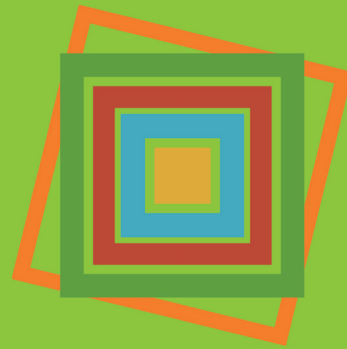


Evaluering af Projekt Sundhedscaféer



Evaluering af Projekt Sundhedscaféer

 CFK   Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Kvalitetsudvikling Social, Region Midtjylland, 2015

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK   Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Specialkonsulent Jens Hansen, jens.hansen@stab.rm.dk

Konsulent Karen Sophie Pilegaard, karensophie.pilegaard@stab.rm.dk

Konsulent Dorte Laursen Stigaard, dorte.stigaard@stab.rm.dk

Praktikant Mia Jensen, mia.jensen@stab.rm.dk

Praktikant Katrine Holmgaard Dinitzen, katdin@rm.dk

Tlf. 7841 4082

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	1
1.1	Baggrund og formål med Projekt Sundhedscaféer	2
1.2	Organisering af Projekt Sundhedscaféer – forløb og aktuelle status	3
2	AFDÆKNING AF SUNDHEDSCAFÉERNES MÅLGRUPPE	5
2.1	Sundhedscaféernes målgruppe og aktiviteter	5
2.2	Afdækning af Sundhedscaféernes målgruppe	6
3	BORGERPERSPEKTIVET	10
3.1	Udvælgelse af interviewpersoner	10
3.2	Typer af anvendelse	11
3.3	Hvad har virkningen været?	13
3.4	Ressourcer	15
3.5	Aktivitet	17
3.6	Opsamling på borgerperspektivet	19
4	SAMARBEJDSPEKTIVET	21
4.1	Sundhedscaféernes målgruppe	22
4.2	Faktorer som motiverer borgere til at benytte tilbuddet	23
4.3	Henvender sundhedscaféerne sig til alle borgere i målgruppen?	24
4.4	Samarbejdsparternes vurdering af styrkerne	25
4.5	Væsentlige organisatoriske elementer for at sundhedscaféerne kan blive en succes	27
4.6	Forudsætninger hos medarbejdere i Sundhedscaféer	29
4.7	Tilstrækkelig sammenhæng mellem sundhedscaféerne og de kommunale sundhedstilbud?	30
4.8	Evner sundhedscaféerne at være synlige og dagsordenssættende?	32
4.9	Samarbejdspartners anbefalinger til indsatsen	34
4.10	Opsamling på samarbejdsperspektivet	35
5	ANBEFALINGER	39
6	BILAGSMATERIALE	42
6.1	Bilag 1: Indsatsteori: Borgerperspektivet	42
6.2	Bilag 2: Indsatsteori: Samarbejdsperspektivet	43
6.3	Bilag 3: Metodeafsnit til analysen af målgruppen	44
6.4	Bilag 4: Interviewguide til afdækning af borgerperspektiv	46
6.5	Bilag 5: Interviewguide til afdækning af samarbejdsperspektiv	48

1 Indledning

Det Boligsociale Fællessekretariat har henvendt sig til CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) i Region Midtjylland med ønske om en evaluering af Projekt Sundhedscaféer.

Projekt Sundhedscaféer er et åbent sundhedstilbud til beboerne i Trigeparken, Herredsvang, Gellerupparken/Toveshøj, Bispehaven og Viby Syd med en samlet åbningstid på 12,5 time ugentligt.

Denne evaluering af Projekt Sundhedscaféer indeholder et borger- (individ) og et samarbejdsperspektiv (organisation). Indenfor begge perspektiver svarer evalueringen overordnet på to spørgsmål:

- 1) Hvilken virkning har Projekt Sundhedscaféer haft?
- 2) Hvad har betydning for, at indsatsen har virket?

Afdækning af begge overordnede spørgsmål har forudsat en viden om, hvilke målsætninger der har været med Projekt Sundhedscaféer. CFK har derfor indledt evalueringen med udarbejdelse af en indsats teori¹. Denne indsats teori har i det følgende givet et grundlag for at kunne vurdere, om indsatsen har medført de ændringer og resultater, som var ønsket. Indsats teorien er blevet udviklet på et møde med deltagelse af CFK og Det Boligsociale Fællessekretariat. Se bilag 1 og 2. Med afsæt i denne indsats teori har der været foretaget 10 interviews med borgere, der har benyttet sig af Sundhedscaféerne for at afdække borgerperspektivet. Og der har været foretaget interviews med fire sygeplejersker fra de pågældende sundhedscaféer, to viceområdechefer, en områdechef og to aktører fra Folkesundhed Aarhus for at afdække samarbejdsperspektivet.

Evalueringens målgruppe er primært Det Boligsocial Fællessekretariat og samarbejdspartnere i forhold til Sundhedscaféerne, herunder Magistraten for Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune. Derudover henvender rapporten sig til andre boligforeninger og kommuner med interesse for initiativer tilsvarende Sundhedscaféerne.

Evalueringen er udformet, så den har karakter af at være en lærende evaluering. Det vil sige, at der i udarbejdelsen af evalueringen har været fokus på at uddrage erfaringer og anbefalinger i forhold til Projekt Sundhedscaféer, således at disse erfaringer og anbefalinger kan bidrage med relevant viden i forhold til tilsvarende projekter fremadrettet.

I det følgende skitseres Projekt Sundhedscaféers baggrund, organisering og forløb.

¹ En indsats teori er i denne sammenhæng en visuel oversigt over, de antagelser der ligger bag indsatsen i sundhedscaféerne. Det vil sige, at der er tale om en oversigt over hvilke ressourcer og aktiviteter, der antages at være forudsætninger for at de tilsigtede virkninger med sundhedscaféerne opnås på både kort og lang sigt.

1.1 Baggrund og formål med Projekt Sundhedscaféer

Med bevilling fra Landsbyggefonden og medfinansiering fra Magistraten for Sundhed og Omsorg har Sundhedscaféerne fra januar 2011 til udgangen af 2013² eksisteret som et åbent sundhedstilbud til beboerne i Trigeparken, Herredsvang, Gellerupparken/Toveshøj, Bispehaven og Viby Syd. Caféerne har haft en samlet åbningstid på 12,5 timer pr. uge.³

Sundhedscaféerne har gennemgående arbejdet med tre forskellige tilbud til borgerne:

- Blodtryks- og blodsukkermålinger
- Bodyscanning: måling af BMI, fedtprocent mv.
- Sundhedssamtaler: Sundhedsfremmende samtaler med en sygeplejerske ud fra anerkendende principper, der kan vedrøre alle borgernes selvdefinerede aspekter af sundhed, herunder livsstil og livsglæde.

Baggrunden for etableringen af sundhedscaféerne har været, at de socialt udfordrede boligområder har en høj repræsentation af borgere, der ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet, har begrænset uddannelse og en anden etnicitet end dansk. Flere undersøgelser⁴ viser således, at netop disse sociale karakteristika er forbundet med en øget ulighed i forhold til sundhed. Derudover har baggrunden for sundhedscaféen også været, at netop de svageste borgere i udsatte boligområder ofte også er meget lidt mobile, ifølge medarbejdere i boligorganisationerne. Det vil sige, at det for mange af disse borgere kan virke uoverkommeligt at opsøge sundhedstilbud, der er placeret længere væk fra boligområdet.

Projektlederen for Projekt Sundhedscaféer fortæller efter projektperiodens udløb i forbindelse med denne evaluering, at projektets fokus har ændret sig undervejs i projektperioden således, at sundhedsbegrebet, der arbejdes med, er blevet bredere. Der er nu tale om et mere bredt og positivt sundhedsbegreb end det fokus, der oprindeligt var ved projektets opstart, hvor fokus hovedsageligt var på eksempelvis KRAM-faktorerne⁵. Det sundhedsbegreb der *har* været i fokus i Sundhedscaféerne har i højere grad vedrørt, at borgerne har opnået balance i livet, fået en øget trivsel og egenomsorg samt flere ressourcer i forhold til at kunne mestre deres liv.

Formålet med Projekt Sundhedscaféer har været i et samarbejde med Aarhus Kommune at etablere et fremskudt sundhedstilbud til borgerne i de fem boligområder. Dette tilbud skulle, udover at hjælpe borgerne til at gøre noget ved deres sundhed, så de fik overskud til at tage hånd om andre områder i deres liv, også være en katalysator for den øvrige boligsociale indsats i områderne. Derudover ville Projekt Sundhedscaféerne undersøge hvordan boligorganisationerne i samarbejde med Aarhus Kommune og de lokale foreninger kunne arbejde sammen om en sundhedsindsats i boligområderne.

Igennem projektperioden har Det Boligsociale Fællessekretariat således samarbejdet med en række kommunale aktører, herunder primært Magistraten for Sundhed og Omsorg

² I dataindsamlingen og analysen i denne evaluering skelnes der ikke imellem, hvorvidt data er fra selve projektperioden eller fra tiden efter.

³ Denne gennemgang af baggrund og formål samt organisering er baseret på Projektbeskrivelsen udarbejdet af Det Boligsociale Fællessekretariat 2010.

⁴ *Hvordan Har Du Det? 2013* (405 pp); Mygind, Kristiansen, Krasnik & Nørדם 2006; Illemann, Christensen, Ekholm, Davisen & Juel 2012; Holmberg, Ahlmark & Curtis 2009) m.m.

⁵ KRAM står for henholdsvis Kost, Rygning, Alkohol og Motion.

(MSO), men også Magistraten for Børn og Unge (MBU), Magistraten for Kultur og Borger-service (MKB) og Magistraten for Sociale Forhold og Beskæftigelse (MSB). Hertil kommer etablering af samarbejde med en række lokale foreninger, NGO'er, frivillige mv.

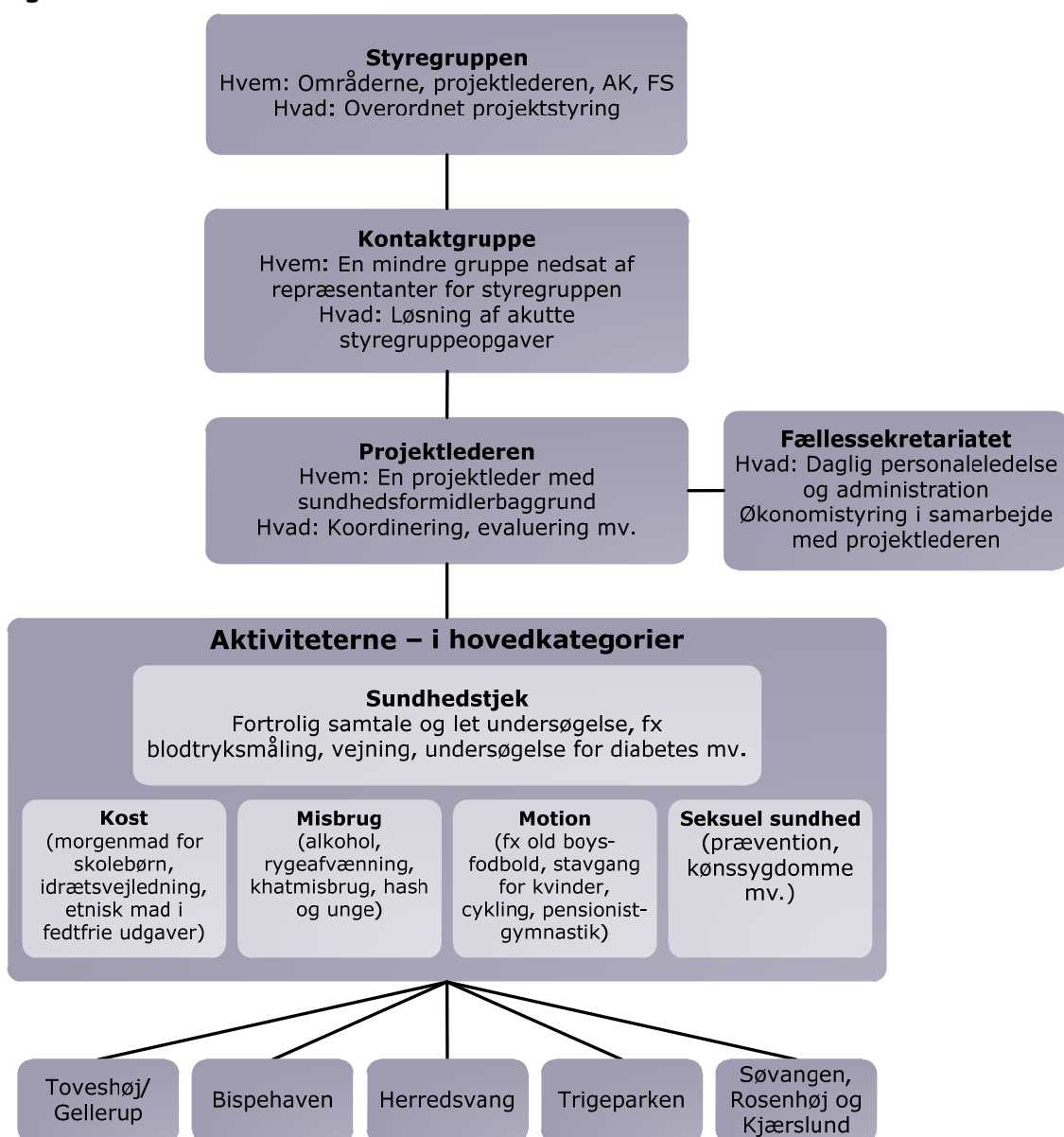
Endelig har formålet for to af de fem deltagende boligområder også været at fungere som et forstudie til de sundhedshuse, der skulle etableres i samarbejde med Aarhus Kommune.

1.2 Organisering af Projekt Sundhedscaféer – forløb og aktuelle status

Projekt Sundhedscaféer er blevet organiseret således, at der var et tæt samarbejde mellem boligorganisationerne og Magistraten for Sundhed og Omsorg. Magistraten for Sundhed og Omsorg har medfinansieret caféerne med sygeplejerske-timer til bemanning af caféerne 2-3 timer ugentligt på en fast ugedag i hvert af de fem områder.

Oversigt over organiseringen vises nedenfor:

Figur 1



KILDE: Projektbeskrivelse udarbejdet af Det Boligsociale Fællessekretariat 2010.

Som det ses af ovenstående organisationsdiagram, er der i Projekt Sundhedscaféerne foretaget sundhedstjek i de fem boligområder. Disse sundhedstjek har skullet fungere som indgang til de aktiviteter, der blev tilbudt af projektet, for eksempel projekter vedr. kost og motion.

Der er blevet ansat en projektleder, der organisatorisk er blevet knyttet op på en styregruppe med repræsentanter fra Aarhus Kommune, Det Boligsociale Fællessekretariat og de fem boligområder. Styregruppen har haft det overordnede ansvar for projektets kvalitet, udvikling og forpligtelser. Den daglige personaleledelse er sket i regi af Det Boligsociale Fællessekretariat.

Siden opstarten har organiseringen i forhold til sygeplejerskerne i projektet ændret sig således, at hvor det fra projektets begyndelse var Folkesundhed Aarhus, der bidrog med timer fra en sygeplejerske til Sundhedscaféerne, så blev der fra august 2011 etableret et samarbejde med sundhedsenhederne i Magistraten for Sundhed og Omsorgs lokalområder (MSO-områder), der herefter har bidraget med lokale hjemmesygeplejersker til caféerne.

Efter projektets ophør er to af sundhedscaféerne fra projektet fortsat. Henholdsvis sundhedscaféerne i Herredsvang og Trige, hvor de er skrevet ind i de respektive Helhedsplaner. Sundhedscaféerne fortsætter således med støtte fra Landsbyggefonden, hvor MSO-områderne fortsat bidrager med en sygeplejerske. I Viby er sundhedscaféen også fortsat, men uden projektstøtte fra Landsbyggefonden, derimod finansieres caféen i første omgang her af det lokale MSO-område. Sundhedscaféerne i Gellerup-Toveshøj og Bispehaven er ikke fortsat efter udgangen af projektperioden. Der er derimod åbnet Sundhedscaféer i Vandtårnsområdet og i Frydenlund. Disse indgår, ligesom sundhedscaféerne i Herredsvang og Trige, i Helhedsplanerne og støttes dermed af Landsbyggefonden samt får sygeplejerske stillet til rådighed fra de lokale MSO-områder.

2 Afdækning af Sundhedscaféernes målgruppe

For at evaluere sundhedscaféerne er det vigtigt at tage højde for, om caféerne har fået fat i den tilsigtede målgruppe. Margaret Whitehead (2007), der er en af de førende britiske forskere i social ulighed i sundhed, påpeger således vigtigheden af, at evaluere sundhedsfremmende projekter i forhold til deres effekt på forskellige sociale grupper. Hun skelner mellem fire typer af indsatser rettet mod at mindske social ulighed i sundhed. Her hører sundhedscaféerne under det, hun kategoriserer som Type 1: Styrkelse af individer. Indsatser i forhold til mennesker, der tilhører resourcesvage grupper. Det er en type indsats, der ikke er rettet mod de mere overordnede årsager til social ulighed i sundhed som eksempelvis uddannelsesniveaue og tilknytning til arbejdsmarkedet, men derimod rettet mod den enkelte borgers sundhedsadfærd og -kompetencer.

Vi vil derfor i det følgende se på, om sundhedscaféerne har haft held med at henvende sig til den tilsigtede gruppe af borgere, der er resourcesvage i forhold til deres sundhed. Først gennemgås sundhedscaféernes egne data vedrørende, hvor mange besøgende der har været, hvilke baggrundskarakteristika, de har haft og hvilke aktiviteter, de har benyttet sig af. Efterfølgende ses på, hvorvidt Sundhedscaféens brugere er repræsentative for borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

2.1 Sundhedscaféernes målgruppe og aktiviteter⁶

Der har i de tre års projektperiode, fra begyndelsen af 2010 til slutningen af 2013, været i alt 4122 besøg i Sundhedscaféerne, hvor besøgende i Herredsvang tegner sig for 39 % af de samlede besøg. At der har været flest besøg i Herredsvang tilskrives, at caféen her har været placeret i områdets Kulturhus, hvor der blandt andet er café og bibliotek. Dette betyder at der er megen færdsel forbi Sundhedscaféen og dermed også en særlig eksponering af denne.

I forhold til antallet af beboere i de fem boligområder har over 20 % af beboerne i henholdsvis Trigeparken (24,7 %), Herredsvang ((24,3 %) og Bispehaven (21,3 %) besøgt Sundhedscaféerne en eller flere gange i løbet af projektperioden. Der har været færrest besøg i forhold til antal beboere i Viby syd (9,2 %) og i Gellerup-Toveshøj (5,9 %).

Der har været flest genbesøg i Herredsvang (49 %), Bispehaven (47 %) og i Gellerup/Toveshøj (43 %) og færrest genbesøg i Trigeparken (36 %) og i Viby Syd (35 %).

Af de tre gennemgående tilbud, der er i Sundhedscaféerne, henholdsvis: blodtryks- og blodsukkermåling, bodyscanning og sundhedssamtaler, er bodyscanning det mest anvendte. Bodyscanning er således blevet anvendt 3222 gange i projektperioden. Blodtryks- og blodsukker måling er anvendt 1195 gange og sundhedssamtaler 771 gange. Det sidste tilskrives, at en sundhedssamtale er det mest omfattende og mest tidskrævende tilbud, der er i sundhedscaféerne.

⁶ Dette afsnit er baseret på notatet: Afsluttende statusopgørelse for sundhedscaféerne, som er udarbejdet af Det Boligsociale Fællessekretariat.

