Halsnæs
Kommune

Rapport om arbejdet med ulighed i Sundhed i Halsnæs Kommune

Marts 2016

Redelighed
Helhed
Mulighed

Natur og Udvikling

Indhold

Indhold 1

Forord 3

Baggrund 4

Projekt "Sundhed er for alle" 6

Delprojekt for hjemmeboende voksne med medfødt hjerneskade/udviklingshæmning eller autismespektrumsforstyrrelser 6

Målgruppen 7

Undervisning i madlavning 8

a. Deltagernes forudsætninger 8

b. Fysiske rammer 8

c. Pædagogiske overvejelser 8

d. Diætetiske overvejelser 9

e. Budget 9

f. Hjemmevejledere 9

g. Fremmøde 9

h. Individuelle kostvejledninger 10

i. Kogebogen 10

Nøglepersonuddannelsen 10

Dataindsamling - spørgeskemaer 11

Konklusion 14

Anbefalinger 15

Afsluttende bemærkninger 16

Litteratur 17

Bilag 1. Spørgeskema 1 (Før projektets start) 18

Bilag 2 Spørgeskema 2 (Efter projektet) 27

Forord

Arbejdet med ulighed i sundhed udsprang bl.a. af projekt ”Brug for alle” i Halsnæs Kommune, der identificerede en gruppe borgere med kroniske sygdomme, der ikke tidligere havde været kendt af sundhedsområdet. Det blev afdækket, at der mangler målrettede tilbud, samt at det er en udfordring at få inddraget socialt udsatte borgere i eksisterende tilbud. Derudover er ulighed i sundhed en udfordring, der er fokus på både internationalt, nationalt og kommunalt.

Social ulighed i sundhed kan beskrives som en forskel mellem en meget syg og socialt udsat gruppe og resten af befolkningen. Socialt udsatte borgere vil ofte have et umiddelbart og synligt behov for sundhedsindsatser.

Halsnæs Kommune afsatte 250.000 kr. fra 2015 med det formål at have fokus på social ulighed i sundhed. De afsatte midler er anvendt til at udvikle og afprøve nye sundhedstiltag for udsatte målgrupper i projektet ”Sundhed er for alle”, som består af to delprojekter: 1. Projekt for hjemmeboende voksne med medfødt hjerneskade/udviklingshæmning eller autismespektrumsforstyrrelser og 2. Afdækning af socialt udsattes sundhedstilstand.

Denne rapport beskriver erfaringer fra delprojektet for hjemmeboende voksne med udviklingshæmning, medfødt hjerneskade og autismespektrum forstyrrelser og som får støtte af hjemmevejlederne. Formålet med delprojekt 1 er at give både de udviklingshæmmede og personalet mere viden om sund kost samt at komme med anbefalinger for fremtidige initiativer/indsatser. Til dette formål, er der gennemført undervisning i sund madlavning målrettet målgruppen og deres hjemmevejledere. Derudover har hjemmevejledere og andre fagpersoner fra socialpsykiatrien, der arbejder med målgruppen, gennemgået et kompetenceudviklingsforløb.

Delprojektet for de social udsatte, der opholder sig i byrummet beskrives i en særskilt rapport.

Denne rapport er udarbejdet af sundhedskonsulent Pamela Antonella Gajek Villebæk og sundhedskonsulent Kirsten Müller Sundhedsafdelingen i Halsnæs Kommune i e 2015.

Baggrund

I Danmark har ulighed i sundhed gennem de sidste 20 år været stigende. Der er store regionale forskelle i sygdomsrisiko og dødelighed. Den sociale ulighed i sygdomsbyrde medfører store og stigende udgifter til behandling, pleje og støtteordninger, fx i forhold til kronisk syge.

Meget peger på, at en succesfuld indsats for at reducere den sociale ulighed i sundhed vil bidrage til at øge middellevetiden, øge andelen af borgere der kan indgå i arbejdsstyrken og reducere udgifter på sundheds-, beskæftigelses- og socialområdet. Dette vil komme den enkelte borger til gode og samtidig være en gevinst for kommunen.

I følge Sundhedsstyrelsen beskriver begrebet social ulighed i sundhed det faktum, at sundhedsrisici og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet. Det medfører, at jo dårligere borgerne er stillet socialt set, jo højere sygelighed og dødelighed har de statistisk set. Den sociale ulighed i sundhed kommer til udtryk på to måder:

- Som en gradvis ulighed i den brede befolkning – kaldet den sociale gradient i sundhed. Det betyder, at udsatheden for sundhedsrisici og sygdom i befolkningen stiger gradvis i takt med, at den sociale position falder. Nogle af de faktorer, som har betydning for den sociale gradient i sundhed er uddannelseslængde, indkomst, beskæftigelsesforhold, boligforhold og etnicitet.
- Som ulighed i forhold til de særligt udsatte grupper som fx narkomaner, hjemløse og prostituerede. For disse grupper er der tale om, at deres udsathed for sundhedsrisici og sygdom er markant højere end for nogle andre befolkningsgrupper – det kaldes også social dikotomi.

I begge tilfælde kan social ulighed i sundhed beskrives som en forskel mellem en meget syg og socialt udsat gruppe og resten af befolkningen. Socialt udsatte borgere vil ofte have et umiddelbart og synligt behov for sundhedsindsatser.

Dokumentationen af den sociale ulighed i sundhed er solid. Her skal fremhæves følgende rapport: Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen 2011 (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011). Den beskriver en række sociale determinanter, der har central betydning for befolknings sundhed og sygelighed.

Udviklingshæmmede voksne udgør en udsat gruppe. Statens Institut for Folkesundhed har i 2014 udgivet en rapport "Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning" (Flachs, Michelsen, Uldall, & Juel, 2014). Rapporten viser, en betydelig overdødelighed for personer med udviklingshæmning for begge køn og i alle aldersklasser, og at overdødeligheden genfindes i samtlige store dødsårsagsgrupper: Kræft, kredsløbssygdomme, øvrige naturlige dødsårsager og ikke-naturlige dødsårsager (overvejende ulykker og selvmord). Overdødeligheden blandt personer med udviklingshæmning resulterer i et tab af middellevetid på 14,6 år for mænd og 14,4 år for kvinder. Generelt har psykisk udviklingshæmmede svært ved selv at reagere på symptomer, og de kan ofte ikke overskue at møde op til screeninger. De udviklingshæmmede kommer for sjældent til læge, og deres sygdomme og skavanker overses.

Der er politisk bevågenhed både internationalt, nationalt og kommunalt for at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Sundhedsaftale III for Region Hovedstaden 2015-2018 sætter særligt fokus på indsatser for de mest sårbare og udsatte borgere.

Social ulighed i sundhed er jf. sundhedsprofilen en udfordring for Halsnæs Kommune. Den viser, at der er udfordringer både på risikofaktorer (KRAM) [1]og sygdomme, samt at der er sociale forskelle i sundhed, sygdom og sundhedsvaner.

Halsnæs Kommune er her placeret i kommunesocialgruppe 3 af 4. Inddelingen i kommunesocialgrupper er baseret på oplysninger om erhvervstilknytning uddannelsesniveau og bruttoindkomst. Kommunesocialgruppe 1 indeholder kommuner, hvis borgere gennemsnitligt er socialt bedst stillet, mens kommunesocialgruppe 4 indeholder kommuner, hvis borgere gennemsnitligt er socialt dårligst stillet (Robinson, et al., 2014).

Halsnæs Kommunes sundhedspolitik har som mål at medvirke til lighed i sundhed.

I Halsnæs Kommune har Projekt "Brug for alle" identificeret en gruppe borgere med kroniske sygdomme, der ikke tidligere har været kendt af sundhedsområdet. Projektet har afdækket, at der mangler målrettede tilbud, samt at det er en udfordring at få inddraget socialt udsatte borgere i eksisterende tilbud.

I forbindelse med vedtagelsen af budgettet i 2014 blev der afsat 250.000 kr. pr. år til fokus på social ulighed i sundhed. De afsatte midler er anvendt til at udvikle og afprøve nye sundhedstiltag for udsatte målgrupper.

Det er et komplekst arbejde at løse den sociale ulighed i sundhed. Det kræver en bred indsats i en række samfundssektorer (uddannelse, social, sundhed og beskæftigelse). Det er i samarbejde med Socialpsykiatrien besluttet at sætte fokus på to grupper af borgere nemlig voksne med udviklingshæmning og de socialt udsatte, der opholder sig i byrummet i projekt " sundhed er for alle". I denne rapport beskrives: Delprojektet for hjemmeboende voksne med medfødt hjerneskade/udviklingshæmning eller autismespektrumsforstyrrelser.

[1] KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion

Projekt ”Sundhed er for alle”

Overskriften til projektet ”Sundhed er for alle”, er valgt med udgangspunkt i, at alle har lige ret til sundhed.

Et godt helbred er en grundlæggende forudsætning for menneskers frihed til at kunne leve det liv de værdsætter. Der er ikke nødvendigvis lighedstegn mellem det gode liv og det sunde liv, men for de fleste er et godt helbred en forudsætning for at trives og udfolde sine potentialer og muligheder.

Projekt ”Sundhed er for alle” omfatter to delprojekter:

1. Sundhedsindsatser for hjemmeboende voksne med medfødt hjerneskade/ udviklingshæmning eller autismespektrumsforstyrrelser. Formålet er, at give både de udviklingshæmmede og personalet mere viden om sund kost. Indsatsen består af tre elementer:
   - Et 15 timers kursus for borgere i sund kost og madlavning med undervisning af en diætist, fordelt over 5 uger. Desuden blev der udarbejdet en kogebog med opskrifter udvalgt af deltagerne. En hjemmevejleder deltog på hver kursusgang for at sikre, at det lærte kan føres videre i det daglige arbejde.
   - Et individuelt diætvejledningstilbud á 3 timer til hver deltager samt deres hjemmevejledere
   - En nøglepersonuddannelse i diabetes målrettet medarbejdere. Det var et 2 dags kursusforløb, hvor en sygeplejerske, en diætist og en motionskonsulent underviste.

2. Afdækning af de socialt udsattes sundhedsudfordringer. Formålet er at få kontakt med de Socialt udsatte og afdække deres selvoplevede sundhedsproblemer.
   En støtteperson fra socialpsykiatrien har sammen med en sygeplejerske fra Sundhedsafdelingen foretaget opsøgende arbejde på steder, hvor de socialt udsatte opholder sig.

Denne rapport beskriver kun delprojekt 1 for hjemmeboende voksne med medfødt hjerneskade/ udviklingshæmning eller autismespektrumsforstyrrelser. Delprojekt 2 for de social udsatte, der opholder sig i byrummet, beskrives i en særskilt rapport.

Delprojekt for hjemmeboende voksne med medfødt hjerneskade/udviklingshæmning eller autismespektrumsforstyrrelser

I nedenstående beskrives erfaringer fra delprojektet for hjemmeboende voksne med medfødt hjerneskade/ udviklingshæmning eller autismespektrumsforstyrrelser. Efterfølgende beskrives anbefalinger til fremtidig indsats overfor målgruppen.

