

EVALUERING AF SUNDHEDSCAFEERNE



Indhold

1.	Indledning.....	3
1.1.	Konklusioner og anbefalinger.....	3
1.2.	Baggrund.....	4
2.	Sådan har vi gjort.....	4
3.	Evalueringsresultater.....	5
3.1.	Målgruppe og rekruttering.....	5
3.1.1.	Hvem bruger Sundhedscafeerne?	5
3.1.2.	Hvordan finder de besøgende vej til Sundhedscafeerne?	6
3.2.	Brobygning.....	7
4.	Litteratur.....	8
	Bilag 1 - Indsatsbeskrivelse af Projekt Sundhedscafeer 2014-2017	9
	Bilag 2 – Organisering og bemanding	10
	Bilag 3 - Dataindsamling	11
	Bilag 4 - Factsheet.....	12
	Bilag 5 – Surveyresultater.....	15

1. Indledning

Sundhedscafeerne i Aarhus er et åbent sundhedstilbud til beboere i fire udsatte boligområder, skabt i et samarbejde mellem Aarhus Kommune Sundhed og Omsorg og de boligsociale helhedsplaner via Det Boligsociale Fællessekretariat. I Sundhedscafeerne kan interesserede få rådgivning omkring sundhed, helbred samt om relevante tilbud i såvel sundhedsvæsenet som i den boligsociale helhedsplan, frivillige foreninger m.v. Det særlige ved Sundhedscafeerne er, at det er et lokalt tilbud, hvor boligsociale medarbejdere og kommunalt ansatte med sundhedsfaglig baggrund samarbejder om at styrke beboernes sundhed med udgangspunkt i egne ønsker og behov. Tilbuddet består i en fortrolig sundhedssamtale med en kommunal sundhedsprofessionel medarbejder og/eller måling af blodtryk og blodsukker samt vejning¹. Den primære målgruppe er udsatte beboere, den sekundære er alle beboere. Projektet har løbet i to projektperioder. Evalueringen omhandler den seneste (2014-2017) og er gennemført af Det Boligsociale Fællessekretariat.

Efter ønske fra projektets styregruppe er formålet:

at undersøge, hvilken merværdi Sundhedscafeerne skaber ved at være tættere på udsatte målgrupper, som det ordinære sundhedsvæsen har svært ved at nå, og ved at brobygge disse til relevante sundhedstilbud.

For at undersøge det, slår vi ned på temaerne målgruppe, rekruttering og brobygning. Projekt Sundhedscafeer blev også evalueret i projektets første periode, og nærværende evaluering bygger i et vist omfang videre på denne.

1.1. Konklusioner og anbefalinger

Evalueringen viser, at:

- De besøgende i Sundhedscafeerne overordnet falder i to grupper. Den ene *"har overskud til at tage vare på egen sundhed. [...] Den anden er mere belastede, både fysisk og ofte psykisk. Det er beboere, der er plaget af livstilssygdomme, PTSD, stresssymptomer m.v."*. (side 5)
- *"...en væsentlig del af Sundhedscafeens besøgende er sammenfaldende med den gruppe, forskningen peger på som værende ramt af ulighed i sundhed"*. (side 5)
- *"...hovedparten af de besøgende (63%) er blevet opmærksomme på Sundhedscafeerne gennem den boligsociale indsats i området"*. (side 6)

Tilgængelighed, tryghed og tillid er de væsentligste faktorer for rekruttering af udsatte beboere. Disse elementer er tilstede i netværkene omkring de boligsociale helhedsplaner og det giver kontakt til beboere, der ikke af sig selv ville kontakte andre sundhedstilbud end egen læge.

I rekruttering og brobygning af de mest udsatte er behovet for tillids- og relationsopbygning til sundhedscafepersonalet stort, og det kræver mange ressourcer og en kontinuitet i personalet. Det kan anbefales at arbejde med udvikling af rummelige netværksskabende tilbud, som sundhedsprofessionelle kan knytte an til for at bygge relationer til beboere.

- *"...besøg i Sundhedscafeen har fået 28% af respondenterne til at opsøge andre tilbud i nærområdet [...] 19% har opsøgt tilbud hos Folkesundhed Aarhus og 12% har opsøgt egen læge"*. (side 7)

Brobygning i et tilbud som Sundhedscafeerne stiller store krav til personalet. Det kræver helheds- og ressourceorienterede medarbejdere med sundhedsfremmende og forebyggende kompetencer og en understøttende og faciliterende tilgang til brobygning. Dernæst er kendskab til tilbud i sundhedsvæsenet og andre steder vigtigt, særligt ved brobygning af de mere udsatte.

¹ TANITA SC 300 Body Composition Analyser (vægt, BMI, fedtprocent, visceralt fedt, metabolisk alder)

1.2. Baggrund

Baggrunden for Sundhedscafeerne er, at der eksisterer en ulighed i sundhed, som er geografisk koncentreret i udsatte boligområder, og at de ordinære sundhedstilbud har svært ved at nå de mest udsatte beboere. Således er Sundhedscafeernes formål at reducere uligheden i sundhed gennem den rådgivning, der foregår i selve Sundhedscafeerne og brobygning af beboere med behov til relevante tilbud og aktiviteter af sundhedsmæssig og social karakter.

Fakta om ulighed i sundhed og udsatte boligområder

- Fattigdom er en stærk helbredsmæssig belastning.
- Personer med lav social position er mere udsatte for psykosociale belastninger og har ofte svagere sociale relationer.
- Usund livsstil er generelt mere udbredt hos den dårligst stillede del af befolkningen.
- Personer med kort eller ingen uddannelse kan have sværere ved at navigere i sundhedsvæsenet.
- Personer med lav social status ser ud til at have ringere udbytte af behandling og større tab af funktionsevne, større risiko for at miste arbejde og indkomst samt en højere dødelighed².

Boligmarkedet er segregeret efter indkomst, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning, og udsatte boligområder er i særlig grad kendetegnet ved en socialt skæv beboersammensætning. I en sundhedssammenhæng betyder det, at de udsatte boligområder i Aarhus adskiller sig fra resten af byen ved, at en større andel af beboerne har en dårligere sundhedstilstand og usund livsstil i fh.t. kost, rygning og motion. En større andel oplever at have dårligt helbred og trivsel samt et højt stressniveau. Derudover har en højere andel svært ved at navigere og begå sig i sundhedsvæsenet og tage hånd om egen sundhed. Det betyder blandt andet, at de har svært ved at udfylde skemaer, læse og forstå skriftlig information om sundhed samt forstå handlingsanvisninger fra sundhedspersonalet³. Personer med anden etnisk baggrund udgør en betydelig andel af beboerne i disse boligområder, og det er en gruppe, der ofte er dårligere uddannet og i højere grad er uden for arbejdsmarkedet end øvrige beboere. Det er således også en gruppe, der har dårligere selv vurderet helbred, trivsel og livskvalitet, har et højere stressniveau samt oftere er ensomme og fysisk inaktive end de danske beboere i boligområderne⁴.

2. Sådan har vi gjort

Evalueringen er gennemført som det, der kaldes en lærende evaluering. Det vil sige, at fokus er på at uddrage erfaringer og anbefalinger på baggrund af projektet, som kan anvendes i tilsvarende fremskudte sundhedsindsatser i fremtiden og i indsatser overfor den mere udsatte målgruppe.

For at belyse de tre temaer, målgruppe, rekruttering og brobygning, gør vi brug af tre typer data:

- Interviews med otte af de professionelle, der har bemandet Sundhedscafeerne i perioden
- En survey hvor alle 67 besøgende i oktober 2017 har svaret på en række spørgsmål om dem selv og deres brug af Sundhedscafeerne
- Projektregistreringer fra de 3340 besøg Sundhedscafeerne har haft i projektperioden

I Bilaget *Dataindsamling* er de metodiske valg og dataindsamlingen beskrevet nærmere.

² *Hvordan har du det?* 2013, Sundhedsprofil for region og kommuner, 2014: 406.

³ *Sundhedsprofil for Aarhus. Temaanalyse socialt udfordrede boligområder*, Aarhus Kommune 2015.

