

Healthy Inclusion

Udbyderes perspektiver på immigranternes brug af sundhedsfremmende initiativer i Danmark og Sverige.
Empirisk analyse 1: Interview med udbydere.

Resumé af national rapport.

Skrevet af:

Tine Sørensen, sociolog

Kirstine Simony, bc.s. i sociologi

Mhtconsult Aps

Juni 2009



Fonds Gesundes
Österreich



ZonMw



FORSCHUNGSINSTITUT
DES ROTEN KREUZES

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	3
1.1. Generel introduktion af projektet	3
1.2. Metoder	4
1.3. Sundhedsfremme i Danmark og Sverige.....	5
1.4. Præsentation af udbydere	7
2. Undersøgelsens konklusioner og anbefalinger	9
2.1. Udbyder/interventionsniveau	9
2.2. Organisationsniveau.....	15
2.3. Institutionsniveau.....	16

1. Introduktion

Dette notat er et resumé på dansk af den samlede nationale rapport for Danmark og Sverige. Notatet opidser kort projektet og dets formål og gennemgår dernæst rapportens konklusioner og anbefalinger. Ønskes der yderligere og mere dybdegående analyser, henvises der til den samlede nationale rapport.

Dette kapitel introducerer 'Healthy Inclusion' projektet og giver en kort præsentation af sundhedsfremmende initiativer i Danmark og Sverige. Projektets metodiske tilgang og dataindsamling præsenteres, såvel som udbydere af sundhedsfremmende initiativer i Danmark og Sverige, som er inkluderet i undersøgelsen.

1.1. Generel introduktion af projektet

Baggrundsinformation

Immigranternes sundhedstilstand er generelt set betydeligt dårligere end majoritetsbefolkningens. Dette forklares blandt andet ved, at immigranter er mere udsatte over for risikofaktorer, som har betydning for sundhed, såsom fattigdom, dårlige levevilkår, ringere adgang til arbejdsmarkedet og sundhedssystemet etc. Som en konsekvens heraf hører immigranter til en af de mest udsatte sociale grupper i samfundet og kræver derfor særlige hensyn inden for sundhedssystemet (Healthy Inclusion, Description of the Action). I forlængelse heraf skaber det desuden barrierer i immigranternes adgang til sundhedssystemet, at de mangler information om systemet og desuden oplever kommunikationsvanskeligheder i mødet med det sundhedsfaglige personale. Lige adgang samt kvaliteten af den generelle sundhedsindsats er derfor essentielle faktorer for forbedring af immigranternes sundhedstilstand. Dette ikke kun i relation til sundhedsydelser, men også i forhold til den sundhedsfremmende indsats.

Om 'Healthy Inclusion'

"Healthy Inclusion" er et europæisk projekt, der gennemføres for at tilskynde til at fremme en mere inkluderende sundhedsfremmende indsats i EU landene. Projektet er et trans-europæisk samarbejde, støttet af EAHC, EU's forvaltningsorgan for sundhed og forbrugere. Udover Danmark og Sverige deltager Tyskland, Holland, Østrig, Italien, Slovakiet, Est-

land og Tjekkiet. Formålet med "Healthy Inclusion" er, at udvikle anbefalinger for en mere reel og lige adgang for alle til sundhedssystemets tilbud og ydelser – ikke kun inden for det brede sundhedssystem, men især i sundhedsfremmende og forebyggende initiativer.

Der er ikke tidligere i Danmark blevet gennemført en systematisk undersøgelse af, hvilke barrierer der eksisterer for immigranternes deltagelse i sundhedsfremmende tilbud. Målet er at indsamle viden om disse barrierer, både fra immigranter selv samt fra det personale, der udbyder sundhedsfremmende initiativer. Projektets endelige anbefalinger vil derfor både relaterer sig specifikt det til enkelte medlemsland samt inkludere anbefalinger, der indeholder eksempler på 'good practice', hvilke kan overføres til andre lande. Det skal her til indskydes, at disse anbefalinger ligeledes kan være relevante for inkluderingen af andre socialt udsatte samfundsgrupper. Dog fokuserer dette projekt udelukkende på immigranter og kan således ikke udlede konklusioner om andre målgrupper.

1.2. Metoder

Viden om barrierer for immigranternes brug af og adgang til sundhedsfremmende initiativer baseres på data indsamlet ved kvalitative interviews, gennem litteraturanalyse, i samarbejde med et ekspertpanel samt gennem deltagelse i diverse relevante konferencer.

