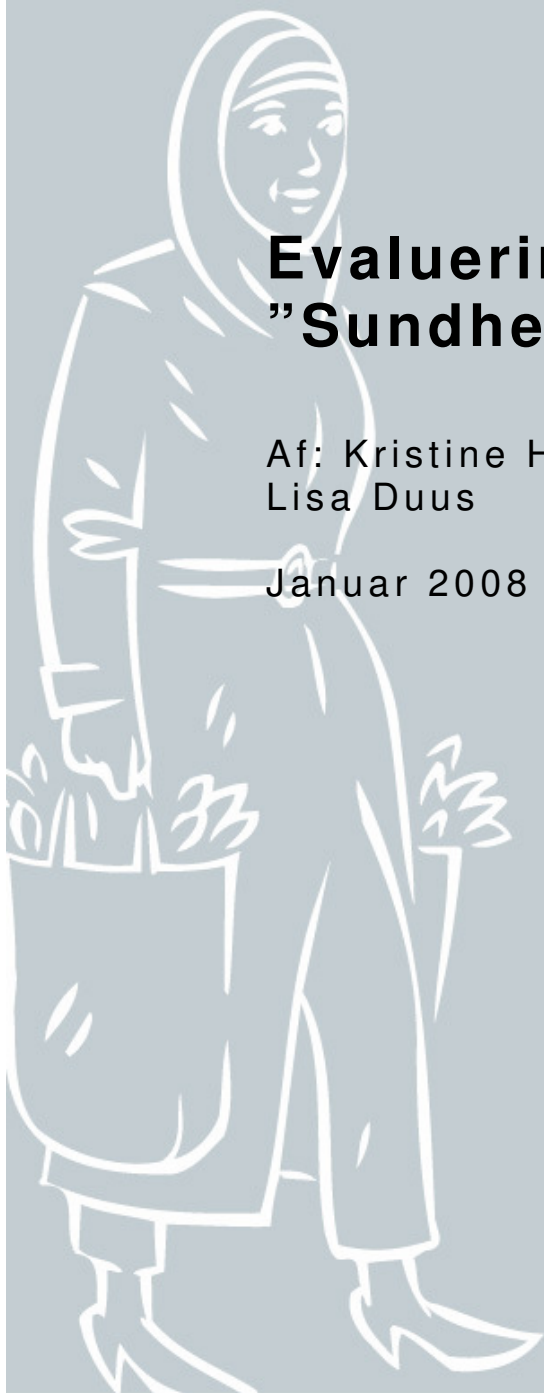


RAPPORT

Evaluering af ”Sundhed på dit sprog”

Af: Kristine Halling Hansen, Anna Mygind og
Lisa Duus

Januar 2008



RESUME	3
1. INTRODUKTION	5
1.1 EVALUERINGENS FORMÅL.....	5
1.2 EVALUERINGENS ORGANISERING	5
1.3 RAPPORTENS OPBYGNING	5
2. METODE	7
2.1 LITTERATURGENNEMGANG.....	7
2.2 OBSERVATIONER.....	7
2.3 INTERVIEWS	8
3. OM "PEER EDUCATION"	9
3.1 DEFINITION AF "PEER EDUCATION"	9
3.2 HVLKE TEORETISKE TANKER LIGGER BAG "PEER EDUCATION"?	10
3.3 HVLKE TEORIER KAN KNYTTES OP PÅ "PEER EDUCATION"?	11
3.4 "PEER" I "SUNDHED PÅ DIT SPROG"	13
3.5 OPSUMMERING.....	13
4. SAMMENHÆNG MELLEM MØDEDELTAGELSE OG SUNDHEDSADFÆRD	14
4.1 "HEALTH BELIEF MODEL"	14
4.2 "SOCIAL LEARNING THEORY" (OGSÅ KALDET "SOCIAL COGNITIVE THEORY")	15
4.3 OBSERVATIONSGUIDE	16
5. MONITORERING AF AKTIVITETER I OG UDEN FOR "SUNDHED PÅ DIT SPROG" 18	
5.1 OMFANG OG KARAKTER AF SUNDHEDSFORDMLERMØDERNE I 2007.....	18
5.2 SUNDHEDSFORDMLERNES AKTIVITETER I "SUNDHED PÅ DIT SPROG" 2007.....	19
5.3 SUNDHEDSFORDMLERNES AKTIVITETER UDEN FOR "SUNDHED PÅ DIT SPROG"	20
6. ANALYSERESULTATER	22
6.1 KARAKTERISTIKA VED OBSERVATIONER OG INTERVIEWS	23
6.2 DELTAGERNES OPFATTELSE AF SUNDHEDSFORDMLERNE SOM "PEERS"	23
6.2.1 <i>Kendskab til deltagernes hverdagspraksisser</i>	24
6.2.2 <i>Køn</i>	26
6.2.3 <i>Alder</i>	27
6.2.4 <i>Opsummering</i>	27

6.3	FORMIDLING	28
6.3.1	<i>Visuelle virkemidler</i>	28
6.3.2	<i>Sprogets betydning for formidlingen</i>	29
6.3.3	<i>Opsummering</i>	30
6.4	DETERMINANTER FOR ÆNDRING I SUNDHEDSADFÆRD	30
6.4.1	<i>Faktuel information</i>	30
6.4.2	<i>Styrkelse af deltagernes self-efficacy</i>	31
6.4.3	<i>Opsummering</i>	34
7.	KONKLUSION	35
8.	DISKUSSION	37
9.	ANBEFALINGER	39
9.1	ANBEFALINGER TIL DEN FREMTIDIGE INDSATS I ”SUNDHED PÅ DIT SPROG”	39
9.2	ANBEFALINGER TIL FREMTIDIGE EVALUERINGER AF ”SUNDHED PÅ DIT SPROG”	40
	LITTERATURLISTE	42
	BILAG 1: OVERSIGT OVER OBSERVATIONER	44
	BILAG 2: OBSERVATIONSSKEMA (VED MØDE 10)	45
	BILAG 3: OVERSIGT OVER INTERVIEWPERSONER	46
	BILAG 4: INTERVIEWGUIDE, DELTAGERE	47
	BILAG 5: INTERVIEWGUIDE, SUNDHEDSFORMIDLERE	49
	BILAG 6: ØVRIGE SUNDHEDSADFÆRDSMODELLERS RELATION TIL SUNDHEDSFORMIDLERMØDER	51

Resume

Denne evaluering har undersøgt indsatsen ”Sundhed på dit sprog”, hvor sundhedsformidlere med anden etnisk baggrund end dansk afholder informations- og dialogmøder om sundhed for københavnere med anden etnisk baggrund end dansk. Evalueringen skal danne baggrund for den fremtidige prioritering og fokusering i ”Sundhed på dit sprog”. Desuden skal den give input til metoder til brug for en kommende og større evaluering, der planlægges gennemført i 2008-9. Evalueringen fokuserer på:

- hvordan prioriteringen af møderne i forhold til målgrupper, sundhedsemner mv. kan optimeres
- hvordan deltagerne i sundhedsformidlermøder opfatter sundhedsformidlerne som ”peers”
- hvordan deltagelse i sundhedsformidlermøder kan tænkes at influere på deltagernes sundhedsadfærd

Til at undersøge dette, blev der – med inspiration i litteraturgennemgange – foretaget interviews med 7 deltagere og 3 sundhedsformidlere samt observationer af 10 sundhedsformidlingsmøder. Desuden indgik en monitoreringsdel af aktiviteterne i indsatsen.

Evalueringen viser, at der i 2007 var afholdt 306 møder med et gennemsnitligt deltagerantal på 13,3. Næsten halvdelen af møderne foregik primært på dansk. Nogle sundhedsemner blev formidlet meget hyppigt (kost og motion), og andre forholdsvis sjældent (fx rygning). Der var også forskel på, hvor mange møder der var for hvert køn. I blot 4% af møderne deltog kun mænd, mens 57% af møderne var særligt for kvinder. Det var ret forskelligt, hvor mange møder hver enkelt sundhedsformidler var ude på. Især de mandlige sundhedsformidlere er blevet brugt mindre, end de gerne ville.

Evalueringen har desuden undersøgt, hvordan deltagerne i sundhedsformidlermøderne opfatter sundhedsformidlerne som ”peers”, dvs. ligemænd. Det er fundet, at centrale faktorer for denne opfattelse er lighed på baggrund af kendskab til deltagernes hverdagspraksisser ud fra fælles etnisk minoritetsbaggrund samt lighed på baggrund af køn. Har deltagerne denne opfattelse af lighed, bedres kontakten mellem deltagere og sundhedsformidler i form af øget tillid til sundhedsformidleren og en oplevelse af, at sundhedsformidleren bedre forstår en.

Det er i evalueringen ikke undersøgt, hvordan deltagelse i sundhedsformidlermøder direkte påvirker sundhedsadfærden. Der er derimod – ud fra en gennemgang af udvalgte sundhedsadfærdsmodeller – fokuseret på determinanter for denne sundhedsadfærd, herunder faktisk viden om sundhed (alvorlighed og sårbarhed) og self-efficacy. I forhold til self-efficacy er der fokuseret på tiltroen til at sætte sig kortsigtede, opnåelige mål samt italesættelsen af egne eller (signifikante) andres succesfulde erfaringer med eller barrierer for sundhedsadfærdsændringer.

Evalueringen viser, at sundhedsformidlerne i væsentlig grad formidler faktisk information om sundhed. Det faglige niveau er generelt godt. Sundhedsformidlermøderne handler også meget om handlingsanvisninger, herunder

hvordan man med små ændringer kan påvirke ens sundhed. Sundhedsformidlerne bruger af og til eksempler fra deres eget liv, men dette kunne gøres oftere. Endelig laver sundhedsformidlerne konkrete øvelser med deltagerne, fx i form af motion. De rutinerede sundhedsformidlere synes i højere grad end de nyuddannede sundhedsformidlere at inddrage deltagerens erfaringer.

På observationer af møderne har vi desuden fokuseret på, hvordan sundhedsformidlerne benytter sig af visuelle hjælpemidler (fx overheads, pjecer, plastiktandsæt mm.) i formidlingen. De rutinerede sundhedsformidlere synes generelt at være bedre til at bruge disse som støtte i formidlingen, mens de mindre rutinerede oftere eksempelvis ikke forklarer billeder på overheadene godt nok.

Evalueringen har givet anledning til en række anbefalinger for den fremtidige indsats i "Sundhed på dit sprog". For det første bør det overvejes at fokusere mere på møder for mandlige deltagere. Der blev i 2007 ikke afholdt ret mange møder kun for mænd, og der er en række mandlige sundhedsformidlere, der i dag ikke bliver brugt ret meget. Dette er paradoksalt set i lyset af, at man optog dobbelt så mange mænd på det andet hold, man uddannede, idet man ønskede, at en tredjedel af korpset skulle være mænd. Dette blev prioriteret på grund af efterspørgsel fra aftagere samt viden om sundheden blandt mænd med etnisk minoritetsbaggrund.

For det andet peger evalueringen på, at møder på dansk fungerer fint, men at det kræver, at deltagerne har et tilstrækkeligt danskniveau. Man kunne derfor i fremtiden være mere restriktiv i forhold til at afholde møder på dansk, hvis deltagerens danskniveau ikke er tilstrækkeligt højt. Endvidere kunne man overveje at påvirke fordelingen i de sundhedsemner, møderne handler om. Dette kunne gøres ved et særligt fokus på udvalgte emner – hvilket kunne kombineres yderligere med et fokus på bestemte målgrupper eller arenaer. Eksempelvis kunne man overveje en særligt opsøgende indsats over for rygning blandt mænd i klubber eller foreninger.

For det tredje viser evalueringen, at det faglige niveau i formidlingen generelt er godt. Et særligt fokus på faglig opkvalificering er derfor ikke nødvendigt i 2008. Derimod bør Folkesundhed København i 2008 arbejde med forbedring af sundhedsformidlernes formidlingskompetencer. Evalueringen viser, at de rutinerede sundhedsformidlere leverer en bedre formidlingsmæssig kvalitet i sundhedsformidlermøderne, og deres kompetencer kan med fordel inddrages mere systematisk i den formidlingsmæssige opkvalificering af sundhedsformidlerne.

Evalueringen har også givet anledning til en række anbefalinger til den fremtidige evaluering af "Sundhed på dit sprog". For det første anbefales det, at der benyttes tolke eller tosprogede interviewere / observatører i empiriindsamlingen, blandt andet for at undersøge forskellene mellem møder på dansk og på deltagerens modersmål. For andet anbefales det, at der benyttes eksterne evaluatore i kommende evalueringer. Der er desuden rejst en række spørgsmål, som det i fremtiden vil være relevant at få svar på via evalueringer. Disse omfatter blandt andet, om der er forskel mellem dansksprogede møder og møder på fremmedsprog i forhold til deltagerens sundhed / sundhedsadfærd, samt hvilken betydning deltagelse i sundhedsformidlermøder har for ikke blot determinanter for sundhedsadfærd, men også sundhedsadfærd i sig selv samt sundhed.

1. Introduktion

”Sundhed på dit sprog” er en forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats, der henvender sig specifikt til borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Baggrunden for indsatsen er det overordnede politiske ønske om at mindske den sociale ulighed i sundhed. Indsatsen bygger på ”peer education”-metoden, hvor sundhedsbudskaber formidles af ”peers” (ligesindede).

1.1 Evalueringens formål

Det primære formålet med denne evaluering er at bidrage til den fremtidige prioritering og fokusering i ”Sundhed på dit sprog”. Desuden gennemføres evalueringen med henblik på at få erfaringer med metoder til en kommende og større evaluering, der planlægges gennemført i 2008-9 i samarbejde med eksterne evaluører.

Fokus for evalueringen er derfor at få mere viden om, hvad der sker i mødet mellem sundhedsformidler og deltager på sundhedsformidlermøderne. Der fokuseres her på

- hvordan deltagerne identificerer sig med sundhedsformidlerne (hvordan sundhedsformidlerne opfattes som ”peers”)
- hvad deltagerne synes at få ud af mødet i relation til deres sundhedsadfærd

I evalueringen indgår desuden:

- en monitorering af omfanget og karakteren af sundhedsformidlermøderne i 2007
- en monitorering af sundhedsformidlernes aktiviteter i ”Sundhed på dit sprog”
- en vurdering af, hvordan sundhedsformidlerne benytter deres sundhedsformidlerkompetencer uden for ”Sundhed på dit sprog”

1.2 Evalueringens organisering

De fagligt ansvarlige for evalueringen er Anna Mygind og Lisa Duus, der arbejder i ”Sundhed på dit sprog”, og de har gennemført evalueringen i samarbejde med praktikant og studerende i folkesundhedsvidenskab Kristine Halling Hansen. Evalueringen er derfor primært en selvevaluering. Forfatterne til denne evaluering er derfor både evaluører og medarbejdere i projektgruppen. Når der står ”vi” i rapporten, refereres der primært til afsættet som evaluører, men enkelte steder benyttes ”vi” om projektgruppen.

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten er opbygget, så der efter dette introducerende afsnit gives en kort oversigt over de metoder, der er benyttet i indsamlingen af data. Afsnit 3 indeholder en teoretisk gennemgang af ”peer education”, herunder hvilke tanker der ligger bag denne tilgang, og hvilke teorier der kan knyttes op på tilgangen. Afsnit 4 indeholder en teoretisk gennemgang af to sundhedsadfærdsmodeller, og hvordan man ud fra disse modellers forudsætninger kan tænke, at sundhedsformidlermøder indvirker på determinanter for sundhedsadfærd. I afsnit 5 karakteriseres de sundhedsformidlermøder, der har været i 2007, samt en vurdering af sundhedsformidlernes sundhedsformidlerrelaterede

aktiviteter i og uden for ”Sundhed på dit sprog” i 2007. Analysen af observationer og interviews findes i afsnit 6. Afsnit 7 og 8 er diskussion og anbefalinger.

2. Metode

Evalueringen er udført på baggrund af litteraturgennemgang, observationer og interviews, for på denne måde at opnå den mest fyldestgørende besvarelse af evalueringsformålene. Observationerne er primært foretaget for at få indblik i, hvad deltagerne får ud af mødet i forhold til deres sundhedsadfærd. Interviewene har primært fokuseret på, hvordan deltagerne identificerer sig med sundhedsformidleren, og om dette influerer på deres udbytte af mødet. Litteratur i forhold til begge emner er gennemgået.

2.1 Litteraturgennemgang

Der er i forbindelse med evalueringen gennemgået litteratur med henblik på udvikling af observationsskema og interviewguides.

Observationerne fokuserer på, hvad deltagerne får ud af møderne i forhold til deres sundhedsadfærd. Der blev derfor via litteraturgennemgang identificeret forskellige sundhedsadfærdsmodeller og -teorier, der kunne bidrage til at afdække, hvordan sundhedsformidlermøderne kunne tænkes at indvirke på deltageres sundhedsadfærd.

