

# Tværgående evaluering – "Sundhedstjek: Styrket rekruttering til kommunale sundhedstilbud"



**Tværgående evaluering – "Sundhedstjek: Styrket rekruttering til kommunale sundhedstilbud"**

**UDARBEJDET FOR SUNDHEDSSTYRELSEN AF COWI ved Marie-Louise Mølbak, Sofie Juhl, Morten Wismann Halkjær, Alberte Dørfler, Sebastian Dyrby Johansen og Line Stenmann Kantsø**

**©COWI A/S**

**Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse**

**Elektronisk ISBN: 978-87-7014-371-4**

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1.0

**Versionsdato:** 1. januar 2022

**Format:** pdf

**Foto:** Getty Images

# Indhold

<b>Resume</b> .....	<b>5</b>
<b>Læsevejledning</b> .....	<b>14</b>
<b>1. Indledning</b> .....	<b>17</b>
<b>2. Evalueringens formål</b> .....	<b>21</b>
2.1. Rekruttering.....	21
2.2. Henvisning .....	21
2.3. Fastholdelse .....	22
2.4. Brug af sundhedsydelser.....	23
2.5. Dataelementer i evalueringen.....	23
2.6. Databegrænsninger .....	25
<b>3. Formål og baggrund for projektet</b> .....	<b>27</b>
3.1. Definition af projektets målgruppe.....	27
3.2. Projektets aktiviteter.....	28
3.3. Projektkommuner.....	30
3.4. Borgerens forløb.....	31
<b>4. Trin til styrket rekruttering til kommunale sundhedstilbud</b> .....	<b>36</b>
4.1. Forudsætninger for styrket målrettet rekruttering .....	36
4.2. Arenaer for identifikation og rekruttering.....	37
4.3. Rekruttering til sundhedssamtale.....	46
4.4. Motivation og henvisning til sundhedsindsats .....	69
4.5. Fastholdelse af livsstilsændring .....	80
<b>5. Brug af sundhedsydelser</b> .....	<b>89</b>
<b>6. Evalueringens konklusioner og gode råd til praksis</b> .....	<b>97</b>

# Bilag

<b>Bilag A</b>	<b>Datagrundlag og metode</b>	<b>102</b>
A.1	Datagrundlag	102
A.2	Analysemetoder	109
<b>Bilag B</b>	<b>Kommunebeskrivelser</b>	<b>110</b>
<b>Bilag C</b>	<b>Henlagte figurer</b>	<b>122</b>
C.1	Viderehenviste borgere sammenholdt med ikke-henviste borgere	122
C.2	Målopfyldeelse for borgere, der deltager i og fuldfører kommunale sundhedstilbud	126

# Resume

Denne rapport præsenterer den tværgående evaluering af satspuljeprojektet 'Sundhedstjek: styrket rekruttering til kommunale sundhedstilbud'. Projektet har haft til formål at opspore borgere i alderen 40-60 år i risikogruppen for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme. En tidlig indsats skal medvirke til at forebygge eller mindske sandsynligheden for, at kroniske sygdomme udvikles eller forværres. Tidlig opsporing kan dermed bidrage til at sikre flere sunde leveår, flere år på arbejdsmarkedet og mindske belastningen på det samlede sundhedsvæsen. I alt har 11 kommuner deltaget i projektet.

I de seneste 25 år er der sket en kraftig stigning i antallet af borgere, der rammes af livsstilssygdomme. For eksempel er antallet af danskere med diabetes fordoblet i de sidste 20 år, og stadig flere forventes at få diabetes fremover. Fordoblingen skyldes en stigning i antallet med type 2-diabetes, mens antallet af danskere med type 1-diabetes har ligget relativt stabilt. Et gennemgående kendetegn ved udviklingen er en markant, social ulighed i hvilke borgere, der bliver ramt. Sammenlignet med personer, der har en lang uddannelse, er sandsynligheden for at blive diagnosticeret med type 2-diabetes dobbelt så stor for personer uden en kompetencegivende uddannelse, mens sandsynligheden for KOL er næsten fire gange større.<sup>1</sup>

Udbredelsen af ulighed i sundhed stiller krav til en øget opmærksomhed på, hvordan sygdom og mistrivsel kan forebygges blandt borgere, som er i særlig risiko. Tidlig opsporing og forebyggelse kan bidrage til at mindske sandsynligheden for, at livsstilsrelaterede og kroniske sygdomme forværres på længere sigt.<sup>2</sup> Et vigtigt element i tidlig opsporing kan være et forebyggende *sundhedstjek*<sup>3</sup>, som en individuel vurdering af den enkeltes generelle sundhed. Det forebyggende sundhedstjek kan føre til opmærksomhed på risikofaktorer, tidlige sygdomstegn og/eller opsporing af forstadier til sygdomme hos den enkelte borger. Et forebyggende sundhedstjek kan på den måde være et element i en langsigtet indsats, der bidrager til at sikre flere sunde leveår for borgerne.

## Formål med puljen og den tværgående evaluering

For at få mere viden om hvilke gevinster der kan opnås ved et sundhedstjek i forhold til bl.a. rekruttering af borgere, gennemførelse af samtalen under sundhedstjekket og fast-

<sup>1</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: "Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme". København, 2014.

<sup>2</sup> Brodersen J, Jørgensen T. Screening. I: Jensen BB, Grønåbæk M, Reventlow S, red. Forebyggende sundhedsarbejde. Munksgaard: 6. udgave, 1. oplag. København, 2016.

<sup>3</sup> Indeholdende en sundhedssamtale og enkelte fysiologiske målinger, gennemført af en kommunal medarbejder med sundhedsfaglige kompetencer.

holdelse eller ændring af borgernes sundhedsadfærd, blev der med aftalen om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019 afsat 27 mio. kr. til kommuner for at afprøve metoder til at nå flere borgere i risikogruppen for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme. Formålet med puljen var, at kommunerne skulle afprøve nye metoder, som kunne styrke en målrettet rekruttering til kommunale sundhedstilbud blandt borgere i alderen 40-60 år med særlig risiko for at udvikle eller have livsstilsrelaterede sygdomme, som bl.a. muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes eller hjertekarsygdomme.

Evalueringen af projektet er gennemført som en virkningsevaluering, hvorved det er muligt at kombinere analyse af projektets implementering, herunder betydningen af de kontekstuelle faktorer kombineret med en analyse af effekten af et sundhedstjek og rekruttering af borgere til kommunale sundhedstilbud. Evalueringen bidrager med viden om hvilke initiativer der primært virker, for hvem og under hvilke forhold i forhold til rekruttering, gennemførelse af samtalen til sundhedstjekket og fastholdelse/ændring af sundhedsadfærd. Derudover præsenterer evalueringen hvilke effekter der er skabt på nuværende tidspunkt. Evalueringen stiller skarpt på resultater på både projektniveau og på tværs af alle projekterne.

## Sammenfatning af resultaterne

Det kan på baggrund af evalueringen konkluderes, at projektet i høj grad har sat fokus på, at en tidlig indsats for opsporing af borgere, som er i risikogruppen for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme, kan bidrage til at skabe øget bevidsthed hos borgerne omkring deres egen sundhedstilstand, så de vælger en adfærd, der har positiv betydning for deres sundhed. Det er borgere, som kommunerne ellers ikke er i kontakt med og derfor ikke tidligere har kunnet hjælpe med at forebygge livsstilssygdomme. Evalueringen viser, at fokus på forebyggelse gennem et sundhedstjek er meget relevant for borgere, som normalt ikke er i kontakt med kommunen. Sundhedstjekket hjælper en stor andel af borgere med at ændre livsstil og i højere grad tage ansvar for egen sundhed. Det viser sig nemlig, at borgerne ved opfølgning 6 måneder efter sundhedssamtalen havde formået at handle på baggrund af den viden, de fik om deres sundhed og de refleksioner, som sundhedssamtalen gav dem om deres livsstil. Erfaringerne fra dette projekt er, at en kommunal målrettet indsats med fokus på rekruttering af borgere til kommunale sundhedstilbud, som kan være i risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme, kan have en sundhedsfremmende effekt.

En af de vigtigste erfaringer er, at sundhedssamtalen ikke kun er en rekrutteringsindsats til kommunale eller andre tilbud og aktiviteter, men i sig selv er en intervention, som efterfølgende kan bidrage til at rykke på borgerens sundhedsadfærd og -tilstand. På tværs af puljen er det erfaringen, at et simpelt spørgsmål som "*Hvordan har du det?*" i sig selv har en effekt på borgerne. Spørgsmål og dialogen om sundhed og velvære har sat skub i livsstilsændringer for 21% af borgerne der deltog i en sundhedssamtale, som de enten selv initierede eller som støttes via et kommunalt tilbud eller i andet regi.

I og med at forebyggelsesindsatser i højere grad handler om at få etableret en adfærd der har fokus på sundhed, som medfører en vedvarende ændring i livsstil kræver det oftest længerevarende indsatser end de, som tilbydes i det eksisterende kommunale regi. Evalueringen understreger vigtigheden af, at kommunen i samarbejde med civilsamfundsaktører tilbyder andre typer sundhedstilbud, som har et mere livsstilsrelateret og sundhedsfremmende fokus, end de der findes i dag, som primært har til formål at symptombehandle, som f.eks. rygestopkurser og motionshold. Kommunen kan med fordel i højere grad fokusere på at sikre bedre samarbejder med civilsamfundsaktører, herunder lokale idrætstilbud, som kan tilbyde længerevarende tilbud til borgere, som har et sundhedsfremmende perspektiv. Dette kan bl.a. gøres ved etablering af overgangstilbud fra de kommunale træningshold til foreningsidræt eller træning i privat regi.

På baggrund af evalueringen kan det konkluderes, at det kan være svært og meget ressourcekrævende for kommunerne at etablere samarbejde med organisationer i civilsamfundet, herunder også fagforeninger, som bidrager til den vedvarende fastholdelse. Brobygning mellem kommunale indsatser og indsatser i civilsamfundet kræver, at der for begge parter investeres tid og ressourcer, og at de begge på længere sigt kan se, at indsatsen vil være værdiskabende. Bl.a. at et samarbejde for en lokal idrætsforening kan give flere medlemmer på sigt, hvis de samarbejder om et idrætstilbud med kommunen eller hvis fagforeningen støtter et projekt mellem kommune og arbejdsplads, så vil fagforeningen få mere opmærksomhed og evt. tiltrække nye medlemmer.

### **Evalueringens nøglefund**

På baggrund af formålet med projektet er der udarbejdet i alt 15 evalueringsspørgsmål, som evalueringen besvarer indenfor fire områder: rekruttering, henvisning, fastholdelse og brug af sundhedsydelse. De 15 spørgsmål dokumenterer på forskellig vis effekten af initiativerne i projektet og centrale elementer for succesfuld implementering.

1. Hvilke rekrutteringsstrategier og arenaer, som kommunerne har afprøvet, virker bedst og under hvilke betingelser i forhold til at rekruttere projektets målgruppe til en sundhedssamtale?

Den målrettede rekrutteringsstrategi, hvor man opsøger målgruppe direkte, er den mest hensigtsmæssige. Arbejdspladsen er den mest virkningsfulde arena at opspore og rekruttere målgruppen i. Der kan være forskellige indgange til virksomhederne, enten via tillidsvalgte, arbejdsmiljørepræsentanter eller via ledelsen. Hvis man skal have en succesfuld adgang, så handler det om, at virksomheden kan forstå fordelene ved at tilbyde et sundhedstjek til medarbejderne. Flere af virksomhederne har kun accepteret, at kommunen kom ud på virksomheden, hvis tilbuddet om en sundhedssamtale blev tilbudt til alle medarbejdere.



Den primære årsag til, at arbejdspladser er den mest oplagte rekrutteringsarena, er, at målgruppen af 40-60-årige, som er i risiko for at få livsstilsrelaterede sygdomme, hovedsageligt findes på arbejdsmarkedet. Ved at placere rekrutteringen i relation til arbejdspladsen reduceres borgerens oplevede barrierer i forhold til at opsøge et forebyggelsestilbud i fritiden. Derudover skaber rekrutteringen på arbejdspladsen en kollektiv opmærksomhed på sundhed, prioritering af tid til sundhedstjek, samt viden om, hvor man kan henvende sig for yderligere hjælp. Målgruppen har normalt begrænset kontakt med kommunen, men når kommunen opsøger dem i deres vante omgivelser, etableres kontakt til en gruppe borgere, som kommunerne ellers ikke er i kontakt med.

2. Hvordan virker sundhedssamtalen som metode til at opspore og rekruttere borgere videre i det kommunale system, herunder til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud eller andre tilbud i kommunen eller i foreninger?

Sundhedssamtalen som metode er et effektivt redskab til at opspore risikofaktorer og sygdom, samt rekruttere borgere til kommunale sundhedstilbud. Selvom metoden kræver ressourcer i form af tid og kompetencer, så viser evalueringen at sundhedssamtalen gennemført på arbejdspladsen er et effektivt rekrutteringsredskab til at få kontakt med den gruppe af borgere, der normalt ikke er i kontakt med kommunen og som har sundhedsmæssige problemstillinger, som der bør handles på for at forebygge evt. udvikling af livsstilsrelaterede sygdomme. Det viser sig nemlig, at de borgere, som er blevet henvist til et kommunalt sundhedstilbud og/eller opfordret til at opsøge praktiserende læge, generelt har en mere usund livsstil end de ikke henviste borgere.

3. Hvem er bruttomålgruppen og hvad kendetegner dels dem, som rekrutteres til en sundhedssamtale og dem, som ikke rekrutteres?

Målgruppen for projektet er 40-60-årige borgere med særlig risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme, herunder muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes og/eller hjertekarsygdomme. I den rekrutterede målgruppe til sundhedssamtalen er der flere kvinder (66%) end mænd (34%) sammenlignet med befolkningen, hvor kønsfordelingen af borgere på 40-60 år er ligelig fordelt. Resultaterne fra evalueringen indikerer, at der er et forebyggelsespotentiale hos den rekrutterede målgruppe, idet mange borgere rapporterer, at de har eller har haft en eller flere kroniske sygdomme. Derudover er 25% af målgruppen overvægtige eller svært overvægtige, og de har dermed en forøget risiko for sygdom og død. En sammenligning af målgruppens generelle sundhedsprofil med befolkningen viser dog, at den rekrutterede målgruppe har en sundere sundhedsprofil end den generelle befolkning. Dette kan skyldes, at de personer som vælger at deltage i sundhedssamtalen, i forvejen er interesseret i deres egen sundhed kombineret med at data i dette projekt er selvrapporeret, og derfor kan være udsat for bias i forhold til, at deltagerne kan have beskrevet deres sundhedsadfærd sundere, end den i virkeligheden er.

4. Hvor stor en andel inden for målgruppen (i projektkommunerne) rekrutteres til en sundhedssamtale? Og er der geografiske forskelle?

Der er medtaget 6.494 borgere i analysen. Disse er indrapporteret af de 11 kommuner med en datakvalitet, så de har kunnet indgå i den videre analyse. Heraf ligger



2.948 indenfor projektets målgruppe. Selvom en stor gruppe ekskluderes fra undersøgelsen, fordi de ikke er en del af projektets målgruppe, så viser det, at en stor gruppe borgere alligevel dels har haft et behov og en lyst og motivation til at deltage i en sundhedssamtale.

En sammenligning af kommunernes måltal for rekrutteringen og det faktiske antal rekrutterede borgere indenfor projektets målgruppe, som er medtaget i analysen, indikerer, at det for de fleste kommuner har været svært at nå deres måltal. De fleste kommuner har rekrutteret mange borgere til projektet, som ligger uden for projektets definerede målgruppe, og disse personer tæller derfor ikke med i det endelige tal for rekrutterede borgere i kommunen. Årsagen til dette er, at det ville have kompliceret adgangen til rekrutteringsarenaerne, hvis der var begrænsninger på hvilke borgere, der kunne få tilbudt en sundhedssamtale. Desuden har det ofte været et krav fra ledelsen på en virksomhed eller fra en fagforening, at alle ansatte på arbejdspladsen skulle tilbydes en sundhedssamtale uanset alder og bopælskommune.

Syddjurs kommune var den kommune, som var tættest på at nå deres måltal på 400 borgere med i alt 367 (91,8%) rekrutterede borgere inden for målgruppen. Fem ud af de 11 kommuner formåede at rekrutterer mindre end halvdelen af de forventede måltal for kommunen. Der ses ingen geografiske forskelle i forhold til andel rekrutterede borgere inden for målgruppen.

5. Hvilke mekanismer og tilgange er der brugt til at motivere og rekruttere borgere videre fra sundhedssamtalen til en livsstilsændring eller til deltagelse i sundhedstilbud eller andre kommunale tilbud? Hvilke lokale processer, strukturer og kontekster har betydning for dette?

En af de vigtigste erfaringer fra evalueringen er, at sundhedssamtalen ikke kun er en rekrutteringsindsats til kommunale tilbud eller andre aktiviteter, men i sig selv er en intervention, som efterfølgende kan bidrage til at rykke på borgerens sundhedsadfærd og -tilstand. 91% af borgerne rapporterer, at de er meget tilfredse eller tilfredse med sundhedssamtalen både lige efter sundhedssamtalen og seks måneder efter. Evalueringen viser, at 21% af deltagerne på eget initiativ er blevet motiveret til at foretage en livsstilsændring, 17% siger, at deres livsstilsændring er foranlediget af, at de gerne vil passe på deres helbred. For 12% har det været sundhedssamtalen i sig selv, som har motiveret til en livsstilsændring. Det handler i høj grad om at tale ind i den enkelte borgers situation og motivere til en adfærdsændring. Det kræver bl.a., at de medarbejdere, som gennemfører sundhedssamtalen, har sundhedspædagogiske kompetencer. Eksempler på lokale processer, strukturer og kontekster uddybes i kapitel 4 afsnit 4.4.1.

6. Hvor stor en andel af dem, som deltager i en sundhedssamtale, henvises videre til et eller flere kommunale sundhedstilbud og med hvilket fokus på f.eks. rygning, træning og/eller kost?

Af målgruppen henvises 68% til kommunale sundhedstilbud. For nogle kommuner henvises alle fra målgruppen, hvilket vidner om, at målgruppen har haft et reelt behov for en kommunal indsats og øget opmærksomhed på deres sundhedsadfærd. Flest

blev henvist til hjælp til kostomlægning og/eller væggtab eller hjælp til at blive mere fysisk aktive.

7. Hvor stor en andel af dem, som deltager i en sundhedssamtale, henvises til praktiserende læge? Og hvor stor en andel får igangsat yderligere udredning og/eller behandling?

Ved sundhedssamtalen er 13% af borgerne blevet opfordret til at søge egen læge, som et resultat af sundhedssamtalen. Det indikerer, at projekterne med brug af sundhedssamtalen får opsporet borgere, som ellers ikke opsøger egen læge, og som har en risikofyldt livsstil, der gør det sandsynligt, at borgeren er i risiko for at udvikle livstilsrelaterede sygdomme på sigt. Det er ikke muligt at sige, hvor mange der efter besøg hos egen læge får igangsat yderligere udredning eller behandling.

8. Hvor stor en andel bliver opfordret til at opsøge hjælp andre steder – f.eks. i privat regi, hos lokale aktører eller andet sted?

Størstedelen (68%) af borgerne blev ved sundhedssamtalen tilbudt at deltage i kommunale sundhedstilbud. Kun 9% af borgerne ved sundhedssamtalen henvises til ikke-kommunale tilbud, som f.eks. tilbud i den lokale idrætsforening, Dansk Firmaidræt eller opfordres til at deltage i sundhedsfremmende aktiviteter på deres arbejdspladsen.

9. Hvad karakteriserer den gruppe af borgere, som henholdsvis henvises til sundhedstilbud i kommunen og/eller opfordres til at søge praktiserende læge?

Evalueringen viser, at borgere der er blevet henvist til kommunale sundhedstilbud, adskiller sig signifikant fra dem, som ikke er blevet henvist på en række livstilsfaktorer som for eksempel rygning, alkohol, kost og motion. I forhold til rygning er der signifikant flere daglige rygere blandt de borgere, der er blevet henvist sammenlignet med dem, der ikke er blevet henvist (6% vs. 5%). Generelt er der færre af de henviste borgere, der dyrker motion (7% vs. 17%), og derudover er der signifikant flere af de henviste, som drikker 8-14 genstande om ugen sammenholdt med de ikke henviste borgere (10% vs. 9%). Disse livstilsfaktorer indikerer, at gruppen af henviste borgere (62%) har særligt brug for hjælp til at ændre deres livsstil, og at sundhedssamtalen ved henvisning til andre aktører potentielt kan forebygge en række livstilsrelaterede sygdomme. Blandt de borgere, som blev henvist til et kommunalt sundhedstilbud, bliver to ud af tre fuldt op i en opfølgningssamtale.

10. Hvad karakteriserer gruppen af borgere, som ikke ønsker at blive henvist til kommunale sundhedstilbud?

De borgere, som ikke ønsker at blive henvist til deres praktiserende læge eller et sundhedstilbud, har generelt et signifikant bedre helbred sammenholdt med de borgere, som henvises til deres praktiserende læge eller til et sundhedstilbud. De borgere som ikke henvises, drikker i gennemsnit mindre, dyrker mere motion, sover bedre og har et bedre mentalt helbred sammenholdt med borgere der henvises til sundhedstilbud eller praktiserende læge.

11. Hvor stor en andel af de henviste borgere deltager i og fuldfører et kommunalt sundhedstilbud? Hvad karakteriserer disse to grupper af borgere?

Blandt de henviste borgere til et kommunalt sundhedstilbud tager størstedelen (71%) af dem imod tilbuddet og 40% deltager i hele forløbet. Der findes en sammenhæng mellem borgernes motivation umiddelbart efter sundhedssamtalen, og om de faktisk har fastholdt en livsstilsændring. De hyppigste ændringer er mere fysisk aktivitet (36%) efterfulgt af en sundere kost (35%), mens færrest er stoppet med at drikke alkohol (1%) og ryge (3%). Borgernes egentlige ændringer i sundhedsadfærd stemmer overens med de ønskede livsstilsændringer, som borgerne ønskede at lave umiddelbart efter samtalen. Dette viser vigtigheden af at følge op på borgere, der har takket ja til en samtale, og at arbejde på at bidrage til at borgerne fastholder deres ændring i sundhedsadfærd også - afhængig af behovet - efter endt tilbud. Fx via tilbud fra civilsamfundsaktører og foreninger.

12. I hvilken grad er borgernes selvvalgte helbred påvirket som følge af deres deltagelse i sundhedssamtalen?

Der er ikke nogen forskel på borgernes selvvalgte helbred fra baseline til follow-up. Det tyder derfor ikke på, at sundhedssamtalen har haft en effekt på borgernes selvvalgte helbred efter 6 måneder. Resultaterne er sammenlignelige med resultater fra den nationale sundhedsprofil, hvilket viser, at borgerne ikke har et dårligere selvvalgt helbred end den generelle befolkning. Det er derfor ikke muligt at vurdere, om sundhedssamtalen har påvirket målgruppens selvvalgte helbred.

13. Hvad er årsagerne til, at borgere ikke fastholder deres deltagelse i kommunale sundhedstilbud eller deres livsstilsændring på kort og lang sigt?

En række faktorer har ifølge de kommunale projektledere bidraget til, at borgerne ikke fastholder en livsstilsændring. På kort sigt kan det for målgruppen være en travl hverdag med hårdt fysisk arbejde og/eller skiftende arbejdstider, som kan påvirke borgernes energi og ressourcer til at fastholde deres livsstilsændringer. På længere sigt kan manglende tro på egne kompetencer udgøre en barriere for fastholdelse af en livsstilsændring. Ved opfølgning viste evalueringen, at fysisk aktivitet og kostomlægning var de faktorer, som borgerne var mest motiverede til at ændre. Omvendt var der færrest, der er stoppet med at drikke alkohol og ryge. De egentlige ændringer i sundhedsadfærd stemte godt overens med de ønskede livsstilsændringer ved opstart, hvor størstedelen planlagde at gå i gang med at være mere fysisk aktive (80%) eller spise sundere (73%). Omvendt ønskede kun 12% at nedsætte alkoholforbruget.

14. Hvor mange borgere opfordres til at opsøge praktiserende læge, og hvad karakteriserer den gruppe af borgere? Er der en tilvækst eller nedgang i brugen af praktiserende læge blandt borgerne, som har deltaget i en sundhedssamtale sammenlignet med året før?

13% af borgerne, som deltog i sundhedssamtalen, blev opfordret til at søge egen læge. De borgere, der blev opfordret til at opsøge praktiserende læge, havde sværere symptomer på livsstilsygdomme såsom overvægt, nedsat lungekapacitet eller tegn på forhøjet blodtryk sammenlignet med dem, som ikke blev opfordret til at søge egne

læge. Sammenligner man brugen af ydelser i almen praksis før sundhedssamtalen i forhold til efter sundhedssamtalen ses, at der er en signifikant stigning af borgernes brug af almen praktiserende læge. Før sundhedssamtalen havde borgerne i gennemsnit 4,1 besøg hos praktiserende læge, og efter sundhedssamtalen steg dette til 4,4. Denne stigning er signifikant på tværs af køn, men på tværs af forskellige aldersgrupper er stigningen kun signifikant blandt de 50-60-årige.

15. Hvor mange borgere opfordres til at opsøge andre sundhedsprofessionelle i primærsektoren, og hvad karakteriserer den gruppe af borgere? Er der en tilvækst eller nedgang i tilgang til andre sundhedsprofessionelle blandt borgere, som har deltaget i en sundhedssamtale sammenlignet med året før?

Tilgang til andre sundhedsprofessionelle i primærsektoren er ikke steget efter deltagelse i sundhedssamtalen. Ses der på brugen af sundhedsydelser i hospitalsvæsenet, så er der ikke nogen signifikant stigning i forekomsten af indlæggelser efter deltagelse i en sundhedssamtale. Dette er dog forventeligt, da udviklingen af livsstils sygdomme tager lang tid, og det må derfor formodes, at det på nuværende tidspunkt endnu ikke er muligt at se effekten af sundhedssamtalerne i den sekundære sektor. Det kan også skyldes at borgerne på trods af dårligt helbred ikke henvises videre af egen læge, eller at borgerens helbredsproblemer ikke medfører en egentlig indlæggelse på hospitalet.

## GODE RÅD TIL PRAKSIS

- **Rekruttering:** Arbejdspladsen er en velegnet arena til rekruttering af borgere til kommunale sundhedstilbud. Her kan kommunale aktører rekruttere borgere mellem 40-60 år med risiko for livsstilsrelaterede sygdomme. Opbakning fra arbejdspladsen opnås bedst, når dialogen også fokuserer på de økonomiske fordele i form af reduceret sygefravær, mere effektive medarbejdere og større fastholdelse af medarbejdere, som arbejdspladsen kan opnå gennem et tilbud om en sundhedssamtale.
- **Metode:** Sundhedssamtale som metoden kan bruges til at motivere til adfærdsændring og vidererekruttering til kommunale sundhedstilbud, idet den sætter den enkelte behov i centrum. Sundhedshjulet kan bruges i sundhedssamtalen, da det er et effektivt redskab til at opspore de udfordringer, som ligger først for hos den enkelte borger, og som ofte udgør en barriere for at opnå forbedringer på længere sigt.
- **Medarbejdererfaring:** Medarbejdere der gennemfører sundhedssamtale bør have solide sundhedsfaglige – og pædagogiske kompetencer samt viden om og erfaring i at arbejde med forskellige målgrupper. For at sikre sammenhæng med resten af kommunens indsatser er det også vigtigt, at medarbejderne har erfaring og viden om kommunens forvaltninger og tilbud til borgerne både indenfor sundhedsområdet, men også på social- og beskæftigelsesområdet.
- **Tværgående samarbejde:** Tilbuddet om en sundhedssamtale bliver styrket og det sikrer en høj tværfaglighed, hvis der samarbejdes med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunen i forhold til fx aftale med arbejdspladserne om gennemførelse af sundhedssamtalen og rekruttering af borgere, særligt fastholdelseskonsulenter og virksomhedsservice, som i forvejen har samarbejde med og kendskab til virksomheder.
- **Forebyggelseshold og overgangstilbud:** For at sikre borgerens mulighed for adfærdsændring er det vigtigt, at kommunen udbyder forebyggelseshold, hvor borgere med risiko for livsstilsrelaterede sygdomme kan deltage. Ligeledes er der behov for overgangstilbud fra de kommunale træningshold til fx foreningsidræt eller træning i privat regi, da det sikrer borgers fastholdelse i en begyndende livsstilsændring, som er påbegyndt gennem deltagelse i kommunale tilbud.
- **Borgeropfølgning:** Der bør være en struktureret opfølgning på hver enkelt borger efter sundhedssamtalen, idet opfølgningen både kan fastholde, øge eller genstarte motivationen hos borgerne.
- **Strukturel sundhedsfremme:** Kommunerne kan med fordel styrke de strukturelle forebyggelsestiltag og sundhedsfremme på arbejdspladserne, f.eks. ved i samarbejde med arbejdspladsen at tilbyde rygestopkurser i arbejdstiden, målrettet tilbud om træning på arbejdspladsen og vejledning om bedre arbejdsmiljø.

- **Søvnproblemer:** Kommunerne kan med fordel øge de borgerrettede tilbud om hjælp til søvnproblemer, da evalueringen viser, at søvn er en af de primære barrierer for en sund livsstil. Tilbuddene kan tilbydes som enten individuelle forløb eller gruppeforløb.

## Læsevejledning

Rapporten er opbygget i tre hoveddele. Første del består af **Kapitel 1 med en** introduktion til rapporten, **Kapitel 2 med en** præsentation af evalueringens formål og **Kapitel 3** med baggrund, model og metode for projektet.

I rapportens anden del præsenteres:

- I **Kapitel 4** resultaterne af den tværgående evaluering inden for de fire emner: 1) Arenaer for rekruttering, 2) Rekruttering til sundhedssamtalen, 3) Motivation og henvisning til indsats og 4) Fastholdelse af livsstilsændringer.
- I **Kapitel 5** resultaterne af de registerbaseret analyser, som påviser effekten af sundhedssamtalen og tilbuddene blandt borgerne, herunder om brugen af sundhedsydelse er ændret for målgruppen.

Endeligt i rapportens tredje del, **Kapitel 6**, afsluttes med evalueringens overordnede konklusioner og gode råd til praksis.

I **Bilag A** findes evalueringens datagrundlag og metode. I **Bilag B** findes kommunebeskrivelser for de 11 deltagende projekter. I **Bilag C** findes supplerende figurer, som ikke er vist i rapporten, men som kan være relevant, hvis man ønsker yderligere forklaringer.

Centrale ord og begreber knyttet til projektet er forklaret i Boks 1-1. De forklares desuden yderligere i Kapitel 3, der præsenterer baggrund, model og metode for projektet.

Boks 1-1: Centrale ord og begreber

### Centrale ord og begreber anvendt i rapporten

#### Arbejdspladser eller virksomheder

De to ord bruges synonymt. Inkludere både offentlige og private arbejdspladser/virksomheder.

#### Borgere

Henviser i evalueringen primært til borgere i alderen 40-60 år med særlig risiko for at udvikle eller

	have bl.a. muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes eller hjertekarsygdomme, og som normalt ikke opsøger sundhedsvæsenet.
<b>Den motiverende samtale</b>	En evidensbaseret samtaleteknik, der søger at skabe indre motivation til forandring af en konkret adfærd eller livsstil ved at hjælpe en person til at blive afklaret om sine værdier og livsstil.
<b>Helbredstjek</b>	Et helbredstjek er en undersøgelse, som den praktiserende læge udfører for at se, om man er sund og rask, hvori der indgår en lang række fysiologiske målinger.
<b>Livsstilshold</b>	Hold for borgere, der kan være svære at placere i et af de ordinære kommunale tilbud om f.eks. motion, fordi de har behov for en generel livsstilsændring. Kan bl.a. indebære brug af naturen som udgangspunkt for motion, arbejde med fødevarer og madlavning.
<b>Projekt</b>	Puljens projekter, der skal medvirke til en tidlig opsporing, så der kan igangsættes forebyggende indsatser, som kan hindre eller bremse sygdom. I alt har 11 kommuner på tværs af landet fået tildelt midler fra satspuljen (Esbjerg, Greve, Jammerbugt, Mariagerfjord, Næstved, Roskilde, Syddjurs, Sønderborg, Thisted, Vesthimmerlands og Aalborg Kommune). Satspuljeprojektet startede 1. august 2017 og sluttede d. 1. august 2020.
<b>Rekrutteringsarenaer</b>	De arenaer, projektkommunerne rekrutterer målgruppen igennem. Evalueringen skelner mellem fem typer arenaer: offentligheden, online fora, private og offentlige virksomheder, kommunale aktører og fagforeninger.
<b>Rekrutteringsstrategi</b>	Strategi til opsporing og rekruttering af borgere til sundhedssamtalen. Overordnet skelnes der mellem en <i>åben strategi</i> (rekrutteringen målrettes bredt), en <i>afgrænset strategi</i> (rekrutteringen målrettes en afgrænset gruppe) og en <i>målrettet strategi</i> (rekrutteringen målrettes udelukkende borgere, som ligger inden for projektets målgruppe).
<b>Samarbejdspartnere</b>	Organisationer, f.eks. fagforeninger eller idrætsforeninger i civilsamfundet, som bidrager til kommunernes rekrutteringsarbejde og gennemførelse af indsatser.
<b>Signifikant forskel</b>	At en sammenhæng eller et resultat er 'statistisk signifikant' betyder, at dette understøttes af en test, der viser, at der er mindre end fem procents risiko for, at data er tilfældige. Der er anvendt chi-i-anden



	test for at tjekke, om der er signifikante forskelle mellem diverse grupper.
<b>Sundhedshjulet</b>	Elementer, den kommunale medarbejder bør berøre i forbindelse med sundhedssamtalen: Kroppen, bevægelse, mad, røg, alkohol, trivsel og søvn.
<b>Sundhedssamtale</b>	Afklarende samtale på 15-45 minutter med fokus på borgerens generelle sundhed og sundhedsadfærd, samt - ved behov - rådgivning og evt. tilbud om deltagelse i kommunale forebyggelsesforløb. Samtalen tager udgangspunkt i sundhedshjulet.
<b>Sundhedstjek</b>	Sundhedstjekket er paraplybegreb og dækker sundhedssamtalen, samt enkelte objektive fysiologiske målinger. Sundhedstjekket gennemføres af en kommunal medarbejder med sundhedsfaglige kompetencer.

# 1. Indledning

Der er igennem de seneste 25 år sket en kraftig stigning i antallet af borgere, der bliver ramt af livsstilssygdomme. Det drejer sig eksempelvis om diabetes, hvor antallet er fordoblet i de sidste 20 år. Fordoblingen vedrører type 2-diabetes, mens tallene for type 1-diabetes er stabile.<sup>4</sup> Samme mønster gør sig gældende for sygdomme som bl.a. KOL, kræft og muskelskeletlidelser.<sup>5 6</sup>

Et gennemgående kendetegn ved stigningen er en markant, social skævvridning i hvilke borgere, der bliver ramt. Sammenlignet med personer, der har en lang uddannelse, er sandsynligheden for at blive diagnosticeret med type 2-diabetes dobbelt så stor for personer uden en kompetencegivende uddannelse, mens sandsynligheden for KOL er næsten fire gange større.<sup>7</sup> Det samme gør sig gældende for selvrapporterede muskel-skelet-smerter, hvor forekomsten også udviser en klar social slagside. Den sociale skævvridning i udvikling og forekomst af sygdomme er et udtryk for social ulighed i sundhed. Social ulighed i sundhed er et udtryk for, at en borgers sociale position og vilkår i samfundet, både uddannelsesmæssigt, økonomisk og socialt, har betydning for menneskers sundhed, sygdom, levetid og sundhedsrelaterede livskvalitet, så nogle grupper i befolkningen får mere sygdom, bliver tidligere syge og mærker større konsekvenser af sygdom.<sup>8</sup>

Udbredelsen af ulighed i sundhed stiller krav til en øget opmærksomhed på, hvordan sygdom og mistrivsel kan forebygges blandt borgere i særlig risiko herfor. En tidlig indsats for at identificere borgere i risiko for at udvikle sundhedsrelaterede sygdomme kan medvirke til at forebygge at borgerne får livsstilssygdomme eller at borgere der allerede har nogle livsstilssygdomme bliver behandlet inden sygdommen f.eks. bliver kronisk. Tidlig opsporing eller forebyggelse kan altså bidrage til at mindske sandsynligheden for, at livstilsrelaterede eller kroniske sygdomme udvikles eller forværres på længere sigt.<sup>9</sup> Et element i tidlig opsporing kan være f.eks. være et forebyggende sundhedstjek, udført i kommunalt regi, som en individuel vurdering af den enkeltes generelle sundhed. På den korte og lange bane kan det forebyggende sundhedstjek føre til opmærksomhed på risikofaktorer, tidlige sygdomstegn eller forstadier til sygdomme. Et forebyggende sundhedstjek kan på den måde være et element i en langsigtet indsats, der kan bidrage til at sikre flere sunde leveår for borgerne, flere aktive år på arbejdsmarkedet samt mindske belastningen i det samlede sundhedsvæsen.

<sup>4</sup> Den nationale diabetesbehandlingsplan, Sundheds- og Ældreministeriet 2017

<sup>5</sup> Nye kræfttilfælde i Danmark 2019, Sundhedsdatastyrelsen 2021

<sup>6</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: "Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme". København, 2014

<sup>7</sup> Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: "Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme". København, 2014

<sup>8</sup> Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017, Sundhedsstyrelsen 2020

<sup>9</sup> Brodersen J, Jørgensen T. Screening. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, red. Forebyggende sundhedsarbejde. Munksgaard: 6. udgave, 1. oplag. København, 2016.

De mulige gevinster der kan opnås ved et sundhedstjek medførte, at der med aftalen om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019 blev afsat 27 mio. kr. til kommuner for at afprøve metoder til at nå flere borgere i alderen 40-60 år med særlig risiko for at udvikle eller have bl.a. muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes eller hjertekarsygdomme. Kommunerne skulle i den forbindelse også tilbyde forebyggelsestilbud målrettet borgere med disse behov. Kommunerne skulle som en del af projektet, i forbindelse med opsporing og rekruttering af målgruppen, etablere partnerskaber med private interesseorganisationer og/eller fagforeninger, andre kommunale aktører eller frivillige foreninger.<sup>10</sup>

Ved at fokusere på en målrettet rekruttering af borgere i forhøjet risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme er intentionen, at puljen skal medvirke til en tidlig opsporing, så der kan igangsættes forebyggende indsatser, der kan bidrage til at forebygge eller opspore sygdom. Det er forventningen, at kontakten til praktiserende læge og andre sundhedsprofessionelle i praksissektoren vil stige som følge af en tidlig opsporing blandt en gruppe borgere, som normalt ikke opsøger sundhedsvæsenet. På den lange bane forventes kontakten til sekundærsektoren (hospitalssektoren) at falde som følge af færre akutindlæggelser og forebyggende behandling af livsstilssygdom, som f.eks. KOL, muskelskelettal lidelser og hjertekarsygdomme i praksissektoren eller på egen hånd.

De livsstilsrelaterede sygdomme som type 2-diabetes, KOL, muskelskelettal-lidelser og hjertekarsygdomme er primært forårsaget af en usund livsstil og adfærd og/eller langvarig udsættelse for hårdt fysisk arbejde og nedslidning. Gruppen af borgere, som rammes af de livsstilsrelaterede sygdomme, er oftest borgere med kort eller ingen uddannelse, hvorpå den sociale skævvridning i andelen, som får de livsstilsrelaterede sygdomme, opstår.<sup>11</sup>

Projektet har særligt fokus på borgere i alderen 40-60 år. Dette skyldes, at de udgør den største andel på arbejdsmarkedet og med et stigende antal ældre i samfundet, er der behov for, at de arbejdsdygtige bliver på arbejdsmarkedet længst muligt. Gruppen af 40-60-årige med kort eller ingen uddannelse med risiko for udvikling af livsstilsrelaterede sygdomme findes i flere forskellige arenaer på tværs af arbejdsmarkedet, og steder, de har forbindelse med i deres hverdagsliv. Borgerne findes typisk i private og offentlige virksomheder med hårdt fysisk arbejde eller i virksomheder, som beskæftiger borgere med kort eller ingen uddannelse, som f.eks. produktions- og omsorgsvirksomheder.

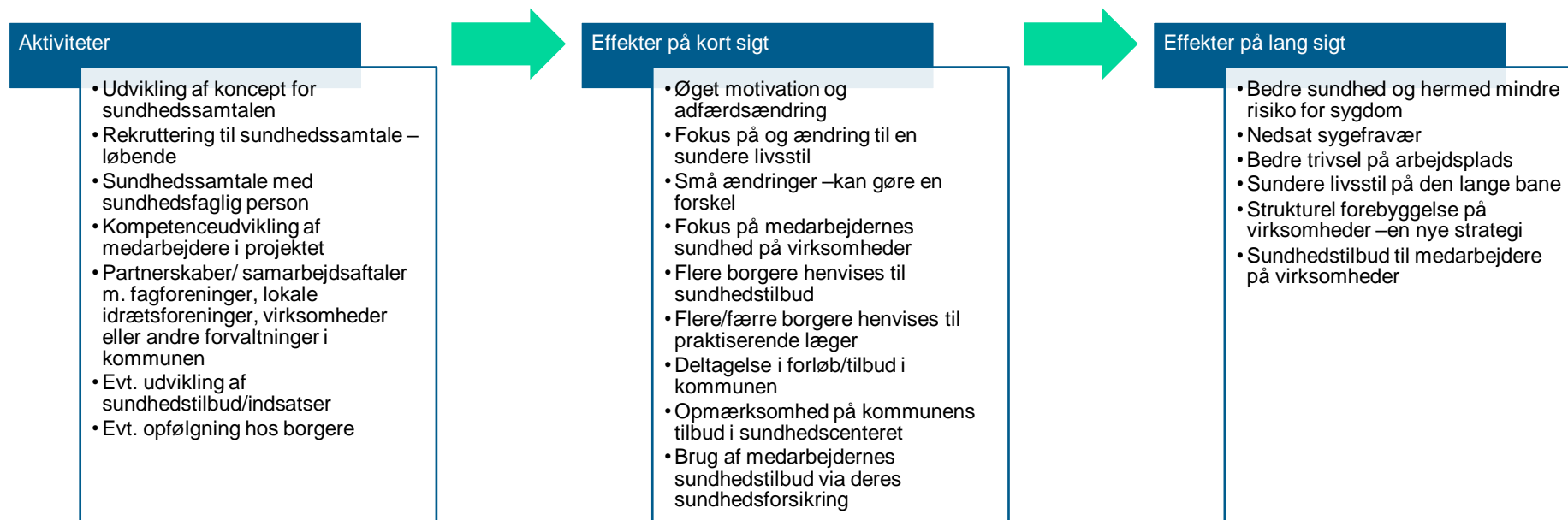
De centrale aktører, som har kontaktflader til målgruppen, er først og fremmest offentlige og private virksomheder, som har den direkte kontakt til målgruppen samt private fagorganisationer og lokale foreninger. Andre centrale aktører er kommunale aktører, som f.eks. jobcenteret herunder virksomhedsservice.

