgeskemabaseret lokal sundhedsprofil for et nærområde er første fase i FELIS-strategien og skal medvirke til at skabe en overblik over sundheds- og sygdomstilstanden blandt beboerne i det konkrete udsatte lokalområder.

#### Hvad er en lokal sundhedsprofil?

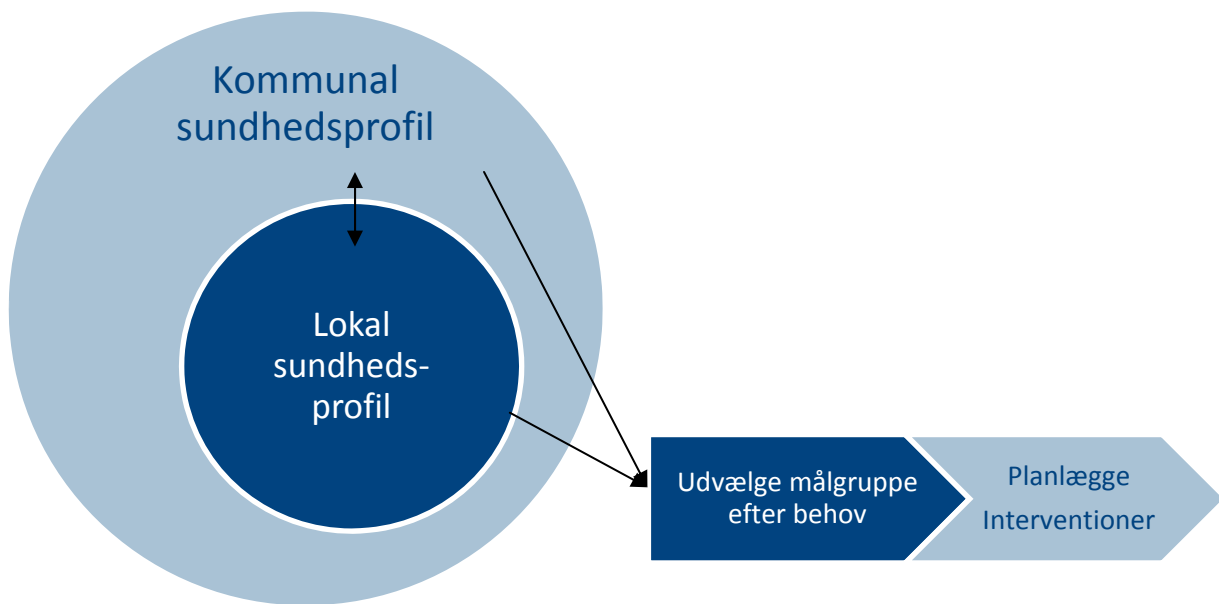
En lokal sundhedsprofil inkluderer oplysninger om sundheds- og sygdomstilstanden blandt borgerne. De indsamlede informationer skal medvirke til, at kommunen kan blive bedre i stand til at målrette ressourcerne til de borgere, der har de største behov for indsatser. Derfor bør informationerne kobles til:

- Mindre geografiske områder i byerne (fx bydele, boligområder) og

- Udsatte eller sårbare befolkningsgrupper (fx etniske minoritetsgrupper eller borgere med lav indkomst)

En lokal sundhedsprofil for et udsat boligområde eller bydel kan opfattes som en *subprofil* af en kommunal sundhedsprofil (se figur 3). En lokal sundhedsprofil udgør derfor et vigtigt vidensgrundlag for, at interventioner kan planlægges ud fra viden om såvel de enkelte beboeres sundhedstilstand, men også de rammer og muligheder som lokalområdet sætter.

**Figur 3: Subprofil af kommunal sundhedsprofil**



På den baggrund kan sundheden blandt forskellige befolkningsgrupper sammenlignes, og det kan identificeres, hvordan uligheden i sundhed kommer til udtryk på en række forskellige områder<sup>1</sup>. Ved at indsamle baseline informationer kan der samtidig skabes et grundlag for at "måle" forandringer fra interventionsprogrammer over tid.

Den lokale sundhedsprofil faciliterer en mere detaljeret dataindsamling af sundhedsrelaterede informationer inden for fx boligområder, bydele (geografisk afgrænsede områder) og/eller subgrupper inden for disse områder som fx forskellige udsatte grupper som etniske minoriteter,

<sup>1</sup> Reviews af forskellige udenlandske erfaringer med at gennemføre sundhedsprofiler i byer (i 1990'erne) viser, at ulighed i sundhed ofte ikke blev tilstrækkeligt dækket ind og i nogle tilfælde ikke klart defineret som et emne. Informationer på et lokalt (sub-niveau) var begrænsede, og få profiler præsenterede data om livsstil blandt socioøkonomiske grupper (Ritsatakis A. , 2009). Der var tale om begrænsede erfaringer med at evaluere indvirkningen af intervet

kontanthjælpsmodtagere og enlige forsørgere. Disse grupper deltager typisk meget sjældent i nationale eller kommunale sundhedsprofiler (Andersen, Bak, Vangsgaard, Dokkedal, & Larsen, 2010), og det kræver derfor, at der anvendes andre metoder end papiromdelte spørgeskemaer for at få disse grupper til at deltage. Det er også ret forskelligt, hvordan sammensætningen og koncentration af specifikke etniske grupper er i et bestemt lokalområde. Der kan eksempelvis bo mange med en bestemt etnisk baggrund i et udsat lokalområde, men ikke i et andet sammenligneligt område i samme by. Derfor kan den lokale sundhedsprofil give et mere detaljeret billede af forskelle mellem forskellige etniske minoritetsgrupper i lokalområder.

Den lokale sundhedsprofil vil typisk være baseret på de samme typer af temaer og spørgsmål som indgår i Statens Institut for Folkesundheds (SIF) undersøgelser ([www.susy2.si-folkesundhed.dk](http://www.susy2.si-folkesundhed.dk)), men kan netop udformes så de tager hensyn til særligt socialt udsatte grupper og det konkrete lokalområde. Det vil sige, at det kan være oplagt at inkludere spørgsmål om fx rådighedsbeløb og økonomiske afsavn, og fx åbne spørgsmål om forslag til udnyttelse af grønne arealer mv. i lokalområdet. Samtidig er det vigtigt at være særlig opmærksom på antallet af spørgsmål i spørgeskemaerne, så det ikke bliver for langt. Det anbefales at benytte telefon- og/eller besøgsinterviews med tosprogede tolke ved gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen.

Ved at anvende baggrundsinformationer om socioøkonomiske forhold bidrager en lokal sundhedsprofil også med at undersøge omfanget af en given problematik, og denne viden kan danne udgangspunkt for den kvalitative undersøgelse i fase 2. Det er derfor oplagt, at viden fra den lokale profil netop suppleres med kvalitativ viden om fx udsatte beboeres egne opfattelser af deres behov og forslag om sundhedsfremme initiativer (se fase 2 i FELIS-strategien). På den måde bliver en lokal sundhedsprofil en måde til at involvere de lokale beboere til at vurdere deres behov og ressourcer i nærmiljøet med henblik på, at anvende disse informationer til at skabe nye løsninger (Breuer, 1998).

Det kræver typisk flere ressourcer at indsamle oplysninger fra disse grupper, og det kan i høj grad være nødvendigt at anvende lokale kontaktpersoner, lokale foreninger mv. for at få skabt kontakter til etniske minoritetsgrupper. Mange af disse grupper nås ikke ved traditionelle informationskampagner, men via personlige kontakter i lokalområdet. Samtidig er det vigtigt at interviewene foregår via tosprogede tolke for at sikre, at spørgeskemaet besvares så korrekt som

muligt, og der undgås misforståelser i tolkninger af de enkelte spørgsmåls ordlyd mv. Gennemførelsen af besøgsinterviews med eksempelvis folk med anden etnisk baggrund end dansk kan også være en god måde at få skabt en første kontakt med disse beboere. Denne kontakt kan senere anvendes når interventioner skal udformes, så de bedst muligt matcher disse gruppers behov.

## Anvendelse af resultater fra den lokale sundhedsprofil

Når den spørgeskemabaserede undersøgelse for det udsatte lokalområde er gennemført – er der indsamlet mange værdifulde oplysninger om beboernes sundhed og sygdomstilstand samt flere baggrundsoplysninger om fx indkomst, uddannelsesniveau, stillingsbetegnelse mv.

Det er derfor vigtigt, at disse informationer i denne første fase kan udnyttes mest optimalt til at få nærmere indkredset hvilke sundhedsproblemer, der er størst i forhold til forskellige målgrupper i området. Det kan være, at man på baggrund af resultaterne fra sundhedsprofilen bliver opmærksom på sundhedsproblemer man ikke havde prioriteret i forvejen eller, at nogle af de eksisterende sundhedsprojekter måske kunne tænkes ind i en anden sammenhæng (fx et større projekt), så de udsatte målgruppers behov blev varetaget i et helhedsorienteret perspektiv. Der er naturligvis altid brug for at prioritere, og derfor er det vigtigt at få overblik over data for at sikre, at prioriteringerne foretages på baggrund af dokumenterede og reelle behov. Når man skal foretage prioriteringen kan det være oplagt at stille spørgsmål som:

- Hvad er det for et sundhedsproblem (omfang, betydning, karakteristika) man vil sætte ind over for?
- Hvilke sammensatte årsager har dette sundhedsproblem?
- Hvad vil det kræve at kunne forebygge dette sundhedsproblem?
- Hvad foreligger der af viden på dette område fra andre undersøgelser/rapporter?
- Kan der sikres tilstrækkelig dosering, ressourcer og tid til at opnå målbare effekter?