Analysen baseres på kvalitative interviews samt litteraturanalyse. Disse vil i det følgende kort gennemgås.

Litteraturanalyse

Den inkluderede litteratur er indsamlet gennem informationssøgning på Internettet. Nøgleord var de danske og svenske ord for 'sundhed', 'sundhedsfremme', 'sygdomsforebyggelse' og 'immigranter', samt andre relevante termer. Derudover er litteratur indsamlet gennem diverse relevante hjemmesider møntet på sundhedsarbejde samt gennem nyhedsbreve fra både sundhedssektoren og integrationsorganisationer. Undersøgelsen gør ligeledes brug af viden indsamlet gennem tidligere undersøgelser foretaget af mhtconsult.

Kvalitative interviews

Der er gennemført 30 kvalitative interviews med udbydere af sundhedsfremmende initiativer. 18 interviews med danske udbydere og 12 interviews med svenske udbydere. De blev alle gennemført telefonisk.

Med det begrænsede antal gennemførte interviews er analysens resultater ikke repræsentative. Undersøgelsen kan dog bruges til at identificere tendenser vedrørende inklusion af immigranter i det sundhedsfremmende arbejde.

Informanter

Alle informanter er systematisk udvalgt i henhold til de i projektet gældende udvælgelseskriterier, for derigennem at gøre de forskellige landes resultater så sammenlignelige som muligt. Hovedparten af de interviewede udbydere repræsenterer offentlige tilbud, hvilket reflekterer områdets organisering i både det danske og svenske samfund. Det blev søgt at inkludere en bred vifte af tilbud, for derigennem at repræsentere forskellige typer institutioner og organisationer i Danmark og Sverige. Dette for at sikre et bredt perspektiv samt en bred information vedrørende området.

1.3. Sundhedsfremme i Danmark og Sverige

Sundhedsfremme i Danmark

Det offentlige system i Danmark er baseret på en velfærdsmodel, hvor alle borgere har lige adgang til behandling, sundhedsfremme, sygdomsforebyggelse etc. For at sikre implementeringen af velfærdsmodellen er alle offentlige tilbud gratis. I Danmark har det offentlige det overordnede ansvar for sundhedssystemet. De danske regioner har ansvaret for hospitalsdriften, de alment praktiserende læger, psykologer etc. Ansvaret for sundhedsfremmende initiativer ligger, efter den nye kommunallov fra 1997, hos de danske kommuner¹. Det er også efter denne nye lov, at sundhedscentre er blevet oprettet, hvorfor 48 % af de danske kommuner har etableret sådanne.

Private og offentlige aktører samarbejder ofte omkring arbejdet med at nå socialt udsatte samfundsgrupper. Dette effektiviserer arbejdet med at trække på eksisterende ressourcer.

¹ For en model over det danske sundhedssystem, se den samlede nationale rapport.

I Danmark er der tradition for tvær-sektorielt samarbejde, og selvom hovedparten af det sundhedsfremmende arbejde sker i offentligt regi, er der flere fordele ved at involvere private aktører i arbejdet. Der er derfor flere eksempler, hvor lokale myndigheder samarbejder med lokale sportsforeninger, frivillige organisationer, boligforeninger og andre.

Immigranter udgør en socialt udsat gruppe i det danske samfund, hvorfor det er nødvendigt at målrette visse sundhedsfremmende tilbud til disse. Flere danske sundhedscentre og andre sundhedsfremmende initiativer har derfor inkorporeret et specifikt fokus på denne gruppe. Derudover er der de senere år etableret flere initiativer rettet mod immigranter. Disse initiativer kan enten være etableret i boligområder med høj koncentration af immigranter, i foreningslivet, sprogskoler eller i sundhedscentre.

Sundhedsfremme i Sverige

Det svenske sundhedssystem er i lighed med det danske baseret på en velfærdsmodel, hvor alle borgere har lige adgang til systemet. Dog er der for voksne over 18 år indført en grad af brugerbetaling. Det svenske system er opbygget således, at Socialministeriet har det overordnede ansvar for sundhedssystemet, mens kommunerne har det konkrete ansvar med en række sundhedsfremmende tilbud, deriblandt sundhedscentre². I Sverige ligger overvægten ligeledes på offentlige frem for private sundhedsfremmende initiativer, hvilket reflekteres i valget af udbydere inkluderet i denne undersøgelse.