2.1.1 Bodyscanning

De fleste af de borgere, der har benyttet sig af tilbuddet om bodyscanning er mellem 35 og 49 år (32,8 %). Ellers har det været borgere mellem 18 og 34 år (25,6 %) eller borgere mellem 50 og 64 år. De borgere der i mindst grad har benyttet dette tilbud, er borgere over 65 år (8,7 %). Endelig har det overvejende været kvinder, der har fået foretaget disse målinger (64 %).

59 % af borgerne, der har benyttet bodyscanningen har haft et BMI over 25, og kan dermed karakteriseres som overvægtige til svært overvægtige. 55,1 % af brugerne har ligeledes haft en høj eller en meget høj fedtprocent, og 15,8 % af brugerne har haft en høj visceral fat rating. Det vil sige, at de har haft for meget fedt omkring de indre organer.

2.1.2 Sundhedssamtaler

591 forskellige borgere har fået en sundhedssamtale i projektperioden. Heraf er de fleste mellem 35 og 49 år (39 %). Den næststørste gruppe er de 50-64-årige (27 %). Borgere over 65 år (8,7 %) og børn og unge under 18 (3,1 %) er de grupper, der færrest gange har benyttet sig af tilbuddet om sundhedssamtaler. De fleste af brugerne er kvinder (75,8 %) med en ikke-dansk baggrund (74,8 %). Ligeledes er de fleste brugere ikke i beskæftigelse (72,4 %) og har under 10 års skolegang (59,1 %). De fleste af de borgere, der har fået en sundhedssamtale vurderer deres eget helbred fra "Godt" til "Fremragende" (54,3 %), men 45,7 % vurderer deres helbred fra "Mindre godt" til "Dårligt". Af de borgere, der har fået en samtale, har størstedelen angivet at være utilfredse med deres vægt (77,3 %), en lidt mindre andel at være utilfredse med deres stressniveau (67,7 %), humør (59 %), søvn (57,8 %), og fysiske aktivitet (56,1 %). Der er færrest, der angiver at være mindre tilfredse eller utilfredse med deres forbrug af stimulanser (21,6 %) og deres sociale netværk (38,2 %).

I forhold til spisevaner, så angiver størstedelen at have sunde spisevaner. De fleste borgere spiser således grønt hver dag (56,3 %), og kun en mindre andel angiver, at de spiser kager og slik hver dag (14,95 %), eller dagligt spiser, når de ikke er sultne (18,1 %). Lidt flere angiver dog at indtage sukkerholdige drikke dagligt (32,2 %). For over halvdelen af de borgere, der har haft en sundhedssamtale, er deres fysiske aktivitetsniveau under det anbefalede niveau. Således har lidt under halvdelen (47,6 %) mindst en halv times daglig fysisk aktivitet og knapt en tredjedel (29,1 %) dyrker mindst en halv times motion 2 gange ugentligt.

2.1.3 Blodtryks- og blodsuktermålinger

Der er i alt foretaget 1195 blodtryks- og blodsuktermålinger på i alt 642 borgere i løbet af projektperioden. De fleste borgere, der har fået foretaget en sådan måling er mellem 35 og 49 år (39,7 %). Den næststørste andel er mellem 50 og 64 år (30,3 %). Igen er der færrest i aldersgrupperne 0-17 år (4 %) og over 65 år (12,2 %). Af disse borgere har 19,8 % for højt blodtryk og 35,2 % for højt blodsukker.

2.2 Afdækning af Sundhedscaféernes målgruppe

Social ulighed i forhold til sundhed – eller med andre ord: Det at være resourcesvag i forhold til sundhed – indebærer ifølge begrebsdefinitionen i "Hvordan har du det? 2013" (HHDD13)⁷ både sociale forskelle i helbredspåvirkninger, sociale forskelle i sundhed, syge-

⁷ Hvordan har du det? 2013 er en undersøgelse af befolkningens helbred, trivsel og sundhedsvaner, der kortlægger sundheden for Region Midtjyllands 1,25 mio. borgere.

lighed og trivsel samt sociale forskelle med hensyn til konsekvenser af sygdom og dårligt helbred for den enkelte. Af disse forhold er der en løbende diskussion inden for området vedrørende betydningen af livsstil i forhold til psykosociale belastninger som årsag til ulighed i sundhed. Der findes en del forskning, der forsøger at belyse sammenhængen mellem social ulighed i sundhed og psykosociale belastninger, men resultaterne er modstridende, og der kan derfor ikke drages en entydig konklusion. Derimod viser forskningen, at livsstil kan forklare en del af de sociale forskelle i sundhed. Således ses det bl.a. af en dansk undersøgelse, at alkohol og rygning forklarer mellem 60 og 70 % af den sociale ulighed i dødelighed (ibid.: 410 pp). Dette betyder dog ikke, at indsatsen for at mindske psykosociale belastninger ikke har en betydning for indsatsen rettet mod større social lighed i sundhed, selvom dette ikke entydigt er underbygget af forskningen. Psykosociale belastninger kan fremme en usund livsstil ligesom denne type belastninger kan udgøre en barriere for at ændre en usund livsstil.

Når vi derfor i det følgende ser på om Projekt Sundhedscaféer har haft succes med at rekruttere den målgruppe, der i særlig grad er resourcesvage i forhold til sundhed, så er det for at kunne vurdere, hvorvidt de borgere, der er brugere af sundhedscaféen er repræsentative for de borgere, der har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i udsatte boligområder i Aarhus.⁸ Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd defineres i denne sammenhæng ved at borgeren har mindst en type uhensigtsmæssig sundhedsadfærd – en ikke sundhedsfremmende livsstil – med udgangspunkt i KRAM-faktorerne. Det vil sige, at personen enten har usunde kostvaner, er daglig ryger, har et højrisikoforbrug af alkohol eller er fysisk inaktiv.

Der tages udgangspunkt i borgere, der har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, da en sådan adfærd både er udtryk for og medvirkende årsag til social ulighed i sundhed. Der må dog tages visse forbehold for resultaterne af den følgende analyse, hvor der sammenlignes med borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i udsatte boligområder i Aarhus. Dette skyldes dels, at der er tale om et meget begrænset datamateriale for de borgere, der har benyttet sig af tilbuddet om sundhedscaféer. Det er kun i de tilfælde, hvor borgeren har haft en sundhedssamtale, at der er blevet indsamlet baggrundsoplysninger om borgeren. Hvis borgeren kun har fået foretaget målinger, er der derimod kun indsamlet oplysninger om køn og alder. Der ud over sammenlignes der med andelen af borgere med mindst en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i udsatte boligområder i Aarhus Kommune, hvilket er en definition, der er så bred, at det ikke nødvendigvis kun er de mest udsatte, der omfattes af den. Omvendt har det været nødvendigt at arbejde med en bred begrebsdefinition for at få et tilstrækkeligt sammenligningsgrundlag på grund af den begrænsede mængde data, der er fra de udsatte boligområder i Aarhus. Endelig kan ulighed i sundhed, som tidligere nævnt, udmønte sig i andre forhold end uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, for eksempel sociale forskelle i sygelighed og trivsel samt sociale forskelle med hensyn til konsekvenser af sygdom og dårligt helbred for den enkelte. Dette betyder at de følgende resultater skal tolkes med en vis varsomhed.

Tal fra HHDD13 viser, at 37 % af borgerne i Aarhus Kommune har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Blandt borgerne i de udsatte boligområder i Aarhus har omkring 47 % en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Dette understreger sundhedscaféernes relevans i

⁸ Udsatte boligområder i Aarhus inkluderer her: Elstedhøj Lystrup, Herredsvang, Kalmargade, Møllevangen, Frydenlund, Langkærparken, Rundhøj, Skovgårdsparken, Vejlbj Vest, Veriparken, Viby Syd, Bispehaven, Gellerup/Toveshøj, Trige-parken.

Aarhus' udsatte boligområder, da borgerne her har tendens til en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end i det øvrige Aarhus.

2.2.1 Køn

Blandt alle brugerne af sundhedscaféerne er 67 % kvinder og 33 % mænd.⁹ Resultaterne fra HHDD13 over de udsatte boligområder i Aarhus viser, at ud af de personer, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, er 55 % mænd og 45 % kvinder. Opsummerende betyder det, at der i sundhedscaféerne er en overrepræsentation af kvinder i forhold til kønsfordelingen blandt dem, der har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, når man ser på de udsatte boligområder. Dette understreger, som det er kendt fra tilsvarende typer af projekter, at det generelt er vanskeligt at rekruttere mænd.

2.2.2 Alder

23 % af alle brugere af sundhedscaféerne er mellem 16-29 år, og 43 % er mellem 30-49 år. Resultaterne fra HHDD13 for udsatte boligområder viser, at der ud af de borgere, som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, er 32 % mellem 16-29 år og 34 % mellem 30-49 år. Dette betyder, at der i sundhedscaféerne ses en mindre underrepræsentation af personer mellem 16-29 år, mens der ses en mindre overrepræsentation af personer mellem 30-49 år i forhold til resultaterne fra de udsatte boligområder. I forhold til aldersgrupperne 50-69 år og 70+ år stemmer repræsentationen i sundhedscaféerne tilnærmelsesvis overens med resultaterne fra de udsatte boligområder. Aldersfordelingen af sundhedscaféernes brugere kan således være et opmærksomhedspunkt, afhængigt af hvilken målgruppe Sundhedscaféerne stræber efter at tiltrække.

2.2.3 Skolegang

Af de borgere, der har haft en sundhedssamtale ses en fordeling hvor 57 % har gået i skole i 10 år eller kortere og 43 % har gået længere end 10 år i skole. Det ses i HHDD13's resultater i de udsatte boligområder, at 52 % af dem med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd har gået i skole 11 år eller kortere, og 48 % har gået i skole i mere end 11 år. Der ses dermed en meget lille skævvridning i, hvem der har haft en sundhedssamtale, hvor de kortest uddannede anvender tilbuddene hyppigere end dem, der har en lidt længere skolegang.

2.2.4 Etnicitet

Blandt de borgere, der har fået en sundhedssamtale er 26 % danske og 74 % ikke-danske. HHDD13's resultater fra de udsatte boligområder viser, at 69 % af dem med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er etnisk danske og 31 % er ikke-danske. Denne skævvridning understreges endnu tydeligere af, at undersøgelsen af de udsatte boligområder tæller efterkommere med blandt de ikke-danske, og sundhedscaféernes dataindsamling tæller efterkommere med blandt de danske. Dette giver en indikation af, at sundhedscaféerne i de socialt udsatte boligområder har en større tiltrækningskraft på ikke-danske beboere, og dermed ikke ser en stor del af de danskere, med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som bor i områderne. Sundhedscaféerne har således lykkedes med at tiltrække borgere med anden etnisk baggrund, i forhold til, hvad der er erfaringerne fra tilsvarende initiativer.

⁹ De forskelle der er på de følgende opgørelser af andelen af borgere med forskellige karakteristika i forhold til Sundhedscaféens egne data, skyldes forskelle i den måde, data er rensset på. I bilag 3 beskrives mere indgående, hvordan denne rensning er foretaget.

2.2.5 Arbejde

Blandt de borgere, der har haft en sundhedssamtale er fordelingen, at 28 % er i arbejde, og 72 % ikke er i arbejde. Det ses i HHDD13 ved de udsatte boligområder, at 34 % af dem der har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er i arbejde, og 66 % ikke er i arbejde. Dette indikerer, at der er en meget lille skævvridning, og at sundhedscaféerne oftere tiltrækker brugere, der ikke har et arbejde, end brugere der har et arbejde, hvilket eventuelt kan skyldes sundhedscaféernes åbningstid, der ligger i løbet af dagtimerne, og hvor der er lukket efter klokken 16.

2.2.6 Opsamling

Ud fra ovenstående analyse fremgår det, at af de borgere, der har været i sundhedscaféerne, er der en forholdsvis stor overrepræsentation af kvinder og en tilsvarende underrepræsentation af mænd i forhold til at få fat i den målgruppe, der har den mest uhensigtsmæssige sundhedsadfærd. Ligeledes ses der en mindre underrepræsentation af borgere mellem 16-29 år og en mindre overrepræsentation af borgere i alderen 30-49 år i forhold til at få fat i denne målgruppe.

Af de borgere, der har fået en sundhedssamtale ses ligeledes en forholdsvis stor overrepræsentation af borgere med anden etnisk baggrund end dansk i forhold til etnisk danske borgere, der ifølge data fra HHDD 2013 hyppigere har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Ellers er der en nogenlunde overensstemmelse mellem baggrundskarakteristika for de borgere, der har fået en sundhedssamtale og de baggrundskarakteristika, der knytter sig til borgere i udsatte boligområder med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet og længden på borgerens skolegang.

3 Borgerperspektivet

I forhold til borgerperspektivet belyser denne evaluering følgende to spørgsmål:

- 1) Hvilken virkning har Projekt Sundhedscaféer haft for borgerne?
- 2) Hvad har – set fra borgernes perspektiv – betydning for, at indsatsen har virket?

Disse to spørgsmål er adskilt analytisk, men i praksis bliver de belyst via samme dataindsamling og via interview med de samme interviewpersoner. Således vil den følgende analyse af interview med borgerne dels vedrøre hvilken virkning tilbuddet har haft ifølge borgerne, dels vedrøre borgernes beskrivelser af, hvad der ifølge deres perspektiv har haft betydning for, at indsatsen har virket.

For at belyse hvad, der ifølge borgernes perspektiv har betydning for, at indsatsen har virket præsenteres henholdsvis de ressourcer (beliggenhed og faciliteter m.m.) og de aktiviteter (tilbud og tiltag m.m.), der ifølge borgerne har en betydning for, om indsatsen har virket for dem samt hvad, der har virket som en barriere for at indsatsen har virket. Dermed anvendes interviewene til at teste de antagelser, der er i indsats teorien for borgerperspektivet (se bilag 1) bl.a. i forhold til:

- Betydningen af tilgængelighed
- Betydningen af at borgeren ikke bliver registreret med CPR-nummer
- Sundhedscaféernes evne til at skabe samspil og brobygning til øvrige tilbud
- Sundhedscafépersonalets kompetencer
- Rekruttering af borgere til tilbuddet

Denne del af analysen skal dermed samlet set bidrage med viden om, hvordan sundhedscaféerne ifølge borgerne kan skabe den tilsigtede virkning, samt hvorvidt de forhold – der ifølge borgerne har betydning for at skabe den tilsigtede virkning - har været til stede i tilstrækkeligt omfang.

I det følgende afsnit beskrives først, hvordan interviewpersonerne er blevet udvalgt samt hvilke konsekvenser denne udvælgelsesprocedure har for analysen og dens konklusioner.

Derefter præsenteres de forskellige typer af tilgange til at anvende sundhedscaféerne, der er identificeret i interviewmaterialet. Denne type-beskrivelse kan samlet set bidrage til at angive variationen i borgernes behov for tilbuddet, samt hvordan dette behov udmønter sig i forskellige anvendelsesformer. Hermed besvares følgende spørgsmål: Hvilke typer af forløb har interviewpersonerne haft? Hvordan har de anvendt caféerne? Og er der en sammenhæng mellem det behov borgerne oplever, og den måde de anvender caféerne på?

3.1 Udvalgelse af interviewpersoner

Sundhedscaféerne har i hele projektperioden registreret sundhedsoplysninger og visse baggrundsoplysninger for de borgere, der har besøgt sundhedscaféen. Der er dog kun blevet indsamlet kontaktoplysninger for de borgere, der har haft en sundhedssamtale. Dette betyder, at det kun har været muligt at kontakte de borgere, der har haft mindst en sundhedssamtale, med henblik på at høre, om de ville deltage i et interview.

Efter projektperiodens ophør ved udgangen af 2013, hvor sundhedscaféerne er fortsat i nogle lokalområder, er borgernes baggrundskarakteristika og sundhedstilstand fortsat blevet registreret afhængigt af, hvilket tilbud borgerne har benyttet. Men disse data er efter dette tidspunkt ikke samlet på en overskuelig og tilgængelig måde, hvilket har betydet, at udvælgelsen af informanter har taget udgangspunkt i data for de borgere, der benyttede sig af sundhedscaféens tilbud om en sundhedssamtale *inden* udgangen af 2013. For at sikre, at dem, der blev interviewet, har haft mulighed for at huske sundhedscafébesøget og skelne det fra eventuelle andre tilbud, borgeren har benyttet, er det derfor kun borgere, der har haft flere besøg i sundhedscaféen, der er blevet kontaktet med henblik på at blive interviewet. Dette betyder, at de borgere, der er blevet interviewet alle har haft et nogenlunde ensartet forløb i forhold til at benytte sundhedscaféens tilbud. De har således alle haft mindst en sundhedssamtale og derudover været i sundhedscaféen flere gange. Dermed giver interviewmaterialet ikke mulighed for at afdække, hvad der kan være årsagen til, at borgeren vælger *ikke* at få en sundhedssamtale eller hvorfor borgeren eksempelvis kun har været én gang i caféen – altså at afdække hvilke barrierer, der har været for at anvende tilbuddet.

Karakteristik af interviewpersonerne

Der er i alt blevet interviewet 10 borgere. Disse borgere har haft mellem 2 og 54 besøg i sundhedscaféen. Interviewpersonerne har således besøgt sundhedscaféerne 20 gange i gennemsnit. Det vil sige, at det hovedsageligt er meget hyppige brugere af sundhedscaféerne, der er blevet interviewet. Dette skyldes dels, at der har været en tendens til, at de borgere, der har anvendt caféerne ofte, har været mest tilbøjelige til at sige ja til at blive interviewet, dels at det af hensyn til interviewenes kvalitet har været nødvendigt at udvælge interviewpersoner, der har haft forholdsvis mange besøg i caféen for at sikre, at interviewpersonerne har kunnet huske sundhedscaféen jf. ovenstående.

Af de 10 interviewpersoner er der tilstræbt en nogenlunde repræsentativitet i forhold til de registrerede baggrundsvARIABLE. Der er således to borgere fra Gellerup-Toveshøj, to borgere fra Viby, en borger fra Trige, tre fra Bispehaven og to fra Herredsvang. Ud af de 10 interviewede er der dog kun to mænd, således at kvinder er overrepræsenterede i forhold til andelen af brugere af sundhedscaféen. Alderen spænder fra 28 år til 67 år med en gennemsnitsalder på 53 år, hvilket betyder, at ældre er overrepræsenteret blandt interviewpersonerne i forhold til de borgere, der har benyttet sundhedscaféen. Blandt interviewpersonerne er der seks fra Danmark og fire med anden etnisk baggrund end dansk. Det vil sige, at danskere er overrepræsenteret i interviewmaterialet i forhold til den andel, de har udgjort af de borgere, der har haft en sundhedssamtale. Der er fire borgere med en skolegang på mere end ti år og fire borgere med en skolegang under ti år blandt interviewpersonerne samt to, hvor der ikke er oplysninger om dette. Der er seks borgere, der ikke er i arbejde, to borgere, der er i arbejde og to borgere, hvor denne oplysning ikke er angivet. Det er således ikke muligt at vurdere hvorvidt de interviewede er repræsentative for brugere af sundhedscaféen i forhold til uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning.

3.2 Typer af anvendelse

I dette afsnit beskrives forskellige måder at anvende sundhedscaféen på, som interviewene afspejler. Disse beskrivelser er en overordnet præsentation af visse ligheder og forskelle i interviewpersonernes måder at anvende tilbuddet på.

Overordnet afspejler interviewmaterialet tre forskellige måder at anvende sundhedscaféerne på. Disse tre typer er ikke skarpt adskilt fra hinanden, men viser nogle overordnede tendenser, hvor nogle borgere ligger i et kontinuum imellem typebeskrivelserne. I de følgende præsenteres de identificerede typer hver især under et citat, der illustrerer centrale elementer i deres anvendelsesmåde.

"... man kan få noget af det samme, som du kan få gennem Vægtvogterne."