Med den viden og erfaring, der er blandt forskere inden for Folkesundhedsvidenskab, kan det en god idé at overveje et samarbejde med forskere fra starten af forløbet. I casen er der givet et

konkret eksempel på, hvordan forskere kan bidrage med at få analyseret data fra sundhedsprofilen på baggrund af eksisterende viden.

I den nedenstående boks er det beskrevet, hvordan projektlederen og hendes team valgte at gribe casen an i denne indledende fase af FELIS-strategien.

### CASE: MENTAL SUNDHED - FASE 1

Efter projektlederen og de to medarbejdere har besluttet at bruge FELIS strategien for at sikre en systematisk tilgang til sundhedsfremme aktiviteterne i det udvalgte udsatte område, er de spændte på at komme i gang med den første af de seks faser. Til det indledende møde beslutter de sig for, at de vil gøre brug af et konsulentfirma til at foretage selve dataindsamlingen for dem i forbindelse med den lokale sundhedsprofil. De ved at flere af konsulentfirmaerne blandt andet har erfaring i at gennemføre disse lokale sundhedsprofiler, og desuden har adgang til tosprogede tolke. Selve analysen vil de selv stå for i samarbejde med nogle forskere, som de vurderer, har mere viden i forhold til tolkningen af data netop i forhold til sundhedsfremme og socialt udsatte borgere.

En af konklusionerne i arbejdet med den lokale sundhedsprofil er, at ca. hver 7. af bydelens voksne borgere med ikke-vestlig baggrund det seneste år har haft brug for psykologisk eller psykiatrisk hjælp. De beslutter derfor at kigge nærmere på den mentale sundhed for de etniske grupper. For at undersøge om den mentale sundhedstilstand er generelt dårlig for hele gruppen af ikke-vestlige indvandrere er der foretaget en sammenligning mellem forskellige undergrupper fra området, herunder grupper fra Mellemøsten, Bosnien, Vietnam og Somalia, da disse omfangsmæssigt udgør en betydelig del af stikprøven. Der er kigget på en række baggrundsfaktorer som alder, køn, uddannelsesniveau, civilstatus, erhvervstilknytning samt en række helbredsrelaterede faktorer som selvvurderet helbred, livsstilssygdomme samt sundhedsadfærd og vaner. I den nedenstående tabel ses et udtræk af oplysningerne omkring mental sundhed.

	Etniske danskere	Mellem-østen	Bosnien	Vietnam	Somalia
Lider eller har lidt af psykisk lidelse	3,5 %	1,8 %	15,5 %	2,3 %	0 %
Lider eller har lidt af angst	15,5 %	20 %	35,6 %	14,0 %	14,8 %
<b>Smerter og ubehag inden for de seneste 14 dage</b>					
- Hurtig hjertebanken	10,8 %	22,7 %	20,3 %	18,6 %	22,2 %
- Nervøsitet, uro eller angst	11,6 %	37,3 %	39,0 %	18,6 %	25,9 %
- Søvnbesvær	24,6 %	45,5 %	49,2 %	35,7 %	37,0 %
- Nedtrykthed eller depressiv	12,8 %	38,5 %	49,2 %	20,9 %	29,6 %
- Træthed	34,4 %	66,4 %	57,6 %	51,2 %	59,3 %
Har haft brug for psykologisk eller psykiatrisk hjælp inden for det seneste år	9,4 %	14,8 %	23,7 %	2,4 %	11,5 %

På baggrund af de primære analyser af data vurderer projektlederen, at indsatsen for at forbedre den mentale sundhed i området, med fordel kan målrettes de indvandrere der kommer fra Bosnien, da disse i særlig grad skiller sig ud fra de resterende beboere i bydelen. Ved yderligere analyser finder projektgruppen at kvindernes mentale sundhed faktisk er en del værre end mændenes. Faktisk er over 50 % af kvinderne generet af nervøsitet og over 60 % af nedtrykthed, mens disse tal for mændene er henholdsvis ca. 25 % og 35 %. De vælger derfor yderligere at indgrænse målgruppen til de bosniske kvinder. I det nedenstående præsenteres på baggrund af resultaterne nogle typiske træk for målgruppen, som blev udvalgt til interventionen:

#### *At være bosnisk indvandrer i Danmark*

Samlet set kan man sige om den gruppe af kvinder fra Bosnien, som har været en del af sundhedsprofilen, at de generelt er kendetegnet ved at have en relativt dårlig sundhedstilstand. De har samtidig en ringe tilknytning til arbejdsmarkedet, til trods for at deres uddannelsesniveau er forholdsmæssigt bedre end mange af de andre etniske grupper i området. De lider især under at have en udpræget dårlig mental sundhed, som kommer til udtryk ved, at en stor andel er socialt stressede, nervøse, angste og deprimerede. De er således en gruppe af borgere, som er meget marginaliseret i forhold til det omkringliggende samfund.

Udgangspunktet er, at den mentale sundhed i denne gruppe af kvinder er et komplekst problem at tage fat på, og at det vil være utilstrækkeligt blot at gennemføre enkelte interventioner. Indsatserne skal tilrettelægges på en måde, således at stigmatisering af målgruppen undgås. Denne problemstilling er således et eksempel på, hvordan der kan være brug for grundigt at overveje, hvordan interventioner på forskellige niveauer kan komme til at spille sammen. For at kunne løse opgaven kræver det derfor også overvejelser omkring planlægning af implementeringen og økonomiske prioriteringer, samt et øget intersektorielt samarbejde i kommunen omkring problemstillingen.



## Kapitel 5

### Fase 2: Kvalitative undersøgelser

- Når målgrupperne er identificerede (fase 1) følges der op med metoder, der uddyber forståelsen, og som kan bidrage til at inddrage borgerne
- Sådanne undersøgelser kan bestå i feltarbejde, deltagerobservation eller interviews (individuelle, gruppe-, fokusgruppe)

**F**ELIS-strategien er baseret på en tilgang med anvendelse af flere metoder. Det vil sige, at såvel kvantitative som kvalitative metoder anvendes til at forstå kompleksiteten i forhold til social ulighed i sundhed. I første fase arbejdes der med spørgeskema som metode til at indkredse sundhedsprofilen. Spørgeskema som metodisk tilgang er god til at komme i bredden og til at give overblik i forhold til et datasæt. I denne anden fase er det så hensigten at komme i dybden med afgrænsede problematikker, nuancere det generelle billede og sikre inddragelse af borgernes perspektiv ved anvendelse af kvalitative metoder. Kvalitative metoder kan i denne fase dække over et mindre feltarbejde, eksempelvis deltagerobservation, individuelle og fokusgruppe interviews. Derudover kan det omfatte blandt andet møder og workshops med beboerne, som også kan supplere med mere viden om borgernes behov.

I det følgende præsenteres forskellige videnskabelige kvalitative metoder, som det kan være frugtbart at anvende. Anvendelsen af disse metoder kan være omfattende, men kan spænde fra deltagelse i møder og workshops til gennemførelse af interviews eller et mindre feltarbejde. Det vigtigste i denne fase er at borgernes behov bliver belyst og synliggjort, før arbejdet i de følgende faser. I arbejdet med denne fase vil det typisk være meget brugbart indledningsvist at foretage *feltarbejde og deltagerobservationer* i lokalområdet for at komme tættere på den særlige kontekst som udgør lokalområdet (Neergaard, 2001; De Vaus, 2001). Arbejdet kan foregå ved deltagelse i arrangementer, observationer i parker og andre offentlige områder eller ved at sidde en formiddag på en bænk og tale med forskellige borgere. Maaløe argumenterer for brug af feltarbejde som metode på følgende måde: *”Der er forhold, som kun kommer til syne ved direkte*

at følge og lægge mærke til, hvad folk gør, hvordan de omgås, tale med dem på deres egne betingelser herom i deres daglige virkelighed" (Maaløe, 1996). Ved feltarbejde opholder man sig iblandt mennesker i deres "naturlige omgivelser" - i det sociale felt, der er genstand eller kontekst for analyse. Feltarbejde som metode kan således anvendes for at opnå en bred viden om de sociale felter som kendetegner lokalområdet.

*Observation* er velegnet som metode, når sigtet er at identificere betydninger og skjulte magtforhold (Andersen, Bloksgaard, & Christensen, 2009). Gennem observation opstår muligheden for at opnå viden om, hvilke betydninger italesættes – eksempelvis at få viden om hvordan handler, agerer og kommunikerer borgerne i forhold til hinanden. Viden om praksisser og handlemåder kan være svære at få alene gennem interviews.

*Interviewet* er velegnet til at opnå indblik i den meningsproduktion, der sker, når personer udtrykker sig sprogligt. I kvalitative tilgange betragtes interviewet som en form for social interaktion, hvorfor "[i]nterviewet ses som en måde at undersøge de betydninger, som folk skaber i social interaktion" (Jørgensen & Phillips, 1999). Interviews kan foretages enten med enkelte personer, eller med grupper af borgere, som ved *fokusgruppeinterviews*. Fokusgruppeinterviewet kan siges at være en form for gruppeinterview, hvor der fokuseres på et bestemt emne, og hvor interaktionen mellem interviewpersonerne er udgangspunktet for produktionen af data (Andersen & Bloksgaard, 2010). Typiske temaer der kunne være relevante i denne fase er præsenteret i den nedenstående boks.

#### **Boks 2: Mulige temaer til brug ved interviews**

- Familieforhold og opvækst
- Skolegang, uddannelse og arbejdsliv
- Sundhed og trivsel
- Stress og coping
- Boligområde og samvær
- Økonomi og overlevelsesstrategier

Hensigten med gennemførelsen af de individuelle interview er at komme tættere på beboernes hverdagsliv og få større viden om, hvad der hæmmer og fremmer i forhold beboernes sundhed og trivsel.