Interviewene omhandler, hvordan deltagerne identificerer sig med sundhedsformidlerne, og hvad det betyder for deltageres sundhedsadfærd. Litteraturgennemgangen, der danner baggrund for interviewene, er derfor foretaget for at blive klogere på rationalet bag anvendelsen af "peers" og for at kunne operationalisere "peer"-begrebet, så der i interviewene bedst muligt kunne spørges ind til dette. Søgningen er foretaget i PubMed. De artikler, der blev udvalgt, indeholder enten generelle overvejelser om "peer"-begrebet, "peer"-begrebet i forbindelse med etniske minoriteter eller etniske minoriteter og lokalsamfundsinterventioner. Artiklerne er udvalgt efter gennemlæsning af abstracts af de artikler, der fremkom ved søgningen, og efter gennemlæsning af abstracts af artikler, der fandtes i de udvalgte artiklers referencelister.

2.2 Observationer

Der er foretaget observationer af i alt 10 sundhedsformidlermøder (se bilag 1). Observationerne har primært fokuseret på deltageres udbytte af møderne i relation til deres sundhedsadfærd. På baggrund af en gennemgang af sundhedsadfærdsmodeller er det vurderet, hvordan sundhedsformidlermøder kan tænkes at influere på deltageres sundhedsadfærd. Herudfra er der udviklet et observationsskema, der indeholder en informations- og en interaktionsdel (se bilag 2). Informationsdelen vedrører den konkrete viden, som sundhedsformidleren videregiver til deltagerne, mens interaktionsdelen vedrører samspillet (kropssprog, reaktioner, respons mm) mellem deltager og sundhedsformidler. Skemaet blev løbende tilrettet mellem observationerne med henblik på at opnå observationer, der bedst muligt kunne hjælpe til at afdække det ønskede.

Observationerne fungerede samtidig som en kvalitetssikring af mødernes faglige og formidlingsmæssige niveau. Efterfølgende blev der givet feedback til

sundhedsformidleren om, hvad de havde gjort godt, og hvad de kunne gøre bedre fremover.

De møder, det er valgt at observere på, er udvalgt med henblik på at opnå forskellighed i sundhedsemner, arenaer, det primært benyttede sprog på mødet samt mødedeltagernes køn. Observationsskemaerne er udfyldt af observatørerne før, under og umiddelbart efter hvert møde. Observationerne er gennemført i perioden oktober og november 2007.

2.3 Interviews

For at kunne undersøge om og hvordan deltagerne identificerer sig med sundhedsformidleren, og om dette har indflydelse på modtagelse af budskabet, blev der foretaget interviews med 7 deltagere fra sundhedsformidlermøderne og 3 sundhedsformidlere (se bilag 3). Interviewene blev efterfølgende transskriberet.

De interviewede deltagere blev udvalgt på 4 forskellige møder, og det søgtes tilstræbt, at disse møder var forskellige mht. sundhedsemne, formidler og arena. Desuden blev det tilstræbt at interviewe såvel kvinder som mænd. Intervieweren observerede på alle møder på nær et enkelt, hvorfra der blev rekrutteret deltagere til interviews. Her aftalte hun efterfølgende et interviewtidspunkt med en eller to deltagere fra mødet. Interviewene forgik enten i deltagerens eget hjem eller på selve lokaliseringen, hvor sundhedsformidlingsmødet havde fundet sted. Det har af logistiske årsager og manglende adgang til tolk ikke været muligt at interviewe deltagere fra møder, der foregik på deltagernes modersmål, og interviewene giver således ikke mulighed for at vurdere, hvilken indflydelse det har på deltagernes opfattelser af sundhedsformidleren som ”peer”, at møderne foregår på deltagernes modersmål.

De 3 interviewede sundhedsformidlere blev udvalgt med henblik på forskellighed i uddannelsestidspunkt, sprog, køn og – for kvindernes vedkommende – tørklædebrug. Yderligere blev der lagt vægt på, at sundhedsformidlerne havde en del erfaring. Interviewene foregik alle i Folkesundhed København.

Interviewguides til interviews med deltagere og sundhedsformidlere blev løbende revideret på baggrund af erfaringer opnået ved tidligere interviews. De sidste versioner af de to interviewguider fremgår af bilag 4 og 5.

3. Om "peer education"

Ifølger Wagner (1982) kan "peer education" spores helt tilbage til Aristoteles, og der ses også i 1800-tallet flere eksempler på "peer education"-initiativer (Turner 1999). Brugen af "peer education" er siden 1960'erne blevet en mere og mere anvendt forebyggelsesstrategi, især inden for ungdomsområdet mht. rygning, HIV og prævention (Shiner 1999 og Turner 1999). Inden for de seneste årtier er "peer education" dog også begyndt at sprede sig til andre områder, herunder forebyggelse og sundhedsfremme for etniske minoriteter (Kochen et al. 2001, Reijneveld et al. 2003).

3.1 Definition af "peer education"

Ordet "peer" betyder ligemand eller ligestillet. Der er dog ikke konsensus om, hvad denne term nøjagtigt beskriver. Af litteraturen er det således ikke klart, om en "peer" er en nær ven, en bekendt eller en relativt fremmed person, som er involveret i samme aktivitet, som en selv (Shiner 1999, Backett-Milburn 2000). Der synes dog enighed om at, en "peer" er kendetegnet ved lighed med modtageren relateret til oplevelser (eksempelvis stofmisbrug) og/eller personlige karakteristika (eksempelvis social status, alder, køn, seksuel orientering eller etnicitet). En "peer" kan yderligere karakteriseres ved at have lignende bekymringer, prøve at hjælpe og have forståelse af, hvad det vil sige at være en selv (Strange 2002, Stakic et al 2003, Kochen 2000). Det centrale ved en "peer" er således, at vedkommende har samme baggrund mht. en eller flere identitetsdannende faktorer (Shiner 1999).

"Education", som betyder undervisning eller uddannelse, refererer til udviklingen af en persons viden, holdninger, overbevisninger eller adfærd som resultat af læringsprocessen (Stakic 2003). Hvad angår sundhedsområdet vil ændring i en persons adfærd som regel være det ønskede endemål. Det skal dog bemærkes, at der kan være flere trin på vejen til en reel ændring i adfærd, og ændring i viden og holdninger og overbevisninger vil ofte spille en vigtig rolle i trinene på vejen til adfærdsændring, jf. afsnit 4 om sundhedsadfærdsmodeller.

"Peer education" kan således inden for forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet forstås som en ændring i viden, holdning, overbevisning eller adfærd hos en person i målgruppen, der sker ved hjælp af en ligemand som formidler. Det er vigtigt at pointere, at "peer education" ikke er et smalt defineret begreb, men at det forstås bedst som en paraplyterm, der ikke lægger sig ikke fast på et bestemt emne, en bestemt indlæringsmetode eller en bestemt undervisningssetting, og "peer education" er derfor en meget fleksibel og dynamisk tilgang (Shiner 1999, Strange 2002, Turner 1999). Et centralt element i "peer education" er, at det altid involverer en interaktion med målgruppen, og at der lægges vægt på at matche "peers" ud fra målgruppen, den arena formidlingen foregår i samt på formidlingsformen. Disse karakteristika ved "peer education" gør, at formidlingen af budskaber kan bliver meget deltagerstyret (Shiner 1999).

Fordelene ved "peer education" er altså, at man ved at benytte ligemænd som formidlere kan styrke netop formidlingen, idet der derved lettere kan opstå tillid og forståelse mellem formidler og målgruppe. En "peer" vil i denne sammenhæng ud fra udvalgte

karakteristika ligne målgruppen, men vil yderligere som regel have undergået en kort uddannelse eller kursus om det emne, der skal formidles. Tanken er, at formidlingen og budskabet modtages bedre af målgruppen, når det leveres fra en der ligner en selv. De karakteristika, hvor det vurderes vigtigt, at "peer educatoren" ligner målgruppen kan være mange. Derfor bør det gøres eksplicit i den konkrete indsats, hvilke karakteristika "peer educatoren" tænkes at have til fælles med målgruppen. Dette bør ske både i forhold til hvilken målgruppe, man ønsker nå, og hvilket emne, der ønskes berørt (Shiner 1999).

3.2 Hvilke teoretiske tanker ligger bag "peer education"?

Der er i litteraturen ikke enighed om, hvilken teoretisk tilgang (skole), "peer education" bygger på, eller om den overhovedet bygger på en bestemt teori. Shiner (1999) mener, at "peer education" har rod i den behavioristiske psykologi. Her er den særligt blev brugt til primær forebyggelse i forbindelse med stofmisbrug, hvor der blev brugt rollemodeller til at modellere adfærd (se afsnit 3.3). Senere har "peer education" udviklet sig mere i en kognitiv retning, dvs. at der frem for rollemodeller lægges mere vægt på informationsgivning af fakta. "Peer educators" opgave bliver derfor at holde oplæg og videregive information til målgruppen, og "peer educatoren" behøver ikke nødvendigvis selv at følge anvisningerne til fulde, som tilfældet er hvis vedkommende fungerer som rollemodeller (Shinner 1999). I modsætning til Shiner mener Turner (1999), at "peer education" snarere er en metode, der søger efter en teori, end en teori, der applikeres i praksis. Der synes dog at være enighed om, at den teoretiske tilgang, der oftest citeres som den bagvedliggende teori for "peer education" er "social learning theory"¹ (Turner 1999, Shinner 1999, Kocken 2000, Stakic 2003).

Der nævnes i forbindelse med brug af "peer education" ofte forskellige rationaler eller grunde til, at netop denne form for metode er velegnet. I det følgende afsnit gennemgås de væsentligste af disse, hvorefter de sættes i relation til forståelse til en eller flere teorier. De nævnte rationaler tager udgangspunkt i de af Turner (1999) opstillede rationaler, men er, som det fremgår, også anført af flere andre. Rækkefølgen af rationalerne er ikke udtryk for en rangordning.

Overordnet ønsker enhver indsats at være succesfuld – det vil sige skabe den ønskede ændring – og at være omkostningseffektiv. De nævnte rationaler kan give en indikation af, hvorfor "peer education" ofte nævnes som værende en succesfuld og omkostningseffektiv metode (Turner 1999, Kiger 2003). På trods af de nævnte fordele ved "peer education" er det også væsentligt at være opmærksom på, at der mangler metodisk stærke evalueringer og derved robust viden om evidensen for "peer education" (Strange et al. 2002, Backett-Milburn and Wilson 2000).

Troværdighed

En af de hyppigst anførte grunde til at anvende "peer education" er, at "peers" er troværdige og pålidelige kilder til information (Turner 1999, Kocken et al. 2001), hvilket gør, at modtagerne i højere grad er modtagelige over for informationen. "Peers" opfattes som mere pålidelige og tillidsvækkende end professionelle, da de er "sikre" og

¹ Se i øvrigt afsnit 4.2 om "social learning theory"

ikke-manipulerende kilder til information (Kochen 2000). Tanken er, at dette medvirker til, at den givne information bliver mere acceptabel for målgruppen.

Empowerment

En anden grund til at anvende ”peer education” er at opnå empowerment² – eller en følelse af personlig kontrol – af de personer, som er involverede. ”Peer education” involverer som nævnt en interaktion mellem målgruppen og ”peer educatoren” samt en aktiv deltagelse, der er med til at empower de involverede (Turner 1999, Shiner 1999). Det kan dog diskuteres om, det mest er ”peer educatorne”, der empowers gennem deres uddannelse til ”peer educator”, eller om også målgruppen bliver empowered. Dette vil ifølge Shiner afhænge af hvilken setting og metode, der bruges til undervisningen (Shiner 1999).

Bruger allerede etablerede informationsveje

”Peer education” har den fordel, at ”peer-educatorerne” som regel vil være i kontakt med eller kende arenaer, hvor målgruppen opholder sig (Turner 1999, Kochen et al. 2001). ”Peer educators” kan således tænkes at danne et link mellem professionelle og målgruppen og gøre det nemmere at nå målgruppen, da informationsvejene allerede er etableret (Kochen et al. 2001).

Positive rollemodeller

En yderligere fordel ved at arbejde med ”peer educators” er, at de kan fungere som positive rollemodeller (Kochen et al 2001, Turner 1999). De giver ikke kun information om et emne, men følger også selv denne viden (”they walk the talk”). De styrker derved indsatsvirkningen ved at modellere og forstærke passende adfærd (Turner 1999).

Adgang til målgrupper, der er svære at nå

Et sidste rationale for ”peer education”, der bør nævnes her, er, at det kan være en god metode til at nå målgrupper, der ellers er svære at nå. Dette skyldes, at ”peer education” er en fleksibel metode, der åbner op for nye metoder til at nå målgruppen (Kochen et al. 2001, Turner 1999). Dette kan ligeledes medvirke til, at informationen bliver formidlet på en for målgruppen acceptabel måde.

3.3 Hvilke teorier kan knyttes op på ”peer education”?

”Peer education” lægger sig op ad flere forskellige teorier, herunder diffusionsteori, social learning theory, rolleteori og different association theory. Nedenfor beskrives, hvordan ”peer education” er relateret til disse teorier.

Diffusionsteori stammer fra forskning, som har beskæftiget sig med at identificere mønstre for udbredelsen af adfærdsændringer. Selve udbredelsen sker ikke samtidigt hos alle, og Rogers beskriver adoptionsfordelingen som en normalfordeling med fem kategorier: Innovatorerne, de der tager det nye op med det samme, tidlige adoptere, tidlige majoritetsadoptere, sene majoritetsadoptere og efternølere (Oldenburg B et al. 2002). Tanken er, at viden og information på denne vis automatisk vil sprede sig som

² Empowerment is the subjective feeling of greater control over one’s own life that an individual experiences following active membership in groups or organisations (Bracht N, ed. Health Promotion at the community level. Sage 1999). Personlig empowerment kan opfattes som være lig self-efficacy.

ringe i vandet. Man kan dog hjælpe processen på vej ved at overveje hvilke kommunikationskanaler, man kan benytte, i hvilket miljø innovationen skal adopteres og bruges, og om der skal være en eller flere mellemænd ("opinion leaders"). Disse kunne ved at gennemgå den nødvendige oplæring fungere som "peer educators" (Turner 1999). Diffusionsteori kan bruges til at forklare rationalet om brug af allerede eksisterende informationsveje, da teorien netop beskriver, hvordan udbredelsen af viden kan ske gennem allerede eksisterende veje. Rationalet troværdighed kan ligeledes forstås ved denne teori, idet den gør brug af "opinion leaders", der netop anses for at være troværdige kilder (Turner 1999).

Social learning theory bygger på, at adfærd er påvirket af en persons oplevelse af adfærden hos andre mennesker. Kort fortalt går den ud på, at man ved at observere andres adfærd indkoder denne information, og at den efterfølgende fungerer ved fremtidig adfærd som guide for handling. Der er dog brug for muligheden for at øve denne adfærd samt opleve denne hos andre mennesker gentagne gange, hvis den nye adfærd skal adopteres succesfuldt. Det er vigtigt, at rollemodellerne er pålidelige for at have indflydelse og derved påvirke læringsprocessen (Turner 1999). *Social learning theory* er relevant i forbindelse med rationalerne troværdighed, empowerment og at være rollemodel. Rationalet om at være rollemodel ligger lige for, da en del af teorien netop bygger på, at adfærd påvirkes ved at se på andre, der udøver en given adfærd. Troværdighed hænger ligeledes sammen med *social learning theory*, idet rollemodellerne bør være pålidelige og troværdige for at have indflydelse. Når en adfærd indøves og forstærkes, opnås desuden empowerment (Turner 1999).

Rolleteori er baseret på ideen om betydningen af sociale roller og sociale forventninger. Tanken er, at når en "peer educator" opnår denne rolle, vil personen tilpasse sig rollens forventninger og opføre sig derefter. Gennem denne adoption vil "peer educatoren" få en større forståelse og et større engagement for selve opgaven. Rolleteori er yderligere baseret på præmissen, at der grundlæggende er en kommunikationskløft mellem underviser og modtager. Denne bliver mindsket ved, at "peer educators" deler et eller flere identifikationstræk med målgruppen. Dette kan understøtte rationalet om troværdighed, da dette netop bygger på fælles ligheder (Turner 1999).