Målgruppen er hjemmeboende borgere i Halsnæs Kommune med medfødt hjerneskade/udviklingshæmning eller autismespektrumsforstyrrelser.

Det overordnet formål i projektet 'Sundhed er for alle' er at fremme sundheden hos de socialt udsatte borgere i Halsnæs Kommune.

Målene i delprojektet for hjemmeboende voksne med medfødt hjerneskade/ udviklingshæmning eller autismespektrumsforstyrrelser er:

- At fremme sunde vaner hos målgruppen
- Udvikling af sundhedsfremmende kompetencer hos hjemmevejledere
- Indsamling af viden om målgruppen og deres sundhedstilstand

Succeskriterierne er:

- Viden: 80% af hjemmevejledere har øget viden og flere redskaber til at arbejde med sundhedsfremme.
- Vægt: 50% af målgruppen (deltagere) tager ikke på i vægt i projektperioden.
- Livsstilsændring: 70% af målgruppen (deltagere) har ændret elementer af deres livsstil efter deltagelse i projektet.
- Indsamling af data: database oprettet med mindst 70% af deltagerne fra målgruppens data.

Projektet inkluderede følgende:

1. 15 timers undervisning i madlavning.
2. Individuel diætvejledning hos en klinisk diætist.
3. Nøglepersonsuddannelse.
4. Data indsamling før projektets start og efter projektets afslutning.

Projektet startede i efteråret 2014 og sluttede i foråret 2015.

Målgruppen

I Halsnæs Kommune får ca. 70 hjemmeboende borgere støtte af hjemvejledere. Det drejer sig om borgere med udviklingshæmning, senhjerneskader og autismespektrumsforstyrrelser. De modtager støtte via § 85 i Serviceloven. Fælles for dem er, at flertallet har en dårlig sundhedstilstand.

I første omgang var det planlagt at inkludere alle hjemmeboende borgere med udviklingshæmning, medfødt hjerneskade eller autismespektrumsforstyrrelser i projektet. Det viste sig dog svært at rekruttere motiverede deltagere. Dels på grund af transportproblemer til og fra undervisning. Dels fordi undervisningen foregik i grupper, og ikke alle fra målgruppen kan fungere i en gruppe især deltagerne med autismespektrumsforstyrrelse.

Rekruttering af målgruppen foregik via hjemmevejlederne, som har ugentlig kontakt med borgerne og er uddannede i 'den motiverende samtale'. Hjemmevejlederne satte i projektperioden ekstra fokus på sundhed og motiverede målgruppen til at deltage i undervisningen. Hjemmevejlederne deltog aktivt i madlavningsundervisningen, hvilket var en motivationsfaktor for målgruppen for at deltage på madlavningskurset.

I alt deltog 14 borgere fra målgruppen i projektet.

Undervisning i madlavning

Målgruppen blev opdelt i fire hold: To hold i efteråret 2014 og to hold i foråret 2015. De første to hold havde henholdsvis fem og seks deltagere. De sidste to hold blev lavet om til ét hold grundet et stort frafald. Det sidste hold havde fire deltagere.

Undervisningen blev fordelt over fem uger, hvor deltagerne mødtes én gang om ugen til tre timers undervisning, madlavning og fælles spisning.

Undervisningen blev varetaget af en klinisk diætist med erfaring i arbejdet med målgruppen. Derudover deltog en studerende i Ernæring og Sundhed fra Professionshøjskolen Metropol.

a. Deltagernes forudsætninger

- Deltagernes køkkentekniske færdigheder var på de første to hold større end forventet. Medens disse færdigheder var mere begrænsede på det sidste hold.
- Læsevanskeligheder begrænsede brugen af traditionelle opskrifter. Dette blev søgt imødekommet ved at lave opskrifter med billeder.
- Ved planlægning af menuen viste det sig vigtigt at tage højde for deltagernes dårlige tandstatus. En del af deltagerne havde det svært ved at tygge seje og sprøde madvarer.
- Deltagerne viste sig ikke at være specielt kræsne, og meget villige til at prøve nye ting. Dog var der en enkelt deltager, der nægtede at spise fisk. Vedkommende mødte dog gerne op til den undervisningsgang, der handlede om fisk og deltog i madlavningen, men havde medbragt egen madpakke.

b. Fysiske rammer

Undervisning i efteråret 2014 foregik i Rådhusets køkken, medens det i foråret 2015 foregik i skolekøkkenet på Enghaveskolen i Frederiksværk.

Rådhusets køkken viste sig at være et glimrende produktionskøkken, men dårligt egnet til madskole. Der var for få almindelige kogeplader, hvilket gjorde det meget svært at lave retter, der ikke skulle i ovnen. De store industriovne fremmedgjorde også deltageren i forhold til retten, fordi store fade er svære at håndtere, og dette resulterede i, at køkkenet ofte var næsten tomt, så snart en ret var kommet i ovnen. Det optimale var et skolekøkken, hvor hvert hold har et almindeligt komfur m/ovn, bordplads, og vask. Dette gav mulighed for ikke udelukkende at lave retter, der kan tilberedes i ovn. Derfor blev det besluttet at lægge undervisningen på Enghaveskolen, da skolens køkken byder på bedre betingelser for både madlavning og undervisning.

c. Pædagogiske overvejelser

- Hver undervisningsgang bestod af en kort teoretisk gennemgang af enten et kostråd eller en mærkningsordning. Der var bl.a. fokus på fuldkorn, nøglehulsmærket, fisk, grøntsager, mindre sukker. Som oftest blev der præsenteret et mellemmåltid, som fulgte dagens tema – f.eks. grøntsagsstænger med dip til grøntsagstemaet, fisk fra konserves på rugbrød til fisketemaet, eller grovboller med magert pålæg til nøglehulstemaet. Især godt for at vise deltagerne, at sund mad ikke nødvendigvis er besværligt, men også er noget, der kan købe i supermarkedet.

- Deltagerne var selv med til at bestemme hvilke retter, der skulle laves. Dette var, for at skabe ejerskab og for at lære at tilberede kendte retter på en sundere måde. Desuden blev de valgte retter indskrevet i den kogebog, der blev produceret i projektet.
- I køkkenet blev der primært brugt principperne "learning by doing" og "mesterlære". Diætisten og praktikanten stod til rådighed med hjælp og vejledning ved behov således, at det primært var deltagerne, der tilberedte retterne. Denne metode blev anvendt for at styrke deltagernes mestringsevne og tro på, at de selv kan tilberede retterne derhjemme.

d. Diætetiske overvejelser

- Det var målet at alle måltider skulle ligge under 500 kcal. og, at måltiderne blev opbygget efter "T-tallerkenmodellen", hvor ¼ af tallerkenen er kød (proteinkilde), ¼ ris/kartoffel/pasta (kulhydratkilde) og ½ af tallerkenen er grøntsager. Denne tallerkenfordeling blev valgt, fordi størstedelen af deltagerne var overvægtige (71%). Enkelte deltagere var dog undervægtige.
- Til alle retter blev der valgt magre kødtyper eller fisk. Alle retter blev tilberedt med begrænset mængder fedtstof. Der blev valgt fuldkornsris og pasta, samt hvis muligt årstidens grønsager, både friske og frosne. Der blev generelt brugt magre mælkeprodukter. På grund af intolerance for mælk hos to deltagere, blev der desuden brugt tilsvarende sojaprodukter. Derudover blev der taget højde for allergier/intolerancer for bl.a. nødder, krydderier og mælk.
- Alle hold blev introduceret for kartofler, fuldkornsris, fuldkornspasta og rodfrugter som tilbehør. Samtidig blev alle hold introduceret for fisk, svinekød, oksekød, hakket kalv og flæsk.
- Det viste sig specielt vigtig at have fokus på emnerne mindre sukker, fisk og nøglehulsmærket.

e. Budget

- Budgettet var 50 kr. pr. person per undervisningsgang. De enkelte måltider kostede mellem 30 og 50 kr. pr. person. Dette gav mulighed for at indkøbe forskellige fødevarer til mellemmåltider og sunde snacks.

f. Hjemmevejledere

- Hjemmevejlederne har generelt været positivt indstillet over for projektet og valgte at deltage på madlavningsholdene. De var understøttende, engagerede og interesserede i køkkenet i det omfang, det var nødvendigt.
- Der har været fokus på, at hjemmevejlederne var en aktiv del af projektet. Formålet med at inkludere hjemmevejlederne var at øge deres viden og give dem redskaber til fremadrettet at arbejde med sundhedsfremme i deres daglige arbejde. Hjemmevejlederne mødes ugentligt med målgruppen, og idéen er, at de følger op på det, de sammen har lært i projektet.

g. Fremmøde

- På de første to hold var der et højt fremmøde. Fremmødet på sidste hold var mindre end forventet. Der deltog kun én til to deltagere. Dette gjorde det svært at skabe dynamik på holdet.

h. Individuelle kostvejledninger

- I de individuelle vejledninger blev deltagerne på frivillig basis vejet og fik målt hofte/taljemål. Desuden blev der optaget kostanamnese. Udgangspunktet var at udarbejde en kostplan med tre hovedmåltider og tre mellemmåltider, baseret på mindre sukker, mindre fedt, mere fuldkorn og flere grøntsager. Det var dog langt fra alle deltagerne, der var motiverede for så store forandringer. Derfor afspejler de enkelte kostplaner deltagernes motivation og ønsker for ændring.
- I alt blev der afholdt individuelle vejledninger svarende til 20 timer.

i. Kogebogen

- I alt blev 13 opskrifter fra undervisningen samlet i en kogebog, hvor symboler og billeder er gennemgående frem for tekst, hvilket gør det lettere for målgruppen og andre brugere med læseudfordringer at lave god og sund mad derhjemme.
- Alle deltagerne i projektet fik et eksemplar af kogebogen. Derudover har socialpsykiatrien fået 75 eksemplarer til uddeling til relevante brugere. Desuden er der fire eksemplarer til lånebrug på Bibliotekerne i Halsnæs Kommune.

Nøglepersonuddannelsen

Med henblik på at styrke hjemmevejledernes kompetencer og øge deres viden i sunde spisevaner, motion og livsstilsændring, blev der afholdt nøglepersonsuddannelsen for de kommunale medarbejder som arbejder til dagligt med målgruppen.

Diabetesforeningen har gennemført nøglepersonsuddannelsen for fagpersoner som arbejder med udviklingshæmmede. Uddannelsen er et 2-dags kursus bestående af en blanding af vidensformidling og praktiske øvelser.

Desuden deltog to udviklingshæmmede på nøglepersonsuddannelsen med det formål, at de efterfølgende kan fungere som rollemodeller for andre udviklingshæmmede.

Formålet med uddannelsen er at give en bedre forståelse for diabetes herunder forebyggelse, opsporing, kost, vægttab og fysisk aktivitet. Denne viden kan bruges generelt i forhold til sundhedsfremme og ikke kun i forhold til diabetes.

