

FOREBYGGELSESSINDSATSER I NÆRMILJØET

MENTAL SUNDHED

Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab
School of Medicine and Health, Aalborg Universitet

UDARBEJDET AF

Anne Stoffersen Rytter
Eva Kanstrup Poulsen
Marianne Rasmussen

VEJLEDER

Carsten Kronborg Bak

AFLEVERINGSDATO

1. juni 2015

Titelblad

Titel: Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet - mental sundhed

Tema: Identifikation og dokumentation af et folkesundhedsvidenskabeligt problemfelt med begrundet behov for ændringer, udmøntet i fremadrettede anbefalinger, i arbejdet med mental sundhed hos mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer.

Afleveringsdato: 1. juni 2015

Semester: 4. semesters projekt, speciale, kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab

Projektgruppe: 15gr1057

Vejleder: Carsten Kronborg Bak

Anslag med mellemrum: 281.506

Gruppens medlemmer:

Anne Stoffersen Rytter

Eva Kanstrup Poulsen

Marianne Rasmussen

Resume

Baggrund: Det kan være vanskeligt at udforme indsatser rettet mod mental sundhed, der i tilstrækkelig grad formår at tage højde for begrebets kompleksitet. Mindre ressourcestærke borgere har ofte en dårligere mental sundhed. Disse borgere befinder sig ofte i udsatte nærmiljøer, hvorfor dette anses som en oplagt arena for etablering af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag i forhold til mental sundhed. I Danmark har 12 kommuner fra 2010-2014 arbejdet med mental sundhed inden for satspuljeprojektet *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*. Under satspuljeprojektet har indsatser vedrørende mental sundhed imidlertid været særlig vanskelige at arbejde med for kommunerne.

Formål: Specialets formål er at udarbejde anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med mental sundhed hos mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer. Anbefalingerne udarbejdes på baggrund af viden fra kommunale erfaringer i satspuljeprojektet *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet* og videnskabelig evidens.

Metode: I specialet anvendes systematisk litteratursøgning samt deduktiv dokumentanalyse af satspuljekommunernes projektbeskrivelser, midtvejs- og slutevalueringer. Den systematiske litteratursøgning skal kortlægge evidensbaserede indsatser inden for mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Dokumentanalysen skal, med en programteoretisk referenceramme bestående af teori om flerstrengede interventionsprogrammer og procesevalueringsværktøjer, analysere og diskutere satspuljekommunernes indsatser rettet mod mental sundhed.

Resultater: Den systematiske litteratursøgning resulterede i 15 videnskabelige artikler indeholdende indsatser eller metoder, der blev vurderet som anvendelige inden for sundhedsarbejdet i udsatte nærmiljøer. Dokumentanalysen resulterede i otte temaer; *konteksten, forståelsesramme og metoder, formulering af mål og udvælgelse af målgruppe, metoder til måling af effekter og erfaringer, generelle effekter og erfaringer, indsatser, rekruttering og forankring*.

Konklusion: I det fremadrettede arbejde med mental sundhed for mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer anbefales følgende: Gennem hele processen bør der anvendes en iterativ tilgang, hvor metoder, tilgange og indsatser justeres systematisk undervejs for at sikre effekter, samt at målgruppen nås. Borgerinddragelse bør anvendes som metode. Ved projektstart bør der foretages en analyse af nærmiljøet samt prioriteres en målgruppe. Der bør opstilles klare mål ved projektstart, og valg af evalueringsmetoder bør overvejes på baggrund heraf. Der bør inddrages teori, som kan give anledning til effektive tilgange over for målgruppen. Der bør anvendes en kombination af flere indsatser på forskellige systemniveauer. Viden om konteksten bør inddrages i valg af rekrutteringsstrategi, og justering af rekrutteringsstrategien bør foregå med udgangspunkt i en kortlægning af deltagerne. I forhold til forankring anbefales at inddrage frivillige som en ressource i nærmiljøerne samt erkende, at forankring kræver tid og ressourcer.

Emneord: mental sundhed, udsatte nærmiljøer, mindre ressourcestærke borgere, flerstrengende interventionsprogrammer.

Abstract

Background: Designing interventions aimed at enhancing mental health may be difficult due to the degree of complexity. Marginalized groups often have a poorer mental health. Deprived neighbourhoods, in which there is an increased proportion of these residents, may be seen as an ideal arena in order to work with health promotion and preventive initiatives in relation to mental health. From 2010 to 2014, 12 municipalities in Denmark worked with mental health during the project *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*. However, municipality work on interventions related to mental health has shown to be very difficult.

Aim: The aim of the study is to develop recommendations for the future work within mental health with marginalized groups in deprived neighbourhoods. The recommendations are based on the experiences from the *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet* and the scientific evidence.

Methods: This study uses a systematic literature review and a deductive document analysis based on the project descriptions, midterm- and final evaluations of the *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*. The systematic literature review aims at identifying evidence-based interventions concerning mental health in deprived neighbourhoods. The document analysis aims at analyzing and discussing the 12 municipalities' efforts to enhance the mental health, and is conducted on the basis of a theoretical framework consisting of multiple intervention programs and process evaluation tools.

Results: The systematic literature review resulted in 15 scientific articles, containing interventions or methods who can be applied in future work concerning mental health in deprived neighbourhoods. The document analysis resulted in eight themes; context, realm of understanding, selecting aims and a population, methods for measuring outcomes, outcome and experiences, initiatives, recruitment and maintenance.

Conclusion: In the municipalities' future work with mental health of marginalized groups in deprived neighbourhoods, it is recommended: An iterative approach should be used, where the methods, approaches and interventions is adjusted systematically and regularly to ensure outcome, and to ensure that the aims are reached with the highest possible benefits. Public involvement should be recognized as an approach. From the very start of the project, an analysis of the community and a priority of the participants should be established. A clear set of goals should be established at the beginning of the project, and methods for evaluation should also be considered. Theories which can help provide effective approaches for the participants should be involved. A combination of multiple levels of the system should be integrated. Knowledge of the context should be involved in the choice of recruitment strategy, and the adjustment of the recruitment strategy should be based on knowledge of the participants. To ensure maintenance it is recommended to include volunteers as a resource in the local environment, and it should be recognized that the maintenance will require time and resources.

Keywords: mental health, deprived neighbourhood, marginalized groups, multiple intervention programs.

Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden 1. februar til 1. juni 2015 på 4. semester af kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab under School of Medicine and Health ved Aalborg Universitet. Den overordnede temaramme for udarbejdelsen af specialet er forandring af forebyggelses- eller sundhedsfremmeaktiviteter. Specialets forandringsperspektiv omhandler udarbejdelse af anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med mental sundhed i udsatte nærmiljøer på baggrund af viden fra kommunale erfaringer i satspulje-projektet *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet* og videnskabelig evidens på området. Specialets problemstilling er aktuel, da den skal bidrage til en viden om, hvilke indsatser og implementeringsforhold der er nødvendige for at få systematik i planlægningen og bedre effekter af sundhedsindsatser i kommunerne. Desuden skal specialet give et indblik i de metodiske overvejelser og valg, som bør foretages, når målgruppen for indsatserne er mindre ressourcestærke borgere.

Vi takker alle kommunerne, som har deltaget i satspuljen *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet* for hjælp til indsamling af materiale til specialets dokumentanalyse. Desuden vil vi gerne takke vores vejleder, Carsten Kronborg Bak for en stor arbejdsindsats med konstruktiv feedback gennem hele processen.

Gruppe 1057

Anne Stoffersen Rytter

Eva Kanstrup Poulsen

Marianne Rasmussen

Læsevejledning

Læsevejledningen er udformet med henblik på at give læseren en forståelse af de anvendte begreber og forkortelser, som anvendes i specialet.

FIP

FIP refererer til flerstrengede interventionsprogrammer, som er et planlægningsprogram, der består af to eller flere interventioner, der samtidig involverer to eller flere systemniveauer.

Systemniveauer

Systemniveau refererer til mikro-, meso- og makroniveau. Mikroniveauet indeholder elementer knyttet til individ- og gruppeniveau. Mesoniveauet handler om aktører i de nære omgivelser såsom foreninger og organisationer i nærmiljøet, og makroniveauet handler om det strukturelle og politiske niveau.

Iterativ og systematisk tilgang

I flerstrengede interventionsprogrammer arbejdes ud fra en iterativ tilgang. Dette indebærer en systematisk formativ procesevaluering, hvor tilgange, metoder og indsatser løbende justeres ud fra en vurdering af effekterne af indsatserne, og om de når den tiltænkte målgruppe. En systematisk tilgang indebærer, at planlægning, evaluering og justering er velovervejet og dokumenteret.

Socioøkonomisk perspektiv

I et socioøkonomisk perspektiv er der en erkendelse af, at sundhed skabes i samspillet mellem borgerne og de omgivelser, som de lever i.

Mindre ressourcestærke borgere

Sundhedsstyrelsen definerer mindre ressourcestærke borgere som borgere på overførselsindkomst eller med ringe tilknytning til arbejdsmarkedet.

RE-AIM

RE-AIM er en planlægnings- og evalueringsmodel udviklet af Russell Glasgow et al. Forkortelsen henviser til fem analytiske grundelementer; *reach*, *efficacy*, *adoption*, *implementation* og *maintenance*. *Reach* refererer til rækkevidden i forhold til deltagerne i interventionen. *Efficacy* omhandler interventionens effekt. *Adoption* indikerer, om interventionen udføres i de forskellige arenaer, som interventionen var tiltænkt implementeret i. *Implementation* refererer til det omfang, hvori interventionen er blevet implementeret i forhold til de oprindelige formål og bestemmelser. *Maintenance* omhandler graden af interventionens forankring i praksis.

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
1. Initierende problem	1
2. Problemanalyse	3
2.1 Mental sundhed	3
2.1.1 Indsatser til fremme af den mentale sundhed	4
2.1.2 Udfordringer i arbejdet med mental sundhed	6
2.2 Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet – mental sundhed	6
2.3 Mental sundhed og nærmiljø	7
2.3.1 Udsatte nærmiljøer	7
2.3.2 Forskning i sammenhænge mellem nærmiljø og mental sundhed	8
2.3.3 Forståelse af sammenhængen mellem sundhed og nærmiljø	9
2.4 Sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser i nærmiljøet	10
2.5 Afgrænsning	12
3. Problemformulering	13
4. Programteoretisk forståelsesramme	15
4.1. Videnskabsteoretiske refleksioner	15
4.2 Erkendelse af sundhed	15
4.3 Multiple interventioner	16
4.3.1 Flerstrengede interventionsprogrammer	16
4.3.2 Potentialet i flerstrengede interventionsprogrammer over for mental sundhed	19
4.3.3 RE-AIM-modellen	19
4.4 Opsamling	21
5. Metode	23
5.1 Litteratursøgning	23
5.1.1 Indledende litteratursøgning	23
5.1.2 Systematisk litteratursøgning	23
5.2 Dokumentanalyse	26
5.2.1 Dokumentanalyse som forskningsmetode	26
5.2.2 Dataindsamling og datagrundlag	28
5.2.3 Analysestrategi	30
5.2.4 Udvælgelse af tematikker	31
5.2.5 Analyseprocessen	34
6. Resultater af litteraturstudie	37
6.1 Fysisk aktivitet og mental sundhed	37
6.2 Kreative aktiviteter og mental sundhed	39

6.3 Multiple interventioner	40
6.4 Rekruttering.....	42
6.5 Udveksling af tjenester i nærmiljøet.....	43
6.6 Etik i arbejdet i udsatte nærmiljøer	44
6.7 Opsamling	45
7. Dokumentanalyse	47
7.1 Læsevejledning	47
7.2 Resultatoversigt	48
7.3 Konteksten.....	49
7.3.1 Kontekstuelle faktorer	49
7.3.2 Kompositionelle faktorer	51
7.3.3 Kollektive faktorer.....	51
7.3.4 Opsamling.....	52
7.4 Forståelsesramme og metoder	52
7.4.1 Valg af teoretisk ramme	53
7.4.2 Metoder og tilgange.....	54
7.4.3 Omsætning af metoder i praksis	56
7.4.4 Social kapital	56
7.4.5 Fysiske og kreative aktiviteter	57
7.4.6 Opsamling.....	57
7.5 Formulering af mål og udvælgelse af målgruppe	58
7.5.1 Formulering af mål	58
7.5.2 Udvælgelse af målgruppe	59
7.5.3 Specifik målgruppe vs. inddragelse af alle borgere.....	60
7.5.4 Opsamling.....	62
7.6 Metoder til måling af effekter og erfaringer	62
7.6.1 Interview.....	62
7.6.2 Spørgeskema og kvantitative mål	63
7.6.3 Eftermåling med nærmiljøsundhedsprofil	64
7.6.4 Opsamling.....	66
7. 7 Generelle effekter og erfaringer	66
7.7.1 Sociale fællesskaber, trivsel og samhørighed.....	66
7.7.2 Handlekompetencer	67
7.7.3 Negative effekter	68
7.7.4 Kvantitative effekter	69
7.7.5 Opsamling.....	70
7. 8 Indsatser	70
7.8.1 Indsatser og systemniveauer	70
7.8.2 Individniveau	71
7.8.3 Gruppeniveau	72

7.8.4 Ressourcemobilisering.....	75
7.8.5 Strukturelle tiltag.....	77
7.8.6 Opsamling.....	77
7.9 Rekruttering.....	78
7.9.1 Evaluering af deltagere.....	78
7.9.2 Rekrutteringsmetoder	79
7.9.3 Opsamling.....	81
7.10 Forankring	82
7.10.1 Frivillige	82
7.10.2 Tid og ressourcer	83
7.10.3 Opsamling.....	84
8. Anbefalinger.....	85
8.1 Væsentlige opmærksomhedspunkter.....	85
8.2 En iterativ tilgang og borgerinddragelse.....	86
8.3 Analyse af nærmiljø og målgruppe.....	86
8.4 Målemetoder	87
8.5 Teorier og indsatser.....	87
8.6 Rekruttering.....	88
8.7 Forankring	89
9. Konklusion	91
10. Referenceliste	95
11. Bilag	101
Bilagsfortegnelse.....	101

1. Initierende problem

Både politisk og i arbejdet med at forbedre folkesundheden har der længe været fokus på at mindske den sociale ulighed i sundhed (1,2). Den sociale ulighed kendetegnes bl.a. ved, at borgere med lavere social position har en ringere sundhedsstatus end borgere med en højere social position (3).

I næsten alle kommuner findes udsatte nærmiljøer, hvor der er en højere koncentration af mindre ressourcestærke borgere med eksempelvis sociale belastninger og ofte uden tilknytning til arbejdsmarkedet (4). En kortlægning af sundhedstilstanden i udsatte nærmiljøer i Danmark viste, at borgere, der bor i disse områder, har en dårligere sundhedsstatus end borgere, der geografisk bor umiddelbart tæt derved (2). Internationalt findes der ligeledes studier, som har fundet empiriske sammenhænge mellem udsatte nærmiljøer og sundhedsforhold (5-7). Denne betragtelige forskel i sundhedstilstanden for mennesker, der geografisk bor relativt tæt på hinanden, gør nærmiljøet til en relevant arena at studere i forsøget på at mindske den sociale ulighed i sundhed og til et vigtigt område at beskæftige sig med folkesundhedsvidenskabeligt.

Med satspuljeprojektet *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet* (2010-2014) har Sundhedsstyrelsen fokus på mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer i Danmark, hvor de bl.a. har iværksat indsatser til forbedring af den mentale sundhed (8). World Health Organization (WHO) fremhæver, at øgning af mental sundhed er vigtig for at ændre sundhedsstatussen i et nærmiljø, et grundelement i opretholdelsen af et godt fysisk helbred samt en ressource for både individet og nærmiljøet (9). Derfor er et fokus på mental sundhed relevant i forebyggelsesindsatserne i nærmiljøet. Under satspuljeprojektet har indsatser vedrørende mental sundhed imidlertid været særlig vanskeligt at arbejde med for kommunerne. På trods af at satspuljekommunerne påpeger problemet i satspuljens midtvejsevaluering, erfares problemet ligeledes i den afsluttende evaluering, hvor det fremlægges, at mental sundhed er svært at håndtere og bringe på banen i samtaler med borgerne (10,11). Dette leder til spørgsmålet, hvorfor mental sundhed er svær for de kommunale medarbejdere at håndtere i nærmiljøerne, samt om satspuljens ramme har været for utydelig og bredt formuleret. Dertil er det relevant at undersøge, hvilke erfaringer kommunerne har haft, samt hvordan arbejdet med mental sundhed optimalt bør tilrettelægges for derved at kunne dokumentere effekterne af indsatserne.

2. Problemanalyse

I dette kapitel analyseres projektets problemfelt omhandlende mental sundhed hos mindre ressourcestærke borgere¹ i udsatte nærmiljøer. Først defineres og udfoldes begrebet mental sundhed og indsatser knyttet her-til. Dernæst rettes fokus mod satspuljen *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet* med henblik på at beskrive den ramme, som Sundhedsstyrelsen har opsat for satspuljekommunerne. I specialet vil der blive refereret til satspuljen *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*, når ordet satspulje anvendes. Ligeledes vil ordet kommune side-stilles med satspuljekommune. Derefter følger en udlægning af udsatte nærmiljøer, herunder forskellige for-klaringer på sammenhængen mellem nærmiljøer og sundhed. Dette leder til et afsnit, der giver indblik i, hvordan der kan arbejdes med sundhedsfremme og forebyggelse i nærmiljøer. Kapitlet afsluttes med en af-grænsning af problemfeltet, som danner rammen for specialets videre fokus.

2.1 Mental sundhed

Arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse har i mange år haft fokus på fysiske aspekter af sundhed og sygdom, men i de senere år er der imidlertid kommet et øget fokus på den mentale sundhed både nationalt og internationalt (12). I 2005 underskrev 52 europæiske sundhedsministre en deklaration og handlingsplan, *Mental Health Declaration & Action Plan for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions*, som for-pligtede landene til at arbejde med indsatser til fremme af befolkningens mentale sundhed (12). Det øgede fokus på mental sundhed skyldes bl.a. en øget viden om den mentale sundheds betydning for både den fysi-ske sundhed og livskvaliteten samt et stigende behov for behandling og forebyggelse af psykisk syg-dom(13,14).

WHO opererer med mental sundhed som et bredt begreb, hvor fokus handler om at fremme befolkningens trivsel, velbefindende og evne til at håndtere udfordringer i livet (12) og definerer mental sundhed som føl-gende:

"... a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the nor-mal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community" (9, s. 1).

Mental sundhed har ofte været knyttet til psykiatrien og psykiske lidelser, men med denne definition frem-stilles mental sundhed som et selvstændigt begreb. Mental sundhed handler således om mere end fravær af psykiske lidelser og sygdom, og det er derfor vigtigt, at begreberne behandles separat, om end der eksisterer visse overlap (12-14). I WHO's definition handler mental sundhed både om at være i en tilstand af velbefin-dende samt at have ressourcer til at opnå sundhed. Ligeledes handler definitionen om, at mental sundhed kan være gavnlig både for individet og samfundet (9,12). Definitionen har således en oplevelsesdimension, som handler om at have det godt, samt en funktionsdimension, som handler om at kunne udføre hverdagsaktivite-ter og mestre livets udfordringer (15). Definitionens bredde kan imidlertid problematiseres, da den umiddel-bart kan være svær at operationalisere.

¹ Eksempler på mindre ressourcestærke borgere er, ifølge Sundhedsstyrelsen, borgere på overførselsindkomst eller med ringe tilknyt-ning til arbejdsmarkedet (8).

I rapporten *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*, som er lavet på baggrund af ovenstående deklaration i 2005, viser resultaterne, at de europæiske lande, herunder Danmark, mangler en klarhed over begrebet mental sundhed, og hvorledes mental sundhed fremmes (12,16). Denne tendens bemærkes ligeledes i satspuljens midtvejsevaluering fra 2012, hvor det beskrives, at satspuljeprojekternes medarbejdere *"ikke føler sig godt nok rustet"* til at arbejde med mental sundhed (10). På den baggrund udledes, at til trods for underskrivelse af deklarationen i 2005 og WHO's definition af begrebet, er der i 2012 stadig uklarhed over begrebet mental sundhed og måden at intervenere mod dette i de danske kommuner, hvilket får betydning for sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejdet. I satspuljens slutevaluering beskrives imidlertid, at mental sundhed drejer sig om borgernes trivsel, overskud og motivation, og at den mentale sundhed og social kapital² er begreber, som er tæt knyttet sammen (11). Sammenhængen mellem sundhed og social kapital fremhæves af Ellaway et al. som hyppigt undersøgt, men sjældent koblet til kontekstens betydning (18). Det er relevant at undersøge, om satspuljekommunerne har forskellige forståelser af begrebet mental sundhed, da en eventuel diversitet i begrebsanvendelsen kan afspejle sig i de kommunale indsatser samt dokumentation af effekter og indsatser. I dette speciale anvendes ikke en bestemt definition af mental sundhed, da det er kommunernes forståelse af mental sundhed, og de resultater, som de er nået frem til, som udforskes.

2.1.1 Indsatser til fremme af den mentale sundhed

Den mentale sundhed er påvirket af flere faktorer, herunder biologiske, psykologiske, sociale, miljømæssige og strukturelle faktorer (12). Der er endnu ikke opstillet en model, som tager højde for alle faktorerne, der har indflydelse på den mentale sundhed. Der findes imidlertid en opdeling, hvor de psykologiske og sociale faktorer kan opdeles på tre niveauer; et individuelt niveau, et socialt niveau og et strukturelt niveau. På hvert niveau fremstilles både beskyttende faktorer og risikofaktorer relateret til mental sundhed, som vist i tabel 2.1 (12,19). Af beskyttende faktorer på de tre niveauer kan bl.a. nævnes evnen til at håndtere stress og udfordringer, følelsen af et tilhørsforhold til omgivelserne samt sikre og trygge rammer. Af risikofaktorer på de tre niveauer kan nævnes lavt selvværd, social eksklusion og diskrimination (12,19).

Determinanter for mental sundhed	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Evner til at håndtere stress og udfordringer Følelse af et socialt tilhørsforhold God fysisk sundhed	Lavt selvværd Dårlige familiære relationer Fysisk og psykisk handicap
Socialt niveau	Omsorgsfulde forældre/gode familiebånd Tilhørsforhold til omgivelser Deltagelse i fællesskaber	Misbrug og vold Social eksklusion
Strukturelt niveau	Sikre og trygge rammer Økonomisk sikkerhed Beskæftigelse	Voldelige og kriminelle omgivelser Social og kulturel diskrimination Manglende støttefunktioner

Tabel 2.1: Determinanter for mental sundhed opdelt på tre niveauer med inspiration fra Barry og Jenkins (12,19).

² Begrebet social kapital er ikke defineret i slutevalueringen (11). Teoretikere som f.eks. Robert Putnam, Pierre Bourdieu og James Coleman definerer begrebet social kapital forskelligt. Kort fortalt kan social kapital anskues som et produkt eller en proces, som bl.a. omhandler de sociale strukturer, sociale relationer samt tillid og normer. Den sociale kapital kan endvidere betragtes som en individuel samt kollektiv ressource (17).

Ud fra denne beskrivelse er der således tre niveauer, hvori det er muligt at intervenere og arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse i relation til mental sundhed. Denne inddeling anvendes til at pointere vigtigheden af, at der arbejdes på alle tre niveauer for at fremme den mentale sundhed. Derfor kan det problematiseres, hvis indsætterne udelukkende fokuserer på ét niveau og overser betydningen og interaktionen af de andre niveauer. Eksempelvis beskrives i satspuljens slutevaluering, at mental sundhed sjældent omtales direkte over for borgeren, men oftest foregår gennem indsatser, som bringer borgerne sammen i nærmiljøet (11). Dette kan tyde på, at der er større fokus på det sociale niveau end det individuelle niveau. Mental sundhed kan desuden forbedres gennem politikker og programmer på tværs af forskellige sektorer i samfundet. Dette kan være sektorer inden for beskæftigelse, uddannelse, transport og velfærdsydelser (9,12). Dette fremhæves af Sundhedsstyrelsen, som pointerer vigtigheden af, at de kommunale forvaltninger arbejder på tværs og i samarbejde med andre organisationer (15). Spørgsmålet er imidlertid, om det er muligt at få de forskellige politikker samt sociale og individuelle niveauer til at interagere på en måde, således at der skabes effekter, og om interaktionen er en overvejelse, som satspuljekommunerne har inddraget i deres planlægning af indsatserne rettet mod forbedring af den mentale sundhed.

Fremme af mental sundhed kan være et mål i sig selv eller et middel til at fremme andre målsætninger, herunder eksempelvis at forbedre indlæring, øge beskæftigelsen eller mindske sygefraværet (15). Som fremhævet tidligere interagerer den mentale sundhed med den fysiske og sociale sundhed, hvor eksempelvis social mistrivsel kan resultere i dårligere mental sundhed og omvendt (12). Denne interaktion kan med fordel medtænkes i udarbejdelse af indsatser i nærmiljøerne. Satspuljekommunerne har benyttet sig aktivt af interaktionen, hvor arrangementer som fællesspisning var tiltænkt at øge den sociale kapital i nærmiljøet, herunder også den mentale sundhed. Ligeledes fremhæves aktiviteter vedrørende fysisk aktivitet som en del af arbejdet med den mentale sundhed, da fysisk aktivitet i sig selv, samt det sociale aspekt ved motionshold, opleves at have en positiv afsmitning på borgernes mentale sundhed (11). Imidlertid kan det anskues som problematisk, at det ikke umiddelbart i slutevalueringen er dokumenteret, hvordan disse effekter måles, eller om det er den rigtige strategi over for mindre ressourcestærke borgere.

I Sundhedsstyrelsens publikation *Forebyggelsespakke - Mental sundhed* fra 2012 er der en bred forståelse af mental sundhed, idet der er en mangfoldighed i indsatserne og målgrupperne. Denne mangfoldighed ses i bredden af indsatserne, som eksempelvis kan omfatte forskellige former fra uddannelse og kurser, hjemmebesøg hos ældre, fokus på rammerne i daginstitutioner eller andre indsatser til børn og deres familier, samt indsatser til mennesker med hårde psykiske lidelser (15). Dette forekommer også i midtvejs- og slutevalueringen udarbejdet af NIRAS³, hvor tiltagene, som satspuljekommunerne har igangsat, har en stor diversitet, herunder eksempelvis fællesspisning og julearrangementer, alene-forældre netværk og uddannelse af kommunale medarbejdere (10,11). Spørgsmålet er imidlertid om de tiltag, som satspuljekommunerne iværksætter, rummer den nødvendige forståelse for den kompleksitet, som der må tages højde for i arbejdet med mental sundhed, samt om de udnytter det potentiale, der ligger i arbejdet med mental sundhed i udsatte nærmiljøer.

³ Ekstern rådgivningsvirksomhed, der har varetaget opgaver såsom løbende evalueringer, herunder forskellige spørgeskemaundersøgelser, samt udarbejdet hovedrapport, midtvejsevaluering og slutevaluering af satspuljeprojektet for Sundhedsstyrelsen.

2.1.2 Udfordringer i arbejdet med mental sundhed

Effekten af indsatser overfor mental sundhed kan imidlertid være svære at måle, men Sundhedsstyrelsen foreslår forskellige metoder eksempelvis via spørgeskemaerne WHO-5⁴ og SF12⁵ eller ved at måle reduktion i frafald fra ungdomsuddannelser, reduktion i sygefravær på kommunale arbejdspladser, samt antal borgere som deltager i tilbud, som vedrører mental sundhed (15). Det kan imidlertid problematiseres, om disse måle-redskaber måler det tilsigtede og kan måle den reelle effekt, da mental sundhed er et fænomen sammensat af flere forskellige forhold som, udover fysisk sundhed, også vedrører sociale forhold i ens liv og omgivelser-mæssige omstændigheder (9). Yderligere kan der stilles spørgsmålstejn ved, om det er indsatsen i sig selv, der har en effekt, eller om der er andre faktorer, der har gjort udslaget (21). Det påpeges, at udfordringerne i arbejdet med mental sundhed omhandler manglende evidens vedrørende effektive metoder til at fremme mental sundhed, tvivl om muligheden for at kunne generalisere landene imellem, manglende organisering af arbejdet, samt mangelfuld støtte til implementering (12,16). Den manglende evidens på området påpeges ligeledes i et evidensresumé udgivet af National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i 2007, som konkluderer, at der mangler viden om effekten af indsatser til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykisk sygdom i lokalsamfund, samt viden i forhold til indsatser omhandlende mental sundhed, der har til formål at reducere social ulighed både på individ- og samfundsniveau (22).

I forbindelse med satspuljen kan det således anses som problematisk, at der mangler evidens i forhold til effekten af indsatser, der har til formål at fremme den mentale sundhed i nærmiljøer, hvilket giver en forståelse af, hvorfor de danske kommuner finder det vanskeligt at arbejde med mental sundhed. Kommunerne kan endvidere opleve det som problematisk, idet Sundhedsstyrelsen ikke fremlægger en tydelig definition og referenceramme til arbejdet med mental sundhed i satspuljematerialet, som derfor yderligere gør kommunernes arbejde med mental sundhed vanskeligt. I nedenstående afsnit uddybes og analyseres satspuljeprojektet for at få en forståelse af de rammer, hvori kommunerne har arbejdet med risikofaktoren mental sundhed til mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer.

2.2 Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet – mental sundhed

Sundhedsstyrelsen har i 2010 givet kommunerne mulighed for at søge om satspuljemidler til indsatser målrettet sundhedsfremme og forebyggelse i udsatte nærmiljøer, hvoraf en af tematikkerne har været fremme af mental sundhed. Den samlede bevilling i satspuljen udgør 87,6 mio. kr. I alt har 12 kommuner⁶ fået mulighed for at arbejde med og udvikle tiltag til forbedring af borgernes sundhed i udsatte nærmiljøer, og satspuljeprojekterne har været udmøntet i perioden 1. november 2010 til 31. oktober 2014 (8,23).

Satspuljen har det overordnede formål, at kommunerne skal styrke trivsel og sundhed blandt mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer. Kommunerne skal iværksætte tiltag inden for følgende risikofaktorer; mental sundhed, rygning og fysisk aktivitet og skal desuden udvælge enten at inddrage risikofaktoren kost eller alkohol i deres indsatser (8). I satspuljens midtvejsevaluering fra NIRAS har der været tilkendegivelser

⁴ WHO-5 indeholder fem items omhandlende, hvordan personen har følt sig tilpas inden for de sidste to uger (20).

⁵ SF12 er et spørgeskema, der belyser en persons helbredstilstand inden for de sidste fire uger og består af en fysisk og mental helbreds-komponent (13).

⁶ Satspuljekommuner: Esbjerg, Herlev, Hjørring, Høje-Taastrup, Køge, Langeland, Lolland, Silkeborg, Struer, Svendborg, Thisted og Aalborg (23).

fra satspuljekommunerne af, at de mangler erfaringsudveksling kommunerne imellem og især mangler metodiske redskaber til arbejdet med mental sundhed samt en større klarhed over, hvad begrebet dækker over (10). I midtvejsevalueringen udtrykker 79% af de adspurgte kommunale medarbejdere, at de ønsker at blive bedre rustet til at arbejde med mental sundhed (10). Det kan således anskues som problematisk, at Sundhedsstyrelsen stiller krav til, at kommunerne skal arbejde med og forbedre borgernes mentale sundhed, mens kommunerne efterspørger viden og kompetencer, da de finder dette vanskeligt at udmønte i praksis.

I satspuljen skal kommunerne arbejde ud fra en fastlagt model af Sundhedsstyrelsen, der indeholder en række overordnede elementer af betydning for sundhedsfremme til mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer. Disse overordnede elementer er 1) inddragelse af nærmiljøet, 2) brug af motiverende metoder og 3) udvikling af sunde rammer (8). Ud fra de overordnede elementer, som Sundhedsstyrelsen har defineret, kan det antages, at rammerne for satspuljen giver anledning til at arbejde på forskellige niveauer, herunder på individuelt, socialt og strukturelt niveau. På den måde kan det betragtes, at der i satspuljemodellen er mulighed for at arbejde med mental sundhed på forskellige niveauer, jf. afsnit 2.1.1 *Indsatser til fremme af den mentale sundhed* som er centralt i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med at forbedre borgernes mentale sundhed.

På trods af det faktum at satspuljesystemet åbner op for udvikling af nye sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, findes der også en generel kritik af satspuljesystemets formål og evalueringsform. Satspuljeprojekterne bliver kritiseret for at være mangelfulde i forhold til dokumentation af, hvad der virker (24). Endvidere omfatter satspuljerne som oftest ikke midler til forskning eller forskningsbaserede evalueringer og derfor forefindes ikke forskningsbaseret viden om, hvad der er kommet ud af disse satsninger på sundhedsområdet (25). Politisk eksisterer der også uenighed om satspuljernes effekt, og fordele og ulemper ved satspuljerne diskuteres partierne imellem. På den ene side er der argumenter for, at satspuljerne giver mulighed for nye udviklingsprojekter, som der ideelt set kan drages nye erfaringer af. På den anden side er der argumenter for, at satspuljeprojekterne er for kortsigtede, og at de mindre ressourcestærke borgere finansielt bør tilgodeses på andre områder (26). Da det er en kendsgerning, at de politiske partier har muliggjort satspuljeprojektet, er det i forhold til dette speciale nødvendigt at forstå den arena, som satspuljeprojektet skal agere i. Derfor fremlægges i følgende afsnit nærmiljøet som arena.

2.3 Mental sundhed og nærmiljø

Forståelsen af sammenhænge mellem nærmiljø og sundhed må undersøges for at kunne iværksætte effektive indsatser målrettet mental sundhed i udsatte nærmiljøer, hvor der er en øget andel af mindre ressourcestærke borgere. I dette afsnit udfoldes nærmiljøet som arena for sundhedsfremme og forebyggelse samt forklaringer på sammenhængen mellem nærmiljø og sundhed.

2.3.1 Udsatte nærmiljøer

Nogle nærmiljøer kendetegnes som *særligt udsatte* og udgør et særligt problem i forhold til sundhedstilstanden. Ifølge Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter er særligt udsatte boligområder defineret som boligområder, der er præget af sociale problemer, og de betegnes også som ghettoområder (27). Hvert år udarbejdes en liste over udsatte boligområder i Danmark. Heraf kan nævnes boligområder som Mjølnerparken i

København, Vollsmose i Odense, Gjellerupparken i Aarhus og Sebbesundvej i Aalborg Øst (28). Ghettoisering af områderne kan forbindes med begrebet territorial stigma⁷, hvor borgerne i det pågældende nærmiljø kan føle skam over at bo i området (29). Et udsat nærmiljø kan defineres og beskrives gennem områdets fysiske omgivelser og gennem befolkningskarakteristika. Udsatte nærmiljøer kan således beskrives og defineres ud fra følgende:

- *Fysiske omgivelser*: Mange almene boliger (ofte nedslidte, billige og mindre attraktive), manglende rekreative udendørsarealer, dårligt omdømme og dårlig adgang til offentlig transport (2).
- *Karakteristika ved borgerne*: Stor andel af borgere på overførselsindkomst (førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere), flere etniske minoriteter og højere andel af borgere med psykiske lidelser (2,27,30).

Der er en tendens til, at mennesker med samme uddannelse, beskæftigelse og indkomst bor i de samme områder (2). Markedsmekanismen gør, at de økonomisk velstillede borgere køber de mest attraktive boliger, hvorfor der ligeledes ses en ophobning af de økonomisk dårligst stillede i alment boligbyggeri, som udgør hovedparten af boligerne i udsatte nærmiljøer (2). Velstandsstigningen har således medført, at ressourcestærke borgere er fraflyttet almene bebyggelser, og udlejningsboligerne er derved ofte beboet af de dårligst stillede i samfundet, herunder førtidspensionister, folk på sygedagpenge og kontanthjælp, der i mange år har fået anvist billige lejeboliger i udsatte nærmiljøer (2,31). I rapporten *Mental sundhed blandt voksne danskere* fra 2010 fremlægges, at der er klare sammenhænge mellem en række sociodemografiske faktorer og mental sundhed. Af faktorer kan nævnes samlivsstatus, uddannelsesniveau, socioøkonomisk status, boligforhold og personlig bruttoindkomst (13). Andre studier har ligeledes påvist klare associationer mellem social ulighed og mental sundhed (9,22). Ud fra ovenstående kan udsatte nærmiljøer ses som en oplagt arena for indsatser rettet mod øgning af mental sundhed, da der i udsatte nærmiljøer kan være en øget andel af borgere med dårligere mental sundhed. Endvidere findes et potentiale i, at indsatser i nærmiljøer giver kommunerne en mulighed for at nå de borgere, som er vanskelige at komme i kontakt med, og som ofte ikke møder op til traditionelle sundhedsfremmende og forebyggende tiltag (32).

2.3.2 Forskning i sammenhænge mellem nærmiljø og mental sundhed

Der findes flere studier, som undersøger nærmiljøets sammenhæng med mental sundhed. Et tværsnitsstudie fra 2009 foretaget i Storbritannien viser en sammenhæng mellem graden af oplevede problemer i nærmiljøet og mål for mental sundhed, samt en sammenhæng mellem oplevelse af samhørighed i nærmiljøet og mental sundhed (33). Desuden viser resultater fra et tværsnitsstudie fra 2008, at ældre menneskers oplevelse af nærmiljøets sense-of-cohesion⁸ samt oplevelsen af problemer i nærmiljøet er stærkere associeret med deres mentale sundhed end et objektivi mål for afsavn i deres område, som eksempelvis vedrører den socioøkonomiske status i området (34). Endvidere undersøgte et tværsnitsstudie fra 2006 sammenhængen mellem mental sundhed og fysiske og sociale faktorer. Heraf viste resultaterne, at der var signifikant association mellem dårligere mental sundhed og forskellige faktorer i nærmiljøet, herunder nabostøj, følelse af usikkerhed ved at færdes udendørs, utilfredshed med grønne friarealer og fællesfaciliteter etc. Desuden var der en signifikant

⁷ Stigmatisering med baggrund i oplysning om stedet, hvor borgeren bor (29).

⁸ Sense-of-cohesion måles ved en skala med 8 items fra *Neighbourhood Cohesion Scale*. Et udsagn er eksempelvis ”I feel like I belong to this neighbourhood”, hvor respondenter skal angive et svar på en 5-trins skala fra meget enig til meget uenig (34).

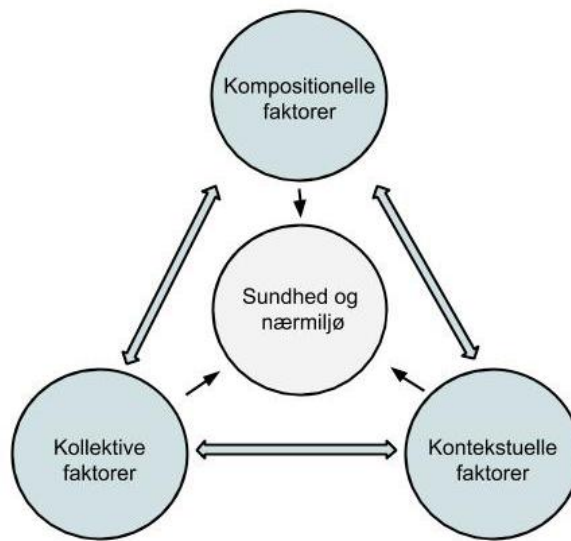
association mellem dårligere mental sundhed og sociale aspekter, herunder ringe mulighed for steder at mødes og snakke i nærmiljøet, samt en sammenhæng mellem dårligere mental sundhed og mangel på begivenheder i nærmiljøet, som bragte folk sammen (35). Disse studier tyder på, at nærmiljøet har en betydning for borgernes mentale sundhed og kan ligeledes forstærke argumentet om nærmiljø som arena for indsatser rettet mod mental sundhed. Endvidere tyder det på, at studier ofte forbinder mental sundhed med social kapital samt en salutogenetisk tankegang om, at en følelse af sammenhæng øger den mentale sundhed (18,33,35).

2.3.3 Forståelse af sammenhængen mellem sundhed og nærmiljø

Sammenhængen mellem sundhed og nærmiljø kan forstås ud fra tre forklaringer; den *kontekstuelle*, den *kompositionelle* og den *kollektive* forklaring. Den *kontekstuelle* forklaring handler om, at der i nærmiljøet findes faktorer, som påvirker borgernes sundhed. Her er fokus på mulighedsstrukturerne i det fysiske og sociale miljø, eksempelvis grønne områder, adgang til sociale tilbud, transport, skole etc. (5,7). Jævnfør afsnit 2.2 *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet – mental sundhed* er der i Sundhedsstyrelsens ramme for satspuljen fokus på, at kommunerne skal arbejde med at udvikle sunde rammer i nærmiljøerne (8). Kommunerne har i relation hertil arbejdet med at udvide de sociale tilbud i nærmiljøerne, eksempelvis trivselscafe, motionstilbud og fællesarrangementer (11). Den *kompositionelle* forklaring fokuserer derimod på fælles karakteristika ved gruppen af borgere, der bor i nærmiljøet, som bl.a. indebærer ligheder i socioøkonomisk status eller uddannelsesniveau (5). Den *kollektive* forklaring fokuserer på sociokulturelle og historiske elementer i nærmiljøet. Dette kan eksempelvis handle om, at normer, traditioner, værdier og interesser, som eksisterer i nærmiljøet, har indflydelse på sundhedstilstanden (7). I satspuljens slutevaluering fremhæves bl.a., at udviklingen af sunde rammer og fokus på nærmiljøerne har været med til at løfte nærmiljøets identitet, stolthed og ry (11).

Imellem forskere er der uenighed om, hvorvidt det er individerne eller nærmiljøet, der har betydning for geografiske forskelle i sundhedstilstanden. Flere studier har dog vist, at selv om der justeres for talrige individuelle karakteristika, har nærmiljøet stadig en selvstændig faktor i relation til sundhed (36). Andre forskere kritiserer sådanne resultater og argumenterer for, at der stadig kan være individuelle faktorer, som disse studier ikke har inkluderet. Derfor er der stadig uenighed om, hvorvidt nærmiljøet er en selvstændig prædikator for sundhed, eller om det er interaktionen mellem individer og området, som har indflydelse på sundheden. Imidlertid er der en fælles holdning til, at konteksten ikke alene udgør forklaringen på de geografiske forskelle i sundhedstilstanden (7,36).

Hvis der tages udgangspunkt i opdelingen med den *kontekstuelle*, *kompositionelle* og *kollektive* forklaring kan der argumenteres for, at de tre forklaringer ikke kan holdes adskilte. De har indflydelse på hinanden, og denne interdependens kan skabe synergi i forhold til påvirkning af borgernes sundhed. Eksempelvis kan en højere andel af rygere i et bestemt nærmiljø skyldes individuelle karakteristika, der gør borgerene prædisponeret for at ryge (kompositionelle), strukturer i miljøet eksempelvis let adgang til cigaretter (kontekstuelle) eller på grund af lokale normer og traditioner (kollektive) (7). Nedenstående figur viser de tre forklaringer samt samspillet mellem dem i produktionen af sundhed i nærmiljøet.



Figur 2.1: Samspil mellem den kontekstuelle, kompositionelle og kollektive forklaring på sundhed og nærmiljø (Egen illustration).

Ud over disse tre forklaringer kan det fremhæves, at nærmiljøet ikke påvirker alle beboere ligeligt, og at nogle grupper er mere udsatte end andre for de faktorer, der producerer sundhed og usundhed. Af grupper, som har en øget påvirkning fra nærmiljøet, nævnes specielt stedbundne grupper (individer med begrænset adgang til privat transport, individer med dårligt helbred, individer med lav indkomst) samt individer, der bruger meget tid i nærmiljøet (ældre, børn og hjemmegående) (5). I relation til satspuljen viser ovenstående imidlertid, at en kortlægning af det nærmiljø, der er i fokus, er centralt i forhold til at få viden om fysiske forhold i nærmiljøet samt et overblik over befolkningssammensætningen. I forbindelse med udarbejdelse af de enkelte satspuljeprojekter er der således foretaget en nærmiljø sundhedsprofil og lokalsamfundsanalyse (8). Den opnåede viden om det udsatte nærmiljø skal give en forståelse for, hvorledes kommunerne kan arbejde med mental sundhed i nærmiljøet og derigennem styrke borgernes sundhed og trivsel. Det er imidlertid interessant, om kommunerne har de nødvendige kompetencer og muligheder for at udnytte oplysningerne fra disse sundhedsprofiler til at planlægge og udforme indsatser, der når de udsatte målgrupper.

2.4 Sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser i nærmiljøet

På baggrund af ovenstående afsnit eksisterer der et potentiale i at arbejde med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser rettet mod mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Disse indsatser skal medtænke ovenstående forklaringsmodeller (kontekstuelle, kompositionelle og kollektive), så der både bliver fokus på individerne i nærmiljøet, nærmiljøets rammer og på de sociokulturelle træk. Dette afsnit fremlægger andre elementer, som bør medtænkes i relation til at lave sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser.

Nærmiljøet og dets karakteristika er ikke statiske, men ændrer sig over tid (5). At nærmiljøet er en fleksibel og foranderlig arena er centralt, da det åbner op for muligheden for forandring og forbedring (37). Hvis borgerne skal deltage i aktiviteter, er det imidlertid vigtigt, at initiativerne ikke alene er styret af en top-down tilgang, men at bottom-up tilgangen anvendes i kombination hermed. Derfor er borgerinddragelse centralt, hvis tiltagene skal fungere. Borgerne skal have indflydelse på de tiltag, der igangsættes, og det skal bl.a.

være med til at skabe ejerskab over initiativerne (32). I satspuljen understreges ligeledes fra Sundhedsstyrelsen, at der i projekterne skal anvendes borgerinddragelse og inddragelse af nærmiljøet (8). Borgerinddragelse har desuden vist sig at styrke kvaliteten i forebyggende indsatser til mindre ressourcestærke borgere, da indsatserne kan tilpasses aktuelle behov, barrierer kan identificeres, og lokale ressourcer kan udnyttes(38).

I afsnit 2.1.1 *Indsatser til fremme af den mentale sundhed* blev det fremlagt, at der både skal fokuseres på interventioner på et individuelt, socialt og strukturelt niveau. I et review af Voigtlander et al. fra 2014, der samler videnskabelige studier med forklarende modeller af forholdet mellem nærmiljøets karakteristika og sundhed, fremgår det, at næsten alle modeller er baseret på en tredelt struktur, der sammenkobler social ulighed (makroniveau) med nærmiljøet karakteristika (mesoniveau) og individers helbred (mikroniveau) (6). En af modellerne konkluderer, at den sociale ulighed i sundhed ikke mindskes ved et ensidigt fokus på proksimale faktorer eksempelvis fysisk aktivitet, social støtte, sundhedsscreening etc. Hvis den sociale ulighed i sundhed skal mindskes, skal indsatser således også i høj grad inddrage distale faktorer eksempelvis fordelingen af politisk magt og indflydelse, muligheden for uddannelse etc. (37).

I Sundhedsstyrelsens publikation fra 2011, *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*, fremhæves, at det er vigtigt at få brudt den negative spiral og tiltrække ressourcestærke borgere til udsatte nærmiljøer. Det kan gøres ved at give området et kvarterløft, således at områdets udseende og omdømme forbedres. Fokus er her på de fysiske omgivelser, der skal forbedres, men andre elementer knyttet til det sociale miljø fremhæves ligeledes. For eksempel bør der fokuseres på samarbejdet mellem skole, socialforvaltning og politi i arbejdet med børn og unge, samt være et fokus på at få flere af områdets borgere i beskæftigelse (2).

Det skal således ikke alene være de kommunale sundhedscentre og sundhedsprofessionelle, der arbejder med sundhedsfremme i nærmiljøer. Derimod er det et samarbejde mellem kommunens forskellige forvaltninger, der skal sikre en forbedring og udvikling af sunde nærmiljøer. Heri ligger der et potentiale i, at sundhedsfremme ikke alene bliver bundet til snævre sundhedsmålsætninger som de medicinske parametre i KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion), som ofte er i fokus på sundhedscentrene, men at sundhedsfremme tænkes ind i en større og mere helhedsorienteret sammenhæng(32). Samarbejdet på tværs handler desuden om samarbejdet mellem kommunen og andre aktører med interesse i nærmiljøet, eksempelvis borgere fra nærmiljøet og lokale organisationer. Det handler om at opbygge og mobilisere ressourcerne i nærmiljøet, og hvis uligheden i sundhed skal mindskes, handler det om en kollektiv ressourcetænkning, hvor der trækkes på ressourcer fra flere forskellige aktører (32).

Der er delte resultater fra videnskabelige studier vedrørende effekten af indsatser i nærmiljøer. Nogle viser, at effekten ofte er forbigående. Andre argumenterer for, at en indsats, som har tilstrækkelig varighed og med en kombination af fysiske, organisatoriske og sociale aspekter, har effekt (2,38). Afgørende herfor kan være, hvordan effekten af igangsatte indsatser måles. En ændring i sundhed i et nærmiljø målt på den fysiske sundhed ses ikke nødvendigvis i et kort perspektiv. I stedet kan der fokuseres på, om der er sket en social forandring(32). En social forandring kan eksempelvis være en adfærdsændring og kan måles på andelen af borgere fra målgruppen, der møder op til et sundhedsfremmende eller forebyggende tiltag.

