MARTS 2017

LAKS AFSLUTNINGSRAPPORT

Sund By Netværket

DANSKE FYSIOTERAPEUTER

ERGOTERAPEUT FORENINGEN

COWI

MARTS 2017

LAKS AFSLUTNINGSRAPPORT

INDHOLD

Forord 7

Resumé 9

Indledning 11
Formål 11
Organisering af LAKS 12
Baggrund 12
Læsevejledning 14

Design og metode 16
Aktionslæring som metode 17
Dataindsamling i LAKS 21

I hvilken grad har LAKS bidraget til at fremme social lighed i sundhed? 25
Resultater 26

Hvilke konkrete redskaber har kommunerne skabt i LAKS? 33
Tre tematikker 34
En borger - mange udfordringer 35
Det rigtige tilbud om sundhedsindsats 37
Sundhed i hverdagen 40

Hvilke faktorer har haft betydning for implementeringen af LAKS? 44
Fire overordnede udfordringer i implementeringen af LAKS 45

Konklusion 49

Hvordan er LAKS blevet formidlet? 53

Referenceliste 54

FORORD

FORORD

I Danmark oplever vi, ligesom i stort set resten af verden, store problemer med social ulighed i sundhed. Social ulighed i sundhed betyder, at sygdom er socialt skævt fordelt i samfundet, således at de dårligst stillede er mere syge og har en kortere middellevetid end de bedst stillede.

Denne rapport indeholder en opsamling og afsluttende analyse af LAKS projektet. LAKS står for Lige Adgang i Kommunale Sundhedsydelser. Formålet med projektet har været at undersøge, om og hvordan aktionslæring som metode kan bruges til at fremme kommunale social- og sundhedsenheders arbejde med at reducere social ulighed i sundhed.

Projektet er blevet gennemført i perioden december 2014 til december 2016 og er finansieret af partnerskabspuljen under det tidligere Ministerium for Sundhed og Forebyggelse[1].

LAKS blev organiseret i et partnerskab mellem fire organisationer: Sund By Netværket, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter og COWI. Herudover indgik Aarhus, Holbæk, Ballerup, København, Gladsaxe og Halsnæs Kommune som kommunale partnere i projektet.

Der er tale om fire organisationer og seks kommuner, som hver især til daglig arbejder med sundhed på hver sin måde, og det har været en stor styrke for LAKS at kunne samle alle disse perspektiver i ét fælles projekt. Der har været et nært samarbejde mellem alle partnerne igennem hele projektperioden, og vi tror på, at netop mødet og synergien mellem forskellige fagligheder og styrker har været en væsentlig del af forklaringen på de resultater, som er opnået i projektet.

Billederne i denne rapport er taget på LAKS´ afslutningskonference i Mogens Dahl Koncert Sal d. 13. oktober 2016.

Vi ønsker jer god fornøjelse med at læse rapporten.

[1] Det nuværende Sundheds- og Ældreministerium.

RESUMÉ

RESUMÉ

Ligesom i de øvrige nordiske lande og resten af verden kæmper Danmark med ulighed i sundhed. En række rapporter viser, at der er systematiske sammenhænge mellem folks indkomst eller uddannelsesniveau og deres sundhed og levetid. Helt overordnet ser vi et billede af, at de bedst stillede er mindre syge og lever længere end de dårligst stillede.

Denne viden har skabt et stærkt politisk ønske om at reducere social ulighed i sundhed, og en række initiativer er blevet sat i værk. Inden for litteraturen på området har tilgangen hidtil været epidemiologisk og strukturel. Fokus har været på at ændre strukturer i samfundet og levevilkår for de dårligst stillede.

I LAKS (Lige Adgang i Kommunale Sundhedsydelser) har vi valgt en anden tilgang. Fremfor at se på den overordnede samfundsopbygning har vi rettet blikket mod medarbejdere i de kommunale social- og sundhedsinstitutioner, særligt fysio- og ergoterapeuter, sygeplejersker o.lign., som i dagligdagen arbejder med udsatte borgere.

Hovedformålet har været at udvikle nye indsatser over for udsatte borgere og herved reducere social ulighed i sundhed i det nære sundhedsvæsen i tæt samarbejde med kommuner og deres medarbejdere. Metodisk har vi brugt aktionslæring som ramme omkring samarbejdet med kommunerne om at skabe nye indsatser overfor målgruppen. I alt har seks kommuner deltaget i LAKS: Århus, Holbæk, Ballerup, Gladsaxe, København og Halsnæs med tilsammen 19 kommunale social- og sundhedsenheder.

Projektet har skabt en række resultater med henblik på til at reducere social ulighed i det nære sundhedsvæsen. På den ene side har de enheder, som fuldførte LAKS, udviklet nye innovative metoder og redskaber til at reducere social ulighed i sundhed og bidraget til at hjælpe konkrete borgere til bedre sundhed og livskvalitet. På den anden side har LAKS fremmet enhedernes strategiske arbejde med social lighed i sundhed ved at udvikle en mere aktiv og systematisk indsats, som omfavner grupper af udsatte borgere.

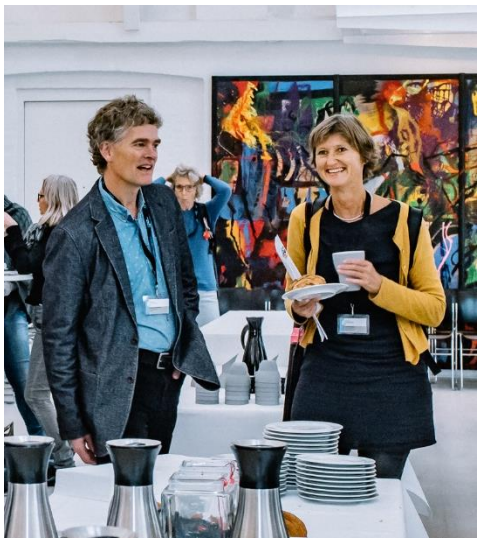
INDLEDNING

INDLEDNING

Der er markant social ulighed i sundhed i Danmark. For eksempel lever de 25 % rigeste mænd i gennemsnit næsten ti år længere end de 25 % fattigste mænd. 83,3 år er den gennemsnitlige levetid for mænd i den højeste indkomstgruppe (de 25 % rigeste), mens den er 73,7 år for den laveste indkomstgruppe (de 25 % fattigste) (Wilhelmsen 2016).

Samtidig er forskellen i levetid mellem de rigeste og fattigste mænd stigende. For 30 år siden var der *kun* seks års forskel mellem de to grupper, og nu er den som sagt næsten ti år. For kvinderne er der 5,8 år forskel mellem de 25 % rigeste og de 25 % fattigste med en middellevetid på henholdsvis 86,1 år og 80,3 år, og denne forskel har været forholdsvis stabil de sidste 30 år (Wilhelmsen 2016). Dette billede er samtidig på ingen måde unikt for Danmark, men er derimod kendetegnende for størstedelen af de moderne samfund, hvis ikke alle.

FORMÅL



LAKS har haft som formål at sikre lige adgang til og lige udbytte af kommunale sundhedstilbud via en differentieret indsats overfor borgerne. Projektet har haft fokus på at identificere konkrete måder, hvorpå ergo-, fysioterapeuter, sygeplejersker m.fl. ved at behandle borgere forskelligt kan sikre bedre adgang til, bedre udnyttelse af og bedre udbud af sundhedstilbud.

Konkret har LAKS indfriet dette formål ved i seks kommuner at afprøve kompetenceudvikling af medarbejderne gennem aktionslæring som redskab til at udvikle og afprøve nye social- og sundhedsfremmende indsatser over for udsatte borgere.

ORGANISERING AF LAKS

LAKS var et partnerskabsprojekt mellem Sund By Netværket, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, rådgivningsvirksomheden COWI og kommunerne Aarhus, Holbæk, Gladsaxe, Halsnæs, Ballerup og København. Det omfattede 19 forskellige enheder (en til fire enheder fra hver kommune), der alle arbejder med borgere, der enten er i et social- eller sundhedsforløb eller kunne have gavn af et sådant.
Sund By Netværket har ved Louise Dal været projektejer på LAKS og haft den overordnede ledelse af projektet. Ergo- og Fysioterapiforeningen har ved henholdsvis Ulla Garbøl og Sille Frydendal begge indgået i ledelsen ved at sidde i projektets styregruppe samt arbejdet på at udbrede kendskab til projektet og dets resultater blandt medlemmer og andre interessenter. Før projektstart har udvalgte fysioterapeuter og ergoterapeuter fra henholdsvis Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeut Foreningen kvalificeret materialet til projektet. Aarhus, Holbæk, Ballerup, København, Gladsaxe og Halsnæs Kommune har deltaget som kommunale partnere i projektet. COWI har været den praktiske operatør på projektet og har haft den praktiske projektledelse, organisering og gennemførelse af aktionslæringsforløb samt afrapportering.

COWIs team bag projektet har omfattet Sigurd Lauridsen som projektleder i perioden 2016-2017, Anna P. Folker som projektleder i perioden 2015-2016, projektkonsulent Daniel de la Cour, projektkonsulent (og kortvarigt projektleder) Kamilla Bolt samt Maria Meyer, Sofie Teilmann og Anne Kousted som projektassistenter.

Rapporten er skrevet af Sigurd Lauridsen og Anne Kousted og har været til kommentering hos projektets styregruppe og kommunale enheder. Flere afsnit bygger blandt andet på indsigter, som er formidlet i artikler af Sigurd Lauridsen og Anna Paldam Folker (Folker & Lauridsen 2018; Folker & Lauridsen n.d.).

Det sundhedspolitiske fokus på social ulighed i sundhed i Danmark

BAGGRUND

Temaet social ulighed i sundhed har i større eller mindre grad været på den politiske dagsorden siden midtfirserne, hvor Danmark tilsluttede sig den internationale sundhedsstrategi: *Sundhed for alle 2000,* som verdens sundhedsorganisation WHO udformede. Strategien bestod af 38 mål, som senere bliver afgørende for medlemslandene og særligt Danmarks tilgang til livsstilsygdomme og forebyggende indsatser (Kristensen 2000).

Ulighed i sundhed kommer for alvor i fokus i slutningen af halvfemserne, hvor daværende SR-regering fremlægger Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 (Statens Institut for Folkesundhed 2007). Programmet indeholder mange fællestræk med Sundhed for alle-strategien og indeholder mål, der omhandler en forøgelse af middellevetiden og reduktion af social ulighed (Kristensen 2000). Ved regeringsskiftet i 2001 afløses folkesundhedsprogrammet af Sund hele livet (Regeringen 2002), som skal være gældende i perioden 2002-2010.

Den nyeste udvikling på området har i høj grad været betinget af, at WHO i 2009 anbefalede (CSDH 2008), at alle medlemslande gennemførte nationale analyser af årsagerne til social ulighed i sundhed samt et bud på, hvilke indsatser som kunne mindske forekomsten af denne (Breinholdt et al. 2013).

I forlængelse af dette iværksatte Sundhedsstyrelsen i Danmark udarbejdelsen af rapporten *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* (Diderichsen et al. 2011). Rapporten påviser, hvordan en række sociale determinanter særligt har en betydning for sundhed og sygdom og anbefaler at iværksætte en række initiativer. Sundhedsstyrelsen fulgte op på rapporten med en vejledning til kommunerne *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?* (Hvass et al. 2012). Efterfølgende lancerede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2013

indsatsen *Lighed i sundhedsvæsnet*. Indsatsen bestod af etablering af et netværk af sygehuse, kommune og lægehuse, som skulle dokumentere uligheden, undersøge sundhedsvæsnets mulighed for håndtering, klarlægge huller samt komme med løsningsforslag (Breinholdt et al. 2013). Desuden udgav ministeriet en række publikationer angående ulighed i sundhed og adgangen til sundhedsvæsnet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014; Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse et al. 2013).

På den baggrund fastslog den daværende SR-regering i 2014, at en reduktion af social ulighed i sundhed var det vigtigste nationale mål for danskernes sundhed i de kommende ti år (Regeringen 2014). Selvom andre vigtige emner som demens, kronisk sygdom mm. i øjeblikket i højere grad fylder den sundhedspolitiske dagsorden, lever temaet forsat videre i sundhedspolitikken som bl.a. et tværgående tema i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner (Retsinformation.dk 2013).

Sociale determinanter

Med god grund fylder temaet stadig en stor i del sundhedspolitiske arbejde i Danmark, for ulighed i sundhed er ikke til at overse ifølge førnævnte rapporter. Hovedkonklusionerne fra rapporterne understreger, hvordan der igennem årene er udviklet systematiske og alvorlige forskelle i sundhedstilstandene blandt borgerne i samfundet. Forskellen opstår på baggrund af socioøkonomiske faktorer såsom indkomst, uddannelse og arbejdsforhold, og disse går igen, selv om individerne udskiftes (Hvass et al. 2012). Årsagerne til uligheden er hermed i vid udstrækning at finde i samfundets sociale struktur, og man omtaler dem derfor som sociale determinanter. Denne systematiske tendens kan f.eks. ses inden for langvarig sygdom, hvor 48 % af befolkningen med en grundskoleuddannelse har en langvarig sygdom, hvorimod kun 27 % af dem med en lang videregående uddannelse har en langvarig sygdom. Ligeledes har 38 % af dem med en grundskoleuddannelse to eller flere sygdomme på en gang, hvor kun 19 % af dem med en lang videregående uddannelse har en eller flere sygdomme på samme tid (Statens Institut for Folkesundhed 2014).

Derfor har anbefalingerne rettet mod at reducere ulighed i sundhed primært været af strukturel karakter. Det vil sige, at de har haft fokus på at ændre strukturen i samfundet gennem f.eks. love og reguleringer eller har haft fokus på strukturelle forhold som at fremme trivsel i daginstitutioner eller bedre forhold for folk på overførselsindkomst.

Aktionslæring: En ny tilgang til fremme af social lighed i sundhed

LAKS har fulgt en anden supplerende strategi. Fokus har ikke været på at forebygge de sociale faktorer, der er medbetingende for, at udsatte grupper bliver syge, men derimod på, gennem aktionslæring og kompetenceudvikling af ergo-, og fysioterapeuter, at reducere barriererne for at disse borgere ikke modtager optimale kommunale social- og sundhedsydelser, når de *er blevet* syge.