I denne fase, skal man overveje hvilke personer man ønsker at interviewe. Potentielle respondenter kunne være borgerne i området (forskellige aldre, etniske grupper, og køn), eller forskellige nøgle-personer i lokalsamfundet, herunder frivillige medarbejdere, bibliotekarer, viceværter i boligområder, projektledere og andre professionelle tilknyttet lokalområdet. Ofte vil ekspert-interviews med disse nøglepersoner kunne afdække baggrunds- eller faktisk viden om kvarteret, aktiviteter og implementeringsvanskeligheder, mv. Det er endvidere vigtigt at gøre sig nogle overvejelser i forhold til omfanget af arbejdet i denne fase. Omfanget af hvor mange man skal tale med før det er udtømmende, er altid et skøn i forhold til målgruppens størrelse, homogenitet/heterogenitet og det ressourcemæssige aspekt. For at indkredse nærmere, hvem skal udvælges til interview undersøgelsen kan det være en god ide at udføre ekstra kørsler på datasættet som måske kan indkredse nærmere om specifikke aldersgrupper har særlige problemer osv.

I det følgende beskrives hvordan en kvalitativ undersøgelse kan tilrettelægges i forhold til casen.

## CASE: MENTAL SUNDHED - FASE 2

Projektgruppen beslutter at tilrettelægge denne fase af FELIS-strategien således at interviewundersøgelsen koncentrerer sig om at komme mere i dybden med, hvorfor kvinderne fra Bosnien har dårligere mental sundhed end de andre grupper i området. En kvalitativ undersøgelse kan tilrettelægges på forskellige måder, men da mental sundhed er et svært emne at tale om, og da projektgruppen endvidere har erfaret gennem litteratursøgningen at det for bosniske kvinder kan være et emne, der er tabubelagt, bliver det besluttet, at individuelle interviews omhandlende disse kvinders hverdagsliv og livsfortællinger skal udgøre hovedfokus. Derudover beslutter de sig for, at der skal foretages et mindre feltarbejde, hvor en medarbejder skal deltage i de enkelte kvinders liv for at se, hvordan de mentale problemer er med til at udfordre det levede liv og den

generelle trivsel.

For at opnå en bedre forståelse af kvindernes situation forud for afholdelsen af interviewene undersøger projektgruppen, hvad der ligger af eksisterende litteratur om bosniske flygtninge og mental sundhed. Gennem læsning af forskellige artikler og rapporter finder gruppen blandt andet de følgende træk, som særligt karakteriserer de bosniske kvinder.

- En stor del af de bosniske flygtninge lider af post traumatisk stress syndrom, angst og nervøsitet selv mange år efter de er blevet bosat i et nyt land.
- Faktorer der påvirker de bosniske kvinders mentale sundhed omfatter ikke kun krigstraumer, men også de tilstande, der var i Bosnien i årene op til krigen (hungersnød, økonomisk usikkerhed, frygt for livet), samt livet som flygtning i et fremmed land (mistede ejendele, sprogvanskeligheder, mistet karriere, bekymringer om efterladte familiemedlemmer osv.).
- Mange af de personer som udrensende de bosniske grupper var ofte familiernes tidligere venner, bekendte, kolleger, naboer osv. Dette har betydet, at de bosniske flygtninge i dag har meget lidt tillid til deres medmennesker og omgivelser.

Denne viden danner således grundlaget for udviklingen af interviewguiden. Projektgruppen vurderer, at der skal gennemføres 10-12 interviews med forskellige kvinder fra målgruppen, for at komme tilstrækkeligt i dybden og få større forståelse for og viden om kvindernes behov. I det nedenstående præsenteres udvalgte citater fra interviews med målgruppen:

*"Jeg kommer jo fra Bosnien og har oplevet mange ting dernede som har påvirket mig. Jeg er ikke så stærk længere – heller ikke psykisk. Det er hårdt med krig og vi mistede mange familiemedlemmer dernede"*

*"Jeg har det jo godt men jeg lider af hovedpine, er træt men kan alligevel ikke sove. Der er så mange ting der dukker op omkring krigen og jeg savner min familie meget. Jeg har også svært ved at koncentrere mig på arbejdet, så nu arbejder jeg kun på halv tid."*

*"Jeg er faldet til i Danmark, men det var sværere end jeg havde regnet med. Jeg tænker stadig meget på den landsby jeg kom fra og mit liv dernede. Jeg har kun min mands familie heroppe, og de er søde nok. Men nogle gange føler jeg mig alligevel alene."*

På baggrund af de kvalitative analyser opstilles nedenfor en typologi, der viser mønstrene i materialet.

### **Profil af en bosnisk kvinde i Danmark**

Amina er 51 år og kom til Danmark fra Bosnien i 1997 sammen med sin mand og to sønner. De har lige siden boet i et socialt boligkompleks, og er egentlig glade for det. Hun har efterhånden lært at gøre sig forståelig på dansk, selvom det har været svært, da de plejer at tale bosnisk derhjemme. I Bosnien arbejdede hun som skolelærer, men har haft svært ved at finde et godt job efter hun er kommet til Danmark på grund af sprogvanskeligheder.

Amina og hendes mand har ikke så mange penge at leve for. Men de har dog mere at gøre godt med end flere af deres venner og naboer. Derfor får de hver måned betalt deres regninger og har også lidt i overskud til at betale uforudsete udgifter, som da hun var ved tandlægen sidste måned. De har dog nogle gange undladt at købe noget af det medicin hun skal tage og har også måttet skære ned på gaver og indkøb af tøj.

De ser ikke deres familie særligt ofte og Amina oplever derfor også, at hun ofte føler sig ensom og mangler selskab. Hun ser dog sine venner og naboer et par gange om ugen, hvilket hjælper lidt på det.

Amina synes ikke selv hun har det for godt. Selvom hun forsøger at spise sundt i hverdagen vejer hun lidt for meget og får ikke bevæget sig nok. Hun hverken ryger eller drikker alkohol. For fire år siden fik hun konstateret, at hun havde for højt blodtryk og har desuden haft slidgigt i mange år. Slidgigten synes hun kun bliver værre og værre og hun føler sig derfor i dagligdagen meget generet af smerter i sine skuldre, arme og fødder. Dette har betydet, at hun det sidste 1½ år været sygemeldt, selvom hun heller ikke havde et arbejde før sygemeldingen. Psykisk er hun heller ikke helt ovenpå. Hun har engang lidt af angst, men har fået det lidt bedre nu. Hun er dog stadig plaget af nervøsitet og føler sig nedtrykt ind imellem. Hun bekymrer sig især om deres økonomi, sin arbejdssituation og sit helbred. Derfor har hun også gået til psykolog. Hun

tænker, at hendes tilstand formentlig også er årsagen til de mavesmerter hun har. Hun glæder sig dog over, at mavesåret hun havde nu endelig er gået i sig selv.

***Mere information om brugen af kvalitative metoder kan findes i følgende litteratur:***

Svend Brinkmann og Lene Tanggaards (red.) *Kvalitative metoder – En grundbog*, Hans Reitzels Forlag 2010

Michael Hviid Jacobsen og Sune Qvotrup Jensens (red.) *Kvalitative udfordringer – nye vinkler på kvalitativ sociologisk metode*, Hans Reitzels Forlag 2010

Steinar Kvaales *InterView*, Hans Reitzels Forlag 1996

## Kapitel 6

### Fase 3: Design af komplekse interventioner i lokalsamfund – teoriernes rolle

- Teorier giver forklaringer på de årsags-virknings forhold der gør sig gældende på et område
- Flerstrengede programmer kræver inddragelse af teorier fra forskellige fagdiscipliner
- PRECEDE-modellen er et velafprøvet redskab til at få oversigt over hvilke determinanter og sammenhænge der findes omkring et givet sundhedsproblem

Planlægning af et flerstrengt interventionsprogram kræver anvendelse af passende teori og empirisk evidens. Selvom en socio-økologisk ramme bidrager med en overordnet begrebsmæssig model, giver den begrænset grundlag for konkrete indsatser. Det er derfor nødvendigt at tage højde for dette i planlægningen af interventioner, og det nødvendiggør inddragelsen af relevante teorier samt overvejelser om, hvordan forskellige teorier kan supplere hinanden. Et eksempel herpå kunne være en planlægning af et interventionsprogram, der skal omfatte såvel adfærdsmæssige, organisatoriske som politiske forandringer. Her vil det være nødvendigt at udvælge relevante teorier fra hvert af disse områder. Men for at være i stand til at integrere teorierne i interventionerne kræves en forståelse af antagelser, betragtninger og forudsætninger i disse teorier og det er desuden særligt vigtigt, at de valgte teorier er forenelige med det socio-økologiske perspektiv - fx. ved at målrette indsatser mod mere end et niveau i systemet.

Den særlige værdi ved at bruge flere teorier som man sammenkobler består i, at de hver især kan bidrage med en særlig forklaringsværdi og dermed bliver komplementære. En teori kan eksempelvis lægge særlig vægt på strukturer (fx organisationsteori), mens en anden teori fokuserer på sundhedsadfærd (fx health belief model). Ved at integrere komplementære teorier i en overordnet begrebsmæssig ramme for en intervention kan der opnås et mere klart billede af de stier (fx. relationer mellem determinanter eller midlerne til at opnå forventede resultater) som bør målrettes i et interventions- og evalueringsdesign (Edwards, Mill, & Kothari, 2004).

