

”Sundhed på dit sprog”

**Sundhedsformidlere med anden
etnisk baggrund end dansk**

- Evalueringsrapport

Indhold

Resumé 5

1. Introduktion

- 1.1 Indledning 7
- 1.2 Evalueringens formål 7
- 1.3 Datamaterialet 7
- 1.4 Baggrund og målsætning for ”Sundhed på dit sprog” 8
- 1.5 Sundhedsformidler-konceptet i Folkesundhed København 10
- 1.6 Oversigt over ”Sundhed på dit sprog” i korte træk 11

2. Kompetencer hos sundhedsformidlerne

- 2.1 Indledning 13
- 2.2 Uddannelsens indhold og forløb 13
- 2.3 Sundhedsformidlers motivation som kompetence 14
- 2.4 Sundhedsformidlerne om egne kompetencer 15
- 2.5 Projektledelse og undervisere om sundhedsformidlers kompetencer 16
- 2.6 Aftagere om sundhedsformidlers kompetencer 17
- 2.7 Målgruppen om sundhedsformidlers kompetencer 18
- 2.8 FSKs kvalitetssikring 18
- 2.9 Justeringer og ønsker i forhold til uddannelsesforløb 19
- 2.10 Sammenfatning 21

3. Fastholdelse af formidlerne

- 3.1 Indledning 23
- 3.2 Antal opgaver og opgavernes karakter 23
- 3.3 Sundhedsformidlerne om tilknytningen til FSK 27
- 3.4 ERFAmøder 27
- 3.5 Efteruddannelse 28
- 3.6 Delprojekter 28
- 3.7 Sammenfatning 28

4. Den direkte målgruppes opfattelse af formidlerne og formidlingen

- 4.1 Indledning 31
- 4.2 Beskrivelse af aftagere – deres kursister/brugere 31
- 4.3 Vurderinger og opfattelser hos kursister 32
- 4.4 Viden, erfaring og handlekompetencer hos kursister 33
- 4.5 Behovet for identifikation 34
- 4.6 Behovet for at bryde sprogbarrieren 35
- 4.7 Når helbredet er en barriere 35
- 4.8 Udfordringer i mødet med aftagere og målgruppe 36
- 4.9 Ønsker hos aftagere og kursister 37

4.10 Sammenfatning 38

5. Utsigtede effekter 39

6. Konklusion 41

Appendiks

Visitation af deltagere til uddannelsesforløbet 43

Interne evalueringsredskaber 44

Undervisningsmaterialer 45

Studier af effekter – hvordan? 46

Litteratur 47

Illustrationer

Figur 1: Sundhedsformidleropgaver fordelt månedsvis 23

Figur 2: Antal opgaver pr. sundhedsformidler januar - maj 2006 24

Figur 3: Opgaver fordelt på steder 25

Figur 4: Opgaver fordelt på temaer 26

Resumé

Denne evaluering er en ekstern procesevaluering, der har det overordnede formål at samle de involverede aktørers erfaringer med projektet "Sundhed på dit sprog". Projektet fremstår som et vellykket projekt, der til fulde lever op til interne målsætninger i Folkesundhed København. I projektet blev der i efteråret 2005 uddannet 24 flersprogede sundhedsformidlere efter et koncept, der betegnes "peer education", hvor lægfolk trænes til at påtage sig en formidlingsrolle vedrørende forebyggelses- og sundhedsfremme-budskaber. Sundhedsformidlerne udgør et korps, der varetager opgaver for Folkesundhed København.

Samtlige sundhedsformidlere er stadig tilknyttet FSK et halvt år efter endt uddannelse. De er godt fagligt rustede, og målgruppen finder budskaberne relevante. Der kan endog blandt målgruppen spores holdningsmæssige effekter af sundhedsformidlernes virksomhed. Sundhedsformidlerne har varetaget 104 formidleropgaver i perioden fra januar til og med maj 2006 med i gennemsnit 18 deltagere per opgave. 33 forskellige aftagere har benyttet sundhedsformidlerne, og flest opgaver har der været på sprogskoler og møde- og aktivitetssteder.

"Sundhed på dit sprog" opfattes som et positivt initiativ af samtlige aktører. Ikke mindst har sundhedsformidlerne selv rapporteret om stort personligt udbytte af uddannelsen og den efterfølgende virksomhed. Sundhedsformidlerne bidrager til udfyldelse af et behov hos specielt lavt uddannede og nyligt ankomne etniske minoriteter for oplysning og information om de generelle anbefalinger for sund levevis i Danmark.

Initiativet startede som et pilotprojekt og gennemføres nu som et egentligt projekt af Folkesundhed København. Pilotperioden fra 1. april 2005 og frem til 31. maj 2006 blev finansieret af midler fra Sundhedsstyrelsen. Målet har været at formidle bred oplysning og information om anbefalinger, der udgår fra Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen på livsstilsområdet. Dette tiltag har til formål at bidrage til at fremme sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter i København.

Sundhedsformidlerne har gennemgået et intensivt undervisningsprogram på 74 timer og har opnået grundlæggende viden om kost, motion og rygning samt om tandsundhed, reproduktiv sundhed, forebyggelse af diabetes type 2 og D-vitaminmangel. Derudover blev de undervist i formidling og gennemførte et praktikforløb.

"Sundhed på dit sprog" er et projekt, der har haft tidsmæssige stramme vilkår, men ikke desto mindre har det kørt til punkt og prikke. Der er dog stor enighed om, at uddannelsesforløbet har været en smule for intensivt. Det anbefales således, at der ved gennemførelse af lignende forløb tilrettelægges et længere samlet undervisningsforløb med færre timer per undervisningsgang og en undervisningsform, der tilgodeser flere øvelser undervejs.

Mangfoldigheden blandt sundhedsformidlerne i korpset betyder forskellige forudsætninger, forskellige tilgange og netværk og forskellige ønsker med hensyn til virke. Sundhedsformidlerne har alligevel arbejdet ud fra fælles interesse og mål i forhold til det overordnede projekt om at forbedre sundhedstilstanden for etniske minoriteter. Det vurderes at være særdeles vigtigt for projektet med denne mangfoldighed inden for et fælles mål, da det giver potentiale til at nå forskellige segmenter i de lokale etniske minoritetsmiljøer.

Anbefalingen vedrørende fremtidige aktiviteter i projektet er, at FSK fortsætter det arbejde, som allerede er påbegyndt vedrørende udvikling af nye undervisnings- og oplysningskoncepter i samarbejde med aftagere, målgrupper og sundhedsformidlere.

Evalueringen er gennemført af antropolog Anette Sonne Nielsen.

1. Introduktion

1.1 Indledning

Kapitel 1 indeholder en kort introduktion til evalueringen og en baggrundsbeskrivelse af projektet "Sundhed på dit sprog" med målsætninger og begrundelser for konceptet. Kapitlet slutter med en kort oversigt over projektforløbet.

Rapporten består derudover af tre hovedkapitler, der handler om, hvorvidt sundhedsformidlerne har erhvervet tilstrækkelige faglige kompetencer, i hvilken grad de har fastholdt en tilknytning til Folkesundhed København og hvorvidt den direkte målgruppe opfatter sundhedsformidlernes formidling som relevant. Der er yderligere et kort kapitel om afledte effekter af indsatsen og endelig en konklusion med anbefalinger.

Enkelte temaer af uddybende karakter er placeret i appendiks.

1.2 Evalueringens formål

Evalueringen er en ekstern procesevaluering, der har det overordnede formål at samle de involverede aktørers erfaringer med projektet. Evalueringen skal specifikt belyse tre forhold. Det drejer sig om sundhedsformidlernes kompetencer, fastholdelsen af sundhedsformidlerne og målgruppens opfattelse af formidlerne og formidlingen.

Der er blevet lagt vægt på en evaluering af projektet på dets egne præmisser, og således vurderes "Sundhed på dit sprog" som initiativ i forhold til Folkesundhed Københavns (FSK) egne succeskriterier.

FSKs succeskriterier for projektet var ifølge projektbeskrivelsen:

- 1) at mindst 20 ud af 25 kandidater gennemførte uddannelsen
- 2) at hver aktiv sundhedsformidler opnåede direkte kontakt med mindst 70 borgere fra målgrupperne i løbet af et år
- 3) at der var en efterspørgsel efter mindst 15 sundhedsformidlere inden for de to første måneder efter endt uddannelse
- 4) at mindst 2/3 af deltagerne i et arrangement fandt informationen relevant og kulturelt acceptabel
- 5) at mindst 15 ud af 25 sundhedsformidlere fortsat skulle være aktive under FSK 2 år efter endt uddannelse.

Da initiativet har fungeret i relativt kort tid er der begrænsninger i forhold til vurderinger omkring fastholdelse af korpset og den løbende kvalitetssikring.

1.3 Datamaterialet

Evalueringen er gennemført af antropolog Anette Sonne Nielsen. Materialet til rapporten består overvejende af interviewmateriale. Der er gennemført 20 semistrukturerede kvalitative forskningsinterview med i alt 22 sundhedsformidlere og tilsvarende 5 interview med 4 medarbejdere fra Folkesundhed København samt 1 telefoninterview med en ekstern underviser. Der har været etableret 12 kontakter med aftagersteder, hvor hovedparten har været besøg på aftagerstederne. Der er 3 af stederne blev gennemført observationer af undervisning, som sundhedsformidlere stod for. Der er med 9 aftagersteder gennemført interview med kontaktpersoner. I alt 16 kursister fra 3 forskellige aftagersteder har medvirket ved uformelle samtaler gruppevis.

Derudover er der blevet anvendt forskellige informationskilder i form af styregruppereferater, undervisningsmateriale, diverse spørgeskemaer i forbindelse med evaluering af undervisningsmoduler og afrapporteringsformularer til registrering af sundhedsformidlernes opgaver og deres vurdering af disse. Diagrammerne i rapporten bygger på kvantitative opgørelser af data, som projektmedarbejderen har registreret om de enkelte aktiviteter.

Dataindsamlingen til rapporten blev påbegyndt i november 2005 ved afslutningen af sundhedsformidlernes undervisning og har derudover fundet sted i perioden fra januar til og med maj 2006 ved rapportens tilblivelse.

Der er i rapporten benyttet anonyme kildeangivelser med reference til de enkelte interviews, således at P står for projektledelse, U for underviser, A for aftager, K for kursister/brugere og S for sundhedsformidler. Endelig angiver tallet efter bogstavet interviewnummeret.

Der er foretaget en nænsom redigering af talesproget, ligesom der er tilstræbt en loyal gengivelse af meningen i de anvendte udsagn fra interviewpersonerne. Der er i analysen af materialet fremdraget de generelle tendenser om sundhedsformidlernes kompetencer, om fastholdelsen af sundhedsformidlerne og om målgruppens opfattelse af formidlerne og formidlingen.

1.4 Baggrund og målsætning for ”Sundhed på dit sprog”

Etniske minoriteter har igennem de seneste år været i søgelyset, når det gjaldt sundhedsfremme for de københavnske borgere. For perioden 1999-2004 blev der i Københavns Kommune fremsat en målsætning for arbejdet med etniske minoriteter, hvor det blev erklæret, at folkesundhedsarbejdet skulle udvikles med udgangspunkt i etniske minoriteters behov (1). En handlingsplan blev foreslået og senere udarbejdet, og her konstateres det, at der er brug for at kunne udpege konkrete områder, hvor der mangler viden og undersøgelser, og hvor der er behov for målrettede indsatser, og endelige er der brug for at kunne udvikle og implementere effektive forebyggelsesindsatser (2). Et af de projekter, der var på tegnebrættet i foråret 2003, var modelprojektet ”Naturlige hjælpere”, der senere skulle blive til projektet ”Sundhed på dit sprog”. Repræsentanter for sundhedsforvaltningen deltog i studiebesøg i henholdsvis Rotterdam og Oslo, hvor der var udviklet forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter for etniske minoriteter efter modellen ”peer-led education” eller ”naturlige hjælpere” (2). Det var dog først i foråret 2005, at Folkesundhed København – med midler fra Sundhedsstyrelsen og på baggrund af en ny projektbeskrivelse – kunne gå i gang med det konkrete udviklingsarbejde i forbindelse med ”Sundhed på dit sprog” (P3, P2).

Baggrunden for projektet er det overordnede politiske opdrag om at mindske den sociale ulighed i sundhed:

”Vi vedtog internt her [i Folkesundhed København], at når vi planlagde og gennemførte projekter, skrev projektbeskrivelser, så skulle vi tage højde for både etniske minoriteter og den sociale ulighed i sundhed. Men derudover var der et helt konkret behov, fordi mange af de aktiviteter vi har, der kan vi se, at der er mangel på deltagelse fra de etniske minoriteters side. Og det er klart, at når gennemsnittet er dårligere uddannet end danskerne, så ved vi også, at den sociale ulighed i sundhed delvis kan tilskrives det faktum. Det er jo også vigtigt at vide, at når vi retter vores aktiviteter mod mennesker underkastet social ulighed i sundhed, så kan vi ikke bruge kampagner, altså almindelig informationsindsats er ikke et effektivt middel til at nå de grupper. De skal nås via høj-intensive indsatsen ... ” (P3).

Af citatet fremgår det, at der i Folkesundhed København er en bestræbelse, der går ud på at inddrage etniske minoriteter i videst muligt omfang i det gængse folkesundhedsarbejde. Samtidig ses der behov for en særlig indsats rettet mod grupper karakteriserede ved lav uddannelse og anden etnisk baggrund end dansk, da disse generelt har ringere sundhedstilstand end bedre uddannede.

Begrundelserne for at arbejde med ”peer-led education” tog udgangspunkt i litteraturen på området, hvor det fremhæves, at ”peers” kan udgøre troværdige og acceptable informationskilder, og at de vil kunne fungere som positive rollemodeller specielt i forhold til målgrupper, som ellers er vanskelige at nå. Metoden lægger vægt på at inddrage målgrupperne og derved øge deres egen følelse af kontrol. Ikke mindst har ”peers” selv udbytte af at fungere som formidlere. Det fremhæves ligeledes, at svaghederne ved metoden er, at det kan være svært at fastholde sundhedsformidlerne, og at effekten af deres virke afhænger meget af sundhedsformidlernes personlige kompetencer. Endelig påpeges det i projektbeskrivelsen, at sundhedsformidlerne kan komme til at spille en vigtig rolle for FSKs arbejde fremover, i og med de bliver i stand til at informere FSK om målgruppens sundhedstilstand og -behov samt indhente kommentarer fra målgruppen om oplysnings- og undervisningsmateriale. Om projektets potentiale udtales der fra FSK:

”... vi når ud til nogle mennesker, hvor vi kan påvirke sundhedstilstanden, det er ikke lige i dag og i morgen, men det vil sprede sig, ... Det her er ikke en kampagne, det her er en del af et kontinuerligt, stædigt stykke arbejde, der skal gøres, og vi har lagt grundstenen ... Det skal udvikles, og vi glæder os til at få mere sparring fra sundhedsformidlerne, når de begynder at få nogle oplevelser med tilbage, der kan fortælle os om nye behov ... ” (P3).