LAKS projektet har derfor, frem for at arbejde med en strukturel tilgang, i stedet taget udgangspunkt i mødet mellem de kommunale sundhedstilbud og de udsatte borgere. Målet har været at udvikle indsatser, der sikre optimale tilbud til også de mest udsatte borgere i fællesskab med det kommunale personale gennem såkaldte aktionslæringsforløb.

LÆSEVEJLEDNING

Nærværende rapport består overordnet set af to dele. En del, der beskriver LAKS med udgangspunkt i aktionslæring og de enkelte enheders udvikling af redskaber til at reducere ulighed i sundhed lokalt. En anden, der beskriver, hvordan COWI har for forsøgt at evaluere, ledere og medarbejderes oplevede effekt af LAKS.

Rapporten har følgende struktur:

- Kapitel 1, 2 og 3 indeholder henholdsvis forord, resume og indledning.
- Kapital 4 Design og metoder introducerer først de deltagende kommuner og enheder. Efterfølgende introduceres aktionslæring som metode for herefter at gå i dybden med designet for de konkrete aktionslæringsforløb, som enhederne gennemgik i LAKS. Til sidst præsenterer vi de metoder og datakilder, som vi har brugt til at afdække enhedernes oplevede effekt af LAKS.
- Kapitel 5 I hvilken grad har LAKS bidraget til at fremme social lighed i sundhed? Kapitlet indeholder en gennemgang af de mest markante resultater fra evalueringen af LAKS.
- Kapital 6 Hvilke konkrete redskaber har kommunerne skabt i LAKS? Kapitlet går i dybden med enhedernes individuelle arbejde ud fra følgende tre tematikker: Én borger – mange udfordringer, Det rigtige tilbud om sundhedsindsats og Sundhed i hverdagen. Inden for hvert tema præsenteres de enheder, som har arbejdet med problemstillinger inden for temaet, og derefter følger en case-beskrivelse fra en udvalgt enhed, som også indeholder en borgercase.
- Kapitel 7 Hvilke faktorer har haft betydning for implementering af LAKS. Kapitlet viser bredden i det udbytte, som enhederne har opnået ved at indgå i LAKS. Derudover beskriver vi de overordnede udfordringer, som enhederne har mødt i forhold til at deltage i og implementere resultater fra LAKS.
- Kapitel 8 Diskussion og konklusion. Her samler vi op på LAKS´ resultater. Dernæst diskuterer vi de kontekstuelle forhold, som har haft betydning for implementeringen af LAKS samt hvilke styrker og svagheder, der har været forbundet med at bruge aktionslæring som metode.
- Kapitel 9 Hvordan er LAKS blevet formidlet? Et kort oprids af, hvordan resultaterne fra LAKS er blevet formidlet.

DESIGN OG METODE

DESIGN OG METODE

Formålet med LAKS har, som ovenfor beskrevet, været at reducere social ulighed i sundhed blandt udsatte borgere. Dette mål har vi forsøgt at nå ved at iværksætte et udviklingsforløb for seks kommuner og 19 deltagende kommunale enheder baseret på aktionslæring (se Tabel 1)[2].

Inklusionskriterier

Kommunerne i projektet blev rekrutteret ved, at de først blev opfordret til at søge om deltagelse i LAKS. Efterfølgende havde LAKS-projektgruppen en dialog med de kommuner, som ønskede at deltage, og på den baggrund udvalgte Sund By Netværket i samråd med styregruppen og COWI kommuner til deltagelse. Social- og sundhedsforvaltningerne i kommunerne udvalgte efterfølgende de kommunale enheder, som de vurderede passede bedst til LAKS.

Tabel 1 Deltagende kommuner og enheder i LAKS

KOMMUNER	ENHEDER
Aarhus	Sletten Korsagergården Provstebakken Enhed for Sundhedsfremme og Forebyggelse, Folkesundhed Aarhus Center for sundhedsforløb, Folkesundhed Aarhus Globus1, Folkesundhed Aarhus vest
Holbæk	Genoptræningscentret Plejehotellet Sundhedscentret Stenhusbakken
Gladsaxe	Egekrogen Skuret Rusmiddelcentret Carlshuse
Halsnæs	Havlit 1 & 2 og Fjorden Paraplyen Idrætshallerne
Ballerup	Livsstilscafe (fællesprojekt ml. beskæftigelses-, social-, og sundhedsområdet i kommunen)
København	Center for Kræft og Sundhed

[2] Aarhus Kommune blev inviteret med i projektet med fire enheder, men ønskede at finansiere, at yderligere to enheder fra kommunen indgik i projektet. Eftersom de to "ekstra" enheder har været igennem samme aktionslæringsforløb som projektets øvrige enheder, har vi valgt at afrapportere resultaterne fra samtlige enheder under et i denne rapport.

I det følgende beskriver vi først den aktionslæringsmetode, som har været brugt til at skabe forandring i de deltagende kommuner og enheder. Efterfølgende beskriver vi de analytiske metoder, som vi har brugt til at afdække, hvilken virkning projektet har haft, både i forhold til at skabe nye indsatser blandt deltagende enheder og i forhold til at øge fokus på social ulighed i sundhedsproblematikken blandt enhederne.

AKTIONSLÆRING SOM METODE

Introduktion

I dette afsnit præsenteres først den bagvedliggende teori og bagefter det konkrete forløb for LAKS-projektet.

LAKS tager udgangspunkt i aktionslæring som metode. Aktionslæring er tæt beslægtet med aktionsforskning og i begge tilfælde involveres praksis (brugere og medarbejdere) i at udvikle og afprøve løsninger på strategiske og praktiske problemstillinger. Vi har valgt at bruge aktionslæring, fordi metoden gør det muligt at profitere fra medarbejdernes konkrete viden om udfordringer i forhold til at skabe lighed i sundhed og deres ideer til løsninger på disse udfordringer.

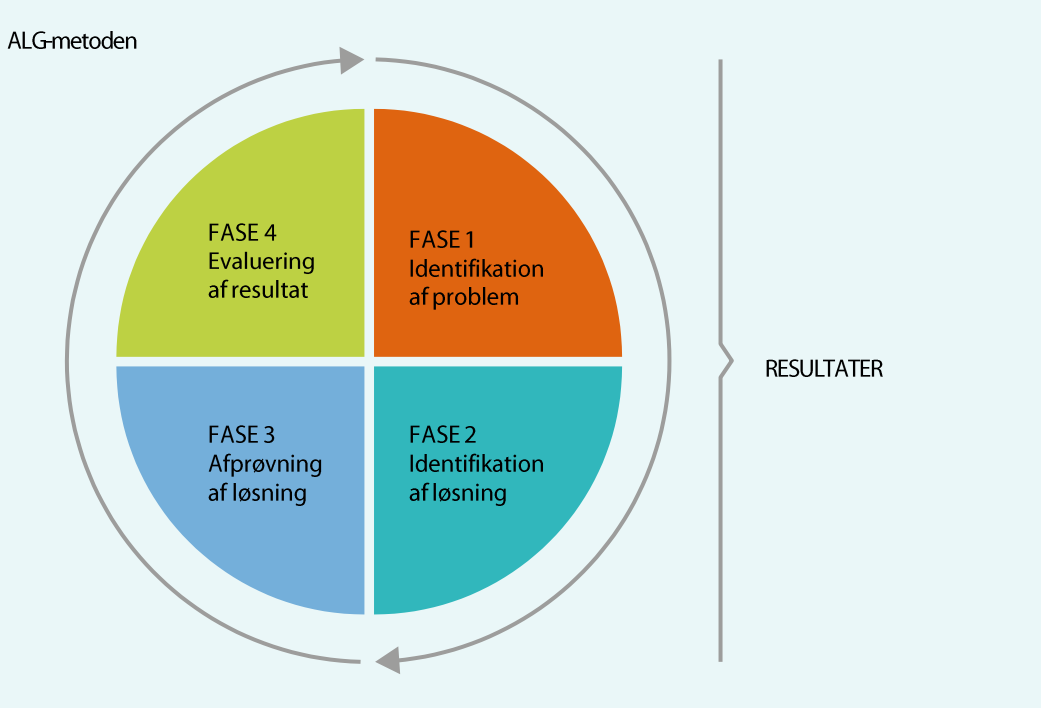
Aktionslæring har gjort det muligt at udvikle medarbejdernes daglige praksis ved hjælp af et metodisk struktureret og indholdsmæssigt fleksibelt koncept, som sikrer, at de involverede medarbejdere og arbejdspladser er medudviklere af projektet, at de kompetenceudvikles, og at projektet samtidig målrettes institutionens eksisterende kerneydelser. Resultatet er konkrete løsninger på konkrete udfordringer, som medarbejderne har stort ejerskab til, hvilket sikrer stor institutionel forankring.

Aktionslæring

Grundideen i aktionslæring er, at man afprøver ny viden i praksis og derefter reflekterer over sine erfaringer og udfordringer for derigennem at opøve og forbedre sine kompetencer – under tiden styret af en ekstern facilitator (Kramer 2007). Dette gentages i flere forløb, hvor man løbende planlægger og udfører handlinger på baggrund af de erfaringer, man har opnået og udvekslet i tæt samarbejde med sit team (Marquardt 1999).

Til forskel fra traditionel læring giver aktionslæring mulighed for at anvende ny viden i praksis samtidig med, at man erhverver sig denne viden. Ved denne form for læring forudsættes det altid, at deltagerne engageres i en aktionslæringsgruppe (ALG), hvor deltagerne kan identificere og løse udfordringer, der opleves som barrierer for at opnå strategiske mål. Aktionslæring som metode rummer fire faser, som beskrives nedenfor.

Figur 1 Faser i aktionslæring



- Fase 1: Identifikation af problem. Fokus på at identificere det konkrete problem, som medarbejderne ønsker at adressere i forandringsprocessen. Det er centralt, at det er et problem eller en udfordring, som er fremtrædende i arbejdet, og som deltagerne har mulighed og motivation for at arbejde med. Et eksempel på en sådan udfordring kan være et sundhedscenter, som ønsker at fastholde flere sårbare borgere på deres forebyggelseshold, fordi de oplever, at denne målgruppe enten ikke møder op eller har svært ved at gennemføre sundhedstilbud som rygestop, bevægelseshold eller misbrugsafvænning.

- Fase 2: Identifikation af løsning. Fokus på at identificere en løsning på problemet. Løsningen vil ofte bestå af flere trin. Første trin kan f.eks. bestå i at iværksætte en mindre undersøgelse blandt borgere, som er faldet fra sundhedstilbud, for at få mere viden om baggrunden og konteksten for problemet. Det kan også være et undersøge, hvad der allerede findes af viden på området. Det næste trin vil så være at identificere en løsning, når man har fået et bedre greb om årsagen til problemet.

- Fase 3: Afprøvning af løsning. Fokus på at afprøve løsningen – f.eks. at tilbyde forebyggelseshold rettet mod mænd, hvis det viser sig, at det primært er mændene, som falder fra, eller at gennemføre sundhedstilbud i borgernes nærmiljø med brug af instruktører, som er kendt fra lokalmiljøet.

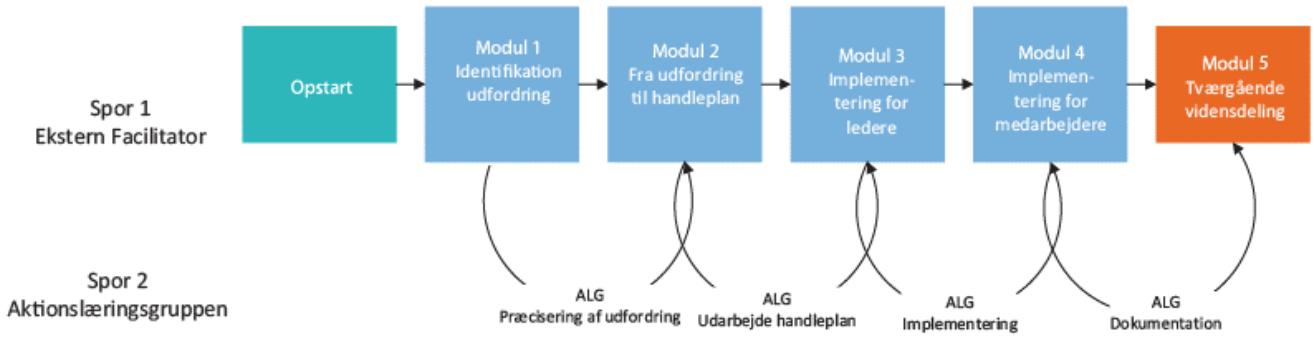
- Fase 4: Evaluering af resultat. Fokus på at evaluere resultatet af den afprøvede løsning – f.eks. om der er et mindre frafald blandt målgruppen nu i forhold til før, man iværksatte løsningen, eller om borgerne giver udtryk for større tilfredshed end tidligere.

AKTIONSLÆRING I LAKS

Vi valgte i LAKS-projektet at operationalisere og organisere aktionslæringen i to spor som illustreret i Figur 2. Et spor, som COWI som ekstern facilitator planlagde og gennemførte (spor 1), og et spor (spor 2), som de deltagende enheder selv var ansvarlige for at planlægge, lede og udvikle i en aktionslæringsgruppe bestående af medarbejdere og evt. en ledelsesrepræsentant.

Det var op til enheden selv at beslutte, hvem der skulle indgå i aktionslæringsgruppen. Vi anbefalede, at en ledelsesrepræsentant og frem til syv medarbejdere, som var særligt motiverede for at arbejde med social ulighed i sundhed, indgik i projektforløbet.

Figur 2 Oversigt over LAKS-forløbet



SPOR 1 – DEN EKSTERNT FACILITEREDE PROCES

Den proces, om COWI styrede og faciliterede, strakte sig over et år og bestod af et indledende møde og fem læringsmoduler.

Indledende møde

I opstartsperioden afholdt COWI et indledende besøg med de enheder, som indgik i LAKS-projektet. Her blev projektet drøftet med ledelsen og tilrettelagt i lyset af enhedens bemanding, målgruppe og andre aktuelle dagsordener.

Modul 1

Næste møde fandt sted ca. en måned senere og bestod i en introduktions-workshop. Fokus var her på dels at introducere medarbejderne til projektet, både i forhold til formål og metode, og dels at identificere den udfordring, de ønskede at arbejde med i projektet. I forbindelse med introduktionen til projektet gennemgik facilitator baggrunden for projektet og herunder nyeste viden om faktorer, der kan påvirke lighed i sundhed.