⁴ *Sundhedsprofil for Aarhus. Temaanalyse socialt udfordrede boligområder*, Aarhus Kommune 2015.

3. Evalueringsresultater

3.1. Målgruppe og rekruttering

Målgruppen for Sundhedscafeerne er den store andel af beboerne i socialt udfordrede boligområder, der oplever at have dårligt helbred, dårlig trivsel, højt stressniveau samt usunde vaner. Det blev i evalueringen af Sundhedscafeerne i 2015 vurderet, at Sundhedscafeerne i den første projektperiode nåede en gruppe beboere, som var ressourcesvage i forhold til egen sundhed, som havde svært ved at tage kontakt til det etablerede sundhedssystem, og som ikke tidligere havde benyttet sig af eksisterende sundhedstilbud. Det vurderedes samtidig, at Sundhedscafeerne ikke nåede ud til de allersvageste i boligområderne, den gruppe der ikke selv havde ressourcer til at tage initiativ til opstart i et sundhedstilbud og måske heller ikke ressourcerne til at erkende behovet⁵.

På baggrund af denne vurdering har det været et særskilt fokus i denne evaluering at undersøge, hvem der bruger Sundhedscafeerne, og hvilken viden projektet har skabt omkring rekruttering af de svageste grupper. I det følgende skitseres kort, hvem der har gjort brug af Sundhedscafeerne i anden projektperiode. Mere information om denne gruppe kan findes i bilaget *Factsheet*, hvor nogle af de kvantitative data er fremstillet.

3.1.1. Hvem bruger Sundhedscafeerne?

I perioden 1. januar 2014 til 31. oktober 2017 har Sundhedscafeerne i Herredsvang, Frydenlund, Vandtårnsområdet og Trigeparken haft 3347 besøg. I alt har 1168 individuelle beboere benyttet sig af Sundhedscafeerne, 65% af disse har været kvinder, 35% mænd. Som det sås i evalueringen af Sundhedscafeerne i 2015, er der altså fortsat en skæv kønsfordeling blandt de besøgende, således at kvinder er mere tilbøjelige til at gøre brug af det end mænd.

Tilbuddet taler til en ret divers målgruppe, hvilket bl.a. kommer til udtryk i de besøgendes aldersfordeling. Den største gruppe aldersmæssigt er de 19% 35-44-årige, og samlet set udgør de 35-64-årige over halvdelen (52%) af de besøgende. Sammenligner man aldersspredningen med de fire boligområdernes demografi⁶ kan vi se, at de 0-17-årige og de +50-årige er overrepræsenterede i Sundhedscafeerne. Derudover kan vi ud fra vores survey se, at 61% har en anden baggrund end dansk, 58% har 10 års skolegang eller mindre og 52% ikke har en videre uddannelse udover deres grundskole. 60% er uden for beskæftigelse.

Kobler man baggrundsdata med eksisterende viden om ulighed i sundhed, ser det ud til at en væsentlig del af Sundhedscafeernes besøgende er sammenfaldende med den gruppe, forskningen peger på som værende ramt af ulighed i sundhed. Ser man lidt nærmere på de besøgendes tilknytning til eksisterende sundhedstilbud, viser vores survey, at næsten alle, der besøgte Sundhedscafeerne i oktober, inden for det seneste år også har besøgt egen læge (98%). Til gengæld har størstedelen hverken været i kontakt med sundhedsklinik, hjemmepleje (79%) eller Folkesundhed Aarhus (76%).

Interviews med Sundhedscafeernes personale bekræfter, at de besøgende falder i flere grupper. Overordnet er der to grupper, hvor den ene er raske, der har overskud til at tage vare på egen sundhed. Generelt for denne gruppe er, at de bruger de tilbud, der er om målinger og i mindre grad tilbuddet om en motiverende sundhedssamtale. Den anden overordnede gruppe er mere belastede, både fysisk og ofte psykisk. Det er beboere, der er plaget af livstilssygdomme, PTSD, stresssymptomer m.v. De kommer i Sundhedscafeerne for at få en snak, gode råd om livsstilsændringer, støtte og omsorg. Det vurderes som særdeles vigtigt i forhold til de mere udsatte beboere, at personalet i Sundhedscafeerne netop har tid til at tale med beboerne, ofte flere gange, samt at det er beboerens dagsorden, der er i centrum for samtalen. Det giver den nødvendige tillid til også at få talt om de sværere ting i tilværelsen. Denne gruppe gør altså i højere grad brug af de motiverende sundhedssamtaler, men

⁵ Evaluering af Projekt Sundhedscafeerne (2015): p. 24.

⁶ Data om boligområdernes demografi kommer fra BoSocData, boligorganisationerne i BL's 5 og Aarhus Kommunes fælles monitoreringssystem. De konkrete tal kan findes i bilaget *Factsheet*.

for denne gruppe kan Sundhedscafeernes tilbud om diverse målinger være en måde gradvist at nærme sig de egentlige samtaler. For en mindre del af gruppen er udsigten til fx kropsscanninger⁷ intimiderende.

Blandt de 1189 individuelle besøgende er 693 kommet en enkelt gang, mens 334 står for mellem to og fem besøg og 116⁸ er kommet mere end seks gange. I alt er der i projektperioden gennemført 893 sundhedssamtaler, målt blodtryk 1106 gange, målt blodsukker 974 gange, foretaget 2906 kropsscanninger og 312 taljemål.

3.1.2. Hvordan finder de besøgende vej til Sundhedscafeerne?

Et af formålene med Sundhedscafeerne har været at skabe et lokalt sundhedstilbud, som kan nå ud til de grupper af beboere, som det ordinære sundhedsvæsen har svært ved at nå. Derfor spiller rekruttering til tilbuddet en stor rolle for den merværdi, Sundhedscafeerne skaber i samarbejdet med de kommunale samarbejdspartnere i MSO (Sundhedsenheden og Folkesundhed Aarhus), hvorfor det også fremgår som en af aktiviteterne i projektets indsats teori (bilaget *Indsatsbeskrivelse*). I evalueringen af Sundhedscafeerne i 2015 nævnes rekrutteringen som et sted, hvor der er et forbedringspotentiale, hvilket også kommer til udtryk ved, at nogle af Sundhedscafeerne har haft relativt lave besøgstal.

Derfor har vi i den gennemførte survey spurgt respondenterne om, hvordan de er blevet opmærksomme på Sundhedscafeens tilbud. Her viser det relationelle aspekt sig igen at være rigtig vigtigt ved, at langt hovedparten af de besøgende (63%) er blevet opmærksomme på tilbuddet gennem den boligsociale indsats i området. Direkte rekruttering ved sundhedscafepersonalet er også væsentligt, men størsteparten af de 21%, der giver dette svar, angiver også den boligsociale indsats. Hvor en del af de andre rekrutteringskanaler ser ud til at ramme beboere, der allerede er bekendt med Sundhedscafeerne, svarer 37% af respondenterne, at de alene er blevet opmærksomme på Sundhedscafeerne gennem den boligsociale indsats. Selvom datamaterialet er småt, er det et ret klart signal om, at de boligsociale indsatser har et stort potentiale til at rekruttere personer, der oplever at have behov for en fortrolig sundhedssamtale og/eller et sundhedstjek. En anden væsentlig rekrutteringskanal er pjecer og opslag (21%). Hjemmeside og facebook bliver også set af en del, men der er næsten et fuldstændigt sammenfald mellem de personer, som også har set pjecer og opslag. Det måske mest overraskende er, at blot 2 respondenter (3%) svarer, at de er blevet opmærksomme på Sundhedscafeerne gennem kommunale tilbud. Begge respondenter angiver også andre kanaler.