Different association theory er en sociologisk udgave af *social learning theory*. Teorien bygger på tanken om, at adfærd tillæres i sociale situationer ved at være i kontakt med dem, som kan lære en de nødvendige færdigheder og teknikker. Man forbinder derved sig selv med en gruppe ("peers") og lærer gennem dem. Den centrale er, at man lærer en adfærd, og at dette ikke nødvendigvis sker, fordi underviseren er rollemodel (Turner 1999). Denne teori kan understøtte rationalet om troværdighed, idet læringen sker ved hjælp af "peers". Rationalet om allerede etablerede informationsveje kan ligeledes belyses, idet kontakten til de, man lærer af, allerede kan være etableret. Et sidste rationale, der kan understøttes ved denne teori, er rationalet om bedre muligheder for at nå målgrupper, der for udenforstående ellers kan være vanskelige at nå, idet man når mennesker inden for ens egen omgangskreds (Turner 1999).

3.4 ”Peer” i ”Sundhed på dit sprog”

I ”Sundhed på dit sprog” har sundhedsformidlerne etnisk minoritetsbaggrund og er således selv født eller har forældre, der er født i ikke-vestlige lande. Dette gælder også for målgruppen for indsatsen – deltagerne i sundhedsformidlermøder – og det er da også primært på baggrund af fællestræk på baggrund af etnicitet eller etnisk minoritetsbaggrund, der i ”Sundhed på dit sprog” vurderes at konstituere det at være ”peer”. Dette rummer imidlertid flere forskellige lighedskendetegn, herunder at have minoritetsbaggrund samt at have fællestræk på baggrund af sprog, madvaner, traditioner, beklædning, religion og køn. Eller det indebærer viden om nogle af disse forhold blandt målgruppen, eksempelvis kendskab til madtraditioner. Det er dog vigtigt at pointere, at det i ”Sundhed på dit sprog” ikke anses for nødvendigt, at deltagerne er matchet med sundhedsformidleren på alle de nævnte fællestræk, for at deltagerne kan opfatte sundhedsformidleren som ”peer”. Ligeledes kan det være forskelligt deltagerne imellem, hvilke fællestræk der er afgørende for, at de oplever sundhedsformidleren som ”peer”.

3.5 Opsummering

”Peer education” er en forebyggelsesmetode, der gør brug af ”peers” (dvs. ligemænd) til at skabe ændringer i målgruppens viden, holdninger, overbevisninger eller adfærd. En ”peer” er kendetegnet ved at have samme baggrund mht. en eller flere identitetsdannende faktorer, der kan være relateret til oplevelser og/eller personlige karakteristika. ”Peer education” indebærer ikke en bestemt indlæringsmetode eller en bestemt setting/arena, men er en fleksibel og dynamisk metode, hvor det centrale er, at der sker en interaktion med målgruppen. Der er flere årsager til at anvende ”peer education”, herunder at 1) ”peers” er troværdige kilder, 2) der sker en empowerment af deltagerne, 3) der gøres brug af allerede etablerede informationsveje, 4) ”peers” fungerer som positive rollemodeller, og 5) ”peers” har bedre adgang til målgrupper, der ellers kan være svære at nå. Flere teorier kan bidrage til at forstå, hvordan og hvorfor ”peer education” vurderes at være brugbart i forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser. De fire centrale teorier er diffusionsteori, social learning theory og rolleteori og different association theory. I ”Sundhed på dit sprog” arbejdes der med ”peers” ud fra tanken om fællestræk på baggrund af etnicitet eller etnisk minoritetsbaggrund. Tanken er, at sundhedsformidlerne – ved at have dette til fælles med deltagerne – også i højere grad har andre faktorer til fælles med deltagerne, herunder eksempelvis sprog og sundhedsadfærd.

4. Sammenhæng mellem mødedeltagelse og sundhedsadfærd

Der findes en række sundhedsadfærdsmodeller og teorier om sundhedsadfærd, enten psykologiske eller sociologiske teorier eller planlægningsmodeller. Flere af disse modeller³ er i forbindelse med evalueringen blevet indtænkt i forhold til, hvordan sundhedsformidlermøder – under den specifikke models forudsætninger – kan tænkes at påvirke sundhedsadfærden hos deltagerne. Yderligere er det vurderet, hvordan denne virkning ville kunne undersøges via observation af sundhedsformidlermøder.

Efter gennemgang og analyse af modellerne fremgik det, at et fælles karakteristikum ved modellerne er, at de arbejder med en forståelse af sundhedsadfærdændringer ud fra viden om sundhed og dialog om, hvordan denne kan omsættes til praksis. Der er derfor et betydeligt overlap i hvilke observationspunkter, der kan opstilles på grundlag af hver enkelt model. De to modeller, vi vurderer, passer bedst til sundhedsformidlermøder, og som desuden illustrerer både videns- og dialogperspektiverne, er ”health belief model” og ”social learning theory”. Det er derfor valgt at fokusere på disse to modeller i evalueringen, og de vil blive gennemgående i følgende afsnit. En kort gennemgang af de øvrige modeller sat i forhold til virkningen af sundhedsformidlermøder ses i bilag 6.

4.1 ”Health belief model”

Tanken i denne model er, at sundhedsadfærd er influeret af, om mennesker er bevidste om

- alvorligheden af sundhedsproblemet
- egen sårbarhed over for sundhedsproblemet (opfatter sig selv som sårbar/modtagelig over for et bestemt sundhedsproblem)
- fordelene ved adfærdsændringer (i hvor høj grad adfærdsændringer kan reducere risikoen af et givet sundhedsproblem)
- barriererne for adfærdsændringer

I en videreudvikling af modellen er andre determinanter for sundhedsadfærd inkluderet, nemlig

- ”cues to action”, dvs., at hvis man ofte bliver mindet om alvorligheden, sårbarheden, fordelene og barriererne, kan man lettere ændre adfærd
- ”self-efficacy”, dvs., at hvis man forventer, at man kan mestre at ændre adfærd, kan man også lettere gøre det

Et sundhedsformidlermøde kan tænkes at kunne adressere stort set alle faktorer i denne model. Det kan gøres ved, at sundhedsformidleren går i dialog med deltagerne om sundhedskonsekvenser af en given adfærd, om helbredsrisici hos deltagerne, om fordelene ved at ændre adfærd og endelig diskuterer barrierer for at ændre adfærd. Sundhedsformidlerne kan tænkes at kunne influere positivt på deltagernes self-efficacy, eksempelvis ved at bruge deres egne erfaringer med sundhedsadfærdsændringer eller hjælpe deltagerne til at huske tidligere succeser og sætte sig realistiske mål, der passer ind i deltagernes egen hverdag.

³ ”Health belief model”, ”social learning theory”, ”stages of change-model”, PP-modellen og ”theory of planned behaviour”.

4.2 “Social learning theory” (også kaldet “social cognitive theory”)

Antagelserne i denne teori går på, at individ, omgivelser og adfærd gensidigt påvirker hinanden. Det antages desuden, at især to kognitive processer indvirker på adfærden:

- troen på, at man som individ er i stand til at have en bestemt adfærd (self-efficacy)
- troen på, at en adfærd vil medføre en specifik effekt (outcome-efficacy)

Sidstnævnte motiveres af ydre motiver (eksempelvis billigelse, social anerkendelse, privilegier og magt) samt indre motiver (eksempelvis fastsættelse af personlige mål). Og jo stærkere self-efficacy, des højere outcome-efficacy.

I modellen beskrives fire måder at udvikle og styrke en persons self-efficacy på:

- egne erfaringer
- observerede erfaringer
- sproglig overtalelse
- oplevede følelser

Egne erfaringer er den bedste kilde til at fremme self-efficacy. I et sundhedsformidlermøde kan deltagerne få egne erfaringer ved at afprøve nogle af sundhedsformidlerens råd (eksempelvis lave/spise sund mad eller lave motionsøvelser). *Observerede erfaringer* kan adresseres i et sundhedsformidlermøde ved, at sundhedsformidleren bruger eksempler fra sin egen hverdag, eller ved at der er dialog deltagerne imellem om erfaringerne med adfærdsændringer. Sundhedsformidlerens eller de andre deltageres erfaringer kan kommenteres/diskuteres på en sådan måde, at de andre deltagere kan få ideer til, hvordan de selv gennemfører sådanne adfærdsændringer. Den *sproglige overtalelse* kan betyde, at sundhedsformidleren (eller de andre deltagere) forsøger at overbevise deltageren om, at vedkommende vil kunne nå sine mål. Sproglig overtalelse er mindre effektfuldt end egne og observerede erfaringer. Effekten er desuden influeret af sundhedsformidlerens troværdighed og viden. Endelig er deltagernes self-efficacy påvirket af deres *oplevede følelser* i forbindelse med adfærdsændringer. Oplever deltagerne, at de hverken fysisk eller psykisk bliver stressede i forbindelse med en given handling, styrkes deres self-efficacy. I sundhedsformidlermøderne kan dette gøres ved, at der er god tid til de praktiske øvelser, og at øvelsernes sværhedsgrad ikke er for høj.

På sundhedsformidlermøderne vil succeskriteriet derfor være, at sundhedsformidleren (direkte eller indirekte) præsenterer handlingsmuligheder, som er realistiske set i forhold til deltagernes self-efficacy. Udfordringen er, hvordan sundhedsformidleren i gruppefora identificerer den enkeltes self-efficacy og barrierer for styrkelse herfor, samt hvordan sundhedsformidleren pædagogisk håndterer situationer, hvor deltagerne har forskellig self-efficacy og barrierer for styrkelse af self-efficacy.

”Social learning theory” synes at være relevant at tage udgangspunkt i, når man kigger på sundhedsformidlermøderne. I ”Sundhed på dit sprog” er medarbejdernes erfaring, at sundhedsformidlermøderne synes at være mest succesfulde, hvis der er meget dialog. En del af denne dialog kan tænkes ofte at vedrøre self-efficacy, og det kan altså være på det niveau, at sundhedsformidlermøderne kan tænkes at virke.

Det er desuden projektgruppens oplevelse, at sundhedsformidlermøderne i høj grad handler om, hvordan adfærd og sundhed hænger sammen (outcome-efficacy), og hvordan man kan ændre sin adfærd med realistiske mål.

4.3 Observationsguide

Ovenstående sundhedsadfærdsmodeller identificerer en række faktorer, der influerer på, hvordan sundhedsformidlermøder kan tænkes at påvirke deltagerne til en sundere adfærd. I det følgende er det forsøgt at identificere faktorer fra de to modeller, som kunne tænkes at være til stede i sundhedsformidlermøderne, og samle dem til nogle ideer til hvilke faktorer, vi i de efterfølgende observationer vælger at fokusere på.

Mulige observationspunkter med udgangspunkt i "health belief model"

- Får deltagerne viden fra sundhedsformidleren om sundhedskonsekvenser af en given adfærd (alvorlighed, sårbarhed)?
- Får deltagerne viden fra sundhedsformidleren om fordelene ved at ændre adfærd?
- Diskuterer sundhedsformidleren barrierer for at ændre adfærd med deltagerne?
- Fremmer sundhedsformidleren, at deltagerne husker tidligere succeser mht. (sundheds-)adfærdsændringer?
- Bruger sundhedsformidleren eksempler fra sundhedsformidlerens egne erfaringer med sundhedsadfærdsændringer?
- Hjælper sundhedsformidleren deltagerne med at sætte sig realistiske mål?

Mulige observationspunkter med udgangspunkt i "social learning theory"

- Får deltagerne i et sundhedsformidlermøde egne erfaringer med sundhedsformidlerens råd?
- Bruger sundhedsformidleren eksempler fra sin egen hverdag om sundhedsadfærd?
- Fortæller deltagerne om egne/andres erfaringer med sundhedsadfærd?
- Har sundhedsformidleren troværdighed blandt deltagerne?
- Er der god tid til de praktiske øvelser?
- Er de praktiske øvelsers sværhedsgrad tilpas (ikke for høj)?
- Identificerer sundhedsformidleren deltagerens aktuelle self-efficacy og barrierer for styrkelse heraf?
- Formår sundhedsformidleren at henvende sig til deltagere med forskellig self-efficacy og forskellige barrierer for styrkelse heraf?
- Har sundhedsformidleren dialog med deltagerne om, om de tror, de kan ændre adfærd og i hvilket omfang?
- Præsenteres der kortsigtede, opnåelige mål?
- Får deltagerne feedback på / hjælp til, hvordan de kan gennemføre adfærdsændringen?

Udvælgelse af observationspunkter

For at gøre evalueringen realistisk at gennemføre, udvalgte vi nogle af ovenstående spørgsmål som genstand for denne evalueringens observationer. Observationerne fokuserede derfor på:

- Viden og fakta
 - o Får deltagerne viden fra sundhedsformidleren om sundhedskonsekvenser af en given adfærd (alvorlighed, sårbarhed)?

- Bliver der givet viden og anbefalinger, om hvad sund adfærd er?
- Erfaringer
 - Bruger sundhedsformidleren eksempler fra sin egen hverdag om sundhedsadfærd?
 - Fortæller deltagerne om egne/andres erfaringer med sundhedsadfærd? Hvordan?
- Handlingsanvisninger og dialog om mål og barrierer for at nå sine mål?
 - Har sundhedsformidleren dialog med deltagerne om, om de tror, de kan ændre adfærd og i hvilket omfang? Hvordan er denne dialog?
 - Præsenteres der kortsigtede, opnåelige mål?
- Generel fremtræden⁴
 - Fremtræder sundhedsformidleren lyttende og anerkendende i forhold til deltagerne?
 - Fremtræder deltagerne lyttende og opmærksomme?

Sundhedsadfærdsmodellerne bygger på ideen om, at der er en række elementer, der influerer på, om en person ændrer adfærd. Hvis disse elementer adresseres, er der grundlag for en ændring. I denne evaluering har vi ikke kunne vurdere direkte, hvad deltagerne får ud af møderne, og om mødedeltagelse indvirker direkte på adfærden hos den enkelte. Vi anvender derfor en række determinanter for, hvad deltagerne får ud af mødet. Disse determinanter er hentet fra sundhedsadfærdsmodellerne, og det er observeret, om determinanterne bliver adresseret under møderne, således at grundlaget for sundhedsadfærdsændring er lagt.

⁴ Dette er medtaget i observationspunkterne, idet dialogen og anerkendelse mellem sundhedsformidler og deltager vurderes at facilitere de to nedenstående punkter

5. Monitorering af aktiviteter i og uden for ”Sundhed på dit sprog”

Dette afsnit indeholder en monitorering af omfanget og karakteren af sundhedsformidlermøderne i 2007 samt af den enkelte sundhedsformidlers aktivitet i ”Sundhed på dit sprog”. Derefter beskrives det kort, hvordan sundhedsformidlerne bruger deres sundhedsformidlerkompetencer uden for ”Sundhed på dit sprog”.

5.1 Omfang og karakter af sundhedsformidlermøderne i 2007

I 2007 har der været afholdt i alt 306 sundhedsformidlermøder med et gennemsnitligt deltagerantal på 13,3. En del deltagere har deltaget i flere møder, men hvor mange, dette drejer sig om, er ikke registreret. I tabel 1 fremgår fordelingen af møder i forhold til sprog, emner og deltagerens køn.

		Antal møder	Antal møder i alt
Sprog	Arabisk	34	306
	Berbisk	0	
	Farsi	8	
	Kurdisk	1	
	Somali	6	
	Tyrkisk	24	
	Urdu	27	
	Dansk og et eller flere andre sprog	56	
	Dansk	150	
Sundhedsemne	D-vitamin	6	306
	Diabetes	27	
	Kost	88	
	Kost og motion	47	
	Motion	53	
	Reproduktiv sundhed	32	
	Tandsundhed	15	
	Rygning	10	
	Andet	28	
Deltagerens køn	Kun kvinder	175	306
	Kun mænd	11	
	Begge køn	120	

Tabel 1: Kendetegn ved sundhedsformidlermøderne i 2007 fordelt på sprog, emne og køn

Af tallene fremgår det, at næsten halvdelen af møderne foregik på dansk. Det skal dog bemærkes, at sundhedsformidleren på disse møder også ofte anvender deres modersmål og/eller engelsk.

Det er også interessant, at de to emner, der overvejende er formidlet, er kost og/eller motion. Disse to emner er formidlet på mere end halvdelen (61%) af alle møderne. Det skal dog her pointeres, at møderne ofte kombinerer flere emner, eksempelvis kombineres kost ofte med diabetes eller tandsundhed. Desuden bygges møderne meget forskelligt op med hensyn til indhold, således kan et møde om kost handle om sukker, udvalgte kostråd, madpakker til børn eller noget helt fjerde. Eftersom møderne ofte er meget deltagerstyrede, kommer møderne desuden ofte til at fokusere på flere sundhedsemner (fokus holdes dog på det, som er overskriften for mødet).