<u>Kursets faglige indhold</u>

- Forebyggelse, opsporing og behandling af diabetes
- Sund mad: Planlægning og inspiration til sunde måltider
- Motionsteori: Viden om, hvordan motion kan bruges i forhold til forebyggelse og behandling af diabetes
- Motionsaktiviteter: Tips og idéer til en aktiv hverdag

<u>Undervisere</u>

- Diabetesforeningens kliniske diætist
- Diabetesforeningens motionskonsulent, cand. scient. Idræt og Sundhed
- Ekstern diabetessygeplejerske i forebyggelse, opsporing og behandling af diabetes.

Deltagere

I alt deltog 14 personer i undervisningen. Det var fem hjemmevejledere, to borgere fra målgruppen og andre relevante fagpersoner fra socialpsykiatrien. Efter nøglepersonuddannelsen, modtog alle deltagere et evalueringsspørgeskema.

Spørgeskemaet til kursusevaluering viste at 30% af deltagerne var meget tilfredse med kursusindholdet, 60% var tilfredse, 10% var hverken tilfredse eller utilfredse. 90% af deltagere vurderede det faglige niveau på kursus var passende, 10% at det var for lavt.

Deltagerne har i spørgeskemaet tilkendegivet at undervisningen gav dem nye idéer, inspiration, en bedre forståelse af diabetes og dens konsekvenser, som de kan bruge i deres hverdag.

90% af deltagere angiver at have lært noget, som de kan bruge i deres arbejde:

- Viden om diabetes
- Viden om kost og motion
- Interwalk[2]
- Lege med fysisk aktivitet
- Motionsøvelser
- Hvordan motionsøvelser kan tilpasses målgruppen

Deltagere blev også spurgt om, hvad skal der til, for at de kan inddrage det lærte i deres daglige arbejde. To af dem gør det allerede, mens de andre fremhævede, at det er vigtigt at sætte fokus på motion i deres møde med målgruppen samt motivationen.

"Det handler vel om en ændring af den faste rutine/tankegang i mine borgerbesøg. Jeg har allerede indført walk and talk hos ca. halvdelen af mine faste borgere". Citat fra deltager på Nøglepersonsuddannelsen.

Dataindsamling - spørgeskemaer

Målgruppens sundhedstilstand og behov for adfærdsændring har hidtil ikke været kendt. Formålet med indsamling af data var at beskrive målgruppens sundhedstilstand, motion- og spisevaner. Der blev udfyldt 14 spørgeskemaer (Se bilag 1 bilag 2).

Køn og alder

I alt deltog 14 deltagere (syv kvinder og syv mænd) i projektet. Gennemsnitsalderen for alle deltagere var 37 år (23 år – 56 år). Gennemsnitsalderen for kvinder var 35,71 år og 38,29 for mænd. Populationen kan beskrives som homogen i forhold til køn og aldersfordeling.

Boligform og arbejdsmarkedstilknytning

- Otte deltagere bor alene, mens seks bor sammen med en ægtefælle/samlever.
- Fire er arbejdsløse og ti er i arbejde.

[2] InterWalk er en applikation til iPhone og iPod, som tilbyder et let tilgængeligt intervalgangsprogram

BMI

Ikke alle deltagere ønskede at blive vejet både før og efter projektdeltagelse. Før projektet blev 12 deltagere vejet. 11 deltagere ønskede at blive vejet efter projektet. Ud af de 14 deltagere valgte ni deltagere at blive vejet både før og efter.

Før projektet havde kvinderne i gennemsnit en BMI på 36,12 Kg/m^2 svarerende til svær overvægt (WHO, 2015). Mændene havde i gennemsnit en BMI på 29,25 Kg/m^2 svarerende til moderat overvægt (WHO, 2015).

Den gennemsnitlige BMI var for alle deltagerne før projektet 32,37 Kg/m^2. Efter projekts afslutning var den gennemsnitlige BMI på 32,67 Kg/m^2. Der er registreret et fald i vægten på mellem to og seks kg hos seks deltagere, én deltager tog ikke på i vægt og to deltagere tog på i vægt. I alt har 43% af deltagere tabt sig, 7% har holdt den samme vægt og 14% tog på vægten[3].

Deltagerne blev før projektets start spurgt, om de ønskede at tabe sig. 43% svarede, at de gerne ville tabe sig i "høj grad", mens 43% gerne ville tabe sig i "nogen grad".

Fysisk aktivitet

Halvdelen af deltagere dyrkede motion før projektets start. Efter projektets afslutning dyrkede 75% motion. Det giver en stigning på 25%.

Dette kan evt. forklares med hjemmevejledernes øgede fokus på motion og sund kost, efter at de har deltaget på nøglepersonuddannelsen. Dette kan have påvirket deltagernes adfærd.

Rygning

29% af deltagerne er daglige rygere, 7% ryger sjældnere end hver uge, 21% er tidligere rygere og 43% har aldrig røget.

Stoffer

21% af deltagere har røget hash tidligere og 8% har prøvet andre stoffer (fx kokain, amfetamin, ecstasy eller svampe).

Alkoholvaner

85% af alle deltagere drikker alkohol. Af dem drikker 7% alkohol hver dag, 14% drikker alkohol hver uge, 64% drikker alkohol mindre end hver uge, og 14% drikker ikke alkohol.

57% af de deltagere, der drikker alkohol, gør det udenfor måltiderne.

Deltagerne blev spurgt, om de gerne vil drikke mindre. 77% af dem svarede, at de ikke vil drikke mindre, 8% vil gerne drikke mindre alkohol og 15% svarede, at det, vidste de ikke.

[3] 36% af deltagere valgte ikke at blive vejet før eller efter projektet.

Selvvurderet helbred

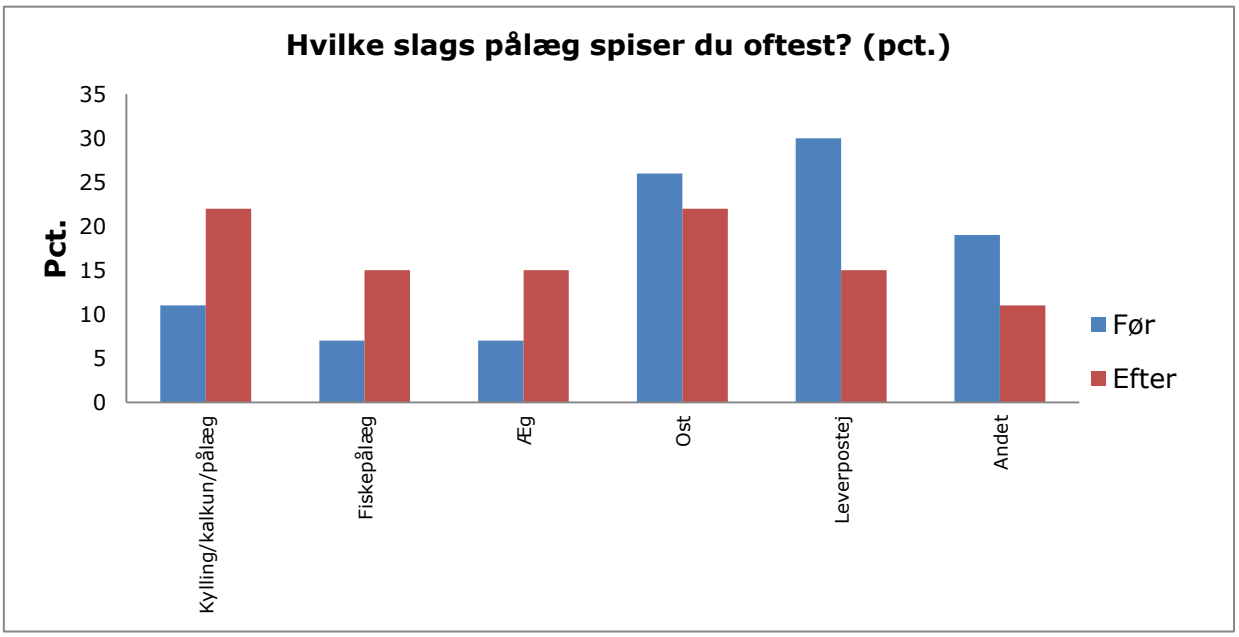
36% af deltagere var meget trætte før projektets start mod 25% efter projektets afslutning.

Spisevaner

Der er sket en minimal ændring i forhold til antallet af dagligt indtagne måltider. Både før og efter projektet fik 50% af deltagerne henholdsvis tre hoved– og mellemmåltider. Før projektet fik 28% et til to hoved- og mellemmåltider om dagen, efter projektet var tallet 25%. Der var 21%, der fik fem eller flere hoved- og mellemmåltider dagligt før projektet, efter projektet var det 25%.

I forhold til spisevaner er der registreret flere markante positive ændringer. Færre deltagere bruger smør på brødet efter projektets afslutning. Før projekts start brugte 50% af deltagere smør på brødet hver gang, mens 21% spiste smør på brødet nogle gange. Efter projektet spiste 33% smør på brødet hver gang og 17% nogle gange. Samtidigt steg antallet af deltagere, som ikke spiste smør på brødet fra 29% til 50%.

Figur 1 viser de positive ændringer der er sket i forhold til det pålæg, som deltagerne spiser før og efter projektet. Andelen af deltagere som oftest spiser æg, kylling-, kalkun-, og fiskepålæg blev fordoblet. Samtidig blev andelen af deltagere som oftest spiser leverpostej, halveret. Andelen af deltagere, som oftest spiser ost, er faldet fra 26% til 22%. Ligeledes steg andelen af deltagere som spiser varm mad mellem fem til syv gange om ugen (fra 21% til 50%).



Figur 1. Hvilke pålæg spiser du oftest?

Andelen af borgere, som spiser færdigretter, er faldet med 50% efter projektets afslutning. Samtidig observeres en stigning i antal borgere, som selv laver mad mellem tre og fire gange om ugen. Desuden ses en stigning i antal borgere som spiser grøntsager mellem fem og syv gange om ugen. Ligeledes er der er sket en stigning på 44% i antallet af frugt, som deltagerne spiser dagligt. I gennemsnit spiste deltagere 1,4 stykker frugt før projektets start, og efter projektets afslutning spiste deltagere 2,5 stykker frugt.

Andelen af deltagere, som spiser kage, slik eller chips dagligt, er faldet fra 21% til 8%. Samtidigt er der sket et fald i andelen af deltagere, som indtager sodavand eller juice til hverdag (fra 36% til 17%). På den anden side observeres en stigning i antal deltagere, som spiser kager, slik og chips og andelen af deltagere, som indtager juice eller sodavand hver uge. Det sidste kan forklares med, at deltagerne blev introduceret for sukkerfri slik, sukkerfri sodavand og nye kageopskrifter med et lavt sukkerindhold. Derfor fortsatte deltagerne med at spise kage og slik, men har fået indsigt i sundere alternativer.

Konklusion

Projektet har overordnet været en succes. Projektets formål i om at give både de hjemmeboende voksne med medfødt hjerneskade/udviklingshæmning/autismespektrumforstyrrelser og hjemmevejlederne mere viden om sund kost er opfyldt. Over 80% af hjemmevejlederne har øget deres sundhedsfaglige viden efter deltagelse på nøglepersonuddannelsen. Desuden har de fået redskaber til at arbejde med sund mad og bevægelse, som en del af hverdagen på en ny måde.