<sup>10</sup> <https://www.sst.dk/-/media/Puljer/Styrket-rekruttering-til-kommunale-sundhedstilbud/Puljeopslag.ashx?la=da&hash=9C7236A855393CFB854B011FEA3E9B76A53D87C6>

<sup>11</sup> Diderichsen, F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011.

I alt har 11 kommuner fordelt over hele landet fået tildelt midler fra satspuljen. De udvalgte projektkommuner er Esbjerg, Greve, Jammerbugt, Mariagerfjord, Næstved, Roskilde, Syddjurs, Sønderborg, Thisted, Vesthimmerland og Aalborg kommune. Projektet startede 1. august 2017 og sluttede d. 1. august 2020. COWI blev i 2017 tildelt opgaven med at evaluere kommunernes indsatser. Denne rapport indeholder den tværgående evaluering af projektet.

Evalueringen af satspuljen er gennemført som en virkningsevaluering. Hermed er det muligt både at analysere projekternes implementering af indsatsen og en analyse af effekten af sundhedssamtalen og rekruttering af borgere til kommunale sundhedstilbud. Hermed kan evalueringen give svar på, hvilke initiativer der virker, for hvem og under hvilke forhold, samt hvilke effekter der er skabt på nuværende tidspunkt. Evalueringen vil stille skarpt på resultater fra hvert af de 11 kommunale projekter og på resultater på tværs af alle de 11 projekter. I Figur 1 præsenteres indsatsteorien for puljen.



**Fremmende og hæmmende faktorer** Projektholdets kendskab til kommunens tilbud – integration ift. eksisterende tilbud; Borgernes grad af socialt liv; Mulighed for opfølgning; Samarbejde med frivillige foreninger – sikre fastholdelse og rekruttering af nye medlemmer til foreningen; Forskel på offentlige og private virksomheder; Internt (tværfagligt) samarbejde i kommunen

Figur 1: Indsatsteori for puljen

## 2. Evalueringens formål

Formålet med den tværgående evaluering er at dokumentere effekten af initiativerne på henholdsvis projektniveau og på tværs af alle projekterne inden for de fire områder: rekruttering, henvisning, fastholdelse og brug af sundhedsydelse. Derudover er formålet yderligere at dokumentere implementeringen i hvert projekt, så rekrutterings- og samarbejdsmodellerne efterfølgende kan inspirere og udbredes til andre kommuner. Samtidig skal der på tværs af projekterne identificeres centrale elementer for succesfuld implementering. Evalueringen skal ligeledes bidrage til at belyse, hvorfor projekternes indsatser virker, som de gør, og under hvilke betingelser. Herunder også de lokale processer, strukturer og kontekster.

Indenfor hvert af de fire områder: rekruttering, henvisning, fastholdelse og brug af sundhedsydelse er der opstillet de evalueringsspørgsmål, som evalueringen skal besvare.

### 2.1. Rekruttering

Rekrutteringen af borgere til en sundhedssamtale foregår i to dele. *Første del* indeholder valg af arena og rekrutteringsstrategi for at få adgang til målgruppen. *Anden del* omhandler rekruttering af borgerne til at deltage i en sundhedssamtale.

Evalueringen gør brug af følgende spørgsmål:

1. Hvilke rekrutteringsstrategier og arenaer, som kommunerne har afprøvet, virker bedst og under hvilke betingelser i forhold til at rekruttere projektets målgruppe til en sundhedssamtale?
2. Hvordan virker sundhedssamtalen som metode til at opspore og rekruttere borgere videre i det kommunale system, herunder til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud eller andre tilbud i kommunen eller i foreninger?
3. Hvem er bruttomålgruppen og hvad kendetegner dels dem, som rekrutteres til en sundhedssamtale og dem, som ikke rekrutteres?<sup>12</sup>
4. Hvor stor en andel inden for målgruppen (i projektkommunerne) rekrutteres til en sundhedssamtale? Og er der geografiske forskelle?

### 2.2. Henvisning

På baggrund af sundhedssamtalen kan borgerne, hvis det vurderes nødvendigt, blive henvist til et eller flere sundhedstilbud og/eller opfordres til at opsøge deres praktiserende

<sup>12</sup> Bruttomålgruppen for projektet er 40-60-årige borgere med bopæl i projektkommunerne som har særlig risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme, herunder muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes og/eller hjertekarsygdomme.

læge. Borgerne kan blive henvist til kommunale tilbud i regi af kommunens sundhedscen-ter ellers opfordret til at deltage i private sundhedstilbud eller lokale tilbud i idrætsforenin-ger. Hos praktiserende læge kan borgerne, hvis det af den praktiserende læge vurderes nødvendigt, blive henvist til yderligere udredning eller behandling i sundhedsvæsenet.

Evalueringen gør brug af følgende spørgsmål:

5. Hvilke mekanismer og tilgange der bruges til at motivere og rekruttere borgere videre fra sundhedssamtalen til en livsstilsændring eller til deltagelse i sundhedstilbud eller andre kommunale tilbud? Hvilke lokale processer, strukturer og kontekster har betydning for dette?
6. Hvor stor en andel af dem, som deltager i en sundhedssamtale, henvises videre til et eller flere kommunale sundhedstilbud og med hvilket fokus på f.eks. rygning, træning og/eller kost?
7. Hvor stor en andel af dem, som deltager i en sundhedssamtale, henvises til praktise-rende læge? Og hvor stor en andel får igangsat yderligere udredning og/eller be-handling?
8. Hvor stor en andel bliver opfordret til at opsøge hjælp andre steder – f.eks. i privat regi, hos lokale aktører eller andet sted?
9. Hvad karakteriserer den gruppe af borgere, som henholdsvis henvises til sundhedstilbud i kommunen og/eller opfordres til at søge til praktiserende læge?
10. Hvad karakteriserer gruppen af borgere, som ikke ønsker at blive henvist til kommu-nale sundhedstilbud?

### 2.3. Fastholdelse

Fra borgerne har deltaget i en sundhedssamtale skal borgerne fastholdes i de aftaler, som sundhedssamtalen har afstedkommet. Enten skal borgeren fastholdes i at deltage i et eller flere kommunale sundhedstilbud eller også skal borgeren fastholdes i en livsstils-ændring eller deltagelse i en eller flere fritidsaktiviteter. Fastholdelsen kan både være på kort sigt, dvs. en til tre måneder, eller på lidt længere sigt, dvs. mere end et halvt år.

Evalueringen gør brug af følgende spørgsmål:

11. Hvor stor en andel af de henviste borgere deltager i og fuldfører et kommunalt sundhedstilbud? Hvad karakteriserer disse to grupper af borgere?
12. I hvilken grad er borgernes selvvalgte helbreds påvirket som følge af deres delta-gelse i sundhedssamtalen?
13. Hvad er årsagerne til, at borgere ikke fastholder deres deltagelse i kommunale sundhedstilbud eller deres livsstilsændring på kort og lang sigt?



## 2.4. Brug af sundhedsydelse

Efter sundhedssamtalen kan borgerne blive opfordret til at opsøge deres praktiserende læge for yderligere udredning, henvises til andre sundhedsprofessionelle eller modtage vejledning i forhold til sundhedsmæssige problemstillinger. Dette kan føre til en stigning i brugen af sundhedsydelser, herunder i praksissektoren, som består af praktiserende læger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, tandlæger og fodterapeuter. Deltagelse i en sundhedssamtale og de efterfølgende initiativer foranlediget heraf kan også medføre en nedgang i brugen af sundhedsydelser i praksissektoren, da man med deltagelse i en sundhedssamtale og evt. et kommunalt sundhedstilbud har sat en forebyggende behandling i gang der kan have den konsekvens at borgere ikke vil eller har brug for at opsøge sin praktiserende læge. Enten kan brug af den praktiserende læge og/Deltagelse i en sundhedssamtale og de efterfølgende initiativer foranlediget heraf medføre en øget tilgang til hospitalssektoren qua opsporing af sygdom eller en nedgang, da tidlig opsporing på lang sigt forventeligt kan resultere i færre akutindlæggelser og mindre sygdom generelt.

Evalueringen gør brug af følgende spørgsmål:

14. Hvor mange borgere opfordres til at opsøge praktiserende læge, og hvad karakteriserer den gruppe af borgere? Er der en tilvækst eller nedgang i tilgang til praktiserende læge blandt borgerne, som har deltaget i en sundhedssamtale sammenlignet med året før?
15. Hvor mange borgere opfordres til at opsøge andre sundhedsprofessionelle i praksissektoren, og hvad karakteriserer den gruppe af borgere? Er der en tilvækst eller nedgang i tilgang til andre sundhedsprofessionelle blandt borgerne, som har deltaget i en sundhedssamtale sammenlignet med året før?

## 2.5. Dataelementer i evalueringen

Evalueringen består af et mixed-method-design, hvor både kvalitative og kvantitative datakilder og metoder anvendes til at belyse effekten af rekruttering af borgere til kommunale sundhedstilbud. I evalueringen indgår følgende dataelementer:

- **Besøgsrunder hos deltagende projekter:** I forbindelse med evalueringen er der gennemført to besøgsrunder i løbet af projektperioden fra efteråret 2017 til juni 2020. Første runde fandt sted i starten af projektperioden, mens anden runde fandt sted inden for projektperioden i foråret 2020. I hver projektkommune blev der ved første besøgsrunde gennemført fokusgruppeinterview med projektgruppen. I anden besøgsrunde blev der gennemført interview med projektlederen, projektgruppen og nøglemedarbejdere i projektet.
- **Interview med borgere:** Der er i alt blevet gennemført 10 interviews med borgere, som ikke ønskede at deltage i et sundhedstilbud, selvom de har fået det anbefalet.

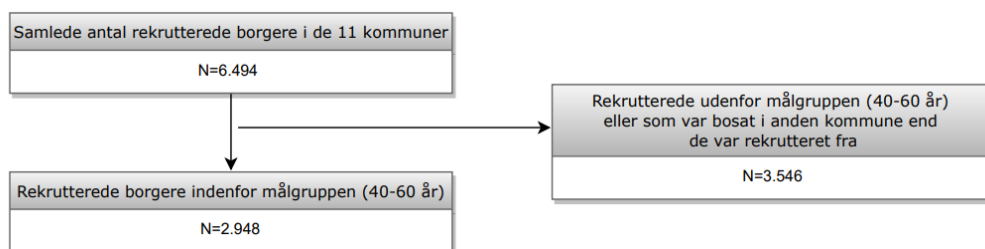
- **Interview med samarbejdspartnere:** Der er blevet gennemført telefoninterview med to samarbejdspartnere fra hver kommune to gange i løbet af projektperioden.
- **Spørgeskemaundersøgelser:** Der er blevet udsendt to spørgeskemaer til borgere, der deltog i en sundhedssamtale. Et baseline spørgeskema blev udsendt til borgere kort efter, at de havde deltaget i sundhedssamtalen, og et opfølgende spørgeskema blev udsendt 6 måneder efter deltagelsen i sundhedssamtalen.
- **Monitoreringsdata:** Monitoreringsdata blev indsamlet løbende ved hver sundhedssamtale i kommunerne med fokus på borgerens uddannelse, rekrutteringsarena, sygdomshistorie og overordnede helbred. Se desuden Bilag A punkt 1.5 for en beskrivelse af antal rekrutterede borgere i kommunerne.
- **Registerdata:** Til analysen af hvorvidt borgernes deltagelse i en sundhedssamtale har påvirket borgernes helbred og ydelser i sundhedsvæsenet, blev der indhentet oplysninger fra udvalgte registre via borgernes CPR-nummer.

For uddybelse af dataelementer i evalueringen se Bilag A.1.

### 2.5.1. Afgrænsning i data

Der er medtaget 6.494 borgere i analysen. Disse borgere er indrapporteret af de 11 kommuner med en datakvalitet, så de har kunnet indgå i den videre analyse. Nogle af kommunerne har haft kontakt til flere borgere, end der er angivet i evalueringen, hvorfor det samlede antal rekrutterede borgere i projektet er noget større. Projektets målgruppe er alle 40-60-årige borgere med særlig risiko for at udvikle livsstilrelaterede sygdomme. Alle borgere, som lå uden for målgruppen, det vil sige personer under 40 år eller over 60 år, samt borgere som ikke boede i samme kommune, som de er rekrutteret i, blev ekskluderet fra analysen. Årsagen til dette er, at kommunerne kun kan tilbyde forløb til borgere, som bor i deres egen kommune. En anden årsag er, at der efterfølgende blev gennemført registerundersøgelser, som krævede overensstemmelse mellem sundhedsydelser og borgerens bopælskommune. Endeligt blev der gennemført en frafaldsanalyse, hvor alle rekrutterede borgere med manglende eller fejlbehæftede CPR-numre, blev fjernet. I alt endte 3.546 personer med at blive ekskluderet fra evalueringen.

At der er rekrutteret over 3.500 borgere, som falder uden for projektets målgruppe, indikerer dog, at der er en stor gruppe borgere uden for projektets målgruppe, som har haft et behov for og lyst og motivation til at deltage i en sundhedssamtale. Potentialet kan derfor være større end denne evaluering viser, fordi der er ekskluderet borgere, som kan være indenfor målgruppen, men ikke bor i kommunen. Efter at have frasorteret borgere uden for målgruppen endte undersøgelsen på 2.948 borgere (se Figur 2).



Figur 2: Flowchart over rekrutterede borgere.

## 2.6. Databegrænsninger

Evalueringen består af et mixed-method-design. Derfor er der grundlæggende anvendt et før- og efter design med brug af spørgeskemaundersøgelser, kvalitative interviews og data fra de nationale sundhedsregistre. Anvendelsen af de forskellige datakilder giver forskellige typer begrænsninger, som gennemgås i det følgende.

I forbindelse med brugen af spørgeskemadata kan resultaterne være påvirket af bias. En anerkendt problematik i spørgeskemaundersøgelser er respondenternes tendens til at besvare spørgsmålene ud fra, hvad der er social acceptabelt. Denne form for bias opstår oftest ved spørgsmål om gode og dårlige vaner som for eksempel rygning, alkohol, kost eller motion. Her vil respondenterne have en tendens til at fremstille sig selv på en social attraktiv måde, og derfor kan respondenterne svare, at de ryger mindre, og dyrker mere sport end de i virkeligheden gør. Denne type bias kan afhjælpes ved at anonymisere spørgeskemabesvarelsenerne. Men det kan ikke udelukkes, at denne type bias har påvirket resultaterne i denne evalueringens resultater.

Ved den opfølgende spørgeskemaundersøgelse var der desuden et bortfald af nogle respondenter. Dette kan medføre bias, hvis gruppen der falder fra, udgør en særlig gruppe, som for eksempel de mest sårbare borgere. Hvis dette gør sig gældende, kan det skævvride resultaterne. Alle deltagere er dog fulgt i registrene, og derfor har det været muligt at følge dem, der ikke deltog i den opfølgende spørgeskemaundersøgelse.

Ved analyser af brugen af sundhedsydelser i den sekundære sektor (hospitalssektoren) er der brugt indlæggelsestal fra Landspatientregistret. Her skal det dog bemærkes, at Landspatientregistret for året 2019 ikke var tilgængeligt, da denne analyse blev udarbejdet.

Det har betydet, at før/efter analysen (med indlæggelser som effektvariabel) dermed er begrænset til en delmængde af de rekrutterede borgere på 328 personer. Dette skyldes, at det for en stor del af de rekrutterede borgere, ikke er muligt at følge deres indlæggelser 6 måneder efter sundhedssamtalen, da en stor del af de rekrutterede borgere først havde

samtale i andet halvår af 2018 eller i løbet af 2019/2020. Dertil kommer, at en analyseperiode på 6 måneder efter samtalen er en kort periode - og relativt tæt på sundhedssamtalen, idet effekten på indlæggelser vurderes først at slå igennem på et senere tidspunkt (op til flere år efter). Dette har ikke været muligt at evaluere med de tilgængelige data og projekts tidshorisont.

## 3. Formål og baggrund for projektet

Af Sundhedsstyrelsens puljeopslag fremgår det, at det overordnede formål med projektet er, at kommunerne skal afprøve metoder, der kan bruges til en styrket målrettet rekruttering af borgere til kommunale sundhedstilbud. De kommunale indsatser skal indeholde:

- En målrettet rekruttering af borgere med særlig risiko for udvikling af muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes og/eller hjertekarsygdomme. Indsatsen skal gennemføres i samarbejde med frivillige/private organisationer, eksempelvis fagbevægelser eller pensionskasser.
- Gennemførelse af en afklarende samtale, kaldet en sundhedssamtale, med fokus på borgernes generelle sundhed og sundhedsadfærd, samt - ved behov - rådgivning og evt. tilbud om deltagelse i forebyggelsesforløb.
- Interview med borgere med henblik på forebyggelse af eller tidlig og målrettet opsporing af sygdom. Ved interview vurderes det, om borgeren bør henvises til et kommunalt eller ikke-kommunalt tilbud eller opfordres til at opsøge praktiserende læge for udredning af eventuel sygdom. Interviewene gennemføres som en del af den afklarende samtale omtalt i punkt 2.

### 3.1. Definition af projektets målgruppe

Af Sundhedsstyrelsen opdrag til projektet fremgår det, at målgruppen for indsatsen er 40-60-årige borgere med særlig risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme, herunder muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes og/eller hjertekarsygdomme.<sup>13</sup>

Flere af de 11 kommunale projekter har imidlertid i nogen grad udvidet målgruppen for indsatsen. En af forklaringerne herpå er, at de har ønsket at tilrettelægge indsatsen, så den i højere grad afspejler de konkrete udfordringer og den virkelighed, kommunen står over for. F.eks. har det vist sig, at virksomhederne kun accepterede, at kommunen kom ud på virksomheden, hvis tilbuddet om en sundhedssamtale blev tilbudt til alle medarbejdere. De kommuner, der har valgt en udvidet målgruppe, har selv finansieret den del af indsatsen. Selvom nogle kommuner har valgt at udvide målgruppen, beskæftiger denne tværgående evaluering sig udelukkende med målgruppen af 40-60-årige borgere, der har særlig risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme.

<sup>13</sup> Sundhedsstyrelsens puljeopslag. [Puljeopslag.ashx \(sst.dk\)](#)

### 3.2. Projektets aktiviteter

Projektet har følgende aktiviteter:

- **Udvikling af koncept for sundhedssamtalen:** Planlægning af hvordan og af hvem sundhedssamtalen skal gennemføres.
- **Rekruttering til sundhedssamtale:** Strategi for hvor og hvordan borgerne skal rekrutteres.
- **Sundhedssamtale med sundhedsfaglig person:** En individuel vurdering af den enkelte borgers generelle sundhed og sundhedsadfærd.
- **Kompetenceudvikling af medarbejdere i projektet:** Oplæring i den motiverende samtale, oplæring i opsporing af uopdagede sygdomme, viden om kommunens sundheds- og forebyggelsestilbud og muligheder i lokalområdet.
- **Partnerskaber/ samarbejdsaftaler m. fagforeninger, virksomheder, lokale idrætsforeninger eller andre forvaltninger i kommunen:** Etablering af samarbejde med relevante samarbejdsforeninger, som kan bidrage til opsporing og rekruttering af målgruppen eller samarbejde om udbud af sundhedstilbud.
- **Evt. udvikling af sundhedstilbud eller -indsatser:** Etablering af nye sundhedstilbud eller -indsatser, hvis ikke kommunen i forvejen kan tilbyde det.
- **Evt. opfølgning hos borgere:** Tre eller seks måneder efter sundhedssamtalen kontakter personalet borgeren for at høre, om de har fulgt den planlagte plan eller tilbud, eller om de har andre spørgsmål.

Nedenfor uddybes yderligere konceptet for sundhedssamtalen.

#### 3.2.1. Sundhedssamtalen

Formålet med sundhedssamtalen er at lave en individuel vurdering af den enkelte borgers generelle sundhed og sundhedsadfærd. Vurderingen kan føre til opmærksomhed på risikofaktorer eller tidlige sygdomstegn, som kan håndteres tidligt i et forebyggelsesøjemed eller i et sygdomsforløb. Sundhedssamtalen gennemføres af sundhedsfaglige medarbejdere<sup>14</sup> med udgangspunkt i metoden for *den motiverende samtale*.<sup>15</sup> På baggrund af sundhedssamtalen afklares det, hvorvidt borgeren skal tilbydes at deltage i et eller flere sundhedstilbud i kommunen, ud fra borgerens generelle sundhed, sundhedsadfærd og motivation, eller om borgeren bør kontakte egen læge ved mistanke om sygdom.

En sundhedssamtale varer som udgangspunkt 30-45 minutter. Derudover afsættes der tid til dokumentationsarbejdet under eller lige efter samtalen. Der følges op på borgeren,

<sup>14</sup> sygeplejerske, fysioterapeut, social- og sundhedsassistent, ergoterapeut og diætist.

<sup>15</sup> Den Motiverende Samtale (også kaldet Motivationssamtalen) er en evidensbaseret samtaleteknik, der, ved at hjælpe en person til at blive afklaret om sine værdier og livsstil, søger at skabe indre motivation til forandring af en konkret adfærd eller livsstil.

hvis der er aftalt et videre forløb. Opfølgning gennemføres senest en måned efter samtalen. Sundhedssamtalen kan f.eks. foregå på borgerens arbejdsplads, i et boligområde, i fagforeningernes lokalafdelinger eller i kommunes sundhedscenter.

Sundhedstilbuddene kan foregå på hold eller i et individuelt forløb med henblik på at fremme sund livsstil og mental sundhed samt forebygge livsstilssygdomme. Hvis det er relevant, kan der, når et kommunalt sundhedstilbud stopper, gennemføres en afsluttende samtale med mulighed for udslusning til lokale aktiviteter i foreningsregi eller andre netværk der er relevante for den enkelte borger.

I forbindelse med projektstart blev kommunerne af KL's Center for Forebyggelse i Praxis introduceret til, hvilke elementer den kommunale medarbejder bør berøre i forbindelse med sundhedssamtalen (Figur 3). Under samtalen gennemgås alle syv elementer ud fra principperne i den motiverende samtale: Åbne spørgsmål, bekræftende udsagn, refleksioner og opsummering. Åbne spørgsmål giver mulighed for forskellige slags svarmuligheder, og inviterer svarepersonen til at komme på banen med sine egne perspektiver og tanker. Bekræftende udsagn er udsagn, der motiverer personen, og får dem til at se sig selv, som mere ressourcefuld. Refleksioner er en verbal spejling, der sætter personen i centrum for samtalen og holder fokus rettet mod personens tanker og følelser. Opsummeringer samler samtaleens centrale temaer og synspunkter, og viser dermed personen overblik over det, der er blevet talt om.



Figur 3: Sundhedshjulet

Kilde: Udviklet af Center for Forebyggelse i praksis, KL (som blev præsenteret på workshop om den afklarende sundhedssamtale d. 14. august 2017).



I nogle kommuner laver man også i forbindelse med sundhedssamtalen fysisk test og/eller mål ved brug af f.eks. Tanita-vægt (kropsanalysevægt), ilt-mætningsmåler/lungefunktionsmåler, livviddemål eller steptest. Resultatet af disse indgår også i vurderingen af den enkelte borgers generelle sundhed og sundhedsadfærd under sundhedssamtalen. Samtidig kan de bruges som motivationsfaktor for den enkelte borger og som en direkte eller indirekte indikator for borgerens helbredstilstand.

### 3.3. Projektkommuner

De 11 kommunale projekter har forskellig befolkningssammensætning og geografi. Det betyder, at projekterne differentierer lidt fra hinanden i forhold til tilgang til målgruppen, samarbejdspartnerne og anvendte rekrutteringsstrategier, da de har forskellige lokale erfaringer og udfordringer. I Tabel 1 er de 11 kommunale projekter, deres målgrupper, samarbejdspartnere og anvendte rekrutteringsstrategier beskrevet kort. Kommunebeskrivelser for uddybelse af hvert projekt findes i Bilag B.

Tabel 1: Oversigt over kommunernes oprindelige målgruppe, samarbejdspartnere og rekrutteringsmodeller

	Målgruppe	Samarbejdspartnere <sup>16</sup>	Rekrutteringsstrategier
<b>Esbjerg</b>	40-60-årige borgere	Tre boligforeninger	Åben, afgrænset og målrettet
<b>Greve</b>	Ufaglærte eller kortuddannede 40-60-årige borgere	Tre fagforeninger	Åben, afgrænset og målrettet
<b>Jammerbugt</b>	Kortuddannede 40-60-årige borgere beskæftiget inden for social- og sundhedssektoren, den pædagogiske sektor, rengøring, transport, industri og produktion eller landbrug	Kommunale plejecentre	Åben, afgrænset og målrettet
<b>Mariagerfjord</b>	Mænd og kvinder i alderen 40-60 år, som er særligt udsatte for at udvikle kronisk sygdom.	Tre fagforeninger	Afgrænset og målrettet
<b>Næstved</b>	40-60-årige borgere, som fortrinsvis har en erhvervsrettet-, en kort eller ingen uddannelse, eller som har muskel-skelet lidelser, KOL, type 2-	Tre fagforeninger	Åben, afgrænset og målrettet

<sup>16</sup> Se Bilag B for detaljeret oversigt over samarbejdspartnere i kommunerne.

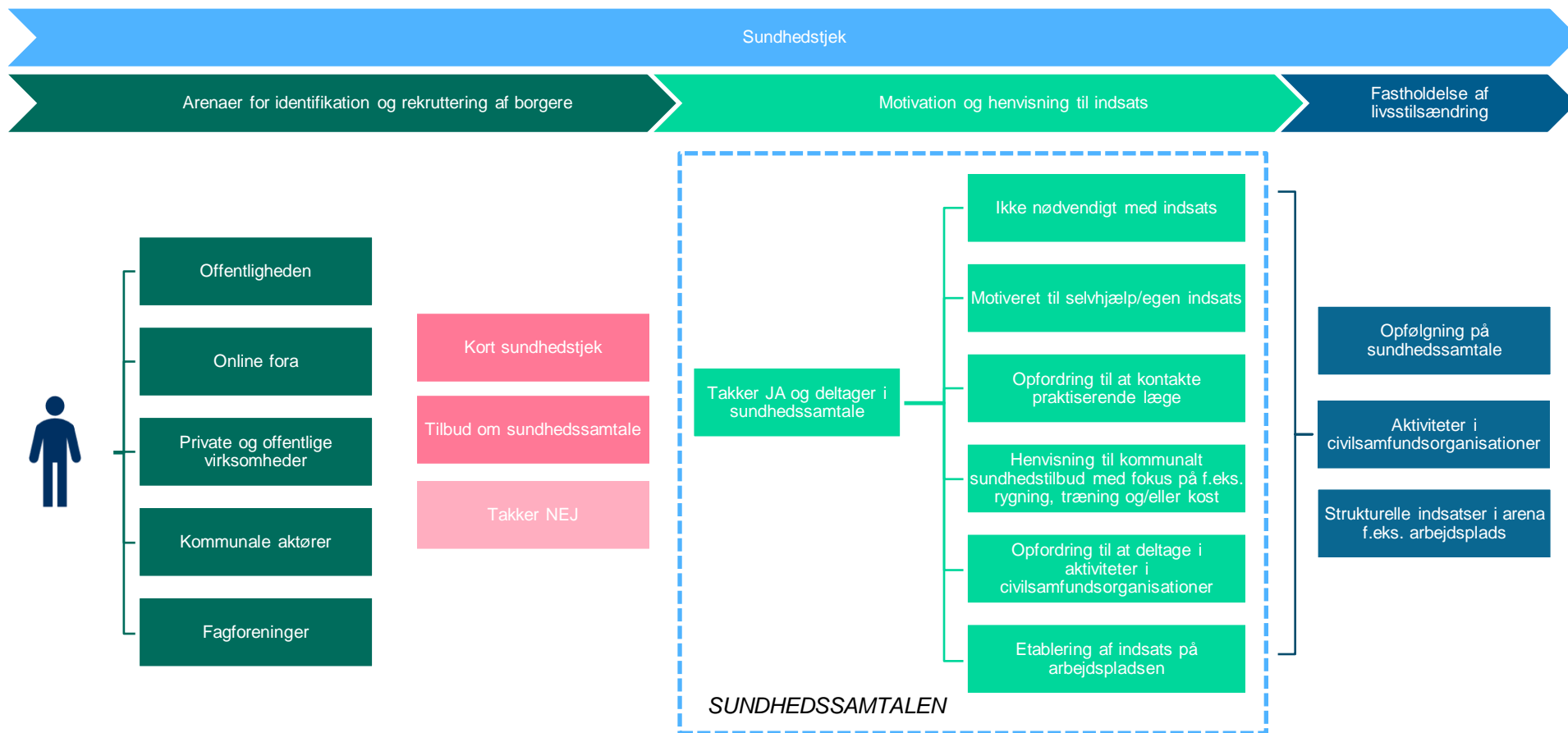
	diabetes og hjertekarsygdomme.		
<b>Roskilde</b>	Kortuddannede 40-60-årige borgere med medlemskab af FOA	FOF-aftenskole	Afgrænset og målrettet
<b>Syddjurs</b>	40-60-årige borgere bosat i Syddjurs Kommune, som er medlem af en af følgende fagforeninger: FOA, Dansk Metal, 3F, BUPL	Tre fagforeninger	Åben, afgrænset og målrettet
<b>Sønderborg</b>	40-60-årige borgere med en kortere uddannelse.	Tre pensions-selskaber	Åben og afgrænset
<b>Thisted</b>	40-60-årige borgere. Borgere med kortere uddannelse prioriteres højest.	Kommunens jobcenter	Åben, afgrænset og målrettet
<b>Vesthimmerland</b>	Alle borgere i kommunen, der er i risiko for at udvikle muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdom (herunder særligt 40-60-årige borgere med kortere uddannelse)	Virksomheds-service (kommunalt)	Åben, afgrænset og målrettet
<b>Aalborg</b>	Medarbejdere på virksomheder med kort eller ingen kompetencegivende uddannelse samt medarbejdere på virksomheder, der har særlig risiko for at udvikle muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdomme.	To fagforeninger	Afgrænset og målrettet

### 3.4. Borgerens forløb

I Figur 4 illustreres det forløb, borgeren går igennem fra rekruttering til fastholdelse af en eventuel livsstilsændring ved deltagelse i projektet. Figuren illustrer samtidig alle de trin og elementer, som hvert kommunale projekt består af.

Figuren viser forløbet fra første element i rekrutteringen, herunder de fem mulige arenaer, projektkommunerne har rekrutteret borgere igennem (*arenaer for identifikation og rekruttering af borgere*), til muligheden for, at borgeren enten takker ja eller nej til at deltage i en sundhedssamtale (*rekruttering til sundhedssamtale*) og herefter de muligheder,

der er for viderehenvisning af borgeren efter sundhedssamtalen til aktiviteter i kommunen, i lokalområdet eller initiativer på egen hånd (*motivation og henvisning til sundhedsindsats*). Til sidst viser figuren, hvordan fastholdelse af borgeren i en livsstilsændring bedst sikres (*fastholdelse af livsstilsændring*).



Figur 4: Oversigt over forløbet for den styrkede rekruttering til kommunale sundhedstilbud

I det følgende præsenteres kort udvalgte elementer i figuren, herunder de rekrutteringsstrategier og -arenaer, projektkommunerne har brugt i deres rekruttering af borgere.

### 3.4.1. Rekrutteringsstrategi og -proces

I projektet anvendes tre forskellige strategier til opsporing og rekruttering af borgere til sundhedssamtalen. De fleste projekter kombinerer en eller flere strategier. Overordnet skelnes der mellem en *åben strategi*, en *afgrænset strategi* og en *målrettet strategi*:

- **Åben strategi:** Rekrutteringen målrettes bredt og omfatter både borgere i og uden for projektets målgruppe.<sup>17</sup> Det kan f.eks. være i forbindelse med events ved offentlige begivenheder såsom dyrskuer eller ved radio- og tv-spots eller opslag på de sociale medier.
- **Afgrænset strategi:** Rekrutteringen målrettes til en afgrænset gruppe af borgere, hvori størstedelen primært er indenfor projektets målgruppe. Det kan f.eks. være ved events eller via skriftligt informationsmateriale målrettet en eller flere udvalgte arbejdspladser, fagforeninger eller boligområder.
- **Målrettet strategi:** Rekrutteringen omfatter udelukkende borgere, som ligger inden for projektets målgruppe. Det kan f.eks. være en direkte henvendelse til borgeren via sms eller telefon.

Et af kravene i puljen er, at kommunerne skal etablere samarbejde med fagforeninger, interesseorganisationer, pensionskasser eller andre relevante aktører for at få kontakt til målgruppen. Formålet med samarbejdet er, at de forskellige samarbejdspartnere skal deltage i kommunernes rekrutteringsarbejde.

### 3.4.2. Rekrutteringsarenaer

Projektkommunerne har udvalgt forskellige arenaer til rekruttering af målgruppen, som kan kategoriseres i fem typer: offentligheden, online fora, private og offentlige virksomheder, kommunale aktører og fagforeninger.

**Offentligheden** som arena for rekruttering har f.eks. været dyrskue, boligområder, byggeområder, aftenskoler, idrætsforeninger eller lignende offentlige steder. Offentligheden som arena gør det muligt at nå ud til og få direkte kontakt til en stor gruppe borgere, som potentielt kunne deltage i en sundhedssamtale. Fordelen ved denne type arena er, at kommunen møder nogle andre borgere, f.eks. selvstændige landmænd på et dyrskue eller borgere, som er uden for arbejdsmarkedet i et boligområde. Ulempen er, at det er op til borgeren selv at opsøge de tilstedeværende projektmedarbejdere og få lavet en aftale og efterfølgende møde op til en sundhedssamtale.

**Online fora – sociale medier** som arena for rekruttering har f.eks. været opslag på Facebook og kommunale hjemmesider. Det er foregået ved enten en video, hvor en tidligere deltager fra en sundhedssamtale fortæller om deres oplevelse og hvad det har gjort for dem evt. sammen med en projektmedarbejder eller et opslag med en beskrivelse af

<sup>17</sup> Definition af projektets målgruppe: 40-60-årige borgere med særlig risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme, herunder muskelskeletlidelser, KOL, type 2-diabetes og/eller hjertekarsygdomme.

projektet. Denne arena gør det muligt at få direkte kontakt til en stor gruppe borgere, som kunne være potentielle deltagere til en sundhedssamtale. Fordelen ved denne tilgang er, at man når ud til et stort antal borgere og evt. nogle andre borgere, f.eks. selvstændige eller borgere, som er udenfor arbejdsmarkedet. Ulempen er, at det er op til borgeren selv at kontakte kommunen og få lavet en aftale og efterfølgende møde op til en sundhedssamtale.

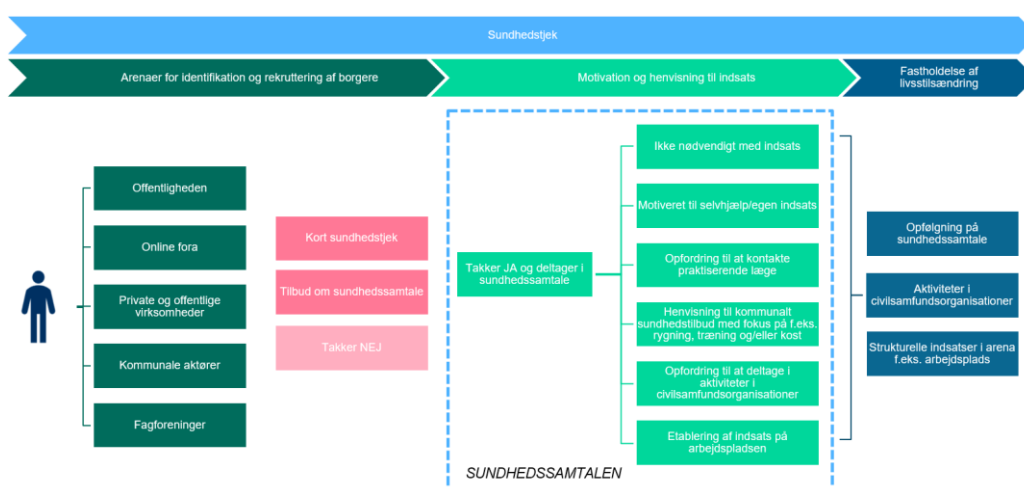
**Private og offentlige virksomheder** som arena for rekruttering. Projektkommunerne har udvalgt virksomheder, som de vurderede havde mange ansatte fra deres målgruppe, herunder f.eks. produktionsvirksomheder og pleje- og omsorgsvirksomheder (offentlige arbejdspladser). Projektkommunerne har typisk taget direkte kontakt til virksomheder og fået en aftale om, at de på f.eks. personalemøder eller via ledelsen har måtte rekruttere deres medarbejdere til en sundhedssamtale. Fordelen ved denne tilgang er, at sundhedssamtalerne kan foregå på virksomheden og i arbejdstiden, hvilket gør det muligt for flere at deltage. Ulempen er, at der kan være virksomheder, som ikke kan eller vil prioritere administrativ tid og evt. ansættes arbejdstid til indsatsen.

**Kommunale aktører** som arena for rekruttering er f.eks. jobcentrene, fastholdelseskonsulenter, virksomhedskonsulenter og virksomhedsservice. Dvs. de aktører, som i forvejen har kontakt til virksomheder eller borgere i målgruppen enten på virksomheder eller dem, som er uden for arbejdsmarkedet. Rekrutteringen kan i så fald enten være af den enkelte borger eller borgere tilknyttet en bestemt arbejdsplads, som i forvejen er kendt af de kommunale aktører. Fordelen ved denne tilgang er, at der i forvejen er etableret et samarbejde og der er kendskab til potentielle borgere til sundhedssamtalen. Ulempen kan være, at de andre aktører i kommunen ikke har fokus på sundhed og derfor ikke får prioriteret at reklamere for sundhedssamtalen.

**Fagforeninger** som arena for rekruttering kan foregå enten som et strategisk samarbejde eller partnerskab mellem en fagforening og projektkommunen, eller lokalt som et samarbejde mellem den enkelte lokalafdeling og projektkommunen. Rekrutteringen kan enten foregå ved brug af fagforeningens tillidsvalgte på virksomhederne eller fagforeningens ansatte, som etablerer kontakt til virksomheder og/eller potentielle deltagere i en sundhedssamtale. Fordelen ved denne tilgang er, at fagforeningen kan motivere deres medlemmer til at deltage og bidrage til et strategiske fokus på sundhed på virksomhederne. Ulempen kan være, at sundhed ikke traditionelt er et kerneområde for fagforeningerne at arbejde med, hvilket kan betyde, at de kan have svært ved at tilgå virksomhederne med den dagsorden. Traditionelt set handler det for dem om at sikre gode løn-, og arbejdsvilkår samt sikkerhed på arbejdspladserne.

## 4. Trin til styrket rekruttering til kommunale sundhedstilbud

Dette kapitel præsenterer den tværgående evaluering af projektet med udgangspunkt i fire overordnede temaer: 1) Arenaer for identifikation og rekruttering, 2) Rekruttering til sundhedssamtale, 3) Motivation og henvisning til indsats og 4) Fastholdelse i livsstilsændringer. Temaerne analyseres på tværs af de 11 kommunale projekter.



Figur 5: Oversigt over forløbet for den styrkede rekruttering til kommunale sundhedstilbud

Analysen tager udgangspunkt i de opstillede evalueringsspørgsmål, hvor der bliver inddraget data fra alle evalueringsaktiviteter. For hvert overordnet tema, præsenteres først temaets overordnede resultater, hvorefter de tværgående resultater præsenteres efterfulgt af forslag til praksis, der er foranlediget af evalueringens resultater.

Forud for præsentationen af resultater af evalueringens fire overordnede temaer præsenteres de forudsætninger, som det har vist skaber grundlaget for en styrket målrettet rekruttering til kommunale sundhedstilbud på tvær af projekterne.

### 4.1. Forudsætninger for styrket målrettet rekruttering

På tværs af de 11 kommunale projekter kan der oplistes følgende forudsætninger, som har vist sig at være fremmende hvis man skal opnå en styrket målrettet rekruttering til kommunale sundhedstilbud.

- Det er en fordel for implementering og gennemførelse af indsatsen, at de udførende **medarbejdere er ansat i kommunens eksisterende organisation** f.eks.



i sundhedscenteret eller jobcenteret. At **medarbejderne kender hinanden og omgås hinanden dagligt**, har vist sig at være en fremmede faktor for projektets indsatser.

- I et forebyggelsesprojekt som dette, hvor kommune ikke er i direkte kontakt med målgruppen, viser projektet, at det er en fordel at inddrage eksisterende viden og netværk fra kommunen i rekruttering af virksomheder og borgere. Det er en fremmede faktor, når projektlederen har et **netværk på tværs af den kommunale organisation og forvaltninger** og drager nytte af andres erfaringer og netværk. Det samme gælder samarbejde med fagforeninger eller andre lokale foreninger.
- I den forbindelse, er det en fremmede faktor for gennemførelse af projektet og fastholdelse af medarbejdere, at der er en vedvarende **ledelsesmæssig opbakning** til projektet. Det gælder både internt i kommunen på forskellige ledelseslag, fordi de kan skabe de nødvendige samarbejdsrelationer og opmærksom på tværs af forvaltninger og hos eksterne samarbejdspartnere. Men også fordi en kontinuerlig ledelsesopbakning sikrer projektets fremdrift og muligheder for forankring på sigt.
- Det er vigtigt at **give eksterne samarbejdspartnere og deltagere ejerskab over projektet**, og sikre sig, at de kan se formålet med projektet og hvorfor det er en fordel for dem at indgå engageret i samarbejdet.

