

Kompleks evaluering – tre metodiske læringspunkter fra en case

Læringspunkter fra en evaluering af en bredspektret sundhedsmæssig og social indsats over for socialt udsatte borgere

Ulf Hjelmar

KORA, Det nationale institut for kommuners og regioners analyse og forskning

Pia Vivian Pedersen

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Resumé

Kompleks evaluering er en type af evaluering, der som genstandsfelt har sammensatte og bredspektrede indsatser, hvor det er vanskeligt på en entydig måde at sammenfatte, hvad der kommer ud af indsatserne – i artiklen betegnet som en evaluering af ”wicked problems”.

En central udfordring i denne type af evaluering er at finde troværdige indikatorer for indsatsernes virkning. Artiklen tager denne udfordring op ved at se nærmere på en evaluering af en kompleks case, der drejer sig om opsøgende sociale og sundhedsmæssige indsatser over for socialt udsatte borgere, og som har forsøgt at opgøre virkningen af indsatsen ud fra en overvejende surveybaseret tilgang.

På baggrund af evalueringen peges der på tre evalueringsmæssige læringspunkter i kompleks evaluering: behovet for et kompleksitetsreducerende evalueringsdesign, behovet for validerede måleinstrumenter og værdien af en kritisk dimension i denne type af evaluering.

En evalueringsmæssig udfordring i velfærdssamfundet

I de seneste ti år er der i Danmark i stigende grad kommet fokus på en evidensbaseret tilgang i forhold til tilrettelæggelsen og vurderingen af velfærdssamfundets ydelser. Hermed menes, at man systematisk søger at basere og udvikle velfærdssamfundets ydelser ud fra det bedst mulige videnskabelige grundlag, og at man løbende søger at vurdere effekten af sin indsats (Bohlin og Sager 2011; Krogstrup 2011).

Dette fokus indebærer en evalueringsmæssig udfordring. Grundlæggende består udfordringen i, at evalueringens formål i et evidensorienteret regime helt overvejende er at rapportere effekter eller virkninger af indsatser og deres årsags-virknings sammenhæng. Det afgørende bliver at finde entydige og troværdige målintikatorer på effekten af en given indsats, og at kunne godtgøre, at der er en sammenhæng mellem indsatsen og opfyldelsen af de opstillede mål.

Særlig stor er denne evalueringsmæssige udfordring i dag, når det gælder evaluering af komplekse ydelser inden for navnlig det sociale og sundhedsmæssige område (Egelund 2011; Krogstrup 2011; Parry m.fl. 2013). Ydelser på dette område er generelt tæt knyttet til en lokal kontekst og særlige organisatoriske forhold og mellem-menneskelige relationer, og det gør det vanskeligt entydigt at vurdere indsatser på området.

Hensigten i denne artikel er på baggrund af en eksemplarisk case at uddrage nogle metodiske læringspunkter i forhold til surveybaserede evalueringer af komplekse sociale indsatser. Hvilke grundlæggende metodiske forhold er der særlig grund til at pege på i evalueringer af sammensatte og bredspektrede indsatser?

Evalueringer af denne type indsatser betegnes her som kompleks evaluering. I denne type af evaluering er det som udgangspunkt særlig vanskeligt på en entydig måde at sammenfatte og vurdere, hvad der kommer ud af indsatsen på grund af indsatsens sammensatte karakter. Som konsekvens heraf argumenteres der i det følgende for, at evalueringen må følge særlige retningslinjer for at nå frem til brugbare resultater. Begrebet ”kompleks evaluering” er ikke et al-

mindeligt brugt begreb i evalueringslitteraturen, men det foreslås her som en ny samlebetegnelse for evalueringer af denne karakter.

I kompleks evaluering er genstanden et ”wicked problem”: Et problem der er vanskeligt eller umuligt at løse på grund af ufuldstændige, selvmodsigende og stadig skiftende krav til løsningen¹. Hermed menes, at en indsats er kendetegnet ved en upræcis og bred problemforståelse, multiple årsagsrelationer som er vanskelige at adskille fra hinanden og en deraf manglede evidens på området. Som følge heraf peges der på området typisk på, at der er behov for brede og komplementære indsatser snarere end målrettede og skarpt definerede indsatser (Solar og Irwin 2010).

I kompleks evaluering er genstandsfeltet en del af et socialt system bestående af en lang række interagerende elementer uden nogen central kontrol (Patton 2010). Kompleks evaluering retter sig mod indsatser præget af usikkerhed og turbulens, hvor det er meget vanskeligt - eller i praksis ofte umuligt - at kontrollere for alle forhold i implementeringsprocessen. For at opnå en sikkerhed i evalueringen er man henvist til at anvende typer af metoder, som tager hensyn til feltets omskiftelige og flerdimensionelle karakter.

Artiklen bygger på en eksemplarisk case, som i denne sammenhæng forstås som en case, der rummer nogle væsentlige typer af problemstillinger, der åbner op for et områdes centrale begreber og elementer. Casen drejer sig om opsøgende sundhedsmæssige og sociale indsatser over for socialt udsatte borgere.

I det følgende gøres der kort rede for kompleksiteten på dette område, og de metodiske udfordringer der er forbundet med at måle virkninger af offentlige indsatser på området. Derefter præsenteres en evaluering på området med fokus på de metodiske valg, som vi foretog i evalueringen, og de virkninger af indsatsen som evalueringen pegede på. På baggrund af denne case præsenteres afslutningsvis nogle metodiske læringspunkter i forhold til evaluering af komplekse indsatser.

¹ Begrebet ”wicked problems” blev oprindeligt introduceret som en betegnelse for særlige vanskelige forhold i planlægning (Rittel og Webber 1973).