2.5 Afgrænsning

I kapitlet er det fremlagt, at mental sundhed er et komplekst begreb med en bred definition. Ligeledes er det blevet udfoldet, at det kan være vanskeligt at udforme indsatser rettet mod mental sundhed, der i tilstrækkelig grad formår at tage højde for kompleksiteten. Mindre ressourcestærke borgere har ofte en dårligere mental sundhed og bor ofte i udsatte områder, hvorfor denne arena er oplagt i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

Nærmiljøet argumenteres endvidere som en væsentlig arena på baggrund af sammenhængen, som eksisterer mellem nærmiljøer og mental sundhed. I Danmark har 12 kommuner fra 2010-2014 arbejdet med mental sundhed inden for satspuljeprojektet *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*. I satspuljeprojektet har kommunerne haft særlig svært ved at arbejde med mental sundhed, hvorfor de efterspørger hjælp hertil. Endvidere har flere kommunale medarbejdere i midtvejsevalueringen fra 2012 tilkendegivet, at de ønsker større erfaringsudveksling kommunerne imellem. Satspuljeprojektet er på nuværende tidspunkt afsluttet, hvilket giver mulighed for at evaluere projektet og deres effekter i forhold til fremadrettet at forbedre den mentale sundhed blandt mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer.

Specialet vil med udgangspunkt i satspuljen undersøge de 12 kommuners indsatser overfor mental sundhed for at kortlægge, hvad de enkelte kommuner har gjort, og hvilke evalueringer de har gennemført. Der vil dermed være fokus på effekt- og procesevaluering for at give en forståelse af, hvorfor og hvordan kommunernes indsatser har virket. Specialet vil ikke yderligere afgrænse sig til en bestemt målgruppe af de mindre ressourcestærke borgere, da det centrale er at afdække, hvilke målgrupper som kommunerne har haft fokus på. Indsatser til børn og unge medtages ikke, at det ligger uden for specialets fokusområde.

Specialet problemstilling er aktuel, da det skal bidrage med viden om, hvilke indsatser og implementeringsforhold, som er nødvendige for at få mere systematik i planlægning og bedre effekt af indsatser og dermed opnå bedre udnyttelse af de forholdsvis begrænsede penge, der gives til forebyggelsesindsatser i kommunerne. Dette speciale skal dermed bidrage til med anbefalinger til, hvorledes kommunerne fremadrettet kan arbejde med at styrke den mentale sundhed i udsatte nærmiljøer hos mindre ressourcestærke borgere.

3. Problemformulering

På baggrund af problemanalysen og afgrænsningen er specialets problemformulering følgende:

Hvilke anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med mental sundhed til mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer kan udledes på baggrund af en systematisk kortlægning og analyse af kommunale erfaringer i satspuljeprojektet "Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet" og videnskabelig evidens?

Problemformuleringen operationaliseres i nedenstående forskningsspørgsmål:

1. Hvilke indsatser fra forskningslitteraturen belyser arbejdet med mental sundhed til mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer?
2. Hvordan har satspuljekommunerne arbejdet med mental sundhed (forberedelse, gennemførelse og evaluering), herunder hvilke indsatser og metoder har haft en dokumenterbar effekt og hvorfor?

Det første forskningsspørgsmål udforskes på baggrund af en systematisk litteratursøgning, som skal kortlægge evidensbaserede indsatser inden for mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Besvarelsen af det andet forskningsspørgsmål kan anskues som en proces i flere dele. I første del udarbejdes to kortlægningsredskaber, der skal anvendes i den efterfølgende dokumentanalyse af de 12 kommuners dokumenter vedrørende satspuljeprojektet. Kortlægningsredskaberne udarbejdes med udgangspunkt i en programteoretisk referenceramme med inddragelsen af evalueringsmodellen RE-AIM (reach, efficacy, adoption, implementation og maintenance) (39) og flerstrengede interventionsprogrammer (38). Anden del indeholder en systematisk kortlægning af kommunernes dokumenter samt indebærer en analyse og diskussion af kommunernes indsatser rettet mod mental sundhed. I analysen og diskussionen inddrages anvendt programteori og resultaterne fra litteraturstudiet. Afslutningsvis opsamles de væsentligste pointer i anbefalinger til, hvorledes der fremadrettet kan arbejdes systematisk med mental sundhed i udsatte nærmiljøer i kommunalt regi og besvarer dermed specialets problemformulering.

4. Programteoretisk forståelsesramme

Kapitlet indeholder en beskrivelse af specialets programteoretiske forståelsesramme med videnskabsteoretiske refleksioner og en diskussion af sundhedsbegrebets kompleksitet. Herefter argumenteres for væsentligheden af programteorien om flerstrengede interventionsprogrammer (FIP) og RE-AIM-modellen, da inddragelsen af disse kan gøre arbejdet med mental sundhed systematisk og få indsatserne tilpasset den komplekse kontekst i udsatte nærmiljøer. Den programteoretiske forståelsesramme anvendes i specialets dokumentanalyse.

4.1. Videnskabsteoretiske refleksioner

Afsnittet indeholder overordnede videnskabsteoretiske refleksioner for at give indblik i, hvordan vi i specialet erkender, at viden er mulig; det vil sige specialets epistemologiske udgangspunkt.

Specialets primære metode er dokumentanalyse, som er præget af den kvalitative metodes epistemologiske antagelse om, at forskeren er en del af den viden, der produceres, idet dokumenterne analyseres ud fra en bestemt position (40). Dokumentanalysen vil således være præget af vores forforståelse af problemfeltet, som bl.a. er afspejlet i den udvalgte programteoretiske forståelsesramme, som beskrives i de følgende afsnit. Anvendelse af FIP og RE-AIM er et eksempel på, hvordan vores erkendelse af sundhed og dermed vores forforståelse inddrages og præger den metodiske fremgangsmåde. Desuden giver programteorien et indblik i vores forståelse af, hvordan indsatser i udsatte nærmiljøer til mindre ressourcestærke borgere bør tilrettelægges og evalueres. Derfor vil analysen være præget af en hypotetisk-deduktiv tilgang, da dokumentanalysen indeholder nogle på forhånd opstillede tematikker (40). Vi anser dermed teori som nødvendig, da den er med til at fokusere og kvalificere, hvilke spørgsmål der er relevante at stille til det materiale, som vi analyserer. Den hypotetisk-deduktive tilgang kan anskues som et yderpunkt i et kontinuum, hvor den analytisk-induktive tilgang angiver det andet yderpunkt. Ofte består en dokumentanalyse af en blanding af de to tilgange (40). På trods af en overordnet hypotetisk-deduktiv tilgang til dokumentanalysen vil der ligeledes være elementer inspireret af den analytisk-induktive tilgang, hvor vi lader os inspirere af det læste materiale, og hvor tematikkerne udvikler sig under analyseprocessen.

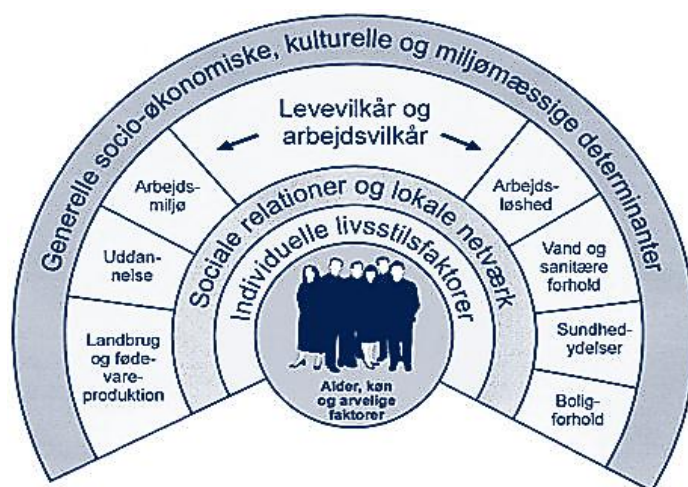
4.2 Erkendelse af sundhed

Formålet med følgende afsnit er kort at beskrive, hvordan vi i dette speciale erkender sundhed, herunder også mental sundhed, som et kompleks og sammensat fænomen, som påvirkes af flere determinanter. Denne erkendelse har betydning for forståelsen af, hvordan indsatser potentielt kan udformes, hvorved effekten bedre kan ramme de mindre ressourcestærke borgere.

Flere forskere er enige om, at sundhedsindsatser og forskning skal være rettet mod både distale og proksimale determinanter, da sundhed skal anerkendes som et komplekst og sammensat fænomen (38,41). De distale og proksimale determinanter er svære at adskille, da de er en del af en kompleks årsagskæde med en interaktion mellem årsager, som er knyttet til individet og dets levekår samt sociale strukturer i samfundet, der pro-

ducerer betingelserne for individet (41). Ligeledes kan de proksimale determinanter være indlejret i de distale determinanter, som eksempelvis individets adfærd, som er i relation til politik, sociale normer, befolkningens meninger og mediers indflydelse (38). Forståelsen for de proksimale og distale determinanters samspil får en betydning for forståelsen af, hvordan der kan udformes effektive sundhedsindsatser over for mental sundhed målrettet mindre ressourcestærke borgere.

Ud fra ovenstående kan indsatser på mikro-, meso- og makroniveau anses som nødvendige, således at der i arbejdet med at forbedre sundheden inddrages både distale og proksimale determinanter. Figur 4.1 illustrerer forskellige determinantniveauer, som har indflydelse på den enkeltes sundhed. De distale niveauer, og dermed makroniveauet, befinder sig yderst i figuren, som bestående af generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige determinanter, hvorimod livsstilsfaktorer er et eksempel på proksimale determinanter på mikroniveau.



Figur 4.1: Model af Dahlgren og Whitehead over forskellige determinanters betydning for udvikling af sundhed (42).

4.3 Multiple interventioner

I de følgende afsnit vil der være en beskrivelse af programteorien om FIP og RE-AIM-modellen, da programteoretiske antagelser om, hvordan og hvorfor en indsats virker (43), er centrale i dette speciale, da det muliggør en forståelse og vurdering af kommunernes arbejde. FIP og RE-AIM-modellen anses som relevante i specialet på baggrund af den teoretiske forforståelse om, at interventioner rettet mod mental sundhed og nærmiljøet skal tage højde for kompleksiteten samt påvirke både proksimale og distale sundhedsdeterminanter.

4.3.1 Flerstrengede interventionsprogrammer

Ud fra specialets erkendelse af sundhed udgør programteorien om FIP⁹ et relevant planlægningsprogram. FIP muliggør en planlægning og justering af interventioner på baggrund af et samarbejde mellem sektorerne, forskellige systemniveauer og mellem forskellige aktører i lokalområderne, hvilket vil kunne skabe effekter

⁹ Teorien er udviklet ud fra modeller såsom RE-AIM og PRECEDE-PROCEED, som begge er planlægnings- og evalueringsmodeller inden for sundhedsfremme (30). PRECEDE-PROCEED modellen uddybes imidlertid ikke, da denne specielt anvendes i planlægningen af sundhedsfremmeinterventioner, hvoraf specialets fokus er på evalueringen af disse.

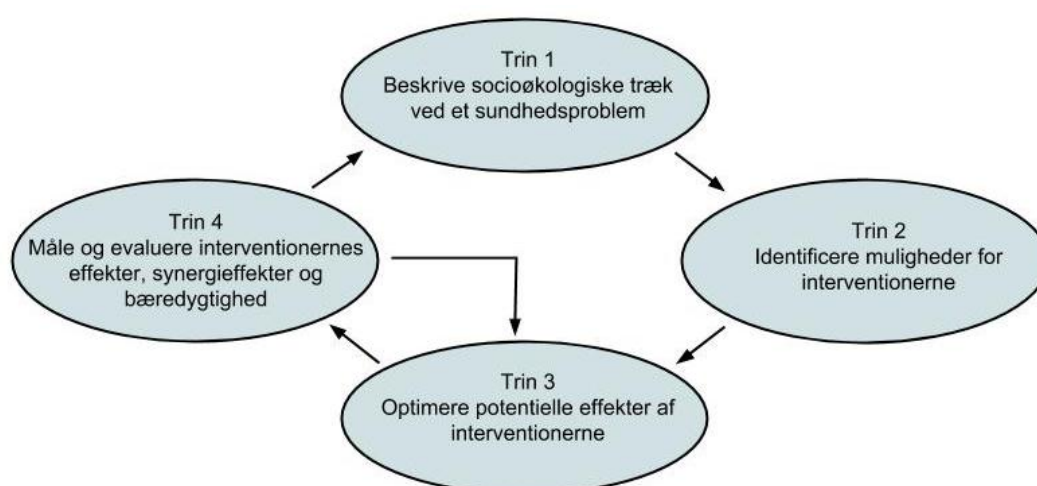
samt synergieffekter over for mindre ressourcestærke borgere (38). Relevansen for FIP fremhæves, idet problemanalysen, jf. afsnit 2.4 *Sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*, pointerer vigtigheden i at arbejde på forskellige systemniveauer samt tværsektorielt, når der skal interveneres i forhold til mental sundhed i et nærmiljø. Følgende afsnit beskriver og diskuterer FIP og dets anvendelsesmuligheder i relation til problemstillingen.

Nancy Edwards¹⁰ har beskæftiget sig med multiple interventionsdesign; *Multiple intervention programs* (38) - på dansk flerstrengede interventionsprogrammer (44). FIP kan beskrives som et planlægningsprogram, som består af to eller flere interventioner, der samtidig involverer to eller flere systemniveauer. Det karakteristiske er således kravet om, at der arbejdes på flere systemniveauer (f.eks. individ, nærmiljø og politisk) og samtidig med inddragelse af flere sektorer (f.eks. sundhed, uddannelse og erhverv) (44). FIP kan involvere flere forskellige aktører (f.eks. ikke-statslige organisationer, faglige foreninger, støttegrupper og medier) og foregå i forskellige settings (f.eks. hjem, skole, arbejdsplads) (38).

FIP anerkender et socioøkologisk perspektiv på sundhed, hvor sundhed skabes i samspillet mellem borgerne og de omgivelser og det nærmiljø, som de lever i (30,38). Det socioøkologiske perspektiv på sundhed indebærer, at de forskellige niveauer, herunder individniveau, familien, sociale fællesskaber, lokalsamfund, befolkningsniveau og organisationsniveau, har indflydelse på borgernes sundhed, jf. figur 4.1. Ved at betragte sundhed ud fra et socioøkologisk perspektiv kommer kompleksiteten med, da forskellige systemniveauer inddrages. FIP har en systematisk tilgang, som både indebærer, at determinanter til sundhedsproblemet på forskellige niveauer beskrives, og at der igangsættes interventioner på tværs af disse niveauer (30).

Planlægning og implementering af flerstrengede interventionsprogrammer

For at give en forståelse af, hvorledes systemniveauerne gensidigt er påvirket af hinanden, herunder hvorledes borgerne påvirker og bliver påvirket af omgivelserne og nærmiljøet, er der udarbejdet en model, som viser faserne i en analytisk ramme for FIP. Modellen er opdelt i fire trin, illustreret i figur 4.2. Trinene uddybes i det følgende for at forstå nødvendigheden af den systematiske tilgang.



Figur 4.2: Den analytiske ramme for flerstrengede interventionsprogrammer. Frit oversat efter Edwards et al. (38).

¹⁰ Professor ved School of Nursing og Department of Epidemiology and Community medicine, University of Ottawa, Canada.

I trin 1 beskrives de socioøkologiske træk ved et sundhedsproblem. Her skabes en forståelse af, hvilke faktorer der knytter sig til problemstillingen på tværs af interpersonelle, organisatoriske og politiske niveauer, som indebærer individ, familie, organisation, nærmiljø og befolkning, og hvordan effekterne af interventionerne kan øges ved at koordinere på tværs af niveauerne (38). Det vil sige, at mikro-, meso- og makroniveau medtænkes i analysen af de determinanter, der har indflydelse på det sundhedsmæssige problem. I Danmark er der udviklet en strategi til at tilrettelægge en systematisk tilgang i arbejdet med sundhedsfremme i udsatte nærmiljøer. Denne strategi betegnes FELIS-strategien (Flerstrengede, Evidensbaserede, Lokale Indsatser for Sundhedsfremme) og er dannet på baggrund af FIP's analytiske ramme (30). Startfasen i denne strategi anbefaler også en kortlægning, samt anvendelse af lokale sundhedsprofiler, som bidrager til analysen af de socioøkologiske træk ved et sundhedsproblem (30). Ud fra analysen kan der eksempelvis defineres en målgruppe, som har særlige problemer knyttet til deres mentale sundhed.

I trin 2 identificeres interventionsmuligheder. Her anvendes teori for at opnå en forståelse af, hvordan en intervention virker. Teorierne skal være knyttet til hvert af de relevante systemniveauer for at opnå antagelser om, hvordan interventionerne virker på de forskellige niveauer. Desuden anvendes empirisk evidens. De empiriske studier skal give viden om rækkevidden af interventionerne for målgruppen og dermed, om interventionen rammer de tiltænkte individer. Desuden skal den empiriske evidens give en idé om den nødvendige dosis og intensitet, som skal til for, at interventionerne virker over for bestemte målgrupper (38).

I trin 3 vurderes og optimeres potentielle effekter og synergi af interventionerne ud fra teori, empiri og erfaringer. Der kan eksempelvis anvendes systematiske reviews, som kan være vejledende i forhold til rette omfang, dosering og intensitet, og som kan klarlægge optimale kombinationer af interventioner og klarlægge effekter af interventioner på tværs af sammenhænge, arenaer og befolkningsgrupper. Det handler om at finde den rette kombination af interventioner for bestemte målgrupper, da dette giver mulighed for synergieffekter (38). Disse synergieffekter kan på sigt være med til at skabe ændringer og positive resultater blandt mindre ressourcestærke borgere (30). I dette trin findes en forståelse af, at interventionerne på de forskellige niveauer skaber en synergi, som enkeltinterventioner ikke kan skabe – *”Whole is greater than the sum of its parts”* (38).

I trin 4 evalueres processen, effekter, synergieffekter samt bæredygtighed, og herved om effekterne er vedvarende, og om programmet er forankret (38). I evalueringen kan anvendes kvalitative og kvantitative metoder til at vurdere forudsete og uforudsete effekter. Mellem trin 3 og 4 skal der hele tiden foregå en feedback, hvorved FIP kan justeres, hvis der opstår uventede ændringer i det kontekstuelle miljø, som kan skabe nye muligheder (38). Denne feedback illustrerer den iterative tilgang. Den planlagte intervention samt de ændringer, som er foretaget undervejs dokumenteres, så det efterfølgende er tydeligt, hvordan interventionen er forgået. Desuden er det i dette trin relevant at stille spørgsmålstejn ved, om effekterne er vedvarende og langtidsholdbare, da problemet imidlertid ofte er, at projekterne ikke forløber længe nok til, at der sker en forankring i nærmiljøet (38). Ifølge FELIS-strategien anbefales det at lave en opfølgende sundhedsprofil, da det muliggør en måling af interventionens effekter (30).

4.3.2 Potentialet i flerstrengede interventionsprogrammer over for mental sundhed

Som beskrevet tidligere kan der argumenteres for, at FIP kan anskues som et muligt planlægningsprogram for en systematisk tilgang til at opnå effekter af målrettede indsatser i forhold til mental sundhed i udsatte nærmiljøer. I rammerne for satspuljeprojektet findes et potentiale for at arbejde flerstrengt. Dette ses i Sundhedsstyrelsens beskrivelse af delmålene, som er: 1) Inddragelse af nærmiljøet, 2) Brug af motiverende metoder og 3) Udvikling af sunde rammer (8). Ud fra delmålene kan det antages, at satspuljen kræver, at kommunerne arbejder på både mikro, meso og makroniveau. De motiverende metoder kræver aktiviteter på mikroniveau, inddragelse af nærmiljøet kan både forstås som inddragelse af individerne (mikroniveau) i udformning af sundhedsindsatser og inddragelse af foreninger (mesoniveau), mens de sunde rammer både kan knytte sig til aktiviteter på meso- og makroniveau. På den måde eksisterer nogle rammer, som kan muliggøre systematisk anvendelse af FIP i arbejdet med mental sundhed, hvorfor det er relevant at undersøge, om kommunerne har inddraget elementer fra flerstrengede indsatser. Desuden findes det relevant at undersøge, om dette planlægningsprogram kan have potentiale for de mindre ressourcestærke borgere på længere sigt. Denne indsigt muliggøres i dette speciales kortlægning af satspuljeprojekternes indsatser overfor mental sundhed.

For at FIP vil kunne have effekt i Danmark, understreges det, at der fra politisk side skal være opbakning til at investere tilstrækkelige ressourcer i arbejdet. Desuden er det nødvendigt, at det kommunale sundhedspersonale bliver uddannet i at planlægge og implementere FIP (38). Da de kommunale medarbejdere i satspuljeregion udtrykker, at de ikke føler sig rustet til at arbejde med mental sundhed (10), tyder det på, at dette kunne være en af de barrierer, som de har mødt. Desuden forløber satspuljen over en tidsperiode på fire år (8), hvilket kan diskuteres, om dette er tilstrækkelig tid til at få interventionerne implementeret, forankret og skabe vedvarende effekter. Yderligere anbefales den iterative tilgang med løbende evaluering og mulige justeringer (38). I denne forbindelse er det interessant, om kommunerne har anvendt deres evalueringer undervejs.

4.3.3 RE-AIM-modellen

Dette afsnit præsenterer RE-AIM-modellen, som er udviklet af Glasgow¹¹ et al. i 1999. RE-AIM-modellen er en planlægnings- og evalueringsmodel, der kan anvendes i specialet, idet modellen understøtter kapitlets pointe om, at sundhed er kompleks og sammensat. Modellen kan anvendes i relation til teorien om FIP. RE-AIM-modellen tager højde for kompleksiteten i evalueringen af sundhedsinterventioner og argumenterer for, at evalueringen ikke kan reduceres til de antagelser, der knyttes til effektvurdering i randomiserede kontrollerede studier (RCT-studier) (39). Forkortelsen henviser til fem analytiske grundelementer; *reach*, *efficacy*, *adoption*, *implementation* og *maintenance*, på dansk: rækkevide, effekt, indførelse, implementering og forankring.

Sundhedsinterventioner, som er tæt knyttet til hverdagen og implementeret i praksis, kræver evaluering, som er mere omfattende og praksisnær end traditionel evaluering. Problemet med den traditionelle forskning er, at effektvurderinger ofte reduceres til resultaterne af RCT-studier. I RCT-studier anvendes *efficacy* (effekt) som effektmål. *Efficacy* skal ses i lyset af overkontrollerede omgivelser, hvor der tages højde for diverse

¹¹ Russell Glasgow er professor i Department of Family Medicine og Associate Director of the Colorado Health Outcomes Program ved University of Colorado School of Medicine. Han har yderligere arbejdet med implementeringsforskning ved Division of Cancer Control and Population Sciences ved U.S. National Cancer Institute.

potentielle confoundere. Endvidere er deltagerne i RCT-studierne bestemt ud fra specifikke in- og eksklusionskriterier, som sikrer en homogen deltagergruppe. Hermed forsøges at sikre, at studiepopulationen ikke er påvirket af andre sundhedsstilstande end den, som ønskes studeret. Ovenstående bevirker, at virkeligheden ofte bliver oversimplificeret og ikke fanger den kompleksitet, som eksisterer i praksis (39). Netop i satspuljen må det anerkendes, at igangsatte indsatser foregår i komplekse og ukontrollerbare omgivelser, hvorfor det er nødvendigt at inddrage andre effektvurderinger.

I tilknytning hertil er effektmålet *effectiveness* (effekt i praksis) relevant at inddrage, da det beskriver, i hvilken grad interventionen opnår effekt i den praksisnære hverdag. Begrebet måler således effekten af interventionen uden for laboratoriets kontrollerede forhold. Humlen er, at *efficacy* kan sige noget om en interventions sundhedsfremmende eller forebyggende effekt, men før potentialet kan udnyttes i praksis, er det nødvendigt at undersøge, hvordan der skabes effekt i praksis og derved *effectiveness*. Glasgow et al. fremhæver, at forskningen, i sit fokus på *efficacy*, ofte har overestimeret effekten og glemt vigtigheden af interventionernes *effectiveness* (39).

Det er med fokus på vurderingen af *effectiveness*, at Glasgow et al. har udviklet RE-AIM-modellen, som er et redskab til systematisk dokumentation af procesevalueringer. I brugen af RE-AIM vurderes der ikke udelukkende på interventionernes *efficacy*, men også i hvilken grad interventionen er implementeret, eller har mulighed for at blive det, i praksis (39).

Reach handler om rækkevidden i forhold til, hvilke deltagere interventionen når, og hvad der karakteriserer disse deltagere. Det handler om at klarlægge, om interventionsdeltagere er repræsentative. Da deltagere i sundhedsfremmeaktiviteter ikke altid er de, der har mest brug for sundhedsfremme, er det centralt i evaluering af en intervention at få klarlagt *reach*-elementet. Som beskrevet forstås *efficacy* som effekten. I RE-AIM forstås effektmålet bredere end traditionelt f.eks. ved RCT-studier, hvor det ofte reduceres til sygelighed, død og målbare risikoindikatorer (39). Ifølge RE-AIM-tankegangen skal livskvalitet og adfærdssændringer også inkluderes som effektmål samt vigtigheden af, at effekter både kan være positive og negative samt tilsigtede og utilsigtede. Dermed skal evalueringen også fokusere på interventionens negative effekter. *Adoption* indikerer, om interventionen udføres i de forskellige arenaer, som interventionen var tiltænkt implementeret i. *Adoption* er relevant at vurdere, hvis et program skal indføres i flere forskellige arenaer og bliver dermed et spørgsmål om, hvilke dele af praksis der anvender interventionen. *Implementation* refererer til det omfang, som interventionen er blevet implementeret i forhold til de oprindelige formål og bestemmelser. Det handler dermed om interventionens troskab – *fidelity*, som uddybes i afsnit 5.2.4 *Udvælgelse af tematikker*. Implementeringen kan både måles på individniveau som en måling af, om deltagerne gennemfører og efterlever interventionens anbefalinger og måles i forhold til, om medarbejderne leverer interventionen som intenderet. *Maintenance* omhandler graden af interventionens forankring i praksis og derfor, om effekterne er vedvarende og kan fastholdes. Forankring skal ses i relation til individniveauet samt organisationsniveauet. Spørgsmålet under *maintenance* er, om interventionen er blevet inkorporeret som en norm og en rutine i hverdagen (39). I forhold til de to sidste elementer, implementering og forankring, er tidsperspektivet centralt. Data, som anvendes til evaluering af disse elementer, bør have en indsamlingsperiode på minimum ½-1 år for implementering og 2 år eller mere for forankring (39).

En af hovedfunktionerne i RE-AIM-modellen er at skifte fokus fra den interne validitet til den eksterne validitet og vurdere graden af overførbare til praksis. På denne måde vurderes, at RE-AIM-modellen er en velegnet ramme for evaluering af satspuljeprojekterne, da det tilkendes i Sundhedsstyrelsens midtvejs-evaluering, at der efterspørges et øget fokus på praksis og erfaringerne herfra, hvor kommunernes erfaringer bliver inddraget (10). RE-AIM-modellen er relevant at inddrage i specialets evaluering af satspuljeprojektet, da viden om evidensbaserede interventioner ikke er nok i en kompleks praksis, hvor selve implementeringen er mindst ligeså relevant, og da et sammenspil mellem evidensbaserede interventioner og implementeringen kan afspejle interventionernes reelle effekt i praksis.

4.4 Opsamling

Programteorien om FIP udgør specialets teoretiske forståelsesramme og fremhæves som et ideal for kommunernes arbejde med mental sundhed. Specialet vil have en hypotetisk-deduktiv tilgang, som muliggør en systematisk kortlægning og analyse af kommunernes arbejde med mental sundhed. De væsentligste punkter fra ovenstående fremlægning af programteorien er, at det er vigtigt at arbejde på flere systemniveauer og med inddragelse af socioøkonomiske problemstillinger for det konkrete nærmiljø. Desuden inddrages RE-AIM som væsentlig i forhold til FIP og den iterative tilgang, og som kan bidrage med fokus i specialets evaluering af kommunernes arbejde. RE-AIM udgør dermed en evalueringsramme med inddragelse af elementer som effekter, rækkevidde, implementering og forankring for at kunne vurdere indsatsernes effekt.

5. Metode

Dette kapitel indeholder en gennemgang af specialets metoder. Først præsenteres specialets litteratursøgning og herefter den anvendte metode til dokumentanalysen, hvor analysestrategien og specialets kortlægningsredskab uddybes. I kapitlet fremgår metodekritiske overvejelser løbende, mens øvrig metodekritik diskuteres gennem dokumentanalysen.

5.1 Litteratursøgning

Dette afsnit indeholder en gennemgang af specialets litteratursøgning, som består af henholdsvis en indledende og en systematisk litteratursøgning. De metodiske valg underbygges løbende med metodelitteratur. Som supplement til afsnittet findes bilag 1, som indeholder en uddybende dokumentation af litteratursøgningen samt bilag 2, der indeholder en oversigt over centrale artikler, der anvendes i specialet.

5.1.1 Indledende litteratursøgning

Indledningsvis blev der foretaget en bred emnebaseret søgning med det formål at få grundlæggende viden og forståelse af problemfeltet (45,46). Herunder blev der søgt viden inden for emnerne mental sundhed, nærmiljøets betydning for sundhed samt programteoretiske modeller. Formålet var i denne fase at finde fokus i problemfeltet (45,47). Der blev søgt efter grå litteratur (46), eksempelvis på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, samt videnskabelig litteratur i databaserne PubMed, Cochrane og Sociological abstracts. Yderligere blev kædesøgning brugt som metode til at undersøge problemstillingen nærmere samt i relation til at finde artikler, der kunne understøtte specialets programteoretiske tilgang. Det fundne litteratur, som fremkom gennem den indledende søgning, blev primært anvendt i specialets problemanalyse samt i afsnittet om den programteoretiske forståelsesramme.

5.1.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning havde til formål at finde evidensbaseret viden om indsatser med fokus på mental sundhed hos mindre ressourcestærke borgere i nærmiljøet, og den danner sammen med resultaterne fra dokumentanalysen et grundlag for udarbejdelse af veldokumenterede anbefalinger til det videre arbejde med mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i perioden 21.-26. april 2015.

Identifikation af søgeord

I den systematiske litteratursøgning anvendte vi en søgeprotokol, som uddybes i bilag 1. Formålet med denne var at lave en struktureret plan for litteratursøgningen og skabe transparens, således at det er muligt at vurdere gyldigheden og reproducere søgeprocessen (45). Yderligere hjalp søgeprotokollen med at afgrænse litteratursøgningen, og den skabte fokus ved gennemgangen og udvælgelse af den fundne litteratur. I søgeprotokollen anvendte vi en facetmodel inspireret af PICO-modellen til strukturering af facetterne. PICO-modellen anvendes i udarbejdelsen af den systematiske søgning, idet empiriske undersøgelser har vist, at PICO-modellen kan øge problemstillingens præcision og begrebsmæssige klarhed (45). I specialet anvendes facet-

terne *Patient* (P), *Intervention* (I) og *Outcome* (O), som alle traditionelt strammer fra PICO-modellen. I stedet for *Comparison* kaldes den tredje facet *Context* (C) og skal forstås som den setting, hvori interventionen foregår. Nedenstående tabel 5.1 viser søgetermerne og facetterne i PICO-modellen.

AND				
OR	P (Patient)	I (Intervention)	C (Context)	O (Outcome)
	Facet 1: Mindre ressourcestærke borgere	Facet 2: Sundhedsfremme og forebyggelse	Facet 3: Udsatte nærmiljøer	Facet 4: Mental sundhed

Tabel 5.1: Søgetermer illustreret i PICO-modellens facetter.

Der er i søgningen anvendt flere søgetermer under hver facet for at få nuancer med. I tabel 5.1 er der imidlertid nævnt danske betegnelser, idet de blot skal illustrere facetternes indhold. Der henvises til bilag 1 for uddybende tabeller over de enkelte databaser og søgetermer, som er anvendt heri.

Den første facet indeholdte specialets målgruppe. I den anden facet blev der valgt brede søgetermer inkluderende alle indsatser af sundhedsfremmende eller forebyggende karakter. Den brede facet havde til formål at bevare en åbenhed overfor uventede indsatser, således at resultaterne ikke blev farvet af vores forforståelse eller Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til mental sundhed, eksempelvis den motiverende samtale (8). Den tredje facet indeholdte søgetermer omhandlende udsatte nærmiljøer, idet satspuljeprojektet foregik i denne setting. Denne facet var særlig udfordrende, da de ønskede søgetermer ikke eksisterede som Medical Subject Headings (MeSH-termer), hvorfor det var nødvendigt med flere friteksts termer. Den fjerde facet, outcome, inkluderede både *mental health* og *well-being*. Well-being blev inkluderet, da WHO's definition af mental sundhed, jf. afsnit 2.1 *Mental sundhed* refererer, at mental sundhed kan anses som værende en tilstand af *well-being* (9). Facetterne, som er illustreret i tabel 5.1 muliggjorde, at søgetermer inden for hver facet kunne kombineres med "OR", hvilket udvidede søgningen. Endvidere blev facetterne efterfølgende kombineret ved hjælp af "AND", som resulterede i en indsnævring og præcisering af søgningen.

Søgning i databaser

I den systematiske litteratursøgning blev der søgt i følgende databaser; PubMed, Cochrane, CINAHL, PsycInfo og Sociological abstracts. Den systematiske søgning inkluderede således søgninger i medicinske såvel som sociologiske databaser, som sikrer en flervidenskabelig anskuelse af problemstillingen. Valget af de enkelte databaser er uddybet i bilag 1.

I søgningen blev den enkelte databases thesaurus anvendt for at finde kontrollerede emneord. Indledningsvis fandt vi PubMed's kontrollerede emneord, MeSH-termer. MeSH-termerne hjælper med at skaffe præcise resultater, idet MeSH-termerne inkluderer relevante underbegreber (47). Som anbefalet i metodelitteraturen blev der også lavet en fritekstsøgning med henblik på at identificere relevante artikler, som ikke var tillagt MeSH-termer (47). Nedenstående tabel 5.2 præsenterer et overblik over resultatet af facetkombinationerne fra søgningen i de fem udvalgte databaser. (P), (I), (C) og (O) anvendes som betegnelse for facetterne, som dog har en variation blandt søgetermerne i de enkelte databaser. Se tabellerne 2-7 i bilag 1 for facetternes indhold i de fem databaser. I PubMed blev der foretaget to søgninger. Én hvor vi indsnævrede fritekstsøg-

ningen til titel og abstract i alle fire facetter og én fritekstsøgning, hvor den tredje facet, kontekst-facetten, ikke blev afgrænset af titel og abstract på grund af begrænsede antal hits.

Database Facetter	PubMed (1)	PubMed (2)	Cochrane	CINAHL	PsycInfo	Sociological abstracts
(P) AND (I) AND (C) AND (O)	2*	34	0	0	0	0
(I) AND (C) AND (O)	46	501**	5	7	4	0
(P) AND (I) AND (O)	43*	43	1	10	10	3
I alt: 163 hits * angiver, at antal hits i PubMed (1) søgning er inkluderet i antal hits i PubMed (2) søgning ** dette resultat blev vurderet til at indeholde for meget støj og blev ekskluderet						

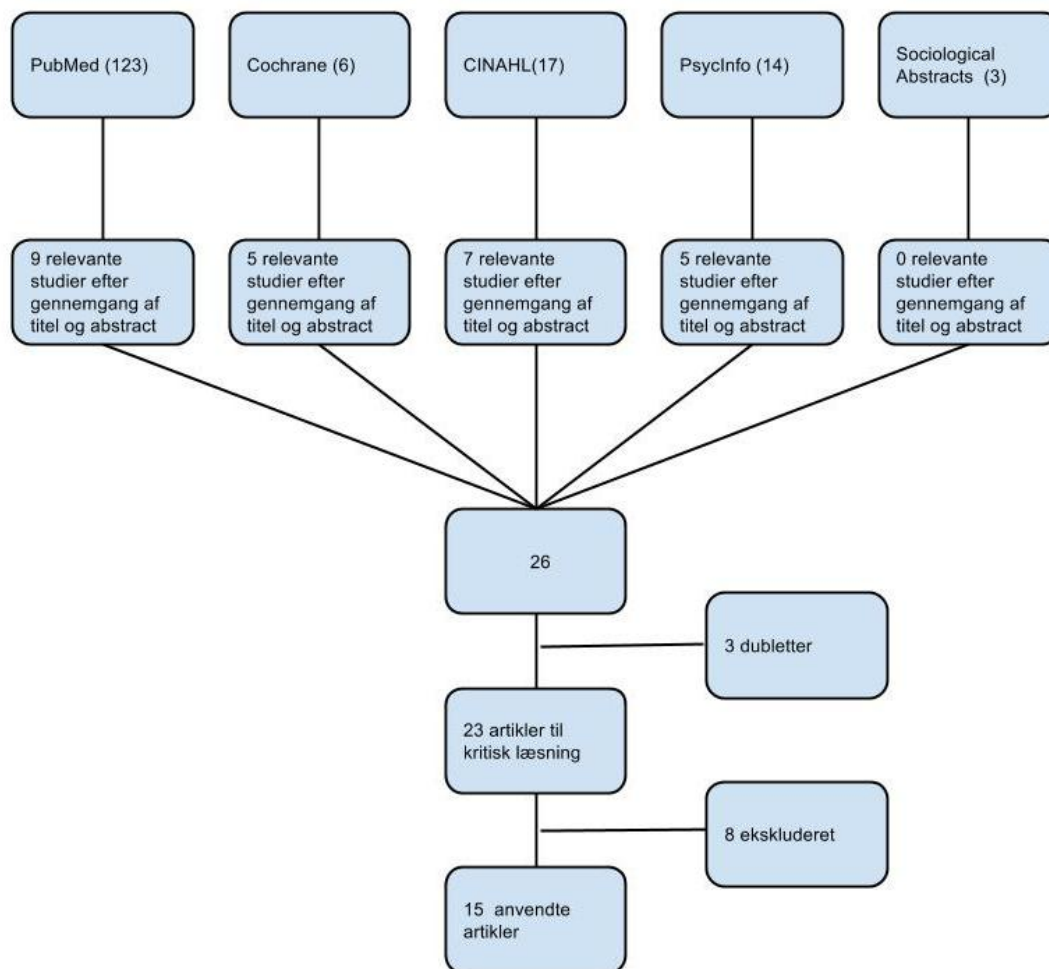
Tabel 5.2: Antal hits i de fem databaser.

Som tabel 5.2 viser, resulterede den systematiske søgning i et begrænset antal hits; 163 hits i alt. I et *Evidence briefing* fra 2007 udformet af NICE, som havde til formål at kortlægge indsatser, som fremmer mental sundhed, fandtes der ligeledes manglende evidens inden for indsatser målrettet mental sundhed i forskellige settings, såsom lokalsamfund, og indsatser målrettet mental sundhed i forhold til social ulighed på sundhedsområdet (22). Rapporten fra NICE kan således være med til at understøtte det begrænsede antal hits i søgningen. Vi valgte ikke at anvende yderligere limits og har således ikke udelukket et bestemt studiedesign eller artikler på grund af årstal etc. Vi forholdte os dog kritiske til de forskellige studiers anvendelighed samt studiedesigns.

Kriterier for udvælgelse

Første trin i udvælgelsen af artikler var en gennemgang af titel og abstract for alle 163 hits. Der blev opstillet inklusions- og eksklusionskriterier. Et inklusionskriterie var, at artiklerne skulle have relevans for specialets problemstilling. Yderligere blev der af pragmatiske årsager kun inkluderet artikler skrevet på dansk, engelsk, norsk eller svensk. Eksklusionskriterier var, at artiklerne ikke måtte omhandle personer under 18 år, da denne målgruppe vurderes uden for specialets område. Yderligere blev *ekstremt udsatte* borgere, eksempelvis hjemløse eller misbrugere, ekskluderet, da det vurderes, at indsatser til denne målgruppe er mere intensive end de indsatser, som er igangsat via satspuljemidlerne. Yderligere blev artikler baseret på personer med psykiske diagnoser såsom skizofreni ekskluderet.

Nedenstående flowdiagram, figur 5.1, illustrerer, hvordan in- og eksklusionskriterierne reducerede antallet af artikler. Udgangspunktet efter den systematiske søgning i databaserne var 163 artikler. Efter gennemgang af artiklerne for relevans i relation til besvarelse af specialets problemformulering, blev dette tal reduceret til 26 artikler, hvoraf der fremkom 3 dubletter. Der blev foretaget en kritisk gennemlæsning af de resterende 23 artikler. Det endelige antal, der anvendes i specialet, er 15 artikler. En oversigt over de centrale artikler findes i bilag 2.



Figur 5.1: Flowdiagram over udvælgelsen af artikler.

De fremfundne artikler fra den systematiske litteratursøgning fremlægges i kapitel 6 *Resultater af litteraturstudie* og vil sammen med resultaterne fra dokumentanalysen anvendes til anbefalinger til arbejdet med mental sundhed i kommunalt regi. Metoden for dokumentanalysen fremstilles i det følgende.

5.2 Dokumentanalyse

Formålet med dette afsnit er at tydeliggøre rammen for den systematiske analyse af satspuljeprojekternes skriftlige materiale, herunder projektbeskrivelser, midtvejs- og slutevalueringer. Først præsenteres og begrundes valget af dokumentanalyse som forskningsmetode og dernæst beskrives specialets dataindsamling og datagrundlag. Herefter fremlægges et kortlægningsskema, som udvikles i forbindelse med dette speciale, og som indgår i den systematiske analyse af kommunernes arbejde med mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Afsnittet afslutter med en redegørelse for udvælgelsen af de teoretiske tematikker, der indgår i kortlægningsredskabet samt beskrivelse og en illustrativ model over analyseprocessen.

5.2.1 Dokumentanalyse som forskningsmetode

I specialet anvendes kvalitativ metode i form af dokumentanalyse til evaluering af kommunernes arbejde med mental sundhed. Inspirationen til dokumentanalysen er hentet fra evalueringslitteraturen, idet der i en

evaluering laves en systematisk erfaringsopsamling og vidensopbygning med henblik på fremtidig anvendelse af den viden, der er genereret (48,49). Det erkendes, at det er vigtigt at evaluere, hvis forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatserne skal udvikles, og hvis viden og erfaringer fra iværksatte projekter skal forbedres (50). Som det fremgår af metodelitteraturen vil evalueringen bidrage med viden i forhold til, om indsatser, der er udviklet og afprøvet, giver de ønskede resultater, eller om de skal revideres. Hvis de giver positive resultater, kan de muligvis benyttes i lignende scenarier eller forankres i den aktuelle kontekst (48), hvilket er relevant i relation til specialets formål om at udarbejde anbefalinger til kommunernes fremtidige arbejde med mental sundhed i udsatte nærmiljøer.

Dokumentanalyse som forskningsmetode dækker over forskellige former for analyser herunder indholdsanalyse, diskursanalyse, kildekritisk analyse, argumentanalyse etc. (40,51). Problemstillingen er bestemmende for, hvilken analysetype der anvendes og dermed, hvordan dokumenterne læses (51). I dette speciale er formålet at få en forståelse for kommunernes indsatser omhandlende mental sundhed, undersøge hvorledes disse er foregået samt udlede erfaringerne og effekterne herfra. På baggrund af specialets problemstilling anses en deduktiv indholdsanalyse som den optimale tilgang, idet indholdsanalyse fokuserer på dokumenternes indhold ud fra valgte tematikker og undertemaer (51). I indholdsanalysen er fokus på kortlægning og analyse af dokumenternes indhold, og diskursive elementer vil ikke blive behandlet i dokumenterne (51).

Satspuljeprojektet blev afsluttet i efteråret 2014, hvilket muliggør en kortlægning og evaluering af de 12 kommuners arbejde med mental sundhed. I relation til specialets formål anses dokumentanalyse af kommunernes skriftlige materiale, som en relevant tilgang, idet der her foreligger et stort skriftligt dokumentmateriale, som dækker over projektets fireårige periode. Tilgangen muliggør en beskrivelse af samtlige kommuners oprindelige mål og værdier, som de udtrykkes i begyndelsen af projektet, hvorimod et interview er personafhængigt og kan være præget af interviewpersonens efterrationaliseringer over projektet (40). Idet information og viden om starten af projekternes arbejdsproces er tilbage fra 2010, kan det antages, at der kan være recall bias og efterrationaliseringer over projektet, de opsatte mål etc. Metodelitteraturen fremhæver desuden, at dokumentanalyse netop er velegnet til analyser af begivenheder, som strækker sig over en længere periode, idet eksempelvis interviewpersoner ikke nødvendigvis kan huske detaljer fra begivenheder, der ligger længere tilbage i tiden (40). Yderligere er de tidligere projektledere ikke nødvendigvis stadig ansat ved kommunen, idet projektet er afsluttet, hvilket kan betyde, at det kan være svært at finde frem til de personer, der ligger inde med den ønskede viden.

Sundhedsstyrelsen og NIRAS har imidlertid udarbejdet en midtvejs- og slutevaluering af det samlede satspuljeprojekt, men disse rapporter er af en anden karakter end dette speciales skriftlige produkt (10,11). I evalueringerne fra NIRAS bemærkes, at der har været fokus på at opsummere indsatserne, hvorimod dette speciales systematiske tilgang i dokumentanalysen skal bidrage med en samlet analyse af de 12 kommuners arbejde med mental sundhed sammenholdt med programteoriske anbefalinger og videnskabelig evidens på området. Hertil skal det dog understreges, at dokumentanalysens kvalitet afhænger af de dokumenter, som anvendes, hvilket betyder, at mangelfulde informationer i kommunernes materiale kan påvirke resultaterne og kvaliteten af dokumentanalysen. I metodelitteraturen fremgår troværdighed som et relevant kvalitetskriterium i relation til overvejelser om, hvorvidt der er usikkerhed og potentielle bias forbundet med dokumenterne, samt hvordan denne usikkerhed påvirker analysen (40). I den forbindelse kan vores udvælgelse af doku-

menter diskuteres, da spørgsmålet er, om de dokumenter, som vi har efterspurgt, er tilstrækkelige og fyldestgørende, eller om flere dokumenter burde have været inddraget i dokumentanalysen, eksempelvis mødenotater, logbøger etc.

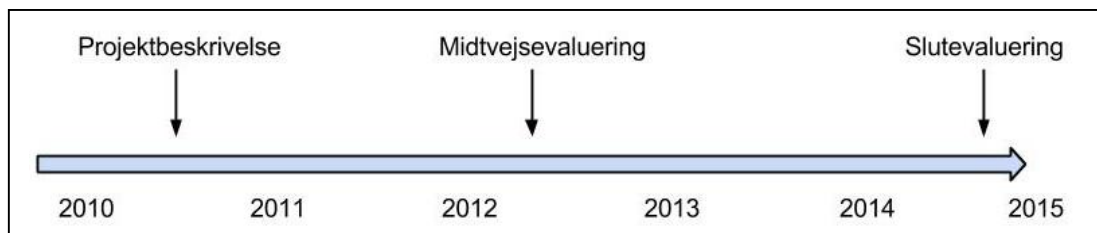
5.2.2 Dataindsamling og datagrundlag

For at kunne gennemføre specialets dokumentanalyse er det nødvendigt at indsamle relevante dokumenter vedrørende satspuljeprojekterne. Af dokumenttyper til dokumentanalyse skelnes i metodelitteraturen mellem primære, sekundære og tertiære dokumenter. Forskellen mellem de tre dokumenttyper afhænger af, hvem der har adgang til dokumenterne samt tidsperspektivet. Valget, i forhold til hvilken dokumenttype der skal anvendes, afhænger af det problemfelt, der udforskes (40). Primære dokumenter er tilgængelige blandt en afgrænset gruppe af personer og på et tidspunkt, som er tæt på den begivenhed, som dokumentet refererer til. Denne type dokumenter er ikke henvendt til offentligheden, men er skrevet til en afgrænset gruppe og tæt på begivenheden, f.eks. mødereferater mv. (40). Kendetegnet for sekundære dokumenter er, at de er tilgængelige for alle og ofte ligger offentligt tilgængelige og er producerede på et tidspunkt, som er umiddelbart tæt på begivenheden (40). Tertiære dokumenter er ligeledes offentligt tilgængelige, men er producerede på et senere tidspunkt end sekundære dokumenter, og de indeholder ofte en analytisk bearbejdning af en begivenhed en vis periode efter, at den har fundet sted (40). På baggrund af formålet med dette speciales dokumentanalyse anvendes sekundære dokumenter i form af projektbeskrivelser, midtvejsevalueringer og evalueringsrapporter for at kunne evaluere indsatserne i kommunerne. Dokumentanalysen vil således ikke indeholde primære og tertiære dokumenter.

I specialet har vi indsamlet dokumenter fra henholdsvis start-, midt- og slutperioden af projekterne for at muliggøre procesevaluering¹². Procesevalueringens formål er at undersøge “the black box” og skal give en forståelse af, hvorfor en indsats lykkes eller mislykkes. Procesevalueringen anvendes til at dokumentere indsatsens implementering og til at give inspiration og idéer til fremtidig planlægning (52). I dokumentanalysen analyseres alle 12 kommuners arbejde, idet vi ønsker at udforske bredden og den samlede viden, som kommunerne har opnået. Det vil således ikke være udgangspunktet at gå i dybden med den enkelte kommune som en case, idet fokus ligger på den brede viden.

Til evaluering af satspuljeprojektet ville en formativ procesevaluering være optimal, da denne muliggør en systematisk og løbende justering af kommunernes aktiviteter i forhold til at holde indsatserne på sporet, således at det bedst mulige resultat opnås (52). Samtidig ville denne form for evaluering understøtte den iterative tilgang, som anvendes i FIP (38). I specialet er det imidlertid kun muligt at foretage en evaluering af summativ karakter, da satspuljeprojekterne er afsluttede. Den summative evaluering er imidlertid god til at vurdere, om de igangsatte indsatser har været implementeret som planlagt og har nået den tænkte målgruppe (52). Denne evaluering anses derfor som relevant i forhold til specialets mål om at fremlægge anbefalinger til det fortsatte arbejde med mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Figur 5.2 viser illustrativt satspuljeprojektets tidsperiode, og på hvilke tidspunkter de indsamlede dokumenter er udarbejdet af kommunerne.