Det skal også nævnes, at der har været en vis sæsonvariation. Dette har især gjort sig gældende inden for reproduktiv sundhed, hvor der var 26 møder i første halvår men kun 6 i sidste halvår. Dette skyldes primært, at der indtil maj foregik en særlig indsats⁵ på dette område med en sundhedsformidler (også jordemoder) ansat til at udvikle undervisningsmateriale, opkvalificere sundhedsformidlere og kontakte potentielle aftagere med henblik på sundhedsformidlermøder om reproduktiv sundhed.

En tredje markant tendens er, at der på 57% af møderne kun deltog kvinder, mens møder kun for mænd blot tegnede sig for 4% af møderne. Det skal her imidlertid nævnes, at møder afholdt i indsatsen ”Tænk på din sundhed, mand” ikke er talt med her.

5.2 Sundhedsformidlernes aktiviteter i ”Sundhed på dit sprog” 2007

Det er forskelligt, hvor mange opgaver sundhedsformidlerne har haft i 2007. Korpset bestod pr. 1. december 2007 af i alt 46 sundhedsformidlere (se tabel 2).

	Antal sundhedsformidlere	Heraf uddannet 2005	Heraf uddannet 2007
Orlov	8	5	3
>10 opgaver	9	5	4
5-10 opgaver	8	2	6
1-4 opgaver	12	5	7
Ingen opgaver trods ønske	2	0	2
Ikke aktive	7	5	2
i alt	46	22	24

Tabel 2: Sundhedsformidlernes aktiviteter i ”Sundhed på dit sprog” 2007

Af de 46 sundhedsformidlere havde 8 sundhedsformidlere orlov (grundet barsel, sygdom, midlertidig flytning til udlandet og midlertidig travlhed med andre jobs)⁶. Af de resterende 38 sundhedsformidlere, havde 9 sundhedsformidlere haft minimum 10 opgaver, 8 sundhedsformidlere havde haft 5-10 opgaver, og 12 sundhedsformidlere havde haft 1-4 opgaver. Der var 2 mandlige sundhedsformidlere, der ikke havde haft opgaver i 2007, men som gerne ville have haft det. Det har skyldtes, at man i projektet ikke har kunnet tilbyde dem opgaver. Dette skyldes for det første, at der ikke har været tilstrækkelig økonomi til at give alle et tilstrækkeligt antal opgaver (budgettet for 2007 blev nedjusteret væsentligt i løbet af året – dette skete, mens et nyt hold sundhedsformidlere var i gang med at blive uddannet). For det andet har der i efteråret 2007 primært været opgaver for kvinder, hvor der fra aftagers side også var et ønske om en kvindelig sundhedsformidler. Ud af de 12 sundhedsformidlere, der har haft 1-4 opgaver var 7 mænd. Det kunne derfor være en ide at fokusere mere målrettet på at skaffe flere opgaver til de mandlige sundhedsformidlere med mandlige deltagere i 2008.

⁵ Indsatsen hed ”Forebyggelse af uønsket graviditet blandt etniske minoriteter” og var finansieret af Sundhedsstyrelsen

⁶ Nogle af de sundhedsformidlere, der havde orlov pr. 1.12.07, havde mange sundhedsformidleropgaver i 2007, før de gik på orlov. En havde således 19 opgaver, 3 havde 2-5 opgaver, mens 4 sundhedsformidlere ikke havde opgaver.

Der var desuden 7 sundhedsformidlere, som efter projektets medarbejders vurdering ikke har haft tilstrækkeligt ønske om at tage opgaver i 2007. Via en kommende snak mellem projektgruppen og de pågældende sundhedsformidlere kan deres fremtidige som sundhedsformidlere afklares.

5.3 Sundhedsformidlernes aktiviteter uden for ”Sundhed på dit sprog”

Uddannelse af ”peers” kan, som nævnt i afsnit 3, have den positive bieffekt, at der sker en ”empowerment” af den uddannede ”peer”. Dette afsnit handler om, hvad sundhedsformidlerne har fået ud af at få blive sundhedsformidlere, og hvor de bruger det, at de er sundhedsformidlere i andre arenaer end indenfor ”Sundhed på dit sprog”. Informationerne er indhentet via korte medarbejdersamtaler med 41 af sundhedsformidlerne i perioden juni til oktober 2007. Disse samtaler blev holdt for at afklare ønsker og forventninger hos den enkelte sundhedsformidler, og der var derfor kun tid til meget overordnet at snakke om sundhedsformidlernes egen ”empowerment”. Resultaterne giver altså ikke et grundigt indblik i, hvad sundhedsformidlerne har fået ud af at være sundhedsformidler, og hvor de bruger deres sundhedsformidlerkompetencer. Derimod giver det et overordnet indtryk af, hvordan sundhedsformidlerne – udover på de registrerede møder i ”Sundhed på dit sprog” – bruger det at være sundhedsformidler.

		Antal sundhedsformidlere
Hvilke jobs eller opgaver har jeg fået som konsekvens af, at jeg er sundhedsformidler?	Projektansættelser i FSK	4
	Haft andre opgaver i FSK	12
	Ansæt i Sundhedscenter Nørrebro	3
	Ansæt i andre job	2
	Ansæt i andre kommuner	2
	Frivilligt arbejde ¹	3
Hvor bruger jeg min viden og færdigheder som sundhedsformidler?	Arbejde / studie	20
	Frivilligt arbejde	10
	Netværk (familie, venner, kolleger, naboer)	29
	Egen sundhedsadfærd	22

¹ Har fx opstartet en forening eller er blevet frivillig i eksisterende foreninger

Tabel 3: Oversigt over, hvordan sundhedsformidlerne – udover på sundhedsformidlermøder – bruger det at være sundhedsformidler

Tabellen viser, at FSK har brugt sundhedsformidlerne til en del forskellige opgaver. Fire sundhedsformidlere har eller har haft projektansættelser i projekter i FSK, herunder ”Move”, ”Forebyggelse af uønsket graviditet” og ”Tænk på din sundhed, mand”. I alt tolv sundhedsformidlere deltager eller har deltaget i andre opgaver i FSK, herunder været sundhedsvejledere, rygestopinstruktører, rådgivere på STOP-linien, kostvejledere (MLS), praktikanter, undervist sundhedsformidlere og sundhedsvejledere samt deltaget i pårørende grupper i ”Etnisk mangfoldighed på plejehjem”. Syv sundhedsformidlere har fået andre jobs som følge af deres virke som sundhedsformidler.

Sundhedsformidlerne bruger også det, at de er sundhedsformidlere, på anden vis. De videreformidler deres erhvervede viden og sætter sundhed på dagsordenen i flere andre arenaer (arbejde, studie, frivilligt arbejde, familie/venner). Eksempelvis har flere sundhedsformidlere iværksat sundhedsdage på deres arbejdspladser rettet mod kolleger eller borgere. Sundhedsformidlerne formidler således ikke kun på de formelle sundhedsformidlermøder om sundhedsrelaterede emner, men også i deres daglige liv i deres netværk. Et par sundhedsformidlere er også interviewet til aviser, TV og radio angående sundhed og har på denne måde viderebragt budskabet. Denne biefekt kan ses som et eksempel på "diffusion of innovation", altså at information diffunderer gennem allerede eksisterende kommunikationsveje og på denne måde mere uformelt når ud til flere mennesker. Endelig har mange sundhedsformidlere nævnt, at de ved at blive sundhedsformidler har fået en bedre sundhedsadfærd, eksempelvis er begyndt at dyrke mere motion.

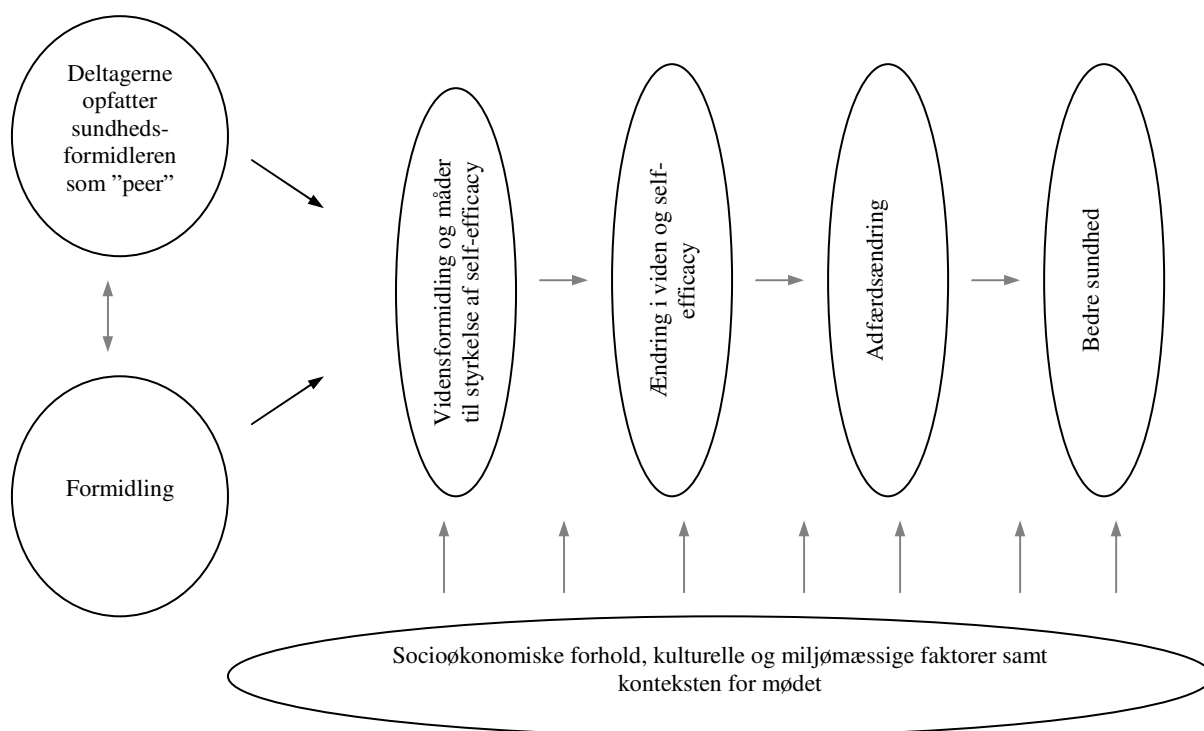
"Sundhed på dit sprog" virker således ikke blot gennem de formelle sundhedsformidlermøder. Der sker en "empowerment" af sundhedsformidlerne via bedre adgang til jobs eller opgaver samt bedre sundhedsadfærd. Desuden formidler sundhedsformidlerne budskabet om sundhed andre steder end indenfor "Sundhed på dit sprog", nemlig i deres netværk, så sundhedsbudskabet og dialogen om sundhed når bredere ud end blot til deltagere på sundhedsformidlermøder. Endelig bruges sundhedsformidlerne i en række af FSKs projekter til gavn for både sundhedsformidler og FSK. Det har dog i denne undersøgelse ikke muligt at vurdere omfanget af de nævnte virkninger.

6. Analyseresultater

Dette afsnit indeholder analysen af observationer og interviews og er inddelt i fire underafsnit. Først karakteriseres analysematerialet kort. Afsnit 6.2, 6.3 og 6.4 indeholder de egentlige analyseafsnit.

Først analyseres det, hvordan deltagerne opfatter sundhedsformidleren som peer. Dernæst analyseres selve formidlingen på møderne, og til analyseres det, hvordan determinanter for sundhedsadfærdsændring adresseres på møderne.

I analyseprocessen tænkes de tre analyseemner koblet til hinanden på den måde, som fremgår af nedenstående model. Modellen er udviklet undervejs i analysen, og den er et forsøg på at sætte de forskellige analyseelementer i evalueringen og andre faktorer af betydning for adfærdsændring i relation til hinanden. Modellen skal opfattes som en ret omfattende model for, hvordan sundhedsformidlermøderne influerer på deltageres sundhedsadfærd. De sorte pile indikerer de sammenhænge, der er i fokus for nærværende evaluering. De grå pile viser andre forhold af betydning for sundheden hos målgruppen i ”Sundhed på dit sprog” – forhold, det ikke har været muligt at analysere i denne evaluering.



Modellen illustrerer bl.a. det, at hvis deltagerne oplever sundhedsformidleren som ”peer”, påvirkes såvel deltagerens oplevelse af vidensformidlingens relevans samt i hvor høj grad, deltagerens self-efficacy styrkes. Disse forhold påvirkes endvidere af selve formidlingen i sundhedsformidlermødet. Det er disse forhold, der er analyseret i dette afsnit. Desuden er det sandsynligt, at sundhedsformidlerne i højere grad kan blive opfattet som ”peers”, hvis de formidler godt – og omvendt at de er bedre til at formidle til en bestemt målgruppe, hvis de kender denne godt og har en eller flere fællestræk.

Hvad denne interaktion præcist består i, og hvilken betydning den har, er for omfattende at komme ind i på i denne analyse.

Samtidig er der en række andre forhold, der påvirker, om deltagelse i sundhedsformidlermøder fører til bedre sundhed. Dette omfatter for det første, om vidensformidlingen og måderne til at styrke self-efficacy fører til faktiske ændringer for deltagerne i form af øget viden om sundhed og styrket self-efficacy – og at disse ændringer fører til faktiske adfærdsændringer med betydning for deltagernes sundhed. Der er altså en række trin, der efterfølger de trin, som har været genstand for denne evaluering, og som er nødvendige for, at en forbedring af deltagernes sundhed vil opstå. Der vil desuden være en række andre forhold, der har betydning for deltagernes udbytte af sundhedsformidlermøderne – nemlig de socioøkonomiske forhold samt kulturelle og miljømæssige faktorer af betydning for deltagerne⁷ samt de forhold, der vedrører den kontekst, mødet afholdes i.

6.1 Karakteristika ved observationer og interviews

I analysen af data er det vigtigt at være opmærksom på, hvad der kendetegner de møder, der er observeret på.

De møder, der er observeret på, er meget varierede i forhold til målgrupper, arenaer og omfanget af dialog. Møderne foregik på et værested, et værested særligt for psykisk syge, to sprogskoler, to foreninger, et sundhedscenter og en børnehave. Målgrupperne her er meget forskellige, blandt andet hvad angår danskundskaber, uddannelsesniveau, personligt overskud, alder og køn.

Det er altså meget forskellige møder, der er observeret på. Det kendetegner imidlertid meget godt indsatsen i ”Sundhed på dit sprog”, idet møderne her generelt er meget forskellige. Målgruppen er etniske minoritetsborgere, der socioøkonomisk er dårligt stillede. Dette er imidlertid en meget bred målgruppe, hvilket kræver, at formidlingen sker i forskellige arenaer og med variationer i eksempelvis formidlingsmetoder. Dette indebærer ligeledes en udfordring, idet kvalitetssikringen og evalueringen af indsatsen bliver så meget desto mere udfordrende – men også vigtigere.

De følgende afsnit vil indeholde citater fra interviewene. Disse er nænsomt tilrettet med hensyn til nutidsform og omvendt ordstilling på en sådan måde, at meningen stadig er intakt. Afsnittene vil også indeholde henvisninger til, om citatet stammer fra en sundhedsformidler (SF) eller en deltager (D), og de vil være efterfulgt af et nummer, som refererer til selve interviewpersonen (jf. bilag 3). På samme måde vil henvisninger til møderne forkortes med (M) og et nummer (jf. bilag 1).

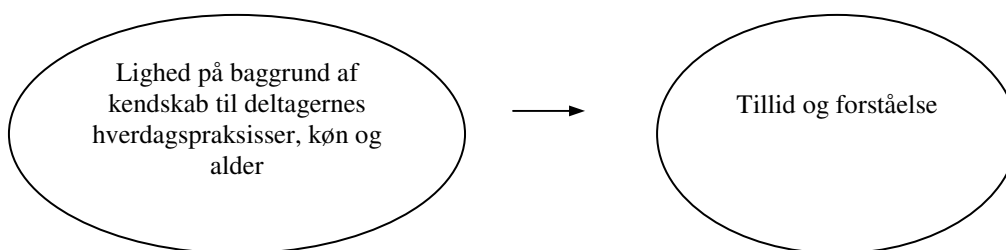
6.2 Deltagernes opfattelse af sundhedsformidlerne som ”peers”

Følgende afsnit indeholder en analyse af, om og i så fald hvordan deltagerne oplever sundhedsformidleren som ”peer”. Analysen bygger hovedsagligt på interviews med

⁷ Se bl.a. Mackenback J et al. ”Socioeconomic inequalities in health in Europe: An overview” i Mackenback J og Bakker M (red.): Reducing inequalities in health: A European perspective, Routledge, 2002, s. 3-24.

deltagerne, men de er suppleret af observationer fra møderne, hvor dette er fundet relevant. Sidst i afsnittene er der desuden suppleret med citater fra interviews med sundhedsformidlerne. Vi er opmærksomme på, at disse citater spiller en anden rolle, idet de er sundhedsformidlernes fortolkning af deltageres opfattelser – hvor citater fra deltagerne er deltageres egne ytringer. Citaterne og oplysningerne fra sundhedsformidlerne skal derfor kun ses som et supplement til deltageres udsagn og observationerne af møderne.

