



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Aalborg Universitet

Realistisk evaluering, delrapport 1

Kortlægning af den borgerrettede kommunale sundhedsindsats i udvalgte almene boligområder i Aalborg Kommune

Thomsen, Louise Lund Holm; Larsen Rasmussen, Rikke

Publication date:
2017

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):

Thomsen, L. L. H., & Larsen Rasmussen, R. (2017). *Realistisk evaluering, delrapport 1: Kortlægning af den borgerrettede kommunale sundhedsindsats i udvalgte almene boligområder i Aalborg Kommune*. Institut for Medicin og Sundhedsteknologi. Aalborg Universitet.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- ? Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- ? You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- ? You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**Realistisk evaluering, delrapport 1 -
Kortlægning af den borgerrettede kommunale
sundhedsindsats i udvalgte almene boligområder i
Aalborg Kommune.**



**INSTITUT FOR MEDICIN
OG SUNDHEDSTEKNOLOGI**
AALBORG UNIVERSITET



Rapporten udgør første led i afrapporteringen af en realistisk evaluering af Den Borgerrettede Sundhedsindsats, i udvalgte boligområder, i Aalborg Kommune, der forløber indtil 2020. Rapporten er udarbejdet til Aalborg Kommune; Det Borgerrettede Team og Aalborg kommunes Sundhedscenter i efteråret 2017 på baggrund af empiriindsamling foretaget i efteråret 2016 og foråret 2017.

Projektets første fase er finansieret af Aalborg Kommunes Center for Anvendt Kommunal Sundheds Analyse

Primære forsker/kontakt person:

Louise Lund Holm Thomsen (llht@hst.aau.dk), projektansvarlig, Adjunkt, Faggruppen for Folkesundhed og Epidemiologi, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi.

Øvrige forskere:

Rikke Larsen Rasmussen, forskningsårsstuderende (2016-2017), faggruppen for Folkesundhed og Epidemiologi, Institut for Medicin og sundhedsteknologi.

Indhold

1. Formål	4
2. Design og metoder	5
3. Resultater	7
3.1. Indsatsens baggrund.....	7
3.2. Målgrupper for indsatsen	10
3.3. Strategier og aktiviteter	13
3.4. Mekanismer	17
3.5. Moderatorer	20
3.6. Indsatsens intenderede del- og slutmål	23
4. Diskussion og konkluderende bemærkninger	27
4.1. Forskningsspørgsmålet	27
4.2. Handlings- og forandringsteori.....	27
4.3. Borgerinddragelse	29
4.4. Fremadrettet.....	32
5. Litteratur	33
6. Figure.....	34
7. Indsatsdokumenter	34

1. Formål

Denne rapport viser resultaterne af et projekt, der forløb i tidsperioden september 2016 til august 2017 med formålet at kortlægge sundhedsindsatsen. Kortlægningen danner basis for videre evaluering. Formålet med kortlægningen var at skabe overblik over og indsigt i den kommunale sundhedsindsats i udsatte boligområder, der er genstand for en forstærket indsats siden 2014 (Beslutningsprotokol 2014).

Sundhedsindsatsen har udviklet og forandret sig over tid siden 2007. Taget indsatsens levetid, gennem forandrede politiske og økonomiske betingelser i betragtning er det væsentligt for beslutningstagere samt for medarbejderne at opnå indsigt i, om indsatsen virker, som de forventer, gennem de tilgængelige strategier og aktiviteter, for de tilsigtede målgrupper i områderne. Er dette (ikke) tilfældet vil projektet i sin forestående evalueringsfase bidrage med viden om, hvorfor den forventede virkning (ikke) er indtruffet, hvilket er relevant at tænke ind i indsatsen fremadrettet og i relation til vidensdeling fremadrettet.

Forskningsspørgsmålet som projektet besvarede, var følgende:

Hvordan tilstræbes den forstærkede borgerrettede kommunale sundhedsindsats i udsatte boligområder at bidrage til at reducere ulighed i sundhed i Aalborg Kommune?

Spørgsmålet besvaredes gennem analyse af dokumenter relateret til indsatsen samt forskningsinterviews med frontmedarbejdere og andre nøglepersoner omkring indsatsen. Dette datagrundlag danner baggrund for udarbejdelsen af en programteori over indsatsen, der skal give indblik i hvordan indsatsen er udformet og tænkt at bidrage til sundheden blandt borgere i Aalborg Kommune med særligt fokus på udvalgte bydele med høj tæthed af de tilsigtede målgrupper for indsatsen.

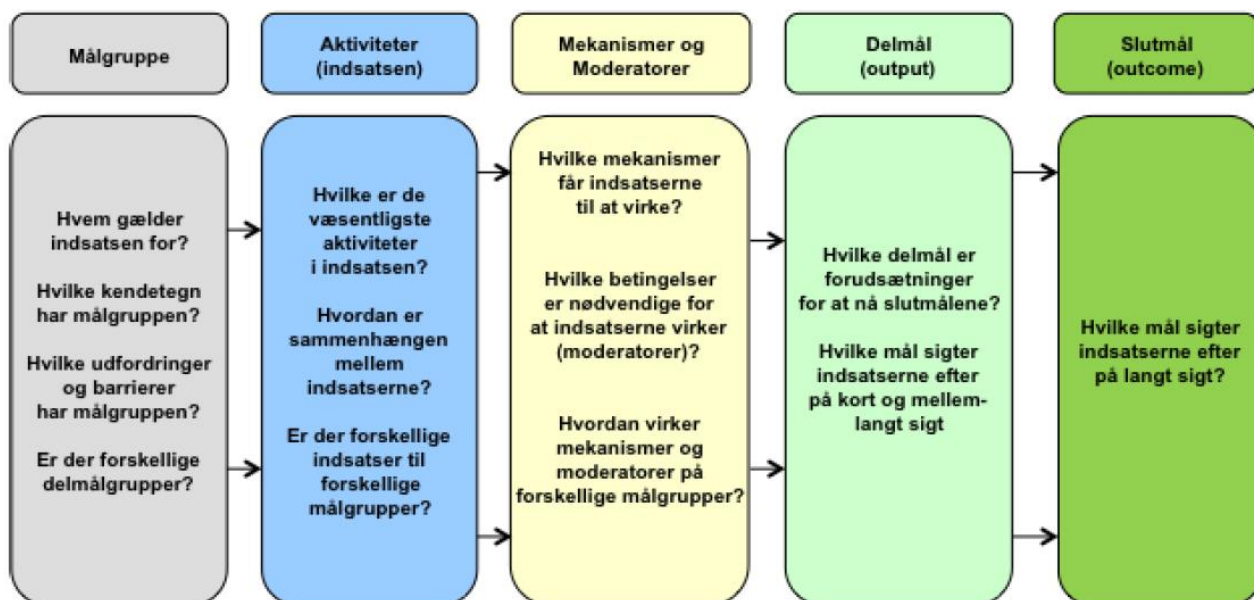
Denne rapport omhandler således besvarelsen af det ovenstående forskningsspørgsmål gennem fremstilling af kortlægningen af de tilrettelagte strategier og aktiviteter, virksomme mekanismer samt del- og slutmål for indsatsen.

2. Design og metoder

Projektet arbejder i sin helhed ud fra et realistisk evalueringsdesign (Pawson 2013), hvor fokus er at undersøge om processerne i en given indsats udløser den forventede og tilsigtede virkning. Dette design er inddelt i to faser. Første fase har til formål at afdække *hvordan en indsats forstås at bidrage til intendede eller observerede mål* (Funnel & Rogers 2011:34). Dette kaldes også for indsatsens programteori. I anden fase, undersøges gennem evaluering, om de forventede processer og virkninger, angivet i programteorien, finder sted.

Der er forskellige tilgange til at udarbejde programteorien - vi har valgt en tilpasning af den oprindelige model, der inddeler teorien i en handlingsteori og en forandringsteori (Bredgaard 2016; Kroghstrup 2016; Funnel & Rogers 2011). Handlingsteorien består af indsatsens konstruktion; dens strategier og aktiviteter der forventes at mobilisere de ønskede del- og slutmål. Her besvares spørgsmålet: *hvad er det vi gør?* (Kroghstrup 2016: 112). Forandringsteorien består af de forestillinger der findes, blandt indsatsens interessenter¹, om hvordan indsatsens konstruktion formodes at føre til de intendede del- og slutmål (Funnel & Rogers 2011:34). Her besvares spørgsmålet: *hvordan forventer vi, at det vi gør, virker?* (Kroghstrup 2016).

Fig 1. herunder viser den tilpassede model (Bredgaard mfl. 2016), som vi har arbejdet ud fra under kortlægningen. De to første kolonner udgør grundlaget for handlingsteorien, mens de sidste tre udgør grundlaget for forandringsteorien:



¹ her projektleder, frontmedarbejdere, kommunale ledere, politikere, andre samarbejdspartnere omkring indsatsen der har deltaget i udvikling og implementering af indsatsen

I modellen indgår kolonnerne: målgruppe, aktiviteter, mekanismer, moderatorer samt del- og slutmål. *Målgruppe* afdækker hvilke målgrupper og målgruppeproblematikker indsatsen orienterer sig i mod. *Aktiviteter* afdækker hvilke strategier og aktiviteter indsatsen består af for at nå de tilsigtede målgrupper og målsætninger. *Mekanismer* afdækker de såkaldte 'aktive ingredienser', som indsatsens konstruktion antages at aktivere, for at opnå den tilsigtede virkning. *Moderatorer* er faktorer som menes at have indflydelse på om indsatsen virker efter hensigten. Det kan f.eks. være tid eller konflikter der har betydning for om strategier og aktiviteter implementeres efter hensigten. *Målsætninger* er inddelt i delmål og slutmål i betydningen kortsigtede mål og langsigtede mål med indsatsen. Til projektets formål har vi tilføjet en kolonne, der angiver indsatsens ressourcemæssige *inputs* samt inddelt kolonnen 'aktiviteter' i hhv. 'strategier' og 'aktiviteter', for at skitsere hvilke ressourcer der tilgår indsatsen samt hvordan strategierne udmønter sig på aktivitetsniveau. Modellen fungerer vejledende i afdækningen af hvordan en indsats forstås at virke, af indsatsens interessenter (f.eks. medarbejdere, strategiske nøglepersoner, brugere osv.). Kortlægningen udgør indsatsens programteori. Programteorien visualiseres efterfølgende gennem opstillingen af en logisk model (se s. 7), der forenklet tydeliggør de forestillinger, der forefindes om indsatsens processer og virkning blandt indsatsens interessenter (Funnel & Rogers 2011; Chen 2014; Bredgaard mfl. 2016). Herved visualiseres også de antagelser om indsatsens virkning, der danner afsæt for efterfølgende evaluering.

Programteorien kan udledes gennem forskellige relevante kilder omkring indsatsen (Pawson 2013; Funnel & Rogers 2011; Chen 2014, Bredgaard 2016). Programteorien i dette projekt er udledt gennem følgende kvalitative datakilder:

- Dokumentanalyse: Analyse af 13 indsatsdokumenter²
- Individuel- og gruppeinterviews: Interviews og workshop med 8 medarbejdere og nøglepersoner omkring indsatsen.

Den udarbejdede programteori fremstilles i det følgende.