¹² Saunders et al. fremhæver, at procesevaluering både kan bruges til formative og summative mål. Heraf omhandler formative mål at justere indsatsen, mens summative mål vedrører at afgøre, i hvilket omfang indsatsen er gennemført som planlagt og har nået målgruppen (52).



Figur 5.2: Tidslinje for udarbejdelse af kommunernes dokumenter (Egen illustration).

Dokumenterne er hovedsageligt fremskaffet gennem kontakt til de enkelte kommuner, mens enkelte dokumenter har været tilgængelige på kommunernes hjemmesider. Kontakten til kommunerne er foregået via e-mail korrespondance, se bilag 3, hvori vi har beskrevet specialets formål for at motivere til feedback og efterspurgt skriftligt materiale i form af projektbeskrivelser, evalueringer samt andet materiale med fokus på arbejdet med mental sundhed. Oplysninger på kontaktpersoner i de enkelte kommuner blev noteret i et Excel-ark, således at det var muligt at tage kontakt igen, hvis yderligere spørgsmål meldte sig. Så vidt det var muligt, blev projektledere på satspuljeprojekterne kontaktet, men idet projektet blev afsluttet i efteråret 2014, var ikke alle projektledere længere ansat ved de pågældende kommuner. Derfor blev andre relevante sundhedsfaglige medarbejdere kontaktet.

Da projektbeskrivelser var et obligatorisk dokument for kommunerne, har det været muligt at fremskaffe disse fra alle 12 kommuner. Derimod har det ikke været obligatorisk, at den enkelte kommune skulle lave en egevaluering, idet kravet fra Sundhedsstyrelsen kun inkluderede afrapportering (8). Flere kommuner har imidlertid selv lavet midtvejs- og slutevalueringer eller fået eksterne samarbejdspartnere til dette. Efter skriftlig tilbagemelding fra kommunerne, vedhæftet relevante dokumenter, valgte vi at foretage en gennemgang af projektbeskrivelser, midtvejs- og slutevalueringer. I kategorien *andet* blev videomaterialet og mangelfulde dokumenter ekskluderet, da det ville være svært at analysere ud fra dokumentanalysens præmisser. Dokumentanalysen skal ses i lyset af det tilgængelige materiale vel vidende, at kommunerne kan have yderligere internt materiale om indsatser, mål og effekter, som vi ikke er i besiddelse af.

Nedenstående tabel 5.3 viser en oversigt over det indsamlede materiale, som benyttes til dokumentanalysen. Bilag 4 supplerer tabellen ved at indeholde en oversigt over referencerne med titel, årstal og forfatter af dokumenterne.

Kommune	Projektbeskrivelse	Midtvejsevaluering	Slutevaluering
Esbjerg	✓	-	✓
Herlev	✓	✓	✓
Hjørring	✓	-	✓
Høje-Taastrup	✓	-	✓
Køge	✓	✓	✓
Langeland	✓	-	✓
Lolland	✓	-	-
Silkeborg	✓	-	✓
Struer	✓	✓	✓
Svendborg	✓	-	✓
Thisted	✓	✓	✓
Aalborg	✓	-	-

Tabel 5.3: Oversigt over det indsamlede materiale fra de 12 satspuljekommuner.

5.2.3 Analysestrategi

Til analyse af kommunernes dokumenter udarbejdes et redskab, som muliggør, at der kan arbejdes ensartet og systematisk med indsamling af viden fra projekterne. Analysestrategien skal således medvirke til en systematisk gennemgang af de relevante elementer fra kommunernes arbejde med mental sundhed for dermed at danne et overblik over erfaringer og viden, der er fremkommet deraf. De følgende afsnit indeholder en præsentation af, hvordan kortlægningsredskabet anvendes, samt hvilke tematikker der inddrages. Som beskrevet i metodelitteraturen kan en indholdsanalyse udarbejdes på baggrund af teoretiske begreber og tematikker og derved følge en hypotetisk-deduktiv analysemetode (40), hvilket specialets dokumentanalyse er præget af. De udvalgte tematikker, der inddrages i kortlægningsredskabet, er således inspireret af programteorien om FIP og RE-AIM (38,39).

Anvendelse af kortlægningsredskab

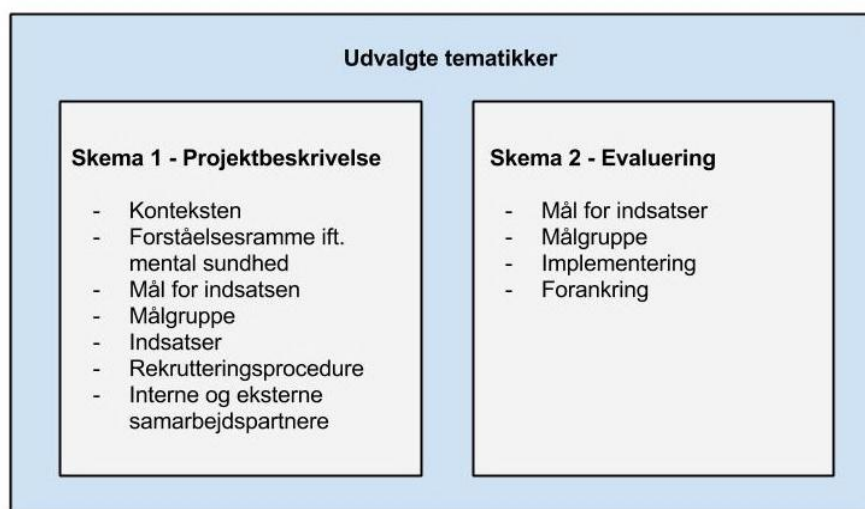
Der er udviklet to skemaer, som fungerer som kortlægningsredskab i forbindelse med læsning af dokumenterne fra kommunerne. Skemaerne ses i bilag 5 og bilag 6. Disse skemaer anvendes til at holde fokus på tematikkerne, som anses for at være centrale i kortlægningen af kommunernes arbejde. Skemaerne udfyldes i forbindelse med læsningen af dokumenterne for at opsamle den viden, der er fremkommet gennem projekterne, således at der forud for analysen er dannet et overblik over kommunernes arbejde. Som start på kortlægningen er én kommunes dokumenter blevet læst af alle gruppemedlemmer, og skema 1 og 2 er udfyldt individuelt. Herefter er resultaterne gennemgået for at sikre en fælles systematisk tilgang, og udfordringer i brugen af kortlægningsredskabet er diskuteret. Der er efterfølgende foretaget mindre justeringer af skemaerne på baggrund heraf. Rækkefølgen af temaerne er ændret i skemaerne, tematikken vedrørende målgruppen er efterfølgende både beskrevet og opgjort i antal deltagere, og skema 2 er rettet, således at det også inkluderer beskrivelse af nye indsatser. Derefter er de resterende dokumenter delt mellem gruppemedlemmerne. Analytiske refleksioner, som er opstået under læsning af dokumenterne, er nedskrevet i et selvstændigt dokument og er anvendt i analysen og diskussionen af resultaterne.

Skema 1 er anvendt i forbindelse med læsning af kommunernes projektbeskrivelser, og skema 2 er anvendt i forbindelse med læsning af midtvejs- og slutevalueringer. Opdelingen i to skemaer har muliggjort et indblik i projektets udvikling fra start til slut. Eksempelvis er det muligt at se, om opsatte mål, visioner og tanker fra projektperiodens start er indfriet ved projektets afslutning, hvilket er centralt i summativ procesevaluering (52).

5.2.4 Udvalgelse af tematikker

I dette afsnit gennemgås de udvalgte tematikker, deres relevans samt referencer til den teoretiske ramme, som anvendes i kortlægningen. Til supplerung af elementerne *adoption*, *implementation* og *maintenance* fra RE-AIM-modellen vil dette speciale yderligere inddrage teori om procesevaluering i form af en model udviklet af Saunders¹³ et al. Modellen er udviklet med et særligt fokus på vurdering af implementeringsgraden af indsatser i en specifik kontekst og kan anvendes til at foretage en summativ evaluering (52), som udføres i dette speciale.

De følgende underafsnit er opbygget således, at de udvalgte tematikker i skema 1 og skema 2 præsenteres under selvstændige overskrifter. Dette gøres for at skabe transparens og overskuelighed i forhold til hvilke overvejelser, der danner grundlag for tematikkerne i skemaerne. Desuden er det i hvert underafsnit beskrevet, i hvilket skema den pågældende tematik anvendes. Tematikkerne er illustreret i figur 5.3.



Figur 5.3 Oversigt over udvalgte tematikker, som medtages i skema 1 og skema 2.

Konteksten

Konteksten er en tematik, som inddrages i skema 1. Da nærmiljøerne i kommunerne rummer diversitet eksempelvis i forhold til areal, beliggenhed (urban/rural), antal borgere og etnicitet (53), er det vigtigt at beskrive kommunernes kontekst herunder nærmiljøets kendetegn, hvorfor tematikken om konteksten medtages. I denne sammenhæng er det vigtigt at fastslå, at beskrivelsen af konteksten ikke skal opfattes som en udtømmende og fyldig casebeskrivelse, men derimod skal fungere som et indblik i den arena, hvori indsatserne

¹³ Ruth P. Saunders er professor ved Department of Health Promotion, Education, and Behavior ved Arnold School of Public Health, University of South Carolina i Columbia, South Carolina.

rettet mod mental sundhed er udført. Tematikken om konteksten ligger i tråd med FIP og erkendelsen af socioøkologiske sundhedsproblemer, hvorved et sundhedsproblem anskues som komplekst og kontekstafhængigt (38). Viden om de enkelte kommuners kontekst anses som vigtig, da det ikke er givet, at en indsats umiddelbart kan overføres til en anden kontekst og skabe samme effekter. Ifølge Saunders et al. er det væsentligt at undersøge, hvilke aspekter i konteksten, herunder både fysiske, sociale og politiske faktorer, der kan påvirke indsatsens implementering eller effekter, og som dermed kan udgøre muligheder eller begrænsninger for indsatsens potentiale (52).

Forståelsesramme i forhold til mental sundhed

Forståelsesrammen for mental sundhed beskrives i skema 1. Denne tematik er medinddraget, idet det vurderes som centralt at klarlægge, hvilke overordnede antagelser den enkelte kommune har udviklet deres indsatser på baggrund af. Denne tematik skal således synliggøre, om kommunerne arbejder med inddragelse af teori, herunder om de trækker på videnskabelig litteratur, tidligere erfaringer eller særlige begreber i udformningen af indsatser rettet mod mental sundhed. Ifølge FIP og Saunders et al. fremhæves vigtigheden af, at teori inddrages (38,52), hvorfor kommunernes anvendelse af teoretisk referenceramme kan anskues som relevant.

Mål for indsatsen

Denne tematik anvendes i begge skemaer. Ifølge Saunders et al. skal der i starten af indsatserne beskrives målet for disse, samt forventede virkninger og resultater (52). De formulerede visioner, mål og delmål i forhold til mental sundhed muliggør derved en vurdering af indsatsernes effekter. I skema 1 noteres kommunernes mål relateret til mental sundhed, og i skema 2 noteres graden af målopfyldelse, samt om målene er blevet justeret undervejs, som det anbefales i teorien om FIP (38).

Målgruppe

Tematikken vedrørende målgruppe anvendes i begge skemaer. Denne er medtaget i skema 1 for at synliggøre, om det er klarlagt, hvilke målgrupper de enkelte indsatser har været rettet mod. Dette kan tydeliggøre, om kommunerne har analyseret de socioøkologiske træk ved det pågældende sundhedsproblem (38), eksempelvis ved hjælp af nærmiljøssundhedsprofilerne, og herefter tilpasset indsatserne dertil. I skema 2 medtages tematikken til at vurdere, om indsatsen nåede den tiltænkte målgruppe og antal deltagere. Dette anses som relevant i vurderingen af indsatsens rækkevidde (39). Klarlægning af målgruppen i skema 2 forudsætter imidlertid, ifølge Saunders et al. og Glasgow et al., at der er udformet en beskrivelse af, hvem der deltog i indsatserne, eksempelvis i form af registrering over fremmøde og eventuelt, hvad der kendetegner de ikke-deltagende (39,52).

Indsatser

I skema 1 inddrages indsatser som en tematik. Som en del af kortlægningen af denne tematik noteres, hvilket systemniveau den enkelte indsats er forgået på; mikro-, meso- eller makroniveau. Det forventes, at hovedparten af kommunernes indsatser i forhold til mental sundhed berører mikro- og mesoniveau. Makroniveauet er medtaget i skemaet, idet der kan fremkomme elementer, der knyttes dertil. Det er relevant at undersøge, om kommunerne har arbejdet og fremhævet muligheder og begrænsninger på makroniveauet, eksempelvis i den politiske ramme, og anvendt dette i struktureringen af deres tiltag, som Edwards et al. anbefaler i arbejdet

med FIP (38). Indsatsernes form beskrives desuden så tydeligt som muligt, herunder eksempelvis hvem der planlægger og udfører indsatserne, om indsatserne på mikroniveau er individrettede og gruppebaserede, om det er korte begivenheder, længere forløb eller målrettede aktiviteter, samt elementer knyttet til indsatsernes tidsramme og omfang. Denne beskrivelse har til formål at tydeliggøre, hvordan indsatsen oprindeligt var tiltænkt i projektbeskrivelserne (skema 1) for herefter at kunne sammenligne den med eventuelle ændringer, som er foregået i implementeringen eller forankringen af indsatsen (skema 2). Inspirationen dertil stammer fra den iterative tilgang i FIP, samt Saunders et. al's begreb om *fidelity*, som omhandler i hvilket omfang indsatsen er blevet gennemført som planlagt (38,52). Saunders et. al påpeger vigtigheden af at kunne sammenligne den påtænkte og modtagne dosering, da dette kan muliggøre en vurdering og justering af implementeringen af indsatsen. Den påtænkte dosering af indsatsen omhandler det planlagte omfang i form af mængde og intensivitet, som kan vedrøre den planlagte tid til indsatsen eller materialebrug. Modtaget dosering omhandler den mængde af indsatsen, som blev modtaget og kan omhandle i hvilken grad deltagerne engagerer sig i indsatsen, og i hvilken grad de anvender materialer, aktiviteter, strategier eller ressourcer (52).

Rekrutteringsprocedure

I skema 1 medtages tematikken om rekrutteringsprocedure. Dette er relevant i forhold til at undersøge, hvilke strategier der er anvendt til at tiltrække deltagere, hvilket ligeledes anbefales af Saunders et al. (52). Tematikken anses som central, da det er kendt, at det er svært at rekruttere og fastholde gruppen af mindre resourcestærke borgere i sundhedsfremmende og forebyggende tiltag (30). Dette muliggør desuden en vurdering af muligheder og begrænsninger ved de valgte rekrutteringsstrategier, som kan anvendes til at justere rekrutteringsstrategierne i det videre arbejde med mental sundhed.

Interne og eksterne samarbejdspartnere

Denne tematik anvendes i skema 1. FIP fremhæver vigtigheden af, at der arbejdes på flere niveauer samt tværsektorielt (38), hvilket ligeledes fremhæves i specialets problemanalyse, jf. afsnit 2.4 *Sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*. Derfor findes det væsentlig at klarlægge, hvilke samarbejdspartnere kommunerne har benyttet sig af. Af interne samarbejdspartnere kan nævnes aktører, der arbejder inden for kommunen eller i nærmiljøet, herunder eksempelvis andre kommunale sektorer, samt samarbejde med eksisterende projekter i kommunen, forskellige aktører i nærmiljøet etc. Af eksterne samarbejdspartnere kan nævnes samarbejde med eksempelvis forskere.

Effekter og erfaringer

I skema 2 inddrages tematikken effekter og erfaringer. Denne tematik indebærer en kortlægning af, hvilke effekter, erfaringer og eventuelle synergieffekter, der er opnået, samt hvordan disse er målt. Kortlægningen af effekterne kan være en forbedring af sundhedstilstanden, eller om adfærden er ændret hos målgruppen. Kortlægningen af erfaringerne kan omfatte beskrivelser af deltagertilfredsheden i forhold til indsatsen og den modtagne dosering heraf (52). Effekterne og erfaringerne kan være positive eller negative, samt forudsete eller uforudsete (39), hvorfor alle effekter og erfaringer medtages i skemaerne. Desuden medtages beskrivelser af, hvordan effekterne er målt, om der er anvendt bestemte redskaber eller metoder, samt om der er blevet evalueret undervejs eller afslutningsvis. Herunder er det relevant at vurdere, om metoderne til evaluering af

effekterne og erfaringerne er valide, eller om der er risiko for bias. Evaluering af effekter og erfaringer er en tematik, som er relevant både i forhold til teorien om FIP og RE-AIM (38,39).

Implementering

Tematikken implementering medtages i skema 2. RE-AIM-modellen har implementeringen som et centralt fokusområde (39). Tematikken er central at inddrage for at vurdere muligheder og barrierer i indsatsernes implementering. Disse muligheder og barrierer kan bl.a. være knyttet til konteksten og til indsatsen i forhold til *fidelity* og dosering, som beskrevet af Saunders et al. (52). En vurdering af indsatsernes implementering sker, ifølge Saunders et al., med hensyntagen til konteksten, karakteristika af personerne der udfører indsatsene, samt eksisterende strukturer i organisationer eller grupper i den arena, hvor indsatserne implementeres (52). Tematikken kan bidrage med viden om mulig tilpasning og justering i implementeringen af indsatsen i forhold til at få den til at fungere i den konkrete praksis.

Forankring

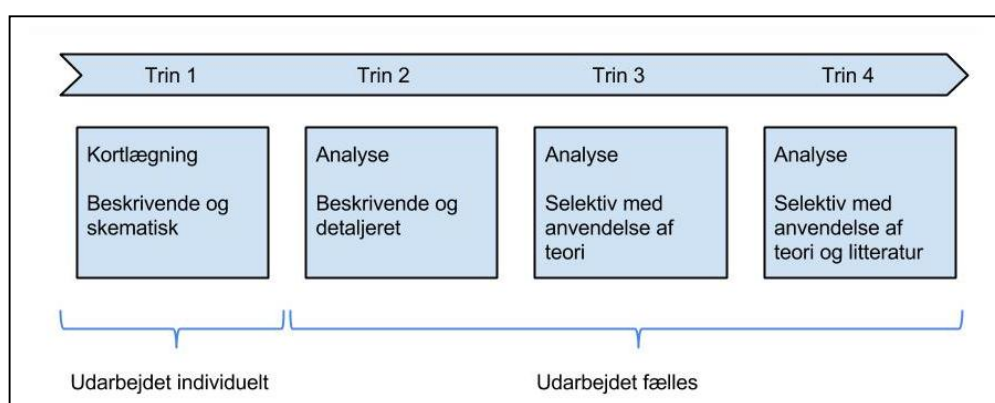
Denne tematik anvendes i skema 2. RE-AIM-modellen og FIP har begge fokus på forankring (30,38,39). Tematikken er relevant for at undersøge, om de igangsatte indsatser er blevet en del af nærmiljøet, selv efter endt satspuljeprojekt, og om de effekter, som indsatserne har skabt, er vedvarende, således at de mindre ressourcestærke borgers mentale sundhedsstatus forbedres på længere sigt.

Andre noter

I begge skemaer er der mulighed for at beskrive særlig interessante tilgange og oplysninger, hvilket skal fungere som et eksplorativt element, hvis der i dokumentanalysen opdages relevante fænomener, som de hidtil beskrevne tematikker ikke kan rumme.

5.2.5 Analyseprocessen

Analyseprocessen kan inddeles i fire trin, som er illustreret i nedenstående figur 5.4.



Figur 5.4: Oversigt over analysens fire trin (Egen illustration).

I første trin vil kortlægningsskemaerne udfyldes beskrivende og skematisk med information knyttet til ovenstående tematikker i gennemgangen af dokumenterne. En oversigt over de vigtigste resultater af trin 1 findes i bilag 7. I andet trin samles flere af temaerne, og nye tematikker dannes. Processen er i bilag 8 illustreret i et kodetræ. Et eksempel på udvikling i tematikkerne findes ved tematikken implementering. Denne tematik er i analysen og diskussionen i trin 2, 3 og 4 blevet inkorporeret som et væsentligt element i andre tematikker, da

implementeringen har en afgørende betydning i forhold til teori og metoder, indsatser og rekrutteringsstrategier. I andet trin udføres analysen beskrivende og detaljeret, hvor fællestræk samt afvigelser i satspuljeprojekterne kortlægges og sammenholdes. Her diskuteres desuden fordele og ulemper ved de forskellige valg og strategier, som kommunerne har anvendt. I tredje trin inddrages FIP og RE-AIM i analysen og diskussionen, og i fjerde trin inddrages yderligere resultaterne fra specialet systematiske litteratursøgning. I de to sidste trin har analysen en selektiv og kritisk karakter, hvor de væsentligste elementer uddybes og problematiseres. Resultaterne af dokumentanalysen, og dermed det fjerde trin, fremlægges i kapital 7 *Dokumentanalyse*.

6. Resultater af litteraturstudie

Dette kapitel indeholder en redegørelse for resultaterne fra den systematiske litteratursøgning. Kapitlet skal besvare første forskningsspørgsmål og derved give viden om den tilgængelige videnskabelige evidens i forhold til indsatser rettet mod forbedring af mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Kapitlet indeholder studier omhandlende fysisk aktivitet og mental sundhed, kreative aktiviteter og mental sundhed, multiple interventioner, rekruttering, udveksling af tjenester i nærmiljøet og et studie, som omhandler etiske overvejelser, som bør medtages i sundhedsarbejdet i udsatte nærmiljøer. Afslutningsvis vil der være en opsamling af studierne.

6.1 Fysisk aktivitet og mental sundhed

Tre studier tager udgangspunkt i et ønske om forbedring af deltagernes fysiske aktivitet. I relation dertil måles ofte sekundært på outcome som trivsel og mental sundhed. Viden fra disse studier fremlægges i dette afsnit.

Follow-up studie fra England

Et follow-up studie, foretaget af Blank et al. i 2007, undersøgte sammenhængen mellem ændringer i fysisk aktivitetsniveau og indtagelse af frugt og grøntsager med ændringer i selvrapporteret helbred og mental sundhed hos beboere i dårligt stillede lokalsamfund i England (54). Det er ikke tydeligt, hvad interventionerne indeholdte. I studiet blev der genereret data fra et britisk regeringsfinansieret projekt, *the New Deal for Communities*, som havde til formål at afhjælpe uligheder i 39 udsatte områder i England. Mental sundhed blev målt via dele af spørgeskemaet SF-36¹⁴. Der blev udført surveys med validerede spørgsmål i 2002 og i 2004, som inkluderede 10.419 deltagere. Resultaterne viste, at en positiv ændring i kosten eller den fysiske aktivitet var forbundet med en betydelig forbedring af den mentale sundhed for beboere i dårligt stillede områder. Der blev ligeledes fundet signifikante forbedringer i deltagernes fysiske sundhed. I studiet var der desuden påvist evidens for en association med dosis-responseffekt, hvor større forbedring i livsstil havde sammenhæng med større forbedring i den mentale sundhed. I studiet påpeges, at den gavnlige effekt øges på grund af sammenspillet mellem interventioner i lokalsamfundet, som både påvirker den mentale sundhed, fysisk aktivitet og kosten.

Ifølge rapporten *Tackling Inequalities in Mental Health – The Experience of New Deal for Communities* har projektet kun involveret en begrænset andel beboere, men virkningerne breder sig i lokalområdet, idet området betragtes som et sted, ”hvor tingene sker”. Dette vil potentielt have en indvirkning på den mentale sundhed hos alle beboere, som blot er opmærksomme på projektet og således ikke kun på de beboere, som aktivt vælger at deltage og blive involveret i indsatserne. Desuden tyder det på, at ændringer i den mentale sundhed, der er forbundet med øget motion og forbedret kost, kan forekomme ved at øge samfundet samhörighed og sociale kapital. (54).

¹⁴ Mental sundhed måles via fire items omkring energiniveau, social funktion, psykisk betingede begrænsninger og psykisk velbefindende.

RCT-studie fra Haag, Holland

Et RCT-studie fra 2012 (n=514), undersøgte tiltaget *Exercise on Prescription's* effekt på kvinder fra etniske minoritetsgrupper¹⁵ fra udsatte nærmiljøer i Haag, Holland (55,56). Studiets formål var at undersøge, om tiltaget forbedrede kvindernes fysiske aktivitet og samtidig øgede deres mentale trivsel. Interventionen bestod af en ugentlig træningssession, som forløb over 18 uger med sessioner bestående af fitness, vandfitness, aerobic og dans. Yderligere fik deltagerne 18 sessioner med personlig coaching med fokus på empowerment og motivation (55,56). Data blev indsamlet ved interventionens start, efter seks og 12 måneder gennem strukturerede interviews, og deltagernes trivsel blev målt via spørgeskemaet W-BQ12¹⁶. Resultaterne viste ingen signifikant effekt på den totale fysiske aktivitet¹⁷ eller på den mentale trivsel. Den manglende effekt skyldtes muligvis målgruppen, da det blev fremhævet, at kvinder fra multietniske populationer, der bor i udsatte nærmiljøer, kan have svært ved at inkorporere fysisk aktivitet i dagligdagen på grund af komplekse socioøkonomiske problemstillinger som fattigdom, arbejdsløshed, social isolation og mentale lidelser (55). Ligeledes fremhæves, at én træningssession pr. uge muligvis ikke har været tilstrækkelig dosering, og at en øget intensitet med flere træningssessioner pr. uge kunne have givet et mere positivt udfald. Imidlertid var rekrutteringen vellykket, hvilket kan skyldes, at træningssessionerne blev holdt tæt på kvindernes bosted, foregik under støttende omgivelser med en kvindelig træner, samt at der blev givet økonomisk støtte til aktiviteterne (55).

Kvalitativ evaluering af Active Lifestyle fra Nordøst England

Motion på recept og lignende tiltag, der tager udgangspunkt i fysisk aktivitet, fremhæves af Wormald et al. som en fordel for nogle patientgrupper, men en ulempe for andre, eksempelvis inaktive, ældre eller overvægtige, som vil have mere gavn af en bred tilgang med fokus på aktivitet i hverdagslivet og individuel rådgivning (57). Studiet fra 2006 tog udgangspunkt i tiltaget *Active Lifestyle*, som havde til formål at øge den fysiske aktivitet i hverdagslivet f.eks. gennem gåture og havearbejde blandt borgere i et udsat område i Nordøst England. Deltagerne blev henvist til *Active Lifestyle* gennem sundhedsprofessionelle, og henvisningskriterierne inkluderede personer over 12 år med stillesiddende livsstil og/eller mild til moderate fysiske eller mentale sundhedsproblemer. Deltagerne modtog seks individuelle konsultationer med fokus på adfærds- og livsstilsændringer gennem motiverende samtale i en periode på seks måneder med mulighed for telefonrådgivning undervejs. I alt modtog 180 personer rådgivning over en toårig periode. Erfaringerne fra *Active Lifestyle* blev undersøgt gennem fem fokusgruppeinterviews, der blev foretaget i forbindelse med evaluering af tiltaget. Deltagerne fremhævede, at selvom tiltaget var rettet mod forbedring af den fysiske aktivitet, havde det indflydelse på andre områder såsom kost, rygning og stress. Flere af deltagerne fik gennem tiltaget en mere positiv tilgang til livet. Ligeledes fandtes, at deltagere, som ikke nødvendigvis havde brug for samtaler med en psykolog, profiterede af, at der i de motiverende samtaler var tid og rum til, at de kunne tale om deres problemer. Som særligt vigtigt for disse positive resultater, blev personlige træk ved den kvindelige rådgiver, som stod for samtalerne, fremhævet. Deltagerne beskrev rådgiveren som omsorgsfuld, støttende, oprigtig, vidende, en god kommunikator og god til at lytte. Erfaringerne fra fokusgruppeinterviewene var således positive, og der fandtes kun små forbedringselementer, f.eks. at der var langt til tilbuddet for enkelte deltagere.

¹⁵ Hovedsageligt kvinder fra Tyrkiet, Marokko, Surinam.

¹⁶ Trivselsspørgeskema med 12 items der måler: Negativ trivsel, energiniveau og positiv trivsel.

¹⁷ Fysisk aktivitet måles ved at opsummere aktiviteter i fritiden, på arbejde, gennem husarbejde og aktivitet til og fra arbejde.

Om den positive holdning var gældende for alle borgere, der modtog rådgivning gennem *Active Lifestyle*, vides ikke. Hertil skal nævnes, at 110 breve blev udsendt i forbindelse med rekruttering til fokusgruppeinterviewene, hvoraf kun 19 borgere valgte at deltage (16 mødte op på dagen). Yderligere bestod fokusgruppeinterviewene af et varierende antal deltagere.

6.2 Kreative aktiviteter og mental sundhed

Flere artikler omhandler kreative aktiviteters effekter på mental sundhed, og dette afsnit indeholder viden fra disse artikler. Først beskrives to kvalitative studier og derefter en tværsnitsundersøgelse.

Kvalitativ evaluering af *Imagine East Greenwich* fra London, England

Callard og Friedli har i et studie fra 2005 gennemført en kvalitativ evaluering af projektet *Imagine East Greenwich* og dets virkning på sundhed og trivsel (58). Projektet foregik over to et halvt år i et udsat område i Londonbydelen Greenwich. Projektet havde seks mål: 1) At tackle specifikke sundhedsproblemer såsom mental trivsel. 2) At bekæmpe isolation, ensomhed og følelse af eksklusion. 3) At bryde sociale grupperinger. 4) Skabe positiv tænkning. 5) Øge selvtillid og færdigheder. 6) Øge opmærksomhed på sundhed (58).

Projektet bestod af otte aktiviteter, hvoraf fem omhandlede børn eller unge, hvorfor disse ikke fremlægges. De resterende aktiviteter *Health Matters*, *Outside/In* og *Design4Life* omhandlede på forskellig vis kreative aktiviteter i form af diskussioner om personlige sundhedsmæssige problemer, udforskning af omgivelser og borgerne selv, samt uddannelsesworkshops om design, illustration og fotografi. De forskellige aktiviteter mandede ud i kreative produkter i form af videoer, plakater, postkort og en bog. Rekrutteringen foregik gennem mund-til-mund metoden samt via plakater, flyers og via medarbejdere i nærmiljøet og kunstnerne selv. Der deltog i aktiviteterne mellem 5-35 beboere (58). Evalueringen bestod af semistrukturerede interviews med kunstnerne og deltagerne. Da der ikke anvendes citater i evalueringen, samt at interviewguiden ikke er beskrevet, er transparensen af studiet svag, hvilket resultaterne skal ses i lyset af (59). Resultaterne i forhold til den forbedrede trivsel omhandlede, at projektet havde bidraget til indbyrdes afhængighed af hinanden, gensidighed, social støtte og social kontakt deltagerne imellem. Desuden var der klare eksempler på en højere grad af positiv tænkning og attitude, såsom entusiasme og en mere positiv attitude over for sundhed i lokalsamfundet. Ligeledes havde deltagerne øget deres selvtillid og deres færdigheder såsom verbale evner. Studiet peger på nogle nøglefaktorer, der har haft betydning for projektets succes. Den æstetiske kvalitet var central for projektet succes og var nødvendig for de fleste deltagers engagement i processen og stolthed over projektets resultater. Projektet var desuden afhængig af en fleksibel struktur og talentfulde kunstnere, som faciliterede engagement og udvikling af deltagernes selvværd. En anden betydelig faktor var projektets geografiske nærhed til lokalsamfundet og projektets vedvarende tilstedeværelse (58).

Kvalitativ evaluering fra Nottingham, England

Artiklen af Stickley, Merryweather og Leighton fra 2007 er baseret på projektet *Art in Mind*, som foregik i en fattig bydel i Nottingham, England (60). Projektet havde til formål at forbedre den enkeltes trivsel og mentale sundhed ved at tilskynde til selvudfoldelse gennem kunst og deltagelse i aktiviteter i lokalsamfundet. Artiklen er skrevet på baggrund af projektets evalueringsskemaer samt interviews. Artiklen går ikke i dybden med evalueringen, men inddrager citater, hvor deltagerne beskriver, hvordan projektet har hjulpet mod

tristhed, øget deres selvtillid og givet kulør på hverdagen. Desuden beskrives, at et vigtigt aspekt for projektets succes var samarbejde med kunstnere og frivillige for at sikre, at *Art in Mind*'s virkninger var langtidsholdbare, hvilket også ses ved, at nye foreninger blev dannet (60). Ovenstående to studier er begge kvalitative og anbefaler, at kunst og kreative aktiviteter potentielt udforskes procesmæssigt og kvantitativt.

Tværsnitsstudie af kreativ aktivitet i London

Tværsnitsstudiet fra 2012 af Renton et al. omhandler kunst og kreative aktiviteter (61). Formålet med studiet var bl.a. at undersøge sammenhænge mellem deltagelse i kunst og kulturelle aktiviteter med sund kost, fysisk aktivitet, mental sundhed og velvære, samt at vurdere om den sociale kapital eller mentale sundhed kan mediere forholdet mellem kunstdeltagelse og sundhedsadfærd. Data i studiet er hentet fra et survey, hvor trivsel og mental sundhed måles via EuroQol 5D¹⁸, Snyder Hope Scale¹⁹ og fra *The Well London program*, som er et klyngerandomiseret studie, der uddybes i nedenstående afsnit. Undersøgelsen viste, at kunstdeltagelse var associeret med sund kost, fysisk aktivitet og mental velvære. I forhold til mental sundhed var deltagelsen i kreative aktiviteter og kulturelle events forbundet med mindre selvrapporteret angst og tristhed, men efter justering af socioøkonomiske eller sociodemografiske faktorer var disse odds ikke længere signifikante. Efter justering af mental trivsel og social kapital var forholdet mellem kunstdeltagelse og sundhedsadfærd stadig signifikant, hvilket kan tyde på, at kunsten i sig selv har en betydning for deltagernes sundhedsadfærd (61). Resultaterne af studiet skal ses i lyset af, at tværsnitsstudier ikke kan klarlægge kausale sammenhænge, samt at der kan eksistere mulige confoundere, som der ikke er taget højde for i justeringerne (62).

6.3 Multiple interventioner

I dette afsnit fremlægges studier, der indeholder multiple interventioner. Herved forstås studier, hvis resultater fokuserer på effekten af flere forskellige indsatser, der har været igangsat i et udsat nærmiljø. Effekten kan således ikke tilskrives en enkelt indsats, men er resultatet af den samlede intervention.

Follow-up studie fra nordvest England

Et follow-up studie af Eden & Lowndes fra 2013 undersøgte effekten af en interventionsmodel med multiple udviklingsaktiviteter i et udsat nærmiljø i nordvest England, der forløb fra 2011 til 2012 og målte forbedringen af trivslen blandt områdets borgere (63). Interventionsmodellen tog udgangspunkt i empowerment og kapacitetsopbygning, og deltagerne blev engageret gennem tiltag, der var betydningsfulde for dem. 43 aktiviteter af forskellig karakter blev igangsat i nærmiljøet; støttegrupper for ældre mennesker, familiegrupper, kunstgrupper, lokale gå-grupper, grupper med fysisk aktivitet, sociale støttegrupper og madlavningsgrupper. Studiet var baseret på spørgeskemadata fra 404 individer, der deltog i udviklingsaktiviteterne. Trivslen blev målt ved hjælp af trivselsindekset WHO-5, og deltagerne udfyldte spørgeskemaet ved aktivitetens start og 6-8 uger senere. Resultaterne viste, at deltagernes trivsel steg fra 57,5-70,8%. Den valgte model blev fremhævet som særlig betydningsfuld for resultatet, idet den tillod deltagerne selv at bestemme, hvor meget de ville engagere sig i nærmiljøet, samt det brede udbud af forskellige aktiviteter. Viden om langtidseffekterne af interventionen mangler (63).

¹⁸ Et spørgeskema med fem items, hvoraf et item omhandler niveau af angst og depression på en skala med tre svarmuligheder fra ingen til ekstrem angstelig eller deprimeret.

¹⁹ Et spørgeskema med 12 items, som måler niveau af håb.

Klyngerandomiseret studie fra London, England

Et studie omhandlende *The Well London program (Well London)* tog ligeledes udgangspunkt i et multipelt interventionsprogram. Studiet fokuserede på forbedring af kost, fysisk aktivitet og mental trivsel i udsatte nærmiljøer i London (64-66). *Well London* havde en overordnet ramme, der tog udgangspunkt i en socioøko-logisk model og derved anerkendte, at miljø og individer påvirker hinanden (66). *Well London* forløb over en 4-årig periode fra 2007 til 2011, og studiet blev tilrettelagt som et klyngerandomiseret forsøg, hvor 20 interventionsnærmiljøer og 20 kontrolnærmiljøer indgik i studiet (64). Tilrettelæggelsen af interventionerne foregik i et tæt samarbejde med personer fra lokalsamfundene samt lokale beslutningstagere. Selvom den socio-økologiske tilgang og de overordnede mål var ens for alle nærmiljøer, blev interventionerne justeret og tilpasset hvert enkelt nærmiljø ud fra en identifikation af beboernes behov og tilstedeværelse af allerede eksisterende faciliteter (66).

Interventionernes mål, blandt voksne, var at øge andelen, der spiste 5 eller flere stykker frugt eller grønt om dagen med 50% og øge andelen, der udøvede 30 minutters moderat fysisk aktivitet fem gange om ugen med 70% samt øge den mentale sundhed og trivsel med 30% (66). Studiet undersøgte interventionernes generelle effekt på nærmiljøets borgere uanset deres deltagelse i de igangsatte interventioner. Spørgeskemadata (GHQ-12²⁰ og Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale score²¹) blev indsamlet på husstands niveau. Husstandene blev tilfældigt udvalgt i interventions- og kontrolnærmiljøerne, hvorfor det ikke var muligt at følge op på effekten på individniveau (64). Resultaterne indeholdte besvarelser fra 1.930 i interventionsgruppen og 1.948 i kontrolgruppen og bar præg af en lav responsrate (26%). (64). Der fandtes ingen evidens for en positiv effekt på de primære outcomes; øget indtag af frugt og grønt, øget fysisk aktivitet samt trivsel. Dog viste resultaterne statistisk signifikans for, at der i interventionsnærmiljøerne var en reduceret andel af borgere, der spiste usundt samt en øget oplevelse blandt borgere af, at de var rykket tættere sammen (64). Resultaterne viste således ingen evidens for, at interventionerne skabte forbedringer i beboernes trivsel, hvilket ellers var fremkommet via en kvalitativ undersøgelse. Af betydning for studiets resultater bør nævnes, at kun 3,1% af respondenterne i interventionsnærmiljøerne tilkendegav, at de havde deltaget i *Well London*-programmets aktiviteter, hvilket indikerer, at den manglende deltagelse i aktiviteterne kan have betydning for resultaterne. Endvidere problematiseres, at 0,9% af respondenterne i kontrolnærmiljøerne rapporterede at have deltaget i programmet, hvilket kan have haft indflydelse på studiets sammenligningsgrundlag. Yderligere blev tidsperioden fremhævet som havende indflydelse på resultatet, idet denne muligvis var for kort til at vise den fulde effekt af interventionsprogrammet (64).

Kvasiekperimentelt studie fra Arnhemse Broek, Holland

Artiklen af Abbema et al. fra 2004 er udvalgt, idet den beskriver en omfattende sundhedsintervention i et udsat lokalmiljø, hvilket kan sammenlignes med satspuljeprosjektet i Danmark. Interventionerne har ikke været direkte rettet mod mental sundhed, men der vurderes at være elementer i studiedesignet og valg af

²⁰ Goldbergs General Health Questionnaire-12 er et multi-item spørgeskema beregnet til bredere populationsstudier og måler den generelle psykiske tilstand. Spørgsmålene omhandler symptomer på angst, depression, forringelse i de sociale færdigheder og fysiske symptomer, som udtryk for psykisk tilstand eller livskvalitet.

²¹ Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale indeholder 14 positive items relateret til trivsel med fem svarkategorier, som kan undersøge en populations mentale sundhed.

metoder, som er relevante i forhold til en dansk kontekst, når større og komplekse interventioner skal udføres.

Artiklen omhandler et evalueringsstudie på individniveau af omfattende interventioner i nærmiljøet, som havde til formål at reducere socioøkonomisk ulighed i sundhed i Arnhemse Broek, Holland ved at målrette sundhedsmæssige problemer defineret af beboerne selv. Studiet blev lavet på baggrund af antagelsen om, at det i arbejdet med borgere i udsatte områder var væsentligt, at udvælgelsen af sundhedsproblemer tog udgangspunkt i lokalmiljøet og inddragede borgerne (67).

Interventionen bestod af flere faser. I 1997 blev den omfattende sundhedsintervention startet i det udsatte område i Holland, hvor der blev udarbejdet en sundhedsprofil. Derefter blev sundhedsrelaterede faktorer opdelt i tre kategorier; livsstil, miljømæssige faktorer og sociale faktorer, og efterfølgende prioriterede 125 beboere de sundhedsmæssige problemer ud fra vigtighed og ud fra deres ønsker til forandring. Dette resulterede i problemstillingerne; stress, mangel på sikkerhed og tryghed i området samt opdragelsesproblemer. I 1998 udarbejdede 20 organisationer en sundhedshandlingsplan med aktiviteter og handlinger rettet mod problemstillingerne. I en periode på 2 år blev 54 af 63 aktiviteter og handlinger gennemført.

Der blev udført et kvasiekperimentelt studie med to kontrolområder på grund af, at det ene kontrolområde lå i nærheden af interventionsområdet og derved kunne udsættes for interventionen. Der blev udsendt spørgeskemaer til en tilfældig population i nærmiljøerne tre gange i løbet af projektperioden. Da svarprocenten ved baseline var lav, blev spørgeskemaet udsendt til en ny gruppe i både interventionsområdet og i de to kontrolområder. Det samlede antal respondenter var 1.995, og den gennemsnitlige responsrate ved de tre målinger var 43-58%. Resultaterne viste ingen overvejende effekt af den omfattende intervention i lokalmiljøet på de sundhedsmæssige problemstillinger. Studiet havde flere forklaringer på de manglende effekter, herunder at interventionen ikke var effektiv nok til at give målbare virkninger, at de fleste aktiviteter kun nåede mindre grupper, og at perioden var for kort, da nogle af de planlagte aktiviteter endnu ikke var blevet gennemført på tidspunktet for den anden måling. Ligeledes kunne den lave responsrate samt brug af ikke-validerede spørgsmål have indvirkning på resultatet (67).

6.4 Rekruttering

Følgende studie er medtaget, da det giver viden om, hvorledes borgere i udsatte nærmiljøer kan rekrutteres til sundhedsindsatser. Nedenstående studie omhandler ikke mental sundhed, men idet det omhandler udsatte nærmiljøer og rekruttering til indsatser heri, er det taget med for at bidrage med viden til, hvad der bør tages højde for, når sundhedsprofessionelle arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i udsatte nærmiljøer og herunder ønsker at rekruttere mindre ressourcestærke borgere.

Deskriptivt studie fra Skotland

Et studie af Macleod et al. fra 2013 havde til formål at undersøge, hvilke rekrutteringsstrategier der var bedst i forhold til at rekruttere overvægtige eller svært overvægtige kvinder efter fødslen, som boede i udsatte områder, til en intervention for at opnå vægttab, *WeighWell* (68). Resultaterne fra studiet gik forud for udformningen af et RCT-studie med henblik på at teste strategier udtænkt til at optimere rekrutteringen og fastholdelse af målgruppen. Rekrutteringen foregik i perioden 2009 til 2010 i Skotland. Der var fire hovedstrategier

til rekruttering: 1) Fordeling af plakater og visitkort i områder, hvor mødrene ofte kom. 2) Avisannoncer i den lokale avis. 3) Besøg hos lokale grupper, f.eks. mødregrupper, familiecentre, fritidscentre, sociale projekter målrettet målgruppen mv., hvor der blev givet mundtlig og skriftlig information til mulige deltagere. 4) Personlige breve.

I studiet blev der taget højde for, at målgruppen var kvinder i udsatte områder, hvorfor studiet omfattede godtgørelse for børnepasning og andre omkostninger, samt brug af gratis telefonnummer ved henvendelse. Over seks måneder tilkendegav 142 kvinder, at de ønskede at deltage, hvoraf 65 (46%) var egnet, og disse kvinder blev efterfølgende randomiseret til enten at modtage et vægttabsprogram over en 3-måneders periode eller deltage i en kontrolgruppe, som modtog rådgivning efter 3 måneder. Resultaterne viste, at hos de kvinder, som blev fordelt og blev fastholdt i studiet ($n=36$), var de mest effektive metoder i nævnte rækkefølge: Besøg hos lokale grupper, personlige breve, samt plakater og visitkort. Studiet konkluderede på baggrund af resultaterne vigtigheden af, at der benyttes en række forskellige strategier til at rekruttere målgruppen (68). I studiet blev det skønnet, at blot 5% af den mulige befolkning fik kontakt med forskerne, og dette understreger vanskeligheder med at rekruttere denne målgruppe. Det er ikke muligt at generalisere studiets resultater til alle befolkningsgrupper, men resultaterne kan fremhæve centrale udfordringer, som sundhedspersonale kan opleve i arbejdet med målgruppen (68).

6.5 Udveksling af tjenester i nærmiljøet

Følgende studie er medtaget i kapitlet på trods af, at det ikke eksplicit inkluderer mental sundhed. Programmet i studiet ses imidlertid at have potentiale over for lokalsamfundet og beboernes mentale sundhed, da programmet styrker beboernes trivsel, gensidighed, tilhørsforhold, selvværd og personlige færdigheder.

Kvalitativt casestudie fra Lehigh Vally, USA

Et kvalitativt casestudie af Lecther og Perlow fra 2009 undersøgte, hvordan deltagere engagerede sig i et støttende netværk i et lokalsamfundsprogram, og hvordan dette gavnede deltagerne samt lokalsamfundet (69). Programmet *Community Exchange* foregik i et urbant lokalsamfund i Lehigh Vally, Pennsylvania, USA. Programmet blev oprettet i 1999 for at engagere isolerede beboere, der levede med fysiske og psykiske handicap, i inkluderende sociale netværk i lokalsamfundet. Programmet var designet til at samle enkeltpersoner fra forskellige baggrunde for at etablere et fællesskab dedikeret til principperne om respekt, deltagelse og gensidighed ved at bruge en tidsbank-model. I tidsbanken blev den frivilliges tid, som blev givet til medborgere i lokalsamfundet, registreret, og den kunne borgeren senere få igen. Borgerne modtog ”kredit” i tidsbanken for hver time de tilbød. Alle deltagerne gav og modtog tjenester, fik udvidet netværk, gensidighed og ressourcer. Tjenesterne, som beboerne kunne give eller modtage, kunne eksempelvis være hjælp til indkøb eller som frivillige i klubber (69).

Studiet anvendte dybdegående interviews med en målrettet stikprøve på 28 medlemmer fra programmet. Da formålet var at danne en teori, blev grounded theory anvendt som forskningsdesign. Udover fremgangsmetoden i interviewene, hvor der blev udført otte initiale interviews og derefter 20 interviews, som var teoritegende (69), er proceduren imidlertid ikke beskrevet grundigt nok til at vurdere, om studiet lever op til kriterierne inden for grounded theory. Fire primære temaer blev identificeret gennem analysen: 1) Motivation for

deltagelse. 2) Tjenesteudveksling eller gensidighed. 3) Personlig og lokalsamfundsmæssig vækst gennem engagement. 4) Sundhedsfremme og forbedret trivsel. I forhold til den mentale sundhed var de tre sidste tematikker relevante, da programmet opbyggede relationer og frembragte en følelse af fællesskab. Deltagerne fik større selvværd og tilhørsforhold samt færdigheder inden for lederskab og en oplevelse af sundhed. I lokalsamfundet resulterede det i øget samarbejde, bedre selvorganisering samt at borgerne var i stand til sammen at løse komplekse problemer. Deltagerne fik generelt forbedret deres trivsel og sundhed (69). Teorien, som forskerteamet udviklede sammen med borgerne, bestod af en model, som bl.a. beskrev, hvordan lokalsamfundsprogrammet, baseret på gensidighed gennem tjenesteudveksling, skabte omsorg, sikkerhed, social støtte, tillid, positive interaktioner, sundhed, selvværd, nye færdigheder, tilhørsforhold og lederskab (69).

6.6 Etik i arbejdet i udsatte nærmiljøer

Følgende artikel omhandler etiske problemstillinger i sundhedsfremme og forebyggelsesarbejdet. Artiklen omhandler ikke mental sundhed, men er medtaget da den bidrager med central viden til det fremadrettede arbejde i udsatte nærmiljøer.

Ekspertudtalelse af professor i psykologi, Edison J. Trickett, Maryland USA

I relation til interventioner, der igangsættes og påvirker grupper samt nærmiljøer, fremhæver artiklen *Toward a Framework for Defining and Resolving Ethical Issues in the Protection of Communities Involved in Primary Prevention Projects* fra 1998 en række etiske problemstillinger, som bør adresseres (70). Ifølge Trickett bør primære forebyggelsesinterventioner tage udgangspunkt i en socioøkologisk ramme. I artiklen fremhæves fire antagelser om samfundsbase­rede interventioner, der indeholder etiske problemstillinger.