Det vil sige, at når der er opnået en tilstrækkelig forståelse af et sundhedsproblem via fase 1 og 2, der inkluderer viden om adfærd, miljømæssige forhold og deres determinanter, så vil næste skridt være at teori skal medvirke til at identificere interventionsniveau- og metoder (Bartholomew,

Parcel, Kok, & Gottlieb, 2006). I PRECEDE-modellen (Green & Kreuter, 1999), som figur 5 bygger på, forelægger et planlægningsredskab for projektledere og sundhedsplanlæggere til at opnå en bedre forståelse af komplekse sammenhænge mellem determinanter på forskellige niveauer til et givent sundhedsproblem. Modellen er således en grafisk præsentation af *hypotetiske kausale* relationer mellem forskellige elementer.

Arbejdet med PRECEDE-modellen kan derfor hjælpe projektledere og sundhedsplanlæggere med at kunne fremkomme med mulige løsninger, tydeliggøre eksplicit og implicit stier til at opnå effekter og illustrere tankegangen i, hvordan flerstrengede interventioner skal målrettes disse determinanter. Modellen skal med andre ord bidrage til at forklare, hvordan de enkelte programkomponenter/aktiviteter menes at kunne påvirke sundhedsproblematikken for en given målgruppe i lokalområdet (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2006).

I nedenstående case er det forsøgt at give et realistisk billede af, hvordan processen kunne tage sig ud for projektlederen og andre sundhedsansattes arbejde med konkret at anvende PRECEDE-modellen på mental sundhed for bosniske kvinder i lokalområdet. Der findes også andre planlægningsmodeller, der kan anvendes. Eksempelvis anvender Edwards et al (2004) en matrice i stedet for PRECEDE modellen.

### CASE: MENTAL SUNDHED - FASE 3

Projektlederen og projektgruppen bestående af de to medarbejdere har et løbende samarbejde med forskere. Projektlederen er meget interesseret i, at de kan komme til at arbejde mere systematisk med sundhedsfremme i området og er af forskerne blevet anbefalet at anvende PRECEDE-modellen som et velegnet planlægningsredskab.

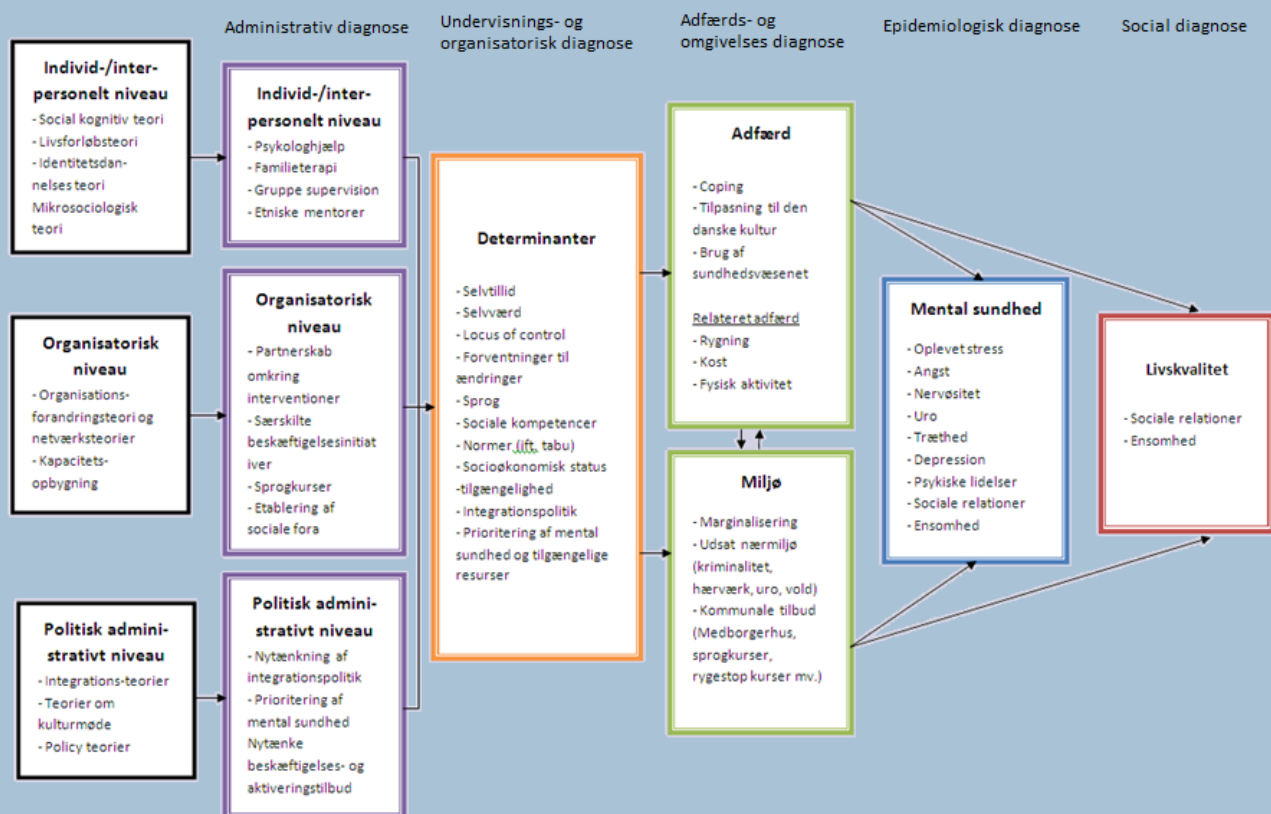
På baggrund af resultaterne fra sundhedsprofilen for området og efterfølgende litteraturstudier (her hjalp en studerende fra Folkesundhed) om sundhed blandt bosniere anvendes PRECEDE-modellen som redskab til, at få et overblik over forskellige determinanter, der har en indflydelse på Bosniske kvinders dårlige mentale sundhed. Da der er tale om et komplekst samspil af en række forskellige forhold, der spiller ind er det vigtigt, at PRECEDE-modellen kan medvirke til, at skabe et bedre overblik over de komplekse sammenhænge og tage højde herfor i planlægningen og senere



udvælgelsen af interventionerne.

Som figur 5 viser, er der brug for at foretage en del overvejelser og der findes ingen opskrift på præcist, hvordan det skal gribes an. Deres proces er skitseret i det nedenstående:

**Figur 5: Eksempel på udfyldelse af PRECEDE-modellen**



1. Først foretog de en brainstorm omkring, hvad resultaterne fra den lokale sundhedsprofil viste om mental sundhed blandt bosniske kvinder (resultaterne blev skrevet ind i den blå kasse (*epidemiologisk diagnose*)). De snakkede også lidt om, at de med valget af bosniske kvinder og emnet mental sundhed havde prioriteret et emne og en målgruppe som der i forvejen mangler mere viden om. Denne viden kunne de fx ikke hente fra den kommunale sundhedsprofil, fordi der ikke var opnået svar fra ret mange med anden etnisk baggrund end dansk.
2. De diskuterer også, hvad de gennemførte interviews i fase 2 med udvalgte bosniske kvinder fra lokalområdet samlet set viste. Her kom de frem til, at den kvalitative viden har

medvirket til at nuancere og få en større forståelse af deres dagligdag og samlede livssituation (flere følte sig fx ensomme og havde svært ved at indgå i sociale kontakter med andre i lokalområdet, nogle havde det svært med den danske kultur og sprog og de følte sig også ret marginaliserede fra det danske arbejdsmarked). Disse overvejelser benytter projektlederen og medarbejderne til at skrive ind i den røde kasse (*social diagnose*) og de grønne kasser (*adfærd og miljødiagnose*).

3. Herefter begynder de at anvende viden fra de kommunale kås-tal, den lokale sundhedsprofil, de kvalitative interviews og litteratursøgninger til at skrive i de grønne kasser (*adfærd og miljødiagnose*) hvilken adfærd der kendetegner bosniske kvinder og hvilken betydning det kan have for deres mentale sundhed, at de lever i et udsat nærmiljø med mere kriminalitet, vold, utryghed end i velstillede boligområder.
4. Efter at de har fyldt kasserne omkring en epidemiologisk diagnose for mental sundhed, den sociale diagnose og den adfærds- og miljømæssige diagnose taler de længe om hvilke determinanter (orange kasse) der især kan tænkes at påvirke den mentale sundhed på forskellig vis. De når frem til mange forskellige forslag, og bliver ret hurtige enige om, at det kan være svært at gradbøje dem på forhånd. Hvilke er mere vigtige end andre? I stedet for bliver de fleste forslag til determinanter skrevet ind i modellen.
5. På dette tidspunkt i processen er de allerede ved at komme med forskellige bud på konkrete interventioner i forhold til målgruppen som kunne være oplagte og diskuterer også lidt frem og tilbage om hvilket niveau de hører til (individ, organisatorisk eller politisk/administrativt niveau) (lilla kasser). Her føler de sig lidt på bar bund og forsøger i første omgang at komme med nogle forslag til teorier, men beslutter samtidig at tage en snak herom med forskerne og indkalder med det samme til et møde snarest muligt. I samarbejde med forskerne opstilles en matrice, som et eksempel på hvordan teori kan inddrages på forskellige niveauer (Se bilag 1). Den teoretiske matrice indarbejdes herefter i PRECEDE modellens faser (sorte kasser).

## Kapitel 7

### Fase 4 – Planlægning og implementering af flerstrengede interventioner i

#### lokalsamfund

- Planlægning er en god investering
- Planlægning og implementering hænger sammen ved flerstrengede interventioner
- Både planlægningen og implementeringen er en proces som løbende skal justeres
- Det er i denne fase vigtigt at tage højde for, hvad der er af eksisterende tilbud i nærområdet i forvejen, og det bør overvejes om der kan foretages en kobling til disse igangværende projekter.