I forhold til at identificere udfordringer inden for temaet lighed i sundhed bestod facilitators arbejde i først sammen med medarbejderne at få synliggjort de mange forskellige udfordringer, som medarbejderne møder i deres dagligdag i relation til lighed i sundhed. Herefter guidede facilitator medarbejdergruppen hen imod at prioritere en til to udfordringer inden for temaet, som enheden ville arbejde med i projektet. Det var samtidig centralt for facilitatoren at finde en balance mellem henholdsvis lederens og medarbejdernes ikke altid sammenfaldende opfattelser af, hvor og hvordan organisationen oplever udfordringer i mødet med borgerne.

Modul 2

Forløbets andet modul var placeret tre til fire måneder efter projektopstart. Det bestod i en løsningsfokuseret workshop af en halv dags varighed i hver kommune på tværs af de deltagende enheder. Workshoppen havde fokus på, at aktionslæringsgrupperne sparrede både indbyrdes og med hinanden om, hvordan de kunne løse den udfordring, de havde identificeret i introduktionsworkshoppen (modul 1).

Facilitator bistod med sparring og instruktion i opstilling af mål, aktiviteter og dokumentationspunkter, som blev sammenfattet i en handleplan for enheden. Konkret gennemgik vi, hvordan man opstiller SMARTe mål, dvs. mål som er Specifikke, Målbare, Acceptable, Realistiske og Tidsafgrænsede, hvordan man nedbryder et projekt i konkrete aktiviteter, og hvordan man opstiller indikatorer for fremdrift i projektet. I første omgang var løsningsmodellen ofte skitseagtig og fokuseret på, hvordan den valgte problematik eller udfordring omkring lighed i sundhed kunne omformes til et mål for medarbejderne. Hvordan ville situationen se ud, hvis proble-

matikken var løst? Hvad skulle til for at komme derhen? Hvilke af disse trin havde medarbejderne mulighed for og engagement i at påvirke? Hvem skulle gøre hvad og hvordan for at komme derhen? Hvilke muligheder var der for at dokumentere undervejs, om det gik i den rigtige retning? I de efterfølgende moduler og i arbejdet i aktionslæringsgruppen blev disse spørgsmål besvaret mere indgående i takt med udviklingen og afprøvningen af løsningsmodeller.

Modul 3

LAKS tredje modul blev afholdt ca. seks måneder efter projektopstart og var en implementeringsworkshop med lederne fra de deltagende enheder i hver kommune samt en repræsentant fra hver aktionslæringsgruppe (modul 3). Her havde ledere og repræsentanter lejlighed til at fremlægge projektet og drøfte implementeringsudfordringer og løsninger med hinanden.

Modul 4

Dette modul foregik inden for måned ni til ti og havde fokus på at indsamle data på tværs af projekterne med henblik at opnå tværgående viden om, hvilke resultater projekterne havde nået, hvordan det havde været at arbejde med metoden, hvordan samarbejdet med facilitator havde været mm. Mødet var også en anledning til at drøfte implementeringsudfordringer med medarbejderne og til at aftale fremadrettede håndteringsstrategier.

Modul 5

Sidste modul i LAKS blev gennemført som en afsluttende konference for alle deltagende enheder og andre interesserede. Konferencen blev gennemført på Mogens Dahl Koncert Sal i København. Programmet omfattede oplæg for alle LAKS-projekter, som ønskede at holde oplæg – hvilket majoriteten af projekterne ønskede.

Konferencen havde fokus på vidensdeling, gensidig læring og inspiration samt præsentation af de udviklede løsningsmodeller for at opnå større lighed i sundhed i praksis.

SPOR 2 – ENHEDERNES EGEN AKTIONSLÆRINGSPROCES

Hver enhed nedsatte som en del af deres deltagelse i LAKS en aktionslæringsgruppe på frem til otte medarbejdere. Denne gruppe var særligt involveret i og ansvarlig for gennemførelse og udvikling af enhedens projekt.

Aktionslæringsgruppen mødtes mellem de moduler, partnerskabet faciliterede med henblik på at udvikle deres projekter. På den måde blev der skabt en vekselvirkning mellem facilitator og medarbejdere igennem hele projektets levetid.

På de første møder i aktionslæringsgruppen arbejdede medarbejderne med at præcisere den udfordring omkring lighed i sundhed, som de valgte at arbejde med på introduktionsworkshoppen. Det var f.eks. at beskrive udfordringen nærmere, at afklare yderligere, hvilke af enhedens borgere, der særligt er involveret eller ramt af denne udfordring, at snakke med de øvrige medarbejdere (som ikke var en del af aktionslæringsgruppen) om deres syn på udfordringen, og at få uddybet, på hvilken måde og i hvilke situationer udfordringen er et problem for dem, for borgerne og for levering af deres kerneydelse.

På de efterfølgende møder (efter den løsningsfokuserede workshop og sideløbende med de to implementeringsworkshopper) arbejdede aktionslæringsgruppen med at præcisere den udviklede løsningsmodel, undersøge hvad andre enheder og kommuner har gjort i lignende situationer, afprøve deres løsningsmodeller og følge op på, om de virker – altså om de fik løst de udfordringer, de havde identificeret. På møderne med facilitator blev der fulgt op på dette arbejde, og undervejs var facilitator til rådighed for enheden ved behov for sparring eller håndtering af uforudsete vanskeligheder i forbindelse med udvikling og afprøvning af løsningsmodellen.

DATAINDSAMLING I LAKS

Sideløbende med aktionslæringsforløbet har vi haft fokus på at evaluere LAKS´ virkning på enhedernes strategiske fokus på social ulighed i sundhed samt på deres oplevelse af aktionslæringslæring som metode til at reducere social ulighed i sundhed.

Vores analyse af aktionslæringsforløbets betydning for enhedernes arbejde på at reducere social ulighed i sundhed bygger på fire datakilder:

- En spørgeskemabaseret før-eftermåling
- En struktureret kvalitativ før-eftermåling
- Fokusgruppeinterview ved afslutning af projektet med fokus på at afdække hæmmere og fremmere for implementering af projektet
- Løbende observationer på møder og dialog med enhederne.

Det samlede evalueringsdesign blev implementeret i primært to faser. Første fase blev gennemført i forbindelse med opstart af projektet. I den forbindelse udsendte vi inden projektopstartet spørgeskema til lederne af alle deltagende enheder. Skemaet bestod af fem spørgsmål og havde fokus på at vurdere, hvilke redskaber, viden og politikker om lighed i sundhed der er til stede på enhederne. Lederne blev bedt om selv at udfylde skemaet samt give det til de medarbejdere, som de vurderede var relevante i forhold til LAKS-projektet. Efterfølgende gennemførte vi en struktureret, kvalitativ førundersøgelse baseret på interview med lederne af de enheder, som deltog i LAKS i forbindelse med det indledende møde i aktionslæringsforløbet.

Anden fase blev gennemført i forbindelse med afslutningen på LAKS. Her udsendte vi et spørgeskema, som indeholdt samme spørgsmål som førundersøgelsen. På samme måde gennemførte vi en struktureret kvalitativ efterundersøgelse baseret på interview med lederne i forbindelse med afslutningen af projektet. Den metodiske antagelse er, at en evt. forskel mellem før og efter skyldes de indsatser, som er gennemført i LAKS.

Før-efterspørge-skemaundersøgelse

I forhold til hvordan vi har gennemført undersøgelsen, så blev første spørgeskema udsendt juni 2015, mens andet spørgeskema blev udsendt i juni 2016.

Spørgeskemaet blev udsendt via link til deltagende medarbejdere på enhederne. 80 respondenter svarede på udsendelse af spørgeskemaet før projektet, hvoraf 70 af disse besvarelser er inkluderet, mens 35 svarede på det opfølgende spørgeskema efter afslutning af projektet, hvoraf 34 er inkluderet. Ufuldendte besvarelser og besvarelser fra enhederne som ikke gennemførte projektet blev ekskluderet. Signifikans er testet med chi2-test.

Metodiske forbehold

Herudover er det vigtigt at gøre opmærksom på visse metodiske forbehold i forhold til, hvad vi har belæg for at konkludere på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen. For det første er administrationen af undersøgelsen forbundet med en vis risiko for skævhed (bias) i data. Spørgeskemaer er sendt som åbne links til lederne af de enheder, som har deltaget i LAKS, som så efterfølgende har videresendt linket til de medarbejdere, hun eller han har vurderet at være relevante at inddrage i undersøgelsen. Det betyder, at vi ikke ved, om det er de samme medarbejdere, som har svaret før og efter LAKS, ligesom vi ikke ved, om der har været en bias i den måde, lederne har udvalgt medarbejdere til at deltage i undersøgelsen på. Det er imidlertid svært at se, at lederne skulle have haft noget incitament til at udvælge respondenter på en bestemt måde, og vi vurderer derfor ikke dette som en stor risiko for bias i data.

På baggrund af denne dataindsamlingsmetode er der flere deltagere i førmålingen end i eftermålingen. Vi vurderer, at der er primært to forklaringer på forskellen:

- For det første er det en nærliggende forklaring, at lederne har valgt at sende spørgsmålet til flere medarbejdere ved opstart af projektet, fordi de på dette tidspunkt ikke var klar over, hvor mange medarbejdere der ville indgå i projektet. Ved afslutningen af projektet har det imidlertid være helt klart, hvem som har medvirket i projektet – og det er så kun dem, som har fået skemaet.

- For det andet har en del enheder skiftet både ledere og medarbejdere i løbet af projektperioden. Det betyder, at nogen medarbejdere, som har været involveret i LAKS, har forladt projektet i løbet af perioden, og det kan have været svært for nye ledere at overskue præcist, hvilke medarbejdere der har været ind over LAKS. Begge dele kan have haft betydning for, hvor mange medarbejdere der fået tilsendt spørgeskemaet.

Vi vurderer imidlertid ikke, at det har nogen videre betydning for undersøgelsens gyldighed, at en gruppe af de respondenter, som svarede på førspørgeskemaet, ikke er identisk med dem, som svarede på efterspørgeskemaet. Respondenterne er ikke blevet bedt om at sammenligne situationen før og efter LAKS, men derimod om at besvare spørgsmål om ulighed i sundhed før og efter projektet.

Til sidst er det vigtigt at påpege, at der kan være flere årsager til den signifikante forskel mellem svarene før og efter LAKS. Kommuner og enheder kan have været involveret i andre projekter i løbet af projektperioden, som har haft betydning for respondenternes svar. Vi har dog ikke støt på noget i den stil i vores relativt omfattende dialog med enhederne i løbet af projektet, så vi vurderer heller ikke her, at der her er stor risiko for bias i data.

Struktureret før-efter-interviewundersøgelse

I løbet af LAKS blev der gennemført en struktureret før-efter-interviewundersøgelse blandt 14 ledere af de enheder, som deltog i LAKS. Lederne blev stillet fire spørgsmål, som skulle vurderes på en skala fra 1-4. Data-indsamlingsredskabet præsenteres nærmere i kapitel 5.

Afsluttende fokusgrup-peinterview

Udover den kvantitative og kvalitative før-eftermåling gennemførte vi også et fokusgruppeinterview med aktionslæringsgruppen hos samtlige deltagende enheder[3]. Fokusgruppeinteriewet blev gennemført på baggrund af en semistruktureret spørgeguide. Der blev taget referat af interviewene, som efterfølgende er blevet analyseret tematisk.

Løbende observationer

Til sidst havde alle konsulenter, som deltog i faciliteringen af aktionslæringsforløbene, løbende fokus på at notere erfaringer i forhold til, hvilke forhold som henholdsvis fremmede og hæmmede aktionslæringsproces-serne og den efterfølgende implementering af udviklede indsatser og redskaber.

Paneldebat mellem Nina Thomsen, Otto Ohrt og Tina Nør Langager

[3] På nær Sundhedscentret i Holbæk, som havde en forskudt aktionslæringsproces pga. omlægninger i kommunen.

I HVILKEN GRAD HAR LAKS BIDRAGET TIL AT FREMME SOCIAL LIGHED I SUNDHED?

I HVILKEN GRAD HAR LAKS BIDRAGET TIL AT FREMME SOCIAL LIGHED I SUNDHED?

LAKS har haft som formål at reducere social ulighed i sundhed i det nære sundhedsvæsen ved i seks kommuner at afprøve aktionslæring som redskab til at skabe nye indsatser overfor udsatte borgere.

For at afdække om LAKS har bidraget til reducere social ulighed i sundhed, har vi i projektet evalueret de deltagende enheders *oplevede* effekt af aktionslæring som metode til udvikling af deres praksis gennem følgende metoder:

- En struktureret kvalitativ før-eftermåling målrettet ledere
- En spørgeskemabaseret før-eftermåling målrettet den samlede personalegruppe
- Gennemførelse af opsamlende fokusgruppeinterview med fokus på at afdække hæmmere og fremmere for fremgang i projektet.

RESULTATER

Samlet set peger evalueringen på, at LAKS´ aktionslæringsforløb har bidraget positivt til at fremme fokus på og reducere social ulighed i sundhed hos de deltagende enheder (se Tabel 2).

Tabel 2 Nøgleresultater i evalueringen

Lederne
Undersøgelsen viser, at lederne både før- og efterundersøgelsen mener, at ulighed i sundhed er et relevant indsatsområde på deres arbejdsplads. Desuden har der været en positiv udvikling i både ledernes arbejde for at fremme social lighed i sundhed og – ifølge lederne – i medarbejdernes kendskab til problemstillingen. Det mest markante resultat fra undersøgelsen viser, at stort set alle ledere vurderer, at de efter projektet har flere redskaber til at arbejde effektivt med social ulighed i sundhed, end de havde, før de deltog i LAKS. Dette ser vi som en klar indikation på, at LAKS har bidraget til at øge deres fokus på problemstillingen.
Medarbejderne – Fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker mfl.
Medarbejdernes viden om og redskaber til at adressere social ulighed i sundhed har også udviklet sig positivt i løbet af LAKS. Medarbejderne rapporterer i større grad, at de føler sig rustet til udfordringen efter LAKS. Samtidig rapporterer de, at deres arbejdspladser er blevet bedre til at gøre en aktiv indsats for at hjælpe udsatte borgere. Hele 62 % vurderer, at deres arbejdsplads i høj grad gør en indsats mod social ulighed i sundhed efter LAKS i forhold til 31 % før LAKS. Herudover ses en stigende tendens til at udvikle konkrete retningslinjer og politikker på enhederne efter projektet.