I Sverige er det en politisk målsætning, at sundhedsfremme og forebyggelse initiativer skal fokusere på det hele menneske – de skal have et holistisk perspektiv. En direkte national retningslinje er, at offentlige institutioner rådes til at samarbejde med civilsamfundsaktører, for derigennem at sikre en optimal indsats overfor socialt udsatte samfundsgrupper. Politisk er forskellen mellem den danske og den svenske indsats lille, og de to tilgange deler et fokus på at sikre inklusionen af socialt udsatte grupper. I Sverige vil man dog ikke rette interventionerne direkte mod immigranter, da man mener, at dette leder til stigmatisering. Efter en to-års introduktionsperiode for immigranterne, hvor sundhedsfremme og -uddannelse i det svenske sundhedssystem indgår, er der ikke nogle indsatser målrettet immigranter. På dette punkt adskiller det svenske system sig markant fra det danske.

² For en model over det svenske sundhedssystem, se den samlede nationale rapport

1.4. Præsentation af udbydere

Undersøgelsen er primært baseret på 30 kvalitative interviews med udbydere af sundhedsfremmende initiativer i Danmark og Sverige. Hovedparten af de udbydere, der er med i undersøgelsen, repræsenterer sundhedscentre i Danmark og Sverige. Derudover er lokale boligprojekter, idrætsforeninger, projekter rettet mod immigranter samt forskningsprojekter inkluderet. Hovedparten er derudover offentlige tilbud, da dette reflekterer både den danske og den svenske sundhedsmodel.

Hoveddelen af udbyderne har tilbud, der er åbne for alle borgere og har ikke en specifik målgruppe. Otte af de sundhedsfremmende initiativer er specifikt rettet mod immigranter, nogle specifikt mod kvindelige immigranter andre mod børn. Nogle tilbud er rettet mod beboere i et specifikt boligområde, men uden fokus på immigranter. Et dansk tilbud er målrettet kræftpatienter, og et svensk tilbud er rettet mod hørehæmmede.

Kun fire ud af de 30 inkluderede udbydere af sundhedsfremmende initiativer har ikke immigranter som deltagere i deres tilbud. Tre af disse er danske, ét er svensk. Kun tre af de interviewede udbydere har kendskab til politiske retningslinjer vedrørende immigranternes deltagelse i sundhedsfremmende initiativer i deres organisation. To af disse kender til ordlyden af disse politikker og hvorledes den bliver implementeret i praksis. Dette tegner et overordnet billede af, at informanterne ikke havde kendskab til retningslinjer og politikker på dette område i deres respektive organisationer. Dette gør sig gældende i både Danmark og Sverige.

Det hyppigste sundhedsfremmende tilbud, som de interviewede udbydere tilbyder, er rådgivning og information. Således tilbyder alle de danske udbydere dette. I Danmark er sports og aktivitetsprogrammer også normalt en del af tilbuddet, kun fire udbydere tilbyder ikke dette. Halvdelen af udbyderne tilbyder ligeledes social sundhed i deres interventionsprogram, ligesom nogle få tilbyder psykologisk rådgivning.

I Sverige tilbyder ni ud af de 12 udbydere rådgivning og information som en del af deres sundhedsfremmende interventionsprogram. Halvdelen tilbyder sports og aktivitetspro-

grammer, og under halvdelen tilbyder sundhedsuddannelse og social sundhed som del af deres program. Kun to af de svenske udbydere tilbyder psykologisk rådgivning.

Den største forskel i de sundhedsfremmende tilbud de to lande imellem er de svenske fokus på sundhedsuddannelse, der ikke tilbydes af nogen af de danske udbydere. I Danmark er der derimod et større fokus på sportsaktiviteter, hvilket kun halvdelen af de svenske udbydere tilbyder.

Alle tilbuddene inkluderet i denne undersøgelse findes sted regelmæssigt, og hovedparten af interventionerne sker i form af kurser og seminarer. Halvdelen af udbyderne deltager i informationsarrangementer såsom konferencer, kongresser, temadage med fokus på sundhed og sundhedsfremme, der er almindelige i både Danmark og Sverige. Nogle af udbyderne foretager ligeledes opsøgende arbejde mod immigranter, hvilket dog kun er tilfældet blandt de danske udbydere.

På baggrund af ovenstående gennemgang af projektet, dets metoder, en kort præsentation af det danske og svenske sundhedssystem samt en gennemgang af de i undersøgelsen inkluderede udbydere, vil følgende kapitel gennemgå rapportens konklusioner og anbefalinger.