Den første type er karakteriseret ved at være meget instrumentel og fokuseret i sin tilgang til sundhedscaféens tilbud. Her giver borgeren udtryk for at have et aktivt, socialt liv. Borgeren benytter sig blandt andet af flere forskellige sundhedsrelaterede aktiviteter uden for sundhedscaféens regi. Borgeren giver udtryk for at have stor viden om sundhed, kost og motion og også for at efterleve denne viden i praksis. Det er særligt sundhedscaféens tilbud om bodyscreening, der anvendes i et systematisk forsøg på at tabe sig. Borgeren giver således ikke udtryk for at have et behov for vejledning i forhold til sundhed, men ser sundhedscaféen som et sted, hvor borgeren har mulighed for at følge med i udviklingen i sin fedtprocent. Sundhedscaféen fremhæves i forhold til, at den ligger tilgængeligt og er et gratis tilbud. Derimod ses åbningstiderne – hovedsageligt i dagtimerne – som et problem i forhold til at få det til at passe med et travlt (arbejds-)liv.

"... [sundhedscaféen] er blevet et fristed for mig, for ældre mennesker." I den anden ende af dette kontinuum er en type, der er karakteriseret ved at have en mere tryghedsøgende og bred anvendelse af sundhedscaféens tilbud. Borgeren anvender således alle caféens tilbud, både de fysiske målinger og muligheden for at få gode råd og samtaler. Sundhedscaféen op søges ikke kun i forhold til problemer snævert relateret til borgerens fysiske sundhed, men også i forhold til problemstillinger som psykiske problemer, økonomi m.m. Ofte bliver sundhedscaféen benyttet i stedet for borgerens egen læge. Borgeren giver udtryk for at have et stort behov for den hjælp sundhedscaféen kan give vedkommende og at han/hun benytter sig af de muligheder og råd sundhedscaféen tilbyder. Derudover præsenterer borgeren sig selv som både sund og aktiv – men dette relateres ofte til den hjælp, borgeren har fået fra sundhedscaféen. Sundhedscaféen fremhæves som et socialt sted, der skaber sammenhold blandt beboerne og hvor man kan komme med sine venner og få sig en snak. Sygeplejerskerne fremhæves for deres imødekommenhed og faglighed og for, at der er masser af tid til den enkelte. Blandt interviewpersonerne er det særligt de ældre borgere, der anvender sundhedscaféerne på denne måde.

"Mændene har mange muligheder og laver meget, men vi kvinder, vi går hjemme og har travlt med børnene, så det er godt, vi kan komme her." Imellem disse to typer ligger en mellemgruppe af borgere, der både anvender sundhedscaféen som en social aktivitet med deres venner/familie og i forhold til helbredsrelaterede problemstillinger – især problemstillinger vedrørende det, som borgeren kommer for at få målt. Det er således især de kvantitative målinger, besøgene i caféen er centreret om – udover det sociale. I interviewmaterialet er det særligt kvinder med anden etnisk baggrund, der anvender tilbuddet på denne måde.

"... og så får man dårlig samvittighed, fordi man ikke fik fulgt det, og så tænkte jeg 'nej, det bliver vist ikke til mere det her'..." Den sidste type, der vil blive beskrevet her, er med for at kunne dække alle de anvendelsesmåder i forhold til sundhedscaféens tilbud, som interviewmaterialet afspejler. Dog er det empiriske grundlag for denne type meget begrænset, hvorfor denne type kun vil blive skitseret meget kort. Denne type er karakteriseret ved at have en anvendel-

se af sundhedscaféen, der er meget begrænset og præget af selvbejdelse. Borgeren giver udtryk for at have et behov for det, som sundhedscaféen tilbyder, men begrundet sin begrænsede anvendelse af tilbuddet med, at der er alternative aktiviteter og at vedkommende har dårlig samvittighed, da vedkommende ikke til fulde har fået fulgt de råd, der er blevet givet. Derfor ser borgeren en barriere i at opsøge sundhedscaféen igen. Sundhedscaféen fremhæves dog som et rigtig godt og fagligt kompetent tilbud.

I dette afsnit er de forskellige anvendelsesmåder, der er identificeret i interviewmaterialet, skitseret. Som det ses af ovenstående er anvendelsesmåder forskellige ligesom borgerne har forskellige opfattelser af deres behov i forhold til sundhedscaféen. Dermed er også borgernes perspektiver på, hvad der kan ses som en positiv virkning forskellige ligesom borgernes opfattelse af, hvilke ressourcer og aktiviteter, der vil fremme denne virkning. I det følgende afsnit skitseres de opfattelser af virkninger som borgerne har oplevet på tværs af de ovenfor skitserede typologier.

3.3 Hvad har virkningen været?

Ifølge den indsats teori (se bilag 1), der blev udarbejdet af CFK i samarbejde med Det Bolig-sociale Fællessekretariat, kan den tilsigtede virkning deles op i flere forskellige niveauer i forhold til tidsperspektivet. Først skal borgeren, der repræsenterer den tilsigtede målgruppe, møde op i sundhedscaféen. Derefter skal borgeren få mod på at få en sundhedssamtale. Dét at komme i sundhedscaféen og få en sundhedssamtale skal bidrage til, at borgeren bliver bevidst om sine behov og får hjælp til, hvad vedkommende kan gøre fremadrettet og hvordan han/hun med små skridt kan overkomme de barrierer, der måtte være. Endelig skal borgeren ved behov henvises til at benytte eksisterende sundhedstilbud og/eller få kendskab til og deltage i lokale aktiviteter.

Det overordnede formål med sundhedscaféerne er, at borgerne får en øget trivsel, bedre egenomsorg og overskud til at tackle andre af de problemer, de oplever, hvilket samlet set, ifølge indsats teorien vil bidrage til, at der kommer mere energi og socialt overskud i boligområdet.

Forhold vedrørende rekruttering af målgruppen og henvisning til etablerede sundhedstilbud og lokale aktiviteter vil ikke blive behandlet i dette afsnit, men under Aktiviteter. Hvorvidt målgruppen af sundhedscaféernes brugere er den tilsigtede, er berørt i afsnittet: Af-dækning af målgruppen ligesom det vil blive behandlet under Samarbejdsperspektivet.

Målinger i sundhedscaféerne som trækplaster

Muligheden for at komme forbi sundhedscaféerne og få målt blodtryk, blodsukker samt vægt, bodyage og fedtprocent fremhæves af alle interviewpersoner som et rigtig godt tilbud, som de også næsten alle sammen benytter sig af – afhængigt af hvilke problemstillinger de har. I forhold til måling af vægt og fedtprocent fremhæves dette som øjenåbnende da det giver bevidsthed om sammensætningen af muskler og fedt i kroppen, så man kan følge med i, om ens vægttab er baseret på tab af fedt eller muskelmasse. Denne mulighed opfattes som meget motiverende både i forhold til at fastholde fokus og følge med i, hvordan det går med vægttabet.

"Vi bliver vejret, og hvis vi har brug for en ekstra snak om det, så kan vi snakke med sygeplejersken: Hvad er det måske mere, vi skal gøre for at tabe os. Det er motiverende."

(Borger Herredsvang)

De øvrige målinger af blodsukker og blodtryk opfattes af de interviewpersoner, som benytter sig af disse målinger, som tryghedsskabende i forhold til at kunne følge med i, hvordan det går med helbredet.

Alle interviewpersonerne har benyttet sig af muligheden for målinger og det er også denne mulighed, der har betydet, at de er kommet i sundhedscaféerne i første omgang, at de har lært sundhedscaféerne at kende og at de i de fleste tilfælde har udvidet deres måde at anvende sundhedscaféerne på.

Øget trivsel, egenomsorg og overskud

Selvom mange af interviewpersonerne påpeger, at de selv ved tilstrækkeligt om sund levevis, er der flere, der siger, at de har fået en øget viden og bevidsthed om sund levevis – herunder kost og motion – igennem sundhedscaféen. Her nævnes: Hyppigere måltider, mindre fedt i maden, flere grønsager, langsigtet sund levevis frem for hyppige slankekure, samt mere motion. Således angiver de fleste af interviewpersonerne, at de nu er motiverede for og også dyrker motion, spiser sundere og har tabt sig. En fortæller derudover, at vedkommendes søvnproblemer er forsvundet efter nada-akupunktur i sundhedscaféens regi.

En borger sammenfatter sundhedscaféens virkning i forhold til vedkommendes egenomsorg og trivsel således:

"Jeg slapper af, og folk her er blevet mine venner. Det er dejligt socialt. Hvis jeg har nogle problemer, fx i forbindelse med banken, så kommer jeg og snakker med dem, og de kan hjælpe mig. Det er også godt psykisk. Jeg går tur her i området tre gange om dagen, og så siger de til mig, at det er godt [...]. Det hjælper mig."

(Borger Trige)

Hvorvidt sundhedscaféen også bidrager til, at borgerne får et øget overskud, så de kan løse andre af deres problemer, fremgår dog ikke direkte af interviewmaterialet. Nogle borgere får således hjælp til at løse andre problemer end snævert helbredsrelaterede i sundhedscaféen – som det også ses af ovenstående citat – men det fremgår af interviewene, at det i højere grad er en hjælp foranlediget af sundhedscaféen end en mere selvstændig problemløsningsevne på grund af en øget trivsel, egenomsorg og overskud.

Energi og socialt overskud i boligområdet

Et af de langsigtede mål med sundhedscaféen har ifølge indsats teorien været at skabe mere energi og socialt overskud i boligområdet. Ved at borgerne får en øget trivsel, egenomsorg og overskud og derved flere ressourcer til selv at gøre noget ved deres problemer – også i boligområdet. Ud fra interviewene fremgår det, at sundhedscaféerne i høj grad er med til at bidrage til mere socialt samvær og energi i området. Selve det rum og de rammer som sundhedscaféen udgør, bidrager til mere socialt samvær blandt borgerne på tværs af alder og etnicitet i boligområdet, er der enighed om blandt interviewpersonerne.

En borger fortæller, at der i løbet af de fire år, sundhedscaféen har eksisteret, er kommet mere interaktion mellem borgere med anden etnisk herkomst og de etnisk danske:

"Dengang havde vi ikke så meget snak med de etniske grupper, men i dag er det blevet meget mere naturligt, at vi tager en snak og dialog. [...] Jeg skal fx lige aftale i næste uge, der skal jeg af sted med to etniske damer og lære dem at strikke sokker."

(Borger Herredsvang)

Der opleves således, at der er kommet mere interaktion imellem borgerne i og på tværs af de gængse grupperinger i boligområderne. Ud fra interviewmaterialet lader dette dog til at skyldes selve caféens rammer og den stemning, der opstår i caféen frem for at være afledt af, at borgerne har fået et større overskud på grund af et bedre helbred eksempelvis.

3.4 Ressourcer

Ifølge indsats teorien (bilag 1), er der i Projekt Sundhedscaféerne lagt vægt på, at følgende ressourcer skal sikre, at formålet med sundhedscaféerne opnås:

- Tilgængelighed
- Uformelt tilbud hvor CPR-nummer ikke registreres
- Sundhedscafépersonalets kompetencer
- Personalets kendskab til andre tilbud i lokalmiljø eller det etablerede sundhedsvæsen¹⁰
- Tid til den enkelte

I det følgende gennemgås borgernes perspektiver på ovenstående samt de øvrige forhold som borgerne har identificeret som henholdsvis fremmende eller hæmmende i forhold til, at sundhedscaféerne opnår deres tilsigtede virkning.

Tilgængelighed

Alle interviewpersonerne fremhæver sundhedscaféernes tilgængelighed. En tilgængelighed der ofte stilles op som en modsætning til, hvad interviewpersonerne oplever hos deres egen læge. Denne tilgængelighed omfatter både geografisk nærhed, der betyder, at det er nemt at komme derhen. Men tilgængelighed fremhæves også i forhold til tid. Man skal ikke bestille tid, for at komme i caféen, hvilket omtales som en stor fordel. Interviewpersonerne oplever i modsætning til dette, at det kan være meget svært at komme til at tale med egen læge: Her er en begrænset telefontid, hvor man, hvis man ikke kommer igennem, bliver nødt til at vente til den efterfølgende dag ligesom lægen ofte har praksis længere væk fra boligområdet. Endelig er selve konsultationen ved lægen afgrænset tidsmæssigt, så interviewpersonerne giver udtryk for at have en oplevelse af ikke at nå alt, hvad de ville eller at blive afbrudt, når de er ved lægen.

Det fremhæves også, at der ikke opleves at være ventetid på sundhedscaféerne. En interviewperson påpeger dog, at sundhedscaféerne kunne effektiviseres, hvis der i stedet for at være to fra personalet, der forklarer borgeren vedkommendes vægtstrimmel, i stedet var én, der stod for vejning og én, der stod for at forklare borgernes vægtstrimmel. Der er ligeledes lidt divergerende opfattelser af, om det tidsrum caféen har åbent er passende, afhængigt af om den pågældende interviewperson er tilknyttet arbejdsmarkedet eller ej.

Kontinuiteten i sundhedscaféerne ses også som en fordel af interviewpersonerne. Og tilsvarende gives der udtryk for skuffelse de steder, hvor sundhedscaféerne ikke er åbne

¹⁰ Først i afsnittet 'Aktivitet' redegøres der for interviewpersonernes vurdering af personalets kendskab til andre tilbud i lokalmiljø eller i det etablerede sundhedsvæsen samt hvorvidt dette tillægges betydning af interviewpersonerne.

længere efter projektperiodens udløb. I forhold til kontinuitet, er der dog en interviewperson der påpeger, at der ikke bliver givet besked, når sundhedscaféen holder ferielukket og at det ville være en fordel med en hjemmeside, hvor man kunne gå ind og se åbningstiderne.

Derudover opleves tilgængelighed også i forhold til, at der ikke er bestemte kriterier for, hvad man må komme med af problemstillinger. Som en borger siger, da vedkommende skal svare på, hvad en af forskellene er på sundhedscaféen og egen læge:

"... jeg går jo ikke over til lægen, bare fordi jeg tror, jeg har taget et kilo på. Og hvis jeg tænker, at jeg har nogle øv dage, og at jeg trænger til at snakke med en – for det er lige så meget det med at komme ned og hygge og komme ind og snakke med en, og at man kan sætte sig og hygge."

(Borger Bispehaven)

Et sidste element vedrørende tilgængelighed er at sundhedscaféerne er gratis, hvilket enkelte af interviewpersonerne fremhæver.

Uformelt tilbud hvor CPR-nummer ikke registreres

Interviewpersonerne kommenterer ikke det forhold, at CPR-nummeret ikke registreres i sundhedscaféerne – og det lader ikke umiddelbart til at være af særlig betydning for interviewpersonerne. En enkelt interviewperson fortæller, at for hende betyder det ikke noget, men hvis man kom, fordi man havde brug for omsorg, så kunne det være et problem, at CPR-nummeret blev registreret.

Sundhedscafépersonalets kompetencer

Alle interviewpersonerne fremhæver sundhedscafépersonalet for dets kompetence. Det fremhæves også at personalet formår at give svar på alle de spørgsmål borgerne har.

Hvorvidt det betyder noget, om der er skiftende personale, er der lidt forskellige holdninger til blandt interviewpersonerne. De fleste fortæller, at det ikke har en betydning, da alle de personaler de har mødt, har været søde og kompetente. Men enkelte nævner dog, at det, at der er det samme personale skaber et mere indgående kendskab til borgerens problemstillinger og behov, hvilket kan danne baggrund for en mere tillidsfuld relation.

Tid til den enkelte

Det tillægges stor betydning af interviewpersonerne, at der ikke er tidsmæssige rammer for, hvor længe man kan tale med en sygeplejerske eksempelvis og at man kan få den tid man har brug for.

"Lægen giver ikke den samme tid, som sygeplejersken giver. Nogle gange har jeg fået svar på noget ved sygeplejersken, som jeg ikke kan få at vide ved egen læge. Det har været en hjælp for mig. Det synes jeg er en fordel ved dem, at man kan få den tid, og man kan snakke om alt, hvad man har lyst til uden, at det bliver sådan "ok, nu er din tid gået". Man får den tid man har brug for."

(Borger Toveshøj-Gellerup)

Øvrige fremmende forhold

Udover de forhold som har været nævnt her, fremhæver interviewpersonerne også, at sundhedscaféerne giver nogle gode rammer for at mødes socialt. Der er plads til at følges

med venner og veninder derhen, man kan komme og drikke en kop kaffe og der er mulighed for at sidde og snakke med de andre besøgende i caféen.

Endelig fremhæves det som en fordel, at borgerens oplysninger bliver gemt fra gang til gang så man eksempelvis har mulighed for at følge med i sin vægt over tid.

Øvrige hæmmende forhold

Det nævnes som en barriere, at der i nogle af sundhedscaféerne ikke har været mulighed for en privatsfære, når man skulle vejes. Vægten har stået sådan, at der har været stor gennemstrømning, der hvor man skulle vejes og have forklaret sin vægtstrimmel. Dette ses som et problem især for borgere med vægtproblemer eller for kvinder som har haft burka etc. på, som de således ikke har haft mulighed for at tage af under vejningen.

3.5 Aktivitet

Ifølge indsatsteorien (bilag 1), er der lagt vægt på, at følgende aktiviteter skal sikre, at formålet med sundhedscaféerne opnås:

- Aktiv rekruttering af borgere
- Tilbud om mulighed for målinger af for eksempel blodtryk og fedtprocent¹¹
- Skabe rammerne for tillidsfulde relationer
- Anerkendende tilgang, hvor det er borgerne selv, der skal finde svarene
- Opmærksomhed på borgerens behov i det etablerede sundhedsvæsen
- Opmærksomhed på borgerens behov i forhold til lokale aktiviteter
- Blik for den enkelte borgers motivation

I det følgende gennemgås borgernes perspektiver på ovenstående aktiviteter.

Aktiv rekruttering af borgere

Interviewpersonerne er blevet rekrutteret på flere forskellige måder. Nogle er blevet kontaktet direkte af projektlederen – for eksempel i telefonen eller når de har mødt hende – andre har fået kendskab til tilbuddet ud fra skriftligt materiale. Atter andre fortæller, at de er gået forbi en sundhedscafé og er blevet nysgerrige eller tilfældigt har hørt nogle fortælle om, at caféen ville starte op.

En borger fortæller således om, hvordan han har skullet høre om sundhedscaféen to gange – og den anden gang ved en direkte personlig henvendelse – før han var klar til at komme første gang:

"[Projektlederen] kommer og siger hej. Hun fortæller os beboere om sundhedscaféen, hun forklarer, hvad caféen kan tilbyde. Hun fortæller i en halv times tid. Jeg mødte hende senere i SuperBrugsen, hun spørger, om jeg har været forbi sundhedscaféen. Jeg siger: "Nej, det har jeg glemt". Bagefter kom jeg her."

(Borger Viby)

Alle interviewpersonerne har selvfølgelig selv fået kendskab til og har været i sundhedscaféen. Men når de spørges til, hvad sundhedscaféerne kan gøre bedre, så nævnes især det at udbrede kendskabet til caféerne som et forbedringspotentiale – altså at have et øget fokus på rekrutteringen af borgere. Det forslås at lave arrangementer, hvor caféen kan præsentere sig selv: Eksempelvis at invitere til fest, arrangere fodboldkampe eller andre

¹¹ Tilbuddet om målinger gennemgås ikke i dette afsnit, da det er blevet berørt i afsnittet vedrørende virkning.

idrætsaktiviteter, så der kom flere mænd eller arrangere noget for børnene, så deres forældre også kom. Det forslås derudover at lave oplysningsmateriale om caféen på flere sprog, så også borgere med begrænsede danskundskaber kan få kendskab til tilbuddet.

Interviewpersonerne fortæller samstemmende, at de selv har anbefalet sundhedscaféen videre til deres netværk. Og for otte af interviewpersonernes vedkommende anvender deres netværk efterfølgende også sundhedscaféernes tilbud.