#### Arenæer for identifikation og rekruttering af borgere

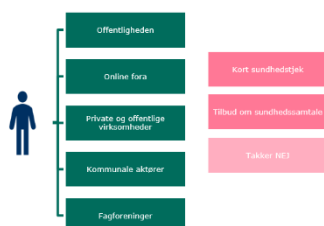
## 4.2. Arenæer for identifikation og rekruttering

Projektkommunerne har udvalgt forskellige typer arenaer til rekruttering af målgruppen. De forskellige typer arenaer kategoriseres i fem typer: offentligheden, online fora, private og offentlige virksomheder, kommunale aktører og fagforeninger. Afhængig af hvilken arena, som projektkommunerne forsøger at rekruttere borgere i, kan de anvende forskellige strategier.

I det følgende præsenteres de overordnede resultater for evaluerings-spørgsmål 1 for de mest effektive rekrutteringsstrategier og -arenaer.

### Overordnet resultater

De 11 projekter har forsøgt sig med forskellige strategier og arenaer, for at rekruttere borgere til sundhedssamtaler og videre til kommunale sundhedstilbud. Evalueringen viser, at den målrettede strategi er den mest hensigtsmæssige, og arbejdspladser er den mest virkningsfulde arena at opspore målgruppen i. Det skyldes, at ved den målrettede strategi tager projektgruppen direkte kontakt til specifikke virksomheder eller arbejdspladser i kommunen, hvor der er en stor andel af borgere, som tilhører projektets målgruppe, f.eks. den kommunale plejesektor og større produktionsvirksomheder.



Der kan være forskellige indgange til virksomhederne enten via tillidsvalgte, arbejdsmiljørepræsentanter eller via ledelsen. Det afgørende er, at ledelsen bliver overbevist om, at de vil indgå i projektet og stille ressourcer (tid, lokaler og evt. koordineringskompetencer) til rådighed. Argumenter for at overbevise ledelsen om at prioritere og investere i projektet er økonomiske fordele i form af reduceret sygefravær, mere effektive medarbejdere og større fastholdelse af medarbejdere, samt at ledelsen signalerer at den er parat til at værne om medarbejdernes sundhed.

Den mest effektfulde rekruttering af deltagere til en sundhedssamtale er via obligatorisk fremmøde til en sundhedssamtale på deltagerens arbejdsplads med solid opbakning fra virksomhedsledelsen. Ved det obligatoriske fremmøde skal medarbejderen aktivt fremmelde sig samtalen, hvis de ikke ønsker at deltage. Alternativt eller samtidig er det godt, at projektgruppen deltager i personalemøder eller lignende forud for sundhedssamtalen, hvor de fortæller om formålet med sundhedssamtalen. Formålet med at deltage i personalemøderne er at beskrive rammerne for samtalen og at afmystificere, hvad sundhedssamtalen går ud på samt at gøre det meget tydeligt for de ansatte, at sundhedssamtalen tager udgangspunkt i den enkelte ansattes behov, og at det ikke primært er for virksomhedens skyld at de bør deltage i en sundhedssamtale.

For nogle virksomheder kan det være for ressourcekrævende at tilbyde sundhedssamtalen til alle medarbejdere. Det er i de tilfælde et virkningsfuldt redskab at tilbyde virksomheder, at de kan give alle medarbejdere et kort sundhedstjek på 15 minutter. Derfra bliver det kun medarbejdere, som har et reelt behov, som får tilbudt en sundhedssamtale og som virksomheden skal allokere mere tid til. Erfaringen er, at det korte sundhedstjek er mere overkommeligt for virksomheder at takke ja til, da det er mindre tidskrævende og samtidig giver det ledelsen mulighed for at sætte medarbejdernes sundhed på dagsordenen på en hel virksomhed.

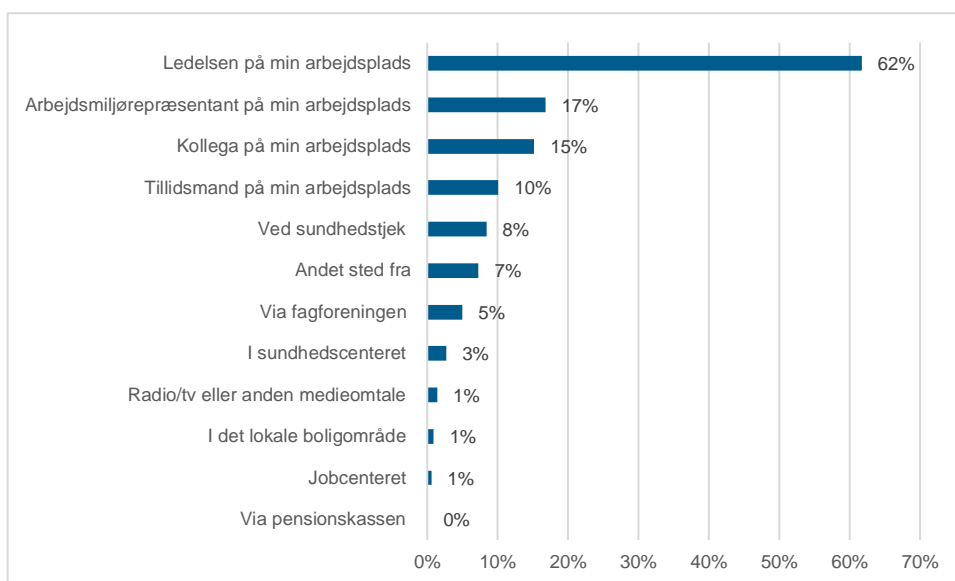
Samarbejdspartnere har en vigtig rolle i forhold til at bidrage til rekruttering af målgruppen til sundhedssamtalen. Evalueringen viser dog, at det har været svært at indgå partnerskaber, medmindre de lokale fagforeninger og øvrige samarbejdspartnere kan se et eget formål med projektet og f.eks. oplever sig som medejere af projektet.

#### **4.2.1. Rekrutteringsstrategier og -arenaer**

I dette afsnit vil evalueringsspørgsmål 1 blive besvaret. Spørgsmålet handler om, hvilke af de rekrutteringsstrategier og -arenaer, som projektkommunerne har afprøvet, der virker bedst til at rekruttere fleste mulige inden for projektets målgruppe til en sundhedssamtale.

Overordnet set har projektkommunerne haft størst succes med at rekruttere flest borgere gennem virksomheder. Her opleves det gennemgående som en fordel, at rekrutteringen til sundhedssamtalen foregår på borgernes arbejdsplads, og i deres arbejdstid. Rekrutteringen af virksomheder til projektet fungerer enten ved at kommunerne selv tager direkte kontakt til virksomhederne, eller i et samarbejde med andre kommunale aktører i projektkommunen eller via fagforeninger.

En optælling fra spørgeskemaundersøgelsen lige efter deltagelsen i sundhedssamtalen blandt de deltagende borgere viser, at størstedelen (op til 62%) af deltagerne har hørt om sundhedssamtalen fra ledelsen på deres arbejdsplads, eller fra andre aktører på deres arbejdsplads som f.eks. arbejdsmiljørepræsentanten, kollegaer, tillidsrepræsentant eller ved et kort sundhedstjek på virksomheden. Dette understreger, at virksomhederne har været en rigtig virksom arena at rekruttere borgere i.



Figur 6: Arenaer eller aktører, hvor borgere har hørt om sundhedssamtalen.

Note: Respondenterne måtte gerne sætte flere krydser, hvorfor procenterne ikke summer til 100%. N=4.225.  
Kilde: Baseline spørgeskema. "Hvor har du hørt om sundhedssamtalen?"

I det følgende præsenteres de 11 kommuners tværgående og individuelle erfaringer med at anvende de fem overordnede rekrutteringsarenaer. Fordele og ulemper bliver fremhævet ved de forskellige arenaer og det bliver beskrevet, hvilke der virker, og under hvilke betingelser.

### Offentligheden som rekrutteringsarena

Erfaringen på tværs af projekter, der har forsøgt at rekruttere borgere i offentligheden, er, at mødet med borgerne i f.eks. boligforeninger, ved events eller i byggermarkeder, kan give anledning til gode samtaler med borgerne, men det kan ikke rekruttere borgere til en sundhedssamtale i kommunalt regi. Den primære årsag til, at borgerne ikke bliver rekrutteret til en sundhedssamtale er, at borgerne selv skal opsøge og tilmelde sig en samtale og dernæst møde op i sundhedscenteret til en samtale. Metoden stiller store krav til borgerne, fordi de skal have en stor interesse i at ville ændre på f.eks. deres nuværende livsstil.

I Esbjerg Kommune har projektgruppen etableret et samarbejde med lokale viceværter i udvalgte boligområder, for at rekruttere borgere til sundhedssamtalen. Kommunen oplevede dog ikke boligforeninger som en effektiv rekrutteringsarena, fordi det alene var op til borgerne selv at opsøge kommunen, hvis de var interesseret i et tilbud om en sundhedssamtale.

Flere af de nordjyske kommuner har i samarbejde med den nordjyske landboforening, Agri Nord, været på dyrskue for at rekruttere borgere til sundhedssamtalen. Fordelen ved den form for rekruttering var, at kommunerne var repræsenteret sammen med deres samarbejdspartner og satte et fælles fokus på borgernes sundhed. Ulempen var dog, at det var svært at finde frem til målgruppen til et større event, som har et bredere publikum hvor mange faldt udenfor målgruppen. Projektgruppen i Vesthimmerlands Kommune erfarede dog også, at det ikke var en effektiv rekrutteringsarena, men at det dog gav anledning til gode samtaler med landmænd, og at nogle af dem fik sat i gang i en refleksion om egen sundhed.

### **Online fora – sociale medier som rekrutteringsarena**

Flere kommuner og deres samarbejdspartnere har brugt sociale medier som rekrutteringsarena til sundhedssamtalen. Tilgangen har for nogle borgere været relevant og har bevirket, som ellers ville være svære at rekruttere andre steder, har henvendt sig. Ligesom med offentligheden som rekrutteringsarena kræver det også, at borgerne selv opsøger og melder sig til en sundhedssamtale.

Det der virker særligt godt på de sociale medier, er deling af personlige historier. Greve Kommune har haft stor succes med at rekruttere gennem annoncering på kommunens Facebookside i form af to personlige videofortællinger med borgere, der har været igennem et kommunalt forløb. For projektet i Greve Kommune har Facebookannoncerne med de personlige historier vist sig at være den bedste rekrutteringskanal idet, det har givet flest deltagere til sundhedssamtalerne og viderehenvielse til hold.

*"Vi fik mange henvendelser, hver gang vi lagde en annonce op på Facebook. Vi tror, at det skyldes, at folk kunne relatere sig til Vinni og Rikkens historie."* (Projektmedarbejder, Greve Kommune)

Også FOA, der bl.a. har været samarbejdspartner i Roskilde Kommune, 3F, der har været samarbejdspartner i Næstved Kommune og Syddjurs Kommune har brugt Facebook i deres rekruttering med stor succes.

En udfordring ved at rekruttere gennem de sociale medier er dog, at kommunerne eller fagforeningerne ikke kan kontakte borgerne efterfølgende. Borgerne skal være motiverede, efter de har set reklame for projektet, for at de kontakter kommunen om at deltage i sundhedssamtale. Flere af projekterne har erfaret, at der nogle gange skal lidt mere til.

*"Udfordringen har været, hvordan man får dem fra Facebook ind i sundhedsvæsnet. Det ville fungere bedre, hvis vi fik deres nummer og kunne ringe til dem, end at de selv skal ringe til os i et bestemt tidsrum."* (Projektmedarbejder, Vesthimmerlands Kommune)

### **Private og offentlige virksomheder som rekrutteringsarena**

Gennemgående opleves det i projekterne i bl.a. Vesthimmerlands, Syddjurs, Aalborg, Jammerbugt og Sønderborg Kommune, at rekruttering på virksomheder er en effektiv arena til at opspore borgere, der ellers ikke ville være blevet opsporet i det kommunale system, fordi det foregår på medarbejdernes arbejdspladser og i arbejdstiden.

Fordelen ved at rekruttere borgere gennem private og offentlige virksomheder er, at det er muligt at få kontakt til nogle andre typer borgere end dem, som typisk kommer i kommunens sundhedscenter. Borgere som ofte primært har behov for forebyggende indsatser, frem for helbredende eller rehabiliterende indsatser, og derved indeholder denne rekruttering et stort forebyggelsespotentiale. Derudover giver indsatsen mulighed for at etablere kontakt til projektets kernemålgruppe på 40-60-årig der er i øget risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme f.eks. ansatte i produktionsvirksomheder.

Først og fremmest har opbakningen fra ledere og tillidsvalgte vist sig at være yderst vigtig for rekrutteringen på arbejdspladser. Det er særligt effektivt, når ledere og tillidsvalgte går forrest, og som de første selv deltager i sundhedssamtalen på arbejdspladsen. Det er med til at signalere opbakning fra ledelsen og at legitimere deltagelsen til sundhedssamtalen i arbejdstiden.

I Vesthimmerlands, Roskilde og Mariagerfjord Kommune har sundhedssamtalen været valgfri at deltage i for medarbejdere, men der har været flere forskellige initiativer for at øge deltagelsen. Alle tre projekter har haft fokus på at informere borgerne om sundhedssamtalen for at afmystificere den. Det er foregået ved at deltage i personalemøder, hvor de har præsenteret projektet og sundhedssamtalen som koncept og fortalt om de muligheder, samtalerne kan give efterfølgende. Alle tre projekter har oplevet dette som et effektivt værktøj til at øge interessen for og deltagelsen i sundhedssamtalen.

I Vesthimmerlands Kommune inddrog man bl.a. fysiske objekter til informationsmødet, som ølflasker og en hovedpude, hvilket gjorde sundhedssamtalens indhold mere relevant og virkelighedsnært for deltagerne at relatere til.

*"Vi oplever f.eks. altid at opmærksomheden skærpes, når vi klirrende hiver et par øller eller en hovedpude op af kassen (...) Kombinationen af humor, et sprog de forstår og italesættelse af, at vi ikke er der for at fortælle dem, hvad de gør forkert, men at give sparring, hvis der er noget, de kunne tænke sig skulle være anderledes, fungerer rigtig godt."* (Projektleder, Vesthimmerlands Kommune)

Aalborg og Jammerbugt Kommune har anvendt en anderledes tilgang, hvor sundhedssamtalen i udgangspunktet har været obligatorisk at deltage i. Det betød, at medarbejderne blev tilmeldt automatisk og selv skulle melde fra, hvis de ikke ønskede at deltage.

Dette har ligeledes været et krav fra flere i virksomheder i bl.a. Næstved, Mariagerfjord, Vesthimmerlands og Roskilde Kommune. Fordelen ved obligatorisk deltagelse er, at det er muligt at få fat i en gruppe af medarbejdere, som ellers ville vælge sundhedssamtalen fra. Det er sandsynligt, at gruppen af borgere der vælger sundhedssamtalen fra, har et reelt behov for at få et tilbud om en sundhedsindsats. Derfor er denne strategi fordelagtig i forhold til at rekruttere borgere, som kan have behov for at deltage i et kommunalt sundhedstilbud.

*"Jeg oplevede ved de obligatoriske sundhedssamtaler, at dem der var mest skeptiske, var dem, der havde mest brug for det. De blev dog ofte meget overraskede over, hvad de egentlig fik ud af det. Det har derfor været rigtig givtigt at afprøve den obligatoriske samtaleform."* (Projektmedarbejder, Næstved Kommune)

Sønderborg Kommune har brugt en anderledes rekrutteringsstrategi med en effektiv udnyttelse af ressourcerne i virksomhederne. Nøglen til dette viste sig at være en målrettet, todelt rekruttering. Indledningsvist deltog alle medarbejdere på en virksomhed i en screeningssamtale i form af et kort sundhedstjek på 15 minutter, som indebærer vægtmåling og en kort snak, for at afdække, hvorvidt der var behov for en efterfølgende fuld sundhedssamtale.

*"I det korte sundhedstjek lokaliserer vi først, om der er behov for en fuld sundhedssamtale og dernæst, hvis der var, hvad for nogle problematikker der så skulle tales om. (...) Fordelen ved det korte sundhedstjek er, at man får skabt relationen, får talt om det vigtigste, får forklaret, at det er frivilligt at komme til sundhedssamtalen, og at det er os, de kommer til at tale med. Med det korte sundhedstjek får vi afmystificeret, hvad det går ud på og det har givet positive resultater."* (Projektleder, Sønderborg kommune)

En positiv sidegevinst i den sammenhæng er, at det bliver mere interessant for arbejdspladserne at afholde sundhedssamtaler, fordi det korte sundhedstjek er mindre ressourcetrævendende. Projektet i Sønderborg Kommune har desuden vist, at de fleste ikke har brug for en sundhedssamtale.

*"Virksomhederne vil gerne kunne tilbyde alle deres medarbejdere de samme fordele, men gerne på en måde, der ikke griber for meget ind i arbejdspladsens daglige drift. Det kommer vi udover ved at tilbyde alle det korte sundhedstjek. Med et kort tjek, så går vi ikke så meget i dybden, og derfor bliver det mindre farligt og det gør, at flere gerne vil deltage."* (Projektleder, Sønderborg kommune)

Mariagerfjord Kommune har erfaret, at det er vigtigt at vide, hvad det er for en type virksomhed de ønsker at etablere kontakt til forud for første kontakt og besøg, det gælder både i forhold hvad de beskæftiger sig med og hvilken type medarbejdere de har ansat. Derudover er det vigtigt at have en dialog med ledelsen om, hvad det kræver at være med i projektet for virksomheden. Bl.a. var det et krav, at virksomhederne i Mariagerfjord Kommune lavede en plan for, hvordan de ville implementere strukturelle sundhedstiltag på virksomheden evt. med hjælp fra kommunen, som følge af projektet. Selvom det er et

omfattende forarbejde og kan betyde afvisning fra nogle virksomheder, så er erfaringen, at dette forarbejde, har været en eminent måde for projektet at sikre et tæt samarbejde med virksomhed, som har sikret et højt antal rekrutterede borgere og fastholdelse i strukturelle sundhedstiltag på kort og lang sigt på virksomhederne.

*"Det er vigtigt, at virksomhederne forstår, hvad kernen i det kommunale projekt er. Det handler derfor om at få præciseret, hvad forløbet indebærer, og hvad der forventes af virksomhederne og hvad det kan give virksomheden at deltage. [...] Vi oplever, at det kræver en vis form for parathed fra virksomhedernes side at deltage. Der er nogle virksomheder, der har meldt fra når de finder ud af, at det kræver noget af dem at være med i projektet."* (Projektmedarbejder, Mariagerfjord Kommune)

Der kan være en forskel på private og offentlige virksomheder. Det giver i højere grad mening at appellere til økonomien i private virksomheder ved at fokusere på de økonomiske gevinster, der kan være ved fokusere på medarbejdernes sundhed. På offentlige virksomheder giver det derimod mere mening at fokusere på gevinster som bedre arbejdsmiljø, fastholdelse og sunde medarbejdere.

### **Kommunale aktører som rekrutteringsarena**

At samarbejde med øvrige kommunale aktører om at rekruttere borgere til en sundhedssamtale kan være en fordel, hvis der er gensidig interesse og prioritering af projektet. Det ses tværgående, at rekruttering gennem f.eks. virksomhedsservice, fastholdelses- eller virksomhedskonsulenter virker godt, fordi de i forvejen har et godt kendskab til virksomheder og evt. borgere i kommunen. Et eksisterende kendskab eller samarbejde betyder, at det kommunale projekt får legitimitet, idet virksomhederne i forvejen kender til kommunens medarbejdere, f.eks. fastholdelseskonsulenter eller medarbejdere fra virksomhedsservice.

Mariagerfjord Kommune har gode erfaringer med at rekruttere virksomheder til projektet gennem kommunens virksomhedsservice. Det er lykket godt fordi, de gensidigt har prioriteret at opbygge samarbejdet ved at holde fortløbende møder om deres samarbejde. Virksomhedsservice har kendskab til virksomhederne og et godt overblik over hvilke virksomheder, der f.eks. har et højt sygefravær og dermed kunne have en interesse i at forebygge og forbedre dette. Projektet i Mariagerfjord har kunnet læne sig op ad det kendskab, og fælles har de haft interesser i at arbejde med virksomhedernes sygefravær, hvor sundhedssamtalen har været et vigtigt bidrag.

*"I virksomhedsservice er kerneopgaven at servicere virksomhederne. Det har været helt fantastisk at samarbejde med dem [virksomhedsservice]. Projektet knytter sig direkte op på bundlinjen, fordi projektet arbejder med sygefravær, og det er noget virksomhedsledere kan forstå."* (Projektleder, Mariagerfjord Kommune)

I Mariagerfjord Kommune er projektet også et eksempel på, at en kommunal samarbejdspartner, som virksomhedsservice, kan legitimere et projekts indsats.



*"Vi har ingen legitimitet ude hos virksomhederne, hvis vi bare kommer som os selv, fordi vi ikke taler samme sprog. Derfor har samarbejdet med virksomhedsservice været meget værdifuldt"* (Projektleder, Mariagerfjord Kommune).

I Jammerbugt Kommune har man samme erfaring som i Mariagerfjord. Her har de brugt fastholdelses- eller virksomhedskonsulenter til rekruttering af virksomheder. Her særligt, hvis de kunne pege på virksomheder, som havde udfordringer med for eksempel meget sygefravær. Derudover har man også i projektet erfaret, at man efter sundhedssamtalen har kunnet samarbejde med fastholdelses- eller virksomhedskonsulenten i de tilfælde, hvor de til sundhedssamtalen har mødt borgere, der er tæt på at blive sygemeldt og dermed potentielt forebygge en sygemelding.

I Sønderborg Kommune fik de etableret samarbejde med det eksisterende projekt 'Virksomhed med overskud', som har kontakt med en lang række virksomheder i kommunen. 'Virksomhed med overskud' informerede projektgruppen om mulige samarbejdspartnere samt formidlede information om projektet til virksomheder. Gevinsten ved samarbejdet var også her, at projektgruppen kunne få adgang til virksomheder, som allerede kendte kommunen gennem 'Virksomhed med overskud', og derfor var det lettere at få etableret kontakt.

*"Igennem 'Virksomhed med overskud' kunne vi kontakte de virksomheder, hvor døren allerede stod på klem, ligesom vi kunne drage nytte af projektets etablerede netværk."* (Projektleder, Sønderborg kommune)

### Fagforeninger som rekrutteringsarena

Der er blandede erfaringer med rekruttering gennem fagforeninger blandt de kommuner, der har benyttet denne rekrutteringsarena. Forudsætningen for et godt samarbejde med fagforeninger er, at det er tæt og gensidigt prioriteret. Derudover at den fagforeningsrepræsentant, som indgår i samarbejdet, tager ejerskab til opgaven, har beslutningskompetencer i forhold til projektet og kan motivere medlemmerne til at deltage i en sundhedssamtale. Der er stor forskel på, hvor meget indflydelse den lokale fagforening og/eller tillidsrepræsentant har. En udfordring ved at bruge fagforeninger til rekruttering af borgere kan være, at budskabet om sundhedssamtale går igennem en samarbejdspartner. Omvendt kan det være en fordel at samarbejde med fagforeninger, der har godt kendskab til deres egen målgruppe.

Særligt Roskilde og Syddjurs Kommune har gode erfaringer med at samarbejde med en fagforening om rekruttering. Oplevelsen i Roskilde Kommune er, at samarbejdet med FOA **har været afgørende for rekrutteringen**. Fordelen ved at samarbejde med FOA har bl.a. været, at FOA kender målgruppen og har skabt legitimitet for projektet over for tillidsrepræsentanter på virksomhederne.

I projektet i Roskilde har FOA haft succes med at uddanne sundhedsambassadører på virksomhederne, ud fra rationale om, at "**kollegaer kunne gå foran**". Oplevelsen er, at



de fik motiveret en del til at deltage i sundhedssamtalen. Ligeledes har der været den logistiske fordel, at en administrativ medarbejder i FOA har sendt materiale om sundhedssamtalen til medlemmerne. FOA har markedsført projektet og tilbuddet om en sundhedssamtale via sms, e-mail, hjemmeside, Facebook og på en generalforsamling for FOA-medlemmer, hvilket har været en stor fordel.

Andre kommuner har i modsætning til Roskilde og Syddjurs Kommune blandede erfaringer med at bruge fagforeninger som rekrutteringsarena. Bl.a. Vesthimmerlands Kommune har erfaret, at det er nemmere at rekruttere borgere gennem deres arbejdspladser uden at gøre brug af fagforeningerne.

Projektlederen i Sønderborg og Aalborg Kommune understreger vigtigheden af forventningsafstemning med fagforeningen, fordi der kan være forskel på, hvad centrale og lokale afdelinger af fagforeningen vil og har ressourcer til. I nogle tilfælde havde kontaktpersonen i den lokale fagforening f.eks. ikke tilstrækkelige beslutningskompetencer til at kunne videregive oplysninger om deres medlemmer.

I tre af de nordjyske kommuner (Mariagerfjord, Vesthimmerlands og Jammerbugt Kommune) har de forsøgt at rekruttere landmænd til projektet. For at kunne lykkes med det etablerede de i fællesskab et samarbejde med Agri Nord, der er en landboforening og rådgivningsvirksomhed. Samarbejdet mellem Agri Nord og projekterne har generelt været meget positivt, men som rekrutteringskanal har samarbejdet været mindre positivt. På tværs af de tre projekter og landboforeningen er erfaringen, at det sandsynligvis skyldes, at foreningens målgruppe, landmænd, kan være svære at rekruttere til sundhedssamtalen fordi de er enkeltmandsvirksomheder eller mindre virksomheder, som kan have svært ved at prioritere at møde op til en sundhedssamtale i løbet af deres arbejdsdag. Jammerbugt Kommune har f.eks. erfaret, at det kan være en udfordring at henvise til kommunens tilbud om en sundhedssamtale, fordi mange af medlemmerne har sæsonarbejde. Det giver lange arbejdsdage, hvor det er svært at prioritere tid til andet. Kommunerne mener dog, at de med projektet har fået større viden og forståelse for landmænd og kan se et fremtidigt potentiale, idet flere af dem har store sundhedsmæssige udfordringer.

### Gode råd til praksis på baggrund af evalueringens resultater:

- Virksomheder er den bedste arena til at rekruttere målgruppen. Det anbefales, at kommunale aktører rekrutterer borgere mellem 40-60 år med risiko for livsstilsrelaterede sygdomme på deres arbejdspladser. Størst succes med tilslutning til at deltage i en sundhedssamtale opnås ved opbakning på målgruppens arbejdsplads gennem medarbejderrepræsentanter og ledelse.
- Man opnår tilslutning fra virksomheder ved at tale til deres bundlinje. Virksomheder overbevises om fordelene ved at deltage i projektet og tilbyde deres medarbejdere en sundhedssamtale med udgangspunkt i argumentet om de økonomiske fordele, de kan opnå ved reduceret sygefravær, mere effektive medarbejdere og større fastholdelse af medarbejdere. Her kan det evt. være relevant at tilbyde kortere sundhedstjek, for at imødekomme virksomhedernes og borgernes ønsker og behov.
- Det anbefales, at projektgruppen samarbejder med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunen, som i forvejen har samarbejde med og kendskab til virksomhederne, for at opnå den ønskede rekruttering. Særligt fastholdelseskonsulenter og virksomhedsservice har været nyttige kanaler til rekruttering af virksomheder og borgere.
- Afhængig af branchen og arbejdspladserne kan det være relevant at indgå et partnerskab eller samarbejde med relevante fagforeninger. Et godt samarbejde kræver, at de rette personer involveres, og at de har nødvendige beslutningskompetence til at indgå i projektet. Hvis dette er tilfældet, kan de tillidsvalgte eller fagforeningsrepræsentanter motivere henholdsvis ledelsen og medarbejderne til at deltage i projektet på en hensigtsmæssig måde. Derudover er det vigtigt, at timingen er den rette, da det kræver en målrettet indsats fra fagforeningen og de tillidsvalgte, for at opnå den ønskede rekruttering. Forventningsafstemning med fagforeningen er derfor vigtig. Fagforeningen kan med fordel hjælpe med at rekruttere deres medlemmer gennem de sociale medier, f.eks. Facebook.

Kort sundhedstjek

Tilbud om sundhedssamtale

Takker NEJ

### 4.3. Rekruttering til sundhedssamtale

Når projekterne har fundet de rette arenaer, hvor de kan rekruttere borgere i målgruppen til en sundhedssamtale, er det meget forskelligt, hvordan borgerne tager imod tilbuddet om en sundhedssamtale. Af forskellige årsager er der borgere, som ikke vil deltage, f.eks. fordi de ikke mener det er nødvendigt eller fordi de ved, at de har sundhedsproblemer og i den forbindelse ikke ønsker det undersøgt. Andre deltager, fordi de gerne vil have mere viden om egen sundhed og eventuelle sundhedsproblemer.

I det følgende præsenteres de overordnede resultater for evalueringsspørgsmål 2, 3 og 4. Det handler om hvordan sundhedssamtalen som metode kan anvendes til at opspore risikofaktorer og sygdom hos borgerne, og til at rekruttere borgere videre ind i kommunen til kommunale sundhedstilbud, herunder hvad der kendetegner dem, som rekrutteres til

en sundhedssamtale og hvor stor en andel, som er indenfor projektets definerede målgruppe.

### Overordnet resultater

Sundhedssamtalen som metode har på tværs af de 11 kommunale projekter været et effektivt redskab til at opspore risikofaktorer og sygdom og vidererekruttere til kommunale sundhedstilbud. Selvom metoden kræver en del ressourcer, idet hver borger tilbydes en individuel samtale på mellem 15-60 minutter med en sundhedskonsulent, så er sundhedssamtalen et godt redskab til at få kontakt med en gruppe borgere, som ikke normalt er i kontakt med kommunen.

Omdrejningspunktet i sundhedssamtalerne for alle 11 projekter har været sundhedshjulet. Alle har fået god erfaring med at bruge det, fordi det hjælper med at fokusere på den enkelte borgers behov og udfordringer. Når sundhedssamtalen kombineres med målinger om vægt, højde, BMI, lungefunktion og fedtprocent kan problemstillinger relateret til borgers sundhed yderligere adresseres. Erfaringen er, at kombinationen af brugen af sundhedshjulet og tal fra målingerne er god fordi de kan bidrage til at belyse en problemstilling på forskellige måder. For nogle borgere fungerer det bedst at tale om data fra målingerne, hvor det for andre fungerer bedst med den visuelle fremstilling af de forskellige sundhedstemaer fra sundhedshjulet.

Det er også afgørende at sundhedskonsulenten, som gennemfører sundhedssamtalen, har den nødvendige sundhedsfaglige baggrund, kender til forskellige sundhedspædagogiske tilgange og har erfaring med den motiverende samtale som metode. Derudover er det en fordel, hvis sundhedskonsulenten er ansat i kommunens sundhedscenter, idet vedkommende har et bredt kendskab til kommunens tilbud.

Nogle projekter har kun tilbudt sundhedssamtaler til borgere i målgruppen, andre har haft mulighed for at tilbyde sundhedssamtaler til borgere uden for målgruppen. Flere projekter har erfaret, at det kan komplicere adgangen til rekrutteringsarenaerne, hvis der er begrænsninger på hvilke borgere, der kan få tilbudt en sundhedssamtale. Ofte har det været et krav fra ledelsen på en virksomhed eller fra en fagforening, at alle ansatte på arbejdspladsen skulle tilbydes en sundhedssamtale.

Gennemsnitsalderen for målgruppen er 51 år. Den største andel (57%) af de deltagende borgere har en erhvervsfaglig uddannelse, hvilket viser at kommunerne får rekrutteret borgere fra målgruppen. Resultaterne indikerer, at der er et forebyggelsespotentiale blandt borgerne i den rekrutterede målgruppe, idet mange af dem rapporterer, at de har eller har haft en eller flere kroniske sygdomme. Også selvom, at en sammenligning af den rekrutterede målgruppes generelle sundhedsprofil med befolkningen viser, at målgruppen har en sundere sundhedsprofil end den generelle befolkning. Forskellen skyldes øjensynligt, at målgruppens resultater er baseret på selvrapporterede data, og fundene derfor kan være udsat for bias.

Rekrutteringsarenaerne er med til at afgøre, hvad der kendetegner de borgere, der bliver rekrutteret, og de der ikke bliver rekrutteret. I de projekter, hvor rekruttering hovedsageligt er foregået i f.eks. plejesektoren, har der været en overvægt af kvinder, der ønsker hjælp og støtte til vægttab og rygestop. Her har der også været flere, som har haft store psykosociale problemstillinger, som ofte har været nødvendige at tale om, før det var muligt at tale om de øvrige sundhedstemaer og sundhedstilbud. På produktionsvirksomheder har der været en overvægt af mænd, og problemstillingerne har ofte handlet om nedslidning, stress, overvægt, dårlig søvn og rygning.

#### **4.3.1. Sundhedssamtalen som metode til opsporing og rekruttering til sundhedstilbud**

I det følgende afsnit vil evalueringsspørgsmål 2 blive besvaret. Spørgsmålet handler om, hvordan sundhedssamtalen virker som metode til at opspore risikofaktorer og sygdom og rekruttere borgere videre i det kommunale system til kommunale sundheds- og forebyggelsestilbud eller andre tilbud i kommunen eller i foreninger.

Fælles for projekterne er, at det er forskelligt, hvad virkningen af sundhedssamtalen er. For nogle borgere bliver sundhedssamtalen en katalysator for en erkendelse (som senere kan føre til en adfædsændring), for andre medvirker samtalen til, at personen genoptager eller umiddelbart ændrer adfærd. Der er også borgere, hvor sundhedssamtalen ikke er nok og hvor der skal andre metoder til, herunder opfølgning, før de erkender deres sundhedsproblemer.

#### **Faktorer, der påvirker borgernes motivation til at deltage i sundhedssamtalen**

Flere faktorer påvirker borgernes motivation for at deltage i sundhedssamtalen. Det er blandt andet vigtigt, at sundhedssamtalen bliver afmystificeret, så borgerne bl.a. forstår, at samtalen primært har til formål at sætte fokus på borgerens egen sundhed. Hvis den tilbydes i regi af arbejdspladsen, er det primære formål at værne om medarbejdernes sundhed, og ikke er at reducere virksomhedernes sygefravær. Erfaringen fra projektet er at motivationen for at deltage i sundhedssamtale kommer, hvis det lykkedes at tale ind til et af borgerens problemer eller udfordringer, som de gerne vil have hjælp til at håndtere. Humor og fokus på, at det er borgerne selv, der bestemmer, hvad sundhedssamtalen skal handle om, vurderes at have indflydelse på borgernes motivation for at deltage i sundhedssamtale og evt. i et sundhedstilbud.

På tværs af projekterne ses det, at det for borgerne er mere attraktivt og overskueligt at deltage i sundhedssamtalen, når det foregår på arbejdspladsen og i arbejdstiden. Det eneste man skal tage højde for i den forbindelse for at sikre motivation for deltagelse er, at borgerne er orienteret om, at sundhedssamtalen er et tilbud der kan betragtes som et medarbejders gode. Hvis man får italesat de muligheder en sundhedssamtale kan give den enkelte borger, så kan det forebygge skepsis overfor samtalen og dermed påvirke motivationen for at deltage i positiv retning.

*"Det er en udfordring, når vi ikke får mulighed for at orientere medarbejderne på en virksomhed om sundhedssamtalen. Det bevirker, at færre møder op til en sundhedssamtale"*

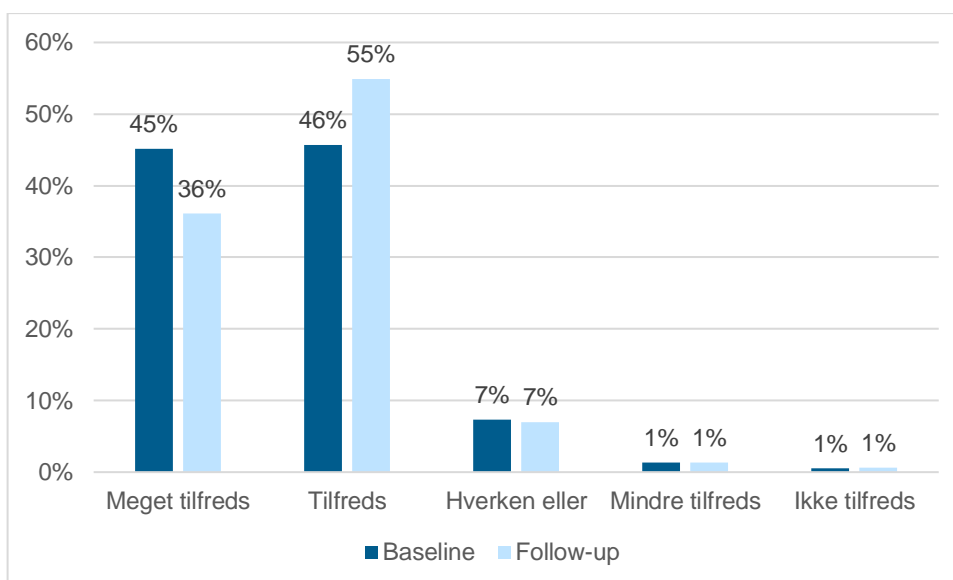
*og at medarbejderne møder op til sundhedstjekket med en vis skepsis." (projektleder, Næstved Kommune)*

Omvendt kan en række faktorer også være barrierer for medarbejdernes lyst til at deltage i sundhedssamtalen. I bl.a. Næstved Kommune har man erfaret, at nogle medarbejdere ikke ønskede at deltage i sundhedssamtalen, når det foregik på deres arbejdsplads.

### **Virkning af sundhedssamtalen som metode til at motivere til livsstilsændring**

Erfaringen fra projekterne er at Sundhedssamtalen som metode kan bruges til at opspore sundhedsproblemstillinger og evt. vidererekruttere borgere til relevante sundhedstilbud. I sundhedssamtalen får medarbejderne motiveret borgerne til livsstilsændringer ved at få problematiseret og konkretiseret deres udfordring og hvordan de kan håndtere den.

Vurderingen af virkning af sundhedssamtalen kan illustreres ved at se på resultaterne fra de selvrapporterede spørgeskemaundersøgelser blandt de borgere der har deltaget i en sundhedssamtale. Størstedelen (91%) af respondenterne lige efter deltagelse i sundhedssamtalen er meget tilfredse eller tilfredse med sundhedssamtalen, jf. Figur 7. Sammenligner man tilfredsheden med samtalen efter 6 måneder er der fortsat 91% af respondenterne, der er meget tilfredse eller tilfredse med sundhedssamtalen, dog med en større andel, der angiver at være tilfredse end meget tilfredse. Resultat her indikerer, at man med sundhedssamtalen får vækket en lyst til at ændre på sin nuværende sundhedstilstand.

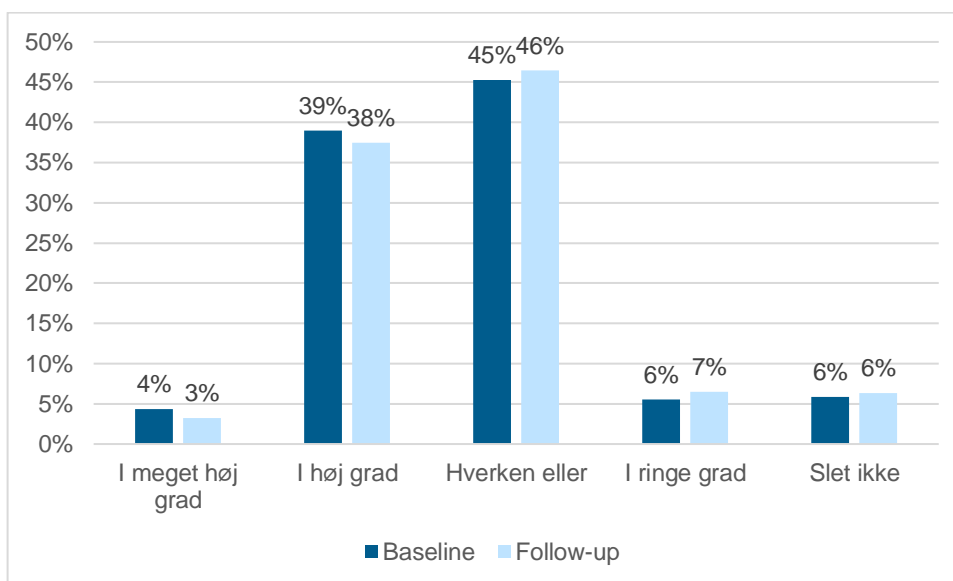


Figur 7: Tilfredshed med sundhedssamtalen.

Note: Baseline N=4.225 og follow-up N=1.456.

Kilde: Baseline- og follow-up spørgeskema. "Hvor tilfreds var du med sundhedssamtalen?".

Respondenterne er desuden blevet spurgt, hvorvidt sundhedssamtalen har motiveret dem til at ændre deres livsstil. Her er der ingen signifikant forskel på besvarelserne umiddelbart efter samtalen og ved follow-up 6 måneder efter. Ved baseline var 43% i meget høj grad eller i høj grad motiveret af sundhedssamtalen jf. Figur 8, mens det var 41% ved follow-up. Det tyder på, at selvom respondenterne var tilfredse med sundhedssamtalen, så har deres grad af motivation for livsstilændring ikke ændret sig fra baseline til follow-up. Dvs. den motivation som blev igangsat umiddelbart efter samtalen, er længerevarende.



Figur 8: I hvilken grad motiverede sundhedssamtalen til livsændring.

Note: Baseline N=4.225 og follow-up N=1.456.

Kilde: Baseline- og follow-up spørgeskema. "Motiverede sundhedssamtalen dig til at ændre livsstil?".

Alle respondenter blev efter 6 måneder spurgt, hvorvidt de har fastholdt deres livsstilsændring. Dertil svarer godt tre ud af fem (61%), at de har fastholdt deres livsstilsændring, mens 19% ikke har fastholdt den. Dette indikerer, at sundhedssamtalen kan have motiveret til en positiv livsstilsændring for cirka tre ud af fem af de adspurgte. For de som ikke har fastholdt den skyldes det primært mangel på tid og ressourcer.



### Indholdet i sundhedssamtalen

Evalueringen viser, at sundhedssamtalen med udgangspunkt i sundhedshjulet er en god måde at opspore flere forskellige sundhedsrelaterede problematikker, da konsulenten hurtigt kan spore sig ind på, hvad der fylder for den enkelte borger. Selvom sundhedshjulet er udgangspunktet for sundhedssamtalen, så er der fokus på de individuelle behov og udfordringer. Det handler om at få borgerne til at reflektere over egen sundhedstilstand og opnå en tilstand af tillid, hvor borgeren åbner op og fortæller om de problematikker, der fylder i hverdagen. Flere kommuner har erfaret, at det virker at få borgeren til at iden-

tificere den ændring, de ønsker som det første, også selvom den er lille og ikke umiddelbart den vigtigste. Ofte kan et problem som f.eks. søvn være afgørende for, at borgeren kan handle på og selv løse andre livstilsrelaterede problemer senere hen.