I analysen er der fremkommet to aspekter af det at være ”peer”. Den ene del vedrører konkrete fællestræk eller lighed på baggrund af tre forhold, nemlig kendskab til deltageres hverdagspraksisser, køn og alder. Dette påvirker den anden del, som er den tillid og forståelse, deltagerne oplever at få fra sundhedsformidleren. Dette kan illustreres ved nedenstående model:



De følgende underafsnit indeholder en analyse af de nævnte lighedsaspekter og en vurdering af sammenhængen med den tillid og forståelse, deltagerne oplever.

6.2.1 Kendskab til deltageres hverdagspraksisser

Sundhedsformidlerne har den fordel, at de selv har en anden etnisk baggrund end dansk. Det nævnes af deltagerne som værende vigtigt, at sundhedsformidleren kender deres hverdagspraksisser og traditioner og kan relatere sig hertil. En deltager siger:

”Det er meget fint, der kommer en kvinde med anden etnisk baggrund. Hun har samme forståelse, hun kan godt nævne nogle ting, som de har hjemme hos os. Hun kender vores vaner, hun kender vores tradition. Andre kender ikke detaljerne” (D3)

En anden deltager udtrykker ligeledes dette og kommer samtidig ind på, at selvom sundhedsformidleren ikke kommer fra samme land som deltageren selv, kan traditioner og vaner være overlappende, og forståelsen stadig tilstede:

”Hun forstår min kultur, det er arabisk land, lidt forskellig kultur, men også det samme. Hun forstår for eksempel hvilken mad vi spiser, hun forklarer på den måde, hun kender værdierne” (D6)

Det er vigtigt for deltagerne, at de føler sig forstået, og at sundhedsformidleren kan relatere sig til deres liv. En deltager siger:

”Hun prøver at forklare, hvordan vi laver vores mad. Hun siger ikke, jeg skal kun spise for eksempel couscous. Hun kender de grøntsager, vi bruger”(D1)

På flere af møderne er det ligeledes observeret, hvordan sundhedsformidlerne i deres formidling bruger deres kendskab til deltageres hverdag. På et møde om tandsundhed blev der eksempelvis fortalt om en miswah (en speciel pind indeholdende fluor, som i nogle arabiske og mellemøstlige lande bruges som en slags tandbørste) (M10). På andre møder er sundhedsformidleren kommet ind på, at man hos halalslagtere godt kan købe kød med mindre fedt, hvis blot man spørger om det, og hvordan man kan tilsætte mindre fedt og bruge mere fiberholdigt mel end hvedemel i tilberedningen af chapatis⁸ (M2, M3, M4 og M7).

Det, at man har en anden etnisk baggrund, er imidlertid ikke garanti for, at man kender madvanerne hos deltagerne. På et møde, hvor sundhedsformidleren kom fra Pakistan, og deltagerne kom fra arabisktalende lande, var det svært for sundhedsformidleren at bruge eksempler på retter, som deltagerne kendte fra deres hverdag. Eksemplerne var derfor til tider ikke relevante for deltagerne. Denne observation peger på, at blot fordi en sundhedsformidler har etnisk minoritetsbaggrund, betyder det ikke nødvendigvis, at vedkommende kan bruge eksempler, der opleves som relevante for deltagerne. Det, at sundhedsformidlerne kommer fra samme land eller region, vurderes at øge sandsynligheden for, at sundhedsformidleren har kendskab til deltageres hverdagspraksisser.

Det kendskab til deltageres hverdagspraksisser, som sundhedsformidleren kan have qua sin etniske baggrund, er i høj grad med til at skabe tillid hos deltagerne. En deltager udtrykker det således:

”Det er rart, hun kan give nogle eksempler fra os, fordi hun er etnisk. Også etniske kvinder bliver trygge, når det er en etnisk, der giver oplysninger [...]. Vi bliver ikke generte for at stille spørgsmål. Hvis [det er en] dansker, bliver vi generte” (D2)

Tilliden kan altså give en tryghed, der gør kontakten eller dialogen mellem deltagere og sundhedsformidler bedre og mere dynamisk. Denne tendens er ligeledes blevet observeret på møderne. Flere af deltagerne har givet udtryk for, at de sætter pris på, at sundhedsformidleren har kendskab til deres liv (M7). Dette er også kommet til udtryk ved, at deltagerne efter mødet eller i pausen gik i yderligere dialog med sundhedsformidleren om emnet, og flere gange fik sundhedsformidleren et stort knus af nogle af deltagerne (M2, M3, M7 og M10).

I interviewene med sundhedsformidlerne er vigtigheden af forståelsen også kommet frem. En sundhedsformidler, der lægger vægt på den respekt, den gensidige forståelse giver, siger:

⁸ En slags madbrød, der er en del af mange mellemøstlige og sydasiatiske madtraditioner

”Jeg føler en form for connection. Så det er ligesom, jeg forstår dem. Den verden har jeg selv været inde i, så det føles ikke, som om de er ynkelige eller et eller andet” (SF2)

Samme sundhedsformidler udtrykker også, at hun bruger sit kulturkendskab i formidlingen, ved at bruge humor. Hun siger:

” ...brug et eller andet kulturelt, som jeg ved, er acceptabelt at grine af [...]. Jeg prøver at tage noget frem, som jeg ved, de genkender, og så griner de med, og så når man har grint af noget sammen, så er man lige pludselig en del af dem” (SF2)

Brug af humor, der er genkendelig for deltagerne, kan altså hjælpe med til, at der skabes et bånd eller en samhørighed mellem sundhedsformidleren og deltagerne.

6.2.2 Køn

Et andet lighedstegn, der har betydning for sundhedsformidlingsmøderne, er køn. Køn synes at være en vigtig faktor for, hvorvidt deltagerne oplever sundhedsformidleren som ”peer”.

En del af forklaringen på, at deltagerne i højere grad oplever en sundhedsformidler med samme køn som ”peer”, kan ifølge en deltager findes i traditioner om kønsopdeling i deltagerens hverdagsliv. Hun siger:

”Vi kommer fra en kultur med grænser mellem kvinde og mand, det findes ikke i Danmark” (D6)

En anden deltager uddyber det på denne måde:

”Den gruppe af kvinder, de vil ikke have en mand, de vil have en kvinde. De snakker mere så, spørger. Det er mere trygt” (D1)

Sundhedsformidlerens køn kan således være med til at skabe en tryghed og tillid, der bedrer kontakten med deltagerne.

Det er dog ikke alle deltagere, der oplever, at en sundhedsformidler af samme køn influerer på, hvor meget de tør gå i dialog og interagere med sundhedsformidleren. En kvindelig deltager siger om de øvrige kvindelige deltagere:

”For dem [de andre deltagere] er en mand ikke godt, jeg personligt er ligeglad” (D1)

Interviewene med sundhedsformidlerne indikerer, at sundhedsformidlerne oplever det, at de har samme køn som deltagerne, som en væsentlig faktor for formidlingen. En kvindelig sundhedsformidler siger om deltagerne, når de kun er kvinder:

”Jeg kan bare mærke, at de er mere afslappede i målgruppen, og at de tør spørge om mere, måske fordi det kun er kvinder” (SF3)

6.2.3 Alder

Alder nævnes ofte i litteraturen som centralt for, at en person opfattes som ”peer”, da mange ”peer education”-indsatser er ung-til-ung-indsatser og dermed er baserede på lighed på baggrund af alder. I denne evaluering har det vist sig at være en faktor, som ikke er blevet fremhævet af deltagerne selv, men kun af en enkelt sundhedsformidler. Hun siger:

”Hvis det er en gruppe, sådan rimelig jævnaldrende kvinder, så synes jeg, så bliver det nærmest mere et intimt møde, hvor de spørger [...]. Så det ikke kun mig, der underviser, så er vi nærmest ligeværdige” (SF3)

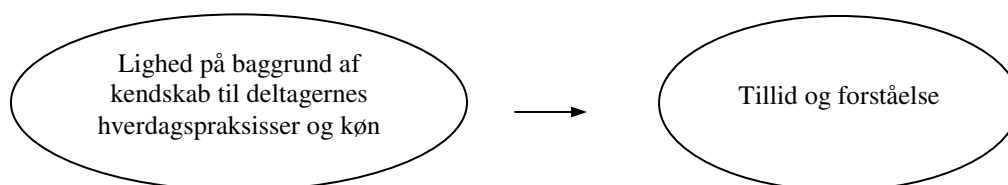
Samme sundhedsformidler, der er i 20’erne, udtrykker, at det kan være sværere at skabe kontakt eller dialog i en situation, hvor aldersforskellen er stor. Hun siger om kontakten til og dialogen med deltagerne:

”Hvis det er sådan nogen på 50-60 år eller deromkring, så kan det godt være svært” (SF3)

Alder er altså ikke fundet at være væsentligt for, at deltagerne oplever sundhedsformidleren som ”peer”, men det er muligt, at fællestræk på baggrund af alder kan medvirke til, at kontakten og dialogen mellem deltager og sundhedsformidler bliver bedre.

6.2.4 Opsummering

I analysen af hvilke faktorer, der af deltagerne opfattes som centrale for, at de oplever sundhedsformidleren som ”peer”, har særligt kendskab til deltagerens hverdagspraksisser baseret på fælles etnisk minoritetsbaggrund vist sig centralt. Deltagerne sætter pris på, når sundhedsformidleren kender til deres traditioner, værdier og vaner og kan give relevante eksempler fra deres hverdag, eksempelvis deres madkultur. Dette opnås ofte, men ikke altid, i sundhedsformidlermøderne. At sundhedsformidleren har samme køn som deltagerne er ligeledes fundet at kunne influere deltagerens oplevelse af sundhedsformidleren som ”peer”. Dette er imidlertid ikke entydigt, og for nogle deltagere er kønsopdelingen ikke relevant. Alder er i evalueringen her ikke fundet at være en afgørende faktor for, at deltagerne opfatter sundhedsformidleren som ”peer”.



Kendskab til deltagerens hverdagspraksisser ud fra fælles etnisk minoritetsbaggrund samt køn synes således at være de to vigtigste faktorer for, om deltagerne oplever lighed med sundhedsformidleren. Har deltagerne denne opfattelse af lighed, synes kontakten

mellem deltagere og sundhedsformidler at blive bedre i form af øget tillid til sundhedsformidleren og en oplevelse af, at sundhedsformidleren bedre forstår en. Dette vil ifølge teorien om "peer education" influere positivt på modtagelsen af budskabet.

Det skal her nævnes, at det ikke i denne evaluering er undersøgt, hvilken betydning fællesskab på baggrund af modersmål har for deltagernes oplevelse af sundhedsformidlerne som "peers". Dette skyldes, at vi i denne evaluering næsten udelukkende har fokuseret på møder på dansk. Det er dog muligt, at møder, der foregår på deltagernes modersmål, kan skabe en opfattelse blandt deltagerne om yderligere lighed med sundhedsformidleren og dermed forstærke tillidsforholdet og følelsen af at blive forstået og dermed også forstærke modtagelsen af det sundhedsbudskab, sundhedsformidleren formidler.

6.3 Formidling

Formidlingen af sundhedsemner er central for, at budskabet bliver hørt og modtaget. Vores primære formål har ikke været at undersøge selve formidlingen – udover når den vedrører deltagernes opfattelser af sundhedsformidleren som "peer" samt den faktuelle vidensformidling og metoder til styrkelse af self-efficacy – men der er i analysen af interviewene og observationerne kommet flere relevante pointer frem om det mere formidlingsrelaterede, som vi har fundet væsentlige at beskrive. Disse er inddelt i to aspekter af formidlingen, nemlig de visuelle virkemidler og sproget. De to aspekter er beskrevet i de følgende afsnit.

6.3.1 Visuelle virkemidler

En god måde at få en bedre kontakt til deltagerne på kan være ved brug af forskellige visuelle virkemidler. De visuelle hjælpemidler synes at understøtte kontakten og gøre, at formidlingen bliver mere konkret, spændende og nemmere at relatere sig til. En sundhedsformidler fortæller om et møde om tandsundhed:

"De prøvede virkelig at holde den [tandbørsten] i hånden, og jeg viste dem, hvordan de børster egne og deres børns tænder, og så fortæller jeg ud fra det"
(SF1)

På mange af møderne benytter sundhedsformidlerne sig af overheads, og formidlingen er ofte bygget op omkring disse. Mængden af benyttede overheads er meget forskellig fra sundhedsformidler til sundhedsformidler og fra møde til møde. Enkelte sundhedsformidlere forklarede på de observerede møder dog ikke overheadene tilstrækkeligt til, at deltagerne forstod budskabet i overheadene. Dette synes især at gælde de mindre rutinerede sundhedsformidlere, der kan virke så ivrige efter at vise alle de gode eksempler, de har på overheadene, at det kommer til at gå for hurtigt, og de glemmer at fortælle, hvad man ser på overheadene (M3, M4, M5). Ofte kommer deltagerne også med kommentarer til de præsenterede overheads. Ved et møde var der en deltager, der udbrød "hvor klamt at se det på den måde", da hun så en overhead, der ved hjælp af fotos med bægre af olie illustrerer hvor meget fedt, der er i hakket oksekød alt efter fedtprocenten (M3).

På flere af møderne blev der delt pjecer ud for at understøtte den viden, der mundtlig blev videreformidlet. Dette er som udgangspunkt en god ide, hvilket en (veluddannet) deltager også har kommenteret:

”Jeg har altid den holdning, når man holder oplæg, skal man altid have noget med, der kan tages med hjem. Når man sidder til et foredrag, og man går hjem, så glemmer man det senere, hvis man har denne her [pjece] på skrift, så kan man komme tilbage” (D6)

Det er dog ikke altid, at pjecerne deles ud med en tilhørende introduktion og forklaring, måske fordi sundhedsformidlerne ikke selv er godt nok hjemme i det præcise indhold i pjecen (M4). Det er vores vurdering, at de mere rutinerede sundhedsformidlere er mere selektive og reflekterede over deres brug af pjecerne.

6.3.2 Sprogets betydning for formidlingen

Sprog er et middel til at kommunikere, og i ”Sundhed på dit sprog” er sprogene mange, sprogkunderskaberne meget forskellige, og sproget spiller derfor en særlig rolle. Sproget er centralt for forståelsen og derved modtagelsen af budskabet. En sundhedsformidler udtrykker:

”Det er ikke så meget, at jeg gør det på det sprog [modersmålet], det er mere at de forstår budskabet” (SF2)

Flere deltagere giver også udtryk for, at det er forståelsen af sproget, der er det vigtige. Det synes betydningsfuldt for deltagerne, at hvis formidlingen foregår på dansk, er det vigtigt, at sundhedsformidleren i et vist omfang kan oversætte enkelte ord eller forklare ting, som deltagerne ikke forstår, til deres eget sprog. To deltagere siger:

”Hvis der er nogle ting man ikke forstår, kan hun forklare på arabisk, det er vigtigt” (D6) – og

”Hvis du ikke kan dansk, kan du fortsætte på arabisk” (D2)

En tredje deltager, hvis modersmål er urdu, nævner ligeledes vigtigheden af, at deltagerne forstår, hvad der bliver sagt, for at de får mest muligt ud af mødet. Deltageren siger:

”Hvis hun [sundhedsformidleren] fortæller på urdu, kunne de forstå meget bedre end de kunne på dansk” (D3)

Der er dog også deltagere med et nogenlunde danskniveau, der udtrykker ønske om, at møderne foregår på dansk (M8).

Flere af de møder, der er observeret på, illustrerer også, at det på møder på dansk hjælper interaktionen og kontakten til deltagerne, hvis sundhedsformidleren kan oversætte enkelte ord til deltagerens modersmål, eller hvis deltagerne kan blande deres danske med deres modersmål (M1, M7, M9 og M10). Spørgsmålet bliver, om

forståelsen af budskabet bliver bedre, hvis møderne foregår på deltagernes modersmål frem for dansk – ikke blot af forståelsesmæssige årsager, men også fordi dette kan være med til at skabe en øget tillid og forståelse fra deltagernes side. En sundhedsformidler med tyrkisk baggrund udtrykker:

”Især hvis jeg også taler tyrkisk, så synes jeg, der er en større tillid, så tør de også spørge om mere” (SF3)

Dette citat indikerer, at sproget ikke kun virker ved en kommunikativ effekt, men i sig selv er med til at øge tillidsforholdet til deltagerne og derved formidlingens effekt.