I interviewene fremhæves det relationelle arbejde også som vigtigt. Udover at have lavet opsøgende arbejde udendørs forskellige steder i alle boligområder, har der været opsøgende arbejde i forskellige boligsociale aktiviteter, bl.a. Mænds Mødesteder, pensionistklub, pigeklub m.v. I en særlig periode har en boligsocialt ansat i Sundhedscafeerne haft ekstra timer for at arbejde med relationsopbygning til nogle af de mere sårbare og udsatte beboere, der allerede frekventerer andre aktiviteter i den boligsociale helhedsplan eller netværk i boligområdet. Et andet sted har Sundhedscafeen været suppleret med et mødested, der veksler mellem temaer med bredt sundhedsfokus og samvær. I begge tilfælde er det lykkedes at komme i kontakt med mere udsatte og sårbare beboere og brobygge nogle af disse til et besøg i Sundhedscafeen. At det relationelle er væsentligt understreges ligeledes af, at også kommunale sundhedscafemedarbejdere anser det for en fordel, indimellem at deltage i andre aktiviteter arrangeret af helhedsplanen med henblik på tillids- og relationsopbygning.

Det, der fremhæves som Sundhedscafeernes styrke i forhold til rekruttering af mere udsatte beboere, er den geografiske nærhed og netværkene omkring de boligsociale indsatser. Sundhedscafeerne når ud til beboere, som ikke af egen drift ville have opsøgt tilbuddet, havde det ikke været for dets beliggenhed i fx Fælleshuset i Frydenlund eller for kendskabet mellem beboere og personale i Kulturhuset Herredsvang. Det tyder på, at det ligeledes er en fordel, at der er andre aktiviteter i gang. Det skaber en større gruppe af beboere at rekruttere fra,

⁷ TANITA SC 300 Body Composition Analyser (vægt, BMI, fedtprocent, visceralt fedt, metabolisk alder m.v.)

⁸ 15 individuelle besøgende har på tværs af de fire sundhedscafeer besøgt den lokale sundhedscafe mere end 20 gange

men der ser også ud til at være en risiko for stigmatisering, hvis det er alt for tydeligt, at man som beboer opsøger Sundhedscafeen.

Ligesom i første projektperiode er der en gruppe af meget udsatte beboere, som kun i mindre grad gør brug af Sundhedscafeernes tilbud. Det er en gruppe beboere, som ifølge kommunale sundhedsprofessionelle medarbejdere i Sundhedscafeerne blandt andet består af ensomme, psykisk syge, sårbare og misbrugere, og som i nogen grad er kendt i det boligsociale arbejde. Erfaringen med at rekruttere denne gruppe til Sundhedscafeerne er, at det er beboere, der har svært ved at lave og overholde aftaler. Herunder også at planlægge et besøg i en Sundhedscafe, som kun har åbent nogle timer om ugen. Det betyder ikke, at de er umulige at nå, men det er på disse beboeres præmisser, og når de selv er klar til det, hvilket kan forudsætte lang tids vedholdende relationsarbejde. Denne præmis for arbejdet med udsatte beboere er kendt i det boligsociale, men det ser ud til både at kræve flere ressourcer og en anden kontinuitet i personalet i Sundhedscafeerne.

3.2. Brobygning

Det sidste nedslag i evalueringen handler om, i hvilket omfang Sundhedscafeerne lykkes med at brobygge over i andre tilbud, det være sig dels ordinære sundhedstilbud, men også aktiviteter i nærområdet.

Dette er undersøgt i den gennemførte survey, som viser, at besøg i Sundhedscafeen har fået 28% af respondenterne til at opsøge andre tilbud i nærområdet (motionshold, kreative aktiviteter, sociale aktiviteter eller rådgivningstilbud). 19% har opsøgt tilbud hos Folkesundhed Aarhus, og 12% har opsøgt egen læge. 39% angiver, at besøg i Sundhedscafeen ikke har fået dem til at opsøge andre sundhedstilbud.

Sammenligner man surveyresultatet med både projektregistreringer og interviews ser de to sidstnævnte ud til at undervurdere den faktiske brobygning. Det kommer også frem i interviewene, at personalet i Sundhedscafeerne kun i mindre omfang følger op på de tidligere sundhedssamtaler og derfor ikke ser sig i stand til at sige, om de besøgende faktisk bliver brobygget til andre tilbud. Det er også tydeligt, at det er en svær opgave. De mest udsatte beboere er de sværeste at brobygge, bl.a. fordi det er svært for mange af dem selv at planlægge den ret nære fremtid, særligt når det er noget beboeren skal opsøge på egen hånd. Det kan også se ud til, at nogle af de beboere, der kommer mange gange i Sundhedscafeerne, også kommer for det sociale samvær. For nogle af de udsatte beboere, kan besøget i Sundhedscafeen repræsentere dagens eneste interaktion med andre mennesker, og blandt disse beboere er der heller ikke nødvendigvis et ønske om at blive brobygget over i andre tilbud. Sprogvanskeligheder er en anden barriere, der kan gøre det svært både at tale om sundhed og især at tale om handlemuligheder herunder brobygning til andre tilbud. Det forekommer også, at en beboer efterspørger en ydelse, som Sundhedscafeen ikke har, diættejledning eksempelvis. Fælles for disse situationer er, at den professionelle kan vælge at arbejde med at brobygge de respektive beboere over i tilbud, som er mere egnede, men det ser ikke altid ud til at ske. En af årsagerne til det kan være et begrænset kendskab hos den professionelle til øvrige tilbud - enten med hensyn til, hvorledes tilbuddet er skruet sammen eller hvad og hvem beboeren mødes af. Vi finder også i evalueringen, at der er forskel på, hvordan faggrupper angriber brobygningsopgaven. Det kan være en fordel i rekrutteringen af professionelle til Sundhedscafeerne at se efter faggrupper og personer med et helheds- og ressourceorienteret sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv på udsatte beboere. Derudover er et stort kendskab til eksisterende tilbud, særligt i MSO og andre lokale tilbud vigtigt for at arbejdet med en understøttende og faciliterende tilgang til brobygning lykkes.

Slutteligt er det måske heller ikke alle beboere, der skal brobygges. Der er en stor del af Sundhedscafeernes besøgende, der gør brug af Sundhedscafeen frem for eksempelvis at bruge Vægtvogterne eller betale for en kropsscanning i træningscenteret. Disse har ikke nødvendigvis behov for andre tilbud, men kan bidrage til at Sundhedscafeerne er et mangfoldigt sted, som ikke stigmatiserer, da det således ikke udelukkende er udsatte beboere, der besøger dem. Ligeledes er der måske et potentiale for at rekruttere til andre aktiviteter blandt netop denne ressourcestærke gruppe af besøgende.

4. Litteratur

Hansen, Jens; Pilegaard, Karen Sophie; Stigaard, Dorte Laursen (2015): *Evaluering af Projekt Sundhedscaféer*. Aarhus: CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Johansen, Gitte (2017): *Ikke mere diabetesskole til middelklassen*. SUNDHED / DANSKE KOMMUNER / NO.2 / 2017

Larsen, F.B.; Friis, K; Lasgaard, M; Pedersen, M.H.; Sørensen, J.B.; Jakobsen, L.M.A.; Christiansen, J. (2014): *Hvordan har du det? 2013, Sundhedsprofil for region og kommuner*. Bind 1. Aarhus: CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Larsen, F.B.; Friis, K; Lasgaard, M; Pedersen, M.H.; Sørensen, J.B.; Jakobsen, L.M.A.; Christiansen, J. (2014): *Hvordan har du det? 2013, Sundhedsprofil for region og kommuner*. Bind 2. Aarhus: CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Aarhus Kommune (2015): *Sundhedsprofil for Aarhus. Temaanalyse socialt udfordrede boligområder*. <https://www.aarhus.dk/~media/Dokumenter/Sundhed-og-Omsorg/PDF/Sundhed-og-sygdom/Sundhedspolitik-2015-18/Analyser-til-hjemmeside-socialt-udfordrede-boligomraader.pdf>