En opsøgende indsats over for socialt udsatte borgere

At være socialt udsat handler om en samtidig ophobning af dårlige levekår og mangel på deltagelse i en række centrale områder i samfundet. Socialt udsatte borgere lever ofte under økonomisk fattigdom, eksklusion fra arbejdsmarkedet, dårlige boligforhold, manglende faglig eller politisk deltagelse, få sociale aktiviteter og få fritidsaktiviteter (Stax 1999; Larsen 2009). Ofte er der også et misbrug involveret i form af stofmisbrug eller alkoholmisbrug og i nogle tilfælde også begge former for misbrug. Samtidig er det markant, at socialt udsatte borgere har en meget dårlig sundhedstilstand, og at socialt udsatte på alle sammenlignelige mål for sundhed - og trivsel - er markant dårligere stillet end den generelle danske befolkning (Pedersen et al. 2012, Pedersen et al. 2008, Pedersen 2009, Benjaminsen et al. 2013, Juel et al. 2010). Som resultat heraf lever socialt udsatte i gennemsnit 22 år kortere end en gennemsnitsdanske (Davidsen et al. 2013).

Der er derfor behov for en særlig indsats over for socialt udsatte borgere, herunder en social og sundhedsmæssig indsats. Socialt udsattes situation er imidlertid kompleks og præget af en lang række forskellige typer af problemer, som kun vanskeligt kan adskilles fra hinanden, og det gør en indsats på området vanskelig. En sundhedsmæssig indsats overfor denne målgruppe er således blevet betegnet som et ”wicked problem” (Blackman et.al. 2006; Blackman et.al. 2009).

Denne kompleksitet giver nogle evalueringsmæssige udfordringer, som det også fremgår af de to seneste evalueringer af indsatser på området, som Sundhedsstyrelsen har fået gennemført i et samarbejde med Socialstyrelsen. I de to rapporter fokuseres der på virkningen af forskellige metoder (helbredsundersøgelser, brugersamtaler, lindrende behandling m.m.) i arbejdet med gruppen af socialt udsatte stof- og alkoholmisbrugere samt hjemløse (Sundhedsstyrelsen 2011; Sundhedsstyrelsen 2012). Rapporterne peger dog ikke på præcise virkninger af indsatserne, ligesom den ikke peger på egentlige sammenhænge mellem aktiviteter og generelle virkninger af indsatsen. Det konkluderes, at indsatserne virker, men det præciseres ikke i hvilken grad indsatserne virker, og hvordan indsatserne mere præcist virker.

Typisk har studier på området fokuseret på en enkelt eller få udvalgte helbredsindikatorer blandt afgrænsede grupper af socialt udsatte (Simonsen et.al. 2007). Der er derfor et behov for at skabe et mere samlet billede af livssituationen og sundhedsforholdene for socialt udsatte. Et sådan billede er blevet tegnet i de såkaldte SUSY Udsat undersøgelser, som er blevet lavet indenfor de senere år (Pedersen m.fl. 2008; Pedersen m.fl. 2012). Evalueringen, som vil blive præsenteret i denne artikel, skal ses i forlængelse af disse brede helbreds- og trivselsundersøgelser blandt socialt udsatte borgere i Danmark.

En evaluering af opsøgende indsatser over for udsatte

KORA fik i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (SIF) til opgave at evaluere fire projekter om opsøgende indsatser over for socialt udsatte borgere. Indsatserne blev gennemført i Brøndby Kommune, Holstebro Kommune, Hvidovre Kommune og Næstved Kommune i perioden august 2010 til juni 2014. Projekterne udsprang af Satspuljen 2009, hvor der blev afsat 20 mio. kr. til iværksættelse af denne type af indsatser. Formålet med indsatserne i de fire kommuner var at udvikle relevante og tilgængelige sundhedstilbud til målgruppen, så den samlede livssituation og sundhedstilstand i målgruppen blev styrket.

Evalueringen af projekterne havde overordnet til formål at opsamle erfaringerne fra projekterne og pege på om indsatserne lykkedes med at styrke sundhedstilstanden og livskvaliteten blandt de socialt udsatte borgere. Evalueringen blev gennemført for Socialstyrelsen og blev afsluttet ultimo 2014 (Hjelmar, Mikkelsen og Pedersen 2014).

Projekterne var generelt kendetegnet af meget sammensatte indsatser. I alle fire projekter igangsatte man en vifte af forskellige typer af aktiviteter, som tilsammen forventedes at skabe en forbedring i borgernes livssituation og sundhedsmæssige tilstand. Aktiviteterne med borgerne fandt sted på projekternes sygeplejeklinikker, i brugerens eget hjem eller på gaden - der "drikkeskure" og andre mere uformelle tilholdssteder.

I projekterne forsøgte man at gennemføre aktiviteter, som borgerne fik et umiddelbart udbytte af, og som medvirkede til at opbygge et tillidsforhold mellem borgerne og det offentlige hjælpesystem. Dette var eksempelvis en café, hvor borgerne kunne få varm mad (Brøndby Kommune), ledsagelse til en særlig tandlægeordning hvor borgerne kunne få ordnet deres tænder (særligt Holstebro Kommune), samt smertelindring og ledsagelse til afrusning (særligt Næstved Kommune). Derudover indgik i varierende omfang i de forskellige kommuner en lang række øvrige aktiviteter, herunder sundhedssamtaler, helbredstjek, mindre behandlinger som f.eks. sårpleje, misbrugssamtaler, socialfaglig rådgivning om personlig økonomi og rådgivning om andre presserende socialfaglige problemstillinger.

Procesevalueringen viste, at det på tværs af alle fire projekter har været afgørende at opbygge et tillidsforhold til borgerne, da borgerne ofte havde negative erfaringer med sundhedsvæsenet og typisk ikke oplevede at blive mødt med imødekommenhed og forståelse, når de henvendte sig på hospitalet eller i andre dele af sundhedssystemet. En stor del af projektmedarbejdernes daglige arbejde bestod i at lytte og yde generel omsorg og støtte til socialt udsatte borgere, herunder at ledsage borgerne til diverse sundhedstilbud og øvrige former for møder. Forløbene med borgerne var typisk forholdsvis lange.

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

Det kvantitative datagrundlag for projektevalueringen tog udgangspunkt i to typer af spørgeskemaer, som de enkelte projektkommuner løbende har sørget for at få udfyldt og få indsendt til KORA fra projektstart i august 2010 til juni 2014.