På trods af, at flere af sundhedsformidlerne på møderne både taler dansk og et eller flere andre sprog, kan der alligevel være en sprogmæssig barriere til deltagerne. Hvis deltagerne ikke forstår, hvad der bliver sagt, kan det skabe hvisken i krogene og koncentrationsbesvær (M2, M5). Det centrale er derfor ikke nødvendigvis, om undervisningen foregår på dansk eller et andet sprog, men at deltagerne har tilstrækkeligt fortrolighed med det sprog, der formidles på, til at indgå i dialog og interaktion.

6.3.3 Opsummering

Sundhedsformidlerne benytter sig af visuelle hjælpemidler (fx overheads, pjecer, plastiktandsæt mm.) i formidlingen. De rutinerede sundhedsformidlere synes generelt at være bedre til at bruge disse som en reel støtte i formidlingen, mens de mindre rutinerede oftere eksempelvis ikke forklarer billeder på overheadene godt nok og deler pjecer ud uden tilstrækkelig introduktion og forklaring. Deltagerne synes at sætte pris på de forskellige visuelle hjælpemidler, idet de er med til at illustrere pointerne på en mere konkret måde. Det er desuden fundet, at det centrale for formidlingen er, at deltagerne har tilstrækkelige danskundskaber til at forstå budskabet og kunne indgå aktivt i en dialog og interaktion. Hvis deltagernes danskniveau er dårligt eller middelgodt, er det en fordel, at mødet foregår på deres modersmål, eller at sundhedsformidleren kan oversætte ord fra dansk til modersmålet, således at deltagerne stadig forstår budskabet og ikke mister koncentrationen fordi de vanskeligt forstår, hvad der bliver sagt.

6.4 Determinanter for ændring i sundhedsadfærd

Dette afsnit handler om, hvordan de determinanter, der blev beskrevet på baggrund af sundhedsadfærdsændringsmodellerne, bliver adresseret under sundhedsformidlingsmøderne. Der fokuseres på den faktuelle information, som deltagerne modtager, samt på måder til at opbygge deltagernes self-efficacy. Analysen er hovedsageligt blevet udført på baggrund af observationerne, men der er suppleret med citater fra interviewene.

6.4.1 Faktuel information

Observationerne af sundhedsformidlermøderne viser, at der generelt sker en formidling af faktuel information om sund og usund sundhedsadfærd samt disses konsekvenser for

sundheden. Der er fokuseret på, om der formidles, hvad der er sundt, og hvorfor det er godt at leve sundt.

Sundhedsformidlerne har hjemmefra typisk forberedt et oplæg, der omhandler, hvad sund levevis består i, og hvorfor det er sundt for kroppen. Alle sundhedsformidlere har generelt godt styr på det faglige og er gode til at komme rundt om emnet. Yderligere er sundhedsformidlerne også gode til at koble det emne, de formidler om, sammen med andre emner om sundhed, og til at besvare spørgsmål, der rækker ud over emnet.

Der kan dog til tider være en smule usikkerhed i sundhedsformidlernes viden. I denne forbindelse kan der opstå situationer, hvor der bliver svaret for unuanceret og med risiko for, at den viden, der bliver videreformidlet, er forkert. Eksempelvis blev der til et møde stillet spørgsmål om, om det ikke var farligt med for meget D-vitamin (M3).

Sundhedsformidleren svarede her, at man ikke skal være bange for at indtage for meget D-vitamin – hvilket for så vidt er korrekt, men reelt kan man jo få for meget D-vitamin, det kræver bare rigtig høje doser. Nogle af sundhedsformidlerne oplever det som uprofessionelt ikke at kunne svare på de stillede spørgsmål, også selvom de er i tvivl om korrektheden i detaljerne af svaret. Et andet sted, hvor sundhedsformidlernes viden til tider kunne være bedre, er i forklaringen af, hvorfor noget er sundt. Det er svært kort og præcist at forklare mekanismen bag en given sundhedsadfærd, så deltagerne forstår det, uden det bliver for kompliceret og detaljeret, for eksempel hvorfor det er vigtigt at indtage kalk og D-vitamin sammen.

Sundhedsformidlermøderne er præget af stor heterogenitet i målgrupper, arenaer mv. Det er derfor vigtigt, at niveauet i undervisningen harmonerer med den aktuelle målgruppe. På et enkelt møde har vi oplevet, at niveauet i formidlingen var for lav, og en enkelt gang at niveauet var for højt. Hvor niveauet var for højt, var det imidlertid ikke en sundhedsformidler, men derimod en sygeplejerske fra stedet (sundhedscenteret), der formidlede denne del (M6). Stedet, hvor niveauet var for lavt, var et sted, hvor det var første gang, der kom en sundhedsformidler, og hvor kun ganske få fra den reelle målgruppe dukkede op. Det var derimod primært planlæggerne, der deltog, og de havde et væsentligt højere uddannelsesniveau end målgruppen. Det er dog vores indtryk, at niveauet i undervisningen oftest matcher målgruppen ret godt, og at sundhedsformidlerne generelt er gode til at afstemme niveauet efter deltagerne.

6.4.2 Styrkelse af deltagernes self-efficacy

Der er flere måder, hvorved et sundhedsformidlermøde kan tænkes at bidrage til styrkelse af deltagernes self-efficacy. Vi har observeret fire forskellige måder:

- konkrete handleanvisninger til, hvordan deltagerne kan leve sundt og sætte sig realistiske mål for et sundere liv i hverdagen
- fortælle om sundhedsformidlerens egne erfaringer med sundhedsadfærdsændringer
- gøre brug af konkrete øvelser
- gøre brug af deltagernes egne erfaringer med sundhedsadfærdsændringer

Handleanvisninger

Sundhedsformidlerne har i deres oplæg generelt indarbejdet eksempler, hvor de giver konkrete eksempler på, hvordan man kan ændre sin hverdag i en sundere retning. Handlingsanvisningerne omfatter eksempelvis, at man kan skifte fra hvidt til groft brød, og hvordan man kan spise mere fisk, selvom man ikke er så meget for fiskesmag. Sundhedsformidlerne er generelt også gode til at foreslå overkommelige ændringer, eksempelvis at man kan gå fra sødmælk over letmælk til skummetmælk, eller at man kan tage trappen i stedet for elevatoren. Dette kan styrke deltageres self-efficacy på den måde, at de herved får inspiration og konkrete råd til en ændring i adfærd, der ikke behøver at være svær og uoverkommelig. Nogle gange bliver eksemplerne imidlertid præsenteret af sundhedsformidleren uden ret meget dialog med deltagerne, og derfor stemmer de måske ikke overens med de barrierer, deltagerne oplever i hverdagen (M4). Især de rutinerede sundhedsformidlere er gode til at imødekomme dette ved at inddrage deltagerne og tage deres spørgsmål og eksempler ind i formidlingen og give konkrete anvisninger ud fra dette.

Sundhedsformidlerens erfaringer

En anden måde til styrkelse af deltagerens self-efficacy er ved, at sundhedsformidleren bruger eksempler fra sit eget liv. Nogle af sundhedsformidlerne gør dette, eksempelvis fortalte en sundhedsformidler om, hvordan hendes søn ikke brød sig om fisk, og efter at have prøvet forskellige slags fisk i madpakken, var det nu endelig lykkedes sundhedsformidleren at få hendes søn til at spise fisk (M4). Samme sundhedsformidler, der er overvægtig, fortalte, at hun ved de kostomlægninger, hun beskrev på mødet, havde tabt sig en del kilo, hvilket bevirkede, at deltagerne fortalte til observatøren, at budskabet mere virkede troværdigt. Eksempler som disse kan hjælpe deltagerne til at vurdere, at det rent faktisk kan lade sig gøre at ændre adfærd, hvilket er en styrkelse af deres self-efficacy. Eksemplerne på sundhedsformidlernes oplevelser med vanskeligheder og succeser fra egen sundhedsadfærd bliver således brugt på møderne. Det er imidlertid muligt, at dette element kan benyttes mere i sundhedsformidlermøderne.

Øvelser

En tredje måde at opbygge deltageres self-efficacy på, som er observeret på sundhedsformidlermøderne, er ved at sundhedsformidlerne laver konkrete øvelser med deltagerne, således at de får en fornemmelse af, at de kan udføre øvelsen. Øvelserne vedrører motion, hvor der blev lavet motionsøvelser til en arabisksproget motions-DVD, og der er vist en DVD om diabetes. Der er dog flere måder, man kunne lave forskellige øvelser med deltagerne på alt efter emne, eksempelvis praktisk madlavning, eller at deltagerne prøver at børste tænder på et stort plastiktandsæt.

Deltageres erfaringer, spørgsmål og kommentarer

Self-efficacy kan også styrkes ved, at deltagerne deler deres erfaringer, kommer med spørgsmål og kommentarer. For at dette lader sig gøre, er det vigtigt med kontakt og dialog med og mellem deltagerne.

De fleste møder er præget af meget interaktion, og denne fylder som regel mere end informationsgivningen. Interaktionen gør mødet mere dynamisk og får deltagerne til i højere grad at engagere sig og deltage mere i form af spørgsmål og kommentarer. Generelt er de mere rutinerede sundhedsformidlere bedre til at skabe en dialog og kontakt til deltagerne ved at få stillet spørgsmål og bruge den respons, der kommer fra deltagerne. Ligeledes synes de rutinerede sundhedsformidlerne at være bedre til at få deltagerne til at kommentere, spørge eller svare.

I interviewene med sundhedsformidlerne giver de udtryk for vigtigheden af at få skabt dialog for, at formidlingen fungerer bedst muligt, og budskabet bliver modtaget. En sundhedsformidler siger:

”Jeg synes, hvis der ikke er dialog til stede, er der et eller andet, der ikke fungerer rigtig [...] Jeg kan ikke lide, jeg bare går ud og fortæller og fortæller og fortæller. Folk giver ikke noget respons, det er ikke godt” (SF1)

Ligeledes fremhæves ikke kun samspillet mellem sundhedsformidleren og deltagerne, men også samspillet mellem de forskellige deltagere som en kvalitet. En sundhedsformidler udtrykker:

”Jeg prøver sådan altid at fremhæve og pingponge også med de andre, hvad siger du til hans spørgsmål, hvordan ville du have gjort og sådan, så der kommer et samspil mellem dem” (SF1)

En god kontakt til og interaktion med deltagerne er også kendetegnende ved, at deltagerne stiller spørgsmål til emnet og fortæller om deres egne erfaringer. Spørgsmålene og erfaringerne er en måde for sundhedsformidlerne at vide, at deltagerne lytter og har forstået budskabet. Som en sundhedsformidler siger:

”Hvis de stiller spørgsmål, hvis de deler deres personlige historie, så er de virkelig med, og så lytter de bagefter til hvad man siger” (SF3)

En anden sundhedsformidler udtrykker det således:

”Så spørger de ind til det og bliver mere og mere interesserede, og så hiver de en masse ting frem fra deres eget liv, som de spørger ind til. Så kan jeg se, de virkelig har forstået emnet” (SF2)

Dette citat fortæller også, at spørgsmål fra deltagerne kan være med til at generere mere interesse og engagement for emnet. Det, at deltagerne engagerer sig og deltager aktivt, kan tænkes at være medvirkende til, at de tænker mere over, hvad der bliver sagt, og får det sat ind i en ramme, der passer til deres hverdag. Derved styrkes deltagernes self-efficacy.

Den dynamik, som kontakten og dialogen med deltagerne skaber, kan til tider gøre, at der kommer spørgsmål, der falder uden for emneområdet. Sundhedsformidlerne er her generelt gode til at få svaret på disse spørgsmål på en god måde, men det kan for nogle

være svært at gøre det kort og få sporet formidlingen tilbage til emnet (M2, M5). Dynamikken i mødet og niveauet af deltagernes forståelse kan ligeledes betyde, at ikke hele emnet nås gennemgået. Dette kan skabe problemer for nogle sundhedsformidlere, der for hurtigt og overfladisk gennemgår det sidste (M3, M5). De mere rutinerede sundhedsformidlere er bedre til at erkende, at man i deltagerstyrede møder sjældent kan vurdere præcist hvor meget og hvilke dele af emnet, der kan nås gennemgået. De lægger i stedet vægt på, at deltagerne har forstået det, der er blevet gennemgået. En sundhedsformidler siger:

”Jeg vil gerne have, at de forstår, og det kan godt være, vi kun kommer gennem to kostråd [i stedet for alle otte], men hvis de vitterligt forstår det, så vil det give dem appetit til ligesom at komme videre” (SF 2)

6.4.3 Opsummering

Sundhedsformidlerne formidler i væsentlig grad faglig god faktuel information om sundhed, både omkring sund og usund levevis. De har generelt en bred og god faktuel, faglig viden, også om emner, der går ud over det, det konkrete møder handler om. Sundhedsformidtermøderne handler også styrkelse af deltagernes self-efficacy. Dette bliver på møderne adresseret på forskellige måder. Der bliver givet handlingsanvisninger fra sundhedsformidlernes side til, hvordan man med små ændringer kan påvirke sin sundhed. Nogle sundhedsformidlere kan imidlertid blive bedre til at gå mere i dialog med deltagerne, således at sandsynligheden øges for, at handlingsanvisningerne relaterer sig direkte til deltagernes liv. Yderligere bruger sundhedsformidlerne af og til eksempler fra deres eget liv, hvilket kan styrke deltagernes self-efficacy. Dette kunne imidlertid også gøres oftere. Self-efficacy vurderes desuden at kunne blive styrket ved, at sundhedsformidlerne laver konkrete øvelser med deltagerne, fx i form af motion. Endelig vurderes self-efficacy at kunne blive styrket ved, at sundhedsformidlerne har dialog og interaktion med deltagerne omkring deltagernes egne erfaringer, og de viser desuden på denne måde, at de har forstået budskabet. De rutinerede sundhedsformidlere synes i højere grad at inddrage deltagernes erfaringer end de mindre rutinerede.

7. Konklusion

I dette afsnit konkluderes der på evalueringens formål.

Monitorering af møder

Et af denne evalueringens overordnede formål er at bidrage til den fremtidige prioritering og fokusering i "Sundhed på dit sprog". Dette er bl.a. gjort ved en monitorering af omfanget og karakteren af sundhedsformidlermøderne i 2007.

Monitoreringen viser, at der i 2007 var afholdt 306 møder med et gennemsnitligt deltagerantal på 13,3. Næsten halvdelen af møderne foregik primært på dansk. Nogle sundhedsemner blev formidlet meget hyppigt (kost og motion), og andre forholdsvis sjældent (fx rygning). Der var også forskel på, hvor mange møder der var for hvert køn – blot 4% af møderne var særligt for mænd. Det var meget forskelligt, hvor mange møder hver enkelt sundhedsformidler var ude på. Især de mandlige sundhedsformidlere er kun blevet brugt i begrænset omfang, selvom de gerne ville bruges noget mere.

Deltagernes opfattelser af sundhedsformidlerne som "peers"

Evalueringen har også til formål at undersøge, hvordan deltagerne identificerer sig med sundhedsformidlerne, og om dette har betydning for kontakten mellem sundhedsformidleren og deltagerne.

Det er fundet, at deltagerne især opfatter sundhedsformidlerne som "peers", når disse har kendskab til deltagerne hverdagspraksisser ud fra fælles etnisk minoritetsbaggrund og viser dette kendskab. Deltagerne synes at få mere tillid til sundhedsformidleren og bedre føle sig forstået af sundhedsformidleren, hvis denne kender til deltagerne traditioner, værdier og vaner og kan give eksempler på muligheder for sundhedsadfærdsændringer, som passer ind i deltagerne hverdag (eksempelvis madretter). Køn er ligeledes fundet at være en vigtig faktor for, at deltagerne oplever sundhedsformidleren som "peer" og denne oplevelse kan også føre til bedre kontakt og tillid i mødet mellem deltager og sundhedsformidler. Dette er dog ikke entydigt, idet nogle deltagere ikke fandt kønsopdelingen relevant. Lighed på baggrund af alder er ikke fundet at være en afgørende faktor for, at deltagerne opfatter sundhedsformidleren som "peer".

Kendskab til deltagerne hverdagspraksisser og køn er således de to faktorer, der af deltagerne er italesat som værende vigtige for, at de oplever sundhedsformidleren som "peer". Dette gør, at deltagerne i højere grad stiller spørgsmål, fortæller om egne erfaringer og går i dialog med sundhedsformidleren, hvorved kontakten mellem deltager og sundhedsformidler bedres.