*"Vi tager udgangspunkt i sundhedshjulet, og så er der meget med fokus på, hvad borgeren har lyst til at tale om. Det er en motiverende samtale med åbne spørgsmål, som f.eks.: "Er der noget her, du har lyst til at tale om?". På den måde, er det ikke os, som dikterer, hvad vi skal tale om." (Projektmedarbejder, Roskilde Kommune)*

Syddjurs Kommune har erfaret, at der kan være forskel på, hvad sundhedssamtalen skal indeholde og hvad der skal være det springende punkt for motivationen, afhængigt af deltagerens køn.

*"Vi kan se, at når vi skal sælge sundhedssamtalen til mænd, har vi skulle have fokus på test, tjek og målinger, og når vi skal sælge det til kvinder, skal vi lægge mere fokus på, hvordan vi kan hjælpe i forhold til det mentale, stress og velvære." (Projektgruppe, Syddjurs Kommune)*

I Aalborg Kommune har de i et lignende projekt tidligere primært haft fokus på de målinger. De troede ikke, mændene ville være interesserede i sundhedssamtalen uden dem, men blev dog positivt overraskede over, hvad det bidrog til samtalen at anvende sundhedshjulet.

*"Vi skulle lige købe formatet, men når fokus kommer væk fra alle de her målinger, og fokus er på samtale, så bliver det jo også et sundhedstjek og ikke "bare" et helbredstjek." (Projektgruppe, Aalborg Kommune)*

Aalborg Kommune har netop i det tidligere projekt erfaret, at for mange test fjerner fokus fra alt det andet, som også kan komme ud af samtalen ved brug af sundhedshjulet og som måske skal "behandles" før man kan gøre noget ved tallene. Projektet i Thisted Kommune er dog ikke enige i den betragtning og mener, at sundhedssamtalen ikke er effektiv nok, når samtalen står alene, og at det derfor ville have været en fordel at kunne lave fysiologiske målinger, som f.eks. blodsukker og blodtryk. Det er dog ikke muligt at genkende denne betragtning på tværs af projekterne. Her ses det tværtimod, at første kontakt med en borger om en sundhedsproblemstilling i langt højere grad skal have fokus på det hele menneske – både fysisk og psykisk.

### **Kompetencer hos sundhedskonsulent, der afholder sundhedssamtalen**

På tværs af projekterne fremhæves det, at sundhedssamtalen bør gennemføres af en medarbejder med solide sundhedspædagogiske kompetencer og erfaring med forskellige målgrupper, for at få det optimale udbytte af samtalen. Udover brede sundhedsfaglige kompetencer stiller sundhedssamtalen også krav til medarbejderens menneskelige kompetencer som fx empati, lydhørhed, åbenhed og rummelighed. Erfaringen er, at det er en

vigtig forudsætning for en god sundhedssamtale, at medarbejderen besidder en medmenneskelighed, lydhørhed og åbenhed for derved at kunne møde borgerne i øjenhøjde og skabe en tillidsfuld relation.

*"En sundhedssamtale handler først og fremmest om at skabe tillid. Når de så har tillid til os, så har de lettere ved at åbne op – om næsten alt der rører dem og påvirker deres liv."* (Projektgruppe, Næstved Kommune)

Et resultat af den tillid, der bliver skabt til sundhedssamtalen, kan være, at borgere, der først var skeptiske, bliver mere åbne over for sundhedssamtalens indhold og efterfølgende muligheder.

*"De kan godt være ret skeptiske i starten og sidde med korslagte arme, men i takt med at vi får en snak, så løsner de op og vi viser dem, at vi gerne vil hjælpe dem igennem. (...) Vi oplever, at der er mange som måske aldrig eller i hvert fald sjældent har oplevet, at der er nogle, som har spurgt ind til, hvordan de har det."* (Projektgruppe, Jammerbugt Kommune)

Det er desuden vigtigt, at medarbejderen har blik for mennesket til samtalen, herunder om deltageren har motivation for at deltage.

*"Det er vigtigt at overveje, hvad man skal fokusere på. Motivationen skal være der. Vi menneskescanner så snart de åbner døren, og så navigerer vi i det (...) Jeg har en samtaleguide kørende i hovedet, som er et sammensurium af erfaring fra mange år."* (Projektgruppe, Esbjerg Kommune)

Derudover er det en erfaring på tværs af projekterne, at en sundhedsfaglig baggrund hos den person der gennemfører sundhedssamtalen, kan være med til at legitimere budskaberne til sundhedssamtalen.

*"Det er bedst, hvis medarbejderne har en sundhedsprofessionel baggrund, da det giver en sikkerhed overfor borgeren om, at man ved, hvad man snakker om."* (Projektmedarbejder, Syddjurs Kommune)



### Gode råd til praksis på baggrund af evalueringens resultater:

- Det anbefales at bruge sundhedssamtale som metoden til at motivere til livsændring eller videre til kommunale tilbud, idet den sætter den enkeltes behov i fokus. Sundhedssamtalerne er en rigtig god måde at opspore udfordringer og barrierer for at fremme en sund og bedre trivsel for borgerne. Derudover er det en effektiv metode til at opspore symptomer på en række forskellige sygdomme og få bygget bro til yderligere undersøgelser eller behandlingstilbud.
- Det anbefales at bruge sundhedshjulet i sundhedssamtalen, da det er et godt redskab til at opspore de udfordringer, som ligger først for hos den enkelte borger, og som næsten altid viser sig at være barrierer for borgerne til at forbedre andre forhold vedrørende deres sundhed.
- For at sikre sammenhæng med resten af kommunens indsatser og tilbud er det vigtigt, at de medarbejdere, som varetager sundhedssamtalerne, har stor erfaring og viden om kommunens forvaltninger og tilbud til borgerne både indenfor sundhedsområdet, men også på social- og beskæftigelsesområdet. Derudover er det vigtigt, at medarbejderne har solide sundhedspædagogiske kompetencer og erfaring med forskellige målgrupper, så borgeren kan få så godt et udbytte som muligt af samtalen.

#### 4.3.2. Karakteristika for projektets målgruppe

I det følgende afsnit vil evalueringsspørgsmål 3 og 4 blive besvaret. Her besvares hvem projektets målgruppe<sup>18</sup> er, og hvad der kendetegner dem, som deltager i en sundhedssamtale og dem, der ikke deltager i en sundhedssamtale. Samtidig angives det, hvor stor en andel der er inden for projektets målgruppe, som deltager i en sundhedssamtale, og hvorvidt der er geografiske forskelle.

Som nævnt i afsnit 2.5.1 omfatter analysen i alt 6.494 borgere, der er indrapporteret af de 11 kommuner med en datakvalitet, så de kunne indgå i den videre analyse.<sup>19</sup> En del borgere lå dog uden for projektets målgruppe, og derfor endte den samlede evalueringen med at basere sig på 2.948 borgere fordelt på de 11 kommuner. Tabel 2 viser fordeling af rekrutterede borgere inden- og udenfor målgruppen i hver kommune.

Tabel 2: Måltal og rekrutterede antal borgere til projektet

Kommune	Måltal	Antal rekrutterede borgere	Antal rekrutterede indenfor
---------	--------	----------------------------	-----------------------------

<sup>18</sup> Her menes projektets målgruppe jf. afsnit 3.1.

<sup>19</sup> For hver af de 11 kommuner blev det totale antal indrapporterede rekrutterede borgere korrigeret i forhold til dubletter, hvis der var fejl i CPR-numre eller de manglede. Det er på den baggrund at det samlede antal på 6494 borgere er fremkommet.

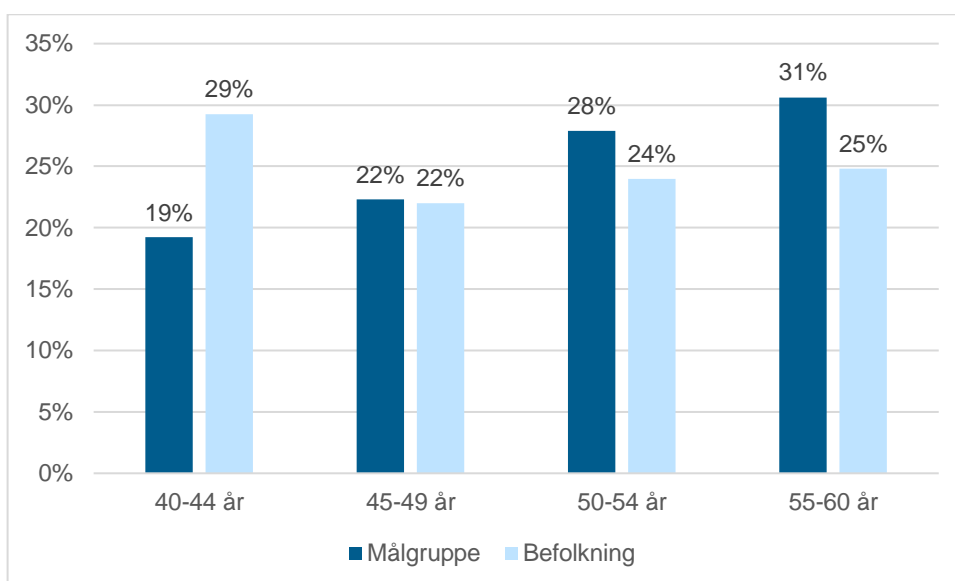
		med korrekt oplyst CPR- nummer	projektets målgruppe (40-60 år)
<b>Esbjerg</b>	500	412	232
<b>Greve</b>	350	401	81
<b>Jammerbugt</b>	600	734	419
<b>Mariagerfjord</b>	1.575	1.179	419
<b>Næstved</b>	1.200	192	100
<b>Roskilde</b>	472	583	240
<b>Syddjurs</b>	400	455	367
<b>Sønderborg</b>	200	215	142
<b>Thisted</b>	550	746	361
<b>Vesthimmer- land</b>	270	268	135
<b>Aalborg</b>	4.500	1.309	452
<b>Total</b>	-	6.494	2.948

En sammenligning af projektkommunernes måltal og det faktiske antal rekrutterede borgere til projektet indenfor målgruppen efter frafaldsanalysen indikerer, at det for de fleste kommuner har været svært at nå deres måltal, når der både skulle tages hensyn til en alderskategori, bosætning i den pågældende kommune og et krav til kvaliteten af data. De fleste kommuner har rekrutteret en del borgere til projektet, som ligger uden for målgruppen, hvilket hænger sammen med, at kommunerne har arbejdet med en bredere målgruppe end den der er beskrevet i projektet.

Selvom alle projekterne har haft den samme overordnede målgruppe, så har der været lokale forskelle i de kommunale målgrupper. Nogle af de projekter, som har rekrutteret borgere gennem arbejdspladser, har kun tilbudt sundhedssamtaler til medarbejdere i målgruppen 40-60 år. Andre har enten tilbudt sundhedssamtaler til alle eller i en modificeret form til borgere udenfor målgruppen af 40-60-årige. Det målgruppekrav, projekterne har afvejet mest fra, er det aldersmæssige krav om, at målgruppen skal være 40-60 år, som det også ses i Tabel 2.

Flere projekter valgte at undlade at opstille begrænsninger på hvilke medarbejdere, der kunne få tilbudt en sundhedssamtale, herunder særligt i forhold til alder og bopælskommune. Det gjorde de, for at sikre adgangen til virksomheder som rekrutteringsarena.

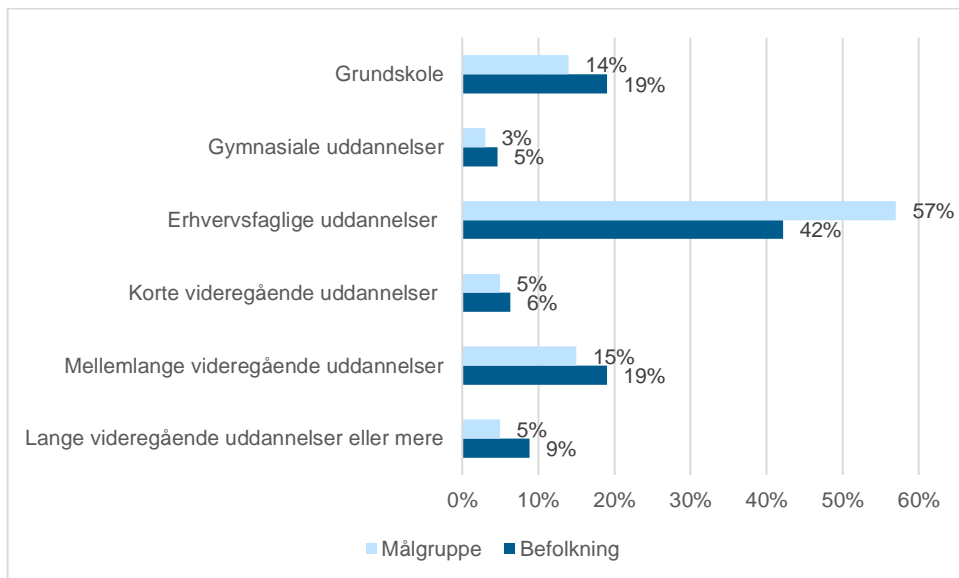
Blandt den rekrutterede målgruppe er der flere kvinder (66%) end mænd (34%). I befolkningen er kønsfordelingen af borgere på 40-60 år ligelig fordelt. I Figur 9 ses aldersfordelingen blandt målgruppen og befolkningen. Her fremgår det, at der er flere borgere i den ældste aldersgruppe i den rekrutterede målgruppe sammenholdt med den generelle befolkning. Desuden ses, at der er markant færre i den yngste aldersgruppe (40-44-årige) blandt den rekrutterede målgruppe sammenholdt med befolkningen. På tværs af hele den rekrutterede målgruppe er gennemsnitsalderen 51 år, mens gennemsnitsalderen for befolkningen er 49 år. Overordnet er konklusionen, at projekternes målgruppe er procentvis sammenlignelige for de 45-54-årige i befolkningen.



Figur 9: Aldersfordeling

Note: N blandt rekrutterede = 2.946, og N blandt befolkningen = 272.575.

I Figur 10 ses uddannelsesfordelingen i målgruppen sammenholdt med befolkningen. For borgere med erhvervsfaglige uddannelser ses en markant større signifikant andel i den rekrutterede målgruppe (57%) sammenlignet med befolkningen (42%). Derudover ses der flere i befolkningen med en mellemlang eller lang videregående uddannelse sammenholdt med målgruppen. Projekterne er dermed lykkedes med at rekruttere borgere med den rigtige uddannelsesbaggrund, idet undersøgelser viser, at borgere som rammes af livsstilsrelaterede sygdomme oftest er borgere med kort eller ingen uddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2015).

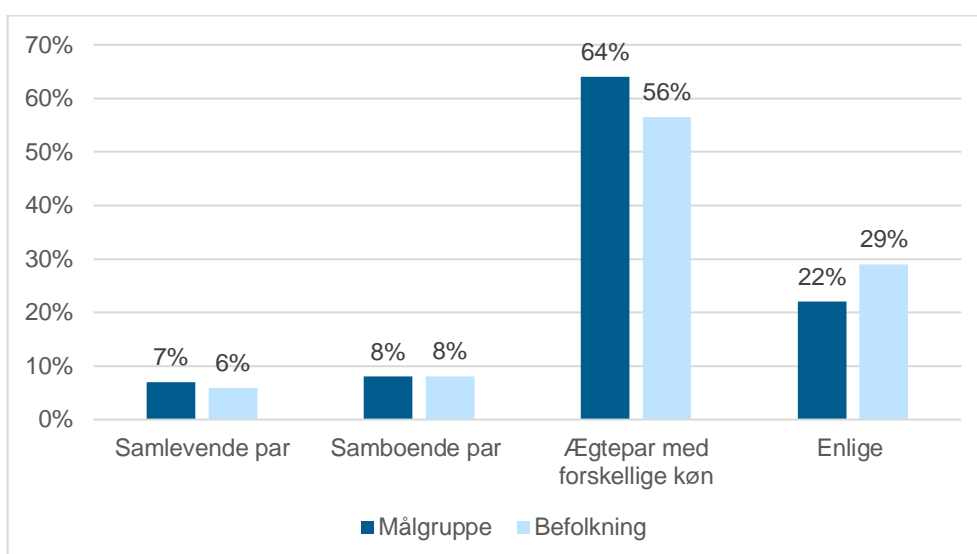


Figur 10: Uddannelsesniveau

Note: For at have de samme uddannelseskategorier i målgruppen og befolkningen er nogle grupper i befolkningsdatene slået sammen. Det gælder at "Erhvervsfaglige uddannelser" og "Adgangsgivende uddannelsesforløb" er slået sammen til "Erhvervsfaglige uddannelser". Derudover er grupperne "Mellemlange videregående uddannelser" og "Bacheloruddannelser" slået sammen til "Mellemlange videregående uddannelser", og grupperne "Lange videregående uddannelser" og "Ph.d. og forskeruddannelser" slået sammen til "Lange videregående uddannelser eller mere". N blandt rekrutterede = 2946, og N blandt målgruppen = 272.575.

I målgruppen modtager 12% ydelser fra staten, og 88% modtager ingen ydelser. Dette er en signifikant forskel fra befolkningen, hvor det er 25%, der modtager ydelser og 75%, der ikke modtager nogen ydelser. Dette viser, at den rekrutterede målgruppe i langt højere grad er på arbejdsmarked, sammenholdt med befolkningen. Det hænger sandsynligvis sammen med, at de fleste borgere i målgruppen er rekrutteret via deres arbejdsplads.

Kiggers der nærmere på familietype hos den rekrutterede målgruppe og befolkningen ses ingen væsentlige forskelle. I begge grupper lever størstedelen i ægtepar med forskellige køn, og dernæst er der flest, der er enlige.



Figur 11: Familietype i målgruppen og blandt de rekrutterede borgere.

Note: Kategorierne "Registreret partnerskab" og "Ægtepar af samme køn" er desuden ikke vist, da der lå 0% i disse grupper i både målgruppen og blandt de rekrutterede borgere. N blandt rekrutterede = 2946, og N blandt målgruppen = 272.575.

### Den rekrutterede målgruppes sundhedsprofil

Selvom målgruppen var 40-60-årige med kort uddannelse, er der stadig forskel på, hvad der kendetegner de borgere, der bliver rekrutteret til en sundhedssamtale, og dem der vælger sundhedssamtalen fra. Antallet af borgere og hvem der rekrutteres, afhænger også af, hvilke arenaer der rekrutteres i. I bl.a. Esbjerg, Jammerbugt og Roskilde Kommune, hvor en stor del af rekrutteringen er foregået i plejesektoren, har der været en overvægt af unge mødre og midaldrende kvinder, der hovedsageligt ønsker hjælp og støtte til vægttab, rygestop og udbrændthed.

Overordnet kan det konkluderes, at når man ser på den rekrutterede målgruppes sundhedsprofil sammenholdt med tal fra den nationale sundhedsprofil, så har den rekrutterede målgruppe en mere sund profil end den generelle befolkning. Det indikerer, at kommunerne ikke har rekrutteret de borgere, der har størst risiko for udvikling af livsstilsrelaterede sygdomme. Dog peger, de kvalitative resultater modsat på, at det står slemt til for den rekrutterede målgruppe, idet de har mange sundhedsproblemstillinger, som forhindrer dem i at leve et sundt liv. Der kan derfor godt være bias i forhold til, data om borgerens sundhedsprofil bygger på selvrapporterede data.

65% angiver ved sundhedssamtalen, at de har en eller flere kroniske sygdomme. Tal fra registerdata<sup>20</sup> viser dog, at det kun er 15% af målgruppen, der har en eller flere kroniske sygdomme. Forskellen kan blandt andet skyldes at registeret kun indeholder viden om udvalgte kroniske sygdomme, som er registreret i landspatientregistret. Forekomsten af

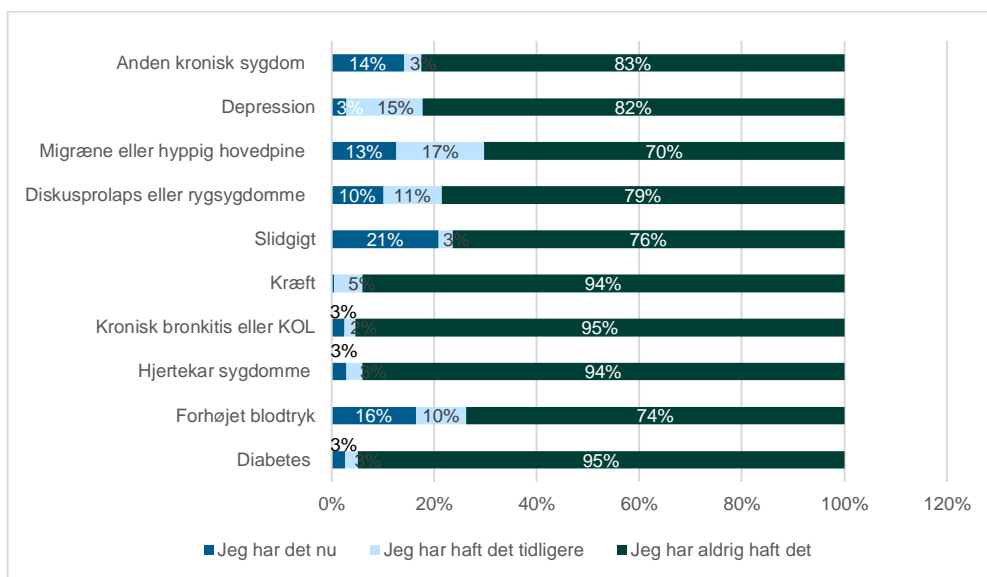
<sup>20</sup> Data hentet fra Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS).

de kroniske sygdomme blandt den rekrutterede målgruppe i Tabel 3 stemmer godt overens med prævalensen af sygdommene i befolkningen.

Tabel 3: Oversigt over forekomsten af udvalgte kroniske sygdomme blandt målgruppen og befolkningen.

Kronisk sygdom	Målgruppen	Befolkningen
Astma	9%	9%
DEMENS	<1%	0%
KOL	1%	2%
Leddegigt	1%	1%
Osteoporose	2%	1%
Skizofreni	<1%	1%
Type 1 diabetes	0%	1%
Type 2 diabetes	3%	4%
Ingen kroniske sygdomme	85%	81%

Foruden registerdata om kronisk sygdom er målgruppen efter sundhedssamtalen i spørgeskemaundersøgelsen spurgt ind til forekomsten af en række sygdomme og helbredsproblemer. Her viste den mest udbredte sygdom/helbredsproblem at være slidgigt (21%), efterfulgt af forhøjet blodtryk (16%). Fordelingen af borgernes sygdomme og helbredsproblemer fremgår af Figur 12.



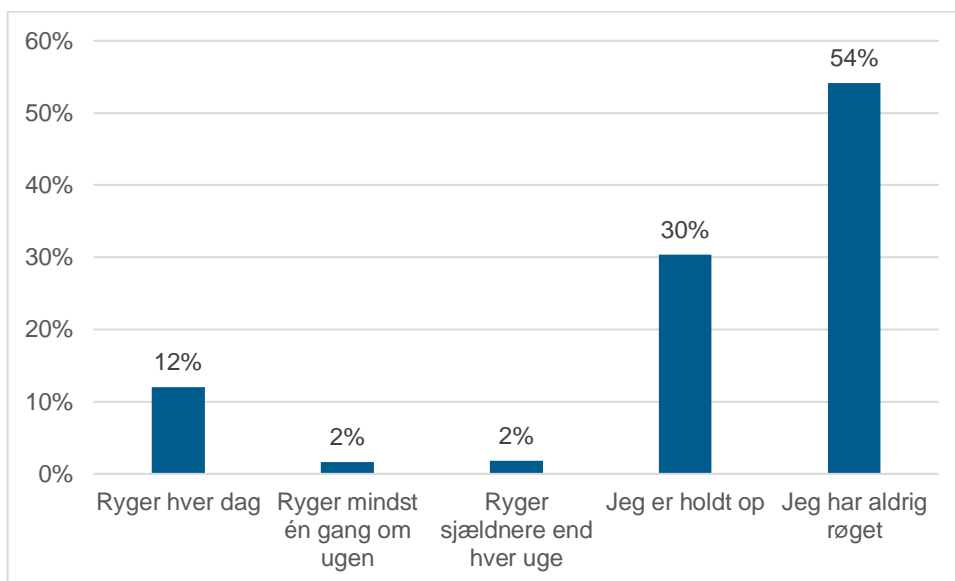
Figur 12: Fordeling af sygdomme/helbredsproblemer.

Note: N = 4.225.

Kilde: Baseline-skema. " For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere."

Sammenholder man de selvrapporterede data med registerdataene ses ikke de store afvigelser inden for type 2-diabetes eller KOL. I registerdata er det ca. 4% der har type 2-diabetes, og 2% der har KOL, mens disse tal i det selvrapporterede data er 3% ved begge sygdomme. Da RUKS-registret kun indeholder udvalgte kroniske sygdomme kan alle de selvrapporterede sygdomme ikke sammenlignes med data fra registret, og det har derfor ikke været muligt at validere alle de selvrapporterede svar.

Godt halvdelen af alle de deltagende borgere (54%) har aldrig røget, hvilket er en signifikant større andel sammenholdt med den nationale sundhedsprofil, hvor ca. 48% aldrig har røget Figur 13. Knap hver tredje (30%) er holdt op med at ryge og 12% ryger hver dag blandt de deltagende borgere. Disse andele stemmer godt overens med den nationale sundhedsprofil.



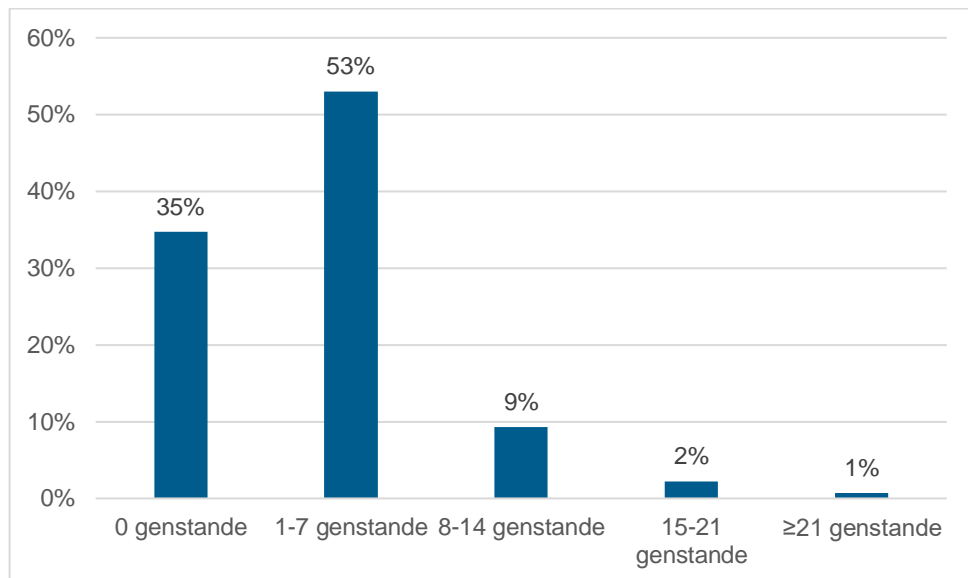
Figur 13: Borgernes rygevaner.

Note: Baseline N=4.225

Kilde: Baseline-spørgeskema. "Ryger du?".

Langt størstedelen af respondenterne drikker færre end 8 genstande alkohol om ugen. Godt halvdelen (53%) ligger i spændet 1-7 genstande. Kun 1% drikker flere end 21 genstande om ugen, jf. Figur 14. Langt størstedelen af respondenterne drikker færre end 8 genstande alkohol om ugen. Godt halvdelen (53%) ligger i spændet 1-7 genstande. Kun 1% drikker flere end 21 genstande om ugen, jf. Figur 14. I den nationale sundhedsprofil svarer omkring 14% at de drikker 0 genstande om ugen (Sundhedsstyrelsen, 2018), og blandt målgruppen er denne andel markant større nemlig 35%. Det indikerer, at målgruppen har et lavere alkoholforbrug end den generelle befolkning. Derudover ser der ud til at være en underrepræsentation af personer med et højt alkoholforbrug i den rekrutterede målgruppe sammenholdt med landsgennemsnittet i den nationale sundhedsprofil, hvor andelen med et forbrug over 21 genstande om ugen er på ca. 7% (Sundhedsstyrelsen, 2018).



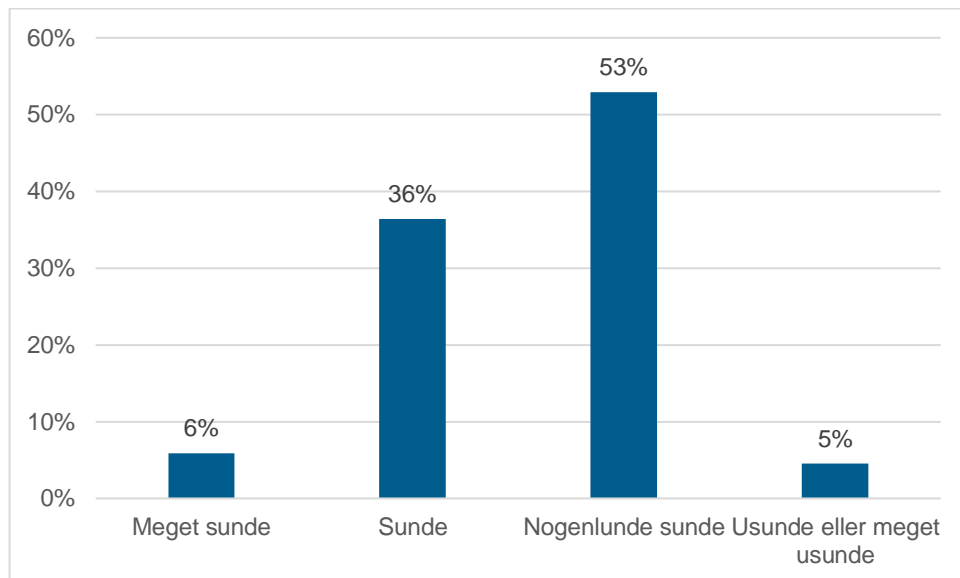


Figur 14: Antal ugentlige genstande.

Note: Baseline N=4.225

Kilde: Baseline-spørgeskema. "Hvor mange genstande drikker du typisk i løbet af ugen?".

Størstedelen af borgerne i målgruppen vurderede, at deres kostvaner er nogenlunde sunde (53%), mens 36% vurderer, at de har sunde kostvaner. Kun en lille andel mener, at de enten har meget sunde (6%) eller usunde kostvaner (5%). I den nationale sundhedsprofil ses, at ca. 16% af den danske befolkning har et usundt kostmønster, og dermed er der langt færre af de rekrutterede borgere med usunde kostvaner sammenholdt med landsgennemsnittet (Sundhedsstyrelsen, 2018).



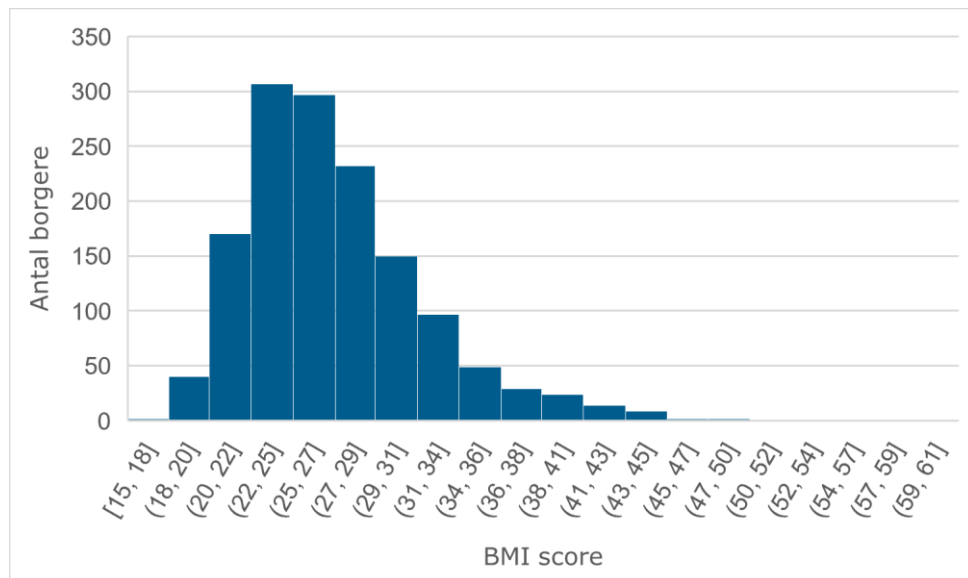
Figur 15: Fordeling af kostvaner blandt målgruppen.

Note: N=1.408.

Kilde: Baseline-skema "Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?".

Ved baseline ses en lidt skævvredet fordeling i målgruppens BMI med et gennemsnit på 27 og en median på 24, jf. Figur 16. At gennemsnittet ligger højere end medianen betyder, at der er nogle høje BMI-værdier, som trækker gennemsnittet op. Både det gennemsnitlige BMI og medianen indikerer, at målgruppen er på grænsen eller klassificeres som værende overvægtige.<sup>21</sup> Fordelingen af BMI har en nedre kvartil på 23 og en øvre kvartil på 29. Det vil sige at 75% af borgerne har et BMI på 29 eller mindre, hvilket omvendt viser, at 25% af målgruppen har tegn på overvægt og svær overvægt og dermed i forhold til deres vægt har en let forøget til forøget risiko for sygdom og død.

<sup>21</sup> [Hvad er en sund vægt? - Patienthåndbogen på sundhed.dk](#)

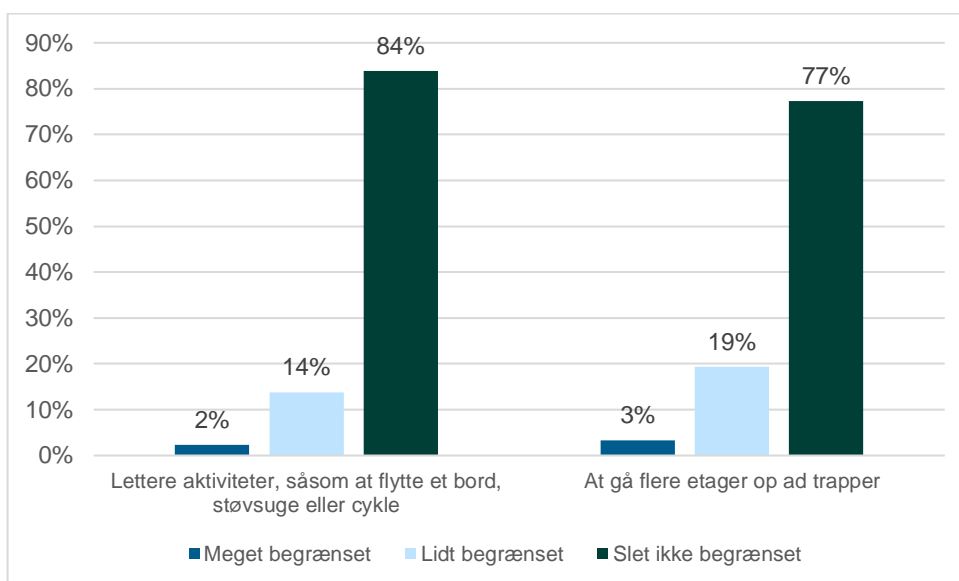


Figur 16: Histogram over beregnet BMI.

Note: Enkelte respondenter er frasorterede grundet åbenlyse fejlindtastninger. Gennemsnitligt BMI er 27. N=4.145.

Kilde: Baseline-skema og egne beregninger.

Størstedelen af borgerne i målgruppen oplever ikke problemer med hverken lettere aktiviteter (84%) eller at gå op ad trapper (77%), jf. Figur 17. Den nationale sundhedsprofil viser, at næsten 30% af den danske befolkning ikke lever op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Af borgerne i projektets målgruppe er det derimod kun omkring 20%, som oplever problemer med lettere aktiviteter eller at gå op ad trapper.

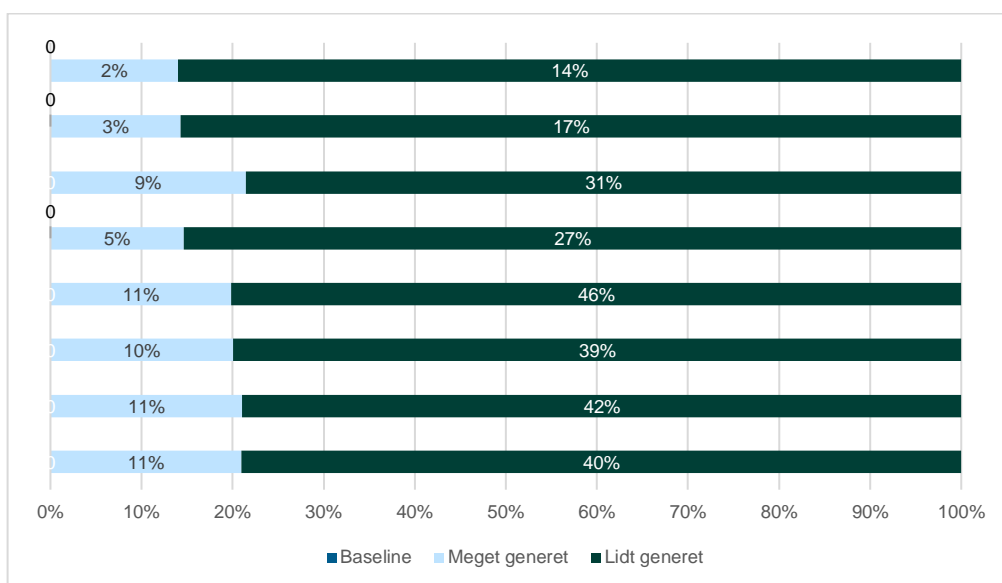


Figur 17: Begrænsninger i aktiviteter grundet helbred.

Note: Baseline N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter?".

Alle respondenter i den selvrapporterede undersøgelse er blevet spurgt, hvorvidt de inden for de sidste to uger har oplevet smerter og ubehag. Omkring hver tiende af borgerne har i løbet af de seneste 14 dage oplevet søvnproblemer (9%), træthed (11%) og/eller smerter forskellige steder i kroppen (10-11%). Mindre andele oplever ængstelse, nervøsitet, uro og angst (2%) samt nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig (3%) og hovedpine (5%), jf. Figur 18. Sammenholdt med den nationale sundhedsprofil ses, at markant færre er meget generet af de oplyste smerter og ubehag blandt den rekrutterede målgruppe i forhold til landsgennemsnittene. Ifølge den nationale sundhedsprofil oplever næsten 19% at være meget generet af træthed, og blandt vores rekrutterede målgruppe er denne andel kun 11%. Lignende tendenser gør sig gældende i de andre kategorier. Andelen der føler sig lidt generet stemmer dog godt overens med landsgennemsnittene.

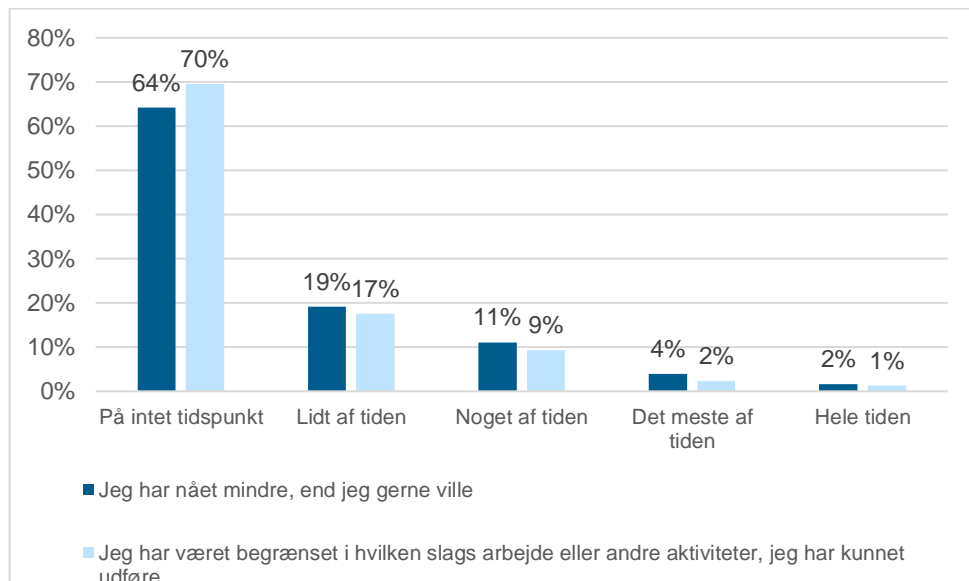


Figur 18: Smerter og ubehag de seneste 14 dage.

Note: Baseline N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag?".

Målgruppen har desuden skulle vurdere, hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger, at deres fysiske helbred har haft betydning for deres arbejde eller andre daglige aktiviteter. Hertil svarer størstedelen, at det på intet tidspunkt har betydet, at de har nået mindre end de ville (64%) eller har begrænset dem i typen af arbejde eller aktivitet de har kunnet udføre (70%). Knap en ud af fem svarer, at det fysiske helbred lidt af tiden har betydet, at de har nået mindre (19%), jf. Figur 19. I den nationale sundhedsprofil beskrives, at omkring 14% har dårlig fysisk helbred (Sundhedsstyrelsen, 2018). Analyserne jf. Figur 19 antyder, at en mindre andel af den rekrutterede målgruppe har problemer med deres fysiske helbred sammenholdt med landsgennemsnittet, eftersom mellem 3-6% det meste af tiden eller hele tiden har problemer med arbejde grundet deres fysiske helbred.