2. Undersøgelsens konklusioner og anbefalinger

Følgende afsnit gennemgår konklusionerne baseret på litteraturanalysen som analyse af kvalitative interviews med udbydere af sundhedsfremmende initiativer, der er med i undersøgelsen.

De gennemførte interviews fokuserede tematisk på barrierer for inklusionen af immigranter i sundhedsfremmende initiativer gennem følgende undersøgelsesspørgsmål:

1. Deltager immigranter i sundhedsfremmende tilbud?
2. Hvad er hhv. hæmmende og fremmende for immigranternes deltagelse i sundhedsfremmende initiativer? Hvilken betydning har forestillinger om sundhed/sygdom for brugen af sundhedsfremmende tilbud?
3. Hvilke strategier og løsninger bruges for at forbedre immigranternes adgang?

Disse spørgsmål vil søges belyst i de følgende konklusioner.

2.1. Udbyder/interventionsniveau

I det følgende bruges begrebet 'etniske minoriteter', idet udbyderne ikke skelner mellem immigranter og flygtninge i deres omtale af brugere med anden etnisk baggrund end dansk. Etniske minoriteter er således en samlebetegnelse for de to kategorier.

De følgende konklusioner og anbefalinger er møntet på socialt udsatte etniske minoriteter, og ikke etniske minoriteter generelt, da dette er den primære målgruppe for de sundhedsfremmende initiativer.

Konklusioner ift fremmende og hæmmende faktorer i tilbuddene

I henhold til undersøgelsesspørgsmål 2 søger følgende afsnit at udlægge, hvad der udgør fremmende og hæmmende faktorer for immigranternes deltagelse på interventionsniveau, blandt udbyderne samt blandt minoriteterne selv.

Afgørende faktorer for etniske minoriteters deltagelse på **interventionsniveau** er:

- *Rekrutteringsmetoder:* Der er brug for en meget håndholdt og tæt rekruttering, idet målgruppen har brug for tillid til og tryghed ved tilbudet for at benytte det. Konkret benyttes mund-til-mund metoden, hvor nøglepersoner rekrutterer via eget netværk. Dette stiller høje krav til udbydernes kendskab til minoriteterne i udgangspunktet for at være i stand til at udføre en succesfuld opsøgende kontakt. Rekrutteringen er således meget ressourcekrævende og fordrer, at udbyderne så at sige "kommer ind under huden" på målgruppen som det første skridt.
- *Kommunikationsstrategi:* Når målgruppen er rekrutteret, er en af de fremmende faktorer for at fastholde minoriteterne i tilbuddene, en kommunikationsstrategi, der inddrager tolke og oversættelse af materiale til flere sprog. Hertil hører en meget tæt og håndholdt opfølgingsstrategi, hvor målgruppen "holdes til ilden" via en tæt og personlig kontakt til udbyderne.
- *Lokaliseringen:* Det har vist sig fremmende for minoriteternes deltagelse, at tilbuddene er lokaliseret i nærområdet – både fordi udbydernes kendskab til målgruppen således vil være større, og fordi de vil være mere synlige og lettilgængelige i området. Samtidig behøver målgruppen ikke fysisk at flytte sig ud på ukendt territorium – en problematik, som også er kendt i andre sammenhænge omkring denne målgruppe.
- *Metoder:* Det har en fremmende indvirkning på etniske minoriteters deltagelse, når tilbuddene anvender en holistisk tilgang med inddragelse af empowerment- og anerkendelsesbegrebet. Det er en inkluderende og rummelig tilgang, som denne målgruppe har behov for qua deres marginaliserede position. Empowerment- og handlekompetencebegrebet anvendes som en del af en langsigtet strategi for at sætte målgruppen i stand til at tage kontrollen over egen sundhed. De konkrete metoder, der har vist sig fremmende inden for denne tilgang er at bruge en illustrativ tilgang, hvor viden gøres umiddelbar synlig, samt at benytte en gruppebaseret tilgang, hvor deltagerne bakker hinanden op i udviklingsprocessen, som del af et fællesskab. Samtidig tilrettelægges aktiviteterne ud fra specifikke hensyn omkring fx krav til kønsopdeling af motionshold, helligdage, krav til madlavning o.l. I denne tilrettelæggelse har det vist sig vigtigt at fokusere på den sociale sundhed i form af sociale arrangementer og netværksdannelse. Det er de socialt udsatte grupper, som også har en dårligere sundhedsprofil, og det er også denne gruppe, som er marginaliserede og isolerede.