Skabe rammerne for tillidsfulde relationer

Sundhedscaféerne fremhæves især i forhold til, at personalet virker, som om de gerne vil være der, har lyst til at snakke og at være sociale med borgerne – for eksempel spise sammen med dem – og at de formår at skabe en tryk ramme.

"Tryghed. Mange de kommer, fordi de føler sig trygge."

(Borger Bispehaven)

Ligeledes fremhæves det, at personalet er lydhørt og tålmodigt og at de er der med det samme, hvis man har brug for en snak.

Anerkendende tilgang, hvor det er borgerne selv, der skal finde svarene

Et centralt element i indsats teorien for sundhedscaféen er, at borgeren ikke skal pådømmes en på forhånd defineret løsning på sine problemer, men at borgeren derimod selv skal definere sine behov og de løsninger, der kan være i forhold til disse behov. Dette betyder, at personalet må påtage sig en rolle, hvor de er meget åbne og anerkendende over for borgerne.

Der er flere af interviewpersonerne, der bifalder den åbne tilgang, hvor personalet ikke definerer borgerens problemer og løsninger på vegne af borgerne:

"Det var en god måde, fordi når jeg nu bestemmer med mig selv, at det er det, jeg gerne vil, så sætter man sig et mål, og at man så kunne komme ned og blive vejret og snakke sådan indimellem, og det var jo hyggeligt."

(Borger Bispehaven)

Og en anden borger siger tilsvarende:

"Hvis vi ikke selv er motiveret, så er der ikke noget at gøre – det skal være os som kommer med ønsker og siger, hvad vi gerne vil arbejde med, så man får nogle ejerfølelser. Det skal ikke være sådan noget, som kommer over hovedet på en, det duer ikke."

(Borger Herredsvang)

To af interviewpersonerne udtrykker dog uenighed med denne tilgang, hvor man som borger selv skal finde svarene – men som en af disse interviewpersoner udtrykker det, så kræver en anden tilgang en mere tæt relation til sygeplejersken:

"Jeg synes, det var en god idé, hvis det var en fast, som var der, for efter to-tre gange, så kender man hinanden godt, så er der ingen problemer, hvis hun siger "jeg synes det er godt, hvis du gør sådan og sådan", så er jeg mere tryk ved hende, og så vil jeg godt, fordi jeg gerne vil have denne her hjælp. Efter to-tre gange så vil jeg gerne prøve det, som hun siger, er godt for mig, men når man snakker åbent, så kan man godt blive forvirret, for hvad passer bedst til mig. Så er der for mange muligheder."

(Borger Toveshøj-Gellerup)

Opmærksomhed på borgerens behov i det etablerede sundhedsvæsen

Der er ikke, på baggrund af interviewmaterialet, belæg for at vurdere, hvorvidt personalet i sundhedscaféen er opmærksomme på de af borgerens behov, der kan dækkes i de eksisterende sundhedstilbud, da ingen af interviewpersonerne fortæller, at de er blevet viderehenvist. Flere af interviewpersonerne fortæller dog, at sundhedscaféen er det første sted, de går hen, hvis de oplever problemer, og at de forventer at blive viderehenvist, hvis personalet vurderer, at der er behov for dette.

Opmærksomhed på borgerens behov i forhold til lokale aktiviteter

Interviewpersonerne fortæller samstemmende, at personalet i sundhedscaféerne har kunnet henvise dem til aktiviteter i lokalområdet, hvis interviewpersonerne har oplevet et behov for dette. I flere tilfælde påpeges det dog, at der ikke har været tilstrækkelig relevante aktiviteter i lokalområdet, som interviewpersonen har kunnet blive henvist til, eller at interviewpersonen er blevet henvist til aktiviteter, hvor de efterfølgende er blevet afvist, fordi de ikke har tilhørt den pågældende aktivitets målgruppe. Andre interviewpersoner oplever omvendt, at der er et omfattende udbud af aktiviteter og at sundhedscaféen i meget høj grad er behjælpelig og lydhør i forhold til at tage initiativ til nye aktiviteter afhængigt af borgerens behov. Det sidste fremgår særligt af interviews med borgere fra boligområderne Herredsvang og Bispehaven.

Blik for den enkelte borgers motivation

Selve det at komme i caféen og få foretaget målinger samt at tale med personalet fremhæves som motiverende i forhold til at ændre kost- og motionsvaner. En borger udtrykker det således:

"Jeg har selv tjek på kost, jeg ved, hvad jeg skal spise, men jeg har svært ved selv at komme i gang, så det er fint at gå deroppe, for så kan de holde mig i gang med vægttabet."

(Borger Viby)

I forhold til motivation understreges det især, som en anden borger siger det, at man selv har været med til at definere målsætningen:

"... du har jo selv været med til at sige, at nu skal der ske et eller andet. Det er motiverende."

(Borger Viby)

Der er dog en enkelt interviewperson, der har mistet motivationen for at komme igen, da det virkede for uoverskueligt at iværksætte de tiltag, hun var blevet anbefalet.

3.6 Opsamling på borgerperspektivet

I dette afsnit samles der op på Borgerperspektivet i forhold til de to overordnede spørgsmål:

- 1) Hvilken virkning har Projekt Sundhedscaféer haft for borgerne?
- 2) Hvad har – set fra borgernes perspektiv – betydning for, at indsatsen har virket?

For at besvare det første spørgsmål samles der op på afsnittet Virkninger og for at besvare det andet spørgsmål samles der op på de to afsnit: Ressourcer og Aktiviteter.

Virkninger

Som det fremgik af gennemgangen af sundhedscaféernes virkninger, er der en overensstemmelse mellem de virkninger som indgår i indsatsteorien og de virkninger, som interviewpersonerne fortæller om, at de har oplevet. Det lykkes således sundhedscaféerne at tiltrække borgerne i boligområdet med tilbuddet om målinger, hvilket på sigt får disse til at gøre mere omfattende brug af sundhedscaféernes muligheder, deltage i sundhedssamtale, opsøge personalet i forhold til at få hjælp med både helbredsrelaterede og andre problemstillinger. Det at komme i sundhedscaféerne bidrager ifølge interviewpersonerne til, at de får en øget egenomsorg og trivsel, da de bliver mere bevidste og motiverede i forhold til sund kost og motion, de begynder at ændre deres vaner og flere oplever et vægttab. Der er dog ikke belæg for at konkludere, at borgerne får flere ressourcer, der bidrager til et løft i lokalområdet på baggrund af interviewmaterialet, men sundhedscaféerne skaber rammerne for, at der kommer en øget social interaktion mellem beboerne på tværs af alder og etnicitet

Ressourcer

Indsatsteoriens antagelser i forhold til, hvilke ressourcer der skal være til stede for at opnå de tilsigtede virkninger bekræftes af interviewpersonernes udsagn. Dels i forhold til, hvorvidt netop disse ressourcer har betydning for sundhedscaféernes virkning, dels i forhold til, at interviewpersonerne fortæller, at de har oplevet, at de pågældende ressourcer har været kendetegnende for sundhedscaféerne. Det bekræftes således, at blandt andet geografisk nærhed, ingen krav om tidsbestilling, tid til den enkelte, kontinuitet og kompetent personale har haft stor betydning for, at borgerne har anvendt sundhedscaféerne i det omfang de har gjort. Derimod tillægges det forhold, at borgerens CPR-nummer ikke registreres ved sundhedscaféerne, ikke den store betydning af interviewpersonerne. Udover de ovenfor nævnte ressourcer fremhæver interviewpersonerne sundhedscaféerne for de sociale rammer de giver – både i forhold til at komme der med venner og bekendte og i forhold til at komme i snak med de øvrige brugere. Interviewpersonerne identificerer kun én konkret barriere for at anvende caféen, relateret til vægtens placering i enkelte af sundhedscaféerne.

Aktiviteter

Ligesom i forhold til virkninger og ressourcer, så tilslutter interviewpersonerne sig overvejende indsatsteoriens antagelser om, hvilke aktiviteter der skal til for at opnå de tilsigtede virkninger af sundhedscaféerne. Der er lidt mere spredte holdninger i forhold til, hvorvidt interviewpersonerne også har oplevet, at disse aktiviteter har været til stede.

Interviewpersonerne mener samstemmende, at sundhedscaféen lykkes med at skabe en tillidsfuld relation mellem borgeren og personalet, men det påpeges dog af enkelte, at denne relation kunne blive yderligere styrket, hvis der var mindre udskiftning af personalet. Interviewpersonerne giver også udtryk for, at personalet har en anerkendende tilgang til borgerne, hvor de ikke ensidigt dikterer en løsning på borgernes problemer. Afhængigt af hvilket område de bor i, så har interviewpersonerne derimod meget forskellige oplevelser af udbuddet af aktiviteter i lokalområdet, som sundhedscaféerne henviser til eller selv tager initiativ til.

4 Samarbejdsperspektivet

Denne del af evalueringen vedrører samarbejdet mellem sundhedscaféerne og omgivelserne (kommune herunder kommunale sundhedstilbud, organisationer, boligområder mv.). Ligesom evalueringen af borgerperspektivet besvarer evalueringen af samarbejdsperspektivet to grundlæggende spørgsmål: 1) Hvilken betydning har sundhedscaféerne haft for omgivelserne?, 2) Hvad skal der, set ud fra et samarbejdsperspektiv, til for at en sundhedscafé bliver en succes?

Evalueringen tager igen afsæt i den indledningsvist udarbejdede indsats-teori (bilag 2), som beskriver aktiviteter, målsætninger og antagelser om virkning vedrørende sundhedscaféernes samarbejde med omgivelserne.

Med afsæt i indsats-teorien for samarbejdsperspektivet er der formuleret temaer og spørgsmål til en kvalitativ interviewundersøgelse med de væsentligste interessenter for Projekt Sundhedscaféer. Samlet set er der gennemført otte personlige interview med ni¹² centrale samarbejdspartnere. Interviewpersonerne fordeler sig på følgende måde:

- Folkesundhed Aarhus: To personer (Folkesundhedschef og koordinator for Folkesundhed Aarhus Vest)
- Viceområdechefer fra lokalområderne Hasle-Åbyhøj og Område Nord og Områdechef fra lokalområdet Viby-Højbjerg: Tre personer
- Sygeplejersker fra fire ud af de fem sundhedscaféer: Fire personer

I udvælgelsen af interviewpersoner har det hovedsageligt været målet at afdække samarbejdet mellem de boligsociale indsatser i boligområderne og Aarhus Kommune, herunder primært Magistraten for Sundhed og Omsorg, da denne er den primære samarbejdspart.

De anvendte interviewguides (se bilag 5) er blevet tilpasset de enkelte interviewpersoner og deres organisatoriske perspektiv på sundhedscaféerne, men som udgangspunkt er følgende temaer blevet berørt i interviewene:

Hvilken betydning har sundhedscaféerne?

- Brobygning til sundhedstilbud i normalsystemet
- Brobygning til lokale aktiviteter i boligområdet
- Sundhedscaféernes bidrag til fokus på sundhed i lokalområdet
- Bidrag til øget fællesskab i boligområdet via beboeres deltagelse i aktiviteter
- Bidrag til øget tværsektorielt samarbejde

Hvilke forudsætninger skal være til stede for, at en sundhedscafé bliver en succes?

- Karakteren af sundhedscaféens sundhedstilbud (omfang og kvalitet)
- De personalemæssige kvalifikationer i sundhedscaféen
- Sundhedscaféens evne til at være opsøgende og inkluderende i forhold til lokale tilbud
- Sundhedstilbuddenes evne til at rette sig mod de behov, der er i boligområdet
- Tilstrækkeligt kendskab til organisation, strategier, opgaver mv. på tværs af boligsociale indsats og forvaltning
- Ledelse og projektledelse af Projekt Sundhedscaféer

¹² To af de interviewede er blevet interviewet sammen.

- Opbakning fra forvaltning, relevante sundhedsprofessionelle, boligforening, frivillige organisationer, meningsdannere i boligområdet

Evalueringen af samarbejdsperspektivet skal afdække, hvilke forskelle og ligheder der findes blandt Projekt Sundhedscaféers centrale interessenter i vurderingen af projektets virkning og de aktiviteter og ressourcer, der udgør forudsætningen for succes.

Analysen af samarbejdsperspektivet er bygget op omkring følgende analysetemaer, der er identificeret på baggrund af en tværgående analyse af de otte interviews omhandlende samarbejdsperspektivet:

Analyssetemaerne er:

- Sundhedscaféernes målgruppe
- Faktorer som motiverer borgere til at benytte tilbuddet
- Henvender sundhedscaféerne sig til alle borgere i målgruppen?
- Samarbejdspartneres vurdering af styrkerne ved sundhedscaféerne
- Væsentlige organisatoriske elementer for at sundhedscaféerne kan blive en succes
- Forudsætninger hos medarbejdere i sundhedscaféer
- Tilstrækkelig sammenhæng mellem sundhedscaféerne og de kommunale sundhedstilbud?
- Evner sundhedscaféerne at være synlige og dagsordenssættende
- Samarbejdspartneres anbefalinger om indsatsen i sundhedscaféen

4.1 Sundhedscaféernes målgruppe

Baggrunden for projektet var, som det er beskrevet i evalueringens indledning, at de boligsociale områder har en høj repræsentation af borgere, der ikke er tilknyttet arbejdsmarkedet; har begrænset uddannelse og en anden etnicitet end dansk. Desuden har det spillet en rolle, at forskning viser, at disse sociale karakteristika er forbundet med øget ulighed i sundhed.

Det har således fra projektets opstart været hensigten, at sundhedscaféerne skulle henvende sig til borgere, som er ressourcetsvage i forhold til deres sundhed. Det Boligsociale Fællesskab ønsker derfor viden om, hvorvidt sundhedscaféerne har formået at skabe kontakt til den ønskede målgruppe. Dette er tidligere berørt i afsnittene 'Afdækning af sundhedscaféernes målgruppe' og 'Borgerperspektivet' – men vil også blive analyseret ud fra et samarbejdsperspektiv i det følgende. Herved sikres et mere bredt og nuanceret perspektiv på hvem, der udgør målgruppen for sundhedscaféerne.

Som det også fremgik af Sundhedscaféernes eget datamateriale, så beskriver de interviewede samarbejdspartnere, ligeledes at flere af den gruppe borgere, som benytter sundhedscaféerne, er kvinder og af anden etnicitet end dansk. Derudover er det de interviewede samarbejdspartneres opfattelse, at målgruppen udgøres af udsatte borgere, som har svært ved at tage kontakt til det etablerede sundhedssystem både i forhold til kommunale sundhedstilbud, praktiserende læger og speciallæger. Yderligere er det en gruppe borgere, som heller ikke tidligere har benyttet sig af eksisterende sundhedstilbud, hvorfor flere af de interviewede sygeplejersker og viceområdechefer vurderer, at sundhedscaféerne har fat i den rigtige målgruppe.

Imidlertid fremgår det af interviewene, at de borgere, som opsøger sundhedscaféerne, primært ønsker at benytte tilbuddet om bodyscanning, hvor de kan blive målt og vejlet og få viden om deres BMI og fedtprocent. På denne baggrund vurderer sygeplejerskerne i sundhedscaféerne, at det hovedsagligt er borgere, som ønsker kendskab til vægt (overvægt) og fedtprocent, som anvender sundhedscaféen.

Den rigtige målgruppe?

Enkelte peger på, at sundhedscaféerne måske ikke får fat i den målgruppe, som projektet oprindeligt havde haft til hensigt. Repræsentanter fra Folkesundhed Aarhus fremhæver, at målgruppen for projektet er de borgere, som ikke selv har ressourcerne til at tage initiativ til opstart i et sundhedstilbud, og herunder måske heller ikke selv har ressourcerne til at erkende, at der er et sygdomsproblem. En repræsentant fortæller, at de borgere som benytter sundhedscaféerne, det er:

"... dem, som kommer ud i forvejen. Der kommer ikke nogen, som aldrig går ud af deres lejlighed. Det er det, som er vores udfordring, vi får de bedste af de dårligste. Vi får ikke dem, der sidder inde alene."

Dette kan indikere, at sundhedscaféerne har en udfordring i, at nå de mest udsatte borgere i boligområderne. Yderligere beretter repræsentanterne fra Folkesundhed Aarhus, at de i deres tilbud ikke modtager borgere, som er blevet henvist fra sundhedscaféerne. Dette kan være tegn på, at sundhedscaféerne ikke har formået at komme i kontakt med de udsatte borgere, som har behov for yderligere sundhedsindsatser. En anden mulig forklaring kan være, at sygeplejerskerne ikke i tilstrækkelig grad har formået at få guidet de udsatte borgere videre til relevante kommunale sundhedstilbud.

I relation til at nå de mest udsatte borgere, peger datamaterialet på, at en mulighed for at nå ud til flere udsatte borgere er, at sundhedscaféerne indgår samarbejde med fagpersoner, som i deres daglige arbejde har med de mest udsatte borgere at gøre. Interviewpersonerne peger eksempelvis på, at hjemmeplejen, hjemmesygeplejerskerne, socialrådgivere eller beboerrådgivere i boligforeningerne kunne være mulige samarbejdspartnere, da disse ofte har et godt kendskab til beboerne og formentlig ville kunne være behjælpelige med at etablere kontakt til de mest udsatte borgere.

4.2 Faktorer som motiverer borgere til at benytte tilbuddet

For at kunne målrette indsatsen og skabe kontakt til den tilsigtede målgruppe, er det relevant at afdække hvilke faktorer, der motiverer borgerne til at benytte sundhedscaféen fra samarbejdspartnerens perspektiv.

Sundhedstjekket

Den første motiverende faktor, som de interviewede sygeplejersker fremhæver, indebærer, at de borgere, som benytter caféerne, oplever det som et uforpligtende tilbud, hvor de uformelt kan komme forbi og få et sundhedstjek. Samtidig er der ved besøget mulighed for at gå i dybden med problemstillinger, som ligger udover det sundhedsmæssige. Videre erfares det - som det også fremgik af afsnittet vedrørende borgerperspektivet - at gruppen af borgere i traditionelle tilbud til tider kan opleve, at det er svært at blive hørt, og at det er svært at få tid til at blive hørt. Fx har en konsultation hos lægen altid en fastsat tidsramme, hvor det pga. den begrænsede tidsramme ikke er muligt at tale om andet end den konkrete

problemstilling, som der er afsat tid til. En sygeplejerske fortæller, at en faktor, som hun vurderer særlig, ved sundhedscaféen er:

"... det med at føle, at nogle har tid til bare at sætte sig tilbage og måske bare slå ørene ud og have store ører og lille mund og bare være nærværende og lytte til, hvad det er folk egentlig siger. Både mellem linjerne og direkte. Det tror jeg, rigtig mange har oplevet, er en af styrkerne ved sundhedscaféerne."

Sundhedssamtalen er det tilbud i sundhedscaféen, hvor borgeren har mulighed for denne dybere og længerevarende samtale med sygeplejerskerne. Derfor fremhæves denne også som en motiverende faktor for at komme i sundhedscaféen. Sundhedssamtalen er som tidligere nævnt i udgangspunktet sundhedsfremmende samtaler afholdt af sygeplejerskerne ud fra anerkendende principper, der kan vedrøre alle borgernes selvdefinerede aspekter af sundhed, herunder livsstil og livsglæde. Det fremgår af interviewmaterialet, at samtalen har en række fælles og tværgående fikspunkter, som sygeplejerskerne på tværs af sundhedscaféerne har været bevidste om at spørge ind til. Det kan eksempelvis være søvn herunder søvnproblematikker, humør samt fysisk og psykisk formåen. På trods af de fælles fikspunkter fremstår indholdet og længden for samtalen tilfældig og forskellig afhængig af borgers tilkendegivelse af problemstillinger. Yderligere har sundhedssamtalens teoretiske udgangspunkt samt det faglige indhold ikke i tilstrækkelig grad været afklaret.