Bilag 1 - Indsatsbeskrivelse af Projekt Sundhedscafeer 2014-2017

Ressourcer	Aktiviteter		Leverancer & output	Virkning (kort sigt)	Virkning (lang sigt)
MSO (øko & pers) - Lokalcentre - FSÅ HP (rammer, øko & pers) - Frydenlund - Vandtårnsområdet - Trige - Herredsvang FS (rammer & pers) Fælles styregruppe (org) Projektleder	Sundhedstjek (fire områder i samarbejde mellem HP og lokale sundhedsenheder)	Organisatoriske processer: - Aftaler om rammer - Løbende koordinering - Logning af data - Forankring af aktiviteten Beboerrettede processer: - Rekruttering - Tillidsopbygning - Samtale/måling - Brobygning (aktiviteter/sundhedstilbud)	- Forbrugte timer/øko - Afholdte aktiviteter - Deltagere - Helbreds vurderinger - Deltagelse i andre aktiviteter/netværk	Styrket arbejdsmarkedsparethed Overskud til uddannelse Deltagelse i lokale aktiviteter	Fremme folkesundhed Fremme beskæftigelsesgrad Reducere helbredsbedingede overførselsindkomster Styrket sammenhængskraft, øget tryghed og socialt velfungerende boligområder.
	Fællesskabsagenter (fire områder i samarbejde ml HP og FSÅ)	Beboerrettede processer: - Identifikation af ildsjæle - Støtte og motivering - Kompetenceudvikling - Netværk - Aktiviteter - Forankring	- Forbrugte timer/øko - Afholdte aktiviteter - Deltagere Øgede sundhedskompetencer Flere frivillige Kommunal forankring af indsatsen	Mere overskud og energi Forældre overskud til børn	
	Sundsfremmende aktiviteter (Understøttelse af lokale initiativer til aktiviteter i de fire områder)	- Identificere lokale behov og initiativer - Støtte/iværksætte	- Støttede aktiviteter Flere sundsfremmende aktiviteter Flere deltagere Øget netværk		
	Netværksdannelse & brobygning - boligorganisationer - MSO lokal/by - sundhedsaktører lokal/by - frivillige	- Samarbejds møder (multilaterale og bilaterale) - Etablering af fora for samarb.	Aktører samarbejder – MSO, Boligforeninger, lokale tiltag.	AAK/MSO kompetencer er i spil i områderne, og der brobygges til beboere med sproglige udfordringer.	

Bilag 2 – Organisering og bemanning

Sundhedscafeerne har i anden periode fra januar 2014 til udgangen af 2017 været tilstede i boligområderne Herredsvang, Trigeparken, Frydenlund og Vandtårnsområdet i gennemsnit 2½ time pr. uge som del af de fire respektive boligsociale helhedsplaner.

Hver sundhedscafe har været bemanded på ugentlig basis 2½ time med hhv. en boligsocialt ansat, der har fungeret som ”den smilende dørmænd”, der kan give let vejledning især om boligsociale aktiviteter, samt en sundhedsprofessionel fra Sundhedsenheden i de respektive lokalområder i MSO (Aarhus Kommune Magistraten for Sundhed og Omsorg), der har foretaget sundhedstjek/samtaler og har særligt kendskab til MSO Lokalområdets tilbud. Der er stor forskel på kontinuiteten af bemanning fra sundhedscafe til sundhedscafe. Hvor to sundhedscafeer (Trige og Herredsvang) har haft nogle få personer tilknyttet stort set hele projektperioden, har de to andre sundhedscafeer (Frydenlund og Vandtårnsområdet) oplevet stor udskiftning på såvel den boligsociale bemanning (6 personer hvert sted) samt bemanning fra Sundhedsenheden (4-7 personer).

Projektleder/den boligsocialt ansatte har stået for at sikre, at Folkesundhed Aarhus’ tilbud indgår som mulighed for brobygning i de tilfælde, at den sundhedsprofessionelle ikke fik kompetenceudvikling i 2015⁹.

Samarbejdsaftalen der ligger til grund for projektet, pegede på at fagprofilen for den sundhedsprofessionelle fra Sundhedsenheden skulle være en sygeplejerske. Reelt har der i projektforløbet været afprøvet forskellige fagprofiler (udekørende sygeplejersker, sundhedskliniksygeplejersker, forebyggelseskonsulent, social og sundhedsassistent, faglig koordinator med baggrund som ergoterapeut).

Projektledelse og -styring har været varetaget af Det Boligsociale Fællessekretariat, og projektet har haft en styregruppe bestående af boligsociale ledere fra hver helhedsplan, Folkesundhedschef i Aarhus Kommune i perioden, en (vice)områdechef for hvert tilknyttet MSO lokalområde, sekretariatschef for Det Boligsociale Fællessekretariat samt projektleder.

⁹ 3 dages kompetenceudvikling i februar/marts 2015 opbygget på baggrund af de sundhedsprofessionelles behov: opdatering på livsstilssygdomme, sundhedsfremme, livsstilfaktorer, psykisk sårbarhed/PTSD m.v.. Hovedundervisere var sundhedskonsulenter fra Folkesundhed Aarhus, hvorved kendskabet til disse og de tilbud, der repræsenterer blev øget markant. Et kursus flere har yttret også har øget deres kompetencer i løsning af deres kerneopgaver

Bilag 3 - Dataindsamling

Evalueringen er baseret på data fra tre kilder:

- registreringer af alle besøg i projektperioden 2014-2017,
- en survey blandt alle besøgende i oktober 2017 og
- interviews med otte af de professionelle, der i projektperioden har bemandet Sundhedscafeen.

Registreringerne af besøg i sundhedscafeerne beskriver, hvilke målgrupper der har gjort brug af sundhedscafeerne og hvilke af sundhedscafeernes ydelser, de har gjort brug af: motiverende sundhedssamtale, måling af blodtryk, måling af blodsukker, kropsanalyse og/eller taljemåling. De besøgende, der har modtaget en motiverende sundhedssamtale, har endvidere svaret på en række spørgsmål om deres selv vurderede helbred, stressindikatorer (søvn, humør, stress), socialt netværk, spisevaner, fysiske aktivitetsniveau, m.v., ligesom der også er registreringer af, hvilke næste skridt, der er aftalt med de besøgende. Disse næste skridt kan blandt andet være at besøge egen læge, opsøge kommunale sundhedstilbud, deltagelse i boligsociale eller andre aktiviteter, eller at komme igen i Sundhedscafeen. I alt har der i projektperioden været 3347 besøg af 1168 unikke beboere.

For at supplere disse data med informationer om de besøgendes brug af det ordinære sundhedsvæsen, hvordan de er blevet rekrutteret til Sundhedscafeerne og brobygningen derfra til andre tilbud, er der gennemført en survey i de fire Sundhedscafeer i oktober 2017. Dette er gennemført som en spørgeskemaundersøgelse foretaget af det ordinære personale i Sundhedscafeerne. Alle 67 besøgende i perioden har besvaret spørgeskemaet, så selvom det er et lille udsnit af de besøgende i Sundhedscafeerne, der er spurgt, hvorfor det selvfølgelig ikke er repræsentativt, er der dog ikke en selvselektionsbias og deraf medfølgende systematiske fejl.

Slutteligt er der foretaget interviews med otte professionelle. Disse er foretaget som fokusgruppeinterviews, i det omfang, det har kunnet lade sig gøre, for at få åbnet for refleksionerne på tværs af faggrupper. Interviewpersonerne er udvalgt efter længst mulig tilknytning til Sundhedscafeerne. På den kommunale side er alle fire sundhedscafeer repræsenteret, mens de tre af dem desuden er repræsenteret ved en boligsocial medarbejder. Interviewene har været af 45-90 minutter varighed, alt efter om de er foretaget som enkelt- eller fokusgruppeinterviews. De er foretaget lokalt.