LEDERNE

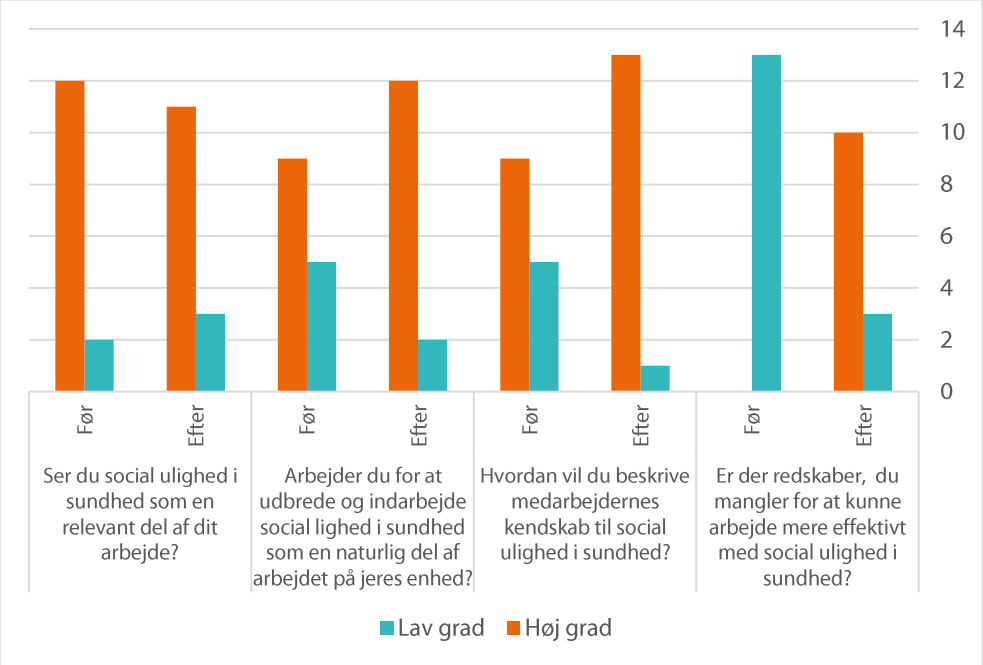
Som første led i vores evaluering gennemførte vi en struktureret før-efterinterviewundersøgelse blandt lederne af de enheder, som deltog i LAKS.

Det overordnede formål for evalueringen var at afklare, hvilken virkning de deltagende enheder i LAKS vurderede projektet havde på deres arbejde med social lighed. Med dette formål operationaliserede vi en række undersøgelsesspørgsmål, som indgår i Figur 3 nedenfor. Figuren viser udviklingen i ledernes opfattelse af og tilgange til social ulighed i sundhed før og efter deltagelse i LAKS.

Lederne blev stillet fire spørgsmål, som skulle vurderes på en skala fra 1-4. Spørgsmål og skalaerne for de fire spørgsmål er formuleret således:

- Spørgsmål 1: Ser du social ulighed i sundhed som en relevant del af dit arbejde? På en skala fra 1-4, hvor 1=I lav grad og 4=I høj grad.
- Spørgsmål 2: Arbejder du for at udbrede og indarbejde social lighed i sundhed som en naturlig del af arbejdet på jeres enhed? På en skala fra 1-4, hvor 1=I lav grad og 4=I høj grad.
- Spørgsmål 3: Hvordan vil du beskrive medarbejdernes kendskab til social ulighed i sundhed? På en skala fra 1-4, hvor 1= Meget begrænset kendskab og 4= Høj grad af kendskab.
- Spørgsmål 4: Er der redskaber, du mangler for at kunne arbejde mere effektivt med social ulighed i sundhed? På en skala 1-4, hvor 1=Stor mangel på redskaber og 4=Vi har i høj grad de redskaber, vi har brug for.
- Efterfølgende er svarkategorierne slået sammen, således at svarkategorierne 1-2 rapporteres som lav grad, og 3-4 rapporteres som høj grad.

Figur 3 Før- og efterundersøgelse – ledere



Note: n= 14. En leder har ikke besvaret spg. 4 i både før- og efterundersøgelsen[4]

Som det fremgår af resultaterne i Figur 3, har der været en positiv udvikling på samtlige spørgsmål på nær det første, som handler om, i hvilket omfang social ulighed i sundhed er en relevant del af deres arbejde. Her mener 12 ud af 14 ledere, at social ulighed i sundhed i høj grad er en relevant del af deres arbejde før projektet, og 11 ud af 14 er af denne opfattelse ved afslutning af LAKS. Således finder størstedelen af lederne både før og efter LAKS-initiativerne, at social ulighed i sundhed i høj grad er relevant for deres arbejde.

Til gengæld viser resultater fra undersøgelsen en positiv udvikling i ledernes arbejde for at udbrede og indarbejde social lighed i sundhed som en del af arbejdet på enhederne.

I førundersøgelsen svarer syv ledere ud af 14, at de i høj grad arbejder på udbrede kendskabet til social ulighed, mens 12 svarer, at de gør det i efterundersøgelsen. På samme måde svarer fem, at de kun arbejder med det i lav grad ved projektstart, mens kun to svarer det ved slutningen af projektet. Med andre ord er der sket en positiv udvikling, idet lederne i højere grad arbejder på at udbrede og indarbejde social lighed i sundhed i arbejdet på deres enheder. En projektleder uddyber et konkret eksempel på de nye arbejdsganges direkte betydning for borgerne:

"Ud over succesen for centret er det også en positiv oplevelse for borgeren, som får en positiv oplevelse og en følelse af at have styr på noget og kunne noget. Vigtigst er det, at borgeren støttes i at gennemføre sin behandling".

Det samme billede viste sig i de fokusgruppeinterview, vi gennemførte med ledere og medarbejdere til sidst i LAKS. Her gav lederne og deltagerne i aktionslæringsgrupperne udtryk for, at LAKS har medført større fokus på ulighed i sundhed, og at initiativerne vil fortsætte på enhederne efter projekternes afslutning. Flere af deltagerne til fokusgruppemøderne forklarede hertil, at projekterne, som LAKS har initieret, har været konkrete

[4] I alt deltog 16 enheder i førundersøgelsen og 14 enheder i efterundersøgelsen. De enheder, som ikke deltog i efterundersøgelsen, er blevet ekskluderet fra den første del af undersøgelsen.

og realiserbare. Generelt udtaler de enheder, som har gennemført projektet, at de er tilfredse med forløbet, og at metoden har været realistisk. En projektleder udtaler:

"Der er valgt projekter og fokus, som var realistiske, og forandringen er startet nedefra, hvilket er en af grundene til, at det lykkes. Der er altså nået de indsatser, som blev meldt ud. Handleplanen er blevet brugt som rigtig god struktur til at holde fast og til at kunne overskue projektet."

Der har ligeledes været en positiv udvikling i ledernes opfattelse af medarbejdernes kendskab til social ulighed i sundhed. I førundersøgelsen mente knap halvdelen af lederne i lav grad, at medarbejderne havde kendskab til feltet. I efterundersøgelsen svarede 13 ud af 14 ledere, at medarbejderne i høj grad havde kendskab til social ulighed i sundhed efter projektet. Ifølge lederne er medarbejdernes kompetencer blevet udviklet gennem LAKS, og deres viden om ulighed i sundhed er blevet bredere. En projektleder mener, at næste skridt er at udbrede samme forståelse for ulighed i sundhed, som enheden arbejder ud fra, til nyankomne medarbejdere:

"I forbindelse med LAKS har vi startet dialog om lighed i sundhed og er i gang med at sætte fokus på det. Vi er ved at skrive noget til nye medarbejdere om, hvordan vi håndterer borgere, der er socialt udfordret."

10 ud af 13 og derved langt størstedelen af lederne mener, at de i høj grad har de redskaber, der skal til for at arbejde med social ulighed i sundhed efter LAKS. Forud for LAKS-initiativerne havde alle lederne i lav grad denne opfattelse, hvilket illustreres i figuren ved en manglende rød søjle, idet 13 ud af 13 ledere mente, at de før projektstart i lav grad havde redskaber til at arbejde med ulighed i sundhed. Der er således sket en markant udvikling. På en enhed omtales LAKS som det, der gør arbejdsgange synlige for alle:

"Projektet er en anderledes måde at arbejde på, som er til gavn for organisationen. […] At få sat ord på det, de (medarbejderne red.) gør, er en interessant proces, og gør det synligt på hvert niveau. […] Det er usynlig viden, der bliver mere synlig gennem handlingsplanen. Projektet kommer til at leve videre, da det er en proces der er i gang."

Herved ses, hvordan projektet har udviklet redskaber på organisationsniveau, der samtidig har en betydning for mere håndgribelige redskaber, som synliggører arbejdsgangene for medarbejderne.

LAKS´ BETYDNING FOR MEDARBEJDERNES PERSPEKTIV PÅ SOCIAL ULIGHED I SUNDHED

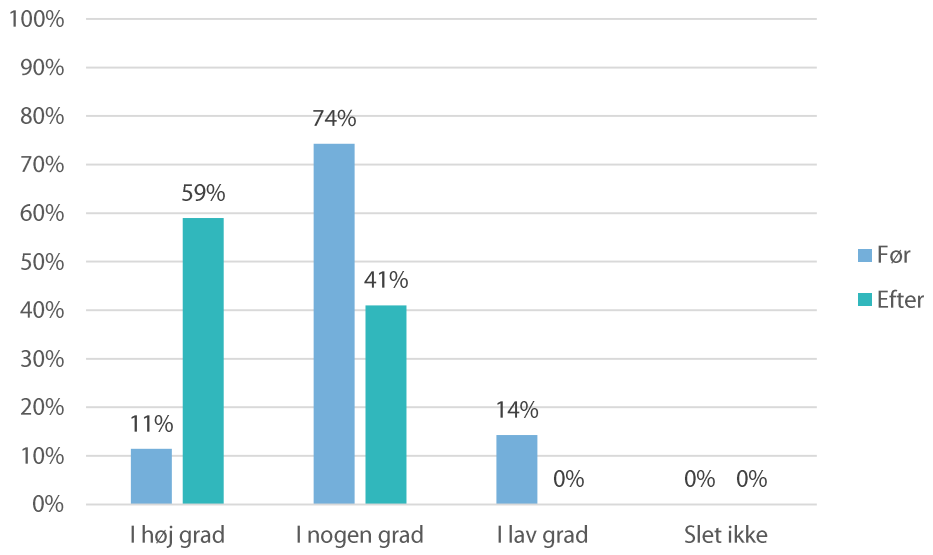
Som led i vores evaluering af LAKS har vi også gennemført en før-efter-spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejderne på de enheder, som deltog i LAKS. Ligesom i interviewundersøgelsen beskrevet tidligere dækker før- og eftermålingen over, at vi har sendt samme spørgeskema til de samme enheder to gange: Et før LAKS begyndte, som er udsendt i juni 2015, og et efter projektet blev afsluttet i juni 2016. Alle spørgsmål er vurderet på en skala med fire muligheder, fra Slet ikke til I høj grad

Vi har modtaget 80 besvarelser i førundersøgelsen, hvoraf 10 besvarelse er frasorteret på baggrund af ufuldstændige besvarelser samt besvarelser fra enheder, som ikke gennemførte projektet og dermed ikke svarede på efterundersøgelsen. Vi har modtaget 35 besvarelser i efterundersøgelsen, hvoraf en ufuldstændig besvarelse er frasorteret. Det vil sige, at nedenstående resultater består af 70 besvarelser i førundersøgelsen og 34 besvarelser efterundersøgelsen.

SELVVURDERET GRAD AF VIDEN OG REDSKABER TIL AT ARBEJDE MED ULIGHED I SUNDHED

Indledningsvist spurgte vi om, i hvilket omfang medarbejderne oplevede at have viden om og redskaber til at arbejde med ulighed i sundhed. Som det fremgår nedenfor i Figur 4, rapporterer medarbejderne i signifikant grad at have både bedre viden og bedre redskaber efter afslutning af LAKS end før.

Figur 4 *Graden af viden og redskaber til at arbejde med ulighed i sundhed*



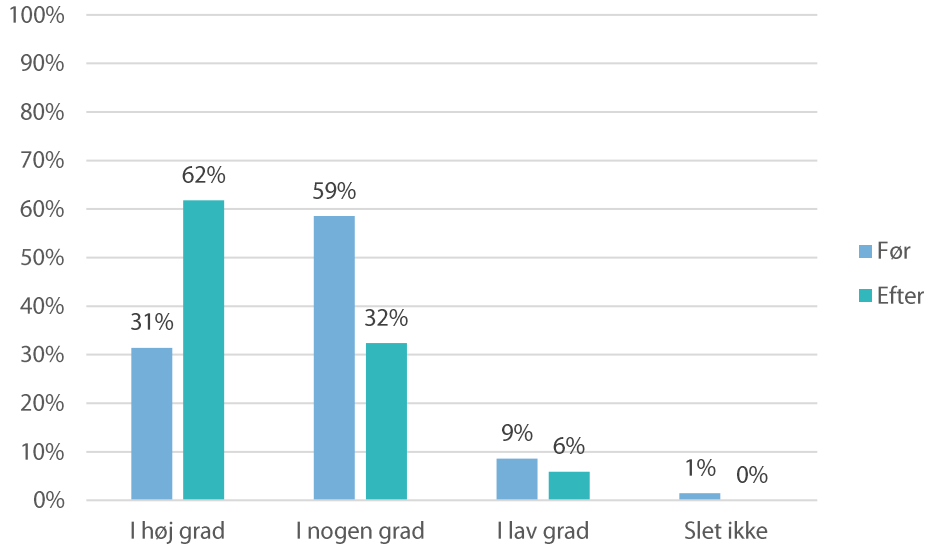
Note: Før n=70 efter=34. Spørgsmål: I hvilken grad vurderer du, at du har viden og redskaber til at arbejde med ulighed i sundhed i praksis i dit arbejde?

Det mest markante resultat i Figur 4 er, at mens kun 11 % før LAKS svarede, at de i høj grad vurderede at have viden og redskaber til at arbejde med ulighed i sundhed, så svarerede 59 % dette efter projektet. 74 % svarede at de "I nogen grad" havde viden og redskaber, mens kun 41 % svarede dette efter projektet. Det må være et udtryk for at de i højere har opnået viden og redskaber efter projektet. Herudover er det bemærkelsesværdigt, at 14 % svarede, at de i lav eller ingen grad havde viden og redskaber før LAKS, mens ingen svarede dette efter gennemførelse af LAKS.