Den ene type af spørgeskema (aktivitetsskema) gav et indblik i kontakten mellem projektmedarbejderne og borgerne. På baggrund af aktivitetsskemaerne kunne det bl.a. vurderes, om de enkelte projekter havde nået målgruppen, og

hvilke aktiviteter der var blevet gennemført. Skemaerne udfyldtes af projektmedarbejderne efter kontakt til borgeren. For hver projektborger kunne der i længere projektføreløb udfyldes mere end ét aktivitetsskema. Der blev i alt indsendt 1.592 aktivitetsskemaer.

Den anden type af spørgeskema (grundskema) fokuserede på borgernes helbreds-situation og øvrige livssituation. Der skulle for hver borger udfyldes et grundskema i starten af borgerføreløbet og i slutningen af borgerføreløbet. På baggrund af disse skemaer kunne det vurderes, hvordan projektborgernes selv-vurderede helbred havde udviklet sig fra starten til slutningen af projektføreløbet. Derudover indeholdt skemaerne oplysninger om borgerens økonomiske forhold, boligsituation samt øvrige livssituation. I løbet af projektperioden har kommunerne samlet indsendt 512 startgrundskemaer og 466 slutgrundskemaer.

Tabel 1: Indleverede skemaer i alt

Kommune	Startgrundskemaer	Slutgrundskemaer	Aktivitetsskemaer
Brøndby	88	73	176
Holstebro	165	164	548
Hvidovre	71	91	291
Næstved	188	138	577
I alt	512	466	1592

Grundskemaerne blev som udgangspunkt udfyldt af projektborgeren selv, men havde borgeren brug for hjælp til udfyldelsen af skemaet, har projektmedarbejderen kunnet assistere. I praksis har behovet for hjælp vist sig at være stort: 35 % af grundskemaerne er udfyldt af borgeren alene, mens 65 % er ud-

fyldt med hjælp fra en medarbejder. Denne præmis er velkendt fra tidligere undersøgelser blandt socialt udsatte og må betragtes som et næsten uundgåeligt vilkår ved undersøgelser, der involverer socialt udsatte (Pedersen 2013). Den senere analyse af grundskemaerne viste, at der ikke var en systematisk forskel i besvarelserne i forhold til spørgeskemaer udfyldt af borgeren alene, og spørgeskemaer udfyldt med hjælp fra en medarbejder.

Alle spørgeskemaer kunne i analysen knyttes til den enkelte borger gennem et unikt identifikationsnummer. I det omfang borgeren ikke ønskede at angive fødselsdato, tildelte projektkommunen borgeren et andet identifikationsnummer.

For at kunne gennemføre de nødvendige analyser i projektet har det været afgørende, at der er blevet udfyldt både et start- og slutgrundskema samt minimum ét aktivitetsskema for hver enkelt borger. Dermed har der kunnet gennemføres en analyse af sammenhængen mellem indsatsen overfor borgerne på den ene side og udviklingen i deres helbred og øvrige livssituation i løbet af projektperioden på den anden side.

Gennemførelsesprocenten i registreringsdelen i projektet er målt på denne måde opgjort til 54 %, hvilket må anses for tilfredsstillende. Der knytter sig generelt metodiske udfordringer til dét at gennemføre spørgeskemaundersøgelser blandt socialt udsatte, der ofte lever kaotiske og ustabile liv og kan være alkohol- eller stofpåvirkede eller -trængende, når de bliver bedt om at udfylde et spørgeskema. Dette kan gå ud over svarprocenten, ligesom det kan gå ud over kvaliteten i besvarelserne. De socialt udsatte borgere kan have svært ved at læse, forstå og besvare spørgsmålene, ligesom de kan have svært ved at koncentrere sig i længere tid (Pedersen, Grønbæk og Curtis 2012, Pedersen 2013).

Tabel 2: Gennemførselsprocent målt som indlevering af alle tre typer af skema

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

Generelt har der i projektkommunerne ikke været problemer med at få udfyldt spørgeskemaerne på en måde, som vi som evaluatore har vurderet som tilfredsstillende. Dog har der i en enkelt kommune (Holstebro Kommune) været nogle metodemæssige problemer i forbindelse med skemaudfyldelsen, som betyder, at resultaterne fra denne kommune i en række tilfælde afviger fra de øvrige kommuner. De metodemæssige problemer har bl.a. bestået i nogle misforståelser omkring forståelsen af enkelte spørgsmål i spørgeskemaerne, men misforståelserne har ikke haft så alvorlig en karakter, at besvarelsene fra Holstebro Kommune ikke har kunnet indgå i analyserne.

Analyserne af helbredsvirkninger og deres livssituation i øvrigt tager udgangspunkt i borgernes egne vurderinger. Internationale studier viser, at selvrapporterede data fra socialt udsatte generelt er at betragte som valide og pålidelige data (Calsyn et al. 1993; Trevena et al. 2001, Pedersen 2013). I forhold til vurdering af eget helbred har det vist sig, at jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for død og for sygelighed i en given opfølgingsperiode (Christensen m.fl. 2014, Idler og Benyamini 1997). Forklaringen på dette er først og fremmest, at en svarperson (også socialt udsatte) typisk i sin svarafgivelse foretager en form for helhedsorienteret vurdering,

hvor forskellige relevante kilder indgår i vurderingen, herunder svarpersonens aktuelle helbredssituation men også andre forhold som kendskabet til sygelighed i svarpersonens familie samt viden om helbredssituationen blandt jævnaldrende. Helt generelt viser undersøgelser på området, at selvadministrerede undersøgelser er egnede til at opnå ærlige svar når det gælder følsomme emner (Bowling, 2005; Christensen, 2013; Tripping et al, 2010).

I undersøgelsen er anvendt spørgsmål fra det validerede spørgeskema SF-36. SF står for Short Form (Health Survey), idet spørgeskemaet er udviklet på grundlag af et langt mere omfattende spørgsmålsbatteri. I SF-36 indgår 36 spørgsmål i spørgeskemaet inden for i alt otte forskellige helbredsområder, som antages at være universelle og repræsentere basal menneskelig funktion og velbefindende².