Hjørnестenen i den før omtalte høj-intensive indsats mod social ulighed i sundhed er sundhedsformidlernes aktiviteter blandt målgruppen, der samtidig forventes at bringe viden og erfaring tilbage til FSK.

Ifølge projektbeskrivelsen har det været projektets overordnede formål ”at forbedre sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter i Københavns Kommune ved at øge deres adgang til forebyggelse og sundhedsfremme igennem brug af sundhedsformidlere med anden etnisk baggrund end dansk”. Målgruppen for initiativet blev defineret som ”københavnske, voksne borgere med oprindelse i ikke-vestlige lande”. Målgruppens borgere er født i: Pakistan, Tyrkiet, Irak, Marokko, Libanon, Somalia og Iran, og disse udgjorde antalmæssigt de 7 største grupper i kommunen per 1.1. 2005. I disse lande tales sprogene urdu, tyrkisk, kurdisk, berbisk, arabisk, somalisk og farsi, og det var FSKs mål at uddanne ca. 25 sundhedsformidlere, der havde et af disse modersmål og

desuden kunne tale dansk. I kraft af kvindernes centrale rolle i familierne blev der rettet et særligt fokus mod dem, og man besluttede på den baggrund at 2/3 af sundhedsformidlerne skulle være kvinder.

En kortlægning af foreninger og mødesteder for de syv største etniske minoritetsmiljøer blev foretaget af FSK mellem februar og maj 2005 (3). Kortlægningen havde til formål at skabe overblik over steder, hvor etniske minoriteter mødes, og hvor sundhedsformidlerne potentielt ville kunne arbejde. Kortlægningen var et centralt instrument både i forhold til rekruttering af sundhedsformidlerne og i forhold til at etablere kontakter blandt mulige aftagere af sundhedsformidlernes ydelser (P2).

1.5 Sundhedsformidler-konceptet i Folkesundhed København

Sundhedsfremme defineres ofte som en proces, hvor individer arbejder bevidst på at forbedre deres helbred eller forebygge forværringer (4). Modeller og eksempler på anvendelsen af ikke-professionelle eller lægfolk som sundhedsformidlere med henblik på forebyggelse og sundhedsfremme i lokalsamfundssammenhæng findes i mange forskellige udgaver (5). Tiltagene designes ofte specifikt til at imødegå eller dække de behov, der måtte være for særlige målgrupper. En af grundene til at lægfolk involveres er et perspektiv på sundhedsfremme som et anliggende med bredere berøringsflade og således et emne, der berører alle sektorer på alle niveauer (6).

Anvendelsen af begrebet ”peer”, der betyder ligemand og ”peer group”, der refererer til en gruppe af jævnaldrende, rækker ud over den leksikale betydning. Definitionen af en ”peer” er nemlig i overvejende grad knyttet til identitet og kan tage udgangspunkt i alder, sociale roller, etnicitet, social klasse, seksualitet og køn (5). Karakteristisk er det, at undervisningen leveret af ”peers” ofte bygger på interaktion med og deltagelse fra kursister.

”Peer education” er blevet en betegnelse, der dækker over en lang række forskellige interventioner inden for forebyggelse og sundhedsfremme, og som rummer henvisninger til forskellige teoretiske udgangspunkter (7). Ofte omtales metoderne i dette felt som populære, men der er endnu begrænset viden om deres effekt, hovedsagelig på grund af problemer med sammenlignelighed. Diverse evalueringer kan dog påpege nogen effekt enten hos sundhedsformidlerne selv eller hos målgruppen (8-12).

Konceptet bag ”Sundhed på dit sprog” er sammensat af idéer fra ”peer education” metoderne og de konkrete behov, der vurderes at være i København. ”Sundhed på dit sprog” giver en bred indføring og grundlæggende viden om livsstilsområderne kost, motion og rygning og derudover en introduktion til forebyggelse af type 2 diabetes og D-vitamin mangel samt til områderne tandsundhed og reproduktiv sundhed.

Det har fra tidligere ligget i kortene, at de etniske minoriteter skulle inddrages i folkesundhedsarbejdet for at sikre, at dette kom til at stemme overens med oplevede behov hos borgerne – dette var specielt vigtigt, da den viden, man skulle planlægge på grundlag af, var sporadisk (1;13). Ligeledes er begrundelserne for målgruppeinddragelse, at der er større mulighed for at designe og gennemføre relevante, accepterede og effektive forebyggelses- og sundhedsfremmeprojekter (14).

Selv om der i ”Sundhed på dit sprog” ikke har været tid til processer, hvor en bredere borgerinddragelse kunne finde sted, så har der været en form for målgruppeinddragelse via sundhedsformidlerne, der er blevet opfattet som en indirekte målgruppe (P2). Endvidere var der i forbindelse med kortlægningen af de etniske minoritetsmiljøer i København kontakter til målgruppen og en direkte dialog med aftagerstederne.

1.6 Oversigt over ”Sundhed på dit sprog” i korte træk

- November 2004: Sundhedsstyrelsen godkender ansøgning fra FSK.
- December 2004: Projektleder giver sit tilsagn om at arbejde på projektet.
- Februar 2005: Projektleder påbegynder arbejdet med projektet.
- Februar - maj 2005: Kortlægning af arenaer hvor etniske minoriteter mødes i København.
- Marts 2005: Projektmedarbejderen, der skal varetage tilrettelæggelsen af uddannelsen samt være koordinator for korpset af sundhedsformidlere, bliver ansat fra 15. marts 2005.
- Marts - maj 2005: Rekruttering af deltagere til ”Sundhed på dit sprog”. Udsendelse af informationsmateriale til udvalgte miljøer, vurdering af indkomne ansøgninger, samtaler med ansøgere ad to omgange.
- April 2005: Første styregruppemøde med repræsentant fra Sundhedsstyrelsen og den samlede projektledelse fra FSK afholdes.
- April - juni 2005: Tilrettelæggelse af undervisning.
- Juli - august 2005: Udvikling og produktion af undervisningsmateriale.
- 14. september 2005: Interesserede og specielt potentielle aftagere af sundhedsformidlernes aktiviteter kan høre om ”Sundhed på dit sprog” ved et offentligt møde. Der var ca. 60 mødedeltagere.
- September - November 2005: Første undervisningsgang er d. 9. september og den sidste bliver afholdt d. 29. nov. 2005.
- Oktober - november 2005: Et særligt sprogscole-koncept udvikles samtidig med at formidlerne uddannes.
- 30. november 2005: Diplomfesten for sundhedsformidlerne bliver afholdt på Københavns Rådhus.
- December 2005: De første bestillinger på opgaver løber ind og de første sundhedsformidlere er på en opgave i december.
- Januar 2006: Der afholdes personlige samtaler med samtlige sundhedsformidlere.
- Januar - Maj 2006: Erfaringsudvekslingsmøderne (ERFAMøderne) begynder i januar med månedlige sammenkomster.
- Marts 2006: Den første efteruddannelsessession afholdes i slutningen af marts.
- Maj 2006: Et underprojekt i projektet kommer i stand. En af sundhedsformidlerne ansættes 15. maj 2006 til at varetage området reproduktiv sundhed på deltid.
- 31. maj 2006: Pilotfasen slutter, men projektet fortsætter.

2. Kompetencer hos sundhedsformidlerne

2.1 Indledning

Der er fra alle kanter generelt stor tilfredshed med sundhedsformidlernes kompetencer, og kapitlet beskriver dette fra forskellige aktørers perspektiv.

Kapitlet tager udgangspunkt i sundhedsformidlernes uddannelsesforløb, ligesom det slutter med refleksioner om dette. Efter en kort præsentation af uddannelsesforløbet er der et afsnit om sundhedsformidlernes motivation og efterfølgende et afsnit om sundhedsformidlernes vurdering af egne kompetencer. Sundhedsformidlerne bringer en stor interesse og megen relevant erfaring med sig, der i denne sammenhæng udgør en væsentlig ressource. Herefter er der en gennemgang af projektledelsens, underviseres, aftageres og målgruppes syn på sundhedsformidlernes kompetencer. Arbejdet med kvalitetssikringen i projektet beskrives i et særskilt afsnit. Kapitlet slutter med primært sundhedsformidlernes synspunkter vedrørende uddannelsesforløbet.

2.2 Uddannelsens indhold og forløb

Uddannelsen til sundhedsformidler¹ bestod af 12 undervisningsgange á 7 timer med en ugentlig mødedag fra kl. 13 – 20 plus praktik (8 undervisningsgange) og alternativt fra kl. 8 - 15 (4 undervisningsgange under Ramadanen). Motion, kost, rygning, tandsundhed, reproduktiv sundhed, diabetes 2-forebyggelse og forebyggelse af D-vitaminmangel udgjorde undervisningstemaerne. Derudover var der en afsluttende formidlingsdel omhandlende formidlerrollen, der bestod af ”Den motiverende samtale”, ”Præsentationsteknik” og ”Praktikforløb”. Der blev anvendt interne undervisere fra FSK på de fleste moduler, ligesom undervisningsmetoderne varierede, dog var oplæg fra undervisere den mest fremtrædende undervisningsform.

En undervisningsmappe inddelt i ovennævnte moduler var deltageres centrale redskab i undervisningsøjemed. Mappen blev udbygget efterhånden som kurset skred frem, og kom til at bestå af materiale på et højere niveau til deltagerne selv, og samtidig var der diverse hjælpemidler til formidlingen af samme stof.

Praktikforløbet blev forberedt, afholdt og samlet op på i grupper. Der var 8 praktiksteder, som havde tilkendegivet deres interesse for sundhedsformidlernes ydelser. Det var en blanding af mødesteder, sprogskoler og aktiveringssteder. Sundhedsformidlerne var ude 2 eller 3 sammen og fik et tema, de skulle formidle. Der deltog en medarbejder fra FSK hvert sted som en form for vejleder, der observerede undervisningen. Medarbejderen gav umiddelbart efter og senere tilbagemelding på sundhedsformidlernes undervisning.

¹ Rekrutteringen til uddannelsesforløbet foregik i maj måned 2005 og visitationen beskrives i et afsnit i appendiks.

2.3 Sundhedsformidlernes motivation som kompetence

Ganske mange af sundhedsformidlerne i ”Sundhed på dit sprog” arbejder direkte eller indirekte inden for integrationsfeltet, ligesom de fleste har en erhvervsuddannelse med en sundhedsfaglig eller pædagogisk faglig retning eller dele heraf. Holdet består af 19 kvinder og 5 mænd, der repræsenterer sprogene: somalisk, urdu, arabisk, tyrkisk, kurdisk, farsi og berbisk. Aldersmæssigt er der en spredning fra 20 til godt 50 år.

For sundhedsformidlerne gælder det, at der er flere og sammensatte forklaringer på, at de valgte at blive sundhedsformidler. Nogle havde brug for at øge deres jobmuligheder, og andre så det først og fremmest som et supplement og en måde at få anerkendt og stadfæstet deres viden og erfaring på. Nogle af sundhedsformidlerne begrundede deres deltagelse med, at det var en oplagt lejlighed til at tilegne sig en faglighed på de store temaer inden for folkesundhedsområdet, da det ville styrke dem i det arbejde, de allerede udførte eller kunne tænke sig at udføre. Det var for andre også en kærkommen lejlighed til at gøre brug af en erfaring med målgruppen, der var oparbejdet gennem årene eller til at dyrke en interesse, de altid havde haft. De forskellige begrundelser uddybes i det følgende.

En af sundhedsformidlerne har selv erfaring med at tilrettelægge formidlings- og kursusforløb, og om arbejdet fortæller hun:

”Det er nærmest en slags livsstil, jeg kan ikke lade være med at engagere mig i denne slags arbejde”(S17).

Formidlingsrollen er altså velkendt og er blevet en del af sundhedsformidlerens identitet. Andre understreger, at de med uddannelsesforløbet i ryggen bedre vil kunne udføre de opgaver, de allerede udfører:

”Jeg har vist altid savnet denne samlede ”pakke” med basis viden. Det gør, at jeg føler mig mere sikker og mere værdifuld, når jeg skal formidle... Det er en rigtig dejlig følelse at føle, at man er værdifuld, og den følelse har man altid ledt efter i Danmark – desværre, den følelse at man kan blive brugt til noget positivt i forhold til egne landsmænd og til at forebygge alle de sygdomme og psykiske problemer ... hvis jeg kan hjælpe en lille del på en eller anden måde, så er jeg virkelig glad”(S10).

Undervisningsforløbet omtales ofte blandt sundhedsformidlerne som en ”pakke”, der indeholder de rigtige komponenter i forhold til deres interesse. En anden udtaler:

”Jeg får lov til at beskæftige mig med noget, som mit hjerte banker for, og jeg gør det under ordnede forhold, og jeg gør det under anerkendte forhold, det er jo meget vigtigt ... der er virkelig nogle gode erfaringer at hente fra de andre [sundhedsformidlere], og god efteruddannelse og alle de ting, som følger med ”pakken” ...” (S4)

I ”pakken” er der viden, pædagogiske kompetencer, et team at indgå i, et arbejdsforhold med perspektiver i og endelig nogle ideer om fremtiden, som de kan være med til at påvirke.

2.4 Sundhedsformidlerne om egne kompetencer

Sundhedsformidlerne føler generelt, at de gennem uddannelsen blev godt klædt på til formidlingsopgaverne. De har udtrykt stor tilfredshed med deres uddannelsesforløb (jf. appendiks). Sundhedsformidlerne har ikke lagt skjul på, at de havde brug for yderligere erfaring i formidling, og at de fandt projektet attraktivt fordi, der var indbygget en løbende faglig opdatering, men de var klar til at gå ud med hovedtrækkene i de budskaber, de havde fået. Sundhedsformidlerne har i forskelligt omfang og på forskellig vis mødt udfordringer i deres virke, men dette emne tages op igen senere i rapporten.

Sundhedsformidlerne fortæller generelt, at de glædede sig til undervisningen undervejs. Deres oplevelse af kurset var, at det hang godt sammen. De har understreget, at det var kombinationen af højt fagligt niveau, kompetente og søde undervisere sammen med forplejning og pausegymnastik, der gav indtryk af, at intet var overladt til tilfældighederne. Derudover kunne deltagerne bruge hinanden indbyrdes til at få indblik i forskellige synspunkter og holdninger, hvilket de fandt ikke alene interessant men også brugbart.

Nogle af deltagerne havde forhåndskundskaber inden for enkelte områder fx i forhold til tandsundhed, kost, og reproduktiv sundhed, og alligevel fandt de overordnet set indholdet interessant i undervisningen. Det generelle indtryk fra sundhedsformidlerne er, at det faglige niveau var passende. Kun få har efterlyst et højere fagligt niveau.

Rygetemaet, reproduktiv sundhed og formidlingsdelen fremhæves generelt som moduler, der står en smule svagere i forhold til de andre moduler. Dog var praktikforløbet i formidlingsdelen generelt en positiv oplevelse. Rygetemaet var svært, og der var meget stof på kort tid. Reproduktiv sundhed var ligeledes komprimeret.