Interviewene med sygeplejerskerne understreger - ligesom det fremgik af interviewene med borgerne - at tilbuddet om målinger af BMI og fedtprocent fungerer som et trækplaster for mange, da borgerne viser stor interesse for at blive målt og vejjet. Sygeplejerskerne fortæller, at det kan motivere borgerne at få et sundhedstjek ved en bodyscanning eller en blodtryks- og blodsuktermåling. Via målinger kan den enkelte enten få vejledning til et sundere liv, eller de kan blive bekræftet i at leve et sundt liv.

Nærhed og socialt samvær

Tilsvarende i interviewene med borgerne fremhæves det, at nogle borgere også kommer, fordi de har behov for noget socialt. Således kan sundhedscaféen også være et sted, hvor borgerne kan blive en del af det boligsociale fællesskab ved at deltage i diverse aktiviteter i boligområdet. En sygeplejerske fremhæver, at sundhedscaféen har fællestræk med:

"... et lokalcenter, for tilbuddet er jo ikke bare et sundhedsfagligt tilbud, men et tilbud om netværk - noget socialt. Det har en styrke i, at det tager afsæt i der, hvor de bor - at det ligger lige der, hvor de bor."

Udover at citatet fremhæver en motivationsfaktor om, at tilbuddet kan bidrage til sociale fællesskaber, fremhæver det ligeledes vigtigheden i, at tilbuddet er placeret i borgerens nærområde. Nærhed som motivationsfaktor understreges i flere interview, idet tilbuddet på denne vis bliver nemt tilgængeligt for borgerne. Når tilbuddet er placeret i kendte fysiske rammer kan det bidrage til genkendelighed og trykthed for den enkelte borger.

4.3 Henvender sundhedscaféerne sig til alle borgere i målgruppen?

Interviewpersonerne giver udtryk for, at der er grupper af borgere, som er svære at rumme i tilbuddets nuværende form.

Borgere af anden etnisk baggrund

For det første fortæller størstedelen af de interviewede, at sygeplejerskerne i sundhedscaféerne kan have svært ved at kommunikere med borgere af anden etnisk baggrund end

dansk. Udfordringen består i sprogligt at forstå de sundhedsmæssige problemstillinger, som borgerne fortæller til sygeplejerskerne. Og samtidig består den også i at formidle indholdet i sundhedsmæssige problemstillinger, da denne gruppe kan have svært ved at forstå dansk. I forlængelse heraf kan borgerne have svært ved at forstå, hvad de forskellige målinger og tallene herfor konkret betyder, og hvordan de skal forholde sig til den viden de får.

Videre opleves sproget i mange tilfælde som en barriere for at kunne gå dybere ind i en problematik. Ofte anvendes alternative tolke som fx familiemedlemmer eller bydelsmødrene. Flere sygeplejersker og viceområdechefer peger på, at brugen af alternative tolke kan være problematisk i forhold til fortrolighed i sundhedssamtalen. Under besøget kan der komme emner op, som borgerne ikke er interesseret i, at fx familiemedlemmer får viden om. Ved brug af alternative tolke er der desuden stor risiko for misforståelser i kommunikationen mellem borgerne og det sundhedsfaglige personale. Det fremgår af interviews, at enkelte caféer har benyttet godkendte tolke ansat i sundhedscafeen. Sundhedscaféerne har samlet haft besøg af mere end 30 nationaliteter, hvilket sammen med tilbuddets frivillige karakter vanskeliggør planlægningen af tolkekapacitet.

Borgere med psykiatri- og/eller misbrugsproblematikker

En af de interviewede viceområdechefer påpeger, at den lokale sundhedscafé bør forsøge at rumme borgere med psykiatriske lidelser og misbrugsproblematikker, der findes i det pågældende boligområde. Det traditionelle sundhedsvæsen har ofte vanskeligt ved at indfange denne gruppe borgere, og her kan sundhedscaféerne, ifølge viceområdechefen, spille en rolle ved at være et åbent tilbud, som denne målgruppe har mulighed for at opsøge på sine egne præmisser:

"... Det kunne være, at sundhedscaféerne kunne have en rolle i forhold til at få en snak med nogen om: 'Hvordan er det, jeg har det lige nu?' Det kunne godt være en vej. Der er nogle af de borgere [med psykiske lidelser og misbrug], hvor det er vigtigt, at vi kan fortælle, at der faktisk er en mulighed: 'Hvis du har lyst til bare at komme og spise og være, så er det åbent i dit område to gange om ugen'."

En konsekvens af at denne gruppe borgere målrettet henvises til sundhedscaféerne kunne dog være, at det vil stille meget omfattende krav til sygeplejerskernes rolle og kompetencer. I forhold til denne målgruppe kan sygeplejerskerne komme til at befinde sig i situationer, hvor det der efterspørges kan være af en mere terapeutisk art eller få karakter af at være lig en socialrådgiverfunktion m.m. Som det tilføjtes af viceområdelederen, vil det i givet fald være vigtigt:

"... at være meget opmærksom på, hvad det er vi snakker om, og hvornår er det, at jeg skal være opmærksom på, at nu kan jeg komme til at gå over grænsen i forhold til min rolle."

Det er derfor vigtigt kontinuerligt at have øje for, hvem målgruppen i det konkrete boligområde er og sikre, at sygeplejerskerne har de rette kompetencer til at håndtere og imødekomme denne målgruppe.

4.4 Samarbejdspartneres vurdering af styrkerne

Der synes at være to elementer, som samarbejdspartnerne er særligt optaget af i forhold til at vurdere styrkerne ved tilbuddet. For det første ser interviewpersonerne det som en styrke, at sundhedscaféerne har mulighed for at støtte borgeren på individniveau. Fx kan personalet i sundhedscaféerne guide borgeren videre til et relevant tilbud, således at den-

ne støttes i at gøre noget aktivt i forhold til egen sundhed. For det andet kan tilbuddet støtte borgeren i at deltage i forskellige aktiviteter i lokalområdet og herved hjælpe til at bringe borgeren ind i et fællesskab.

Tid til den enkelte

Derudover oplever samarbejdspartnerne – særligt sygeplejerskerne det som en stor styrke, at der er god tid til den enkelte borger, som det fremgik ovenfor, opleves dette også som en motiverende faktor for den enkelte borger. Særligt bliver sundhedssamtalen fremhævet, som et rum hvor der er tid til at tale om borgerens forskellige problemstillinger. Således fortæller en sygeplejerske:

"... hvis [sundheds-] samtalen tager to timer, så gør den det - så må de andre vente. Bare fordi der står seks derude [på gangen/modtagelsen hvor fx målingerne foretages], så skal jeg ikke bare sige: 'Nu er vi vist færdige med dig'. Der skal være tid til det. Det er jo ikke noget akut på den måde, så de andre kan vente til næste gang. Sådan ser jeg det i hvert fald."

Citatet indikerer, at der ikke er klare rammer for sundhedssamtalerne, hvilket af sygeplejersken i dette tilfælde opleves som positivt. Den åbne tidsramme giver mulighed for, at den enkelte sygeplejerske tager sig god tid til at tale med den enkelte besøgende borger.

Tilgængelighed

Derudover opleves det af samarbejdspartnerne som en styrke, at caféerne er placeret centralt og tilgængeligt i lokalområdet, som fx i kulturhuset. Flere af samarbejdspartnerne fortæller, at det er en styrke at sundhedscaféerne er der, *hvor folk lever og bor*. Den nære og centrale placering i boligområdet gør tilbuddet tilgængeligt for borgerne i området og åbner mulighed for, at borgere kan kigge forbi på vejen til fx supermarkedet.

Enkelte af de interviewede fremhæver, at flere af de etablerede sundhedstilbud som fx lokalpsykiatrien, læger m.m. i stigende grad er flyttet ud af boligområderne. Det kan gøre det udfordrende for borgerne at benytte disse tilbud – og særligt de udsatte borgere. Denne gruppe af borgere kan være udfordret af psykiske årsager og kan have svært ved at tage offentlige transportmidler for at bevæge sig fra et sted til et andet. En viceområdechef fortæller:

"Det har en betydning, at det ligger lokalt - der hvor man bor, at man ikke skal bevæge sig for langt. Det var også noget af argumentationen for at sundhedscaféerne skulle placeres i lokalområdet."

Sundhedscaféernes lokale og nære placering er derfor en styrke, da det bliver nemt tilgængeligt for borgerne – det er overskueligt at opsøge og benytte tilbuddet, da de fysisk ikke skal bevæge sig langt væk fra deres bolig.

Uforpligtigende samtale – uden registrering af CPR-nummer

For det fjerde erfares det af samarbejdspartnerne, at borgerne oplever sundhedscaféerne som et sted for en uforpligtigende samtale, hvor de kan komme og fortælle om diverse problemstillinger, uden at oplysningerne bliver registreret som en sag. Dette begrundes af sygeplejerskerne og viceområdecheferne i, at borgerne ikke oplever tilbuddet som en del af kommunen eller som et behandlingssted, hvor borgerne vil blive registreret. At det er et uforpligtende tilbud understøttes af, at besøgene foregår uden at blive CPR-registreret,

hvor der hverken skal aftales tid på forhånd og heller ikke indgås aftaler om opfølgende indsatser.

Imidlertid vurderer flere af samarbejdspartnerne, at mange af borgerne ikke oplever det problematisk at skulle opgive deres CPR-nummer. Enkelte sygeplejersker beretter, at når de beder om borgernes fødselsdato, så fortæller borgerne ofte hele deres CPR-nummer. Dette er i tråd med analysen af borgerperspektivet, hvor borgerne heller ikke gav udtryk for, at oplysning af CPR-nummer skulle være en forhindring for at komme i tilbuddet.

Videre udtaler enkelte af samarbejdspartnerne, at der kan være fordele i at registrere CPR-numre – både i forhold til borgerniveau og projektniveau. Såfremt der er CPR-registrering af borgerne, vil det i højere grad være muligt at følge op på fx yderligere indsatser i Folkesundhed Aarhus. Derudover kan CPR-registrering på projektniveau give mulighed for at følge, hvilken virkning Projekt Sundhedscaféer har på den gruppe borgere, som besøger sundhedscaféerne. Således synes samarbejdspartnerne at have forskellige vurderinger af, hvorvidt det er en fordel at tilbuddet ikke registrerer CPR-nummer. På den ene side vurderes det CPR-løse tilbud, som værdifuldt, fordi det gør tilbuddet uforpligtende, anonymt og frivilligt. På den anden side mister man, uden registrering af CPR-nummer, muligheden for at skabe et sammenhængende forløb med øvrige sundhedstilbud, da registrering af CPR-nummer giver mulighed for opfølgning på den enkelte borger. Derudover giver registrering mulighed for at kunne evaluere Projekt Sundhedscaféer. Det synes derfor relevant at få drøftet, hvorvidt der fremadrettet bør registreres CPR-nummer på borgerne.

Mulighed for tidlig indsats

Endelig peger flere samarbejdspartnere på, at tilbuddet, grundet målingernes trækplasterfunktion, er en unik mulighed for at få fat på borgere, som ellers ikke ville have opsøgt et sundhedstilbud. Dette gælder særligt i forhold til livsstilssygdomme, som diabetes, forhøjet blodtryk og KOL. Sundhedscaféen ses som et sted, hvor det er muligt at motivere disse borgere til at komme skridtet videre ved fx at få bestilt tid ved egen læge og få lavet de nødvendige undersøgelser.

Således er flere af samarbejdspartnerne positivt stemte overfor de forskellige målinger. Imidlertid er en repræsentant fra Folkesundhed Aarhus mindre positiv overfor sundhedscaféernes tilbud om måling af blodtryk og blodsukker. Interviewpersonens indvending går på, at den form for målinger kun giver troværdige og anvendelige resultater, hvis borgeren indgår i et længere forløb, hvor det er muligt at gentage målingerne på forskellige tidspunkter i løbet af dagen og ugen. Derudover påpeges, at der via målingerne er risiko for, at rette fokus på sundhedsmæssige problemstillinger hos borgerne, som sygeplejerskerne på sundhedscaféerne ikke kan følge op på. Det bliver dermed op til den enkelte borger at gøre noget aktivt, da målingerne i sig selv ikke medvirker til højere grad af sundhed. Repræsentanten fra Folkesundhed Aarhus påpeger, at såfremt sundhedscaféerne skal opnå højere grad af sundhed hos borgeren fordrer det en mere opfølgende indsats i forhold til den enkelte borger.

4.5 Væsentlige organisatoriske elementer for at sundhedscaféerne kan blive en succes

For at sundhedscaféerne kan fungere hensigtsmæssigt er der organisatoriske elementer, som samarbejdspartnerne oplever som essentielle.

Én eller to gennemgående sygeplejersker

I projektets start var det forskelligt, hvordan den enkelte sundhedscafé var organiseret i forhold til varetagelse af sygeplejerskefunktionen. Nogen steder var sundhedscaféen organiseret med flere sygeplejersker, således at der ikke var en gennemgående sygeplejerske men flere forskellige sygeplejersker som varetog opgaven på den enkelte sundhedscafé. Andre steder havde man organiseret sig med én eller to gennemgående sygeplejersker. På denne vis har sundhedscaféerne på evalueringstidspunktet gjort sig erfaringer med, hvad der organisatorisk fungerer bedst for at imødekomme borgerne i boligområderne. Interviewmaterialet peger på, at en organisering med én eller to gennemgående sygeplejersker i bemanningen i sundhedscaféerne giver kontinuitet i opgaveløsningen. Således fortæller en interviewperson:

"... Der skal helst være én eller to gennemgående personer, for der er noget viden, man skal opsamle, og der er noget erfaring, som man skal have i at arbejde med denne her metode i forhold til interview og den måde man laver sundhedstjek på."

Fordelen ved denne kontinuitet i bemanningen er for det første, at borgerne får kendskab og en relation til den eller de to sygeplejersker, som besidder funktionen. For det andet bliver det muligt for sygeplejersken at opnå kendskab til lokalområdet; både til beboerne, og til de aktiviteter som foregår. Denne viden kan sygeplejersken benytte til at henvise borgerne til lokale relevante aktiviteter, som kan gavne borgeren fremadrettet. Derudover kan den lokale viden anvendes til at tænke i nye aktiviteter, som vil kunne gavne borgergruppen i de specifikke boligkontekster. Dette kan eksempelvis gøres ved at have fokus på en særlig beboergruppe. I boligområdet i Trige har sygeplejerskerne været opsøgende ved at møde borgerne på gaden, hvilket betød at sundhedscaféen fik flere besøgende. Andre peger på muligheden for at lave gruppeforløb fx i form af undervisning henvendt til specifikke målgrupper som fx borgere med misbrug eller med psykiatriske lidelser. Det er væsentligt i organiseringen, at sygeplejersker, Sundhedsenheder, de lokale boligsociale indsatser og Det Boligsociale Fællessekretariat fremadrettet har blik for lokale samarbejdsmuligheder med øje for, hvilke aktiviteter der kan være behov for at igangsætte i det konkrete boligområde.

Fast åbningstid

Men det er ikke kun kontinuitet i bemanningen, som er væsentlig. Interviewmaterialet viser også – ligesom i interviewene med borgerne – at det er vigtigt med kontinuitet i ugedag. Fx fortæller de interviewede fra Trige boligområde, at de i en periode nedsatte sygeplejerskernes effektive timer ude i sundhedscaféen, da de ikke havde tilstrækkeligt besøgende. Dette betød at de ikke havde en fast åbningsdag. Efter en periode besluttede de, at der igen skulle være en sygeplejerske i sundhedscaféen én gang fast hver uge. Den faste åbningstid har betydet, at der kom flere besøgende. Stigningen kan skyldes, at borgerne bliver bevidste om, at der er et fast tidspunkt, hvor de ved, at sygeplejersken i sundhedscaféen er tilgængelig, således beretter de interviewede fra Trige:

"... det har noget at gøre med, hvornår borger kan regne med, at der er nogle [sygeplejersker], så det ikke kun er engang imellem, - og de [borgerne] kunne ikke helt finde ud af, hvornår det var."

Løbende erfaringsudveksling

Yderligere er et væsentligt element for at tilbuddet kan blive en succes, at samarbejdspartnerne jævnligt mødes for at drøfte eksempelvis sammenfaldende problemstillinger, og at der på denne vis sker vidensudveksling mellem de involverede samarbejdspartnere. Flere fortæller, at der på tværs af sundhedscaféerne ikke er sket erfaringsudveksling i til-

strækkelig grad. De udtrykker ønske om kvalificeret sparring fra kollegaer i samme funktion, da deres øvrige kollegaer ikke har kunnet give optimal sparring i forhold til de særlige problemstillinger, der er forbundet med at sidde i en sundhedscafé. Særligt fortæller flere, at det i begyndelsen af projektet var en udfordring at deltage i møder på tværs. Sygeplejerskerne oplevede det som en udfordring, da de fra ledelsens side ikke fik ekstra tid til at deltage i tværgående møder, og de havde svært ved at nå det indenfor de tre timer, som er afsat til deres funktion i sundhedscaféen. Det fremhæves som særligt betydningsfuldt med erfaringsudveksling mellem de sygeplejersker, som bemander caféerne. Folkesundhed Aarhus har fremadrettet valgt at organisere og strukturere vidensdelingen, og dette består fremadrettet af et netværk, som mødes hvert halve år, og hvor man både deler viden og kompetenceudvikler.

4.6 Forudsætninger hos medarbejdere i Sundhedscaféer

For at kunne besidde funktionen som sygeplejerske i sundhedscaféerne, tegner der sig et billede af, at man bør besidde visse kvalifikationer.

Besiddelse af åbenhed og tålmodighed

For det første viser interviewmaterialet, at sygeplejerskerne skal kunne møde de borgere, som kommer i caféen med åbenhed, tålmodighed og nærvær. Dette er en væsentlig kompetence, da flere af de borgere, som kommer i sundhedscaféen, har udfordringer, som ikke ligger indenfor de traditionelle sygeplejefaglige opgaver som fx psykiske problemer – og mange er måske ikke helt bevidste om deres udfordringer. En sygeplejerske fortæller om disse borgere, at:

"... Det virker lidt som om, at de ikke ved, hvad de skal stille op med det, og så kommer de til mig i håb om, at jeg måske kan hjælpe dem. Vi snakker lidt om, hvad der kan ligge bag [...] Det er ikke bare sundhed og sundhedsrelaterede ting men også, hvad der nu har rumstret i deres hoved."

En vigtig opgave for sygeplejerskerne i sundhedscaféerne er derfor, at de evner at gå i dialog med borgerne og sammen med borgeren får sporet sig ind på dennes aktuelle problemstillinger ved netop at være nærværende og lyttende i dialogen.

Sundhedspædagogisk metode

I forlængelse af dette vurderer en repræsentant fra Folkesundhed Aarhus, at sygeplejerskerne i sundhedscaféerne fra start burde have været klædt bedre fagligt på til at kunne gennemføre en motiverende sundhedspædagogisk samtale med borgerne. Det er vigtigt, at sygeplejerskerne har kompetencer til at hjælpe borgerne videre i systemet, men de skal også kunne hjælpe borgerne videre til at kunne arbejde med og håndtere deres problemer og udfordringer. Interviewpersonen fra Folkesundhed Aarhus fremhæver, at der i stedet for de forskellige målinger, i samtalen skal være fokus på:

Den sundhedspædagogiske tankegang, hvor vi må spørge "Hvad skal der til for, at du kommer derhen, hvor du gerne vil? Hvad vil du selv? Vi må spørge os selv, hvordan man kan få borgeren ud i lokalområdet og arbejde. - Er de virkelig syge, så skal man jo prøve at få dem holdt i hånden og sende dem videre i systemet."

For i højere grad at få den sundhedspædagogiske metode i spil i samtalen ude i sundhedscaféerne har Folkesundhed Aarhus igangsat et kompetenceudviklingsforløb, hvor sygeplejerskerne bliver klædt på til at kunne holde en motiverende sundhedspædagogisk samtale

med borgeren. Forløbet består bl.a. af planlægning af det konkrete indhold i sundhedssamtalen, samt det at kunne sætte mål sammen med borgeren.