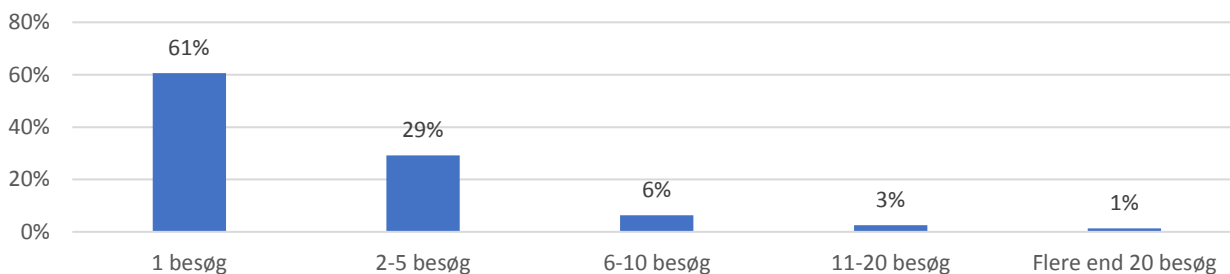
Bilag 4 - Factsheet

Nedenstående figurer viser, hvordan Sundhedscaféernes besøgende fordeler sig. I alt har Sundhedscaféerne haft 3347 besøg i perioden, som fordeler sig på 1168 beboere. Det er disse 1168 beboere, vi kigger nærmere på i det følgende. Data bygger på projektregistreringer.

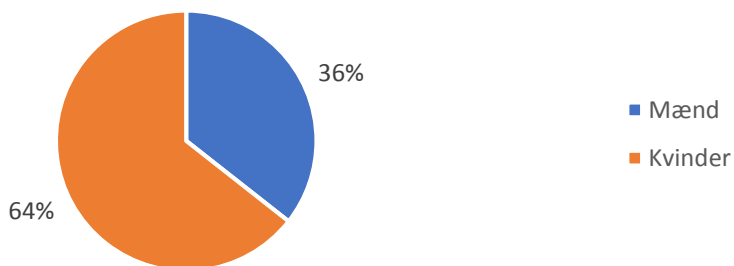
Besøgstal

Antal besøg i Sundhedscaféerne	3347
Antal beboere, der er kommet i Sundhedscaféerne mindst én gang	1168

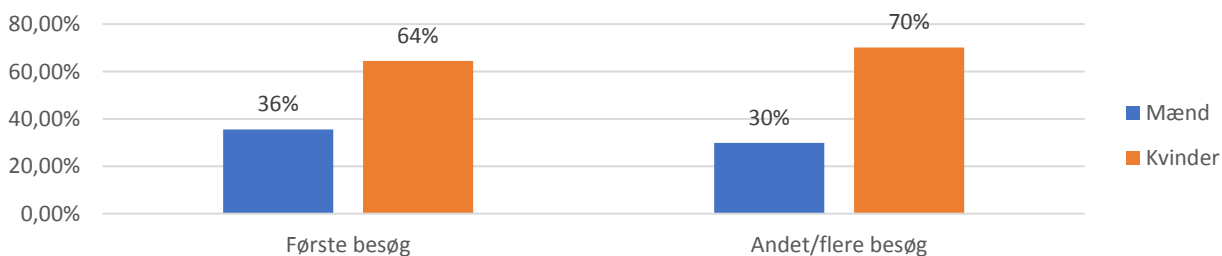
Andel genbesøg



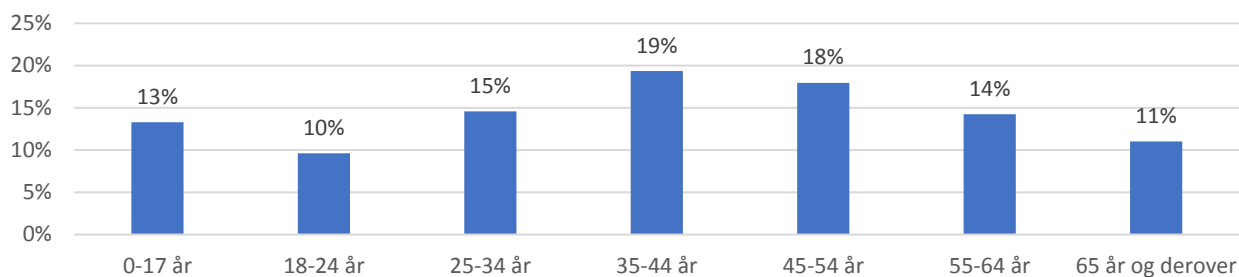
Kønsfordeling



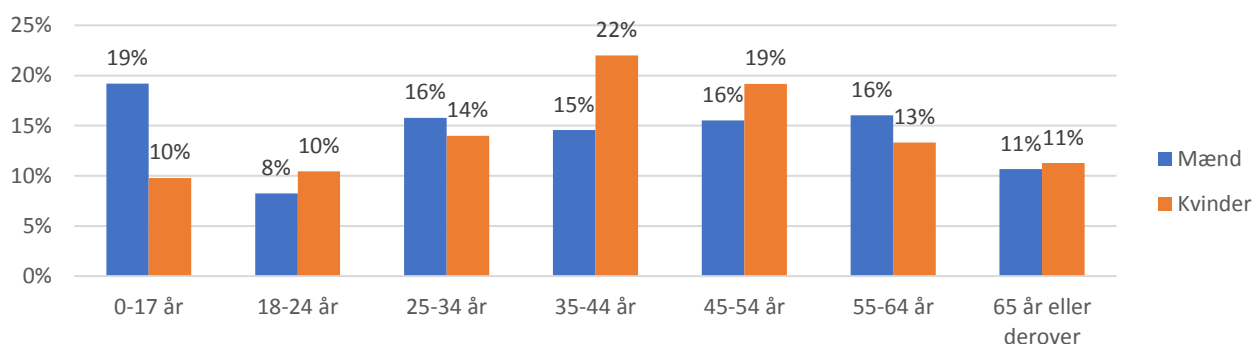
Kønsfordeling opdelt på første besøg/genbesøg



Aldersfordeling



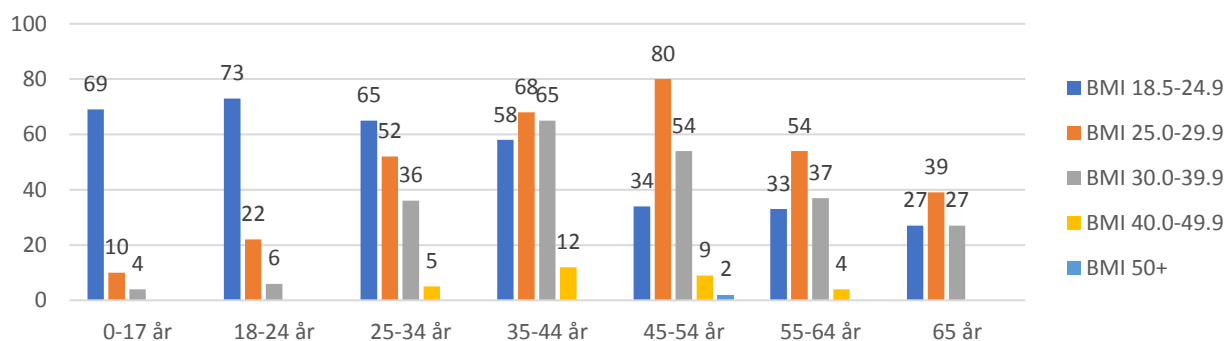
Aldersfordeling kønsopdelt



Aldersfordeling for alle områder sammenlignet med de besøgende i Sundhedscaféerne

Alle områder med Sundhedscaféer Kilde: BoSocData		Besøgende i Sundhedscaféerne Kilde: Projektregistreringer	
0-17 år	9,24%	0-17 år	13,27%
18-24 år	12,09%	18-24 år	9,63%
25-30 år	16,21%	25-34 år	14,57%
31-49 år	23,18%	35-44 år	19,34%
50-64 år	14,57%	45-54 år	17,95%
65 år og derover	9,99%	55-64 år	14,22%
		65 år og derover	11,74%