Sundhedsformidlerne er generelt bevidste om, at de ikke er og heller ikke skal være eksperter, men samtidig vil de dog gerne have uddybende og opdateret viden inden for temaerne – hvilket er i tråd med FSKs plan – idet den løbende opdatering og således opkvalificering vil gøre sundhedsformidlerne endnu bedre rustet til at svare relevant på de mange og forskellige spørgsmål, der kommer fra kursister.

Forudsætningerne hos sundhedsformidlerne er forskellige, hvilket kunne have vist sig at være et problem, men der blev taget hensyn til dette ved tilrettelæggelsen af uddannelsesforløbet (P1). Enkelte har en akademisk baggrund og/eller tilgang til sundhedsformidleropgaven, mens andre går til opgaven ud fra et livserfaringsperspektiv. Det gør, at der er forskellig erfaring med at bearbejde skriftligt materiale, ligesom det også foranlediger nogle mindre forskelle i interesser og i spørgsmål. Det bevirker samtidig forskelle i erfaring med forskellige segmenter af målgruppen, dvs. at kontaktholderne er forskellige til de lokale etniske minoritetsmiljøer.

Den akademiske tilgang er karakteriseret ved at være mere kritisk og stiller større krav fagligt både i forhold til uddannelsesforløbet og i forhold til dem selv som formidlere. Der er således hos disse formidlere en opmærksomhed rettet mod, at den faglige viden bør udvides, nuanceres og diskuteres. Der er dog ikke desto mindre en generel interesse blandt samtlige sundhedsformidlere for at blive opdateret og trænet som formidlere.

2.5 Projektledelse og undervisere om sundhedsformidlernes kompetencer

Underviserne oplevede deltagerne som særdeles engagerede. Underviserne har pointeret, at det har været givende at arbejde med deltagerne, da de har fungeret godt som gruppe. De betoner ligeledes det sjove ved at undervise, når der er så meget respons fra deltagerne. Der har været megen ros og opmuntring til sundhedsformidlerne ikke kun kollektivt men også individuelt. Underviserne er generelt godt tilfredse med sundhedsformidlernes faglighed. Indimellem er de også imponerede, fx siger en underviser:

”De vil rigtig gerne det her, ... det er enormt positivt, hvor opmærksomme de er på hele området og alle de informationer, de får hevet til sig ...”(U2).

Målet for undervisningen har været en basisviden om de store linjer, og at enkelte detaljer først falder på plads efter et stykke tids virke er i orden ifølge underviserne.

Faglighed inden for et felt indebærer også kendskab til begrænsninger i ens viden. Sundhedsformidlerne skal ifølge projektlederen og underviserne ikke formidle faglig specifik viden men kunne henvise til, hvor og hvem man kan kontakte for at få yderligere svar på de spørgsmål, der måtte være. Der er forståelse for at situationen kan være vanskelig:

”De får mange spørgsmål, og det er forståeligt, at de kan føle sig presset... jeg tror, de går meget langt, før de slår bremsen i, og det kunne hjælpe, hvis vi kunne sætte bremsen lidt før, uden at de følte, at der gik noget fra dem, uden at de følte, at de mistede anseelse eller respekt. Jeg kan godt være bange for, at de får viklet sig ud i nogle forklaringer, når presset bliver stort, og det er jo et pres at stå foran en hel gruppe mennesker, hvor én har stillet et spørgsmål eller, hvor én bliver ved med at stille nogle specifikke spørgsmål - det kan godt være en ubehagelig situation ...” (U2).

En af sundhedsformidlerne medgiver, at det er ubehageligt, og at det er vanskeligt at blive ved med at sige, at man ikke kender til det, der bliver spurgt om (S18). Sundhedsformidlerne bliver rådet til at afvise nogle af de mest vildfarne spørgsmål høfligt og bestemt samt at sørge for at dreje fokus tilbage det, der er deres ærinde (P2, U2).

Samtidig er det dog også vigtigt, at sundhedsformidlerne lytter, opfatter og melder tilbage til FSK om hvilke spørgsmål, der bliver stillet (U2), for kan de ikke matche kursisternes behov eller møde dem på deres egne præmisser, så smuldrer grundlaget for en udviklende og tillidsfuld dialog.

Samlet set er der stor tilfredshed med sundhedsformidlernes kompetencer, især når det tages i betragtning, at kursusforløbet har været relativt kort. Det har været intensivt og niveauet hos sundhedsformidlerne vurderes generelt som værende tilstrækkeligt til de opgaver, de skal varetage. Underviserne havde dog gerne set, at der var mere tid til netop deres del, men på den anden side, er tid noget, en underviser altid kan bruge mere af (U1, U2). Samlet set er vurderingen fra projektleder:

”Jeg er vældig tilfreds med at sundhedsformidlerne faktisk kan gå ud og formidle enkle budskaber omkring sundhed uden de store problemer, det var en af de store udfordringer, ..., det er jo ikke særlig meget uddannelse, de har fået... De er i stand til at gå ud og formidle det her, fordi de i forvejen bringer mange ting med ind ... Jeg er glad for, at vi kan lave nogle

arrangementer, som folk er glade for. De er interesserede, folk spørg', og folk virker som om, de er sultne efter den information..." (P2).

Projektlederen bringer relevansen af budskaberne i spil, og når der foretages en vurdering af kompetencerne, er det næsten uundgåeligt at komme ind på indholdet i budskaberne, og hvordan disse bliver modtaget, dette forhold ses i rapportens næste kapitel om målgruppen.

2. 6 Aftagere om sundhedsformidlernes kompetencer

Der har ikke været udtalte og specifikke forventninger til sundhedsformidlerne blandt aftagerne. Generelt er der blevet ytret en positiv nysgerrighed over for projektet. Enkelte steder har der dog været en smule forbehold at spore. I det store hele er aftagerne meget tilfredse, og der er fortsat interesse for at rekvirere sundhedsformidlerne som undervisere.

Specielt sprogskolerne fremhæver, at de er glade for at få besøg, der kan supplere med input i forhold til den emnebaserede danskundervisning, hvor forskellige sundhedstemaer er hyppige. Lærerne begrundet det med, at det er yderst relevant for deres kursister.

Aftagere påpeger vigtigheden af, at det faglige niveau er i orden, da det fortrinsvis er det, der skal bære igennem og berettige sundhedsformidlernes tilstedeværelse, men derudover arbejder lærere meget forskelligt, og der er stor forskel på, hvordan de ønsker samarbejdet med sundhedsformidlerne skal forgå:

"Vi [lærere]arbejder meget forskelligt,..., [når]det ikke er mit fagområde, så vedkommer det ikke helt mig, hvad de vil sige, og hvad de vil ind på. Hvis jeg bare ved, at de er fagligt veludrustede, så vil jeg godt smide dem ind i min klasse, så må de sige, hvad de vil ... Det er meget fint at få besøg udefra, det er altid godt. Nogle lærere vil måske synes det var rart, at der var en brochure, eller at der var et skriftligt oplæg, ..., og så er der andre lærere, der vil synes, jamen jeg er nødt til at tale med dem der kommer, ..., der er vi forskellige" (A8).

På nogle af stederne var der blevet arbejdet med temaet før sundhedsformidlerne kom:

"Vi havde jo arbejdet med temaet, nogle ting var så en gentagelse for dem, men så blev det uddybet ... og så fik de nogle andre ting at vide ..." (A9).

Der er forskellige synspunkter med hensyn til gentagelser, og dertil kommer at gentagelser er mere accepterede i en sprogskole, hvis undervisningen foregår på dansk, end hvis der er tale om et aktiveringssted.

Både aftagere og sundhedsformidlere er blevet klar over, at det er rart at have et undervisningsforløb. Lærerne siger:

"Hvis de nu skulle ud i en gruppe igen, så vil det være positivt, hvis de kommer mange gange, fordi så kan de finde ud af, hvor meget kursisterne i virkeligheden forstår, og tilrettelægge deres undervisning efter den gruppe, ..., det ville i det hele taget være godt, at de kommer ad flere gange for at skabe den der gensidige tillid" (A9).

Sundhedsformidlerne møder vilkår, som gør sig gældende for alle undervisere, og vil kunne drage fordel af at få lejlighed til at se kursistgruppen an og finde ud af, hvad der skal til. Gruppedynamikken er forskellig fra gang til gang og tillid skal ligeledes etableres fra gang til gang.

En af aftagerne, der oplevede nogle af sundhedsformidlerne under praktikken, kunne 6 måneder efter ved et nyt arrangement iagttage udviklingen. Han udtaler:

"Det går den rette vej, de [sundhedsformidlerne] havde fået mere erfaring og større selvtillid" (A12).

Denne iagttagelse stemmer overens med sundhedsformidlernes egen vurdering.

2.7 Målgruppen om sundhedsformidlernes kompetencer

Den foreløbige vurdering er, at kursisterne/brugerne er tilfredse med kompetencerne. I et af mødestederne fortæller brugerne:

"De piger, der var her, var pragtfulde og åbne, de havde meget at fortælle, og de kom med en masse god information" (K4).

Tiden var desværre knap, og de savnede tid til at få svar på deres mange spørgsmål, og derfor blev sundhedsformidlerne inviteret igen, og kom i alt tre gange for at tale om samme emne.

En kursist siger:

"De unge kvinder, der var her, er en del af vores kultur, de er tæt på os, og de bærer tørklæde som os" (K4).

I kvindegruppen herskede der tilsyneladende en gensidig forståelse af, hvad der kan være på spil for den enkelte. For kvinden bag udtalelsen var det blandt andet en glæde at møde "medsøstre" i en position som officielle sundhedsformidlere for Folkesundhed København.

Et tredje sted fortæller kursisterne ligeledes, at sundhedsformidlerne var gode til at samtale (A7). Det var nemt at tale med sundhedsformidlerne, og de var gode til at svare på spørgsmål. Det gør dialogen nem og direkte, når det kan foregå på eget sprog. Om indholdet siger kursisterne, at noget var nyt, og at noget havde de hørt før. De siger generelt, at det er i orden at høre budskaberne flere gange. Kursisterne bruger forskellige pjecer og andet skriftligt materiale på eget sprog, og de vil gerne have mere materiale fx specifikt om bækkenbund og diverse bækkenbundsøvelser. Endnu et sted har efterspurgt skriftligt oplysende materiale på arabisk (A4;A7).

2.8 FSKs kvalitetssikring

FSK lægger vægt på kvalitetssikring for at sikre, at de faglige kompetencer er i orden. Kvalitetssikringen af sundhedsformidlernes ydelser er karakteriseret ved at være tænkt i mange facetter. Der er gennemført stikprøvevis observation af udførelsen af opgaverne, hvor medarbejdere fra FSK og eksterne undervisere har været med ude på opgaver. Der er blevet iværksat en form for

skriftlig afrapportering, som projektmedarbejder modtager efter hver opgave. ERFAmøderne med repetition og opdatering samt kollegial sparring er også en måde at sikre kvaliteten på. Ligeledes er tilbuddene om efteruddannelse et led i kvalitetssikringsstrategien.

Et punkt, der efterhånden har vist sig helt centralt, er at sætte en afklaring i værk forud for aktiviteterne, således at forventninger hos aftager og formidler kan blive afstemt. Vigtigheden af at der er et korps værdsættes, og der arbejdes således også på, at sundhedsformidlerne skal føle tilknytning til FSK. Dette skabes blandt andet igennem bevidst anerkendelse og ros, og både projektleder og projektmedarbejder tilstræber at være i tæt og jævnlig kontakt med sundhedsformidlerne.

Det er indtrykket, at sundhedsformidlerne holder sig tæt op ad de budskaber, som de har til opgave at formidle for FSK. Der er fra FSKs side blevet lagt vægt på, at budskaberne skulle være enkle og forståelige:

”De budskaber, de skal ud med, skal være forsimplede, fordi inden for det her område, du kan ikke sige noget er sundt uden, at der en undtagelse, og derfor er det nogle store linjer, de skal ud med, og derfor ryger der også nogle detaljer, man må også sige, at det så er i orden, for det vigtigste det er, at det er simple budskaber, og at det er nemt at forstå, og alle de små detaljer må komme på plads senere hen. Små detaljer kan også gøre det forvirrende for målgruppen, der skal have noget ud af det, så sidder der nogen med en større viden, så må man tage de spørgsmål bagefter, så man ikke forvirrer hovedbudskabet” (U2).

Der er forståelse for, at sundhedsformidlerne kan miste noget anseelse, når de ikke umiddelbart kan svare på de stillede spørgsmål. Der er fra FSKs side opmærksomhed omkring, hvordan man kan dæmme op for de mange spørgsmål, der ofte går i meget forskellig retning. Samtidig er det også væsentligt for FSK at få at vide, hvilke spørgsmål der faktisk bliver stillet, for at kunne tage konsekvensen heraf i form af at imødekomme nogle af de efterspurgte temaer, der viser sig for målgruppen.

2.9 Justeringer og ønsker i forhold til uddannelsesforløbet

Afsnittet beskriver primært sundhedsformidlernes refleksion over uddannelsesforløbet og således deres forslag til justeringer. Generelt havde sundhedsformidlerne et hårdt efterår, da der under uddannelsen var lange eftermiddage. Det har i forskellig grad trukket veksler på arbejde og familie. Blandt sundhedsformidlerne med arbejde fortæller en del, at deres arbejdssted var indforstået med at finde løsninger, og at de opnåede gode ordninger. Andre måtte lægge timerne på et andet tidspunkt. En af sundhedsformidlerne kommenterer det intensive undervisningsforløb på denne måde: *”Det har været spændende, det måtte godt have været lidt dybere og længere, ...”* (S7). En anden fortæller: *”Det var kort og præcist”*. En tredje siger: *”Vi har ikke haft tid til at praktisere den viden ... Det var meget faste rammer”* (S3). Og ligeledes i samme retning forklarer en sundhedsformidler: *”Det er bare rart for os med lidt mere baggrund ... nuanceringen, den glemte vi nogle gange”* (S9). Overordnet var der dog stor tilfredshed med det faglige niveau, hvilket også er blevet fremhævet tidligere i kapitlet.

At det ind imellem er blevet oplevet som en smule overfladisk kan også betragtes som en dimension af det tidspres, der går igen på forskellige måder i både de skriftlige evalueringer og de mundtlige

vurderinger af forløbet. Dette handler tillige om, at det måske kan være givtigt at få lidt luft mellem undervisningstemaerne samt at få lejlighed til at øve sig i formidling for dermed at knytte an til praksis fra begyndelsen af. Det er allerede besluttet at anlægge en endnu mere procesorienteret tilgang i næste undervisningsforløb (P1).

Det bliver endvidere nævnt, at undervisningen til tider var grænseoverskridende i modulet om reproduktiv sundhed. Sundhedsformidlerne påpeger, at de ikke altid kan bruge den tilgang og formidlingsform, de selv blev præsenteret for. En sundhedsformidler giver udtryk for, at det er nødvendigt at kunne bøje sig efter målgruppen. Hun illustrerer med et eksempel:

"Der er nogle emner, der kan man ikke gå lige på, ligesom underviserne har gjort det fx "Hvad forstår I ved sex?", det kan man ikke, det er grænseoverskridende" (S21).