- *Gratis adgang:* Stort set alle sundhedsfremmende tilbud er gratis, hvilket er afgørende for familier med lav indkomst og/eller med mange børn.

Afgørende faktorer for etniske minoriteters deltagelse blandt *udbyderne* er:

- *Det rette miks af fag-faglige kompetencer:* Det har gennem analysen vist sig fremmende for inklusionen af etniske minoriteter, at medarbejdergruppen til sammen har den rette fag-faglige ballast til at varetage de forskellige områder inden for sundhedsfremme. Det drejer sig om viden om krop, kost, motion o.l., men i lige så høj grad om kompetencer inden for kommunikation, kognitive metoder, integrationsprocesser, interkulturalitet, brugerinddragelse i undervisning o.l. Det er kompetencer, som sætter personalet i stand til at møde borgeren med anerkendelse og empati, der som tidligere nævnt er afgørende for skabelsen af tillid og tryghed.
- *Løbende fokus på integration og inklusion:* Et yderligere fremmende element i de danske udbydernes tilgang er deres løbende fokus på integrationsproblematikker og inklusionsprocesser, hvor der konstant metodeudvikles ift at nå alle grupper. Det udføres hovedsageligt via deltagelse i konferencer, sparring med andre tilbud samt løbende drøftelser om integration og inklusion internt i medarbejdergruppen. Det afgørende er i denne sammenhæng, at der i en eller anden form er opmærksomhed på problematikkerne og konkret udføres forskellige inklusionsforsøg.
- *Vedholdenhed, rummelighed og tålmodighed:* Som udbyder er det vigtigt at være vedholdende, rummelig og tålmodig, idet motivation og engagement i målgruppens udviklingsproces går frem og tilbage. I såvel rekrutteringen som fastholdelsen skal der holdes tæt kontakt til målgruppen og lægges et personligt engagement fra udbyderens side. Samtidig skal udbyderne være kvalificerede til at håndtere alle problemstillinger i den enkeltes liv og således ikke kun de rent sundheds- og sygdomsrelaterede.
- *Blandet etnisk sammensætning:* En etnisk mangfoldigt sammensat medarbejdergruppe har en fremmende virkning på målgruppens deltagelse. Medarbejdere med anden etnisk baggrund har ofte en anden indsigt i kultur og virkelighedsopfattelser og kan hurtigere skabe tillid og kontakt og dermed sætte ind på de rette områder. Den etniske baggrund er ikke en kvalifikation i sig selv, men skal gå hånd i hånd med uddannelse og andre kvalifikationer.

Afgørende faktorer for etniske minoriteters deltagelse blandt *minoriteterne selv* er:

- *Sygdoms- og sundhedsopfattelse:* En af de største barrierer for etniske minoriteters deltagelse i sundhedsfremmende initiativer blandt målgruppen selv er deres sygdoms- og sundhedsopfattelse. Målgruppen lægger generelt ansvaret for deres velbefindende over på lægerne samt har den opfattelse, at passivitet er middel mod smerter. Symptomer relateres til noget eksternt frem for noget internt, hvorfor forebyggelsestanken umiddelbart kan forekomme uforståelig.
- *Vidensniveau:* Dette hænger nøje sammen med målgruppens vidensniveau. Målgruppen har generelt ikke kendskab til kost og motions indvirkning på krop og psyke og kender tilsyneladende ikke kroppens basale behov. Hertil kommer viden om kroppen generelt dvs. opbygning, organer, muskler mv. samt indhold i fødevarer, hvilke næringsstoffer de indeholder, samt hvilke kroppen har behov for.
- *Kender ikke foreningstanken og samfundets opbygning:* Målgruppens manglende viden om og forståelse for foreningstanken og de danske og svenske systemers opbygning kan i sig selv virke hæmmende på deltagelsen. De er hverken bekendte med de praktiske spilleregler, eller normerne for det sociale samvær i sådanne foreninger, hvilke begge er utryghedsskabende faktorer. Dertil kommer viden om selve systemets opbygning, og hvor man på helt lavpraktisk plan skal henvende sig, hvis man ønsker at deltage i aktiviteter eller blot ønsker viden.
- *Kulturtraditioner og socioøkonomisk status:* Kulturtraditioner omkring eksempelvis madkultur og familiemønstre, hvor individet fx i en tidlig alder nedslides og lader sig forsørge udgør også en barriere for deltagelse i sundhedsfremmende initiativer. Hertil kommer et familiemønster, hvor der fødes mange børn, og hvor familien kommer forud for alt andet. En konsekvens heraf er, at det kan være vanskeligt at fastholde såvel børn som forældre i et kontinuerligt forløb, idet familien altid i tilfælde af sygdom eller andre forhindringer prioriteres højest og andre aktiviteter sorteres fra. Der er tale om socialt udsatte, som ofte har en del andre problemer, som skal løses først, før overskuddet til at arbejde med egen sundhed er til stede.
- *Sprogkompetencer:* Selvom hovedparten af tilbuddene inddraget i undersøgelsen anvender tolke og oversættelse af materiale, kan sproget udgøre en barriere i kommunikationen og i sidste ende for deres deltagelse. Dog er det forholdsvis få udbydere, der