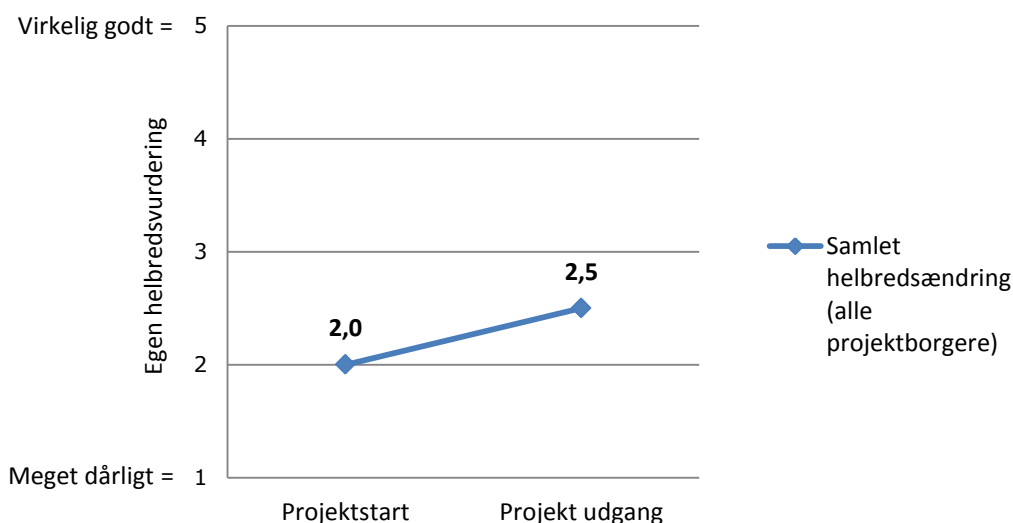
I vores undersøgelse af de socialt udsattes livs- og helbredssituation har vi fokuseret på to af helbredsområderne: borgerens generelle helbredsopfattelse på den ene side og borgernes vurdering af deres trivsel (social funktion og energi) på den anden side. Det er to nøgleområder til vurdering af borgernes samlede livs- og helbredssituation.

Resultater fra evalueringen

Borgerne foretog i undersøgelsen en vurdering af deres eget helbred på en 5-punktsskala, hvor 1 = meget dårligt helbred, 2 = dårligt helbred, 3 = nogenlunde helbred, 4 = godt helbred og 5 = virkelig godt helbred. Vurderingen blev foretaget i starten af projektførløbet og til slut i projektførløbet. Det varierede, hvor lang projektperioden var for de enkelte borgere, men der var typisk tale om et forholdsvist langt forløb (1 år eller mere indenfor perioden 2010-2014).

² De otte helbredsområder er fysisk funktion, fysisk betingede aktivitets-begrænsninger, smerter, alment helbred, energi (vitalitet), social funktion, psykisk betingede aktivitets-begrænsninger og psykisk velbefindende.

Figur 1: Samlet ændring i borgernes selvoplevede helbred på tværs af projektkommuner



Anm: Signifikansniveau: $p = 0,00$ ($n=382$)

Det ses af figur 1, at på skalaen fra 1 til 5 er borgernes selv vurderede helbred i projektperioden steget fra 2,0 til 2,5. Dette betyder, at borgernes vurdering af eget helbred igennem projektperioden har flyttet sig fra et ”dårligt helbred” til at nærme sig et ”nogenlunde helbred”. Det ses også, at den samlede helbredsændring er statistisk yderst signifikant ($p=0,00$), og der dermed umiddelbart er grund til at have tiltro til, at denne stigning i tallene dækker over en reel forbedring i borgernes selv vurderede helbred. I alle fire projektkommuner sås denne positive udvikling i de socialt udsatte borgeres oplevede helbredstilstand.

Til sammenligning viser en undersøgelse foretaget i den generelle danske befolkning i 2013, at flere end otte ud af ti (85,2 %) danskere vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt (Christensen et al. 2014). Helt overvejende placerer danskere sig altså generelt markant højere på denne skala, som det dog også ville være forventeligt.

Det næste spørgsmål er, hvad en sådan helbredsbedømmelse blandt de socialt udsatte borgere mere konkret dækker over? I undersøgelsen har borgerne haft

mulighed for at beskrive, hvad der har haft den største betydning for deres helbred de seneste par år. Disse svar kan bruges til at illustrere, hvordan borgere med et selv vurderet helbred på henholdsvis ”2” og ”3” karakteriserer deres helbredssituation:

Tabel 3: Borgerudsagn om deres helbredssituation og øvrige situation

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

Det fremgår af udsagnene i tabel 3, at der synes at være reelle forskelle i helbredssituationen mellem borgere, der har svaret henholdsvis ”2” eller ”3”, og

det medvirker til at bekræfte, at helbreds vurderingen er forholdsvist valid. Borgere med en helbreds vurdering på ”2” svarer typisk, at de har meget alvorlige problemer af fysisk, psykisk og/eller social karakter, mens borgere med en helbreds vurdering på ”3” typisk også betoner positive og fremadrettede forhold udover deres eksisterende problemer.

En udfordring i den kvantitative analyse af helbreds virkninger har været kompleksiteten på området. Vi har i evalueringen ikke haft mulighed for fuldt og helt at kontrollere for øvrige forhold, der kan have spillet ind på borgernes vurdering af deres helbredssituation (tredjevariable). Det er således muligt, at begivenheder i borgernes liv uafhængigt af projekterne har haft betydning for deres helbreds udvikling i projektperioden. Dermed kan vi ikke være sikre på, at der er tale om et kausalt forhold mellem den opsøgende sociale og sundhedsmæssige indsats på den ene side og helbreds virkningerne på den anden side.

For at imødekomme denne usikkerhed har vi i analysen medtaget en dimension, der har til hensigt at afdække, i hvor høj grad borgerne selv tilskriver den opsøgende sociale og sundhedsmæssige indsats en betydning for deres helbredssituation, eller om de vurderer, at det er andre indsatser og forhold, som har haft en betydning.