Videre forklarer sundhedsformidleren *"Man er også nødt til at være sig selv"* og giver udtryk for at det må være en formidlingsform, hun selv er tilpas med og kan stå inde for. En anden sundhedsformidler siger:

"... i forhold til formidlingen, hvad er det, der skal tages hensyn til, når vi snakker om folk, som har nogle helt andre billeder, altså man bruger nogle helt andre billeder, når man modtager, og når man selv prøver at forklare i forhold til sin egen levevis" (S4).

Sundhedsformidleren påpeger behovet for at bruge billeder og illustrationer tilpasset målgruppen.

På et opfølgende spørgsmål om, hvorvidt formidlingen skulle have været ind undervejs i forløbet, siger sundhedsformidleren:

"Det har det også været. Vi har jo brugt tid på at diskutere, hvordan får vi fortalt om motion, så det bliver forstået, hvordan fortæller vi om kræftsygdom i forhold til rygning, så det bliver forstået, og skal vi bruge skrækbilleder? Det er sådanne diskussioner, vi har haft, det har været meget givtigt, det har faktisk været rigtig godt i sær på kost og på motion ... men på diæt og på reproduktiv sundhed, der savnede jeg diskussionen ... og jeg tror det skyldes, at der ikke var tid ..."

Sundhedsformidlerne har mange forskellige synspunkter vedrørende formidlingsdelen. Nogle giver udtryk for, at formidlingen er noget, man kan nedprioritere, eftersom det ikke var så anvendeligt, og at gentagelserne var mange, specielt til sidst. Det modsatte synspunkt, at formidlingsdelen bør opprioriteres, er også kommet frem i interviewene med sundhedsformidlerne. Forklaringen på den store spredning vedrørende synspunkter om formidling er formentlig, at nogle af sundhedsformidlerne fungerer som undervisere og formidlere i deres hverdag, og således er vant til at omgås mange forskellige grupper, ligesom de er vant til at bearbejde stof for derefter at formidle det. De føler ikke nødvendigvis noget videre behov for yderligere træning på dette område. Andre giver udtryk for, at de savner at lære pædagogiske greb, og frem for alt udtrykker de behov for træning under supervision, så de kan blive bedre formidlere. Enkelte har for første gang skullet prøve at tilrettelægge undervisning. Andre pointerer, at undervisningen i sig selv ikke var ny, men at det var nyt stof, der skulle omsættes, og at det først efter 4 - 5 formidlingsgange bliver en tilfredsstillende oplevelse for dem selv. Det har generelt været givtigt for sundhedsformidlerne at være på opgaver sammen, og derfor var det en særdeles vigtig beslutning, der blev truffet, da det blev muligt at tage ud sammen to og to på de fem første opgaver.

Blandt rækken af forslag² til eventuelle forbedringer af indholdet i uddannelsen nævner sundhedsformidlerne: test efter hvert undervisningsmodul, mere viden om målgruppen i form af statistik, indføring i psykosociale emner, hjælp til styrkelse i fagudtryk på eget sprog, afprøvning af flere slags fysisk aktivitet og konflikthåndtering til brug i formidlingen.

2.10 Sammenfatning

Sundhedsformidlerne har gennemgået et relativt kort men intensivt uddannelsesforløb, hvor de er blevet kompetente til at undervise og oplyse om sundhedsfaglige forhold på livsstilsområdet. Sundhedsformidlerne melder entydigt om en klar effekt af uddannelsesforløbet i forhold til deres personlige kompetencer. Der er en ikke særlig tydelig men dog en vis tendens til specialisering med hensyn til både temaer og målgruppe. Det kan tænkes, at der med tiden vil fremstå en tydeligere tendens, således at man vil vælge at koncentrere sig om at formidle i afgrænsede arenaer, altså dér hvor man synes, det går bedst, fordi man bliver afstemt i forhold til målgruppen de pågældende steder.

Projektleder og -medarbejder samt undervisere sætter pris på sundhedsformidlernes store interesse for at udføre opgaver som sundhedsformidlere for FSK. Deres faglige, pædagogiske og sociale kompetencer værdsættes. Det er først og fremmest de store linjer, som sundhedsformidlerne skal have kompetencer i, og der vil være detaljer, som må komme senere med erfaringen. Generelt giver aftagerstederne udtryk for, at sundhedsformidlerne er velforberejede, når de kommer. Aftagerne noterer sig, at der er dialog med kursisterne/brugerne. Målgruppen værdsætter specielt, at undervisningen kan foregå på eget sprog.

At lære at håndtere sproglig og identitetsmæssig mangfoldighed er en nødvendighed for den gruppe af sundhedsformidlere, der vælger at varetage opgaver mange forskellige steder og i mange forskellige sammenhænge. Mangfoldigheden i korpset – forstået som forskellige forudsætninger blandt sundhedsformidlerne og forskellige ønsker til at virke som sundhedsformidler – spiller en overvejende positiv rolle for projektet. Der argumenteres således for vigtigheden af at fastholde denne mangfoldighed i korpset.

Det er af betydning for den enkelte sundhedsformidler at få formaliseret en formidlerfunktion, som vedkommende måske i forvejen har haft eller har haft ønske om at udfylde. Sundhedsformidlerne giver udtryk for, at det er rart at føle sig styrket, og at føle man gør nytte. I kraft af uddannelsesforløbet er der tale om en oprustning i forhold til faktuel og pædagogisk viden, og det i sig selv har været en positiv proces med en positiv effekt, som sundhedsformidlerne har oplevet det. Men i forhold til at virke som sundhedsformidler er det afgørende at få en rolle eller få opgaver at udføre og derigennem opretholde tilknytningen til FSK.

² Kriteriet for at medtage forslagene var at min. to sundhedsformidlere havde nævnt forslaget under interviewene.

3. Fastholdelse af formidlerne

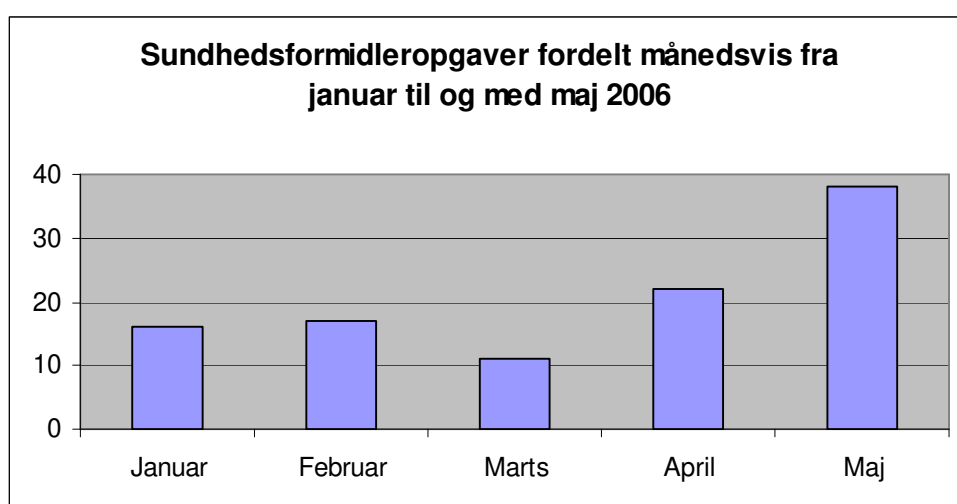
3.1 Indledning

Der har været en ganske betydelig aktivitet i projektet i løbet af de seks første måneder, hvor sundhedsformidlerne har fungeret. Kapitlet beskriver hvor mange opgaver, der har været fordelt på måneder, på de enkelte sundhedsformidlere, på aftagersteder og på temaer for aktiviteterne.

Der har fra styregruppens side været en opmærksomhed rettet mod at sikre fastholdelse af korpset af sundhedsformidlere (jf. styregruppereferat). Det er netop et af de afgørende elementer i forhold til, om korpset kommer til at virke efter målsætningen. Fastholdelsen af sundhedsformidlerne i ”Sundhed på dit sprog” bliver vurderet ud fra en arbejdsmæssig dimension (opgaver og tilknytning til FSK) og en faglig dimension (erfaringsudveksling og efteruddannelse).

3.2 Antal opgaver og opgavernes karakter

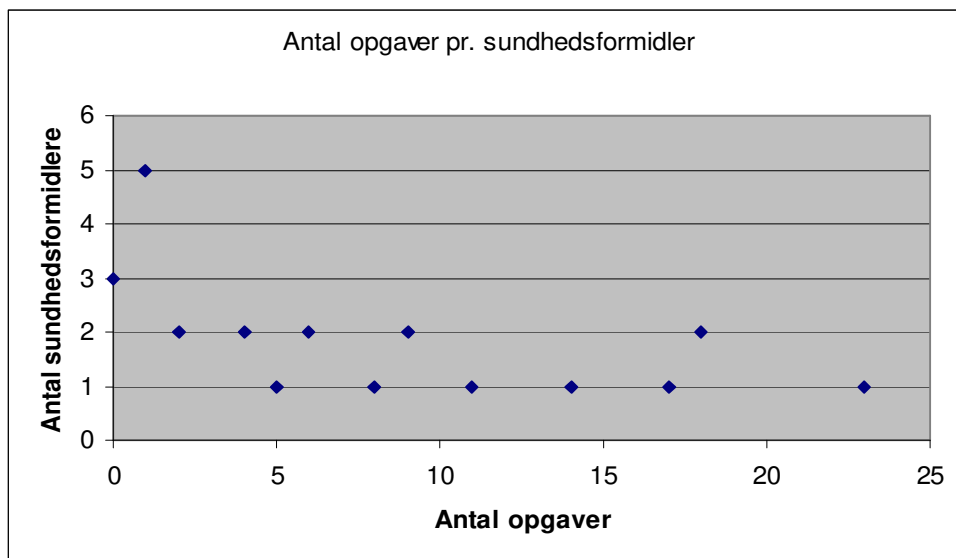
Efterspørgslen er større end FSK havde forventet og fastsat som mål. Det samlede antal opgaver for sundhedsformidlerkorpset i perioden fra januar til og med maj 2006 var 104 opgaver, heraf var 4 uden for Københavns Kommune. På baggrund af oplyst deltagerantal ved 57 opgaver var der i alt 1047 deltagere, hvilket giver et deltager gennemsnit på 18 kursister pr. gang, hvor sundhedsformidlerne har været ude på opgave. Der er relativt flere deltagere ved sprogscolearrangementer i forhold til andre arrangementer, men selv om der regnes med deltagerantal på min. 12 for de resterende opgaver, er der tale om, at mere end 1600 personer har overværet sundhedsformidlernes budskaber i løbet af de første fem måneder af sundhedsformidlernes virksomhed. Ud fra de oprindelige forventninger om, at hver enkelt sundhedsformidler i gennemsnit ville nå ud til ca. 70 personer på årsbasis, kan det konkluderes, at dette mål allerede er opfyldt efter 5 måneder.



Figur 1: Sundhedsformidleropgaver fordelt månedsvis

I figur 1 fremgår det, at opgaverne har været stødt stigende i løbet af perioden fra januar til og med maj 2006.

21 sundhedsformidlere har været i funktion, og de resterende tre forventes at komme det i løbet af året. I figur 2 er antal opgaver pr. sundhedsformidler illustreret ved et punktdiagram. Det fremgår, at der er en gruppe, der har haft ingen eller enkelte opgaver. Der er en midtergruppe, der haft i gennemsnit 1 - 2 opgaver pr. måned, og endelig er der en gruppe af formidlere, der haft 3 - 4 eller flere opgaver månedligt.



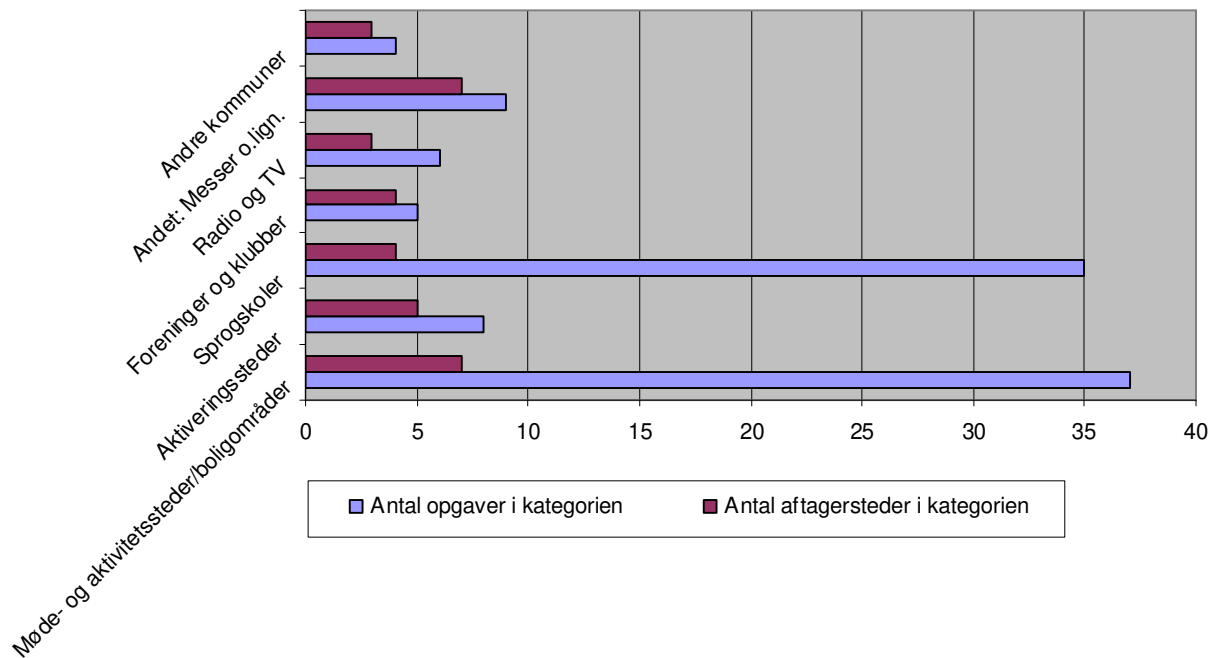
Figur 2: Antal opgaver pr. sundhedsformidler januar-maj 2006

Der er endvidere to sundhedsformidlere, der er blevet faste rådgivere på rygestoplinjen, og andre syv er blevet uddannet som almindelige rygestopinstruktører og indgår således i Folkesundhed Københavns korps af rygestopinstruktører. Nogle har udover de registrerede opgaver fungeret som tolke og/eller formidlet kontakter i forbindelse med opgaver, der har været forankret i FSK, og nogle har ydet rådgivning i forbindelse med oversættelse af en tobakspjece for FSK. I forbindelse med et lokalradioprojekt på urdu har fem sundhedsformidlere været engageret. Der har også været andre interviews med pressen.

Opgaverne har først og fremmest været fordelt på møde- og aktivitetssteder, sprogskoler og aktiveringssteder. I alt er 33 forskellige aftagere registreret i perioden januar til og med maj 2006. I figur 3 fremgår ved hjælp af de tofarvede søjler antallet af forskellige aftagere inden for kategorien samt antallet af opgaver i kategorien. Heraf fremgår det, at sundhedsformidlerne er blevet genbestilt i samtlige kategorier af aftagersteder.