Målgruppen beskrives generelt som værende vanskeligt at motivere. Derfor har samarbejdet med hjemmevejlederne været afgørende for successen. Det er hjemmevejlederne, der har kontakt med borgerne i målgruppen og dem, der skal vejlede borgerne fremover, så de bliver i stand til at træffe det sunde valg og fastholde deres adfærdsændringer.

Medarbejderne er nøglepersoner, der har gode relationer til målgruppen. Disse relationer er et vigtigt omdrejningspunkt i arbejdet med at ændre målgruppens sundhedsvaner.

Det er vanskeligt at konkludere, om deltagelse på madlavningsholdene og de individuelle vejledninger har givet deltagere flere ressourcer til at skabe og vedligeholde de sunde vaner på lang sigt. Evalueringen indikerer dog, at deltagerne har fået en større viden om, hvad der er sundt eller usundt, og at de har lært at lave sund mad. Det er vanskeligt at besvare om succeskriteriet, om at 50% af borgerne i målgruppen ikke tager på i vægt, da der kun var ni deltagere, som blev vejet både før og efter projektet. Det kan konstateres, at 43% af deltagere har tabt sig og 7% har holdt den samme vægt.

Selvom succeskriteriet om at 50% af deltagerne ikke tager ikke på i vægt, ikke blev opfyldt, er der sket en markant positiv ændring i deltagernes sundhedsvaner efter deltagelse i projektet:

- Flere deltagere dyrker motion (stigning på 25%)
- Deltagerene får flere hoved- og mellemmåltider dagligt
- Færre deltagere bruger smør på brødet
- Andelen af deltagere, som ofte spiser æg, kylling-, kalkun-, og fiskepålæg blev fordoblet efter madlavningskursets afslutning
- Andelen af deltagere, som ofte spiser leverpostej er halveret efter projektets afslutning
- Flere deltagere spiser varm mad fem til syv gange om ugen
- Færre deltagere spiser færdige retter
- Flere deltagere laver selv mad
- Deltagerene spiser mere frugt
- Andelen af deltagere, som spiser kage, slik eller chips hver dag, er faldet

Den indsamlede viden om målgruppens sundhedstilstand, kostvaner, motionsvaner og generel livstil viser at:

- 71% af deltagerne er overvægtige.
- 86% oplever træthed i hverdagen.
- 44% oplever smerter i skuldre eller nakke.
- 57% oplever nervøsitet, uro eller angst.
- 42% har hududslet eller eksem.
- 57% får medicin dagligt.
- 29% er daglige rygere.
- 21% ryger/har røget hash.
- 14% drikker ikke alkohol.
- 64% spiser fastfood.
- 71% spiser færdige retter.
- 36% drikker sodavand/juice hver dag.

Hjemmevejledernes vurdering er, at målgruppen er en sårbar gruppe, som er svær at motivere.

Der er evidens for at overvægt, usund kost og manglende motion medvirker til udvikling af sygdom og helbredsproblemer.

Ovenstående data viser usund livsstilsadfærd hos borgerne i målgruppen. Derfor er det vigtigt at skabe sundhedsfremmende rammer i dagligdagen specielt målrettet borgere i målgruppen.

Anbefalinger

- Sundhed og sunde vaner integreres som en naturlig del af hverdagen, fx ved at ændre på de daglige rutiner, således at målgruppen får mere hjælp til selvhjælp og mindre opvartning. Bedre integration i hverdagen kan også bidrage til, at sundhed ikke risikerer at blive nedprioriteret de dage, hvor personalet har travlt.

- Det er vigtigt, at medarbejderne inddrager borgerne i, hvordan der kan arbejdes med motivation i forhold til sundhed i hverdagen. Borgerne inddrages i målsætning af egen livsstilsændring.

- Det kan være nødvendigt at tage små skridt, så brugerne ikke oplever forandringerne som værende drastiske. På den måde er der mindre risiko for, at målgruppen modsætter sig de sundhedsfremmende tiltag.

- Der anbefales, at medarbejderne samarbejder om sundhed, så brugerne oplever enighed i medarbejdergruppen og at de fremstår som rollemodeller.

- For at holde fokus på sundhedsfremmende tiltag for målgruppen kan medarbejderne fx på temadage eller personalemøder diskutere, hvordan arbejdet med sundhed fastholdes i forhold til de udviklingshæmmede og medarbejdernes funktion som rollemodeller.

- Medarbejderne skal løbende ajourføre deres viden om pædagogiske redskaber i forhold til arbejdet med sundhed i hverdagen.

Afsluttende bemærkninger

Erfaringerne fra de to delprojekter, hvor indsatsen har været målrettet særligt udsatte grupper, har vist, at det kræver en målrettet, tværgående og opsøgende social- og sundhedsindsats, der hvor målgruppen opholder sig, for at styrke sundheden blandt socialt udsatte borgere og opnå større lighed i sundhed.

Det vil derfor kræve et tættere samarbejde og en tværfaglig helhedsindsats fra hhv. det sundhedsfaglige, socialfaglige samt arbejdsmarkedsrettede område, for at iværksætte tilbud, som kan nedbringe den sociale ulighed i sundhed i Halsnæs Kommune.

Nuværende indsats i forhold til ulighed i sundhed afsluttes med udgangen af 2015. Det anbefales, at der udvikles en samlet plan for, hvordan der kan arbejdes med ulighed i sundhed på tværs af områderne i Halsnæs Kommune.

Litteratur

Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser.* København: Sundhedsstyrelsen.

Flachs, E. M., Michelsen, S. I., Uldall, P., & Juel, K. (2014). *Sundhedstilstanden blandt voksne med udviklingshæmning.* København: Statens Institut for Folkesundhed.

Robinson, K. M., Lykke, M., Hansen, B. H., Andreasen, A. H., Jeppesen, M., Buhelt, L. P., et al. (2014). *Sundhedsprofil for region og kommuner 2013.* Region Hovedstaden: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

WHO. (2015). *WHO Klassifikation af vægt i henhold til BMI hos voksne*. Hentede 8. 10 2015 fra http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Bilag 1. Spørgeskema 1 (Før projektets start)

Er du:

	Respondenter	Procent
Mand	7	50,0%
Kvinde	7	50,0%
I alt	14	100,0%

Alder

	Observeret minimum	Observeret maksimum	Gennemsnit	Respondenter
Mand	28,00	56,00	38,29	7
Kvinde	23,00	56,00	35,71	7
I alt	23,00	56,00	37,00	14

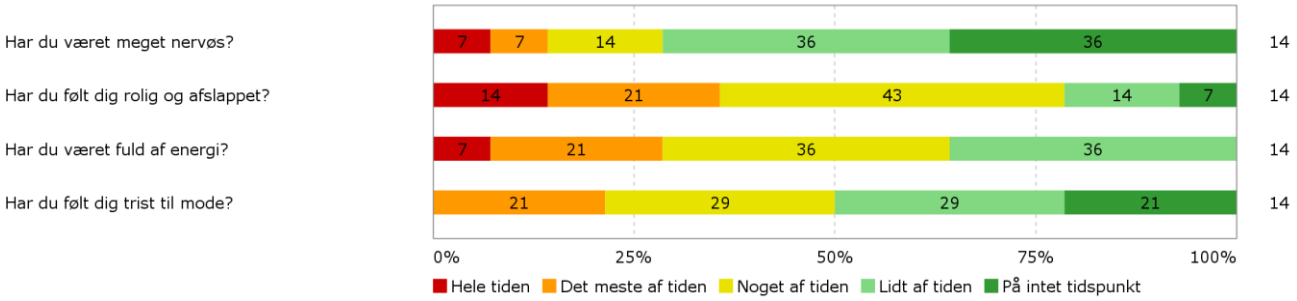
Vægt

Observeret minimum	Observeret maksimum	Gennemsnit	Respondenter
65,00	159,00	101,80	12

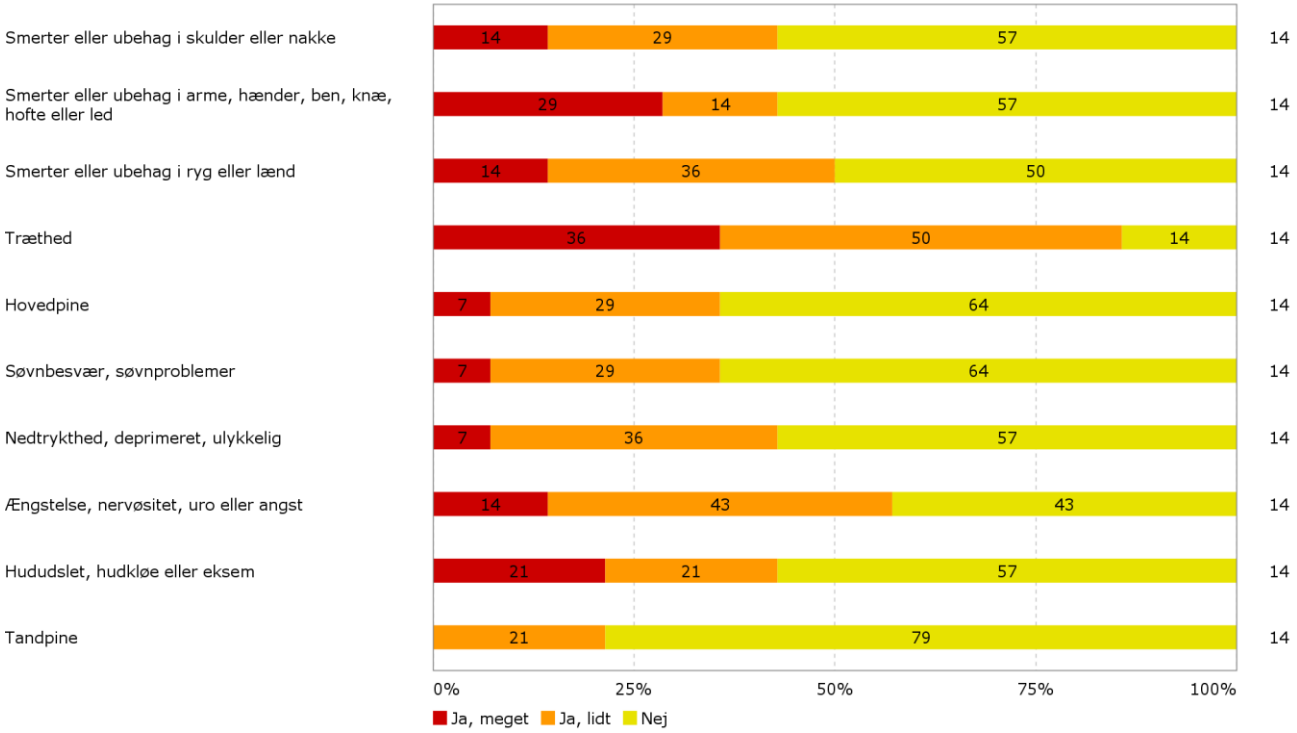
BMI

	Observeret minimum	Observeret maksimum	Gennemsnit	Respondenter
Mand	23,59	33,57	29,25	6
Kvinde	30,23	43,56	36,12	5
I alt	23,59	43,56	32,37	11