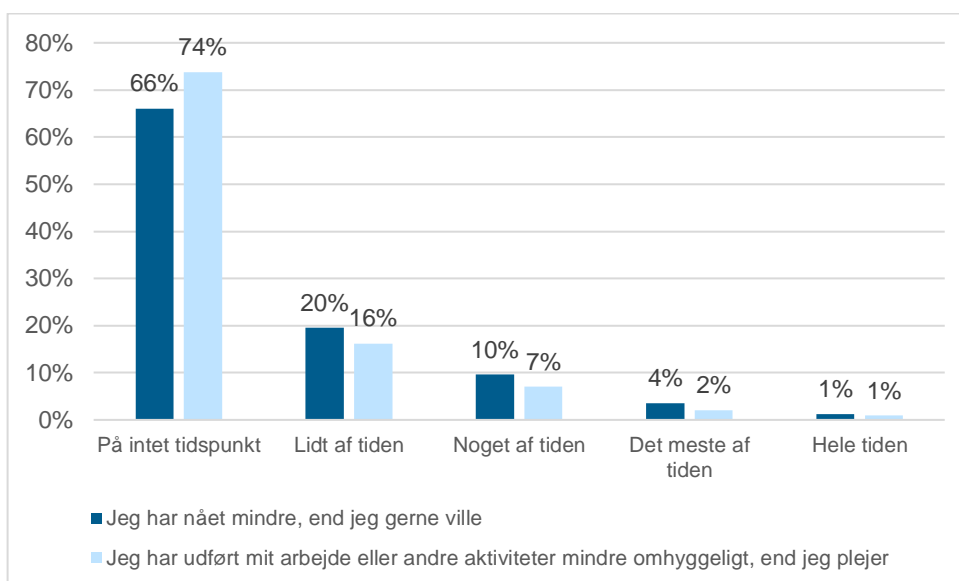


Figur 19: Problemer med arbejde eller andet grundet fysisk helbred.

Note: Baseline N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?".

I tråd med spørgsmålet om det fysiske helbred, er den rekrutterede målgruppe også blevet spurgt til, hvorvidt følelsesmæssige problemer har haft betydning for deres arbejde eller andre daglige aktiviteter. Her svarer størstedelen, at det på intet tidspunkt har haft betydning for, at de har nået mindre end de ville (66%) eller har udført arbejdet mindre omhyggeligt end de plejer (74%), jf. Figur 20. Ifølge den nationale sundhedsprofil har omkring 12% et dårligt mentalt helbred. Sammenholdt med resultaterne fra evalueringen, har en mindre andel af den rekrutterede målgruppe dårligt mental helbred eftersom, at kun 3-5% har problemer på arbejdet det meste af tiden eller hele tiden på grund af følelsesmæssige problemer.

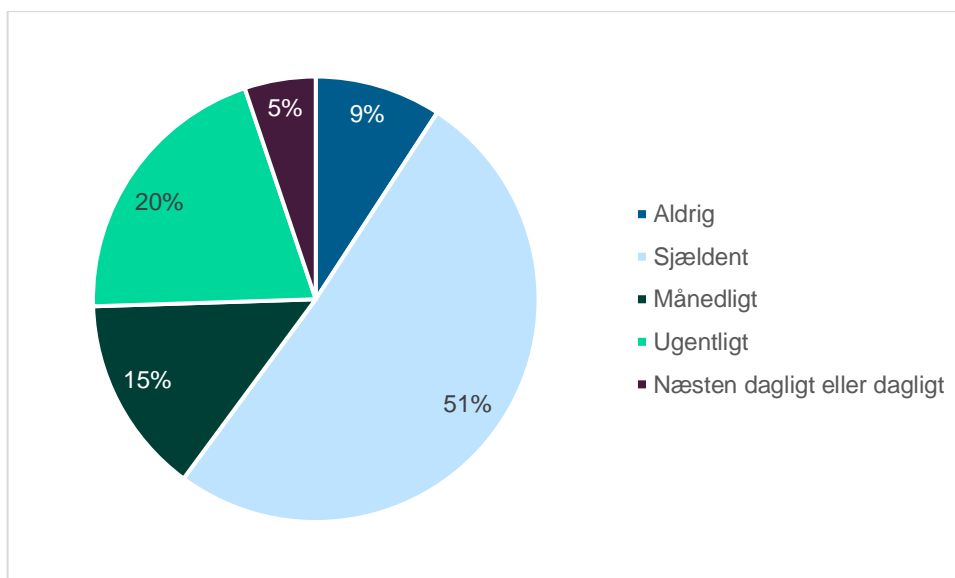


Figur 20: Problemer med arbejde eller andet grundet følelsesmæssige problemer.

Note. Baseline N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?".

Målgruppen blev desuden spurgt til, hvor tit de har svært ved at falde i søvn. Her angav 20%, at de ugentligt havde søvnproblemer, og 5% af de dagligt eller næsten dagligt havde søvnproblemer.



Figur 21: Søvnproblemer.

Note: N= 2.537.

Kilde: Baseline-skema " Hvor tit har du svært ved at falde i søvn?"

### Kendetegn ved de borgere, som ikke rekrutteres til en sundhedssamtale

Generelt viser resultaterne, at der ikke er nogle specifikke kendetegn ved målgruppen som adskiller sig fra befolkningen udover, at der er flere kvinder end mænd og der er færre med mellem og lang videregående uddannelse.

Projekterne er ikke hver gang lykkes med at få rekrutteret alle de borgere på arbejdspladserne, som kunne have mest nytte af en sundhedssamtale, det vil sige de borgere som har de tungeste problematikker, og dermed også dem, der i virkeligheden har det største behov for en sundhedsindsats. Flere af projekterne peger på, at dette kan skyldes, at disse borgere allerede har oplevet mange nederlag og frygten for at opleve endnu et nederlag kan overskygge lysten til at opsøge og deltage i en sundhedssamtale.

*"Vi har oplevet medarbejdere, der siger: Jeg skal ikke derind og have at vide, jeg vejer for meget, det ved jeg jo godt."* (Projektgruppe, Aalborg Kommune)

Andre borgere, som ikke ønsker at deltage, er dem, der allerede er i gang med et udrednings- eller behandlingsforløb og derfor ikke kan overskue andet end det.

Der er en forskel mellem store og små virksomheder i forhold til, hvorfor nogle borgere ikke vil deltage i en sundhedssamtale. På mindre virksomheder bliver det i højere grad et fælles projekt, hvor det er svært for enkelte medarbejdere ikke at takke nej til at deltage. Omvendt er det på større virksomheder lettere at "gemme" sig i mængden.

*"Da vi var ved [en stor virksomhed], blev det tydeligt, at det var særligt funktionærer, der gerne ville have det her korte sundhedstjek. Det er helt klart en problematik i de større virksomheder, at dem der har allermost brug for sundhedstjekket og den efterfølgende sundhedssamtale, gemmer sig. I de mindre virksomheder, hvor det er tæt på hele virksomheden der deltager, der er det sværere at putte sig i mængden."* (Projektgruppe, Sønderborg Kommune)

Ydermere opleves det bl.a. i projektet i både Jammerbugt og Syddjurs Kommune, at mænd er sværere at rekruttere end kvinder. Dette kan også ses, når vi sammenligner befolkningen med den rekrutterede målgruppe, hvor 66% var kvinder, mens der i befolkningen var 50% kvinder. En projektmedarbejder i Syddjurs Kommune fortæller, at det dels kan skyldes, at mændene ikke vil bruge tid på det. En fagforening fortæller også, at mange af mændene går til et årligt tjek hos deres praktiserende læge og derfor, at mændene ikke på samme måde, synes at have et behov for en sundhedssamtale.

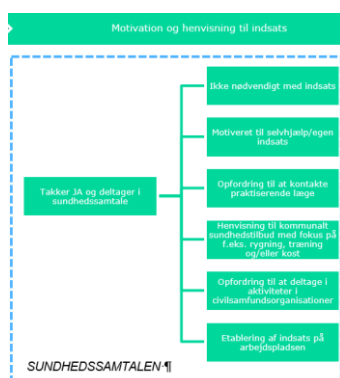
Det kan ligeledes være svært at rekruttere medarbejdere, hvis de på arbejdspladsen indgår i fællesskab med andre, der ikke tilmelder sig til sundhedssamtalen.

*"Hvis der på virksomheder er klynger, f.eks. klynger af rygere, så er det lidt som om, at det er dem, vi ikke får fat i. For hvis der ikke er nogen i gruppen, som tilmelder sig, så når man ikke den klynge. Det kan godt blive lidt stigmatiserende."* (Projektgruppe, Vesthimmerlands Kommune)



Projekterne i bl.a. Vesthimmerland og Næstved Kommune har oplevet, at medarbejdere i slutningen af et virksomhedsbesøg henvender sig, fordi de alligevel gerne vil have en sundhedssamtale. Det er tit de medarbejdere, som har været mest modstandere af tilbuddet, fordi de godt vidste, at de havde nogle sundhedsmæssige problemstillinger, som kan være udfordrende at se i øjnene. Jammerbugt Kommune fortæller i den forbindelse f.eks., at medarbejdere, der i udgangspunktet ikke har overskud til at deltage i en sundhedssamtale, kan blive påvirket positivt af deres kollegaer til at deltage. En pointe, der understreger fordelene ved at rekruttere til sundhedssamtaler gennem private og offentlige virksomheder.

*"Der er mange, som bare ikke har energi, overskud eller lignende til det. Men når de hører hinanden fortælle, så spredes det som positive ringe i vandet, og så er der nogle som tilmelder sig efterfølgende."* (Projektgruppe, Jammerbugt Kommune)



#### 4.4. Motivation og henvisning til sundhedsindsats

På baggrund af sundhedssamtalen finder borgeren og medarbejderen ud af, hvordan borgeren skal håndtere sine udfordringer. I fællesskab beslutter de, hvordan borgeren kan ændre sin nuværende livsstil til en sundere livsstil. Det kan være, at de skal i gang med en aktivitet/et tilbud enten sammen med andre, f.eks. kollegaer eller alene. Aktiviteten kan foregå enten i kommunalt regi (f.eks. et rygestopkursus), i foreningslivet (f.eks. i en badmintonklub) eller ved at borgeren selv tager initiativ (f.eks. cykler til arbejde eller spiser nøglehulsmærkede fødevarer). Det kan også være, at borgeren skal opfordres til at opsøge sin praktiserende læge eller anden specialist, for at blive yderligere udredt.

I det følgende præsenteres overordnede resultater for evalueringsspørgsmål 5 til 10 om hvordan borgerne bedst motiveres til en livsstilsændring eller til at deltage i sundhedstilbud efter sundhedssamtalen. Derudover præsenteres de overordnede konklusioner vedrørende målopfyldelse for borgere, der henvises videre til kommunale sundhedstilbud. Herunder karakteristika ved borgere som viderehenvises til kommunale sundhedstilbud eller bliver opfordret til at søge praktiserende læge samt karakteristika for de borgere, der ikke ønsker at deltage i et videre forløb.

#### Overordnet resultater

Sundhedssamtalen kan overordnet medføre, at borgeren enten bliver motiveret til selv at foretage en livsstilsændring eller at borgeren henvises til et kommunalt tilbud, et tilbud i privat regi eller at borgeren ikke ønsker at deltage i et videre forløb.

68% af den rekrutterede målgruppe henvises til kommunale sundhedstilbud. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at blandt dem, som er blevet henvist til et sundhedstilbud i forbindelse med sundhedssamtalen, vil størstedelen (71%) tage imod tilbuddet, mens knap hver tredje (29%) ikke vil tage imod sundhedstilbuddet. Årsagen til at hver tredje ikke vil tage imod tilbud kan forklares med manglende motivation og tid. 40% har ved opfølgning seks måneder efter deltaget i et eller flere sundhedstilbud.

Sundhedssamtalen har været en intervention i sig selv. Dialog med sundhedshjulets temaer i fokus medvirker ofte til, at borgerne selv har reflekteret over egen sundhedstilstand og -adfærd. Motivationen for borgerne er ofte kommet af egen lyst til at ville ændre noget og medarbejderen har forsøgt enten med et tilbud eller en handlingsplan at få borgeren til at sætte realistiske mål for opstart af aktiviteter, nye vaner og ændringer af livsstil. For nogle borgere har det været afgørende, at de kunne støtte sig til andre, f.eks. kolleger eller venner/familie, og for andre har de selv fundet en metode. I alle kommuner har medarbejderne især haft fokus på det, som borgeren selv har lyst til og mulighed for at ændre. Det har for flere borgere været de små ændringer, som f.eks. at tage cyklen til arbejde frem for bilen, gå tur eller ændre madvaner, som kunne lede til større ændringer, som varigt vægttab, bedre søvn og færre fysiske smerter i ryg og lænd.

Resultaterne fra den opfølgende spørgeskemaundersøgelse blandt deltagerne viser, at 21% af deltagerne er blevet motiveret til selv at foretage en livsstilsændring, 17% siger, at deres livsstilsændring er foranlediget af, at de gerne vil passe på deres helbred. For 12% har det været sundhedssamtalen i sig selv, som har motiveret til en livsstilsændring.

Efter sundhedssamtalen har der iværksat sundhedsfremmende initiativer på virksomheder og i fagforeningen. Godt hver femte (21%) deltager svarer i den opfølgende spørgeskemaundersøgelse, at der er blevet fulgt op med andre initiativer på deres arbejdsplads eller af deres fagforening. I halvdelen af tilfældene, hvor der er blevet fulgt op, er det med mere motion på arbejdspladsen. Af strukturelle sundhedsfremmende tiltag kan nævnes f.eks. frugtordning i stedet for kageordning, fælles motion i motionsrummet eller fælles rygestopkurser i arbejdstiden. På flere virksomheder har der været stor velvilje til at stille faciliteter til tiltagene til rådighed. Erfaringen er, at når indsatsen flyttes ud på arbejdspladserne, bidrager det sociale sammenhold til fastholdelse af livsstilsændringen.

En forudsætning for, at borgerne i forbindelse med sundhedssamtalen kan rekrutteres til relevante forebyggelsestilbud er, at der er de relevante tilbud i kommunen, som projektet kan henvise til. For flere kommuner var dette ikke tilfældet. De fleste kommuner kunne imødekomme borgernes behov for hjælp til hhv. rygestop/alkoholmisbrug, vægttab og motion, mens kun få kommuner kunne hjælpe med f.eks. søvnproblemer. Derudover viste det sig for mange af projektkommunerne, at deres borgere havde psykosociale problemer, som ofte var meget komplekse problemstillinger. Her var kommunens tilbud ofte ikke tilstrækkelige, medmindre det var diagnoser eller psykiske lidelser, som f.eks. angst og depression, hvor der var tilbud.

Hvis ikke kommunen havde de relevante tilbud, forsøgte projekterne at oprette hold i samarbejde med foreninger eller andre, som udbød relevante tilbud. Det har for stort set alle projekterne ikke været muligt at få etableret et solidt samarbejde med idrætsforeninger trods ihærdige forsøg. Nogle har i stedet forsøgt bl.a. med Dansk Firmaidræt. Kun to af projekterne er lykkedes med at bygge bro til foreningslivet i forbindelse med livsstils- hold. Her har foreningen overtaget holdene, når de er afsluttet i kommunens regi. Årsagen til at de er lykkedes kan forklares med, at man fra kommunalt hold har brugt ressourcer

på at etablere og indføre et samarbejde med kommunens frivillige koordinator, som kan etablere samarbejde med lokale foreninger.

Erfaringen er at borgere som henvises til kommunale sundhedstilbud, har symptomer på livsstilssygdomme eller symptomer, som inden for få år kan medføre sygdom. Gruppen af henviste borgere adskiller sig signifikant fra dem som ikke henvises til egen læge. De borgere, der opfordres til at opsøge praktiserende læge, har sværere symptomer på livsstilssygdomme, såsom overvægt, nedsat lungekapacitet eller tegn på forhøjet højtryk. Derudover er det borgere, som har sværere symptomer på psykiske lidelser, som f.eks. angst og depression. Nogle borgere har svære psykosociale udfordringer, f.eks. misbrug i familien eller vold og trusler, hvor det kan være nødvendigt med en henvisning fra den praktiserende læge til yderligere hjælp eller kontakt til socialforvaltningen.

Nogle af projektkommuner har haft stor succes med at henvise borgere til jobcenteret eller kommunens fastholdelseskonsulent, hvis borgeren oplever mistrivsel på sin arbejdsplads eller arbejdsrelateret stress. På den måde kan eventuelle sygdomsmeldinger forebygges.

For de borgere, der ikke ønsker et videre forløb, kan en af årsagerne være, at sundhedssamtalen i sig selv har været en intervention og de er blevet motiveret til at ændre livsstil og adfærd på egen hånd og ikke behøver hjælp eller støtte fra kommunen. En anden årsag kan være, at borgerne ikke erkender eller ligefrem benægter, at de har et sundhedsrelateret problem. Der er også mange, som fravælger et videre forløb, fordi de ikke har overskud til at deltage i et tilbud og den energi, de skal lægge i at ændre livsstil. En sidste årsag til, at borgere ikke bliver tilbudt at deltage i et eller flere sundhedstilbud, er at, de ikke har brug for det, fordi de allerede lever sundt og derfor ikke har behov for at ændre livsstil eller adfærd. Sundhedssamtalen har i dette tilfælde derfor kun haft det formål at bekræfte borgerne i, at de har et godt helbred og lever sundt.

#### **4.4.1. Metoder til at motivere og rekruttere borgere videre fra sundhedssamtalen**

I det følgende besvares evalueringsspørgsmål 5 om, hvordan borgerne bedst kan motiveres til at deltage i sundhedstilbud, herunder hvilken betydning lokale processer, strukturer og kontekst har for borgernes motivation.

##### **Sundhedssamtalen som intervention i sig selv**

En af de vigtigste erfaringer er, at sundhedssamtalen ikke kun er en rekrutteringsindsats, men i sig selv er et tilbud, som efterfølgende kan bidrage til at rykke på borgerens sundhedsadfærd og -tilstand.

*"Vi kan se, at selve sundhedssamtalen i sig selv også er en indsats, der kan hjælpe en stor del af borgerne (...). Der er nogle, der siger, at det er et wake-up call, og et los i røven på den gode måde."* (Projektgruppe, Syddjurs Kommune)

Kommunerne har erfaret, hvor stor en værdi et simpelt spørgsmål, som *"Hvordan har du det?"* har haft betydning for borgernes egen refleksion over deres sundhed og helbred.

Alene det spørgsmål og dialogen herom kan sætte skub i livsstilsændringer for deltagerne. Det simple spørgsmål har været en indgang i forhold til at finde ud af, hvad den enkelte borger havde af udfordringer og hvilke hjælp de havde brug for. En del af de borgere der modtog en sundhedssamtale, var ikke vant til at reflektere over og giver sig tid til at mærke efter, hvordan de havde det. Ligesom de ikke var vant til at sætte sig selv og egne behov i centrum i dagligdagen.

Det viser sig, at sundhedssamtalen giver anledning til refleksion og tid til egenomsorg, som for flere har været nedprioriteret i for lang tid – for nogle i flere år. Samtalerne blev særligt virkningsfulde for deltagerne, fordi konceptet var bygget sådan op, at der blev vist en interesse i dem og deres velbefindende. Det har betydet, at de har haft lyst til at åbne op og tale om deres helbred og udfordringer i dagligdagen.

*"Sundhedssamtalen var et skub i den rigtige retning. Jeg har tabt mig 10 kilo lige siden og er gået fra nærmest ikke at kunne gå ud over kantstenen til at kunne løbe 6-7 km. Tilmed har jeg mere overskud, og er ikke så træt. (...) Jeg har også ændret kostvaner; har brugt en kostpyramide, jeg fik af hende [sundhedskonsulenten]."* (Borger, Jammerbugt Kommune)

Flere projekter oplevede, at afholdelse af sundhedssamtalen på arbejdspladsen også havde den effekt, at sundhedssamtalen i sig selv bidrog til at ændre sundhedsadfærden på arbejdspladsen. Fordelen ved at rekruttere gennem virksomheder er dermed, at det bliver muligt at skabe en generel opmærksomhed på sundhed på arbejdspladsen. Det gælder både mellem medarbejderne og strukturelt på arbejdspladsen.

*"Når medarbejderne kommer ud fra sundhedssamtalen, så taler de om det. De sammenligner måske deres body-age osv. Derudover så kan det afføde nogle nye initiativer og fællesskaber, når flere medarbejdere i samme virksomhed får at vide, at de skal være mere aktive."* (Projektmedarbejder, Sønderborg Kommune)

### **Hæmmende og fremmende faktorer for motivation til adfærdsændring**

Borgernes motivation for adfærdsændringen kan fremmes, hvis der til sundhedssamtalen er fokus på at hjælpe borgerne med at prioritere adfærdsændringer og starte med små forandringer og derved hjælpe borgerne til at sætte realistiske mål, så de opnår flere succeser end fiaskoer.

*"Vi skal motivere dem og hjælpe dem med at prioritere og skabe mere overblik for dem. Mange er hårde ved sig selv: "Jeg ved godt, jeg skal motionere og spise sundere", og så siger vi til dem, hvor vi skal starte: "Du går hjem og starter med de her to små skridt". Det kan godt være mere håndgribeligt for nogle at gå en time tidligere i seng, end at komme ud at gå."* (Projektgruppe, Aalborg Kommune)

Omvendt kan borgernes motivation for adfærdsændring blive hæmmet af praktiske forhold. Det kan f.eks. være, at borgeren vil fravælge genoptræning, fordi det ligger for langt væk. Her handler det ofte om timing, og at fange borgeren på det rigtige tidspunkt. For

andre kan barriererne være manglende erkendelse af vigtigheden af livsstilsændringen. Her er det vigtigt at tale med borgeren om de forhindringer, de oplever, og evt. presse lidt på, hvis det er det der er behov for.

*"Der var bl.a. en mand med korslagte arme, som ikke havde store forventninger til mig (...) men så fortalte jeg ham, at hvis ikke han lavede en radikal ændring, så ville han måske ikke have så mange år til at se sine børn vokse op i og tage uddannelser. Han var nødt til at blive hængt op på væggen indtil han kunne forstå, at det var alvorligt – og det virkede!"* (Projektgruppe, Jammerbugt Kommune)

For mange borgere kan det være afgørende for en adfærdsændring, at de er en del af en social sammenhæng og at de indgår i fællesskaber, så de ikke skal stå alene med det. Når tilbuddet flyttes ud på virksomhederne, vil rammerne for at kunne give deltagerne følelsen af at være en del af en social sammenhæng være mere optimale, blandt andet fordi der er nogle eksisterende relationer, der kan bygges videre på. Dette var bl.a. erfaringen i Sønderborg Kommune, hvor de afholdt et rygestopkursus ude på en virksomhed.

### Henvisning til sundhedstilbud

Borgernes motivation for livsstilsændring hang ofte sammen med, om der var relevante tilbud, de kunne benytte sig af. Enten kunne borgerne blive henvist til et relevant kommunalt sundhedstilbud, som var en del af kommunens forebyggelsestilbud eller også kunne de blive inviteret til nyoprettet tilbud i regi af projektet og evt. i samarbejde med lokale idrætsforeninger eller Dansk Firmaidræt. Det var dog langt fra alle projekterne, som har oprettet nye tilbud i kommunalt regi.

Projekterne i bl.a. Jammerbugt, Mariagerfjord og Næstved Kommune har forsøgt at skabe strukturel sundhedsfremme på arbejdspladserne ved at hjælpe virksomhederne med at igangsætte indsatser f.eks. via deres sundhedsordning eller at flytte kommunale indsatser ud til arbejdspladserne, på baggrund af de behov, der blev opsporet under sundhedssamtalerne. F.eks. træningshold, oplæg om sundhedsrelaterede emner og rygestopkurser. Flere af projekterne erfarede også i den forbindelse, at flere af arbejdspladser, havde faciliteter som f.eks. træningsrum, som kunne blive brugt til at gennemføre aktiviteterne i.

Hvis ikke arbejdspladsen kan tilbyde sundhedstilbud, så vil borgerne modsat også gerne deltage i nyoprettede lokale tilbud i enten kommunalt eller idrætsforeningsregi. Dog skal borgerne hjælpes på vej til deltagelse ved bl.a. at sikre, at tilbuddene i starten bliver drevet af kommunale eller frivillige instruktører og der er ligesindede deltagere, som f.eks. kollegaer, jævnaldrende eller borgere med samme problemstilling.

Det har vist sig, at det var en udfordring at fastholde borgerne i forløb, når de var afsluttet f.eks. efter 10 gange. Dette gjorde sig særligt gældende for tilbud i kommunalt regi. Flere af borgerne havde svært ved at overgå til aktiviteter i lokale foreninger. De oplevede bl.a. at de ikke var klar til at være en del af en idrætsforening, selvom de omvendt ikke kunne fortsætte i kommunens tilbud. Flere af projekterne erfarede derfor, at der var behov for en

form for overgangstilbud. Dette har man forsøgt løst i Mariagerfjord Kommune, hvor projektet samarbejdede med kommunens aktivitetskoordinator. Begge parter oplevede, at der manglede et overgangstilbud fra de kommunale træningshold til foreningsidræt eller træning i privat regi. De fik sammen udviklet selvtræningsholdet "Mariagerfjord i Bevægelse", som foregår i lokale foreninger i Mariagerfjord Kommune. Det startes op af kommunale fysioterapeuter, og overgår efter et stykke tid til at være selvkørende.

Mariagerfjord i Bevægelse blev så stor en succes, at borgerne efterfølgende selv tog initiativ til at starte nye hold. Initiativets store succes bunder ifølge aktivitetskoordinatoren i, at borgerne ikke følte, at de blev mødt af de samme forventninger, som der kan være i de ordinære træningstilbud. På den måde er det lykkedes at skabe bedre rammer for de borgere, der afslutter et kommunalt træningsforløb, og som gerne vil fastholde den aktive livsstil.

*"[Borgerne] er der, fordi de ved, at der er plads til deres skavanker og forskelligheder. De barrierer, borgerne under normale forhold har for at træne, er fjernet i dette tilbud. Man ved, når man melder sig til Mariagerfjord i Bevægelse, så er barren sænket. Man bliver mødt af en, der kender til, hvordan det er at leve med sygdom, mens der kærligt bliver skubbet til grænserne." (Aktivitetskoordinatoren, Mariagerfjord Kommune)*

Samarbejdet med lokale idrætsforeninger har kun få projekter dog haft gode erfaringer med. Projektet i bl.a. Næstved og Vesthimmerland Kommune har forsøgt at etablere samarbejde med foreninger, men de havde svært ved at rekruttere instruktører. Vesthimmerlands Kommune fik dog et samarbejde i gang med en lokal idrætsforening.

På tværs af de 11 projekter ses der også udfordringer med, at kommunerne generelt ikke har de rette tilbud til borgerne. Flere borgere er svære at placere i ordinære kommunale tilbud om f.eks. motion, fordi de har behov for en generel livsstilsændring, har søvnproblemer eller mentale udfordringer. Nogle af projekterne har oprettet livsstils- eller søvnhold. I bl.a. Vesthimmerlands Kommune har man f.eks. rekrutteret en del borgere til deres nyoprettede kvinde- og mandehold, som har fokus på at skabe livsstilsændring. Ligesom man i Mariagerfjord Kommune i regi af projektet har oprettet søvnhold.

### Gode råd til praksis på baggrund af evalueringens resultater:

- Kommunen kan med fordel styrke strukturelle forebyggelsestiltag og sundhedsfremme på arbejdspladserne, f.eks. rygestopkurser i arbejdstiden, målrettet tilbud om træning på arbejdspladsen og vejledning om bedre arbejdsmiljø.
- Der bør være flere forebyggelseshold i kommunerne, hvor borgere med risiko for livsstilsrelaterede sygdomme kan deltage. Evalueringen viser, at borgerne i høj grad ønsker at deltage, hvis de bliver inviteret, men udfordringen er, at der ikke er eksisterende relevante tilbud.
- For de kommuner, som ikke selv kan tilbyde tilstrækkeligt med forebyggende tilbud er det en fordel at få etableret et solidt samarbejde med lokale idrætsforeninger eller evt. Dansk Firmaidræt. Dette samarbejde kan også bruges til at udsuse og motivere borgerne til at fastholde nye livsstilsændringer. Samarbejdet med foreninger kan med fordel gives opmærksomhed fra start, så barrierer kan forebygges, f.eks. at det kan være udfordrende at finde frivillige instruktører.
- Flere kommuner bør tilbyde borgerne hjælp til søvnproblemer. Det kan være enten som individuelle eller gruppeforløb. Derudover er det en fordel, hvis kommunerne kan indgå tværfagligt samarbejde eller lignende, når borgere har komplekse psykosociale problemer, som ikke decideret er en psykisk lidelse eller diagnose, som kræver behandling. Det er f.eks. vigtigt, at projektet har mulighed for at henvise til andre kommunale tilbud ved problemstillinger som vold i hjemmet, børn i mistrivsel eller ved behov for jobrelateret rådgivning.

#### 4.4.2. Målopfyldelse for borgere som henvises videre til kommunale sundhedstilbud

I det følgende besvares evalueringsspørgsmål 6, 7 og 8 om antal henviste borgere der deltager i en sundhedssamtale og som henvises videre til et eller flere kommunale sundhedstilbud, opfordres til at opsøge praktiserende læge og eller opsøge hjælp andre steder fra.

Kun 9% af borgerne ved sundhedssamtalen henvises til ikke-kommunale tilbud. Disse borgere opfordres blandt andet til at deltage i tilbud i den lokale idrætsforening, Dansk Firmaidræt eller deltage i andre sundhedsfremmende aktiviteter på arbejdspladsen.

I Tabel 4 præsenteres tal på antal rekrutterede inden for projektets målgruppe, samt andelen, der rekrutteres til kommunale sundhedstilbud fordelt på de forskellige kommuner. 68% af den rekrutterede målgruppe henvises til at deltage i et eller flere kommunale sundhedstilbud.



Tabel 4: Henvisninger til kommunale sundhedstilbud.

Note: N=2.948

Kilde: Monitoreringsdata/registre

	Antal rekrutterede indenfor projektets målgruppe (40-60 år) <sup>22</sup>	Andel der henvises til kommunale sundhedstilbud
<b>Esbjerg</b>	232	39%
<b>Greve</b>	81	88%
<b>Jammerbugt</b>	419	41%
<b>Mariagerfjord</b>	419	100%
<b>Næstved</b>	100	21%
<b>Roskilde</b>	240	45%
<b>Syddjurs</b>	367	84%
<b>Sønderborg</b>	142	98%
<b>Thisted</b>	361	39%
<b>Vesthimmerland</b>	135	62%
<b>Aalborg</b>	452	100%
<b>Total</b>	2.948	68%

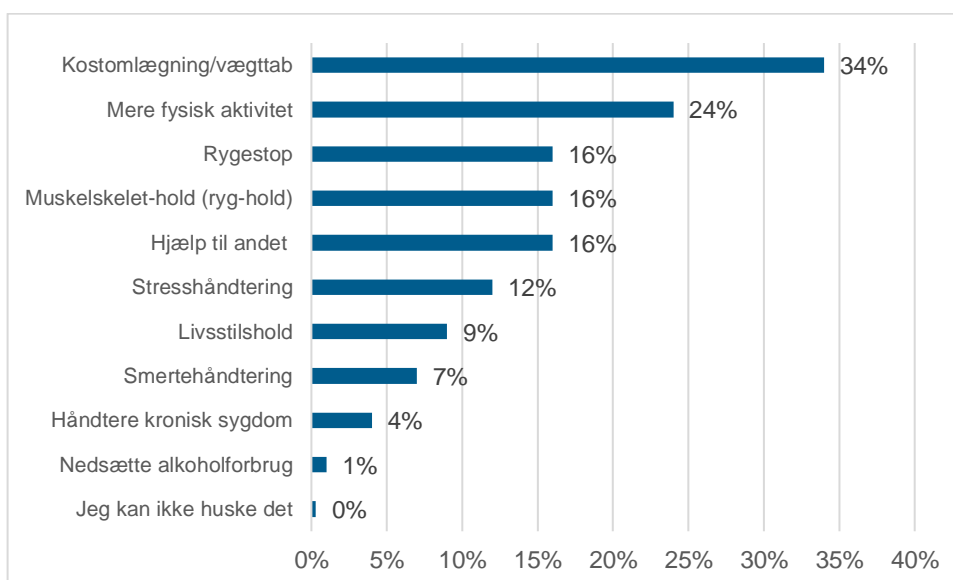
Der er signifikant forskel på henvisninger for hhv. mænd og kvinder. Flere kvinder (62%) end mænd (38%) henvises. 54% af de henviste har en erhvervsfaglig uddannelse, og 16% har grundskole som længste gennemførte uddannelse. Desuden viser det sig, at kun en meget lav andel (6%) af de henviste borgere har en længere videregående uddannelse. Dette kan blandt andet skyldes, at denne gruppe af borgere ikke er de arenaer, hvor der er blevet rekrutteret borgere, takker nej til at deltage i sundhedssamtalen, eller at de ikke på samme måde som borgere med kortere uddannelse har brug for kommunale sundhedstilbud. Kigges der nærmere på aldersfordelingen af de henviste borgere ses en tendens til, at jo ældre borgerne er des flere bliver henvist til sundhedstilbud. Blandt de 55-60-årige henvises 30%. Dette hænger formodentligt sammen med at helbredet oftest forværres med alderen. Derfor vil en større andel borgere i den ældste aldersgruppe have behov for henvisning til et sundhedstilbud. Blandt de borgere, som er blevet henvist til sundhedstilbud, oplever hver femte (20%), at der er ventetid på det eller de tilbud, som de er blevet henvist til.

<sup>22</sup> Omfatter kun borgere, som er bosat i den kommune, hvor de er rekrutteret fra.



Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at størstedelen (71%) af borgerne, som er henvist til sundhedstilbud, tager imod tilbuddet, mens knap hver tredje (29%) ikke tager imod tilbuddet. Den primære årsag til, at borgerne ikke tager imod tilbuddet er, at de ikke har overskuddet til at ændre på deres nuværende livsstil. Blandt andelen af dem, som lige efter sundhedssamtalen havde tænkt sig at tage imod sundhedstilbuddet svarer to ud af fem (40%) ved opfølgning, at de har deltaget alle gange i sundhedstilbuddet, mens 36% ikke deltog. Årsagen hertil kendes ikke.

Spørgeskemaundersøgelsen fra baseline viser, at godt én ud af tre (34%) af de respondenter, der blev henvist til et sundhedstilbud i kommunalt regi, blev henvist til hjælp til kostlægning og/eller væggtab. Knap en fjerdedel (24%) blev henvist til hjælp til mere fysisk aktivitet. 16% angiver, at de blev henvist til hjælp til rygestop, muskelskelet-hold og/eller hjælp til andet, jf. Figur 22. Dette viser, at det er generelle livsstilshold, som er i fokus og de tilbud som kommune har til borgerne.



Figur 22: Hvilke(t) tilbud er borgeren henvist til.

Note: Respondenterne kunne sætte flere krydser, hvorfor andelen ikke summer til 100%. N=2.056.

Kilde: Baseline-spørgeskema. "Hvilke tilbud blev du henvist til? Sæt gerne flere krydser".

Ved sundhedssamtalen er 13% af borgerne blev opfordret til at søge egen læge. Dette resultat er interessant, fordi det indikerer, at projekterne med brug af sundhedssamtalen får opsporet borgere, der bør undersøges nærmere af egen læge, da borgeren har en risikofyldt livsstil som gør det sandsynligt, at borgeren er i risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme. Blandt dem som blev henvist til egen læge var 59% af kvinder og 41% var mænd. På tværs af de forskellige aldersgrupper var der flest i alderen 50-60 år, som blev henvist til egen læge, og i forhold til uddannelsesniveau havde 57% af de henviste en erhvervsfaglig uddannelse.

#### 4.4.3. Karakteristika for viderehenviste borgere

I det følgende besvares evalueringsspørgsmål 9 og 10 vedrørende karakteristika for målgruppen, som bliver henvist til sundhedstilbud i kommunen og/eller bliver opfordret til at søge praktiserende læge samt karakteristika ved den gruppe af borgere, der *ikke* ønsker at blive henvist til kommunale sundhedstilbud. Til sidst præsenteres borgernes oplevede barrierer for at sige ja til at indgå i et videre forløb.

Gruppen bestående af borgere, der er blevet henvist til sundhedstilbud og/eller opfordret til at opsøge deres praktiserende læge (i det følgende kaldet 'henviste'), adskiller sig en smule fra den gruppe, der ikke er blevet henvist til sundhedstilbud og/eller opfordret til at opsøge deres praktiserende læge ('ikke henviste'). Generelt har de henviste borgere en usundere livsstil end de ikke henviste borgere.

Evalueringens spørgeskemadata viser blandt andet, at borgere der er blevet henvist, adskiller sig signifikant fra dem, som ikke er blevet henvist på en række livsstilsfaktorer som for eksempel rygning, alkohol, kost og motion. I forhold til rygning er der signifikant flere daglige rygere blandt de borgere, der er blevet henvist sammenlignet med dem, der ikke er blevet henvist. Omvendt er der færre af de henviste borgere, der aldrig har røget sammenlignet med ikke henviste. Denne forskel er også signifikant. Gruppen af henviste borgere adskiller sig også signifikant i forhold til motionsvaner. Generelt er der færre af de henviste borgere, der er aktive i form af blandt andet lettere fysisk aktivitet, motionsidræt eller hård fysisk aktivitet. Derudover er der signifikant færre af de henviste borgere, som vurderer, at de er i god eller nogenlunde god form sammenholdt med de ikke henviste borgere. Ses der nærmere på de henvistes alkoholforbrug, ses også at der er signifikant flere, som drikker 8-14 genstande om ugen sammenholdt med de ikke henviste borgere. Omvendt viser analyserne også, at der er signifikant flere ikke henviste borgere, som drikker mellem 0-7 genstande om ugen.

Derudover har personer, som ikke bliver henvist til deres praktiserende læge eller sundhedstilbud et signifikant bedre mentalt helbred vurderet på baggrund af WHO-5 indekset<sup>23</sup> sammenholdt med de borgere, som bliver henvist til deres praktiserende læge og/eller sundhedstilbud. Den største forskel er ved vurderingen af, hvor ofte i de sidste 2 uger, en respondent har følt sig aktiv og energisk. Til dette vurderer 44% af henviste, at det gør de hele tiden eller det meste af tiden, mens det tilsvarende er 57% af de ikke henviste. I forhold til søvn er der også signifikant flere af de ikke henviste borgere som sjældent eller aldrig har søvnproblemer sammenholdt med de henviste borgere.

Samtlige analyser er præsenteret i Bilag C.

#### Barrierer for at sige ja til et videre forløb

De borgere, der i baseline spørgeskemaundersøgelsen svarede, at de ikke havde tænkt sig at tage imod sundhedstilbuddet, uddyber at det enten skyldes, at de ikke har tid, overskud, motivation eller lignende i øjeblikket, eller at de ønsker at klare livsstilsændringen

<sup>23</sup> [Microsoft Word - WHO-5\\_Danish.doc \(psykiatri-regionh.dk\)](#)

selv – enten gennem kurser, rygestop eller andre egenhændige tiltag. Den kvalitative evaluering viser tilsvarende fund, herunder at flere af de borgere, der har takket nej til at indgå i et sundhedstilbud, ikke har kunnet overskue at finde tid til et nyt tilbud i deres fritid. Disse forklaringer er sammenlignelige med andre undersøgelser, bl.a. indenfor diabetesområdet, hvor den største årsag til ikke at ville ændre livsstil er manglende motivation eller at borgeren ikke mener, de har behov for at ændre deres vaner (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017). Nogle borgere oplevede også at være udfordrede af, at de kommunale tilbud ikke passede med deres arbejdstider.

*"Der var mange hold, som lå om formiddagen eller midt på dagen, og hvis man er i arbejde, og har flere sene dage, kan det jo af gode grunde ikke lade sig gøre. (...) Jeg ville have sagt ja, hvis det havde været en gang om ugen og passede bedre med mine arbejdstider."* (Borger, Roskilde Kommune).

Flere borgere oplevede det som en barriere, at de udbudte sundhedstilbud havde format som gruppeforløb. Tanken om et gruppeforløb og det at fortælle om sine sundhedsmæssige udfordringer foran andre, oplever nogle af borgere som grænseoverskridende og uoverskueligt.

*"Hvis det havde været individuelle forløb, ville jeg have sagt ja. Jeg havde ikke lyst til at udlevere mig selv for andre."* (Borger, Roskilde Kommune)

Andre borgere takkede nej til et sundhedstilbud, fordi de oplevede eget helbred, f.eks. skader, som en barriere for at indgå i et tilbud.

*"På grund af konstateret slidgigt i knæ og fordi jeg er kommet til skade med hånden, så takkede jeg nej (...) Hvis jeg ikke var blevet skadet, ville jeg være gået videre med det. Som diabetiker forstår jeg godt vigtigheden af at holde øje med vægten."* (Borger, Næstved Kommune)

Endnu en barriere for at sige ja til at indgå i et sundhedstilbud kan være lang venteliste. En borger fra Roskilde Kommune oplevede f.eks., at de hold, hun blev tilbudt, havde et halvt års ventetid, hvilket var med til at få hende til at takke nej.

Endelig kan en barriere være, at borgeren har mistet troen på, at en livsstilsændring kan lade sig gøre ved hjælp af et sundhedstilbud.

*"Jeg takkede nej, fordi jeg har prøvet så mange gange før. Jeg har kun haft held med det, når jeg har gjort det selv. Så jeg tænkte, at det ikke ville hjælpe mig (...) De kunne ikke have gjort noget. Man er godt informeret i forvejen om, hvad der findes af ting og sager om rygestop."* (Borger, Sønderborg Kommune)

Fastholdelse af  
livsstilsændring

Opfølgning på  
sundhedssamtale

Aktiviteter i  
civilsamfundsorganisationer

Strukturelle indsætter  
i arena f.eks. arbejdsplads

#### 4.5. Fastholdelse af livsstilsændring

Borgerne laver i forbindelse med sundhedssamtalen en plan for, hvordan de vil forbedre deres generelle sundhed og sundhedsadfærd på den korte og lange bane. Det er forskelligt om og hvordan, projekterne følger op på borgernes plan. I nogle projekter har de haft en fast struktur for opfølgning, f.eks. efter 3 eller 6 mdr., andre projekter følger op, hvis borgeren ønsker det eller der opleves behov for det og nogle af projekter havde ikke opfølgning som del af deres tilbud.

I det følgende præsenteres evalueringens overordnede resultater for evalueringsspørgsmål 11 og 12 vedrørende målopfyldeelse for borgere, der deltager i og fuldfører kommunale sundhedstilbud, deres karakteristika samt vurdering af sundhedssamtalens påvirkning på borgerens selvvaluerede helbred. Derudover præsenteres de overordnede konklusioner for evalueringsspørgsmål 13 om mulige årsager til manglende fastholdelse af borgere i en livsstilsændring.

##### Overordnet resultater

Blandt de henviste borgere til et sundhedstilbud tager størstedelen (71%) af dem tager imod tilbuddet og hvoraf 40% deltog i hele forløbet. Evalueringen viser, at sundhedssamtalen og evt. deltagelse i et sundhedstilbud i nogen grad kan bidrage til livsstilsændring både på kort og lang sigt. Som det blev beskrevet tidligere, kan sundhedssamtalen for nogle borgere fungere som et "skub i den rigtige retning".