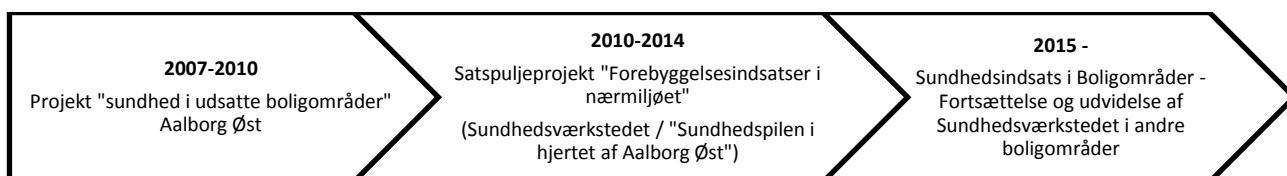
²Se liste over indsatsdokumenter s. 34-35.

3. Resultater

3.1. Indsatsens baggrund

Indledningsvist gives et kort oprids af indsatsens baggrund, som det kan udledes fra tilgængelige indsatsdokumenter.

Sundhedsindsatsen har haft to projektperioder i Aalborg Øst forud for den nuværende indsats, hvor erfaringer fra den tidlige indsats i Øst er videreført til andre boligområder, hvilket er illustreret i nedenstående figur:



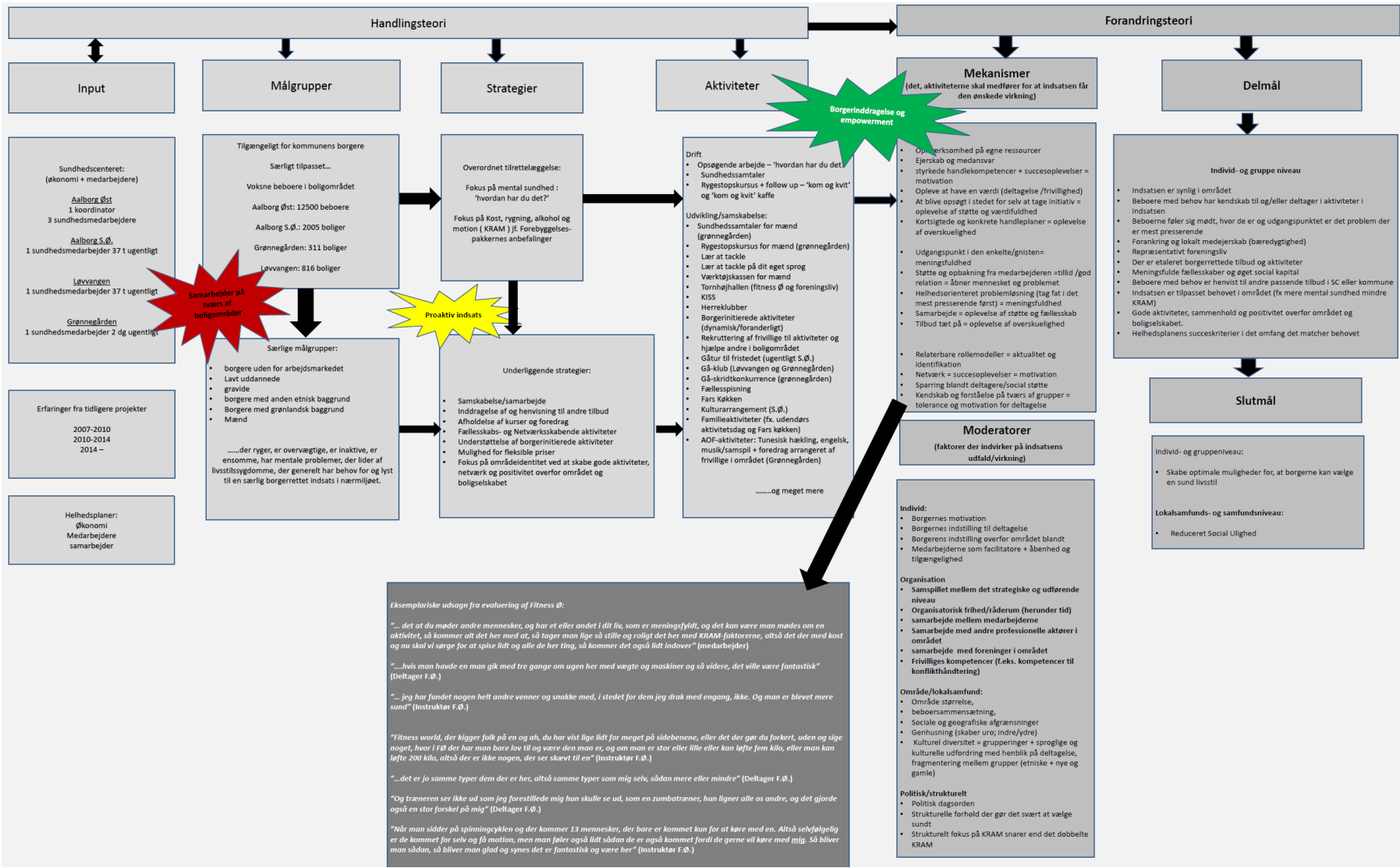
Figur 2: Tidslinje over den borgerrettede sundhedsindsats i Aalborg

Fra 2007-2010 kørte et treårigt modelprojekt, *Projekt "sundhed i udsatte boligområder"* der havde til formål at undersøge, om der var basis for at man kunne lave sundhedsindsatser i lokalområder (Sundhed og Bæredygtig Udvikling Aalborg Kommune, 2010). Indsatsen relaterede sig overordnet til sundhedspolitiske mål ift. social ulighed i sundhed og formålet med projektet var at *"skabe synlige og lettilgængelige lokale tilbud til borgerne, som bor i boligområderne"* samt at *"synliggøre sundhedsperspektivet i forhold til boligforeningernes sociale indsatser"* (Sundhed og Bæredygtig Udvikling Aalborg Kommune, 2010, s. 1). Arbejdet handlede blandt andet om at få kendskab til boligområdet og frivillige foreninger mv. I perioden opstod mange aktiviteter, der efterfølgende er overgået til drift (faste aktiviteter), eksempelvis sundhedshjørner, kostkurser, motions- og idrætsaktiviteter og tjek din sundhed arrangementer (Sundhed og Bæredygtig Udvikling Aalborg Kommune, 2010). I projektets første periode prioriteredes én-til-én dialog med borgere eller fokusgruppeinterview, for at finde ud af hvilke interesser borgerne havde som indsatsen kunne inkludere (interview med medarbejder 3).

Efter første projektperiode indgik projektet som Satspuljeprosjektet om *Forebyggelse i nærmiljøet*, - lokalt kaldet *Sundhedspilen i hjertet af Aalborg Øst* - fra 2010-2014, med bevilling fra Sundhedsstyrelsen. Formålet med projektet var fortsat at igangsætte sundhedsfremmende aktiviteter i Aalborg Øst, i samarbejde med beboere og andre lokale aktører i området, under målsætningen: at *"skabe optimale muligheder for, at borgerne i Aalborg Øst kan vælge en sund livsstil"* (Projektbeskrivelse

sundhedsværkstedet, 2011). Indsatsernes fundament var sundhedsfremme med udgangspunkt i sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker om kost, rygning, alkohol og motion samt mental sundhed. Forud for projektet blev der foretaget en lokalsamfundsanalyse, der skulle afdække ressourcer og udfordringer i området. Denne viden dannede sammen med anbefalingerne i satspuljeopslaget grundlag for projektbeskrivelsen. I lokalsamfundsanalysen blev der bl.a. foretaget 7 fokusgruppeinterview med forskellige målgrupper (herunder somaliske kvinder og brugere af bankocenter), samt 10 borgerinterview og observationer i nærmiljøet. Borgerinddragelse var i projektbeskrivelsen oplyst som et af fire delmål, der skulle medvirke til at borgerne har de bedste muligheder for at vælge en sund livsstil. De øvrige delmål var *tilgængelighed, sund identitet og socialt fællesskab* (Projektbeskrivelse Sundhedsværkstedet, 2011). Hertil blev en nærmiljø sundhedsprofil udarbejdet, som en del af betingelserne for satspuljemidlerne. Nærmiljø sundhedsprofilen sammen med de interviews der blev lavet dannede en del af grundlaget for indsatsen, idet dette datagrundlag gav viden om aktuelle målgrupper og aktuelle sundhedsproblematikker samt om hvad der kunne være af interesser blandt borgere, ligesom man lavede en form for mundtlig kontrakt ift. at samarbejde (Interview med medarbejder 3). Efter udviklingen gennem satspuljeprojektet, fra 2015, blev den borgerrettede indsats i boligområder udvidet til at omfatte tre andre udsatte boligområder i Aalborg, ud over Aalborg Øst. Indsatsen i disse områder bygger på erfaringerne fra projektet i Aalborg Øst

Nedenstående diagram udgør den logiske model, der viser indsatsens handlings- og forandringsteori, udledt på baggrund af dokumentanalyse og analyse af interviews, foretaget i efteråret 2016 og foråret 2017. Diagrammet sammenfatter indsatsen på tværs af de fire områder inddelt i: inputs, strategier, aktiviteter, mekanismer, del- og slutmål. Efterfølgende gennemgås disse dimensioner enkeltvis med opmærksomhed på variationer mellem boligområderne.



3.2. Målgrupper for indsatsen

Målgrupperne der kan identificeres gennem dokumentanalysen, for den nuværende indsats (beslutningsprotokol 2014), er voksne fra 18 år jævnfør sundhedscenterets målgruppe. Der angives særligt fokus på *ressourcesvage borgere med særlige sundhedsudfordringer* samt med *mentale udfordringer* og *udsatte mænd*. Nedenstående skema viser den bevægelse, der er sket fra indsatsens tidlige dokumenter til det seneste i 2014 (her udgangspunkt de dokumenter der går på tværs af indsatsen).

<p>Særlige målgrupper (Aalborg Øst) anbefalet i nærmiljø sundhedsprofilen 2011:</p> <ul style="list-style-type: none">• Beboere med baggrund som indvandrere eller efterkommere (har ringere trivsel og tryghed i nærmiljøet samt mindre stabile sociale relationer og dårligere mental sundhed og er mindre fysisk aktive).• Mandlige beboere (drikker mere alkohol, har mindre sunde kost- og motionsvaner og ryger mere end kvinder i nærmiljøet + Mænd i nærmiljøet ser sjældnere deres familie end kvinderne).• Yngre beboere (har ringere kostvaner, dårligere mental trivsel og føler sig sjældnere udhvilede om morgene end ældre).• Ældre beboere (større problemer med alkohol og rygning end yngre).• Personer uden uddannelse ud over folkeskolen (har mindre sunde kostvaner, er mindre trygge ved at færdes udendørs og er mindre fysisk aktive end andre borgere).	<p>Målgrupper (Aalborg Øst) anført i projektbeskrivelsen af sundhedsværkstedet 2010-2014:</p> <ul style="list-style-type: none">• Samtlige borgere i boligområdet <p>Særligt:</p> <ul style="list-style-type: none">• Særligt borgere fra 13 udvalgte boligafdelinger i Aalborg Øst (se projektbeskrivelse s.4).• Beboere der lider økonomisk betingede afsavn – herunder børn og unge.• Beboere med en baggrund som indvandrere eller efterkommere – ligeledes børn og unge.• Områdets mandlige borgere.• Områdets yngre borgere• Områdets ældre borgere• Beboere uden uddannelse ud over folkeskolen og deres børn
<p>Målgrupper (på tværs af boligområder) anført i beslutningsprotokollen 2014:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alle beboere i området• Resourcesvage borgere <p>Særligt:</p> <ul style="list-style-type: none">• Borgere med psykiske/mentale problemer• Unge fra 16 år (er udtaget pga. ændringer i Sundhedscenterets målgruppe som nu er 18+)• Udsatte mænd (Jf. resultater fra KORA)	

Der ses gennem tiden en bevægelse hen i mod en mindre detaljeret beskrivelse af målgrupper. Årsagen til den bevægelse, der er sket fra de tidligere dokumenter til de senere, anføres ikke i dokumenterne, men interviewene bekræftede, at de få grupper anført i beslutningsprotokollen fortsat rummer de målgrupper der anførtes i de tidlige dokumenter. Denne reduktion giver den enkelte medarbejder i et område frihed til at udfylde de mere bredt angivne målgrupper i overensstemmelse med de grupper, der er repræsenteret i området samtidig med, at den også virker ikke-ekskluderende for særlige målgrupper. På den anden side kan denne reduktion have følger i forhold til tolkningen af relevante målgrupper i et boligområde, da det, eksempelvis, kan komme til at afhænge af de ressourcer der er tilgængelige for den enkelte medarbejder i indsatsen.