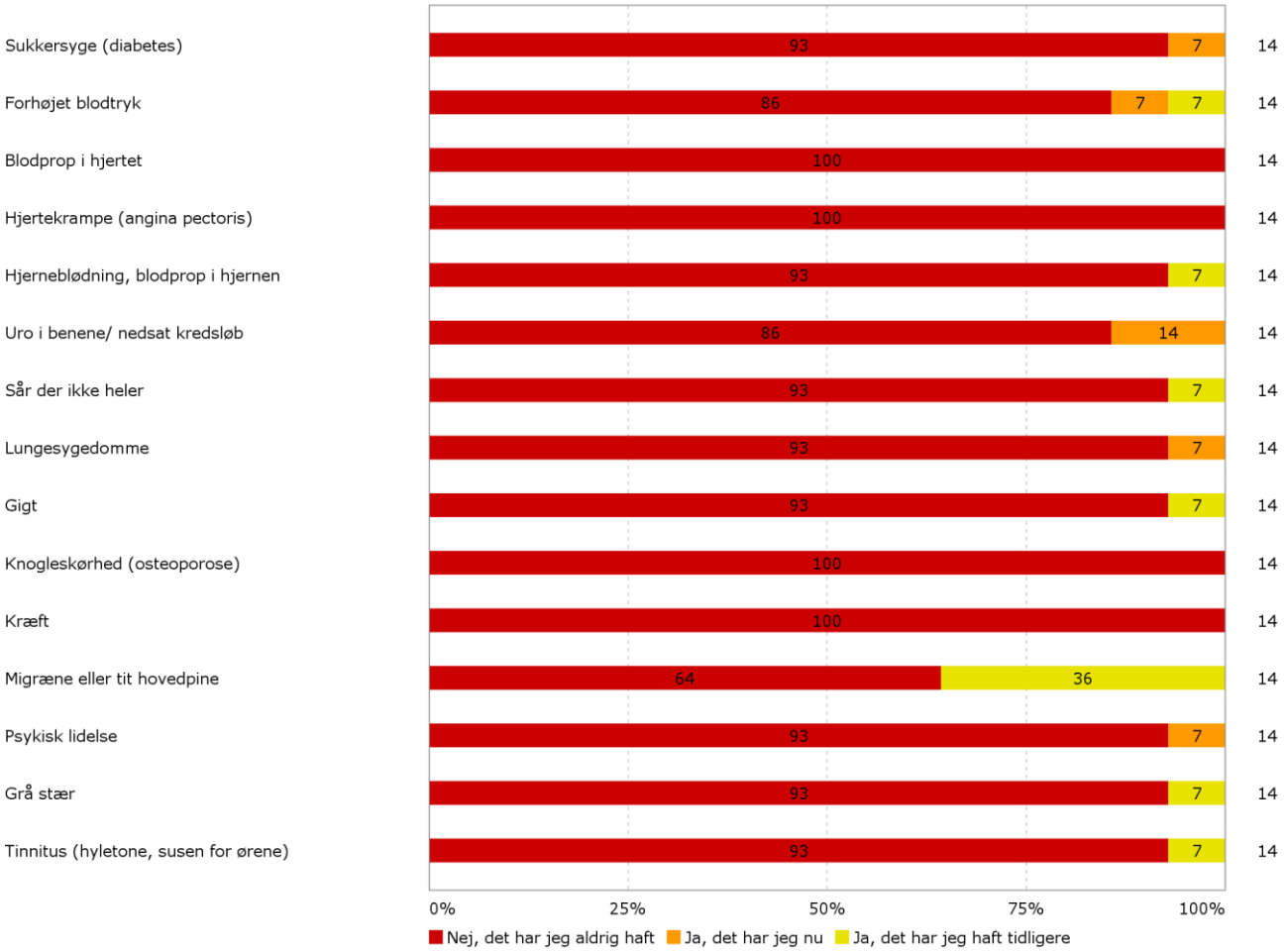
Hvordan har du det?



Har du haft ondt den sidste måned? - Hvis ja, hvor?



Har du én eller flere af følgende?



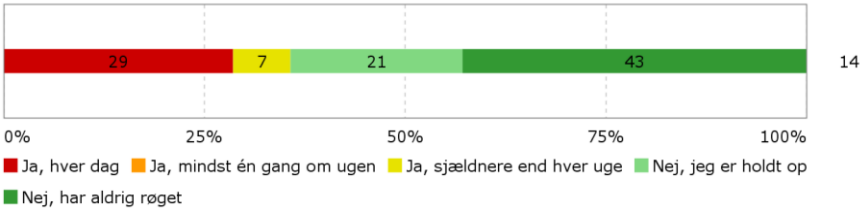
Får du medicin?

	Respondenter	Procent
Ja; Hvilke?	8	57,1%
Nej	6	42,9%
I alt	14	100,0%

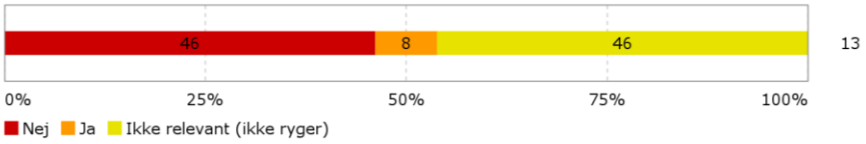
Får du medicin? - Ja; Hvilke?

- Astma
- Allergi
- Cilodex
- Eltroxin
- Allergi, D-vitamin
- Vanddrivende og hjertemagnyl
- Remicade
- Uoplyst

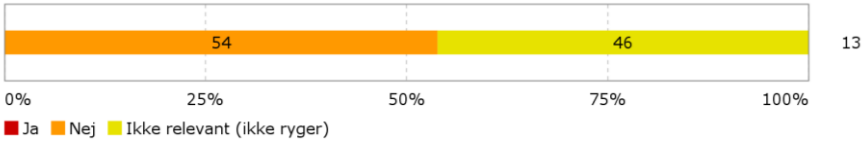
Ryger du?



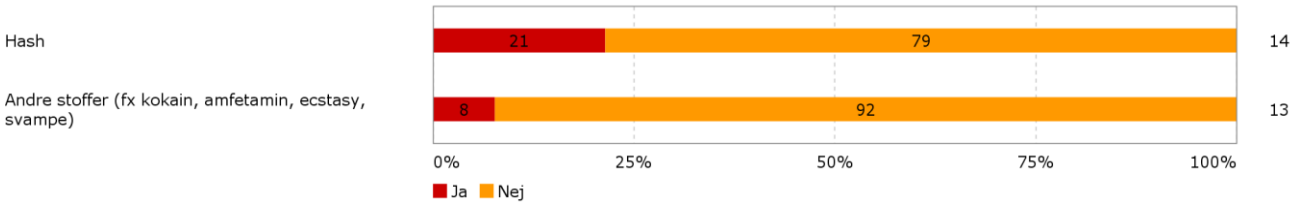
Vil du gerne holde op med at ryge?



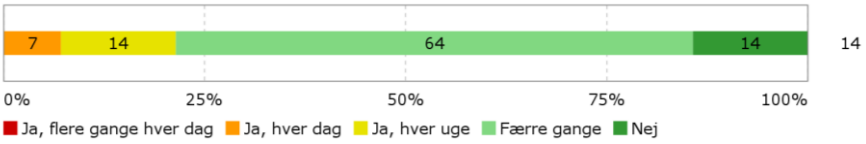
Vil du have hjælp til rygestop?



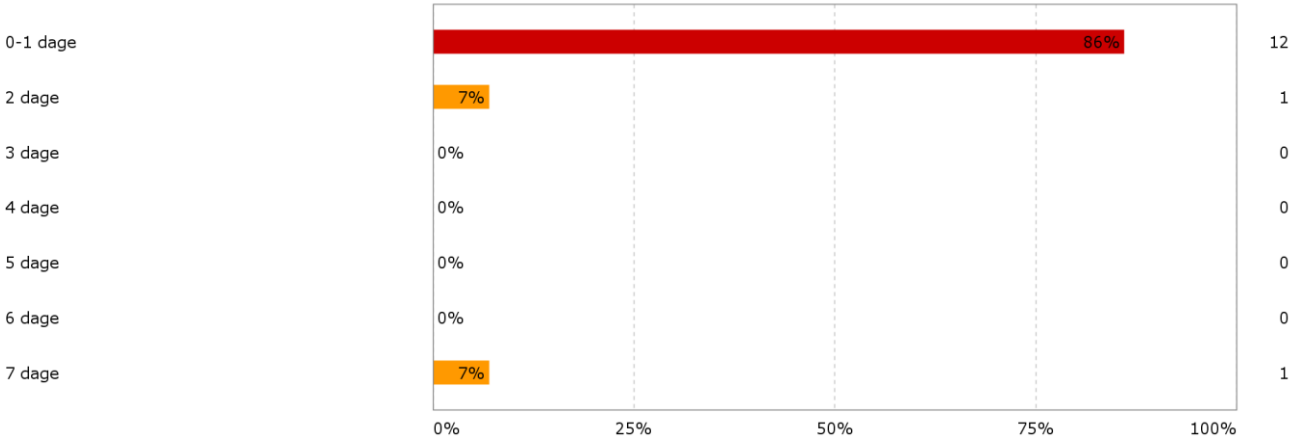
Har du nogensinde prøvet ét eller flere af følgende stoffer?



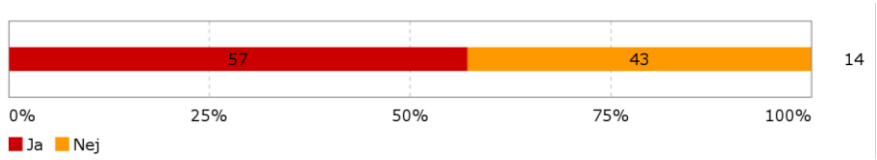
Drikker du alkohol?



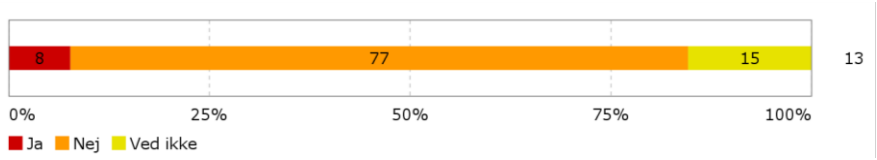
Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?