VURDERING AF ARBEJDSPLADSENS INDSATS OVER FOR ULIGHED I SUNDHED

I takt med at graden af selvvurderet viden og redskaber hos medarbejderne er steget i løbet af projektet, ses også en signifikant stigning i vurderingen af arbejdspladsens aktive indsats over for ulighed i sundhed.

Figur 5 *Grad af arbejdspladsens aktive indsats for at reducere ulighed i sundhed*



Note: Før n=70 efter=34. Spørgsmål: I hvilken grad gør din arbejdsplads en aktiv indsats for at bidrage til at reducere social ulighed i sundhed?

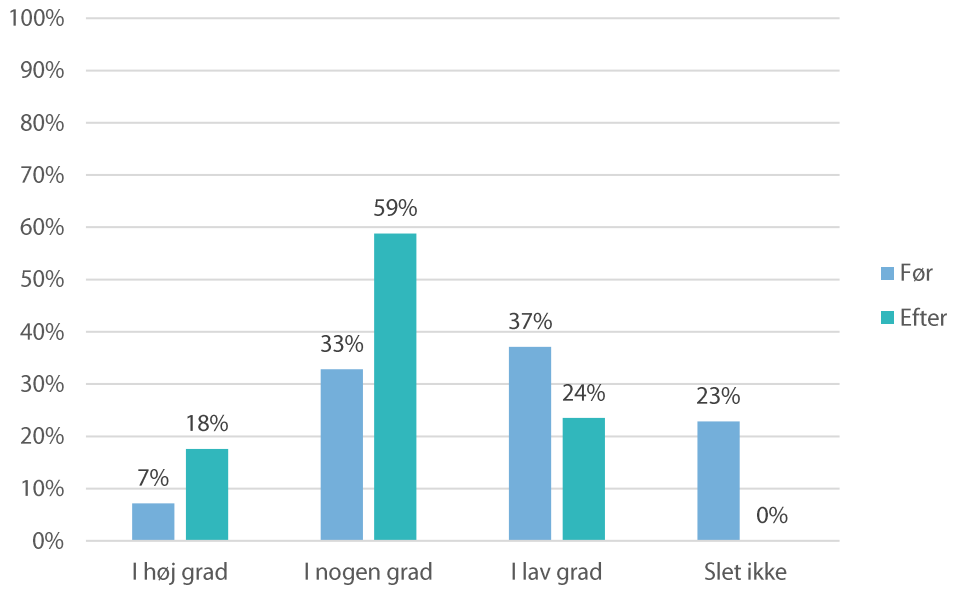
Figur 5 viser en klart stigende tendens for medarbejdernes vurdering af arbejdspladsens grad af aktive indsats for at reducere ulighed i sundhed før og efter LAKS.

Før projektstart vurderede 31 % af medarbejderne, at deres arbejdsplads i høj grad gjorde en indsats for at reducere ulighed i sundhed. Efter LAKS var det 62 %, som mente dette. Der er således dobbelt så mange, som vurderer, at deres enhed gør en aktiv indsats over for ulighed i sundhed, efter at de har været med i LAKS. I tråd med dette er andelen er personale, der har svaret "I nogen grad" er reduceret efter projektet, hvilket antages at være et udtryk for en stigning i graden af viden og redskaber. Ligeledes svarede 10 % at de i lav grad eller slet ikke havde viden og redskaber før LAKS, mens kun 6% svarede dette efter gennemførelse af LAKS.

RETNINGSLINJER, POLITIKKER OG PROCEDURER MÅLRETTET SOCIAL ULIGHED PÅ ARBEJDSPLADSERNE

Overordnet er den vurderede grad af retningslinjer, politikker og procedurer målrettet social ulighed på arbejdspladsen steget.

Figur 6 *Grad af retningslinjer, politikker og procedurer målrettet social ulighed på arbejdspladsen*



Note: Før n=70 efter=34. Spørgsmål: I hvilken grad er der udarbejdet retningslinjer, politikker og/eller procedurer for social ulighed i sundhed på din arbejdsplads?

Figur 6 viser, at før LAKS vurderede hovedparten (60 %) af medarbejderne i lav grad (37 %) eller slet ikke (23 %), at arbejdspladsen havde udarbejdet konkrete retningslinjer m.m. om ulighed i sundhed. Efter LAKS vurderede signifikant flere medarbejdere (77 %), at arbejdspladsen i høj (18 %) eller nogen grad (59 %) har udarbejdet retningslinjer og politikker, mens 24 % mener, der i mindre grad er retningslinjer m.m.

Ser vi specifikt på procentandelen af medarbejdere, som i høj grad vurderer, at deres arbejdsplads har en politik på området, fremgår det, at den blevet mere end fordoblet fra 7 % til 18 %. I tråd med dette er procentandelen af medarbejdere, som i nogen grad vurderer, at deres arbejdsplads har en sådan politik, næsten fordoblet fra 33 % til 59 %. Til sidst er det bemærkelsesværdigt, at mens hele 23 % inden LAKS mente, at de slet ikke havde en politik på området, er der slet ingen, som mener dette efter LAKS.

Som vi skrev indledningsvist, indikerer data altså tydeligt, at LAKS har bidraget til at øge fokus og tilgængeligheden af redskaber og retningslinjer for at reducere ulighed i sundhed.

HVILKE KONKRETE REDSKABER HAR KOMMUNERNE SKABT I LAKS?

HVILKE KONKRETE REDSKABER HAR KOMMUNERNE SKABT I LAKS?

Hver af de 19 enheder, som fuldførte LAKS, fandt sin egen unikke problemstilling, som de valgte at arbejde med i projektet. I nogle tilfælde handlede det om, hvordan man kunne bruge ny teknologi i samarbejdet med borgerne. Andre gange har fokus været på, hvordan man kunne rekruttere eller fastholde udsatte borgere til et tilbud eller noget helt tredje.

Fire analytiske niveauer

Eftersom så mange kommunale enheder har deltaget i LAKS, har det ikke været muligt at give en detaljeret præsentation af hvert enkelt projekt. I stedet har vi valgt en struktur, hvor de projekter, de kommunale enheder har arbejdet med i LAKS, præsenteres og beskrives på fire niveauer:

- Første niveau har været at analysere de kommunale enheders projekter på tværs og samle dem i tre temaer
- Andet analyseniveau har bestået i at give et overblik over og beskrive spændvidden i projekterne inden for de tre temaer
- Tredje niveau har bestået i inden for hvert tema at udvælge en enhed som case og illustrere, hvordan enheden har arbejdet med aktionslæring og skabt konkrete redskaber til at reducere ulighed i sundhed
- Fjerde og sidste niveau har haft fokus på at udfolde en konkret patient- eller borgercase, som illustrerer, hvordan de metoder, enheden har udviklet i LAKS, har haft helt konkret betydning for en af kommunens borgere.

Case-udvælgelse

Case-beskrivelserne, som præsenteres i afsnittet, er formuleret på baggrund af de handleplaner, alle enheder, som deltog i LAKS, udarbejdede som en del af deres aktionslæringsforløb. De enheds- og patientcases, som vi fremhæver i afsnittet, er udvalgt som eksempler på gode illustrative cases inden for hver tematik.

TRE TEMATIKKER

På trods af forskellighed i projekterne hos LAKS´19 enheder kan man alligevel sige, at de primært har arbejdet med tre temaer i LAKS. En del har haft fokus på at skabe bedre samarbejde mellem enheder i kommunen og hermed bedre overgange for deres borgere. Dette tema kalder vi "En borger – mange udfordringer". Andre har haft fokus på at skabe kontakt til borgergrupper, som traditionelt har fravalgt deres tilbud og skabe en rummelighed i tilbuddet, så disse borgere også gør brug af det. Det kalder vi "Det rigtige tilbud om sundhedsindsats". Til sidst har en række enheder haft fokus på at støtte deres borgere i at få en sundere livsstil inden for navnlig kost og motion. Det har vi kaldt "Sundhed i hverdagen".

Sammenlagt har vi altså analyseret de deltagende enheders individuelle LAKS-projekter på tværs og identificeret følgende tre temaer:

- En borger – mange udfordringer
- Det rigtige tilbud om sundhedsindsats
- Sundhed i hverdagen.
- Tabel 6 viser en oversigt og enheder opdelt efter tema.

Tabel 3 Oversigt over temaer og enheder

Tema	Enheder
En borger – mange udfordringer	Sletten, Aarhus Kommune Enhed for Sundhedsfremme og forebyggelse, Aarhus kommune Livsstilscafe, Ballerup Kommune Carlshuse, Gladsaxe Kommune Rusmiddelcentret, Gladsaxe Kommune Skuret, Gladsaxe Kommune
Det rigtige tilbud om sundhedsindsats	Center for Kræft og Sundhed, Københavns Kommune Genoptræningscentret, Holbæk Kommune Plejehotellet, Holbæk Kommune Globus1, Aarhus Kommune Korsagergården, Aarhus Kommune Egekrogen, Gladsaxe Kommune Stenhusbakken, Holbæk Kommune
Sundhed i hverdagen	Idrætshallerne, Halsnæs Kommune Paraplyen, Halsnæs Kommune Havlit 1 & 2, Fjorden Halsnæs Kommune Provstebakken, Aarhus Kommune Center for sundhedsforløb, Aarhus Kommune Sundhedscentret, Holbæk Kommune

I det følgende præsenteres de tre temaer, som er fremkommet ved en tværgående analyse af alle enhedernes indsatser. Dernæst går vi mere i dybden med en enhed under hvert tema og viser, hvordan enhedens arbejde i LAKS har haft konkret betydning for enhedens borgere.

EN BORGER - MANGE UDFORDRINGER

I løbet af LAKS blev det klart, at koordinationen mellem kommunernes tilbud til deres borgere blev opfattet som en udfordring for flere af LAKS-enhederne. Ofte er det de samme borgere, som gør brug af flere af kommunens tilbud. Den samme borger kan f.eks. frekventere både et kommunalt værested, misbrugscenter og sundhedscenter. Men tilbuddene har typisk svært ved at skabe synergi og arbejde sammen om at skabe sammenhængende indsatser over for deres fælles borgere.

I dette tema har vi samlet de enheder, som har haft fokus på at forbedre det tværgående samarbejde i kommunen. Det har samtidig været gennemgående for disse enheder, at de har haft fokus på at samarbejde med andre tilbud i kommunen og være bevidste om deres tilbud og kompetencer, således at borgeren med flere udfordringer får den rette hjælp og størst mulig udbytte af de kommunale sundhedsydelser.

I det følgende beskriver vi først ganske kort, hvordan fem enheder har arbejdet med temaet "En borger - mange udfordringer". Herefter går vi mere i dybden med, hvordan Genoptræningscentret i Holbæk Kommune har arbejdet med en holistisk tilgang til sine borgere, og hvad det har betydet for borgerne.

FEM KORTE BESKRIVELSER AF, HVORDAN ENHEDER HAR ARBEJDET MED TEMAET

Botilbuddet Sletten i Aarhus er en af de enheder, som har haft fokus på denne udfordring. Sletten er et psykiatrisk botilbud, som primært huser misbrugere med psykiske og sociale problemer. De ansatte på Sletten var allerede inden LAKS opmærksomme på, at deres beboere ofte ikke går til deres praktiserende læge eller hospitalet, selv når de har potentielt alvorlige sygdomme. Blandt andet fordi en del af sundhedspersonalet i både almen praksis og på hospitalet ifølge beboerne på Sletten er stigmatiserende over for botilbuddets beboere.

Aktionslæringsgruppen på Sletten valgte derfor at arbejde med denne udfordring i LAKS. Fokus blev overordnet set at prøve at bygge en bedre bro mellem deres borgere og almen praksis og hospitalet. De valgte at gå til opgaven ved at lave håndgribelige oversigter over den enkelte beboers behov, sundhedsfaglige netværk og tilbud, der er relevante for borgeren. Medarbejderne fik på den måde et bedre grundlag for at hjælpe deres borgere.

Enheden for Sundhedsfremme og forebyggelse under Folkesundhed Aarhus valgte også at arbejde med en udfordring inden for dette tema. Enheden arbejder med primær forebyggelse blandt andet i form af udarbejdelse af kampagner og strukturelle tiltag. I LAKS valgte de at fokusere på sundhed hos ledige borgere. Det gjorde de konkret ved at indgå i et samarbejde med kommunens jobcentre om at sikre, at alle borgere, der er i kontakt med Job og Sundhed, bliver spurgt til deres sundhedsadfærd og, hvis relevant, efterfølgende henvist til rette tilbud.

Afdelinger fra beskæftigelses-, social- og sundhedsområdet i Ballerup Kommunes valgte at gå sammen om at etablere en livsstilscafé for borgere, som det er svært at finde et relevant tilbud til. Caféen har fokus på både trivsel og sundhed hos multisyge og psykisk sårbare borgere, som hverken kan møde kravet om aktivering i forhold til arbejdsmarkedet eller indgå i de gængse forløbsprogrammer for livsstilssygdomme.

Værestedet Carlshuse i Gladsaxe Kommune støtter psykisk syge borgere i eget hjem samt dem, der kommer på værestedet. Enheden har i LAKS samarbejdet med kommunens forebyggelsescenter om at udarbejde konceptet motionsven, hvor frivillige hjælper borgere til motion. Herudover har man i forbindelse med LAKS eksperimenteret med at hente borgere fra omkringliggende bosteder i en bus, så de kunne være med til blandt andet KOL-forløb, rygestopforløb, madskole for mænd mm.

Rusmiddelcentret i Gladsaxe kommune har implementeret en SMS-reminder for at nedbringe borgernes udeblivelser fra f.eks. lægesamtaler og andre behandlingssamtaler. Dette for at fastholde borgeren i behandlingsforløb og begrænse antallet af manglende fremmøde hos læge, psykiater og psykolog. Samlet set giver dette bedre behandlingsforløb, og resultaterne er meget positive. Derudover har Rusmiddelcentret arbejdet med at gøre information om sundhed og trivsel mere tilgængelig for deres borgere ved at sætte informationsskærme op i centret. Det drejer sig både om at synliggøre rusmiddelcentrets egen café og egne tilbud, men også andre tilbud i kommunen, som kan være alt fra rygestopkurser til madlavningskurser og aktiviteter.