**F**ase 4 beskæftiger sig med selve planlægningen af interventionen, og hvordan denne skal implementeres (Howlett & Ramesh, 2003). Det er svært i praksis at adskille planlægnings- og implementeringsfasen, da arbejdet med interventioner er en løbende proces, hvor de to led bør og ofte fungerer i samspil. Selve planlægningen danner baggrund for en vellykket implementering (Rønnov & Marckmann, 2010). En grundig planlægning af interventionen før denne sættes i værk er nødvendig, og her er det afgørende, at alle de forskellige parter, som interventionen berører, bliver hørt. Flerstrengede interventioner kræver både længere tid og flere ressourcer i planlægningsfasen for at sikre at synergi på bedst mulig vis kan opnås i samarbejdet mellem de forskellige aktører. Desuden kræver arbejdet med flerstrengede interventioner, som tidligere nævnt teorikendskab samt indarbejdelsen af flere forskellige niveauer jævnfør kapitel 6, hvorfor planlægningsfasen bliver særligt afgørende. Flerstrengede interventioner i nærmiljøer er derfor en proces og planlægningen bliver således dynamisk. Det vil sige planlægningen fortsætter også under hele iværksættelsen af interventionen og bygger på konstant feedback fra indsatser og aktører. I det nedenstående er nævnt et par forhold, som bør tages i betragtning når man laver et flerstrengt interventionsprogram:

- *Nøjagtighed* – Det er væsentligt, at interventionerne bliver implementeret på en måde, således at de anvendte metoder og aktiviteter er intakte. Dette betyder for eksempel, at

hvis brugerinddragelse indgår som en del af de planlagte aktiviteter, at dette også i realiteten gennemføres.

- *Fuldstændighed* – Det er endvidere afgørende at så store dele, som muligt af de enkelte interventioner bliver implementeret. Dette betyder blandt andet, at kommunen skal arbejde for at sikre, at alle aktiviteter bliver afholdt som planlagt.
- *Dosering* – Doseringen vedrører den mængde af interventionerne som målgruppen faktisk modtager. Dette er relevant at bemærke, i og med at kommunen godt kan etablere nogle gode aktiviteter og interventioner, som følger forberedelserne fra fase 3, uden at denne når frem til den ønskede målgruppe. Dette kan være tilfældet, hvis beboerne i nærområdet ikke kender til eller ikke ønsker at deltage i aktiviteterne. Derfor er det væsentligt, at kommunen gør en aktiv indsats for at borgerne deltager i de forskellige aktiviteter og at interventionerne dermed når helt frem til den ønskede målgruppe.

Det er som sagt væsentligt, at implementeringen ansues som en *proces*, hvor der hele tiden skal arbejdes for at fastholde de ændringer, som interventionerne har medført. Derudover skal implementering og selve planlægningen være fleksibel, således at der er mulighed for at foretage justeringer, så interventionen tilpasses den specifikke situation og kontekst (se desuden fase 5 om midtvejsevaluering).

I nedenstående boks 3 er vist, hvilke nøgleelementer, der især bør tages højde for i forbindelse med implementering af flerstrengede interventioner.

### **Boks 3: Nøgleelementer i planlægning og implementering af flerstrengede interventioner i lokalsamfund**

Et vellykket planlægnings- og implementeringsforløb for flerstrengede interventioner kræver:

- En stærk projektledelse, hvor ansvaret, rollen og opgaven med at planlægge, organisere og styre er nøje beskrevet.
- Et fleksibelt og handlekraftigt planlægningsteam, hvor beføjelser er afstukket på forhånd.
- Løbende kommunikation parterne imellem og villighed til justeringer undervejs.
- Tilstrækkelig lang tid for at opnå forventede effekter i målgruppen
- Tilstrækkelige ressourcer (økonomi, personale, organisering, dosering mv.)
- En fælles forståelse blandt forskellige fagprofessionelle i partnerskabet omkring

fremgangsmåden i at anvende FELIS-faserne

- At synergi tilstræbes ved at fokusere på sammenhænge mellem de enkelte interventioner og i samarbejdet mellem de forskellige partnere medtænkes allerede i planlægningsfasen.

Nedenfor gennemgås hvordan planlægningen og implementeringen kunne se ud i den konkrete case:

#### CASE: MENTAL SUNDHED - FASE 4

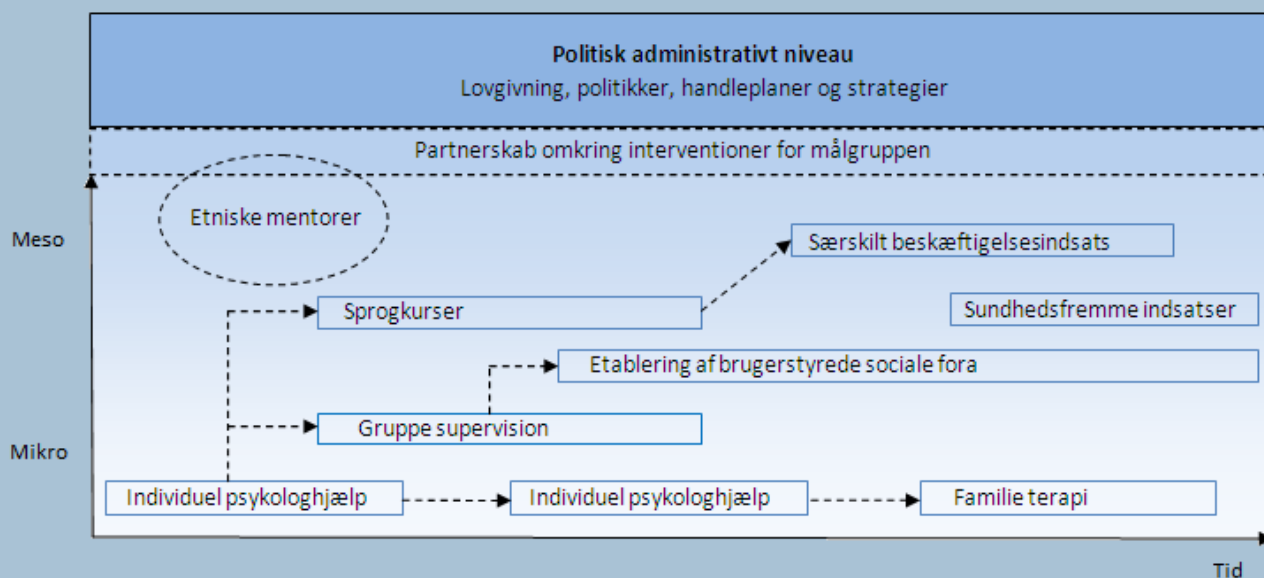
Arbejdet i de foregående faser af FELIS-strategien har været med til at vise, at det vil være utilstrækkeligt blot at gennemføre enkeltinterventioner overfor målgruppen af bosniske kvinder med et dårligt mentalt helbred. Resultaterne fra såvel fase 1 og 2, og dermed anvendelsen af både kvantitative og kvalitative metoder, har bidraget til at få en større forståelse af vigtige determinanter og deres samspil. Ligeledes har især gennemførelsen af interviews i fase 2 bidraget med en større forståelse af, hvilke behov de bosniske kvinder selv udtrykker de har og hvordan de fx prioriterer sundhed i forhold til andre problemer i dagligdagen. Arbejdet i fase 3 med anvendelsen af PRECEDE modellen, som planlægningsredskab hjalp med at få en større forståelse over teoriers rolle, og hvordan determinanter på forskellige niveauer spiller sammen for at forstå et komplekst sundhedsproblem som mental sundhed.

##### *Beslutninger om hvilke interventioner der skal indgå i det flerstrengede design*

Efter at have diskuteret resultaterne i fase 3 følte projektlederen, at der igen var et behov for en grundig diskussion af, hvordan al den viden der er opnået gennem de tidligere faser nu kan implementeres som flerstrengede interventioner inden for en samlet 4 årig interventionsperiode i det udsatte lokalområde. Projektlederen og medarbejderne mener, at de igen har brug for faglig sparring med forskerne. Det at arbejde med flerstrengede interventioner er helt nyt for dem og sparringen er derfor vigtig for gennemførelsen af interventionerne.

Diskussioner bl.a. med forskerne fører frem til, at de vælger at udarbejde en *grafisk model* (fig 6.) til at vise, hvilke interventioner, der er prioriteret og i hvilken rækkefølge de placeres inden for den 4 årige tidsramme.

Figur 6: Oversigt over de forskellige interventioner



Figur 6 viser, hvordan interventionerne placeres ind i forhold til niveauerne og bygger på den grundlæggende antagelse, at med et komplekst sundhedsproblem som mental sundhed er det vigtigt at fokusere på det samlede billede af såvel sociale, økonomiske, beskæftigelsesmæssige, og sproglige forhold. Resultaterne fra sundhedsprofilen viste fx, at mange af kvinderne er fysisk inaktive, men giver det mening at starte ud med forskellige motionstilbud? Er de bosniske kvinder overhovedet klar til at deltage i sådanne aktiviteter fra start af? Interviewene viste, at det var mange af dem ikke. De lider af traumer, føler sig noget afsøndrede fra andre beboere i lokalområdet og har svært ved at blive inkluderet på det danske arbejdsmarked.