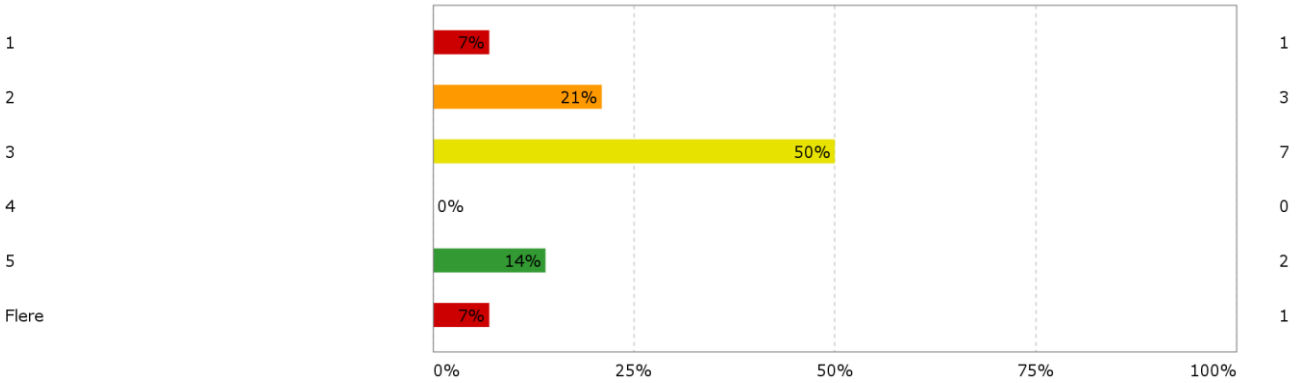
Drikker du alkohol uden for måltiderne?



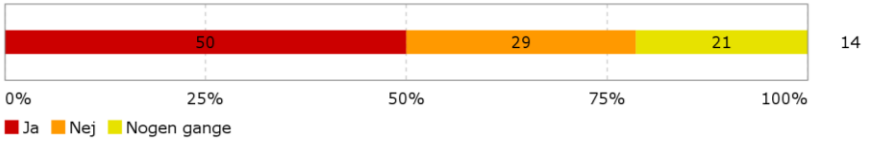
Vil du gerne drikke mindre alkohol?



Hvor mange hoved- og mellem måltider får du om dagen?



Spiser du smør på brødet?



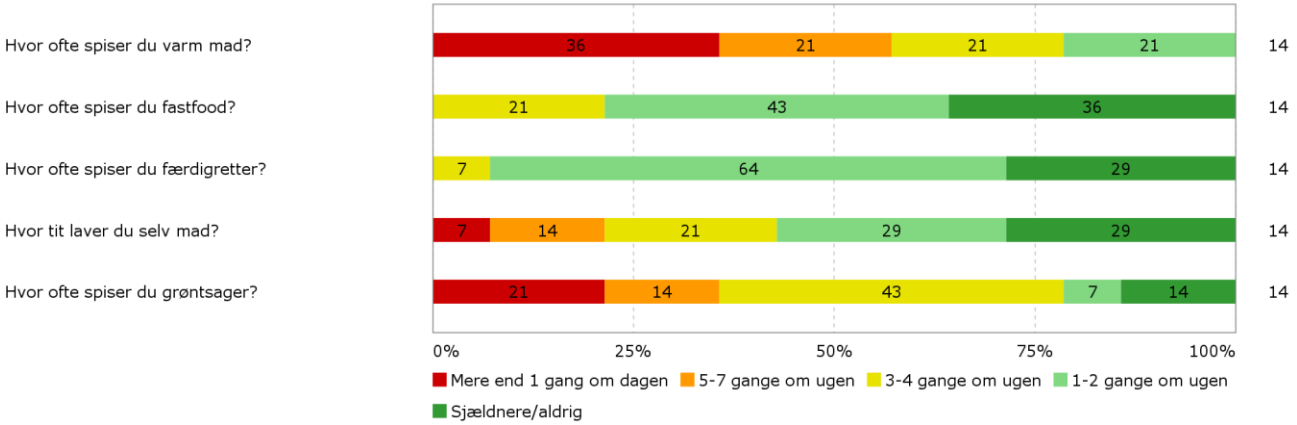
Hvilke slags pålæg spiser du oftest?

	Respondenter	Procent
Kylling/kalkun pålæg	3	21,4%
Fiskepålæg	2	14,3%
Æg	2	14,3%
Ost	7	50,0%
Leverpostej	8	57,1%
Andet?	5	35,7%
I alt	14	100,0%

Hvilke slags pålæg spiser du oftest? - Andet?

- Lidt af hvert
- Røget filè
- Spegepølse
- Rullepølse, smørost
- Rullepølse, Skinke

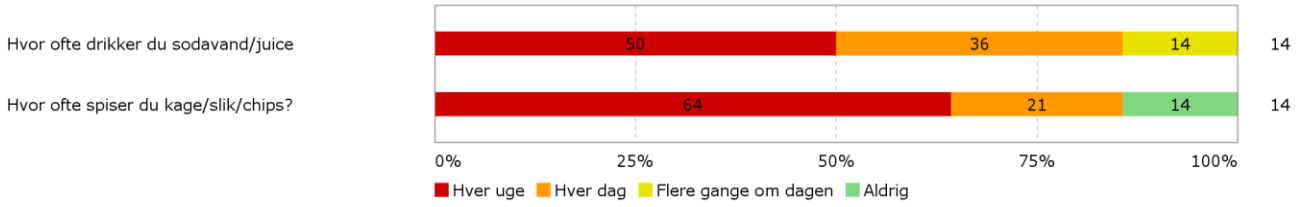
Hvor ofte spiser du:



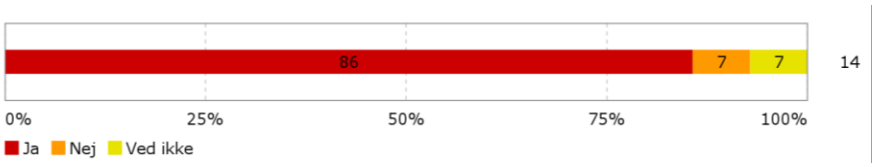
Hvor meget frugt spiser du hver dag?

	Observeret minimum	Observeret maksimum	Gennemsnit	Respondenter
Mand	0,00	5,00	1,57	7
Kvinde	0,00	2,00	1,29	7
I alt	0,00	5,00	1,43	14

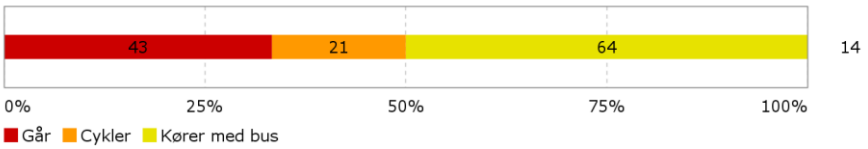
Sodavand, juice og slik



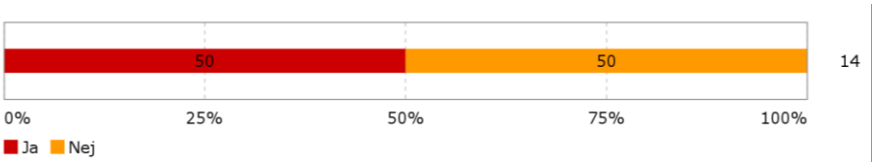
Vil du spise mere sund?



Når du skal på arbejde eller rundt i byen, gør du så følgende?



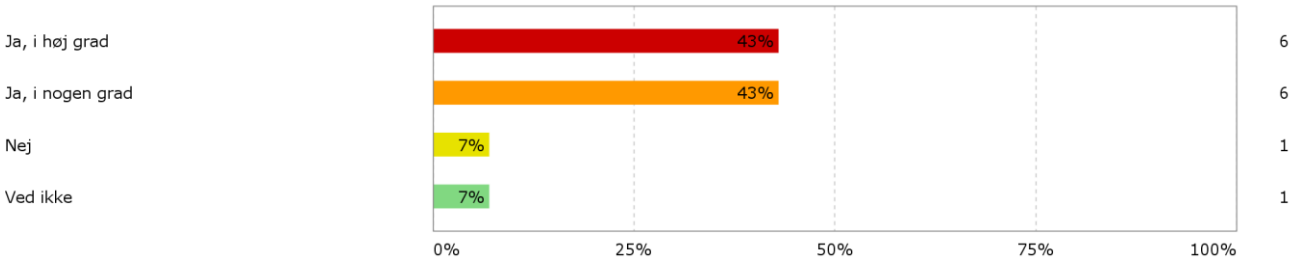
Dyrker du motion?



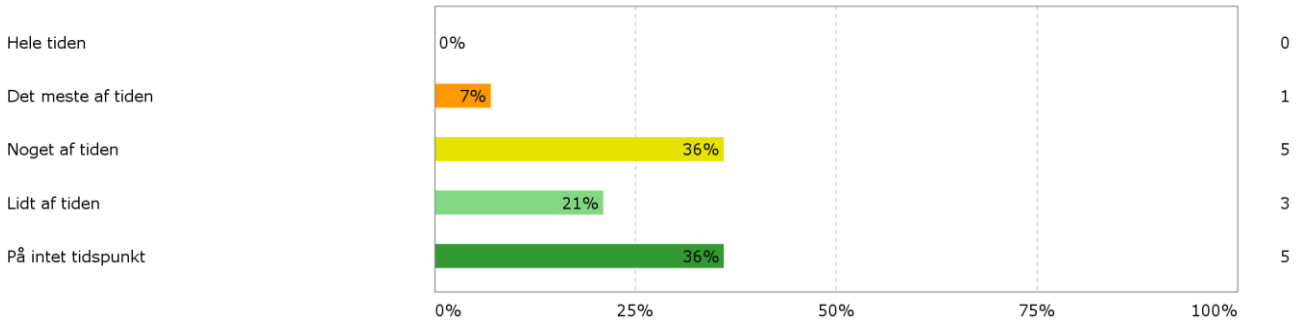
Har du fritidsaktiviteter? Hvis ja, hvilke?

- Klub
- ja, Treklæveret
- Dart
- Nej
- Klub
- Håndarbejde fletter hundesnore
- Billiard og spiller kort
- Gangforening
- .
- Rydning, musik(dans?)
- Fitness

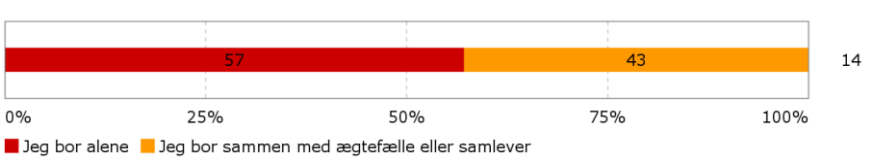
Vil du gerne tabe dig?



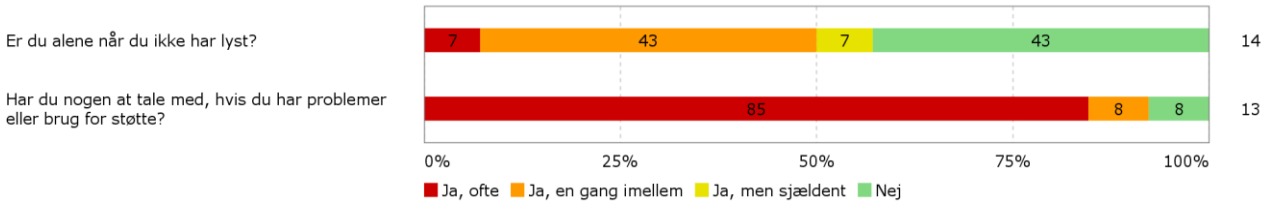
Har du haft svært ved at være sammen med andre mennesker?