Formidling

Selvom det ikke har været systematisk i fokus for denne evaluering, viser observationer af sundhedsformidlermøderne, hvordan sundhedsformidlerne benytter sig af visuelle hjælpemidler (fx overheads, pjecer, DVD'er, plastiktandsæt mm.) i formidlingen, og om

deltagerne synes om brugen af virkemidlerne. De rutinerede sundhedsformidlere synes generelt at være bedre til at bruge virkemidlerne som en reel støtte i formidlingen, mens de mindre rutinerede oftere eksempelvis ikke forklarer billeder på overheadene tilstrækkeligt eller deler pjecer ud uden tilstrækkelig introduktion og forklaring. De forskellige visuelle hjælpemidler kan være nyttige i formidlingen, idet de er med til at illustrere pointer på en mere konkret måde og giver deltagerne læsestof og illustrationer til senere brug.

I evalueringen har vi kun interviewet deltagere, som har deltaget på møder på dansk, og vi har kun observeret på et enkelt møde, der foregik på deltagerens modersmål. Det har derfor ikke været muligt at vurdere de forskelle, der måtte være mellem møder på dansk og møder på modersmål. Det er imidlertid fundet, at deltagerne på nogle møder på dansk ikke har haft tilstrækkelige danskundskaber til at kunne indgå i dialog og interaktion.

Ændringer i sundhedsadfærd

Evalueringen havde ligeledes som formål, at vurdere hvad deltagerne synes at få ud af mødet i relation til deres sundhedsadfærd. Dette blev gjort indirekte ved at observere på vidensformidling og måder at styrke self-efficacy på under sundhedsformidlermøderne.

Sundhedsformidlerne formidler i væsentlig grad fagligt god, faktuel information om sundhed, både om hvad der er sund levevis, og hvad der er usund levevis. De har generelt en bred og god faktuel, faglig viden, også om emner, der går ud over det specifikke emne, der undervises i. Såfremt den faglige viden, der formidles på møderne, også fører til en reel forbedring af deltagerens viden om sund og usund adfærd, kan deltagelse influere på deltagerens sundhedsadfærd.

Sundhedsformidlermøderne kan også tænkes at influere på deltagerens sundhedsadfærd via en styrkelse af deltagerens self-efficacy. Dette bliver på møderne adresseret på forskellige måder. Der bliver givet handlingsanvisninger fra sundhedsformidlernes side på, hvordan man med små ændringer kan påvirke egen sundhed. Der kan dog være tilfælde, hvor handleanvisningerne ikke baseres på deltagerens italesatte barrierer for sundhedsadfærdsændringer, men derimod gives fra sundhedsformidlerne uden ret meget dialog med deltagerne. Yderligere bruger sundhedsformidlerne af og til eksempler fra deres eget liv (dette kunne imidlertid gøres oftere), og der bliver lavet konkrete øvelser med deltagerne, fx i form af motionsøvelser. Endelig er der ofte dialog og interaktion med deltagerne, hvor de fortæller om egne erfaringer og på denne måde endvidere viser, at de har forstået budskabet. De rutinerede sundhedsformidlere synes i højere grad end de nyuddannede at inddrage deltagerens erfaringer.

8. Diskussion

Deltagernes opfattelser af sundhedsformidleren som "peer"

Det er i evalueringen fundet, at sundhedsformidlernes kendskab til deltagernes hverdagspraksisser ud fra fælles etnisk minoritetsbaggrund og lighed mellem sundhedsformidler og deltager på baggrund af køn var vigtige faktorer for, at deltagerne oplevede sundhedsformidleren som "peer". Denne oplevelse af sundhedsformidlerne som "peers" vil ifølge litteraturen forbedre kontakten mellem deltager og sundhedsformidler og dermed forbedre deltagernes modtagelse af sundhedsbudskabet.

Denne konklusion er dog underlagt visse metodiske begrænsninger. Fra start ønskede vi en variation i, hvorfra interviewpersonerne blev rekrutteret i forhold til sundhedsemne, arena, kønsfordeling og sundhedsformidlerens køn. Dette lykkedes ikke til fulde af logistiske og tidsmæssige årsager samt grundet nogle deltageres ønske om ikke at blive interviewet. Interviewpersonerne er derfor hovedsagligt kvinder, kun en enkelt er mand, og han er tilmed grundet hans høje socioøkonomiske position ikke i den primære målgruppe for "Sundhed på dit sprog". Analyseresultaterne kan derfor ikke sige noget om, hvad der for de etniske minoritetsmænd er vigtigt for, at de oplever sundhedsformidleren som "peer". Sundhedsformidlerne på de møder, hvorfra der blev rekrutteret interviewpersoner, var desuden alle kvinder, hvilket gør det vanskeligt at sige noget om betydningen af en mandlig sundhedsformidler.

En anden begrænsning ved interviewene var, at interviewpersonerne kun blev rekrutteret fra møder, der foregik på dansk – igen grundet logistiske overvejelser samt manglende adgang til tolk. Dette betyder, at det i analysen ikke har været muligt at vurdere, om det sprog, sundhedsformidleren taler på mødet, influerer på, om deltageren oplever sundhedsformidleren som "peer". Netop sproget kan tænkes at være en vigtig faktor for, om deltageren oplever sundhedsformidleren som "peer".

Interviewene er foretaget med de deltagere, der snakker bedst dansk, idet interviewer kun snakker dansk, og det var ikke muligt at gøre brug af tolk. Vi har derfor ikke gennemført meningsfulde interviews med deltagere, som vanskeligt eller slet ikke taler dansk. Det kan imidlertid tænkes, at de, der taler dårligt dansk, i højere grad vil opleve sundhedsformidleren som "peer", hvis denne taler deres modersmål. Hvis dette gør sig gældende, vil den selektion, der er sket i interviewene, påvirke resultaterne af deltagernes oplevelse af sundhedsformidlerne som "peer" og derved reproducerbarheden. Det er derfor sandsynligt, at vi i denne evaluering undervurderer, i hvilken grad sundhedsformidlernes opfattes som "peers".

Der var flere spørgetekniske problemer i interviewene. Det viste sig svært at spørge ind til, hvordan deltagerne oplevede sundhedsformidlerne som "peers". Selvom deltagerne var udvalgt på baggrund af deres danskkundskaber, var det alligevel svært for dem at italesætte deres oplevelser og komme med nuancerede beskrivelser af noget så abstrakt som, hvilken betydning forskellige karakteristika ved en sundhedsformidler har for deres oplevelse med den konkrete sundhedsformidler.

Sundhedsadfærdsændringer som følge af deltagelse i sundhedsformidlermøder

Vi fandt ved observation af sundhedsformidlermøderne, at sundhedsformidlerne formidler faglig god faktisk information om sundhed. De har generelt en bred og god faktisk faglig viden også om emner, der går ud over det, det konkrete møde handler om. Ligeledes bliver der i sundhedsformidlermøderne adresseret måder til styrkelse af deltagerens self-efficacy gennem handleanvisninger, konkrete øvelser samt udveksling af sundhedsformidlerens og deltagerens egne erfaringer.

Observationerne blev udført for at vurdere, hvad deltagerne får ud af at deltage i et sundhedsformidlermøde i relation til deres sundhedsadfærd. Dette er imidlertid en indirekte metode til at vurdere dette, og det optimale ville have været at lave interviews med deltagerne gerne over tid, således at ændringer kunne følges. Dette var ikke muligt i denne evaluering, og i stedet blev der i observationerne taget udgangspunkt i to sundhedsadfærdsmodeller. Disse modeller retter fokus mod to centrale elementer for bedret sundhedsadfærd – og dermed sundhed – nemlig faktisk viden og self-efficacy. Vi kiggede derfor i observationerne efter, hvilken faktisk vidensformidling, der blev givet på møderne, samt hvordan møderne kunne tænkes at styrke deltagerens self-efficacy. Vi kan dog ikke vide om den viden, der bliver givet, og om de måder til at styrke self-efficacy på, rent faktisk internaliseres hos deltagerne og derved bidrager til øget viden og styrket self-efficacy, og om denne øgede viden og styrkede self-efficacy bidrager til forbedring af sundhedsadfærd.

Vi valgte at tage udgangspunkt i to sundhedsadfærdsmodeller, nemlig health belief model og social learning theory, da vi vurderede, at disse bedst kunne sige noget om sundhedsformidlingsmøderne. Disse modeller adresserer også andre determinanter for ændring i sundhedsadfærd end dem, som vi har fundet i analysen. Vi kunne også have taget udgangspunkt i andre sundhedsadfærdsmodeller, og fokus ville derved måske have været et andet. De to faktorer (faktuel viden og self-efficacy), vi primært har koncentreret os om i analysen, skal derved ikke forstås som de eneste måder, hvorpå deltagelse i sundhedsformidlermøderne kan tænkes at forbedre sundhedsadfærden.

Desuden er der ikke blevet observeret møder, der dækker hele spektret af møderne i ”Sundhed på dit sprog”, og den fulde kompleksitet af møderne fremgår derfor ikke af denne evaluering. Der er således kun observeret på et enkelt møde med en mandlig sundhedsformidler, kun observeret et begrænset antal mandlige deltagere samt kun et enkelt møde på deltagerens modersmål.

9. Anbefalinger

Dette afsnit indeholder anbefalinger til, hvordan den fremtidige indsats i ”Sundhed på dit sprog” kan fokuseres og prioriteres, samt hvordan indsatsen fremover kan evalueres.

9.1 Anbefalinger til den fremtidige indsats i ”Sundhed på dit sprog”

Flere sundhedsformidlermøder for mænd

I foråret 2007 var der fokus på at uddanne flere mandlige sundhedsformidlere, da man anså det som vigtigt at komme mere i kontakt med mænd med anden etnisk baggrund end dansk, da sundhedstilstanden på nogle områder er dårligere hos denne målgruppe. Det er derfor paradoksalt, at der i 2007 har været så få møder med mandlige sundhedsformidlere, især da de gerne vil ud og formidle. Det anbefales derfor, at der i 2008 gøres en målrettet indsats for at få fora med mange etniske minoritetsmænd til at benytte sig af ”Sundhed på dit sprog”.

Overvej fordelingen af sundhedsemner

Monitoreringen viste, at sundhedsformidlermøderne i over 60% af tilfældene omhandlede kost og/eller motion, mens andre sundhedsemner, fx rygning, ikke blev formidlet på ret mange møder. Det anbefales derfor at overveje, om der skal gøres en særlig indsats for at ændre fordelingen af sundhedsemner på møderne, eksempelvis ved at lave en målrettet indsats for at få flere møder om rygning.

Overvej at fokusere mere på forløb af møder frem for enkeltstående møder

I øjeblikket foregår en del af sundhedsformidlermøderne som forløb, hvor deltagerne deltager i flere møder over eksempelvis en måned. Det bør derfor overvejes, om der bør være mere fokus på forløb – og om det burde undersøges, om forløb er at foretrække frem for enkeltstående møder. Det kunne desuden undersøges, hvordan disse forløb i så fald bedst muligt strikkes sammen.

Begræns møder på dansk, hvis deltagerne ikke taler og forstår tilstrækkeligt dansk

Omkring halvdelen af møderne foregik i 2007 på dansk. Dette synes at fungere fint, når deltagerne har tilstrækkelige danskundskaber til aktivt at kunne deltage i møderne. Det anbefales derfor at stille højere krav til deltagernes danskniveau, såfremt møderne skal foregå på dansk.

Udvid antallet af observationer

Observationerne af sundhedsformidlermøderne fungerede udover som empiri til evalueringen også som en kvalitetssikring af sundhedsformidlermøderne. Observationerne gav os bedre viden om, hvordan møderne foregår, og om de lever op til det, der forventes. Ligeledes gav det os mulighed for at give feedback til sundhedsformidlerne om, hvad de gjorde godt, og hvad de kunne gøre bedre fremover, hvilket ligeledes er med til at øge kvaliteten af møderne. Sundhedsformidlerne gav desuden udtryk for, at denne feedback var ønsket. Det anbefales derfor, at der i 2008 gennemføres flere observationer, således at kvalitetssikringen øges.

Arbejd med sundhedsformidlernes formidlingskompetencer

Evalueringen peger på, at de erfarne sundhedsformidlere synes at være bedre til at formidle end de mindre erfarne. Folkesundhed København bør derfor fokusere på at styrke sundhedsformidlernes formidlingskompetencer, eventuelt ved at de mere erfarne sundhedsformidlere i højere grad eller mere systematisk fungerer som sparringspartnere.

9.2 Anbefalinger til fremtidige evalueringer af ”Sundhed på dit sprog”

Vi har med denne evaluering fået erfaringer med nogle metoder til evaluering af ”Sundhed på dit sprog”. De væsentligste erfaringer vedrører:

Tolke eller tosprogede interviewere / observatører

Vi har i denne evaluering ikke kunnet indhente perspektiver og erfaringer fra deltagere, hvis danskkundskaber er begrænsede. Netop denne målgruppe er væsentlig, idet den har væsentlig dårligere adgang til information, dialog og praktik sammenlignet med etniske minoritetsborgere med gode danskkundskaber. Desuden har vi i denne evaluering heller ikke kunnet undersøge forskellene mellem møder på dansk og på deltagernes modersmål. Tolke eller tosprogede interviewere er af disse to årsager nødvendige i kommende evalueringer.

Eksterne evaluatører

En ekstern evaluering vil kun i begrænset omfang være præget af projektgruppens forståelser af deres projekt. Egevalueringer er – på trods af, at evaluatørerne gør sig umage – altid begrænsede af, at evaluatør udover at evaluere også har planlagt og gennemført selve indsatsen. En kommende, ekstern evaluering kunne eksempelvis omhandle den pædagogiske læring, som sker i et sundhedsformidlermøde ved at fokusere på, hvordan self-efficacy (handlekompetence) kan styrkes – og eventuelt sammenholde dette med, hvordan andre indsatser i Folkesundhed København arbejder med at styrke self-efficacy. En sådan evaluering kunne med fordel foretages af DPU eller andre med forskningsmæssige, pædagogiske kompetencer.

Ideer til fokuspunkter for kommende evalueringer

Evalueringen har medført, at vi som evaluatører og projektgruppe har identificeret spørgsmål, som kommende evalueringer kunne hjælpe med at give svar på for at forbedre indsatsen ”Sundhed på dit sprog”. Spørgsmålene har vi listet her:

1. Hvordan adskiller møder på deltagernes modersmål sig fra møder på dansk i forhold til påvirkning af (determinanter for) deltagernes sundhedsadfærd? Hvordan er denne påvirkning for deltagere, der forstår nogenlunde dansk sammenlignet med deltagere, der kun i begrænset omfang forstår dansk?
2. Påvirker deltagelse i sundhedsformidlermøder ikke blot determinanter for sundhedsadfærdsændringer men også direkte ændringer i sundhed eller sundhedsadfærd (kræver før- og eftermålinger af sundhedsadfærd og helbredsmålinger)?

3. Bør Folkesundhed København fremover mere eksplicit prioritere møderækker frem for enkeltstående møder? Hvordan kan man i så fald skabe en møderække, der giver størst mulig forbedring af deltagernes sundhed ud fra den omkostning, der er forbundet med gennemførelsen af møderækken?
4. Hvad skal der til, for at nå mændene bedre? Er der særlige behov eller ønsker til sundhedsformidlermøder fra mænd?
5. Er der særlige grupper blandt målgruppen for ”Sundhed på dit sprog”, som får mere ud af indsatsen end andre eller som har større behov end andre, og som burde prioriteres frem for andre grupper? Det kunne eksempelvis være grupper defineret ud fra socioøkonomiske karakteristika.

Litteraturliste

Litteratur brugt i afsnit 4

Elder JP et al. *Theories and Intervention Approaches to Health-Behaviour Change*, <http://www.cacr.ca/news/2002/0212elder.htm>, 2003 (adapted from: Theories and intervention approaches to health behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine* 1999;17 (4):275-284))

Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*. McGraw-Hill, 1999.

Hjerterehabiliteringen, Bispebjerg Hospital. *Hjerterehabilitering. Rationale, arbejdsmetode og erfaringer fra Bispebjerg Hospital*. 2003.

Mæland JG. *Forebyggende helsearbejd – i teori og praksis*. Universitetsforlaget 2002.

Villadsen B, Faurschou P. Patientundervisning skal forankres teoretisk. I: *Sygeplejersken* 2007(5):40-4.

Litteratur brugt i afsnit 5

Backett-Milburn K, Wilson S. *Understanding peer education: insights from a process evaluation*. *Health Education Research* 2000 (15): 85-96.

Oldenburg B and Parcel: *Diffusion of Innovations I*: Glanz et al. *Health, Behavior and Health Education, Theory, Research, and Practice* 2002: 312-334

Kiger H. *Outreach to Multiethnic, Multicultural, and Multilingual Women for Breast Cancer and Cervical Cancer Education and Screening*. *Fam Community Health* 2003 (26): 307-318

Kocken PL. *Health promotion in migrants and older adults*. Universiteit Maastricht 2000

Kocken P et al. *Effects of peer-led AIDS education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in The Netherlands*. *European Journal of Public health* 2001 (11): 153-159

Reijneveld SA et al. *Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomised controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over*. *J. Epidemiol. Community Health* 2003 (57): 405-411.