Solid sundhedsfaglig viden samt viden om relevante tilbud

For det tredje viser interviewmaterialet, at det er en forudsætning, at sygeplejerskerne har en solid sundhedsfaglig viden. Men samtidig har en viden, som gør dem i stand til at kunne navigere i det kommunale system og således kan guide borgeren videre i systemet. Dermed skal de besidde en viden om relevante tilbud både i Folkesundhed Aarhus samt om aktiviteter i lokalområdet (boligsociale indsatser/aktiviteter, foreningsliv m.m.). En sygeplejerske giver i det efterfølgende citat en række eksempler på, hvorfor det kan være en styrke, at sygeplejersken har viden om den kommunale organisering af sundhedstilbud:

"Det kan være et misbrugsproblem, hvor der kommer én ind og fortæller: 'Nu er det vist på tide, at jeg skal på antabus – det har jeg været tidligere, men der droppede jeg ud af det'. I denne situation er det rimelig simpelt at få lægen i tale og få ordineret antabus. Men det er vigtigt, at man tager det under supervision, så der er nogen, som kan støtte én. Det kan sundhedscaféen jo ikke tilbyde, men så er det jo let at gå ned i sundhedsklinikken to gange om ugen, så kan de tilbyde dig at komme der og få antabus. Det kan også være naboer, der er bekymrede omkring en borger, fordi det lugter i opgangen eller hygiejne. I sådanne tilfælde kan det være borgerkonsulenterne eller hjemmeplejen man skal have fat i - er det en der er kendt i systemet fx. Det kan være hævede ben, tendens til sår på benene, skal man have henvisning til støttestrømpe og få søgt det gennem kommunen [...] Det kan ligeledes være en borger, der har højt blodsukker men ikke synes, det er grund til at gå til egen læge, så kan han eller hun komme ned i sundhedsklinikken kl. 07.30 om morgenen, inden han eller hun har spist morgenmad, så kan vi tjekke blodsukker og tale videre om det."

Det er dermed en essentiel kompetence for sygeplejersken i sundhedscaféen at have viden om den kommunale vifte af sundhedstilbud. Men udover kendskab til den kommunale vifte af sundhedstilbud er det også relevant at have kendskab til lokale tilbud og aktiviteter, da deltagelse fx vil kunne støtte borgeren i at indgå og deltage i sociale fællesskaber i det lokale boligområde.

Opsamlende viser interviewmaterialet, at sygeplejerskerne i sundhedscaféerne skal besidde en bred kompetenceprofil, som bygger på: At være åben og nærværende i dialogen med borgerne, at kunne afholde en motiverende samtale ud fra den sundhedspædagogiske metode, at have solidt kendskab til den kommunale organisering og herunder have overblik over relevante sundhedstilbud tilbud og endelig have kendskab til lokale tilbud og aktiviteter.

4.7 Tilstrækkelig sammenhæng mellem sundhedscaféerne og de kommunale sundhedstilbud?

Et af målene med etablering af sundhedscaféerne var at skabe sammenhængende forløb for borgerne ved at guide dem videre i sundhedssystemet.

Sammenhæng mellem sundhedscaféerne og Folkesundhed Aarhus?

Det tyder imidlertid på, at sundhedscaféerne i højere grad end på interviewtidspunktet vil kunne guide borgerne videre i systemet. En repræsentant fra Folkesundhed Aarhus beretter:

"... Idéen var også, at når borgerne kom i sundhedscaféen, så kunne man guide dem videre til de tilbud, som lå i Folkesundhed, Aarhus. Den connection har ikke fungeret ret godt, for der er ikke kommet ret mange [borgere]. Der har ikke været et flow fra sundhedscaféerne

til os. Det er der nok forskellige grunde til [...] Det kan til dels skyldes, at de sygeplejersker, som sidder ude i sundhedscaféerne, ikke har haft godt nok kendskab til, hvad det er vi kan tilbyde, og at de ikke har været nok opmærksomme på vores tilbud, eller ikke er blevet gjort opmærksomme på det.”

Interviewmaterialet peger således på, at de i Folkesundhed Aarhus ikke i tilstrækkelig grad har oplevet, at borgere er blevet henvist til dem fra sundhedscaféerne. Dette kan indikere, at sygeplejerskerne ude i sundhedscaféerne ikke har haft tilstrækkelig viden om den kommunale vifte af sundhedstilbud. Sygeplejerskerne selv fremhæver, at det er vigtigt at besidde denne viden og giver i interviewmaterialet udtryk for, at de besidder den. Det manglende *flow* kan derfor også skyldes, at de borgere, som kommer, måske ikke har behov for yderligere indsats. Endelig kan det skyldes at sygeplejerskerne ikke har tilstrækkelig tid i funktionen til at orientere sig om relevante kommunale sundhedstilbud.

I forlængelse af dette peger flere på, at de undervejs i projektforsløbet er blevet klogere på, hvilke tilbud som kan supplere hinanden, men der er stadig udfordringer, som skal ryddes af vejen. En viceområdechef fortæller således, at der stadig ligger en opgave i at identificere snitfladen mellem sundhedscaféerne og Sundhedsenhederne:

”... Det vi har snakket om, det er at finde ud af, hvor de forskellige kerneopgaver ligger, så vi ikke laver det samme. At man har en kerneopgave i sundhedscaféerne, og vi har en kerneopgave her [i Sundhedsenhederne]. Hvordan er det, det spiller sammen i forhold til et højere mål. [...] Jeg tror, vi kan blive bedre til, hvordan vi kan spille sammen, eller også blive klogere på, hvad der skal spille sammen. Det er jo ikke sikkert, at det hele skal spille sammen. Hvis man løser nogle opgaver det ene sted, så er det ikke sikkert, at den borger skal have kontakt til et andet sted.”

Samme viceområdechef fremhæver i forlængelse af ovenstående, at en afgørende forudsætning for at få tilbuddene til at spille sammen er, at sygeplejerskerne i sundhedscaféerne har et bredt kendskab til, hvad der kan henvises videre til, eller hvordan det næste skridt kan være for den borger, som kommer og får en sundhedssamtale. Dette kendskab skal, ifølge viceområdechefen, ikke udelukkende være begrænset til de kommunale tilbud, der findes til målgruppen, men også vedrøre de relevante tilbud/indsatser, der findes i andre sammenhænge - for eksempel i den lokale boligforenings regi. Således fremgår det igen, at det er væsentligt, at sygeplejersken besidder bred viden om relevante tilbud for borgeren.

Sygeplejerskernes tid

Interviewmaterialet indikerer imidlertid også, at det kan være en udfordring for sygeplejersken tidsmæssigt at nå at holde sig orienteret om både lokale og øvrige relevante tilbud og aktiviteter, og samtidig nå at have sundhedssamtaler med de borgere, som møder op i caféen på de tre timer, som de har per uge i sundhedscaféen. I tråd med dette opleves det som en udfordring at have tilstrækkeligt med tid til at følge op på borgernes problemstillinger. Der efterspørges en form for tovholderfunktioner, da erfaringen viser, at denne gruppe af borgere har svært ved at overholde aftaler, som fx at få ringet til praktiserende læge som aftalt med sygeplejersken ved sundhedscaféen. Der mangler således én tovholder, som kan få fulgt op på sundhedssamtalerne, og som sikrer en form for progression i borgerens forløb. Endelig er det, som nævnt tidligere, svært at følge op på den enkelte borger fordi sundhedscaféen ikke registrerer CPR-nummer.

4.8 Evner sundhedscaféerne at være synlige og dagsordenssættende?

Som det fremgår af indsatsteorien for samarbejdsperspektivet, så er de mere kortsigtede formål med Projekt Sundhedscaféerne følgende:

- At være løftestang for at sætte det boligsociale arbejde på den kommunale dagsorden
- At skabe en øget forståelse for og erkendelse af behovet for, at kommunen har en lokalt forankret samarbejdspartner
- At Det Boligsociale Fællessekretariat betragtes som en relevant ressource og samarbejdspartner på lokalt og kommunalt niveau
- At skabe en fælles forståelse af sundhed og sundhedspædagogik i kommune og Det Boligsociale Fællessekretariat

En fællesnævner for disse kortsigtede formål med sundhedscaféerne, er altså hvorvidt sundhedscaféerne formår at være synlige og dagsordenssættende i forhold til samarbejdet med Aarhus Kommune.

Projektledelsen i Det Boligsociale Fællessekretariat

Samtlige interviewpersoner fortæller, at projektledelsen i Det Boligsociale Fællessekretariat har været gode til at kommunikere om projektet og være vedholdende i forhold til at få kommunen til at forpligte sig til arbejdet. Således berettes der om, at projektledelsen fra opstarten af projektet har været opmærksomme på at komme ud til fx diverse ledere i kommunen og fortælle, hvad sundhedscaféerne består i. Derudover etablerede projektledelsen i opstartsfasen et netværk mellem de involverede aktører: sygeplejerskerne, Folkesundhed Aarhus og projektledelsen. Netværket havde månedlige frokostmøder, hvor de informerede hinanden om, hvilke aktiviteter de havde igangsat og samtidigt kunne drøfte problemproblematikker, som de kunne hjælpe hinanden med.

Synlighed hos kommunale kollegaer

Imidlertid har der ifølge interviewpersonerne alligevel ikke været tilstrækkelig synlighed omkring sundhedscaféerne i det kommunale system, fx gør en sygeplejerske opmærksom på:

"... Jeg føler ikke, at mine kollegaer [i sundhedsklinikken] eller så mange andre, at sundhedscafé siger dem noget særligt."

At kollegaer i kommunen ikke har kendskab til sundhedscaféerne kan indvirke på samarbejdet mellem sundhedscaféerne og de kommunale sundhedstilbud. Et mål for sundhedscaféerne må være at få formidlet om dem selv til flest mulige borgere. Såfremt sygeplejerskernes kollegaer kendte til sundhedscaféerne ville de kunne formidle om aktiviteterne i sundhedscaféen til de borgere, som de er i kontakt med via deres arbejde.

Yderligere ville kollegaerne til sygeplejerskerne, hvis de kendte til sundhedscaféerne, kunne yde sparring til sygeplejerskerne om, hvordan og hvilke øvrige kommunale sundhedstilbud, som kunne spille sammen med sundhedscaféen. En viceområdechef fortæller fx, at hun overvejer om sundhedscaféen kan samarbejde om den forebyggende indsats med den kommunale sundhedsklinik. Hun forestiller sig at sundhedscaféen kan udføre relevant gruppeundervisning af borgere med fokus på forskellige temaer som fx viden om sukker-syge. Viceområdechefen fortæller, at sundhedsklinikkerne i dag:

"... Inviterer fx apoteket op [på sundhedsklinikken], som fortæller, hvordan man tager en inhalation, hvordan gør du det rigtigt? Man kan arbejde i temaer i forhold til, hvordan kan man arbejde mere forebyggende, eller hvordan kan man tænke mere borgeroplæring ind her. Det er noget vi begynder at tænke i – har vi nu x-antal borgere, kunne de læres op til den viden omkring sukkersyge, læres op til selv at tage insulin."

Såfremt sundhedscaféerne havde flere kommunale medspillere, ville det være nemmere sammen at få øje på mulige fremadrettede relevante samarbejdsflader.

Synlighed ved den kommunale ledelse

Videre viser interviewmaterialet, at det for sygeplejerskerne har været svært at blive hørt opadtil til den kommunale ledelse. Flere af sygeplejerskerne oplever, at de via sundhedscaféerne har fået nogle erfaringer, som vil kunne bruges i andre sammenhænge, men der er ikke en oplevelse af at ledelsen lytter til disse erfaringer, en sygeplejerske fortæller:

"... vi laver individuelle løsninger, det er noget sundhedscaféerne har været med til at lyse på. [...] Jeg tænker, det [sundhedscaféen] har vist nogle veje, men det at åbne døren [til den kommunale ledelse], det er der stadig noget arbejde i."

Dermed opleves der fra sygeplejerskernes side at være en opgave i at få fortalt opadtil om de gode erfaringer, som de har fra arbejdet i sundhedscaféerne. De skal fortælle om de løsninger/aktiviteter/tilbud, som de har udviklet ude i områderne, og de skal fortælle om det konkrete arbejde, som de har med medarbejderne fra Det Boligsociale Fællessekretariat.

Øget kommunal opmærksomhed på det boligsociale område

Interviewmaterialet viser dog også tegn på, at kommunen – i kraft af Projekt Sundhedscaféer – i højere grad er blevet opmærksomme på, at de i Det Boligsociale Fællessekretariat fremadrettet har en relevant og lokalt funderet samarbejdspartner. Således udtaler en repræsentant fra Folkesundhed Aarhus:

"... En af de helt store succeser ved projektet er, at de [Det Boligsociale Fællessekretariat] har sat sig selv på landkortet som en potentiel samarbejdspartner for kommunerne. Det har de opnået mere ved end ude i sundhedscaféerne, tænker jeg. Vi har fået øjnene op for, at de eksisterer."

Videre fortæller denne repræsentant om det fremtidige samarbejde med Det Boligsociale Fællessekretariat:

"... Vi er i Folkesundhed Aarhus begyndt at tænke meget mere ud af vores mursten eller ud af boksen. Vi har fået øjnene op for, at vi skal ud at arbejde i boligområderne for at nå nogle andre end dem [borgere], som kommer hos os. Det har da sandsynligvis været inspireret af det arbejde, som sker i sundhedscaféerne – måske ikke arbejdet, men det, at der er sundhedscaféer og sundhedsindsatser i områderne. [...] Den erkendelse af, at det ikke er alle [borgere], som kommer her, så hvis vi gerne vil nå nogle af de dårligere og svagest stillede, så skal vi ud og arbejde i boligområderne. Den erkendelse, tror jeg, er født af sundhedscaféerne – at vi skal komme så relativt tæt på dem [borgere], så det bliver mere ufarligt at træde derud [boligområderne]. Når vi kommer derud, så har vi nogle samarbejdspartnere. Vi skal ikke til at starte det hele op fra jorden. Det tror jeg, der er meget fremtid i."

Via Projekt Sundhedscaféer har Det Boligsociale Fællessekretariat formået at få sat sig selv på den kommunale sundhedsdagsorden. Og det bliver af samarbejdspartnerne fremhævet, at der inden for det sidste halve til hele år er skabt øget fokus på det boligsociale

arbejde i kommunalt sundhedsregi. Det øgede fokus skaber en kommunal bevidsthed om de forskelligartede aktiviteter, som foregår i områderne, hvilket er en forudsætning for at kunne skabe samarbejde mellem de lokale boligsociale helhedsplaner, Det Boligsociale Fællessekretariat og Magistraten for Sundhed og Omsorg (MSO). Der synes således at være skabt et fundament for, at MSO fremadrettet kan medtænke Det Boligsociale Fællessekretariat som en mulig samarbejdspartner med henblik på at skabe lokale samarbejder om sundhed.

Således fremhæver analysen, at der fremover er en opgave for både sygeplejersker og projektledelsen i Det Boligsociale Fællessekretariat i at få sat sundhedscaféerne på dagsordenen i kommunalt regi ved at fortælle om sundhedscaféernes forskellige aktiviteter og erfaringer. Imidlertid er der tegn på at Det Boligsociale Fællessekretariat via projektet har formået at få sat sig selv i spil som en mulig lokal samarbejdspartner for kommunen.

4.9 Samarbejdspartnerne anbefalinger til indsatsen

Det er relevant at få viden om, hvad samarbejdspartnere vurderer som vigtige elementer i det videre arbejde i sundhedscaféerne.

Bredere sundhedsbegreb

Repræsentanter fra Folkesundhed i Aarhus Kommune vurderer, at det er vigtigt, at sundhedscaféerne opererer med et bredere sundhedsbegreb end det, der bliver arbejdet ud fra i sundhedscaféerne på interviewtidspunktet. Folkesundhed Aarhus ønsker en mere sundhedspædagogisk metodetilgang, hvor selve den motiverende samtale, hvor der sættes mål sammen med borgeren skal være det bærende element i indsatsen. Yderligere vurderes det, det at målingerne af blodsukker, blodtryk, BMI og fedtprocent ikke bør indgå i indsatsen, da disse målinger opleves som en mulig barriere for drøftelse af problemstillinger ud over sundhedsrelaterede som fx psykisk trivsel. Desuden er det opfattelsen, at det er problematisk at måle i forhold til en række forhold på række borgere uden at kunne følge op på målingerne, som det tidligere er blevet beskrevet (jf. afsnit om forudsætninger hos medarbejdere i sundhedscaféer).

Sundhedstjekket

Omvendt taler sygeplejerskerne og viceområdecheferne positivt om sundhedstjekket og målingerne, således beretter en sygeplejerske:

"De simple målinger, som de får lavet, det er utroligt den effekt det har, og folk tiltrækkes af det, man kan komme vidt omkring; blodsukker, blodtryk. Jeg tror måleredskaberne, dem skal vi ikke undervurdere, de betyder meget sådan et sted [...] Jeg har oplevet, at alle der kommer ind, de får et eller andet udbytte. Det kan også være et udbytte at få at vide, at dit blodsukker er pænt, at det er inden for normalområdet, du er normalvægtig, og det er fint, at du holder dig i gang, og at folk får lov at snakke om, hvad de fx får deres dag til at gå med, om de dyrker noget motion, om deres bosted, så går de derfra med en eller anden følelse af mestring, en følelse af at have styr på sit liv, og at de er på rette vej, og så er det jo, at de åbner op og måske får lyst til at deltage i noget mere. Jeg oplever, at alle rent faktisk får noget ud af det."

På denne vis erfarer både viceområdechefer og sygeplejersker, at målingerne fungerer effektivt som trækplaster for tiltrækning af borgere. Samtidig beretter interviewmaterialet om, at målinger også kan være en døråbner til, at borgerne får mulighed for at åbne op for problemstillinger, som kan favne bredere end sundhedsrelaterede problemstillinger. Hertil

fortæller sygeplejerskerne, at de erfarer at de målte sundhedsrelaterede problemstillinger kan give anledning til at tale om andre personlige problemstillinger, som fx "*ondt i sjælen*", hvilket spænder over depressioner, søvnproblemer, hovedpine og andre psykiske problemstillinger.

Desuden fremhæver repræsentanter fra Folkesundhed Aarhus, at det er en ulempe, at sundhedscaféerne ikke registrerer CPR-numre af to årsager: For det første gør det det svært at følge op og henvise borger videre i systemet. For det andet er det ikke muligt at følge op på projektniveau og måle og evaluere om indsatsen har gjort en forskel for de borgere, som har benyttet tilbuddet.

Endelig fremhæves, som tidligere, vigtigheden i, at sundhedscaféerne udvikler aktiviteter som tilpasses den lokale borgergruppe, og de behov som denne vurderes at have.

4.10 Opsamling på samarbejdspektivet

Analysen af samarbejdspektivet har haft fokus på samarbejdet mellem sundhedscaféerne og omgivelserne herunder Aarhus Kommune og dennes sundhedstilbud, boligområder mv. Ligesom evalueringen af borgerperspektivet skal evalueringen af samarbejdspektivet besvare to grundlæggende spørgsmål: 1) Hvilken betydning har sundhedscaféerne haft for omgivelserne? Og 2) Hvad skal der til for, ud fra et samarbejdspektiv, at en sundhedscafé bliver en succes? Opsamlingen struktureres efter disse to spørgsmål.

Ad 1) Hvilken betydning har sundhedscaféerne haft for omgivelserne?

