

Nanna Ahlmark
Marie Broholm-Jørgensen

Statens
Institut
for
Folkesundhed

Procesevaluering af **Sund for livet**

En sundhedsintervention på
Indvandrer Kvindecetret

Procesevaluering af Sund for livet

En sundhedsintervention på Indvandrer Kvindecentret

Nanna Ahlmark

Marie Broholm-Jørgensen

Copyright © 2016

Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller,
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende
publikation, bedes sendt til
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-327-4

2. udgave (Tabel 1 ændret)

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk

Forord

Statens Institut for Folkesundhed har af Rockwool Fonden fået til opdrag at lave en procesevaluering af interventionsprojektet Sund for livet. Formålet med Sund for livet har været at forbedre den fysiske og mentale sundhed blandt socialt sårbare etniske minoritetskvinder. Interventionen fandt sted på Indvandrer Kvindecentret på Nørrebro over 40 uger i 2014-2015.

Rockwool Fonden leverer og støtter forskning og udvikling af interventioner med den hensigt at finde bæredygtige løsninger på samfundsmæssige udfordringer. Indvandrer Kvindecentret på Nørrebro, der har eksisteret siden 1982, arbejder for empowerment og inklusion af socialt udsatte etniske minoritetskvinder og deres familier. Centrets primære indsatsområder er social- og juridisk rådgivning, beskæftigelse, socialøkonomi, forebyggelse af ulighed i sundhed samt kompetence- og kapacitetsopbygning.

Evalueringen er udført af forsker Nanna Ahlmark (evaluator). Ph.d.-studerende Marie Broholm-Jørgensen har bidraget til analyse af data og til udfærdigelse af rapporten. Praktikant Idasofie Hyldested har udført flere observationer og transkriberet digitale optagelser. Studentermedhjælp Sandra Mortensen har bistået med organisering af datamateriale, transskribering og meningskondensering af digitale optagelser af observationer. Seniorforsker Michael Davidsen har lavet SAS-beregningerne. Forsker Line Nielsen har gennemlæst og kommenteret rapporten. Kommunikationskonsulent Stig Krøger har læst korrektur, kommenteret og opsat rapporten.

Vi vil gerne rette en stor tak til de ansatte i Sund for livet og på Indvandrer Kvindecentret for at stille tid, ressourcer og datamaterialer til rådighed, for at lade evaluator deltage i møder og undervisningsaktiviteter og for at dele deres erfaringer. Desuden en stor tak til de kvinder, der deltog i interventionen, og som med stor imødekommenhed åbnede deres hjem for evaluator og delte personlige historier og erfaringer i interviews og samtaler. Også tak til deltagerne for at lade evaluator være med ved fællesmøder, undervisning og individuelle samtaler.

Morten Grønbæk
Direktør,
Statens Institut for Folkesundhed

Morten Hulvej-Rod
Forskningsleder,
Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

1 Indledning	4	9 Deltagernes udbytte af interventionen	27
2 Interventionens formål og målsætninger	5	Madvaner	27
3 Evalueringens formål og genstandsfelt	6	Motion	27
4 Metode, analyse og etik	8	Søvn	28
Metode og materiale	8	Danskkundskaber	28
Analysestrategi	10	Socialitet og samvær	29
Etiske overvejelser	10	Integration i samfundet	29
5 Anbefalinger	11	Videregivelse af viden	30
Generelle anbefalinger	11	Børnenes udbytte	30
Specifikke anbefalinger	11	Deltagernes sociale kontekst: udfordringer og potentialer	31
6 Præsentation af deltagerne i projektet	13	Fastholdelse	32
7 Implementering af interventionen	15	10 De fysiske målinger og projektets målsætninger	33
Udvikling af interventionen	15	De fysiske målinger	33
Udvælgelse og hvervning af projektdeltagere	17	Gennemgang af målsætninger	34
Hjemmebesøg	18	Forbehold ved læsning af resultaterne	36
Udvikling og implementering af kost-og motionsforløb	19	11 Udbredelse af indsatsen	38
Sundhedstjek	20	Vurdering af udgifter	38
Socialrådgiversamtaler	21	Sammenligning med andre indsatser	39
Fællesmøder	21	Potentialet for at udbrede interventionen i andre arenaer	40
Exitstrategi	22	Referencer	43
Tværgående afsluttende samtaler	22		
8 Udfordringer og styrker	23		
Udfordringer	23		
Styrker	24		

1

Indledning

Sund for livet er en 40-ugers sundhedsintervention for 17 kvinder, der har fundet sted på Indvandrer Kvindecetret, som ligger på Nørrebro i København i perioden august 2014 - juni 2015. Interventionen blev udviklet og implementeret af Indvandrer Kvindecetret med faglig og økonomisk støtte fra Rockwool Fonden. Interventionens design er inspireret af Rockwool Fondens projekt COOL2BFIT, som er et kost-, trivsels- og aktivitetsprogram for overvægtige, motorisk udfordrede og fysisk inaktive børn i skolealderen¹.

Statens Institut for Folkesundhed blev kontak-
tet af Rockwool Fonden i foråret 2014 med
henblik på at lave et udkast til en procesevaluering. Desuden ønskedes en vurdering af hvorvidt kvinderne forbedrede deres fysiske mål og om interventionen egner sig til at blive udbredt i andre sammenhænge. Evalueringsudkastet blev godkendt og evaluator har fulgt projektet fra august 2014 - september 2015.

¹ [http://www.Rockwool Fonden.dk/projekter/cool2bfit/](http://www.RockwoolFonden.dk/projekter/cool2bfit/)

2 Interventionens formål og målsætninger

Formålet med interventionsprojektet er ifølge projektbeskrivelsen at “udvikle og implementere et kost- og motionsprogram for kvinder med anden ikke-vestlig baggrund, der skal give kvinderne den fornødne viden, handlekraft, forståelse og motivation til at ændre deres levevis, således at risikoen for at udvikle livstilsygdomme minimeres. Formålet med programmet er desuden at forbedre kvindernes mentale sundhed og trivsel” (Indvandrer Kvindecenret 2015).

Interventionen havde seks målsætninger beskrevet således i projektdokumentet:

1. Over halvdelen af projektdeltagerne har forbedrede tal vedrørende fem ud af otte målinger i den generelle helbreds vurdering sammenlignet med målingerne ved projektets start (blodtryk, blodsukker, kolesterol, hofte og liv-mål, fedtprocent, BMI, muskelmasse).
2. Over halvdelen af projektdeltagerne har forbedrede udsagn vedrørende WHO's trivselsmål for mindst tre ud af de fem spørgsmål sammenlignet med første gang, de spørges.
3. Over halvdelen af projektdeltagerne har ifølge eget udsagn mere energi i hverdagen ved projektets afslutning sammenlignet med før projektet.
4. Over halvdelen af projektdeltagerne har ifølge eget udsagn øget viden om sunde kostvaner og kan give flere eksempler herpå.

5. Over halvdelen af projektdeltagerne bruger efter eget udsagn ny viden om sunde kostvaner i hverdagen.
6. Over halvdelen af projektdeltagerne har efter eget udsagn kendskab til og bruger Nøglehullet og Fuldkornsmærket som pejling, når de køber ind eller læser varedeklarationen med henblik på at prioritere lav fedtprocent, lavt sukkerindhold eller højt fiberindhold.

De projektansatte inklusive en projektkoordinator, en sygeplejerske, en diætist og en socialrådgiver stod for at indhente de relevante data til at vurdere disse målsætninger.

3

Evalueringsformål og genstandsfelt

Det overordnede formål med procesevalueringen var at undersøge, hvorfor, hvordan og under hvilke omstændigheder interventionen virker (Linnan og Steckler 2002). En sådan forståelse har betydning for de konklusioner, der kan drages angående interventionens reproducerbarhed og spredningspotentiale. Evalueringen var organiseret ud fra nogle forskningsspørgsmål med henblik på at afdække organisatoriske forhold og de professionelle og deltagernes erfaringer. Desuden ønskede Rockwool Fonden feedback på de fysiske målinger, der blev foretaget, samt en vurdering af potentialet for at udbrede interventionen.

Evalueringen havde følgende forskningsspørgsmål:

- Hvilke organisatoriske forhold synes at henholdsvis fremme eller hæmme implementeringen?
- Hvilke udfordringer og potentialer oplever professionelle i forhold til implementering af undervisning/aktiviteter?
- Hvilke elementer af interventionen oplever kvinderne som særlig udbytterige, og hvorfor?
- Hvilke udfordringer oplever kvinderne i forhold til deltagelsen i interventionens forskellige komponenter?

- I hvilken udstrækning og hvordan oplever kvinderne, at interventionen har relevans i deres liv?
- Hvordan afspejler ovenstående sig i (eventuelt ændret) praksis hos kvinderne (og deres familie)?
- I hvilken udtrækning ses forbedringer vedr. kvindernes fysiske kropsmål samt trivselsmål? Hvordan relaterer disse resultater sig til kvindernes generelle oplevelse af interventionen?
- Hvad er potentialet for at udbrede indsatser til andre kvinder?
- Hvilke institutionelle og indholdsmæssige rammer er hensigtsmæssige ved en udrykning af indsatsen? (jf. ovenstående punkter).

Teoretisk inspiration

Evalueringen og forskningsspørgsmålene har hentet teoretisk inspiration fra blandt andet Everett Rogers' teori om Diffusion of Innovations (2003) og fra Karina Nielsen og Raymond Randalls model for procesevalueringer (2013). Rogers beskriver, hvordan individer adopterer en innovation, det vil sige noget, der opfattes som en ny ide eller praksis. Den ny praksis kan som i dette tilfælde være promoveret gennem en intervention. Rogers opstiller blandt andet 5 punkter, der kan bidrage til at forklare, om og i hvilken udstrækning en innovation adopteres. 1) den relative gevinst opnået ved at adoptere den ny praksis sammenlignet med tidligere praksis, 2) kompatibilitet, det vil sige, hvorledes denne praksis er forenelig med eksisterende værdier og livssituation, 3) kompleksitet, det vil sige, om praksissen promoveret gennem interventionen er overskuelig, forståelig og meningsfuld, 4) 'triabilitet', det vil sige, mulighederne for at afprøve og omsætte det lærte, og 5) observabilitet, det vil sige, hvorvidt de kompetencer, ressourcer og praksis, interventionen bidrager til, er synlige for andre. Evalueringen har hentet teoretisk inspiration fra Nielsen og

Randalls tre-trins model for procesevalueringer, herunder i forhold til analysen af interventionsdesign og implementering, interventions kontekst, og deltagernes mentale modeller (Nielsen og Randall 2013).

Formativt evalueringsdesign

Evalueringen er designet som en formativ procesevaluering. Dette indebærer, at evaluator har givet feedback undervejs i implementeringsprocessen, således at design og praksis kunne tilpasses (Stetlor et al. 2006). Dette evalueringsdesign bygger dels på etiske hensyn, derved at forhold, der ikke synes at fungere optimalt, kan ændres og justeres undervejs. Dels på antagelsen, at interventioner under alle omstændigheder påvirkes af ydre faktorer og justeres undervejs af de involverede aktører. Med et formativt evalueringsdesign lægges der op til, at sådanne justeringer dokumenteres (Durlak og DuPre 2008).

Evaluator bidrog som en del af det formative evalueringsdesign løbende med input til refleksioner omkring og justeringer af forskellige elementer af interventionen, herunder uddybning af interventionens formål, inklusionskriterier for deltagelse, implementering og projektledelse. Evaluator afholdt ét mere formelt feedbackmøde midtvejs i projektet med Rockwool Fonden og Indvandrer Kvindecetret med oplæg omkring udfordringer, potentialer og forslag til justeringer.

4

Metode, analyse og etik

Evalueringen har haft førnævnte forskningsspørgsmål i fokus. Desuden har den haft en åben tilgang, således at forhold, som deltagerne eller de professionelle i projektet selv vurderede var betydningsfulde, kunne inddrages. I rapporten refererer 'de professionelle' til involverede i projektet på Indvandrer Kvindecen-tret, herunder lederen af centeret, projektkoor-

dinatoren, en socialrådgiver, en sygeplejerske, en diætist og i få tilfælde to børnepassere.

Metode og materiale

Evalueringen bygger primært på kvalitative forskningsmetoder, herunder deltagerobserva-tion, dybdegående individuelle interviews, interviewsamtaler og en lang række uformelle samtaler med professionelle og deltager. Her-udover inddrages journaler for hver deltager, optegnelser over fysiske målinger, svar på WHO's trivselsmål, samt andet materiale ind-hentet af Indvandrer Kvindecen-tret, hvilket fremgår senere i afsnittet.

Figur 1. Oversigt over kvalitativt datamateriale genereret af evaluatør.

Interviews		Deltagerobservationer	
Professionelle	5	Undervisning motion	2
Deltagere	5	Undervisning madlavning	2
		Kostvejledningssamtaler	2
Interviewsamtaler		Afsluttende samtaler	3
Deltagere	4	Fællesmøder	3

Desuden: uformelle samtaler og møder med ansatte i Rockwool Fonden og ansatte i Indvandrer Kvindecen-tret og med deltagere.

Interviews

Det individuelle, semistrukturerede interview er velegnet i undersøgelser, hvor informan-ternes erfaringer, perspektiver og måder at tale om det relevante emne er i fokus (Kvale og Brinkmann 2009). Denne interviewform fordrer nærvær, nysgerrighed og åbenhed fra interviewerens side, sådan at der gives plads og inviteres til informantens egne perspektiver og fortællinger. Dette kan være særligt relevant i forhold i interviews, hvor informantens livssi-tuation er sårbar (Liamputtong 2007). Både professionelle og deltagere blev interviewet på baggrund af en spørgeguide med temaer i tråd med forskningsspørgsmålene. Samtidig til-stræbte evaluatør åbenhed og fleksibilitet over

for de problemstillinger, de interviewede selv bragte op.

Der blev foretaget fem semistrukturerede inter-views med professionelle og fem interviews med deltagere. Evaluatør gennemførte desuden fire mere ustrukturerede interviewsamtaler med deltagere. Interviews med deltagerne foregik i deltagerens hjem eller på Indvandrer Kvindecen-tret. De blev optaget digitalt og transskriberet ordret. Interviewsamtaler foregik på Indvandrer Kvindecen-tret. De blev nedskrevet i hånden og herefter renskrevet. Interviews med professionelle foregik på Indvandrer Kvindecen-tret og i et tilfælde per telefon, og de blev enten digitalt optaget eller nedfældet så

ordret som muligt på en computer eller i hånden og herefter renskrevet.

Interviewguiden til interviews med de professionelle omfattende flere af de følgende temaer, afhængigt af hvilken professionel, der blev interviewet, og tidspunktet for interviewet:

- Udvikling af interventionen. Udfordringer og styrker
- Definition af målgruppen og rekruttering. Udfordringer og styrker
- Interventionens opstart. Udfordringer og styrker
- Organisering og koordinering – med Rockwool Fonden og internt
- Oplevelse af at udføre undervisning/samtaler (motion, madlavning, socialrådgiversamtaler, sundhedstjek, kostvejledning)
- Oplevelse af kontakten med deltagerne
- Lessons learned

Interviewguiden ved interviews med deltagerne omfattende flere af de følgende temaer, afhængigt af tid til rådighed samt hvornår i projektperioden, interviewet fandt sted.