Shiner M. *Defining peer education*. *Journal of Adolescence* 1999 (22): 555-566.

Stakic S et al. *Peer Education within a Frame of Theories and Models of Behaviour Change*. *Entre Nous* 2003 (53): 1-27.

Strange V et al. *Peer-led sex education – characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme*. *Health Education Research* 2002 (17): 327-337.

Turner G and Shepherd J. *A method in search of a theory: peer education and health promotion*. *Health Education Research* 1999 (14): 235-247.

Bilag 1: Oversigt over observationer

Mødenummer	Emne	Sted	Sundhedsformidlers køn	Årstal for uddannelse til sundhedsformidler	Sprog	Målgruppe	Antal interview-personer
1	Rygning	Værested	Mand	2005	Dansk/ Arabisk	Mænd og kvinder	
2	Motion og Livsstil	Sprogskole	Kvinde	2007	Dansk	Kvinder	2
3	Kost og motion	Forening	Kvinde	2007	Dansk	Mænd og kvinder	2
4	Kost	Forening	Kvinde	2007	Dansk	Kvinder	
5	Kost og motion	Værested	Kvinde	2007	Dansk	Kvinder	
6	Diabetes	Sundhedscenter	2 kvinder	2007	Dansk	Kvinder	
7	Kost	Værested	Kvinde	2007	Dansk	Kvinder	2
8	Motion og bækkenbundstræning	Sprogskole	Kvinde	2005	Arabisk	Kvinder	
9	Stand med madpakker ("Sunde småbørn")	Børnehave	1 mand og 1 kvinde	2005 og 2007	Dansk og tyrkisk	Mænd og kvinder	
10	Tandsundhed	Værested	Kvinde	2005	Dansk	Kvinder	1

Bilag 2: Observationskema (ved møde 10)

(skemaet her er pladmæssigt reduceret i forhold til det skema, der blev benyttet)

Udfyldes efter sundhedsformidlermødet:

Sted:

Dato:

Antal deltagere:

Emne/tema:

Sundhedsformidler:

Sprog:

Observatør:

Mødets opbygning ift. ”information fra sundhedsformidleren” og ”interaktion” mellem deltagere og sundhedsformidler

- Information først, interaktion bagefter ELLER det skiftede meget mellem information og interaktion
- Interaktionen fyldte mere end informationen ELLER informationen fyldte mere end interaktionen
- Uddybning:

Kommentarer / resume:

Tilbage melding til sundhedsformidleren:

Udfyldes under mødet

”Information fra sundhedsformidleren”		”Interaktion”	
Viden/fakta (årsager og konsekvenser – <u>hvad</u> er sundt, og <u>hvorfor</u> er det godt at leve sundt)	Handlingsanvisninger (<u>hvordan</u> kan man leve sundt, realistiske mål i hverdagen)	Sundhedsformidler (kropssprog, åbne spørgsmål, respons på reaktioner fra deltagerne)	Deltagere (kropssprog, spørgsmål, kommentarer) – husk deltager nummer

Bilag 3: Oversigt over interviewpersoner

Sundhedsformidlere

Interviewperson	Årstal for uddannelse til sundhedsformidler	Sundhedsformidlers køn
S1	2005	Mand
S2	2005	Kvinde
S3	2007	Kvinde

Deltagere

Interviewperson	Køn	Alder	Hjemland	Arbejde	Gift og børn	Antal år i Danmark
D1	Kvinde	Ca. 50 år	Marokko, fra landet	Ingen uddannelse, tidligere rengøringsassistent, nu nedslidt	Gift, ingen hjemmeboende børn	20 år
D2	Kvinde	50 år	Marokko	Ikke i arbejde	Fraskilt, 3 hjemmeboende børn	17 år
D3	Mand	Ca. 50 år	Irak	Uddannet journalist, arbejder som kulturkoordinator	Fraskilt, 2 børn	15 år
D4	Kvinde	37 år	Tyrkiet	Ikke i arbejde	Gift og har 3hjemmeboende børn	20 år
D5	Kvinde	53 år	Pakistan	Ikke i arbejde, tidligere stuepige, nu nedslidt	Gift	20 år
D6	Kvinde	Ca. 40 år	Palæstina / Syrien	Pædagog, arbejder ind imellem	Gift, 6 hjemmeboende børn	20 år
D7	Kvinde	Ca. 50 år	Pakistan	Arbejder ikke	Gift, 1 hjemmeboende barn	21 år

Bilag 4: Interviewguide, deltagere

Introduktion:

- Hvem jeg er
- I forbindelse med en evaluering af sundhed på dit sprog, vil jeg gerne høre hvordan du oplever sundhedsformidlermøderne
- Jeg optager interviewet på bånd, men du vil selvfølgelig være helt anonym i selve rapporten
- Nogle spørgsmål inden vi begynder

Forsknings/ analyse spørgsmål

- Opleves sundhedsformidleren som peer? (*Tillid, lighed, interesse, forståelse, ikke manipulerende, alder, køn*)
- Hvilke faktorer er vigtige for at sundhedsformidleren opleves som per?
- Hvad betyder det for modtagelsen af budskabet at sundhedsformidleren opleves som peer?

Interviewspørgsmål

Intro spørgsmål:

- Hvor kommer du fra?
- Hvor gammel er du?
- Hvor længe har du boet i Danmark?
- Har du arbejde? Hvilket?
- Hvor mange personer bor i din husstand?

- **Har du været til flere møder**
 - Hvorfor kommer du til møderne

- **Hvordan oplevede du mødet?**
 - Hvordan tænkte du mødet gik?
 - Hvad skete der under mødet

- **Hvordan forløb mødet?**
 - Vidste du noget i forvejen? – Hvad?
 - Kan du bruge budskabet? – Hvad?
 - Kunne du bruge det i dit eget liv? – Hvordan?
 - Var det nyt og spændende? – hvorfor?
 - Var det relevant? – hvorfor?
 - Hvis du selv kunne vælge, hvad sprog ville du gerne have mødet foregik på?

- **Hvis du tænker tilbage på første gang du så sundhedsformidleren, hvad tænkte du om ham/hende?**

- Hvad fortalte sundhedsformidleren (navn) om sig selv?
- Var det godt han/hun fortalte det?
- Havde du noget tilfælles med ham/hende?
- Hvordan oplevede du personen?
- Hvad synes du om han/hendes måde at fortælle om emnet? (vidste han noget, kunne han formidle det, forklarede han det?)
- Hvad var det han/hun sagde/gjorde som du synes var godt?

Afrunding:

Jeg har ikke flere spørgsmål, er der noget du gerne vil sige eller spørge om inden vi slutter?

Så vil jeg sige mange tak for hjælpen

Bilag 5: Interviewguide, sundhedsformidlere

Introduktion:

- Hvem jeg er
- I forbindelse med en evaluering af sundhed på dit sprog, vil jeg gerne høre hvordan du oplever sundhedsformidlermøderne
- Jeg optager interviewet på bånd, men du vil selvfølgelig være helt anonym i selve rapporten
- Nogle spørgsmål inden vi begynder

Forskningsspørgsmål:

- Opleves sundhedsformidleren som peer? (*Tillid, lighed, interesse, forståelse, ikke manipulerende, alder, køn*)
- Hvilke faktorer er vigtige for at sundhedsformidleren opleves som peer?
- Hvad betyder det for modtagelsen af budskabet at sundhedsformidleren opleves som peer?

Interviewspørgsmål:

- **Intro:**
 - Hvor længe har du været sundhedsformidler?
 - Hvilke emner har du undervist i? hvad kan du bedst lide at undervise i
 - Hvilke steder har du undervist?
- **Kan du fortælle om et sundhedsformidlermøde der gik godt?**
 - Hvad var det der gik godt på det møde?
 - Hvorfor tror du det gik godt på det møde?
- **Hvordan var kontakten til deltagerne på det møde?**
 - Hvad er god kontakt til deltagerne for dig?
 - Hvordan kommer det til udtryk?
- **Hvordan tror du deltagerne opfatter dig på det møde?**
 - Oplevede du I havde noget til fælles?
 - Hvad betyder det I har *det* til fælles?
 - Kan det have nogle konsekvenser for din formidling? Hvordan?
 - Oplever du kan sætte dig i deres situation? Hvordan?
 - Er det relevant at du kan sætte/ikke sætte dig i deres situation? (hvordan, hvorfor?)

Nu har du nævnt at det og det har i tilfældes, er der et møde hvor i ikke har det tilfælles?

- Gik det møde så mindre godt eller ikke så godt som det du før fortalte om?

- Hvad var det der gik mindre godt? Hvorfor?
- Hvordan var kontakten
- Hvad betød det i ikke havde det tilfælles?

Nu har du snakket om de her to møder, et der gik rigtig godt og et der gik mindre godt.

- Oplever der er forskel på om deltagerne modtager budskabet?
 - Hvad tror du det er der gør de modtager budskabet? Noget specifikt?
- Er der forskel på de møder hvor du formidler på dansk og de møder hvor du formidler på et andet sprog?**
- Hvorfor/hvorfor ikke
 - Hvordan oplever du forskellen?
 - Kan du fortælle om hvad der gør møderne forskellige?
 - Tror du det deltagerne får ud af møderne er afhængigt af det sprog du underviser på?
 - Hvad er det de får mere ud af det?

Afrunding:

Jeg har ikke flere spørgsmål, har Du har noget du gerne vil sige inden vi sluttet.

Tak for hjælpen

Bilag 6: Øvrige sundhedsadfærdsmodellens relation til sundhedsformidlermøder

Evalueringen her har fokuseret på "health belief model" og "social learning theory". Disse modeller er kort gennemgået i afsnit 4 i evalueringen, hvor det også er vurderet, hvordan sundhedsadfærd ud fra disse modeller kan tænkes at påvirkes ved deltagelse i sundhedsformidlermøder. I dette bilag er tre andre modeller ("stages of change-model", PP-modellen og "theory of planned behaviour") gennemgået på lignende vis.

Stages of change-model (også kaldet den transteoretiske model)

Tanken i denne model er, at der er 5 forskellige stadier, man kan befinde sig på, i vejen mod adfærdsændringer:

- Før-overvejelse
- Overvejelse
- Forberedelse
- Handling
- Vedligeholdelse

Tanken er, at ikke alle er lige klar til at ændre adfærd, og at man typisk vil pendle frem og tilbage mellem forskellige stadier, før man eventuelt når det sidste stadium (vedvarende ændring).

Stages of change-modellen er relevant for sundhedsformidlermøderne, da den anerkender, at mennesker ikke er lige parate til adfærdsændringer, og at deltagerne i et sundhedsformidlermøde dermed også kan være på forskellige stadier i forhold til at ændre adfærd. I forhold til denne model må succeskriteriet for et sundhedsformidlermøde derfor være at hjælpe folk med at komme til det næste stadie i forhold til den enkeltes aktuelle situation. Udfordringen er, hvordan sundhedsformidleren i gruppefora identificerer den enkeltes aktuelle stadielplacering, og hvordan sundhedsformidleren pædagogisk håndterer situationer, hvor deltagerne er på forskellige stadier. Måske man endda kunne gøre noget for at sætte folk med samme motivationsniveau sammen (da det er vigtigt for at opnå størst mulig virkning)?

PRECEDE-PROCEED-modellen (PP-modellen)

Modellen er udviklet i forhold til planlægning af sundhedsfremmeindsatser. Den grundlæggende antagelse om sundhedsdeterminanter er, at sundhed er påvirket af mange faktorer, ikke blot forhold vedrørende det enkelte individ. Modellen er opdelt i en vurderingsfase (PRECEDE) og en implementeringsfase (PROCEED). I vurderingsfasen arbejder man blandt andet med at identificere de *prædisponerende, forstærkende og muliggørende* faktorer for adfærdsændring. De *prædisponerende* faktorer er personernes viden, holdninger, værdier og opfattelser. De *forstærkende* faktorer omfatter de belønninger og den feedback, en person får fra andre i forbindelse med adfærdsændringer. De *muliggørende* faktorer er færdigheder, ressourcer og barrierer, som har indflydelse på personens adfærd. Disse faktorer er både individuelle

faktorer, men også faktorer relateret til omgivelserne (fx personlig indkomst, lovgivning om afgifter på sukker, cykelstier i lokalsamfundet).

I modellen indgår en forståelse af, at hvis sundhedstilstanden / sundhedsadfærden skal ændres, er man nødt til at arbejde med en bredere opfattelse af sundhedsdeterminanter, end der gøres i ”Sundhed på dit sprog”. Man bør arbejde med lokalsamfundsudvikling, lovgivning, politik mv. Dette er meget relevant, men det er valgt ikke at tage med i dette afsnit, da evalueringen vedrører møderne snævert set. Man kan imidlertid sagtens tænke sig, at sundhedsformidtermøder i foreninger bidrager til en styrkelse af foreningerne og disses medlemmer samt fremmer generel foreningsdeltagelse og empowerment blandt de etniske minoriteter, hvilket igen kan stimulere til fx øget social kapital og øget politisk engagement.

I sundhedsformidtermøderne kan der arbejdes med såvel de prædisponerende, forstærkende og muliggørende forhold, som influerer på sundhedsadfærd. Sundhedsformidlerne kan arbejde med viden om og holdninger til sygdom, sundhed og sundhedsadfærd (prædisponerende faktorer) og diskutere konkrete handlingsmuligheder og barrierer herfor (muliggørende faktorer). I forhold til de forstærkende faktorer udfylder sundhedsformidlerne en rollemodelfunktion, idet de – hvis de formår at blive opfattet som rollemodeller – kan anerkende deltagerens (kommende eller allerede erfarede) adfærdsændringer og derved stimulere til endnu mere positiv sundhedsadfærd.

Theory of planned behaviour

Denne teori er en udvikling af teorien om overvejede handlinger (theory of reasoned action). Teorien bygger på forståelsen af, at adfærd forudbestemmes og styres af intentionen om at handle. Denne intention er bestemt af personlige holdninger og subjektive normer (dvs. hvad en person tror, at andre mener). De personlige holdninger er et resultat af, hvad man tror er fakta (fx at rygning kan føre til lungekræft), og hvordan personen vurderer disse fakta (fx hvor skræmmende det er, at rygning kan føre til lungekræft). De subjektive normer indeholder normative opfattelser (hvad personen tror, at andre (nære og vigtige personer) mener om en bestemt sag) og motivation for at handle i overensstemmelse med normerne. Set i forhold til denne teori, vil deltagerne ved et sundhedsformidtermøde i højere grad ændre adfærd, hvis

- sundhedsformidleren formidler fakta om sundhed, som deltagerne ikke kender – eller minder deltagerne om viden, som de glemmer/fortrænger i dagligdagen
- deltagerne vurderer, at sundhedsformidleren er en nær eller vigtig person – eller at sundhedsformidleren repræsenterer holdninger blandt nære eller vigtige personer
- deltagerne går i dialog med hinanden om hinandens normer

Foreløbige ideer til eventuelle guidelines for interviews og observationer

Ovenstående sundhedsadfærdsmodeller identificerer en række faktorer, der influerer på, hvordan sundhedsformidtermøder kan tænkes at påvirke deltagerne til en sundere adfærd. I det følgende er det forsøgt at identificere faktorer fra de enkelte modeller, som kunne tænkes at være til stede i sundhedsformidtermøderne, og samle dem til nogle

ideer til, hvilke faktorer vi i de efterfølgende observationer og interviews vælger at fokusere på. Ideer til fokusområder for interviews og observationer omfatter:

Stages of change-model

- Hjælper sundhedsformidleren deltagerne til at komme over i næste stadie på vej mod adfærdsændring?
- Identificerer sundhedsformidleren deltagerens aktuelle stadieplacering?
- Formår sundhedsformidleren at henvende sig til deltagere med forskellige stadieplaceringer?

PP-modellen

- Får deltagerne mere viden om sundhedsemnet?
- Går sundhedsformidleren i dialog med deltagerne om holdninger til sundhedsemnet?
- Giver sundhedsformidleren konkrete og brugbare handlingsmuligheder og barrierer herfor?
- Bliver sundhedsformidleren opfattet som en rollemodel?
- Anerkender sundhedsformidleren deltagerens (kommende eller allerede erfarede) adfærdsændringer?
- Anerkender sundhedsformidleren, at der er barrierer for adfærdsændringer, som ligger uden for individets rækkevidde?

Theory of planned behaviour

- Formidler sundhedsformidleren fakta om sundhed, som deltagerne ikke kender, eller som deltagerne glemmer i hverdagen?
- Vurderer deltagerne, at sundhedsformidleren er en nær eller vigtig person?
- Går deltagerne i dialog med hinanden om hinandens normer?