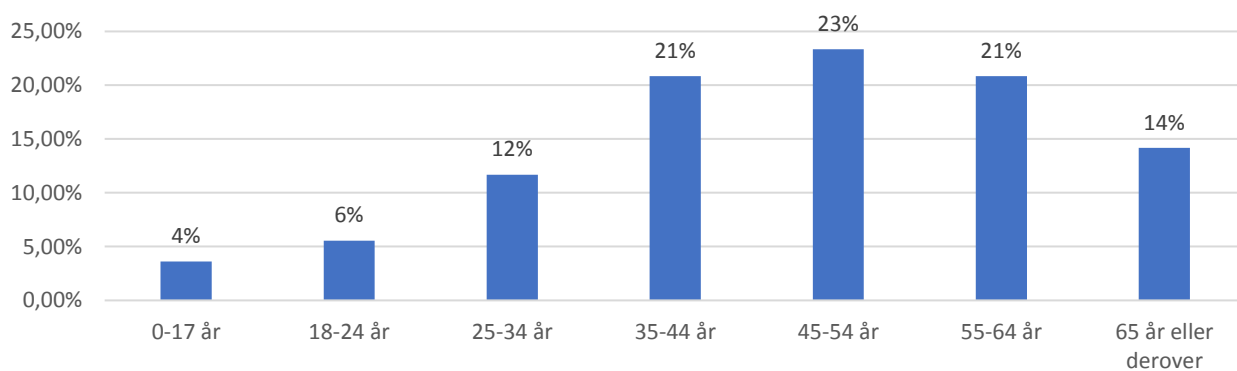
BMI aldersopdelt (antal unikke)



Kønsfordeling, motiverende sundhedssamtale



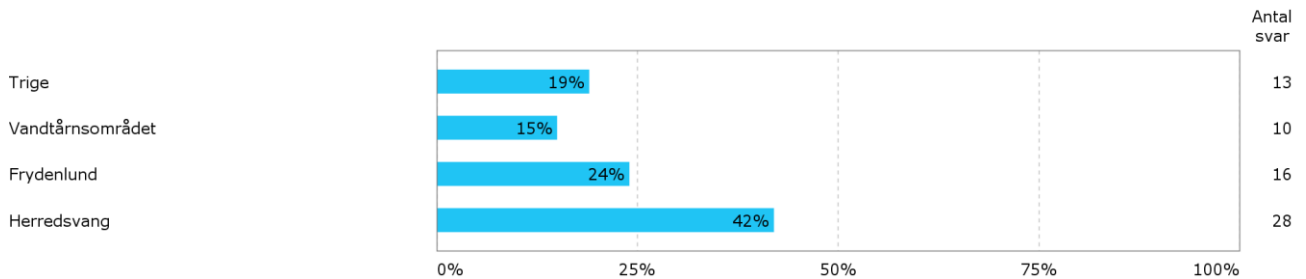
Aldersfordeling, motiverende sundhedssamtale