1. Primære forebyggelsesinterventioner, som er rettet mod grupper eller samfund, er værdidrevne, f.eks. med et politisk ønske om en bestemt forandring. Disse værdier er indlejret i programmet, men er ofte ikke eksplicit beskrevet. Medarbejdere i forebyggelsesaktiviteterne bør være bevidste om disse værdier, da værdierne ikke nødvendigvis deles af de borgere, hvis nærmiljø der interver­neres i, hvilket kan skabe etiske problemstillinger.
2. Primære forebyggelsesinterventioner kan indeholde spørgsmål vedrørende magten mellem borgerne og de, der udfører forebyggelsesindsatserne, dvs. det ulige forhold mellem sundhedsprofessionel og lægmand. Ved at anerkende magt som en faktor, der finder sted i udførelsen af primære forebyggelsesaktiviteter, er der mulighed for, at etiske dilemmaer omkring autonomi og paternalisme adresseres.
3. Samfundsinterventioner bygger ofte på dekontekstualiseret viden. Når forebyggende interventionsprogrammer beskrives, ligger fokus ofte på interventionsprogrammet og ikke på den sammenhæng, hvori interventionen blev gennemført, samt hvordan konteksten har påvirket interventionsprogrammet. Der mangler derfor viden om de kompromiser og valg, der har haft indflydelse på interventionen. Det er således relevant at afrapportere den kontekstbundne viden, idet samfundsbase­rede interventioner er afhængige af konteksten.

4. Samfundsinterventioner fokuserer på højrisikosamfund eller højrisikogrupper. Når et samfund eller grupper stemples som værende i risiko, er der etiske problemstillinger, som bør adresseres ud fra ikke-skade princippet.

Trickett fremhæver, at viden om samfundsinterventioner og de etiske problemstillinger kan øges ved eksempelvis at skabe et forum, hvori det er muligt at dele erfaringer. Yderligere skal erfaringer fra interventionen ikke kun rapporteres i kvantitative data, men også indeholde viden om de forhold, der ligger bag (70).

6.7 Opsamling

Flere af studierne havde metodiske fejl og mangler, hvorfor resultaterne skal ses i lyset af disse. Desuden bør det påpeges, at flere af studierne ikke direkte er relateret til mental sundhed, og det tyder dermed på, at specialiets problemfelt er et område, hvor der mangler videnskabelig evidens. Dette underbygges af, at flere af de inkluderede studier anvender data fra samme undersøgelse; *The Well London program*. Ud fra resultaterne af studierne tyder det på at være forskelligt, hvilke metoder og indsatser som er virksomme overfor forskellige målgrupper, da eksempelvis fysisk aktivitet virker over for nogle målgrupper, mens andre målgrupper har brug for andre indsatser, der møder deres behov.

Flere studier omhandlede mental sundhed forbundet med fysiske eller kreative aktiviteter. Resultaterne fra studierne omhandlende fysisk aktivitet viste et blandet billede af den fysiske aktivitets effekt på mental trivsel. I studiet af Blank et al. blev der påvist en sammenhæng mellem øget mental sundhed, øgning i fysisk aktivitet og øget indtagelse af frugt og grønt. Artiklerne af Gademan et al. og Hopser et al. omhandlende *Exercise on Prescription* fandt ingen signifikant effekt på den totale fysiske aktivitet eller mentale trivsel. Omvendt fandtes i studiet af Wormald et al. positive elementer i forhold til den mentale trivsel i evalueringen af *Active Lifestyle*. I studiet af Wormald et al. kan det dog ikke udledes, om den fysiske aktivitet har haft en indvirkning på denne forbedring, da det er den motiverende samtale og den kvindelige rådgiver, som fremhæves som udslagsgivende.

Studierne af Stickley et al. samt Callard og Friedli tyder på, at kreative aktiviteter har en god virkning overfor trivsel og mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Virkningerne kan dog være vanskelige at måle kvantitativt, mens kvalitative metoder, som er eksplorative, kan indfange de virkninger, som projekterne har. Tværsnitstudiet af Renton et al., viste efter justering for confounding ingen signifikant association mellem mental sundhed og deltagelse i kreative aktiviteter. Der mangler imidlertid interventionsstudier med kvantitative før- og eftermålinger i forhold til kreative aktiviteter, som kan hjælpe med at belyse effektmål for beboerne i nærmiljøet, da disse studier kan give viden om kausale sammenhænge mellem interventioner og effekter.

Nogle af studierne omhandlede multiple interventionsprogrammer i udsatte nærmiljøer. Effekten af multiple interventionsprogrammer i udsatte nærmiljøer er blandede. Follow-up studiet af Eden og Lowndes viste en positiv effekt på trivslen, mens *Well London* studiet ikke fandt en signifikant effekt (64). Trivselsforbedringen i follow-up studiet kan problematiseres, da effekten ikke sammenlignes med en kontrolgruppe, samt at trivselsforbedringen pga. den korte tidsperiode, hvori målingerne er foretaget, ikke nødvendigvis er vedva-

rende. *Well London* studiet kan ligeledes problematiseres, da tidsperioden blev vurderet for kort, samt at resultaterne var diskutabel, da respondenter i kontrolnærmiljøet tilkendegav at have deltaget i programmet.

Studiet af Abbema et al., omhandlende interventioner i nærmiljøet der tager udgangspunkt i borgerdefinerede problemstillinger, viste ingen overvejende effekter. Der beskrives imidlertid en række faktorer, som kan have indvirkning på resultaterne og kan være årsag til manglende effekter. Dette omhandler bl.a. interventionernes effekt, rækkevidde, tidsperioden, lav responsrate og at alle planlagte aktiviteter ikke var igangsat.

Andre studier var ikke direkte tilknyttet mental sundhed, men kan give indsigt i, hvordan der kan rekrutteres og interveneres i udsatte nærmiljøer. Studiet af Macleod et al. omhandlende rekruttering af overvægtige kvinder fra udsatte nærmiljøer viste, at det var vigtigt med en række strategier, heriblandt opsøgende og personlig kontakt, for at øge rekrutteringen og fastholde kvinderne i projektet. Et studie af Lecther og Perlow, omhandlende udveksling af tjenester i nærmiljøet viste, at den gensidige frivillighed gavnede beboere og lokalsamfundet inden for sundhed, trivsel og samarbejde. Afslutningsvis fremhævede studiet af Trickett de etiske problemstillinger, der knytter sig til samfundsbaseerede forebyggelsesinterventioner.

7. Dokumentanalyse

I dette kapitel fremlægges resultaterne af dokumentanalysen. Formålet med kapitlet er via en systematisk analyse at vurdere kommunernes arbejde, herunder indsatser og metoder, rettet mod mental sundhed. I kapitlet vil programteorien FIP, RE-AIM og Saunders et al.'s procesevaluering samt resultater fra den systematiske litteratursøgning blive inddraget med analyserende og diskuterende elementer.

7.1 Læsevejledning

Denne læsevejledning har til formål at give et overblik over kapitlet og dets afsnit. Først præsenteres en enkel resultatoversigt af første trin i dokumentanalysen; kortlægningen. Efterfølgende analyseres og diskuteres tematikkerne; *Konteksten, Mental sundhed – forståelsesramme og metoder, Formulering af mål og udvælgelse af målgruppe, Metoder til måling af effekter og erfaringer, Generelle effekter og erfaringer, Indsatser, Rekruttering og Forankring*, hvor hver tematik afsluttes med en kort opsamling.

I dokumentanalysen vil nogle kommuner fremhæves oftere end andre, da de i højere grad ekspliciterer deres arbejde med mental sundhed, og derfor gør det muligt at analysere og inddrage dem i kapitlet. Fællestræk ved kommunernes arbejde fremhæves og analyseres. Ligeledes vil kommunerne løbende blive inddraget med eksempler, hvis en kommune skiller sig ud fra de øvrige kommuner, i såvel positiv som negativ forstand, i forhold til deres arbejde med mental sundhed.

Kommunernes nærmiljøsundhedsprofiler har påvist forskellige risikofaktorer, som har været særlig problematiske og dermed væsentlige at arbejde med. Der kan således være kommuner, hvis nærmiljøsundhedsprofiler har vist andre problematikker end mental sundhed, og som har været særlig relevante, hvorfor fokus har ligget der. Disse kommuner kan derfor være mindre fremtrædende i analysen i forhold til specialets fokus på mental sundhed. Yderligere har risikofaktoren mental sundhed været et særligt udfordrende område at arbejde med, hvilket fremgår af den samlende slutevaluering fra NIRAS (11), hvorfor kommunerne muligvis har prioriteret arbejdet med andre risikofaktorer højere.

Nedenstående tabel 7.1 viser, hvordan der i dokumentanalysen refereres til kommunernes satspuljeprojekter. Eksempelvis vil Svendborg Kommunes *Sund i Hømarken* blive refereret som Svendborg i teksten og bogstaven (J) i parentes som reference.

Kommune og navn på projektet	Bogstav, som er tildelt projektet
Esbjerg Kommune <i>Sædding og Ådalen på Toppen</i>	A
Herlev Kommune <i>Sundt Venskab</i>	B
Hjørring Kommune <i>Sundt Samspil i Hjørring Vestby</i>	C
Høje-Taastrup Kommune <i>Sund i Gadehavegård</i>	D
Køge Kommune <i>Sund Zone</i>	E
Langeland Kommune <i>Nærvær i Nærmiljøet</i>	F
Lolland Kommune <i>Et skridt på vejen</i>	G
Silkeborg Kommune <i>Nærmiljø på Arendalsvej</i>	H
Struer Kommune <i>Projekt SundhedscenterThyholm</i>	I
Svendborg Kommune <i>Sund i Homarken</i>	J
Thisted Kommune <i>Projekt Solsikken</i>	K
Aalborg Kommune <i>Sundhedsværkstedet</i>	L

Tabel 7.1: Oversigt over referencehåndtering af kommunernes dokumenter.

7.2 Resultatoversigt

Nedenstående tabel 7.2 giver et overblik over kortlægningen af kommunernes arbejde med mental sundhed. Den illustrerer, hvilke kommuner der har tydeliggjort deres forståelsesramme og metoder i forhold til mental sundhed, på hvilket systemniveau indsatser rettet mod mental sundhed til nærmiljøets borgere er igangsat, om der er opstillet eksplicite mål i forhold til mental sundhed, og om de fremfundne effekter er evalueret kvalitativt eller kvantitativt. Tabellen suppleres af bilag 7, hvor de væsentligste resultater af analysens kortlægning præsenteres i en oversigt, som giver et detaljeret indblik i kommunernes arbejde med mental sundhed.

Kommune	Mental sundhed – forståelsesramme og metoder	Indsatser			Mål for mental sundhed	Erfaringer og effekter	
		Mikro	Meso	Makro		Kvalitativt	Kvantitativt*
Esbjerg	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
Herlev	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-
Hjørring	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
Høje-Taastrup	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓
Køge	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
Langeland	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓
Lolland	✓	✓	✓	-	✓	-	-
Silkeborg	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
Struer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Svendborg	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
Thisted	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Aalborg	✓	✓	✓	✓	✓	-	-

*Optælling af antal indsatser eller antal deltagere i indsatserne er ikke inkluderet.

Tabel 7.2: Overblik over kortlægningsresultaterne.

7.3 Konteksten

Den første tematik i dokumentanalysen er konteksten. Denne står som en central faktor i forhold til, hvordan kommunerne har arbejdet med mental sundhed blandt mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer. Som fremlagt i specialets teoretiske forståelsesramme, afsnit 4.3.1 *Flerstrengede interventionsprogrammer*, tages afsæt i et socioøkologisk perspektiv på sundhed. Konteksten er således relevant at kortlægge, idet den vil være i gensidig påvirkning med borgerne og dermed have betydning for kommunernes muligheder for at øge den mentale sundhed i nærmiljøerne. For at forstå den samlede virkning af satspuljen er det derfor relevant at inddrage konteksten og analysere rammerne, som de enkelte projekter har arbejdet under.

En sammenligning af konteksten mellem de 12 satspuljeprojekter viser, at der er visse fællestræk, men også en diversitet i de kontekstuelle, kompositionelle og kollektive elementer i de enkelte nærmiljøer. Denne diversitet i nærmiljøerne imellem er illustreret i nedenstående tabel 7.3, der viser nogle centrale sociodemografiske karakteristika for borgerne.

Kommune	Antal husstande	Andel indvandrere og efterkommere	Andel børn med én forsørger	Personer på førtidspension (andel af 18-64-årige)
Esbjerg	1.690	7%	39%	15%
Herlev	1.991	30%	39%	10%
Hjørring	575	32%	52%	19%
Høje-Taastrup	963	50%	35%	15%
Køge	1.110	32%	39%	10%
Langeland	1.755	3%	15%	11%
Lolland	203	37%	62%	25%
Silkeborg	638	20%	58%	17%
Struer	1.586	2%	11%	7%
Svendborg	741	52%	32%	21%
Thisted	617	35%	43%	20%
Aalborg	3.190	25%	45%	13%

Tabel 7.3: Forskelle mellem nærmiljøerne. Tal og inspiration er hentet fra publikationen: *Resultater af 12 nærmiljø-sundhedsprofiler – Hovedrapport* udarbejdet af NIRAS (53).

Tabel 7.3 tydeliggør de lokale forskelle mellem de 12 kommuner. De viste karakteristika påvirker de enkelte nærmiljøer og dermed muligheder og barrierer i arbejdet med mental sundhed, og forskellene vil derfor indtages og analyseres i det nedenstående.

7.3.1 Kontekstuelle faktorer

Dette afsnit omhandler det fysiske og sociale miljø i forhold til de kontekstuelle faktorer jf. afsnit 2.3.3 *Forståelse af sammenhængen mellem sundhed og nærmiljø*.

Af faktorer, der er med til at skildre diversiteten og det kontekstuelle element, er antal husstande i de udvalgte nærmiljøer. Tabel 7.3 viser, hvordan antal husstande varierer fra 203 til 3.190 husstande i projektområderne. Yderligere er der også forskelle i områdernes geografiske størrelser samt det faktum, at nogle nærmiljøer

ligger i urbane omgivelser, mens andre er placeret i rurale omgivelser. Størrelsen, antal beboere samt områdets beliggenhed kan have betydning for projekternes tilgang til og muligheder i arbejdet med mental sundhed.

Et større område kan muligvis have betydning for antallet af aktører og samarbejdspartnere, som kan inddrages i satspuljeprojektet. Det kan antages, at FIP kan være lettere at udforme, hvis der eksisterer flere aktører og et godt grundvilkår for samarbejdet mellem projektet og lokale foreninger samt et godt tværsektorielt samarbejde i kommunen. På denne måde kan der udformes flere tiltag på mesoniveau og makroniveau, som kan fungere sammen med tiltag på mikroniveau. Områdets størrelse og flere aktører i området kan imidlertid også være en udfordring. Udfordringerne kan omhandle koordinering, interaktion og interessekonflikter mellem de forskellige samarbejdspartnere (A, B, E, K).

Områdets størrelse og nærmiljøets geografiske placering har ligeledes indvirkning på borgernes deltagelse i forbindelse med sundhedsfremmende tiltag. Et eksempel herpå er Thyholm i Struer, hvor det ikke tidligere har været muligt at nå borgerne i tilstrækkeligt omfang i arbejdet med at fremme folkesundheden. Årsagen hertil kan være, at halvøen geografisk ligger 20 km fra kommunens sundhedscenter, hvilket kan have medført, at borgerne kun i begrænset omfang har benyttet sig af sundhedscenteret (I). Projekter i de rurale områder kan således have udfordringer i forhold til at nå projektets målgruppe, idet der kan være fysiske og geografiske barrierer i disse nærmiljøer, og det kan antages, at projekter i urbane områder har bedre forudsætninger for at få en fysisk og tæt kontakt til borgerne. Der kan således være forskelle på, hvorledes de forskellige projekter skal rekruttere borgerne og tilrettelægge indsatser, og dermed kan konteksten have betydning for indsatserne og resultaterne af disse.

I flere af dokumenterne fremhæves vigtigheden af at have et samlingspunkt, et projekthus, medborgerhus eller lignende, der skal fungere som et fysisk mødested og skabe muligheder for at opbygge et fællesskab og styrke de sociale relationer (A, E, H, K, L). Yderligere fremhæves det, at dette mødested optimalt skal være placeret lokalt (K). Områdets størrelse og rurale beliggenhed kan imidlertid gøre det vanskeligt at få ét fælles samlingspunkt (F). Desuden fremhæves det, at projektkontoret skal have en fast beliggenhed og ikke flyttes i løbet af projektperioden, hvilket var et problem i Esbjerg, da en flytning skabte forvirring blandt de frivillige (A).

Afstanden til aktiviteterne fremhæves ligeledes som afgørende, da det for nogle beboere kan udgøre en betydelig barriere for at indgå i fællesskaber, når de skal bruge tid og penge på at komme til og fra aktiviteterne (H). Problemer med at komme til de sundhedsfremmende aktiviteter på grund af eksempelvis transportvanheligheder, fremhæves ligeledes i flere studier som en barriere i forhold til arbejdet med mindre ressourcestærke borgere (55,57). Callard og Friedlis evaluering af projektet *Imagine East Greenwich* fandt ligeledes, at en betydelig faktor for projektets succes, var projektets geografiske nærhed til lokalsamfundet og projektets vedvarende tilstedeværelse (58). Fælles for flere af kommunerne er således gode erfaringer med at have et samlingssted og et projektkontor placeret i lokalområdet, hvor borgerne kan henvende sig med deres problemer eller bare mødes for at få en snak. Yderligere fremhæves andre fysiske rammer i alle 12 projektbeskrivelser som positive elementer i nærmiljøerne; grønne omgivelser, biblioteker og andre institutioner, samt muligheder for aktiviteter for børn og voksne etc.

7.3.2 Kompositionelle faktorer

Følgende afsnit omhandler de kompositionelle faktorer i nærmiljøerne jf. afsnit 2.3.3 *Forståelse af sammenhængen mellem sundhed og nærmiljø*. Disse faktorer er relevante i forhold til at få en viden om og en karakteristik af beboerne, der skal inddrages. I afsnittet inddrages elementer fra tabel 7.3, da denne illustrerer diversiteten i nærmiljøerne på flere kompositionelle faktorer.

I alle 12 nærmiljøer er der en stor gruppe mindre ressourcestærke borgere, idet dette var omdrejningspunktet og udvælgelseskriteriet for satspuljeprojektet udstukket af Sundhedsstyrelsen (8). Nærmiljøerne er derfor kendetegnet ved, at borgerne har en lavere indkomst sammenlignet med den resterende del af kommunen og en højere andel af borgere, som er uden for arbejdsmarkedet (A, D, E, H, J, L). Der er ligeledes en forskel på de kompositionelle forskelle kommunerne imellem, hvor der eksempelvis er forskel på andelen af *førtidspensionister*, som varierer mellem 7-25% eller andelen af *indvandrere og efterkommere*, som varierer fra 2% til 52%. Denne variation skaber forskellige udfordringer i de enkelte nærmiljøer. I flere projektbeskrivelser beskrives sproget som en udfordring i forhold til rekruttering af borgere, idet der er mange sproggrupper repræsenteret i nærmiljøet (E, H, J). Der kan således være særlige udfordringer i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse i nærmiljøerne, når forskellige etniske grupper er repræsenteret. Mangfoldigheden i forhold til etnicitet kan også give andre problematikker end sprogudfordringer, og det kan være svært at oprette aktiviteter, som tager højde for kulturelle forskelligheder og fanger alles interesse. At kulturen er en vigtig faktor i planlægning af sundhedsfremmeindsatser i nærmiljøer understreges ligeledes i litteraturen, hvor manglende hensyntagen til kulturelle forskelle fremlægges som havende betydning for indsatsernes effekter og muligheder i forhold til at forbedre den ønskede målgruppes sundhed (70). Imidlertid kan den kulturelle mangfoldighed også bidrage positivt i forhold til udviklingen af aktiviteter, som kan bidrage til nye kulturelle oplevelser og samle beboerne på tværs af etniciteter.

7.3.3 Kollektive faktorer

Kollektive faktorer fremhæves også som relevante for nærmiljøet jævnfør afsnit 2.3.3 *Forståelse af sammenhængen mellem sundhed og nærmiljø*, idet de antages at have indvirkning på indsatsernes muligheder i nærmiljøet. Dette kan omhandle normerne, interesserne og traditionerne i nærmiljøet, herunder om borgerne plejer at deltage i aktiviteter samt nærmiljøets historie.

Flere af kommunerne fremhæver eksisterende ressourcer i nærmiljøerne, som omhandler gruppebaserede ressourcer i form af foreninger, klubber, forskellige aktiviteter, netværk, en stærk social kapital, frivilligmentaltitet samt traditioner i form af fællesskabsarrangementer som juletræsfest, sommerfest mv. (A, B, D, F, H, I, K, L). Disse ressourcer kan afspejle en interesse fra beboernes side i at lave fællesaktiviteter, hvilket kan formodes at have en indflydelse på områdets ry og borgernes tilfredshed med at bo i nærmiljøet.

I forhold til områdets ry og borgernes tilfredshed med at bo i området adskiller kommunerne sig fra hinanden. Nogle områder er præget af tillid, tryghed og en tilfredshed med at bo i området (C, D, F, I, K), mens andre er præget af et negativt omdømme, bandekriminalitet, en lavere social kapital og fraflytning (A, B, E, H, J). Nogle projekter har haft stort fokus på at skabe en ny fortælling om området og derved at forbedre områdets ry og højne stoltheden over at bo i området. En barriere, som fremhæves i flere projekter, er de

sociale grupperinger, der eksisterer i nærmiljøerne, og at nærmiljøer, som for udenforstående kan ses som en sammenhængende enhed, reelt indeholder opdelt grupperinger (A, E, F, G, I). De sociale grupperinger kan være mellem boligforeninger, mellem etniske danskere og andre etniciteter eller andre grupperinger af borgere.

Ovenstående indikerer væsentligheden af, at den kollektive faktor undersøges og beskrives for derved at undersøge, hvorledes det er muligt at udføre projekterne i praksis. Hos nogle kommuner har der fra starten været en generel tillid og tryghed i området, hvilket givetvis har givet gode muligheder for at iværksætte indsatser målrettet mental sundhed. Andre kommuner har modsat haft udfordringer i forhold til, hvorledes nærmiljøet har opfattet sig selv, herunder at der har været forskellige lokale grupperinger. Dette vil have indflydelse på kommunernes arbejde med mental sundhed i nærmiljøet, da projektarbejdet vil være præget af, om der i forvejen er en generel tillid og tryghed i området, eller om dette er et nødvendigt fokusområde i starten af projektperioden.

7.3.4 Opsamling

Ud fra ovenstående analyse fremgår det, at kommunerne i kraft af de forskellige kontekster har haft ulige muligheder kontekstuel, kompositionelt og kollektivt. De kan omhandle det fysiske og sociale miljø, områdets størrelse, antal beboere og aktører, afstand til aktiviteterne, forskellige etniske baggrunde i nærmiljøet, samarbejdet mellem aktørerne i nærmiljøet, områdets omdømme samt omfanget af social kapital i nærmiljøet. Ud fra afsnittet ses gode erfaringer med et lokalt placeret mødested, hvor borgerne kan samles, og hvor medarbejderne fra projektet er synlige.

Som fremhævet i starten af afsnittet står den socioøkologiske tankegang centralt i teorien om FIP (38). Det er således vigtigt, at der inden igangsættelse af indsatserne oparbejdes en forståelse for konteksten og de problemstillinger, der er knyttet til denne. Kommunerne bør således beskrive de socioøkologiske træk ved det sundhedsproblem, som de vil arbejde med, og det synes derfor relevant, at Sundhedsstyrelsen har muliggjort en nærmiljø sundhedsprofil i starten af projektperioden. I forhold til det videre arbejde med mental sundhed i kommunerne er det ikke muligt at kopiere erfaringer fra et område til et andet, da enhver kontekst er egenartet i henhold til de kontekstuelle, kompositionelle og kollektive faktorer. Derimod er det muligt at lade sig inspirere af erfaringer fra de enkelte kontekster, hvor der ses ligheder.

7.4 Forståelsesramme og metoder

I følgende afsnit analyseres projekternes teoretiske forståelsesramme samt metodiske tilgange, som er relateret hertil. Kortlægningen muliggør en indkredsning af kommunernes forståelse af mental sundhed som begreb, og analysen gør det muligt at forstå, hvorfor projekterne kategoriserer forskellige indsatser som værende rettet mod mental sundhed, samt hvorfor de prioriterer anvendelsen af de valgte metoder. Forståelsesrammen ansues som en central tematik i forhold til at forstå satspuljeprojektets samlede virkning, da den kan have indflydelse på, hvordan kommunerne formulerer mål og succeskriterier, samt hvordan effekter opgøres.

7.4.1 Valg af teoretisk ramme

Der er en generel tendens til, at mange af kommunerne overordnet beskriver, at de tilslutter sig Sundhedsstyrelsen og WHO's definition af mental sundhed og således anvender en bred definition af begrebet (A, B, E, F, G, H, I, J). Andre kommuner beskriver ikke deres forståelsesramme specifikt i forhold til mental sundhed, men arbejder i stedet med en overordnet beskrivelse af sundhedsbegrebet, eksempelvis WHO's brede sundhedsbegreb, eller kobler deres metoder til mental sundhed (C, D, K, L).

Hovedparten af kommunerne kobler mental sundhed sammen med teoretiske begreber og videnskabelig viden for at gøre arbejdet med begrebet mere konkret. Eksempelvis anvendes følgende: oplevelse af sammenhæng, social kapital, fysisk aktivitet, kreativitet, anerkendelsesteori, empowerment etc. (A, B, D, E, F, G, H, J, K, L). Kommunernes omsætning af disse begreber til handling i den konkrete praksis uddybes i afsnit 7.4.3 *Omsætning af metoder i praksis*. De forskellige metodiske tilgange udspringer ofte fra de teoretiske begreber og er hovedsagelig ressourceorienterede og anerkendende (A, B, D, E, F, G, H, J, K, L), hvilket uddybes i afsnit 7.4.2 *Metoder og tilgange*.

Den brede ramme i forståelsen af mental sundhed, som opstilles af Sundhedsstyrelsen i satspuljebeskrivelsen (8), kan på den ene side opleves som inspirerende med frie muligheder for at tilpasse teori og metode til praksis, som giver mening for den enkelte kommune. På den anden side kan det også opleves som problematisk, hvis begrebet bliver ukonkret for projektmedarbejderne.

I midtvejsevalueringen fra NIRAS tydeliggøres, at nogle projektmedarbejdere har svært ved at arbejde med mental sundhed og efterspørger kompetenceudvikling i relation dertil. Det anbefales COWI og Sundhedsstyrelsen at igangsætte et samarbejde med kommunerne omkring udfoldelse af begrebet, herunder hvordan der kan arbejdes mere konkret og metodisk med det i praksis (Sundhedsstyrelsen & NIRAS, 2012). Det fremgår imidlertid ikke af slutevalueringen fra NIRAS, om dette er gjort (11). I nedenstående citat udtrykker projektlederen fra Køge, at Sundhedsstyrelsen med fordel kunne have formuleret tydeligere rammer for arbejdet med mental sundhed.

"Det kunne have været rart, hvis Sundhedsstyrelsen havde gjort mere firkantet op, hvordan man gerne ville arbejde med mental sundhed, eller hvad det er, man har fokus på, når man lancerer sådan et begreb så centralt i puljen. For vi er oppe imod, at det bliver vores egen tolkning" (Køge, midtvejsevaluering s. 50).

Konsekvenserne af den bredt favnende ramme for mental sundhed kan blive, at projektmedarbejderne udvælger teorier og metoder, som de kender i forvejen. Derfor kan det være afgørende, hvilken baggrund og uddannelse projektmedarbejderne har, da det kan få indflydelse på deres valg i planlægning af tilgange og indsatser. Overvejelser bag valgte teorier og metoder er ikke altid beskrevet i kommunernes dokumenter. Her afviger Struer ved at forklare, at deres udvælgelse er foretaget på baggrund af deres teoretiske kendskab, kompetencer og praktisk erfaring, metodernes evidens samt viden ud fra lokalsamfundsanalysen, hvilket belyses i citatet nedenfor.

"De konkrete metoder er valgt på baggrund af projektgruppens teoretiske kendskab til forskellige metoder til sundhedsadfærdsændringer, sundhedsfremmeindsatser og forebyggelsesmetoder generelt, med primært udgangspunkt i Lokalsamfundsanalysens resultater vedrørende forandringsparathed, social kapital, normer og kulturelle traditioner. Sekundært er metoderne udvalgt på baggrund af eksisterende

kompetencer hos sundhedskonsulenterne, tidligere erfaringer med brugen af de enkelte metoder i lignende projekter samt evidensen bag metoderne” (Struer, projektbeskrivelse s. 8).

Fordelene ved at vælge teorier og metoder, som medarbejderne har kendskab til, kan være gode erfaringer med anvendelse af disse teorier og metoder i praksis. Ulemperne kan derimod være, at projektmedarbejderne, på grund af manglende kendskab, fravælger teorier og metoder, som er evidensbaserede over for målgruppen og mental sundhed. Kommunerne kan med fordel profitere af et samarbejde med forskere, der muligvis kan introducere medarbejderne for relevante teorier og metoder (30). Projektmedarbejdernes uddannelsesmæssige baggrund fremgår sjældent af dokumenterne, hvorfor det er vanskeligt at analysere deres baggrund og dennes indflydelse på projekterne yderligere.

Når FIP tilrettelægges fremgår vigtigheden af, at teori og evidensbaseret viden inddrages (30,38). Når teori udvælges, er det vigtigt, at dette sker med udgangspunkt i målgruppen, hvilket Struer muligvis har gjort, da de bruger lokalsamfundsanalysens resultater i udarbejdelsen og udvælgelsen af metoder. Det kunne være interessant at se, hvordan Struer anvender lokalsamfundsanalysens resultater til at vurdere, om metoderne virker og om anvendelsen er systematisk, hvilket er en nødvendighed ifølge FIP (38).

7.4.2 Metoder og tilgange

Alle kommunerne beskriver flere metoder, som de anvender, og som ofte udspringer af deres teoretiske forståelsesramme. Metoderne, som ofte går igen, er den motiverende samtale, ABCD-metoden²², AI-metoden²³, Du bestemmer-metoden, narrativ metode/samtaleteknik, Små-skridt-konceptet, borgerinddragelse, etablering af sunde rammer, rekruttering og fastholdelse. Nogle af metoderne har Sundhedsstyrelsen introduceret, mens andre er tilvalgte af kommunerne. Metoderne og teorierne er ofte beskrevet indledningsvis og overordnet i projektbeskrivelserne, hvorfor det ikke er muligt ud fra alle projekterne at konkretisere og afgrænse, hvilke metoder der efterfølgende er anvendt i arbejdet med mental sundhed (A, C, F, I, L). Det er fremkommet, at de fleste kommuner anvender ressourceorienterede tilgange, hvorfor dette vil uddybes og eksemplificeres i det følgende.

Ressourceorienterede tilgange

Nogle kommuner skriver, at de tager afsæt i en salutogenetisk tilgang (D, H). Dette falder godt i tråd med den brede definition af mental sundhed, som omhandler, at mental sundhed indeholder mere end fravær af psykisk sygdom (9,15). Når der tages udgangspunkt i denne tankegang med afsæt i Aron Antonovsky's²⁴ teoretiske referenceramme betyder det, at kommunerne fokuserer på udvikling af ressourcer, kompetencer og handlemuligheder (D, E). Andre kommuner har ligeledes haft fokus på den enkeltes ressourcer og på at højne den enkeltes handlekompetencer, men de har ikke taget udgangspunkt i Antonovskys teori (G, H, I, J, K, L). Ofte er det ikke ekspliciteret, hvilken teoretisk referenceramme begreberne og de metodiske tilgange strammer fra. Andre kommuner beskriver begreber dog uden argumentation for, hvorfor de finder begrebet særligt anvendeligt i forhold til deres erkendelse af målgruppen. Dette gør det vanskeligt at vurdere graden af

²² Asset Based Community Development (ABCD) er en ressourcebaseret tilgang, der synliggør og mobiliserer ressourcer i lokalsamfundet.

²³ Appreciative Inquiry (AI) tager udgangspunkt i en værdsættende samtale eller anerkendende tilgang.

²⁴ Aron Antonovsky (1923-1994): Israelsk-amerikansk professor i medicinsk sociologi.

begrebernes *fidelity* (trokab), og herved om begreberne anvendes af kommunerne, som de oprindeligt var tiltænkt, eller hvordan og hvorfor kommunerne selv har tilpasset begreberne.

Empowerment er en anden ressourceorienteret tilgang, som flere kommuner anvender i deres arbejde med borgerne i nærmiljøerne. I dokumenterne kobles empowerment til ABCD-metoden og AI-metoden i relation til mental sundhed (E, G). Andre kommuner anvender andre samtalemetoder i arbejdet med mental sundhed, herunder den motiverende samtale eksempelvis i forhold til at rekruttere til aktiviteterne samt bruger undervisning og den narrative metode/samtaleteknik i aktiviteter og indsatser, som de har iværksat (B, H, I, K).

Borgerinddragelse

Empowerment kobles desuden til metoden borgerinddragelse med henblik på, at borgerne oplever større ejerskabsfølelse, indflydelse og handlekompetence (A, B, D, E, F, G, K). Borgerinddragelse er en metode, som Sundhedsstyrelsen fremhæver i sit opslag af satspuljen (8). I kommunerne har borgerinddragelse været et væsentligt element i projektet. Udgangspunktet har været at skabe forankring og ikke igangsætte ”ejersløse” aktiviteter, men derimod at støtte borgerne i at blive engagerede som enten initiativtagere, frivillige eller hjælpere og tage aktivt del i at skabe fællesskaber og netværk i nærmiljøet (B, D, E, H, K). Heraf ses, at kommunerne ofte behandler begrebet borgerinddragelse som knyttet til en aktivering af borgerne, således at de bliver mere aktivt deltagende og engageret i nærmiljøet. I relation til metoden har projektmedarbejdernes rolle været at skabe gode rammer for borgerinddragelsen. I Silkeborg og Thisted beskrives vigtigheden af ”*at blive siddende mest muligt på de professionelle hænder*” eller ”*tage hænderne på ryggen*” for ikke at tage ejerskab og læringspotentiale fra borgerne (H, K). I Thisted og Struer har borgerinddragelse været en fremtrædende metode i projektet, som ekspliciteres i evalueringerne (I, K). I Thisted har frivillige været med til at formulere værdierne for projektet, og aktiviteter er arrangeret af frivillige med opbakning fra projektmedarbejderne (K). I Struer har der bl.a. været oprettet et trivselsråd, som fungerede som talerør for borgerne (I). Det tyder på, at begge strategier har bidraget til øget borgerinddragelse. I Thisted giver dette udslag i øget fællesskab og socialt samvær blandt beboerne (K).

En af udfordringerne ved borgerinddragelse er imidlertid at få de mindre ressourcestærke borgere involveret. I den samlede slutevaluering fra NIRAS fremhæves, at borgerinddragelse ofte er brugt som metode i forhold til arbejdet med borgernes mentale sundhed. Selvom positive eksempler fra arbejdet med borgerinddragelse fremhæves, nævnes ligeledes eksempler, der viser, at det er vanskeligt for mindre ressourcestærke borgere at deltage i borgerinddragende aktiviteter (11). Det interessante kan imidlertid være at undersøge, hvorvidt kommunerne har formået at inddrage de mindre ressourcestærke borgere. Spørgsmålet kan her være, om borgerinddragelse primært handler om, hvorvidt borgerne skal tage initiativet, hvilket de mindre ressourcestærke borgere muligvis kan have svært ved.

Ideen med anvendelse af forskellige ressourceorienterede tilgange virker velvalgt i forhold til målgruppen, og ligeledes er det alle tilgange, som støtter op om borgerinddragelse, som også anbefales i teorien om FIP (30). I flere kommuners evalueringer beskrives gode erfaringer med metoderne både blandt medarbejdere og beboere (D, E, H, I, K), mens andre vurderer, at borgerinddragelse skulle have været igangsat tidligere og i højere grad, samt at arbejdet skulle være bedre planlagt og forankret (I, J).

Det tyder på, at borgerinddragelse anvendes i forskellig udstrækning i kommunerne. I de enkelte indsatser er det svært at analysere, i hvilken grad borgerinddragelse er inddraget. Det overordnede indtryk er, at metoden er valgt til at inddrage borgerne i indsatserne. Den positive virkning af borgerinddragelse kan således tyde på, at nogle kommuner har anvendt borgerinddragelse i et tilstrækkeligt omfang og fra begyndelsen af projektet, men det kan også skyldes, at borgerinddragelse er mere central i nogle kommuner, hvorfor denne metode beskrives tydeligere i deres evalueringer. Det er imidlertid ikke sikkert, at tydeligere rammer fra Sundhedsstyrelsen angående borgerinddragelse ville have gavnet kommunerne, da mulighederne og fremgangsmetoderne i borgerinddragelsen kan være afhængige af nærmiljøernes forskellige kontekster.

7.4.3 Omsætning af metoder i praksis

For at kunne integrere ovenstående metoder og teori i arbejdet med mental sundhed i nærmiljøet må medarbejderne lære at anvende tilgangene i praksis. I flere dokumenter er det imidlertid vanskeligt at gennemskue, om medarbejderne er uddannet i metoderne og kan omsætte den teoretiske viden til praksis, samt om de har ressourcer til at bruge tid på at arbejde med metoderne. Nogle kommuner er særligt eksplicitte omkring anvendelse af metoderne (E, H, I, K).

I Køge er det tydeligt, hvordan projektmedarbejderne har anvendt teorien i deres tilgang til arbejdet, da de har beskrevet den teoretiske referenceramme grundigt og ligeledes er grundige i beskrivelsen af, hvordan teorien anvendes. Dette giver gode resultater, da flere af beboerne kan kende den anerkendende og ressourcerorienterede tilgang i en-til-en-kontakt (E). En sårbar dansk beboer, der deltager i projektet udtaler:

"Jeg har haft tillid her hele vejen. Hun (projektmedarbejderen, red.) er en af dem på jorden, jeg har størst tillid til. Hun er altid åben, imødekommende. Møder os med respekt. Da jeg fortalte, at jeg har fået (en diagnose, red.), fik jeg et kram, og så spurgte hun mig, om jeg er glad eller ked af det. Hun er oprigtigt nysgerrig. Hun er altid til rådighed" (Køge, evaluering s. 24).

Det kan tyde på, at beboerne ikke umiddelbart har en oplevelse af, at det er tillærte teoretiske metoder, som medarbejderne anvender, da beboerne endvidere fortæller, at de oplever projektmedarbejdernes tilgang som menneskelige kvaliteter (E). Herved har eksempelvis Køge fundet en tilgang til at møde de mindre ressourcestærke borgere med respekt, anerkendelse og forståelse. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, om Køges tilgang adskiller sig fra de andre kommuner, da det kan afhænge af, hvad der fremgår i evalueringerne.

7.4.4 Social kapital

I alle 12 kommuner forbindes sociale relationer, fællesskab eller begrebet social kapital med mental sundhed. Kommunerne søger at styrke nærmiljøets sociale kapital, fællesskab og den enkelte beboers sociale relationer gennem fællesskabsudviklende aktiviteter og forsøger at få ensomme beboere til at deltage (A, D, E, F, G, H, J, K, L). Hos flere af kommunerne har den fællesskabsorienterede tankegang været det styrende element gennem hele projektet. Silkeborg har beskrevet, hvordan social kapital har været overvejet i hver eneste aktivitet, da den ud over trivsel også sikrer borgerinddragelse, hvilket fremlægges i nedenstående citat.

"Der er ikke igangsat én eneste aktivitet, uden at det har været overvejet, om og hvordan social kapital, fællesskab og sammenhængskraft kunne sættes i spil. Det er en generel præmis i projektet, at det at tage aktivt del i livet og indgå i sociale fællesskaber styrker og er afgørende for den enkeltes sundhed og trivsel. Ud over at det også modvirker ensomhed og social isolation, så kan det også være med til at sikre, at

de lokale initiativer baseres på beboernes egne ønsker og behov – og med afsæt i disse, så de bliver vedkommende og meningsfulde” (Silkeborg, evaluering s. 2).

Når social kapital og mental sundhed kobles sammen, vedrører kommunernes succeskriterier og mål også aspekter ved det sociale element. Her kan kommunerne have succeskriterier, som vedrører fællesskab eller ensomhed som parameter for, om den mentale sundhed er blevet forbedret. Ved anvendelse af en gentagende lokal sundhedsprofil, som anbefalet i FELIS-strategien (30), burde det imidlertid være muligt at afdække, hvor meget udviklingen i sociale aspekter er korreleret til udviklingen i mental sundhed.

7.4.5 Fysiske og kreative aktiviteter

Nogle kommuner ser en sammenhæng mellem mental sundhed og fysisk aktivitet (A, F, L), hvilket begrundes med, at der er evidens for, at fysisk aktivitet kan forbedre den mentale sundhed. Det kan både være den fysiske aktivitet, som giver øget trivsel, men det kan også være de sociale aspekter ved fysisk aktivitet, som påvirker den mentale sundhed positivt. Kritisk set kan det at koble indsatser målrettet mental sundhed til indsatser for fysisk aktivitet være en forholdsvis nem måde for kommunerne at sikre, at de arbejder med den mentale sundhed, som har været et krav fra Sundhedsstyrelsen (8).

Svendborg afviger fra de øvrige kommuner ved at forbinde mental sundhed til kreative aktiviteter med mulighed for at *føle man er noget* ved at *skabe noget*. Svendborg er en af de kommuner, som har ageret, som det anbefales af Edwards et al. og Bak et al. (30,38), idet teorien udnyttes i planlægningen af indsatser. Svendborg har i kraft af deres teoretiske forståelsesramme igangsat kreative aktiviteter, som har haft succes, hvilket uddybes i afsnit 7.8.3 *Gruppeniveau*.

7.4.6 Opsamling

Det fremgår, at der eksisterer fællestræk men også variation mellem de forståelsesrammer og teorier, som kommunerne vælger at arbejde med i forbindelse med mental sundhed. De fleste kommuner har i en vis grad beskrevet en forståelsesramme, og nogle har koblet denne til mental sundhed. Nogle kommuner ekspliciterer anvendelsen af deres teori i planlægningen af tilgange og indsatser, og her tyder det på, at de valgte tilgange har en god virkning. De typiske tilgange er ressourceorienterede, og indsatserne vedrører ofte sociale eller fysiske aktiviteter. Det er dog ikke altid tydeligt, hvorledes og hvorvidt kommunerne har arbejdet systematisk med inddragelse af valgte teorier og metoder.

Det kan tolkes, at flere af de nævnte projekter ikke nødvendigvis kun afholder aktiviteter, som er rettet eksplicit mod at forbedre den mentale sundhed. Derimod er den mentale sundhed en synergieffekt, som kan opstå, når beboerne deltager i aktiviteter, som er relateret til sociale elementer. Teorierne og forståelsesrammen, som kommunerne inddrager, kan derfor gøre det vanskeligt for kommunerne at beskrive, hvilke aktiviteter som skal kategoriseres som værende rettet mod mental sundhed, da flere indsatser rettet mod de øvrige obligatoriske risikofaktorer kan indeholde elementer, som påvirker den mentale sundhed. Således påpeges i slutevalueringen fra NIRAS, at mental sundhed er den risikofaktor, som projekterne oftest kombinerer med andre risikofaktorer i deres aktiviteter (11). I dokumentanalysen er det derfor vanskeligt at klarlægge alle metoderne og aktiviteterne inden for arbejdet med mental sundhed, idet kommunerne netop arbejder med og tænker mental sundhed ind i mange sammenhænge.

En analytisk pointe ud fra ovenstående er, at det er væsentligt, at kommunerne inddrager teori og metoder systematisk, hvilket eksempelvis er tilfældet i nogle kommuner i forhold til kreativitet eller ressourceorienterede. Særligt relevant er det derfor, at medarbejderne i satspuljeprojekterne er opmærksomme på at udvælge teorier, der kan give anledning til metodiske overvejelser i praksis. I relation til FIP pointerer Edwards et al. ligeledes vigtigheden i at inddrage teorier, som kan være behjælpelige til at forstå målgruppernes adfærd og således bruge teorien i planlægningen af indsatserne (38).

Kommunernes definition af begreberne er ikke altid grundigt beskrevet. Dette kan være problematisk, da der ligger forskellige menneskesyn bag forskellige begreber, som ofte anvendes forskelligt blandt teoretikere. Fordelene ved en løs anvendelse af begreber kan være, at kommunerne kan lade sig inspirere af et begreb og selv tilpasse det deres praksis. Kritikken er dog, hvis begreberne og tilgangen ikke bliver anvendt systematisk og blot bliver beskrevet, men ikke anvendt i projekternes praksis.

Som det fremgår af dette afsnit, anvender kommunerne flere af de samme tilgange, som eksempelvis borgerinddragelse, som er et rammevilkår fra Sundhedsstyrelsen i satspuljeprojektet. Kommunerne kan imidlertid have anvendt borgerinddragelsen på vidt forskellige måder. Anvendelsen af borgerinddragelse samt andre teorier og tilgange kan være præget af projektmedarbejdernes uddannelse og baggrund samt muligheder og begrænsninger i de kontekstuelle rammer.

7.5 Formulering af mål og udvælgelse af målgruppe

Dette afsnit tydeliggør, hvorledes kommunerne har opstillet mål og udvalgt målgrupper. Kommunernes valg analyseres og diskuteres løbende gennem afsnittet med fordele og ulemper af de givne valg. Kommunernes beskrivelser af mål og målgruppe er væsentlige at analysere, idet dette giver viden om, hvilke mål der har været styrende for indsatserne, samt hvilke målgrupper disse har været rettet mod. Eksplicitering af målene er ligeledes væsentlige i forhold til at kunne evaluere indsatsernes effekter og dermed vurdere, om indsatserne har styrket den mentale sundhed.

7.5.1 Formulering af mål

Ifølge Saunders et al. er det væsentligt, at målene er beskrevet, hvilket muliggør en vurdering af indsatsens effekter (52). Ud fra dette kan der argumenteres for vigtigheden af, at målene bliver formuleret og beskrevet i projektets startfase og fremlagt i projektbeskrivelsen, således at det ved projektets afslutning er muligt at bedømme, om målene er indfriet. Ifølge dokumentanalysen har alle kommuner fremsat mål for arbejdet med mental sundhed, jf. tabel 7.2. Disse mål er dog af forskellig karakter, og det er disse forskelle, der i det følgende vil analyseres. I projektbeskrivelserne har det imidlertid været vanskeligt at se, hvad der har haft indvirkning på kommunernes valg, og hvorfor de har opsat de valgte mål.

Nogle kommuner adskiller sig fra de øvrige ved at have arbejdet med specifikke redskaber, f.eks. SMART-modellen, til udvikling af mål. SMART-modellen (C, I) består af mål formuleret ud fra principperne Specifikt, Målbart, Acceperet, Realistisk og Tidsbegrænset. SMART-modellen kan anses for at være et godt redskab til at få opstillet klare og målbare mål, således at det ved projekts afslutning er muligt at evaluere igangsatte tiltag. En specifik beskrivelse af målene vil gøre det nemmere for kommunerne løbende at evaluere,

justere og målrette aktiviteterne til den udvalgte målgruppe, hvilket er relevant ifølge FIP (38,44), således at målene kan nås i løbet af projektperioden.

Der er som beskrevet variation i forhold til, hvordan kommunerne vælger at formulere mål i forbindelse med mental sundhed. I analysen af dokumenterne fandt vi tre typer af målsætninger: 1) *Overordnede mål*, hvor målene er af overordnet karakter og gælder for hele projektet (A, B, C, D, E, F, G, H, I, K, L). 2) *Målgruppe-specifikke mål*, hvor målene er rettet mod en bestemt gruppe borgeres mentale sundhed (D, H, I). 3) *Aktivitetsspecifikke mål*, hvor målene er knyttet til den enkelte indsats (A, B, C, F, I, J, K, L).

Det kan diskuteres, hvilken type mål der er bedst at anvende. De overordnede mål kan være svære at evaluere på, idet de er mindre specifikke, og det kan således synes vanskeligt at vurdere, om målet er nået. Den optimale måling på de overordnede mål kunne være en opfølgende nærmiljø sundhedsprofil, hvilket uddybes i afsnit 7.6.3 *Eftermåling med nærmiljø sundhedsprofil*. De specifikke mål, som relateres til de enkelte indsatser, fremstår mere håndgribelige i evalueringsøjemed, da disse er målbare i forhold til, om der eksempelvis er udført det planlagte antal indsatser, om det ønskede antal deltagere er opnået, samt hvad deltagernes udbytte af indsatserne er. Begrænsningen ved denne måltype er, hvis målene ikke kobles til mental sundhed. På trods af at Sundhedsstyrelsen anbefaler registrering af antal deltagere som en evalueringsmetode til indsatser for mental sundhed (15), kan der sættes spørgsmålstegn ved, om den mentale sundhed er øget blandt mindre ressourcestærke borgere, hvis blot målene om et hvis antal deltagere eller indsatser er nået. Derfor kan det være en fordel at benytte mål, som er rettet mod en bestemt målgruppe.

Det vigtige i relation til valg af måltyper er, at der bliver udformet målsætninger, som har en sammenhæng til mental sundhed, således at der bliver opsat mål for og evalueret på beboernes mentale sundhed. Som fremhævet i afsnit 7.4.1 *Valg af teoretisk ramme* tilkendegiver flere kommuner, at de har haft svært ved at arbejde konkret og metodisk med mental sundhed, dels fordi begrebet fremstår uhåndgribeligt. Det kan formodes, at dette har haft indflydelse på det faktum, at flere af kommunerne ikke kobler målene sammen med mental sundhed, men oftere til mere håndgribelige mål og succeskriterier som styrkelse af fællesskabet, handlekompetence, øge sociale relationer, mindske ensomhed etc. Kommunernes målformuleringer, som indeholder elementer af styrkelse af fællesskab, handlekompetence etc., kan imidlertid også være et udtryk for kommunernes forståelsesramme for mental sundhed, og hvilke elementer der skal arbejdes med for at øge den mentale sundhed.