- Baggrund og hverdagsliv
- Overordnet indtryk af projektet
- Oplevelse af undervisningen (motion og madlavning)
- Oplevelse af socialrådgivningen
- Vaner derhjemme – mad og motion
- Børnenes involvering
- Familien/ægtefællens perspektiv på deres deltagelse

- Fremadrettede ønsker

Interviews og samtaler foregik på dansk. I citaterne er der lavet minimale sproglige rettelser for at gøre dem mere læsevenlige.

Observationer

Deltagerobservation er særligt velegnet til at undersøge, hvordan sociale processer og interaktioner udspilles (Tjørnhøj-Thomsen and Whyte 2008). For at få en forståelse for, hvorledes en intervention implementeres og opleves i praksis af deltagerne, er det væsentligt direkte at kunne observere den kommunikation og interaktion, der foregår på tværs af deltager og professionelle. Der blev foretaget deltagerobservationer i to motionstimer og to madlavningstimer med efterfølgende spisning, tre fællesmøder, to kostvejledningssamtaler og tre afsluttende samtaler. I undervisningen indgik evaluator på lige fod med deltagerne som 'observerende deltager' (Russell 1994).

Data indsamlet af Indvandrer Kvindecen-tret

Evaluator har herudover haft adgang til en større mængde data indsamlet af Indvandrer Kvindecen-tret. Følgende data er inddraget i analyserne eller har dannet basis for tabeller og figurer, der indgår i evalueringsrapporten:

- Referater af interne møder
- Fremmøde ved børneaktiviteter
- Fremmøde ved undervisningen i kost og motion
- Fremmøde/afholdte obligatoriske samtaler
- Fremgangsoversigter for hver deltager vedrørende fysiske målinger
- Frafaldsoversigt
- Exitstrategi udarbejdet for deltagerne
- Journaler for hver deltager

Journalerne indeholder demografiske oplysninger om deltagerne og oplysninger fra rekrutteringsinterviewet, sundhedstjek, hjemmebesøg/kostvejledning, socialrådgivning samt optegnelser fra koordinatoren baseret på samtaler under motion og kostundervisningen. Målinger, der blev foretaget i forbindelse med disse møder, indgår ligeledes.

Indvandrer Kvindecetret har indhentet mundtligt samtykke fra deltagerne om, at evaluator har fået adgang til deres journaler.

Analysestrategi

Dataanalysen kombinerede en induktiv og en deduktiv tilgang. Den blev foretaget i flere trin og løbende som følge af den formative evalueringstilgang. En midtvejsanalyse blev præsenteret til Rockwool Fonden og Indvandrer Kvindecetret. Efter projektets afslutning læste evaluator alle kvalitative data igennem og skitserede overordnede temaer ved at være opmærksom på mønstre, ligheder og kontraster i aktørernes oplevelse af og praksis under interventionen (Miles og Huberman 1994). Herefter blev alt datamaterialet gennemgået med de eksisterende forskningsspørgsmål for øje af evaluator og medforfatteren, som uafhængigt af hinanden foreslog relevante temaer i denne sammenhæng. Evaluator sammenholdt disse temaer med de først-fundne temaer og strukturerede analysen herefter.

Etiske overvejelser

Evaluator blev præsenteret for deltagerne ved det første fællesmøde, og evalueringens formål blev beskrevet. Deltagerne blev spurgt, om der var indvendinger mod hendes deltagelse, hvilket der ikke var. Inden evaluator deltog som observatør ved samtaler med professionelle eller deltog i undervisningen, blev deltagerne spurgt om tilladelse, og formålet med evalueringen gentaget. Deltagerne blev forsikret om, at alt ville være anonymiseret i rapporten, og at data ville blive opbevaret fortroligt.

5

Anbefalinger

Generelle anbefalinger

Bevar organisatorisk og professionel fleksibilitet: En stor force i projektet var den lydhørhed og fleksibilitet, de professionelle udviste ved at afprøve ting, som deltagerne ønskede undervejs, og som kunne lade sig gøre. Samtidig er denne fleksibilitet og 'ildsjæleånd' ressourcekrævende og en tilgang, det kan være svært at systematisere i en intervention. Det forudsætter et vist organisatorisk råderum for underviserne i forhold til at tænke og agere kreativt og fx gøre brug af tilgængelige aktiviteter i lokalsamfundet.

Bevar det længerevarende element og tænk fastholdelse ind tidligt: Det anbefales, at interventionen forløber over en længere periode fx 40 uger som i dette tilfælde, eventuelt kortere, og at der tænkes fastholdelse og udslusning ind. Det lange forløb syntes at bidrage til, at deltagerne begyndte at melde sig ind i lokale sportsaktiviteter og til at deltage i andre samfundsmæssige sammenhænge som uddannelse og arbejdsmarkedet. Samtidig er det vigtigt at tænke et fastholdelsesaspekt ind fx tilbud om fortsat at komme til undervisning en gang månedligt kombineret med konkret støtte til udslusning (jævnfør punktet nedenfor). Længden af interventionen bør vurderes i forhold til om og hvor tidligt, der arrangeres fx fastholdelsesundervisning og hvor meget støtte, der gives til udslusning.

Større fokus på udslusning: Mange deltagere udviste et stort ønske om og stigende engagement i forhold til videreuddannelse, at finde en praktikplads eller arbejde efter interventionen. Det anbefales, at der afsættes ressourcer specifikt til at støtte deltagere med dette, sådan at

man kapitaliserer på disse ønsker, den fornyede motivation og nye kompetencer i denne henseende. Desuden kunne man konkret hjælpe med at indmelde i lokale (sports)aktiviteter, såsom fitnesscentre eller svømning, hvilket også blev gjort i Sund for livet.

Bevar et bredt sundhedsfokus: Det anbefales, at der fortsat er opmærksomhed på deltagerne sociale situation fx gennem tid med en socialrådgiver, sådan at deltagerne sundhedsmæssige udfordringer ses i sammenhæng med andre udfordringer i hverdagslivet. Det er vigtigt, at emnerne for sådanne samtaler ikke er for prædefinerede med afsæt i behovet for dataindsamling vedrørende bestemte målsætninger, men bevarer et åbent udgangspunkt.

Specifikke anbefalinger

Foretag målgruppeanalyse: Det anbefales, at man i forbindelse med planlægningen af interventionen indkredser målgruppen og dennes ønsker inklusive demografiske data, der kan have betydning for logistiske behov. Om deltagerne bor alene eller med en ægtefælle kan fx have stor betydning, for hvilket tidspunkt, fællesspisning foretrækkes, da mange ønsker at spise med en eventuel ægtefælle om aftenen.

Inddrag kvindernes erfaringer og vaner i madlavningen: Deltagerne egne retter kan i højere grad danne udgangspunkt for madlavning, men tilberedt i en sundere udgave. Deltagerne kan i denne sammenhæng desuden inddrages i planlægning af indkøb, hvorved andre kompetencer opøves, såsom organisering, skrivning og udregning af mængder.

Foretag kun ét hjemmebesøg: Dette vil være mindre ressourcekrævende end de planlagte tre besøg og kan give en god indikation på mad- og indkøbsvaner i starten af projektet. Deltagerne i Sund for livet foretrak desuden selv oftest at mødes i Indvandrer Kvindecenret.

Bevar fællesarrangementer: Fællesmøder med fællesspisning blev indført undervejs i interventionen. Dette gav deltagerne oplevelsen af, at de var en del af en større sammenhæng, eftersom ikke alle mødtes til undervisningen. Fællesarrangementerne promoverede desuden en partcipatorisk tilgang ved at være et fælles forum for feedback til de professionelle.

Tydelig projektlederrolle: Det er vigtig med en veldefineret projektlederrolle, som også har de fornødne ressourcer, tid og ansvar samt helst med tilknytning til stedet for interventionen. Det er evaluators vurdering, at der var flere af funktionerne i personaleposterne, der overlappede. Dette skyldtes flere ting, blandt andet at projektlederrollen ikke var tydeligt nok defineret og derfor skiftede mellem flere personer.

Nedjuster de fysiske målinger som succeskriterium: De fysiske målinger kræver tid og mange personaleressourcer. Interventionen afspejlede udfordringer med at udføre målinger standardiseret. Det anbefales at målsætningerne i mindre grad er baseret på fysiske mål og i højere grad på deltagernes trivsel, oplevede udbytte og fx *health literacy*, altså evnen til at tilegne sig og anvende sundhedsrelateret information. Med de fornødne ressourcer og med en større population kan kvantificerbare målinger være relevante.

Metodeudvikling af trivselsmål: De klassiske validerede spørgebatterier, såsom WHO's trivselsmål, er for komplekse og abstrakte til at kunne besvares meningsfuldt for denne målgruppe. Der er behov for at udvikle nye måleredskaber, der indfanger trivsel blandt målgrupper som etniske minoriteter med ringe uddannelse og danskkundskaber.

6

Præsentation af deltagerne i projektet

Projektets målgruppe er i projektbeskrivelsen defineret som kvinder mellem 25 og 50 år med ikke-vestlig baggrund, og som vurderedes at opfylde flere af Sundhedsstyrelsens parametre for at være socialt udsat, såsom at have kort eller ingen uddannelse, lav indkomst og ringe sociale netværk. Desuden skulle de være inaktive, hvilket defineres som ikke at have dyrket motion jævnligt inden for de seneste 6 måneder, de skulle have et BMI på omkring 25 eller mere, have hjemmeboende børn og være motiverede for livstilsændringer.

Der var oprindeligt udvalgt 20 deltagere til interventionen, og tre af disse startede ikke

som planlagt. Der var således 17 deltagere ved interventionens start. Syv af disse faldt fra undervejs, og syv nye deltagere blev rekrutteret; fire startede i perioden november til december 2014 og tre personer startede i perioden februar til marts. Alle kvinderne kom fra Somalia med undtagelse af en, som kom fra Pakistan. De var mellem 34 og 48 år. Der var 11 af kvinderne, der havde permanent opholdstilladelse, fire personer havde dansk statsborgerskab, og to havde midlertidig opholdstilladelse. Deltagerne havde i gennemsnit 3,6 børn. En havde otte børn, to havde seks børn, tre havde fem børn, fire havde fire børn, tre havde tre børn, to deltagere havde et barn og to deltagere havde ikke børn. I tabel 1 vises om deltagerens boede alene eller med en ægtefælle, deres forsørgelsesgrundlag og BMI før interventionens start. Som det fremgår, boede de fleste, nemlig 13 personer, alene. Af disse var flere gift men boede ikke med deres mand. Det fremgår desuden, at de fleste, nemlig 14 personer, ikke i arbejde. Tabellen viser også, at 11 ud af 17 deltagere til start havde et BMI, der svarer til svært overvægtig, fem var moderat overvægtige, og én deltager var normalvægtig. Tabel 1 er udarbejdet på baggrund af deltageres journaler.

Tabel 1. Bo-situation, forsørgelsesgrundlag og BMI ved interventionens start for deltagerne.

	Bo-situation	Forsørgelsesgrundlag	BMI før projekt
1	Bor med ægtefælle	Ægtefælleforsørget	40
2	Bor alene	Dagpenge	29,2
3	Bor alene	Kontanthjælp	33,6
4	Bor alene	Førtidspension	28,3
5	Bor alene	Supplerende dagpenge	38,2
6	Bor med ægtefælle	Ægtefælleforsørget og supplerende dagpenge	34,9
7	Bor alene	Kontanthjælp	33,8
8	Bor alene	Kontanthjælp	32,5

9	Bor med ægtefælle	Løn og supplerende kontanthjælp	28,9
10	Bor alene	Dagpenge	28,6
11	Bor alene	Løn	24,4
12	Bor alene	Kontanthjælp	28,1
13	Bor med ægtefælle	Dagpenge	31,7
14	Bor alene	Løn	37,7
15	Gift, bor alene	Løn	25
16	Bor alene	Kontanthjælp	31,2
17	Bor alene	Dagpenge	37,3

7

Implementering af interventionen

Sund for livet er en 40-ugers sundhedsintervention, der blev implementeret på Indvandrer Kvindecentret på Nørrebro i perioden august 2014-juni 2015. Der fandt en planlægningsfase sted fra februar-august 2014 foretaget af Rockwool Fonden og Indvandrer Kvindecentret og rekrutteringen startede i maj 2014. Desuden blev der afholdt et afsluttende møde med hver deltager i interventionen på Indvandrer Kvindecentret ca. tre måneder efter intervention, i september 2015.

I det følgende gennemgås implementeringen af interventionens elementer i den rækkefølge, der er anført i projektbeskrivelsen, som er udarbejdet af Rockwool Fonden og Indvandrer Kvindecentret. Det vurderes, om de blev implementeret som planlagt.

Interventionen havde følgende elementer optegnet i projektdokumentet:

1. Erfaringsudvekslingsbesøg hos organisationer/institutioner, der har sundhedsindsatser målrettet etniske minoriteter
2. Udvælgelse og henvendelse af projektdeltagere
3. Hjemmebesøg
4. Udvikling og implementering af kost- og motionsforløb samt sundhedstjek
5. Løbende socialrådgivning og motiverende samtaler
6. Udvikling af exit-strategi

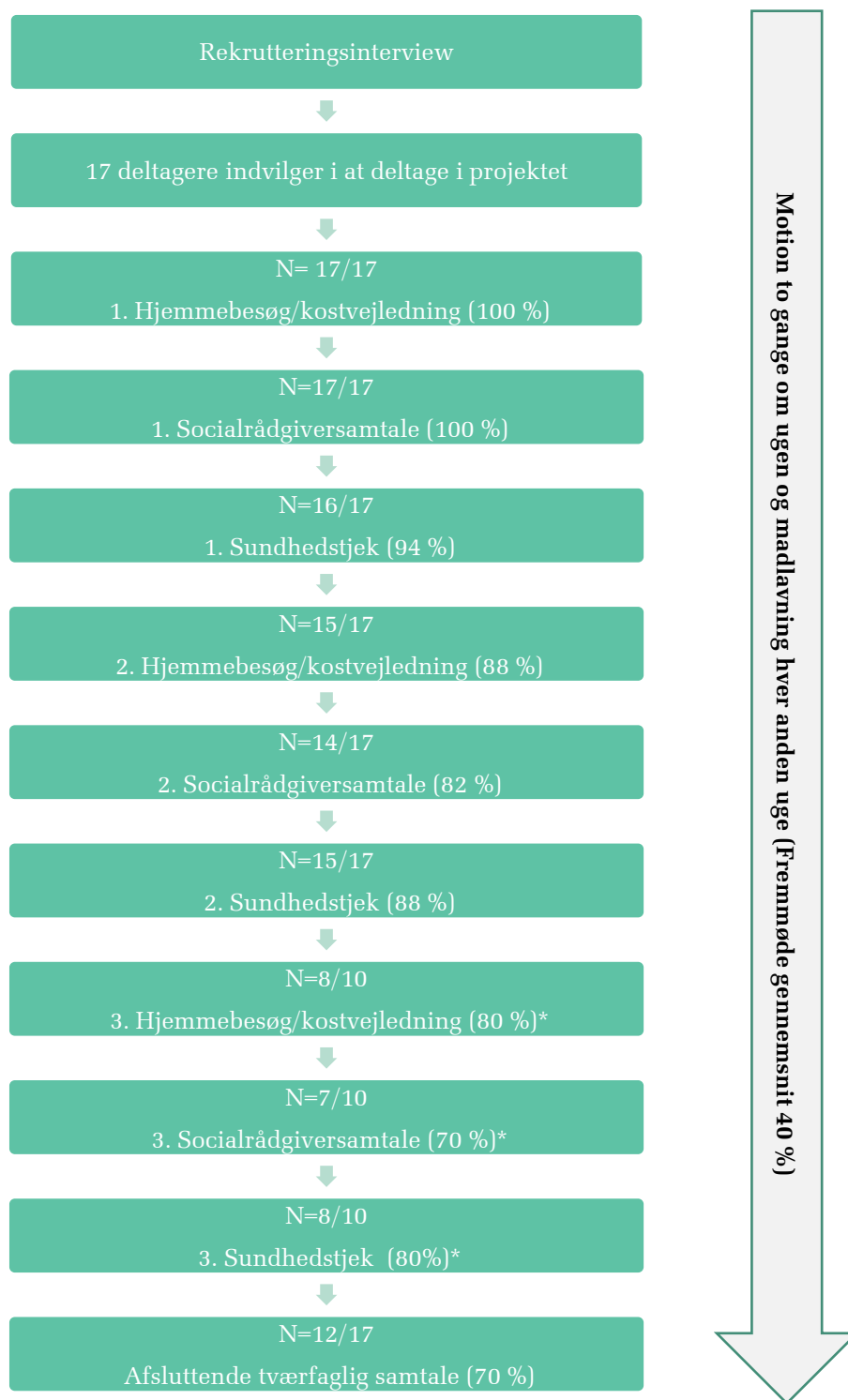
Det første punkt gennemgås nedenfor under overskriften Udvikling af interventionen. Un-

der punkt 2 gennemgås rekruttering, justering af inklusions- og eksklusionskriterier og frafald af deltagere. Punkt 3 vedrører kostvejledning, der foregik i hjemmet eller på Indvandrer Kvindecentret. Punkt 4 deles i to afsnit, det første om kost- og motionsforløb og det andet om sundhedstjek. Punkt 5 gennemgås under overskriften Socialrådgiversamtaler. Herefter tilføjes et afsnit om fællesmøder, et element af interventionen, der blev udviklet undervejs. Så berøres exitstrategien. Endelig forekommer et kort afsnit om de afsluttende samtaler med hver deltager, der blev afholdt tre måneder efter interventionen.