Første spørgsmål besvares ud fra to analysetemaer: 'Tilstrækkelig sammenhæng mellem sundhedscaféerne og de kommunale sundhedstilbud?' samt 'Evner sundhedscaféerne at være synlige og dagsordenssættende?'. Temaerne besvarer tilsammen spørgsmålet, da de begge sætter fokus på sundhedscaféernes virkning på omgivelserne: kommunen og de kommunale sundhedstilbud samt boligområdet.

a. Tilstrækkelig sammenhæng mellem sundhedscaféerne og de kommunale sundhedstilbud?

Et af målene med etablering af sundhedscaféerne var, at de skulle skabe sammenhængende forløb for borgerne ved at guide dem videre i sundhedssystemet. Imidlertid tegner analysen et billede af, at dette vil kunne gøres mere end på interviewtidspunktet.

Analysen peger på, at Folkesundhed Aarhus ikke i tilstrækkelig grad har oplevet, at borgere er blevet henvist fra sundhedscaféerne til deres tilbud. Dette kan rejse spørgsmål om, hvorvidt sygeplejerskerne i sundhedscaféerne har tilstrækkelig viden om den kommunale vifte af sundhedstilbud. Sygeplejerskerne selv fremhæver, at det er vigtigt at besidde denne viden og giver i interviewmaterialet udtryk for, at de besidder den. Det manglende *flow* kan også derfor skyldes, at de borgere, som kommer, måske ikke har behov for yderligere indsats, hvilket henviser til det tidligere spørgsmål vedrørende målgruppen. Endelig kan det manglende *flow* skyldes, at sygeplejerskerne ikke har tilstrækkelig tid i funktionen til at orientere sig om relevante kommunale sundhedstilbud.

Dog viser analysen, at samarbejdspartnerne undervejs i projektforløbet er blevet klogere på, hvilke tilbud som kan supplere hinanden, men at der stadig er udfordringer, som skal ryddes af vejen, herunder er der stadig en opgave i at identificere snitfladen mellem sund-

hedscaféerne og sundhedsenhederne. Der bør derfor fremadrettet være et vedholdende fokus på, hvor der kan være muligheder for samarbejde både i forhold til de kommunale sundhedstilbud, men også i forhold til fx den lokale boligforening.

b. Evner sundhedscaféerne at være synlige og dagsordenssættende?

I analysen er der tegn på at Det Boligsociale Fællessekretariat via projektet har formået at få sat sig selv i spil, som en mulig samarbejdspartner for kommunen omkring sundhed lokalt i udsatte boligområder. Projektledelsen i Det Boligsociale Fællessekretariat har gjort en stor indsats for dette ved at være vedholdende i forhold til at fortælle om deres arbejde med bl.a. sundhedscaféerne.

Imidlertid sigter analysen også på, at både sygeplejersker og projektledelsen i Det Boligsociale Fællessekretariat fremover har en opgave i at få sat sundhedscaféerne på den kommunale dagsorden. Dette skal bl.a. gøres ved at fortælle om sundhedscaféernes gode historier – de forskellige aktiviteter som er igangsat, og de erfaringer som de har gjort sig på baggrund af de borgere, som har besøgt tilbuddet.

Ad 2) Hvad skal der til for, at en sundhedscafé bliver en succes?

Andet spørgsmål besvares ud fra tre analysetemaer: 'Fokus på sundhedscaféernes målgruppe', 'Samarbejdspartneres vurdering af styrkerne ved sundhedscaféerne' samt 'Væsentlige organisatoriske elementer i sundhedscaféerne'. Alle tre temaer peger på elementer, som er væsentlige at in mente for, at sundhedscaféerne fremadrettet kan være en succes.

a. Fokus på sundhedscaféernes målgruppe

På baggrund af analysen af samarbejdsperspektivet, er det væsentligt, at der kommer fokus på, hvad det konkret er for en målgruppe, som sundhedscaféerne skal arbejde med. Det var fra projektets opstart hensigten, at sundhedscaféerne skulle henvende sig til borgere, som er resourcesvage i forhold til deres sundhed. Analysen viser at målgruppen udgøres af udsatte borgere, som har svært ved at tage kontakt til det etablerede sundhedssystem både i forhold til kommunale sundhedstilbud, praktiserende læger og speciallæger. Imidlertid er der forskellige oplevelser blandt samarbejdspartnerne af, hvorvidt sundhedscaféerne har fat i den rigtige målgruppe. Der er tegn på at sundhedscaféerne når *de bedste af de dårligste* men ikke de mest udsatte borgere i forhold til sundhed.

Såfremt sundhedscaféerne fremadrettet også skal kunne rumme de mest udsatte borgere i forhold til sundhed, kan et vigtigt spørgsmål være, hvordan sundhedscaféerne kan lykkes med at rekruttere denne gruppe af borgere?

Analysen peger på en række faktorer, der har betydning for, at borgere ønsker at benytte tilbuddet. Disse faktorer indebærer bl.a., at det er et uforpligtigende tilbud, som ligger i nærområdet, hvor borgerne kan få et sundhedstjek via bl.a. måling af fedtprocent og blodtryk, men samtidig har mulighed for en sundhedssamtale, hvor der er mulighed for at gå i dybden med en problemstilling. Særligt målingerne af BMI og fedtprocent virker som trækplastre for borgerne.

b. Samarbejdsparternes vurdering af styrkerne ved sundhedscaféerne

Analysen viser, at samarbejdsparterne oplever det som en styrke at sundhedscaféerne har mulighed for både at støtte borgeren på individniveau - ved at kunne henvise dem videre til et relevant tilbud, og samtidig har mulighed for at bringe borgeren ind i fællesskaber som deltagelse i aktiviteter i boligområdet. Derudover opleves styrkerne at være: *God tid til samtale, Uforpligtigende samtale, hvor der ikke registreres CPR-nummer, Tilgængeligt – fysisk placeret i boligområdet.*

Analysen rejser to spørgsmål i forhold til dette analysetema. For det første har samarbejdsparterne forskellige vurderinger af, hvorvidt det er en fordel at sundhedscaféen ikke registrerer CPR-nummer: På den ene side vurderes det CPR-løse tilbud som værdifuldt, fordi det gør tilbuddet uforpligtende, anonymt og frivilligt. På den anden side vil registrering af CPR-nummer give mulighed for opfølgning i forhold til den enkelte borger. Registrering af CPR-nummer vil desuden give flere muligheder for dokumentation af indsatsen og dermed rumme flere muligheder for evaluering af virkningen af Projekt Sundhedscaféer. Det kan derfor være relevant at drøfte, hvorvidt der fremadrettet bør registreres CPR-nummer på de borgere, som besøger sundhedscaféerne.

For det andet er samarbejdsparterne ikke lige positivt stemte overfor brugen af de forskellige målinger som fx måling af BMI og blodsukker. De som er positive overfor målingerne vurderer, at de fungerer som træklplastre, hvorimod de som er mindre positive ikke vurderer at målingerne i sig selv medvirker til højere grad af sundhed hos borgernes - dette vil kræve en mere opfølgende indsats i forhold til den enkelte borger.

c. Væsentlige organisatoriske elementer i sundhedscaféerne

Samarbejdsparterne peger på, at det er en fordel med én eller to gennemgående personer til at bemande sundhedscaféen, fast åbningstid (ugedag og tidspunkt) og struktureret vidensudveksling mellem samarbejdsparterne – og særligt vidensudveksling mellem sygeplejerskerne i sundhedscaféerne.

Analysen peger desuden på, at sygeplejerskerne bør have en bred kompetenceprofil, som bygger på følgende kompetencer: At kunne være åben og nærværende i dialogen med borgerne, at kunne afholde en motiverende samtale ud fra den sundhedspædagogiske metode, at have solidt kendskab til den kommunale organisering og herunder have overblik over relevante sundhedstilbud og endelig have kendskab til lokale tilbud og aktiviteter.

I relation til sygeplejerskernes kompetencer rejser analysen to punkter til drøftelse. For det første vurderer Folkesundhed Aarhus, at der er mangler i det faglige indhold i sundhedssamtalerne, herunder mangler sygeplejerskerne redskaber og struktur til at kunne afholde en motiverende sundhedspædagogisk samtale med borgerne. Det at afholde en motiverende samtale ud fra den pædagogiske metode vurderes vigtigere end at foretage fx måling af BMI og fedtprocent. Det kan derfor være relevant at drøfte, hvilke aktiviteter som er de bærende elementer i sundhedscaféens tilbud – skal de bærende elementer være dem, som den består af på interviewtidspunktet?

Endelig viser analysen tegn på, at sundhedscaféerne ikke i tilstrækkelig grad har formået at guide borgerne videre i systemet fx til kommunale sundhedstilbud men også til tilbud i lokalmiljøet/boligmiljøet. Det bør derfor drøftes, hvordan det sikres at sygeplejerskerne

har viden om både de kommunale sundhedstilbud men også de tilbud, som eksisterer i lokalmiljøet.

5 anbefalinger

1. Det anbefales, at Projekt Sundhedscaféerne definerer målgruppen mere snævert og eksplicit. Det vil give mulighed for at målrette tilbuddet og iværksætte andre foranstaltninger for borgere, der ikke er en del af den definerede målgruppe.

Evalueringen viser, at der er behov for et øget fokus på, hvilken målgruppe sundhedscaféerne henvender sig til. Samarbejdsparterne bekræfter, at der er tale om en målgruppe af borgere, der kan have barrierer i forhold til at benytte de eksisterende sundhedstilbud, men samtidigt betegnes målgruppen som *de bedste af de dårligste*.

Sundhedscaféernes aktuelle målgruppe er borgere, der hovedsageligt er karakteriseret ved at have en anden etnicitet end dansk, have under 10 års skolegang og ikke være i arbejde – altså karakteristika, der forbindes med social ulighed i sundhed. Men samtidig er sundhedscaféernes målgruppe også karakteriseret ved, at mænd er underrepræsenteret og at det er en mindre gruppe af de borgere, der får en sundhedssamtale, der har problemstillinger med misbrug og et begrænset netværk. Borgere, der er særligt sårbare¹³, er dermed i mindre omfang repræsenteret blandt sundhedscaféernes brugere.

Evalueringen viser, at de borgere der kommer i sundhedscaféerne *har* et behov for det som sundhedscaféerne kan tilbyde - herunder bodyscanninger, sundhedssamtaler mm. Men det er kun i begrænset omfang lykkes at tiltrække en målgruppe af særligt sårbare borgere, hvilket også er en stor udfordring for andre sundhedstilbud. Netop den kendsgerning – at det generelt er vanskeligt at nå særligt udsatte borgere – kan begrunde, at et tilbud som Sundhedscaféerne i højere grad bør eksperimentere med indsatser målrettet særligt udsatte borgere, og derigennem opnå erfaringer, som kan bruges i kommunale sundhedstilbud.

For at etablere kontakt til målgruppen af særligt sårbare vil det kræve en tilpasning af sundhedscaféerne, der blandt andet indebærer en mere opsøgende indsats, som kan foregå i et tættere samarbejde med lokale organisationer, foreninger, fagpersoner mv. Derudover er det nødvendigt at sikre, at sygeplejerskerne har de kompetencer, der gør dem i stand til at møde borgere med mere komplekse problemstillinger.

2. Det anbefales at Sundhedscaféerne øger sit fokus på at fremme hjælp til selvhjælp og henvise borgere til andre tilbud og aktiviteter.

Af Sundhedscaféernes egne data fremgår det, at der har været mange genbesøg i sundhedscaféerne. De fleste af de borgere, der blev interviewet fortalte, at årsagen til, at de kom igen og igen i sundhedscaféerne var, at sundhedscaféerne dels udgjorde rammer for deres sociale interaktion med netværk og andre beboere i området, dels at de ved sundhedscaféerne kunne få løbende hjælp både til sundhedsmæssige og andre problemstillinger. I mange tilfælde fortæller interviewpersonerne, at de foretrækker at besøge sundhedscaféerne frem for egen læge. Det viser, at borgerne får dækket mange af deres behov ved sundhedscaféerne, men det er usikkert, hvorvidt borgerne bliver i stand til at løse de-

¹³ Særligt sårbare er borgere med misbrug og/eller en sindslidelse. I forhold til den målgruppe der besøger Sundhedscaféerne, har denne gruppe af særligt sårbare en højere dødelighed, lider oftere af langvarig sygdom, har et dårligere selvurderet helbred ligesom deres sundhedsadfærd - for eksempel i forhold til KRAM-faktorerne - er mindre hensigtsmæssig (Pedersen PV, Holst M., Davidsen M, og Juel K (2012)).

res problemer uden for sundhedscaféernes regi. Et af de langsigtede mål med sundhedscaféerne er, at borgerne får øgede ressourcer, så de bidrager til et løft i lokalområdet. Dette løft skulle gerne komme fra borgerne selv og uden for sundhedscaféernes rammer, *efter* borgerne har fået den hjælp, de har behov for – for eksempel ved at blive henvist videre til andre sundhedstilbud, lokale aktiviteter eller selv blive motiveret og hjulpet i gang med at organisere aktiviteter og rum for samvær lokalt mm.

3. Det Boligsociale Fællessekretariat har opnået væsentlige erfaringer med lokalt forankrede sundhedstilbud målrettet en gruppe af borgere, som er vanskelige at nå for kommunale sundhedstilbud. Det anbefales at erfaringerne fra Projekt Sundhedscaféer i højere grad bringes i spil i en kommunal sammenhæng.

Evalueringen viser, at erfaringerne med at drive et lokalt forankret sundhedstilbud målrettet udsatte borgere i et boligområde i for ringe grad er bragt i spil i en kommunal sammenhæng. Samarbejdspartnerne anerkender, at det boligsociale arbejde generelt set i de seneste halve til hele år er sat mere på den kommunale dagsorden, men det opleves samtidig, at der ikke har været et tilstrækkeligt tilbagespil af erfaringer fra Projekt Sundhedscaféer til den kommunale tilrettelæggelse af sundhedstilbud. Samarbejdspartnerne opfatter ikke sundhedscaféerne som et konkurrerende tilbud, men derimod som en indsats, hvor der er gode muligheder for at få fat i borgerne på et tidligere stadie end de kommunale tilbud. Der er et stort potentiale for at skabe en mere sammenhængende indsats, som endnu ikke er indfriet.

4. Det anbefales, at forståelsen af sundhedsbegrebet og den valgte tilgang til at arbejde med sundhed i sundhedscaféerne afklares i dialog mellem Det Boligsociale Fællessekretariat og Aarhus Kommune.

Problematikken handler om at skabe en fælles forståelse mellem sundhedscaféerne og øvrige sundhedstilbud om sundhedsbegrebet og herunder den sundhedspædagogiske tilgang. Evalueringen viser, at den manglende indledningsvise afklaring mellem Aarhus Kommune og Det Boligsociale Fællessekretariat om sundhedscaféernes sundhedstilgang har virket begrænsende for etableringen af det rette samarbejde.

5. Det anbefales, at der kommer en afklaring af, hvor mange ressourcer, der fra kommunal side kan lægges i sundhedscaféerne, med henblik på at sikre, at der er faste rammer for, hvor meget tid sygeplejerskerne skal anvende i relation til sundhedscaféerne.

Sygeplejerskerne oplever, at det, inden for de fastsatte tidsmæssige rammer, kan være en udfordring at nå de opgaver, som er koblet op på funktionen, som sygeplejerske i sundhedscaféerne. Sygeplejerskerne oplever, at det er svært at have tid til at holde sig orienteret om både lokale og øvrige relevante tilbud og aktiviteter til borgerne, og samtidig have tid til sundhedssamtaler med de borgere, som møder op i sundhedscaféen. Derudover er der også forventninger om, at sygeplejerskerne deltager i tværgående møder. Det vil derfor være hensigtsmæssigt med en drøftelse af, hvilke opgaver sygeplejefunktionen skal bestå af i forhold til omfanget af de ressourcer, der er afsat til opgaven.

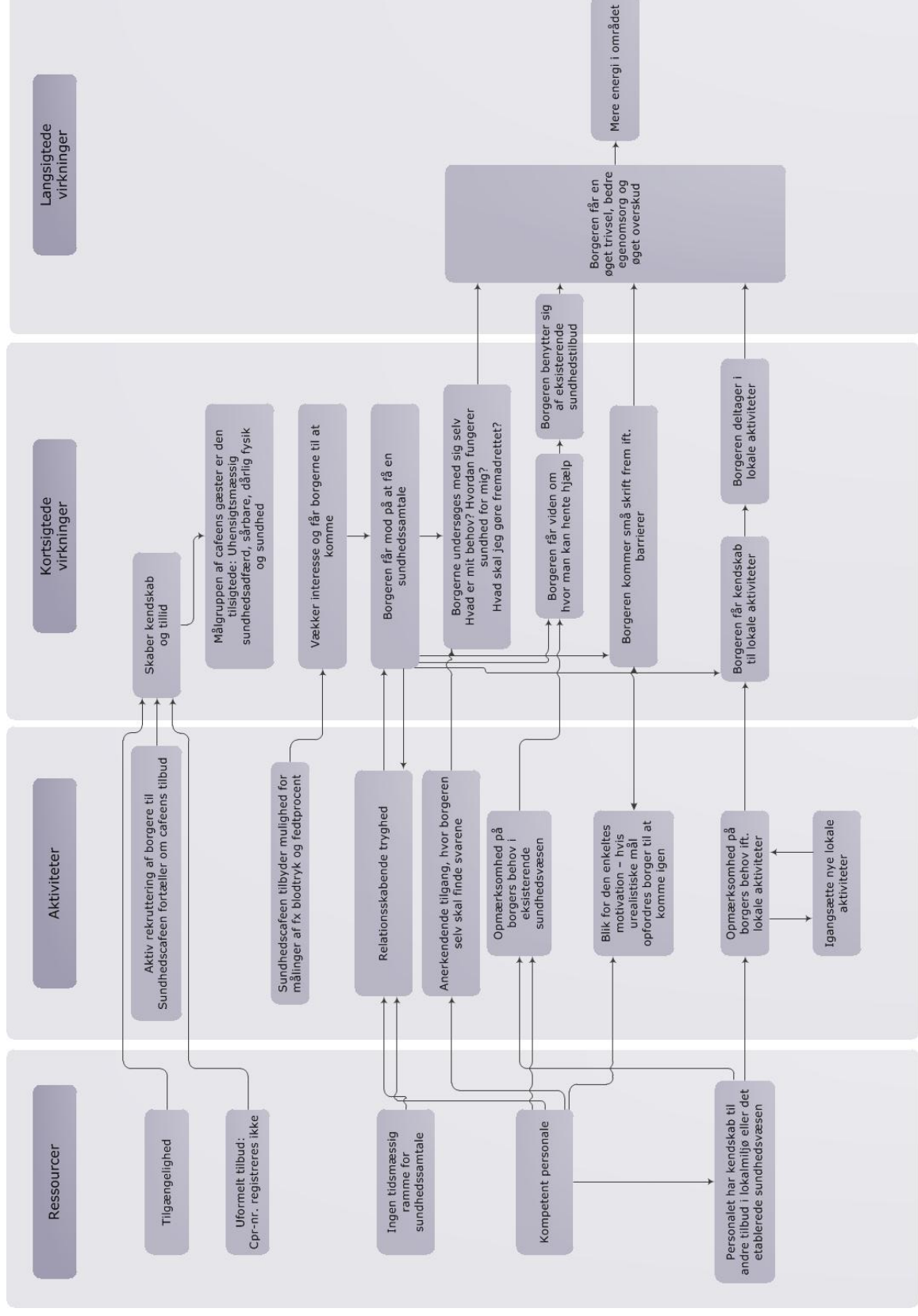
6. Det anbefales, at Det Boligsociale og Aarhus Kommune afklarer, hvorvidt der fremadrettet bør registreres CPR-nummer på borgere, der benytter sundhedscaféerne.