7.5.2 Udvalgelse af målgruppe

Alle kommunerne har fået udarbejdet en nærmiljø sundhedsprofil og på baggrund af denne en lokalsamfundsanalyse, som tilsammen bl.a. skulle afdække relevante målgrupper i arbejdet med de forskellige risikofaktorer, som var udstukket af Sundhedsstyrelsen. Kommunerne har således, ud fra nærmiljø sundhedsprofilen og lokalsamfundsanalysen, haft mulighed for at identificere borgere, som er i større risiko for at have dårlig mental sundhed, og som kan udgøre den målgruppe, som der bør interveneres over for. Dette er i overensstemmelse med teorien af Edwards et al., hvor det fremhæves som væsentligt at identificere og analysere socioøkologiske træk i nærmiljøet og ved målgruppen, således at denne viden kan anvendes i planlægningen af indsatserne (38). Samtidig er klarlægningen af målgruppen ligeledes relevant i evalueringen af satspulje-projektet i relation til, om den tiltænkte målgruppes mentale sundhed er forbedret.

Klarlægning af målgruppen kan endvidere have indflydelse på udformningen af kommunernes mål. I dokumenterne fremgår det, dog med variationer kommunerne imellem, at de borgere, som har de største udfordringer i forhold til mental sundhed, oftest er: borgere uden for arbejdsmarkedet, borgere som lider økonomiske afsavn, ensomme borgere, herunder enlige forsørgere eller enlige ældre, samt indvandrere og deres efterkommere. I dokumenterne er det generelt vanskeligt at se, hvilke konkrete målgrupper der ønskes arbejdet med under de enkelte indsatser rettet mod mental sundhed. Dette kan skyldes, at kommunerne primært kan være vant til at fokusere på indsatser, såsom rygestop og fysisk aktivitet, og dermed ikke er vant til at anvende målgruppe-tilgange, hvor en indsats udformes med udgangspunkt i en målgruppe. Kommunernes tilgange og overvejelser i arbejdet med udvælgelsen af målgrupper uddybes i det følgende, hvor udvalgte kommuner præsenteres, idet de på forskellig vis har fremsat argumenter for udvælgelse af projektets målgruppe.

7.5.3 Specifik målgruppe vs. inddragelse af alle borgere

Ifølge SMART-modellen, som Struer har benyttet i udformningen af mål, er det væsentligt, at målgruppen præciseres og beskrives. Struer har således specifikt beskrevet, hvilke målgrupper de enkelte indsatser relaterer til (I). Andre kommuner har imidlertid valgt at arbejde med målgruppen på en anden måde, idet flere kommuner angiver, at alle nærmiljøets borgere skal have muligheden for at deltage i aktiviteterne og indsatserne, og at målgruppen således indeholder alle borgere i nærmiljøet (B, C, F, H, I, K).

I projektbeskrivelserne argumenteres for fordelene ved at inddrage flere af nærmiljøets borgere. Et af argumenterne handler om at styrke fællesskabet og det lokale tilhørsforhold, således at den mentale sundhed og trivsel øges i hele boligområdet blandt alle borgere (B, F, H). Eksempelvis argumenterer Herlev for, at et fællesskab borgerne imellem vil øge sandsynligheden for forankring og fastholdelse af nye adfærdsmønstre (H). I et fokusgruppeinterview foretaget på Langeland begrundes valget af den brede målgruppe således.

"Projektet skal rette sig mod de udsatte. Og vi har jo sagt at hele området er udsat, fordi vores sundhedsprofil ikke ser så godt ud. Men vi kunne ikke gå ud og "fange" fire af dem og syv af dem. Så vi har sagt, at dét at der bliver sat gang i nogen aktiviteter forhåbentlig gør, at også det her sociale fællesskab smitter. [...] Det skaber ringe i vandet, så vi også får fat i de svagest stillede. Også så vi ikke stigmatiserer. [...] Midtvejsevalueringen opfordrede til at vi udvalgte en særlig målgruppe, fx enlige mødre. Men vi har troet mere på, at vi ved at gøre noget for det brede fællesskab forhåbentlig også rammer de socialt udsatte" (Langeland, ekstern evaluering s. 25).

I citatet fremgår, at der er formodninger om, at effekterne breder sig i nærmiljøet. Dette kan suppleres af studiet af Blank et al., som fremhæver, at den mentale sundhed kan øges ved at styrke samfundets samhørighed og sociale kapital. Indsatserne i projektet *the New Deal for Communities* involverede en begrænset andel beboere, men trods dette påpeger artiklen potentialet i, at virkningerne på længere sigt breder sig i nærmiljøet (54). På den anden side viser resultaterne fra studiet af Phillips et al. omhandlende *The Well London program*, at der sandsynligvis er en sammenhæng mellem deltagelse i indsatserne og effekter (64). Det kan således diskuteres, om satspuljeprojekterne ved deres blotte tilstedeværelse i nærmiljøerne vil have en positiv effekt.

I citatet fra Langeland er argumentet for at vælge en bred målgruppe endvidere truffet med baggrund i ønsket om ikke at udstille en særlig gruppe af borgere. Det kan imidlertid diskuteres, om valget af den brede målgruppe, med udgangspunkt i argumentet om at undgå stigmatisering, er relevant. Der kan argumenteres for

nødvendigheden i at fokusere på grupper med en dårligere mental sundhed og derved nødvendigheden i at udvælge bestemte grupper. Det er en kendt problematik, at deltagere i sundhedsfremmeaktiviteter ofte ikke er de, der har størst behov (39). Hvis der ikke tages udgangspunkt i grupper med størst behov risikeres blot, at deres sundhed ikke fremmes, men at det derimod er grupper med mindre behov, der profiterer af aktiviteterne. Det skaber en øget ulighed i sundhed. Det fremhæves i artiklen af Trickett, at når der tages udgangspunkt i et område ud fra højrisikostategien, og der interveneres over for borgere, der er i høj risiko for at have sundhedsmæssige problemstillinger, vil der allerede foregå en stempling af borgerne (70). I kommunernes og Sundhedsstyrelsens beskrivelse af nærmiljøerne, som kendetegnes ved at have en høj koncentration af mindre ressourcestærke borgere, kan der således argumenteres for, at der allerede er foretaget en stigmatisering af nærmiljøet og borgerne. Dette ses eksempelvis i midtvejsevalueringen fra Thisted, hvor det for nogle borgere opleves som stigmatiserende, at et særligt område er udvalgt og dermed skiller sig negativt ud (K). Stigmatisering vil muligvis være en kendsgerning i kommunernes arbejde i projekter vedrørende mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer, men bør ikke være det afgørende argument for, at kommunerne fravælger at arbejde med specifikke målgrupper.

Prioritering af specifik målgruppe

På trods af at kommunerne har identificeret specifikke målgrupper, som de kan arbejde med i forhold til mental sundhed, vælger flere kommuner at have et bredt fokus og inddrage alle borgerne i nærmiljøet. Spørgsmålet bliver imidlertid, om denne tilgang er velvalgt. På den ene side kan der argumenteres for, at ressourcestærke borgere kan have en positiv effekt på mindre ressourcestærke borgere, og således vil aktiviteter, der inkluderer alle, være at foretrække. Et sådan argument for at vælge en bred målgruppe findes i Herlevs projektbeskrivelse.

”Sundt Venskab” vælger at anlægge en dobbelt strategi i forhold til målgruppen, hvilket betyder, at projektet på den ene side skal yde en ekstra proaktiv indsats i forhold til grupper, der traditionelt betragtes som værende mindre ressourcestærke. ”Sundt Venskab” prioriterer således at mindre ressourcestærke beboere får mulighed for at deltage i deres tempo. På den anden side er det lige så vigtigt, at de mere ressourcestærke beboere føler, at tilbuddene også henvender sig til dem, da det ofte viser sig, at de kan trække de mindre ressourcestærke med sig, hvorved der opnås et mere generelt løft af områdets ressourcer” (Herlev, projektbeskrivelse s. 7).

Det er dog vanskeligt at vurdere, om strategien er lykkedes i forhold til at nå mindre ressourcestærke borgere gennem de ressourcestærke borgere. Desuden vil det muligvis først kunne vurderes på længere sigt, da denne strategi kan tage tid. På den anden side kan valget af den brede tilgang indeholde en risiko for, at mindre ressourcestærke borgere ikke kommer til aktiviteterne, fordi der ikke er mulighed for, at deres behov imødekommes. For at underbygge denne påstand kan aktiviteten *Patientuddannelse – Mental sundhed* i Esbjerg nævnes, hvor kun seks borgere fra nærmiljøet tilmeldte sig, selvom 400 personer fik brev om tilbuddet. Erfaringen fra tiltaget var, at borgere fra nærmiljøet havde andre behov, end tilbuddet rummede, og borgerne fik derfor ikke samme udbytte af vejledningen, når de blev sammenlignet med borgere uden for området (A). Ud fra dette kan der pointeres vigtigheden af, at der arbejdes med den enkelte målgruppe og undersøges, hvorledes tiltagene bedst tilpasses disse beboere, samt at beboerne fra starten bliver spurgt til råds om, hvilke typer af indsatser, de er interesserede i at deltage i. Dette kan både være vigtigt i forhold til at tiltrække og rekruttere beboerne, men også i forhold til at beboerne får mest muligt ud af de tiltag, som de deltager i og herved øger deres mentale sundhed.

Ifølge teorien om FIP kan det diskuteres, om det er muligt at tilpasse den enkelte indsats til en bestemt målgruppe, hvis kommunerne samtidig ønsker en bred indsats, der inkluderer alle borgerne i nærmiljøet. FIP understreger vigtigheden af, at indsatserne konstant bliver justeret og doseret efter den tiltænkte målgruppe, for at denne nås (38). Det kan således problematiseres, om kommunerne formår at nå borgere, som ud fra nærmiljø sundhedsprofilen og lokalsamfundsanalysen har vist sig sårbare i forhold til mental sundhed, ved at inkludere alle borgere i projektet. I relation hertil er spørgsmålet ligeledes, om de mindre ressourcestærke borgere deltager i aktiviteterne, eller om det er de ressourcestærke borgere, som primært vælger at deltage. Denne dimension fremhæves også i RE-AIM som *reach* og vedrører, om indsatserne får inkluderet den tiltænkte målgruppe (39), hvilket uddybes i afsnit 7.9 *Rekruttering*.

7.5.4 Opsamling

Overvejelserne bag formulering af mål og valg af målgruppe varierer blandt kommunerne. Nogle kommuner formulerer overordnede mål for projektet, mens andre mål er specifikke i forhold til en bestemt målgruppe eller knyttet til de enkelte indsatser. Årsagen til at det kan være vanskeligt for nogle kommuner at konkretisere mål i forhold til mental sundhed kan hænge sammen med, at satspuljens ramme er for bred og omfattende, idet den kræver, at der er fokus på fire risikofaktorer i projektet. Der kan argumenteres for, at det er væsentligt at formulere specifikke mål, hvis en evaluering af indsatser ønskes. Da det kan være vanskeligt at opstille konkrete mål, kan SMART-modellen inddrages som arbejdsværktøj.

Generelt har det i gennemgangen af dokumenterne været vanskeligt at se, hvilke konkrete målgrupper der inddrages i de specifikke indsatser for mental sundhed. Dette kan skyldes, at kommunerne primært kan være vant til at fokusere på selve indsatserne og ikke fokuserer på tilgange over for bestemte målgrupper. I afsnittet er der præsenteret argumenter for og imod, om der skal udvælges specifikke målgrupper, eller om der skal sættes på en bred tilgang, der inkluderer alle borgere i nærmiljøet. Det vigtigste er imidlertid, ifølge teorien om FIP, at indsatserne løbende justeres den tiltænkte målgruppe (38).

7.6 Metoder til måling af effekter og erfaringer

Efter afsnittet om kommunernes formulering af mål, er det relevant at kortlægge, hvilke metoder kommunerne anvender til at evaluere målene. Af tabel 7.2 ses, at nogle kommunerne i evaluering af erfaringer og effekter fra projekterne anvender en kombination af kvalitative og kvantitative metoder. I det følgende vil forskellige metoder, herunder interview, spørgeskema og kvantitative mål samt eftermåling med nærmiljø sundhedsprofil, analyseres med fordele og ulemper i forhold til metodiske valg.

7.6.1 Interview

Kommunerne har som oftest anvendt interview til at evaluere indsatserne og erfaringerne heraf. Dette er foregået enten ved individuelle interviews eller fokusgruppeinterviews både af borgere og projektmedarbejdere (A, B, C, D, E, F, H, J, K). En vurdering af virkningerne gennem eksempelvis interviews og fokusgruppeinterviews kan være et bevidst tilvalg, da det muliggør en dybdegående og nuanceret beskrivelse af borgernes og projektmedarbejdernes perspektiv på indsatserne og metoderne. Interview er derfor en velegnet metode til at komme i dybden og få en forståelse for interviewdeltagernes oplevelser og udbytte af indsatser-

ne, hvilket giver mulighed for at udforske, hvilke ændringer der kan være relevante i indsatserne. Endvidere kan det være et fornuftigt metodisk valg til at undersøge deltagerenes oplevelser af indsatserne og projektets virkning på den mentale sundhed, da mental sundhed har været svær at afgrænse og har overlap med flere af de andre indsatsområder i satspuljen.

Ulemperne ved interview omhandler spørgsmålet om, hvorvidt resultaterne af disse interview repræsenterer den generelle oplevelse af indsatserne, og om interviewpersonerne repræsenterer målgruppen, hvor mental sundhed ønskes øget. Når interview anvendes som metode er konklusionerne baseret på interviewpersonernes oplevelser og holdninger (71), og derfor kan det være interessant at undersøge nærmere, om interviewdeltagerne har været mindre ressourcerstærke borgere, eller hvem der repræsenterer de fremstillede holdninger. Når konklusionerne fra interviewene vurderes, kan der sættes spørgsmålstegn ved, om personer der interviewes i højere grad har været personer, som har været tilfredse med projektet eller den pågældende indsats. Hvis dette er tilfældet, kan der således opstå en skævvridning, således at indsatsen eller resultaterne fremstår bedre, end de er.

I dokumenterne beskrives det ofte ikke præcis, hvilke borgere der fungerer som respondenter i interviewene, og hvordan disse er udvalgt, hvorfor resultaterne må fortolkes med forbehold. Køge og Struer afviger fra de andre kommuner, idet de nøje beskriver udvalgte interviewpersoner. I Køge er respondenterne etniske danskere, beboere med anden etnisk baggrund, beboere som er aktive, og beboere som ikke er aktive i projektet samt beboere, der på forskellig vis er sårbare, psykisk syge eller ensomme. Derudover interviewes medarbejdere og foreningsmedlemmer (E).

7.6.2 Spørgeskema og kvantitative mål

Nogle kommuner anvender spørgeskemaet WHO-5²⁵ til måling af aktiviteternes effekt på den mentale sundhed (D, E, F). WHO-5 kan anvendes i forbindelse med en før- og eftermåling af den mentale sundhed, hvilket muliggør en effektmåling i kvantitativ form, selvom kausaliteten imidlertid kan være vanskelig at vurdere. I nogle kommuner anvendes WHO-5 ligeledes ved aktiviteter, som ikke umiddelbart italesættes som mental sundhed f.eks. rygestopkurser, slankeklubber, virksomhedsrettede tjek, forløb for arbejdsløse borgere og motionshold (C, D, F). Kommunerne begrundes ikke, hvad formålet er med at anvende WHO-5 til sådanne aktiviteter. Spørgsmålet er imidlertid, om WHO-5 er et velvalgt måleinstrument at benytte, samt om det giver mening at måle trivselsforbedring ved aktiviteter som eksempelvis rygestopkurser. Hvis aktiviteterne også har til formål at styrke fællesskabet og sociale relationer, som forbindes med mental sundhed, kan der argumenteres for, at WHO-5 er velvalgt. På den anden side er eksempelvis rygestopkurser formentlig ikke en aktivitet, som primært er rettet mod mental sundhed, hvilket også kan betyde noget for deltagerens motivation for at udfylde spørgeskemaet. Yderligere kan det problematiseres, hvis kommunerne ikke har beskrevet formålet med anvendelsen af WHO-5. Her kan det være utydeligt, hvad kommunerne vil bruge resultaterne af trivselsmålingerne til, og hvilke fremadrettede handlinger de vil lave på baggrund af dette. Ved anvendelse af WHO-5 må resultatets validitet ligeledes problematiseres på grund af størrelsen af kommunernes datamateriale. Nogle kommuner har haft et sparsomt antal deltagere, som har udfyldt WHO-5 (C, F).

²⁵ Sundhedsstyrelsen har anbefalet kommunerne at bruge spørgeskemaet WHO-5.

WHO-5 blev oprindeligt udviklet og valideret til brug på en større population (63), hvorfor spørgeskemaets validitet og præcision ikke nødvendigvis er gældende, når det anvendes på mindre populationer. I den systematiske litteratursøgning fandtes flere kvantitative måleredskaber ud over WHO-5, som kan anvendes til at måle borgernes udvikling af trivsel eller mental sundhed. I de inkluderede studier er følgende måleredskaber anvendt; EuroQol 5D, WBQ12, GHQ12, SF-36 og Hope Dispositional scale (54,56,61,63,66), hvilket indikerer omfanget af mulige redskaber til måling af trivsel og mental sundhed.

Deltagelsesprocenter som succeskriterie

Et andet kvantitativt mål, som nogle kommuner anvender til at måle, om succeskriterierne er nået, er deltagerprocenter (A, F, J, L). Endvidere har flere kommuner opsat mål om et bestemt antal deltagere, som tilstræbes at have deltaget i aktiviteterne (B, C, F, I, J, K, L), og flere har opsat mål for et bestemt antal aktiviteter, som skal være gennemført i projektperioden (A, B, C, F, K).

Generelt er fordelene ved disse mål, at de gør det forholdsvis enkelt at vurdere, om succeskriteriet er opnået. Ulemperne er derimod, at deltagerprocent og antal aktiviteter synes som et vilkårligt mål, og at der umiddelbart mangler begrundelser for disse valg. Endvidere kan det være problematisk at måle sluteffekterne kvantitativ af eksempelvis deltagelse i fællesspisning, da kausaliteten mellem mental sundhed og fællesspisning kan være svær at bestemme og dokumentere (F). Det kan problematiseres, om en aktivitet kan kategoriseres som ikke succesfuld, hvis deltagerantallet i forhold til det oprindelige succeskriterie ikke er opfyldt, men hvis disse deltagere derimod har fået et godt udbytte af aktiviteten. Svendborgs aktivitet *Afspænding i Hømarken* kan inddrages som et eksempel herpå. Her eksisterede et succeskriterie på mindst 150 deltagere i aktiviteten, men summativt var der blot 16 beboere, der deltog. De 16 deltagere fik imidlertid større forståelse for deres smerter og oplevede, at der var blevet skabt sociale bånd (J). Et lignende eksempel i forhold til procentmåling er Langelands mål ”50% af deltagerne i aktiviteter vurderer, at de har styrket deres sociale relationer og netværk”, der kategoriseres som ikke opfyldt, idet andelen af deltagere, der angiver at have fået styrket sociale relationer og netværk, udregnes til 44% (F). Ved inddragelsen af procentsatser kan der stilles spørgsmålstegn ved, hvilken procentsats der skal være udslagsgivende for, om en aktivitet er en succes eller ej. Derfor yder procentsatser ikke projektet fuld retfærdighed, hvorfor disse ikke bør stå alene, men bør suppleres med øvrige metoder, som har andre fordele.

7.6.3 Eftermåling med nærmiljøsundhedsprofil

I satspuljeprojektets samlede midtvejsevaluering tilkendegiver nogle af kommunerne, at de ønsker, at Sundhedsstyrelsen foretager en gentagelse af nærmiljøsundhedsprofilen for således at kunne måle effekterne af projektet (10). En opfølgende nærmiljøsundhedsprofil kan dokumentere, om den mentale sundhed generelt er blevet bedre i det udsatte nærmiljø. En sådan eftermåling fremhæves også som relevant i relation til effektmåling af FIP f.eks. i forbindelse med FELIS-strategien (30).

Struer har som den eneste kommune foretaget en opfølgende nærmiljøsundhedsprofil til sidst i projektperioden (I). Andre kommuner havde intentioner om at gennemføre en nærmiljøsundhedsprofil eller lokalsamfundsanalyse for at vurdere udviklingen i nærmiljøet, men fravalgte det i løbet af projektperioden (A, K). Thisted begrundet fravalget på baggrund af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, der kategoriserer det som uhensigtsmæssigt, idet andre faktorer, end projektets indsatser, kan have haft indflydelse på effekterne og

resultaterne (K). Det vides ikke, hvad årsagen er til, at Struer vælger denne eftermåling, men det kan muligvis hænge sammen med projektmedarbejdernes faglighed og baggrunde.

Effekterne, som kan belyses via en eftermåling, kan dog problematiseres. Der kan stilles spørgsmålstejn ved, om effekter på sundhedstilstanden i nærmiljøet kan forventes målbare ved afslutning af projektperioden, eller om effekterne først er målbare længere ude i fremtiden, hvilket også påpeges af Edwards et al. (38), samt fremhæves i flere studier, der inddrages i litteraturstudiet (63,64,67). Der kan desuden argumenteres for, at en opfølgende nærmiljøsundhedsprofil ikke kan vurdere årsagsvirkningssammenhænge og dermed vurdere, om det er projekternes aktiviteter, der har haft indvirkning på målopfyldelsen. Derfor bør resultaterne optimalt set sammenlignes med en kontrolgruppe (et andet lokalområde) for herved at kunne afgøre, om effekterne er et resultat af projektets tiltag eller skyldes andre forhold.

Sammenligning med en kontrolgruppe anbefales ligeledes i FELIS-strategien (30). Struer efterlever denne anbefaling, da de har gennemført et kvasiekperiment, således at de har før- og eftermålinger fra det område, hvor projektet er foregået (Thyholm), som sammenlignes med en før- og eftermåling fra et andet område i Struer Kommune (Struer Syd), hvor der ikke er foretaget indsatser. Disse målinger kan således tydeliggøre, om indsatserne på Thyholm har haft en effekt på borgernes sundhed (I). Der er imidlertid usikkerhed forbundet med resultaterne, idet den opfølgende sundhedsprofil blot havde en svarprocent på 46% (I). Struer problematiserer i deres evaluering målingens tidshorisont, da der blot har været tre år mellem de to nærmiljøsundhedsprofiler, hvilket vurderes at være forholdsvis kort tid til at få skabt målbare ændringer i sundhedstilstanden hos borgerne (I). Denne problematik fremhæves ligeledes i den eksterne evaluering fra Langeland, hvilket illustreres i nedenstående citat.

"Deltagerne på tværs af fokusgrupperne ville ikke umiddelbart skrive under på, at sundhedstilstanden var blevet målbart bedre på Sydlangeland, men de mente gennemgående, at projektet havde rykket ganske meget, og at dét på længere sigt måske vil kunne måles på befolkningens sundhed. "Ting tager tid" var en hyppigt fremført påmindelse blandt deltagerne i fokusgrupperne. Og mange talte om "ringe i vandet", altså at en konkret, tids- og stedbegrænset indsats på længere sigt måske vil kunne nå længere ud og derigennem få en eller anden positiv effekt" (Langeland, ekstern evaluering s. 27).

Det kan således diskuteres, om tidsaspektet, som er bestemt af satspuljesystemet, har været tilstrækkeligt i arbejdet med at øge den mentale sundhed hos mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer. Ifølge teorien om FIP er det væsentligt, at indsatserne løbende justeres og tilpasses, så de passer bedst muligt og får indvirkning på målgruppen (38). Hertil kan det betvivles, om et fireårigt projekt er tilstrækkeligt til at skabe resultater målt i en nærmiljøsundhedsprofil. Der kan dog antages at være fordele ved at evaluere projektets resultater ved hjælp af en opfølgende nærmiljøsundhedsprofil, idet denne med en tilstrækkelig svarprocent og repræsentativitet kan vurdere, om den mentale sundhed generelt er øget i projektets forløb. Endvidere kan der på baggrund af denne sundhedsprofil laves en analyse og karakteristik af beboerne, som har øget deres mentale sundhed i projektperioden for derved at undersøge, om den tiltænkte målgruppe, de mindre ressourcestærke borgere, er nået eller om det er ressourcestærke borgere, som har øget deres mentale sundhed. En opfølgende nærmiljøsundhedsprofil har således fordele i forhold til at evaluere på et udsnit af nærmiljøets beboere og ikke blot de borgere, der deltager i indsatserne. Disse fordele kan således vække en undring i forhold til, hvorfor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der ikke skal foretages en eftermåling.

7.6.4 Opsamling

Som fremhævet anvender kommunerne flere metoder til at måle effekter og erfaringer. Disse kan være interview, fokusgruppeinterview, spørgeskemaer, procentrater, mål vedrørende antal deltagere og antal aktiviteter, samt kvasieksperiment med inddragelse af en nærmiljøsundhedsprofil. En kombination af metoderne anses som optimalt, idet de gensidigt kan supplere hinanden. De kvantitative data kan give overblik over generelle effekter, mens de kvalitative data giver mulighed for dybdegående, nuancerede og lærerige fortællinger, som f.eks. enkelte borger-cases. Denne kombination ses også anvendt i studier som eksempelvis *The Well London program* (64,66). Det kan dog diskuteres, om kommunernes anvendelse af henholdsvis kvalitative og kvantitative metoder er systematisk velovervejede, eller om valget er foretaget på baggrund af barrierer, f.eks. økonomiske begrænsninger. Endvidere kan anvendelse af deltagerprocentsatser som succeskriterier problematiseres, hvis de ikke er velbegrundede. Yderligere kan det fremhæves, at en nærmiljøsundhedsprofil med fordel kan benyttes til effektmåling i et kvasieksperimentelt design. Det kan her være en fordel, at slutmålingen ligger mere end tre år fra startmålingen for at kunne måle de reelle effekter af indsatserne.

7. 7 Generelle effekter og erfaringer

Dette afsnit fokuserer på generelle effekter og erfaringer, som ikke kan kobles til en enkelt indsats, men snarere skal ses som et samlet udbytte af indsatserne og deres samspil. Som beskrevet i afsnit 7.4.1 *Valg af teoretisk ramme* kan mental sundhed have flere tilknyttede begreber, hvilket fremgår af de enkelte kommuners forståelsesrammer. Dette får betydning for, hvordan effekterne og erfaringerne med mental sundhed opgøres. Nogle kommuner relaterer således effekterne til elementer som sociale fællesskaber, relationer, trivsel og samhørighed, mens andre relaterer effekterne til handlekompetencer. Disse elementer vil derfor fremhæves i afsnittet. Jævnfør RE-AIM kan effekter være positive og negative, og derfor fremhæves indsatsernes negative effekter ligeledes i dette afsnit. Yderligere analyseres de kvantitativt målte effekter.

7.7.1 Sociale fællesskaber, trivsel og samhørighed

Som det fremgår af flere projekter, er en generel erfaring, at det lokale fællesskab, den sociale kapital, trivsel og sammenhængskraft er styrket gennem projektperioden (B, C, D, E, F, H, J, K). Mere uvist er det dog, hvilke aktiviteter eller tiltag der har været årsagen til dette, eller om det er en synergi af flere aktiviteter, der skaber resultaterne.

I Thisted's evaluering fremgår det, at projektet er lykkedes med at indfri det overordnede mål for beboerne, som har benyttet projektets tilbud, idet beboerne har fået en bedre trivsel, herunder et styrket fællesskab, øget handlekompetence, større overskud etc. (K). Evalueringen gør dog opmærksom på, at der er en begrænsning i disse effekter, hvilket illustreres i nedenstående citat.

"... Som beskrevet tager evalueringen udgangspunkt i data fra brugere af Solsikken (Projektet i Thisted, red.), og de øvrige beboere i området, som ikke benytter sig af Solsikken, er således ikke repræsenteret i data og kan ikke medtages i evalueringen. Det kan således ikke konkluderes, om projektet har opfyldt målsætningen om at højne den sociale kapital i området. For de 22% af områdets beboere, der bruger Solsikken, vurderes det, at der er sket en styrkelse af den sociale kapital i form af det fællesskab, der er blevet skabt beboerne imellem" (Thisted, egnevaluering s. 19).

Thisted har en vigtig pointe i dette citat, idet det kan diskuteres, hvorvidt målet om at styrke den mentale sundhed blandt mindre ressourcestærke borgere i nærmiljøet er nået. Da evalueringen er foretaget på baggrund af oplevelser fra brugerne af projektet, bliver det interessante imidlertid, hvad der kendetegner disse brugere, der beskrives som både ressourcestærke og mindre ressourcestærke (K). Problematikken angående målgruppen vil uddybes i afsnit 7.9 *Rekruttering*.

Flere kommuner fremhæver, som fremlagt i afsnit 7.3.3 *Kollektive faktorer*, at der i nærmiljøerne eksisterer sociale grupperinger. Esbjerg fremhæver, at grupperingerne har haft og stadig har indflydelse på området, hvilket har skabt udfordringer i forhold til at fremme trivslen, den mentale sundhed og den sociale sammenhængskraft. I Esbjerg er det kun i begrænset omfang lykkedes at nedbryde de sociale grupperinger (A). Det samme er gældende i Svendborg (J). Silkeborg, Køge og Herlev har derimod haft positive erfaringer med at nedbryde sociale grupperinger i nærmiljøet. Køges beboere har en stor mangfoldighed i kulturelle baggrunde, og i evalueringen beskrives, hvordan fælles oplevelser og samtaler har skabt en større tolerance for både kulturelle, etniske, religiøse og personlige forskelligheder (E). Køges succes kan skyldes, at en projektmedarbejder havde anden etnisk baggrund end dansk, og at der har været fokus på at inddrage alle typer af borgere og opsøge borgere, som var svære at nå med almindelige rekrutteringsmetoder såsom pjecer, annoncer i aviser etc.

I Herlev har projektet haft indflydelse på de sociale grupperinger blandt boligforeningerne, hvilket har bidraget til, at der bl.a. er sket et øget samarbejde mellem de tre boligforeninger, og at der er nedsat en forankringsgruppe, som sikrer sundhedsrelaterede indsatser fremadrettet og givet beboerne et bedre sammenhold (B). I Silkeborg kan de positive ændringer i forhold til færre grupperinger mellem beboerne tolkes som et resultat af de fælles aktiviteter, som beboerne har deltaget i under projektperioden (H). Udover ovenstående kan de forskellige kulturer i nærmiljøerne have haft en indflydelse på, om kommunerne har formået at nedbryde de sociale grupperinger, da det kan omhandle, hvorvidt aktører og beboere i nærmiljøet har været parate til ændringer.

7.7.2 Handlekompetencer

Flere projekter har i relation til den mentale sundhed haft fokus på at øge beboernes handlekompetencer, og flere af kommunerne konkluderer, at dette er lykkedes (D, E, H, K). Det er ikke altid tydeligt, hvordan de har fundet frem til disse konklusioner, men overvejende tyder det på, at det er gennem interviews med deltagere. Da det ikke altid fremstår, hvilke borgere der har fået styrket deres handlekompetencer, bliver det uvist, om der er fremkommet en generel styrkelse af handlekompetencer blandt nærmiljøets beboere, eller om det er brugerne af aktiviteterne, som har styrket deres handlekompetencer og herunder mentale sundhed.

Evalueringerne fra Thisted og Køge har vist, at det i særdeleshed er de frivillige i projektet, som har øget deres handlekompetence (E, K). De frivillige er begyndt at tage mere ansvar og drage omsorg for hinanden, hvilket kommer frem i nedenstående citat.

"Der er ligeledes sket en udvikling i de frivilliges roller og ansvar for at tage vare på hinanden beboerne imellem i huset. Som uddybet nedenfor er de frivillige begyndt at 'kopiere' projektmedarbejdernes metoder og tilgange. Eksempelvis er de begyndt selv at trække en beboer til side og sætte sig ind i samtalerummet med ham eller hende, når de fornemmer, at beboeren har brug for at få snakket ud om nogle pro-

blemer på tomandshånd. Dette vurderes som tegn på, at projektet har rykket ved de frivilliges handlekompetencer og givet dem en styrket bevidsthed om deres egne ressourcer og evner til at hjælpe andre” (Thisted, egnevaluering s. 15).

Thisted fremlægger på den anden side også begrænsninger i arbejdet med at øge handlekompetencerne hos mindre ressourcestærke borgere. Begrænsningerne omhandler borgernes mulighed for at opbygge selvstændighed, ansvar og overskud. Her kan mindre ressourcestærke borgere have udfordringer i forhold til at leve op til den rolle, som projektmedarbejderne ønsker, eksempelvis i forhold til mødepligt, overblik og koordineringsevner (K). Studiet af Lecther og Perlow viste imidlertid, at mindre ressourcestærke borgere kan være frivillige, da flere i studiet var isolerede beboere, der levede med fysiske og psykiske handicap. Studiet viste desuden, hvordan det at give og modtage frivillige ydelser havde betydning både for de frivillige og nærmiljøet. Effekterne viste sig ved selvværd, nye færdigheder og tilhørsforhold. Ifølge studiet er et af de væsentligste elementer for at frivilligheden kan fungere, at der er gensidighed og herved, at beboerne både giver og modtager ydelser, udvider netværk og ressourcer. Deltagerne i studiet var en heterogen gruppe, hvorfor programmet *Community Exchange* muligvis også kan anvendes i de fleste udsatte nærmiljøer i Danmark, som ofte har en forskelligartet beboersammensætning (69).

Det kan antages, at frivillige er en ressource i nærmiljøet i forhold til at drive aktiviteterne og dermed også være en aktiv del af forankringen (B, K), hvilket uddybes i afsnit 7.10.1 *Frivillige*. Kommunerne understreger vigtigheden af, at der er opmærksomhed på de frivillige i forhold til fastholdelse bl.a. i form af støtte og ros fra projektmedarbejderne (A, B, E, K). Der er således en udfordring i, hvorledes støtten til de frivillige kan fortsættes efter projektets og projektmedarbejdernes ophør.

7.7.3 Negative effekter

Som fremlagt kan effekter både være positive og negative. I dette afsnit fremlægges indsatsernes negative effekter. Det skal pointeres, at dokumenterne hovedsagligt fokuserer på positive effekter, hvilket kan skyldes flere forhold. Det kan skyldes, at der ikke er fremkommet særligt nævneværdige negative effekter, eller at de negative effekter ikke beskrives i dokumenterne. Derfor skal dette afsnits resultater tolkes med forbehold for, at flere negative effekter og erfaringer kunne fremanalyseres, hvis en anden metode end dokumentanalyse var valgt. Køge har imidlertid ekspliciteret de negative effekter, som fremhæves, idet disse kan formodes, at være gældende for nogle af de øvrige projekter.

I Køge var projektmedarbejderne meget værdsatte af beboerne, og relationen mellem dem blev central, da medarbejderne blev opfattet som veninder og som de mest tillidsfulde personer, beboerne kendte. I følgende citat fra evalueringen beskrives, hvordan der er risiko for, at beboerne er blevet afhængige af projektmedarbejdere.

”Der opstår potentielt en stor skuffelse, når beboeren opdager, at relationen ikke fortsætter efter Sund Zones (Projektet i Køge, red.) ophør, og at det faktisk var en professionel og ikke en privat relation. Dermed vurderes der at være indbygget en risiko for, at beboerne igennem den meget tætte relation får mindre mulighed for at kunne håndtere udfordringer på egen hånd, men kommer i et afhængighedsforhold til Sund Zone, som ikke kan opretholdes i længden” (Køge, slutevaluering s. 24).

I evalueringen understreges det, at beboere har gavn af at have projektet tæt på deres liv, men at denne bekymring bliver central, når der ikke længere er mulighed for daglig eller ugentlig kontakt (E). Grundlæggen-

de bør der i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde tages højde for ”ikke-skade princippet” (70). Hvis borgerne har opnået tætte tillidsrelationer til projektmedarbejderne, er der risiko for, at de føler sig svigtede, når projektmedarbejdernes arbejde ophører i området. Dette kan især være gældende, hvis der er tale om mindre ressourcestærke borgere, der kan have brug for ekstra støtte og opbakning. Ifølge Trickett bør det overvejes, hvilke etiske problemstillinger der kan opstå, når indsatserne stopper i nærmiljøet (70).

7.7.4 Kvantitative effekter

Ud fra de kvalitative evalueringer fremgår en positiv effekt på de udsatte nærmiljøer, beboernes trivsel og dermed den mentale sundhed, da beboerne beretter om øget trivsel samt styrket fællesskab, social kapital og handlekompetencer (A, B, C, D, E, H, J, K). Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt de forskellige indsatser ville opnå samme positive effekt, hvis de blev målt via kvantitative metoder. Det er således interessant, om kommunerne, som har oplevet en effekt baseret på kvalitative metoder, også kan påvise målbare kvantitative resultater.

I Struer indikerede kvalitative data en styrket mental sundhed blandt brugerne af *Trivselscaféen*, mens kvantitative effektmål i den afsluttende nærmiljø sundhedsprofil imidlertid ikke blev indfriet (I). Det kan diskuteres, om de kvantitative mål har været urealistiske og uopnåelige, eller om det kvalitative datas indikationer er for usikre. Årsagen til den manglende sammenhæng mellem de kvalitative og kvantitative data kan skyldes, at brugerne af *Trivselscaféen* har oplevet en forskel, men at denne effekt ikke bliver udslagsgivende i de kvantitative data, som måler effekter blandt en større andel af borgerne. Dette understøttes af studiet af Ab-bema et al. omhandlende en multipel sundhedsintervention, hvor manglende kvantitative effekter begrundes med, at aktiviteterne kun nåede en begrænset andel borgere, hvorfor effekterne ikke viste sig i de kvantitative målinger. Yderligere kan det skyldes, at indsatsen ikke har været tilstrækkelig til at give målelige virkninger (67), hvilket også kan være årsagen i Struer. Desuden kan årsagen være, at de kvalitative data viser erfaringerne, men at de kvantitative mål er opgjort for tidligt og således ikke har vist de langsigtede effekter hos borgerne, som påpeget i afsnit 7.6.3 *Eftermåling med nærmiljø sundhedsprofil*.

Resultaterne af kvasiekperimentet i Struer viser, at der er sket en udligning af forskellene mellem projektets nærmiljø (Thyholm) og kontrolnærmiljøet (Struer Syd). Af positive resultater kan nævnes en signifikant positiv udvikling vedrørende stressniveau på Thyholm sammenlignet med Struer Syd. Ligeledes er der en signifikant negativ udvikling på flere parametre i Struer Syd sammenlignet med Thyholm. Derfor konkluderes det i evalueringen, at projektet muligvis har standset en negativ udvikling i Thyholm (I). Det kan dog ikke afvises, at andre faktorer kan have spillet ind. I relation hertil fremhæves i studiet omhandlende *The Well London program* vigtigheden af, at nærmiljøer, som indgår som kontrolområder, ikke ligger i umiddelbar nærhed af interventionsnærmiljøet, da der herved er risiko for, at det ikke er muligt at måle eventuelle effekter, da borgerne fra begge områder kan have deltaget i interventionens aktiviteter (64).

Kvantitative effektmål kan også opgøres ved hjælp af WHO-5's trivselsmåling, som beskrevet i afsnit 7.6.2 *Spørgeskema og kvantitative mål*. Kommunerne beretter i slutevalueringen fra NIRAS om gode erfaringer med WHO-5 som redskab til at italesætte mental sundhed i samtalerne (11). NIRAS beskriver derimod ikke erfaringer og anbefalinger i forhold til, hvordan kommunerne kan anvende WHO-5 til kvantitative målinger

af mental sundhed, hvilket kan synes undrende, idet WHO-5 kan anses som et velegnet måleredskab til at måle effekten af borgernes mentale sundhed. Valget af at benytte WHO-5 kan fremhæves som fordelagtig, idet spørgsmålene i WHO-5 har en positiv formulering, hvilket muligvis kan virke mindre stigmatiserende for respondenterne end spørgeskemaer, der undersøger respondenternes angst- og depressionsniveau.

7.7.5 Opsamling

Ud fra analysen er det fremkommet, at de generelle positive effekter af projekterne er styrkelse af fællesskabet, social kapital, trivsel, sammenhængskraft og handlekompetencer. I studiet af Lecther og Perlow fremgår det, at frivillige kan være mindre ressourcestærke borgere, men at virkningerne af et program for frivillige afhænger af gensidighed, hvorved der både gives og modtages frivillige tjenester (69). I kommunernes materiale er beskrivelsen af negative effekter oftest fraværende. Dog ses etiske problemstillinger, da der kan være risiko for afhængighedsskabelse, således at borgere i nærmiljøet kan føle sig svigtede efter endt projektforløb.

Kommunerne anvender oftest kvalitative data til at fremhæve projekternes generelle erfaringer og effekter, men det fremgår oftest ikke præcist, hvilken målgruppe de kvalitative virkninger er relateret til. Kun Struer måler den generelle effekt via en opfølgende nærmiljøsundhedsprofil og kvasieksperiment, og her er forskel fra de kvalitative erfaringer. Forskellene mellem effekterne målt kvantitativt og kvalitativt kan skyldes forskelle i forhold til antal af respondenter, samt om de har deltaget i indsatserne eller blot bor i nærmiljøet, hvilket understøttes af studiet af Abbema et al. (67). Ved måling af kvantitative effekter gennem sammenligning med et kontrolområde viser studiet af Phillips et al., at kontrolområdet ikke bør ligge i umiddelbar nærhed af interventionsområdet (64). Til måling af effekten på borgernes mentale sundhed har flere kommuner anvendt WHO-5 som måleredskab.

7. 8 Indsatser

I følgende afsnit uddybes kommunernes indsatser i forhold til mental sundhed. Afsnittets funktion er ikke at beskrive samtlige tiltag rettet mod mental sundhed, men derimod at fremhæve og synliggøre udvalgte indsatser, som tyder på at have en positiv virkning over for mindre ressourcestærke borgere og herigennem bidrage med viden i forhold til det videre arbejde med mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Det bør fremhæves, at vi i dokumentanalysen har haft lettere ved at vurdere effekten af de indsatser, hvor kommunerne eksplicit har beskrevet mål i forhold til mental sundhed, end de indsatser, hvor mål ikke er nedskrevet.

7.8.1 Indsatser og systemniveauer

I kommunernes materiale fremgår det, at indsatserne kan være enkeltstående begivenheder, tilbagevendende begivenheder samt kort- eller langsigtede forløb af mere eller mindre målrettet karakter. I slutevalueringen af NIRAS tydeliggøres omfanget af indsatser rettet mod mental sundhed. Ifølge rapporten er der i løbet af satspuljens fireårige periode gennemført 293 aktiviteter²⁶ med fokus på mental sundhed (11). Der eksisterer imidlertid en uoverensstemmelse mellem tallene fra NIRAS og indsatserne, som fremgår af bilag 7. Hertil kan være flere årsager. For det første kan det skyldes, at vi ikke har haft mulighed for at opsummere alle

²⁶ Optælling på baggrund af data indrapporteret fra de 12 kommuner.

igangsatte aktiviteter, idet vi ikke har haft evalueringsrapporter fra samtlige kommuner. For det andet kan det omhandle det faktum, at flere indsatser i det skriftlige materialet ikke er ekspliciteret som mental sundhed og derfor ikke er medtaget. For det tredje kan det skyldes, at bilag 7 ikke inkluderer indsatser rettet mod børn og unge samt aktiviteter, som vedrører kost og motion, hvis aktiviteterne ikke er beskrevet direkte i relation til mental sundhed. Der kan således være indsatser, som kommunerne har sammenkoblet til mental sundhed i deres afrapportering til NIRAS, men som ikke fremgår i dokumenterne.

Ud fra teorien om FIP er det vigtigt, at der arbejdes på flere systemniveauer, når indsatser skal tilrettelægges og gennemføres (38). Således bør der i kommunernes tilrettelæggelse af indsatser reflekteres over, hvordan der kan arbejdes med mental sundhed på mikro-, meso- og makroniveau for at kunne påvirke både distale og proksimale determinanter i arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse, jf. afsnit 4.2 *Erkendelse af sundhed*. I dokumenterne fremgår, at alle kommuner inddrager forskellige systemniveauer i tilrettelæggelsen af mulige aktiviteter rettet mod mental sundhed. Flere anvender en inddeling i det individuelle, sociale og strukturelle niveau (F, H, I). Denne inddeling medtages delvis i analysen af indsatser i underafsnittene *individniveau* og *gruppeniveau*, som kan anskues, som tilhørende mikroniveauet, *ressourcemobilisering*, der relaterer til mesoniveauet samt afsnittet om *strukturelle tiltag*, der relaterer til meso- og makroniveauet.

7.8.2 Individniveau

På individniveau er det generelt gældende, at kommunerne fremhæver sundhedssamtaler samt anerkendende og motiverende samtaler som en mulig indsats rettet mod forbedring af den enkelte borgers mentale sundhed (B, E, F, H, K, L). Gennem lokale mødesteder har der været mulighed for, at beboerne har kunnet henvende sig, hvis de har haft udfordringer eller haft lyst til at snakke (E, H, I). Heri ligger en antagelse om, at en personlig samtale kan være med til at løfte den mentale sundhed, eksempelvis ved at øge borgerens handlekompetencer samt støtte den enkelte borger. Samtalen kan vedrøre den enkelte borgers mentale sundhedstilstand, men også andre elementer som borgerens forståelse og ageren i forhold til kommunen generelt. I flere dokumenter er det uklart, om samtalerne øger den mentale sundhed (B, F, H), mens andre dokumenter fremhæver gode erfaringer, da samtalerne har vist sig at øge borgernes handlekompetencer og bidrage med støtte og rådgivning (E, I, K). I nedenstående citat udtrykker en projektmedarbejder, hvordan hun oplever, at handlekompetencerne øges hos borgerne.

"Jeg synes det virker. Næste gang jeg snakker med dem, så har de måske selv gjort noget og fortæller mig, at 'så har jeg gjort det og det'. Så det giver nogle eftertanker i hvert fald. Det kan godt være, at jeg skal gentage det nogle gange for dem, men de får lært det" (Køge, midtvejsevaluering s. 53).

Det tyder således på, at individuelle samtaler kan have potentiale i forhold til den mentale sundhed. Dette fremgår ligeledes ud fra fokusgruppeinterview foretaget i studiet af Wormald et al. i forbindelse med evalueringen af indsatsen *Active Lifestyle*, der har taget udgangspunkt i individuelle samtaler (57). De gode erfaringer med samtalerne kan skyldes, at borgerne føler sig mødt der, hvor de er, da det giver mulighed for at anerkende mental sundhed som en subjektiv tilstand og tage udgangspunkt i borgerens udfordringer og behov. I ovennævnte studie af Wormald et al. fremhæves, at deltagerne oplevede, at der i samtalerne var tid og rum til at snakke om deres problemer, samt at de gennem samtalerne fik den støtte og motivation, der var nødvendig for at ændre adfærd (57). En manglende dokumentation af effekterne fra samtalerne i kommunerne kan skyl-

des, at projektmedarbejderne har haft svært ved at håndtere, konkretisere og bringe den mentale sundhed på banen i samtalerne med den enkelte borger, hvilket fremhæves i den samlede evaluering fra NIRAS (11).

7.8.3 Gruppeniveau

Størstedelen af de igangsatte indsatser rettet mod mental sundhed er på gruppeniveauet. Dette stemmer overens med projekternes teoretiske forståelsesramme jf. afsnit 7.4.4 *Social kapital*, der ofte rummer elementer af teorien om social kapital. De ekspliciterede mål med indsatserne handler ofte om at øge fællesskabet, den sociale samhørighed borgerne imellem samt øge den sociale kapital og derved styrke den mentale sundhed (A, B, C, D, E, F, H, I, J, K, L). Af indsatser på gruppeniveau vil følgende fremhæves; fællesspisning, fysisk aktiviteter, kreative aktiviteter samt oprettelse af mødesteder.

Mental sundhed – Fællesspisning

Fællesspisning er et tiltag, som tre af projekterne har igangsat for at styrke sociale relationer og højne den mentale sundhed (A, E, F). Gennemgående har der været tilslutning til disse arrangementer, hvilket tyder på, at fællesspisning er et tiltag som imødekommer et aktuelt behov blandt borgerne i nærmiljøet. I evalueringerne er erfaringerne fra tiltaget således primært positive (A, E, F). I Køge har fællesspisning foregået som en enkeltstående event, hvor det i Langeland og Esbjerg er blevet en tilbagevendende event, som er blevet forankret. Erfaringerne fra kommunerne er, at arrangementet bidrager til samhørighed, fællesskab og mulighed for at skabe nye netværk. I Esbjerg har indsatsen *Suppeaftener* efterfølgende affødt tre borgerdrevne initiativer (A). Køge er kritisk i forhold til, om en aktivitet som deres *Madarrangement* blot skaber ”en god holdånd” og udtrykker, at det er vanskeligt at få aktiviteterne til at skabe stærkere fællesskaber, som går ud over aktiviteten (E). Erfaringerne fra kommunerne tyder på, at hvis fællesspisning skal bidrage til nærmiljøets sociale relationer og fællesskab, skal det forankres og være en tilbagevendende event. Desuden kan fællesspisninger anskues som en indgangsvinkel til at komme i dialog med områdets borgere og høre om deres ønsker og behov for fremtidige aktiviteter. Herved kan metoden om borgerinddragelse imødekommes i indsatsen. Kritikken kan imidlertid rettes mod spørgsmålet om, hvem der deltager i disse begivenheder, og dermed om mindre ressourcestærke borgere nås og profiterer af indsatsen.

Mental sundhed – Fysiske aktiviteter

I analysen af kommunernes forståelse af, hvilke indsatser der har indvirkning på mental sundhed, jf. afsnit 7.4.5 *Fysiske og kreative aktiviteter*, fremlægges, at flere kommuner ser en sammenhæng mellem mental sundhed og fysisk aktivitet, hvilket begrundes med viden fra videnskabelig studier (A, F, L). Dette kan understøttes af studiet af Blank et al., som finder en sammenhæng mellem en positiv ændring i den fysiske aktivitet og en ændring i den mentale sundhed hos borgere i udsatte nærmiljøer. Studiet påviste endvidere evidens for en association med dosis-responseffekt, hvor større forbedring i livsstilen havde sammenhæng med større forbedring i den mentale sundhed (54). På baggrund af studiets design er det imidlertid ikke muligt at konkludere, om den fysiske aktivitet har været årsag til den øgede mentale sundhed blandt beboerne.