En frihed til at omsætte kategorierne for målgrupper i de enkelte områder kunne identificeres/bekræftes gennem interviews for de enkelte områder. Aktuelle målgrupper i fokus for de enkelte områder er fremstillet i nedenstående skema.

<p>Aalborg Øst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgere i Aalborg Øst fra 18 år og opefter, primært fra almene boligbyggerier • (Stor)rygere (Herunder: borgere uden for arbejdsmarkedet, lavt uddannede, borgere med anden etnisk baggrund, (udsatte) gravide) • Ensomme og borgere med mentale udfordringer (herunder: borgere uden for arbejdsmarkedet, lavt uddannede, borgere med anden etnisk baggrund). • Inaktive (herunder: borgere uden for arbejdsmarkedet, lavt uddannede, borgere med anden etnisk baggrund). • (Udsatte) mænd 	<p>Aalborg S.Ø.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle beboere i området <p>Særligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressourcesvage beboere • Beboere med psykiske/mentale problemer • Mænd og udsatte mænd
<p>Grønnegården:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle beboere i området <p>Særligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mænd • Ensomme / 'stille eksistenser' • Grønlandere (ønske fremadrettet) 	<p>Løvvangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle beboere i området <p>Særligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ressourcesvage beboere • Beboere med psykiske/mentale problemer • Familier • Udsatte mænd (enlige, ensomme eller mænd med (særlige) sundhedsudfordringer)

Indsatsens brede målgruppeformulering bevirker en fleksibilitet som også kan ses i skemaet. Gennem lokalsamfundsanalyser, indledningsvist i områderne og ud fra medarbejdernes vurdering tilpasses denne formulering de enkelte områder. Gennem interviewene fremkom det, at borgere med anden etnisk baggrund på trods af deres store repræsentativitet i flere boligområder kun blev nævnt i et boligområde som en særlig målgruppe for indsatsen. Gennem interviewene blev det tydeligt, at der blandt borgere med anden etnisk baggrund findes relevante målgrupper, men at indsatsen der er målrettet disse målgrupper kan være ressourcekrævende på grund af sproglige og kulturelle barrierer. Medarbejderne var opmærksomme på problematikken ved indsatsens manglende kulturelle sensitivitet og forsøger gennem de tilgængelige ressourcer og samskabelse med andre aktører at imødekomme de grupper de står overfor. Indsatsen samarbejder i et omfang med bydelsmødre og et samarbejde med den nationale rygestoplinje er under udarbejdelse. Derudover er 'lær at tackle på dit eget sprog' under udarbejdelse. Grønlandere blev også nævnt som en særlig kulturel gruppe med sociale og sundhedsmæssige problemer, som medarbejderne betragtede som en fremadrettet særlig målgruppe for indsatsen:

Jeg arbejder på, måske at komme til at arbejde lidt mere med den gruppe af grønlandere herude. Fordi de er meget usynlige. De gør sig ikke opmærksomme. Vi ser dem ikke ret meget, men vi ved (...) der er nogle udfordringer (...) Men det er en rigtig svær målgruppe, fordi deres kultur er så anderledes (...) og lige nu arbejder vi på, i første omgang at få uddannet en på tyrkisk og en på arabisk, som så sidder ovre på Stoplinjen (...) fordi vi ved også af mange af de arabisktalende kvinder, de ryger ikke for det må man ikke. Så gør de det jo, når manden er på arbejde eller står et eller andet sted gør det (...) de ville aldrig gå hen i et lokale, hvor der står rygestop på døren. Hvis de så kunne få et telefonnummer at ringe til, så kunne det måske være en vej (...) og der vil jeg rigtig gerne og arbejder for, at få en grønlandsk rygestoprådgiver, fordi jeg tænker, det er måske nemmere fordi det er lidt mere uforpligtende (Medarbejder 1, linje 599-621).

En anden medarbejder forsøger at introducere aktiviteter, der kan virke inkluderende på tværs af grupper:

Altså her er 815 lejemaal og 37 forskellige kulturer, så man spænder jo også vidt her. Vi oplever lidt en modstand. Danskerne har lidt modstand over for det. De der udlændinge, der er her. Hvad skal vi med dem og hvad kan de. Det er svært at få det mikset, så det håber vi også nogen af de her aktiviteter kan være med til at åbne op for - noget kulturmix og man kan bruge hinanden og lære af hinanden (...) så det håber vi også bliver noget af det her fællesspisning kan være med til (Medarbejder 4, linje 117-129).

Aktiviteter målrettet mænd udvikles også i boligområderne fordi medarbejderne oplever at de er svære at rekruttere til de eksisterende tilbud: *Det er de særligt udsatte vi forsøger at komme i kontakt med og så har vi gjort en speciel indsats for mændene, fordi vi ved at de er ekstra, ekstra udsat* (Medarbejder 1, linje 588-589). Fokus på mænd, er et opmærksomhedspunkt på tværs af de fire boligområder i form af forskellige tiltag.

I et område er medarbejderen bevidst om, hvor i området indsatsen skal rekrutteres fra, men er i øvrigt ikke mere fokuseret på målgruppeidentitet end 'de der har behov for en indsats':

Samarbejde med Boligorganisationerne er en stor del af strategien, fordi det er dem i de almene boliger, som vi rigtig gerne vil have fat i og viceværterne kender jo mange af de folk, som bor der (...) (Medarbejder 2, linje 146-149) jeg synes mere det er alle. Jeg tænker ikke, at det kun er nogle fra målgruppen. Dem her er jo nogle som bor i området [peger på optegning af målgrupperne], derfor går de jo ind under de samme her (...) Det er jo meget spredt, dem der bor i almene boliger, både studerende og.. som også kan have de der udfordringer. Jeg har også haft kontakt med nogle af dem (medarbejder 2, linje 568-572).

Medarbejderne arbejder altså generelt ud fra, at indsatsen henvender sig til alle i området, men at der er særlige målgrupper der er mere fremtrædende og derfor aktuelle, at arbejde med.

Skemaet herunder viser en sammenfatning af målgrupper på tværs af områderne:

Målgrupper
<p>Tilgængeligt for kommunens borgere</p> <p>Særligt tilpasset voksne beboere i udvalgte boligområder:</p> <p>Aalborg Øst: 12500 beboere Aalborg S.Ø.: 2005 boliger Grønnegården: 311 boliger Løvvangen: 816 boliger</p>
Særlige målgrupper
<ul style="list-style-type: none"> • borgere uden for arbejdsmarkedet • Lavt uddannede • gravide • borgere med anden etnisk baggrund • Borgere med grønlandsk baggrund • Mænd <p>...der ryger, er overvægtige, er inaktive, er ensomme, har mentale problemer, der lider af livsstilssygdomme, der generelt har behov for og lyst til en særlig borgerrettet indsats i nærmiljøet.</p>

Tidligere studier viser at fokus på målgruppeidentiteter er vigtigt for rekruttering og fastholdelse i en indsats (Crawshaw, Bunton, & Gillen, 2003; Stephens, 2007), derfor vil det mindre systematiske fokus på målgruppeidentiteter i udformningen og prioritering af aktiviteter i sundhedsindsatsen være et opmærksomhedspunkt i evalueringen gennem fokus på aktiviteterets fleksibilitet og sensitivitet i relation til de formulerede målgrupper.

3.3. Strategier og aktiviteter

Handlingsteorien omfatter, ud over målgruppeafgrænsning, de strategier og aktiviteter der formodes at mobilisere de intenderede del- og slutmål. På tværs af indsatsen søges de intenderede mål realiseret gennem aktiviteter, der kan skabe bevidsthed om Kost-, Rygning-, Alkohol-, og Motionsvaner (KRAM) jævnfør sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, tilpasset de enkelte boligområder, gennem proaktiv rekruttering af borgere i områderne og samarbejde/samskabelse med andre aktører i områderne (kommunale, private, foreninger, borgerrepræsentationer osv.). Gennem den proaktive rekruttering har medarbejderne direkte kontakt med borgere og får kendskab til borgernes ønsker og behov for indsatser og aktiviteter. Gennem samskabelse med andre aktører når indsatsen ud til flere borgere. Væsentlige strategier er derfor borgerinddragelse og samskabelse.

Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker kan betragtes som en top-down (sundhedsfundamentalistisk) (Wackerhausen, 1995) tilgang til sundhed, hvor anbefalinger om kost, rygning, alkohol og motion er prædefinerede og markere grænserne omkring en sund livsstil. Heroverfor kan den borgerinddragende og

samskabende tilgang til sundhed, hvor borgernes ønsker og mål for sundhed danner afsættet for indsatsen, betragtes som en bottom-up tilgang, der kendetegner en såkaldt sundhedsrelativisme (Wackerhausen, 1995). Indsatsen forsøger at balancere mellem forebyggelsespakkerne og den enkeltes mål og ønsker for et godt liv gennem proaktive og borgerinddragende strategier. Sundhedsindsatsen i boligområderne efterstræber det, der kan betegnes "det åbne sundhedsbegreb" hvor den enkeltes mål for et godt liv samt dennes livsbetingelser er udgangspunktet for indsatsen og hvor de sundhedsprofessionelles viden om sundhed kan anvendes som middel til at opnå disse mål, såfremt de anvendes i overensstemmelse med den enkeltes livsbetingelser. (Wackerhausen, 1995).

Gennem analysen af hhv. dokumenter og interviews kunne en bevægelse og fortolkning med henblik på omsætning af disse strategier til aktiviteter i de enkelte boligområder identificeres, som det var tilfældet i relation til målgrupper.