Blandt nogle aftagere sker der en udskiftning af brugere og kursister over 1 - 2årige perioder, og et bud på hvor ofte arrangementer vil kunne gennemføres er, at de vil kunne blive årlige tilbagevendende begivenheder.

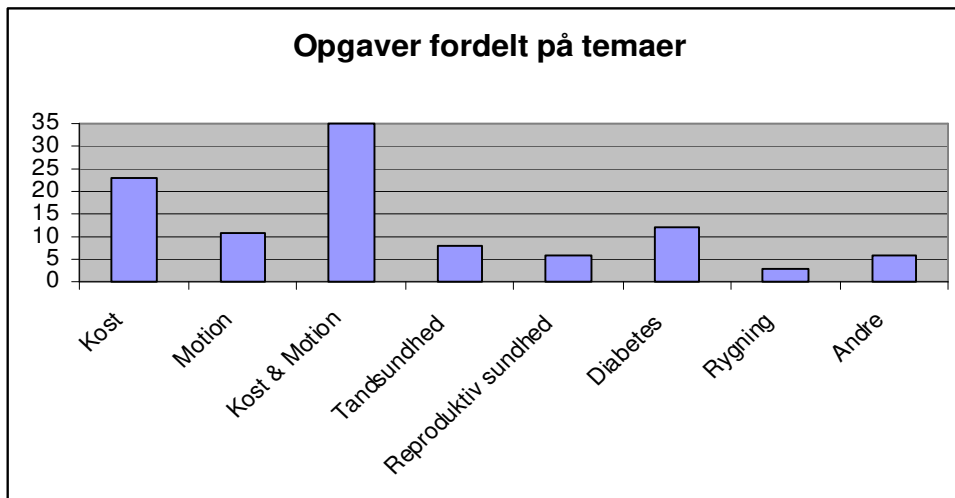
Fordeling af opgaver på aftagersteder januar - maj 2006



Figur 3: Opgaver fordelt på steder

Figur 4 illustrerer forholdet mellem de temaer, der er blevet undervist i. Kost- og motionsområdet udgjorde samlet set langt de fleste opgaver. Dernæst var det diabetes, tandsundhed og reproduktiv sundhed, der blev undervist i.

Rygning har været forholdsvis lidt efterspurgt. Sundhedsformidlernes interesse herfor er imidlertid stor, ligesom der er dokumentation for, at temaet er relevant. Det er et område, der kræver særlig opmærksomhed. Der er mulighed for både at integrere temaet i den øvrige rygestopindsats i FSK, og udvikle specielle initiativer, samtidig med at der sættes fokus på mændene i målgruppen. De skal eventuelt nås via klubber og andre mødesteder eller via tiltag på arbejdspladser.



Figur 4: Opgaver fordelt på temaer

Det generelle billede set fra FSK er, at man har kunnet komme aftageres ønsker i møde. Dog har der været enkelte henvendelser fra aftagere i maj måned med ønsker om specifikke sprog og dage, som ikke har været mulige at imødekomme. Nogle af sundhedsformidlerne er meget travle også med andre ting, men sundhedsformidleropgaverne bliver generelt prioriteret meget højt af sundhedsformidlerne.

Der har været henvendelser fra omegnskommunerne³ samt interesse fra andre kommuner i landet. Der har således været sundhedsformidlere på i alt 4 opgaver i Sønderborg og Ledøje Smørum Kommune samt i Herlev.

I samtalerne med aftagere har de generelt vurderet, at de kunne få en sundhedsformidler på det sprog, de ønskede. Der er én gang blevet efterspurgt en sundhedsformidler, der kunne tale tyrkisk, hvilket ikke blev imødekommet, og to steder er der eksplicit blevet efterspurgt en kinesisk talende sundhedsformidler. Der er flere aftagere, der fortæller, at de har kinesiske kursister/brugere, men i det den kinesiske gruppe ikke er i målgruppen for ”Sundhed på dit sprog”, bliver man heller ikke ved med at efterspørge, det som FSK ikke kan levere.

Der savnes specielt en mandlig sundhedsformidler, der taler tyrkisk samt en mandlig sundhedsformidler fra den nordafrikanske region, der behersker både berbisk og arabisk.

Den store efterspørgsel efter sundhedsformidlerne tyder godt for fastholdelsen af sundhedsformidlerne. Det har dog trukket store veksler på projektmedarbejderen, som har koordineret samtlige aftaler.

³ Sundhedsformidlerne kan inden for Københavns Kommune rekvireres gratis fra FSK, mens kommuner og andre uden for København har skullet betale for at bruge sundhedsformidlerne.

3.3 Sundhedsformidlerne om tilknytningen til FSK

Sundhedsformidlerne føler generelt en tilknytning til FSK, og de sætter pris på den opmærksomhed og anerkendelse, de modtager fra projektleder og projektmedarbejder. En sundhedsformidler siger:

”Det var planlagt så flot, og de tog så godt imod os, ... Der gik ikke ret lang tid inden vi følte os en del af det fællesskab – det overraskede mig vildt, normalt er det ikke nemt at blive en del af fællesskabet andre steder, men her var noget helt andet, det var helt utroligt positivt” (S11).

Der er en tæt personlig kontakt mellem FSK og sundhedsformidlerne, der primært går via projektmedarbejderen. Der blev eksempelvis afholdt en personlig samtale med samtlige sundhedsformidlere i januar måned, som blandt andet var en individuel tilbagemelding på praktikken og den afsluttende test. Det var også en samtale om den enkeltes ønsker i forbindelse med det videre samarbejde med FSK, herunder en afklaring om hvilke temaer sundhedsformidlerne foretrak, og hvor meget tid hver enkelt havde til rådighed.

Det har været en overraskelse for mange sundhedsformidlere at møde så mange andre formidlere, der på trods af forskelligheden gav udtryk for samme interesse og mål. Men hvorvidt man føler sig som en del af FSK er samtidig afhængig af, at man har tiden til at deltage både i ERFAMøder, efteruddannelse og ikke mindst undervisningsopgaver eller lignende aktiviteter.

Flere ytrer, at det er deres indtryk, at opgaverne har været der, men flere fortæller, at det for dem ikke har været aktuelt at byde ind pga. arbejde. Enkelte giver udtryk for, at de havde forventet flere opgaver (S1, S4). På ERFAMødet i februar blev forventninger til antal opgaver justeret. Spørgsmålet var, om sundhedsformidlerne lavede for lidt. Projektleder meldte om stødt aktivitet, og at det lå over forventet niveau. En af sundhedsformidlerne udtaler efterfølgende: *”Det var i orden at få vide ... ”* (S4). Hun havde været nervøs for, om det nu gik, som det skulle. Det var ikke af hensyn til hendes egen situation, hun var bekymret, men i forhold til om projektet udviklede sig som det skulle.

Flere sundhedsformidlere efterlyser strategier i forhold til at skabe mere faste rammer for deres arbejde (S1;S2;S4;S6;S13;S19), dvs. der er et ønske om deltidsstillinger fra sundhedsformidlernes side. Disse idéer om fastere rammer kommer ikke alene fra sundhedsformidlere uden fast arbejde, men er kommentarer til, hvordan man kunne forestille sig, at sundhedsformidlerne kunne blive brugt i fremtiden. De foreslår at blive mere brugt i omegnskommunerne, og endvidere peger de på, at FSK sørger for at huske også i fremtiden at bruge sundhedsformidlerne både til interne og eksterne opgaver.

3.4 ERFAMøder

ERFAMøderne, der er erfaringsudvekslingsmøder og afholdes månedligt, er obligatoriske i den forstand, at der skal meldes afbud, hvis man ikke kommer. Til det første ERFAMøde var der afsat 2 timer, men det viste sig ikke at være nok, da tiden blev overskredet. De efterfølgende har været på 3 timer. Projektmedarbejderen fastlægger programmet, der indeholder meddelelser, opdatering inden for et tema og en ”runde”, hvor alle kan fortælle om erfaringer, de har høstet i forbindelse med de opgaver, de har haft.

Møderne er en mulighed for sundhedsformidlerne til at stille spørgsmål til FSK, men er også en mulighed for at holde sig opdateret, sparre med hinanden omkring opgaver og de udfordringer, der kommer samt eventuelt få idéer til samarbejde om aktiviteter. Hidtil har emnerne været opdatering på motion, kost og reproduktiv sundhed. Det er hensigten, at blandt andet kollegial supervision skal med på programmet senere i år.

3.5 Efteruddannelse

Ifølge sundhedsformidlerne prioriterer de efteruddannelse højt, og derved bliver det et vigtigt element i en fastholdelsesstrategi. Der har været et efteruddannelsesstilbud på 7 timer fordelt over to sene eftermiddagssessioner. I alt har 12 personer deltaget i efteruddannelsen, hvor temaet var et "sprogskole-koncept" - et manualstyret program over 5 undervisningsgange à 2 timer, der henvender sig til sprogskoler. Det er bygget op om de 8 kostråd, og der er en fast struktur med mulighed for at tilpasse indholdet til egne idéer og målgruppens ønsker. Fagligt var indholdet ikke nyt, men der blev specielt arbejdet med tilrettelæggelse af undervisningen.

Næste tilbud om efteruddannelse bliver indenfor området børneernæring, og perspektivet for sundhedsformidlerne vil være at komme til at indgå i et FSK projekt om sunde børnefamilier. Dette vil være en reel udbygning af den faglige viden og kræver derfor, at man er helt opdateret med baggrundsviden på kostområdet (U2). Der er ligeledes planer om efteruddannelse inden for områderne diabetes og reproduktiv sundhed. Der er for interesserede sundhedsformidlere udsigt til et fremtidigt samarbejde med organisationen "Sex og samfund"(U1).

3.6 Delprojekter

De fremtidige perspektiver for brug af sundhedsformidlerne i delprojekter er også en del af fastholdelsen. FSK arbejder med et delprojekt blandt ældre på Nørrebro, blandt børnefamilier og i et sundhedscenter på Nørrebro. Derudover er et nyt projekt opstået i projektet, der omhandler temaet reproduktiv sundhed, hvor en sundhedsformidler er blevet deltidsansat per 15. maj 2006 for midler fra Sundhedsstyrelsen. FSK planlægger derudover at hjælpe yderligere opgaver på vej i medier, foreninger og klubber samt at samarbejde med blandt andet aktiveringssteder med henblik på tilrettelæggelse af interventioner. Fastholdelseelementet har igennem de første måneder af 2006 været i sin begyndelse men bliver en faktor, der hele tiden skal arbejdes med.

3.7 Sammenfatning

Afgørende i denne første fase af projektet var, om sundhedsformidlerne kunne komme til at virke inden for de forskellige områder, som de havde erhvervet kompetencer i. Det overordnede indtryk er, at det har de kunnet. Sundhedsformidlerne har været efterspurgt i større omfang end forventet. De har varetaget 104 opgaver i perioden fra januar til og med maj 2006. 33 forskellige aftagersteder er repræsenteret, hvoraf der er flest opgaver på sprogskoler og møde- og aktivitetssteder. Aktiveringssteder samt klubber og foreninger kan også i højere grad blive aktuelle aftagersteder, men det kræver, at der iværksættes en målrettet indsats. Der har været i gennemsnit 18 deltagere pr. hold sammenholdt med, at FSK ønskede en minimumsgrænse på 12 deltagere pr. hold.

Der har været 21 sundhedsformidlere ude i forskellige former for opgaver i løbet af de seks første måneder. Blandt de der ikke har haft opgaver har der været særlige arbejdsmæssige eller familiemæssige omstændigheder, og de forventes alle at komme til at virke i indeværende år.

Tilknytningen til FSK søges sikret igennem, at der er opgaver at varetage, og igennem tilbud om erfaringsudvekslingsmøder og efteruddannelse. Alle aktiviteterne synes højt prioriteret blandt sundhedsformidlerne.

De travle sundhedsformidlere kan måske ikke påtage sig mange undervisningsopgaver i dagtimerne, men de føler ejerskab i forhold til projektet og i kraft af deres indgående kendskab, kan de på kvalificeret vis pege på, hvordan sundhedsformidlerne kan bruges.

Nogle foretrækker at virke i kendte miljøer lokalt og på eget sprog, mens andre ønsker at virke i mange forskellige sammenhænge og på flere sprog. Endvidere er en tematisk specialisering så småt begyndt at vise sig, dog er der fortsat mange, der gerne tager opgaver inden for alle emneområder.

4. Den direkte målgruppes opfattelse af formidlerne og formidlingen

4.1 Indledning

Den direkte målgruppe forholder sig yderst positivt i forhold til sundhedsformidlerne og deres budskaber. Der er endvidere en vis holdningsmæssig effekt at spore.

Kapitlet fokuserer på den direkte målgruppe for indsatsen. Aftagerstederne er et væsentligt mellemlid til disse ligesom sundhedsformidlerne også er det. Data til dette kapitel er først og fremmest opnået via aftagere og sundhedsformidlere.

4.2 Beskrivelse af aftagere – deres kursister/brugere

Hvert aftagersted har egne rammer og værdier. Sammensætningen af kursister/brugere er forskellig med hensyn til etnicitet, sprog, alder, social baggrund, skole- og erhvervsuddannelse og status, hvad angår deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Mange steder er kursisterne højst forskellige, og denne mangfoldighed er en udfordring i undervisningsøjemed.

På **aktiveringsstederne** tilbydes undervisnings- og afklaringsforløb i relation til arbejdsmarkedet. Kursisterne er tilknyttet 1-2 år som led i deres handleplan. Undervisningen tager udgangspunkt i kursisterne og omfatter hovedsagelig dansk og samfundsfag samt værksstedsundervisning (syning, IT, osv.). Her er der tale om obligatorisk deltagelse.

På **sprogskolerne** varetages danskundervisning på niveauerne 1, 2 og 3. Der er såvel dag- som aftenhold. Undervisningen er emnebaseret og rettet mod emner, der er relevante i forhold til kursisternes hverdagsliv. Her er der ligeledes tale om obligatorisk deltagelse.

På **aktivitetscentre, mødesteder og boligområder (åbne arrangementer)** kommer brugerne på frivillig basis, og de tilbud der eksisterer for brugerne, er i en vis udstrækning brugerstyret. De fleste steder foregår en række aktiviteter som fx individuel rådgivning, motionshold og fælles spising samt regelmæssige arrangementer med oplysende indhold.

Nogle af stederne henvender sig til særlige grupper og flere af stederne specielt til borgere uden for arbejdsmarkedet, fx kvinder der forsørges af deres mænd, pensionister og førtidspensionister, kvinder på barsel og sygemeldte.

Flere steder har ugentlige arrangementer med samfundsoplysende emner og med gæster ude fra. På stederne bliver det understreget, at disse arrangementer har flere sidegevinster for brugerne, der i nogle tilfælde danner netværk, eller føler at de tager del i et netværk ved disse arrangementer. Der er ofte blandede sproggrupper, men der tilstræbes sprogopdeling ved arrangementerne, hvis der er mulighed for det. Der er en erkendelse af, at sprogopdeling giver størst udbytte for brugerne og kursisterne. Der er også en erkendelse af, at det er godt, at det nogle gange kan foregå kønsopdelt.