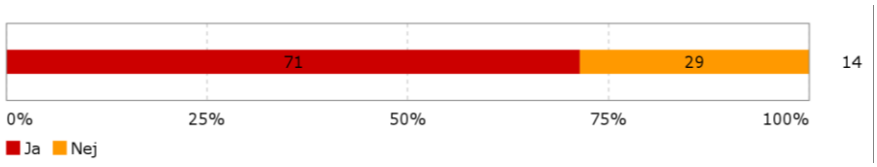
Bor du alene eller sammen med andre?



Er du alene eller har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?



Er du i arbejde?



Bilag 2 Spørgeskema 2 (Efter projektet)

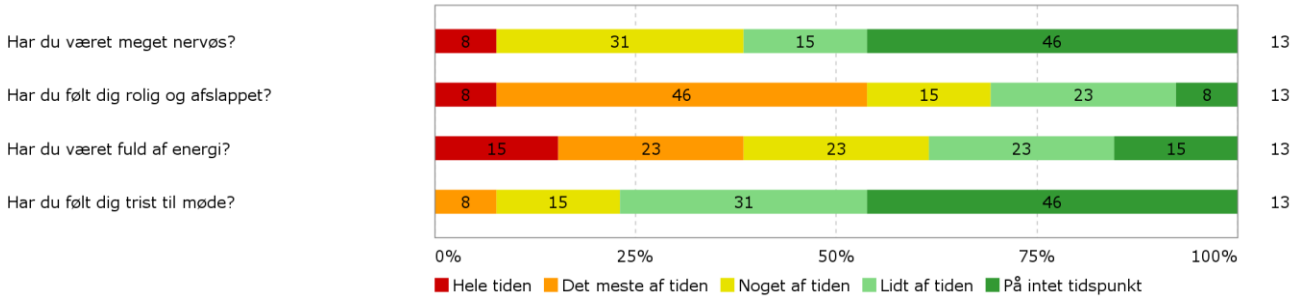
Vægt

	Observeret minimum	Observeret maksimum	Gennemsnit	Respondenter
Hvad vejer du i Kg?	69,70	120,00	92,17	11

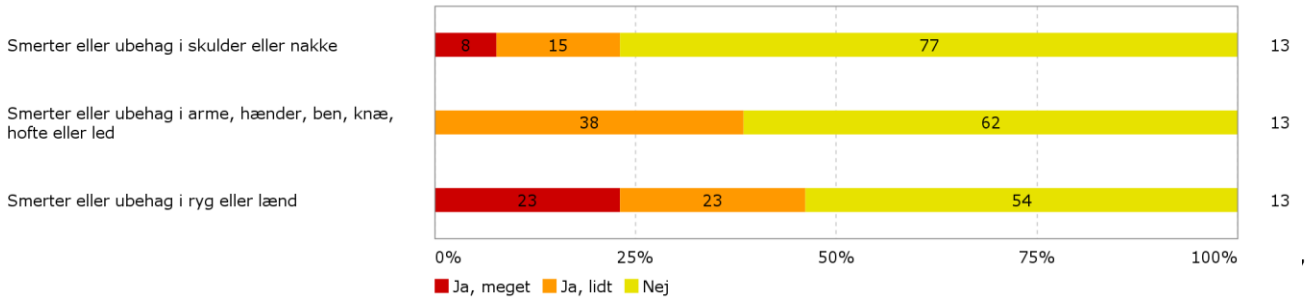
BMI

	Observeret minimum	Observeret maksimum	Gennemsnit	Respondenter
Mand	27,15	34,06	29,99	5
Kvinde	28,64	50,87	34,90	6
I alt	27,15	50,87	32,67	11

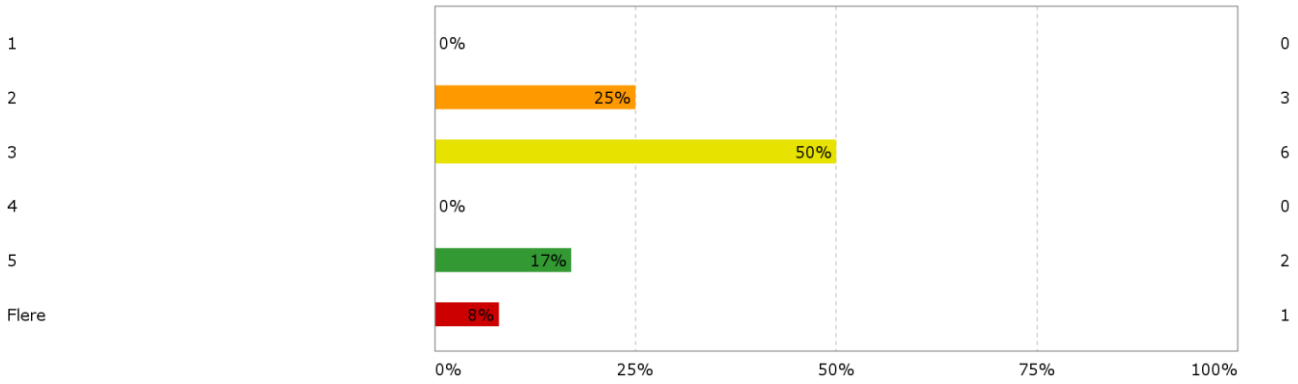
Hvordan har du det for tiden?



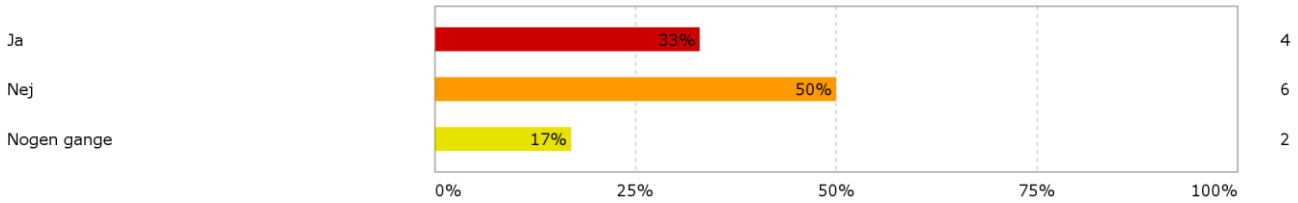
Har du haft ondt den sidste måned? Hvis ja, hvor?



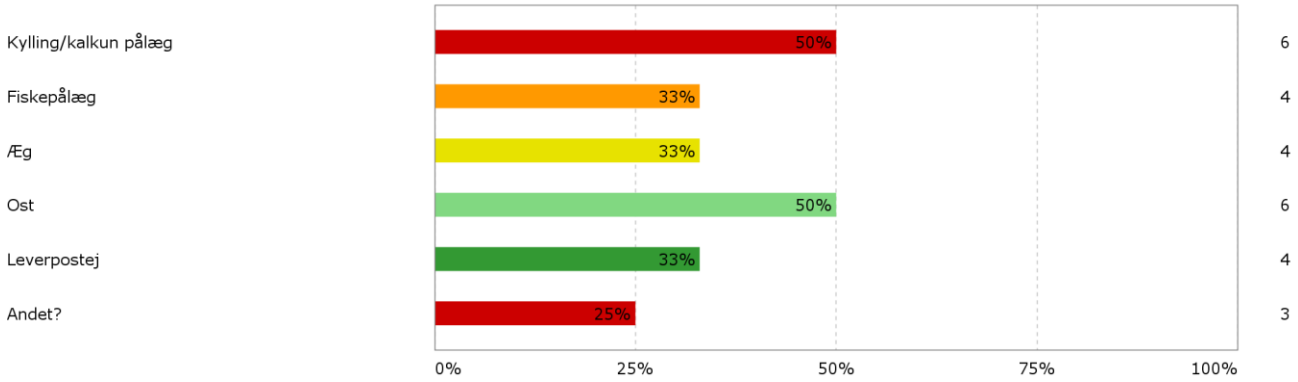
Hvor mange hoved- og mellem måltider får du om dagen?



Spiser du smør på brødet?



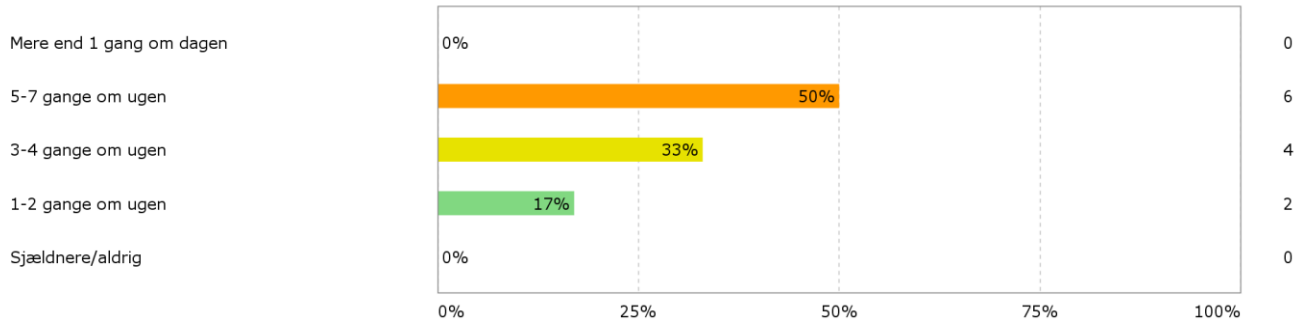
Hvilke slags pålæg spiser du oftest?



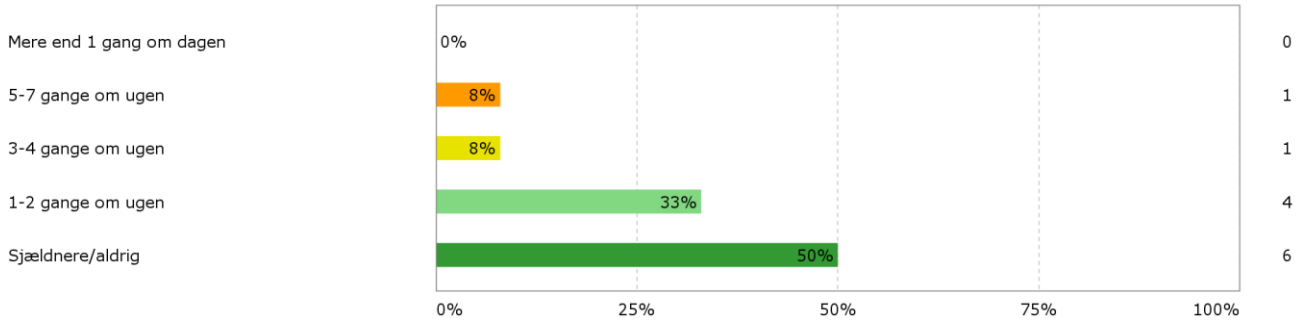
Hvilke slags pålæg spiser du oftest? - Andet?