Tabel 4: Vurdering af projektets betydning på tværs af kommuner

	Gennemsnitlig vurdering af projektets betydning	Gennemsnitlig vurdering af andre forholds betydning
Samlet	4,0	3,2

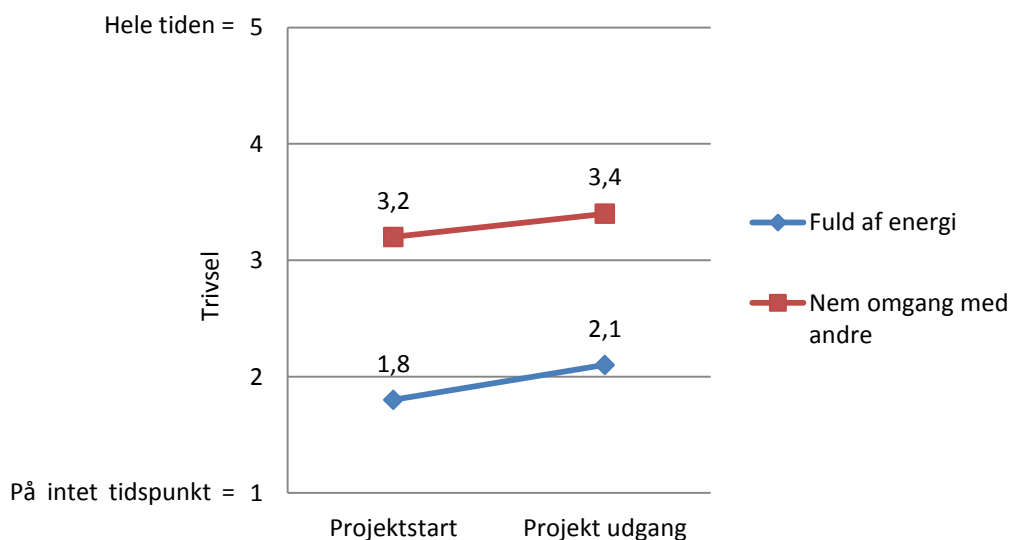
Anm: Vurderingen er foretaget på en 5-punktsskala, hvor 1 = I meget lille grad af betydning, 2 = I lille grad af betydning, 3 = Hverken i høj eller lille grad af betydning, 4 = I høj grad af betydning og 5 = I meget høj grad af betydning.

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

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

I undersøgelsen indgik også to spørgsmål fra SF-36 spørgeskemaet, som kan give en indikation af borgernes trivsel. Det ene spørgsmål var, ”hvor ofte føler du dig fuld af energi?”. Det andet spørgsmål var, ”føler du det er vanskeligt at se andre mennesker?”. I begge spørgsmål indgik en graderet skala gående fra ”På intet tidspunkt” til ”Hele tiden”³. I figur 2 fremgår det samlede resultat af undersøgelsen på tværs af de fire projektkommuner.

Figur 2: Samlet ændring i indikatorer for trivsel på tværs af projektkommuner



Anm: Signifikansniveau for energiniveau: $p=0,00$ ($n=382$). Signifikansniveau for omgang med andre: $p=0,00$ ($n=382$)

³ I spørgsmålet omkring ”Omgang med andre” er skalaen i figur 2 blevet vendt om, således at skalaen i begge spørgsmål går fra en negativ til en positiv opfattelse af ens trivsel. Dette er en ren formæssig ændring.

Det ses af figur 2, at projektborgernes vurdering af egen trivsel overordnet set har flyttet sig i en positiv retning, og at denne ændring statistisk set er yderst signifikant ($p=0,00$). I løbet af projektperioden har projektborgerne fået mere energi (selvom energiniveauet stadig er på et lavt niveau), og projektborgerne oplever, at det er blevet lidt nemmere at omgås med andre mennesker.

Oplevelsen af generel trivsel er markant lavere blandt projektborgerne i forhold til den generelle danske befolkning (Christensen et al. 2014). Helt overvejende placerer danskere sig markant højere på spørgsmål omkring trivsel og sociale relationer, hvilket igen er forventeligt, når vi har med gruppen af socialt udsatte borgere at gøre.

Evalueringen af opsøgende indsatser over for socialt udsatte borgere pegede alt i alt altså på nogle generelle positive virkninger af indsatsen. Derudover pegede evalueringen også på nogle sammenhænge mellem projekternes aktiviteter og de generelle virkninger af indsatsen, der bidrog til at forklare, hvorfor man i projekterne havde opnået disse virkninger.

Evalueringen viste, at man i de fire projektkommuner havde haft en klar overvægt af somatiske aktiviteter⁴, og det havde en positiv sammenhæng med borgernes oplevede helbredstilstand og trivsel, mens specifikke organiseringsforhold i kommunerne ikke havde signifikant betydning⁵. Det fremgik også af de kvalitative interview med de kommunale medarbejdere og interessenter, at det især var projekternes fleksible rammer, høje grad af tilgængelighed samt høje prioritering af relationsarbejdet og dét at yde generel omsorg og støtte til socialt udsatte borgere, der af medarbejderne og øvrige aktører på området blev fremhævet som fremmende faktorer for indsatsens implementering og for de positive virkninger på borgernes helbred (Hjelmar, Mikkelsen og Pedersen 2014).

⁴ Somatiske aktiviteter dækkede sundhedssamtaler, ledsagelse til behandling på sygehus eller tandplejeklinik, vejledning i hygiejne og livsstil, mindre behandlinger samt måling af blodtryk og blodsukker. Dog vejede relations- og omsorgsarbejde også forholdsvis tungt i alle fire projektkommuner.

⁵ To typer af kommunal organisering blev testet i evalueringen: en sundhedscenter organisering (forankret i et sundhedscenter sammen med sundhedsfremme m.m. rettet mod den brede befolkning) og en socialfaglig organisering (forankret i tæt tilknytning til øvrige sociale til socialt udsatte).