Sundhedssamtalens påvirkning af borgerens selvvaluerede helbred er blevet undersøgt. Her kan det konkluderes, at der ikke nogen forskel på borgernes selvvaluerede helbred fra baseline til follow-up. Det tyder derfor ikke på, at sundhedssamtalen har haft en effekt på borgernes selvvaluerede helbred efter 6 måneder. Resultatet er sammenligneligt med resultatet fra den nationale sundhedsprofil, hvilket viser, at borgerne ikke har et dårligere selvvalueret helbred end den brede befolkning. Det er derfor ikke muligt at vurdere, om sundhedssamtalen har påvirket målgruppens selvvaluerede helbred.

Kommunerne har erfaret, at opfølgende samtaler kan være en stor hjælp til at sikre fastholdelse af borgerne i en livsstilsændring. Flere projekter har oplevet, at den opfølgende samtale er en fordel, fordi den kan være med til at fange borgerne på et tidspunkt efter den første sundhedssamtale, hvor de er mere modne for en ændring og i højere grad er klar til at blive henvist til et kommunalt sundhedstilbud, end de var til selve sundhedssamtalen. Derudover kan opfølgende samtaler også være en motiverende faktor, fordi løbende opfølgning forpligter borgerne til at fastholde deres plan. Opfølgende samtaler kan dermed bidrage til fastholdelse af borgerne og kan være en stor fordel for borgere, som har behov for at blive motiveret yderligere for at kunne skabe den nødvendige ændring. Dog viser resultaterne, at kun godt en tiendedel (11 %) af deltagerne har aftalt yderligere opfølgning efter sundhedssamtalen med det kommunale sundhedspersonale.

Det tyder desuden på, at det er en fordel for fastholdelsen, at borgerne sluses ud i organisationer og tilbud i civilsamfundet efter endt forløb i kommunalt regi.

Omvendt kan en række faktorer være barrierer for, at borgerne fastholdes i en livsstilsændring. Målgruppen for puljen er borgere, som ofte har et hårdt fysisk arbejde med evt. skiftende arbejdstider. Det kan være en årsag til, at det i hverdagen kan være svært at finde energi og ressourcer til at fastholde livsstilsændringer. Derudover kan manglende tro på egne kompetencer, på grund af tidligere oplevelser med nederlag, udgøre en barriere for fastholdelse af en livsstilsændring. Dette kan for eksempel være i forbindelse med væggtab, rygestop eller smerter i led og muskler. I nogle af projekterne har de haft fokus på at opbygge kompetencer gradvist, så borgerne bliver rustet til livsstilsændringerne.

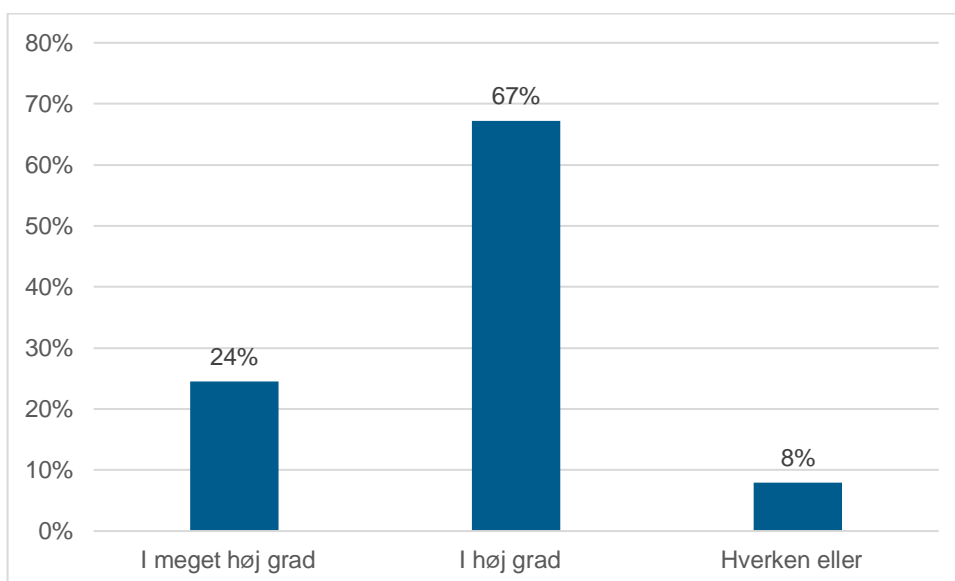
Derudover er det for mange af borgerne afgørende, at livsstilsændringen sker i fællesskab med andre. Det at være en del af en social sammenhæng, bliver udfordret i de kommunale tilbud, da det sociale element er svært at opbygge i tidsbegrænsede tilbud, hvor der løbende udskiftning blandt deltagerne. Flyttes tilbuddet derimod ud på virksomhederne vil rammerne for at kunne give deltagerne følelsen af at være en del af en social sammenhæng være mere optimale, blandt andet fordi der er nogle eksisterende relationer der kan bygges videre på.

#### **4.5.1. Målopfyldeelse for borgere, der deltager i og fuldfører kommunale sundhedstilbud**

I det følgende besvares evalueringsspørgsmål 11 og 12 vedrørende målopfyldeelsen i forhold til andelen af de henviste borgere, som deltager i og fuldfører et kommunalt forebyggelsestilbud, herunder karakteristika ved disse, samt vurdering af sundhedssamtalens påvirkning på borgerens selvvaluerede helbred.

Blandt de henviste borgere til et sundhedstilbud tager størstedelen (71%) af dem imod tilbuddet og hvoraf 40% deltog i hele forløbet. Blandt de borgere, som blev henvist til et kommunalt sundhedstilbud, blev der aftalt en opfølgende samtale med to ud af tre (57%). For 34% blev der aftalt en opfølgende samtale op til seks måneder efter sundhedssamtalen. For 10% af borgerne blev der aftalt mere end en opfølgningssamtale.

Ved sammenligning af de respondenter, der har besvaret både baseline og den opfølgende spørgeskemaundersøgelse, findes en sammenhæng mellem deres motivation umiddelbart efter sundhedssamtalen, og om de faktisk har fastholdt livsstilsændringen. For de respondenter, der i baseline i meget høj grad eller i høj grad var motiveret til at fastholde en livsstilsændring, har godt og vel 70% fastholdt den. De respondenter, der har svaret, at de har fastholdt deres livsstilsændring, er ydermere blevet spurgt, hvorvidt de har planer om at fastholde ændringen på sigt. Dertil svarer mere end ni ud af ti (91%), at de i meget høj grad eller i høj grad vil fastholde ændringen, jf. Figur 23.



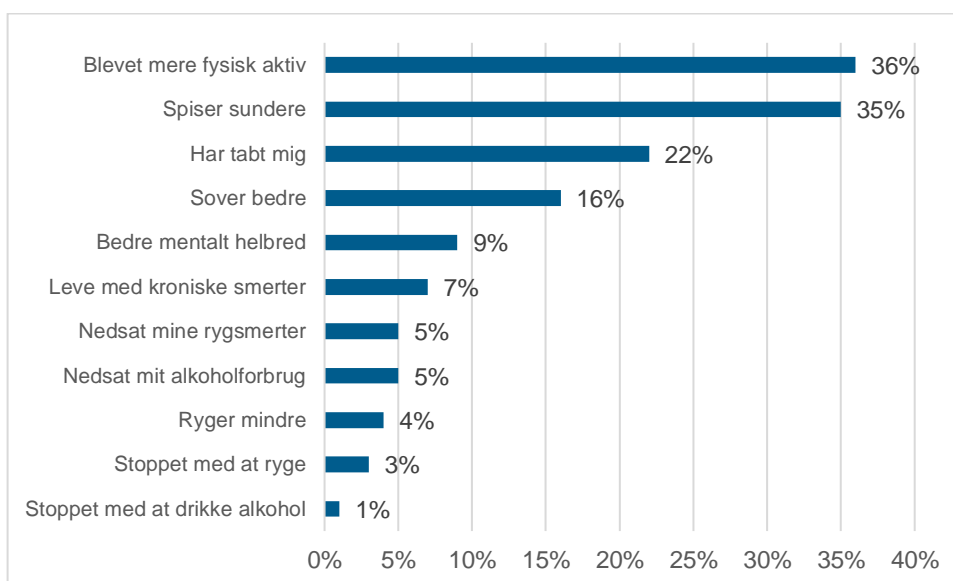
Figur 23: Planer om fastholdelse af livsstilsændring.

Noter: Spørgsmålet stilles kun til de borgere, der har svare "Ja" til spørgsmålet "Har du fortsat fastholdt din livsstilsændring?". Grundet for få respondenter er kategorien "I ringe grad" udeladt. N=1.049.

Kilde: Follow-up-spørgeskema. "Har du planer om at fastholde din livsstilsændring?".

Hvis en respondent svarede, at denne ikke har fastholdt livsstilsændringen, blev de adspurgt, hvor længe de fastholdt ændringen. Størstedelen (55%) ved ikke, hvor længe ændringen holdt, mens 36% holdt mellem 0-3 måneder. Kun 9% svarede at de kunne fastholde ændringen i mere end tre måneder. Dette indikerer, at det har været svært for deltagerne efter sundhedssamtalen at fastholde deres livsstilsændring på længere sigt.

Ved opfølgning blev respondenterne adspurgt til deres adfærdsændringer. De hyppigste ændringer hos deltagerne er mere fysisk aktivitet (36%) efterfulgt af en sundere kost (35%). I den modsatte ende er der færrest, der er stoppet med at drikke alkohol (1%) og ryge (3%). De egentlige ændringer i sundhedsadfærd stemmer overens med de ønskede livsstilsændringer, som borgerne ønskede at lave umiddelbart efter samtalen. Her var størstedelen også enten i gang eller planlagde at gå i gang med at være mere fysisk aktiv (80%) eller spise mere sundt (73%). Omvendt ønskede kun 12% at nedsætte alkoholforbruget.



Figur 24: Hvordan har borgerne ændret sundhedsadfærd?

Note: Respondenterne havde mulighed for at sætte flere krydser, hvorfor andelen ikke summer til 100%. N=1.848.

Kilde: Follow-up-spørgeskema. "På hvilke parametre har du ændret din sundhedsadfærd?".

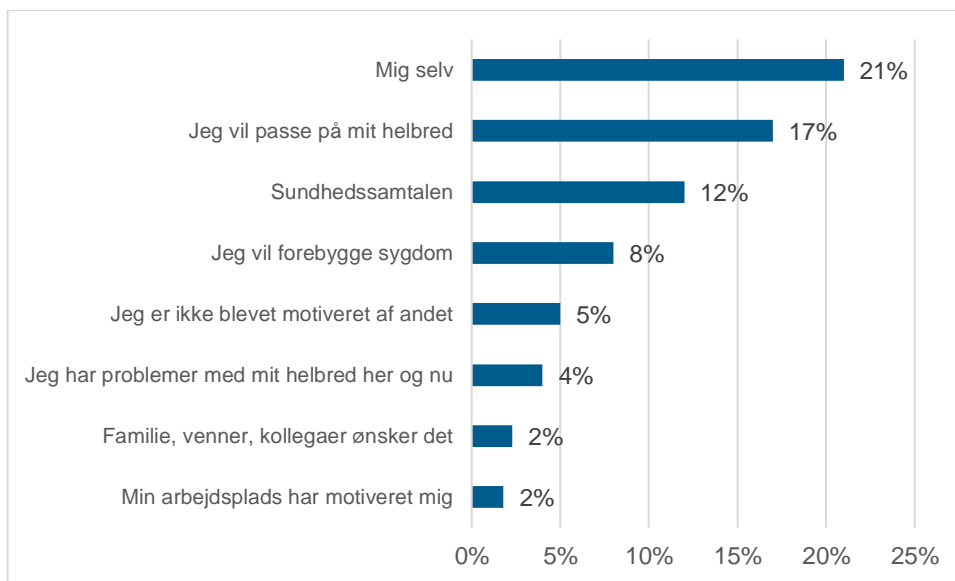
Borgerne rapporterer altså selv, at de hyppigste ændringer i deres sundhedsadfærd er mere fysisk aktivitet og en sundere kost. Som nedenstående afsnit illustrerer, tegner der sig dog overordnet et billede af, at der ikke er sket store ændringer på en række sundhedsvariable for borgerne, der har deltaget i forløb, i tiden mellem baseline og follow-up-målingen.

Sammenlignes borgernes svar i baselineundersøgelsen med deres svar ved follow-up ses, at borgernes rygevaner er nogenlunde uændret. Ved follow-up er der færre borgere, der ryger hver dag, og flere, der aldrig har røget sammenholdt med baseline. Ingen af forskellene er dog signifikante. For antal ugentlige genstande ses det, at langt størstedelen af respondenterne både ved baseline og follow-up drikker færre end 8 genstande om ugen. Den eneste signifikante forskel ved follow-up i forhold til baseline er, at færre borgere drikker 0 genstande om ugen.

Fordelingen af borgernes BMI er stort set uændret, når man ser på de respondenter, der også har deltaget i follow-up målingen. Også i forhold til borgernes besvarelser af, om de har problemer med lettere aktiviteter eller at gå op ad trapper, adskiller ingen grupper i follow-up-undersøgelsen sig signifikant fra baseline. Ved baseline vurderer størstedelen deres fysiske form som værende enten god eller nogenlunde. Deltagernes fysiske form er nogenlunde lige fordelt ved sammenligning af baseline og opfølgning uden signifikante forskelle. Der er heller ingen signifikante forskelle mellem baseline og follow-up i forhold til borgernes oplevede smerter og ubehag de seneste 14 dage.

Som beskrevet i afsnit 4.2.2 er respondenterne desuden blevet spurgt til, hvor stor en del af tiden i de seneste 4 uger, deres fysiske helbred har haft betydning for deres arbejde eller andre daglige aktiviteter. Her er billedet det samme for baseline- og follow-up-målingen, nemlig at størstedelen angiver, at det på intet tidspunkt har betydet, at de har nået mindre, end de ville, eller har begrænset dem i typen af arbejde eller aktivitet, de har kunnet udføre. Det samme gør sig gældende for respondenternes besvarelser på spørgsmålet om, hvorvidt følelsesmæssige problemer har haft betydning for deres arbejde eller andre daglige aktiviteter. Også her er billedet det samme for baseline og follow-up-målingen, nemlig at størstedelen svarer, at følelsesmæssige problemer på intet tidspunkt har haft betydning for, at de har nået mindre end de ville, eller har udført arbejdet mindre omhyggeligt end de plejer. Respondenternes mentale helbred varierer ligeledes ikke signifikant mellem baseline og follow-up.

Ved follow-up blev de deltagende borgere spurgt ind til årsagerne til deres ændringer i deres sundhedsadfærd. Her var den hyppigste årsag til ændring af deres sundhedsadfærd dem selv (21%), dvs. at de selv har fundet motivationen til at ændre deres adfærd. Dernæst fulgte, at de gerne vil passe på deres helbred (17%) samt sundhedssamtalen (12%). Den mindste motivation til ændring af sundhedsadfærd kom fra arbejdspladsen (2%) og at familien og venner ønsker det (2%).



Figur 25: Andre faktorer, der motiverede til ændret sundhedsadfærd.

Note: Respondenterne havde mulighed for at sætte flere krydser, hvorfor andelen ikke summer til 100%. N=1.848.

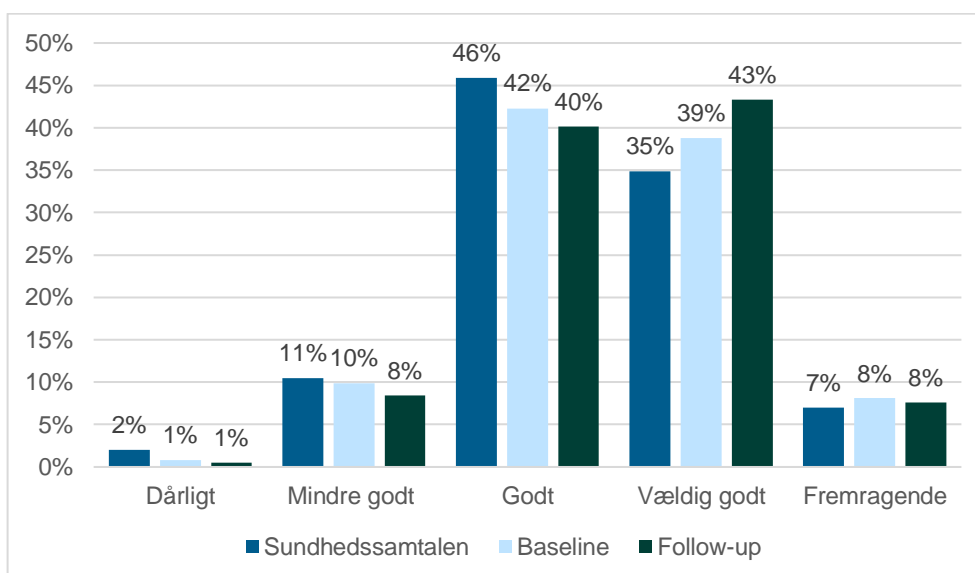
Kilde: Follow-up-spørgeskema. "Var der andet end sundhedstilbuddet, der motiverede dig til at ændre din sundhedsadfærd?".



### Målgruppens selvvaluerede helbred

Der er bred enighed om, at selvvalueret helbred er et overordnet mål eller en helhedsvurdering af eget helbred, og at det udtrykker såvel fysiske som psykiske og sociale aspekter af helbredet. Selvvalueret helbred har vist sig at være et stabilt mål for den enkeltes helbred over tid. Det er endvidere en prædiktiv faktor for dødelighed af alle årsager, samt en prædiktiv faktor for sygelighed pga. bl.a. type 2-diabetes og visse former for kræft (Sundhedsstyrelsen, 2006).

Til sundhedssamtalen har 88% af borgerne vurderet, at de har et godt, vældig godt eller fremragende helbred. I baseline undersøgelsen var denne andel 89% og ved follow-up 91%. Resultater er sammenlignelige med resultater fra den nationale sundhedsprofil, hvilket viser, at borgerne ikke har et dårligere selvvalueret helbred end den brede befolkning. Det er derfor ikke muligt at vurdere, om sundhedssamtalen har påvirket målgruppens selvvaluerede helbred.



Figur 26: Selvvalueret helbred ved sundhedssamtalen, baseline og follow-up.  
 Note: Baseline: N = 4.225, Follow-up: N = 1.456, Sundhedssamtalen: N = 2.948.  
 Kilde: "Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?".

#### 4.5.2. Årsager til manglende fastholdelse af livsstilsændring

I det følgende besvares evalueringsspørgsmål 13 vedrørende manglende årsager til fastholdelse i kommunale sundhedstilbud eller livsstilsændring på kort og lang sigt. Ligeledes præsenteres tværgående resultater for, hvad der, udover opfølgende samtaler, kan være med til at fremme fastholdelse af borgerne i en livsstilsændring.

Det er generelt for målgruppen, at størstedelen har begrænsede ressourcer, hvilket kan være en barriere for fastholdelse af en livsstilsændring. Det ses også, at de borgere der har mulighed for at deltage i aktiviteter på arbejdspladsen, har nemmere ved at fastholde livsstilsændringen end de borgere, der skal deltage i en aktivitet i en forening. Det kan

skyldes flere faktorer, såsom, at man ikke gider at deltage i aktivitet i en forening, at der ikke er relevante tilbud i ens nærområde, at man ikke kan finde tid og overskud til at deltage i aktiviteter i ens fritid.

Tre ud af fem (60%) har ikke oplevet, at der er fulgt op med andre initiativer fra arbejdsplads eller fagforening efter at de er være blevet henvist til sundhedssamtalen gennem arbejdspladsen. Godt én ud af fem (21%) har oplevet, at deres arbejdsplads har fulgt andre initiativer, som f.eks. at indføre motion i arbejdstiden og sundere kantinemad. 11% af respondenterne har aftalt yderligere opfølgning efter sundhedssamtalen med den kommunale medarbejdere.

I spørgeskemaundersøgelsen lige efter sundhedssamtalen bliver respondenterne desuden spurgt om, hvorvidt de ønsker at ændre livsstil. I seks ud af ni kategorier svarer mindst halvdelen, at de ikke ønsker at ændre livsstil. Færrest ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug (88%), men knap tre ud af seks svarer, at de ikke ønsker at ændre søvnevaner (59%) eller at blive bedre til at leve med kroniske smerter (58%). Flest respondenter er i gang med at være mere fysisk aktiv (39%) og spise sundere (40%).

Evalueringen har undersøgt årsagerne til, at nogle respondenter ikke ønsker at ændre livsstil. Den hyppigste årsag til, at respondenterne ikke ønsker at ændre livsstil er, at de i forvejen synes, at de lever sundt (41%). Derudover svarer knap hver tredje (29%), at de ikke har problemer med helbredet, mens hver femte ikke har overskud til at ændre livsstil (20%).

Ligesom en række faktorer kan mindske borgernes ønske om at ændre livsstil, kan en række faktorer også bidrage positivt til borgernes motivation og fastholdelse af en livsstilsændring. Socialt fællesskab og støtte fra andre kan f.eks. fremme fastholdelsen af borgerne. Borgere beskriver, at det med fordel kan være en tredjepart, der ikke er fra familien, som giver støtte og som også arbejder på en adfærdsændring.

*"Jeg tror, det er godt at have en tredjepart, som ikke er i familien, som kan støtte mig, men det kan også være en ven, veninde eller familie. For mig er det bedst med en udefra i forhold til min omgangskreds."* (Borger, Næstved Kommune)

Endnu en fremmede faktor for fastholdelse af borgerne er, hvis sundhedstilbuddet foregår i arbejdstiden. En borger beskriver, at det øger tilslutningen til tilbuddet og at medarbejderne samtidig kan holde hinanden op på adfærdsændringerne.

*"Det er 100% fordi tilbuddet er blevet afholdt på arbejdet og i arbejdstiden, det gør at vi kommer af sted til alle gangene. Så stikker vi lidt til hinanden, hvis der er nogen, der overvejer at gå ud og tage en smøg"* (Borger, Sønderborg Kommune).

### **Opfølgende samtaler som led i fastholdelse eller rekruttering**

Evalueringen viser, at de opfølgende samtaler med borgerne kan spille en vigtig rolle i fastholdelsen af en livsstilsændring.

Flere af projektkommunerne har lavet opfølgende samtaler enten over telefonen eller som fysiske møder. Projekterne i bl.a. Aalborg, Jammerbugt og Mariagerfjord Kommune har erfaret, at en opfølgende samtale enten telefonisk eller fysisk dels kan være med til at fastholde borgerne i deres livsstilsændring, dels kan åbne op for muligheden for at tilbyde deltagelse i kommunale sundhedstilbud, som man ikke blev tilbudt ved første samtale.

Flere af projekterne erfarer, at der hos nogle borgere er en modningsproces fra første samtale til den opfølgende samtale, før borgerne er klar til at få en henvisning til et eller flere kommunale sundhedstilbud. Dette hænger blandt andet sammen med, at borgerne har brug for at reflektere over egen sundhedstilstand, for at erkende, at de er nødt til at foretage livsstilsændringer. Derudover kan det have en afsmittende effekt, at de ser andre ændre sig, før de selv er klar til ændringerne, f.eks. deres kollegaer, som også har deltaget i en sundhedssamtale.

Projekterne i bl.a. Roskilde, Esbjerg, Syddjurs og Sønderborg Kommune har bl.a. oplevet, at flere af de borgere, der takker nej til et sundhedstilbud under sundhedssamtalen, takker ja, når de bliver spurgt igen til den opfølgende samtale. Ifølge projektet i Syddjurs Kommune skyldes det blandt andet, at borgerne gerne vil prøve på egen hånd at nå de mål, der bliver sat under sundhedssamtalen. Lykkes de ikke på egen hånd, er opfølgningen en mulighed for at give borgerne endnu en håndsækning ved at tilbyde dem at deltage på et kommunalt sundhedstilbud. Oplevelsen hos Syddjurs Kommune er, at nogle borgere er mere modnede efter en måned, og at flere først tilmelder sig herefter.

En opfølgende samtale kan også fungere som en motivationsfaktor i sig selv, fordi borgerne ved, at der bliver fulgt op på dem efter sundhedssamtalen. På den måde kan løbende opfølgning virke forpligtende, så borgeren fastholder sin plan.

*"Det her med at lave en aftale, hvor der er sat en dag, så forpligter man sig på en anden måde. I hvert fald for mig har det gjort noget (...) Det handler om at høre, hvordan det er gået for at holde folk op på deres samvittighed, men det skal ikke være for at dunke folk oven i hovedet."* (Borger, Syddjurs Kommune)

Projekterne i både Jammerbugt og Aalborg Kommune har oplevet, at dem der får en opfølgende samtale, er dem, der rykker sig mest. Den opfølgende samtale kan altså fungere som et kærligt "skub" til borgeren. Projektgruppen i Jammerbugt Kommune beskriver, at opfølgningen kan bidrage til, at borgeren ikke bliver "tabt", og fastholder, også borgerne, der endnu ikke er i gang med en adfærdsændring efter sundhedssamtalen. En borger beskriver, hvordan aftalen om opfølgning giver motivation til at fortsætte og at øge indsatsen.

*"Det, at man aftaler en opfølgning, det gør også, at man har lyst til at gøre en forskel (...) Hvis de ved, at der kommer en og snakker og måler igen, vil man gerne gøre lidt ekstra"* (Borger, Jammerbugt Kommune).

Den opfølgende samtale kan enten tilbydes fysisk på arbejdspladsen eller telefonisk. Der er fordele og ulemper ved begge dele. Særligt fysisk afholdelse af opfølgningssamtaler er ressourcekrævende, og flere projekter har derfor foretrukket telefoniske samtaler. Nogle projekter har dog oplevet udfordringer med at få telefonisk kontakt til borgere i forbindelse med opfølgning. Det kan derfor være en fordel til sundhedssamtalen at aftale med borgeren, hvornår de bliver ringet op igen. En projektmedarbejder i Jammerbugt Kommune fortæller, at borgeren efter seks måneder kan have glemt, "hvem man var" eller at de ikke kan huske, hvilke mål, de satte til samtalen. Derfor kan det i nogle tilfælde være en bedre løsning at møde borgeren fysisk på arbejdspladsen.

De generelle positive erfaringer med opfølgende samtaler understreger, at en sundhedssamtale meget gerne skal suppleres af en eller flere opfølgende samtaler for at sikre fastholdelse af borgerne i livsstilsændringen og evt. rekruttering til andre tilbud, også på trods af, at det kræver flere ressourcer at afholde opfølgende samtaler.

*"Det er meget ressourcekrævende, men jeg tror, at hvis samtalerne skal have en effekt, så skal der også være en opfølgning på borgerne efter et stykke tid. Ellers er mange af os indrettet sådan, at hvis der ikke er opfølgning, så fiser luft lidt ud af ballonen."* (Samarbejdspartner, Næstved Kommune)

#### **Gode råd til praksis på baggrund af evalueringens resultater:**

- Det er vigtigt, at der indgår struktureret opfølgning af hver enkelt borger efter sundhedssamtalen. Opfølgningen kan både øge eller genstarte motivationen. For de borgere, som ikke er klar til ændringer ved første samtale, kan den opfølgende samtale betyde, at de alligevel kommer i gang.

## 5. Brug af sundhedsydelse

Efter sundhedssamtalen kan borgerne blive opfordret til at opsøge deres praktiserende læge for yderligere udredning, henvisning til andre sundhedsprofessionelle eller vejledning i forhold til sundhedsmæssige problemstillinger. Dette kan på kort sigt føre til en stigning i brugen af sundhedsydelser, herunder i praksissektoren, som består af praktiserende læger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, tandlæger og fodterapeuter. Deltagelse i kommunale sundhedstilbud kan også medføre en nedgang i brugen af sundhedsydelser i praksissektoren, da man med deltagelse i en sundhedssamtale og evt. et kommunalt sundhedstilbud på længere sigt har forhindret sygdom og dermed ikke vil opsøge sin praktiserende læge. Sundhedssamtalen potentielt set også give en nedgang i praksis sektoren, fordi sundhedssamtalen erstatter en eller flere konsultationer hos praktiserende læge.

Derudover kan brug af den praktiserende læge og/eller deltagelse i kommunale sundhedstilbud medføre en øget tilgang til hospitalssektoren qua opsporing af uopdagede sygdomme eller en nedgang, da tidlig opsporing på lang sigt forventeligt kan resultere i færre akutindlæggelser og mindre sygdom generelt.

I dette kapitel besvares evalueringsspørgsmål 14 og 15 vedrørende, hvor mange borgere der opfordres til at opsøge praktiserende læge, og hvad der karakteriserer den gruppe af borgere? I den forbindelse undersøges om der er en tilvækst eller nedgang i tilgang til praktiserende læge blandt borgerne, som har deltaget i en sundhedssamtale sammenlignet med året før. Derudover undersøges, hvor mange borgere der opfordres til at opsøge andre sundhedsprofessionelle i praksissektoren, og hvad der karakteriserer den gruppe af borgere. Herunder også om der er en stigning eller et fald i tilgang til andre sundhedsprofessionelle blandt borgere, som har deltaget i en sundhedssamtale sammenlignet med året før.

Analyserne i dette kapitel bygger på 2.948 borgere mellem 40 og 60 år med risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme med bopæl i den kommune, hvor de er rekrutteret (se Afgrænsning af data, afsnit 2.5.1).

### Overordnede resultater

Sammenligner man brugen af ydelser i den primære sektor (almen praksis) seks måneder før sundhedssamtalen med brugen af ydelser seks måneder efter sundhedssamtalen ses, at der er en signifikant stigning af borgernes brug af almen praktiserende læge. Denne stigning er signifikant på tværs af køn, men på tværs af forskellige aldersgrupper er stigningen kun signifikant blandt de 50-60-årige. Der er ingen signifikant stigning i borgernes brug af speciallæge efter sundhedssamtalen.

Både blandt kronikere og ikke-kronikere ses, at deres besøg hos deres praktiserende læge er steget signifikant efter deltagelse i en sundhedssamtale (se Figur 28). Blandt

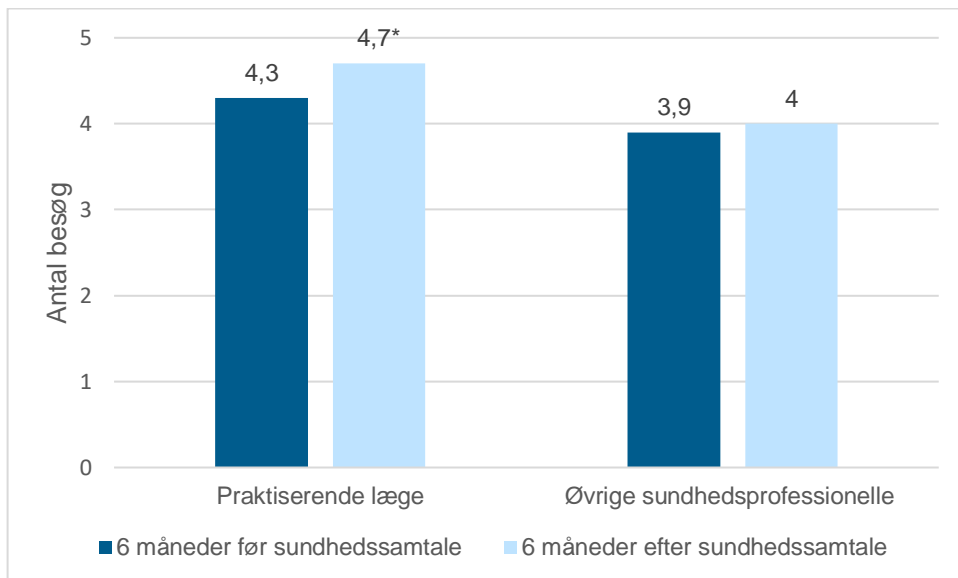
personer med kroniske sygdomme ses, at stigningen er signifikant blandt personer med astma eller KOL, men ikke blandt personer med type 1 og 2-diabetes (se Figur 29).

Hos personer med ingen uddannelse eller med en videregående uddannelse ses også en signifikant stigning i brugen af almen praktiserende læge seks måneder efter deltagelse i en sundhedssamtale. Forbruget af praktiserende læge er også steget signifikant blandt både ledige og personer i beskæftigelse.

Kigges der på brugen af sundhedsydelser i den sekundære sektor (hospitalsvæsenet) ses, at der ikke er nogen signifikant stigning i forekomsten af indlæggelser seks måneder efter deltagelse i en sundhedssamtale sammenholdt med seks måneder før sundhedssamtalen. Dette er dog forventeligt, da udviklingen af livsstilsygdomme tager lang tid, og det må derfor formodes, at det på nuværende tidspunkt endnu ikke er muligt at se effekten af sundhedssamtalerne i den sekundære sektor. Dog har målgruppen et hyppigere brug af hospitalsvæsenet sammenlignet med den generelle befolkning før sundhedssamtalen, hvilket kan indikere at den rekrutterede målgruppe i mindre grad før sundhedssamtalen har opsøgt praktiserende læge, men har haft en skadelige/usund sundhedsadfærd idet de har signifikant flere indlæggelser end befolkningen.

#### **Brug af primærsektoren (almen praksis)**

Seks måneder før sundhedssamtalen havde de rekrutterede borgere i gennemsnit 4,1 besøg om året hos deres almen praktiserende læge. Seks måneder efter deltagelsen i sundhedssamtalen steg dette til et gennemsnit på 4,4 besøg. Forskellen viser sig at være signifikant. Befolkningen havde i samme periode i gennemsnit 4,6 besøg hos deres almen praktiserende læge. Analyserne viser desuden, at der er en signifikant stigning i brugen af egen læge, efter deltagelsen i en sundhedssamtale, men ikke i brugen af speciallæge. Det ses, at det gennemsnitlige antal besøg hos den almen praktiserende læge er steget fra 4,3 til 4,7 efter deltagelsen i en sundhedssamtale.

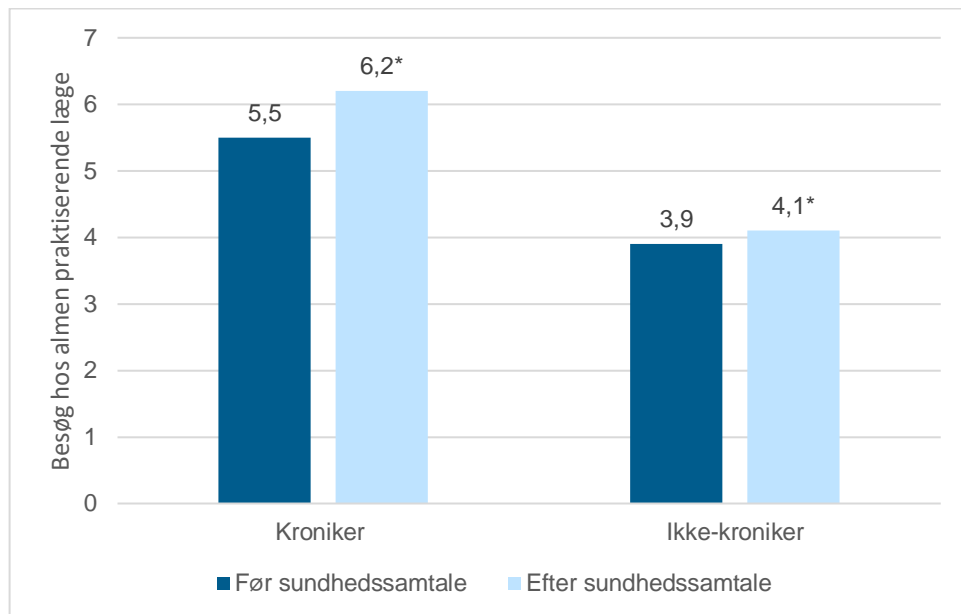


Figur 27: Brugen af praktiserende læge og øvrige sundhedsprofessionelle (herunder fysioterapi, ergoterapi, psykolog, kiropraktor mm.) før og efter en sundhedssamtale.

Note: N = 1.457. \* =  $p < 0.05$

Blandt de rekrutterede borgere var 66% kvinder og 34 % mænd. Kigges der nærmere på hvordan kønnene har benyttet sig af deres almen praktiserende læge seks måneder før i forhold til seks måneder efter deres sundhedssamtale ses, at begge køn har en signifikant stigning i brugen af deres almen praktiserende læge. Kvinderne har en stigning fra 4,6 til 4,9 besøg, og mændene har en stigning fra 3,2 til 3,5 besøg hos deres praktiserende læge. Blandt de forskellige aldersgrupper ses kun en signifikant stigning blandt de 50-60-årige, med en stigning fra 4,2 til 4,6 besøg hos den almen praktiserende læge om året.

15% af de deltagende borgere havde en kronisk sygdom, og 85% havde ingen kroniske sygdomme. I begge grupper ses en signifikant stigning i forbruget af deres almen praktiserende læge efter deltagelse i en sundhedssamtale. Blandt kronikere var der en stigning fra 5,5 besøg til 6,2 besøg hos deres almen praktiserende læge. Blandt ikke kronikere var der en stigning fra 3,9 til 4,1 besøg.

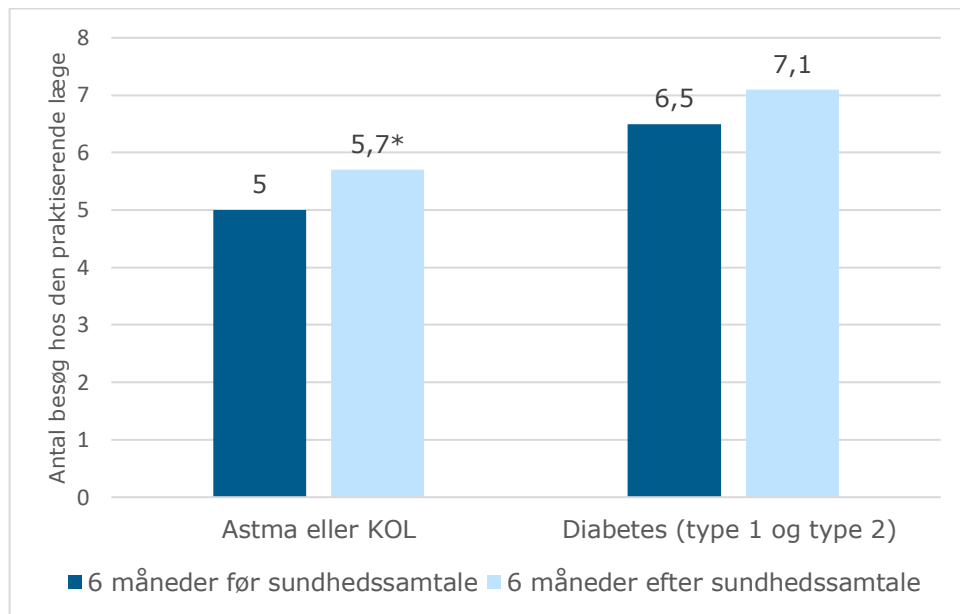


Figur 28: Brugen af almen praktiserende læge før og efter en sundhedssamtale fordelt på kronikere vs. ikke-kronikere.

Note: N = 1.457. \* =  $p < 0.05$

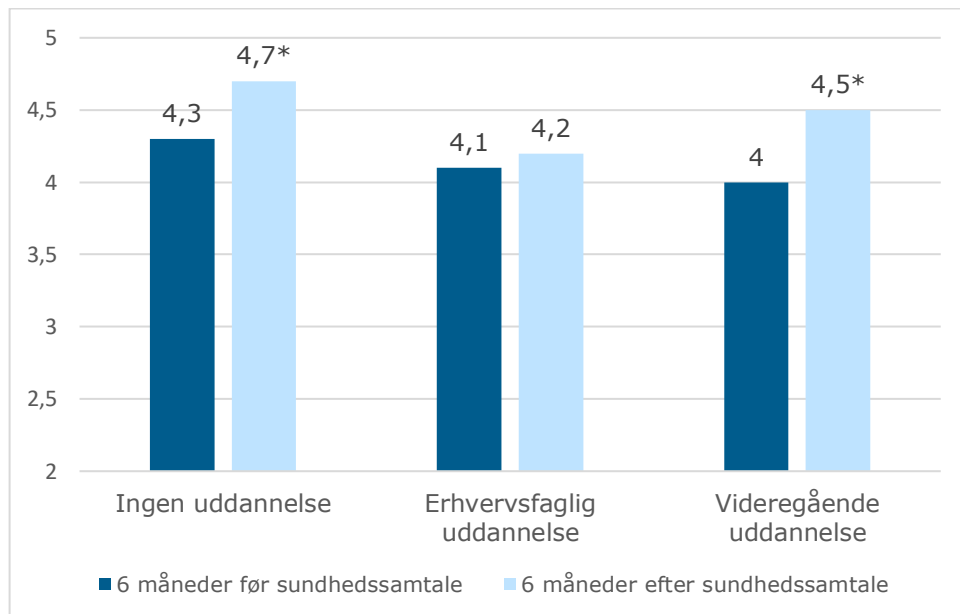
Ser vi på personer med kroniske sygdomme ses, at blandt rekrutterede personer med astma eller KOL er der en signifikant forskel i brugen af almen praktiserende læge efter deltagelsen i sundhedssamtalen. Dog er der ingen signifikant forskel i brugen af den praktiserende læge blandt diabetes patienter (type 1 og 2) efter deltagelse i en sundhedssamtale.