Samarbejdspartnerne har forskellige vurderinger af, hvorvidt det er en fordel, at sundhedscaféen ikke registrerer CPR-nummer: På den ene side vurderer nogen, at det CPR-løse tilbud er værdifuldt, fordi det gør tilbuddet uforpligtende, anonymt og frivilligt. På den anden

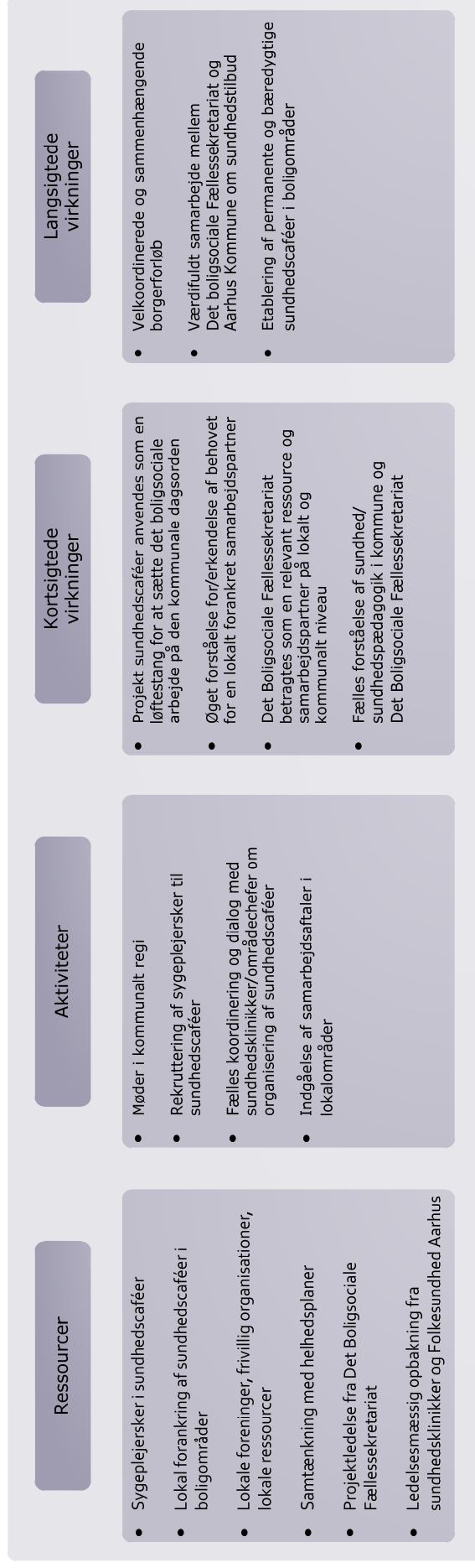
side vil registrering af CPR-nummer give mulighed for opfølgning i forhold til den enkelte borger. Derudover vil registrering af CPR-nummer give flere muligheder for evaluering af virkningen af Projekt Sundhedscaféer.

6 Bilagsmateriale

6.1 Bilag 1: Indsats teori: Borgerperspektivet



6.2 Bilag 2: Indsats teori: Samarbejdspektivet



6.3 Bilag 3: Metodeafsnit til analysen af målgruppen

6.3.1 Data

Forud for analyserne er datasættet fra sundhedscaféerne blevet gennemgået manuelt for at fjerne alle brugere under 16 år samt genbesøg, så brugerne kun optræder én gang i datasættet. Det betyder, at analyserne som udgangspunkt er baseret på første besøg i sundhedscaféerne for hver borger. I de tilfælde hvor der ved et senere besøg var registreret mere data på borgeren, blev dette besøg prioriteret. I 72 tilfælde var det ikke muligt at afgøre, hvorvidt to svar repræsenterede den samme bruger eller om svarene repræsenterede to forskellige, og derfor er begge medtaget i analyserne. Det betyder, at der i disse tilfælde er risiko for, at samme borger optræder to gange og i enkelte tilfælde tre gange. Før gennemgang var der 4070 observationer i datasættet, hvor der efter manuel gennemgang var 2264 observationer tilbage. Da datasættet fra sundhedscaféerne både er baseret på informationer fra et spørgeskema og informationer fra tilbuddet om bodyscanning, og brugerne kan have deltaget i begge dele, er der risiko for, at der kan være overlap i observationerne.

Der er anvendt data fra HHDD13 til analyserne omkring uhensigtsmæssig sundhedsadfærd for Aarhus Kommune samt for udsatte boligområder i Aarhus.

Alle analyser er foretaget i STATA 13.

I det følgende beskrives de variable, der er udvalgt til analysen af hvorvidt sundhedscaféens brugere, er repræsentative for borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd:

6.3.2 Køn

Variablen Køn er opdelt i to kategorier, hhv. "mand" og "kvinde". I HHDD13 er informationer om køn indhentet fra CPR-registeret. I sundhedscaféernes datamateriale indgår der informationer om køn ved 99,6 % af brugerne.

6.3.3 Alder

Variablen Alder er for både HHDD og i Sundhedscaféernes dataindsamling inddelt i fire aldersgrupper: 16-29 år, 30-49 år, 50-69 år og 70+ år. Informationerne i HHDD13 om alder er ligesom køn indhentet fra CPR-registeret. I sundhedscaféernes datamateriale er der informationer om alder ved 99,9 % af brugerne.

6.3.4 Skolegang

I sundhedscaféernes datamateriale skelnes der mellem, om borgeren har "10 års skolegang eller derunder" eller "over 10 års skolegang". I variabelen Skolegang i HHDD13 skelnes der mellem om respondenteren har "11 års skolegang eller derunder" eller "over 11 års skolegang". Dette betyder, at der skal tages forbehold i analysen, da alder har forskelligt skæringspunkt (hhv. 10 og 11 år) og variabelen dermed ikke er direkte sammenlignelig. I data fra Sundhedscaféen er der kun indsamlet oplysninger om skolegang fra borgere, der har haft en sundhedssamtale.

6.3.5 Etnicitet

I variabelen Etnicitet skelnes der mellem hvorvidt borgeren er "dansk" eller "ikke-dansk". I sundhedscaféernes dataindsamling er dette afgjort af, hvilket land brugeren har angivet at være født i. Hvis denne er født i Danmark, betegnes han/hun som "dansk", og hvis denne er født i et andet land, er denne "ikke-dansk". I HHDD13 er etnicitet afgjort af, om respondenter uanset fødested har mindst en forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Variabelen etnicitet er derfor ikke direkte sammenlignelig mellem de to undersøgelser, og der skal derfor tages forbehold ved tolkningen af denne.

6.3.6 Arbejde

Ved variabelen Arbejde er borgerne i begge undersøgelser blevet bedt om at svare "ja" eller "nej" til, om denne har et arbejde for tiden. Dette spørgsmål er dermed direkte sammenligneligt mellem undersøgelserne. I undersøgelsen af sundhedscaféerne er der information om arbejde ved 27 % af brugerne. I data fra Sundhedscaféen er der kun indsamlet oplysninger om arbejde fra borgere, der har haft en sundhedssamtale.

6.4 Bilag 4: Interviewguide til afdækning af borgerperspektiv

Interviewer: 

Interviewperson (navn og stilling): 

Interviewpersons telefonnummer: 

Interviewpersons e-mail: 

Dato for interview: 

Intro (denne del skrives senere fuldt ud)

Præsentation af interviewer, evalueringens baggrund og formål.

Interviewets form og indhold beskrives kort.

[strukturen i interviewet tager afsæt i hændelsesforløbet, fra borgeren først fik kendskab til sundhedscaféerne, til første og evt. efterfølgende besøg i caféen og til den efterfølgende vurdering af, hvad borgeren har taget med sig fra besøget. Ved at tage afsæt i et konkret og kendt hændelsesforløb for borgeren, kan borgeren frit fortælle om sine oplevelser i den tidsmæssige kontekst, oplevelserne har fundet sted i. Intervieweren kan spørge ind undervejs, for at få uddybet vigtige områder, uden at interviewet bliver for styret af interviewerens af denne grund]

- Vil du begynde med at fortælle, (**hvornår og**) **hvordan du første gang hørte om/fik kendskab til Sundhedscaféen?**
- Vil du beskrive det videre forløb?
[uddybende spørgsmål hvis borgeren ikke selv kommer omkring emnerne nedenfor]
 - **Gik der lang tid fra du hørte om sundhedscaféen første gang og til du besøgte den? Hvis ja, hvorfor? (Var det en overvindelse at komme i sundhedscaféen første gang? fordi du ikke er vant til at komme der hvor den ligger (eller omvendt) synes du ikke du havde nogle rigtige sundhedsproblemer etc.)**
 - **Hvorfor besøgte du caféen første gang? Hvad troede du, at caféen kunne hjælpe dig med?** Var der noget særligt du gerne ville have hjælp til?
 - **Hvornår havde du dit første besøg på sundhedscaféen? Hvad skete der?** (blodtryksmåling, fedtprocentmåling, blodsukker, sundhedssamtaler..) Hvordan gik det?
 - **Hvornår havde du den første sundhedssamtale?** (hvis dette ikke var under første besøg) **Hvad troede du, at sundhedssamtalen kunne hjælpe dig med?** Var der noget særligt du gerne ville have hjælp til?

[det sidste spørgsmål har til formål at identificere borgerens forståelse af eget problem/eget behov]

- Hvordan forløb **den første sundhedssamtale?**
[validerende spørgsmål i forhold til at få afdækket, hvordan sundhedssamtalerne forløb]
 - Synes du, at der blev **lyttet** til dine problemer/ følte du, at du blev taget alvorligt?
 - Blev der snakket om lige **netop dine problemer**/det *du* gerne vil ændre på/arbejde med?
 - Var der **tid og ro** til at få snakket om alt det, du gerne ville?
 - **Forstod du, hvad sygeplejersken mente?** Følte du dig **tryk** ved at tale med hende?

- **Fandt du ud af, hvad du havde behov for i forhold til din sundhed/trivsel? Og fandt du ud af hvor det ville være godt for dig at sætte ind?** Og hvad du ville kunne gøre selv i fremtiden/fremadrettet? Var det **sygeplejersken eller dig, der fandt frem til løsningerne? Virkede løsningerne til at gå til/realistiske?** Blev du henvist til din egen læge? Blev du gjort opmærksom på aktiviteter i lokalområdet eller andre steder hvor du kunne få hjælp?

[disse uddybende spørgsmål har til formål at afdække, hvorvidt borgeren har oplevet de tilsigtede rammer for samtalen]

- Hvordan har forløbet været sidenhen?
 - Har du haft **flere besøg på sundhedscaféen? Hvorfor?** Hvilke tilbud har du modtaget? (flere sundhedssamtaler, målinger af blodtryk mm)

- **Hvordan er det gået efterfølgende?**

[i første omgang følges op på de hvordan det er gået med de målsætninger, der var blevet talt om på sundhedscaféen. Der kan undervejs tjekkes af i forhold til om man kommer omkring nedenstående]

- Har du fået viden om, hvor du kan hente **hjælp i fremtiden/fremadrettet?**
- Har du fået viden om, hvad **du selv kan gøre i forhold til** din egen sundhed?
- Har du fundet ud af, **hvad der skal ændres?**
- Har du siden deltaget i de sundhedsaktiviteter/ været ved egen læge/lokale aktiviteter m.m. som du blev anbefalet ved sundhedssamtalen?
- Er du kommet bare **små skridt videre i forhold til at leve sundt?**
- Har du **fået en bedre trivsel?** (beskriv)
- Er du begyndt at komme mere til **boligområdets aktiviteter?**

[disse uddybende spørgsmål har til formål at afdække den enkelte borgers opfattelse af virkningen]

- **Har du fået det ud af dit besøg på sundhedscaféen som du gerne ville?**
 - Hvis ja: Hvorfor tror du det har virket? Hvad har virket for dig?
 - Hvis nej: Hvorfor tror du ikke det har virket? Hvad har ikke virket for dig?

- Har du **anbefalet/ikke anbefalet sundhedscaféen** til andre og hvorfor?
 - Målinger, konkurrence om kroppens alder, (manglende) udbytte af sundhedssamtalerne, formodning om at den anden kunne få hjælp/ikke få hjælp...

[dette er for at få viden om, hvilken værdi informanten tillægger sundhedscaféerne]

- Hvad skulle der til, for at **sundhedscaféerne kunne blive et bedre tilbud til dig/til de andre beboere?**
 - Øget tilgængelighed, (ligge et bedre sted)
 - Længere åbningstidspunkter,
 - Større kendskab i lokalmiljøet, (at flere kender til caféerne)
 - Mulighed for andre tilbud i sundhedscaféen, (at man har mulighed for at få anden hjælp end sundhedssamtale, blodtryksmåling etc.)
 - Andet personale
 - Den samme sygeplejerske/personale hver gang
 - Et andet indhold/en anden form på sundhedssamtalerne...?

[disse uddybende spørgsmål har til formål at afdække borgerens perspektiv på, hvad der har betydning for at sundhedscaféerne virker eller ej både for den enkelte borger og i boligområdet]

- Hvad tror du der ville ske, **hvis sundhedscaféerne lukkede i morgen?**
- Har du andet du evt. gerne vil fortælle om sundhedscaféen og hvad du har fået ud af dit besøg?

6.5 Bilag 5: Interviewguide til afdækning af samarbejdsperspektiv

Interviewperson (navn og stilling):

Interviewpersonens telefonnummer: ✎

Dato for interview: ✎

Intro

- Evaluering for Det Boligsociale Fællessekretariat – Helle Dybdal og Jens Winther
 - Nøgleord: Læring, erfaringsopsamling – fremadrettet, opstarte nye caféer. Anbefalinger, hvad skal man være opmærksom på. Anonymitet – ikke en evaluering af dig og din indsats – men dine erfaringer
 - CFK – præsentation – diktafon, spørgsmål?
- Vil du til at starte med beskrive **hvilken rolle** du har haft og har i samarbejdet med Projekt Sundhedscaféer.

Tema 1: Målgruppe og rekruttering

- Hvordan vil du **beskrive de borgere**, som Sundhedscaféerne henvender sig til?
 - Hvorfor tænker du, at tilbuddet primært henvender sig til den gruppe/de grupper?
[Speak: Nogle af de borgere, der bor i de fem boligområder har meget få ressourcer. Vi ved, at den gruppe anvender det normale sundhedssystem mindre end øvrige befolkningsgrupper til trods for et formentlig større behov. Et af målene med Sundhedscaféerne er at bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed, så det er blandt andet borgere med få ressourcer, man gerne vil have fat i.]
- Hvordan syntes du, at det er lykket Sundhedscaféerne at **få kontakt til den udsatte gruppe af borgere**?
 - Hvad har sundhedscaféerne gjort, for at få kontakt til denne gruppe?
 - Hvad kunne man have gjort mere af eller på en anden måde for at nå den mest udsatte gruppe af borgere?
- Er der noget ved Sundhedscaféerne – set som et samlet tilbud – der gør dem særligt i **stand til at håndtere borgere med få ressourcer**?
 - Hvad er det særlige? (nærhed, kendskab, faglig tilgang, typen af sundhedstilbud)
 - Hvad kan en Sundhedscafé efter din vurdering tilbyde borgere i boligområderne som det etablerede sundhedsvæsen (kommunale sundhedstilbud, sygehuse og almen praksis) har vanskeligt ved?
[Speak: En del af målgruppen er borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Her gælder mange af de samme udfordringer som øvrige borgere, men derudover kan der også være andre forhold på spil såsom sprogbarrierer, kulturelle forskelle eller den grundlæggende forståelse af sundhed.]
- Hvordan har tilbuddet håndteret de udfordringer, der knytter sig til **borgere med anden etnisk baggrund**?
 - Hvilke særlige udfordringer har der været, og hvordan er de håndteret?
[Speak: De kommunale sundhedscentre i Aarhus tager sig primært af borgere, der er blevet syge. Et af målene med Sundhedscaféerne er at komme i kontakt med borgerne tidligere, dvs. inden de bliver syge.]

- Hvordan synes du, at det er lykket at komme i **kontakt med borgerne i en tidlig fase?**

TIL SYGEPLEJERSKER

- Når du tænker på de borgere, der er kommet i Sundhedscaféen. Vil du så mene, at der er bestemte grupper af borgere, der **særligt har haft udbytte af tilbuddet?** Hvem?
 - Hvad har tilbuddet særligt hjulpet den gruppe af borgere med?
- Er der grupper af borgere, som har haft **mindre gavn af tilbuddet?**
 - Hvorfor?
 - Hvad kunne man have gjort for at hjælpe den gruppe bedre?

Tema 2: Etablering af tilbuddet, fagligt indhold og dimensionering

TIL ALLE

- **Hvis du skulle starte en ny sundhedscafé op** i dag, ville du så ændre på noget ved jeres tilbud?
 - På hvilke områder mener du, at der er behov for at udvikle sundhedscaféerne yderligere?
 - Hvorfor?

KUN TIL SYGEPLEJERSKER

- Har der været **tilstrækkelig vidensdeling** mellem de fem sundhedscaféer? (dvs. er erfaringer med fx målgrupper, sundhedstilbud, organisering eller aktiviteter opnået i et boligområde er givet videre til personalet i andre sundhedscaféer)
 - Hvilken systematik har der været omkring erfaringsudveksling?
 - Hvordan kan vidensdeling styrkes, hvordan kan det foregå?

Tema 3: Betydningen af projektet i en kommunal sammenhæng og samarbejdet med lokale foreninger

- Hvordan vil du **beskrive det samarbejde, der har været mellem Sundhedscaféerne og den kommunale sundhedsindsats?**
 - På hvilke områder har samarbejdet fungeret godt? Giv eksempler.
 - Er der områder hvor samarbejdet skal forbedres?
 - Findes der relevante samarbejdspartnere, hvor der endnu mangler at blive etableret et samarbejde?
[Speak: Et af de beskrevne mål med projektet er at finde ud af, hvordan boligorganisationer og Aarhus Kommune organisatorisk kan arbejde sammen om en sundhedsindsats i boligområder.]
- Vil du sige, at det **kommunale niveau i løbet af projektet er blevet mere opmærksom** på de sundhedsmæssige udfordringer og løsninger, der findes for borgere i boligområderne?
 - Hvad tror du, har bidraget til den øgede opmærksomhed?
- Har Projekt Sundhedscaféer **skabt synlighed omkring behovet for en lokal sundhedsindsats i boligområderne?**
[Speak: Sundhedscaféerne har bl.a. arbejdet på at igangsætte aktiviteter i lokalområder, fx gåture, madlavningskurser, zumba og rygestopkurser. Det er aktiviteter, der kræver samarbejde med og inddragelse af lokale foreninger.]
- Hvordan synes du det er lykket Sundhedscaféerne at **knytte bånd til lokale foreninger og aktører?**
 - Er der gjort nok fra projektets side til at skabe det lokale samarbejde?
 - Hvilke foreninger kunne fremadrettet være interessante samarbejdspartnere?

- Hvordan kan det kommunale niveau **bruge den viden og de erfaringer, der findes i et lokalt forankret projekt som Sundhedscaféerne?**
 - Hvilken viden findes i projektet /blandt projektdeltagerne, som kan være en ressource ind i den kommunale sundhedspolitik?
 - Eksempler?

Tema 4: Generelle erfaringer og anbefalinger

[Speak: Det har fra starten været et mål at sundhedscaféerne skulle blive et permanent tilbud i boligområderne, hvis projektet viste sig at være en succes.]

- Mener du, at man fra kommunal side og fra projektets side har gjort nok for at **arbejde på at forankre caféerne og gøre dem permanente?**
 - Hvad skal der til for, at en sundhedscafé kan blive et permanent tilbud?
- **Hvilke erfaringer med implementering og opstart af en sundhedscafé har I gjort jer,** som I gerne vil give videre til andre steder, der ønsker at opstarte en sundhedscafé?
 - Erfaringer i forhold til målgruppe, ledelsesmæssig forankring, kompetencer, sundhedstilbud m.v.)
- Er der **andre ting**, du vil fortælle om sundhedscaféerne, som du ikke synes, at vi nåede omkring i dette interview?