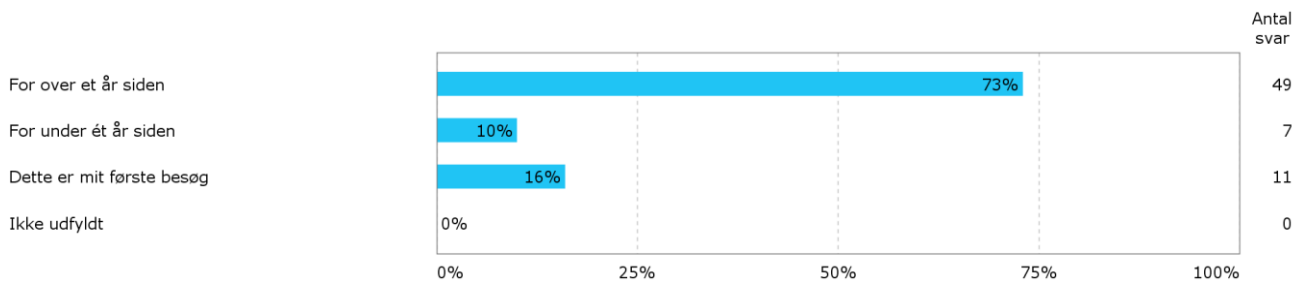
Bilag 5 – Surveyresultater

Frekvenser på alle variable – Survey Sundhedscafeer 2017 uge 40-41 + 43-44

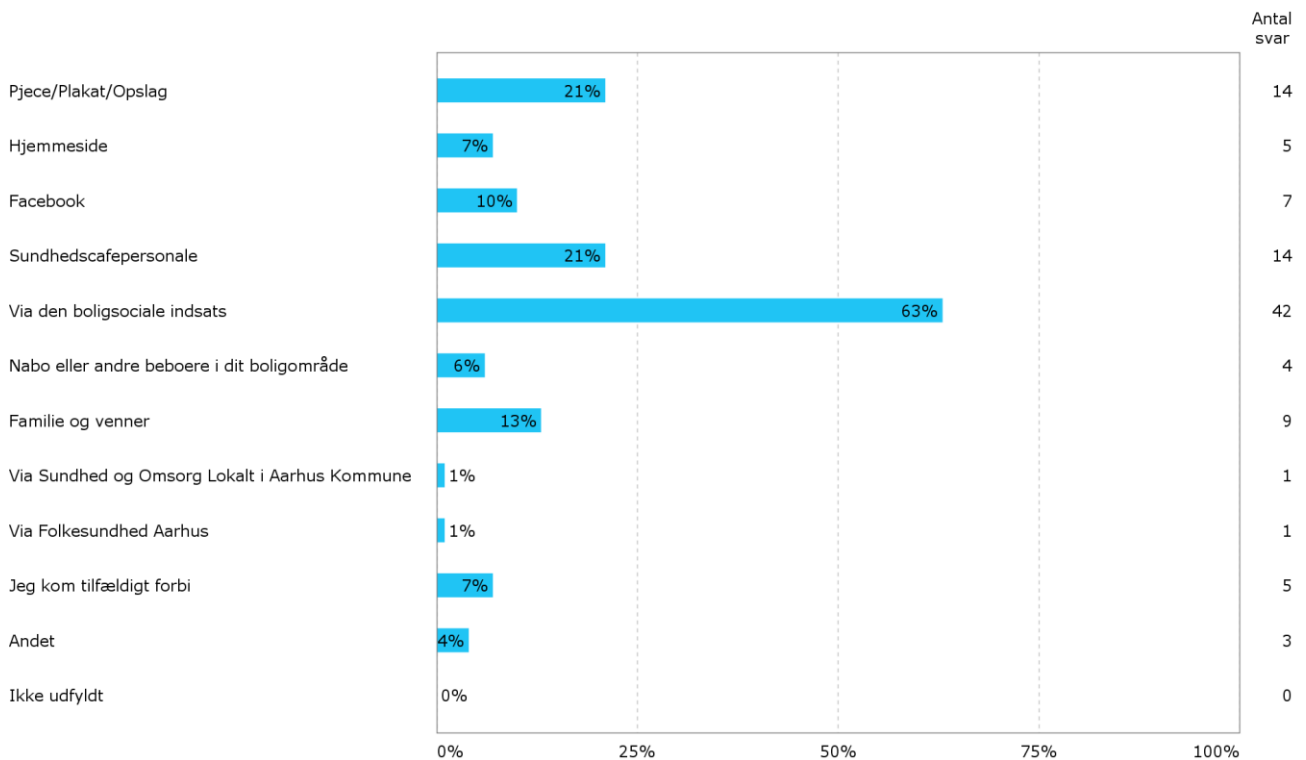
Boligområde



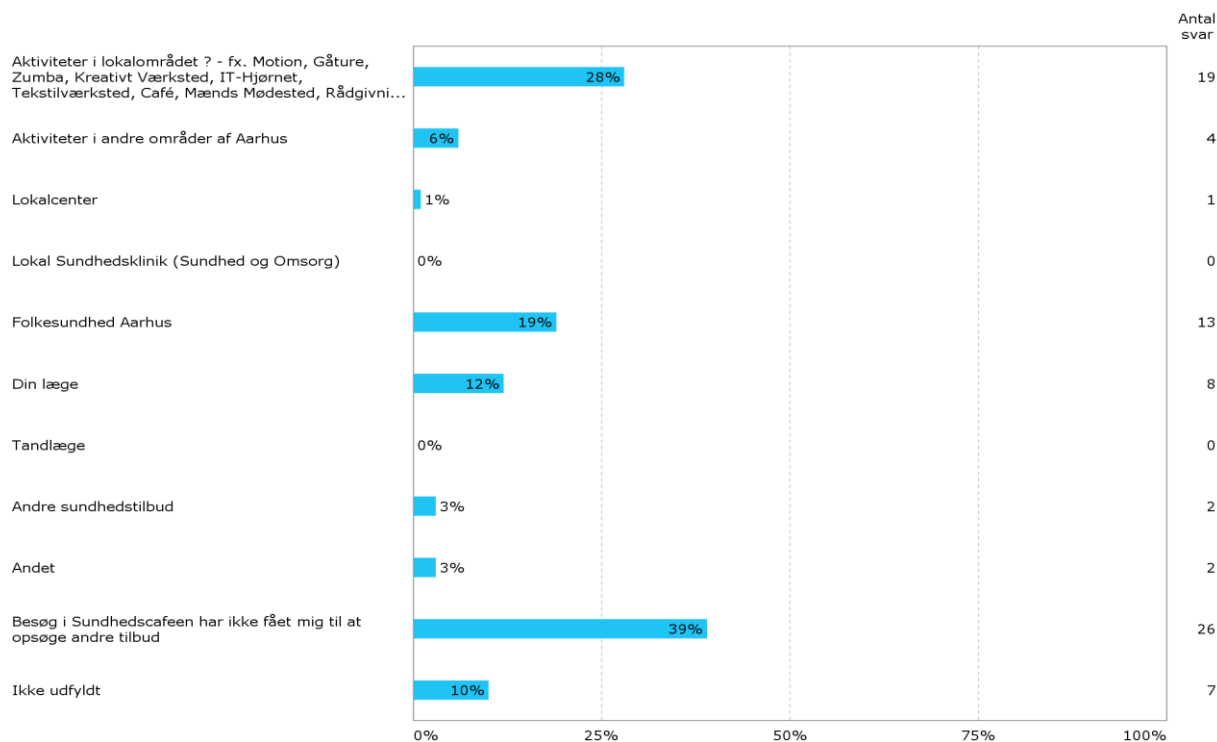
Hvornår kom du første gang i Sundhedscaféen?



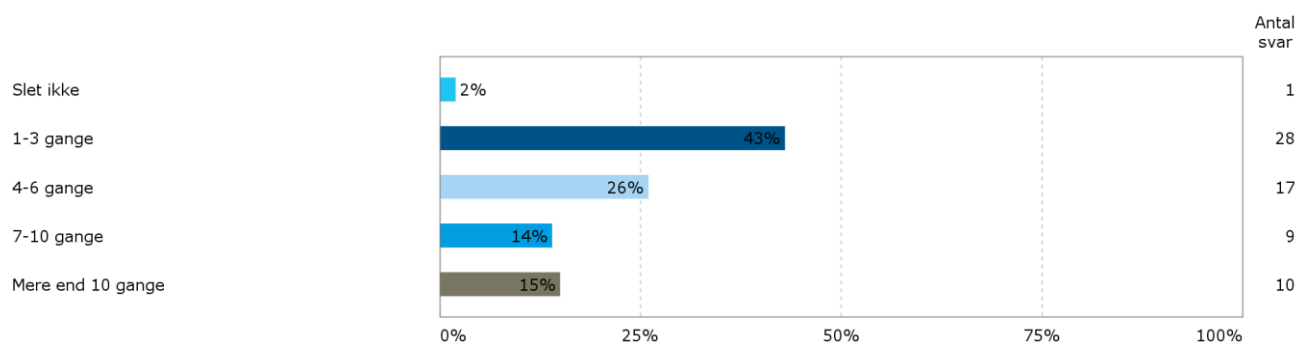
Hvordan blev du opmærksom på Sundhedscaféen og de tilbud der er? - sæt gerne flere kryds



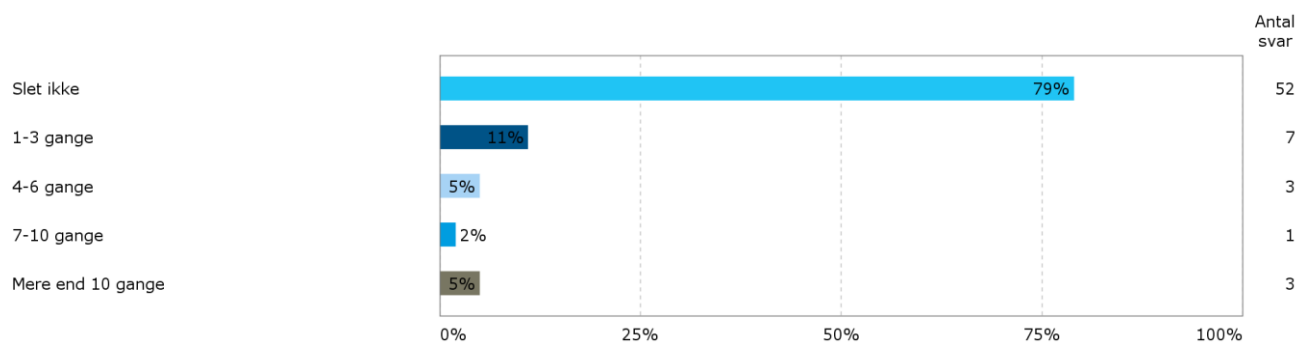
Har dit besøg i Sundhedscaféen fået dig til at opsøge (sæt gerne flere kryds)



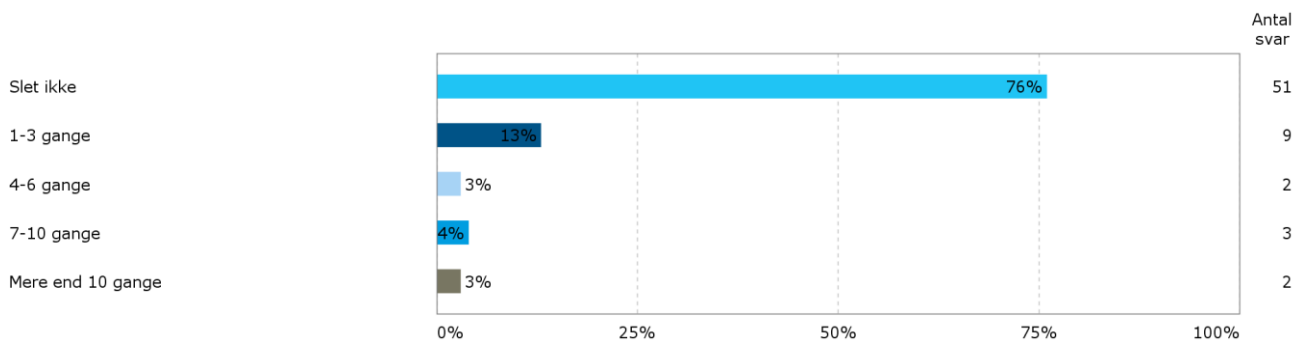
Hvor ofte har du brugt egen læge (praktiserende læge) indenfor det sidste år?



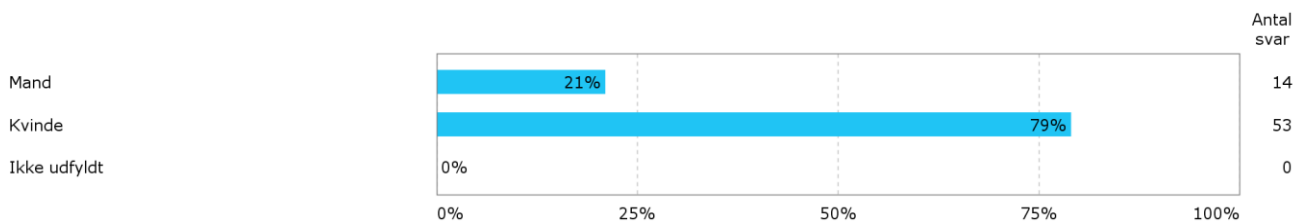
Hvor ofte har du benyttet Sundhedsklinik eller fået hjemmesygepleje/hjemmepleje indenfor det sidste år?