Nedenstående skema viser strategier samt aktiviteter, på tidspunktet for kortlægningen, i de enkelte områder:

Strategier	Aktiviteter
<p>Aalborg Øst:</p> <p>Overordnet tilrettelæggelse</p> <ul style="list-style-type: none"> Fokus på mental sundhed, tobak, fysisk aktivitet og alkohol (jf. forebyggelsespakkernes (SST) anbefalinger) <p>Underliggende strategier:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proaktive indsatser (herunder: Etablering af kontaktflade med beboere, kommunale og lokale samarbejdspartnere) Rekruttering af frivillige Understøttelse af borgerinitierede aktiviteter 	<p>Aalborg Øst:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proaktiv – "hvordan har du det?" Sundhedssamtaler Kom og Kvit rygestopkursus og Kom og Kvit kaffe Lær at tackle angst og depression Værktøjskassen for mænd Fars køkken Tornhøjhallen (fitness og foreningsliv) KISS (Kultur, Idræt, Sundhed, Samvær) Herreklubber Borgerinitierede aktiviteter (dynamisk = indsatsens aktivitets-etc.)
<p>Aalborg S.Ø.:</p> <p>Overordnet tilrettelæggelse</p> <ul style="list-style-type: none"> Fokus på mental sundhed først og dernæst tobak, fysisk aktivitet og alkohol (jf. Forebyggelsespakkernes (SST) anbefalinger) <p>Underliggende strategier</p> <ul style="list-style-type: none"> Proaktiv rekruttering Borgerrettede tilbud og aktiviteter Rekruttering af frivillige Samarbejde + kontinuerlig vedligeholdelse og skabelse af kontaktflade (Boligorganisationer, viceværter, skoler, kirker, fristedet, andre kommunale, procesgruppe). Henvielse til og inddragelse af andre tilbud Kurser og foredrag Handleplaner Mulighed for fleksible priser 	<p>Aalborg S.Ø.</p> <ul style="list-style-type: none"> Proaktiv – "hvordan har du det?" Sundhedssamtaler Rygestop Fællesspisning Fars Køkken Ugentlig gåtur til fristedet Kulturaften Værktøjskassen "Sundhed og mad" – misbrugscenteret

<p>Grønnegården:</p> <p>Overordnet tilrettelæggelse</p> <ul style="list-style-type: none"> Fokus på den dobbelte KRAM = mental sundhed først og dernæst tobak, fysisk aktivitet og alkohol (jf. Forebyggelsespakkerne (SST) anbefalinger) <p>Underliggende strategier</p> <ul style="list-style-type: none"> Fællesskabs- og Netværksskabende aktiviteter Fokus på området - skabe gode aktiviteter, sammenhold og positivitet over for området og boligselskabet Samarbejde med andre lokale og kommunale aktører (Helhedsplanen, viceværterne, AOF) Rekruttering af frivillige til aktiviteter + til støtte til andre beboere Proaktiv rekruttering Inddragelse af og henvisning til andre tilbud Afholdelse af kurser og foredrag 	<p>Grønnegården:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sundhedssamtaler Træffetid Mandeklub/lokalt Mænds Mødested, inkl. Sundhedssamtaler for mænd Rygestop for mænd Gå-klub Familieaktiviteter: udendørs aktivitetsdag + Fars køkken Gå/skridt-konkurrencer Fællesspisning (nu 100 pct. borgerdrevet) Kurser for bydelsmødrene om Kostrådene og de andre KRAM faktorer Håndarbejdeklub AOF-aktiviteter (Tunesisk hækling, Engelsk, Musik/samspil, Foredrag arrangeret af frivillige i området) Proaktiv – ”hvordan har du det?”
<p>Strategier</p>	<p>Aktiviteter</p>
<p>Løvvangen:</p> <p>Overordnet tilrettelæggelse</p> <ul style="list-style-type: none"> Fokus på mental sundhed først og dernæst tobak, fysisk aktivitet og alkohol (jf. Forebyggelsespakkerne (SST) anbefalinger) <p>Underliggende strategier</p> <ul style="list-style-type: none"> Proaktiv rekruttering Inddragelse af/henvisning til andre tilbud og sociale klubber i området Netværksskabende aktiviteter = social kapital ABC både på individ og områdeniveau Rekruttering af frivillige <p>Samarbejde med andre aktører i området (helhedsplanen + andre lokale og kommunale)</p>	<p>Løvvangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proaktiv – ”hvordan har du det?” Træffetid Rygestop Sundhedssamtaler Fællesspisning Gå-klub

Skemaet viser hvilke strategier og aktiviteter, der arbejdes med i de enkelte boligområder for at viderefordre forebyggelsespakkerne til områdets beboere, på deres betingelser, og derigennem give dem muligheden for nye livsbetingelser til at opnå deres mål for livet.

Indsatsen er dynamisk på aktivitetsniveau i overensstemmelse med den borgerinddragende dimension og derfor introduceres løbende nye aktiviteter. De fleste strategier går igen, men udmønter sig i lidt forskellige aktiviteter. I Løvvangen findes, eksempelvis, en del eksisterende borgerdrevne interesseklubber, som medarbejderen, bruger tid på at få kendskab til og holde kontakt til, så nye borgere kan henvises ved kontakt til indsatsen, til de eksisterende fællesskaber i området. I Grønnegården er dette ligeledes en anvendt strategi – at samarbejde med eksisterende interesseklubber/fællesskaber i området samt oprettelsen af nye gennem samarbejde med, blandt andet, AOF. I Øst danner Tornhøjhallen basis for muligheder for fysisk aktivitet. Der bruges i samtlige boligområder tid på at opsøge og rekruttere frivillige

borgere, der kan være med til at initiere nye aktiviteter i områderne, for på den måde at skabe en borgerrepræsentativitet i indsatsen. Rekrutteringen af frivillige foregår gennem medarbejdernes deltagelse og synliggørelse i aktiviteter i området, gennem sundhedssamtaler og øvrig kontakt til borgere der deltager i aktiviteter samt gennem den proaktive indsats 'hvordan har du det?'

Vekselvirkningen og prioriteringen mellem driftsopgaver, som rygestopkurser og sundhedssamtaler og så den proaktive rekruttering, hvor medarbejderne arbejder opsøgende med borgerinddragelse og empowerment, er udfordrende. I Grønnegården er medarbejderen udelukkende baseret 2 dage ugentligt mens man i de andre har fuldtidsansatte fra sundhedscenteret til at varetage opgaverne. I Grønnegården og Løvvangen er der formaliseret samarbejde gennem helhedsplaner mens i S.Ø. har medarbejderen på eget initiativ deltaget i oprettelsen af en samarbejdsgruppe med andre aktører i området. I Aalborg øst er der samarbejde mellem indsatsens medarbejdere og områdets helhedsplaner – dog uden at dette er formaliseret gennem helhedsplanerne. Disse ressourcer (timer samt betingelser for samarbejde) giver medarbejderne forskellige betingelser for at udføre indsatsen i de enkelte boligområder.

Skemaet herunder viser sammenfatning af strategier og aktiviteter på tværs af områderne:

Strategier	Aktiviteter
<p>Overordnet tilrettelæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • KRAM jf. Forebyggelses-pakkernes anbefalinger • Fokus på mental sundhed: 'hvordan har du det?' <p>Underliggende strategier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samskabelse/samarbejde • Inddragelse af og henvisning til andre tilbud • Afholdelse af kurser og foredrag • Fællesskabs- og Netværksskabende aktiviteter • Understøttelse af borgerinitierede aktiviteter • Mulighed for fleksible priser • Fokus på området ved at skabe gode aktiviteter, netværk og positivitet over for området og boligselskabet 	<p>Drift</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opsøgende arbejde – 'hvordan har du det?' • Sundhedssamtaler • Rygestopkursus + follow up – 'kom og kvit' og 'kom og kvit' kaffe <p>Udvikling/samskabelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedssamtaler for mænd (Grønnegården) • Rygestopkursus for mænd (Grønnegården) • Lær at tackle • Lær at tackle på dit eget sprog • Værktøjskassen for mænd • Tornhøjhallen (Fitness Ø og foreningsliv) • KISS • Herreklubber • Borgerinitierede aktiviteter (dynamisk/foranderligt) • Rekruttering af frivillige til aktiviteter og hjælpe andre i boligområdet • Gåtur til fristedet (ugentligt S.Ø.) • Gå-klub (Løvvangen og Grønnegården) • Gå-skridtkonkurrence (Grønnegården) • Fællesspisning • Fars Køkken • Kulturarrangement (S.Ø.) • Familieaktiviteter (fx. udendørs aktivitetsdag og Fars køkken) • AOF-aktiviteter: Tunesisk hækling, engelsk, musik/sampil + foredrag arrangeret af frivillige i området (Grønnegården) <p style="text-align: right;">...og meget mere</p>

3.4. Mekanismer

Forandringsteorien omfatter ud over de definerede del- og slutmål også de såkaldte virksomme mekanismer eller 'aktive ingredienser' i indsatsen – de faktorer som medvirker til, at de anvendte strategier og aktiviteter virker for de tilstræbte målgrupper. Indsatsen arbejder som beskrevet ovenfor ud fra sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker med fokus på Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM), men den borgerrettede og den samskabende dimension samt inddragelse af motiverende metoder er væsentlige elementer i indsatsen i de aktuelle boligområder, for at nå borgere der ellers ikke ville benytte sundhedscenterets tilbud i samme omfang som borgere i andre af kommunens boligområder. Disse elementer kan medvirke til at aktualisere tilbuddene i højere grad for den enkelte.

Nedenfor ses de virksomme mekanismer (det der forventes at skabe forandring og forankring for og i målgrupperne), som identificeret gennem dokumentanalysen og som udledt af interviewene med medarbejdere.

<p>Dokumentanalysen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anerkendelse, synliggørelse og aktivering af borgernes egne ressourcer • Reel indflydelse og deltagelse (styrker handlekompetence blandt borgerne) • Social kapital + rekruttering og fastholdelse via nye og eksisterende netværk • Branding af sundhed som identitet for hele bydelen, opbygning af 'sundhedsakse' med udspring i de etablerede rammer og miljøer, som omdrejningspunkt for borgernes liv = aktualisering/sundhed som en fælles sag. 	
<p>Aalborg Øst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opmærksomhed på egne ressourcer • Ejerskab og medansvar • Relaterbare rollemodeller • Opleve at have en værdi 	<p>Aalborg S.Ø.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At blive opsøgt i stedet for selv at tage initiativ (= kendskab og tillid = motivation) • Kortsigtede og konkrete handleplaner (= overskuelighed/opnåelige mål = succes oplevelser) • Sparring blandt deltagere (= genkendelighed = fællesskab = social støtte og motivation) • Tydeliggørelse og aktivering af beboerens egne ressourcer • Samarbejde (= nå flest muligt)
<p>Grønnegården:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udgangspunkt i den enkelte/gnisten (= meningsfuldhed = motivation) • Tillid + god relation (= åbner mennesket og problemet) • Frivillighed (= styrkede handlekompetencer + succesoplevelser = motivation) • Netværk (= succesoplevelser = motivation) • Kendskab og forståelse på tværs (= tolerance og motivation for deltagelse) 	<p>Løvvangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meningsfuldhed • Kendskab og tillid til medarbejderen • Støtte og opbakning fra medarbejderen • Helhedsorienteret problemløsning (tag fat i det mest presserende først) • Tilbud tæt på

Skemaet viser de faktorer, som medarbejderne oplever og forventer, som det der skaber forandring blandt borgerne i de enkelte boligområder. De optegnede mekanismer er relevante på tværs af boligområderne, men er opstillet ud fra deres aktuelle relevans i områderne som det fremkom under interviews.

I forbindelse med kortlægningen af indsatsen foretog vi en procesevaluering af en del af indsatsen, Fitness Ø i Tornhøj hallen, gennem interviews med 4 medarbejdere og 10 borgere. Resultatet heraf er kort opsummeret herunder på s. 18 og s. 19.

Kortlægning af mål og mekanismer i Fitness Ø:

Dokumentanalyse og interviews med medarbejderne viste følgende mål for fitnesscenteret:

- At tiltrække de lokale borgere og reflektere beboersammensætningen i området
- At skabe meningsfulde fællesskaber
- At arbejde med mental sundhed.

De forventede virkningsmekanismer, for at opnå disse mål, er:

- At instruktørerne gennem frivillighed (øget handlekompetence og oplevelse af at have en værdi) rekruttere andre borgere til aktiviteter
- Muligheder for social interaktion
- Tilstedeværelsen af relaterbare rollemodeller, så borgerne kan spejle sig i hinanden
- At instruktørerne gennem frivillighed oplever at have en værdi.

Evalueringsresultater:

Hovedparten af deltagere til interviews rekrutteret blandt fitness centerets brugere og instruktører var bosat i boligområdet og derved en del af målgruppen for indsatsen.