4.3 Vurderinger og opfattelser hos kursister

På baggrund af afrapporteringskemaer (i alt 49 stk.) fra sundhedsformidlerne fremgår det, at den overvejende del af kursisterne/deltagerne er kvinder. Samtlige sprog er i spil. Der er ganske ofte mange forskellige sprog og nationaliteter repræsenterede de enkelte steder. Hvad angår den geografiske spredning synes kursister og brugere at komme fra forskellige steder i København, ligesom aftagerstederne også placerer sig i de forskellige københavnske bydele.

I gruppeinterviewene gav kursisterne udtryk for stor interesse for sundhedsområdet generelt. De kunne referere en del af de budskaber sundhedsformidlerne havde talt om, ligesom de spurgte til, hvornår de kunne få besøg af sundhedsformidlerne igen.

På baggrund af samtaler/interview med kursister og brugere er et hovedindtryk endvidere, at mange af kvinderne beretter om diverse helbredsproblemer og nogle af dem fortæller, at deres ægtefælle er syg. De har børn og børnebørn her i Danmark og/eller i udlandet. Specielt de ældre kvinder virker besværede og begrænsede af fysiske funktionsnedsættelser, der umiddelbart tolkes som nedslidningsproblematikker. Enkelte virker i den grad forpinte, at de undertiden har vanskeligt ved at være til stede i disse sammenhænge, hvor oplysnings- og undervisningsvirksomheden foregår. Når de alligevel møder op til de åbne arrangementer, er det fordi, det har deres interesse.

Via lærerne på aftagerstederne er indtrykket, at budskaberne er relevante for kursisterne, og at de er nysgerrige efter mere. Der er ikke tale om en interesse, der skal vækkes, for den er der allerede:

”Det er vores indtryk [den samlede lærergruppe], at kursisterne er meget interesserede i emnerne som sådan, det er noget der angår dem. Det er vigtigt, det er ikke spild af tid for dem, så det er en forudsætning for overhovedet at komme i gang. Der er et behov og en interesse allerede inden, de [sundhedsformidlerne] kommer, og hvor meget de [kursisterne] så aktivt kan bruge af det bagefter, det er jo forskelligt...”

Relevansen for kursisterne eller brugerne er et springende punkt, og på et af stederne fortæller lærerne:

”Generelt kunne de svare på spørgsmålene. På vejledningsdagen, der tror jeg, at folk modtog dem meget positivt, for det er i bund og grund noget folk mangler og godt vil vide en masse om” (A9).

Sundhedsformidlerne opfatter selv, at de er blevet godt modtaget de fleste steder, hvor de har haft opgaver. Kursisterne giver generelt udtryk for, at de er glade for sundhedsformidlernes informationer, som de finder relevante. En af sundhedsformidlerne fortæller:

”Man kan mærke, der er så mange, der virkelig er interesserede, det er meget godt og tilfredsstillende for os.” (S3).

Andre sundhedsformidlere fortæller, at de afliver myter fx at sund mad er alt for besværligt at lave eller ikke kan forenes med de traditioner, kursisterne praktiserer. Sundhedsformidlerne oplever endvidere behov for rådgivning, der retter sig mod den enkelte kursist/bruger. Flere af kontaktpersonerne på aftagerstederne fortæller, at de gerne vender tilbage til sundhedsformidlernes eksempler og budskaber i deres hverdag med brugere/kursister.

Resultatet et af stederne var, at der blev lavet et motionshold, hvor det blev arrangeret med en frivillig instruktør fra en organisation. Et andet sted havde der ligeledes været en lignende sideeffekt med tilgang af deltagere til et motionshold. Et tredje sted lavede man aftaler om at motionere sammen og ønskede at danne en kvindeklub, denne er nu ved at blive en realitet.

En særlig måde at følge op på sundhedsformidlernes budskaber er ved i hverdagen at foretage nogle ændringer fx var et mødested begyndt med at servere mere groft brød og mindre hvidt brød til te og kaffe. Det var først mindre populært, men det er siden ved at have fundet indpas hos brugerne. Ideerne med at putte lidt grønsager eller groft mel i det brød man bager hjemme, har flere taget til sig, også de der aldrig har bagt før er begyndt at bage ud fra de opskrifter, de fik (A10).

Ligeledes fortæller en underviser, at de har været glade for det materiale, som sundhedsformidleren lod dem kopiere, og at de siden har hængt noget af det op og har fortsat med at tale om sukkerforbrug eksempelvis (A11). Flere aftagersteder efterspørger materiale på de respektive sprog.

4.4 Viden, erfaring og handlekompetencer hos kursisterne

Flere af sundhedsformidlerne har taget den dialogbaserede undervisning til sig og en sundhedsformidler udtaler: *"At få folk i tale – det vedrører mig. Det er mit succeskriterium"* (S4). En anden udtaler om sit mål: *"Når de siger: "Det vil jeg prøve!" – så føler jeg, at jeg har nået, det jeg skal"* (S21). Når kursisterne tilkendegiver, at der er noget, de muligvis kan bruge, så er der sket en bevægelse, der måske sætter mere i gang efterfølgende.

Men den viden sundhedsformidlerne møder hos eksempelvis kursister kan langt fra alene beskrives som mangelfuld, og at vidensniveauet er så forskelligt i målgruppen har været en overraskelse hos nogle. En af formidlerne siger:

"Samtidig så tror man, at de ikke ved ret meget, alligevel det viser sig, at mange godt ved en hel del, på grund af at nogle familiemedlemmer måske har sukkersyge eller andet, så de kender til problemer, det er ikke helt fremmed for dem, og de kender også til, hvad der er godt, og hvad der er dårligt, men det er mere det at praktisere det." (S3)

Problemet er altså ikke nødvendigvis manglende viden men kan være en mangel på handlekompetence ("empowerment") til at gøre det, de gerne vil. Hjælpen til at komme i gang og få påbegyndt rigtigt for eksempel med hensyn til fysisk aktivitet er samme problemstilling for alle uanset herkomst (A5), men det er vanskeligt for det individ, der har mange andre ting og måske mere presserende ting at forholde sig til.

Dette vilkår kan bevirke, at de ikke føler, at de kan bruge det til noget, for de synes måske selv, de er bevidste og oplyste, men at problemet ligger et helt andet sted nemlig i forhold til, hvordan det konkret kan gribes an lige i deres situation.

Der har været et par steder, hvor ikke alle kursister var begejstrede for sundhedsformidlernes budskaber:

”Vores kvinder [enkelte og ikke hele holdet] opfattede det som virkelig kedeligt og stramt det, man egentlig må spise af søde sager og ”god mad” i ugens løb og følte nok, at der var for lang vej til målet, så nogle opgav på forhånd ... Mange af vores kvinder har mange problemer at slås med, og derfor kan det være ekstra svært at ændre på kosten, og det er i virkeligheden nok det, der har været modstanden fra nogle ...”

I samme skriftlige evaluering af sundhedsformidlerbesøget diskuteres det, om linjen, der blev lagt for dagen, måske var for stram, idet nogle af kursisterne syntes at stå af. Resultatet var, at nogle af kvinderne i gruppen gav udtryk for, at de vidste det hele i forvejen. Lærerne på stedet havde regnet med, at kvinderne ville være mere modtagelige, fordi underviseren selv var indvandrer. Lærerne udtrykker dog forståelse for, at det kan være vanskeligt at blive konfronteret med, at man laver ”forkert” mad (A11). Eksemplet illustrerer, at det kan være vanskeligt at nå alle i en formidlingssituation, og der kan være mange forskellige årsager til, at der opstår misforståelser. Er sproget primært dansk i en sprogligt heterogen gruppe er risikoen for misforståelser størst i og med nuancer har det med at fortone sig, når sproget skal være enkelt og ukompliceret, og denne præmis i flersproget og flerkulturel sammenhæng er uundgåeligt. Alle parter kan hjælpe hinanden til bedre forståelse ved at være opmærksomme på præmisserne for formidlingen i disse situationer.

Sundhedsformidlerne er selv inde på, at der ofte kan være en eller to blandt kursisterne i en gruppe, som man fornemmer, at man ikke er i stand til nå, men at det hører med til at være formidler, og at man således må acceptere, at man ikke kan nå alle i gruppen eller forsamlingen.

Når enkelte kursister føler sig lidt provokeret, må sundhedsformidleren være fleksibel og tålmodig, en af sundhedsformidlerne fortæller: *”De siger, at de kender det godt, men hen ad vejen kan vi alligevel fortælle dem noget nyt”* (S21). Det gælder også for sundhedsformidlerne, at de skal skabe tillid til målgruppen, den er der ikke automatisk, hvis sundhedsformidleren ikke har mødt målgruppen før eller på anden måde er kendt af dem.

4.5 Behovet for identifikation

Ifølge aftagerne – primært blandt sprogskolerne – er der stor entusiasme omkring sundhedsformidlerne som rollemodeller:

”De er eksempler på, at det kan lykkes for indvandrere. De står her og underviser på sprogcenteret, hvor det var dem, der sad på deres plads måske 10 -15 år tidligere. De er et levende bevis på, at det kan lykkes det her, og ... det inspirerer, det tror jeg helt sikkert.” (A12).

Sundhedsformidlerne oplever også situationer, hvor de opfatter sig selv som rollemodel. I en skriftlig afrapportering står der:

”Jeg fik slået to fluer med et smæk, jeg var både rollemodel og sundhedsformidler”.

Der var blandt en gruppe kvinder stor interesse for sundhedsformidlerens livshistorie, og hun følte, at de fremmødte betragtede hende som velintegreret og det, at hun tilsyneladende havde succes privat og arbejdsmæssigt gjorde indtryk på dem, men det egentlige budskab og ærinde var sundhedsoplysning.

Behovet for tillid til og identifikation med underviser findes heller ikke kun blandt de etniske minoriteter, men er i lige så høj grad et tema fx blandt danske mænd. Lærerne udtaler:

”Der er den samme brug for identifikation hos danske mænd, det nytter ikke noget, der står en somalisk kvinde” (A5).

Disse udfordringer findes især på nogle af aktiveringsstederne, hvor der er etniske danskere og etniske minoriteter på samme hold.

4.6 Behovet for at bryde sprogbarrieren

Sprogbarrieren løses der op for i de sammenhænge, hvor det er muligt at samle kursister med et fælles modersmål. En lærer fortæller:

”Målet var at give kursisterne en mulighed for at høre noget om sundhed, om rygning, om alt det de ville, og hvor de kunne stille spørgsmål på deres eget sprog, fordi det tør de ikke altid, fordi der er en sprogbarriere...”(A12)

Og videre fortæller læreren:

”Alle syntes det var et fint arrangement og godt, at det foregik på deres eget sprog..., der var stort fremmøde til alle hold ... Det jeg hørte [fra de øvrige lærere] var, at folk var ikke bange for at stille spørgsmål, det var faktisk mere en diskussion mellem konsulenterne og kursisterne, og det var det, der var meningen”.

Læreren fortæller også, at der var megen ros til sundhedsformidlerne, og stedets kursister ville gerne vide, hvornår sundhedsformidlerne kunne komme igen.

4.7 Når helbredet er en barriere

I en blandet gruppe af kursister i aktivering fortæller lærerne, at:

”Signalværdien – at der er nogle undervisere, som er optaget af andre folks helbred og velbefindende – det kunne vores kursister godt lide. Altså at man går op i, hvordan vi har det fysisk og dermed psykisk” (A5).

Helbredet er meget centralt for både sygedagpengemodtagere og dagpengemodtagere, men det kan også blive grænseoverskridende, hvis man ikke er varsom, hævder lærerne:

”... der er grænser for hvor meget vi som vejledere i forhold til arbejdsmarkedet skal ind og pille ved det, men hvis helbredet er en barriere, så er det helbredet, man må arbejde med, derfor skal det gøres enormt positivt og konstruktivt ...” (A5).

Og videre vil stedet gerne gøre nogle forsøg ved at stille nogle muligheder til rådighed:

”... hvis man kan støtte folk i at tage det skridt til at få en sundere tilværelse, så er der mange andre ting, der bliver lettere for dem. Hvis du er ufaglært, så er der mange jobs, der kræver en god fysik, fx hvis du er inden for rengøringsbranchen, butikksbranchen og chaufførbranchen. Vi møder mange der simpelt hen ikke har fysikken, og hvis deres velbefindende bliver bedre, så har de måske også større mod på at tage sådan et job” (A5).

Aftagerstedet foretrækker at kunne stille noget til rådighed efter endt kursus, så aktiviteten ligger i kursisternes fritid og begrundelsen er, at det skal kunne integreres i kursisternes hverdagsliv.

4.8 Udfordringer i mødet med aftagere og målgruppe

Der kan være mange forhold, der påvirker samarbejdsrelationen mellem aftagere (kursusleder eller lærer) og sundhedsformidlere. Sundhedsformidlerne fortæller, som tidligere nævnt, at de generelt føler sig godt modtaget. Der er dog visse udfordringer og vanskeligheder, der kræver konstruktiv håndtering. I disse henseender spiller erfaringen en stor rolle.

Ifølge sundhedsformidlerne har der været både undervisere og kursister, der har kommenteret deres fremtoning, og enkelte sundhedsformidlere har følt sig udsat på grund af deres identitet. På baggrund af disse hændelser er der fremkommet et forslag om at lære konflikthåndtering og om metoder til nedtrapning af konflikt, når den kan spottes. De få sundhedsformidlere, der har været ude i vanskelige situationer, har dog vist sig at kunne håndtere disse situationer på en konstruktiv måde. I ét tilfælde byttede sundhedsformidlerne hold og i et andet tilfælde, hvor undervisningen ikke viste sig at kunne blive gennemført på dansk blev undervisningen opgivet.

Der har været et par enkeltstående utilfredse aftagere, og disses henvendelser er blevet behandlet seriøst fra FSKs side. Projektmedarbejderen har hørt alle parter, og det ser ud til, at der var tale om nogle mindre misforståelser. De berørte sundhedsformidlere har haft en samtale med projektmedarbejderen for at forhindre at lignende situationer opstår igen. Samarbejdsrelationer med aftagere har i øvrigt også været diskuteret i fællesskab under ERFAmøderne.

Misforståelser mellem aftagere og sundhedsformidlerne fra FSK kan have mange årsager, men ofte handler det om uforløste forventninger. ”Sundhed på dit sprog” signalerer, at det netop kan foregå på forskellige sprog. Men en del af de sammenhænge sundhedsformidlerne har været ude i er sprogligt og kulturelt heterogene⁴. Sundhedsformidlerne underviser således også ganske ofte på dansk, og forbereder sig ligeledes på dansk medmindre andet er aftalt. Dette er i nogle tilfælde kommet bag på aftagerne.