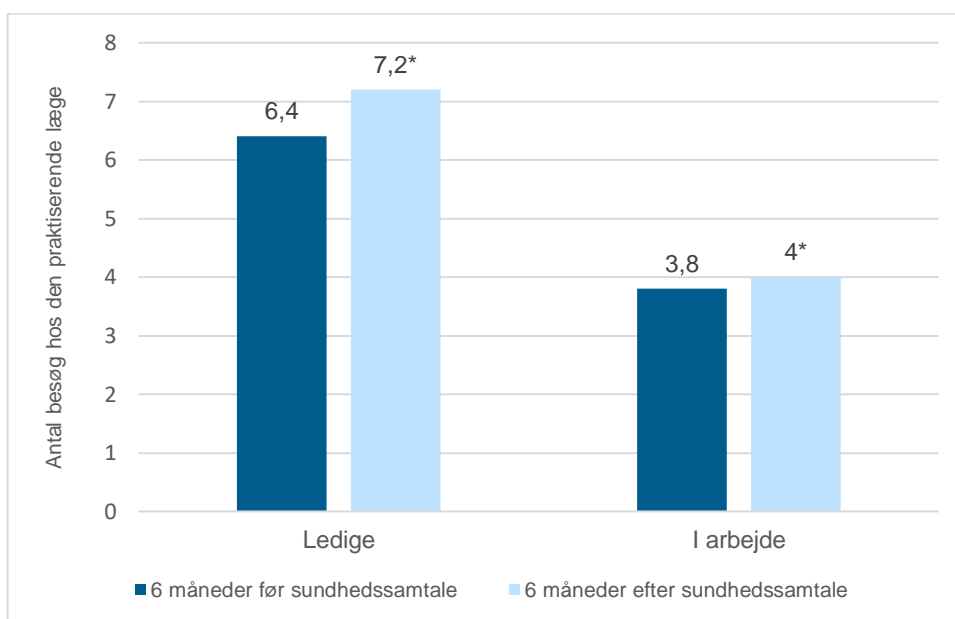
Figur 29: Brugen af almen praktiserende læge før og efter en sundhedssamtale fordelt på kroniske sygdomme. Note: N=1.457. \* =  $p < 0.05$

På tværs af forskellige uddannelsesniveauer ses også en stigning i brugen af almen praktiserende læge efter deltagelse i en sundhedssamtale. Forskellen er dog kun signifikant for borgere med ingen uddannelse eller med en videregående uddannelse. Blandt rekrutterede borgere med ingen uddannelse ses en stigning i forbruget af deres praktiserende læge fra 4,3 til 4,7 besøg, og blandt personer med videregående uddannelse ses signifikant stigning fra 4,0 til 4,5 besøg hos deres praktiserende læge.



Figur 30: Brugen af almen praktiserende læge før og efter en sundhedssamtale fordelt på uddannelsesniveau.  
Note: N = 1.457. \* =  $p < 0.05$

Blandt de ledige og personer i beskæftigelse ses en signifikant stigning i brugen af almen praktiserende læge efter deltagelsen i sundhedssamtalen. Blandt de ledige er forbruget steget fra et gennemsnit på 6,4 besøg årligt til 7,2 besøg hos den almen praktiserende læge. Blandt personer i arbejde er stigningen lidt mindre. Forbruget er steget fra 3,8 til 4,0 besøg om året hos den praktiserende læge.



Figur 31: Brugen af almen praktiserende læge før og efter en sundhedssamtale i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet.

Note: N = 1.457. \* =  $p < 0.05$

### Brug af sekundær sektor (hospitalsvæsenet)

På baggrund af resultaterne fra analysen af data fra projektet er det ikke muligt at finde tydelige beviser på, at sundhedssamtalen og de efterfølgende forløb har haft en effekt på borgerne. Det kan ikke allerede forventes, at man kan måle på en evt. stigning eller fald i forbrug af ydelser i det sekundære sundhedsvæsen. Dette skyldes, at livsstilssygdomme er lang tid om at udvikle sig, og derfor vil forbruget af sundhedsydelser i den sekundære sektor endnu ikke være muligt at opspore (Kjærgaard, 2020). Dog viser undersøgelser at tidlige indsatser i den primære sektor kan forhindre udvikling af sygdom og indlæggelser på sigt (Danske Regioner, 2017).

Der er ingen signifikant forskel i antallet af indlæggelser blandt den rekrutterede målgruppe efter deres deltagelse i en sundhedssamtale.

Blandt de 328 rekrutterede personer ses der, at antallet af indlæggelser i gennemsnit er 0,46 per person over en periode på 12 til 6 måneder før samtalen, og at indlæggelserne i gennemsnit var 0,5 per person i en periode på 6 måneder efter samtalen. Som beskrevet tidligere er denne moderate stigning ikke signifikant. Det kan dermed ikke med sikkerhed konkludere, at det gennemsnitlige antal indlæggelser per person 6 måneder efter samtalen er forskellig fra det gennemsnitlige antal indlæggelser per person 12 til 6 måneder før samtalen.

Grundet projektets tidshorisont og mangel på data om indlæggelser (se yderligere forklaring i afsnit 2.6), er det valgt ikke at foretage en yderligere stratificering af datamaterialet

på denne del af analysen, hvor indlæggelser er anvendt som effektvariabel. Dette betyder dog ikke, at denne del af analysen er uinteressant, men skal forstås på den måde, at analysen er bedst tjent med at blive gennemført når det er muligt at måle over en længere periode end 6 måneder.

### Den rekrutterede målgruppes anvendelse af sundhedsvæsenet

I den rekrutterede målgruppe har 89% været indlagt på et tidspunkt i perioden fra 2013 til 2018. I samme periode har 85% af den generelle befolkning været indlagt. Denne forskel i indlæggelser er signifikant. Det indikerer, at der allerede før samtalen var et øget forbrug i hospitalsvæsenet hos målgruppen. For den rekrutterede målgruppe viste registerdata fra et år før sundhedssamtalen, at 70% af dem havde haft en indlæggelse. Dette er en signifikant større andel sammenlignet med befolkningen hvor kun 45% havde haft en indlæggelse i 2018. Det understreger, at målgruppen har haft et hyppigere brug af hospitalsvæsenet sammenlignet med befolkningen. Ser man på målgruppens indlæggelsesmønstre, ses at de fem hyppigste diagnoser blandt målgruppen udgør 68% af alle indlæggelser. Disse diagnoser og forekomsten af dem er præsenteret i Tabel 5.

Tabel 5: Forekomsten af de fem hyppigste diagnoser blandt målgruppen.  
Note: N = 2.946

Diagnose ved indlæggelse	Procent af samtlige indlæggelser
<b>K00-K93: Fordøjelsesorganer</b>	10%
<b>M00-M99: Knogler, muskler og bindevæv</b>	18%
<b>N00-N99: Urin- og kønsorganer</b>	11%
<b>R00-R99: Symptomer og abnorme fund IKA</b>	11%
<b>S00-T98: Læsioner og forgiftninger</b>	18%

Sammenholdes forekomsterne af indlæggelser med diagnoserne fra Tabel 5 med befolkningen, ses ingen forskelle i diagnoser ved indlæggelser.

## 6. Evalueringens konklusioner og gode råd til praksis

I dette kapitel præsenteres først den tværgående evalueringens overordnede konklusioner herunder på evalueringens fire temaer. Dernæst gives konkrete anbefalinger til praksis i kommunerne for videre læring og implementering af indsatsen.

Det kan konkluderes, at en indsats med fokus på opsporing af borgere der er i risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme og en viderehenvielse til kommunale sundhedstilbud, virker. Indsatsen virker fordi, den sætter fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i en kommunal kontekst og på arbejdspladser, ligesom den gør det muligt at opspore borgere langt tidligere end man ellers ville. Kommunen får derved mulighed for at hjælpe borgere med at forebygge sygdom langt tidligere.

En målrettet kommunal indsats, der har fokus på at identificere, hvor borgere som er i risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme, findes, og give vejledning til, hvordan de undgår en usund eller risikofyldt livsstil, har en positiv effekt. En sundhedssamtale med en kommunal sundhedsfaglig medarbejder evt. kombineret med en opfølgende samtale har et stort forebyggelsespotentiale for projektets målgruppe. Det skyldes, at sundhedssamtalen hjælper en stor andel af borgere med at ændre livsstil og i højere grad tage ansvar for egen sundhed. Borgerne formår således at handle med udgangspunkt i den viden, som de får gennem en sundhedssamtale.

I og med at forebyggelsesindsatser i højere grad handler om at få etableret nye og vedvarende livsstilsændringer kræver det ofte længerevarende indsatser end de, som kan tilbydes i kommunalt regi. Dette projekt understreger vigtigheden i, at kommuner tilbyder andre typer sundhedstilbud, som har et mere livsstilsrelateret fokus, end de der typisk findes i dag, der primært har til formål at symptombehandle. Kommunen kan med fordel i højere grad fokusere på at sikre bedre samarbejder med civilsamfundsaktører, herunder lokale idrætstilbud, som kan tilbyde længerevarende tilbud til borgere.

Det kan være svært og meget ressourcekrævende at etablere et samarbejde med organisationer i civilsamfundet, herunder også fagforeninger, som kan bidrage til den vedvarende fastholdelse. Brobygning mellem kommunale indsats og indsats i civilsamfundet kræver et dedikeret samarbejde, hvor der for begge parter investeres tid og ressourcer, og at man på længere sigt kan se, at indsatsen vil være værdiskabende for begge parter.

### Målopfyldelse

En del af formålet med evalueringen har været at dokumentere, hvorvidt projekterne har rekrutteret det antal borgere til projektet, de havde forventet. Projekternes måltal bidrager til at vise, om projekternes indsats og implementering har virket efter hensigten.

En sammenligning af projektkommunernes måltal og det faktiske antal rekrutterede borgere indenfor projektets målgruppe indikerer, at det for de fleste kommuner har været svært at nå måltallet. De fleste kommuner har rekrutteret mange borgere til projektet, som ligger uden for projektets målgruppe af 40-60-årige med risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme. Den primære årsag til det har været, at kommunerne i praksis ikke har kunnet selektere på borgers alder på f.eks. en virksomhed, idet de fleste virksomheder stillede krav om, at alle medarbejdere skulle tilbydes en sundhedssamtale uanset alder.

### Rekrutteringsarena og -strategi for rekruttering til sundhedssamtale

Den målrettede rekrutteringsstrategi har vist sig at være den mest hensigtsmæssige. Ligeledes er arbejdspladser den mest virkningsfulde arena at opspore og rekruttere målgruppen i. Der kan være forskellige indgange til virksomhederne enten via tillidsvalgte, arbejdsmiljørepræsentanter eller via ledelsen. Det afgørende er, at virksomheden stiller de nødvendige ressourcer (tid, lokaler og evt. koordineringskompetencer) til rådighed. Indsatsen bliver prioriteret, når arbejdspladsen kan se økonomiske fordele i form af reduceret sygefravær, mere effektive medarbejdere og større fastholdelse af medarbejdere. Desuden sender de et signal til medarbejderne om, at de værner om deres sundhed. Når sundhedssamtalen bliver indført som en obligatorisk aktivitet på arbejdspladsen med solid opbakning fra ledelsen, er der størst sandsynlighed for at rekrutteringsindsatsen bliver en succes.

Den primære årsag til, at arbejdspladser er den mest oplagte rekrutteringsarena, er, at målgruppen af 40-60-årige, som er i risiko for at få livsstilsrelaterede sygdomme, hovedsageligt findes på arbejdsmarkedet. De har ofte ikke overskud til at opsøge hjælp til livsstilsændringer i deres fritid. Målgruppen har normalt begrænset kontakt med kommunen, men når kommunen opsøger dem i deres vante omgivelser på arbejdspladsen, lykkedes det at etablere kontakt til denne gruppe af borgere.

Samarbejdspartnere kan have en vigtig rolle i forhold til at bidrage til rekruttering af målgruppen, men det har været svært for kommunerne, at indgå partnerskaber, medmindre samarbejdspartnerne kan se egne fordele ved indsatserne.

Sundhedssamtalen som metode er et effektivt redskab til at opspore borgere med i risiko for at få livsstilssygdomme samt rekruttere dem videre til kommunale sundhedstilbud. Derudover kan man via sundhedssamtalen opspore borgere med mistanke om sygdom, og opfordre dem til at opsøge deres praktiserende læge. Selvom sundhedssamtalen er ressourcekrævende, så er samtalen et virkningsfuldt redskab til at få kontakt med en gruppe borgere, der har udfordringer med deres sundhed, men ikke har intentioner om at kontakte kommunen eller søge egen læge for at få hjælp.

### Motivation og henvisning til sundhedsindsats

En af de vigtigste erfaringer er, at sundhedssamtalen ikke kun er en rekrutteringsindsats til kommunale eller andre tilbud og aktiviteter, men i sig selv er en intervention, som efterfølgende kan bidrage til at rykke på borgerens sundhedsadfærd og -tilstand. På tværs af puljen er det erfaringen, at et simpelt spørgsmål som "*Hvordan har du det?*" har en effekt på borgerne. Alene det spørgsmål og dialogen herom sætter for mange borgere skub i

livsstilsændringer, som de enten selv initierer eller som foregår via et kommunalt tilbud eller i andet regi.

Evalueringen viser, at 21% af deltagerne på eget initiativ er blevet motiveret til at foretage en livsstilsændring, 17% siger, at deres livsstilsændring er foranlediget af, at de gerne vil passe på deres helbred. For 12% har det været sundhedssamtalen i sig selv, som har motiveret til en livsstilsændring.

68% af de borgere, som har deltaget i en sundhedssamtale henvises til kommunale sundhedstilbud. Det vidner om, at en stor del af målgruppen har et reelt behov for at sætte fokus på deres egen sundhed. Evalueringen viser, at borgernes motivation for livsstilsændring sikres ved, at der er de relevante sundhedstilbud til borgerne. Desværre har ikke alle kommunerne tilstrækkelig med udbud af sundhedsfremmetilbud i kommunalt regi, hvilket kan være en hindring, når medarbejderne ved sundhedssamtalen har opdaget et reelt behov hos en borger, som ikke kan imødekommes.

En positiv effekt af, at sundhedstjekket blev udført på arbejdspladser er, at strukturel sundhedsfremme vinder indpas på de arbejdspladser, der har deltaget i projektet. Der er iværksat sundhedsfremmende initiativer på arbejdspladser som f.eks. frugtordning i stedet for kageordning, fælles motion i motionsrummet og fælles rygestopkurser i arbejdstiden.

#### Fastholdelse i livsstilsændring

Sundhedstjekket kan bidrage til en livsstilsændring hos borgeren på både kort og lang sigt. Det har for nogle borgere fungeret som et "skub i den rigtige retning". Konkrete forslag eller aftaler lavet på baggrund af sundhedssamtalen kan hjælpe med til at fastholde livsstilsændringen, når det kommunale tilbud er slut. Fastholdelsen kan ske med hjælp fra kommunen, arbejdspladsen, civilsamfundet, i samarbejde med ens familie eller på egen hånd.

De kommuner, som havde en struktureret tilgang til opfølgningen med planlagte samtaler med borgerne op til 6 måneder efter sundhedssamtalen, bidrog til, at de borgere, som endnu ikke var kommet i gang, fik igangsat deres livsstilsændring. For de øvrige borgere som var i gang, bidrog opfølgningssamtalen som en motivationsfaktor til at fortsætte med fastholdelse af livsstilsændringen.

Det er en fordel for fastholdelsen, at borgerne kan indgå i overgangstilbud og sluses ud i foreninger og tilbud i civilsamfundet efter endt forløb i kommunalt regi. Det kan bidrage til at imødekomme nogle af de udfordringer, der er forbundet med at fastholde en livsstilsændring. I projektet er der identificeret nogle barrierer for, at borgerne kan fastholde en livsstilsændring. For målgruppen kan det i en travl hverdag med hårdt fysisk arbejde og/eller skiftende arbejdstider være svært at finde energi og ressourcer til at fastholde livsstilsændringer. Derudover kan manglende tro på egne kompetencer udgøre en barriere for fastholdelse af en livsstilsændring.

Det er ofte afgørende, at livstilsændringen sker i fællesskab med andre. I tidsbegrænset kommunale tilbud kan det f.eks. være svært at opbygge sociale relationer til andre deltagere, der kan bidrage til fastholdelse af en livsstilsændring. Flyttes tilbuddet derimod ud på arbejdspladserne eller til lokale idrætsforeninger i civilsamfundet vil rammerne og oplevelsen af, at alle er sammen om et fælles projekt, give deltagerne følelsen af at være en del af et større socialt sammenhold, og derved øge chancen for fastholdelse.

#### Forbrug i sundhedsvæsenet

Sammenligner man brugen af ydelser i den primære sektor (almen praksis) seks måneder før sundhedssamtalen med brugen af ydelser seks måneder efter sundhedssamtalen ses, at der er en signifikant stigning af borgernes brug af almen praktiserende læge. Denne stigning er signifikant på tværs af køn, men på tværs af forskellige aldersgrupper er stigningen kun signifikant blandt de 50-60-årige. Der er ingen signifikant stigning i borgernes brug af speciallæge efter sundhedssamtalen.

Både blandt kronikere og ikke-kronikere ses, at deres besøg hos deres praktiserende læge er steget signifikant efter deltagelse i en sundhedssamtale. Blandt personer med kroniske sygdomme ses, at stigningen er signifikant blandt personer med astma eller KOL, men ikke blandt personer med type 1 og 2-diabetes.

Hos personer med ingen uddannelse eller med en videregående uddannelse ses også en signifikant stigning i brugen af almen praktiserende læge seks måneder efter deltagelse i en sundhedssamtale. Forbruget af praktiserende læge er også steget signifikant blandt både ledige og personer i beskæftigelse.

Kigges der på brugen af sundhedsydelser i den sekundære sektor (hospitalsvæsenet) ses, at der ikke er nogen signifikant stigning i forekomsten af indlæggelser seks måneder efter deltagelse i en sundhedssamtale sammenholdt med seks måneder før sundhedssamtalen. Dette er dog forventeligt, da udviklingen af livsstilssygdomme tager lang tid, og det må derfor formodes, at det på nuværende tidspunkt endnu ikke er muligt at se effekten af sundhedssamtalerne i den sekundære sektor. Dog har målgruppen et hyppigere brug af hospitalsvæsenet sammenlignet med den generelle befolkning før sundhedssamtalen, hvilket kan indikere at målgruppe i mindre grad før sundhedssamtalen har opsøgt praktiserende læge, men har haft en skadelig/usund sundhedsadfærd idet de har signifikant flere indlæggelser end befolkningen.



## GODE RÅD TIL PRAKSIS

- **Rekruttering:** Arbejdspladsen er en velegnet arena til rekruttering af målgruppen. Her kan kommunale aktører rekruttere borgere mellem 40-60 år med risiko for livsstilsrelaterede sygdomme. Opbakning fra arbejdspladsen opnås bedst, når dialogen også fokuserer på de økonomiske fordele i form af reduceret sygefravær, mere effektive medarbejdere og større fastholdelse af medarbejdere, som arbejdspladsen kan opnå gennem et tilbud om en sundhedssamtale.
- **Metode:** Sundhedssamtale som metoden kan bruges til at motivere til livsstilsændring og vidererekruttering til kommunale tilbud, idet den sætter den enkeltes behov i fokus. Sundhedshjulet kan bruges i sundhedssamtalen, da det er et effektivt redskab til at opspore de udfordringer, som ligger først for hos den enkelte borger, og som ofte udgør en barriere for at opnå forbedringer på længere sigt.
- **Medarbejdererfaring:** Medarbejdere der gennemfører sundhedssamtale bør have solide sundhedsfaglige – og pædagogiske kompetencer og erfaring med forskellige målgrupper. For at sikre sammenhæng med resten af kommunens indsatser er det også vigtigt, at medarbejderne har erfaring og viden om kommunens forvaltninger og tilbud til borgerne både indenfor sundhedsområdet, men også på social- og beskæftigelsesområdet.
- **Tværgående samarbejde:** Tilbuddet om en sundhedssamtale bliver styrket og det sikrer en høj tværfaglighed, hvis der samarbejdes med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunen, særligt fastholdelseskonsulenter og virksomhedsservice, som i forvejen har samarbejde med og kendskab til virksomheder.
- **Forebyggelseshold og overgangstilbud:** For at sikre borgers mulighed for livsstilsændring er det vigtigt, at kommunen udbyder forebyggelseshold, hvor borgere med risiko for livsstilsrelaterede sygdomme kan deltage. Ligeledes er der behov for overgangstilbud fra de kommunale træningshold til foreningsidræt eller træning i privat regi, da det sikrer borgers fastholdelse i en begyndende livsstilsændring, som er påbegyndt gennem deltagelse i kommunale tilbud.
- **Borgeropfølgning:** Der bør være en struktureret opfølgning på hver enkelt borger efter sundhedssamtalen, idet opfølgningen både kan fastholde, øge eller genstarte motivationen hos borgerne.
- **Strukturel sundhedsfremme:** Kommunerne kan med fordel styrke de strukturelle forebyggelsestiltag og sundhedsfremme på arbejdspladserne, f.eks. ved at tilbyde ryggestopkurser i arbejdstiden, målrettet tilbud om træning på arbejdspladsen og vejledning om bedre arbejdsmiljø.
- **Søvnproblemer:** Kommunerne kan med fordel øge de borgerrettede tilbud om hjælp til søvnproblemer, da evalueringen viser, at søvn er en af de primære barrierer for en sund livsstil. Tilbuddene kan tilbydes som enten individuelle forløb eller gruppeforløb.

# Bilag A Datagrundlag og metode

## A.1 Datagrundlag

Evalueringen består af et mixed-method-design, hvor både kvalitative og kvantitative datakilder og metoder anvendes til at belyse effekten af rekruttering af borgere til kommunale sundhedstilbud. Der er grundlæggende anvendt et før- og efter design med brug af spørgeskemaundersøgelser, kvalitative interview og analyse af data fra de nationale sundhedsregistre.

### A.1.1 Besøgsrunder hos de deltagende projekter

I forbindelse med evalueringen er der gennemført to besøgsrunder i løbet af projektperioden fra efteråret 2017 til juni 2020. Første runde fandt sted i starten af projektperioden, mens anden runde fandt sted inden for projektperioden i foråret 2020. I hver projektkommune blev der ved første besøgsrunde gennemført fokusgruppeinterview med projektgruppen. I anden besøgsrunde blev der gennemført interview med projektlederen, projektgruppen og nøglemedarbejdere i projektet. Alle interviews var baseret på en semi-strukturerede interviewguides, som var udarbejdet specifikt til hhv. projektgruppe, projektleder og nøglemedarbejder.

Første besøgsrunde handlede om at få kortlagt hvordan projekterne var organiseret samt hvilke indsatser og målsætninger der var for projekterne. I anden besøgsrunde blev der foretaget interviews med projektledere, og disse havde især fokus på eventuelle ændringer i projektorganisering, gode rekrutteringsstrategier, fastholdelse og opfølgning af målgruppen, samarbejde med samarbejdspartnere, herunder hæmmende og fremmende faktorer for samarbejdet, og resultater af projektet. Interviews med projektgruppe havde særligt fokus på kendetegn ved borgere, som hhv. rekrutteres eller ikke rekrutteres til sundhedssamtalen, henvisning af borgerne til andre tilbud, samarbejde, resultater og forankring. Interviews med nøglemedarbejdere havde særligt fokus på selve sundhedssamtalen, herunder indhold, kompetencer hos sundhedskonsulenten og hvad der motiverer borgeren.

#### *Løbende selvevaluering med projektlederne*

Projektkommunerne har undervejs i evalueringen bidraget til en løbende selvevaluering af de enkelte projekter ved at besvare spørgsmål relateret til projektets organisering, rekrutteringsstrategi, målgruppe mv. Selvevalueringen bruges i evalueringen til at få et overblik over processen ude i de enkelte kommuner, herunder status på igangsatte aktiviteter, barrierer og udfordringer.

### A.1.2 Interview med borgere

Der er blevet gennemført i alt 10 interviews med borgere, som ikke ønskede at deltage i et sundhedstilbud, selvom de har fået det anbefalet.

### A.1.3 Interview med samarbejdspartnere

Der er blevet gennemført telefoninterview med to samarbejdspartnere fra hver kommune.<sup>24</sup> Da nogle af samarbejdspartnerne er partnere i flere kommuner, er der i alt gennemført 19 interviews. Interviewene er blevet gennemført telefonisk i perioden fra november 2018 til januar 2019. Af Tabel 6 ses en oversigt over interviewede samarbejdspartnere.

Tabel 6: Oversigt over interviewede respondenter

Note: Organisation markeret med (\*) er samarbejdspartner i begge kommuner.

Kommune	Organisation	Organisation
<b>Esbjerg</b>	Metal	Social Vicevært
<b>Greve</b>	3F	FOA Roskilde*
<b>Jammerbugt</b>	Kommunale fastholdelse konsulent	Fælles TR FOA
<b>Mariagerfjord</b>	3F Mariager Fjord	AgriNord*
<b>Næstved</b>	FOA	3F
<b>Roskilde</b>	FOA Roskilde*	-
<b>Syddjurs</b>	Metal	LO
<b>Sønderborg</b>	Sønderborg kommune	3F Als
<b>Thisted</b>	FOA	Krifa
<b>Vesthimmerland</b>	3F Midtfjord	Agri Nord*
<b>Aalborg</b>	3F	Pension Danmark

De interviewede samarbejdspartnerne er hovedsagelig TR, AMR og formænd<sup>25</sup> i fagforeningerne. Derudover findes der blandt de interviewede samarbejdspartnere blandt andet konsulenter, faglige sekretærer og en boligsocial vicevært.

<sup>24</sup> Da der alene er én samarbejdspartner i Roskilde Kommune, er der kun gennemført interview med én derfra.

<sup>25</sup> Herunder også næstformænd og afdelingsformænd.

Interviewene er blevet gennemført på baggrund af en semistruktureret interviewguide omhandlende følgende temaer:

- Opstart og forløb af samarbejdet
- Samarbejdet og samarbejdspartneres rolle
- Tilfredshed med samarbejdet
- Resultater
- Udfordringer

Efter gennemførelse af interviews er interviewene blevet analyseret ved hjælp af det kvalitative dataanalyseprogram NVIVO.<sup>26</sup>

#### **A.1.4 Spørgeskemaundersøgelse**

Der blev udsendt spørgeskemaer til borgere, som har deltaget i sundhedssamtalen kort efter de har deltaget (baselinespørgeskema) og 6 måneder efter deltagelse i sundhedssamtalen (opfølgningsspørgeskema). Spørgeskemaerne blev udsendt til alle de deltagere, som ville opgive deres e-mailadresse og CPR-nummer ved sundhedssamtalen. Data fra alle spørgeskemarunder (surveys) anvendes i evalueringen til at belyse borgernes udvikling i løbet af projektet.

<sup>26</sup> Nvivo er et dataprogram til analyse af kvalitative data.

Tabel 7 viser svarprocenten opdelt på kommuneniveau for de to spørgeskemarunder.

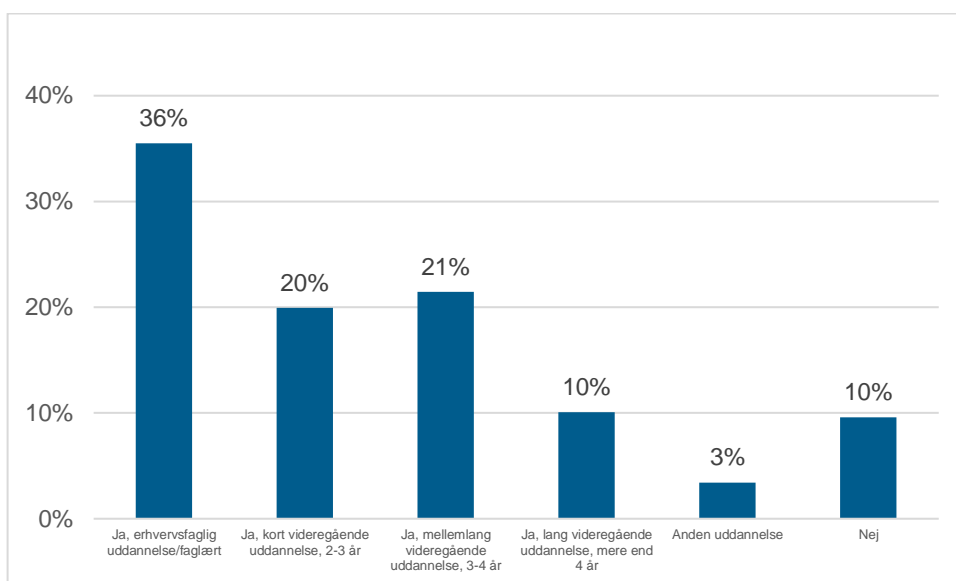
Tabel 7: Svarprocent opdelt på kommuneniveau

Kommune	Antal, baseline	Procent, baseline	Antal, opfølgning	Procent, opfølgning
Syddjurs	272	61%	99	36%
Jammerbugt	367	53%	148	40%
Sønderborg	113	53%	47	42%
Næstved	488	50%	277	57%
Mariagerfjord	554	50%	204	37%
Esbjerg	193	48%	52	27%
Vesthimmerland	280	47%	137	49%
Greve	170	47%	86	51%
Roskilde	258	47%	124	48%
Aalborg	1.268	42%	563	44%
Thisted	262	36%	105	40%
I alt	4.225		1.848	

Henholdsvis 4.225 og 1.848 borgere har besvaret baseline- og opfølgningsspørgeskemaet. Det er en svarprocent på 47 pct. for baseline og 44 pct. for opfølgning blandt dem som har besvaret baseline. Svarprocenten har været lavere i den opfølgende spørgeskemaundersøgelse. Der er dog besvarelser for mere end 1.800 borgere, som har deltaget i både baseline og den opfølgende undersøgelse, hvilket har givet god mulighed for at sammenligne før- og efter resultater.

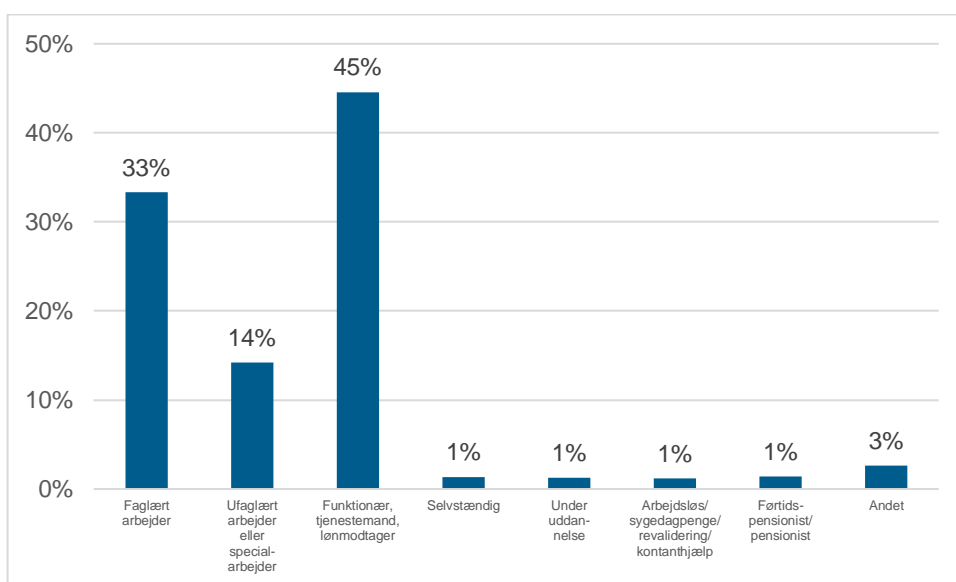
Respondenternes køn er lidt skævt fordelt med godt tre ud af fem (61%) af de deltagende borgere værende kvinder.

Den største andel (36%) af de deltagende borgere har en erhvervsfaglig uddannelse. Hver tiende (10%) svarer, at de ingen uddannelse har udover en skole- eller ungdomsuddannelse.



Figur 32: "Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse?".  
Kilde: Baseline-skema.

Knap halvdelen af respondenterne (45%) er i kategorien funktionær, tjenestemand, lønmodtager, en tredjedel (33%) er faglærte arbejde, mens 14% er ufaglærte eller specialarbejdere.



Figur 33: "Hvad er din erhvervmæssige stilling?".  
Kilde: Baseline-skema.

### A.1.5 Monitoreringsdata

Monitoreringsdata blev indsamlet løbende ved hver sundhedssamtale i kommunerne med fokus på borgerens uddannelse, rekrutteringsarena, sygdomshistorie og overordnede helbred. Efter sundhedssamtalen blev det dokumenteret hvilke kommunale og ikke-kommunale tilbud, som borgeren blev henvist til, samt om der var ventetid på tilbuddet, og om der var aftalt en opfølgning med projektet.

Fra kommunernes monitoreringsdata er der medtaget 6.494 borgere i evalueringen, hvilket betyder, at nogen kommuner har rekrutteret flere borgere, end det har været muligt at anvende i analysen. Det skyldes krav om datakvalitet for at kunne gennemføre analyserne.

Frasortering af borgere fra den samlede mængde på 6.494 borgere er gennemført ud fra følgende tre kriterier:

- i) Projektets målgruppe er alle 40-60-årige borgere med særlig risiko for at udvikle livsstilrelaterede sygdomme, hvorfor borgere uden for målgruppen (under 40 år eller over 60 år) er sorteret fra
- ii) Borgere som ikke boede i samme kommune, som de er rekrutteret i, er sorteret fra, idet kommunerne kun kan tilbyde forløb til deres egne borgere. Ved efterfølgende registerundersøgelser skal der desuden være overensstemmelse mellem sundhedsydelser og borgerens bopælskommune
- iii) Borgere med manglende eller fejlbehæftede CPR-numre er sorteret fra.

Ud af en population på 6.494 personer indgår der derfor 2.948 i evalueringen, mens 3.546 er sorteret fra.

### A.1.6 Registerdata

Til analysen af, hvorvidt borgernes deltagelse i en sundhedssamtale har påvirket borgerens helbred og ydelser i sundhedsvæsenet, er følgende information udtrykket fra register:

- Demografi, familie og kommune (BEF, BEFBOP, BEFADR)
- Arbejdstilknytning (DREAM)
- Uddannelsesoplysninger (UDDA)
- Kroniske sygdomme (RUKS)
- Indlæggelser og ambulant kontakt til sygehuse (LPR)
- Brug af sundhedsydelser i primærsektoren (SSR)



## Oplysninger om registre

- **BEF** er et befolkningsregister, som indeholder oplysninger om befolkningen siden 1985.
- **BEFBOP** indeholder information om bopælsændringer siden 1971.
- **BEFADR** er et adresseregister, som indeholder information om bopæls-adresse for den danske befolkning siden 1971.
- **DREAM** er en forløbsdatabase baseret på data fra Beskæftigelses, Undervisningsministeriet, CPR-registret samt SKAT. Databasen indeholder beskæftigelses- og arbejdstilknytningsoplysninger.
- **UDDA** indeholder informationer om uddannelsesniveau i den danske befolkning siden 1980.
- **Register for udvalgte kroniske sygdomme (RUKS)** er et register for række udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser.
- **Landspatientregistret (LPR)** indeholder information om undersøgelser og behandlinger på sygehuse i Danmark.
- **Sygesikringsregistret (SSR)** indeholder data om ydelser, der er støttet af den offentlige sygesikring, og foretaget af alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter og psykologer.

## A.2 Analysemetoder

### A.2.1 Kvantitative analyser

#### Spørgeskemaundersøgelse

Der er gennemført statistiske analyser på data genereret gennem de to spørgeskema-runder. Analyserne er udført i Excel og er primært baseret på deskriptiv statistik. Der er gjort brug af chi-i-anden test for at tjekke om der er signifikante forskelle mellem diverse grupper.

#### Registeranalyser

Analyserne er gennemført over Danmark Statistiks forskningsserver, hvor alle deltagerne optræder anonymt. Analyserne er gennemført ved hjælp af chi-i-anden test og Wilcoxon Signed Rank test i SAS. Analyserne omhandler blandt andet forekomsten af kroniske sygdomme og forbruget af sundhedsydelse før og efter deltagelse i en sundhedssamtale. Derudover er registerdata brugt i de deskriptive beskrivelser af befolkningens køn, alder, uddannelsesniveau, civilstand med mere.

### A.2.2 Kvalitative analyser

Interviewene med de deltagende kommuner, borgere og samarbejdspartnere er alle blevet kodet i databehandlingsprogrammet Nvivo ud fra opstillede temaer i spørgeguides. Analyserne af de kvalitative data byggede på en tematisk tekstanalyse.<sup>27</sup> Første trin af analysen bestod i gennemlæsning af interviewnoter på tværs, med henblik på at identificere umiddelbare meningsenheder. Det andet trin indebar, at materialet kodes på baggrund af en forståelse af data. I det tredje trin udvikles der mere overordnede kategorier med udgangspunkt i kodningen.

<sup>27</sup> Grodal TK. Tematisk tekstanalyse: Forlaget Medusa; 2010.

## Bilag B Kommunebeskrivelser

Dette bilag indeholder en beskrivelse af hver af de 11 projektkommuner fra midtvejsevalueringen (gennemført i august 2019). Det giver et indblik i projektkommunernes proces og arbejde med rekruttering til sundhedstjek i forhold til aktiviteter, arena for rekruttering og inddragelse af samarbejdspartnere.

### Esbjerg

Esbjerg Kommune har og vil gøre brug af både en åben, en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 8: Oversigt over Esbjerg Kommunes rekrutteringsmodeller.

	Åben	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Skriftligt informationsmateriale, blandt andet annoncer og reklamer samt film og sociale medier.	Samarbejde med socialvicevært. Viceværten er i kontakt med målgruppen og henviser borgerne til kommunen med henblik på udredning Opfølgende henvendelser via telefon/sms til borgere, der har vist interesse for at deltage ved offentlige arrangementer	Direkte henvendelse
<b>Skriftligt informationsmateriale såsom plakater og postkort</b>	Til temadage/informationsmøder i fagforeningerne/boligforeningerne, fx sundhedsdage, markedsdage og sommerarrangementer.	I boligforening og omkringliggende område fx fælleslokaler	Kommunes plejecenter Virksomheder
<b>Informationsindsats på jobcenter.</b>	Fagforeninger og boligforeninger	Boligforeninger	Kommunalt plejecenter (nyt samarbejde)

Det er ind til videre kun lykkedes Esbjerg Kommune at rekruttere to borgere inden for målgruppen til sundhedstjek.

Kommunen har ikke haft succes med nogle af sine rekrutteringsstrategier. I forbindelse med den åbne rekrutteringsstrategi har ingen borgere ønsket at få gennemført sundhedstjek, når kommunen har mødt dem til events eller lignende arrangementer. Kommunen har ingen erfaring med den målrettede strategi.

Den afgrænsede strategi har kun ført til, at meget få borgere har taget imod tilbuddet. Den sociale vicevært har henvist borgere direkte til kommunens sundhedscenter uden om projektet, hvilket giver et uklart billede af, hvor mange der faktisk er henvist til sundhedstjek på foranledning af projektet.

Esbjerg Kommune forklarer selv, at den manglende interesse for projektet blandt målgruppen formentlig skyldes, at projektets målgruppe oplever andre typer af udfordringer, der overskygger behovet for sundhedstilbud. Fremadrettet har Esbjerg Kommune et ønske om at etablere samarbejde med private virksomheder om rekruttering af borgere til sundhedstjek.

### Greve

Greve Kommune har gjort brug af både en åben, en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 9: Oversigt over Greve Kommune rekrutteringsmodeller

	Åben	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Opslag via Facebook, i boligopgange, biblioteker, svømmehaller, idrætshaller og Borgerservice Skriftligt informationsmateriale såsom plakater og postkort	Jobcenter har formidlet kontakt til offentlige og private arbejdspladser Informationsindsats på jobcenter.	Fagforeninger breve og sms ud til de medlemmer, som ligger inden for målgruppen. Personlige henvendelser
<b>Arena</b>	Det offentlige rum	På jobcenteret	Virksomheder
<b>Evt. samarbejds-partner(e)</b>	-	Jobcenter Tillids- og arbejdsmiljørepræsentanter på virksomheder	Fagforeninger Tillids- og arbejdsmiljørepræsentanter gennem fagforening

Det er ikke lykkedes Greve Kommune at rekruttere borgere ved hjælp af den åbne strategi. Kommunen har ellers udarbejdet forskelligt kommunikationsmateriale (plakater og postkort) samt udbredt viden om projektet via Facebook, opslag i boligopgange, biblioteker, svømmehaller, idrætshaller og Borgerservice.

Kommunen har haft størst succes med rekruttering af borgere til sundhedstjek ved den afgrænsede rekrutteringsstrategi. Det er oplevelsen, at samarbejdspartnerne finder projektet relevant at deltage i, selvom graden af engagement i projektet varierer blandt parterne.

En forudsætning for kommunens målrettede rekrutteringsstrategi var, at en række fagforeninger aktivt deltog i rekruttering af medlemmer til sundhedstjek. Fagforeningerne formåede dog kun i begrænset omfang at gennemføre rekrutteringen. Kommunen gjorde derfor i stedet brug af kommunens jobcenters kontakter. Erfaringen herfra viser, at det har en god effekt, hvis nøglepersoner deltager i rekrutteringen som har en god kontakt til både ledelse og medarbejdere i en virksomhed, eksempelvis tillidsvalgte. Indtil nu har kommunen haft god succes med at rekruttere mindre offentlige virksomheder, bl.a. kommunens dagplejere, til sundstjek.

Greve Kommune vil i 2019 øge sit fokus på rekruttering af private virksomheder til projektet. Kommunen har desuden et ønske om at udbygge den afgrænsede rekrutteringsstrategi ved at etablere samarbejde med en pensionskasse, indgå aftaler med foreningslivet i Greve samt udbygge samarbejdet med kommunens jobcenter og erhvervscenter.

### Jammerbugt

Jammerbugt Kommune har gjort brug af både en åben, en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 10: Oversigt over Jammerbugt Kommunes rekrutteringsmodeller

	Åben	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Information gennem lokale idrætsforeninger og købmænd Skriftligt informationsmateriale, annonceringer og artikler i fagblade og på sociale medier	Information fra pensionskasserne via e-Boks Informationspjecer til fagforeninger	Aftale med ledelse og evt. tillids- eller/og arbejdsmiljørepræsentanter Personlig og direkte henvendelse Møde m. kommunale fastholdelseskonsulent på virksomhed Tvunget sundhedstjek

Arena	Det offentlige rum På sociale medier og offentlige events	Online	Offentlige og private arbejdspladser
<b>Evt. samarbejds-partner(e)</b>	-	Pensionskasser og fagforeninger	Fastholdelses-konsulenter i job-center

Det er erfaringen hos Jammerbugt kommune, at den åbne rekrutteringsstrategi har haft mindst effekt. Til gengæld har den afgrænsede strategi efterfulgt af den målrettede strategi vist gode resultater. Gennem den afgrænsede strategi har kommunen gjort relevante målgrupper opmærksomme på tilbuddet bl.a. gennem pjecer tilpasset målgrupperne, hvorefter en målrettet rekruttering er gennemført hos virksomhederne.

I den målrettede rekrutteringsstrategi, gennemført sammen med offentlige og private arbejdspladser, er alle medarbejdere blevet tilmeldt et sundhedstjek i arbejdstiden, som de aktivt skal melde sig fra, hvis de ikke ønsker det. De kommunale arbejdspladser, der har deltaget i projektet, har desuden inspireret andre kommunale arbejdspladser til også at ytre ønske om at tilbyde sundhedstjek til deres medarbejdere.