Sammenhængen mellem fysisk aktivitet og mental sundhed afspejler sig ligeledes i kommunernes indsatser. Nogle kommuner har imidlertid tænkt på mere end blot den fysiske aktivitet i indsatserne, da de har målrettet aktiviteterne til specielt sårbare målgrupper med henblik på, at de kan profitere af indsatsen både med hensyn til den fysiske sundhed, men ligeledes den mentale sundhed. I evalueringerne har disse motionshold været

virksomme over for selvværd, sociale relationer og trivsel (D, E, J). Dette gælder eksempelvis Køges *zumba-hold* og *stolegymnastik for ældre* med forskellige etniske baggrunde, Høje-Taastrups *Moving Moms* og *Girl Power*, som er rettet mod kvinder, som normalt ikke ville gå til fysiske aktiviteter, hvis ikke det var i trygge rammer, samt *Afspænding i Hømarken* i Svendborg målrettet mindre ressourcestærke borgere. Evalueringen fra Langeland viser dog visse barrierer. Oprindeligt var motion i foreningen *Humble Motion & Fitness* tiltænkt at inkludere målgrupperne asylansøgere, ensomme, alkoholikere, ældre, motionsuvante uden for arbejdsmarkedet samt overvægtige. Imidlertid var opbakningen hovedsagelig rettet mod gruppen af overvægtige, hvorfor de andre målgrupper ikke blev inkluderet (F).

I forhold til den fysiske aktivitets indvirkning på mental sundhed er der modsatrettede effekter studierne imellem. De fundne studier fra litteratursøgningen viser modsatrettede effekter (54,55,57). Studiet af Blank et al. viste en signifikant effekt, mens RCT-studiet ikke fandt effekt af *Exercise on Prescription* i forhold til fysisk aktivitet eller trivsel blandt deltagerne. Det fremhæves, at studiets målgruppe, kvinder fra etniske minoritetsgrupper bosat i udsatte nærmiljøer, muligvis havde andre problemstillinger af socioøkonomisk karakter f.eks. arbejdsløshed eller social isolation, der influerede på de målte parametre (55). Opsummerende kan der ud fra aktiviteter omhandlende fysisk aktivitet antages, at der også fremadrettet kan laves motionshold, som er målrettet og tilpasset sårbare målgrupper og deres behov, idet dette i kommunerne har vist at have effekt på den mentale sundhed.

Mental sundhed – Kreative aktiviteter

I den systematiske litteratursøgning fandtes tre studier fra England, som omhandlede kreative aktiviteters betydning for mental sundhed eller trivsel i udsatte nærmiljøer (58,60,61). Som den eneste kommune har Svendborg haft særligt fokus på mental sundhed gennem kreativitet. Svendborgs *Kreativt værksted* var en gruppeaktivitet med fokus på kreativitet, som skulle styrke deltagernes mentale sundhed ved at etablere et rum, hvor områdets beboere kunne udføre forskellige former for kreativ udfoldelse gennem undervisning og intern sparring. Der blev også arrangeret udflugter til kunstudstillinger. Indsatsen blev evalueret som en succes, da flere deltog i forhold til de opstillede succeskriterier. Deltagerne var hovedsageligt etnisk danske kvinder. Deltagerne beretter gennem interviews om, at deres generelle sundhed er blevet bedre, at de indtager mindre medicin, at de har et gladere sind, og at de har mere fokus på sundhed (J). Det kan dermed tyde på, at Svendborgs fokus på mental sundhed gennem kreative aktiviteter kan have en positiv virkning overfor beboernes selvrapporterede mentale sundhed. I studier af Stickley et al. og Callard & Friedli er effekterne af kreative aktiviteter ligeledes evalueret kvalitativt. Effekterne var øget positiv tænkning, øget selvtillid og bedre humør (58,60).

De kvalitative beskrivelser kan problematiseres, da det kan være svært at vurdere, om aktiviteterne har en længerevarende effekt på den mentale sundhed, eller om de blot har forbedret deltagernes trivsel på kort sigt. Derfor er forankring vigtigt, hvilket også fremhæves i studierne, og som ligeledes var et mål med *Kreativt værksted*. Dette er lykkedes i Svendborg, da deltagerne blev i stand til at videreføre og dermed forankre aktiviteten med støtte. Det kan diskuteres, hvad der er årsag til de kreative aktiviteters virkning overfor mental sundhed. Det kan således både være selve aktiviteterne og deltagernes mulighed for at udfolde kreative aktiviteter, eller det kan være det sociale element i aktiviteten.

I studierne tyder det imidlertid på, at selve kreativiteten er et vigtigt element, og virkningen ikke alene kan forbindes til det sociale element. Desuden påpeges vigtigheden af, at aktiviteterne understøttes af dygtige kunstnere, som kan være med til at facilitere processen (58,60). I forhold til indsatser rettet mod kreativitet bør det bemærkes, at *Kreativt værksted* hovedsageligt tiltrak etnisk danske kvinder. Trickett fremhæver, at flere studier viser, hvordan kulturelle forskelle har indflydelse på igangsatte indsatser, da forskellige etniske grupper agerer forskelligt (70). Da det, jf. afsnit 7.3.2 *Kompositionelle faktorer*, bemærkes, at flere af de inkluderede nærmiljøer har en høj andel af indvandrere eller efterkommere af disse, bør der i tilrettelæggelsen af indsatser tages højde for, at der igangsættes indsatser, der respekterer de etniske gruppers kultur og imødekommer deres behov. I relation til *Kreativt værksted* kan karakteristika ved de fremmødte deltagere muligvis skyldes, at indsatsen ikke relaterer sig til de etniske minoriteters behov.

Mental sundhed - Mødesteder

Borgere, der føler sig ensomme, er en relevant målgruppe at beskæftige sig med i relation til en styrkelse af den mentale sundhed i nærmiljøerne, jf. afsnit 7.5.2 *Udvælgelse af målgruppe*. Dette kan være årsagen til, at flere kommuner opretter mødesteder og fremhæver dem som indsatser rettet mod mental sundhed (C, D, H, I, J, K). Formålet med mødestederne har været at skabe et frirum for mindre ressourcestærke borgere og derved at udvikle og styrke de sociale relationer. Alle tiltagene har fået positive tilbagemeldinger fra deltagerne i interviews, som er udført i forbindelse med evalueringerne (C, D, H, I, J, K). En beboer, som er interviewet i forbindelse med evalueringen i Silkeborg, fortæller om det sociale element i *Cafe Solskin*.

"Jeg har aldrig været særlig social. Jeg er et af de asociale mennesker. De første år der snakkede jeg ikke, jeg hilste kun på de nærmeste. Der vil jeg sige, at det der med at komme i cafeen, det har gjort, at man åbner op og møder nogle andre mennesker. Jeg kan kun sige, det kan ikke ses, det kan ikke måles, men man er blevet mere social, og det er et kæmpe skridt for folk, der kalder sig asocial [...] Der er nogen, der bruger det som holdsted i deres liv, især dem der har haft svært ved at komme ud, de bruger meget cafeen, fordi de føler sig trygge. Ligesom der er nogen, der kommer her i 218 (projekthuset, red.), her føler de sig trygge, her er der ikke nogen, der ser skævt på dem. Men også det, at de har et sted at gå hen, vi havde det ikke før" (Silkeborg, evaluering s. 11).

Ligeledes har *Trivselscaféen* i Struer været en succes, hvilket ifølge evalueringen skyldes, at der har været medarbejdere til at støtte samværet, og at *Trivselscaféen* har været neutral i forhold til andre foreninger og borgergrupper, samt at der har været et behov for tiltaget (I).

Endvidere kan Svendborgs indsats *Kun for mænd* fremhæves, da denne aktivitet undervejs har udviklet sig til at blive et mødested. Aktiviteten har haft et særligt fokus på en specifik målgruppe; mentalt sårbare mandlige beboere. Udgangspunktet har været, at en gruppe på 4-6 mænd har mødtes ugentligt med det formål at styrke sociale og kognitive kompetencer, således at mændene på sigt kunne få et bedre liv uden isolation og ensomhed. Erfaringen har imidlertid været, at det har været svært at rekruttere mændene, hvorfor rekrutteringsstrategien blev justeret, og i forbindelse med rygestopkurser er der efterfølgende etableret kontakt til en gruppe mænd, der var interesserede i at deltage. Mændene mødtes derefter ugentligt til fællesaktiviteter (J). I 2013 blev formålet ændret, således at det efterfølgende har omhandlet at skabe et fast tilholdssted for områdets mænd med fokus på sociale kompetencer og plads til den enkeltes behov og ønsker. Erfaringerne er, at aktiviteten medvirker til skabelse af nye bekendtskaber, sociale bånd og rekruttering til andre aktiviteter i nærmiljøet. Det kan imidlertid problematiseres, at så få mænd har deltaget, hvorfor rekrutteringsstrategien mu-

ligvis burde styrkes yderligere. Det vurderes, at der er gode muligheder for, at aktiviteten kan fortsætte efter projektophør, da der nu er en fast kerne af mænd, som mødes i fælles lokaler. Deltagerne beskrives som hovedsagelig etnisk danske mænd med fysiske og psykiske lidelser (J).

Ovenstående indikerer, at justering af aktiviteterne med udgangspunkt i borgernes behov fungerer godt i forhold til at fastholde mindre ressourcestærke borgere. Hertil kan et fælles tilholdssted anses som havende betydning for fællesskabet. Desuden handler det om at få målgruppen til at deltage i en af de igangsatte aktiviteter, da dette på sigt kan betyde større sandsynlighed for, at de deltager i andre aktiviteter. Det vil således kunne skabe en synergieffekt (F, I, J, K).

Justering af indsatser på gruppeniveau

Justering eller udvikling af de enkelte indsatser er oftest ikke beskrevet eller begrundet, men bemærkes når kortlægningskema 1, indeholdende de planlagte indsatser, fra projektbeskrivelserne sammenholdes med kortlægningskema 2, som indeholder de afholdte indsatser beskrevet i evalueringerne (B, C, D, F, H, J, K). Særligt har indsatserne på gruppeniveau ofte været justeret i løbet af projektperioden eller i forbindelse med, at satsuljeprojektet er afsluttet i forhold til at sikre en fremtidig forankring af indsatserne (A, C, F, J).

Justeringen af indsatserne kan skyldes flere ting. Muligvis har nogle af kommunerne arbejdet med en formativ procesevaluering og herved justeret indsatser og metoder undervejs ud fra en løbende vurdering og evaluering. Det er dog vanskeligt på baggrund af det tilsendte materiale at vurdere, hvordan og i hvilken grad kommunerne har arbejdet systematisk i deres justeringer ud fra et ønske om at maksimere potentielle effekter og synergieffekter. Ifølge Edwards et al. kan mangelfuld og usystematisk planlægning ofte udgøre en barriere i arbejdet med FIP, idet potentialet derved ikke opnås (38). Flere af kommunerne har formentlig ikke kun justeret aktiviteterne i forbindelse med formativ procesevaluering, men har afviklet og justeret aktiviteterne på grund af manglende fremmøde og rekrutteringsproblemer, hvilket uddybes i afsnit 7.9.2 *Rekrutteringsmetoder*.

7.8.4 Ressourcemobilisering

Opbygningen af kollektive ressourcer i nærmiljøet fremhæves som centralt, hvis uligheden i sundhed skal mindskes, jf. specialets problemanalyse, afsnit 2.3.1 *Udsatte nærmiljøer*. I projekterne er der elementer, der knytter sig til denne tankegang, idet en del af indsatserne, som kommunerne relaterer til mental sundhed, handler om opbygning af kompetencer og ressourcer i nærmiljøet. Det handler ikke nødvendigvis direkte om borgere, der bor i nærmiljøet, men kan såvel indeholde oparbejdelse af kompetencer og ressourcer ved andre aktører, der agerer i nærmiljøet, og ressourcemobilisering kan ofte anskues som knyttet til mesoniveauet.

Uddannelse og udvikling af kompetencer

I flere kommuner beskrives tiltag, der har fokus på opkvalificering af forskellige aktører, der har deres daglige virke i nærmiljøerne (A, B, K). Herlev har haft fokus på dette gennem kurset *De Blå Helte*, som var et kursus for områdets ejendomsfunktionærer med henblik på at opbygge kompetencer til konflikthåndtering og opnå indsigt i, hvordan ensomme, borgere med sindslidelser og borgere med anden etnisk oprindelse lever deres liv (B). Succeskriteriet for deltagelse blev opnået, mens målet efter deltagernes egne udsagn ikke blev indfriet, idet underviseren blev oplevet som inkompetent, samt at nogle deltagere fandt kurset irrelevant og

påtvunget (B). Et lignende tiltag havde Esbjerg gennem aktiviteten *Varmemestre*, hvor ejendomsfunktionærer i de lokale boligforeninger via en temaeftermiddag skulle lære om psykisk sårbare borgere og deres udfordringer, således at ejendomsfunktionærerne ville blive mere trygge i at tage kontakt til disse borgere (A). Aktiviteten fik gode tilbagemeldinger på afholdelsesdagen. Efterfølgende er der ikke fulgt op på tiltaget (A).

Kommunerne har gennem disse aktiviteter arbejdet med at opbygge ressourcer i nærmiljøet. Den manglende evaluering af effekterne og erfaringerne fra aktiviteterne kan problematiseres, da sådanne evalueringer kan tydeliggøre, om andre indsatser må igangsættes, hvis det skal have effekt i forhold til at opbygge ressourcer i nærmiljøet. Det kan være vanskeligt at afgøre, hvordan effekterne optimalt skal måles, og om effekten vil fremkomme som en generel øget tillid og bedre kommunikation mellem ejendomsfunktionærer og beboere.

I Esbjerg kan tiltaget *Frivilligkonsulenten* fremhæves, idet tiltaget har formået at styrke borgernes kompetencer. Konsulenten har ydet en løbende indsats gennem projektperioden ved at finde borgere, der gerne vil udføre frivilligt arbejde og derefter hjælpe dem med den nødvendige støtte, sparring og praktiske hjælp til at få igangsat nye aktiviteter i nærmiljøet. De frivillige udtrykker generelt stor tilfredshed med samarbejdet med konsulenten, og for nogle frivillige har tiltaget betydet, at de har haft mulighed for at realisere en idé eller aktivitet, som de ikke selv har haft ressourcerne til at igangsætte (A). Frivilligkonsulenten har således arbejdet med at mobilisere, støtte og udvikle ressourcerne i nærmiljøet.

I projekterne er der arbejdet med at styrke kompetencerne blandt aktører i nærmiljøet og borgere, der har valgt at blive frivillige. Det kan diskuteres, om aktiviteterne tidsperspektiver har haft indflydelse på effekterne, idet det kan tyde på, at aktiviteter med længere tidsperspektiv (*Frivilligkonsulenten*) har haft bedre resultater end aktiviteter med kortere tidsperspektiv (*De Blå Helte* og *Varmemestre*). Ligeledes fremgår det af afsnittet, at effekterne af aktiviteterne kan være påvirket af personlige ressourcer og kompetencer samt relationelle faktorer imellem borgerne og de personer, der afholder aktiviteterne. Dette stemmer godt overens med erfaringer fra studiet af Wormald et al., hvor tiltaget *Active Lifestyle's* positive resultater, fremfundet via fokusgrupeinterviews, i høj grad tilskrives konsulentens faglige viden og personlige egenskaber (57).

Udvikling og dannelse af lokale foreninger

Flere kommuner har fokus på foreningsudvikling (A, D, E, G, K), men i dette afsnit fremhæves Langeland, da de ekspliciterer arbejdet med foreningsudvikling i relation til mental sundhed. Baggrunden for indsatsen *Foreningsudvikling* er en forståelse af, at der igennem lokale foreningers tilbud kan skabes nye sociale relationer, bedre trivsel og mental sundhed for målgrupper som eksempelvis ensomme, misbrugere og overvægtige (F). Indsatsen indeholder forskellige aktiviteter herunder eksempelvis foredragsrække om landsby- og foreningsudvikling, borgermøde og udviklingshåndværkerkursus, hvis mål er at uddanne lokale borgere til at blive idéudviklere. Tre nye foreninger er blevet startet i projektperioden; Lindelse og Omegns Sogneforening, Humble Kultur- og Borgerforening samt Humble Motion & Fitness. I disse foreninger er tiltagene som fællesspisning samt kost og motionstilbud forankret (F). Effekterne af *Foreningsudvikling* er blandede. Blandt positive erfaringer og effekter kan nævnes Lindelse og Omegns Sogneforening, som har fået omkring 200 nye medlemmer og nu afholder månedlige arrangementer som eksempelvis grillaften, sangaften, julearrangement etc. Omvendt er effekterne fra *Udviklingshåndværkerkurset* uvisse, og erfaringerne er, at kurset blev markedsført uhensigtsmæssigt (F). Af afsnittet kan det udledes, at ressourcemobilisering ikke kun er

knyttet til mikroniveau, men også mesoniveau. Dannelse af nye foreninger kan bidrage til yderligere aktiviteter og socialt fællesskab samt sikre forankring af aktiviteterne i nærmiljøet.

7.8.5 Strukturelle tiltag

Kommunernes strukturelle tiltag kobles sjældent direkte til mental sundhed, og ligeledes beskrives det ikke, om tiltagene er en del af et program indeholdende indsatser på flere systemniveauer, der systematisk skal bidrage med effekter hos bestemte målgrupper, som det anbefales af Edwards et al. (38). Dette betyder imidlertid ikke, at der ikke er igangsat strukturelle indsatser på meso- og makroniveau, som kan højne den mentale sundhed.

Thisted og Herlev har arbejdet med ændringer af de fysiske rammer i relation til at øge den mentale sundhed (B, K). I Herlev indebærer de strukturelle indsatser etablering af en løberute, gennemførelse af en tryghedsvandring, opsættelse af mere belysning samt fældning af træer og buske (B). Flere af disse indsatser har, ifølge beboerne, medvirket til at løfte den mentale sundhed (B). Thisted beskriver ligeledes, at de har lavet ændringer i de fysiske omgivelser i nærmiljøet, som skal skabe rammer for øget mental sundhed. Der er bl.a. lavet en udbedring af udeområder, etablering af stier, grønne områder mv. (K). Jævnfør specialets problem-analyse og den kontekstuelle faktors betydning for sundhed i nærmiljøerne, kan det anses som relevant, at kommunerne arbejder med forbedring af områdets fysiske rammer. Imidlertid fremgår det ikke af dokumenterne, hvordan disse strukturelle tiltag fungerer i samspil med tiltag på andre systemniveauer.

I dokumenterne fremgår arbejdet på det politiske og organisatoriske niveau sjældent, om end det må forventes, at dette har haft indflydelse på effekterne af indsatserne. Dog kan det nævnes, at satspuljeprojektet i Aalborg har indført tiltag af politisk karakter ved gratis motionsklippekort til de beboere, som lider økonomisk afsavn, og som ofte er en udsat gruppe i forhold til mental sundhed (L). Rabatkort og gratiskort på motionsområdet er ligeledes indført i Thisted (K). Selvom det ikke fremgår af projektbeskrivelsen, og der ikke er udformet en evaluering, kan tiltaget i Aalborg være en bevidst strategi for at iværksætte indsatser på flere niveauer, da Aalborg forbinder fysisk aktivitet og mental sundhed (L). Endvidere er det gældende for alle kommuner, at lokaler til motionshold, mødesteder mv. er gratis for beboerne at benytte, og beboerhuse bliver stillet gratis til rådighed for diverse aktiviteter til områdets borgere. Dette er imidlertid ikke beskrevet eksplicit som deciderede politiske beslutninger. Det kan således ikke konkluderes, om tiltagene er en del af en systematisk planlægning af tiltag på flere systemniveauer, da overvejelserne bag disse ikke fremgår.

7.8.6 Opsamling

Generelt kan det fremhæves, at indsatserne er præget af, at der har været forskellige tilgange og metoder til arbejdet med mental sundhed. Af ovenstående fremgår det, at kommunerne især beskriver indsatser på mikro- og mesoniveau, hvoraf langt de fleste indsatser er på mikroniveau i relation til gruppeaktiviteter. Det tyder på, at flere aktiviteter har mulighed for gode effekter, så længe de bliver tilpasset specifikke målgrupper. Individuelle samtaler, med det formål at øge borgernes handlekompetencer og bidrage med støtte og rådgivning, kan opleves virksomme både af projektmedarbejdere og borgere, men spørgsmålet er, om handlekompetencerne reelt øges, og om en øgning i borgernes handlekompetencer er vedvarende efter endt samtaleforløb.

Flere borgere kan også have gavn af aktiviteter på gruppeniveau. Dette kan være kreative aktiviteter og mødesteder, som skaber frirum og sociale relationer, eller motionshold, som er udformet til specifikke målgrupper, som normalt er svære at rekruttere. Spørgsmålet er imidlertid, om den mentale sundhed øges, eller om det er borgernes trivsel, som påvirkes positivt på kort sigt i forbindelse med deltagelse i aktiviteten. Derfor er forankring af aktiviteterne vigtig. Det tyder endvidere på, at hvis mindre ressourcestærke borgere er begyndt at deltage i én aktivitet i nærmiljøet, er der større sandsynlighed for, at de deltager i de øvrige aktiviteter.

På mesoniveauet har flere indsatser handlet om at mobilisere ressourcer. Det har omhandlet mobilisering af ressourcer ved frivillige borgere samt mobilisering af ressourcer ved andre aktører, der agerer i nærmiljøet. Hvis kommunerne igangsætter kurser for aktørerne med henblik på at mobilisere ressourcer, tyder det på, at varigheden og opfølgningen på kurserne er afgørende. Indsatserne kan endvidere være påvirket af personlige ressourcer og kompetencer samt relationelle faktorer imellem de personer, der afholder aktiviteterne og borgerne.

Af strukturelle tiltag på meso- og makroniveauet har nogle kommuner arbejdet med forbedring af fysiske rammer. Der kan i forvejen eksistere indsatser af politisk karakter på makroniveau, som kan spille sammen med de planlagte tiltag på mikro- og mesoniveau. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere, om kommunerne har indtænkt disse tiltag i projekterne og systematisk arbejdet med dem i samspil med de øvrige systemniveauer. Imidlertid har flere indsatser potentiale og elementer af en systematisk tilgang, men eftersom kommunerne ikke har beskrevet de systematiske overvejelser, kan vi ikke konkludere, om de har arbejdet systematisk. Det tyder på, at justering af indsatserne ofte har været foretaget af pragmatiske grunde, såsom manglende fremmøde til de igangsatte aktiviteter, og ikke på baggrund af en iterativ tilgang, hvor indsatserne er justeret med henblik på at højne potentialet for effekter hos målgruppen.

7.9 Rekruttering

I kommunernes dokumenter fremgår det, at rekruttering af målgruppen beskrives som et generelt problem (A, B, D, E, J, K). I dette afsnit diskuteres, om de tiltænkte målgrupper deltog i indsatserne, samt hvilke udfordringer og positive erfaringer som kommunerne og de videnskabelige studier har haft med forskellige rekrutteringsmetoder. I dette afsnit inkluderes udelukkende de 10 kommuner, hvor der er udformet en evaluering, da disse dokumenter muliggør en analyse af, hvilke borgere der blev rekrutteret.

7.9.1 Evaluering af deltagere

Af afsnit 7.5.2 *Udvælgelse af målgruppe* bemærkes det, at der i dokumenterne er en diskrepans mellem borgere, som har problemer med deres mentale sundhed, jf. nærmiljøsundhedsprofilen, og borgere, som tiltagene er rettet mod. Ligeledes ses, at flere kommuner i evalueringen af de enkelte aktiviteter ikke har klarlagt, hvem deltagerne har været (A, B, C, D, F). Selvom Sundhedsstyrelsen har pålagt kommunerne at have fokus på rekruttering og fastholdelse af mindre ressourcestærke borgere, kan der være kritik af, om kommunerne har haft tilstrækkeligt fokus på inddragelse af udvalgte målgrupper ud fra nærmiljøsundhedsprofilen, eller om de i højere grad har fokuseret på at lave indsatser, der er rettet mod risikofaktoren mental sundhed.

I forbindelse med en analyse af rekrutteringen er det centralt at fastslå, hvilke borgere kommunerne har rekrutteret til deltagelse i projekterne. Ifølge RE-AIM-modellens element *reach* og Saunders et al. er det væsentligt, at det i evalueringen kan vurderes, hvorvidt interventionen har nået den tiltænkte målgruppe og dermed kan vurdere interventionens rækkevidde (39,52).

Generelt kan det problematiseres, at kun få kommuner i deres evalueringer har beskrevet, hvilke målgrupper der har deltaget i indsatserne. Det vides således ikke, hvilke målgrupper der har været vanskelige at rekruttere. Enkelte kommuner har beskrevet de tiltænkte målgrupper under de enkelte indsatser (B, C, D, F, J), men ikke alle evalueringer følger op på, hvilke målgrupper der reelt har deltaget i indsatserne. Nogle kommuner har beskrevet deltagerne i evalueringerne (E, I, J), hvoraf Køge blot beskriver deltagerne som mindre ressourcestærke borgere. Dette kan problematiseres, da opfattelsen af, hvad der karakteriserer disse borgere, kan variere. Dette er tilfældet i Køge, hvor en projektmedarbejder har en oplevelse af, at de når de mindre ressourcestærke borgere, mens en anden medarbejder mener, de ikke når målgruppen (E). Ud fra eksemplet kan det pointeres, at det er væsentligt med en tydeliggørelse af målgruppen, idet en manglende beskrivelse af denne vil kunne medføre usikkerhed om, hvorvidt målgruppen inkluderes i projektet.

Ifølge Edwards et al. er en analyse af målgruppen nødvendig for at udføre effektive justeringer. Ligeledes er det væsentlig med inddragelse af relevant litteratur og teori, som kan hjælpe med at justere indsatser, så de tilpasses målgruppen (38). Det kan derfor anses som problematisk, hvis kommunerne ikke kortlægger, om deltagerne i aktiviteterne stemmer overens med den tiltænkte målgruppe, da dette besværliggør arbejdet med at foretage nødvendige justeringer eller vurdere effekterne. En barriere i form af utilstrækkelig anvendelse af teori kan muligvis undgås ved, at forskere inddrages i projektet (44).

Kommunernes manglende dokumentation og justering af aktiviteterne kan muligvis skyldes, at de mangler viden, som kan være behjælpelig i forhold til at udvælge relevante strategier og aktiviteter, som matcher den ønskede målgruppe. Ved gennemlæsningen af kommunernes dokumenter fremkommer det umiddelbart ikke, om nogle kommuner undervejs har samarbejdet med forskere i udviklingen af indsatserne. Dog bør nævnes, at Sundhedsstyrelsen og COWI har fungeret som sparringspartnere, og at der undervejs har været afholdt temadage (10). Der kan imidlertid stilles spørgsmål ved, om enkelte temadage kan give kommunerne den nødvendige støtte, eller om det ville være bedre, hvis der var en løbende dialog omkring udvikling og justering af indsatserne. Hertil kan der være en kritik af rammerne, som er givet kommunerne, idet det kunne have været relevant at etablere flere temadage.

7.9.2 Rekrutteringsmetoder

Det kan være nødvendigt at anvende forskellige kommunikationsmetoder for at nå ud til og rekruttere de ønskede målgrupper. Kommunerne har anvendt opslag, sociale medier, personlig kontakt, kontakt pr. telefon, aviser, radio, plakater, flyers og brugt samarbejdspartnere via f.eks. biblioteker, sundhedskonsulenter, hjemmesygeplejersker, foreningsrepræsentanter etc. til oplysning om projektet og rekruttering af borgere (C, E, F, H, I, J, K). Da flere af kommunerne ikke præciserer, hvilke borgere der deltog i indsatserne eller har profiteret af den samlede indsats i nærmiljøet, er det svært at fremanalysere, om ovennævnte kommunikationsmetoder har været effektive og tilstrækkelige over for mindre ressourcestærke borgere. Nogle metoder fremhæves imidlertid som virksomme, hvilket uddybes i det nedenstående.

Positive rekrutteringserfaringer

Fælles for flere kommuner er gode erfaringer med; at beboerne begynder at rekruttere hinanden, rekruttering gennem andre aktører og samarbejdspartnere samt anvendelsen af en proaktiv²⁷ strategi (C, D, E, F, H, I, J, K). I evalueringen fra Hjørring ses en positiv effekt af proaktiv rekruttering, hvor en sundhedskonsulent har ringet på døre og taget kontakt til beboerne og informeret dem om arrangementer. Generelt blev der taget godt imod dette tiltag, og beboerne tilkendegav, at det var rart at have mødt sundhedskonsulenten, hvilket fremmede beboernes lyst til at deltage i tilbuddet (C). Erfaringerne fra sundhedskonsulenten var endvidere, at det var nemmere at få en god kontakt og et større fremmøde, hvis rekrutteringen foregik ansigt-til-ansigt (C). Den proaktive rekrutteringsstrategi kan suppleres af studiet af Macleod et al., som viste, at rekrutteringsmetoder med personlig kontakt havde en bedre effekt end plakater og avisannoncer. Resultaterne viste, at det var en fordel, at projektmedarbejderne var synlige i området, og at der var personlig kontakt, herunder ansigt-til-ansigt og pr. brev (68).

Silkeborgs rekrutteringsstrategi har været inddelt i to faser. Første fase bestod af åbne og uforpligtende tilbud som fællesspisning, sundhedstjek etc., da de i projektets pilotfase fandt ud af, at dette var en effektiv fremgangsmåde til at rekruttere borgerne. Herefter iværksatte de i anden fase målrettede tilbud til de beboere, som de ikke fik kontakt til i første fase. I anden fase arbejdede de proaktivt og opsøgende via telefonisk kontakt eller personlig henvendelse på borgerens bopæl eller i nærmiljøet (H). Eksemplet med Silkeborg er interessant, da de har gennemført en pilotfase, hvor de har indsamlet viden om, hvordan de skulle rekruttere områdets borgere og derved haft mulighed for at tilpasse rekrutteringsmetoderne til den aktuelle kontekst. Dette kan ses i relation til den socioøkologiske tilgang i FIP, hvor anerkendelse af samspillet mellem borgere og konteksten er central (38). Dette understreges endvidere af Trickett, som pointerer vigtigheden af ikke at anvende dekontekstualiseret viden, men derimod at tage udgangspunkt i den kontekst, hvori indsatserne skal foregå (70). Desværre fremgår det ikke af evalueringen fra Silkeborg, hvorvidt denne strategi har været effektiv.

Flere kommuner har justeret rekrutteringsmetoderne undervejs, enten planlagt eller hvis de har oplevet vanskeligheder ved at rekruttere den tiltænkte målgruppe (E, H, K). Dette anbefales også ifølge FIP, da det er nødvendigt, at der løbende foretages justeringer med henblik på at fremme indsatsernes effekter (30,38). Køge har i det sidste halve år inden slutevalueringen lavet et stort opsøgende arbejde for at komme i kontakt med den gruppe af borgere, der er sårbare, psykisk syge eller ensomme, og som derfor ikke af egen drift opsøger projektet. Dette beskrives som en vellykket strategi (E). Thisted har ligeledes justeret deres metode undervejs for at øge rekrutteringen og fastholdelsen, da de opdagede nødvendigheden af at arbejde med relationen, inden de kunne skabe dialog om sundhed med borgerne, hvilket har vist sig at have en god effekt (K).

Årsager til mislykket rekruttering

Nogle kommuner beskriver, at flere af de oprindelige idéer til aktiviteter blev afviklet på grund af sparsomt eller intet fremmøde til aktiviteterne, hvilket kan skyldes uhensigtsmæssige rekrutteringsmetoder eller manglende interesse for aktiviteterne (B, F, J). Ligeledes fremhæves den geografiske afgrænsning som en barriere, idet projektområdet har været for lille og derved påvirket antallet af deltagere (K). Det fremhæves desuden,

²⁷ Defineres af Sundhedsstyrelsen som opsøgende rekruttering, f.eks. personlig kontakt telefonisk eller ansigt-til-ansigt (8).

at en mislykket rekruttering kan skyldes, at målgruppen er de mindre ressourcestærke borgere, og at det er vanskeligt at skabe interesse for aktiviteterne og komme i dialog med ensomme og udsatte beboere (B, J, K).

I nogle kommuner påpeges endvidere mistillid til kommunen, manglende kendskab til indsatserne, manglende overskud hos målgruppen, frivillig isolering, manglende selvtillid og det, at nogle beboere ikke ser sine behov blive mødt af indsatserne (E, K). I Køge kommer borgernes mistillid til kommunen til udtryk gennem flere problematikker.

”De beboere, der ikke benytter Sund Zone, ser anderledes på forholdet til kommunen. Her er der skepsis og bekymring for, at hvis medarbejderne i Sund Zone ’opdager’, at der er vanskeligheder i et hjem, så vil de måske gå til kommunen med den viden. Eller de er bekymrede for, at kommunen, hvis man som beboer på førtidspension indgår i arbejdet med frivillige aktiviteter, så vil vurdere, at man er mere arbejdsdygtig end antaget, og dermed bliver man bange for at få frataget sin pension” (Køge, slutevaluering s. 9-10).

I forhold til at imødekomme udfordringer i forhold til tillid gør projektmedarbejderne i Thisted meget ud af at få skabt en relation til borgerne i nærmiljøet. De er opsøgende og synlige i arbejdet ud fra betragtningen om, at fordomme herved kan undgås og tillid kan skabes. I evalueringen angives det, at projektmedarbejderne har formået at få skabt en god relation til de frivillige og brugerne af projektet, hvilket har haft betydning for fastholdelsen af borgerne (K). Thisted har desuden erkendt, at der var enkelte grupper, som projektet ikke gav mulighed for at nå, som f.eks. var for psykisk syge til at deltage (K). Erfaringen fra Thisted er vigtig, da denne kan anvendes til at problematisere, om satspuljen har været for bred og upræcis, hvis kommunerne har haft ambitioner om at nå alle nærmiljøets beboere.

Kommunikationsform og sprog fremhæves i flere af dokumenterne som en barriere i forhold til rekruttering (E, H, J). Dette kan skyldes, at flere nærmiljøer har mange borgere med anden etnisk baggrund end dansk, samt at flere borgere i nærmiljøerne kategoriseres som analfabeter. I Struer fremlægges således, at der har været udfordringer i forhold til rekrutteringen, idet mange borgere i nærmiljøet er ordblinde og hverken læser aviser, opslag etc. På denne baggrund har Struer valgt at bruge lokalradioen som kommunikationsmetode, hvoraf virkningen ikke er beskrevet (I).

7.9.3 Opsamling

Det tyder på, at kommunerne i implementeringen af de enkelte aktiviteter ofte har udfordringer med rekruttering af mindre ressourcestærke borgere, hvilket også er en kendt problematik fra litteraturen (30). Overordnet er det svært at konkludere og evaluere på kommunernes rekrutteringsmetoder, da kommunerne ofte ikke har ekspliciteret, hvem der har deltaget i aktiviteterne. Proaktiv rekruttering og borgere, som rekrutter andre borgere, bliver af flere kommuner fremhævet som effektivt i forhold til rekruttering af mindre ressourcestærke borgere. Ligeledes fremhæves det, at hvis beboerne deltager i én aktivitet, kan det fremme rekrutteringen til andre aktiviteter, jf. afsnit 7.8.3 *Gruppeniveau*. Nogle af kommunerne har desuden foretaget flere justeringer i rekrutteringsmetoderne, hvilket tyder på at være en god strategi. Udfordringer i forhold til rekrutteringen kan variere og indebærer bl.a. sprogbarrierer, mistillid, kulturen og at det er svært at komme i dialog med de udsatte borgere.

7.10 Forankring

I dette afsnit beskrives forhold, som har haft betydning for forankringen af kommunernes indsatser. Dette knytter sig til RE-AIM modellens element *maintenance*. Kommunerne har udarbejdet evalueringer efter projekternes afslutning i oktober 2014, og analysen vil foretages på baggrund af disse. Forankringen på længere sigt er således ikke mulig at analysere. I afsnittet inkluderes de 10 kommuner, som har udformet en evaluering.

Det fremgår af kommunernes evalueringer, at der er variation i forhold til, om forankringen af de enkelte aktiviteter er lykkedes ved satspuljeprojektets afslutning. Alle kommunerne har pointeret vigtigheden af, at forankringen indtænkes fra begyndelsen. Den langsigtede forankring, herunder om en eventuel positiv ændring i nærmiljøerne er vedvarende efter endt projektperiode, kan først måles på længere sigt. Ifølge Glasgow et al. er vedligeholdelse af ændringerne (*maintenance*) en udfordring både på individniveau samt organisationsniveau og en vurdering af forankringen er først mulig efter mindst 2 år (39). Kommunerne har forskellige metoder til at forsøge at sikre forankring. Flere kommuner har arbejdet ud fra eksisterende tilbud i nærmiljøerne for at sikre en efterfølgende forankring af aktiviteterne (A, C, D, E, F, H, I). Derudover vil kommunerne sikre forankringen gennem borgerinddragelse (C, D, F, H, I, K). Desuden har flere kommuner fokuseret på frivillige samt tid og ressourcer, hvilket uddybes i nedenstående afsnit.

7.10.1 Frivillige

Kommunerne fremhæver frivillige borgere såvel som lokale foreninger som en ressource for projekterne og et vigtig element i forankring af de enkelte tiltag (A, B, C, D, E, F, H, J, K). Dette kan skyldes, at kommunerne efter satspuljeprojektets udløb ikke har økonomiske ressourcer til at videreføre de igangsatte aktiviteter. Ligeledes kan forankringen af aktiviteter, der drives af frivillige kræfter, ses i relation til en overordnet tankegang om opbygning af ressourcer og borgerinddragelse i de udsatte nærmiljøer, således at indsatserne bliver selvkørende.

Flere kommuner pointerer vigtigheden af, at borgerne inddrages, da det skaber en følelse af ejerskab over indsatserne (B, C, H, I, J, K), hvilket yderligere vil kunne bidrage til forankring af indsatserne (B, H, K). Edwards et al. fremhæver, hvordan det ofte er en barriere, hvis nærmiljøet ikke inddrages, idet der således kan mangle engagement fra borgerne (38). Derfor anses det som væsentligt, at kommunerne har fokus på inddragelse af borgerne i nærmiljøerne i forhold til forankring.

I evalueringen fra Thisted beskrives det, at det er de frivillige, som kommer med flest idéer til nye aktiviteter (K). På denne baggrund anses de frivillige som en vigtig ressource i udarbejdelsen af indsatser og ligeledes i forankringen, og det kan hermed være vigtigt at kunne tilpasse aktiviteterne, hvis nøglepersoner fraflytter nærmiljøet. I Thisted har der været overvejelser vedrørende, at frivillige kunne danne en forening, som kunne sikre projektets fremadrettede virke (K). Der har imidlertid været tvivl om, hvorvidt de frivillige kunne bære projektet videre, hvilket følgende citat illustrerer.

"Det er usikkert, om de frivillige er i stand til at bære det videre uden støtte fra professionelle projektmedarbejdere, og både de frivillige selv, andre beboere og projektmedarbejderne vurderer, at de frivillige formentlig ikke ville kunne håndtere Solsikkens (Projektet i Thisted, red.) fortsatte drift uden hjælp fra en koordinator med arbejdsplads i Medborgerhuset" (Thisted, egenevaluering s. 32).

Dette fremhæves i den eksterne evaluering fra Esbjerg, at projektet har manglet en overordnet forankringsplatform, eksempelvis i form af en forening eller lignende (A). I Struer fremhæves, at *Trivselscaféen* ikke kan videreføres udelukkende på frivillig basis, men at der er behov for fagligt personale, som kan agere tovholder, og i Thisted anbefales det, at der, for den fortsatte forankring af projektet, ansættes en koordinator, som kan varetage de ansvarsområder, som de frivillige ikke kan magte (I, K). Dette stemmer overens med erfaringer fra Esbjerg, der havde en frivilligkonsulent ansat. Her fremhæves det, at frivilligkonsulentens opgave med at støtte de frivillige og yde starthjælp uden at tage styringen fra dem har været en styrke med henblik på at sikre bæredygtigheden af initiativerne. Således er flere borgerdrevne initiativer med konsulentens støtte blevet forankret i nærmiljøet (A).

Der pointeres således vigtigheden af, at de frivillige får støtte og hjælp f.eks. til udvikling af deres kompetencer. Ligeledes ses det, at denne støtte kan være udslagsgivende for aktiviteternes forankring og bæredygtighed. Den fortsatte støtte fordrer, at der på makroniveau er politisk opbakning dertil, herunder at der afsættes økonomiske midler. At forankring dels handler om frivillighed og dels handler om kommunalpolitiske elementer fremgår af den eksterne evaluering fra Esbjerg, hvor det fremhæves, at forankringen af et tiltag kan afhænge af, om der er politisk opbakning dertil (A).

7.10.2 Tid og ressourcer

I forhold til at sikre forankring af projekterne i nærmiljøerne kan tid og ressourcer være af afgørende betydning. At det tager tid at skabe forandringer og effekter i udsatte nærmiljøer fremhæves både i FIP og RE-AIM samt i de videnskabelige artikler fundet via den systematiske litteratursøgning (30,38,39,63,64,67).

Bak og Andersen pointerer, at korte projektforsløb på 2-3 år ikke er tilstrækkeligt, idet FIP ofte kræver længere tidsforsløb for at opnå tilfredsstillende forankring og indflydelse på politikken, hvorfor længere tidsperioder anbefales for at sikre målbare resultater (44). Nogle af kommunerne påpeger også tidsperioden som vigtig (F, J, K).

FIP påpeger, at tilstrækkelig dosering og intensitet er nødvendig for effektive og forankrede indsatser (38). Det kan anses som problematisk, at der oftest ikke prioriteres tilstrækkeligt med ressourcer, som kan sikre en nødvendig dosis, hvilket indebærer en tilstrækkelig mængde ressourcer i form af personale og økonomi samt intensitet i gennemførelsen af indsatserne. Eksempelvis kan udfordringer i forhold til personaleressourcer have haft betydning for arbejdet og resultaterne på Langeland, da de i projektforsløbet har været presset på grund af personaleskift og barselsorlov (F).

I den eksterne evaluering fra Esbjerg fremhæves af flere af de interviewede projektledere, at de undervurderede arbejdsbyrden og de kommunikative udfordringer. På den anden side fremhæves ligeledes satspuljeprosjektets positive elementer, og hvordan den fireårige projektperiode har givet grobund for det fremtidige samarbejde, hvilket fremgår i følgende citat.

”Der er sået nogle frø til at gøre tingene anderledes. Vi har fået meget viden om, hvordan vores egen organisation fungerer og hvad vi skal gøre for ikke at blive endnu mere silo-opdelt” (Esbjerg, ekstern evaluering s. 26).

Selvom satspuljeprojektets tidsperiode muligvis ikke er tilstrækkelig til at skabe en langsigtet forankring fremhæves det i det ovenstående, at kommunerne har fået organisatoriske erfaringer, som de kan udnytte i det fremtidige arbejde med udsatte nærmiljøer. De fleste kommuner beskriver ikke organisatoriske udfordringer under projektforløbet, hvorfor dette ikke kan analyseres yderligere. Ifølge Trickett er viden om de bagvedliggende problematikker og kompromiser imidlertid vigtig, hvis der på sigt skal erfaringsopsamles og læres af de igangsatte indsatser (70).

Ud over tid kan økonomisk støtte også være vigtigt, så der er midler til den videre udvikling i nærmiljøerne. Hjørring pointerer økonomien som væsentlig for, at aktiviteterne kan føres videre, og der kan ske en langsigtet forankring (C). Forankringen handler ikke kun om de enkelte tiltag, men om en økonomisk forankring på et organisatorisk niveau inden for kommunen. I relation til Thistedes overvejelser om dannelse af en frivilligforening, der kan føre projektet videre, fremlægges ligeledes, at det vil være nødvendigt med fundraising eller brugerbetaling for at sikre afholdelse af aktiviteter fremover (K). Valget af brugerbetaling bør imidlertid overvejes, idet det fremgår af nærmiljøsundhedsprofilerne, at mange af borgerne i de udsatte nærmiljøer lider økonomiske afsavn (53). Derfor kan brugerbetaling resultere i et fravalg af deltagelse for de mindre ressourcestærke borgere, og det kan derfor tænkes, at aktiviteter med brugerbetaling fravælges af en række borgere (B, F, H, J).

7.10.3 Opsamling

I forankringen af aktiviteterne tyder det på, at vigtige aspekter omhandler inddragelse af frivillige i nærmiljøet, som kan have brug for fortsat støtte. I kommunerne ses gode resultater med ansættelse af en medarbejder, der kan hjælpe og støtte de frivillige. Desuden ses det både i litteraturen og i erfaringer fra kommunerne, at tid og ressourcer, herunder økonomi og kommunal organisering, er afgørende i forhold til at få aktiviteterne forankret. Forankring er imidlertid vanskelig, og på trods af at forankring indtænkes fra starten, skal den hele tiden tilpasses en omskiftelig virkelighed, da frivillige kan flytte og organisationer kan mangle ressourcer. Da dokumenterne, der analyseres, er skrevet ved projekternes afslutning (efteråret 2014) kan det ikke afgøres, om projekterne er forankrede på længere sigt, idet kommunernes beskrivelse af forankrede indsatser er opgjort ganske kort tid efter projekternes ophør. I relation hertil kunne det være interessant at undersøge, om en langsigtet forankring finder sted i de enkelte kommuner, hvilket kunne gøres ved en opfølgende evaluering f.eks. om 1-2 år.

8. anbefalinger

Dette kapitels formål er på baggrund af den systematiske litteratursøgning og dokumentanalysen at udlede anbefalinger til det videre kommunale arbejde med mental sundhed hos mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer og dermed besvare projektets problemformulering. Først pointeres væsentlige opmærksomhedspunkter, som har været fremtrædende gennem dokumentanalysen. Derefter fremlægges anbefalinger i relation til; *En iterativ tilgang og borgerinddragelse, Analyse af nærmiljø og målgruppe, Målemetoder, Teorier og indsatser, Rekruttering og Forankring*. Anbefalingerne er udformet med udgangspunkt i mental sundhed. Flere elementer i anbefalingerne kan anvendes på andre områder i det kommunale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, når der arbejdes med FIP i udsatte nærmiljøer, og når målgruppen er mindre ressourcestærke borgere.

8.1 Væsentlige opmærksomhedspunkter

Bredden i satspuljen har på flere måder haft en betydning for kommunernes og specialets udbytte, da det kan formodes, at en mere afgrænset og fokuseret satspuljeramme kunne have skabt grundlag for flere målbare resultater inden for mental sundhed. Det tyder på, at de brede satspuljerammer har haft en betydning for forskellene blandt projekterne, da projektmedarbejdernes uddannelse, faglighed, erfaringer og kompetencer har haft indvirkning på processen både i forhold til valg af teorier, tilgange, indsatser samt metoder til målinger af effekter og erfaringer. Kommunerne har overvejende haft brug for en fastere definition af mental sundhed for at arbejde mere målrettet. Dette pointerer således væsentligheden af, at der fremadrettet, f.eks. fra Sundhedsstyrelsens side, er mere håndgribelige definitioner og metodebeskrivelser til begreber, som er komplekse, herunder mental sundhed. Dette er ligeledes væsentligt i forhold til muligheden for at arbejde systematisk, så indsatserne kan lykkes i en kompleks praksis.

Barriererne for det fremtidige arbejde kan være kommunernes manglende kendskab til FIP's systematiske tilgang til sundhedsfremmende og forebyggende projekter. Hertil anbefales det, at de ansatte ved starten af et større økonomisk sundhedsprojekt bliver opkvalificeret, således at de er i stand til at varetage den systematik og dokumentation, som er nødvendig for at kunne justere og vurdere effekter af indsatserne. I denne relation kan det undre, at der ikke er øgede krav fra Sundhedsstyrelsens side i forhold til dokumentering og evaluering af indsatserne i de enkelte kommuner.

I dokumentanalysens evaluering af kommunernes arbejde er det vanskeligt at bedømme, om det er indsatsen, de valgte tilgange, anvendelse af teori, medarbejdernes kompetencer etc., der er årsagen til de fremhævede effekter. Formodentligt er det et samspil mellem disse elementer, som skal sikre, at der er potentiale for positive effekter. Hvis dette skal undersøges, kræver det en dybdegående udforskning af projekterne i hver enkelt kommune. Ligeledes kan det ikke konkluderes på baggrund af specialets metodevalg, om andre elementer såsom organisatoriske udfordringer kan have haft en betydning i kommunernes arbejdsproces. Med hensynstagen til ovenstående anbefales følgende i det fremadrettede kommunale arbejde.

8.2 En iterativ tilgang og borgerinddragelse

Gennem hele projektet bør der anvendes en iterativ tilgang

I det kommunale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde anbefales det, at der anvendes en iterativ tilgang, da det er vigtigt med en løbende formativ evaluering af de implementerede indsatser med henblik på at foretage systematiske justeringer med udgangspunkt i erfaringer, teori og evidens på området. Justeringen bør foretages for at sikre, at målgruppen nås og får størst muligt udbytte af indsatserne.

Borgerinddragelse bør anvendes fra starten

På baggrund af dokumentanalysen anbefales det at anvende borgerinddragelse som metode, når der arbejdes med FIP og mindre ressourcestærke borgere. Borgerinddragelse er et vigtigt element i forhold til at skabe forankring af indsatserne, og i relation hertil er det centralt, at borgerne inddrages i projektets startfase for at få belyst deres behov. Borgerinddragelse handler også om at støtte borgerne til at blive engagerede og få en aktiv rolle i nærmiljøerne, f.eks. som frivillige, og det handler om at give borgerne en følelse af ejerskab over indsatserne og de positive forandringer. Ud fra litteraturstudiet ses gode erfaringer med at inddrage mindre ressourcestærke borgere som frivillige, hvis det er en gensidig udveksling af frivillige tjenester (69).