Det kan være ganske vanskeligt at tilgodese alle kursisters interesser og behov, når niveauet er meget forskelligt, eller når gruppen er meget blandet med både mænd og kvinder i forskellige aldre og med forskellige forudsætninger. Det var bl.a. tydeligt under praktikken, fortæller en aftager (A5). Specielt på nogle sprogskoler kan der være yderst heterogene hold i og med situationen i dag er temmelig ad hoc. Sprogskolekursisterne har nærmest individuelle forløb på sprogskolerne, og det

⁴ På baggrund af en optælling af 49 afrapporteringer fra sundhedsformidlerne fremgår det, at i forbindelse med mere end halvdelen af opgaverne sundhedsformidlerne varetager anvendes eget sprog eller en kombination af dansk og de andre sprog som den enkelte sundhedsformidler behersker. Knap en tredje del var deciderede hold med kun ét sprog. Der er således stor sproglig mangfoldighed de steder, som er aftagere af sundhedsformidlernes ydelser.

betyder, at kursisterne skifter klasser i forskelligt tempo (A12). En sundhedsformidler forklarer, at det er så godt som en svær pædagogisk udfordring:

”Du kan ikke have en ung pige på 19 år og en ældre mand på 55 år i den samme klasse, hvordan skal du formidle dine budskaber på relevant vis til dem begge? Men det er det, der er derude!” (S15).

At tage sundhedsemner op bringer kursister, lærere og sundhedsformidlere langt omkring, og derfor kan kønsopdeling på nogle hold være en god idé.

4.9 Ønsker hos aftagere og kursister

Aftagere og kursister foreslår en hel ”kursuspakke”. Der er nemlig en målgruppe, som gerne vil kunne give viden videre til familie, venner og kollegaer, men som ikke vil kunne klare optagelseskravene til sundhedsformidlerkurset. De ville kunne formidle budskaberne til deres nærmeste omgangskreds og kunne deltage i et sundhedskursus for selv at blive mere oplyst. Da der er evidens for at sundhedsformidlerne går styrket ud af et undervisningsforløb, ligesom vi har set det her i forbindelse med ”Sundhed på dit sprog”, kunne der udvikles ”kursuspakker” med flere emner for frivillige, der ikke skal have formelle opgaver, men hvor det primære formål er at øge vidensniveauet i omgangskredsen. En fordel ved at tilbyde en samlet ”pakke” kunne være at få emner på banen som ellers er vanskelige at få bragt videre. Det kunne være temaer som reproduktiv sundhed og rygning, der således automatisk fulgte med.

Aftagere ser gerne inddragelse af endnu mere praksis i undervisningen. Kostemnet ønskes med ernæring og madlavning i kombination eksempelvis. Ligeledes ønskes motionsemnet med en praksisdelt evt. med besøg på steder, hvor der er mulighed for at motionere. Det må gerne være noget, der kan løbe over længere tid, da det er processen, der er vigtig (A2;A3;A5).

Aftagere foreslår minimum 3 - 4 mødegange for at komme rundt om et emne, og give sundhedsformidlerne en chance for at lære målgruppen at kende samt give bedre muligheder for at kunne tilrettelægge efterfølgende efter niveauet og kursisters interesser.

Der er fremkommet forslag om at tilbyde frivillige studiegrupper fx på sprogskoler. Muligheden for tætte og udviklende samtaler i mindre grupper på eget sprog kunne være en niche for nogle af sundhedsformidlerne.

Aftagere og kursister nævner yderligere temaer som har deres interesse, og disse er forsøgt grupperet, som de kunne tænkes at høre sammen:

- Børne- og kvindesygdomme, herunder overgangsalder (evt. kombination med nedslidningsproblemer, glemsomhed, bækkenbund og knibeøvelser)
- Sygdomme i det hele taget (fx forhøjet blodtryk, gigt, astma og allergi, svamp, hepatitis og TB, migræne, kraft, brystkræft, nyresygdomme)
- Anatomi – om kroppens funktioner i det hele taget
- Trivsel (hvordan bekæmpe træthed, tab af kontrol, og hvordan forene familie- og arbejdsliv)
- Misbrug (alkohol, hash, medicin, qat o.a. stoffer)
- Psykisk belastning (stress, ensomhed og psykologi)

- Alternativ behandling (og hvilke tilstande kan man forebygge og behandle selv?)
- Overvægt (både børn og voksne)
- Børn i skolealderen (kost & motion, opdragelse, pubertet, prævention for unge)
- Miljø og sundhed (tilsætningsstoffer i madvarer, hudplejemidler etc.)

4.10 Sammenfatning

Kursister og brugere finder generelt, at sundhedsformidlernes budskaber er relevante, og de er specielt glade for, at undervisningen kan foregå på det sprog, der er deres modersmål. Mange har hørt dele af budskaberne før, og nogle har en viden at bygge videre på. For nogle er der praktiske barrierer for et ønske om et sundere liv. Kursisterne giver udtryk for stor videbegærlighed og værdsætter tiltaget. De enkelte stemmer, der er kritiske, giver udtryk for, at de i forvejen er under pres og at krav om sund levevis kan opleves som endnu en måde at udgrænse dem på.

Aftagerne vurderer ligeledes generelt, at sundhedsformidlerne er et særdeles relevant tilbud, og samtlige aftagere vurderer, at de også fremover vil benytte sig af sundhedsformidlerne. Mange er først og fremmest interesserede i kost og motion, men regner med at nogle af de andre temaer også vil blive taget op. Diabetes, tandsundhed og reproduktiv sundhed anses de fleste steder for at være meget relevante temaer. At rygning ikke i samme omfang nævnes skyldes formentlig at kursistgruppen hovedsagelig består af kvinder, der ikke selv er rygere.

Der efterspørges længere undervisningsforløb fra aftagerside, ligesom der efterspørges undervisning der kombinerer teori og praksis, det gælder såvel på kostområdet som på motionsområdet.

5. Utsigtede effekter

Det personlige udbytte for sundhedsformidlerne er en velkendt afledt effekt af at virke som formidler, men skal alligevel berøres som en utsigtet konsekvens i denne sammenhæng, hvor opmærksomheden primært er rettet mod den direkte målgruppe. En af sundhedsformidlerne fortæller:

”Personligt er jeg meget glad for at være blevet sundhedsformidler, det er til gavn for familien, jeg er blevet meget mere bevidst om, hvad det vil sige at leve sundt, og så har det medført, at vi hjemme snakker om motion og om kosten og om følgevirkningerne, hvis man ikke følger anbefalingerne... det at man bliver bevidst om det, det er første skridt til at få vanerne lavet om...”(S11).

Der er flere antydninger af, at sundhedsformidlerne sådan set ikke ser sig selv som rollemodeller i forhold til at leve et sundt liv. En af sundhedsformidlerne fortæller, at hun har overvejet, om det går an at være sundhedsformidler, når man er lidt overvægtig. En ting er at være rollemodel i betydningen velintegreret nydansk medborger, men i forhold til sundhedstemaet er der flere, der giver udtryk for at være i gang med en bevidstgørelsesproces, der først lige er begyndt for deres eget vedkommende.

Ikke helt uvæsentligt foregår der fra sundhedsformidlernes side en uformel formidling af sundhedsbudskaber via mund til mund metode i kontakten med familie, venner, kollegaer, naboer og andre bekendte. En af sundhedsformidlerne beretter om, at han benytter enhver lejlighed til at bringe nogle temaer til debat også over for enkelt individer under hyggesnak: *”Det handler om, at fortælle om viden på de forskellige områder, så folk har oplysningerne”* (S11).

En anden måde at formidle på er at videregive idéer til, hvordan sundhedsformidlere kan anvendes i diverse sammenhænge og potentielle projekter, dette har navnlig ligget nogle af de travle sundhedsformidlere på sinde, ligesom de også naturligt har mange kontakter og ofte bliver spurgt til råds (S11;S13;S19;S20).

6. Konklusion

Projektet "Sundhed på dit sprog" fremstår som et vellykket projekt, der lever op til de interne målsætninger i Folkesundhed København. Alle involverede parter udtrykker stor tilfredshed og entusiasme i forhold til "Sundhed på dit sprog". Alle 24 sundhedsformidlere er stadig tilknyttet FSK et halvt år efter endt uddannelse. De er godt fagligt rustede, og målgruppen finder budskaberne relevante. Sundhedsformidlerne har på baggrund af et estimat nået ud til omtrent 1600 etniske minoritetsborgere med budskaber om vigtigheden af sund levevis.

Københavns Kommune har haft en specifik opmærksomhed rettet mod etniske minoriteter såvel som behovet for borgerinddragelse siden slutningen af 1990'erne (1;13), men fik ikke i første omgang midler til at gennemføre den handleplan, der var blevet fremlagt. "Sundhed på dit sprog" blev startskuddet til et initiativ, der havde potentiale til at blive forankret i Folkesundhed København.

"Sundhed på dit sprog" startede som et pilotprojekt og gennemføres nu som et egentligt projekt af Folkesundhed København. Pilotperioden fra 1. april 2005 og frem til 31. maj 2006 blev finansieret af midler fra Sundhedsstyrelsen. I Projektet blev der i efteråret 2005 uddannet 24 flersprogede sundhedsformidlere efter et koncept, der betegnes "peer education", hvor lægfolk trænes til at påtage sig en formidlingsrolle vedrørende forebyggelses- og sundhedsfremmebudskaber.

Målet har været at formidle bred oplysning og information om anbefalinger, der udgår fra Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen på livsstilsområdet for dermed overordnet at forbedre sundhedstilstanden for etniske minoriteter i København. Sundhedsformidlerne gennemgik et intensivt undervisningsprogram på 74 timer og opnåede basis viden om kost, motion og rygning samt om tandsundhed, reproduktiv sundhed, forebyggelse af diabetes type 2 og D-vitaminmangel. Derudover blev de undervist i formidling og gennemførte et praktikforløb.

Uddannelsen var nok en smule for intensiv. Der er blevet efterspurgt mere tid både blandt deltagere og undervisere, herunder mere tid til øvelser i at planlægge og omsætte budskaber samt praktisere sundhedsformidlingen under supervision.

Initiativet opfattes som et positivt initiativ af samtlige aktører, og sundhedsformidlerne udfylder et behov hos specielt lavt uddannede og nyligt ankomne etniske minoriteter for oplysning og information om de generelle anbefalinger for sund levevis i Danmark. Det har vist sig, at sundhedsformidlerne kan anvendes i mange forskellige sammenhænge fx på sprogskoler, aktiveringssteder, aktivitetscentre, mødesteder, klubber og foreninger. Det ser endvidere ud til, at der fremover vil være endnu flere sammenhænge, hvor de vil kunne indgå.

Sundhedsformidlerne udviser stort engagement i forhold til deres virke, og de er generelt godt fagligt klædt på. De formår også at skabe kontakt og dialog med de kursister, de møder. De er i varierende omfang aktive i sammenhænge, hvor de mener, de kan bruge deres nyerhvervede kompetencer i hverdagen. Det gælder både personligt og i forhold til lønarbejde og frivilligt arbejde.

Folkesundhed København har på forskellig vis søgt at fastholde sundhedsformidlerne i et korps. Der er udover forskelligartede formidlingsopgaver muligheder for at deltage i efteruddannelse og ERFAMøder, ligesom der er en personlig kontakt til projektledelsen herunder først og fremmest til

projektmedarbejderen. I projektet udvikles løbende nye koncepter og ideer til aktiviteter, som sundhedsformidlerne kan indgå i. De er tænkt som potentielle og vigtige brikker i en række tiltag og initiativer flere forskellige steder. Der er endvidere en dialog mellem FSK og sundhedsformidlerne om, hvor og hvordan de vil virke i fremtiden.

Mangfoldigheden i korpset betyder forskellige forudsætninger, forskellige tilgange og netværk og forskellige ønsker med hensyn til virke. Det vurderes at være vigtigt for projektet, da der kan nås forskellige segmenter i de lokale etniske minoritets miljøer. Samtidig fordrer det, at FSK fortsat kan rumme og balancere mellem sundhedsformidlernes forskellige forudsætninger og idéer om at virke forskellige steder.

”Sundhed på dit sprog” er et projekt, der har haft tidsmæssige stramme vilkår, men ikke desto mindre har det kørt til punkt og prikke. Med henblik på gennemførelse af endnu et forløb kunne man vælge at få mere praktisk hjælp under selve gennemførelsen af uddannelsesforløbet, sådan at kursuslederen kan fokusere på undervisningen.

Områder som rygning og reproduktiv sundhed bør tilgodeses i form af mere tid eller alternativt skilles ud som selvstændige områder. Kost og motion kunne med fordel udgøre et overordnet tema, og en række undertemaer som forebyggelse af diverse sygdomstilstande kunne relateres direkte til hovedtemaet. Derved ville man opnå et mindre felt men eventuelt også en fordel ved et afgrænset og homogent område.

Der er stor enighed om, at færre timer per undervisningsgang, et længere forløb samt flere pædagogiske øvelser undervejs vil fremme læringsprocessen samt give flere pædagogiske kompetencer. Et tidligere ”møde” med målgruppen i formidlingsøjemed vil endvidere kunne give værdifuld erfaring.

Anbefalinger vedrørende uddannelsen til sundhedsformidler er således:

- færre timer per undervisningsgang
- et længere undervisningsforløb
- inddragelse af pædagogiske redskaber som tema
- praktik i samtlige undervisningsemner

Anbefalingen vedrørende fremtidige aktiviteter i projektet er at fortsætte det arbejde, som allerede er påbegyndt med udvikling af nye undervisnings- og oplysningskoncepter i samarbejde med aftagere, målgrupper og sundhedsformidlere.

Derudover kunne det være relevant med:

- Et samlet undervisningsforløb med flere temaer, der fortrinsvis henvender sig til kvinder
- Et særligt fokus på mænd i klubber og foreninger, hvor et foregangsprojekt kunne udføres blandt den somaliske gruppe
- Kost og motion inkl. en praksisdeltagelse, der specielt henvender sig til aktiveringsstederne
- Afprøve sundhedsformidlerrollen i pilotinterventioner, der retter sig mod specielt udsatte i sundhedsvæsenet via et samarbejde med praktiserende læger, hjemmeplejen og sundhedsplejen

Appendiks

Visitation af deltagere til uddannelsesforløbet

Annoncering af optag til uddannelsen foregik fortrinsvis ad Folkesundhed Københavns kendte samarbejdsparter først mundtligt og senere i form af et brev, hvori uddannelsesforløbet blev beskrevet og ansøgere opfordret til at indsende en kort ansøgning. Der var i alt to ansøgningsrunder, i begyndelsen og slutningen af maj.

Ifølge projektbeskrivelsen var kriterierne, at deltagerne skulle have en vis status og legitimitet blandt målgruppe, adgang til netværk blandt målgruppen, kunne tale dansk samt hovedsproget i oprindelseslandet, aldersmæssigt svare til målgruppen, gerne være i beskæftigelse, have en sundhedsfaglig eller dele af en sundhedsfaglig uddannelse og selv have en klar fordel af at uddanne sig til sundhedsformidler.