Tre evaluermæssige læringspunkter

I det følgende vil vi på baggrund af vores evaluering af opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere pege på nogle metodiske og evaluermæssige læringspunkter, som kan bidrage til diskussionen omkring evalueringer af komplekse indsatser.

Det første forhold, som vi vil pege på, er, at der i komplekse evalueringer er grund til at være opmærksom på, *at evalueringdesignet ikke bliver tilsvarende komplekst*. Fremfor at designe et omfattende monitoreringssystem og operere med et stort antal af måleindikatorer for at måle alle aspekter af indsatsen, så illustrerer vores case, at der kan være grund til at fokusere på, hvordan man kan reducere kompleksiteten i indsatsen gennem et mere simpelt evalueringdesign. Hermed vil det blive nemmere at konkludere noget på baggrund af evalueringen og anvendeligheden af evalueringen vil blive større. Derved undgås ”opsvulmede målingssystemer” med en indbygget risiko for undvigelsesstrategier og manglende reel opfølgning på evalueringen (Krogstrup 2011: 70).

I vores evaluering var det forholdsvis simple evalueringdesign en fordel og en form for nødvendighed i forhold til overhovedet at kunne vurdere værdien af indsatsen set fra et brugersynspunkt. Socialt udsatte borgere lever med multiple og komplekse problemstillinger under kaotiske forhold, og de har svært ved at læse, koncentrere sig om og besvare længere spørgeskemaer eller deltage i andre, krævende evalueringselementer. Spørgeskemaet til borgerne var derfor meget kort og simpelt.

Ofte vil der være en efterspørgsel blandt professionelle på området i forhold til detaljerede målesystemer og indikatorer, som kan give et dækkende og realistisk billede af indsatsen. I forhold til anvendeligheden af en evaluering af indsatsen så er det dog en vigtig læring fra vores case, at dette ikke altid er nødvendigt, og det godt kan lade sig gøre at fokusere på få overordnede indikatorer, som samlet set kan give et billede af, om en indsats virker eller ej.

Grundlæggende er udfordringen altså at gøre monitoreringen simpel og finde så få måleindikatorer som muligt. Men udfordringen med at holde monitoreringen enkel er ikke helt ligetil.

Når man i en evaluering opererer med få og enkle målindikatorer, så er det særlig vigtigt at sikre sig, at de pågældende målepunkter opleves som gyldige og relevante blandt aktørerne i den undersøgte indsats. I vores evaluering af opsøgende indsatser over for socialt udsatte prøvede vi at sikre dette gennem en løbende afklaringsproces med medarbejderne i indsatserne. Inspireret af en realistisk evalueringstilgang iværksatte vi en proces, hvor medarbejderne i de enkelte indsatser indledningsvis skulle opstille få og enkle resultatmål for indsatsen og skitsere de aktiviteter, som de ville iværksætte for at nå de pågældende mål (en programteori). Denne (realistiske) evalueringstilgang harmonerer efter vores opfattelse godt med en kompleks evaluering. Programteorier fokuserer på konkrete kontekstuelle forhold og forsøger på den baggrund at udtrække de mest centrale virksomme mekanismer og sammenhænge (Funnell og Rogers 2011).

På baggrund af programteorien gik vi i dialog med medarbejderne i indsatserne for at se, om det kunne lade sig gøre at sammenfatte de forskellige mål og mekanismer i nogle få og enkle dimensioner eller indikatorer, som gik på tværs af indsatserne i projektkommunerne. Resultatet af denne proces var, at det overordnet lykkedes at finde nogle enkle indikatorer på det sundhedsmæssige og sociale område, som blev opfattet som relevante og gyldige af medarbejderne, og som kunne bruges som udgangspunkt for vores løbende monitorering i evalueringen.

I evalueringsprocessen diskuterede og reviderede vi løbende programteorien for de enkelte indsatser i samarbejde med frontmedarbejderne i de enkelte kommuner for at sikre os, at de øjeblikkelige forhold i indsatserne var afspejlet i programteorien og i vores evalueringsdesign. Inddragelsen af medarbejderne i opstillingen af mål og målepunkter for indsatsen var medvirkende til, at de udførende medarbejdere fik en forståelse for evalueringen og en tiltro til, at evalueringen kunne føre til et gyldigt billede af virkningerne af indsatserne. Dette kan også have været medvirkende til, at undersøgelsen fik en forholdsvis høj besvarelsesprocent i forhold til, hvad undersøgelser blandt socialt udsatte ellers har opnået. Det er dog vigtigt at bemærke, at det på trods af det relativt simple evalueringsdesign stadig var en tidskrævende opgave for medarbejderne at sikre udfyldelsen af spørgeskemaerne, som skulle passes ind i en i forvejen travl

og hektisk arbejdsdag. Vi oplevede dog generelt stor velvilje og forståelse fra medarbejdernes side af nødvendigheden i forhold til denne opgave.

Et helt centralt spørgsmål i forhold til validiteten i denne type af evalueringer er, om man ikke begår vold på virkeligheden gennem at reducere den høje kompleksitet i indsatserne til enkelte abstrakte dimensioner eller målindikatorer. Et problem kan således opstå, hvis de dimensioner, som man måler på, afspejler et simpelt lineært årsags-virkningsforhold, mens virkeligheden i højere grad er karakteriseret af ikke lineære mekanismer samt kaotiske og foranderlige forhold (Blackman et.al. 2006).

Det mest reelle svar på dette er, at man i sit evalueringsdesign skal søge at sikre, at den måde man måler resultater på giver en tilstrækkeligt dækkende og troværdig gengivelse af virkeligheden, og at denne ikke fordrejer eller simplificerer indsatsen i en grad, så målingen mister sin gyldighed (Krogstrup 2011; Loud og Maine 2014).