Udvikling af interventionen

Interventionen blev udviklet i et samarbejde mellem Rockwool Fonden og Indvandrer Kvindecentret på Nørrebro. Rockwool Fondens projekt COOL2BFIT dannede udgangspunkt for interventionens ramme og aktiviteter. Dette blev tilpasset målgruppen og videreudviklet på basis af viden genereret gennem Indvandrer Kvindecentrets erfaringer med sundhedsmæssige og sociale udfordringer blandt brugerne af centeret. Desuden blev interventionens formål og udformning udviklet på basis af erfaringsudvekslingsbesøg til kommuner med sundhedsprojekter målrettet etniske minoriteter, tilgængelige rapporter om relevante sundhedsinterventioner, og en workshop med ansatte i Rockwool Fonden og Indvandrer Kvindecentret for at samle fælles erfaringer. Erfaringer med og dokumentation af længerevarende indsatser målrettet etniske minoritetskvinder i andre sammenhænge blev fundet sparsomme af Rockwool Fonden og Indvandrer Kvindecentret. Der blev ikke foretaget en egentlig behovsanalyse blandt målgruppen eller en partcipatorisk tilgang, hvor deltagerne blev direkte inddraget i planlægningen af interventionen (Nielsen og Randall 2013). Disse omstændigheder medvirkede til, at man trak mere på Rockwool Fondens erfaringer med COOL2BFIT og Indvandrer Kvindecentrets erfaringer med brugerne af Indvandrer Kvindecentret. De to projektpartnere supplerede på denne måde hinanden med forskellig relevant viden til udvikling-

Figur 2. Fremmødeoversigt.



* Ikke afholdt for deltagere, der er startet i projektet efter oktober 2014, N=7.

en af projektet. De forskellige erfaringer inderbar imidlertid indledningsvis også forskellige synspunkter angående interventionens fokus, særligt i hvilken grad det fysiske sundhedsfaglige aspekt skulle vægtes, som det blev i COOl2BFIT, og i hvilken grad det mentale og sociale sundhedsfaglige aspekt skulle vægtes som i Indvandrer Kvindecentrets øvrige aktiviteter. Inddragelsen af en socialrådgiver i projektet var en måde at imødegå et socialfagligt aspekt og interventionens formål og målsætninger blev inden projekts start justeret til at inkludere både et fysisk og et mentalt sundhedsfagligt aspekt. Desuden blev der, efterhånden som interventionen skred frem, skabt konsensus omkring, at interventionen både skulle vurderes ud fra de kvantificerbare målsætninger og ses som et metodeudviklende projekt, med lydhørhed over for og parathed til at ændre anliggender, der ikke fungerede og opmærksomhed på anliggender, der fungerede, men ikke nødvendigvis var planlagt.

Denne evaluering forholder sig både til de bredere forskningsspørgsmål fremsat i evalueringsforslaget og til de kvantificerbare målsætninger.

Udvælgelse og hvervning af projektdeltagere

Rekruttering

Rekruttering af deltagere til projektet foregik primært gennem Indvandrer Kvindecentret. Medarbejdere på Indvandrer Kvindecentret henvendte sig direkte til kvinder, de kendte og forestillede sig lå i målgruppen. Projektet blev annonceret via opslag og oplæg i centerets torsdagscafe samt gennem andre institutioner, der arbejder med indvandrerkvinder. Der kom dog ingen henvendelser ad sidstnævnte veje. Dét, at flere kvinder kom på Indvandrer Kvindecentret fx i forbindelse med sundhedstjek, hvor de har talt om både sundhedsrelaterede og sociale udfordringer, gav centeret god mulighed for foreslå projektet til kvinder i målgruppen. Duda siger fx:

”Og så var det en dag jo, jeg skulle til sundhedstjek, og så var det sådan, at sygeplejersken sagde til mig: ’ved du godt, der er det der projekt? Det kan godt være, at de kan hjælpe dig, efter du har det sådan dårligt, eller gerne vil af med kiloene?’ Så sagde hun til mig, ’kom i gang, der er det der projekt’. Så hun vidste godt, at jeg kom ikke så meget ud.” (Interview, Duda)

Der blev afholdt rekrutteringsinterviews med interesserede kvinder, hvor det blev vurderet, om kriterierne for deltagelse blev opfyldt.

Justeringer af inklusions- og eksklusionskriterier

Oprindeligt var et af inklusionskriterierne, at deltagere skulle have et BMI på over 30. Det viste sig svært at rekruttere nok deltagere, der opfyldte dette kriterium. Samtidig meldte flere sig som interesserede og motiverede, men blev afvist, da deres BMI var for lavt. På baggrund af dette, samt at projektets formål blev justeret til at være mere orienteret mod mental sundhed, blev dette inklusionskriterium justeret til et BMI på mindst 25. Dermed lod man også kriterierne vedrørende sociale omstændigheder og motivation veje tungere.

Et andet dilemma viste sig i forhold til, hvornår man skulle betragtes som udgået eller ekskluderet af projektet for at gøre plads til en anden. Det viste sig, at kravet om deltagelse i motions- og madlavningsundervisningen to gange om ugen ikke blev imødegået af de fleste deltagere. Nogle mødte ikke op flere uger i træk. Et dilemma i forhold til at tage flere deltagere ind i projektet var, at de obligatoriske samtaler med socialrådgiveren blev gennemført, selvom deltagerne ikke mødte op til undervisningen. Der var dermed heller ikke kapacitet og ressourcer i projektet til at inkludere flere personer, således at undervisningen kunne blive fyldt op, da det ville lægge et pres på socialrådgiveren. Der var efterhånden enighed blandt de professionelle om, at et stabilt fremmøde to gange ugen var næsten umuligt:

”Vi har stillet urealistisk høje krav til deltagerne, for uanset om de har dansk etnisk eller minoritetsbaggrund, så er det der med at komme fyrrer gange, altså to gange om ugen i fyrrer uger, svært. Fordi så sker der noget, så skal man enten, man bliver indkaldt på arbejde eller i aktivering”. (Interview, professionel)

Det blev besluttet at bevare deltagerne i projektet, hvis de udviste motivation for projektet og deltog så ofte, de kunne, i undervisningen, deres sociale omstændigheder taget i betragtning.

Frafald

I det følgende gennemgås, hvor mange der faldt fra i projektet i løbet af interventionen og årsagerne hertil på basis af de enkeltes journaler.

Tabel 2. Årsager til frafald.

Frafald (der kan være flere overlappende)	Antal
Har fået arbejde eller praktik	4
Personlige forhold (relateret til familien)	3
Stress/bekymringer/træthed (manglende overskud)	3
Konflikt med andre deltagere	1

I alt faldt syv deltagere fra projektet. Flere fik, som det fremgår af tabel 2, arbejde eller praktik undervejs, hvilket gjorde det svært at møde op til undervisningen. Nogle havde personlige forhold, de følte stod i vejen, hvilket socialrådgiveren prøvede at hjælpe med uden held. En deltager havde en søn, der skulle til genoptræning og det kolliderede med tidspunktet for undervisningen. Flere berettede om manglende overskud til at deltage på grund af stress, bekymringer eller træthed, og en havde en gammel konflikt med en anden kvinde i projektet, der afholdt hende fra at komme.

Sammenligner man frafaldet i Sund for livet med frafaldet i (12-ugers) kost- og motionsforløb i forebyggelsescentre i Københavns Kommune (i områder med flest indvandrere), er sidstnævnte en smule højere. Eksempelvis tilbuddet Motion og Kost i Dit Forebyggelsescenter (MKDF), der er rettet mod overvægtige og inaktive borgere med forhøjet blodtryk, blodlipider eller blodsukker; i 2014 deltog henholdsvis 38 og 37 personer på Nørrebro og Vesterbro Forebyggelsescenter. Halvejs i forløbene var henholdsvis 19 og 20 personer faldet fra, dvs. omkring 50 %. Henholdsvis 8 og 10 personer gennemførte hele forløbet, det vil sige omkring 25 %². I Sund for livet gennemførte 10 ud af 17 hele forløbet det vil sige over 50 %.

Hjemmebesøg

I det følgende refereres der til hjemmebesøg også som kostvejledning, da dette var fokus for samtalerne hvad enten de foregik i hjemmet eller på Indvandrer Kvindecetret. Der var planlagt i alt fire hjemmebesøg af en diætist og en projektansvarlig hos deltagerne: tre i interventionsperioden og et besøg to-tre måneder efter interventionen som led i den afsluttende samtale. Deltagere, der startede sent i projektet, blev tilbudt to hjemmebesøg. Formålet var, at en diætist udfærdigede en kostanamnese, hvor det blev registreret, hvad deltagerne spiste til henholdsvis morgen, middag og aften, og at udvikle en individuelt tilpasset kostvejledning og handlingsplan, som blev justeret ved senere besøg. Desuden gennemgik deltagerne følgende målinger og tests med en Tanitavægt: højde, vægt (BMI), fedtprocent, fedtmasse, fedtfri masse, muskelmasse, total vandmængde (TBW), TBW procent, Bone mass, basal stofskifte, metabolic age, Visceral fat rating (indre fedt), Degree of obesity og physique rating, hvoraf kun nogle data indgår i målsætningerne, som det fremgår af et tidligere afsnit.

Der er ikke lavet optegnelser over, hvor mange besøg der er foretaget i deltagerens hjem, men

² Data er tilvejebragt af sundhedskonsulent, Anne Kjærgaard Svendsen, Folkesundhed København, fremlagt ved møde med evaluator den 18. september 2015.

det er evaluators vurdering, at det ikke er mange. Især andet og tredje planlagte hjemmebesøg fandt sted på Indvandrer Kvindecetret, på mange kvinders foranledning. Herved gik noget af den oprindelige tanke med hjemmebesøgene tabt, nemlig at gennemgå madvarer og se på varedeklARATIONER i hjemmet og basere samtalen herpå. Samtalerne, der fandt sted på Indvandrer Kvindecetret, blev baseret på diætistens billeder af forskellige madvarer og deltageres egne udsagn om mad- og indkøbsvaner. Efterhånden blev disse samtaler refereret til som det mere retvisende 'kostvejledninger'.

Alle deltagere modtog første kostvejledning, 15 ud af 17 deltagere modtog anden kostvejledning og 8 ud af de 10 deltagere, der var med fra starten, modtog tredje kostvejledning (se figur 2, side 16).

Udvikling og implementering af kost- og motionsforløb

Motion

Koordinatoren underviste i motion to gange om ugen i lokaler tæt på Indvandrer Kvindecetret. Deltagerne blev opdelt i to hold, da lokalet ikke var stort nok til at rumme alle deltagere. Motionen bestod af følgende elementer: opvarmning, kredsløbstræning, lege og stafet, styrketræning og yoga. Der blev brugt yogamåtter og strækbånd undervejs. Motionsundervisningen bar præg af leg og latter, og samtidig blev de presset af koordinatoren til at få pulsen op. Hun var imidlertid opmærksom på, hvor deres grænse gik, sagde hun. Det følgende er et uddrag af evaluators observationsnoter ved en motionstime:

To deltagere er kommet til tiden, og fire kommer lidt efter lidt. Da en af kvinderne ankommer lidt senere, siger koordinatoren meget hjerteligt: 'Hej! hvor godt du kunne komme! Hvordan går det med foden?' Kvinden, der halter lidt, siger, at det går bedre. Da de næste ankommer, gør koordinatoren grin med, at de kommer så sent. Hun giver dem meget detaljerede in-

strukser til de forskellige øvelser og stopper op og lytter, når nogle har spørgsmål. Hun laver også mange jokes med dem, og får dem til at le. I nogle af pulsøvelserne presser hun lidt på: 'Kom så, kom så! Kan I mærke det? Hvor kan I mærke det?' Koordinatoren tjekker hele tiden, om deltagerne forstår instrukserne. 'Forstod I det?' En får pludselig meget ondt i knæene efter nogle hop. Hun har slidgigt, siger hun. Hun sætter sig ud til siden, og koordinatoren kommer og ser til hende og siger hun skal hvile lidt. Kort efter er deltageren imidlertid oppe igen. 'Jeg vil være med! hvorfor være her, hvis man bare skal sidde stille?' Hun laver øvelsen, men uden at hoppe for hårdt. 'Jeg skal tabe ti kilo. Det siger lægen', fortæller hun og brokker sig over, at der endnu ikke er resultater. Koordinatoren forklarer, at det tager tid, og at muskler jo også vejer. Hendes fedtprocent er måske faldet. Den sidste øvelse er fangeleg. Man skal give et kram, når man fanges. Det vækker stor latter. (Observationsnoter)

Som uddraget viser, var deltagerne generelt både dedikerede til at komme i form, og der var en livlig og glad stemning, som i høj grad beroede på projektkoordinatorens engagement og motiverende tilgang.

Deltageres motionsønsker blev hørt ved flere lejligheder. Flere ønskede at prøve træning på et fitnesscenter, og dette blev arrangeret fire gange på projektkoordinatorens initiativ. Hendes medlemskab af et fitnesscenter gav hende mulighed for at formidle gratis prøvetimer i en periode. Projektkoordinatorens personlige engagement og kreative tilgang gjorde det således muligt at møde deltageres ønsker og gøre motionsundervisningen relevant.