Figur 6 illustrerer derfor, at det sandsynligvis vil være mest hensigtsmæssigt at starte med at tilbyde individuel psykolog/psykiatrisk hjælp til flere af de bosniske kvinder for at kunne gøre dem bedre i stand til at håndtere (cope) med deres mentale problemer og gøre dem bedre i stand til at deltage mere i sociale aktiviteter. Derfor er interventioner, der omhandler etablering af sociale netværk og gruppesupervisioner vigtige at følge op med efter de individuelle psykologiske eller psykiatriske afklaringer. Disse sociale netværk bør fastholdes i hele interventionsperioden. Via interviewene i fase 2 udtrykte en del af de bosniske kvinder også, at problemer med at forstå dansk tilstrækkeligt var et stort problem for dem. Derfor vil det være hensigtsmæssigt at placere

interventioner omkring gruppesupervision og sprogkurser på samme tid.

Først senere i forløbet (sandsynligvis efter 2 år) etableres særskilte beskæftigelsesindsatser overfor de bosniske kvinder i takt med at mange af dem gerne skulle have fået en bedre mental sundhed. Først herefter vurderes, at kvinderne har kræfter og ressourcer til at bekymre sig om individuelle livsstilændringer. Det er dog vigtigt, at de forventede tidsperioder, der afsættes til de enkelte interventioner samt deres varighed kan justeres løbende efter behov (se fase 5 omkring midtvejsevaluering).

Det er desuden vigtigt at understrege, at eksemplerne i casen udelukkende er illustrative og på ingen måde er udtømmende for de konkrete valg, der kan træffes.

## Kapitel 8

### Fase 5 – Midtvejsevaluering

- Midtvejsevalueringen er nødvendig for at vurdere om processen og resultaterne forløber som forventet.
- Midtvejsevalueringen kan give nyttig viden til det videre forløb og danner baggrund for justeringer.
- I midtvejsevalueringen er det relevant at inddrage alle væsentlige aktører, så alle er indforstået med interventionernes videre forløb.

**D**e forskellige interventioner, som indgår i det flerstrengede interventionsprogram skal undervejs evalueres, for at vurdere om processen og resultaterne forløber som forventet. Der findes mange forskellige typer af evalueringer, hvoraf de mest almindelige og overordnede former er proces- og effektevalueringen. Disse to typer af evalueringer har forskellige formål og anvendes således også med henblik på at afdække to forskellige typer af spørgsmål. Til midtvejsevalueringen vil man typisk anvende en procesevaluering, mens den afsluttende evaluering derimod vil være en effektevaluering. Der er dog også mulighed for at inddrage enkelte effektmål i procesevalueringen, for at følge udviklingen i for eksempel vægttab, selvvurderet helbred og så videre.

En procesevaluering har til formål at undersøge i, hvilken grad interventionerne bliver gennemført som planlagt, og om de når ud til den ønskede målgruppe. Nogle relevante spørgsmål, som procesevalueringen kunne søge at afdække er præsenteret i den nedenstående boks.

#### Boks 4: Eksempler på spørgsmål i midtvejsevalueringen

Kender målgruppen til interventionerne?

Er borgerne tilfredse med kvaliteten og indholdet af interventionerne?

Hvor mange borgere modtager de forskellige dele af interventionerne?

Er de borgere, som modtager interventionerne også målgruppen?

Modtager borgerne den rette mængde, kvalitet og type af aktiviteter?



Er der nogle grupper af borgere, som ikke bliver nået af interventionerne? Fx nogle aldersgrupper, kvinder/mænd, etniske grupper, geografiske områder osv.

Fungerer de enkelte interventioner godt og har personalet de nødvendige kompetencer?

Eksisterer der en god sammenhæng mellem de forskellige interventioner?

Hvordan fungerer samarbejdet og koordinationen af arbejdet mellem kommunen og de forskellige samarbejdspartnere?

Det er vigtigt, at midtvejsevalueringen allerede planlægges sideløbende med fase 4, hvor selve interventionerne planlægges. Resultaterne fra midtvejsevalueringen vil kunne bruges som baggrund for eventuelle ændringer og forbedringer i interventionen, således at den i højere grad sikrer, at det flerstrengede interventionsprogram opnår de opstillede mål.

I den nedenstående boks beskrives, hvordan projektlederen og teamet valgte at tilrettelægge midtvejsevalueringen for de flerstrengede interventioner for de bosniske kvinder.

#### CASE: MENTAL SUNDHED - FASE 5

Projektlederen og hendes projektgruppe planlagde allerede inden de igangsatte interventionerne, hvordan de ønskede at evaluere processens forløb. De besluttede dengang, at der udover løbende justeringer undervejs, skulle foretages en mere omfattende evaluering halvvejs igennem projektperioden. Formålet med denne evaluering er at se, om de planlagte aktiviteter bliver iværksat, om de forløber som de skal, om de bosniske kvinder gør brug af de nye tiltag og om der er nogle problemer eller barrierer, som der skal tages hånd om. Gruppen ønsker derfor blandt andet at få afdækket følgende spørgsmål:

- Er alle de planlagte interventioner implementeret? Og i så fald i hvilket omfang?
- Hvor mange bosniske kvinder gør brug af de forskellige tiltag? Skal der foretages nogen justeringer? (dvs. svarer kapaciteten til efterspørgslen)
- Hvad synes kvinderne om de forskellige tilbud? – er der noget de mangler?
- Hvilke udfordringer oplever de projektansvarlige og kan der tages højde for dette i det videre forløb?

- Hvordan fungerer samarbejdet internt i kommunen, og eksternt til forskere og konsulentfirmaer?
- Er der en god sammenhæng mellem de forskellige aktiviteter og skaber det flerstrengede design synergi mellem niveauer?

Projektgruppen diskuterer om det kunne være hensigtsmæssigt at inkludere et overordnet mål for mental sundhed, for at se om den er blevet forbedret her midt i processen, men vurderer, at der nok alligevel ikke ville kunne ses markante ændringer inden for så relativt kort tid. Derfor udelader de denne parameter for nu.

Projektgruppen beslutter, at procesevalueringen skal foretages ved at anvende både kvantitative og kvalitative metoder. Overordnet set består evalueringsdesignet af:

- Informantinterviews med frivillige medarbejdere og projektansvarlige på de enkelte projekter
- Observationer af de enkelte interventioner
- Fokusgruppeinterview med de bosniske kvinder
- Et mindre spørgeskema til ansatte og de bosniske kvinder

Projektgruppen står selv for at foretage og analysere resultaterne fra procesevalueringen. Generelt vidner den om, at det går rigtig godt med de forskellige tiltag. Alle de planlagte interventioner er blevet igangsat, selvom etableringen af de sociale fora blev et par måneder forsinket. Projektgruppen beslutter sig endvidere for at det måske kan være hensigtsmæssigt at igangsætte et ekstra sprogkursus som foregår om formiddagen, og hvor kvinderne har mulighed for at tage deres børn med, da dette var en forespørgsel som den projektansvarlige fra de eksisterende sprogkurser havde fået. Partnerskabet omkring interventionerne fungerer også rigtig godt, og de får løbende koordineret og løst de problemer der opstår undervejs. Det eneste reelle problem, der har været er, at der ikke har været stor efterspørgsel på familierapien. Derfor vil de lave nogle foldere der er oversat til bosnisk som beskriver, hvad en familierapeut kan hjælpe med. Derved håber de at kunne sætte større fokus på tilbuddet, så kvinderne bliver opmærksomme på hvad de kan bruge terapeuterne til.

## Kapitel 9

### Fase 6 – Eftermåling

- Eftermåling er nødvendig for at kunne vurdere effekterne af en intervention
- Eftermåling omkring FELIS aktiviteter er kompliceret og skal bl.a. tage tidsperspektivet i betragtning
- Forberedelse til effektevalueringen skal starte tidligt (fase 3) og samstemmes med midtvejsevalueringen

**D**en sidste fase i FELIS omhandler en eftermåling, hvor den lokale sundhedsprofil gentages, for at mulige effekter af indsatserne i området kan identificeres. Denne fase er meget væsentlig for, at afdække den overordnede effekt af de samlede indsatser. Effekten kan bestemmes ved at sammenholde resultaterne fra eftermålingen, med resultaterne fra førmålingen, som blev foretaget i fase 1. Det kan overvejes i denne fase om der skal anvendes en kontrolgruppe. En kontrolgruppe har til formål at skelne effekten af interventionerne fra den generelle udvikling der ellers måtte foregå i samfundet. Hvis kommunen vælger at gøre brug af en kontrolgruppe, er det dog nødvendigt at denne udvælges med stor omhu, således at de lokale forhold i kontrolområdet tilsvarende forholdene i interventionsområdet. Da dette i mange tilfælde vil være vanskeligt at sikre, skal det således overvejes om kontrolgruppen i den særlige situation kan bidrage med yderligere informationer eller ej. Det skal endvidere overvejes, hvornår eftermålingen skal foretages. Da sundhedsinterventioner ofte har langsigtede mål, som for eksempel en forbedring af livskvalitet, er det væsentligt at eftermålingen ikke bliver for kortsigtet. Det er typisk også nødvendigt at lave mindre evalueringer af de enkelte interventionsprogrammer for de udvalgte målgrupper, da sundhedsprofilen alene ofte vil være for overordnet til at måle komplekse effekter. Disse mindre evalueringer vil typisk forsøge at afdække ændringer på tværs af niveauerne. Eksempelvis kunne samarbejdet internt i kommunen omkring en indsats evalueres eller det kunne undersøges om der er udviklet forbedringer i det fysiske nærmiljø.

I den nedenstående boks er det beskrevet, hvordan projektlederen og hendes team valgte at gribe casen an i denne afsluttende fase af FELIS strategien.