Dette leder os frem til et andet forhold, som vi vil trække frem på baggrund af vores case. Dette forhold er, at der er særlig grund til *at bruge validerede spørgsmål og indikatorer*, når man søger at reducere kompleksiteten i en indsats til forholdsvis få dimensioner og samtidig ønsker en så høj grad af sikkerhed i undersøgelsens konklusioner som muligt. Generelt anerkendes det i stadig højere grad inden for det sociale område, at det er en fordel at anvende validerede målemetoder i komplekse sociale indsatser, da det understøtter, at man rent faktisk måler det som man gerne vil måle (Socialstyrelsen 2013).

Komplekse evalueringer er netop kendetegnet af at være særlig udfordret i forhold til at opnå en høj målingsvaliditet, og derfor bør validerede spørgsmål og indikatorer have en væsentlig placering i denne type evalueringer. I validerede målemetoder er redskabets pålidelighed som målemetode blevet testet særlig omhyggeligt, og der er derfor en høj grad af målingsvaliditet og et stærkere grundlag for den senere analyse. Testningen af måleredskaberne giver en sikkerhed for, at man måler det man ønsker, herunder om der er en sammenhæng mellem bagvedliggende forskning på området og målemetodens operationaliserede begreber (Bryman 2008).

En væsentlig fordel ved at bruge validerede spørgsmål og indikatorer er, at den bygger på anerkendt forskning, og at det styrker den interne validitet i efterfølgende undersøgelser, som bygger videre på det grundlag. Gennem tidligere forskning på området har man opnået en viden om måleindikatorernes præcision og sammenhængen mellem de forskellige indikatorer, og det øger som udgangspunkt sikkerheden i analyserne. I vores evaluering brugte vi spørgsmål fra SF-36 spørgeskemaet, som har været anvendt i de danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser siden 1987, og hvor der er klare indikationer af, at spørgsmålene om helbred og livskvalitet kan bruges på tværs af en række forskellige befolkningsgrupper med valide resultater til følge (se bl.a. Pedersen et.al. 2008; Pedersen et.al. 2012). Objektive helbredsparametre og data for livskvalitet har i høj grad været anvendt på området, men den løbende validering af spørgsmålene om selvoplevet helbred og livskvalitet har skabt en forholdsvis stor tiltro til disse som effektmål (Pedersen, Zachariae og Mainz 2005).

I vores case er sammenhængen mellem indikatorer for trivsel og sociale relationer på den ene side og helbredstilstand på den anden side ganske veldokumenteret. Borgere med stærke sociale relationer har overordnet set et bedre helbred end borgere med svage sociale relationer. (Christensen et al. 2014: 107). Tilsvarende viser undersøgelser en sammenhæng mellem forskellige trivselsindikatorer og selv vurderet helbred – også blandt socialt udsatte borgere (Pedersen, Grønbæk og Curtis 2012)⁶. Der bør således i en undersøgelse på området være en klar sammenhæng mellem de to indikatorer, og det var der da også i vores case, hvilket styrker troværdigheden af evalueringen.

Overordnet viste evalueringen, at der på tværs af de fire forskellige projektkommuner og på tværs af de særlige kontekstuelle forhold, der var i hver enkelt kommune, kunne findes nogle gennemgående sammenhænge mellem de opsøgende sundhedsindsatser på den ene side og forøget trivsel og helbredstil-

⁶ Litteraturen på området er mindre klar omkring kausalitetsretningen, altså hvorvidt det blandt socialt udsatte borgere primært er et forbedret helbred der påvirker den sociale trivsel, eller hvorvidt det primært forholder sig omvendt.

stand hos borgerne på den anden side. Dette er umiddelbart et entydigt og klart evalueringsresultat.

Et tredje evalueringsmæssigt læringspunkt er imidlertid, at man i komplekse evalueringer med fokus på indsaternes virkning skal være opmærksom på, *om den kritiske og reflektsive dimension i evalueringen forsvinder* (Krogstrup 2011). Den gode komplekse evaluering består ikke bare af valide monitoreringer af gennemførte indsatser. Den indebærer også, at der i analysen bør indgå kritiske refleksioner omkring sammenhænge mellem indsats og virkning, altså nogle (kritiske) procesforklaringer. På den baggrund er det muligt som evaluator at få hånd om kompleksiteten og lave en egentlig vurdering af, hvordan eventuelle virkninger er opnået, og hvilken værdi som virkningerne skal tillægges. Ideelt set vil dette give baggrund for at kunne argumentere for eventuelt direkte årsags-virknings sammenhænge.

I sammensatte indsatser rettet mod ”wicked problems” (såsom opsøgende sundhedsindsatser over for social udsatte borgere) er det imidlertid kendetegnende, at indsatsen løbende udvikles og tilpasses, og at der er mange årsags-virkningsforhold der indvirker på hinanden. Som konsekvens af dette er det svært på baggrund af kvantitative data entydigt at pege på direkte årsagssammenhænge og basere en evaluerings konklusioner og anbefalinger på dette grundlag (Blackman et.al 2006).

I den type af sammensatte indsatser, som vi har analyseret i denne artikel, er det en særlig udfordring, at det typisk er enkelte elementer i indsatsen, som har en virkning, mens andre elementer i indsatsen ikke har en betydende virkning, og at en samlet kvantitativ måling af indsatsen i sin helhed ikke indfanger disse forskelle.

For at tackle nogle af disse evalueringsmæssige udfordringer blev virkningsevalueringen i vores evalueringscase kombineret med en procesevaluering baseret på kvalitative interviews med projektmedarbejdere, projektledere, ansvarlige på forvaltningsniveau samt med projekternes samarbejdspartnere i og uden for kommunen, fx praktiserende læger, hospitalspersonale, politi, gadeplansmedarbejdere, medarbejdere i misbrugsbehandlingen, m.fl. Disse interviews har bidraget til at kontekstualisere og nuancere evalueringens fund, og de har bidra-

get til at kunne forklare, hvordan de enkelte elementer i de opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere kan føre til positive helbredsmæssige og trivselsmæssige virkninger.