CASE: GENOPTRÆNINGSCENTRET I HOLBÆK

Ovenfor har vi kort nævnt de enheder, som i løbet af LAKS på den ene eller anden måde har arbejdet inden for temaet "En borger - mange udfordringer". I dette afsnit udfoldes detaljeret, hvordan Genoptræningscentret i Holbæk i LAKS valgte at skabe en ny helhedsorienteret tilgang til deres borgere samt give et konkret eksempel på, hvad dette nye strategiske fokus havde for en konkret borger[5].

Genoptræningscentret er et tilbud til borgere, som har brug for genoptræning efter f.eks. en operation. Centret har generelt fokus på at sikre optimal genoptræning til alle de borgere, de får henvist, men har i LAKS valgt at fokusere på udsatte borgere med multisygdom - dvs. borger som har to eller flere langvarige sundhedsrelaterede problemstillinger. Helt konkret har der været fokus på borgere, der er henvist grund af amputation eller hjerteproblemer.

Genoptræningscentret valgte at fokusere på denne målgruppe, fordi de oplever, at udsatte borgere ofte deltager mindre aktivt i centrets aktiviteter sammenlignet med andre borgere. Disse udsatte borgere har ofte behov for længere forløb, hvor der først eller sideløbende iværksættes indsatser målrettet andre grundlæggende lidelser, som ikke er en del af den oprindelige genoptræningsplan. I LAKS har centret derfor haft fokus på at skabe en helhedsorienteret eller holistisk tilgang til deres udsatte borgere, hvor man ikke kun har fokuseret på det konkrete problem, borgeren blev henvist med, men også på øvrige sundhedsrelaterede og sociale problemstillinger.

Det første skridt for Genoptræningscentret i LAKS bestod i at kortlægge kommunens andre relevante tilbud til målgruppen. Desuden har de udarbejdet et spørgeskema til kolleger med henblik på at afdække, om alle medarbejdere kender kommunens tilbud. På baggrund af dette har centret udarbejdet et udførligt skema med links, billeder og kontaktoplysninger. Det har således været et delmål for centret, at medarbejdere, og særligt dem med spidskompetencer inden for amputation og hjerteproblemer, føler sig velorienteret.

Oversigten har dannet grundlag for at oprette kontakt til relevante samarbejdspartnere, f.eks. kommunens sundhedscenter, misbrugscenter, demenskonsulenter, psykiatri og børn m.fl. Centret har blandt andet afholdt sparringsmøder med medarbejdere fra aktivcentre og akuttilbuddet med fokus på at indhente viden omkring akut førstehjælp i psykisk og social krise. Herudover har de arbejdet med en form for speeddating med andre kommunale samarbejdspartnere på deres fredagsmøder.

Genoptræningscentret har gennem projektperioden også udviklet et arbejdsredskab, som hjælper medarbejderne med at screene nye borgere for væsentlige forhold, der kan have betydning for træningsforløbet. De nyetablerede kontakter til samarbejdspartnere i blandt andet misbrugscentret og sundhedscentret har kvalificeret screeningsredskabet og videregivet samtalemetoder, der kan hjælpe med at spørge til svære problematikker på en god måde.

---

[5] Genoptræningscentret i Holbæk er placeret under et af de andre tematikker i inspirationskataloget, som tidligere er udgivet. I denne udgivelse har vi valgt at placere enheden under dette tema, da casen kan placeres fleres steder, men hovedsageligt beskriver tværgående samarbejde i kommunen.

En borgercase fra Genoptræningscentret

ET EKSEMPEL PÅ PROJEKTETS BETYDNING FOR EN KONKRET BORGER

I den følgende borgercase beskrives, hvordan Genoptræningscentrets nye arbejdsmetoder og helhedsorienterede tilgang har haft konkret betydning for en tilknyttet borger.

Tabel 4 *Borgercase på Genoptræningscentret i Holbæk Kommune*

En borger i Holbæk Kommune er henvist til genoptræning med genoptræningsplan efter en apopleksi. Han har behov for genoptræning af finmotoriske problemer, da han ikke kan spille på musikinstrumenter længere. Noget, som er meget vigtigt for borgeren.

Da han kommer til genoptræningscentret, fortæller han, at hans økonomi er i ruiner, og at han ikke kan passe sit arbejde som selvstændig erhvervsdrivende og derfor ikke har nogen indkomst. Han har brugt kassekreditten og har heller ikke længere råd til mad og medicin. Herudover vurderer personalet på genoptræningscentret, at borgeren har problemer med at huske, og hans blodtryk har meget store udsving. Oftest er det meget for højt - hvilket også var grunden til hans apopleksi i første omgang. Det viser sig også, at når han laver aftaler med lægen, glemmer han dem eller tager en forkert bus, så han ikke kommer til aftalerne alligevel.

Genoptræningscentrets terapeut tager kontakt til Afdeling for Bevilling af Støttekontaktperson i kommunen. Borgeren får efterfølgende tilknyttet en støttekontaktperson, som kan følge ham til læge og andre aftaler. Han får ligeledes bevilliget økonomisk hjælp til medicin og generel hjælp til at kunne få en indkomst.

Da der er kommet styr på alle de andre ting, som borgeren har brug for at få hjælp til, kan genoptræningen påbegyndes.

DET RIGTIGE TILBUD OM SUNDHEDSINDSATS

Blandt enhederne i LAKS var der bred enighed om, at det kan være vanskeligt både at rekruttere og fastholde udsatte borgere i enhedernes traditionelle tilbud. Det kan der være flere grunde til. F.eks. kan det skyldes, at man som professional ofte skal lægge en langt større indsats for at få udsatte borgere til overhovedet at dukke op til aftaler. Borgerne, som kan ofte have svært ved at overskue deres situation og er skeptiske over for tilbuddet, vil man f.eks. kunne hjælpe til at få det bedre. Det kræver derfor rummelighed og vedholdenhed fra de professionelles side at arbejde med denne målgruppe. Og ikke alle professionelle er lige gode til det, ligesom det kan være svært at få tid til det i en travl hverdag.

Herudover kan det være svært at fastholde denne målgruppe i f.eks. genoptrænings- eller sundhedsforløb, når de er dukket op. Det kan være, fordi borgerne har en udadreagerende adfærd, som ikke passer ind i et holdforløb, eller det kan skyldes, at borgerne har angst og derfor ikke har lyst til holdforløb. Ofte har de behov for mere skræddersyede forløb, hvis de skal fastholdes i et tilbud.

I dette tema har vi samlet de enheder, som har haft fokus på denne udfordring i forhold til udredning og screening af den enkelte borger med henblik på at finde den rigtige balance mellem skræddersyede forløb til den enkelte borger og holdforløb for grupper af borgere.

Ligesom i det foregående tema beskriver vi i det følgende først ganske kort, hvordan fire enheder har arbejdet med temaet "Det rigtige tilbud om sundhedsindsats ". Herefter går vi mere i dybden med, hvordan Globus1 i Århus har arbejdet med en fremskudt enhed i Gellerupparken i Århus.

FIRE KORTE BESKRIVELSER AF, HVORDAN ENHEDER HAR ARBEJDET MED TEMAET

Hos Center for Kræft og Sundhed i Københavns Kommune har man i forlængelse af centrets arbejde med individuelt tilrettelagte tilbud i LAKS-projektet fået en dybere forståelse for de udfordringer, borgere med kort eller ingen uddannelse har. Dette har ført til enighed i opgaveforståelsen, så forudsætningerne for at skabe den bedste løsning er blevet ensartet. Centret har ikke ændret på tilbuddene til borgerne, men arbejdet med at forbedre medarbejdernes forudsætninger for at arbejde med målgruppen.

Gennem udvikling af et refleksionsredskab kaldet 'typer' har medarbejderne skærpet opmærksomheden på den meget sammensatte målgruppes behov. Redskabet 'typerne' beskriver de udfordringer, personalet oplever i mødet med forskellige typer af borgere og guider til forskellige handlemuligheder. 'Typerne' skaber også synlighed omkring de ofte tidskrævende opgaver med at skabe kontakt til og opbygge en relation til borgerne. Refleksionsredskabet hjælper dermed personalet med, hvordan de skal differentiere deres handlinger med udgangspunkt i faglig erkendelse af behov og viden om, hvad der rent faktisk skal til for at rehabilitere målgruppen. Samtidig har typerne givet et fælles sprog, hvilket også er et aktiv i den interne tværfaglige sparring om borgere med komplekse behov.

Plejehotellet i Holbæk Kommune har også haft fokus på, hvordan man giver det rigtige tilbud om sundhedsindsats til sine borgere. Enheden har i LAKS udarbejdet tværfaglige handleplaner, hvor borgere får realistiske og opnåelige mål for opholdet med input fra flere forskellige fagligheder samt hvordan man fastholder borgere i enhedens forløb.

Botilbuddet Korsagergården i Aarhus har beboere med særlige psykiske og sociale vanskeligheder. Beboerne bekymrer sig typisk ikke om sundhed, og derfor besluttede medarbejderne i forbindelse med LAKS, at udarbejde en sundhedsprofil for hver borger, i samarbejde med borgerne, for herved at sikre, at de blev inddraget og tog et medansvar for egen sundhed.

Egekrogen i Gladsaxe Kommune er et daghjem, hvis primære opgave er at forebygge indlæggelse af psykiatriske ældre borgere. Enheden har fokus på fysisk, psykisk og social sundhed, og under LAKS-projektet har de arbejdet med at implementere en procedure for nytilkomne, hvor der afholdes opstartsmøde med udgangspunkt i borgerens behov. Sidenhen følges op med mål- og evalueringsmøder, hvor handleplanen og processen evalueres sammen med borgeren.

CASE-BESKRIVELSE GLOBUS1

Folkesundhed Aarhus Vest i idræts og kulturcentret Globus1 i Gellerupparken er et kommunalt sundhedstilbud til borgere med behov for sprogstøtte på arabisk, tyrkisk, somalisk eller persisk. Borgerne har enten selv opsøgt tilbuddet eller er henvist af egen læge, sygehus eller sagsbehandler. De tilknyttede borgere har ofte en række udfordringer, som har betydning for sygdomsopfattelse, risikoadfærd og evnen til at navigere i det danske sundhedsvæsen. Det kan være mennesker, som lever med uforudsigelige og omskiftelige livsomstændigheder, og hvis hverdagsliv er præget af usikkerhed, og som derfor kan have svært ved at forholde sig til langsigtede sundhedsgevinster, at deltage i kommunale sundhedstilbud og ikke mindst at tage ansvar for egen sundhed på den måde, som det danske sundhedssystem er baseret på. Udfordringerne kan handle om sprogbarrierer, manglende sundhedskompetencer, skrøbelige netværk, manglende sygdomsforståelse, svag tilknytning til arbejdsmarkedet, kort eller ingen uddannelse eller flere samtidige sygdomme med psykiske og følelsesmæssige belastninger i form af PTSD eller depression.

Medarbejderne i Globus1 oplevede før projektstart, at de ofte måtte bøje rammerne og lave meget benarbejde for at give deres målgruppe et tilbud, som reelt kunne understøtte en forandring. Samtidig har de manglet en fælles forståelse af, hvornår og hvordan de kunne tilpasse indsatsen til den enkelte og dermed sikre, at alle

får 'det bedste'. Medarbejderne besluttede derfor, at målet med deres LAKS-projekt skulle være at udvikle en fælles tilgang til, hvad deres sundhedstilbud skulle indeholde, hvad der er vigtigt i mødet med borgeren, og hvilke sundhedspædagogiske redskaber der kan anvendes. Sammen med lederen besluttede de, at seks ud af otte medarbejderne skulle deltage i aktionslæringsgruppen inkl. lederen.

I løbet af projektet eksperimenterede medarbejderne med metoder til at differentiere mellem deres målgruppe, så det blev nemmere for dem at skelne mellem, hvem der kunne klare et af enhedens standardforløb (f.eks. sundhedsforløb, lænderygforløb, smertehåndtering eller rygestop), og hvem der havde brug for en sideløbende "håndholdt" indsats for at kunne gennemføre et af standardforløbene. De udviklede en række screeningsspørgsmål, som de kunne stille alle borgere ved den indledende samtale og som synliggjorde, hvornår der var behov for en supplerende, håndholdt indsats.

Derudover udviklede medarbejderne en systematik i, hvad den håndholdte indsats bestod i – dvs. de fik beskrevet, hvilken palet af metoder de kan bruge, når der er brug for en ekstra indsats, f.eks. ekstra samtaler, sms-support, telefonopkald og inddragelse af netværk eller pårørende. Begge dele blev testet med borgerne og tilpasset på baggrund af resultater og feedback fra borgerne. Det viste sig f.eks., at de fik flest brugbare besvarelser, hvis medarbejderne lærte screeningsspørgsmålene udenad, så de fleksibelt kunne inddrages i den indledende samtale, uden at medarbejderne skulle sidde med et afkrydsningsskema.

ET EKSEMPEL PÅ PROJEKTETS BETYDNING FOR EN KONKRET BORGER

Globus1 har derfor arbejdet med deres indsats og kontakt til borgerne. Men hvilken virkning har det haft for borgerne? I nedenstående case beskrives Globus1's arbejdsmetoder, og hvordan en borger gennemgår en vidtrækkende udvikling. Borgeren går fra at være usikker, vævende og udfordret af kronisk sygdom til at få styr på helbredet og faktisk være en inspirator for andre i området.

Tabel 5 Hvordan LAKS har hjulpet en borger til en ny livsstil

En borger i Aarhus Kommune med anden etnisk baggrund har boet i Danmark i over 20 år og taler ret godt dansk. Han har tidligere været i fast arbejde og haft en høj status og anerkendelse i familie og omgangskreds. For ca. fem år siden blev han fyret, hvilket har betydet social deroute med skilsmisse, økonomiske problemer, psykiske belastninger og forværring af diabetes 2.

De sidste fem år har borgeren kredset om sundhedstilbuddet i Globus1 uden at være komme rigtigt i gang. Borgerens mentor kontakter på et tidspunkt Globus1, da borgeren igen havde vist interesse for at arbejde med sin sundhed. Han indbydes til sundhedssamtale, hvor det er tydeligt, at han har rigtig stor viden om diabetes 2 og sundhed generelt, men at det er en udfordring for ham at omsætte denne viden til handling. Han fortæller, at han ikke rigtig kan overskue de langsigtede sundhedsgevinster, og at han har svært ved at komme til aftalte tider, da dagene let flyder sammen for ham. I det hele taget har han meget svært ved at 'forpligte' sig til at deltage i vores aktiviteter, og det er tydeligt, at han føler sig lidt presset i samtalen. Han udtrykker dog et ønske om at komme i gang med at træne og komme i bedre form. Han ønsker også at holde op med at ryge, da han hoster meget og slet ikke har råd til at købe to pakker cigaretter om dagen.