Madlavning

Deltagerne blev delt i to hold, som skiftevis blev undervist i madlavning efterfulgt af fællesspisning hver uge i forlængelse af motions timerne. Formålet med madlavningen var både at udvikle kompetencer og viden omkring sund

madlavning samt at styrke fællesskabet. Koordinatoren havde forberedt opskrifter og købt ind til madlavningen. Ofte købte hun ind på vej fra motionstræningen, når hun havde overblik over, hvor mange der havde tænkt sig at komme. Retterne var vestligt-inspirerede opskrifter som gulerodssalat, blomkålssuppe og torskerognsfrikadeller, men der var også asiatisk-inspirerede opskrifter. De gange hvor evaluator deltog i madlavningen, var der en livlig stemning, og deltagerne engagerede sig meget, som det fremgår af uddraget af følgende observationsnoter:

Kvinderne snakker ivrigt sammen under madlavningen og for det meste på dansk. Koordinatoren sætter dem i gang og guider dem, og de vender flere gange tilbage til opskriften. Hun er opmærksom på, at de ikke bruger for meget olie i stegningen, og der er nogle kvinder, som selv diskuterer, at de har hældt for meget i gryden, og de hælder noget fra. Der er mange af deltagernes børn, der kommer ud i køkkenet og vil snakke med koordinatoren. Hun kender dem tydeligvis og spørger ind til dem. Nogle større børn får lov at hjælpe til i køkkenet, mens børnepasserne tager sig af de yngre. Efterfølgende spiser de sammen og der er fortsat meget snak og latter. De professionelle prøver at lære ord på Somali af kvinderne og børnene. Nogle børn vil ikke smage på maden, og en af kvinderne har somalisk tilberedt ris med til sit barn i en plastikbakke. Et par børn tilkendegiver dog, det smager godt, og tager to gange. (Observationsnoter)

Madlavningen gav kvinderne praktiske færdigheder i forhold til at tilberede nye sunde retter, og fx være opmærksom på olieforbruget, som det fremgår af uddraget ovenfor. Det er evaluators opfattelse, at madlavningen og fællesspisningen i høj grad styrkede fællesskabet og var en sjov måde at være sammen på for kvinderne. Der meget latter og samtale, og det meste foregik på dansk, ligesom kvinderne blev trænet i at læse dansk på grund af opskriften.

En stor udfordring ved motion- og kostundervisningen var det lave fremmøde. I gennemsnit var fremmødet blandt deltagerne 40 % (se figur 2, side 16). Da holdet var delt op i to betyder dette, at der i snit var 3-4 deltagere per gang med tilsvarende få børn ind imellem.

For at udnytte personaleresourcerne bedre, det svingende fremmøde taget i betragtning, kunne man dels begrænse undervisningen til én gang om ugen, dels invitere hele holdet hver gang. Dette ville dog kræve parathed til at kunne håndtere store udsving i fremmødet samt lokalefaciliteter, der i princippet kunne rumme alle deltagere.

Børnepasning

Der var mulighed for pasning af børn ved undervisningen. Under madlavningen færdedes børnene hjemmevant på stedet, og det er evaluators vurdering, at denne ordning var afgørende for mange kvinders deltagelse. Mange boede alene med deres børn. Dét, at der har været andre tilgængelige faciliteter rettet mod børnene såsom lektiehjælp, har også betydet, at det var attraktivt for børnene at komme med, og dermed lettere for kvinderne at deltage. Det er evaluators vurdering, at én børnepasser ville være nok.

Sundhedstjek

Deltagerne blev tilbudt tre sundhedstjek i løbet af interventionen. Sundhedstjekene blev gennemført af en sygeplejerske. Der blev foretaget følgende målinger og test: højde, vægt (BMI), talje, hofte (ratio), blodprøver (blodsukker, hæmoglobin og kolesterol), blodtryk og puls. Derudover besvarede deltagerne spørgsmål baseret på WHO's trivselsmål (se tabel 4, side 35). Det er evaluators vurdering, at målingerne var meget tidskrævende, og det var udfordrende at udføre dem standardiseret også i forhold til målinger foretaget ved kostvejledninger. Dette gennemgås i afsnit 10. Målingerne havde imidlertid flere positive funktioner: de fungerede som screening af deltagernes akutte sundhedstilstand og dermed som udgangspunkt for råd og vejledning. Sygeplejersken opdagede

således tilfælde, hvor kolesterol tallet var meget højt, og det ledte til en samtale om, at deltageren var stoppet med sin medicin. I et andet tilfælde indikerede blodsukkeret, at deltageren havde diabetes, og dette blev omdrejningspunktet for samtalen. Desuden medførte målingerne en opmærksomhed på områder, hvor det var nødvendigt med en lægelig vurdering.

Det viste sig at være en stor udfordring for deltagerne at besvare spørgsmålene knyttet til WHO's trivselsmål. Det var især spørgsmål om man havde følt sig 'aktiv og energisk' samt om 'ens dagligdag havde været fyldt med ting, der interesserer en', der voldte vanskeligheder. Desuden var det svært for deltagerne at overskue svarkategorierne knyttet til hvert spørgsmål (hele tiden, lidt af tiden, og på intet tidspunkt). Sygeplejersken brugte derfor meget tid på at forklare, hvad de enkelte spørgsmål og svarkategorier betød. Der var 15 ud af 17 deltagere, der besvarede spørgsmålene ved første møde, 15 ud af 17 deltagere har svaret ved andet møde, og 8 ud af 10 har svaret ved tredje møde.

Der var 16 ud af 17 deltagere, som modtog det første sundhedstjek. 15 ud af 17 deltagere modtog andet sundhedstjek og 8 ud af 10 deltagere (der var med fra starten) modtog det tredje sundhedstjek (se figur 2, side 16).

Socialrådgiversamtaler

Der var planlagt 3-4 socialfaglige samtaler med deltagerne i interventionsperioden. Formålet var at give deltagerne en mere helhedsorienteret feedback ved at kunne inddrage psykosociale problematikker, der også har konsekvenser for sundhedsadfærd og for trivsel. Formålet var også at motivere deltagerne og forebygge frafald.

Samtalerne blev afholdt på Indvandrer Kvindecentret. Alle deltagere modtog den første samtale, 14 ud af de 17 deltagere modtog anden samtale og 7 ud af 10 deltagere (der var med fra starten) modtog den tredje samtale (se figur 2, side 16). Det er evaluators opfattelse, at

samtalerne med socialrådgiveren blev oplevet som en støtte og tilvejebragte et rum, hvor deltagerne kunne tale om og få råd, vedrørende udfordringer som fx påvirkede deres deltagelse i projektet. Dog blev meget af samtaletiden brugt på, at socialrådgiveren spurgte ind til de fastsatte målsætninger i projektet, såsom om indkøbs- og madvaner. Herved blev der nogle gange skabt en situation, hvor socialrådgiveren stillede delvist lukkede spørgsmål på bekostning af at lade deltagerne egne perspektiver og ønskede samtaleemner komme i fokus. Det anbefales, at samtalerne med en tilknyttet socialrådgiver kan forblive et frit samtalerum, og at monitoreringen af deltagerne udvikling i projektet enten vurderes på basis af disse samtaler eller at der afsættes tid specifikt til spørgsmål ved rørende målsætninger.

Fællesmøder

Der blev i projektperioden afholdt tre fællesmøder med efterfølgende fællesspisning, hvor personale og deltagere mødtes for at diskutere fordele og ulemper ved projektet. Der blev endvidere afholdt en afslutningsfest, hvor deltagerne fik udleveret et diplom og en mappe med opskrifter, kostråd, kostplaner samt træningsøvelser.

Det første fællesmøde blev afholdt få måneder efter implementeringen var startet med henblik på at få deltagerne feedback på projektet, således at det kunne justeres bedst muligt. Mødet gav deltagerne mulighed for at komme til orde med både kritik og ros og gav de professionelle et kærkomment indblik i deltagerne oplevelse af projektet. Mødet syntes at medvirke til en fællesskabsfølelse blandt deltagerne og oplevelsen af at være en del af en større sammenhæng med et fælles mål om at få det bedre. Kvinderne deltog aktivt og fællesmødet blev et også et forum, hvor de gav hinanden råd og opbakning internt. Fx klagede en over ømhed efter motionen, og de andre beroligede den pågældende med, at de også havde smerter i starten, men det gik over efter flere gange motion. Deltagerne blev længe efter mødet, og middagen endte fest, musik og dans. Herefter

blev fællesmøderne inkorporeret som en tilbagevendende begivenhed i interventionen:

”Vi holdt også den store samling, sådan nogle tiltag, som ikke er tænkt ind i projektplanen, men som man finder ud af, det er super vigtigt at gøre det her, vi skal skabe en fællesskabsfølelse, vi skal gøre det her sammen”. (Interview, professionel)

Involveringen af deltagere undervejs i beslutningsprocesser vedrørende implementeringen af en intervention skaber ifølge Nielsen og Randall (2013) engagement og ejerskab omkring projektet. Fællesmøderne syntes at medvirke til et sådant ejerskab og engagement blandt deltagerne. Yderligere var fællesmøderne med til at skabe en samhørighed mellem deltagerne og de professionelle. De professionelle var inden det første møde frustrerede over det ringe fremmøde og tvivlede på, om projektet tog hensyn til og mødte deltagerne behov og ønsker. På fællesmøderne blev deltagerne bevæggrunde for det lave fremmøde vendt, og de udtrykte stor tilfredshed og taknemmelighed over at være en del af projektet.

Det er evaluators vurdering, at det er vigtigt at skabe et samlingspunkt som fx fællesarrangementer i længerevarende interventioner, der både kan fungere som forum for erfaringsudveksling og justeringer samt skabe samhørighed og motivation.

Exitstrategi

Der blev udarbejdet en generisk exitstrategi for deltagerne. Som et led i exitstrategien fik hver deltager udleveret en mappe med motionsøvelser fra undervisningen. Derudover fik deltagerne udleveret en skridtmåler og en henvisning til et billigt tilbud om motion hos et motionscenter. Der blev ikke lavet individuelle exitstrategier, men deltagerne blev adspurgt, hvad de kunne tænke sig, og fik vejledning i denne sammenhæng. Evaluator kan ikke vurdere, i hvilken grad exitstrategierne blev fulgt af deltagerne efter projektets afslutning. Ved de af-

sluttende samtaler tre måneder efter projektet var der dog flere, som gav udtryk for, at de savnede at være en del af projektet og den motivation, der fulgte med. Samtidig fik andre fx meldt sig ind i fitnesscentre og fik hjælp til at søge og komme i job.

Tværgående afsluttende samtaler

Formålet med de afsluttende samtaler var at følge op på deltagerne fysiske mål og se om de havde fastholdt eventuelle fremskridt. Samtalerne blev i lige så høj grad brugt til at repetere kostrådene og generelt høre hvordan deltagerne havde det. Både diætisten, projektkoordinator og socialrådgiveren var til stede. Det er evaluators vurdering at man kunne nøjes med én professionel til disse samtaler for at spare personaleressourcer.

8

Udfordringer og styrker

I dette kapitel gennemgås henholdsvis udfordringer og styrker ved implementeringen på tværs af interventionens elementer, som blev gennemgået i forrige afsnit.

Udfordringer

Uklarheder omkring projektledelse

De første måneder var der nogen uklarhed omkring, hvor projektledelsen var forankret, og hvilke beføjelser henholdsvis Rockwool Fonden og Indvandrer Kvindecetret havde. I den første projektbeskrivelse er anført, at projektet ledes af Rockwool Fonden og implementeres af Indvandrer Kvindecetret i samarbejde med Rockwool Fonden. At ledelsesansvaret lå et andet sted end implementeringen af projektet skabte nogle forsinkelser og efterslæb vedrørende beslutningsprocesser og arbejdsgange. Den daglige projektledelse og implementeringen blev gradvist lagt hen til Indvandrer Kvindecetret, og dette blev formaliseret ved feedbackmødet med evaluator og anført i en mere detaljeret projektbeskrivelse udarbejdet af Indvandrer Kvindecetret. Det skabte større fri rum til at kunne træffe betimelige beslutninger omkring justeringer af projektet for de professionelle og forenklede den interne organisation.

Uklarhederne udsprang også delvist af den indledningsvise forskellige vægtning af interventionens mål. Nielsen og Randall (2013) beskriver, hvordan aktørerne i en intervention har nogle mentale modeller eller måder at skabe mening på. I forhold til de aktører, der udvikler og implementerer interventionen kan

forskellige mentale modeller fx indebære forskellige succeskriterier for interventionen og dermed opfattelser af, hvad der skal vægtes i implementeringen. Det kan forsinke effektiv implementering (ibid.). De to projektere kan siges at have haft forskellige mentale modeller i udgangspunktet i forhold til vægtningen af det sundhedsfaglige og socialfaglige, men disse nærmede sig hinanden i løbet af de første måneder af implementeringen. Den klarhed, der blev skabt omkring rollefordeling i projektledelsen, hjalp også med at samstemme de mentale modeller vedrørende projektets succeskriterier og fokus.

Udskiftning af personale

Flere elementer af implementeringen blev forsinket i startfasen på grund af en række personaleskift af nøglepersoner, blandt andet som følge af barsel. De mange skift bevirkede et efterslæb i formidlingen af projektjusteringer og opfølgninger. Eksempelvis blev beslutningen om, at deltagerne skulle måles med målebånd i stedet for at vejes hver gang, ikke formidlet videre med det samme og først indført flere måneder efter beslutningen var taget. Desuden var der stor forsinkelse på Indvandrer Kvindecetrets modtagelse af data fra det første hjemmebesøg foretaget af Rockwool Fonden med en diætist, hvor sidstnævnte stoppede.

Lavt fremmøde

Fremmødet til undervisningen i motion og madlavning var meget ustabil. Enkelte gange dukkede ingen op til motionen, mens der andre gange var få eller næsten fuldtalligt. Uregelmæssigheden påvirkede i starten personalets entusiasme, hvor flere udtrykte usikkerhed over, hvorvidt interventionen mødte kvindernes behov. Det lave fremmøde medførte desuden, at koordinatoren brugte mere tid end planlagt på opsøgende arbejde. Årsagerne til udelivelse synes imidlertid ofte velbegrundede, som observationsnotaterne nedenfor indikerer:

Der er ingen fremmødte denne tirsdag til motionen. Koordinatoren fortæller, at en har meldt afbud, da hun er blevet opereret i sit øje. Der ankommer to børn som for-

tæller, at deres mor er til møde på skolen, men at hun kommer til madlavningen efterfølgende. Koordinatoren siger, at det er første gang ingen er kommet, men at der desværre ofte er mange, der udebliver, og at det medfører uregelmæssigheder, som vil gøre det sværere for deltagerne at få livsstilsændringer ind under huden. Hun begynder at ringe rundt til alle kvinderne. Årsagerne til deres fravær er forskellige, to af kvinderne har haft et dødsfald i familien, en er på sygehuset med sin søn, en er presset pga. en forestående eksamen. (Observationsnoter)

Også til kostvejledningerne, socialrådgiversamtalerne og sundhedstjek var der ofte udeblivelser. De professionelle brugte typisk den afsatte tid på at lave en ny aftale samt til at afrapportere i journalerne.