Baggrunden for de kvalitative interview var bl.a. de programteorier, som var blevet udarbejdet i hver enkelt projektkommune om de forventede virkninger af de enkelte elementer i indsatsen. Disse programteorier gjorde det muligt målrettet at spørge ind til, hvordan centrale elementer i indsatsen hver for sig havde indvirket på borgerne, og hvordan de enkelte elementer i indsatsen havde understøttet hinanden. I vores evaluering fandt vi, at det særlig var de enkelte projekters høje grad af fleksibilitet, tilgængelighed samt deres sygeplejefaglige fokus og prioritering af relationsarbejdet som var karakteristisk på tværs af projekterne.

Som argumenteret ovenfor kan man opnå en kritisk og reflektiv dimension i evalueringen ved at kombinere en kvantitativ monitorering af en indsats virkninger med en kvalitativ procesevaluering. Den kritiske og reflektive dimension i evalueringen kan dog også opnås ved, at man som evaluator inddrager tidligere forskning på området, som belyser, hvordan kontekstforhold og virkningsmekanismer på området spiller ind i forhold til opnåede virkninger af en indsats. Det afgørende er, at man i en kompleks evaluering kritisk forholder sig til umiddelbare datamæssige sammenhænge og søger at kvalificere og sandsynliggøre, hvorvidt de rent faktisk dækker over reelle forhold. ”wicked problems” er ikke nemme at forstå og at indfange i en evaluering, og særlige evalueringsmæssige tiltag, som man har anvendt for at tage højde for dette, bør tydeligt fremgå i en evaluering.

I forhold til ønsket om at finde en evidens på området og pege på effekter eller virkninger af indsatser og deres årsags-virknings sammenhæng er læringen på baggrund af vores case forholdsvis entydig. Komplexiteten i evalueringen betyder, at resultaterne kun i meget begrænset omfang kan bruges til at skitsere en evidensbaseret praksis, som indeholder en signifikant sikkerhed for fremadrettet at opnå positive resultater på området. Komplex evaluering vil typisk resultere i guidende retningslinjer for fremtidig praksis på området snarere end faste forskrifter for praksis og faste forudsigelser om effekterne af indsatsen.

Referencer

- Benjaminsen, Lars, Jesper Birkelund, J. & Morten H. Enemark (2013). *Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Blackman, Tim et al (2006). Performance assessment and wicked problems: The case of health inequalities. *Public Policy and Administration*, 2006: 21: 66-80.
- Blackman, Tim et al (2009). Tackling health inequalities in post-devolution Britain: Do targets matter. *Public Administration*, vol. 87, no. 4: 762-778.
- Bohlin, Ingmar & Morten Sager M. (red). (2011). *Evidensens mange ansikten*. Arkiv Forlag: Lund.
- Bowling, Ann (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*, 2005; 27(3): 281-91.
- Bryman, Allan (2008). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Calsyn, Robert J. et al (1993). Can you trust self-report data provided by homeless mentally ill individuals? *Evaluation Review*, 17(3): 353-366.
- Christensen, Anne I. et al (2014). *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Christensen, Anne I. (2013). Dataindsamlingsmetodens betydning, *Metode & Forskningsdesign*, nr. 1, 2013: 5-16.
- Davidson, Mikael et al (2013). *Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. Overdødelighed, middellevetid og dødsårsager*. Rådet for Socialt Udsatte. København.
- Egelund, Tine (2011). Evidens – mod et nyt kvalitetsparadigme i socialt arbejde med udsatte familier og børn. *Samfundsøkonomen*, nr. 1, marts 2011.
- Ekholm, Ola et al (2009). The study design and characteristics of the Danish national health interview surveys. *Scandinavian Journal of Public Health* 2009; 37; 758-65.

Funnell, Sue. C & Patricia J. Rogers (2011). *Purposeful program theory: effective use of theories of change and logic models*. San Fransisco: Jossey-Bass/Wiley.

Hjelmar, Ulf, Ane Mikkelsen & Pia V. Pedersen (2014): *Opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere*. KORA: København.

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

Juel, Knud et al (2010). *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Krogstrup, Hanne.K. (2011). *Kampen om evidens*. København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, Jørgen E. (2009). Forståelser af begrebet social udsathed. I: Brandt, Preben et al (red.) *Udsat for forståelse – en antologi om socialt udsatte*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

Loud, Malene L. & John Mayne (2014). *Enhancing evaluation use. Insights from internal evaluation units*. Sage: London.

Parry, Gareth J. et al (2013). *Recommendations for evaluation of health care improvement initiatives*. *Academic Pediatrics*, 13: 23-30.

Patton, Michael Q. (2010). *Developmental Evaluation. Applying complexity concepts to enhance innovation and use*, New York: Guilford Press.

Pedersen, Anette. F., Robert Zachariae & Jan Mainz (2005). Livskvalitet som sundhedsfagligt effektmål. *Ugeskrift for læger*, 167/48: 4545-4549.

Pedersen, Pia V., Anne I. Christensen, Ulrik Hesse & Tine Curtis (2008). *SUSY UDSAT: Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

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

Pedersen, Pia V., Maria Holst, Michael Davidsen & Knud Juul (2012). *SUSY UDSAT 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.

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

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

Rittel, Horst & Melvin Webber (1973). Dilemmas in general theory of planning. *Policy Sciences*, vol. 4: 155-169

Simonsen, Mette K. et al (2007). *Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed? Gennemgang af litteratur samt analyse af eksisterende datamaterialer vedrørende socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed*. Rådet for Socialt Udsatte, København.

Socialministeriet (2002). *De udsatte grupper. Fra kanten af samfundet til kernen i socialpolitikken - socialpolitik på brugernes præmisser*. København: Socialministeriet.

Socialstyrelsen (2013). *Validerede instrumenter til evalueringer på det sociale område*. Odense.

Solar, Orielle & Ann Irwin (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organisation.

Stax, Tobias B. (1999). *Én gang socialt marginaliseret - altid....? En analyse af ca. 1000 menneskers livsforløb efter ophold på forsorgshjem, herberger, krisecentre mv. i '88- '89*. København: Socialforskningsinstituttet

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

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

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

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

World Health Organization (2005). *Redefining Health*.
http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/