## CASE: MENTAL SUNDHED - FASE 6

Projektlederen og hendes projektgruppe planlagde ligesom ved procesevalueringen, også hvordan de ønskede at afdække interventionernes effekt på kvindernes mentale sundhed, allerede inden de igangsatte interventionerne. Da der eksisterer andre interventioner til andre målgrupper end de bosniske kvinder, har projektgruppen besluttet at gentage den lokale sundhedsprofil, således at resultaterne fra de to profiler kan sammenlignes. Ved at stille de samme spørgsmål får de mulighed for at se udviklingen i lokalområdet generelle sundhedstilstand. Men derudover ønsker de at foretage en særlig evaluering af netop de flerstrengede interventioner til de bosniske kvinder. For at imødekomme dette besluttede de dengang, at effektevalueringen skulle bygges op omkring PRECEDE-modellen, og derved undersøge udviklingen på både langsigtede effektmål (borgernes livskvalitet og mental sundhed) samt mere kortsigtede effektmål (adfærdsændringer, ændringer i miljøet og i determinanterne).

Nogle af de centrale indikatorer, der blev udvalgt på individniveau var således:

<b>Kort sigt:</b>	Selvtillid, selvværd, sprog, sociale kompetencer, forventninger til ændringer, normer
<b>Mellem sigt:</b>	Coping adfærd, brug af sundhedsvæsenet, rygning, kost, fysisk aktivitet, beskæftigelse
<b>Langt sigt:</b>	Oplevet stress, angst, nervøsitet, uro, træthed, depression, psykiske lidelser, sociale relationer og ensomhed.

Disse elementer bliver afdækket gennem sundhedsprofilen. Derudover ønsker projektgruppen at undersøge om der er sket nogle ændringer i det omkringliggende miljø (er de bosniske kvinder blevet mindre marginaliseret, er mental sundhed kommet mere på dagsordenen, er integrationspolitikken blevet ændret, er sociale og sundhedsrelaterede tilbud i højere grad blevet tilgængelige for de bosniske kvinder?). Dette beslutter de at undersøge ved at lave spørgeskemaer, fokusgruppeinterview, og feltarbejde.

Projektgruppen vælger at få det samme konsulentfirma, som lavede den første sundhedsprofil til

at stå for gennemførelsen af eftermålingen også. De står derefter selv for at analysere resultaterne og foretager også selv den del af evalueringen, som fokuserer på det organisatoriske og politisk/administrative niveau. Evalueringen viser, at der er sket en positiv udvikling i mange af deres indikatorer både på kort, mellem og langt sigt og andelen af bosniske kvinder, der har en dårlig mental sundhed i form af oplevet stress, angst, træthed og depression er faldet betydeligt gennem projektperioden. Yderligere viser evalueringen, at den beskæftigelsesmæssige indsats bør fortsættes, da det viste sig vanskeligt at integrere kvinderne på arbejdsmarkedet. Et andet punkt som evalueringen viser, er, at der er behov for indsatser rettet mod hele familien, da mental sundhed også påvirker familierelationerne på forskellige måder. Generelt har interventionerne haft gode resultater for målgruppen, hvilket primært skyldes, at der er arbejdet flerstrengt med problemstillingen, og at det hele liv er tænkt ind. Det har dog været vanskeligt organisatorisk at sikre samspillet mellem de forskellige indsatser, men midtvejsevalueringen resulterede i en forbedring af kommunikationen mellem samarbejdspartnerne.

### ***Mere information og vejledning til gennemførelse af proces- og effektevalueringer i kommunen***

*AKF's håndbog i evaluering. Metoder til at dokumentere og vurdere proces og effekt af offentlige indsatser, 2004*

*Sundhedsstyrelsens Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter*

*KL's Metoder til dokumentation og evaluering af de kommunale sundhedsopgaver – en pragmatisk tilgang, 2007*

*DSI og AKF's Forebyggelse og sundhedsfremme – Hvordan bliver vi klogere? 2009*

## Kapitel 10

### Muligheder og udfordringer for FELIS strategien

At arbejde med FELIS strategien vil for mange kommuner betyde ændringer i den måde sundhedsfremme sædvanligvis tænkes på. FELIS er udviklet med henblik på at skabe en ny tilgang til, hvordan udsatte borgere bedre kan nås gennem de sundhedsfremmende indsatser i kommunen. Denne rapport argumenterer for at udsatte borgere og nærmiljøer ofte står overfor komplekse sundhedsproblematikker, som ikke kan løses ved enkeltinterventioner eller ved kun at rette indsatser mod et enkelt niveau. Derfor er FELIS strategien udviklet med afsæt i den socio-økologiske tankegang, som kæver brug af flerstrengede interventioner. Ved at anskue sundhedsproblemer ud fra en helhedsorienteret tankegang, og dermed sætte ind med mere end én intervention på mere end ét niveau, skabes der en *synergieffekt*. Og det er denne synergi som på sigt kan være med til at skabe ændringer og positive resultater blandt socialt udsatte borgere.

Det er dog værd at understrege, at det ikke er nogen enkelt opgave at gennemføre og følge faserne fra strategien i praksis. Ofte vil kommunerne stå overfor en række barrierer såsom; manglende ressourcer i forhold til økonomi og kompetencer, samt de lange tidsperspektiver som flerstrengede interventioner behøver. Yderligere kræver et tværsektorielt samarbejde visse organisatoriske rammer. Endelig kræver FELIS strategien opbakning og prioritering både i nærområdet, men også på det politiske plan. Dette kan i mange tilfælde være svært at opnå og opretholde gennem en længere periode. Ikke desto mindre er det afgørende, at der gøres en aktiv indsats for at udligne den ulighed, som i dag eksisterer inden for sundhed. FELIS strategien i denne rapport præsenterer en måde til at arbejde mere systematisk med sundhedsfremme blandt de socialt udsatte borgere og herigennem imødekomme dette mål. FELIS tankegangen lægger op til, at kommunen i stedet for at iværksætte mange små enkeltprojekter, i stedet forsøger at tænke på hvordan der kan skabes et samspil mellem de konkrete indsatser i større helhedsorienterede interventionsprogrammer. Dette kræver dog, at der fra starten er lavet en afklaring over, hvorvidt der er nok ressourcer til rådighed, om interventionsprogrammet kan bakkes op på alle niveauer fra borgerne til direktøren, og om der kan skabes gode organisatoriske rammer og et tæt tværfagligt samarbejde til at løfte opgaven. I de følgende afsnit redegøres for, hvordan der kan arbejdes på de

interne og eksterne forhold, som kan være med til at styrke grundlaget for brugen af FELIS strategien i kommunalt regi.

## **Intern organisering i kommunerne**

En god intern organisering vil som regel være en forudsætning for at kunne optimere mulighederne for at flerstrengede indsatser på sundhedsfremmeområdet vil kunne give gode resultater på sigt. I kølvandet på strukturreformen har kommunerne blandt andet organiseret sig på forskellige måder i forhold til de nye sundhedsopgaver (Andersen & Jensen, 2010). Nogle kommuner har gjort den ny sundhedsforvaltning til en del af en eksisterende forvaltningsgren, andre har lagt sundhed ind som en slags stabsfunktion knyttet til den centrale forvaltning, og andre igen skab en selvstændig sundhedsforvaltning. Denne forskel i organiseringen spiller selvfølgelig ind på hvordan FELIS strategien kan implementeres. Opbygningen af de øvrige forvaltninger kan også være forskellige fra kommune til kommune. Et spørgsmål som kommunernes størrelse kan også spille en rolle for organiseringen.

I kommunerne kan den kommunale sundhedspolitik være med til at understøtte en indsats i udsatte nærmiljøer – eksempelvis ved at henvise til resultater fra lokale sundhedsprofiler. På den baggrund kan næste skridt være at afdække behov, ressourcer og forskellige barrierer for en sundere levevis blandt socialt udsatte borgere (jf. afklaringen, kapitel 3). FELIS strategien forudsætter tværsektorielt samarbejde, længere tidshorisonter og vil også betyde ansættelse eller tilknytning af en fuldtids projektleder og en eller to projektmedarbejdere. Det tværsektorielle samarbejde organiseres i denne sammenhæng ved, at der nedsættes en styregruppe på tværs af de implicerede forvaltninger og afdelinger. Styregruppen udstikker de generelle rammer for arbejdet og definerer specifikke beslutningskompetencer for det koordinerende team. Projektlederen og projektmedarbejderne udgør det koordinerende team, som blandt andet skal skabe tætte kontaktflader til borgerne i nærområdet og koordinere samarbejdet mellem de forskellige involverede aktører. Teamet udgør således et vigtigt led for at strategien kan lykkes. Det koordinerende team står for den daglige styring af aktiviteterne og har kontakten til borgerne. Det er vigtigt, at der er afklaring omkring teamets beslutningsmyndighed, således at de bliver