Tungt journaliseringsarbejde

De professionelle oplevede, at journaliseringsarbejdet og registreringen af data var mere ressourcetungt end først beregnet. Der var mange målsætninger at følge op på, og det ustabile fremmøde gjorde, at indsamlingen af data krævede ekstra arbejde. Det bevirkede, at alle data ikke altid blev journaliseret med det samme, og derved ikke altid videregivet til de andre professionelle i god tid inden deres møder med pågældende deltager.

Styrker

De professionelle som *drivers of change*

Nielsen og Randall (2013) forslår, at man i procesevalueringer af interventioner søger at identificere de personer eller egenskaber, der er *drivers of change*, eller som spiller en særlig rolle for de forandringskabende processer. Kvinderne nævnte ofte bestemte personer, som projektkoordinatoren og deres relationer til hende, når de fortalte om projektet, og hvad de holdt af ved at deltage. Duda er en af dem, der fremhæver koordinatoren, da hun bliver bedt om at beskrive projektet, og hvad hun synes om det:

”Hun [projektkoordinatoren] er... hun er meget hjælpsom og meget kærlig, hun viser, at hun vil hjælpe lidt mere, hun giver dig kram og fortæller ting meget ligeud, og siger ’kom her, du skal nok nå de der mål’ og sådan noget... Så det er derfor [...]. Og selvfølgelig, jeg glemmer det [undervisningen], når man har børn og sådan noget ikke? Og jeg havde samtidig det der arbejde, ikke? Så, når man kommer hjem, så plejer jeg at være træt, men hun ringede til mig. Og så kom jeg alligevel [ler]”. (Interview Duda)

Dudu beskriver her oplevelsen af omsorg, interesse samt en vedholdenhed fra den professionelle side, som afgørende for hendes deltagelse, selv når hun egentlig var kommet hjem, træt, og havde glemt alt om at skulle til undervisning. En anden nævner ved et af fællesmøderne at, ”min vægt er den samme som ved starten, men jeg er alligevel glad. Jeg fortsætter med at komme. Vi er så glade for [koordinatoren]. Hun er et menneske. Der respekterer os. Det er vi meget glade for.” De øvrige professionelle omtales også positivt, ikke mindst socialrådgiveren, som også tilbragte meget tid med deltagerne.

Det er evaluators vurdering, at de professionelle kan siges at indtage rollen som *drivers of change* i kraft af deres anerkendende tilgang, tilstedeværelse og aktive handling i forhold til hvad der syntes nødvendigt i det konkrete øjeblik. De talte i øjenhøjde med deltagerne og havde ikke berøringsangst med at spørge ind til svære områder. Socialrådgiversamtalerne indebar et institutionaliseret rum for dette, men det prægede også samtalerne generelt med de professionelle. Samtidig var de professionelle fleksible i deres udøvelse af interventionens komponenter. Der var en lydhørhed overfor deltagerens ønsker, og en kreativ tilgang til at prøve at møde disse indenfor de givne rammer.

Med filosofien og etnografen Annemarie Mols ord, så kan man sige at de professionelle var *driver of change* blandt andet i kraft af at praktisere ’omsorgslogik’ i deres arbejde (Mol

2008). Mol definerer omsorg som en handle-måde, der indebærer tilstedeværelse, nærvær og opmærksomhed på det specifikke i situationen. Hun kontrasterer dette med 'valgets logik', hvor det rationelle argument, autonomi og individualitet dominerer, og som ofte er idealet i den folkesundhedsvidenskabelige diskurs, argumenterer hun. Omsorgslogikken, som det er evaluators vurdering, at de professionelle i høj grad praktiserede, indebærer erkendelsen af, at livet sjældent arter sig som planlagt og ikke kan kontrolleres. Derfor kan de gode løsninger ikke altid defineres på forhånd, men kræver opmærksomhed på deltagerens konkrete omstændigheder og situationel handlen (ibid). Den nærværende og opmærksomme tilgang til deltagerne samt de mange små justeringer undervejs såsom de faste opkald til deltagere, at sende dem i fitnesscentre, og forsøg på at rykke rundt på tidspunkter for undervisningen er alle eksempler på at praktisere denne logik.

Erfaringer med målgruppen

Indvandrer Kvindecetret har faciliteret rådgivning af og støttet kvinder i forskellige sammenhænge gennem mange år. Disse erfaringer er forankret i centret og indlejret hos flere af de professionelle. Dette positionerede sidstnævnte godt til at være opmærksomme på deltagerens sundhedsmæssige udfordringer i sammenhæng med andre udfordringer i dagligdagen. Der var således fra starten en opmærksomhed på at spørge ind til deltagerens livssituation generelt og søge helhedsorienterede løsninger, der fx involverede familiemedlemmer. Desuden kunne de professionelle trække på forskellige typer bistand i centeret, fx hjælp til at læse jobopslag, lave jobansøgninger eller juridisk bistand. Således var både de faciliteter, ressourcer og erfaringer, der var til stede i huset, yderst relevante for implementeringen af interventionen.

Organisatorisk fleksibilitet og ildsjæleånd

En stor force i projektet var den fleksibilitet, de professionelle udviste undervejs. Som nævnt brugte koordinatoren sit eget medlemskab i et fitnesscenter til at skaffe deltagerne fri adgang i fjorten dage, da flere udtrykte et ønske om at

prøve et fitnesscenter. Dét, at koordinatoren stod for både motions-, madlavningsundervisningen og indkøb skabte fleksibilitet i forhold til at tilrettelægge indkøb efter antal deltagere og at tilskynde eller følge op med de enkelte deltagere på motionsholdet i forhold til den efterfølgende madlavningsundervisning.

De professionelle udviste desuden fleksibilitet i forhold til at indhente de målinger, som ikke var blevet foretaget ved den aftalte kostvejledningssamtale, fordi deltagere ikke var mødt op. Koordinatoren benyttede andre lejligheder, fx fællesmøder, til at give deltagere deres kostplan udarbejdet af diætisten, gennemgå den med dem og foretage de relevante målinger. Denne fleksibilitet fra de professionelle side betød, at de fleste deltagere blev nået, selvom det indbar mere ressourcetung dataindsamling end beregnet.

Der kan også peges på fleksibilitet i forhold til anvendelsen af målingerne. De fysiske målinger blev ikke altid udført standardiseret, hvilket uddybes i afsnit 10, men de blev brugt som et redskab til dialog. Kvinderne gik selv meget op i deres tal, og at de skulle måles. Herved blev målingerne et udgangspunkt for samtale om, hvad der er vigtig kostmæssigt, og hvordan de havde det. De situationer, hvor målingerne fandt sted, skabte således for flere afsæt for at tale om, at de havde fået mere energi. At kvinderne i starten af interventionen blev vejet hver uge, kan have været medvirkende til, at de selv betragtede tab af vægt som et afgørende succeskriterium. De professionelle understregede imidlertid, at det var vigtigere, om deltagerne følte sig bedre tilpas. Deltagerens kropsmålninger blev således brugt som et fleksibelt redskab til at tale om kost, motion og vaner.

Som tidligere nævnt var både koordinatoren, socialrådgiveren og sygeplejersken fleksible i forhold til at nå deltagerne ved at ringe og minde dem om aftaler og kontakte dem, hvis de missede aftaler. Deltagerne satte stor pris på dette engagement, og det bevirkede at flere faktisk blev i projektet, men det var samtidig tids- og ressourcekrævende for de professionelle. En enkelt deltager fik faste opkald gennem

hele projektperioden i stedet for kostvejledningsmøderne, som hun ikke kunne deltage i, da hun havde sine børn hos sig. Disse påmindelsesopkald blev efterhånden institutionaliseret i projektet og kaldt omsorgsopkald i journalerne.

9

Deltagernes udbytte af interventionen

I det følgende gennemgås de områder, hvor deltagerne selv oplevede et udbytte af interventionen baseret på kvindernes fortællinger om vaner, trivsel og ændringer i deres liv undervejs eller efter interventionen. Afsnittet bygger primært på interviews og samtaler med deltagerne, men også observationer og deltageres journaler.

Madvaner

Adspurgt hvad de havde fået ud af projektet talte deltagerne ofte om nye vaner i forhold til mad, tilberedning af mad og drikkevarer fx mindre brug af olie, mere fuldkorn, mindre juice, og mere vand. Nuura siger fx:

”Før var jeg mere træt, og jeg havde mere ondt i hovedet, nu har jeg ikke noget. Før drak jeg ikke meget vand. Nu drikker jeg meget vand. Mange ting. Hvis jeg drak før, så var det juice. Nu drikker jeg vand. Og stopper med at bruge meget olie. Jeg bruger kun lidt nu, når jeg steger. Før brugte jeg meget [ler]. Og også sukker, i en kop brugte jeg før tre skeer. Nu bruger jeg én ske. Jeg hører dette herfra [Indvandrer Kvindecenret]”. (Interview, Nuura)

Mange fremhæver som Nuura, at de bruger mindre sukker i teen. Daawad siger fx, at hun aldrig har spist mange kager, men hun plejede at bruge rigtig meget sukker i teen, og det har ændret sig: ”Jeg er helt stoppet med sukker. Jeg bruger slet ikke sukker i teen nu (...) og jeg kan mærke, jeg har meget mere energi. Jeg føler

mig stærk”. Desuden har hendes kostvaner ændret sig, siger hun, både antal og størrelse måltider samt indholdet af maden:

”Jeg har også ændret den måde, jeg spiser på. Før spiste jeg ikke regelmæssigt, jeg spiste ét stort måltid om dagen. Nu spiser jeg mange små. Også morgenmad. Og jeg spiser flere grøntsager. Kål, hvad hedder den.. hvidkål, gulerødder. Squash, meget mere af det og kun lidt ris. Jeg spiser mere bulgur. Jeg spiser stadig lidt ris [ler], men.. ikke så meget som før, og med mindre olie. Og løg og de der forårsløg, også frosne grøntsager. Jeg har lært rigtig meget”. (Interview Daawad)

Delinda fortæller i den afsluttende samtale, at hun har fastholdt de nye indkøbsvaner, hun lærte:

”Før forstod jeg ikke, hvilken mad er god, og hvilken, der giver fedt til kroppen. Men efter jeg er startet, forstår jeg, hvad det er, når jeg køber sødmælk, og hvilke vaner, der er god mad, fordi nu forstår jeg forskellen på mælk i butikkerne, hvilke [fedt]procenter... Det er meget vigtigt for mig. Og jeg kender også brun spaghetti, det kendte jeg ikke før. Jeg kender til brun spaghetti og brune ris. Før købte jeg altid de hvide”. (Observationer under afsluttende samtale)

Motion

Flere har meldt sig til forskellig slags motion efter de startede i interventionen. En fortæller, at hun blev inspireret til at begynde til gymnastik: ”Før gik jeg ikke til gymnastik, og jeg er mere frisk nu”. Nogle går fast på et fitnesscenter inspireret de gratis prøvetimer, de fik, gennem projektet. Nuura fortæller fx, at udover sine svømmetimer, har hun fået mod på at gå i et fitnesscenter:

Nuura: ”Jeg går til motionen [i projektet] to gange om ugen. Og jeg går også et andet sted nu. Så jeg går tre dage.”

Interviewer: ”Et andet sted også?”

Nuura: ”Og svømmehallen også. Det er næsten 4 dage om ugen. To dage her, to dage andet sted.”

Interviewer: ”Gik du til motion før du startede på Indvandrer kvindecenteret?”

Nuura: ”Nej. Først startede jeg her. Og så tænker jeg, jeg vil gerne gå videre. For her har de ikke maskiner, det er mere balance i kroppen. Og jeg vil gerne tabe mig. Og så går jeg også i svømmehallen. Det gjorde jeg også før, men fitness, det starter her. Og så tænker jeg, jeg vil lave mere.”

For andre giver motionsundervisningen dem mod på at genoptage træning, de tidligere har gået til, selvom de er presset tidsmæssigt. Daawad fortæller:

Daawad: ”Jeg træner i et fitnesscenter nu. Fire gange om ugen. Okay, nogle gange kun to gange om ugen. Det er ikke altid, jeg kan nå det, jeg har mange andre ting jo, med børn”.

Interviewer: ”Startede du med at gå i fitnesscenter, da du startede på projektet her?”

Daawad: ”Ja, det var efter, jeg startede på projektet. Jeg har prøvet før, for cirka et år siden. Men jeg stoppede igen. Men efter jeg startede her, med [koordinatoren], så gør jeg det regelmæssigt. Der er mange her i projektet, der har tabt sig. Hun er en kæmpe støtte, [koordinatoren]”.

Daawad nævner, at træningen i fitnesscenteret ikke er opdelt for kvinder og mænd, hvilket hun egentlig ville foretrække, men hun lever med det.

Deltagerne giver således udtryk for at have afprøvet og omsat det lærte, jævnfør Rogers (2003) begreb triabilitet, både i madlavningen derhjemme men også ved fx at melde sig til sportsaktiviteter som fitnesscentre eller gymnastik.

Søvn

Flere af deltagerne havde før projektets start problemer med træthed, og med at de sov dårligt om natten. En tog beroligende medicin for bedre at kunne sove om natten. Igennem projektperioden ser dette ud til at have ændret sig. Ved sundhedstjekket eller den afsluttende samtale fortæller ni deltagere om bedre nattesøvn, mindre træthed og mere energi. Fatima siger fx til sygeplejersken under hendes sundhedstjek, at hun har mere energi og føler sig som en ”flyvemaskine – meget let”. Desuden sover hun meget bedre om natten, ”som en sten”. I interviewene med evaluator fortæller flere også om, at de sover bedre om natten, og at de føler sig mere afslappede, selvom dagligdagen stadig indebærer stress. Flere knytter deres bedre søvn sammen med motionen, som nævnt ovenfor.

Danskkundskaber

Undervisningen foregik på dansk, og deltagerne blev konsekvent opfordret til at snakke dansk under madlavningen også internt, når de stod i mindre grupper. Koordinatoren forklarede, at på denne måde kunne hun følge med og give råd, hvis det var nødvendigt. Samtidig trænede deltagerne deres danske sprog. Det blev understreget af de professionelle, at Indvandrer Kvindecenteret skulle ses som et frirum, hvor der var plads også til at samtale på deres modersmål, men i undervisningen skulle de prøve med dansk. På denne måde var personalet opmærksomme på at bevare stedets status som et værested på deltagerne præmisser, men med visse regler i undervisningssammenhæng. Flere deltagere fremhævede selv, at de var blevet bedre til at tale dansk efter projektet, og en fortalte, at hun havde fået mod på at starte sprogundervisning for at blive endnu bedre.

Socialitet og samvær

Flere deltagere fremhævede det sociale aspekt af interventionen. Duda er en af dem, der lægger vægt på dette, og hun fremhæver det særligt i interviewet med evaluator to måneder efter, projektet er stoppet. Hun fortæller, at det altid har været svært for hende at få somaliske venner, måske fordi hun har boet så mange år i Danmark sammenlignet med nogle af de andre kvinder, siger hun. Men hun har heller ikke mange danske venner, siger hun så, og har egentlig aldrig har været så god til at socialisere og "gå ind til naboerne og den slags", fortæller hun. Duda har fire børn mellem 3 år og 15 år, som hun selv tager sig af, da hun er blevet skilt fra sin mand. Det gør det også svært at få tid til at være social og se andre, siger hun. Gennem projektet fik hun imidlertid mulighed for at indgå i en organiseret social sammenhæng med andre. Det fik hende til "at være lidt mere åben". Dét, at hun kunne have sin 3-årige søn med til fællesmøderne, hvor der blev lavet mad og spist sammen, var en stor fordel. Her, to måneder efter projektet er stoppet, savner hun netop denne sociale del, fællesskabet med de andre. Hun ser ikke de andre kvinder fra projektet privat og kommer ikke så tit på Indvandrer Kvindecenret ellers.