Interviews med borgere, som benytter sig af fitnesscenteret enten som frivillige instruktører eller medlemmer viste, at for nogen er det sociale element i at møde andre mennesker, have det sjovt med aktiviteten og få nye venskaber eller bekendtskaber meningsgivende og en vigtig del af deres motivation for at komme i centeret: *"Men det er dejligt at komme ud og snakke med andre. Det er pragtfuldt tænker jeg. Jeg har ikke en masse venner der hænger hjemme ved mig hele tiden, eller nogen ting, så det er fint fint"* (Deltager 3). I enkelte tilfælde var der udtryk for, at der kunne være flere muligheder for socialisering, bl.a. ved at have en træningsmakker: *"...hvis man havde en man gik med tre gange om ugen her med vægte og maskiner og så videre, det ville være fantastisk"* (Deltager F.Ø.)

For andre medlemmer virker det motiverende at selve aktiviteten passer til deres behov, og at de kan mærke forbedringer i deres fysiske sundhed og personlige velvære: *"...det er fordi jeg får det godt af det i min krop. Det er det allervigtigste jeg gør det for, fordi jeg kan mærke jeg får det godt af det"* (Deltager 2). for denne deltager er vindingen ved aktiviteten større end det sociale.

Dette understreger vigtigheden i at have fokus på både typen af aktiviteter som udbydes, samt det sociale miljø omkring aktiviteten, for at tiltrække forskellige borgere. Udledt af evalueringen kunne indsatsen med fordel understøtte det sociale mere eksplicit, f.eks. ved at hjælpe de som ønsker det, med at finde en træningsmakker.

Flere instruktører og borgere, der deltog i interviewet oplever, at fitnesscenteret er mere inkluderende end andre centre og med instruktører eller andre medlemmer, som de kan relatere sig til. De inkluderende og relaterbare aspekter omhandler f.eks. alder, at være ligesindede, udseende, samt at der er plads til at lave fejl:

"Fitnessworld der kigger folk på en og ah, du har vist lige lidt for meget på sidebenene, eller det der gør du forkert, uden at sige noget, hvor i [det her fitnesscenter] der har man bare lov til og være den man er, og om man er stor eller lille eller kan løfte fem kilo, eller man kan løfte 200 kilo, altså der er ikke nogen, der ser skævt til en" (Instruktør 5)

"Og træneren ser ikke ud som jeg forestillede mig hun skulle se ud, som en zumbatræner, hun ligner alle os andre, og det gjorde også en stor forskel på mig" (Deltager 1)

Fitness centeret formår at skabe en atmosfære, hvor borgerne føler sig velkomne og inkluderede. For nogle medlemmer er det dog mere selve instruktørens personlighed, der giver motivation til deltagelse. I relation til fastholdelse er det vigtigt at overveje hvilke aspekter borgerne ligger vægt på, og udledt af interviewene handler det ikke så meget om at kunne identificere sig med andre på baggrund af at bo i samme boligområde, men mere på grund af nogle af de ovenfor nævnte aspekter.

Instruktører i centeret tager medansvar ved f.eks. at rekruttere nye medlemmer og instruktører til aktiviteterne, ligesom der var eksempler på initiativer til aktiviteter, der muliggør inklusion af flere borgere: *"...der skulle også være plads til at almindelige borgere kunne komme ned og træne. Dem der havde lidt for meget på sidebenene, dem der var kommet lidt op i alderen og sådan noget"* (Instruktør 2)

De fleste instruktører følte at de havde indflydelse på aktiviteterne i centeret og blev hørt. Dog var der en enkelt instruktør, som havde svært ved at få hjælp til at rekruttere deltagere til sit hold, og derfor følte manglende mulighed for at gøre sin indflydelse gældende, hvilket lod til at forårsage frustration. Dette understreger samtidig vigtigheden i, at instruktørerne føler at de har indflydelse og bliver hørt (at have værdi), for at de bidrager til at vedligeholde aktiviteten.

For instruktører kan der være et ekstra udbytte for mental sundhed ved at hjælpe andre, eller opnå personlig udvikling, og dermed opleve at skabe værdi i sig selv eller for andre:

"...det gør da en glad, hvis at de ligesom føler et fremskridt og sådan, at det går dem godt" (Instruktør 3)

"... jeg tror at jeg havde set det som en god mulighed for ligesom og komme ud og snakke med andre på, og så det der med at, ligesom måske også lidt og udvikle en selv, fordi jeg har altid været meget stille og sådan tilbageholdende, og ikke ville snakke med nogen, og nu blev jeg sådan lidt tvunget til og gå sådan lidt hen og det der det ser ikke rigtig ud, eller kunne du ikke tænke dig noget hjælp eller sådan..." (Instruktør 5)

Procesevalueringen af de forventede mekanismer viste, at de forventede mekanismer er tilstede og virksomme med de variationer der er præsenteret i det ovenstående. Evalueringen viste også, at der kan være utilsigtede konsekvenser ved at inddrage borgerne som frivillige instruktører, idet det viste sig at være svært at balancere andres behov med egne behov. Interviewdeltagere pegede på oplevelsen af at få mindre tid til at træne selv, som resultat af at hjælpe andre, og en instruktør måtte tage en pause og skifte til et andet center i en periode, da det blev for meget at de øvrige medlemmer stillede spørgsmål hver gang hun selv var nede og træne. En anden oplevede at frivillige opgaver kunne komme til at fylde for meget i hverdagen, hvortil en pause fra centeret var nødvendig. Dette understreger vigtigheden i at indsatsen støtter frivillige i at sætte grænser for opgaverne.

I relation til kortlægningen af den samlede indsats gav dokumentanalysen og interviewene ikke indblik i, om enkelte mekanismer kunne forbindes til særlige målgrupper, således f.eks. relaterbare rollemodeller var særligt vigtige for nogle målgrupper end for andre.

Skemaet viser sammenfatningen af mekanismer på tværs af områderne:

Mekanismer
<ul style="list-style-type: none">• Opmærksomhed på egne ressourcer• Ejerskab og medansvar• Frivillighed (= styrkede handlekompetencer + succesoplevelser = motivation)• Opleve at have en værdi (deltagelse /frivillighed)• At blive opsøgt i stedet for selv at tage initiativ (= oplevelse af støtte og værdifuldhed)• Kortsigtede og konkrete handleplaner (= oplevelse af overskuelighed)• Udgangspunkt i den enkelte/gnisten (= meningsfuldhed)• Støtte og opbakning fra medarbejderen (=tillid og oplevelse af god relation = åbner mennesket og problemet)• Helhedsorienteret problemløsning og tage fat i det mest presserende først (= meningsfuldhed)• Samarbejde (=oplevelse af støtte og fællesskab)• Tilbud tæt på (= oplevelse af overskuelighed)• Relaterbare rollemodeller• Netværk (= succesoplevelser = motivation)• Sparring blandt deltagere (= oplevelse af social støtte)• Kendskab og forståelse på tværs af grupper (= tolerance = motivation for deltagelse)

3.5. Moderatorer

Forandringsteorien rummer desuden 'moderatorer'. Moderatorerne hænger uløseligt sammen med mekanismerne i kraft af, at de udgør faktorer, der har indflydelse på aktiveringen af de virksomme mekanismer og derved på om indsatsen *virker som intenderet* eller ej samt hvordan og for hvem.

moderatorer kan være indsatsrelaterede eller ikke-indsatsrelaterede (Funnel & Rogers 2011).

Indsatsrelaterede moderatorer udpringer af indsatsens konstruktion, herunder af indsatsens input i form af f.eks. økonomi og medarbejdere. Ikke-indsatsrelaterede moderatorer udspringer af den kontekst indsatsen implementeres i, f.eks. beboersammensætningen i et område og betingelserne for samarbejde, men også den bredere organisatoriske kontekst samt lokale og nationale politiske kontekst (Funnel & Rogers 2011).

I satspuljeopslaget kunne overvejelser over indsatsrelaterede moderatorer identificeres, som anbefalinger omkring organisering af indsats, netværk, uddannelse af medarbejder. Dokumenterne over den konkrete indsats afspejlede en mere positiv tilgang og en forventning om at hvis de intenderede strategier og aktiviteter blev i værksat så ville indsatsen medfører intenderede mål. Dog ved interviews med medarbejdere og andre nøglepersoner omkring indsatsen fremkom overvejelser og erfaringer med aktuelle moderatorer som de interviewede erfarede havde indvirkning på indsatsens succes.

Nedenstående skema opstiller de af interviewene udledte moderatorer:

<p>Aalborg Øst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgernes motivation • Politisk dagsorden • Samspejlet mellem det strategiske og udførende niveau • Organisatorisk frihed/råderum • Medarbejderne som facilitatorer + åbenhed og tilgængelighed • Sundhed sat på dagsordenen i boligområdet • Aalborg Øst som område - størrelse + sociale og geografiske afgrænsninger 	<p>Aalborg S.Ø.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Positiv) indstilling til deltagelse og over for området blandt beboerne • Kulturel diversitet = grupperinger + sproglige og kulturelle udfordring med henblik på deltagelse • samarbejde mellem medarbejderne • Samarbejde med andre professionelle aktører i området
<p>Grønnegården</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genhusning (skaber uro; indre/ydre) • Beboersammensætning (manglende mentalt overskud til hinandens problemer) • Frivilliges kompetencer (f.eks. til konflikthåndtering) • Behov for medarbejder da forankring af aktiviteter og handling blandt beboere er sårbart pga. manglende mentalt overskud • Strukturelle forhold der gør det svært at vælge sundt • Strukturelt fokus på KRAM i stedet for dobbelt KRAM 	<p>Løvvangen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kulturel diversitet = Fragmentering mellem grupper (etniske + nye og gamle) • Relationen til samarbejdspartnere i området

Som det fremgår af skemaet er der en række moderatorer, der har indflydelse på indsatsens succes med at nå de tilsigtede målgrupper. Muligheder for samarbejde fremstod som en væsentlig moderator fordi den enkelte medarbejder dækker et omfattende boligområde med relativ høj diversitet:

...nu, hvor vi har fået den der procesgrupper, der kan jeg godt mærke at.. eller jeg har i hvert fald haft det med, når vi har haft vores møder i boligområderne: "Hold da op, de andre har helhedsplaner" - (...) altså der er nogle der byder ind på nogle initiativer, altså det med at man lige som skal starte det op og så finde dem. Der kan jeg mærke, at jeg er blevet løftet ved at komme med i en procesgruppe, hvor der sidder nogle "Jamen det vil jeg godt, det vil jeg også godt" "Fint, så er vi lige tre, der kan gøre det". For det kan være svært lige selv at sætte en masse i gang (...). Den kulturaften var jo ikke noget man kunne have gjort selv for 250 mennesker. Altså, det kræver jo virkelig.. og det var heller ikke noget man kunne have gjort med frivillige. Så på den måde, så tænker jeg, at det er noget, som har givet rigtig god mening på den måde (medarbejder 2, line 653-671)

En anden medarbejder pointerer ligeledes muligheden for samarbejde med andre aktører, som en vigtig faktor for kvaliteten af indsatsen:

Vi kan som kommune lave indsatser på sundhedsområdet, på børneområdet, på beskæftigelsesområdet og køre vores vej og boligselskaberne og hvis de vælger at have en boligmedarbejder kan vælge at lave deres indsatser. Kvaliteten af de her to indsatser ændres omgående, når vi gør det sammen. Der sker jo det her med det tværfaglige (Medarbejder 5, linje 88-91).