Han kommer langsomt i gang med både træning og rygestop. Globus1 har haft mulighed for at tilbyde gratis nikotinerstatning og samtidig et fleksibelt rygestopforløb på hans modersmål, hvor han deltager med tre andre. Både på kurset og udenfor støtter deltagerne hinanden i rygestop. I starten ringede Globus1 for at minde ham om den superviserede træning, og de har gjort meget for at møde ham til selvtræning og anerkende hans indsats, ligesom de har givet sig tid til at snakke med ham, når han kom forbi kontoret. Sundhedstilbuddet i Globus1 har yderligere etableret kontakt til en frivillig sygeplejerske på det værested, hvor han kommer dagligt, og hun har været behjælpelig med at støtte op omkring, at han får taget sin medicin, hvilket tidligere var en stor udfordring for ham.

I dag er han røgfri på fjerde måned og har fået styr på sin diabetes 2 igen, endda så meget, at egen læge har nedreguleret medicindosis. Han bruger træningssalen flere gange om ugen og fungerer som rollemodel og nærmest hjælpetræner.

SUNDHED I HVERDAGEN

Dette tema samler enheder, som har haft fokus på kost, motion og mentalt velvære. Konkret har det handlet om at begynde at tænke livsstilen ind i hverdagen. Det har ikke nødvendigvis været store omvæltninger, men selv små ændringer i dagligdagen, herunder kost og motionstilbud, som har vist sig at være gavnlige for livskvaliteten for svage borgere.

FEM KORTE BESKRIVELSER AF, HVORDAN ENHEDER HAR ARBEJDET MED TEMAET

Idrætshallerne i Halsnæs Kommune har koncentreret sig omkring den optimale udnyttelse af hallerne. De har specielt ønsket, at brugen af hallerne i dagtimerne blev mere udbredt og har derfor markedsført hallerne over for flere grupper. Blandt andet til udviklingshæmmede, unge og kulturcentret hos kommunen, hjemmepleje og bosteder.

Enheden Paraplyen i Halsnæs har forskellige tilbud for 60+ årige, selvhjulpne borgere. Aktiviteterne på hverdage omfatter alt fra kreative aktiviteter til gymnastik og IT-kurser. Enheden har valgt at fokusere på at udvikle konceptet "en følgesvend", hvor frivillige følger ensomme ældre fra deres lejlighed over i Paraplyen.

På det socialpsykiatriske botilbud Provstebakken i Aarhus har de også haft fokus på sund kost i LAKS. Beboerne tilbydes tre daglige måltider, som de selv har været med til at bestemme. Udover kosten har enheden også fokuseret på medicinadministration, det vil sige, at de sikrer sig, at alt medicin, som beboerne er ordineret, er opgivet i Det Fælles Medicinkort.

Center for sundhedsforløb i Aarhus Kommune har arbejdet med psykisk sårbare voksne, som har tilknytning til et af kommune værestеder. Deres sigte i LAKS har været at inddrage medarbejdere og brugere på værestederne i udviklingen af sundhedsforløb. De involverede har vist stort engagement, og brugerne har rykket sig langt set i et sundhedsperspektiv – men også med hensyn til personlig udvikling.

Sundhedscentret Holbæk tilbyder en bred vifte af tilbud til borgere, som kan have behov for hjælp til at håndtere større eller mindre livsstilsproblemstillinger i livet. Gennem LAKS har enheden arbejdet med at udvikle og optimere livsstilssamtaler og derudover sikre en bedre adgang for borgere, som har brug for rehabilitering, men som ikke umiddelbart kan indgå i holdforløb.

CASE-BESKRIVELSE HAVLIT 1 & 2

Medarbejderne på botilbuddet Havlit 1 & 2 i Halsnæs Kommune har haft stor succes med at involvere beboerne i sundhed og livstilsstiltag på stedet.

Bostedet rummer psykiske syge i alderen mellem 18-60 år. Beboerne på stedet kan have mange forskellige slags psykiske lidelser, men er alle omfattede af psykisk funktionsnedsættelse og sociale udfordringer. Bostedet har ansat en idrætspædagog og har en række sundhedstilbud, men medarbejderne ønskede at arbejde yderligere med sundhed i projektperioden.

Grundideen var at motivere borgerne til at selv at tage initiativer til at arbejde med egen kost og livsstil. Bostedet udviklede en opskriftsbog med trin for trin opskrifter og lettilgængelige retter i samarbejde med borgerne. Internettet blev brugt til at søge på sundere opskrifter, og medarbejderne snakkede med borgerne om muligheder for sundere alternativer ved indkøb.

Bostedet afholdt en livsstilstemadag for både beboere og personale, hvor en diætist og en sundhedskonsulent fra kommunen holdt oplæg om kostråd, sundere hverdagsvalg og en gennemgang af nøglehulsmærket og fuldkornsmærket.

ET EKSEMPEL PÅ PROJEKTETS BETYDNING FOR EN KONKRET BORGER

Tabel 6 *Et nyt perspektiv på kosten*

En ung beboer på Havlit 1 har i lang tid levet af en usund kost, som har indeholdt store mængder forarbejdede madvarer, herunder sukker og hvidt brød. Kost har tidligere primært bestået af chips, cola, frysepizzaer og lignende hurtig og lettilgængelig mad. Beboerne på bostedet er selv ansvarlige for indkøb og dertilhørende indkøbsliste.

I forbindelse med at Havlit har sat fokus på sundere kost og livsstil, afholdes en livsstildag, hvor der blandt andet er fokus på nøglehuls- og fuldkornsmærket. Generelt synes beboerne, at livsstilsdagen har været fuld af informationer, men det bedste var, at det ikke var med en løftet pegefinger. Maden er spændende - selvom den er sund – og som en beboer siger: "Når man er psykisk sårbar, har man let ved at tage på. Derfor er det godt med de gode ideer til god mad".

Noget tid efter livsstilsdagen gør den unge beboer en anden beboer opmærksom på, at nøglehulsmærket og fuldkornsmærket kan forbedre sundheden, mens de udarbejder en indkøbsliste. Han fortæller, at hvor det er muligt, skal der være disse mærker på de produkter, man køber.

Desuden er han blevet meget mere opmærksom på grøntsager i kosten og er blevet mere bevidst om at spise fedtfattige produkter, selvom det kniber med at få det lavet selv. Der er altid plads til forbedringer, men beboeren er meget mere opmærksom på at føre en sund livsstil.

HVILKE FAKTORER HAR HAFT BETYDNING FOR IMPLEMENTERINGEN AF LAKS?

HVILKE FAKTORER HAR HAFT BETYDNING FOR IMPLEMENTERINGEN AF LAKS?

De fleste af de kommunale enheder, som valgte at deltage i LAKS, gennemførte hele projektet og fik gode resultater og erfaringer. De gennemgik en vigtig læringsproces og udviklede værdifulde værktøjer og metoder rettet mod at reducere social ulighed i deres praksis.

Metode

Nærværende kapital indbefatter en vurdering af enhedernes resultater og en gennemgang af de udfordringer, som har eller kan have haft betydning for implementering af LAKS. Disse vurderinger er baseret på uddrag fra samtlige møder med aktionslæringsgrupperne, fokusgruppeinterviews og observationer på enhederne.

Enhederne, der deltog i undersøgelsen, afveg ikke desto mindre med hensyn til, hvor godt de implementerede deres indsats, og hvilke resultater de opnåede. En gruppe af enhederne (3 enheder) formåede af forskellige grunde ikke at forblive i projektet. En anden gruppe gennemførte hele LAKS-projektet og skabte konkrete innovative metoder og værktøjer. Og en sidste gruppe ikke bare gennemførte hele projektet, men formåede at løfte projektet til at skabe og forankre en solid ny strategisk retning i deres organisation på baggrund af LAKS og samspillet mellem LAKS og andre tiltag i deres organisation.

FIRE OVERORDNEDE UDFORDRINGER I IMPLEMENTERINGEN AF LAKS

Der var en række forskellige kontekstuelle faktorer omkring enhederne, som spillede en stor rolle i forbindelse med implementeringen af de individuelle aktionslæringsforløb. Sammenlagt mødte enhederne primært fire typer udfordringer:

- Strukturændringer i kommunerne rejste krav om at holde projektet på rette spor, herunder sammenlægning af enheder og fratrædelse af personer i centrale stillinger for projekterne
- Motivation og ejerskab til processen: At holde motivationen blandt deltagerne gennem en lang projektperiode
- Tovholder og ledelse
- Tilrettelæggelse af aktionslæringsforløbet.

STRUKTURÆNDRINGER I KOMMUNERNE

Når det drejer sig om kommunale enheder – og formentlig generelt politisk styrede offentlige institutioner – afhænger succesen af implementeringen af en metode eller indsats i høj grad af, hvordan de dagsordener, som projektet gennemføres under, klarer sig i konkurrencen med andre politiske dagsordener. En anden afgørende faktor for implementering er, om der sker strukturelle forandringer (f.eks. fusioner eller decentraliseringer) i kommunen i løbet af projektperioden (Antonsen et al. 2000). Hvis en enhed pludselig får ny ledelse, hvis det strategiske fokus i kommunen ændrer sig radikalt, eller hvis enheden fusioneres med en anden, vil det ofte vanskeliggøre implementeringen af et projekt dramatisk, selvom de teoretiske antagelser, som projektet er baseret på, er korrekte. I det følgende vil vi pege på en række faktorer, som har betydning for implementering, og som det faktisk er muligt at tage højde for som en del af planlægningen og brugen af aktionslæring som metode. De kan betragtes som en række opmærksomhedspunkter til, hvordan man kan arbejde med aktionslæring i den type forandringsmiljø, som blandt andet kendetegner den kommunale offentlige sektor.

En af de seks kommuner, som deltog i LAKS, gennemførte en strukturændring i løbet af projektperioden, hvor enheder blev fusioneret, og ledelsen blev omorganiseret. Denne proces i kommunen havde på flere måder stor betydning for de fire enheder, som deltog i LAKS.

For det første betød strukturændringerne et strategisk skifte i flere af de deltagende enheder og mindre tid til at arbejde med LAKS. For det andet medførte processen fratrædelser blandt mange nøglemedarbejdere og ledere i LAKS. Dette gjorde det næsten umuligt for to enheder i denne kommune at prioritere at være en del af undersøgelsen, og de valgte da også at droppe ud af projektet. Det er dog interessant at bemærke, at en af de enheder, som klarede sig allerbedst i LAKS, også var placeret i denne kommune og hermed udsat for samme påvirkning som de to enheder, som trådte ud af LAKS.

De resterende tretten enheder, der også gennemførte LAKS, var for det meste i kommuner, der i mindre grad var påvirket af strukturændringer og oplevede færre fratrædelser i undersøgelsesperioden. Lederne og medarbejderne i aktionslæringsforløbene fremstod alle dedikerede og interesserede i at gennemføre LAKS.

MOTIVATION OG EJERSKAB TIL PROCESSEN

Det er næppe overraskende, at motivation viste sig at være en helt central faktor i forhold til at gennemføre aktionslæringsforløbet og udvikle redskaber og metoder. Vi identificerede to forhold, som viste sig vigtige for at skabe motivation omkring projektet.

For det første viste det sig i vores afsluttende fokusgruppeinterview med aktionslæringsgrupperne, at det havde stor betydning for motivationen, om enheden (og dens medarbejdere) selv havde valgt at indgå i LAKS, eller om de var blevet udpeget af enten deres chef eller en anden leder i kommunen. En medarbejder i

en enhed, som ikke selv havde været med til at vælge at indgå i LAKS, beskrev, at hendes første reaktion på projektet havde været:

"Hvorfor er den endt på vores bord?"

For det andet betød det meget for aktionslæringsgruppernes motivation, at de hurtigt fik valgt en relevant udfordring, som var tæt på deres kerneydelse. Det blev nævnt som en demotiverende faktor, hvis man fik formuleret en handleplan, som var for omfattende eller ambitiøs til, at den kunne gennemføres i projektet. Det forhold, at LAKS ikke kom med en ekstra pose projektpenge til enhederne, understregede vigtigheden af, at enhedernes aktionslæringsprojekter lå op ad – eller bidrog til at udvikle - deres eksisterende strategi. LAKS bidrog, ifølge flere informanter, med et reflektionsrum, hvor man kunne træde tilbage og reflektere over praksis, men der var ikke mulighed for at eksperimentere med tiltag, som ikke var umiddelbart værdiskabende for enhederne.

TOVHOLDER OG LEDELSE

Såvel afdelingsledelsen som den medarbejder, der var tovholder på den enkelte enheds aktionslæringsforløb, var helt centrale for forløbenes succes. Det var en klar opfattelse blandt de COWI-konsulenter, som faciliterede aktionslærings-forløbene, at de enheder i undersøgelsen, som bidrog mest, og fik mest ud af LAKS, alle var godt ledt på både enheds- og projektniveau.

Herudover havde disse enheder meget engagerede medarbejdere, der gav udtryk for, at de oplevede stor værdi i at deltage i LAKS. Det var karakteristisk for disse enheder, at selv om en person var den primære drivkraft for aktionslæringsforløbet, blev projektet støttet af både ledelse og de deltagende medarbejdere.

I den sammenhæng er det samtidig interessant at bemærke, at selvom ledelsesinvolvering var central for LAKS´ succes, så fremgik det af vores afsluttende fokusgruppeinterview, at flere enheder vurderede, at aktionslæringsmodulets ledermodul (modul 3) var det mindst givende modul. Formentligt fordi projektet var medarbejderdrevet, og lederne derfor havde svært ved at indgå i en detaljeret diskussion af udfordringer og muligheder i projektet med andre enheder. Samt fordi enhederne i flere kommuner var ret forskellige og derfor havde svært ved at give kvalificeret sparring til hinanden.

TILRETTELÆGGELSE AF OG FORUDSÆTNINGER FOR AT DELTAGE I LAKS

Selve tilrettelæggelsen af aktionslæring som metode viste sig også at have stor betydning for gennemførelsen af forløbet, og hvor meget enhederne fik ud af LAKS.