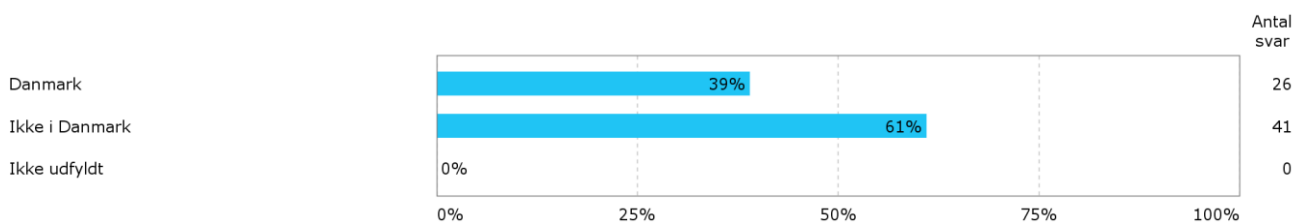
Hvor ofte har du benyttet sundhedstilbud i Folkesundhed Aarhus (Ceres Alle 15, Frichsparken, Globus 1) indenfor det sidste år?



Er du?



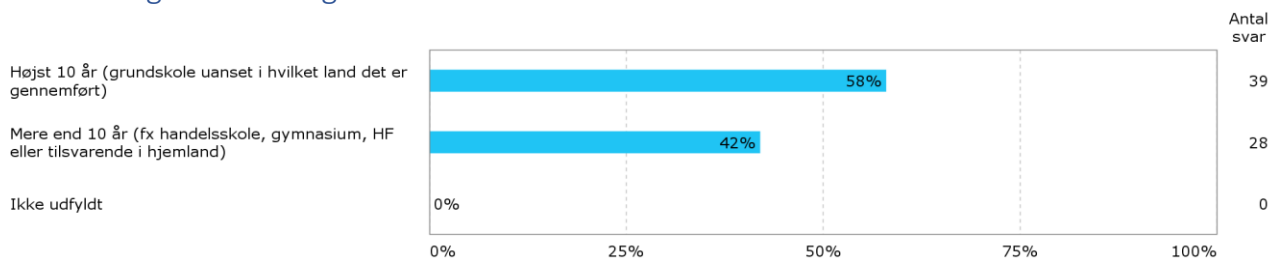
Fødeland



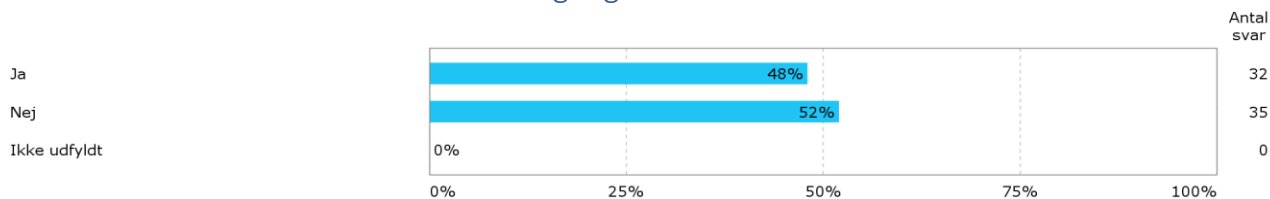
Hvis du ikke er født i Danmark - I hvilket land er du født?

Danmark	26
Somalia	13
Tyrkiet	9
Irak	6
Grønland	3
Pakistan	2
Syrien	2
Afghanistan	1
Algeriet	1
Island	1
Libanon	1
Marokko	1
Sri Lanka	1

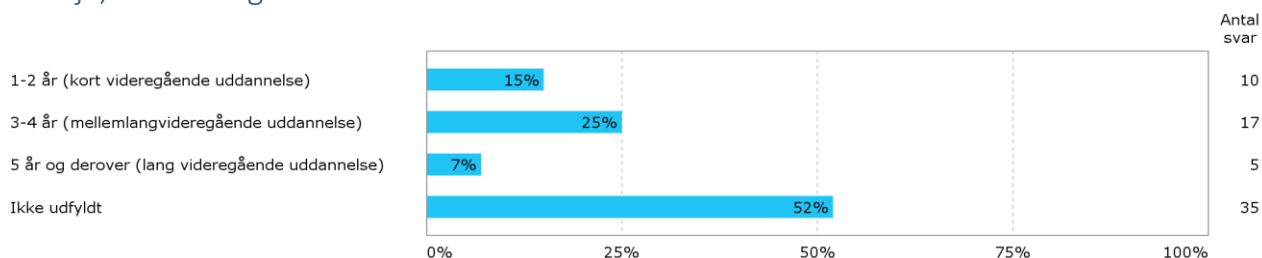
Hvor mange år har du gået i skole?



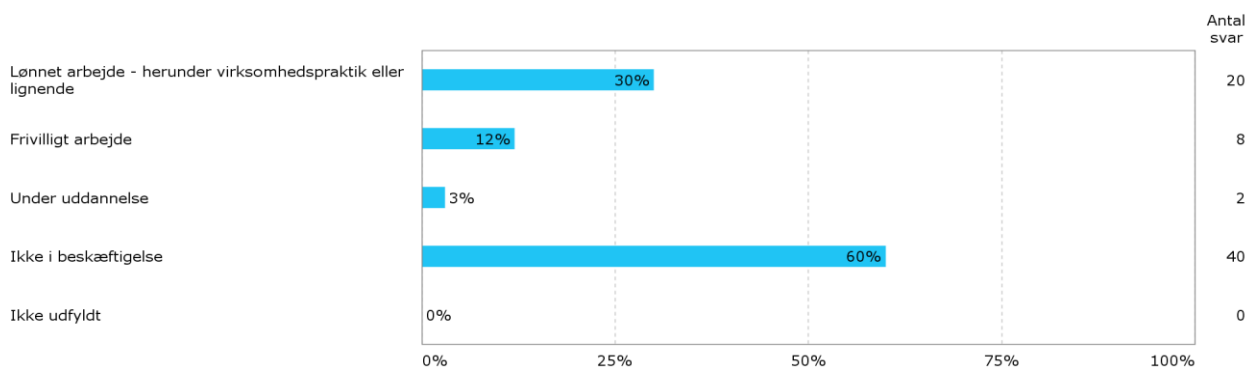
Har du en uddannelse udover din skolegang?



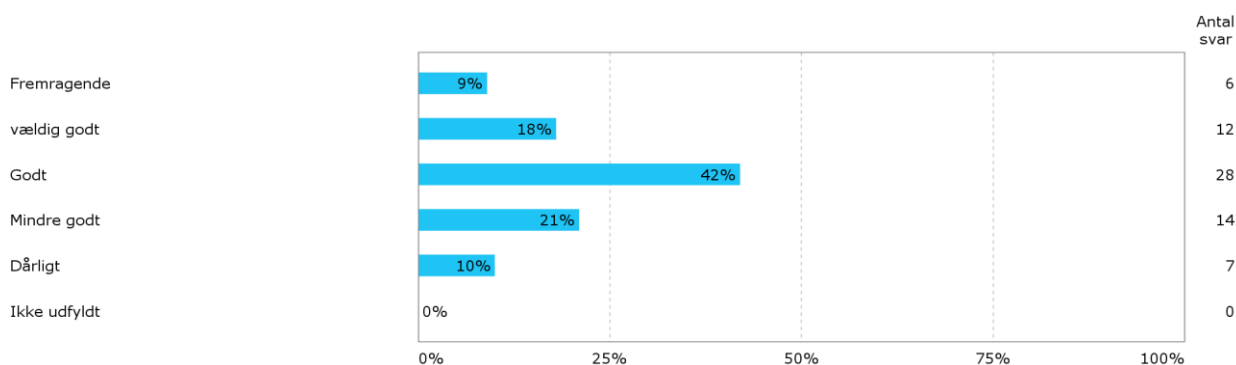
Hvis ja, - hvor lang uddannelse?



Hvad er din beskæftigelse for tiden? - sæt gerne flere kryds



Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?



Respondenter