Samarbejde med helhedsplaner opleves af medarbejdere, som en væsentlig ressource i de områder, hvor en sådan er etableret. Den lokalpolitiske og den ledelsesmæssige prioritering af indsatsen i boligområderne

udgør en anden vigtig moderator for indsatsens succes. Tid blev nævnt som en væsentlig faktor for at løfte opgaven i boligområderne:

Tid, det er nok den vigtigste faktor tænker jeg. Vi er jo ikke ligestillede på den måde hvor [anden medarbejder] og [anden medarbejder], de har jo et fuldtidsjob i boligområdet. Hvor jeg så kun har de to dage og selvfølgelig kan jeg ikke de samme ting. (...) Ja, [proaktiv rekruttering] er noget af det, jeg kommer til at lide lidt under. Det er jo rigtig ærgerligt. Men i stedet for at ærgre sig, så er det sådan det er og så prøver jeg, at få det bedste ud af det. Men det er klart, at man kunne lave en bedre og mere omfattende indsats herude og få fat i flere, hvis man havde tiden til det. For jeg synes mulighederne og samarbejdet her på stedet, det fungerer super godt (medarbejder 1, linje 691-700).

Ikke-indsatsspecifikke moderatorer, som beboersammensætningen og fragmenter mellem nye og gamle beboere fremkom også som væsentlige for indsatsens konstruktion og deraf succes.

[klubberne i boligområdet] er rent borgerdrevet. De har kørt i 100 år. Det gør også at det er svært for nye at komme ind, fordi det skal jo være som det plejer og der skal ikke laves noget om, det er de gamle hoveder for at sige det, som det er. Det kan jo være både godt og skidt og så har vi desværre en modstand overfor dem med anden etnisk baggrund (Medarbejder 4, linje 451-545).

...i et område som Aalborg Øst bliver det også udtalt ift. at der for det første kan være nogle geografiske grænsemærker, men der er også nogle sociale grænsemærker (...) og så er der sådan nogle faktorer, som kan være svære at forandre. Altså nogle forestillinger om verden. Så tænker jeg, at vores opgave er ikke nødvendigvis at skulle arbejde i mod, men så arbejde med det. Hvis det er helt og aldeles umuligt at forestille sig, at man kan gå på rygestop i afdeling 12, så prøver vi da bare at lave et rygestop i afdeling 8. Men vore problemer lige ift. rygestop, det er at vi ikke har kapacitet til det. Hvis vi begynder at oprette flere rygestopkurser, så er der slet ikke tid til andre ting (Medarbejder 3, linje 424-437).

Så det er noget med at få netværket til at fungere. Det er ikke problemløst. Det kan vi jo godt se, at der kan nemt opstå konflikte. Laget af fernis er ikke så tykt. Der har vi blandt andet set fra andre kommuner, at man har formået at uddanne de frivillige til at være konfliktmæglere også (medarbejder 1, linje 364-367).

Citaterne fremstiller eksempler på ikke-indsatsrelaterede moderatorer, som sociale grænsemærker og beboersammensætning samt manglende overskud til at indgå i konfliktsituationer blandt beboere. Disse moderatorer er noget som medarbejderne må tage med i betragtning og arbejde med, i det omfang der er ressourcer til det. Oplevelsen af et sundhedspolitiske fokus på individuelle livsstilsfaktorer over mental sundhed blev også nævnt som en moderator, idet medarbejderne erfarer hvordan dette fokus afspejler sig i det organisatoriske og ledelsesmæssige niveau og derved i prioriteringen af indsatsen, hvilket påvirker

friheden til at arbejde med mentale og sociale problematikker før livsstilsændringer som rygestop og vægttab kan realiseres. Medarbejderne oplever at arbejdet med mentale og sociale problematikker udgør en nøgle til livsstilsændringer, men dette er tidskrævende og kræver politisk og organisatorisk opbakning.

Skemaet herunder viser sammenfatningen af moderatorer på tværs af områderne:

Moderatorer (faktorer der indvirker på indsatsens udfald/virkning)
<p>Individ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgernes motivation • Borgernes indstilling til deltagelse • Borgerens indstilling over for området blandt • Medarbejderne som facilitatore + åbenhed og tilgængelighed <p>Organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samspillet mellem det strategiske og udførende niveau • Organisatorisk frihed/råderum (herunder tid) • samarbejde mellem medarbejderne • Samarbejde med andre professionelle aktører i området • samarbejde med foreninger i området • Frivilliges kompetencer (f.eks. kompetencer til konflikthåndtering) <p>Område/lokalsamfund:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Område størrelse, • beboersammensætning, • Sociale og geografiske afgrænsninger • Genhusning (skaber uro; indre/ydre) • Kulturel diversitet = grupperinger + sproglige og kulturelle udfordring med henblik på deltagelse, fragmentering mellem grupper (etniske + nye og gamle) <p>Politisk/strukturelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politisk dagsorden • Strukturelle forhold der gør det svært at vælge sundt • Strukturelt fokus på KRAM snarer end det dobbelte KRAM

3.6. Indsatsens intenderede del- og slutmål

Delmål og slutmål er de intenderede og forventede resultater af en indsats (Funnel & Rogers 2011). De identificerede slutmål med sundhedsindsatsen, gennem en analysen af dokumenter³, der omhandler indsatsen på tværs af områder (fig. 1), er at indsatsen har til formål *at skabe optimale muligheder for, at beboerne i områderne kan vælge en sund livsstil* (individ- og gruppeorienteret slutmål) som ultimativt skal føre til *reduktion i social ulighed i sundhed* (samfundsorienteret slutmål).

Sund livsstil og sundhed forstås, i indsatsen, med udgangspunkt i Aalborg Kommunes sundhedspolitik, hvor sundhed både handler om fysisk sundhed og sundhed i betydningen trivsel. Trivsel defineres som: "følelsen af at kunne håndtere hverdagens udfordringer og simpelthen have det godt, at være overvejende glad, i godt humør og tilfreds med livet" (Aalborg kommunes sundhedspolitik). Hertil rummer Aalborg Kommunes

³ Notat om opsamling på projekt "sundhed i udsatte boligområder", Sundhedsstyrelsens satspuljeopslag 2010, beslutningsprotokol 2014, dokument om status på processer i forskellige boligområder er/bydele 2014, Nyhedsbrev til 'Sundby netværket' 2014.

sundhedsforståelse; at kunne deltage, have medbestemmelse og være engageret i aktiviteter, der for den enkelte giver mening og har værdi. Her ses sammenhængen mellem målene og strategien der netop indebærer arbejdet med både fysisk og mental sundhed gennem inddragelse (deltagelse og medbestemmelse) og samskabelse.

Delmålene er de kortsigtede mål, der ultimativt skal lede til indsatsens slutmål. Slutmålene kunne bekræftes gennem interviews og figurere på tværs af områderne. Det er alligevel valgt at optegne målene for hvert område separat (se nedenstående skema) for, at identificere interne variationer i delmålene (Hansen & Vedung 2010). Variationen afspejler ikke nødvendigvis en problematisk variation, men kan give et indblik i, at det er forskellige beboersammensætninger og ressourcemæssige betingelser, der arbejdes ud fra.

For Grønnegården og Løvvangen gælder f.eks., at sundhedsindsatsen, i perioden, er indlejret i helhedsplaner, hvor konkrete del- og slutmål (HP-Delmål og HP-slutmål) er forhandlet og formuleret i samarbejde mellem helhedsplanernes strategiske samarbejdspartnere. Dette er ikke tilfældet i Aalborg S.Ø. hvor der i stedet forefindes en 'procesgruppe' bestående af offentlige, frivillige og private aktører i området, hvortil sundhedsindsatsens mål er uafhængige. I Aalborg Øst har der været grundlag for samarbejde med helhedsplanerne og desuden Tornhøjsskolen og Tornhøjhallen, men dette har ikke haft direkte indflydelse på formuleringen af målene for indsatsen.

<p>Aalborg Øst (interviews)</p> <ul style="list-style-type: none"> • DELMÅL: Forankring og lokalt medejerskab (bæredygtighed) • DELMÅL: Repræsentativt foreningsliv • DELMÅL: Meningsfulde fællesskaber og øget social kapital • DELMÅL: Borgere opnår opmærksomhed på en sundere livsstil og grundlag for ændringer i livsstil og ift. mental sundhed • SLUTMÅL 1 (Individ/gruppe): Borgerne har optimale muligheder for, at vælge en sund livsstil • SLUTMÅL 2 (samfund): Reduceret social ulighed i sundhed. 	<p>Aalborg S.Ø. (interviews)</p> <ul style="list-style-type: none"> • DELMÅL: Indsatsen er synlig i området • DELMÅL: Der er etableret borgerrettede tilbud og aktiviteter • DELMÅL: Beboere med behov har kendskab til og/eller deltager i aktiviteter i indsatsen • DELMÅL: Beboere med behov er henvist til andre passende tilbud i SC eller kommune • SLUTMÅL 1(individ/gruppe): Borgerne har optimale muligheder for at vælge en sund livsstil • SLUTMÅL 2 (samfund): Reduceret social ulighed i sundhed
<p>Grønnegården (interviews + helhedsplan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • DELMÅL: Indsatsen er tilpasset behovet i området (= mere mental sundhed mindre KRAM) • DELMÅL: Gode aktiviteter, sammenhold og positivitet over for området og boligselskabet. • DELMÅL: Helhedsplanens succeskriterier i det omfang det matcher behovet • SLUTMÅL 1 (individ): Borgerne har optimale muligheder for at vælge en sund livsstil • SLUTMÅL 2 (samfund): Reduceret social ulighed i sundhed • HP-DELMÅL: Let tilgængelige synlige sundhedstilbud • HP-DELMÅL: Netværksskabende motions- og sundhedsaktiviteter • HP-DELMÅL: Mulighed for Forbedring af sundhedstilstanden • HP-DELMÅL: Min 16 deltagere på rygestop p.a. (20 pct. 	<p>Løvvangen (interviews + helhedsplan)</p> <ul style="list-style-type: none"> • DELMÅL: Beboerne føler sig mødt, hvor de er og udgangspunktet er det problem der er mest presserende • DELMÅL: Helhedsplanens succeskriterier i det omfang det matcher behovet • SLUTMÅL: Borgerne har optimale muligheder for at vælge en sund livsstil • SLUTMÅL: Reduceret social ulighed i sundhed • HP-DELMÅL: Der er etableret vægtstopforløb min 12 voksne pr år får støtte til vægttab eller vægtstop + min 20 pct. m positiv resultat + Min. 8 familier pr år deltager i vægtstop/tab for barn.)HP • HP-DELMÅL: Der etableres rygestophold (min 12 deltagere og min 20 pct. er røgfrie eller har reduceret cigaretforbrug). • HP-DELMÅL: Der foretages sundhedssamtaler (min 10 pct.

<p>røgfri eller reduceret forbrug ved endt forløb)</p> <ul style="list-style-type: none"> • HP-DELMÅL: Min 25 sundhedssamtaler p.a.(min 10 pct. resulterer i aktiv handling) • HP-DELMÅL: Min 20 deltagere i fællesspisning pr gang (+positiv deltagerrespons) • HP-DELMÅL: Årligt slankehold og motionshold v. AOF (min 12 deltagere pr hold) • HP-SLUTMÅL: Sikrede muligheder for en sundere og bedre livsstil + kursusforløb og foredrag har sikret beboerne viden om livsvaner, kostvaner mv. • HP-SLUTMÅL: Beboerne er sikret gode redskaber til at opnå livsstilsændring 	<p>resulterer i aktiv handling pr år).</p> <ul style="list-style-type: none"> • HP-DELMÅL: Min. To temamøder pr år + positiv respons her på. • HP-DELMÅL: Borgere deltager i aktiviteter som følge af opsøgende arbejde (Min. 15 borgere deltager hvert år i aktiviteter som følge af opsøgende arbejde) • HP-DELMÅL: Der er støtte til psykisk, udsatte og sårbare personer • HP-DELMÅL: positive sociale netværk og fællesskaber understøttes • HP-SLUTMÅL: Borgerne har de bedste mulige betingelser for at leve et sundt liv • HP-SLUTMÅL: Fremme af sundheden blandt beboerne
---	--

De mange udledte målsætninger viser en del af indsatsens kompleksitet. Et modsætningsforhold der befinder sig i indsatsens målsætninger er, på den ene side afspejler målene en intention om at møde borgerne hvor de er, gennem borgerinddragelse-, empowerment- og repræsentativitet (bottom-up) og med et fokus på mental sundhed først og fremmest. På den anden side afspejler målene nogle ovenfra definerede kvantificerede målsætninger (top-down), som de i helhedsplanerne definerede.