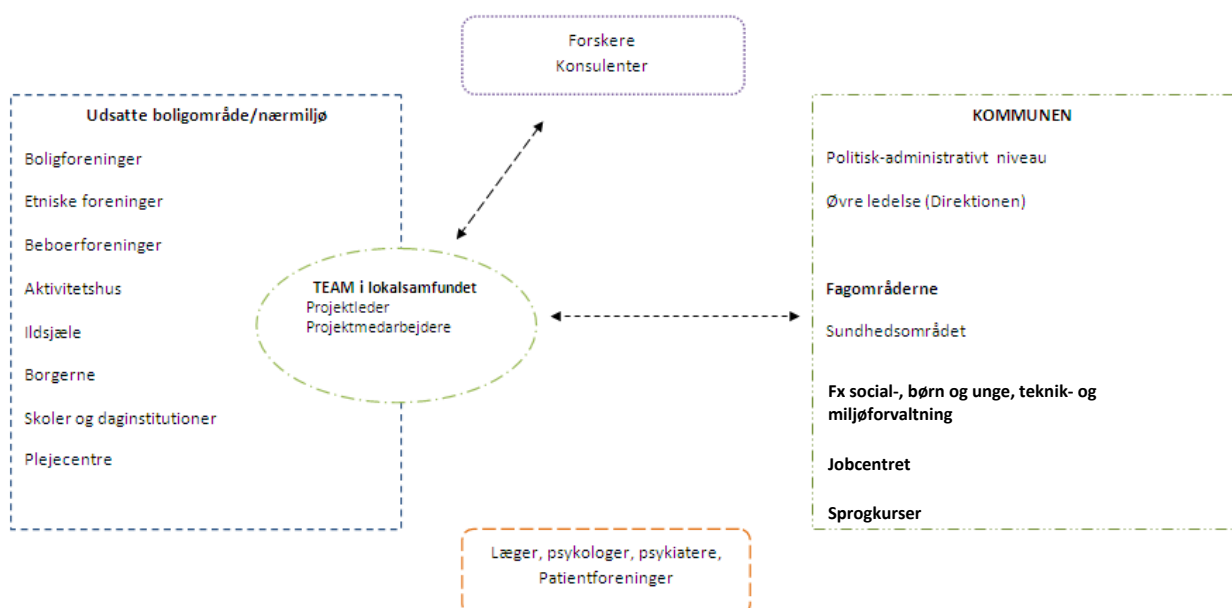
handlekraftige. De skal derudover hele tiden kommunikere opad i systemet til en eventuel styregruppe og det politiske ledelsesniveau. Yderligere udgør de en vigtig samarbejdspart for eksterne forskere tilknyttet projektet. Typisk vil man også oprette et partnerskab omkring de forskellige interventionsprogrammer, som skal sørge for, at aktørerne inddrages i arbejdet.

## Forsknings-praksis samarbejde

Sideløbende med den interne organisering i kommunerne kan FELIS strategien styrkes ved at etablere et samarbejde med forskningsinstitutioner (Diderichsen, Nygaard, & Bonde, 2009). FELIS strategiens design kan med fordel drage nytte af input fra forskere inden for de konkrete områder, da de kan være med til at understøtte systematikken og brugen af evidens i interventionerne. Forsknings siden kan blandt andet også være med til at dokumentere resultaterne, komme med teoretisk input og skabe viden om effekterne af flerstrengede interventioner.

Nedenstående figur 7 er et eksempel på hvordan en *samarbejdsmodel* mellem forskellige partnere i et flerstrengt design for interventioner i lokalområdet kunne skitseres. Det er forsøgt at illustrere, at der indgår mange parter i gennemførelsen af flerstrengede interventioner, og at det er vigtigt at afklare de indbyrdes roller i dette samarbejde.

**Figur 7. Partnerskab omkring gennemførelsen af flerstrengede interventioner i lokalsamfund**





## Taksigelser

I forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport vil forfatterne gerne takke interne bedømmere Kurt Æbelø, Strategisk Sundhedskonsulent fra Fredericia Kommune og henholdsvis Jens-Jørgen Jensen Lektor, samt Maja Larsen, Ph.d.-studerende fra Forskningsenheden for Sundhedsfremme Syddansk Universitet.

## Referencer

- Andersen, P. T., & Bloksgaard, L. (2010). Fokusgruppelinterviews: Når gruppedynamikken er redskabet. I M. H. Jacobsen, & S. Q. Jensen, *Kvalitative udfordringer*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Andersen, P. T., & Jensen, J. J. (2010). Healthcare reform in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health, Vol 38 (3)*, s. 246-252.
- Andersen, P. T., Bak, C. K., Vangsgaard, S., Dokkedal, U., & Larsen, P. V. (2010). Self-rated health, ethnicity and social position in a deprived neighbourhood in Denmark. *International Journal For Equity in Health, Vol 10(5)*.
- Andersen, P. T., Bloksgaard, L., & Christensen, A. (2009). Magten ved forhandlingsbordet - et mikrosociologisk blik på arbejdsliv. *Tidsskrift for Arbejdsliv, Vol 11 (4)*, s. 69-83.
- Aro, A. R., Smith, J., & Dekker, J. (2008). Contextual evidence in clinical medicine and health promotion. *The European Journal of Public Health, Vol 18(6)*, s. 548-549.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2006). *Planning Health Promotion Programs - An Intervention Mapping Approach*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Breuer, D. (1998). *City Health Profiles - A review of progress*. København: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A., & Macintyre, S. (2007). Understanding and representing "place" in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine, Vol 65 (65)*, s. 1825-1838.
- De Vaus, D. (2001). *Research Design in Social Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.
- Diderichsen, F., Habroe, M., & Nygaard, E. (2006). *At prioritere social ulighed i sundhed - analysestrategi og resultater for Københavns Kommune*. København: Institut for Folkesundhed.
- Diderichsen, F., Nygaard, E., & Bonde, A. (2009). *Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Edwards, N., Mill, J., & Kothari, A. R. (2004). Multiple Intervention Research Programs in Community Health. *Canadian Journal for Nursing Research, Vol 36 (1) (34)*, s. 40-54.
- Ekholm, O., Kjølner, M., Davidsen, M., Hesse, U., Eriksen, L., Christensen, A. I., et al. (2005). *Sundhed og Sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Forebyggelseskommissionen. (2009). *Vi kan leve længere og sundere - Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styreket forebyggende indsats*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Glasgow, R., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health, Vol 89 (9)*, s. 1322-1327.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. 3rd edition*. Mountain View, CA: Mayfield.

- Howlett, M., & Ramesh, M. (2003). Policy implementation: Policy Design and Implementation Style. I M. Howlett, & M. Ramesh, *Studying Public Policy - Policy cycles and policy subsystems* (s. 185-206). Toronto: Oxford University Press.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- McQueen, D. (2001). Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International, Vol 16(3)* , s. 261-268.
- Maaløe, E. (1996). *Case-studier af og om mennesker i organisationer : forberedelse, feltarbejde, generering, tolkning og sammendrag af data for eksplorativ integration, test og udvikling af teori*. København: Akademisk Forlag.
- Neergaard, H. (2001). *Udvælgelse af cases i kvalitative undersøgelser*. København: Samfundslitteratur.
- Pedersen, P. V., Christensen, A. I., Hesse, U., & Curtis, T. (2007). *SUSY udsat - Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. København: Rådet for Socialt udsatte & Statens Institut for Folkesundhed.
- Pickett, K. E., & Pearl, M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes. A critical review. *Journal of Epidemiological Community Health, Vol 55(2)* , s. 111-122.
- Ritsatakis, A. (2009). Equity and social determinants of health at a city level. *Health Promotion International, Vol 24(Supplement 1)* , s. 81-90.
- Rønnow, L. P., & Marckmann, B. (2010). *Implementeringsforskning om forebyggelse - en baggrundsrapport*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sallis, J. F., & Owen, N. (1997). Ecological models. I K. Glanz, M. F. Lewis, & B. K. Rimer, *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research, and Practice* (s. 403-424). San Francisco: Jossey-Bass.
- Skovgaard, T., Nielsen, M. B., & Aro, A. (2007). *Evidens i forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2010). *Opslag af satspulje - Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2005). *Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Turell, G., Oldeburg, B., McGuff, I., & Dent, R. (1999). *Socioeconomic determinants of health: towards a national research program and a policy and intervention agenda*. Canberra: Queensland University of Technology.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *The Solid Facts*. København: WHO Regional Office for Europe.
- Wiuff, M. H. (2007). *Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.

## Bilag 1

System niveau	Teori	Interventioner	Forventede forandringsprocesser	Datakilder
Individniveau	Social Kognitiv Teori  Livsforløbsteori og identitetsdannelsesteori	Psykologhjælp individuelt og familierapi	Coping adfærd forbedres  Angst og nervøsitet nedbringes  Familiebåndet styrkes  Kvindernes selvopfattelse forbedres	Sundhedsprofilen (fase 1)  Interview (fase 2)
Interpersonelt niveau  (Mikro niveau)	Mikro-sociologisk teori	Gruppe supervision kvinderne imellem  Etniske mentorer	Kvindernes sociale bånd og roller styrkes  Tillid genskabes.  Kvinderne får positive rollemodeller	Deltagerobservation og fokusgruppe interviews (fase 4 og 5)
Organisatorisk niveau (Meso niveau)	Organisationsforandrings teori og netværks teorier  Kapacitetsopbygning	Partnerskab omkring indsatser for målgruppen  Særskilte beskæftigelsesinitiativer for kvinderne  Øge kvindernes sprogfærdigheder  Etablering af sociale fora og interesse for aktiviteter	Nedsættelse af teams, der styrker den tværsektorielle indsats.  Flere i målgruppen inkluderes gradvist på arbejdsmarkedet.  Kvinderne får en bedre tilknytning til nærområdet og mulighederne for social samvær efter deres behov styrkes.	Deltagerobservation, fokusgruppe interviews og interviews
Politisk administrativt niveau (Makro niveau)	Integrations-teorier og teorier om kulturmøde  Policy teorier	Nytænker integrationspolitik  Prioritering af mental sundhed  Nytænke beskæftigelses- og aktiveringstilbud.	Øget mulighed for at bosætte sig i områder, med folk af samme nationalitet  Mental sundhed kommer tydeligere på dagsordenen  Kvindernes ressourcer og kompetencer udnyttes bedre på arbejdsmarkedet.	Officielle dokumenter, lovgivning, handleplaner, politikker og strategier.