- spegepølse, æg salat, hønsesalat, skinke salat.
- Tomater, agurker

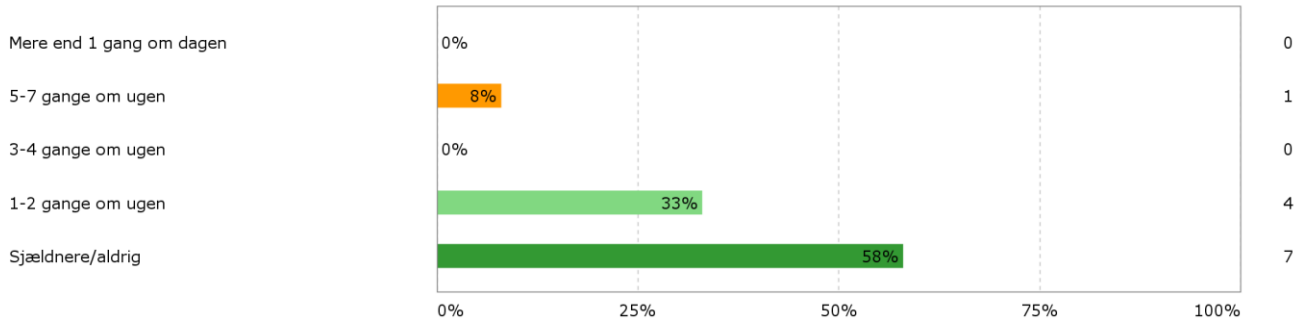
Hvor ofte spiser du varm mad?



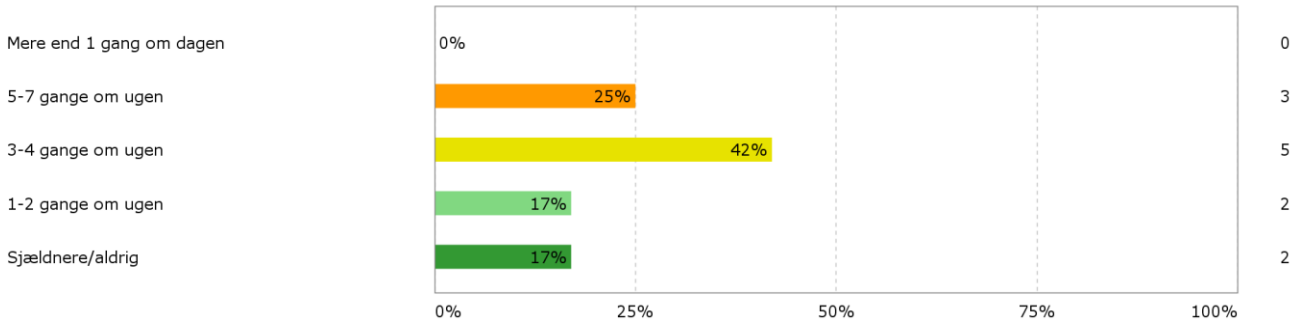
Hvor ofte spiser du fastfood?



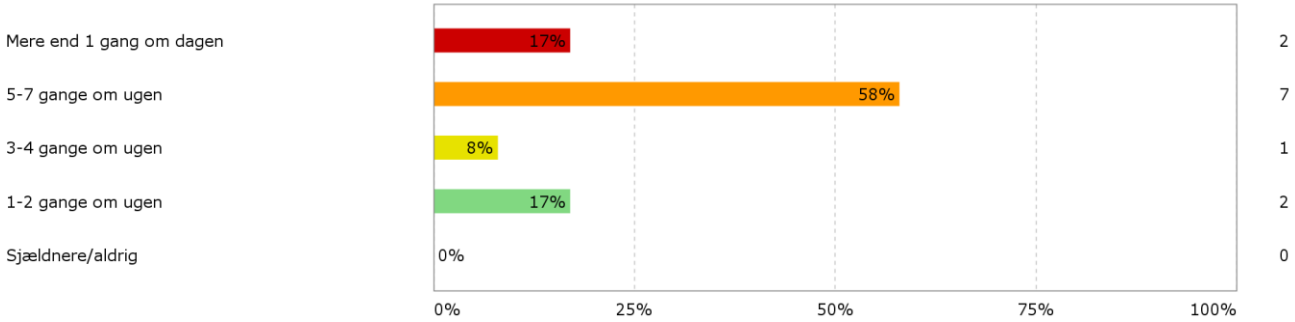
Hvor ofte spiser du færdigretter?



Hvor tit laver du selv mad?



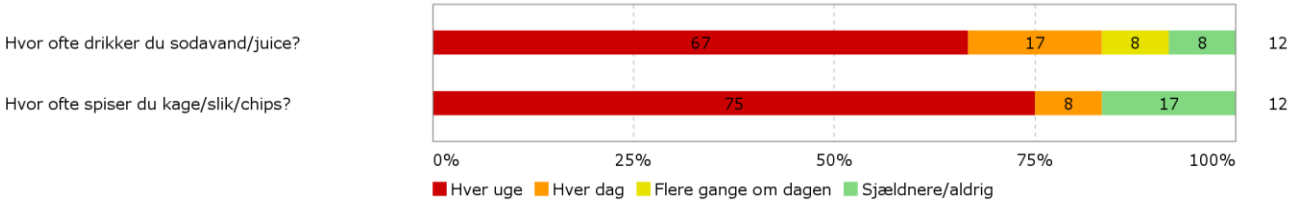
Hvor ofte spiser du grøntsager?



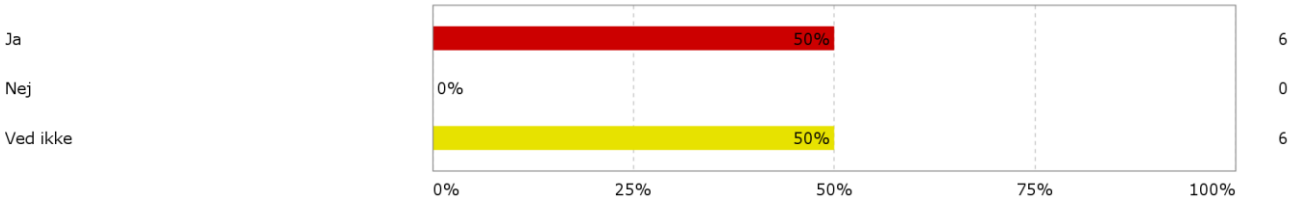
Hvor meget frugt spiser du hver dag?

	Observeret minimum	Observeret maksimum	Gennemsnit	Respondenter
Mand	1,00	3,00	2,17	6
Kvinde	1,00	6,00	2,83	6
I alt	1,00	6,00	2,50	12

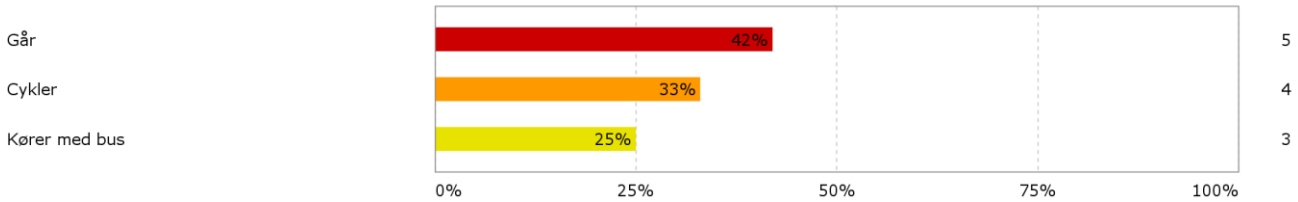
Sodavand, juice og slik



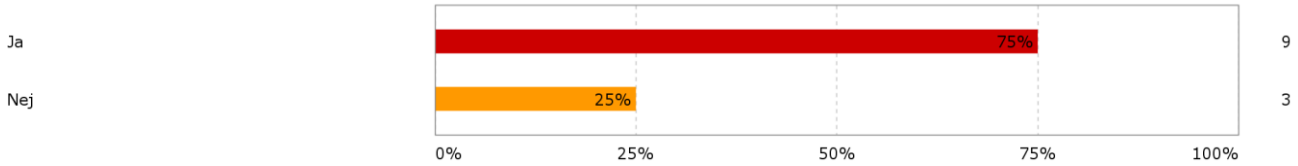
Vil du gerne spise mere sundt?



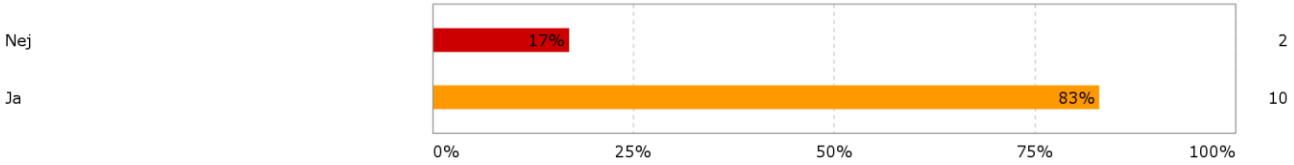
Når du skal på arbejde eller rundt i byen, gør du så følgende?



Dyrker du motion?



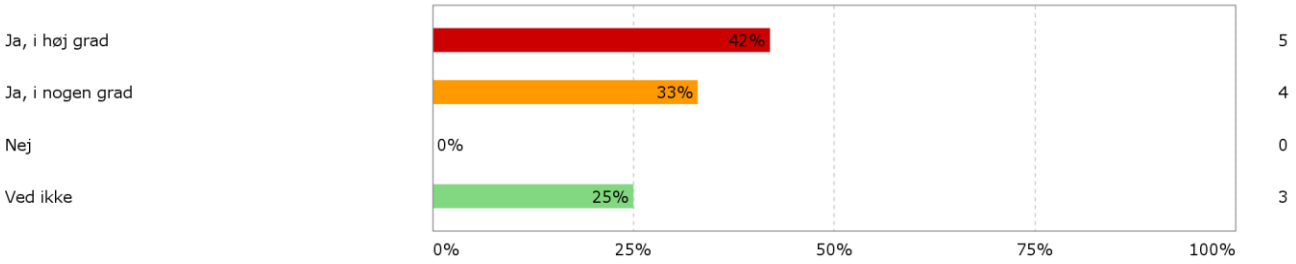
Har du fritidsaktiviteter? Hvis ja, hvilke?



Har du fritidsaktiviteter? Hvis ja, hvilke? - Ja

- Klubber
- Trekløveret
- Klub
- Motion med ungegruppen
- Fodbold, hockey, ridning og svømning
- Dart
- Cykeltur med venner, min mand,min familie/svigerfamilie. Bytur med min mand, venner og veninder
- Håndarbejde, klub
- Biograf, besøge familie, ser tv, klub
- Stavgang, biograf, koncerter

Vil du gerne tabe dig?



Henvendelse i forhold til rapporten kan ske til:

Kirsten Müller, sundhedskonsulent

kimu@halsnaes.dk

Pamela Antonella Gajek Villebæk, sundhedskonsulent

paagv@halsnaes.dk

Halsnæs Kommune
Sundhed, Idræt og Kultur
Sundhedsafdelingen
Rådhuspladsen 1,
3300 Frederiksværk
Telefon 4778 4000
mail@halsnaes.dk
www.halsnaes.dk