Der blev gennemført samtaler med samtlige ansøgere og mere end 40 personer var til en halv times samtale med projektleder og projektmedarbejder. Der blev lagt vægt på sprogkunderskab, den enkeltes netværk og personlige ressourcer samt på potentielle formidlingsevner. Forventninger til omfanget af kommende opgaver blev særskilt berørt under disse samtaler, da der ikke kunne stilles egentlige jobs i udsigt (P2). I forbindelse med udvælgelsen af ansøgerne skulle der findes en variation med hensyn til sprog og alder. Den sundhedsfaglige baggrund var der en del kandidater, der ikke havde, men de havde til gengæld interesse for og erfaring med det sundhedsfaglige område og i nogle tilfælde en pædagogfaglig indfaldsvinkel.

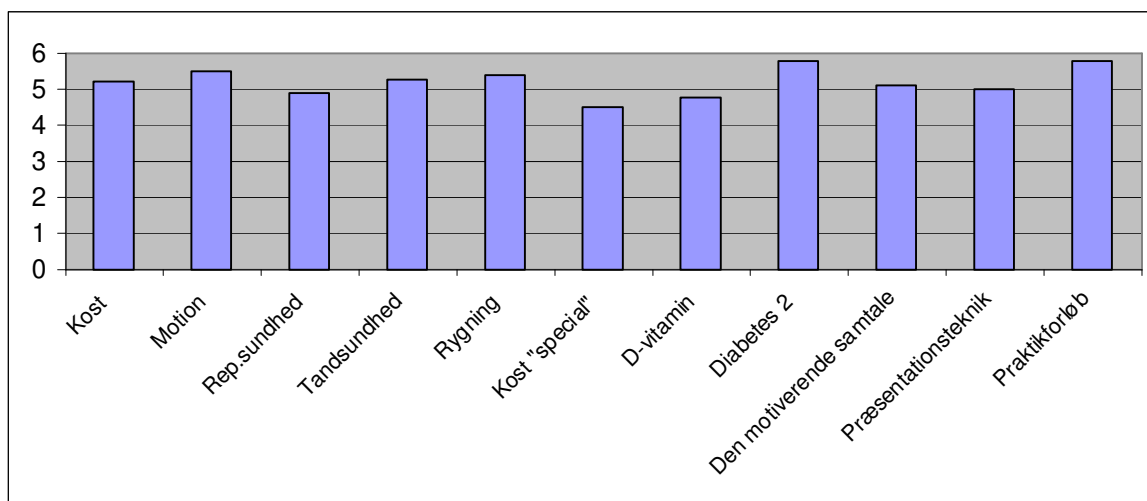
To mandlige kandidater sprang fra lige før kursusstart, og en af pladserne blev erstattet med en anden kvindelig deltager, dette var baggrunden for, at der blev 24 og ikke 25 sundhedsformidlere, samt at deltagerne udgjordes af 19 kvinder og 5 mænd. Målet havde været en tredjedel mænd og to tredjedele kvinder, da der som nævnt i rapporten var et særligt fokus på kvinderne.

Fra FSKs side havde man gerne set, at der blandt deltagerne havde været en mere ligelig fordeling sproggrupperne imellem, og at der havde været en mandlig sundhedsformidler i hver sproggruppe (P1). I forhold til visitationen i forbindelse med et nyt hold sundhedsformidlere er der tanker om at udvælge nogle, der kan matche de målgrupper, der ikke er blevet matchet i første omgang. Det er specielt målgrupperne bestående af tyrkiske og somaliske mænd, og derudover er der åbenhed for at inddrage eventuelle nye målgrupper, der i første omgang ikke er kommet i betragtning. Endelig kan det komme på tale at andre kommuner får muligheden for at sende deltagere til uddannelsen (jf. styregruppereferat).

Interne evalueringsredskaber

Forløbet blev startet og afsluttet med en test, dels af hensyn til signalværdien heri til deltagerne og dels for at kunne få indtryk af det faglige niveau blandt deltagerne (P1). Til uddannelsens start var der udarbejdet en test med 15 spørgsmål fordelt med 5 spørgsmål til hvert af områderne kost, motion og rygning. 19 kursister besvarede testen. Det samlede antal rigtige var i gennemsnit 11,9 svarende til 79 %. Temaet rygning var bedst besvaret med 86 % rigtige svar, dernæst motion med 84 % rigtige svar og endelig kost med 64 % rigtige svar. Ved den afsluttende test var der udarbejdet 46 spørgsmål fordelt på 10 spørgsmål til kostområdet, 10 spørgsmål til motion, 10 spørgsmål til rygning, 4 spørgsmål til diabetes, 4 spørgsmål til tandsundhed, 5 spørgsmål til reproduktiv sundhed og 3 spørgsmål til temaet D-vitamin. 19 besvarede testen. Det samlede antal rigtige i gennemsnit var 40,8 svarende til 89 %. I temaet kost var der 85 % rigtige svar, og tilsvarende for motion 88 %, for rygning 80 %, for diabetes 98 %, for tandsundhed 98 %, for reproduktiv sundhed 96 % og for D-vitamin 97 % rigtige svar. Det ser umiddelbart ud til, at det sværeste område har været rygning.

Et andet internt evalueringsredskab var deltagerens udfyldelse af interne evalueringer efter hvert afsluttet undervisningstema. Deltagerne blev bedt om at vurdere undervisningens indhold i forhold til tilfredshed, konkret anvendelighed og fagligt niveau, ligesom de blev spurgt om tilfredsheden med undervisningsformer og -metoder, og endelig kunne de vurdere underviseren på formidlingsevne og praktisk styring. De skulle angive deres vurdering ved at sætte ring om tal fra 1-6, hvor 1 var det laveste point og 6 det højeste. Fordelingen faldt således ud:



Figur A: Interne evalueringer af undervisningstemaer

Det fremgik af de interne evalueringer, at der var stor tilfredshed med undervisningen og underviserne. Dette gik ligeledes igen i de skriftlige kommentarer. Samtidig var et gennemgående tema i de skriftlige kommentarer, at deltagerne kunne have brugt mere tid ved de enkelte moduler, dels til øvelser og dels til yderligere diskussion.

Undervisningsmaterialer

Det er vigtigt for sundhedsformidlerne, at de har adgang til passende undervisningsmaterialer. Undervisningsmappen, der blev introduceret i deres eget kursusforløb, er blevet flittigt brugt og fremhæves generelt som et godt værktøj (jf. afsnit 2.2 Uddannelsens indhold og forløb). Sundhedsformidlerne har bemærket, at de savnede undervisningsmateriale til nogle af temaerne, fx til områderne tandsundhed, reproduktiv sundhed og D-vitamin. Dette blev de opmærksomme på under praktikforløbet. De fortæller, at der har været hurtig respons fra projektmedarbejder og andre, når noget er blevet efterspurgt. Sundhedsformidlerne påskønner i øvrigt, at underviserne på FSK står til rådighed og leverer yderligere information og materialer ved behov.

Projektmedarbejder har udarbejdet vejledninger til sundhedsformidlernes egen undervisning inden for temaerne tandsundhed, motion, reproduktiv sundhed og kost og dermed angivet en standard med hensyn til tid, emne, indhold og materiale (overheads og pjecer). Vejledningerne er tænkt som et udgangspunkt og værktøj i forhold til at skaffe sig overblik over, hvad undervisningen kan indeholde (P1). Det er op til den enkelte sundhedsformidler at omsætte og tilpasse undervisningen til den aktuelle målgruppe. Hos projektmedarbejderen kan man endvidere låne overheads og teknisk udstyr til fremvisning fx et gebis, en torso, en kasse med præventionsmidler, iltmåleapparat mv.

Aftagere, projektledelse og sundhedsformidlere er enige om, at der i forbindelse med formidlingen af budskaberne skal lægges vægt på konkret og visuelt materiale. Projektmedarbejder påpeger, at det må komme hen ad vejen (P1). Ikke alle føler, at de har forudsætningerne for at gå i gang med selv at lave undervisningsmateriale. Nogle har selv forsøgt sig med det fx med oversættelser af de 8 kostråd, men det generelle indtryk er, at sundhedsformidlerne er mest trygge ved at bruge det, der er blevet gjort tilgængeligt for dem. Endvidere er det særdeles tidskrævende at gå i gang med.

Studier af effekter – hvordan?

”Sundhed på dit sprog” kan betragtes som en lokalsamfundsintervention rettet mod specifikke grupper og består af flere komponenter. Der er i alt 7 sundhedsrelaterede temaer og denne multi-komponente konstruktion gør der særdeles vanskeligt at foretage effektmålinger. Der er tale om forskellige indsatser forskellige steder med øje for langtidsvirkninger blandt forskellige grupper og segmenter af etniske minoritetsmiljøer i København. Effektmåling anbefales at foregå specifikt på de enkelte komponenter, ligesom det anbefales at gøre brug af randomiserede og kontrollerede undersøgelser (15).

Et eksempel på målt effekt hos målgruppen er de såkaldte ”Promotora” programmer i Californien i USA, hvor spansktalende sundhedsformidlere med en vis status i lokale kvarterer spreder sundhedsinformation, der er kulturelt og sprogligt tilpasset målgruppen (der findes samme type programmer, der henvender sig til afro-amerikanere). I et konkret projekt om forebyggelse af brystkræft blev effekten af sundhedsformidlernes aktiviteter målt på øget tilgang til mammografiscreening over en fireårig periode, hvor antallet af henvendelser steg for hvert år programmet kørte (12). Interventionen var afgrænset og målet klart defineret, målgruppen skulle møde op til en screeningsundersøgelse, og således kunne en effekt meget enkelt måles.

I to hollandske undersøgelser foretages målinger af henholdsvis viden og selvrapporteret helbred før og efter interventionen, hvor oplysning/undervisning er varetaget af sundhedsformidlere. Resultaterne peger på en vis effekt på nogle af de definerede områder (8;16).

Litteraturen på området omkring forebyggelses og sundhedsfremmende indsatser for etniske minoriteter anbefaler målgruppeinddragelse (14;17-18) samt at etablere en mangfoldighed af kommunikationsmåder for dermed at nå forskellige segmenter af etniske minoritetsmiljøer (12;19-20). Ligeledes anbefaler litteraturen, at forebyggende og sundhedsfremmende projekter forankres i lokalsamfundssammenhæng, hvor der er mulighed for at arbejde på tværs af aktører/interessenter og derigennem kombinere initiativerne med andre tiltag (12;14;20-23).

Disse erfaringer taget i betragtning lægger op til, at der skal etableres og udvikles projekter lokalt i et tæt samarbejde med målgruppe og andre aktører lokalt. Effekstudier af sådanne tiltag kan ikke blive af stor skala, men et større effekstudie ville kunne udvikles i forhold til sprogskolerne i København. Planlægges konkrete interventioner i forhold til fx aktiveringssteder ville disse kunne effektmåles, såfremt der defineres afgrænsede mål.

Litteratur

- (1) Sundheds- og Omsorgsudvalget KK: *Folkesundheden i København. Plandokument 2000*. Baggrundsdokumentation for arbejdet med folkesundheden. København: Københavns Kommune; 2000.
- (2) Sundhedsforvaltningen: *Folkesundheden i København 2002-2005. Handlingsplan for etniske minoriteter*. København: Københavns Kommune; 2003.
- (3) Folkesundhed København: *Katalog over foreninger m.m. for etniske minoriteter i Københavns Kommune*. Rapport udført i forbindelse med projekt 'Sundhed på dit sprog'. København: Folkesundhed København; 2005.
- (4) Iversen L: "Sundhedsfremme og social ulighed"(p.161-175) I: Vallgård & Koch (red.): *Forskel og lighed i sundhed og sygdom – udfordringer, eksempler, perspektiver*. København: Munksgaard Danmark; 2006.
- (5) Shiner M: "Defining peer education" I: *Journal of Adolescence* 1999; 22: 555-566.
- (6) Thompson P: "Developing and Implementing Culturally Sensitive Health Promotion Programs" (p.205-228) I: Masi R et al.(editor): *Health and Cultures (Vol. 2). Programs, Services and Care*. Oakville, New York & London: Mosaic Press; 1993.
- (7) Turner G, Shepherd M: "A method in search of a theory: peer education and health promotion" I: *Health Education Research* 1999; 14(2): 235-247.
- (8) Kocken P, Voorham T, Brandsma J, Swart W: "Effects of peer-led AIDS education aimed at Turkish and Moroccan male immigrants in The Netherlands. A randomised controlled evaluation study" I: *European Journal of Public Health* 2001; 11(2): 153-159.
- (9) Hølge-Hazelton B: *Ung-til-Ung som forebyggende metode inden for feltet forebyggelse af alkohol- og stofmisbrug*. Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen & Center for Ungdomsforskning, Roskilde Universitetscenter; 2003.
- (10) Backett-Milburn K, Wilson S: "Understanding peer education: insights from a process evaluation" I: *Health Education Research* 2000; 15(1): 85-96.
- (11) Booker VK, Robinson JG, Kay BJ, Najera LG, Stewart G: "Changes in Empowerment: Effects of Participation in a Lay Health Promotion Program" I: *Health Education & Behavior* 1997; 24: 452-464.
- (12) Kiger H: "Outreach to Multiethnic, Multicultural, and Multilingual Women for Breast Cancer and Cervical Cancer Education and Screening. A Model Using Professional and Volunteer Staffing" I: *Family and Community Health* 2003; 26: 307-318.
- (13) Sundheds- og Omsorgsudvalget KK: "Etniske minoriteter" (p. 223-234) I: *Høringsforslag til folkesundhedsplan for København 2000*. København: Københavns Kommune; 1999.

- (14) Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A, Nørredam M: *Forebyggelse og sundhedsfremme for etniske minoriteter - målgruppeinddragelse og organisatorisk forankring*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab og Sundhedsstyrelsen; 2006.
- (15) Poulsen J: *Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme – i relation til kost og fysisk aktivitet*. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (16) Reijneveld SA, Westhoff MH, Hopman-Rock M: “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” I: *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57: 405-411.
- (17) Kristiansen M, Myging A, Krasnik A: *Muligheder og barrierer for etniske minoriteters brug af motions- og kostinterventioner – en litteraturgennemgang*. Folkesundhed København, Københavns Kommune og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet; 2006.
- (18) Aambø A: ”Erfaringer med selvhjælpsgrupper ved primærmedisinsk verksted” (p.37-44) I: *Forebyggelse for samfundets udsatte grupper: Forebyggelsespolitisk Råds beretning 1998-2000*. København: Forebyggelsespolitisk Råd; 2000.
- (19) Haour-Knipe M, Fleury F, Dubois-Arber F: “HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation” I: *Social Science and Medicine* 1999; 49: 1357-52.
- (20) Ackerhans M: “Multicultural health promotion: are we getting it right?” I: *Entre Nous* 1998;38:15.
- (21) Farren C, Naidoo J: “Smoking cessation programmes targeted at black and minority ethnic communities” I: *British Journal of Cancer* 1996; 74, suppl. XXIX, p.78-80.
- (22) Massaro E, Claiborne N: “Effective Strategies for Reaching High-Risk Minorities With Diabetes” I: *The Diabetes Educator* 2001; 27: 820-828.
- (23) Fenton KA: “Strategies for improving sexual health in ethnic minorities” I: *Current opinion in Infectious Diseases* 2001; 14: 63-69.