LAKS var tilrettelagt som en faciliteret struktur, som deltagende enheder i høj grad selv skulle udfylde. Det var en gennemgående fortælling blandt enhederne, at de først oplevede dette som udfordrende og lidt angstprovokerende, og herefter, for de flestes vedkommende, oplevede det som værdiskabende.

Størstedelen af enhederne formåede at gribe de muligheder, denne tilrettelæggelse åbnede op for i forhold til at skræddersy både genstandsfelt og metode inden for LAKS. Samtidig nævnte flere, at de var glade for "de skub" og den sparring, de havde fået fra COWI i løbet af projektperioden.

Der var dog også nogle enheder, som var mere skeptiske overfor tilrettelæggelsen af LAKS. Her gik navnlig to temaer igen. En enhed oplevede store udfordringer med at formulere en handleplan for deres aktionslæring. Ved det opfølgende fokusgruppeinterview forklarede de, at de i udpræget grad var en "hands-on" praktisk enhed, som oplevede det vanskeligt at formulere sig skriftligt. Samme enhed ville også gerne have haft, at indsatsen i højere grad var blevet formuleret og iværksat af COWI. Denne enhed oplevede samtidig stort medarbejderfrafald i løbet af projektperioden og valgte at droppe ud af LAKS. En anden enhed nævnte, at den

indledende forventningsafklaring i forhold til arbejdsmængden i projektet kunne have været bedre. De oplevede at skulle bruge mere tid i projektet end de havde regnet med.

Flere enheder nævnte, at det ville havde været en fordel, hvis der havde fulgt penge med til enhedernes arbejde med aktionslæring. De pegede på, at projektet betød, at de skulle arbejde mere inden for samme budget. Herudover kunne pengene have været brugt til teknologisk innovation, f.eks. indkøb af et SMS-reminder system eller lignende.

KONKLUSION

KONKLUSION

I denne rapport har vi beskrevet, hvad der er kommet ud af LAKS i forhold til, hvilken effekt kommunerne har oplevet, at deres deltagelse i LAKS har haft på deres arbejde med social ulighed i sundhed, hvilke konkrete redskaber eller metoder til at reducere social ulighed i sundhed, kommunerne har udviklet i LAKS, og hvilken betydning disse metoder og redskaber har haft for helt konkrete borgeres sundhed og livskvalitet.

RESULTATER

Samlet set har vores evaluering af LAKS peget på, at projektet har bidraget positivt til at fremme fokus på og reducere social ulighed i sundhed hos de deltagende enheder. Som det fremgik i kapitel 5, har LAKS fremmet ledernes arbejde med social lighed i sundhed å deres enheder. I samme tråd har LAKS ifølge medarbejderne gjort deres arbejdspladser bedre til at gøre en aktiv og mere systematisk indsats for at hjælpe udsatte borgere.

Herudover fremgik det af kapitel 6, at de enheder, som fuldførte LAKS, alle udviklede nye innovative metoder og redskaber til at reducere social ulighed i sundhed. Metoderne og redskaberne var meget forskellige, men har alle bidraget til at hjælpe helt konkrete borgere til bedre sundhed og livskvalitet.

KONTEKST

Rapporten har også vist, at det er komplekst at iværksætte indsatser rettet mod at fremme social lighed i sundhed i en omskiftelig kommunal kontekst. Navnlig tre forhold har været komplicerede:

For det første er kommuner omskiftelige i den forstand, at de ofte gennemfører strukturelle ændringer. I LAKS betød det f.eks., at flere enheder blev lagt sammen og fik nye ledelser i Holbæk Kommune i løbet af projektet, hvilket vanskeliggjorde kontinuiteten i enhedernes arbejde med LAKS. Herudover var nogle af kommunerne underlagt et økonomisk krav om at spare 2 % hvert år, hvilket havde betydning for, hvor mange ressourcer enhederne kunne allokere til LAKS.

For det andet er kommunerne underlagt en detaljeret målstyring af, hvilke ydelser deres borgere skal have. Det er med til at skabe et fokus blandt kommunale enheder på at levere de ydelser, som enheden bliver *målt på*, men ikke nødvendigvis et fokus på den *mangfoldighed af behov, som* udsatte borgere ofte har. Men LAKS blev faktisk for flere enheder en anledning til at adressere deres borgeres komplekse behov, selvom der ikke er enkle måltal på at løse dem.

For det tredje er målgruppen – udsatte borgere – i sig selv kompleks. Det at være en udsat borger indebærer, at man ofte har svært ved såkaldt hverdagsmestring, altså at håndtere de almindelige udfordringer i dagligdagen, herunder at gøre brug af kommunale social- og sundhedstilbud.

Denne manglende kapacitet til selv at opsøge og gøre brug af social- og sundhedstilbud er en udfordring for de fysio-, ergoterapeuter og øvrige medarbejdere, som arbejder med målgruppen. Social- og sundhedssystemet er nemlig bygget op omkring mekanismen, at systemet kommer med tilbud til borgeren, som borgeren så enten accepterer eller afslår. Denne tilgang kommer man ikke langt med i forhold til udsatte borgere. De har brug for en mere håndholdt løsning end at få tilbudt f.eks. en plads på et genoptræningshold. Spørgsmålet er imidlertid, hvor langt de professionelle skal gå i deres bestræbelser på at inkludere og fastholde disse borgere i de kommunale tilbud – både i forhold til ikke at krænke borgernes ret til at sige nej (autonomi) og i forhold til, hvor mange ressourcer de professionelle skal bruge på en udsat gruppe af borgere frem for andre borgere, som eksplicit udtrykker, at de gerne vil have hjælp. Dette var et gennemgående dilemma blandt mange af de enheder, som deltog i LAKS.

STYRKER OG SVAGHEDER I LAKS

Det har været vores erfaring i LAKS, at aktionslæring som metode har en række fordele i forhold til at håndtere den ovenfor beskrevne kompleksitet. Brugen af aktionslæring sikrede en bred forankring af LAKS hos flere medarbejdere - og ikke blot en leder - blandt de enheder, som deltog i projektet. Samtidig muliggjorde metoden, at enhederne kunne skræddersy deres projekter, så de passede ind i både deres behov og de strukturelle vilkår, som de er underlagt.

Når det er sagt, så er det vigtigt at være opmærksom på, at vi ikke har gennemført en egentlig effektevaluering af LAKS. Der har været tale om et udviklingsprojekt, hvor de deltagende kommuner har haft mulighed for at udvikle og afprøve en række forskellige indsatser, og vi har gennem survey og interview belyst, hvilken effekt medarbejderne oplevede, projektet havde. Et muligt næste skridt kunne derfor være at samle nogle af de mest lovende LAKS-indsatser og afprøve dem i et kontrolleret design, hvor man målte effekten af indsatserne i forhold til en kontrolgruppe.

Herudover er det også blevet klart i løbet af implementeringen af projektet, at der er en række forhold, man bør være opmærksom på, når man anvender aktionslæring i en kommunal sammenhæng:

I projekter, hvor forandringskraften er placeret hos medarbejderne frem for hos lederen, er der altid en risiko for, at resultaterne ikke bliver forankret i organisationen. Det er derfor essentielt at være opmærksom på at sikre solid ledelsesopbakning til forandringsprojekter, der gør brug af aktionslæring– især hvis projektet udelukkende drives af en aktionslæringsgruppe af medarbejdere uden deltagelse af ledelsesrepræsentanter.

Succesen af et aktionslæringsforløb afhænger også af, at det faktisk er muligt at omsætte medarbejderes viden om konkrete problematikker til konkrete løsninger. Dette er kun muligt, hvis de medarbejdere, som deltager i aktionslæringsforløbet, er engagerede og tager ejerskab til projektet. Når det sker, bliver det muligt gennem kompetenceudvikling at skabe et fælles sigte på at arbejde i samme retning ift. borgere og specifikke organisatoriske målsætninger som lighed i sundhed. Vores erfaring fra LAKS-projektet er, at enheder, hvor medarbejderne selv har været med til at beslutte at deltage i projektet, også er de mest engagerede deltagere.

Det er vigtigt med en dedikeret facilitator af forandringsprocessen. Aktionslæringsprojekter er altid i benhård konkurrence med andre projekter og dagsordener i en organisation, og hvad mere er, så vil det ofte være de samme dygtige medarbejdere, som rekrutteres til ikke bare en aktionslæringsgruppe, men også til stort set alle andre udviklingsprojekter. Det kræver derfor en vedva-

rende indsats at holde et projekt på sporet, hvilket kræver en facilitator, der har dette som sit hovedfokus.

Til sidst er det vigtigt, at den problemstilling, som adresseres i aktionslæringsforløbet, ligger tæt på organisationens kerneydelse. Her er motivationen for forbedring typisk stor, fordi konsekvenserne af problemet opleves dagligt, og fordi gevinsten ved en løsning eller bedre håndtering er mærkbar og synlig i dagligdagen – både for medarbejdere, ledelse og eventuelle brugere. Det forhold, at medarbejderne aktivt bidrager til at identificere udfordringer og udvikle løsninger, skaber samtidigt et stærkt ejerskab til både proces og forankring af udviklede løsninger.

Sammenlagt kan vi konkludere, at LAKS har bidraget til at reducere social ulighed i sundhed i de enheder, som indgik i og fuldførte projektet. Projektet har vist, at medarbejdere i kommunale social- og sundhedsenheder besidder strategisk vigtig viden om deres målgruppe, som kan aktiveres og omsættes i nye ulighedsreducerende indsatser ved hjælp af aktionslæring.

HVORDAN ER LAKS BLEVET FORMIDLET?

HVORDAN ER LAKS BLEVET FORMIDLET?

Partnerskabet bag LAKS har haft stort fokus på både skriftlig og mundtlig formidling af projektet.

Skriftlig formidling

Udover denne rapport har vi lavet et inspirationskatalog om resultaterne i LAKS samt skrevet et kapitel, "Om at skrue på praksis – en guide til, hvordan man kan udvikle egen praksis gennem aktionslæring", i bogen Bedre Praksis som udkommer på forlaget Samfundslitteratur. Desuden har vi udarbejdet en videnskabelig artikel, "Using action learning to reduce health inequity in Danish municipalities" i tidsskriftet Leadership in Health Services Journal.

Herudover har vi planlagt at formidle projektet i en kronik til en landsdækkende avis og en faglig artikel til henholdsvis Ergoterapeuten og Fysioterapeuten samt en videnskabelig artikel til Klinisk Sygepleje.

Mundtlig formidling

I forhold til mundtlig formidling har partnerskabet afholdt en afslutningskonference med fokus på projektets resultater i Mogens Dahl Koncertsal d. 13. oktober 2016. Herudover er der blevet holdt oplæg på Folkesundhedsdagene i 2015, Folkemødet i 2016, Regions Midtjyllands konference "Lighed i sundhed – Praksis der virker og til KL´s Sundhedskonference i 2017. Derudover er der planlagt oplæg til Folkemødet 2017 og til De nordiske folkesundhedsdage 2017.

REFERENCELISTE

Antonsen, M., Greve, C. & Jørgensen, T.B., 2000. Teorier om forandring i den offentlige sektor. In C. et al. Greve, ed. *Forandringer i teori og praksis*. Copenhagen: Økonomforbundets Forlag, pp. 1–12.

Breinholdt, F. et al., 2013. Ulighed i sundhed. In F. Breinholt, ed. *Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1*. Aarhus, pp. 406–453.

CSDH, 2008. Closing the gap in a generation. *Closing the gap in a generation. Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, p.246. Available at: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409.

Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C., 2011. *Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser*, Sundhedsstyrelsen.

Folker, A.P. & Lauridsen, S.M., 2018. Om at skrue på praksis - en guide til hvordan man kan udvikle egen praksis gennem aktionslæring. In *Bedre begrundet praksis*. Samfundslitteratur.

Folker, A.P. & Lauridsen, S.M., Using action learning to reduce health inequity in Danish municipalities. *Leadership in Health Services Journal*.

Hvass, L.R. et al., 2012. *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?*, Sundhedsstyrelsen. Available at: http://www.sst.dk/~/media/DC5BEF198B6B4E6B8CE19131A9B25B7C.ashx.

Kramer, R., 2007. Leading Change through Action Learning: Agency Managers Can Change Organizational Culture and Build a Learning Environment, as Demonstrated by APHIS. *The Public Manager*. Available at: https://www.highbeam.com/doc/1G1-170730487.html [Accessed October 27, 2016].

Kristensen, M., 2000. WHO og forebyggelsen i Danmark - WHO's strategi "Sundhed for alle 2000" inspirationskilde til det danske folkesundhedsprogram. *Vital*, april(1). Available at: http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/vital/2000/vital00-1/ren.htm#02 [Accessed December 14, 2016].

Marquardt, M., 1999. *Action learning in action: transforming problems and people for world-class organizational learning*, Palo Alto Calif. ; [Alexandria Va.]: Davies-Black Pub. ;American Society for Training and Development.

Ministeriet for forebyggelse og sundhed, Statens Serum Institut & Sundhedsstyrelsen, 2013. *Ulighed i sundhed*,

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014. *Ulighed i sundhed - kroniske og langvarige sygdomme*, Available at: http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Ulighed-i-sundhed-kroniske og langvarige sygdomme.aspx.

Regeringen, 2002. *Sund hele livet: de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*,

Regeringen, 2014. *Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år.*,

Retsinformation.dk, 2013. Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Available at: https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=161152 [Accessed November 7, 2016].

Statens Institut for Folkesundhed, 2007. Baggrund og formål. In *Folkesundhedsrapporten 2007*. København, pp. 37–44.

Statens Institut for Folkesundhed, 2014. *Danskernes Sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2013*, Available at: http://proxy.danskernessundhed.dk/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer_guest.jsp?reportName=Overvaegt&reportPath=/Danskernes_sundhed/.

Wilhelmsen, J., 2016. De længst uddannede lever 6 år mere end de ufaglærte. *Arbejderbevægelsens erhvervsråd*, pp.1–5.

AFSLUTNINGSRAPPORT LAKS

Udarbejdet af Sund By Netværket,
Danske Fysioterapeuter
Ergoterapeutforeningen og COWI A/S
Februar 2017

Grafisk tilrettelæggelse: COWI A/S
Fotos: iStock, Colourbox
Oplag. 40 stk.
ISBN: 978-87-92848-19-2