Nuura kom jævnligt på Indvandrer Kvindecenret også inden projektet. Hun understreger, at de to bedste ting ved projektet var:

"Motionen og det at komme på centeret. Folk her, de hygger sig. Vi kommer hver dag, vi kender hinanden, snakker sammen, det er mine veninder. Både dem fra projektet, der er nogle nye, og de andre, der kommer her på centeret".

Det oplevede fællesskab afspejler, med Rogers' (2003) ord, at interventionen var forenelig eller kompatibel med deltagernes eksisterende værdier og livssituation. Gennem interventionen oplevede deltagerne en socialitet, som flere savnede i deres liv.

Integration i samfundet

Deltagelsen i interventionen har medført hjælp til at navigere i samfundet i flere sammenhænge og synes at have bidraget med kompetencer samt overskud og motivation til at forfølge nye muligheder. Således har interventionen haft et integrationsfremmende aspekt mere generelt. Samtalerne med socialrådgiveren og sygeplejersken men også projektkoordinatorer har været en mulighed for at vende dilemmaer og udfordringer i deres hverdagsliv eller få konkret råd og hjælp fx omkring vigtigheden af lægebesøg, opmærksomhed på særlige sundhedsmæssige udfordringer, hjælp til at forstå og besvare henvendelser fra myndighederne, eller viden om mulighederne for efteruddannelse.

Socialrådgiveren hjalp fx Daawad med hendes selvangivelse: "Jeg vidste ikke, at man kan gå ind og skrive og ændre, det du tjener, så hun [socialrådgiveren] har hjulpet med det. Fordi jeg ved det ikke". Flere har fået mod på at starte en uddannelse, skole eller danskundervisning igen. Duda fortæller, at efter projektet vil hun læse en overbygning til sin social- og sundhedshjælperuddannelse, så hun kan blive social- og sundhedsassistent, "så er der flere muligheder for at arbejde fx med handicappede, hospitalet, almindeligt hospital, psykiatrisk hospital, plejehjem, masser af muligheder. Men som social- og sundhedshjælper, der er kun plejehjemmene og hjemmeplejen."

Mange af kvinderne har et ønske om at komme i arbejde, et ønske der for flere blev vakt eller blev forstærket gennem deltagelsen i interventionen. Dels fik de mere overskud, dels et større udsyn til deres muligheder for arbejde. Duda fortæller fx, at hun gennem projektet er blevet opmærksom på, hvor hun kan søge arbejde og hvordan; både socialrådgiveren og projektkoordinatorer havde snakket med hende om hendes interesser og gjorde hende opmærksom på den støtte, hun kunne få i centeret, fordi, som hun siger:

"Sålænge man kommer herud, til kvindecenret, så er man, så har man masser af

muligheder: computerhjælp, jobrådgivning, alle mulige ting, alle mulige ting, der er frivillige, der hjælper dig med at søge". (Interview Duda)

Hun har tidligere haft arbejde på et plejehjem, men stoppede, da hendes arbejdskontrakt udløb. Duda fortæller mod projektets afslutning, at hun har fået et møde i stand med et vikarureau senere på måneden:

"Jeg håber, jeg krydser fingre [...], de giver en rigtig god løn, og det er ikke så langt væk, det er inde i København. Og så kan man selv vælge, hvor mange timer man vil arbejde. Det er bedre end kontanthjælp [...]. Hvis man tager aftenvagter, giver de lidt mere i løn, men så arbejder man også kun 14 dage [om måneden]". (Interview Duda)

For Fatima har deltagelsen i projektet også betydet, at hun er blevet hjulpet til at søge praktikplads og har fået positivt tilsagn fra Netto, hvor hun skal sidde ved kassen. "Ja, jeg skal godt nok have bukser på og skjorte", siger hun, hvilket er nyt for hende. Men hun er meget begejstret og tilføjer, "og så tager jeg bare et lille tørklæde på". Praktikpladsen er virksomhedspraktik, og den vil gøre det nemmere for hende at få et job efterfølgende, enten i Netto eller som buschauffør, siger hun. Gennem jobcentret har hun de sidste måneder allerede prøvet at køre en bus tre gange, og den ansvarlige i busselskabet fortalte hende, at hvis hun gennemførte et praktikophold et andet sted kunne hun få nogle anbefalinger, der ville hjælpe hende med at få job som buschauffør. Han havde fortalt hende at, "der er mangel på buschauffører, og vi vil gerne have indvandrere, for det er godt for integrationen". Så hvorfor ikke, siger hun.

Flere professionelle giver udtryk for, at deltagerne på grund af projekts varighed i stigende grad får en forståelse for vigtigheden af at møde fast op til undervisningen, melde afbud og så videre. Dette er kompetencer, der også er

væsentlige i mange andre samfundsmæssige sammenhænge.

Videregivelse af viden

Flere fortæller, at de er begyndt at dele den viden, de har fået i projektet med andre enten familiemedlemmer eller venner. Dette kommer både til udtryk i interviewsne og i den afsluttende samtale, hvor mange tager dette op. Ofte er det til børnene, kvinderne videregiver nye kostvaner. De nævner dog også deres veninder i hjemlandet eller i Danmark, som de er begyndt at tale med om Nøglehulsmærket, vigtigheden af mindre sukker i kaffen og teen eller af motion. Daawad siger:

"[J]eg har givet nogle af de råd videre. De har allerede startet fitness og fortæller mig... én, hun ringede i går, hun er min veninde, og så siger hun, hun arbejder som hjemmehjælper, så hun kører bil hele tiden, så hun er øm i hele kroppen, og hun har også taget på. Så jeg siger til hende 'ved du hvad, hvis du starter på et fitnesscenter, så du kan godt se, hvad du kan få til at ske, hvad der forandres'. Så ringede hun i går og sagde 'jeg siger tak Daawad'. Jeg er så glad for, at hun sagde det". (Interview Daawad)

De kompetencer og ressourcer, interventionen bidrager med, er dermed synlige for andre, der er i kontakt med deltagerne og vidner således om Rogers' begreb 'observabilitet' (Rogers 2003).

Børnenes udbytte

Det har været et tilbagevendende emne blandt de professionelle og på fællesmøderne, hvordan børnene kunne inddrages mere i fællesspisningen. Under det første fællesmøde fortæller flere af kvinderne, at børnene ikke kan lide maden. Det afholder nogle fra at deltage i fællesspisningen. Det er ikke ingredienserne – de spiser masser af grøntsager derhjemme, men de smager anderledes på den måde, de tilberedes i projektet.

De sundhedsprofessionelle prøvede at imødegå børnenes manglende interesse i maden ved at planlægge mad, de tænkte var børnevenligt, fx burgere, dog uden at det fik flere til at komme. En deltager siger i et interview, hvor hendes søn er til stede, at hendes søn ikke bryder sig om at spise på Indvandrer Kvindecetret, når det er andres mad. Hendes søn uddyber: "altså det, hun [min mor] kender mig bedre. Nogle gange, så spiser jeg også med, men det er, nogle gange, så kan jeg ikke lide det." Han forklarer, at det er fordi, de selv laver ris på en bestemt somalisk måde. De skal være bløde, ikke hårde, som danskere ofte laver dem. Hans mor fortæller, at en gang, hun og en anden selv lavede maden på Indvandrer Kvindecetret, var det meget populært, og der var fuldt hus.

Flere af kvinderne beretter om, at deres børn nyder godt af de nye kostvaner, og at flere er begyndt at hjælpe med at se efter Nøglehulsmærket, når de handler. Ved den afsluttende samtale fortæller tre kvinder, at deres barn er gået fra at være overvægtigt til en normal vægt, en fortæller at hendes søn har tabt sig 6 kilo. Flere beretter dog også om, at børnene ikke kan lide den nye mad, og at de derfor laver to forskellige retter. Daawad fortæller fx, at blandt hendes otte børn kan de ældste godt lide de nye retter, men de er også mere bevidste om sundhed. De små derimod, "adr, jeg kaster op!", siger hun og skærer ansigt for at efterligne dem.

Det ville være oplagt i kommende interventioner at inddrage kvinderne mere i planlægning af og indkøb til madlavningen, så undervisningen kunne bygge på deres egne madtraditioner og foretrukne krydderier men tilberedt sundere. Desuden ville mere genkendelig mad eventuelt få flere børn til at spise med.

Deltagernes sociale kontekst: udfordringer og potentialer

Det er relevant at se på deltagernes sociale kontekst, når man analyserer implementeringen og udfaldet af en intervention (Nielsen og Randall 2013). Deltagernes sociale liv, om-

stændigheder og udfordringer er væsentlige at få indsigt i for at forstå, hvordan de har brugt interventionen, og hvordan de ikke har. I det følgende beskrives elementer af deltagernes livssituation og dagligdag, som vurderes at have haft betydning for deres brug af interventionen, såsom deres familieforhold, arbejde og aktivering og sygdomme og helbred.

De fleste kvinder er eneforsørgere. Som det fremgår af tabel 1 (side 13), har mange desuden fire, fem eller seks børn. Mange kvinder fortæller om en presset hverdag, hvor de er alene om at følge børnene i børnehave eller skole, til fritidsaktiviteter samt om hjemlige opgaver som madlavningen. Sumaya fortæller, at hendes søn går i somalisk skole om eftermiddagen:

"Det passer til mig, gymnastikken. Men jeg går ikke til madlavningen. Kun én gang, da du var der [ler]. Fordi, det er svært. Ahmed går i den somaliske skole om eftermiddagen, hver tirsdag. Hvis mig og Ahmed skal have tid sammen, fx hvis jeg har arbejde til kl. 15, så er der gymnastik kl. 16, og så kan jeg ikke nå at lave mad inden. Jeg kan ikke nå tilbage og lave mad. Ahmed kommer hjem kl. 20, fordi han går i somalisk skole. Han kommer kl. 17 her og skifter tøj og spiser lidt, og så kommer han hjem kl. 20 igen. Jeg kan ikke nå først derhen [Indvandrer kvindecetret] og lave mad, og så hjem og lave mad til min søn også." (Interview, Sumaya)

Fatima har fire børn, der er tre, syv, otte og elleve år. Hun bor alene med dem, da hun blev skilt fra sin mand for to år siden. Den yngste var et år på det tidspunkt. Eks-manden bor i Hamborg nu. Fatima fortæller, at hun og børnene står op kl. 5.30 for at kunne nå det hee, og de forlader huset kl. 7. Hun har lavet fire madpakker klar aftenen inden. Så afleverer hun dem i børnehaven og skolen og kan nå at være på hendes rengøringsarbejde mellem kl. 7.30 og kl. 8. Hun får fri kl. 15 og kan lige nå at hente den yngste børn. Den ældste er begyndt selv at kunne gå hjem. Når hun har hentet dem, tager

hun direkte hen til Indvandrer Kvindecetret de dage, der er lektiecafe. Men hendes presseudtryk hverdag gør, at hun har skippet undervisningen flere gange, siger hun. Andre, der er gift, fortæller, at de ikke har lyst til at undgå middagsmåltidet med manden for at deltage i fællesspisningen, og derfor sjældent kommer til den undervisning.

Det var desuden svært at komme fast til undervisningen, hvis deltagerne havde eller undervejs fik mulighed for arbejde eller aktivering. Der var mange diskussioner til fællesmøderne omkring hvilket tidspunkt, der passede bedst, men det var svært at imødekomme alles ønsker.

Mange deltagere led af én eller flere langvarige sygdomme. Dette havde implikationer for deres overskud til at følge projektet, og var for nogle årsag til at forlade det. Der var 13 ud af de 17 deltagere, der før projektets start indberettede forskellige sygdomme; ni havde smerter, primært i lænd og ryg, seks deltagere fik medicin mod mavesår, tre havde gigt, og to havde type 2 diabetes. Derudover berettes der i journalerne om astma, for højt kolesterol, depression, hjertekarsygdom, sår i tyktarmen samt lavt blodtryk.

Nogle af de interviewede kvinder fortæller desuden, at det er svært at komme til undervisningen to gange om ugen, da de er trætte, stressede eller ikke føler, de har overskud til det. Som Nielsen og Randall (2013) skriver, så vidner det om en type interventionsparadoks, hvor konteksten forhindrer de personer, der måske har mest brug for interventionen, i at blive nået og i at deltage.

På nogle måder har interventionen og den praksis, den søgte at promovere, haft højt et kompleksitetsniveau, der for nogle ikke var overskueligt givet deres sociale omstændigheder (Rogers 2003). Samtidig vidner deltagernes sociale omstændigheder og den måde, de tackler hverdagen på, om et stort ressourceniveau; på trods af deres situation som enlige mødre med hjemmeboende børn, flere kroniske lidel-

ser, og nogle med arbejde eller praktikplads formåede de at jonglere disse opgaver og at komme til meget af undervisningen. Desuden udtrykte de et stort ønske om fortsat at være en del af projektet. Daawad er fx en af dem, der er kommet fast to gange om ugen, selvom hun som en af de få ikke bor i lokalområdet, har arbejde og flere sygdomme.

”[Jeg kommer] helt her fra [bydel] ja, efter arbejde kommer jeg, jeg arbejder om eftermiddagen, så jeg kommer, når jeg er færdig. Så går jeg... altså enkelte dage, kan jeg ikke komme, når jeg skal opereres og har problemer med det, ellers tager jeg altid afsted. Jeg gør det altid”. (Interview, Daawad).

Adspurgt uddyber Dawaad, at hun har fået lavet øjenoperationer to gange, har slidgigt i begge knæ og fødder samt en diskusprolaps i lænden.

Fastholdelse

Flere deltagere siger, at de savner at være en del af projektet i den afsluttende samtale tre måneder efter projektets afslutning. Mens mange fortæller, at de har fastholdt nye vaner og har meldt sig til forskellig former for motion, savner nogle den sociale kontakt og synes også, det er svært at fastholde motivationen til at efterleve kostrådene.

Duda fremhæver i et interview efter projektperioden, at deltagelsen i interventionen gjorde, at hun kom ud hjemmefra, og det får hun ikke gjort i samme grad mere. Hun savner kontakten med de andre under madlavningen. Desuden havde hun mere opmærksomhed på at efterleve kostrådene dengang nogle interesserede sig for og monitorerede hendes sundhedsmæssige mål. Den mulighed for at afprøve og anvende det lærte (triabilitet), som sås under selve interventionen, er for nogle ikke ligetil, når de ikke har et fælles forum længere og nogle at snakke om udviklingen med (Rogers 2003).

10

De fysiske målinger og projektets målsætninger

I det følgende beskrives ændringerne i deltageres fysiske mål. Målingerne blev foretaget af de professionelle i projektet. Herefter gennemgås kort, om projektets otte målsætninger er opnået på basis af data fra de fysiske målin-

ger og deltageres journaler. Endelig gennemgås en række forbehold, der skal tages, ved læsning af disse resultater.