8.3 Analyse af nærmiljø og målgruppe

Ved projektstart bør foretages en analyse af nærmiljøet

I forlængelse af den socioøkologiske tankegang, hvor konteksten er væsentlig i forståelsen af sundhedsmæssige problemstillinger, er det ikke muligt at kopiere erfaringer fra et område til et andet. Derimod er det muligt at blive inspireret af erfaringer fra de enkelte kontekster, hvor der ses ligheder. Det anbefales at gennemføre en analyse af konteksten, som skal indeholde følgende: 1) En analyse af kontekstuelle faktorer, hvor sociale og fysiske rammer samt mulige samarbejdspartnere kortlægges. 2) En analyse af kollektive faktorer for at finde frem til, hvilke normer og traditioner i nærmiljøet der er gældende og kan udvikles. 3) En analyse af kompositionelle faktorer for at få indblik i de mindre ressourcestærke borgeres problemstillinger, ressourcer og behov. Analysen af disse forskellige faktorer vil muliggøre, at der tages højde for den konkrete kontekst, hvori indsatserne skal udføres og forankres. Analysen af nærmiljøet og borgerne kan imødekommes via en lokalsamfundsanalyse indeholdende data fra en nærmiljø sundhedsprofil.

Ved projektstart bør udvælges og prioriteres en målgruppe

Det anbefales at udvælge og prioritere en målgruppe, da dette muliggør en evaluering af, om den tiltænkte målgruppe er nået og dermed at justere indsatserne efter målgruppens specifikke behov. Udvælgelse og prioritering er afgørende i forhold til at sikre, at det er målgruppen, som deltager i indsatserne. Der kan være fordele og ulemper ved at inddrage alle nærmiljøets borgere som målgruppe eller fokusere på bestemte målgrupper. Da det er uvist, hvorledes effekterne kan sprede sig i nærmiljøet, anbefales det, at der trods diskussionen om stigmatisering af borgerne udvælges en målgruppe, som der kan interveneres mod. Dette er afgørende i evalueringsøjemed, således at det er muligt at vurdere, om målgruppen nås, og at indsatserne bedst muligt tilpasses målgruppen. I tilfælde af en meget heterogen gruppe af borgere i nærmiljøet med eksempelvis forskellige etniske baggrunde bør der afsøges tilgange og indsatser, som dækker de forskellige behov og

tilpasses de grupper, som har mest behov for det. Hertil kan metoden borgerinddragelse anvendes til at afdekke borgernes idéer og behov.

8.4 Målemetoder

Klare mål bør opstilles ved projektstart, og valg af evalueringsmetoder overvejes på baggrund heraf

Målformulering er et centralt element i et projekts opstartsfase, da det muliggør en efterfølgende evaluering. Målformulering er desuden med til at afgøre, hvilke metoder der skal anvendes til måling af projektets resultater, da nogle mål lægger op til anvendelse af kvantitative metoder, mens andre lægger op til kvalitativ undersøgelse.

Det anbefales, at målene er specifikt formuleret i forhold til mental sundhed, eksempelvis ved anvendelse af SMART-modellen, og at der både formuleres mål for de enkelte indsatser, for de enkelte målgrupper samt for det samlede udbytte af projektet. Specifikke mål, der knytter sig til de enkelte indsatser eller målgrupper, kan måles kvantitativt ved WHO-5's trivselsindeks eller kvalitativt gennem interviews. I relation til kvalitative metoder er det vigtigt, at respondenterne er nøje udvalgte, og at deres karakteristika er beskrevet, således at det er muligt at vurdere, om målgruppen er repræsenteret. Generelle effekter af projektet over for den mentale sundhed i nærmiljøet kan måles ved brug af før- og eftermåling med nærmiljø sundhedsprofiler for at få mere dokumenterbare effekter på mental sundhed. Det anbefales endvidere at gennemføre et kvasiekperimentelt design for derigennem at kunne vurdere effekten af indsatserne yderligere. Her er det vigtigt med en tilstrækkelig høj svarprocent, samt at respondenterne er repræsentative over for målgruppen. Nærmiljø sundhedsprofilen vil kunne give svar på, hvilke borgere der har øget den mentale sundhed og herved, om de mindre ressourcestærke borgere er nået. Ud fra disse oplysninger kan der eventuelt justeres på indsatserne fremadrettet, således at målgruppen nås. Det anbefales, at målingen foretages efter tilstrækkelig tid for at kunne vurdere de langsigtede effekter. FIP anbefaler, at eftermålingerne skal foretages efter minimum tre år.

Det er vigtigt at være bevidst om de kvalitative og kvantitative metoders fordele og ulemper. Kvantitative metoder kan give overblik og måle generelle og sammenlignelige effekter, hvorimod kvalitative metoder giver mulighed for dybdegående, nuancerede og lærerige fortællinger med henblik på at få viden omkring effekter og erfaringer af indsatserne, herunder hvad der virkede og for hvem. En kombination af kvantitative og kvalitative metoder anses som optimalt i forhold til at måle effekterne på den mentale sundhed, idet de supplerer hinanden. Ved anvendelse af blot en af de nævnte metoder er der risiko for, at den fulde virkning af indsatsen ikke tydeliggøres.

8.5 Teorier og indsatser

Praksis bør inddrage teori

Hvis tankegangen bag FIP skal følges, skal teori anvendes i tilrettelæggelsen af indsatserne samt løbende gennem processen. Teori skal anvendes, da den kan give viden om processer på organisatorisk og politisk niveau samt anledning til refleksioner om målgruppens tanker, behov og adfærd, som kan omsættes til tilgange og metoder i praksis. Det er vigtigt, at de kommunale medarbejdere kan integrere tilgangene som en naturlig del af deres praksis eksempelvis ved at møde de mindre ressourcestærke borgere med en ressource-

orienteret og anerkendende tilgang i individuelle samtaler i forsøget på at øge borgernes handlekompetencer og mentale sundhed. Anbefalingerne inkluderer ikke anvendelse af en konkret teori eller tilgang, da det centrale i relation til inddragelse af teori er, at der tages udgangspunkt i den aktuelle kontekst og problemstilling. Hertil anbefales, at teorien anvendes systematisk gennem hele processen, og at forskere inddrages i processen til at supplere de kommunale medarbejders kendskab til teori og tilgange, som er relevante for målgruppen. Det anbefales at eksplicitere anvendte begreber og tilgange for at sikre, at der er argumentation for de nævnte begrebers anvendelighed i forhold til mental sundhed og i evalueringsøjemed i forhold til, hvorledes begreberne og tilgangene er anvendt.

Flere indsatser på forskellige systemniveauer bør anvendes for at højne den mentale sundhed

Mental sundhed er ofte en synergieffekt, som skabes i samspillet mellem flere indsatser, og derfor anbefales det ikke kun at isolere arbejdet med mental sundhed til en enkelt aktivitet. Det er nødvendigt at igangsætte indsatser på flere systemniveauer, og det er en fordel, hvis samspillet af disse systematisk overvejes ud fra størst potentiale for effekter og synergieffekter.

I forhold til mikroniveauet anbefales det at iværksætte individuelle samtaler samt oprette mødesteder, hvor det sociale fællesskab og samhørighed kan styrkes. Desuden tyder de kommunale erfaringer og litteraturstudiet på, at fysiske og kreative aktiviteter kan styrke den mentale sundhed (54,58,60,61). Det væsentligste aspekt er, at indsatserne tilpasses de mindre ressourcestærke borgere ud fra den iterative tilgang og borgerinddragelse. Dermed bør der fokuseres på målgruppen i udformningen af indsatser frem for udelukkende at fokusere på en forbedring af risikofaktoren. På mesoniveau kan det anbefales at uddanne og udvikle kompetencer hos lokale aktører samt samarbejde med eksisterende aktører i nærmiljøet i forhold til at oprette tilbud og rammer, som passer til målgruppen. Yderligere kan inddragelse af borgere i oprettelsen og organiseringen af klubber og foreninger bidrage med at mobilisere ressourcer i nærmiljøet. Her anbefales længerevarende forløb, hvor de mindre ressourcestærke borgeres frivillige engagement løbende støttes. Ifølge FIP anbefales det, at indsatser på makroniveau indtænkes systematisk i samspil med de øvrige indsatser. Som eksempler fra kommunernes erfaringer på det strukturelle niveau kan nævnes forbedring af de fysiske rammer samt oprettelse af gratis tilbud, da borgerne i de udsatte nærmiljøer ofte har en lav indkomst.

Ud fra litteraturen og dokumentanalysen anbefales endvidere, at indsatserne, det fælles mødested og de kommunale medarbejdere har en geografisk nærhed til borgerne (55,57,58). Medarbejderne bliver på den måde mere synlige i nærmiljøet, og det gør det lettere for både borgere at opsøge indsatserne og for de kommunale medarbejdere at være tilgængelig og opsøgende samt skabe relationer til de mindre ressourcestærke borgere. Ud fra dokumentanalysen og litteraturstudiet anbefales det at overveje etiske problemstillinger (70) i relation til arbejdet med mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer, idet tætte relationsdannelser kan give borgerne en for stor afhængighed af de kommunale medarbejdere.

8.6 Rekruttering

Viden om konteksten bør inddrages i valg af rekrutteringsstrategi

Ifølge dokumentanalysen samt litteraturstudiet er proaktiv rekruttering en velegnet rekrutteringsstrategi i forhold til at få inkluderet mindre ressourcestærke borgere i indsatserne (68). Yderligere kan det anbefales at

rekruttere de mindre ressourcestærke borgere gennem aktiviteter, som de i forvejen deltager i, samt opfordre til at borgere rekrutterer andre borgere gennem mund-til-mund metoden. Det anbefales, at viden om konteksten inddrages i rekrutteringsstrategien, så denne vælges og planlægges ud fra den aktuelle kontekst.

Der bør foretages en kortlægning af deltagerne samt en justering af rekrutteringsstrategi

Det anbefales at kortlægge, hvem der deltager i de igangsatte indsatser. Ifølge RE-AIM modellen fremlægges vigtigheden af, at deltagerne og deres karakteristika beskrives. Derfor bør indsatsernes tiltænkte målgruppe beskrives ved projektstart, og der bør løbende følges op på, om denne målgruppe inkluderes i indsatsen. Herved bliver det muligt at justere rekrutteringsstrategien fremadrettet i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i relation til at få de mindre ressourcestærke borgere til at deltage i indsatserne.

8.7 Forankring

De frivillige er en ressource i nærmiljøerne, som bør støttes

De frivillige er en ressource for de udsatte nærmiljøer og et vigtigt element i forankringen af indsatserne efter endt projektforsløb. Det kan imidlertid ikke forventes, at projekterne og aktiviteterne ensidigt kan drives af de frivillige. Derfor anbefales det, at der fortsat ydes støtte til nærmiljøerne, f.eks. i form af medarbejdere, der fortsat støtter den gode udvikling og bakker op om de frivillige. Derfor er politisk opbakning og økonomiske midler nødvendige for den langsigtede forankring i nærmiljøerne. I nærmiljøerne er det værd at afprøve om gensidighed i frivilligheden, som vist i litteraturstudiet, vil sikre en vedvarende frivillig indsats i nærmiljøerne samt inkludere flere af de mindre ressourcestærke borgere (69).

Ændringer i nærmiljøerne kræver tid og ressourcer

I dokumentanalysen samt i litteraturstudiet ses, at ændringer i nærmiljøerne kræver, at der tilføres tilstrækkelig med tid og ressourcer (64,67), hvilket ligeledes fremhæves i teorien om FIP. Det anbefales, at der politisk og økonomisk bakkes op om det videre arbejde i nærmiljøerne, da den fireårige projektperiode ikke nødvendigvis er tilstrækkelig til at sikre langsigtede effekter og forankring af indsatserne. Ligeledes anbefales det, at kommunerne prioriterer de anbefalinger, som er realistiske i forhold til de begrænsede ressourcer, som de har til rådighed.

9. Konklusion

Dette kapitel har til formål at besvare specialets problemformulering, som er undersøgt ud fra to forskningsspørgsmål. Først besvares de to forskningsspørgsmål på baggrund af en systematisk litteratursøgning og deduktiv dokumentanalyse med anvendelse af programteori bestående af flerstrengede interventionsprogrammer og procesevalueringsprogrammer. Afslutningsvis besvares problemformuleringen.

1. *Hvilke indsatser fra forskningslitteraturen belyser arbejdet med mental sundhed til mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer?*

På baggrund af den systematiske litteratursøgning fandtes 15 relevante artikler. Flere af studierne omhandlede fysisk aktivitet, og studierne havde forskelligartede resultater i forhold til den fysiske aktivitets effekt på trivsel og mental sundhed. Tre studier tydede på, at kreative aktiviteter havde en god virkning over for trivsel og mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Nogle af studierne omhandlede multiple interventionsprogrammer, hvoraf effekterne var blandede i forhold til mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Et deskriptivt studie vedrørende rekruttering i udsatte nærmiljøer viste, at det var vigtigt med en række strategier, heriblandt opsøgende og personlig kontakt, for at øge rekrutteringen. En kvalitativ evaluering viste, at gensidig udveksling af frivillige tjenester i nærmiljøet gavne beboere og lokalsamfundet inden for sundhed, trivsel og samarbejde.

Flere af studierne havde metodiske fejl og mangler, hvorfor resultaterne skal ses i lyset af disse. Ud fra studierne kan det konkluderes at være forskelligt, hvilke indsatser og tilgange som er effektive, da det afhænger af målgruppen. Desuden kan det konkluderes, at specialets problemfelt er et område, hvor der mangler videnskabelig evidens. Desuden er flere af studierne ikke direkte relaterede til mental sundhed.

2. *Hvordan har satspuljekommunerne arbejdet med mental sundhed (forberedelse, gennemførelse og evaluering), herunder hvilke indsatser og metoder har haft en dokumenterbar effekt og hvorfor?*

Satspuljekommunernes arbejde med mental sundhed konkluderes på baggrund af en systematisk dokumentanalyse. Samtlige kommuners projektbeskrivelser indgår i specialet sammen med midtvejsevalueringer fra tre kommuner og slutevalueringer fra 10 kommuner.

Kommunerne har i forberedelsen anvendt forskellige teorier og har opsat mål, som er defineret på forskellig vis. Kommunerne har i forberedelsen og gennemførelsen enten inddraget specifikke målgrupper eller haft en bred tilgang til målgruppen. Overordnet er det svært at konkludere, om satspuljens målgruppe, de mindre ressourcestærke borgere, inkluderes i indsatserne, da kommunerne ofte ikke har kortlagt, hvem der har deltaget. Dog tyder det på, at det bedste resultat opnås, hvis der i planlægningen af indsatsen tages udgangspunkt i en specifik målgruppe.

Kommunerne har i gennemførelsen af indsatserne ofte været præget af metoder og tilgange såsom borgerinddragelse og ressourceorienterede tilgange. De fleste kommuner har oplevet problemer i forhold til at rekruttere målgruppen, men det tyder på, at proaktiv rekruttering og borgere, som rekrutterer andre borgere, virker effektivt til rekruttering af mindre ressourcestærke borgere.

Overordnet har kommunernes evaluering og effektivitet vist, at de kvantitative effekter er vanskelige at måle, hvorfor det er svært at konkludere, hvilke indsatser og metoder som har haft en dokumenterbar effekt. Ud fra kvalitative undersøgelser kan det derimod konkluderes, at indsatserne har styrket fællesskabet, øget den sociale kapital, trivslen og handlekompetencerne. Disse elementer bliver af kommunerne vurderet i relation til mental sundhed. Følgende indsatser opleves som virksomme af deltagerne; individuelle samtaler med en anerkendende og ressourceorienteret tilgang, lokale mødesteder samt kreative og fysiske aktiviteter. Desuden tyder det på, at ressourcemobilisering i nærmiljøet har en betydning for borgernes handlekompetencer og mulighed for frivillighed, hvilket anses som relevant i forankringen af indsatserne. Ligeledes konkluderes det, at metoden borgerinddragelse har haft betydning for effekten og forankringen af indsatserne, hvorfor kommuner som har anvendt borgerinddragelse fra begyndelsen og i et tilstrækkeligt omfang har haft mest succes. Det kan konkluderes, at kommunerne har både fællestræk og diversitet i deres arbejde med mental sundhed. Dette kan skyldes, at Sundhedsstyrelsen ikke har fastlagt en tydelig ramme for arbejdet med mental sundhed og på grund af konteksternes forskelligheder.

Ovenstående resultater skal ses i lyset af dokumentanalysens begrænsninger. Metoden giver ikke mulighed for en dybdegående analyse af den enkelte kommunes arbejde og vanskeliggør ligeledes en vurdering af, i hvilken grad metoderne har været anvendt og implementeret og dermed bidraget til forbedring af den mentale sundhed.

Hvilke anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med mental sundhed til mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer kan udledes på baggrund af en systematisk kortlægning og analyse af kommunale erfaringer i satspuljeprojektet "Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet" og videnskabelig evidens?

På baggrund af den deduktive dokumentanalyse og den systematiske litteratursøgning besvares speciallets problemformulering.

I det fremadrettede arbejde med mental sundhed for mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer anbefales det gennem hele processen at anvende en iterativ tilgang, hvor metoder, tilgange og indsatser justeres systematisk for at sikre effekter, samt at målgruppen nås og får størst muligt udbytte. Ligeledes anbefales det at inddrage borgerne i projektets startfase for at belyse borgernes behov.

Ved projektstart er det væsentligt, at der opstilles klare mål, og evalueringsmetoder bør vælges på baggrund heraf. Der bør endvidere foretages en analyse af nærmiljøet samt prioriteres en målgruppe. Dette kan gøres ved hjælp af en nærmiljø sundhedsprofil og lokalsamfundsanalyse. Ved at inddrage teori kan dette give anledning til effektive tilgange over for målgruppen mindre ressourcestærke borgere. Hertil er det væsentligt, at der inddrages viden om konteksten i valg af rekrutteringsstrategi, således at der tages udgangspunkt i det enkelte nærmiljø og dets kontekst.

En justering af rekrutteringsstrategien bør foregå med udgangspunkt i en kortlægning af deltagerne. Det er desuden centralt, at der anvendes en kombination af flere indsatser på forskellige systemniveauer for at skabe synergieffekter og højne den mentale sundhed. Her er det vigtigt, at indsatserne udformes, så de passer til målgruppen.

Det er i evalueringen fordelagtigt at anvende en kombination af kvalitative og kvantitative metoder til måling af effekter, ide de bidrager til forskellige evalueringer. I forhold til forankring anbefales det at inddrage frivillige, som med støtte kan være en ressource i nærmiljøerne. Desuden er det nødvendigt at afsætte den nødvendige tid og ressourcer til forankring, således at effekterne sikres fremadrettet.

10. Referenceliste

- (1) Regeringen. Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. 2014.
- (2) Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. 2011.
- (3) Diderichsen F. Ulighed i sundhed. I: Lund R, Christensen U, Iversen L. Medicinsk sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. 2. udgave. København: Munksgaard; 2012. s. 23-41.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen - en vejledning til Sundhedsloven § 119 stk. 1 og 2. 2007.
- (5) Bernard P, Charafeddine R, Frohlich KL, Daniel M, Kestens Y, Potvin L. Health inequalities and place: a theoretical conception of neighbourhood. Social science & medicine 2007;65:1839-1852.
- (6) Voigtlander S, Vogt V, Mielck A, Razum O. Explanatory models concerning the effects of small-area characteristics on individual health. International journal of Public Health 2014;427-438.
- (7) Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? Social science & medicine 2002;125-139.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Opslag af satspulje - "Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet". 2010.
- (9) WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. 2004.
- (10) Sundhedsstyrelsen, NIRAS. Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet - Midtvejsopsamling på tværgående evaluering. 2012.
- (11) NIRAS. Erfaringer med at løfte sundheden i nærmiljøet. 2015.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Fremme af mental sundhed - baggrund, begreb og determinanter. 2008.
- (13) Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. 2010.
- (14) Sundhedsstyrelsen. Mental sundhed og folkesundhed. Effekt af interventioner til fremme af mental sundhed og forebyggelse af psykiske forstyrrelser blandt voksne - et kommenteret resumé. 2008.
- (15) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - mental sundhed. 2012.
- (16) Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. 2006.

- (17) Andersen PT, Jørgensen SK, Larsen EL. For the sake of health! Reflections on the contemporary use of social capital and empowerment in Danish health promotion policies. *Soc Theory Health* 2011;9(1):87-107.
- (18) Ellaway A, MacIntyre S, Kearns A. Perceptions of Place and Health in Socially Contrasting Neighbourhoods. *Urban Stud* 2001 2001-11-1;38(12):2299-2316.
- (19) Barry MM, Jenkins R. Implementing Mental Health Promotion: Churchill Livingstone Elsevier; 2007.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Guide til trivselsindekset: WHO-5. 1999.
- (21) Kommunernes Landsforening. Metoder til dokumentation og evaluering af de kommunale sundhedsopgaver - en pragmatisk tilgang. 2007.
- (22) Taylor L, Taske N, Swann C, Waller S. Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults. 2007.
- (23) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet. 07.02.2013; Tilgængelig på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/2010-2013/forebyggelsesindsatser-i-naermiljoet>. D. 16.02.2015.
- (24) Ringgaard A. Forskere retter kritik mod sats-puljesystem. *Videnskab.dk* 02.11.2012.
- (25) Kommunernes Landsforening. Mere forskning i de kommunale sundhedsopgaver. 2014.
- (26) Sørensen SP. Flertal for at lægge satspuljen om. Kommunernes Landsforening 2014 05.11.2014.
- (27) Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter. Hvad er udsatte boligområder? 2015; Tilgængelig på <http://www.mbbi.dk/by/udsatte-boligomraader/hvad-er-udsatte-boligomraader>. D. 19.02.2015.
- (28) Ministeriet for By, Bolig og Landdistrikter. Liste over særligt udsatte boligområder. 2015; Tilgængelig på: <http://www.mbbi.dk/publikationer/liste-over-saerligt-udsatte-boligomraader>. D. 19.02.2015.
- (29) Wacquant L. Territorial Stigmatization in the Age of Advanced Marginality. *Thesis eleven* 2007-11-01;91(1):66-77.
- (30) Bak CK, Dreier JW, Andersen PT. Systematisk sundhedsfremme i udsatte lokalområder - brobygning mellem forskning og praksis. 2011.
- (31) Etwil P. Udsatte boligområder. *Social Politik* 2012;6:5.
- (32) Lau CB, Dybbroe B. Kommunal sundhedsfremme i borgernes hverdag - ud fra en settings og empowermenttilgang. *Sundhedsfremme - Et kritisk perspektiv* København; 2012. s. 177-199.

- (33) Ellaway A, Macintyre S. Are perceived neighbourhood problems associated with the likelihood of smoking? *J. Epidemiol Community Health* 2009;63(1):78-78-80.
- (34) Gale CR, Dennison EM, Cooper C, Sayer AA. Neighbourhood environment and positive mental health in older people: The Hertfordshire Cohort Study. *Health Place* 2011-7;17(4):867-874.
- (35) Guite HF, Clark C, Ackrill G. The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *The Royal Institute of Public Health* 2006;120:1117.
- (36) Duncan C, Jones K, Moon G. Smoking and deprivation: are there neighbourhood effects? *Soc. Sci. Med* 1999;48(4):497-505.
- (37) Schulz A, Northridge ME. Social determinants of health: implications for environmental health promotion. *Health education & behavior* 2004;31(4):455-471.
- (38) Edwards N, Mill J, Kothari AR. Multiple intervention research programs in community health. *The Canadian journal of nursing research* 2004.
- (39) Glasgow RE, Vogt T.M., Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health* 1999;89(9).
- (40) Lynggaard K. Dokumentanalyse. I: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder*. 1. udgave: Hans Reitzels Forlag; 2010. s. 137-151.
- (41) Link B.G., Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior* 1995.
- (42) Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. 1991;2007:14.
- (43) Dahler-Larsen P. Opskrift på virkningsevaluering. Nye Veje i Evaluering. Dahler-Larsen, P., Krogstrup, H.K.: *Academica*; 2003. s. 51.
- (44) Bak CK, Andersen PT. Anvendelse af flerstrengede interventionsprogrammer i sundhedsfremme projekter. *Ugeskrift for Læger* 2013.
- (45) Frandsen TF, Dyrvig A, Janne BC, FASTERHOLDT I, OELHOLM AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger* 2014;63.
- (46) Rienecker L, Jørgensen PS. Den gode opgave - opgaveskrivning på videregående uddannelser. 2. udgave. *Frederiksberg: Samfundslitteratur*; 2001.
- (47) Korsbek L, Bendix AF, Kidholm K. Profil af en systematisk søgning. *Ugeskrift for Læger* 2006;168(14):1431-1434.

- (48) Rasmussen NK. Evaluering af forebyggende sundhedsarbejde. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G. Forebyggende sundhedsarbejde. 3. udgave. København: Munksgaard; 2000. s. 223-228.
- (49) Dahler-Larsen P. Evaluering. I: Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder. 1. udgave: Hans Reitzels Forlag; 2010. s. 165-180.
- (50) Sundhedsstyrelsen. Evaluering af forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter. 2007.
- (51) Jensen LB. Indføring i tekstanalyse. 2. udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2011.
- (52) Saunders RP, Evans M, Joshi P. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. Health promotion practice 2005.
- (53) NIRAS. Resultater af 12 nærmiljø-sundhedsprofiler - Hovedrapport. 2011.
- (54) Blank L, Grimsley M, Goyder E, Ellis E, Peters J. Community-based lifestyle interventions: changing behaviour and improving health. Journal of Public Health 2007;29(3):236-236-45.
- (55) Gademan MGJ, Deutekom M, Hosper K, Stronks K. The effect of exercise on prescription on physical activity and wellbeing in a multi-ethnic female population: A controlled trial. BMC Public Health 2012;12.
- (56) Hosper K, Deutekom M, Stronks K. The effectiveness of "Exercise om Perscription" in stimulating physical activity among women in ethnic minority groups in the Netherlands: protocol for a randomized controlled trial. BMC Public Health 2008;8(406).
- (57) Wormald H, Waters H, Sleep M, Ingle L. Participants' perceptions of a lifestyle approach to promoting physical activity: targeting deprived communities in Kingston-upon-Hull. BMC Public Health 2006;6.
- (58) Callard F, Friedli L. Imagine East Greenwich: evaluating the impact of the arts on health and well-being. J of Public Mental Health 2005 (4):29-41.
- (59) Tanggaard L, Brinkmann S. Kvalitet i kvalitative studier. I: Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder. En grundbog. 1. udgave: Hans Reitzels Forlag; 2010. s. 489-499.
- (60) Stickley T, Merryweather W, Leighton P. With Art in Mind. A Life in the Day 2007 (4):22-24.
- (61) Renton A, Phillips G, Daykin N, Yu G, Taylor K, Petticrew M. Think of your art-eries: arts participation, behavioural cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London. Public health JID 2012.
- (62) Juul S. Epidemiologi og evidens. 2. udgave. København: Munksgaard; 2012.

- (63) Eden A, Lowndes J. Improving well-being through community health improvement: a service evaluation. *Perspectives in public health* 2013;133(5):272-279.
- (64) Phillips G, Bottomley C, Schmidt E, Tobi P, Lais S, Yu G, et al. Well London Phase-1: results among adults of a cluster-randomised trial of a community engagement approach to improving health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods. *J. Epidemiol Community Health* 2014;68(7):606-614.
- (65) Phillips G, Renton A, Moore DG, Bottomley C, Schmidt E, Lais S, et al. The Well London program--a cluster randomized trial of community engagement for improving health behaviors and mental wellbeing: baseline survey results. *Trials* 2012;13:105-105.
- (66) Wall M, Hayes R, Moore D, Petticrew M, Clow A, Schmidt E, et al. Evaluation of community level interventions to address social and structural determinants of health: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2009;9:207-207.
- (67) Abbema EA, Van Assema P, Kok GJ, De Leeuw E, De Vries NK. Effect evaluation of a comprehensive community intervention aimed at reducing socioeconomic health inequalities in The Netherlands. *Health Promot Internation* 2004;19(2):141-141-56.
- (68) Macleod M, Craigie AM, Barton KL, Treweek S, Anderson AS. Recruiting and retaining postpartum women from areas of social disadvantage in a weight-loss trial--an assessment of strategies employed in the WeighWell feasibility study. *Maternal and child nutrition* 2013;9(3):322-322-31.
- (69) Letcher AS, Perlow KM. Community-Based Participatory Research Shows How a Community Initiative Creates Networks to Improve Well-Being. *Am. J. Prev. Med.* 2009 12;37(6):S292-S299.
- (70) Trickett EJ. Toward a framework for defining and resolving ethical issues in the protection of communities involved in primary prevention projects. *Ethics Behav.* 1998;8(4):321-337.
- (71) Launsø L, Olsen L, Rieper O. Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 6. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2011.

11. Bilag

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Protokol til systematisk litteratursøgning

Bilag 2: Centrale artikler

Bilag 3: Indledende mail til kommunerne

Bilag 4: Oversigt over kommunernes skriftlige materiale

Bilag 5: Skema 1 - Projektbeskrivelse

Bilag 6: Skema 2 - Evaluering

Bilag 7: Resultatoversigt over kommunernes arbejde med mental sundhed

Bilag 8: Kodetræ

Bilag 1 – Protokol til systematisk litteratursøgning

Dette bilag fungerer som et supplement til kapitel 5 Metode, afsnit 5.1 litteratursøgning, og indeholder en beskrivelse og dokumentation af litteratursøgningen samt udvælgelse af artikler i specialet. Litteratursøgningen består af tre søgemetoder; en bred emnesøgning, en kædesøgning ud fra relevant litteratur samt en systematisk søgning i videnskabelige databaser. Disse tre metoder er beskrevet i dette bilag.

Den brede emnesøgning

Den brede emnesøgning er foretaget med henblik på at finde information om mental sundhed samt sammenhænge mellem nærmiljø og sundhed. Formålet er at skabe overblik over problemfeltet og indkredse projektets fokusområde, og denne søgning er således brugt i udarbejdelsen af specialets problemanalyse. I emnesøgningen er der søgt på internettet; blandt andet på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (sundhedsstyrelsen.dk). Søgeresultaterne indeholder ofte grå litteratur, der ikke er peer reviewed, og som ofte ikke er baseret på videnskabelig evidens (1). Yderligere er der foretaget søgninger i databaserne PubMed, Cochrane og Sociological abstracts med henblik på at finde evidensbaseret litteratur, som omhandlede mental sundhed og nærmiljø. Her afgrænsede vi os til reviews, hvor det var muligt.

Kædesøgning

I udarbejdelse af specialets problemanalyse er den brede emnebaserede søgning suppleret af en kædesøgning, hvor yderligere relevant litteratur er identificeret ved gennemgang af referencelister fra de fundne artikler. Denne kædesøgning tog udgangspunkt i anbefalet litteratur fra vejleder. Fordelen herved er, at forfatterne anbefaler hinanden, og det giver en grundig indføring i problemfeltet (1). Udover gennemgang af referencelister har eksempelvis databasen PubMed en funktion, hvor den foreslår anden relevant litteratur, når en forskningsartikel downloades. Denne funktion er ligeledes anvendt.

Den systematiske litteratursøgning i videnskabelige databaser

Den systematiske litteratursøgning havde til formål at finde evidensbaseret viden om interventioner med fokus på mental sundhed og nærmiljø og danner sammen med resultaterne fra dokumentanalysen grundlag for udarbejdelse af veldokumenterede anbefalinger til det videre arbejde med mental sundhed i udsatte nærmiljøer. Den systematiske litteratursøgning er udarbejdet på grundlag af følgende problemformulering:

”Hvilke anbefalinger til det fremadrettede kommunale arbejde med mental sundhed til mindre ressourcestærke borgere i udsatte nærmiljøer kan udledes på baggrund af en systematisk kortlægning og analyse af kommunale erfaringer i satspuljeprojektet ”Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet” og videnskabelig evidens?”

En facetmodel inspireret af PICO-modellen anvendes til strukturering af facetterne i den systematiske litteratursøgning. Facetterne i PICO, med tilhørende søgetermer, ses i nedenstående tabel 1.

AND				
OR	P (Patient)	I (Intervention)	C (Context)	O (Outcome)
	Facet 1: Mindre ressourcestærke borgere	Facet 2: Sundhedsfremme og forebyggelse	Facet 3: Udsatte nærmiljøer	Facet 4: Mental sundhed

Tabel 1: Søgetermer illustreret i PICO-modellens facetter.

Litteratursøgningen er foretaget i; PubMed, Cochrane, CINAHL, PsycInfo og Sociological abstracts. Cochrane er valgt på grund af databasens kvalitetskrav og dermed litteratur af høj evidens. PubMed har ligeledes strenge peer-view krav til artiklerne og er en stor database (2). Yderligere blev der søgt i CINAHL, der dækker områder indenfor sygepleje og lignende fagområder (3). Da problemstillingen bearbejdes flervidenskabeligt, blev der yderligere søgt i PsycInfo (2). Denne blev medtaget på grund af en større andel af kvalitative studier, der blev vurderet som gavnlige i forhold til besvarelse af specialets problemstilling. Sociological abstracts blev valgt for at inkludere videnskabelig litteratur relateret til social- og adfærdsforskning (4).

Der er foretaget en thesaurus-søgning i databaserne for at identificere kontrollerede emneord. Disse emneord betegnes Medical Subject Headings (MeSH-termer) i PubMed og Cochrane, i CINAHL betegnes de Headings, Termfinders i PsycInfo og Subject i Sociological Abstracts. Fordelen ved at søge på MESH-termer er, at de er standardiserede og hierarkisk inddelt (2). De kontrollerede emneord tjekkes for deres indhold med hensyn til deres relevans for problemformuleringen. I visse databaser er thesaurus-søgningen suppleret med en fritekstsøgning for at finde artikler, som ikke er tildelt et kontrolleret emneord (2). Denne fritekstsøgning er indsnævret ved kun at søge i titel, abstract og keywords, hvilket betyder, at titel, abstract eller keywords skal indeholde søgeordet. Dette er for at undgå ikke-relevante artikler. I PubMed valgte vi imidlertid at foretage to søgninger; én hvor vi indsnævrede fritekstsøgningen til titel og abstract i alle fire facetter og én fritekstsøgning, hvor den tredje facet, kontekst-facetten, ikke blev afgrænset af titel og abstract. Valget om at udvide søgningen med den bredere fritekstsøgning blev foretaget på grund af et begrænset antal hits. I resultaterne af denne søgning forekom der, som forventeligt, mere støj i form af irrelevante hits, men da vi fandt fire ekstra artikler til gennemlæsning, forekom søgningen relevant. Flere fritekststermer har forskellige stavemåder på engelsk og amerikansk, hvorfor stavemåden på begge sprog er medtaget i søgningen, eksempelvis den amerikanske stavemåde for neighbourhood, som på engelsk staves neighborhood. Ligeledes er der taget højde for ordenes variationer og forskellige endelser ved at trunkere søgeordet (angives i tabellerne med en stjerne).

Anvendte søgetermer

Nedenfor viser tabellerne 2-7 en oversigt over anvendte søgeord i de fem udvalgte databaser. I de enkelte facetter er søgeordene kombineret med den boolske operator "OR", mens facetterne er knyttet sammen med et "AND". I de nedenstående tabeller er der efter hvert søgeord angivet, om ordet er søgt som kontrollerede emneord eller som en fritekstsøgning i titel-abstract. På baggrund af den hierarkiske inddeling af de kontrollerede emneord vil nogle af søgeordene automatisk blive inkluderet i søgningen på andre ord. Eksempelvis er Health Promotion en underterm til MeSH-terminen Preventive Health Services i PubMed.

AND				
	P (Patient)	I (Intervention)	C (Context)	O (Outcome)
OR	<u>Facet 1:</u>	<u>Facet 2:</u>	<u>Facet 3:</u>	<u>Facet 4:</u>
	”Marginalised group*” [tiab]	Preventive Health Sevices [MeSH]	“Deprived neighbourhood” [tiab]	Mental Health [MeSH]
	“Marginalized group*” [tiab]		“Deprived neighborhood” [tiab]	Wellbeing [tiab]
	“Vulnerable Popula- tion” [MeSH]		”Immediate environment” [tiab]	Well being [tiab]
			“Deprived area” [tiab]	

Tabel 2. Anvendte facetter i PubMed 1. søgning.

AND				
	P (Patient)	I (Intervention)	C (Context)	O (Outcome)
OR	<u>Facet 1:</u>	<u>Facet 2:</u>	<u>Facet 3:</u>	<u>Facet 4:</u>
	”Marginalised group*” [tiab]	Preventive Health Sevices [MeSH]	“Deprived neighbourhood” [tiab]	Mental Health [MeSH]
	“Marginalized group*” [tiab]		“Deprived neighborhood” [tiab]	Wellbeing [tiab]
	Vulnerable Population [MeSH]		”Immediate environment” [tiab]	Well being [tiab]
			“Deprived area” [tiab]	
			”Distressed neighborhood”	
			“Disadvantage neighbor- hood”	
			”Distressed neighbour- hood”	
			“Disadvantage neighbour- hood”	
			”Distressed communit*”	
			“Deprived communit*”	
			“Disadvantage commu- nit*”	

			“Distressed area” “Disadvantage area” “Distressed place” “Deprived place” “Disadvantage place”	
--	--	--	--	--

Tabel 3. Anvendte facetter i PubMed 2. søgning.

AND				
	P (Patient)	I (Intervention)	C (Context)	O (Outcome)
OR	<u>Facet 1:</u>	<u>Facet 2:</u>	<u>Facet 3:</u>	<u>Facet 4:</u>
	”Marginalised group*” [title, abstract, key-words] “Marginalized group*” [title, abstract, key-words] Vulnerable Population [MeSH]	Preventive Health Sevices [MeSH]	“Deprived neighbourhood” [title, abstract, keywords] “Deprived neighborhood” [title, abstract, keywords] ”Immediate environment” [title, abstract, keywords] ”Distressed neighborhood” [title, abstract, keywords] “Disadvantage neighbor- hood” [title, abstract, key- words] ”Distressed neighbour- hood” [title, abstract, key- words] “Disadvantage neighbour- hood” [title, abstract, key- words] ”Distressed communit*” [title, abstract, keywords] “Deprived communit*” [ti- tle, abstract, keywords] “Disadvantage commu- nit*”[title, abstract, key- words]	Mental Health [MeSH] “Well being” [title, abstract, keywords] Wellbeing [title, ab- stract, keywords]

			“Distressed area” [title, abstract, keywords] “Deprived area” [title, abstract, keywords] “Disadvantage area” [title, abstract, keywords] “Distressed place” [title, abstract, keywords] “Deprived place” [title, abstract, keywords] “Disadvantage place” [title, abstract, keywords]	
--	--	--	---	--

Tabel 4. Anvendte facetter i Cochrane.

AND				
	P (Patient)	I (Intervention)	C (Context)	O (Outcome)
OR	<u>Facet 1:</u>	<u>Facet 2:</u>	<u>Facet 3:</u>	<u>Facet 4:</u>
	”Marginalised group*” [title, abstract, keywords] “Marginalized group*” [title, abstract, keywords] Vulnerable Population [MeSH]	Preventive Health Sevices [MeSH]	“Deprived neighbourhood” [title, abstract, keywords] “Deprived neighborhood” [title, abstract, keywords] ”Immediate environment” [title, abstract, keywords] ”Distressed neighborhood” [title, abstract, keywords] “Disadvantage neighborhood” [title, abstract, keywords] ”Distressed neighbourhood” [title, abstract, keywords] “Disadvantage neighbourhood” [title, abstract, keywords] ”Distressed communit*” [title, abstract, keywords]	Mental Health [MeSH] “Well being” [title, abstract, keywords] Wellbeing [title, abstract, keywords]

			“Deprived communit*” [title, abstract, keywords] “Disadvantage communit*” [title, abstract, keywords] “Distressed area” [title, abstract, keywords] “Deprived area” [title, abstract, keywords] “Disadvantage area” [title, abstract, keywords] “Distressed place” [title, abstract, keywords] “Deprived place” [title, abstract, keywords] “Disadvantage place” [title, abstract, keywords]	
--	--	--	---	--

Tabel 5. Anvendte facetter i CINAHL.

AND				
	P (Patient)	I (Intervention)	C (Context)	O (Outcome)
OR	<u>Facet 1:</u>	<u>Facet 2:</u>	<u>Facet 3:</u>	<u>Facet 4:</u>
	”Marginalised group*” [Keyword]	Preventive Health Care [Headings]	“Deprived neighbourhood” [Keyword]	Mental Health [Heading]
	“Marginalized group*” [Keyword]	Health Promotion [Headings]	“Deprived neighborhood” [Keyword]	Wellbeing [Keyword]
	Vulnerabilty [Headings]		”Immediate environment” [Keyword] ”Distressed neighborhood” [Keyword] “Disadvantage neighborhood” [Keyword] ”Distressed neighbourhood” [Keyword]	Well being [Keyword]

			“Disadvantage neighbourhood” [Keyword] ”Distressed communit*” [Keyword] “Deprived communit*” [Keyword] “Disadvantage communit*” [Keyword] “Distressed area” [Keyword] “Deprived area” [Keyword] “Disadvantage area” [Keyword] “Distressed place” [Keyword] “Deprived place” [Keyword] “Disadvantage place” [Keyword]	
--	--	--	---	--

Tabel 6. Anvendte facetter i PsycInfo.

AND				
	P (Patient)	I (Intervention)	C (Context)	O (Outcome)
OR	<u>Facet 1:</u>	<u>Facet 2:</u>	<u>Facet 3:</u>	<u>Facet 4:</u>
	Marginalised group [title, abstract, keywords]	Primary Mental Health Prevention [Term finder]	Deprived neighbourhood [title, abstract, keywords]	Mental Health [Index Terms]
	Marginalized group [title, abstract, keywords]	Health Promotion [Index Terms]	Deprived neighborhood [title, abstract, keywords]	Well Being [Index Terms]
	Vulnerable Population [title, abstract, keywords]		Immediate environment [title, abstract, keywords] Distressed neighborhood [title, abstract, keywords]	

			Disadvantage neighborhood [title, abstract, keywords] Distressed neighbourhood [title, abstract, keywords] Disadvantage neighbourhood [title, abstract, keywords] Distressed communities [title, abstract, keywords] Deprived communities [title, abstract, keywords] Disadvantage communities [title, abstract, keywords] Distressed community [title, abstract, keywords] Deprived community [title, abstract, keywords] Disadvantage community [title, abstract, keywords] Distressed area [title, abstract, keywords] Deprived area [title, abstract, keywords] Disadvantage area [title, abstract, keywords] Distressed place [title, abstract, keywords] Deprived place [title, abstract, keywords] Disadvantage place [title, abstract, keywords]	
--	--	--	---	--

Tabel 7. Anvendte facetter i Sociological abstracts.

Bilag 2 – Centrale artikler

Bilaget indeholder en skematisk oversigt over centrale artikler, som er fremkommet på baggrund af den systematiske litteratursøgning.

Forfatter	Års- tal	Titel	Formål	Studiede- sign/metode	Konklusion	Data- base
Abbema, E. A.; Assema, P. V.; Kok, G. J.; De Leeuw, E.; De Vries, N. K.	2004	Effect evalua- tion of a com- prehensive community intervention aimed at reduc- ing socioeco- nomic health inequalities in the Netherlands.	Artiklen var et evalueringsstudie på individniveau af en omfattende inter- vention i et nærmiljø i Holland. Interventionen sigtede mod at reduce- re socioøkonomisk ulighed i sundhed gennem sundhedsmæssige problemer, som blev defineret af borgerne selv.	Evalueringsstu- die på baggrund af et kvasiek- sperimentielt design (n=1.995).	Studiets resultater viste kun få virkninger og således ikke en overvejende effekt af den omfattende intervention i nærmiljøet. Der blev beskrevet flere forklaringer på de manglende effekter, herunder at interventio- nen ikke var effektiv nok til at give målelige virkninger, at perioden var for kort, at de fle- ste aktiviteter kun nåede mindre grupper, samt grundet den lave responsrate og brug af ikke- validerede spørgsmål.	PubMed
Blank, L.; Grimsley, M.; Goyder, E.; Ellis, E.; Peters, J.	2007	Community- based lifestyle interventions: changing behav- iour and im- proving health.	At undersøge sammenhængen mel- lem ændring i fysisk aktivitetsniveau og indtagelse af frugt og grøntsager og ændringer i selvrapporteret hel- bred og mental sundhed hos borgere i udsatte områder i England.	Follow-up stu- die (n=10.419).	Resultaterne viste, at for borgerne, som æn- drede livsstil, såsom at øge den fysiske aktivi- tet og øge forbruget af frugt og grøntsager, var der en association til positive ændringer i den mentale sundhed.	PubMed
Callard, F.; Friedli, L.	2005	Imagine East Greenwich: evaluating the impact of the arts on health and well-being.	Projektet <i>Imagine East Greenwich</i> havde seks mål i forhold til sundhed og trivsel. 1. At tackle specifikke sundheds- problemer (f.eks. stofmisbrug blandt unge og et mere generelt mål om at fokusere på mental trivsel) 2. At bekæmpe isolation, ensomhed og følelse af eksklusion. 3. At bryde med sociale skel mel- lem grupper og individer 4. Skabe positiv tænkning og en positiv attitude mod sundhed i lokalsamfundet 5. Øge selvtillid og færdigheder 6. Øge opmærksomhed på sundhed og facilitere sundhedsdiskussio- ner.	Kvalitativ eva- luering med semistruktureret interviews med ukendt antal respondenter.	Resultater i forhold til den forbedrede trivsel omhandlede flere eksempler på, at projektet havde givet indbyrdes afhængighed, gensidig- hed, social støtte og social kontakt under og efter projektet. Desuden var der klare eksem- pler på en højere grad af positiv tænkning og attitude, såsom entusiasme og en mere positiv attitude mod sundhed i lokalsamfundet. Lige- ledes havde deltagerne øget deres selvtillid og færdigheder. Udvikling af færdigheder om- handlede verbale evner.	CINAHL

Eden, A.; Lowndes, J.	2013	Improving well-being through community health improvement: a service evaluation.	Artiklen undersøgte, hvordan samfundsudviklingsaktiviteter leveret af Salford Health Improvement service (SHIS) støttede målbare forbedringer i trivsel.	Follow-up studie (n=404). Til måling af trivsel blev WHO-5 anvendt.	I alt 43 uafhængige samfundsinitiativer blev etableret med støtte fra SHIS. Resultaterne viste, at deltagernes trivsel, målt via WHO-5, steg fra 57,5-70,8% i interventionsperioden.	PubMed
Gademan, M. G. J.; Deutekom, M.; Hosper, K.; Stronks, K.	2012	The effect of exercise on prescription on physical activity and wellbeing in a multi-ethnic female population: A controlled trial.	Formålet med studiet var at evaluere programmet <i>Exercise on Prescription</i> effekt på fysisk inaktive kvinder, der lever i multietniske og udsatte nærmiljøer i Haag, Holland.	RCT-studie (n=514). Data om trivsel indsamlet via trivselsspørgeskemaet WBQ12.	<i>Exercise on Prescription</i> nåede den tiltænkte målgruppe, og der var høj compliance. Resultaterne af de statistiske analysere viste ingen signifikant effekt på den samlede fysiske aktivitet og heller ingen effekt på trivslen.	Cochrane
Hosper, K.; Deutekom, M.; Stronks, K.	2008	The effectiveness of "Exercise on Prescription" in stimulating physical activity among women in ethnic minority groups in the Netherlands: protocol for a randomized controlled trial.	Artiklen beskrev et RCT-studiet, der vil målte effekten af programmet <i>Exercise on Prescription</i> på fysisk aktivitet og andre sundhedsrelaterede outcomes inklusiv mental trivsel.	RCT-studie (n=360).	Artiklen var en studieprotokol for RCT-studiet og derfor indeholder artiklen ingen konklusion. Studiets effekter er beskrevet i artiklen af Gademan et al.	Cochrane
Letcher A. S.; Perlow K. M.	2009	Community-Based Participatory Research shows how a community initiative creates networks to improve Well-	Formålet var at udvikle en teori, om, hvordan deltagere engagerer sig i et støttende netværk i et lokalsamfundsprogram, og hvordan dette gavner deltagerne samt lokalsamfundet.	Et kvalitativt casestudiet med inspiration fra grounded theory. 28 dybdegående interviews med respondenter, som havde deltaget i tjene-	Den udviklede teori bestod af en model, som beskrev, hvordan lokalsamfundsprogrammet baseret på gensidighed og engagement gennem tjenestesudveksling, netværk, personlig og kollektiv vækst skabte tilgængelige tjenester, omsorg, transportmuligheder, sikkerhed, social støtte, tillid, positive interaktioner, sundhed, selvværd, nye færdigheder, tilhørsforhold, lederskab og borgerdrevet lokalsam-	PsycInfo

		Being.		steudvekslings-programmet.	fundskapacitet i form af samarbejde og selv-organisering.	
Macleod, M.; Craigie, A. M.; Barton, K. L.; Treweek, S.; Anderson, A. S.	2013	Recruiting and retaining post-partum women from areas of social disadvantage in a weight-loss trial – an assessment of strategies employed in the WeighWell feasibility study.	Formålet var at undersøge strategier i forhold til at rekruttere til interventionen <i>WeighWell</i> målrettet vægttab. Studiet skulle rekruttere 60 overvægtige eller svært overvægtige kvinder efter fødslen, der boede i udsatte områder. Studies resultater lå forud for udførelsen af et RCT-studie, som havde til formål at teste strategier til rekruttering af målgruppen.	Deskriptivt studie.	Resultaterne viste, at hos kvinderne, som deltog og blev fastholdt i interventionen (n=36), var de mest effektive rekrutteringsmetoder i nævnte rækkefølge: Besøg hos lokale grupper, personlige breve samt plakater og visitkort. Der blev på baggrund heraf konkluderet og understreget vigtigheden i, at der benyttes en række strategier til at rekruttere målgruppen.	PubMed
Phillips, G.; Renton, A.; Moore, D. G.; Bottomley, C.; Schmidt, E.; Lais, S.; Yu, G.; Wall, M.; Tobin, P.; Frostick, C.; Clow, A.; Lock, K.; Petticrew, M.; Hayes, R.	2012	The Well London program - a cluster randomized trial of community engagement for improving health behaviors and mental wellbeing: baseline survey results.	Artiklens formål var at præsentere resultaterne fra det baseline-survey, som det klyngerandomiserede studie (CRT) omkring <i>The Well London program</i> , baserede sine analyser på.	Tværsnitstudie (n=4107).	Baselineresultaterne byggede på data fra 20 interventions- og 20 kontrolnærmiljøer. Resultaterne viste, at de miljømæssige karakteristika i interventions- og kontrolnærmiljøer generelt var sammenlignelige.	Cochrane
Phillips, G.; Bottomley, C.; Schmidt, E.; Tobin, P.; Lais, S.; Yu, G.; Lynch, R.; Lock, K.; Draper, A.; Moore, D.; Clow, A.; Petticrew, M.; Hayes, R.; Renton, A.	2014	Well London Phase-1: results among adults of a cluster-randomised trial of a community engagement approach to improving	Formålet med studiet var at måle effekten af <i>The Well London-programmet</i> i forhold til at forbedre sund kost, fysisk aktivitet og mental sundhed og trivsel hos voksne og unge i 20 udsatte nærmiljøer i London.	CRT-studie (n=3986).	Resultaterne af de statistiske analyser viste ingen signifikant effekt for, at programmet havde effekt i forhold til at forbedre sund kost, fysisk aktivitet eller trivsel. Med hensyn til reduktion af usund kost samt øget oplevelse af, at borgerne i nærmiljøet var rykket tættere sammen, sås en signifikant effekt.	Cochrane

		health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods.				
Renton, A.; Phillips, G.; Daykin, N.; Yu, G.; Taylor, K.; Peticrew, M.	2012	Think of your art-eries: Arts participation, behavioural cardiovascular risk factors and mental well-being in deprived communities in London.	Formålet med studiet var; 1) at vurdere forekomsten af deltagelse i kreative aktiviteter og fremmøde ved kulturelle begivenheder i lavindkomstgrupper i London og sammenligne dem med den nationale befolkning i England. 2) At undersøge sammenhængen af deltagelse i kunst og kulturelle aktiviteter med sund kost, fysisk aktivitet, mental sundhed og velvære. 3) At vurdere om den sociale kapital eller mentale sundhed kan mediere forholdet mellem kunstdeltagelse og sundhedsadfærd.	Tværsnitstudie. Data i studiet er hentet fra <i>The Well London program</i> , som er et klyngerandomiseret studie.	Undersøgelsen viste, at niveauet af kunst og kulturel deltagelse i lavindkomstgrupper i London var lavere end landsgennemsnittet for England (75,3% vs. 90%). Kunstdeltagelse var forbundet med sund kost, fysisk aktivitet og mentalt velvære. Desuden blev oddsene for både sund kost og fysisk aktivitet forhøjet ved en højere kunstdeltagelse. I forhold til mental sundhed var deltagelsen i kreative aktiviteter og kulturelle events forbundet med mindre selvrapporteret angst og tristhed, men efter justering af socioøkonomisk eller sociodemografiske faktorer var disse odds ikke længere signifikante. Efter justering af mental trivsel og social kapital var forholdet mellem kunstdeltagelse og sundhedsadfærd stadig signifikant, hvilket kan tyde på, at kunsten i sig selv har en betydning for deltagernes sundhedsadfærd.	CINAHL
Stickley T.; Merryweather, W.; Leighton, P.	2007	With art in mind.	Formålet med studiet var at beskrive kunstens evne til at ændre sind og liv igennem projektet <i>Art in Mind</i> . Projektet havde til formål at forbedre den enkeltes sundhed, trivsel og mental sundhed ved at tilskynde til selvudfoldelse gennem kunst og deltagelse i aktiviteter i lokalsamfundet.	En kvalitativ evaluering af projektet baseret på evalueringsskemaer samt interviews med deltagerne.	I citater udtalte deltagerne, hvordan projektet havde hjulpet mod tristhed, øget deres selvtilid og givet kulør på hverdagen.	CINAHL

Trickett, E. J.	1998	Toward a Framework for Defining and Resolving Ethical issues in the Protection of Communities Involved in Primary Prevention Projects.	Formålet med artiklen var at behandle etiske problemstillinger i relation til primær forebyggelsesinterventioner.	Ekspertudtalelse	I artiklen fremhæves fire elementer, der indeholder etiske problemstillinger: 1) Primære forebyggelsesaktiviteter, som er rettede mod grupper eller samfund er værdidrevne. 2) Primære forebyggelsesaktiviteter kan indeholde spørgsmål vedrørende magten mellem borgerne og dem, som udfører forebyggelsesindsatserne. 3) Samfundsinterventioner bygger ofte på dekontekstualiseret viden. 4) Samfundsinterventioner fokuserer på højrisikosamfund eller højrisikogrupper.	PubMed
Wall, M.; Hayes, R.; Moore, D.; Petticrew, M.; Clow, A.; Schmidt, E.; Draper, A.; Lock, K.; Lynch, R.; Renton, A.	2009	Evaluation of community level interventions to address social and structural determinants of health: a cluster randomised controlled trial.	Artiklen præsenterede studiet om <i>The Well London program</i> , der målte programmets effekt i forhold til forbedring af sund kost, fysisk aktivitet, mental sundhed og trivsel.	CRT-studie.	Studiets effekter fremlægges i artiklen af Phillips et al. (2014).	Cochrane
Wormald, H.; Waters, H.; Sleaf, M.; Ingle, L.	2006	Participants' perceptions of a lifestyle approach to promoting physical activity: targeting deprived communities in Kingston-Upon-Hull.	Studiet formål var at udforske deltagernes oplevelser af interventionen <i>Active Lifestyle</i> og dens effektivitet.	Kvalitativt studie med fokusgruppeinterviews (n=16).	Tre brede temaer fremkom via analyse af fokusgruppeinterviewene; 1) Henvisningsprocessen, 2) Operationelle aspekter ved <i>Active Lifestyle</i> og 3) Oplevede fordele i forhold til sundere livsstil. <i>Active Lifestyle</i> blev oplevet som en succes blandt deltagere. Specielt fremhæves personlige træk ved rådgiveren, herunder. empatisk, oprigtig og vidende, som centrale for succes.	PubMed

Tabel 1. Oversigt over centrale artikler fra den systematiske litteratursøgning.