Helhedsplanerne er et samarbejde indgået mellem kommunen og boligforeninger, finansieret af Landsbyggefonden.

I helhedsplanerne defineres succeskriterier for samarbejdet i en periode, når disse er nået vurderes området ikke længere at have behov for særlig indsats. Kommunens arbejde er dog ikke nødvendigvis nået ved dette, hvorfor andre målsætninger gælder som de primære:

Jeg tror, at vi flytter rigtig meget helhedsplanen. Jeg tror virkelig vi løfter noget. De store greb er boligrenovering og økonomien, som gør, at man får en anden [beboer]sammensætning og det skal man heller ikke kimse af, for en sammensætning løfter også, der er noget empowerment i (...) Og ressourcestærke kan tage nogle, der ikke er så ressourcestærke med. Der bliver også nogle rollemodelfunktioner (...) men vi har bare ikke løst laveste ende. Og det er vi sat i verden til, os fra kommunen (medarbejder 5, linje 568-576).

Medarbejderne på indsatsen mener, at de kvantitative succeskriterier som regel opfyldes, men at det primære fokus for dem er at følge de mere borgerrettede målsætninger:

Min tilstedeværelse her skulle gerne facilitere noget mere sundhed i området, ikke. Men sundhed er jo et bredt begreb og det har jo vist sig, at i og med, at vi er midt i, står på en byggeplads - folk skal flytte ud og hjem, så er der mange, som er rigtig presset. Så den mentale sundhed er kommet til at fylde væsentligt mere end vi havde forestillet os fra starten, hvor det var meget de gængse KRAM-faktorer. Det var noget med at skulle holde sundhedssamtaler. Jeg skulle rygestop herude og så var AOF på til motionsdelen, så det var jeg ikke inden over som sådan, men har alligevel selvfølgelig gjort nogle tiltag i den retning også. Det var mere de gængse KRAM-faktorer vi egentlig troede, der skulle arbejdes igennem (Medarbejder 1, linje 117-123). (...) Vi er for længe siden blevet enige om, at det der er vigtigt, at jeg arbejder med herude, det er det, der er behov for og jeg kommer ikke op på det antal rygestop, jo måske. Det gjorde jeg ikke de første par år, det kan godt ske jeg gør nu, og det gør jeg, hvis jeg kan tælle [anden medarbejders] hold med. Men derimod har jeg haft rigtig mange flere sundhedssamtaler end der står noget om. Selvfølgelig forholder vi os til dem, men de skal ikke styre. Det var en forventning om, at det var det, som der var behov for i det her boligområde. Det ved man jo ikke, før man kommer herud (Medarbejder 1, linje 232-237).

En medarbejder påpeger at de kvantitative mål kan betragtes som værende fleksible:

Vi har jo en helhedsplan herovre (...) så den arbejder vi selvfølgelig ud fra. Men så handler det jo om at møde folk, der hvor de er (...) [*de kvantitative succeskriterier*] er selvfølgelig noget vi skal kunne leve op til på en måde, men det er heldigvis så fleksibelt, at det er ikke sikkert, at vi har nået, lad os sige 300 sundhedssamtaler, vi har nået 200. Hvis det har været de rigtige vi har nået, hvis det har været de rigtige borgere vi har fået fat i, så er det mere vigtigere og mere centralt end faktisk at have nået endnu flere. (Medarbejder 4, linje 51-52 + 192-195).

Opstillingen af konkrete kvantitative succeskriterier på trods af det primære fokus på de mere 'bløde målsætninger' skyldes blandt andet de krav til succes, der følger med indhentning af midler til finansiering af helhedsplaner ved Landsbyggefonden. Medarbejderne arbejder primært med de områdespecifikke behov, dog med succeskriterierne fra helhedsplanerne for øje. Skemaet herunder er en sammenfatning af målsætninger for den kommunale indsats på tværs af områderne:

Delmål
Individ- og gruppe niveau
<ul style="list-style-type: none">• Indsatsen er synlig i området• Beboere med behov har kendskab til og/eller deltager i aktiviteter i indsatsen• Beboerne føler sig mødt, hvor de er og udgangspunktet er det problem der er mest presserende• Forankring og lokalt medejerskab (bæredygtighed)• Repræsentativt foreningsliv• Der er etaleret borgerrettede tilbud og aktiviteter• Meningsfulde fællesskaber og øget social kapital• Beboere med behov er henvist til andre passende tilbud i SC eller kommune• Indsatsen er tilpasset behovet i området (fx mere mental sundhed mindre KRAM)• Gode aktiviteter, sammenhold og positivitet over for området og boligselskabet.• Helhedsplanens succeskriterier i det omfang det matcher behovet
Slutmål
Individ- og gruppeniveau:
<ul style="list-style-type: none">• Skabe optimale muligheder for, at borgerne kan vælge en sund livsstil
Lokalsamfunds- og samfunds niveau:
<ul style="list-style-type: none">• Reduceret Social Ulighed

4. Diskussion og konkluderende bemærkninger

4.1. Forskningsspørgsmålet

Hvordan tilstræbes den forstærkede borgerrettede kommunale sundhedsindsats i udsatte boligområder at bidrage til at reducere ulighed i sundhed i Aalborg Kommune?

Forskningsspørgsmålet, der har guidet denne første del af evalueringsprocessen, af den borgerrettede sundhedsindsats i boligområder, besvares i det følgende gennem en opsummering af det ovenstående samt gennem en diskussion af indsatsens strategier og aktiviteter i relation til teori om borgerinddragelse.

4.2. Handlings- og forandringsteori

Indsatsen orientere sig mod alle voksne borgere i udvalgte boligområder, hvor den sociale ulighed i forhold til andre boligområder er særlig høj. Indsatsen orienterer sig særligt mod voksne beboere der ryger, er overvægtige, er inaktive, er ensomme, har mentale problemer, der lider af livsstilssygdomme eller der generelt har behov for og lyst til en særlig borgerrettet indsats i nærmiljøet.

En reduktion i social ulighed i sundhed tilstræbes gennem ønsket om at give borgerne i disse boligområder optimale muligheder for at vælge en sund livsstil (mål). Mere konkret gøres dette (strategier/aktiviteter), på det overordnede tilrettelæggelsesniveau, gennem en udmøntning af sundhedsstyrelsens anbefalinger gennem fokus på tilbud der kan understøtte borgernes mentale sundhed samt gode kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner jævnfør forebyggelsespakkerne. De underliggende strategier for at formidle viden og motivere til deltagelse blandt borgere, der normalt ikke benytter forebyggende og sundhedsfremmede tilbud i kommunen, for hvem disse kunne være aktuelle, er proaktive rekrutteringsstrategier og samskabelse med andre aktører i boligområderne. Herved adskiller indsatsen sig fra den normale indsats i kommunen ved at indsatsen i højere grad operere i nærmiljøet og samtidig forsøges aktualiseret gennem tættere kontakt til borgerne gennem opsøgende arbejde og samskabelse.

(mekanismer) Gennem det opsøgende arbejde og gennem aktiviteterne arbejder medarbejderne på, at borgerne får opmærksomhed på egne ressourcer til at skabe forandring mod en sundere livsstil og bedre trivsel, oplever ejerskab og medansvar (frivillighed), oplever at have en værdi (f.eks. gennem deltagelse og frivillighed). Medarbejderne angiver at arbejde, i én til én relationen og med grupper af borgere, med kortsigtede og konkrete handleplaner og med udgangspunkt i den enkelte (meningsfuldhed). Kontinuerlig støtte og opbakning fra medarbejderen menes at bidrage til en tillidsfuld og god relation og til *'at åbne mennesket og problemet'* (medarbejder 4). Medarbejderne angiver at arbejde ud fra helhedsorienteret problemløsning, hvor der tages fat i det mest presserende først. Gennem aktiviteterne og inddragelse af frivillige er relatérbare rollemodeller – både blandt indsatsens medarbejdere og de frivillige - af vigtighed og af vigtighed er desuden grundlaget for, at der at der kan opstå sparring, social støtte og netværk blandt deltagerne, der kan bidrage til succesoplevelser og motivation for at deltage samt kendskab og forståelse på tværs af grupper, der kan bidrage til tolerance og derved motivation for deltagelse.

Dog er der forhold, der udfordre indsatsens succes, som forhindre at indsatsen kan fungere efter hensigten (moderatorer). Forhold der angives at have særlig betydning for den borgerrettede indsats i Aalborg kommune er, på det individrettede niveau, borgerens egen motivation og indstilling til deltagelse, men også borgens indstilling over for området. Hvis borgeren føler sig utryk i området, kan dette være en barriere for deltagelse. På det individrettede niveau har medarbejderen, som facilitator, også en modererende effekt i forhold til om det lykkes at skabe en tillidsfuld relation og tilgængelighed samt trygge rammer for indsatsen. I relation til medarbejderens rolle spiller det organisatoriske en vigtig rolle for om indsatsen virker efter hensigten; samspillet mellem det strategiske og udførende niveau og den organisatoriske frihed og råderum (herunder tid til at udføre de intenderede strategier og aktiviteter), men også muligheder for samarbejde mellem medarbejderne på indsatsen og mellem medarbejderne og andre aktører i områderne. Hertil har tilgængelige ressourcer til uddannelse af frivillige betydning for, hvorvidt disse trives og i øvrigt udgør en komplementerende ressource (f.eks. i relation til konflikthåndtering og til varetagelse af de opgaver de indtræder i).

Andre kontekstuelle forhold (moderatorer), der fremkom gennem interviewene, som opleves af betydning for indsatsens succes, var strukturelle forhold som den politiske dagsorden med et større fokus på fysisk sundhed end mental sundhed og andre strukturelle forhold, der gør det svært at vælge sundt. F.eks. nævnte medarbejderne økonomiske forhold samt tilgængelighed af produkter der er sundhedsskadelige. Områdebestemte faktorer opleves også af betydning for, om indsatsen kan implementeres efter hensigten. Eksempelvis boligområdet størrelse, der har betydning for kontaktfladen, beboersammensætning samt sociale og geografiske afgrænsninger. Hertil har kulturel diversitet betydning, som i nogle områder var ophav til grupperinger, men som også medføre sproglige udfordringer der danner barrierer for deltagelse når der ikke er ressourcer til at imødekomme disse. Genhusning havde særligt i et område haft betydning for de problematikker der kunne arbejdes med.

4.3. Borgerinddragelse

Den borgerrettede sundhedsindsats i Aalborg kommunes boligområder tilstræber at arbejde ud fra principper om borgerinddragelse og derved ønsket om, at informere og eller inddrage borgeren i udvikling og afholdelse af sundhedsaktiviteter samt at understøtte muliggørelsen af borgerens deltagelse i aktiviteter samt i udvikling og afholdelse af aktiviteter (Popay 2010). Derfor finder vi det aktuelt at inddrage teori om borgerinddragelse, der kan bidrage til, fremadrettet, at skabe indsigt i besvarelsen af spørgsmål om 'hvad der (ikke) virker for hvem'.