De fysiske målinger

Projektets første målsætning er, at deltagerne skal have forbedret deres mål i fem ud af de otte målinger, der foretages, vedrørende blodtryk, blodsukker, kolesterol, talje, hofte, fedtprocent, BMI og muskelmasse. Deltageres ændringerne vedrørende disse målinger fremgår af tabel 3. Blodtryk er dog ikke medtaget; ingen af deltagerne havde før eller efter projektet for højt blodtryk. Desuden er parameteret vægt og fedtprocent medtaget i oversigten. Det fremgår også af tabellen, i hvilken periode de enkelte deltagere startede i projektet.

Tabel 3. Oversigt over ændringer i fysiske mål

	Vægtændring (kg)	Taljeændring (cm)	Hofteændring (cm)	Kolesterol (mmol/l)
Gennemsnit (min - maks)	-1,9 (-9,9 - 3,1)	-0,2 (-20 - 17)	-2,5 (-11 - 3)	-0,52 (-5,7 - 3,3)
	BMI (vægt (kg.)/højde (m) ²)	Fedtprocent (procentpoint)	Muskelmasse (kg)	Blodsukker (mmol/l)
Gennemsnit (min - maks)	-0,29 (-3 - 2,1)	-1,05 (-3 - 1,5)	0,17 (-2,8 - 5,1)	0,04 (-1,6 - 1,5)

Tabel 3 viser, at deltagerne i gennemsnit har tabt sig 1,9 kg. Én tabte sig 9,9 kg., et vægttab hun i det kvalitative interview giver udtryk for tog fart, da hun begyndte i et fitnesscenter og ikke kun ændrede sin kost. Tre deltagere tog taget på. Deltagerne har i gennemsnit mindsket deres hofte mål med 2,5 cm. Der er 10 deltagere, som mindskede hofte målet, og tre som øgede det. Deltageres taljemål er i gennemsnit forbedret med -0,2 cm. Det anbefales, at taljemålet for kvinder ikke overstiger 80 cm (Lean, Han & Morrison 1995). Én deltager lå inden for

denne anbefaling i starten af projektet, men hun øgede sit taljemål til 82 cm. Kolesterolniveauet faldt i snit blandt deltagerne med 0,5 mmol/l. Samtlige deltagere havde et kolesterolniveau over den anbefalede grænseværdi (6,4 mmol/l) ved projektets start og 16 deltagere havde et udtalt forhøjet kolesterol (> 8 mmol/l)³. Deltageres BMI faldt i gennemsnit med 0,3. Ved projektets afslutning var 10 deltagere stadig svært overvægtige, seks moderat

³ www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/kolesterolforstyrrelser/hoejt-kolesterol-hyperlipidaemi/

overvægtige, og en deltager var normalvægtig. Deltagerne nedsatte i gennemsnit fedtprocenten med 1 procentpoint. Samtlige deltagere havde en fedtprocent over normalområdet for kvinder i deres aldersgruppe ved projektets start (Gallagher et al. 2000). Der var 13 personer, som nedsatte deres fedtprocent, og to som forøgede den. Deltagerne forøgede deres samlede muskelmasse med 0,2 kg. Der var otte deltagere, som øgede muskelmassen og syv der fik en mindre muskelmasse. Angående blodsukker havde alle deltagere et hæmoglobin over den anbefalede grænseværdi på 6,4 % ved projektets start⁴. Ingen sænkede det til under denne grænseværdi.

WHO's trivselsspørgsmål bestod af fem spørgsmål, der kunne besvares med "hele tiden", "lidt af tiden" eller "på intet tidspunkt" (Se tabel 4).

Gennemgang af målsætninger

I projektbeskrivelsen er der opstillet seks målsætninger. Fire ud af de seks målsætninger kan siges at være opnået i projektet, dog skal resultaterne læses med varsomhed, blandt andet på grund af den lille studiepopulation, hvilket gennemgås i det efterfølgende afsnit. I det følgende gennemgås målsætningerne og hvorvidt de er opnået på basis af data vedrørende de fysiske målinger og deltagernes journaler.

Målsætning 1: Over halvdelen af projektdeltagerne har forbedrede tal vedr. fem ud af otte målinger i den generelle helbredsbedømmelse sammenlignet med målingerne ved projektets start (blodtryk, blodsukker, kolesterol, hofte og liv-mål, fedtprocent, BMI, muskelmasse).

Ved tre ud af syv målinger havde over halvdelen af deltagere i gennemsnit forbedret deres tal (se tabel 3). Ved et mål kan der ikke konkluderes om der er sket en forbedring. Denne målsætning er således ikke opnået.

Målsætning 2: Over halvdelen af projektdeltagerne har forbedret udsagn vedr. WHO's trivselsspørgsmål for mindst tre ud af de fem spørgsmål sammenlignet med første gang de spørges.

⁴ www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/endokrinologi/tilstande-og-sygdomme/diabetes-mellitus/diabetes-type-2/#headerBAFA

Tabel 4. WHO-trivselsspørgsmål anvendt i projektet.

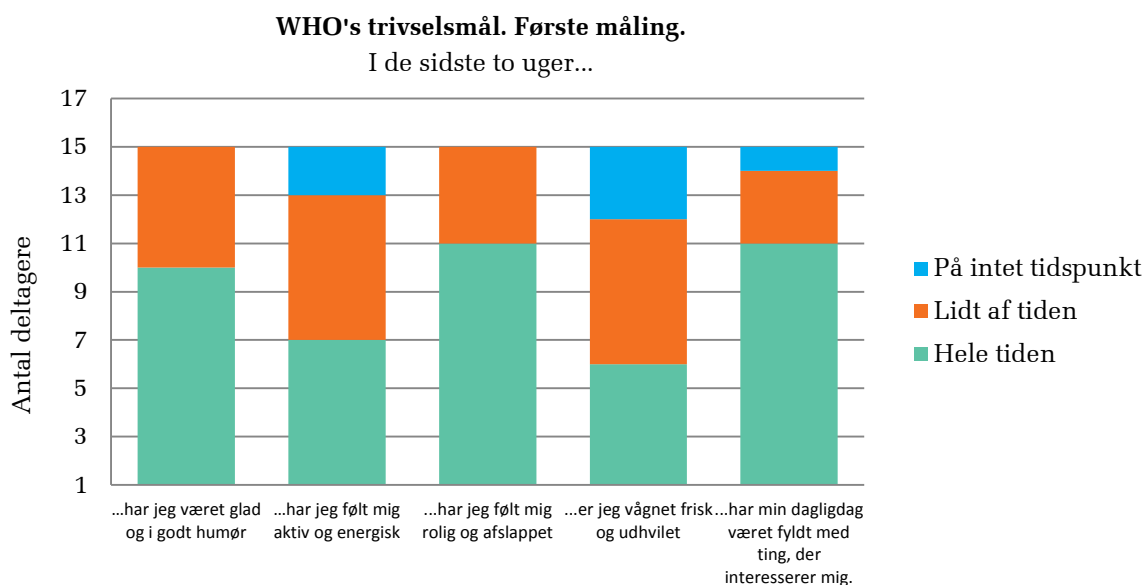
I de sidste to uger...	Hele tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1. har jeg været glad og i godt humør			
2. har jeg følt mig aktiv og energisk			
3. har jeg følt mig rolig og afslappet			
4. er jeg vågnet frisk og udhvilet			
5. har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig			

Fire deltagere svarede kun på spørgsmålene en gang. Af de resterende 13 personer var der to med forbedrede udsagn ved tre ud af de fem trivselsspørgsmål. Der var seks personer med et eller to forbedrede svar, fire personer med uændrede svar, og en person med forværrede svar.

Denne målsætning er således ikke opnået.

I figur 3 vises besvarelserne ved den første måling for at give et øjebliksbillede af besvarelserne da deltagerne startede.

Figur 3. Svar på WHO's trivselsspørgsmål. Første måling.



Målsætning 3: Over halvdelen af projektdeltagerne har ifølge eget udsagn mere energi i hverdagen ved projektets afslutning sammenlignet med før projektet.

Der er 12 ud af 17 deltagere, der efter eget udsagn havde mere energi i hverdagen ved projektets afslutning. Denne målsætning er således opnået.

Målsætning 4: Over halvdelen af projektdeltagerne har ifølge eget udsagn øget viden om sunde kostvaner og kan give flere eksempler herpå.

Der er 16 ud af 17 deltagere, som beretter om øget viden om sunde kostvaner og kommer med eksempler herpå, det vil sige over halvdelen. Denne målsætning er således opnået.

Målsætning 5: Over halvdelen af projektdeltagerne bruger efter eget udsagn ny viden om sunde kostvaner i hverdagen.

Der er 16 ud af 17 deltagere, der efter eget udsagn bruger deres ny viden om sunde kostvaner i deres hverdag. Denne målsætning er således opnået.

Målsætning 6: Over halvdelen af projektdeltagerne har kendskab til og bruger Nøglehullet og Fuldkornsmærket som pejling, når de køber ind, eller læser varedeklarationen med henblik på at prioritere lav fedtprocent, lavt sukkerindhold eller højt fiberindhold, efter eget udsagn.

Der er ni ud af 17 af deltagerne, der giver udtryk for at bruge Nøglehuls- og Fuldkornsmærket, når de handler. Fire deltagere fortæller, at de kigger på varedeklarationen med henblik på at prioritere lav fedtprocent, lavt sukkerindhold eller højt fiberindhold. Sammenlagt giver 11 deltagere udtryk for at bruge Nøglehuls- og Fuldkornsmærket eller varedeklarationen, det vil sige over halvdelen. Denne målsætning er således opnået.

Forbehold ved læsning af resultaterne

Der er en række usikkerheder knyttet til de ovenfor nævnte resultater. Disse gennemgås i det følgende.

Tabel 5. Antal, der har forbedret deres fysiske mål samt usikkerheden ved resultaterne.

Mål	Antal deltagere med forbedrede mål (n=17)	Har over halvdelen forbedrede mål?	95 % konfidensinterval for antal med forbedrede mål
Vægt	14	Ja (82 %)	57 % - 96%
Blodsukker	6	Nej (35 %)	14 % - 62 %
Kolesterol	8	Nej (47 %)	23 % - 72 %
Hofte mål	10	Ja (59 %)	33 % - 82 %
Taljemål	6	Nej (35 %)	14 % - 62 %
Fedtprocent	13	Ja (56 %)	50 % - 93 %
BMI	10	Ja (56 %)	33 % - 82 %
Muskelmasse	8	Nej (47 %)	23 % - 72 %

Lille studiepopulation

Grundet den lille population på 17 deltagere er den statistiske usikkerhed knyttet til resultaterne stor. Tabel 5 viser et 95 % sikkerhedsinterval, udregnet i SAS, for hvert af de fysiske mål. Intervallet beskriver størrelsen af usikkerheden ved resultaterne, således at hvis en identisk undersøgelse af 17 kvinder blev gennemført,

ville andelen med forbedrede mål i denne nye undersøgelse med 95 % sandsynlighed ligge i det angivne interval. Det vil sige jo større interval, jo større usikkerhed.

Der er en række andre forbehold ved resultaterne knyttet til de fysiske målinger. To deltagere blev kun målt én gang vedrørende talje, muskelmasse og fedtprocent, og tre deltagere fik kun målt kolesterol én gang. Fire deltagere fik kun målt hæmoglobinniveauet én gang.

Deres målinger indgår derfor ikke i det beregnede gennemsnit. Herudover blev en person gravid, så de fleste af hendes mål er ikke medtaget, og en person havde en byld i maven, så hendes taljemål er ikke medtaget, da det var forøget af naturlige årsager.

I forhold til blodprøver og blodtryk blev disse målinger foretaget på forskellige tidspunkter af døgnet, og der er ikke taget højde for, om deltagerne netop har spist eller dyrket motion. En ikke-fastende blodprøve kan ikke bruges diagnostisk men kun som screeningsredskab.

Der er desuden nogle problemer med validiteten af nogle målinger. Der blev brugt to forskellige Tanitavægte til hjemmebesøgene/ kostvejledningerne, da Indvandrer Kvindecetret i starten var nødsaget til at låne Rockwool Fondens vægt. Der blev desuden anvendt to forskellige almindelige vægte i hhv. kostvejledningerne og sundhedstjekkerne. At udstyret ikke var standardiseret kan have bevirket uoverensstemmelser ved målingerne.

Desuden var der nogle uoverensstemmelser i data registreret for nogle få deltagere som forskellig højde eller alder for den samme person. Dette har konsekvenser for udregningen af BMI samt målingerne udført med Tanitavægten. Det er ikke anført, om der er taget højde

for, om deltagerne er målt og vejet med flere eller få lag tøj eller med sko.

I forhold til WHO's trivselsmål var der store udfordringer med at forstå både spørgsmålene og at forholde sig til de relaterede svarkategorierne. Som tidligere beskrevet brugte sygeplejersken uforholdsmæssigt meget tid på at forklare betydningen af spørgsmålene, og hun betvivlede om alle deltagere opfattede den intenderede betydning. Et tidligere studie viser i overensstemmelse hermed, hvordan etniske minoriteter med kort uddannelse, og som ikke mestrer det danske sprog helt, har svært ved at nå det abstraktionsniveau, der kræves ved denne type standardiserede spørgsmål og niveaudelte svarkategorier (Ahlmærk et al. 2015).

Ud over de ovenfor nævnte forbehold, skal der tages højde for, at deltagerne ikke har modtaget samme dosis af interventionen, da de startede på forskellige tidspunkter.

Tabel 6. Oversigt over målsætninger (3-6), der er opnået, samt usikkerheden ved resultaterne.

Målsætning (forkortet)	Antal deltagere med forbedrede tal (n=17)	Målsætningen opnået	95 % konfidensinterval for antal med forbedrede mål
3) Mere energi i hverdagen	12	Ja (82 %)	44 % - 90%
4) Bruger Nøglehulsmærket	9	Ja (71 %)	28 % - 77%
5) Har øget viden om sunde kostvaner	16	Ja (53 %)	71 % - 100%
6) Bruger ny viden om sunde kostvaner	16	Ja (94 %)	71 % - 100%

Tabel 6 viser usikkerheden ved et 95 % konfidensinterval for resultaterne for målsætningerne 3, 4, 5 og 6. Her er andelen med forbedrede tal større end ved de fysiske målinger og usikkerheden ved resultaterne langt mindre.

11

Udbredelse af indsatsen

Rockwool Fonden har ønsket en vurdering af, hvorvidt interventionen egner sig til at blive udbredt i andre institutionelle sammenhænge, herunder en prismæssig vurdering af indsatsen. Dette gøres i det følgende ved, 1) at vurdere om budgetposterne generelt har holdt sig til det planlagte niveau, og hvorvidt nogle kunne begrænses, 2) at sammenligne Sund for livet prismæssigt og indholdsmæssigt med lignede (og kortere) indsatser i Københavns Kommunes forebyggelsescentre, og 3) en vurdering af potentialet for at udbrede interventionen i andre regi.

Vurdering af udgifter

I det følgende laves prismæssig vurdering af interventionen på basis af budgettet og regnskabet.

Budget. Sund for livet.

Projektkoordinator	105.525
Socialkoordinator	150.000
Børnepassere	78.792
Sundhedstjek	10.000
Leje af lokale	20.000
Mødeudgifter	1.500
Indkøb af udstyr	27.500
Tolk/hjemmebesøg	5.000
Diætist	15.000
Adm. Omkostninger 10 %	50.000
Forplejning	40.000
I alt	Kr. 503.317

Regnskab. Sund for livet.