Bilag 3 - Indledende mail til kommunerne

Nedenstående mail er tilsendt de 12 kommuner i forbindelse med indsamling af materiale til specialets dokumentanalyse.

Kære

I forbindelse med vores afsluttende speciale på kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab, er vi i gang med at gennemføre en kortlægning af kommunernes indsatser inden for mental sundhed i forbindelse med satspuljen *Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet*.

I NIRAS midtvejsevaluering af satspuljen står beskrevet, at 79% af de adspurgte kommunale medarbejdere ønsker at blive bedre rustet til at arbejde med mental sundhed. Derfor synes netop denne tematik relevant.

Hovedformålet med specialet er at udforme et beslutningsgrundlag til det videre arbejde med mental sundhed i kommunerne. Specialets kortlægning af indsatserne inden for mental sundhed, blandt de 12 modelkommuner, skal fungere som en erfaringsudveksling i udarbejdelsen af beslutningsgrundlaget.

I forbindelse med specialet efterspørger vi materiale, herunder reviderede projektbeskrivelser samt evt. yderligere materiale med fokus på mental sundhed. Ligeledes er det af stor interesse, hvis du/I ligger inde med eventuel viden om effekter af tiltag rettet mod mental sundhed eller en mere generel evaluering af projektet som helhed.

Vi håber, at I kan hjælpe os med materiale eller, at du vil videresende mailen til andet personale som eventuelt kan hjælpe os. Hvis du/I ikke kan hjælpe os eller ikke ønsker at deltage, vil vi meget gerne have en tilbagemelding.

Med venlig hilsen

Marianne Rasmussen, Anne Stoffersen Rytter og Eva Kanstrup Poulsen
Specialestuderende, Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet.

E-mail: [REDACTED]

Tlf: [REDACTED]

Bilag 4 - Oversigt over kommunernes skriftlige materiale

Nedenstående tabel viser en oversigt over kommunernes skriftlige materiale, som indgår i dokumentanalysen. Tabellen giver overblik over kommune, forfatter, årstal og titel på henholdsvis projektbeskrivelser, midtvejs- og slutevalueringer.

Kommune	Projektbeskrivelse	Midtvejsevaluering	Slutevaluering
Esbjerg	Esbjerg Kommune, 2014 <i>Projektbeskrivelse</i>		Esbjerg Kommune, 2014, <i>Evaluering af indsatser</i> Christina Radl og Pernille Tanggaard Andersen, 2014, <i>Slutevaluering – Sædding og Ådalen på Toppen 2011-2014</i>
Herlev	Christine Hoff Hansen, Karin Agner og Jens Højberg, 2011, <i>"Sundt Venskab". Hjortegården, Lille Birkholm I+II & Lille Birkholm III.</i>	Lisbeth Naver, 2013, <i>Tillæg til projektbeskrivelse for Projekt 'Sundt Venskab'.</i>	Carina Glitfeldt Hansen og Mie K. Kanne, 2014, <i>Intern evaluering af satspuljeprojektet Sundt Venskab, Herlev Kommune.</i> Lisbeth Naver, 2015, <i>Afrapportering, projekt 'Sundt Venskab', Herlev Kommune - Satspuljen 'Forebyggelsesindsatser i nærmiljøet' 2010-2014.</i>
Hjørring	Sundt Samspil, 2011, <i>Sundt Samspil i Hjørring Vestby - Projektbeskrivelse august 2011.</i>		Hjørring Kommune, 2014, <i>Mennesker. Metoder. Resultater.</i>
Høje-Taastrup	Suzanne Bjerregaard og Janni Langøe, 2011, <i>Sundhed i Gadehavegård Lokalsamfundsanalyse</i>		Janni Langøe, Lærke Kirkegaard Verver og Pernille Søgaard Thygesen, 2014, <i>Slutevaluering af nærmiljøprojektet Sundhed i Gadehavegård i Høje-Taastrup Kommune.</i>
Køge	Køge Kommune, 2011, <i>Sund Zone- Revideret projektbeskrivelse</i>	Sofie Havn Poulsen og Mia Knudsen, 2012, <i>Beboerinddragelse og mental sundhed i Sund Zone - et evalueringsnedslag i projektets opstartsfase</i>	Malene Skov Dinesen, 2014, <i>Evaluering af Sund Zones tilgang til beboerinvolvering og mobilisering af sårbare borgere i Ellemarken</i>
Langeland	Langeland Kommune, 2011, <i>Projektbeskrivelse - Projekt Nærvær i Nærmiljøet på Sydlangeland 2010-2014.</i>		Langeland Kommune, 2014, <i>Slutevaluering - Projekt Nærvær i Nærmiljøet på Sydlangeland 2010-2014.</i>
Lolland	Lolland Kommune, 2012, <i>Projektbeskrivelse for fore-</i>		

	<i>byggelsesindsatser i Maribo øst, nærmiljøet Margrethevænget og Østre Park</i>		
Silkeborg	Silkeborg Kommune, 2011, <i>Projektbeskrivelse – Projekt Nærmiljø på Arendalsvej</i>		Silkeborg Kommune, 2014, <i>Kvalitativ afdækning af borgerperspektivet – specielt med fokus på indsatsområdet 'Social kapital, fællesskab og sammenhængskraft' – Projekt Nærmiljø på Arendalsvej 2010-2014</i>
Struer	Åse Skytte, Henriette Haase Fischer og Laila Mejlholm Olsen, 2011, <i>Projektbeskrivelse SundhedscenterThyholm.</i> Åse Skytte, 2013, <i>Følgeordning for socialt udsatte og psykisk sårbare.</i> Struer Kommune, 2011, <i>Trivselscafé</i>		Åse Skytte, 2015, <i>Projekt SundhedscenterThyholm.</i> Helle Videbæk, 2014, <i>Trivselscafé</i>
Svendborg	Svendborg Kommune, 2011, <i>Revideret Projektbeskrivelse, Sund i Hømarken</i>		Peter Mindegaard, 2014, <i>Sund i Hømarken</i>
Thisted	Helle Hørup, 2011, <i>Projektbeskrivelse. Projekt Solsikken – Forebyggelsesindsats i nærmiljøet.</i>	NIRAS, 2012, <i>Forebyggelse i nærmiljøer, Sundhedsstyrelsen. Projekt Solsikken, Thisted Kommune.</i>	Nina Scheel, 2014, <i>Evaluering af trivsel- og sundhedsprojekt Solsikken.</i> Helle Hørup, 2015, <i>Afrapportering – Trivsel- og sundhedsprojekt Solsikken.</i>
Aalborg	Mads Borgstrøm-Hansen, 2011, <i>Projektbeskrivelse Sundhedsværkstedet – Forebyggelse i nærmiljøet</i>		

Bilag 5 – Skema 1 - Projektbeskrivelse

Skema 1 – Projektbeskrivelse er udfyldt for hver af de 12 kommuners dokumenter i første trin af dokumentanalysen, som vedrører kortlægningen af det kommunale arbejde med mental sundhed.

Kommune og navn på projektet:
Konteksten (Eks. områdets kendetegn (stort/lille, by/land mv.), karakteristika ved borgerne (etnicitet, alder mv.):
Forståelsesramme ift. mental sundhed (Eks. anvendes begreber, teori, tidligere erfaringer eller videnskabelig litteratur til forståelse af mental sundhed eller udvælgelse af indsatser):
Mål for indsatserne (Overordnet mål og/eller delmål iht. mental sundhed):
Målgruppe (Eks. er der ift. mental sundhed udvalgt bestemte målgrupper, evt. på baggrund af nærmiljø-sundhedsprofilen):
Indsatser (Hvilke indsatser tænkes igangsat. Kort beskrivelse af indsatserne herunder form (undervisning, oplysning, foredrag mv.), påtænkt omfang, mål eks. ift. deltagere): Mikroniveau: Mesoniveau: Makroniveau:
Rekrutteringsprocedurer (Som anvendes til at tiltrække deltagere)
Eksterne samarbejdspartnere (Samarbejdspartnere udenfor kommunen, eks. forskere vedrørende udvikling af indsatser):
Interne samarbejdspartnere (Tværsektorielt samarbejde indenfor kommunen/nærmiljøet eks. andre kommunale sektorer, samarbejde med eksisterende projekter i kommunen, forskellige aktører i nærmiljøet):
Andre noter (Eks. særligt interessante tilgange/oplysninger):

Bilag 6 – Skema 2 - Evaluering

Skema 2 – Evaluering er udfyldt i første trin af dokumentanalysen, som vedrører kortlægningen af det kommunale arbejde med mental sundhed for de kommuner, som har udarbejdet evalueringer.

Kommune og navn på projektet:
Mål (Overordnet mål og/eller delmål iht. mental sundhed, fokus på opnåelse af mål eller evt. justering af mål):
Målgruppe (Summativ evaluering af hvem der deltog, kvalitative og kvantitative data):
Beskrivelse af nye indsatser (Uddybende beskrivelse eller nye aktiviteter, der ikke er beskrevet før):
Effekter og erfaringer af indsatser (Hvordan og hvilke effekter er evalueret, eks. forbedring af sundhedstilstand, nåede indsatsen den tiltænkte målgruppe, antal deltagere osv.):
Implementering (Eks. muligheder og barrierer i implementeringen og evt. i ressourcer. Løbende tilpasning/justering af indsatserne herunder dosering og intensivitet, eks. blev indsatserne ændret pga. fremmøde eller feedback fra deltagerne):
Forankring (Eks. fortsætter kommunen med indsatser i nærmiljøet – eller udfoldes erfaringer til andre nærmiljøer i kommunen):
Andre noter (Eks. særligt interessante tilgange/oplysninger):

Bilag 7 - Resultatoversigt over kommunernes arbejde med mental sundhed

Bilaget indeholder en oversigt over resultaterne af første trin i dokumentanalysen. Oversigten skal ikke opfattes som en fyldestgørende beskrivelse af de 12 satspuljekommuners arbejde med mental sundhed, men skal give et indblik i de overordnede elementer, som vi fandt i kortlægningen.

Esbjerg Sædding og Ådalen på Toppen			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme Definition af mental sundhed fra Sundhedsstyrelsen og WHO Social kapital Empowerment Metoder Borgerinddragelse	Aktiviteter, som er gennemførte Patientuddannelse – angst og let depression Natur og kulturvandring Alene-forældrenetværk Suppeaftener Ældretræf ÆldreIT & Net Det gode naboskab Varmemestre Frivilligkonsulent	Patientuddannelse Ikke opstillet mål Natur og kulturvandring Etablere rammer så borgerne selv kan arrangere ture i lokalområdet <u>Succeskriterier:</u> Inden sommeren 2013 afholdes 4 vandreture med lokale borgere, og ved projektets afslutning er der afholdt ture på initiativ fra borgerne. Alene-forældrenetværk Dannelse af netværk for alene-forældre, og at relationen mellem deltagerne styrkes. <u>Succeskriterier:</u> 80% af deltagerne har en oplevelse af at have fået flere relationer. Suppeaftener Gennem tiltaget ønskes at understøtte dannelsen af nye netværk mellem borgere i området <u>Succeskriterier:</u> 4 suppeaftener afholdes, 80% af deltagerne er efter 4. gang tilknyttet et netværk. Ældretræf At de frivillige initiativdeltagere får tiltaget til at lykkes <u>Succeskriterier:</u> At de frivillige initiativtagere oplever at få den støtte, de har behov for at kunne starte og drive aktiviteten. ÆldreIT & Net Samme mål og succeskriterier som Ældretræf. Det gode naboskab Skabe gode betingelser for at nye relationer mellem	Patientuddannelse 12 deltagere på holdet, hvoraf kun 6 tilmeldte kom fra lokalområdet. De 6 borgere havde dårligere effekt af tilbuddet sammenlignet med de øvrige. Kendetegnende for de 6 borgere var, at de fleste var så påvirkede af deres sygdom i hverdagen, at de havde behov for mere end blot almindelig vejledning. Natur og kulturvandring Stor opbakning til turene (50-80 deltagere hver gang). Det lykkedes kun at lave én tur med ideforslag fra en borger. Ingen borgere ønskede at stå for fremtidige vandring. Alene-forældrenetværk 35 borgere deltager i netværket. Undervejs er nye deltagere blevet inviteret. Flere deltagere mødes nu også privat udenfor netværket. Suppeaftener 2 konkrete tiltag er igangsat efter aktiviteten (Ældretræf og ÆldreIT & Net). 4 suppeaftener er afholdt med 25-30 deltagere pr. gang – primært ældre borgere. Ældretræf Gennem forløbet er initiativtagerne blevet mere selvstændige, men har stadig brug for støtte. 7 arrangementer er afholdt i 2013 med op til 65 deltagere pr. gang. Flere af deltagerne har meldt ud, at de har fået flere relationer gennem aktiviteten. ÆldreIT & Net Mere end 18 deltagere pr. gang. Det gode naboskab Ingen evaluering.

		naboer kan opstå og herigennem nye netværk, der kan bidrage til at øge den mentale sundhed. <u>Succeskriterier:</u> Opmærksomheden omkring initiativerne når ud til relevante deltagere, og at betingelserne for at møde nye mennesker er tilstede. Varmemestre Varmemestrene i boligforeningerne bliver trygge i at tage kontakt til borgere med psykiske problemstillinger. <u>Succeskriterier:</u> Varmemestrene oplever at have fået større indsigt i de udfordringer, som psykiske sårbare borgere har, samt at kontakten mellem varmemestre og støttekontaktpersoner bliver mere udbredt. Frivilligkonsulent Indlede samarbejde med relevante borgere og foreninger <u>Succeskriterier:</u> Konsulenten er med til at igangsætte og understøtte mere end 5 aktiviteter baseret på frivillighed, samt at de frivillige borgere og foreninger har en oplevelse af, at Esbjerg Kommune tilbyder relevant støtte og vidensdeling.	Varmemestre Ingen evaluering. Frivilligkonsulent De frivillige udtrykker stor tilfredshed med samarbejdet med konsulenten. For nogle frivillige har konsulenten betydet, at de har haft mulighed for at realisere en ide, som de ikke selv har haft ressourcerne til.
--	--	---	---

Herlev Sundt Venskab

Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme Definition af mental sundhed fra WHO Den mentale sundhed øges gennem: fællesskaber, tilhørsforhold og trivsel Metoder	Aktiviteter, som er gennemførte Foredragsrække Julearrangement Sundhedssamtaler De Blå Helte	Der er ikke et overordnet mål for mental sundhed, men der er succeskriterier under de enkelte indsatser: Foredragsrække <u>Succeskriterier:</u> At beboerne oplever mere sammenhæng og trivsel i hverdagen, og at nærmiljøet fremstår som et område, hvor beboerne har fokus på egen og naboens trivsel og velbefindende. Fire foredrag om året i 2012/13 og et i 2014.	Foredragsrække Foredraget 'Sukkersheriffen' var ikke succesfuldt, idet 3 mødte op, hvoraf 2 personer ikke kom fra området. Der er ikke evalueret på de øvrige foredrag. Julearrangement Til juleaftenarrangementet i 2011 deltog ca. 25. Der var ikke nok tilmeldinger i 2012. En beboer vil tage initiativet med henblik på juleaften 2013. Der er ingen evaluering heraf.

Anerkendende og involverende tilgang Empowerment Aaron Antonovsky: Oplevelse af sammenhæng. Den motiverende samtale Undervisning og den narrative metode/samtaleteknik	Aktiviteter, som ikke vides gennemførte Event med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse	Julearrangement <u>Succeskriterier:</u> At julearrangementet bliver en årlig tilbagevendende begivenhed. At minimum 25 deltagere i 2011, 50 i 2012 og 100 i 2013. At nærmiljøets beboere og andre med tilknytning til området oplever øget positiv feedback og omtale i resten af Herlev Kommune. Event med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse <u>Succeskriterier:</u> Første event i marts 2012 med 50 deltagere. At eventen bliver et årligt tilbagevendende arrangement med voksende deltagelse hvert år. Sundhedssamtaler <u>Succeskriterier:</u> At der tilbydes to faste månedlige dage af fire timer. At der afvikles 250 individuelle sundhedssamtaler i projektperioden. De Blå Helte <u>Succeskriterier:</u> At 80 % af ejendomsfunktionærerne, kontor- og rengøringspersonalet deltager. Målet med kurset er at klæde medarbejderne på til at løse konkrete udfordringer i dagligdagen i området og derved skabe mere tryghed og trivsel for områdets beboere, samt at give de ansatte kendskab til relevante tilbud, som de kan visitere beboere til.	Event med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse Ingen evaluering beskrevet. Sundhedssamtaler Ca. 20 har taget mod tilbuddet. Det har ikke været muligt at rekruttere beboerne til de individuelle livsstilssamtaler, jf. succeskriterierne. De Blå Helte Succeskriteriet for kurset var, at 80 % af ejendomsfunktionærerne, kontor- og rengøringspersonalet skulle deltage, hvilket blev opnået. Derimod blev målet, efter medarbejdernes egne udsagn, ikke indfriet. Samlede effekter og erfaringer Med hensyn til løft af den mentale sundhed tilkendegives, at: - Mange borgere giver udtryk for, at de nu hilser på flere i området. - Borgerne tør flytte sig mellem afdelingerne, og det vurderes, at hele området har opnået større oplevelse af tryghed. - Beboere udtrykker, at indsatser af strukturel karakter (nedklipping af buskads, opsætning af lys, liv mellem husblokke og i beboerhuse, mv) medvirker til at løfte den mentale sundhed i form af øget tryghed og trivsel. Andre beboere mener derimod, at det stadig er utrygt at færdes alene ude i området, når det er mørkt. - Blandt bestyrelsesmedlemmerne og beboere er en opfattelse af, at området som helhed har rykket sig i en positiv retning (bedre omdømme, større sammenhængskraft, mere liv mellem husblokkene, flere kender hinanden etc.).
---	--	--	--

Hjørring Sundt Samspil i Hjørring Vestby			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme WHO's brede sundhedsbegreb Der er ingen yderligere beskrivelse af, hvad der forstås ved mental sundhed. Metoder Borgerinddragelse, kompetence- og metodeudvikling. Proaktiv rekruttering	Aktiviteter som er gennemførte Mødestedet Torsdagsklubben	Mødestedet Formålet er at etablere et frirum og et mødested; - Hvor der ikke er særlige betingelser - Hvor mennesker har mulighed for at mødes - Hvor borgerne kan udtrykke ønsker og behov samt udfolde ressourcer og talenter - Hvor frivillige og fagfolk understøtter borgere i egne ønsker og behov - Hvor inddragelse, læring og livsmod styrkes, og evner til at disponere, aktivere og forandre udvikler nye samværsformer og aktiviteter til gavn og glæde for borgere i området. Torsdagsklubben <u>Succeskriterier:</u> - Minimum 5 deltagere i gennemsnit pr. gang - Minimum 2 nye deltagere i gennemsnit pr. måned - Deltagerne samarbejder løbende med sundhedskonsulent om egen trivsel og sundhed - Efter 1 år er minimum 25 deltagere i Torsdagsklubben gået videre til øvrige tilbud og aktiviteter - Efter 1 år er der etableret minimum 1 ny aktivitet i lokalområdet med udgangspunkt i Torsdagsklubben.	Mødestedet - Der har været 2 x spisning, hvor borgere mødtes - Mødestedet har siden udviklet sig til en sy- og strikkeklub, hvor ca. 15 kvinder mødes en gang om ugen. Det vurderes at være et godt tilbud, som ikke længere er "Mødestedet", men en gruppe kvinder, som mødes om håndarbejde. Torsdagsklubben Målet med minimum 5 deltagere i gennemsnit pr. gang er opfyldt, da der har været omkring 10 deltagere pr. gang. Målet med minimum 2 nye deltagere i gennemsnit pr. måned er ikke nået, da det er et mødested for en fast gruppe. Målet vedr. samarbejde med sundhedskonsulent kan antages at være nået, idet der sammen med sundhedskonsulenter løbende er blevet samarbejdet om relationsdannelse, socialt adfærdstræning og sunde vænændringer. Målet vedr., at der efter 1 år er minimum 25 deltagere i Torsdagsklubben, som deltager i øvrige tilbud og aktiviteter, er ikke nået i antal, men deltagerne i Torsdagsklubben er blevet mere aktive i lokalområdets arrangementer Målet vedr., at der efter 1 år er etableret minimum 1 ny aktivitet i lokalområdet med udgangspunkt i Torsdagsklubben, kan antages at være nået, idet der er opstartet en torsdagsklub i en ny form. Det betragtes som et godt resultat, at Torsdagsklubben fortsætter på frivillig basis, idet der ikke længere er ressourcer til at have tilknyttet en sundhedskonsulent. Samlede effekter og erfaringer

			Styrkelse af den mentale sundhed ud fra kvalitative interview: - ”Den mentale sundhed har fået et boost” - ”Der er et helt andet socialt klima” - Tiltagene har givet et socialt samvær og en helt anden tone - Der er sammenhold
Høje-Taastrup Sund i Gadehavegård			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme Aron Antonovsky: Oplevelse af sammenhæng Robert D. Putnam: Social kapital Metoder ABCD metoden AI tilgangen	Aktiviteter, som er gennemførte <u>Mental sundhed aktiviteter:</u> - Girl Power - Rygestop - Bliv Lettere - Moving Moms - Vægttab Jobcenter - Gadehave-Gym <u>Social kapital aktiviteter:</u> - Formiddagscafé - Girl Power - Bliv Lettere - Moving Moms - Rygestop (Røgfri og Slank) - Bydelsmødre - Sjøv Motion for Kvinder - Forældrenetværk/ Familienetværk - Diabetescafé på Dit Sprog - Gadehave-Gym - Madklub for kvinder og børn - Brug Bolden /Fredagsbold Aktiviteter, som ikke vides	Forældrenetværk De enlige forsørgere kan bruge hinanden som en ressource f.eks. i forhold til børnepasning. Aktiviteter som vedrører fællesskab Integration i et socialt perspektiv. Disse aktiviteter kan være med til at øge den brobyggende sociale kapital. Selvværdsgrupper for unge overvægtige piger – f.eks. Girl Power At opleve glæden ved at dyrke idræt, lære om at lave sund mad og tilberede mad sammen. Aktiviteter for unge +18 Formålet er at forebygge kedsomhed samt forebyggelse af kriminalitet. Aktiviteter for unge, som ikke deltager i områdets klub- og foreningstilbud.	Effekt målt ved WHO5 (gennemsnitlig stigning) - Girl Power: 8 point - Rygestop: 15 point - Bliv Lettere: 17 point Moving Moms Deltagerne beretter om øget selvtillid, bedre humør og mere overskud. Vægttab Jobcenter Deltagerne oplever øget trivsel. Gadehave-Gym De frivillige involverede oplever øget selvtillid og øget handlekompetencer. Ift. social kapital Alle aktiviteter har bidraget til øget social kapital i form af udvidet socialt netværk (antal af sociale relationer), øget socialt samvær (under og efter aktiviteten) samt tilknytning til og tryghed i nærmiljøet.

	gennemførte Samarbejde med hjemmeplejen og hjemmevejledere om f.eks. at følge ældre og psykisk syge til lokale sociale tilbud i Gadehavegård. Fællesaktiviteter for ældre – besøgsven/reservebedste/enkeklub. Netværksgrupper for psykisk syge. Aktiviteter for unge +18 og for unge, som ikke deltager i områdets klub- og forenings-tilbud. Genetablering af natteravnene.		
Køge Sund Zone			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme WHO's definition af mental sundhed John Andersen: Empowerment Bjarne Bruun Jensen og Bente Jensen: Handlekompetence Axel Honneth: Anerkendelsesteori	Aktiviteter, som er gennemførte I januar 2014 var følgende aktiviteter/tiltag tilgængelige i Sund Zone regi (i parentes gennemsnitlig antal ugentlig deltagende beboere): - Zumba (2 x 15) - Zumba soft (15) - Vægtstop (7) - Fodbold for sjov (25) - Rygestop (5) - Nethood – IT cafe (15) - Stolegymnastik (15)	Sund Zone skal være en katalysator for aktiviteter i nærmiljøet. Sund Zone skal være et sted, hvor beboere kan henvende sig, hvis beboerne har udfordringer eller blot har lyst til at snakke. Sund Zone skal være et sted, hvor beboere kan få hjælp, råd og vejledning i forhold til samarbejdet med eller sager i kommunen.	I form af interviews og fokusgruppeinterviews med både deltagere og ikke-deltagere i Sund Zone: - Sund Zone har udvidet og styrket sociale netværk for deltagerne. - Beboerne har også fået en større grad af tolerance over for de andre beboere og de mange kulturelle, etniske, religiøse og personlige forskelligheder, der præger Ellemarken. - Brugerinvolvering har bidraget til mange aktive brugere og frivillige i Sund Zone. - En gruppe af beboere benytter sig meget af at have samtaler med projektmedarbejderne i lejligheden i Sund Zone og har haft stor gavn heraf.

Robert Putnam: Social kapital Aron Antonovsky: Oplevelse af sammenhæng Metoder Borgerinddragelse AI tilgang ABCD metoden	- Cykelværksted (5) - Rend og Hop (volleyball, stavgang og krolf for psykisk sårbare) (3 fra Ellemarken) - Boksetræning (25) - Kvindesvømning (30 fra fire boligområder) - Bydelsmødre (12 aktive bydelsmødre og 14 under uddannelse). Aktiviteter, som ikke vides gennemførte - Tyrkisk forening - Sprogcafe		
Langeland Nærvær i Nærmiljøet			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme Definition af mental sundhed fra Sundhedsstyrelsen. Social og kulturel kapital Empowerment Metoder Rekruttering – sneboldsmetoden AI tilgangen ABCD metoden Borgerinddragelse	Aktiviteter, som er gennemførte Fællesspisning Udviklingshåndværkerkursus Foreningsudvikling Foredrag om landsby- og foreningsudvikling	Indtænke sociale relationer i udviklingen af aktiviteter med henblik på at understøtte og styrke den mentale sundhed. <u>Succeskriterier:</u> - 20 nye besøgsvenner - Oprettelse af netværk for enlige/ensomme - 10 personer er trænet i social inklusion - 1 tilbud pr. år til grupper med særlige behov	WHO-5 er brugt som måleinstrument i flere indsatserne som før- og eftermåling. Resultatet viste et lille fald i trivslen fra 72,1 point til 71,5 point ved gennemsnitlige værdi i alle indsatserne. Samlede erfaringer Borgere fra fokusgruppeinterview i forbindelse med slutevaluering vurderer, at lokale fællesskaber er styrket og udvidet. Fællesspisninger 40-100 deltagere pr. gang. Borgere fra fokusgruppeinterview i forbindelse med slutevaluering tilkendegiver, at det har øget samhørigheden og fællesskabsfølelsen og bidrager til den mentale sundhed. Udviklingshåndværkerkursus 9 personer var med fra kursusstart. Oprindeligt var det

Borgercentreret innovation			tiltænkte 20, personer skulle gennemføre kurset. 1 projek- tide blev udviklet. Foreningsudvikling 3 nye foreninger er opstået: - Lindelse og Omegns Sogneforening – allerede mange medlemmer. - Humble Kultur- og Borgerforening - Humble Motion og Fitness Foredrag om landsby- og foreningsudvikling 3 foredrag var oprindeligt planlagt. 1 blev aflyst pga. for få tilmeldte.
Lolland Et skridt på vejen			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståel- sesramme WHO's definition af mental sundhed Empowerment Handlekompetence Metoder ABCD metoden AI tilgangen Du-bestemmer metoden	Aktiviteter, som ikke vides gennemførte Uddannelse af hjælpetrænere, instruktører og rådgivere blandt beboerne. Min. 10 ildsjæle bruger deres kompetencer i boligområdet f.eks. zumba-instruktør en gang om ugen. Det er 100% frivilligt: 10 personer tilbydes hjælp til at finde egne kompetencer i perioden 2012 - 2014. Der er i løbet af 2012 to bebo- ere, der gennemfører kurser på baggrund af coaching forløb.	<u>Overordnet mål for alle aktiviteter</u> - At skabe handlekompetence og empowerment gennem beboerstyrede aktiviteter. - Beboerne tager initiativer til at gennemføre akti- viteter med hensyn til kost, rygning, motion og mental sundhed. - At støtte aktiviteterne i opstarten, dels med øko- nomisk støtte eller med konsulentbistand. Heref- ter skal de kunne klare sig uden støtte fra projek- tet. - Skabe handlekompetence og empowerment i forhold til sundhed ved at dyrke ildsjæle, der kan varetage aktiviteter i nærområdet. - At uddanne hjælpetrænere, instruktører og rådgi- vere blandt beboerne. De første hjælpetrænere starter kursus i 2012	Ingen evaluering tilgængelig.

Silkeborg Nærmiljø på Arendalsvej			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme Definition af mental sundhed fra Sundhedsstyrelsen og WHO Social kapital – reference til Robert Putnam Salutogenetisk udgangspunkt Metoder Borgerinddragelse med udgangspunkt i Hart's deltagelsesstige og Covey's indflydelsesfelt	Aktiviteter, som ikke vides gennemførte Trivselssamtaler både individuelle og gruppebaserede Selvhjælpsgrupper Hej-kampagne Mentor-/ledsagerordning	Den mentale sundhed skal øges blandt nærmiljøet beboere generelt. <u>Succeskriterier:</u> - At reducere antallet af voksne beboere der ofte er alene, selvom de har lyst til at være sammen med andre, med 14 procentpoint fra 29% til 15%. - At et flertal af borgerne ved projektets afslutning oplever, at der er bedre mulighed for at indgå i fællesskaber end for 4 år siden. - At der opnås erfaring med at tilbyde hjælp lokalt i forhold til at løse forskellige problemstillinger, f.eks. kontakt til det offentlige system og lægehjælp, privatøkonomi, jobsøgning mm. - At der igangsættes en undersøgelse af børn- og ungeområdet og iværksættes indsatser, der kan imødekomme mistrivsel, mobning, manglende netværk mm.	Samlede erfaringer Beboerne oplever et øget velfungeret naboskab, hvor der tages mere hensyn til hinanden. Der er kommet flere mødesteder, eks. Cafe Solskin, Kreativt værksted og Mandeklubben. Flere frivillige: Mange beboere er blevet engagerede som enten initiativtagere, ansvarlige eller hjælpere og tager aktivt del i at skabe fællesskaber og netværk. Flere beboere udtrykker, at de føler sig mindre ensomme.
Struer Projekt SundhedscenterThyholm			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme Definition af mental sundhed fra WHO Den mentale sundhed øges ved: social inklusion, fællesskaber, handlekompetencer, mestringsevner og modstandskraft.	Aktiviteter, som er gennemførte: Oprettelse af et værested for socialt udsatte. Etablering af en følgeordning, hvor ensomme tilbydes følgeskab til deltagelse i sociale eller idrætslige aktiviteter af en, for personen, kendt person,	Det overordnede mål for mental sundhed er, at den mentale sundhed generelt øges blandt alle thyholdere. De konkrete mål for indsatserne i forhold til mental sundhed er, at: - At nedbringe antallet af ensomme i befolkningen med 5 procentpoint (fra ca. 20% til 15%). - At nedsætte andelen af borgere uden for arbejdsmarkedet, der har et højt stressniveau med 17	Evaluerings på målene for mental sundhed: Målet vedr. at nedbringe antallet af ensomme i befolkningen med 5 procentpoint er ikke opfyldt, da der stadig er 20% ved projektafslutning. Målet om at nedsætte andelen af borgere uden for arbejdsmarkedet, der har et højt stressniveau, med 17 procentpoint er på vej, da procentdelen er faldet til 41% i 2014.

Metoder Proaktiv rekruttering Motiverende samtale Små Skridt Borgerinddragelse Health literacy Inspireret af Jeanette Magne Jensen arbejdes der ud fra en holistisk tilgang til borgeren	som er lønnet af projektet.	procentpoint (fra 47% til 30%). - At ca. 30 borgere, som er ekskluderet fra sociale aktiviteter, grundet psykiske, fysiske eller sociale forhold, deltager i en følgeordning og derved bliver inkluderet i, for dem, relevante aktiviteter. Trivselscafé At styrke trivsel og sundhed blandt socialt udsatte og mindre ressourcestærke borgere på Thyholm. Følgeordning At støtte socialt udsatte og psykisk sårbare borgers inklusion i lokalsamfundet og dermed styrke den mentale sundhed.	Målet om, at ca. 30 borgere, som er ekskluderet fra sociale aktiviteter skal deltage i en følgeordning, er delvist opfyldt. Der er kun forsøgt inkluderet to borgere gennem en følgeordning, dog uden succes, hvorved målopfyldelsen for følgeordningen ikke er opfyldt. Derimod er der inkluderet ca. 30 borgere via Trivselscaféen. Målopfyldelsen er således opfyldt ift. Trivselscaféen. I Trivselscaféen har der gennemsnitlig deltaget 10 borgere pr. gang og med ca. 20 forskellige borgere på en måned. Trivselscafé – kvalitative erfaringer De adspurgte borgere (n=4) angiver, at Trivselscaféen har haft betydning for deres mentale helbred og trivsel i højere eller mindre grad. Desuden angives, at Trivselscaféen rummer personer med forskellige problemstillinger, og at alle føler sig godt tilpas, også de personer, som ofte "ikke passer ind" i offentlige tilbud.
---	-----------------------------	--	--

Svendborg Sund i Hømarken

Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme WHO's definition af mental sundhed Mental sundhed kobles til samværet med andre mennesker og det at skabe noget igennem kreative aktiviteter og føle, at man "er" noget. Metoder Ingen konkrete metoder er beskrevet ift. mental sundhed.	Aktiviteter som er gennemførte Mindful Moving for kvinder Slap dog af, mand! Kreativt værksted Kun for mænd Aktiviteter rettet mod social kapital blev afviklet, da beboerne ikke mødte op.	Mindful Moving og Slap dog af, mand! <u>Succeskriterierne:</u> At minimum 150 beboere deltager i minimum et oplæg om afspænding og får adgang til CD-indtalte afspændingsøvelser, og at minimum 30 af dem efterfølgende deltager i et udvidet forløb. Kreativt værksted <u>Succeskriteriet:</u> Minimum 6 deltagere pr. gang, og at de bliver i stand til at videreføre det kreative værksted på egen hånd fra foråret 2014, dog med ekstern hjælp.	Mindful Moving Sammenlagt har 6 kvinder, alle med anden etnisk baggrund end dansk, og uden tilknytning til arbejdsmarkedet, og med forskellige kroniske smerter og helbredsproblemer, deltaget i de 16 undervisningsgange. Kvinderne havde efterfølgende fået en større forståelse for deres egen krop og sind og dermed også for deres smerter. Slap dog af mand Sammenlagt har 10 mandlige beboere deltaget i aktiviteten, og der har i gennemsnit været ca. 5 til hvert møde. Deltagerne har fået en større forståelse for sammenhængen mellem krop og psyke. Der er blevet skabt et socialt bånd mellem deltagerne. Kreativt værksted I gennemsnit har 7,5 deltaget i de i alt 20 mødegange.

			Deltagerne har lært hinanden bedre at kende og fundet ud af, hvilke evner hver især besidder. Deltagerantallet er steget lidt fra 2012 til 2013. Flere deltagere har i forbindelse med aktiviteten udtalt, at deres generelle sundhed er blevet bedre, at de indtager færre piller, at de har et gladere sind, og at de har mere fokus på sundhed. Hovedsageligt deltog etnisk danske kvinder. Kun for mænd I 2012 var der 115 besøg af 15 forskellige mænd med et gennemsnitligt besøgstal på ca. 4,5 deltagere pr. gang. Tallet steg lidt i foråret, hvor der i gennemsnit var 6,7 deltagere. Aktiviteten betød, at flere mænd kom mere ud af deres lejligheder og skabte sociale bånd med de andre. Aktiviteten har også vist at indeholde et klart potentiale i forhold til at rekruttere deltagere til andre aktiviteter, eksempelvis madværksted og individuel kostvejledning.
Thisted Projekt Solsikken			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme Mental sundhed ses som en forudsætning for sundhedsfremmende forandringer og omhandler at styrke trivsel og sundhed Handlekompetence Social kapital Metoder Den motiverende samtale og ”Du bestemmer” i sundhedssamtalerne	Aktiviteter, som er gennemførte Aktiviteter ift. højnet handlekompetence: - Sundhedssamtaler Aktiviteter ift. social kapital: - Beboerstyret kreativ klub - Kaffe på bænken - Fællesarrangementer på kulturelle højtidssdage, andre arrangementer og fælles udflugter - Åben Hus i Solsikken Strukturelle tiltag: Ændringer af fysiske omgivel-	I forhold til mental sundhed er der to delmål: - At højne den enkeltes mentale sundhed gennem øget handlekompetence. - Styrke den enkeltes oplevelse af at indgå i et fællesskab og have social samhørighed, samt højne den sociale kapital. Dette gøres gennem nedenstående delmål. Højnet handlekompetence og social kapital <u>Mål/ønskede resultater:</u> Et fald fra 44% til 15% af beboere, der giver udtryk for at være ufrivilligt alene. En stigning fra 17% til 25% af beboere, der i nogen grad, høj eller meget høj grad er med til at tage initiativ til aktiviteter i lokalområdet. Mål ift. højnet handlekompetence	Effekt af den generelle trivsel og sundhed For beboere, som benytter projektets rammer og tilbud, har det på flere parametre opfyldt det overordnede mål. Projektet har medvirket til beboernes trivsel i form af styrkede fællesskaber, større overskud, øget handlekompetence og en generel livsberigelse ved at være del af projektet. Effekt ift. højnet handlekompetence og social kapital Effekterne af de opsatte mål vedr. et ønske om at reducere antallet af beboere, der giver udtryk for at være ufrivilligt alene, samt øge andelen af borgere, som er med til at tage initiativ til aktiviteter i lokalområdet, er ikke målt i en ny sundhedsprofil, hvorfor der ikke kan evalueres på disse mål. Effekt ift. højnet handlekompetence Effekten af at højne borgernes handlekompetence har vist,

ABCD metoden ift. styrkel- sen af den sociale kapital.	ser i nærmiljøet, herunder bl.a. udbedring af udeområder, etablering af stier, grønne områder mv. Aktiviteter, som ikke vides gennemførte Aktiviteter ift. højnet handlekompetence: - Økonomirådgivning Aktiviteter ift. social kapital: - Trivselsambassadører - Kom og leg og bevæg dig med dit barn - Aktivitetsklub for mænd - Kom og få en snak om mad	<u>Sundhedssamtaler</u> Succeskriterier: 50 forløb. Positive tilbagemeldinger fra 50% af borgere, der har deltaget i et sundhedssamtale forløb om, at de via sundhedssamtalerne har ændret livsstil i den ønskede retning. <u>Økonomirådgivning</u> Succeskriterier: 7-10 beboere modtager rådgivning pr. år fra slutning af 2011/2012. Mål ift. social kapital Styrkelse af fællesskabsfølelsen, større engagement og ansvarlighed, positivt ejerskab til området og styrkelse af ”den gode fortælling”, større tillid beboerne imellem og ift. kommunale tilbud. <u>Trivselsambassadører</u> Succeskriterier: Uddannelse af 10 beboere til trivselsambassadører. 2 arrangementer og/eller aktiviteter kan årligt tilskrives trivselsambassadørerne. <u>Beboerstyret kreativ klub</u> Succeskriterier: Klubben kører fast en gang om ugen med i gennemsnit 5-7 deltagere pr. gang. Deltagere giver udtryk for, at klubben styrker deres sociale relationer og giver dem værdi i dagligdagen. <u>Kom og leg og bevæg dig med dit barn</u> Succeskriterier: 50 forældre har deltaget og 25 af disse deltager mere end en gang i projektperioden. <u>Kaffe på bænken</u> Succeskriterier: Solsikkens medarbejdere afholder ”kaffe på bænken” 4 gange henover sommeren (årligt). <u>Aktivitetsklub for mænd</u> Succeskriterier: 20 mænd deltager i arrangementer og tilbud i forbindelse med klubben. En fast kerne på 2-3 mænd deltager regelmæssigt. 5 aktiviteter eller enkeltarrangementer udspringer af klubben.	at der især hos de frivillige er sket en positiv udvikling i løbet af projektperioden mht. øget handlekompetence. Målet vedr. sundhedssamtaler er opfyldt, idet projektmedarbejderne har afholdt 149 sundheds- og trivselssamtaler med beboerne, hvilket ligger over målsætningen på 50 samtaler. Effekter og erfaringer ift. social kapital Projektgruppen vurderer, at der er skabt et netværk og en større social kapital i området i form af et øget fællesskab, og mange brugere af projektets medborgerhus. Beboerne, som har deltaget, tilkendegiver i høj grad, at projektet har givet dem et større netværk.
---	--	--	---

		<u>Kom og få en snak om mad</u> Succeskriterier: 25 deltager i projektperioden. <u>Fællesarrangementer på kulturelle højtidsdage, andre arrangementer og fælles udflugter</u> Succeskriterier: 2 arrangementer årligt. <u>Åben Hus i Solsikken</u> Succeskriterier: Daglig Åbent Hus (hverdage).	
Aalborg Sundhedsværkstedet			
Mental sundhed – Forståelsesramme og metoder	Indsatser*	Mål i forhold til mental sundhed	Erfaringer og effekter
Mental sundhed forståelsesramme Kobler mental sundhed til fysisk aktivitet og aktiviteter, hvor det er muligt at være en del af et fællesskab. Metoder Ingen konkrete metoder er beskrevet ift. mental sundhed.	Aktiviteter, som ikke vides gennemførte Cafeen i Tornhøjhallen, omformes fra at være et cafeteria til en sund og billig cafe med et socialt fokus. Cafeen bliver mødested for borgere med kroniske lidelser, seniorer, ensomme, familier, mv. Mulighed for afspænding, velvære og personlig udvikling. Eksempelvis afspændingshold, massage og foredrag om; trivsel, stress, psykisk sygdom, ADHD, anerkendende kommunikation, vold i hjemmet, opdragelse mv. Netværksskabende aktiviteter; babytræf, seniordans, udflugter mv.	Målet med aktiviteterne rettet mod mental sundhed: - Mindst 300 personer benytter årligt aktiviteterne. - Foreningsdeltagelse øges med 20 % i projektperioden. - Cafeen i Tornhøjhallen har en sund profil og er åben alle hverdage. <u>Succeskriterier:</u> Der er etableret et udbud af indsatser med fokus på mental sundhed på steder og på måder, som imødekommer borgerens behov og ønsker.	Ingen evaluering tilgængelig.

	Kulturelle aktiviteter; fælles-spisning, foredrag, værksted mv.		
--	---	--	--

*** Kun indsatser som eksplicit knytter sig til mental sundhed. Indsatser for børn og unge er ikke inkluderet.**

Bilag 8 - Kodetræ

Nedenstående figur illustrerer kodetræet, som er udarbejdet i analyseprocessen. Kodetræet viser, hvordan tematikkerne har udviklet sig gennem de forskellige trin i analyseprocessen. Til venstre i figuren ses tematikkerne, som indgår i skemaerne, der bruges til kortlægning af kommunernes arbejde med mental sundhed. I midten og til højre i figuren ses, hvordan de foregående tematikker i trin 1 samles og udvikles i trin 2-4 og til sidst udgør overskrifterne i analyse- og diskussionskapitlet.