Borgerinddragelse kan ses som et kontinuum, som det kan ses i nedenstående figur 3.

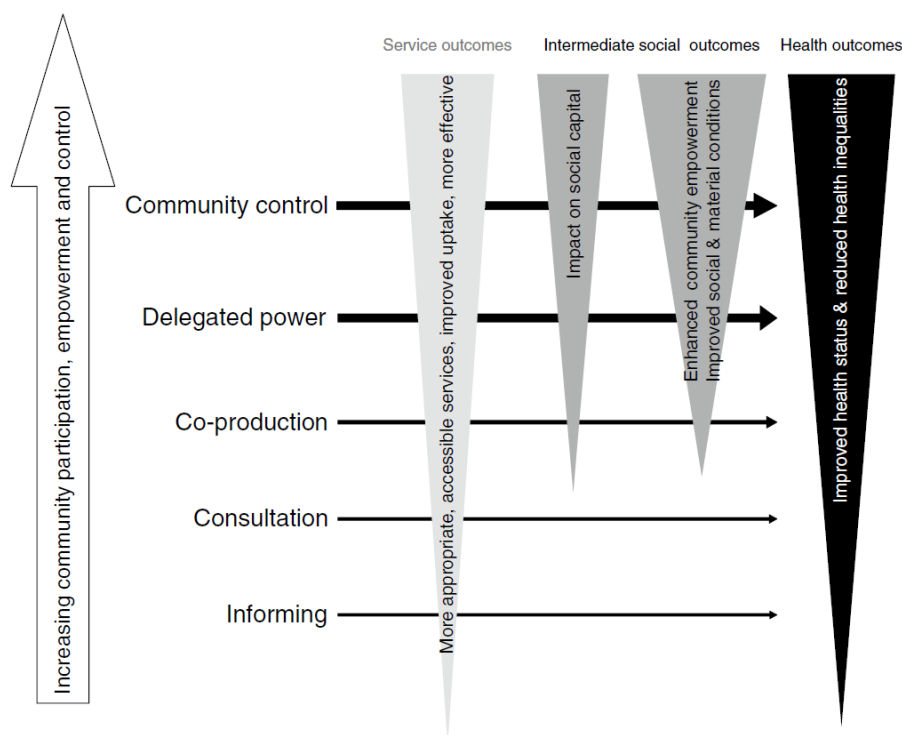


Fig. 10.1 Pathways from community empowerment and engagement to health improvement

Kontinuummet forløber mellem envejs-information til lokalsamfundet omkring en indsats, én eller flere konsultationer med nøgleperson(er) i lokalsamfundet, der vurderes relevant i vidensgrundlaget for udvikling af en indsats, samskabelse mellem indsatsens aktører og andre aktører fra lokalsamfundet (borgere, frivillige, private eller offentlige aktører), overdragelse af ansvar (delegation of power) til borgere omkring planlægning og udførelse af indsatsen samt suveræn lokalsamfunds ansvar for planlægning og udførelse af indsatsen (Popay 2010). Studier gennemgået i reviews viser, at jo mere inddragelse og overdragelse af ansvar des mere virkningsfulde er indsatserne i relation til forbedring af sundhed, reducering af social ulighed i sundhed, adgang til indsatser og tilbud samt social sammenhæng og trivsel blandt borgere i de pågældende lokalsamfund (Popay 2010).

Særligt deltagelse i udvikling samt i levering af indsatsen (f.eks. frivillige instruktører eller ambassadører) er vigtige områder for inddragelse. Borgerinddragelse i form af deltagelse i udvikling samt i leveringen af indsatser styrker informationsudvekslingen mellem borgere og serviceydere i udsatte boligområder, øger den sociale kapital blandt borgerne og i øvrigt følelsen af social sammenhæng i et lokalsamfund (Milton et al 2012), hvilket medvirker til øget trivsel hos borgere i de undersøgte indsatser (Milton et al 2012). Inddragelse i udvikling af samt i levering af indsatsen bevirker ifølge Milton et al (2012) empowerment i målgruppen såvel som i lokalsamfundet. Positiv kapacitetsopbygning i form af viden og færdigheder

opleves af deltagende borgere (Milton et al 2012). Inddragelse af borgere i form af deltagelse i indsatsens drift viser sig også at have positiv indvirkning på rekruttering af lokalsamfundsambassadører samt på at skabe kontakt til borgere i lokalsamfundet og på rekruttering af lokale frivillige kræfter (Milton et al 2012). Et studie viste at borgerdrevne tiltag havde større succes med rekrutteringen af etniske minoriteter end tiltag der var drevet lokale myndigheder (Milton et al 2012).

Et andet review (O'Mara-Eves mfl. 2015) viser, at empowerment er et vigtigt element i effektive tiltag i udsatte boligområder og endvidere at effektive indsatser var karakteriseret af, at målgruppen blev inddraget i udviklingen af og leveringen af indsatsen (O'Mara-Eves mfl. 2015).

Et review af 21 evalueringsstudier (Cyril et al 2015) der havde til formål at evaluere virkningen af borgerinddragelse i relation til at forbedre sundheden i udsatte boligområder understøtter de tidligere studiers fund. Dette review konkluderede at indsatser, der involverede lokalsamfund og sub-grupper i planlægning og levering af indsatsen havde positiv indvirkning på sundhedsadfærd, sundheds outcome, sundhedskompetencer, indsatsplanlægning og adgangen til indsatserne (Cyril et al 2015).

Indsatser der ikke havde opnået positive resultater benyttede ikke inddragelse i planlægning af indsatsen samt i behovsanalyse forud for indsatsen (Cyril et al 2015). Særligt viste inddragelse sig vigtigt i relation til etniske minoritetsgrupper og særligt marginaliserede grupper (ibid.).

Gennem kortlægning af Aalborg Kommunes borgerrettede sundhedsindsats i boligområder, bliver det tydeligt at medarbejderne søger at anvende borgerinddragelse i og med at de gennem proaktive rekrutteringsstrategier forsøger at afdække hvilke behov borger i området har for derigennem at identificere og igangsætte oplagte aktiviteter eller inddrage borger i at igangsætte aktiviteter. Det blev dog tydeligt, gennem interviews, at ressourcemæssig betingelser skaber barriere for udfoldelse af denne del af indsatsen, hvilket bevirker at det kan være svært at tilpasse rekruttering og udformningen af aktiviteter succesfuldt til det enkelte områdes karakteristika og aktuelle målgruppeidentiteter. De ovenfor anførte studier sammen med de tidligere nævnte studier (Crawshaw, Bunton, & Gillen, 2003; Stephens, 2007), der dokumentere, at indsigt i målgruppeidentiteter er af vigtighed, pointerer vigtigheden af inddragelse og målgruppedifferentierede aktiviteter. Derfor vil disse elementer være opmærksomhedspunkter i den fremadrettede evaluering. Den nedenstående kasse angiver de opmærksomhedspunkter, evalueringen, på basis af kortlægningen, vil medtage:

På baggrund af ovenstående analyse og sammenfatning vurderes følgende opmærksomhedspunkter af relevans for fremadrette evaluering:

- Indsatsens fleksibilitet og sensitivitet i relation til de optegnede og formulerede målgrupper.
- Relationen mellem mekanismer og målgrupper (er mekanismerne målgruppespecifikke/relaterede)
- (Borgeres oplevelse af) inddragelse i indsatsen, i relation til både individrettede og gruppebaserede aktiviteter.
- Mental sundhed - både som mekanisme for forandring hen i mod valg af sund livsstil og som mål.
- Indsatsens ressourcemæssige betingelsers indvirkning på udførelse af indsatsen og opnåelse af mål
- Identificerede moderatores relevans og indvirkning på indsatsen.
- Om indsatsens konstruktion (strategier og aktiviteter) medfører de intenderede del og slutmål.

4.4. Fremadrettet

Kortlægningen af indsatsen og dermed besvarelsen af forskningsspørgsmålet, danner fremadrettet afsæt for en dybdegående procesevaluering, i tre delstudier, der fremadrettet besvarer spørgsmål omhandlende; *for hvem og under hvilke betingelser sundhedsindsatsen i sin udformning virker (og ikke virker) i de fire boligområder, der primært er genstand for indsatsen.* Herigennem skabes indsigt i om indsatsen når de tilsigtede målgrupper og intenderede målsætninger. Evalueringen forventes afsluttet i februar 2020.

5. Litteratur

Bredgaard, Thomas; Salado-Rasmussen, Julia; Sieling-Monas, Stella Mie (2016): Virkningsevaluering. I: Bredgaard (red.): *Evaluering af Offentlig Politik og Administration*. Hans Reitzels Forlag.

Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation: theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Crawshaw, P., Bunton, R., & Gillen, K. (2003). Health Action Zones and the problem of community. *Health and Social Care in the Community*, 11(1), 36–44.

Cyril, S., Smith, B. J., Possamai-Inesedy, A., & Renzaho, A. M. N. (2015). Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Global Health Action*, 1, 1–12.

Funnel, Sue C. & Rogers, Patricia J. (2011): *Purposeful Program Theory – Effective Use of Theories of Change and Logic Models*. Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Hansen, Morten B.; Vedung, Evert (2010): Theory Based Stakeholder Evaluation. *American Journal of Evaluation*. Vol, 31(3) 295-313

Krogstrup, Hanne Kathrine (2016): *Evalueringsmodeller*. Hans Reitzels Forlag.

Milton, Beth; Attree, Pamela; French, Beverly; Powell, Sue; Whitehead, Magareth; Popay, Jenny (2012): The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. *Community Development Journal*, Vol. 47 (3) pp. 316–334.

O'Mara-Eves, A. O., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(129), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>

Pawson, Ray (2013): *The Science of Evaluation – A Realist Manifesto*. SAGE.

Popay, J. (2010). Community Empowerment and Health Improvement: The English Experience. In A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health assets in a global context: theory, methods, action*. New York: Springer.

Stephens, Christine. (2007). Participation in Different Fields of Practice. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 949–960. <https://doi.org/10.1177/1359105307082462>

Wackerhausen Steen (1995): Et åbent sundhedsbegreb. I Jensen U. J. og Andersen P. F. (red). *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Philosophia, Århus.

6. Figure

Figur 1: Programteori som rutediagram I: Bredgaard, Thomas; Salado-Rasmussen, Julia; Sieling-Monas, Stella Mie (2016): Virkningsevaluering. I: Bredgaard (red.): *Evaluering af Offentlig Politik og Administration*. Hans Reitzels Forlag. (s. 353)

Figur 3: Pathways from community engagement and empowerment to health Improvements I: Popay, J. (2010). Community Empowerment and Health Improvement: The English Experience. In A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health assets in a global context: theory, methods, action*. New York: Springer. (s. 187)

7. Indsatsdokumenter

Aalborg Kommunes sundhedspolitik 2015-2018

Beslutningsprotokol (2014).

Dokument om status på processer i forskellige boligområder/bydele (2014).

Nyhedsbrev til 'Sundby netværket' (2014).

Oplæg visionskonferencen Aalborg S.Ø. (2016).

Notat om opsamling på projekt "sundhed i udsatte boligområder"

Boligsocial helhedsplan Løvvangen (2012).

Boligsocial helhedsplan Grønnegården (2013-2017).

Lokalsamfundsanalyse Aalborg Øst

Nærmiljø-sundhedsprofil Aalborg Øst (2011)

Sundhedsstyrelsens satspuljeopslag (2010)

Projektbeskrivelse for sundhedsværkstedet (2010)

Sundhed og Bæredygtig Udvikling Aalborg Kommune (2010)