	Budget	Realiseret
Løn	364.317	423.349,63
Div. aktiviteter	89.000	58.328,87
Administration	50.000	29.122,33
I alt	Kr. 503.317	Kr. 510.800,83

Projektet blev mere løntungt end beregnet af flere årsager. Der var brug for flere personale ressourcer ved både opstart af interventionen inklusive rekrutteringen til projektet, implementeringen, indsamling af data, journalisering og den løbende kontakt med deltagere i forhold til fremmøde. Projektkoordinatoren havde et stort arbejde med at følge op telefonisk med deltagerne samt varetage flere kostvejledningssamtaler i tilfælde, hvor deltagere ikke var mødt op til aftalte møder med diætisten. Desuden blev udgifterne til socialrådgiveren (socialkoordinator) større end beregnet, da denne person trak en stor del af den interne koordinering og organisering af projektet inklusive et stort journaliseringsarbejde. De ekstra udgifter blev dækket af udgifterne budgetteret til mødeaktivitet og administration.

Evalueringsresultater giver grundlag for at vurdere, at flere personaleposter kunne defineres mere skarpt og eventuelt slås sammen, forudsat at personalet har de fornødne kvalifikationer. Der opstod et vist overlap i funktionerne projektkoordinator og socialkoordinator samt i funktionerne projektkoordinator og diætist. Projektkoordinatoren spillede en central rolle for deltagerne, da hun stod for både motions- og madlavningsundervisning og dermed tilbragte meget tid med dem. Den fortrolighed og indsigt i deltageres liv, der opstod her, betød, at mange emner blev berørt, som også socialrådgiveren tog fat på. På den anden side trådte socialrådgiveren mere og mere til vedrørende projektledelsesfunktioner. Dette lod sig bl.a. gøre fordi socialrådgiveren havde sin daglige gang på Indvandrer Kvindecetret. Det anbefales, at projektkoordinatoren får en mere tydelig

projektlederrolle (og tilsvarende ressourcer) i forhold til intern koordinering, journalisering og videndeling og stadig tilbringer mest tid med deltagerne. Det vil stadig være relevant med en socialrådgiver tilknyttet, hvor mere tunge eller specifikke udfordringer kan vendes. Samtidig vil det være optimalt hvis projektlederen har sin daglige gang og andre opgaver på stedet, hvor interventionen finder sted. Herved kan der skabes fleksibilitet og råderum i forhold til udførelsen af forskellige opgaver, som det var tilfældet med socialrådgiveren. Desuden er sandsynligheden for at efterlade infrastruktur og knowhow, der er opbygget gennem projektet, i den relevante organisation større herved, således at dette kan komme i spil i andre sammenhænge fremover (Nielsen og Randall 2013).

Diætisten og projektkoordinatoren var begge til stede ved kostvejledningerne. Ansættelsen af en ekstern klinisk diætist var et ønske fra Rockwool Fonden, da koordinatoren ikke var uddannet diætist. Man kunne med fordel have én person til stede ved disse samtaler – enten en diætist eller koordinatoren, hvis denne havde den fornødne basale viden om kostråd, hvilket synes at være tilfældet i Sund for livet. De kostmæssige udfordringer, deltagerne havde, lignede hinanden meget, ligesom de individuelle kostplaner udarbejdet til dem gjorde.

De afsatte midler til Tolk/hjemmebesøg blev primært brugt til tolk ved fællesmøder og kun sjældent ved individuelle møder og hjemmebesøg. Oftest foregik samtalerne på dansk trods mindre sprogbarrierer for nogle.

Der var ansat to børnepassere til at se efter børnene under undervisningen. De afsatte midler blev brugt i overensstemmelse hermed. Deres tid blev imidlertid ikke altid optimalt udnyttet, da det varierede meget, hvor mange børn der kom. Én børnepasser synes at være nok, eventuelt kombineret med fleksibelt tilknyttede frivillige børnepassere.

Sygeplejerskens timer kunne reduceres hvis man brugte forenkledte trivselsspørgsmål og

begrænsede de fysiske målinger, som anført under anbefalingerne. Det anbefales imidlertid at have et sundhedstjek fx i starten af projektet for at få et øjebliksbillede af den enkeltes sundhedsmæssige tilstand. Dette samt samtalen med sygeplejersken gav i Sund for livet en vigtig opmærksomhed på sundhedsmæssige udfordringer hos den enkelte. I interventionen to målingerne uforholdsmæssigt meget tid taget målingernes udsigelseskraft om interventionen i betragtning.

Det blev derimod muligt at skære ned på aktivitetsomkostninger, hvilket skyldes, at det blev lidt billigere at leje lokalerne end forventet. Desuden var forplejningen afstemt i forhold til projektdeltagers fremmøde, og der var ofte færre fremmødte end planlagt til madlavningen. Endelig blev administrationsomkostningerne reduceret.

Sammenligning med andre indsatser

Evaluator har indhentet priser på indsatser i Københavns kommunes forebyggelsescentre, hvor disse har elementer, der kan sammenlignes med Sund for livet. Sammenligningen kan ikke være fuldstændig, da der er flere forskelle i interventionernes indhold, længde og ydre rammer, såsom finansieringstype og forankring. Dette er der så vidt muligt taget højde for i sammenligningen.

Sundhedsforløb målrettet etniske minoriteter i kommunerne forløber normalt over få uger til omkring 16 uger. De længste forløb i Københavns Kommune er mellem 12 og 16 uger. De to forløb, der i indhold minder mest om Sund for livet er Motion og Kost i Dit Forebyggelsescenter (MKDF) og Excell, der er henholdsvis 12- og 16-ugers forløb med fokus på kost og motion. De koster 8-10.000 kr. per borger. Personalet består af to fysioterapeuter, en sygeplejerske, motionsvejleder og en diætist⁵. Dette minder om personalet på Sund for livet. Dog er

⁵ Disse data er indhentet ved et møde i Sundheds- og omsorgsforvaltningen den 18. september 2015.

der desuden en socialrådgiverfunktion tilknyttet Sund for livet.

Tabel 7. Sammenligning af udgifter i Sund for livet, Excell og MKDF.

Indsats	Indhold	Pris i kr. per deltager for hele forløbet	Pris i kr. per deltager per uge/aktivitet
Sund for livet, Indvandrer Kvindecetret			
Sund for livet	40 uger. Aktiviteter: Tre kostvejledningssamtaler /hjemmebesøg, tre sundhedstjek, tre socialrådgiversamtaler, tre fællesmøder. Madlavning og motion to gange (a 1-3 timer) om ugen i 40 uger.	29.371,59	734,29 / 17,41
Forebyggelsescentre København Kommune			
Excell	For personer med BMI>35. 16 uger. Aktiviteter: Tre samtaler. Kostundervisning og motion to gange (a 1 time) om ugen.	8-10.000 ⁵	500-625 / 250-312,5
MKDF	For personer med højt blodtryk, kolesterol eller fasteblodsukker. 12 uger. Aktiviteter: Tre samtaler. Kostundervisning og motion to gange (a 1,5 time) om ugen.	8-10.000 ⁵	666-833 / 205-256,4

Sund for livet kostede lidt under 30.000 kr. per deltager i 40 uger. Det svarer til ca. 730 kr. per uge. Til sammenligning koster Excell og MKDF 8-10.000 per person eller ca. 500-800 kr. per uge. Sidstnævnte pris er i realiteten højere, da der skal tillægges udgifter til lokaler, transport, administration, IT, kommunikationsudgifter (især opstart), udstyr (startfasen), evaluering. Disse poster er inkluderet i udgifterne til Sund for livet.

Hvis man ser på det samlede antal aktiviteter, der blev tilbudt (tre kostvejledningssamtaler, tre sundhedstjek, tre socialrådgiversamtaler, tre fællesmøder og to ugentlige madlavning- og/eller motionsundervisninger) fordelt per uge, modtog deltagerne i Sund for livet flere aktiviteter per uge end i de nævnte indsats i Københavns Kommune. Fokuseres der på pri-

sen per deltager per aktivitet, var projekt Sund for livet således billigere.

Herudover var flere aktiviteter mere længerevarende i Sund for livet end i Excell og MKDF, hvilket de ikke er taget højde for i beregningen af dosis. Desuden er prisen på Københavns Kommunes indsats udregnet per tilmeldte deltager. Ser man på frafaldet, er prisen per deltager således reelt højere. I Sund for livet har der været løbende optag af deltagere. Det vil sige, at prisen per deltager reelt ikke er steget, selvom der har været frafald.

Potentialet for at udbrede interventionen i andre arenaer

Det er evaluators vurdering, at interventionen Sund for livet med fordel kan udbredes i andre

sammenhænge i kommunalt regi samt i private og frivilligt baserede organisationer. Sammenlignet med lignede men mere kortvarige indsatser i Københavns Kommune har Sund for livet ikke været dyrere hvis man tager højde for længden af indsatsen og antal aktiviteter tilbudt. I det følgende angives nogle betragtninger i forhold til at udbrede interventionen i andre institutionelle regi baseret på evalueringsresultaterne og på interviews med professionelle i forebyggelsescentre og sundhedscentre i kommunalt regi.

Samskabelse på tværs af kommunalt regi og civilsamfundet

Det vurderes, at der vil være et stort potentiale i at implementere interventionen som et samarbejde mellem kommunalt regi og NGO regi. Mange civilsamfundsinstitutioner er ligesom Indvandrer Kvindecetret godt positioneret til at arbejde med målgruppen på grund af det indgående kendskab til denne, de tætte relationer og deres tilbud om andre typer af støtte, såsom juridisk og social bistand og forskellige aktiviteter. Der er også en større tradition for og erfaring med mere fleksible arbejdsgange og åbenhed i forhold til at justere indsatser undervejs samt med at gøre brug af frivillige kræfter i civilsamfundsorganisationer end i kommunalt regi. Man kan forestille sig, at kommuner kunne henvise borgere til denne type længerevarende indsatser i lokale NGO'er. Desuden kunne sådanne interventioner finde sted i kommunale faciliteter som forebyggelsescentre med projektledelsen varetaget af og i samarbejde med NGO'er. Således ville relevante erfaringer og relationer opbygget i NGO regi kunne komme i spil i kommunalt regi, og der kan sikres samskabelse på tværs af sektorer.

Forebyggelses- og sundhedscentre som arena

Mange kommunale forebyggelsescentre og sundhedscentre har indsatser med elementer, der ligner elementerne i Sund for livet, såsom kost-, motions- og madlavningsundervisning samt forskellige former for rådgivning. Disse arenaer har derfor gode rammer og redskaber til at kunne implementere eller huse en sådan

indsats. Det vil eventuelt indebære at arrangere undervisning på mere 'skæve' tidspunkter end de normale åbningstimer inklusive aftenundervisning. Dette finder i stigende grad sted flere steder fx i forbindelse med aftenarrangementer afholdt af sundhedsformidlere og bydelsmødre, der er målrettet etniske minoritetsborgere.

Forebyggelsescentre og sundhedscentre vil desuden være godt positioneret til at rekruttere borgere til denne type intervention på grund af den ofte store kontaktflade med borgere inklusive etniske minoritetsborgere.

Etablér interventionen i samarbejde med Beskæftigelsesforvaltningen

Evalueringen viste, at deltagelsen i Sund for livet for mange betød (forstærket) motivation til at komme under uddannelse eller i beskæftigelse i takt med både forbedret trivsel, mere energi og opmærksomhed på muligheder uden for kontanthjælpssystemet. Interventionen kunne med fordel udføres i regi af eller samarbejde med Beskæftigelsesforvaltningen, alt efter hvor de kommunale sundhedscentre eller forebyggelsescentre er forankret. Den kunne i forlængelse heraf have status af en beskæftigelsesfremmende og kontanthjælpsberettiget indsats på lige fod med praktikophold. Herved kunne interventionen fra starten have et sigte om beskæftigelse og bistå med konkret hjælp til at finde (deltids-)praktikplads, flexjob eller andet tilpasset den enkeltes situation, omstændigheder og ønsker. Således ville interventionen ikke komme til at konkurrere tidsmæssigt med andre praktikophold, som deltagere kan få undervejs i forløbet, sådan som det var tilfældet med flere i Sund for livet. Mange deltageres eget store ønske om at finde beskæftigelse, og de økonomiske gevinster for kommunen dette indebærer, gør denne forordning værd at undersøge. Målgruppen skulle i så fald være kontanthjælpsmodtagere (frem for førtidspensionister eller på arbejdsmarkedet), hvilket også var tilfældet med mange i Sund for livet. Det vil være vigtigt, at forløbet tilrettelægges så de gængse kommunale sanktioneringsmuligheder

tager højde for de udfordringer denne målgruppe har.

I tråd med kommunale sundhedspolitikker og forebyggelsespakker

En intervention som denne med fokus på borgere, der kan have brug for særlig eller længevarende støtte, er i tråd med sundhedspolitikken i mange kommuner, som fx København og Odense og med visionen om at adressere social og sundhedsmæssig ulighed og være opmærksom på forebyggelse og tidlig opsporing (Københavns Kommune 2015; Odense Kommune 2011). Desuden vil interventionen kunne styrke kommunernes arbejde med forebyggelsespakkerne, der blev introduceret i 2012 og 2013, og som har til hensigt at forbedre folkesundheden og reducere ulighed i sundhed. Særligt forebyggelsespakkerne om fysisk aktivitet, mad og måltider og mental sundhed ville blive adresseret.

Det vil imidlertid også kræve politisk erkendelse af og opbakning til, at et længere forløb og dermed større omkostning per borger per forløb vil være en gevinst i et mere langsigtet og bredt sundheds- og integrationsmæssigt perspektiv.

Referencer

- Ahlmark N^{1*}, Algren MH^{1*}, Friis-Holmberg T^{1*}, Norredam M, Nielsen SS, Blom A, Bo A, Juel K. 2015. "Survey non-response among ethnic minorities in a national health survey—a mixed method study of participation, barriers and potentials", *Ethnicity and Health*. Vol. 20 (6) 611-32. [*equal first authors].
- Durlak JA. og DuPre EP. 2008. "Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation". *Am J Community Psychol* 41:327–350.
- Gallagher D, Heymsfield SB, Heo M, Jebb SA, Murgatroyd PR, and Sakamoto Y. 2000. "Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index", *American Journal of Clinical Nutrition* 2000; 72:694-701.
- Københavns Kommune. 2015. *Nyd livet københavn. Københavns kommunes sundhedspolitik 2015-2016*. København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Center for Sundhed.
- Kvale S., Brinkmann S. 2009. *Interview. Introduktion til et håndværk*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Lean MEJ, Han TS, and Morrison CE. 1995. "Waist circumference as a measure for indicating need for weight management", *British Medical Journal* 1995; 311: 158-161.
- Liamputtong, L. 2007. *Researching the vulnerable*. London, Sage.
- Mol A. 2008. *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. London, Routledge.
- Nielsen K. and Randall R. 2013. "Opening the black box: Presenting a model for evaluating organizational-level interventions", *European Journal of Work and Organizational Psychology* 22(5):601-17.
- Odense Kommune. 2011. *Odense kommunes sundhedspolitik. Sund Sammen*. Odense kommune.
- Indvandrere Kvindecenret. 2015. *Sund for livet. Tids- og aktivitetsplan, rev. 30.04.2015*.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.
- Tjørnhøj-Thomsen T. and Whyte SR. 2008, "Fieldwork and participant observation". I S. Vallgård & L. Koch (eds.) *Research Methods in Public Health*. København, Gyldendal Akademisk Forlag.