Den målrettede strategi har også indebåret et tæt samarbejde med det kommunale jobcenters fastholdelseskonsulent. Konsulenten har været ansvarlig for at kontakte og tilbyde sundhedstjek til virksomheder, som jobcentret i forvejen samarbejder med. Fastholdelseskonsulenten har desuden med succes anvendt sundhedstjekket til at rette opmærksomheden mod eventuelle problematikker relateret til fastholdelse i job.

### Mariagerfjord

Mariagerfjord Kommune har gjort brug af en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 11: Oversigt over Mariagerfjord Kommunes rekrutteringsmodeller

	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Skriftligt informationsmateriale – en pjece Uddeling af informationsmateriale til virksomheder.	Lave grupper med henblik på at lave sundhedstjek Direkte henvendelse fra virksomheder gennem virksomhedsservice Personlig og direkte henvendelse

<b>Arena</b>	Sundhedscentre, fagforeningsarrangementer	Virksomheder
<b>Evt. samarbejdspartner(e)</b>	Fagforening	Virksomhedsservice (kommunalt)

Kommunen har gode erfaringer med den afgrænsede rekrutteringsstrategi. Den fagforening, som kommunen har samarbejdet med, har blandt andet fået fat i ledige borgere i kommunen ved uddeling af pjecer om tilbuddet, når de er i kontakt med borgerne. Det er kommunens indtryk, at fagforeningen synes, at det er relevant at kunne tilbyde medlemmerne tilbud i kommunen, som har fokus på sundhedsfremme- og forebyggelse.

Den målrettede rekrutteringsstrategi har også givet gode resultater. Kommunen har etableret et godt samarbejde med Virksomhedsservice, der er en del af kommunens arbejdsmarkedsafdeling. Virksomhedsservices fastholdelses- og virksomhedskonsulenter sælger projektet til virksomheder i kommunen og til borgere i fleksjob. Projektet har således ikke selv skulle stå for rekruttering af virksomheder, men har kunnet koncentrere sig om at gennemføre sundhedstjek. Kommunen oplever stor tilslutning til projektet fra virksomhederne og deres medarbejdere.

### Næstved

Næstved Kommune har gjort brug af både en åben, en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 12: Oversigt over Næstved Kommunes rekrutteringsmodeller

	Åben	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Flyers ud ved læger, og afholdt event Tilmelding til sundhedstjek via sundhedscenters hjemmeside	Skriftlig information via fagforeningernes hjemmeside og informanterne Oplysninger til tillidsvalgte	Fagforeninger sender breve og SMS ud til de medlemmer inden for målgruppen Direkte kontakt til ledelsen og/eller tillidsvalgte Personalemøde
<b>Arena</b>	Fagforeningernes hjemmeside og sociale medier Det offentlige rum	Fagforeningernes events, fyraftensmøder og familiearrangementer.	Virksomheder

<b>Evt. samarbejds-partner(e)</b>	Fagforeninger	Fagforeninger	Tillidsrepræsentanter i fagforeninger Virksomheder
-----------------------------------	---------------	---------------	---

Det er ikke lykkedes Næstved Kommune at rekruttere borgere ved hjælp af den åbne rekrutteringsstrategi, hvorfor den fremadrettet ikke vil blive anvendt. Til gengæld har Næstved Kommune gode erfaringer med både den afgrænsede og den målrettede strategi, som de oplever ligger i forlængelse af hinanden. Der er i forbindelse med projektet etableret samarbejde med fagforeningerne, som har gjort virksomheder og tillidsvalgte opmærksomme på tilbuddet. Som led i den målrettede strategi har de tillidsvalgte efterfølgende opsat møder med lederne på deres arbejdspladser, hvilket i flere tilfælde har ført til, at der er indgået en aftale med virksomheden om sundhedstjek af medarbejderne. Næstved kommune har erfaret, at den målrettede strategi effektiviseres, når virksomheder hører om andre virksomheder deltagelse, og hvad det har medført.

I projektet har flere af de involverede virksomhederne sat det som krav, at alle medarbejdere – og ikke kun dem, der er i målgruppen - skal tilbydes et sundhedstjek, hvilket kommunen har valgt at efterkomme ved selv at finansiere disse.

Fremadrettet vil kommunen booste den åbne rekrutteringsstrategi ved at gøre det muligt for interesserede borgere at tilmelde sig et sundhedstjek via kommunens sundhedscen-ters hjemmeside. Kommunen vil desuden supplere den afgrænsede strategi med selv fremadrettet også at rekruttere virksomheder uden om fagforeningerne.

### Roskilde

Roskilde Kommune har gjort brug af en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 13: Oversigt over Roskilde Kommunes rekrutteringsmodeller

	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Opsøgende arbejde på virksomheder Skriftligt informationsmateriale bl.a. nyheds-mail og nyhedsbreve	Fagforening udpeger virksomheder Møde m. ledelse og tillidsvalgte Uddannet tillidsrepræsentanter til sundhedsambassadører Deltage på personale-møde
<b>Arena</b>	Kick-off arrangementer og temaaftener	Virksomheder – offentlige og private



<b>Evt. samarbejdspartner(e)</b>	<b>Fagforening</b>	<b>Fagforeningens sundhedsambassadører</b>
----------------------------------	--------------------	--

Roskilde Kommune har oplevet, at den afgrænsede rekrutteringsstrategi fungerer mindre godt. Informationsmateriale til fagforeningens medlemmer fører ikke til rekruttering af borgere til sundhedstjek.

Kommunen har imidlertid gode erfaringer med den målrettede rekrutteringsstrategi. Via samarbejdet med fagforeningen er tillidsvalgte blevet uddannet til sundhedsambassadører, for at øge deres viden om rekruttering til projektet og afholdelse af sundhedstjek. Erfaringen er, at tilslutningen er højere, hvis en sundhedsambassadør deltager aktivt i rekruttering af kollegaer til et sundhedstjek. Derudover giver den målrettede strategi bedst resultater, når der fra starten af projektet er opbakning fra ledelsen.

Kommunen overvejer at udvikle en film om sundhedstjek til brug i forbindelse med rekruttering, da de har erfaret, at der er efterspørgsel efter yderligere information om sundhedstjekket, når de er ude og deltage i personale møder på virksomheder.

### Syddjurs

Syddjurs Kommune har gjort brug af både en åben, en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 14: Oversigt over Syddjurs Kommunes rekrutteringsmodeller

	Åben	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Lokale arrangementer (f.eks. dyrskue), foredrag, borgermøder og samarbejder med idrætsforeninger, FOF, bibliotek mm. samt på Facebook og kommunens hjemmeside.  Skriftligt materiale, film og konkurrencer. Nyhedsbreve, hjemmeside og sociale medier	Temadage for tillidsrepræsentanter	Kontakt til medlemmer via e-mail.  Møde m. ledelse

Arena	Rollemodel/ambassadører		
	Det offentlige rum	Online	Virksomheder
<b>Evt. samarbejdspartner(e)</b>	Lokale foreninger Fagforeninger	Fagforeninger	Fagforeninger

I Syddjurs Kommune har den åbne rekrutteringsstrategi ikke leveret resultater. Til gengæld har de gode erfaringer med den afgrænsede og den målrettede strategi. Syddjurs Kommune har etableret samarbejder med fagforeninger, som har været aktive i processen og rekrutteret borgere til sundhedstjek ved direkte henvendelse til deres medlemmerne. For at lette rekrutteringsprocessen har kommunen lavet et bookingsystem, hvor borgere selv kan booke tid og sted for sundhedstjek. Sundhedstjekket kan både blive gennemført i fagforeningens lokale kontorer eller på forskellige kommunale steder.

Syddjurs Kommune har ikke lige så gode erfaringer med den målrettede strategi på virksomheder. Det er vanskeligt at rekruttere medarbejdere direkte på virksomheder, fordi virksomhederne stiller krav om, at alle medarbejdere skal have et tilbud om et sundhedstjek – og ikke kun målgruppen - hvis medarbejdere skal have lov til at deltage i arbejdstiden og virksomheden skal lægge lokaler til. Et sådan krav har Syddjurs Kommune ikke kunne imødekomme.

### Sønderborg

Sønderborg Kommune har gjort brug af en åben og en afgrænset rekrutteringsstrategi.

Tabel 15: Oversigt over Sønderborg Kommunes rekrutteringsmodeller

	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Flyers, plakater, nyhedsbreve mm.	Information på arbejdspladser Kort sundhedstjek – 10 min. Rekrutteret gennem "Virksomhed med overskud"
<b>Arena</b>	Offentlige rum. Events og oplæg Boligforeninger	Virksomheder
<b>Evt. samarbejdspartner(e)</b>	Fagforening	Kommunalt projekt

I Sønderborg Kommune har den åbne rekrutteringsstrategi ikke vist sig effektiv. I stedet har kommunen god erfaring med den afgrænsede strategi.

I forbindelse med den afgrænsede rekrutteringsstrategi har kommunen etableret et tæt samarbejdet med et andet kommunalt projekt, der hedder "Virksomhed med overskud". Projektet har blandt andet fået kontaktoplysninger på virksomheder fra "Virksomhed med overskud", som de efterfølgende har kontaktet med henblik på at lave sundhedstjek. Derudover har projekterne brugt hinanden til at reklamere for deres indsatser.

Som en del af Sønderborg Kommunens afgrænsede rekrutteringsstrategi har kommunen udviklet et succesfuldt screeningsværktøj. Kommunen tilbyder et kort sundhedstjek på ca. 10 min. til alle medarbejdere på de virksomheder kommunen samarbejder med. Herfra rekrutteres målgruppen, som efterfølgende tilbydes et mere omfattende sundhedstjek i form af en sundhedssamtale. Rekrutteringsstrategien har vist gode resultater, særligt fordi den sikrer, at der kun bliver gennemført sundhedssamtaler med borgere, som befinder sig inden for målgruppen.

### Thisted

Thisted Kommune har og vil gøre brug af både en åben, en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 16: Oversigt over Syddjurs Kommunes rekrutteringsmodeller

	Åben	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Annoncer i lokal avis, reklameskærme og sociale medier	-	Kort sundhedstjek til alle medarbejdere på virksomhed  Direkte kontakt til borgere inden for målgruppen på baggrund af oplysninger fra fagforeninger
<b>Arena</b>	Offentlige rum	-	Kommunale virksomheder
<b>Evt. samarbejds-partner(e)</b>	Kommunale projekter/virksomheder	Fagforeninger	Fagforeninger

Thisted Kommune har oplevet minimal effekt af den åbne rekrutteringsstrategi. Kommunen har endnu ikke erfaring med den afgrænsede rekrutteringsstrategi, da samarbejdet

med fagforeningerne endnu ikke er startet op. Fremadrettet vil Thisted Kommune have fokus på at få sat gang i samarbejdet med fagforeningerne.

Thisted Kommune har primært erfaring med den målrettede rekrutteringsstrategi, hvor de har taget direkte kontakt til virksomheder i kommunen. Thisted Kommune har god erfaring med at få fat i målgruppen gennem et indledende kort sundhedstjek på ca. 10 min. Sundhedstjekket tilbydes til alle medarbejdere i de virksomheder kommunen samarbejder med. Det indledende sundhedstjek på ca. 10 min. giver kommunen mulighed for at rekruttere den relevante målgruppe, som efterfølgende tilbydes et omfattende sundhedstjek i form af sundhedssamtalen.

### Vesthimmerland

Vesthimmerland Kommune har gjort brug af en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 17: Oversigt over Vesthimmerland Kommunes rekrutteringsmodeller

	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	<p>App, informationsmateriale, flyer og opslag på Facebook</p> <p>Gennem elektronisk sundhedstjek (app), og via fagforeningers kommunikationskanaler</p> <p>Kontakt til tillids- og arbejdsmarkedsrepræsentanter i fagforeninger</p>	<p>Virksomhedsbesøg</p> <p>Personalemøder</p> <p>Flyer</p> <p>Rekruttering ved virksomhedsbesøg af erhvervskonsulenter</p>
<b>Arena</b>	Offentlige rum – events	Virksomheder
<b>Evt. samarbejdspartner(e)</b>	Fagforening	Kommunens erhvervscenter

Resultaterne af den afgrænsede rekrutteringsstrategi har for Vesthimmerland Kommune vist sig begrænsede. Kommunen oplever, at strategien måske har ført til øget opmærksomhed omkring projektet, men at det ikke er resulteret i en stigning i antallet af rekrutterede borgere.

Til gengæld har den målrettede rekrutteringsstrategi vist gode resultater. Det har fungeret godt at tage ud på virksomhedsbesøg og holde møder med ledelsen, da det har åbnet en dør for kommunen, som har fået lov til at informere medarbejderne om sundhedstjekket på personalemøder og efterfølgende gennemføre dem. Det er kommunens oplevelse, at grundig information får flere medarbejdere til at tage imod tilbuddet.

Vesthimmerland Kommune samarbejder i forbindelse med deres målrettede rekrutteringsstrategi med kommunens erhvervskonsulenter fra kommunens jobcenter. Erhvervskonsulenterne har stor succes med at rekruttere borgere til sundhedstjek ved de besøg konsulenterne gennemfører hos virksomheder i kommunen.

Fremadrettet vil Vesthimmerland Kommune gerne have etableret et samarbejde med kommunens jobcenter, så de også kan inddrage kommunens fastholdelseskonsulenter og drage fordel af konsulenternes arbejde ude i kommunens virksomheder.

### Aalborg

Aalborg Kommune har og vil gøre brug af en afgrænset og en målrettet rekrutteringsstrategi.

Tabel 18: Oversigt over Aalborg Kommunes rekrutteringsmodeller

	Afgrænset	Målrettet
<b>Aktiviteter</b>	Tillids- og arbejdsmarkeds miljørepræsentanter fra fagforeninger udannes til rekruttering. Breve sendes ud til pensionskassers medlemmer i målgruppen via e-Boks. Informationsmateriale om projektet	Direkte kontakt til virksomheder Møder m. ledelsen i virksomheder Informationsmøder på virksomheder
<b>Arena</b>	Events fx Mænds sundhedsuge, Aalborgs karavane samt "11 byer på 11 dage".	Virksomhed både offentlige og private
<b>Evt. samarbejdspartner(e)</b>	Pensionskasser og fagforeninger	-

Aalborg Kommune har endnu ikke erfaring med den afgrænsede rekrutteringsstrategi, da de endnu ikke har iværksat deres samarbejde med pensionskasserne og fagforeninger. Det er kommunens vurdering indtil nu, at det ikke har været nødvendigt at afprøve denne strategi.

Aalborg Kommune har dog god erfaring med den målrettede rekrutteringsstrategi. Kommunen har tidligere erfaring med sundhedstjek på virksomheder, og har derfor primært satset på denne fremgangsmåde. I kommunen benyttes en tidligere udviklet model for proaktiv rekruttering af virksomheder. Den omfatter dels rekruttering af virksomheder, informationsmøder på virksomheden, afholdelse af sundhedstjek i arbejdstiden, eventuel

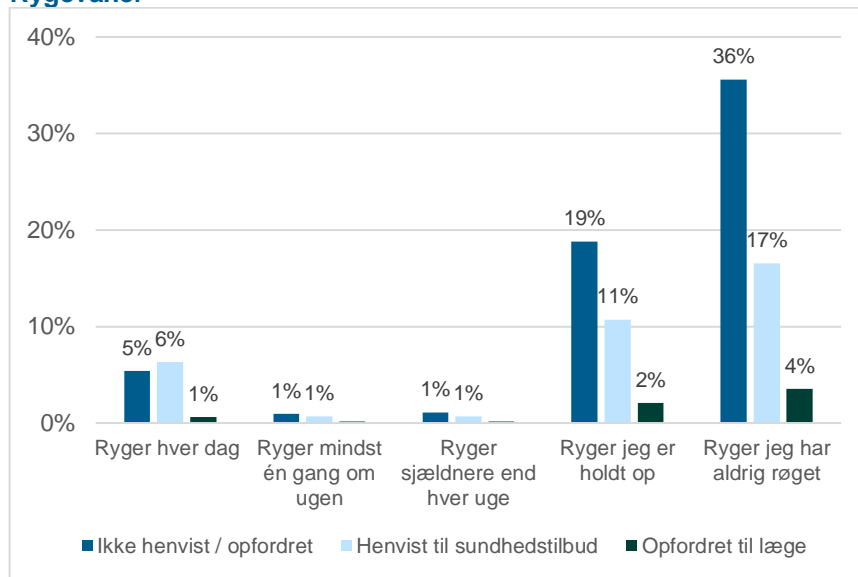
henvisning til sundhedstilbud eller opfordring til at søge praktiserende læge efter behov, individuel opfølgning efter aftale samt afrapportering til virksomheden om mulige strukturelle tiltag. Kommunen skriver ud til virksomheder eller arbejdspladser i kommunen med henblik på at gennemføre sundhedstjek på deres virksomhed/arbejdsplads. Kontaktoplysninger på virksomhederne får de gennem kommunens beskæftigelsesafdeling. Rekrutteringsmodellen fungerer godt og derfor har kommunen valgt at fortsætte med denne tilgang.

Fremadrettet vil Aalborg Kommune gerne have uddannet sundhedsambassadører på virksomheder, evt. i samarbejde med fagforeninger.

## Bilag C Supplerende figurer

### C.1 Viderehenviste borgere sammenholdt med ikke-henviste borgere.

#### Rygevaner

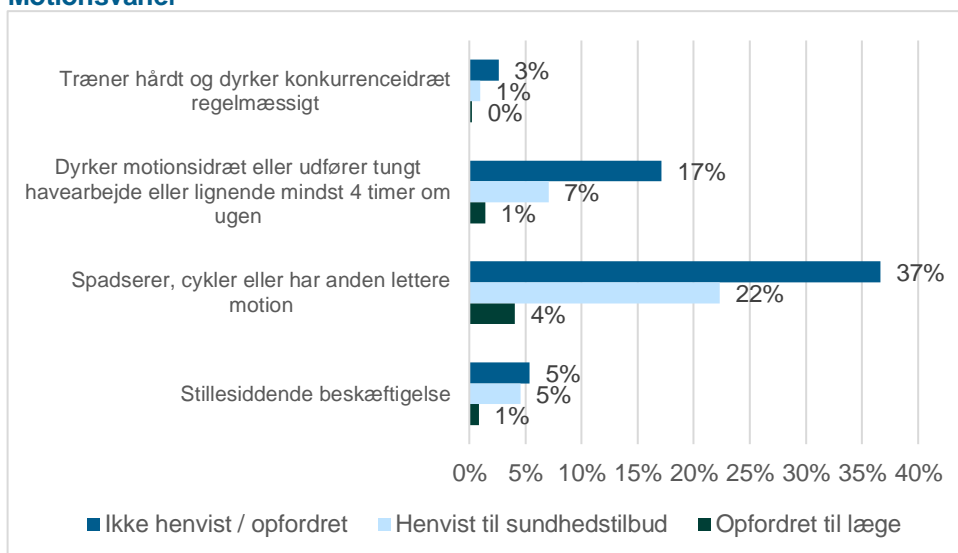


Figur 34: Rygevaner fordelt på henvisning til sundhedstilbud og opfordring til læge.

Note: Besvarelser opdelt på respondenter, der er og ikke er opfordret til at søge egen læge og/eller henvist til sundhedstilbud. N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Ryger du?".

### Motionsvaner

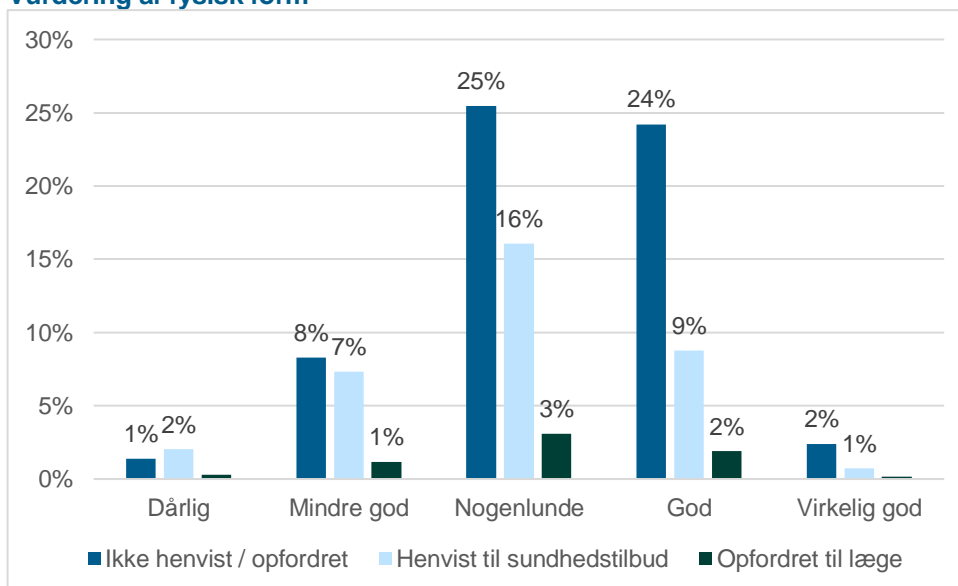


Figur 35: Fysisk aktivitet fordelt på henvisning til sundhedstilbud og opfordring til læge.

Note: Besvarelser opdelt på respondenter, der er og ikke er blevet opfordret til at søge egen læge og/eller henvist til sundhedstilbud. N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?"

### Vurdering af fysisk form



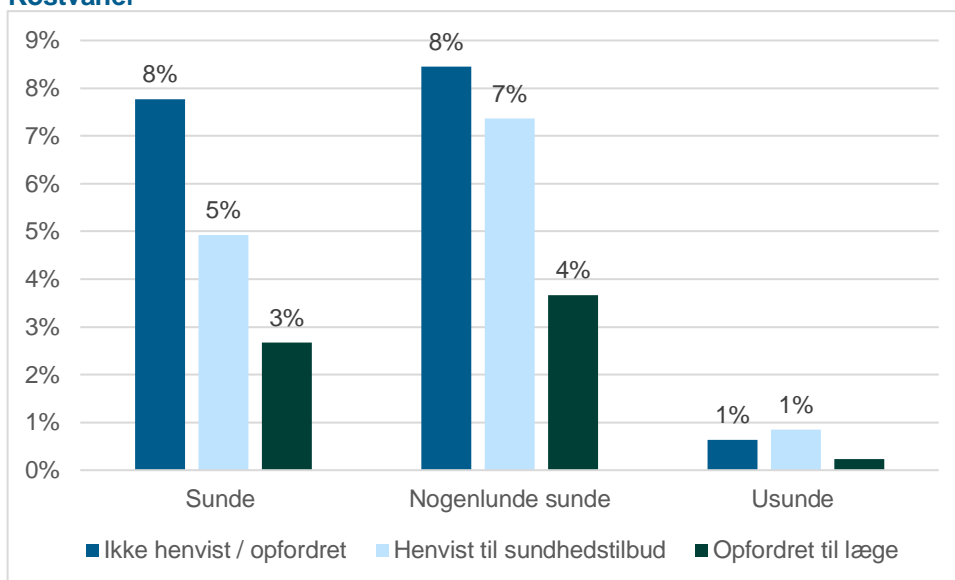
Figur 36: Fysisk form fordelt på henvisning til sundhedstilbud og opfordring til læge.

Besvarelser opdelt på respondenter, der er og ikke er blevet opfordret til at søge egen læge og/eller henvist til sundhedstilbud. N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Hvordan vurderer du din fysiske form?".



### Kostvaner



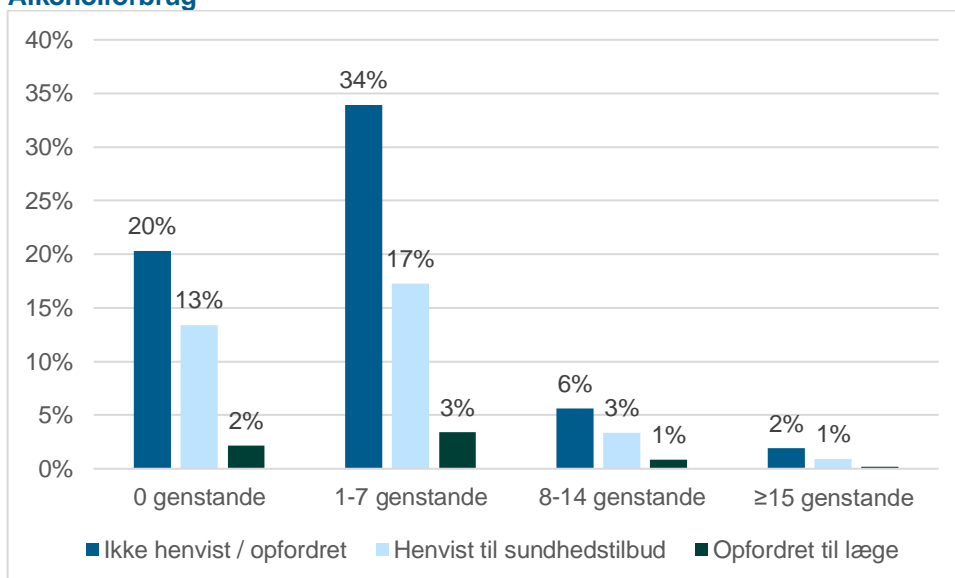
Figur 37: Kostvaner fordelt på henvisning til sundhedstilbud og opfordring til læge.

Besvarelse opdelt på respondenter, der er og ikke er blevet opfordret til at søge egen læge og/eller henvist til sundhedstilbud. N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?"

Note: Af diskretionshensyn er grupperne "meget sunde" og "sunde" slået sammen til "sunde", og grupperne "meget usunde" og "usunde" slået sammen til "usunde".

### Alkoholforbrug

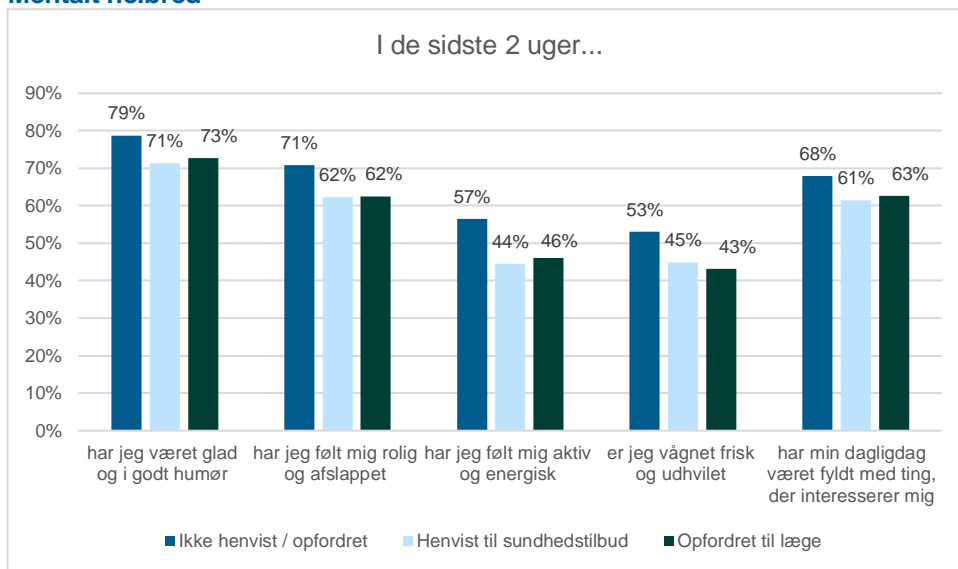


Figur 38: Alkoholforbrug fordelt på henvisning til sundhedstilbud og opfordring til læge.

Besvarelser opdelt på respondenter, der er og ikke er blevet opfordret til at søge egen læge og/eller henvist til sundhedstilbud. N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Hvor mange genstande drikker du typisk i løbet af ugen?"

## Mentalt helbred

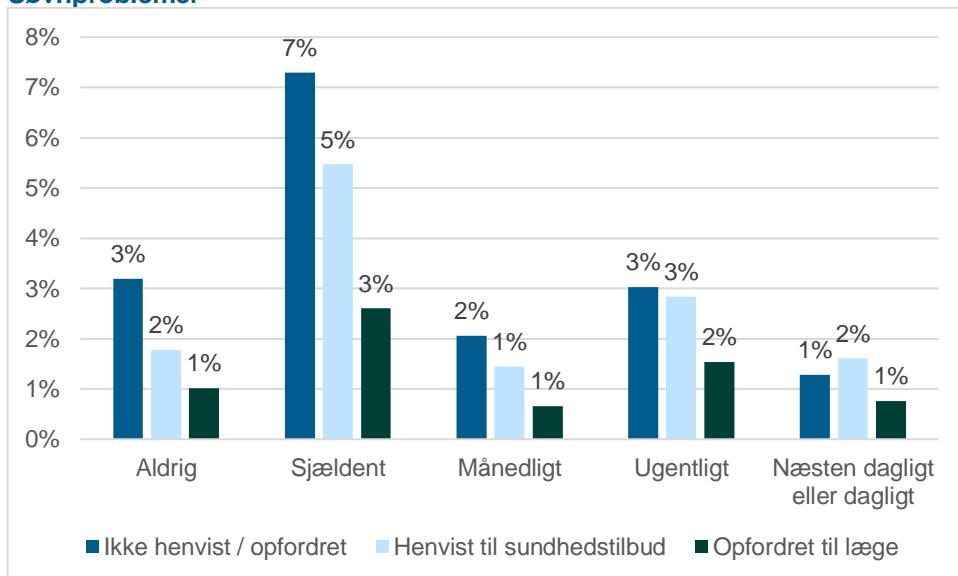


Figur 39: Mentalt helbred fordelt på henvisning til sundhedstilbud og opfordring til læge.

Note: Besvarelser opdelt på respondenter, der er og ikke er blevet opfordret til at søge egen læge og/eller henvist til sundhedstilbud. Andelen er besvarelser i kategorierne "hele tiden" og "det meste af tiden". N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Din vurdering af dit mentale helbred: I de sidste 2 uger..."

## Søvnproblemer



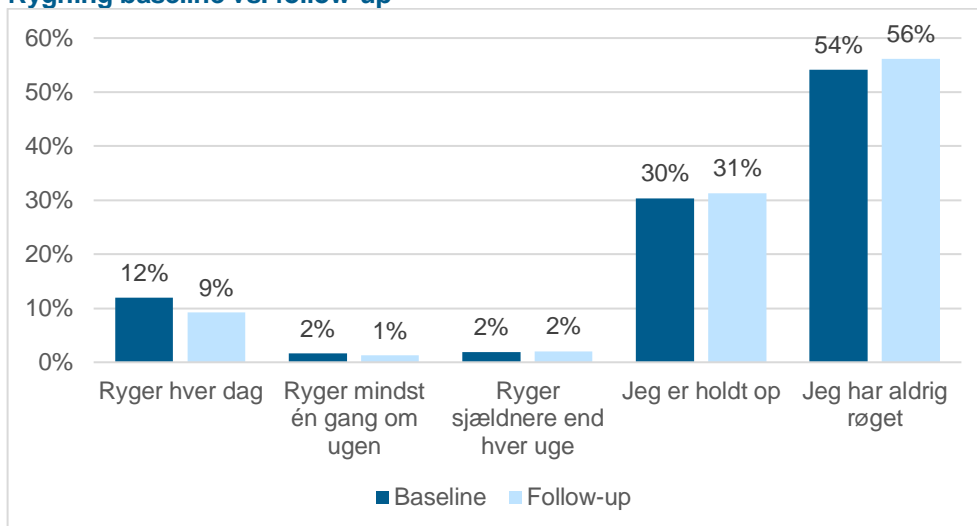
Figur 40: Søvnproblemer fordelt på henvisning til sundhedstilbud og opfordring til læge.

Besvarelser opdelt på respondenter, der er og ikke er blevet opfordret til at søge egen læge og/eller henvist til sundhedstilbud. N=4.225.

Kilde: Baseline-skema. "Hvor tit har du svært ved at falde i søvn?"

## C.2 Målopfyldelse for borgere, der deltager i og fuldfører kommunale sundhedstilbud.

### Rygning baseline vs. follow-up

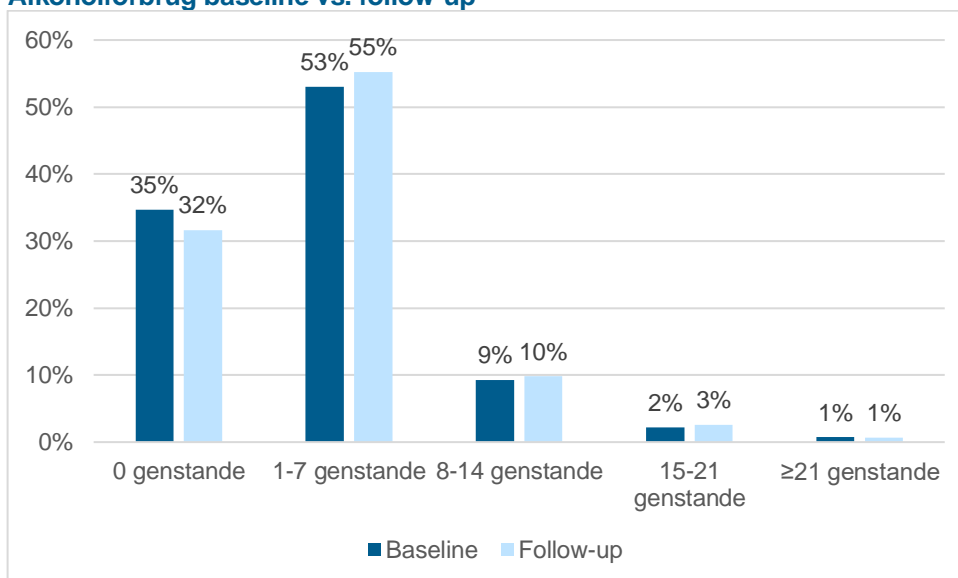


Figur 41: Borgernes rygevaner.

Note: Baseline N=4.225, Follow-up N=1.456. Årsagen til stigningen i antallet der aldrig har røget mellem baseline og follow-up skyldes, at der rapporteres i procentandele af populationen ved baseline og ved follow-up målingen.

Kilde: Baseline- og follow-up-spørgeskema. "Ryger du?".

### Alkoholforbrug baseline vs. follow-up

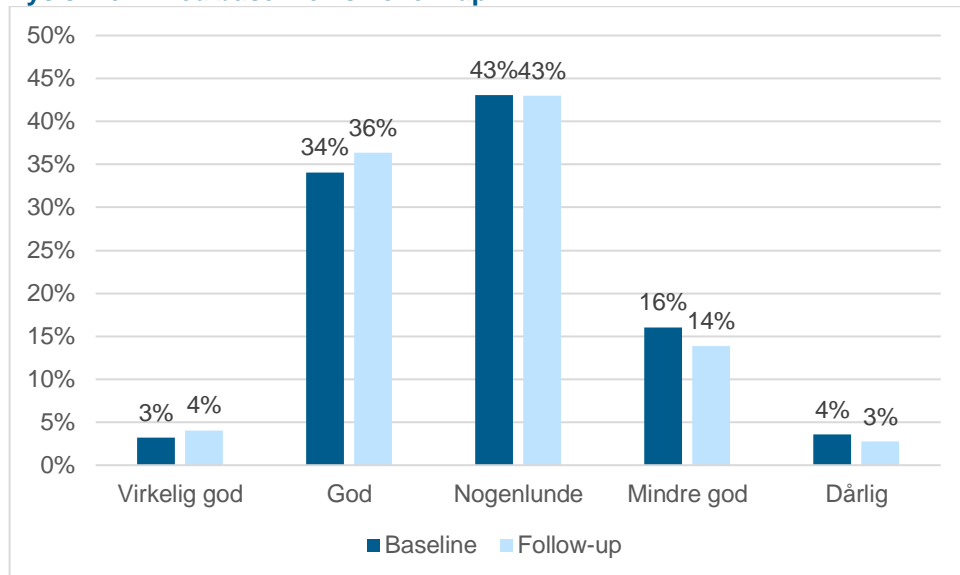


Figur 42: Antal ugentlige genstande.

Note: Baseline N=4.225, follow-up N=1.456.

Kilde: Baseline- og follow-up-spørgeskema. "Hvor mange genstande drikker du typisk i løbet af ugen?".

### Fysisk form ved baseline vs. follow-up

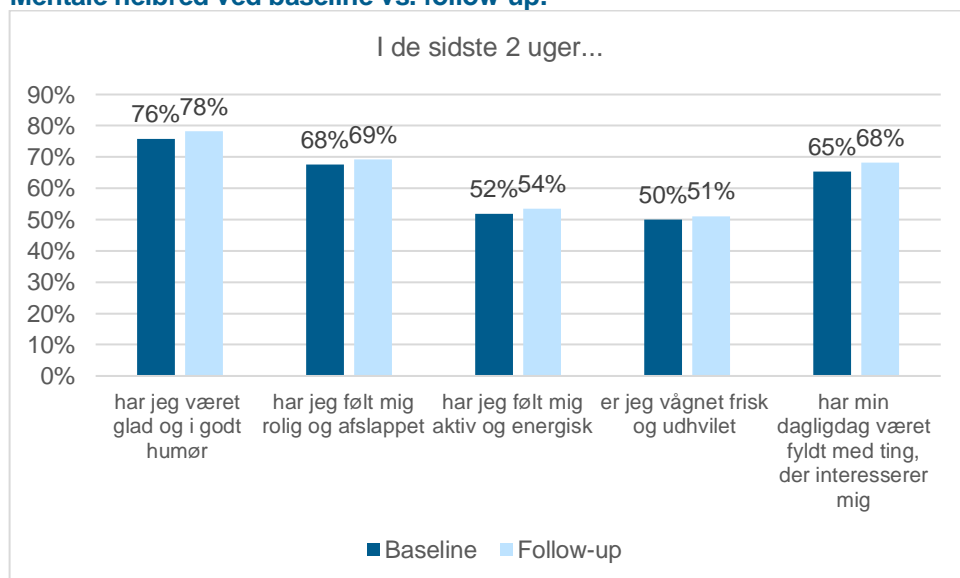


Figur 43: Borgernes fysiske form.

Note: Baseline N=4.225, follow-up N=1.456.

Kilde: Baseline- og opfølgningsskema. "Hvordan vurderer du din fysiske form?".

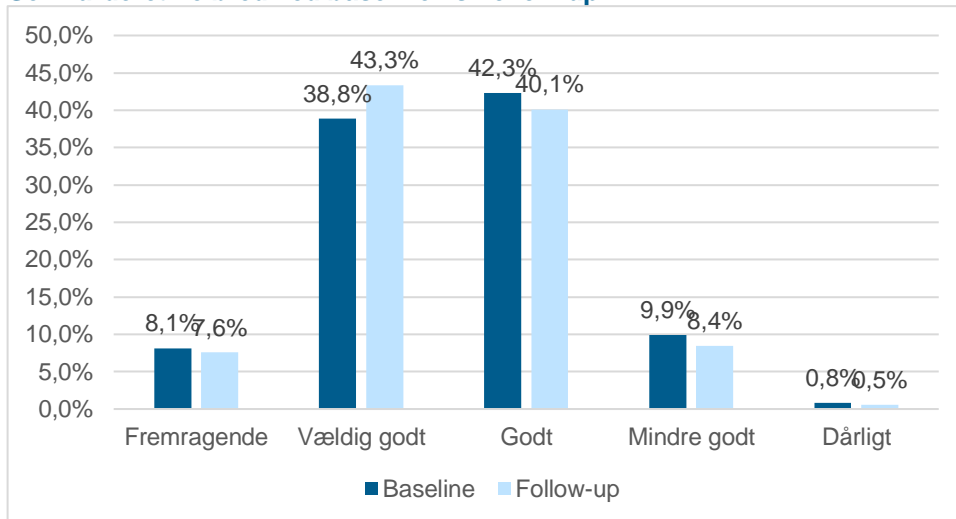
### Mentale helbred ved baseline vs. follow-up.



Figur 44: Det mentale helbred i de seneste 2 uger.

Note: Andelen er besvarelser i kategorierne "hele tiden" og "det meste af tiden". Baseline N=4.225, follow-up N=1.456.

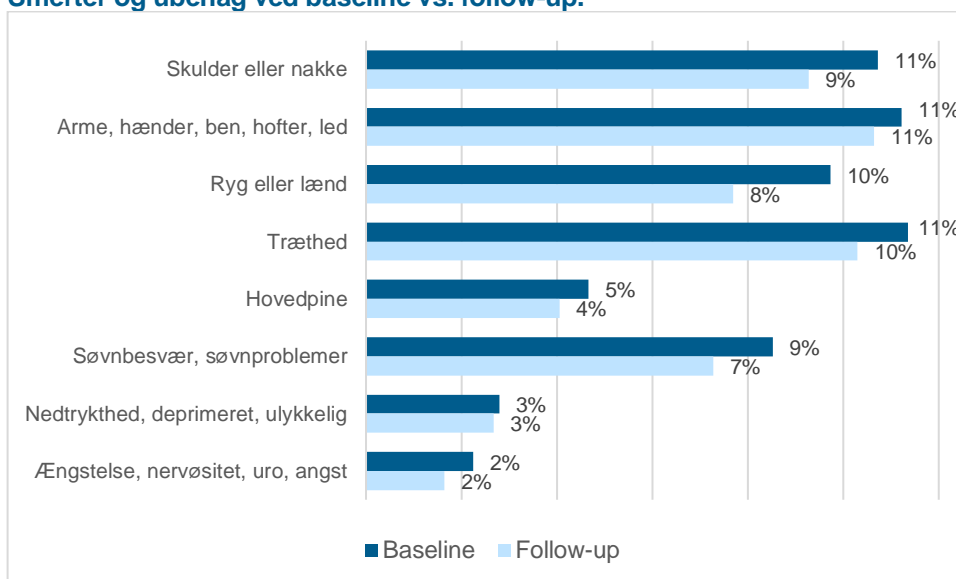
Kilde: Baseline- og opfølgningsskema. "Din vurdering af dit mentale helbred I de sidste 2 uger...".

**Selvurderet helbred ved baseline vs. follow-up.**

Figur 45: Vurdering af helbred.

Note: Baseline N=4.225, follow-up N=1.456.

Kilde: Baseline- og follow-up-spørgeskema. "Hvordan synes du, at dit helbred er i alt?".

**Smerter og ubehag ved baseline vs. follow-up.**

Figur 46: Smerter og ubehag de seneste 14 dage.

Note: Andelen er besvarelser i kategorien "Ja, meget generet". Baseline N=4.225, follow-up N=1.456.

Kilde: Baseline og opfølgningsskema. "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag?".