fremhæver dette som en barriere, hvilket kan indikere, at det er lykkedes for tilbuddene at minimere indflydelsen fra sprogbarrieren.

Konklusioner ift good practice i inklusionsarbejdet

På baggrund af disse fremmende og hæmmende faktorer fremkommer følgende good practice i arbejdet med at inkludere etniske minoriteter i det sundhedsfremmende arbejde, i relation til undersøgelsesspørgsmål 3:

På teoretisk-strategisk niveau:

- En *holistisk og helhedsorienteret tilgang*, hvor alle forhold i den enkeltes liv inddrages. Målgruppens socialt udsatte position bevirker, at de har behov for denne helhedsorienterede tilgang, som inddrager såvel fysisk som mental og social sundhed. Målgruppen er ofte karakteriseret ved isolation og en marginaliseret position i samfundet, hvorfor flere aspekter i den enkeltes tilværelse nødvendigvis må inddrages i forsøget på at opnå en sundere tilværelse. En inkluderende og rummelig tilgang er derfor fordrende, hvis den enkelte skal få mod og overskud til fundamentalt at ændre livsstil og syn på virkeligheden.
- Opbygning af et *tæt tillidsforhold* mellem udbyder og den enkelte. For at ændre livsstil og grundlæggende virkelighedsopfattelser er det nødvendigt at have tillid til og være tryk ved budbringeren.
- Anvendelse af den *anerkendende og empowermentbaserede tilgang* i arbejdet med målgruppen. Udbyderne må lytte, forstå, vise interesse for det hele menneske, støtte, være nærværende mv. i en balance med tillige at "skubbe" den enkelte til selv at tage ansvar og ændre sin livsstil – at udvise handlekompetence ift egen sundhed.
- Besiddelse af *vedholdenhed, rummelighed og tålmodighed* blandt udbyderne for at blive i stand til at indgå i det tætte tillidsforhold.
- Et løbende *fokus på integrations- og inklusionsprocesser* i tilrettelæggelsen og målretningen af tilbuddene i et forsøg på konstant og strategisk at metodeudvikle ift til at nå målgruppen af etniske minoriteter. En stadig intern diskussion og fokusering herpå i medarbejdergruppen samt indhentning af andres erfaringer anses for givtigt blandt udbyderne.

På et konkret metodisk niveau:

- En rekrutteringsstrategi, der beror på en *tæt, personlig og håndholdt kontakt*. Rekruttering af målgruppen kræver opbygning af tillid og tryghed, som også er afgørende for den efterfølgende fastholdelse af målgruppen i tilbuddene.
- En *blandet sammensat medarbejderstab* omkring parametrene uddannelse, etnicitet og erfaring. En blandet etnisk sammensat medarbejdergruppe i sammensætning med en bred kompetencevifte af fag-faglige kompetencer omkring sundhed, kommunikation, empowermentbaserede og anerkendende metoder, interkulturalitet mv. kan sætte medarbejdergruppen i stand til at gøre en helhedsorienteret indsats omkring fysisk, mental og social sundhed.
- En *bredt sammensat tilbudsvifte*, der inddrager både fysisk, mental og social sundhed. Det er tilbud om motion, konkret oplysning om sunde levevaner og kroppens opbygning og funktion, men lige så vigtigt tiltag omkring mental og social sundhed. Det er typisk i form af vejledning og hjælp ift mange forskellige problemstillinger i den enkeltes liv, som rækker ud over de traditionelt sundhedsfremmende. Hertil kommer facilitering ift opbygning af sociale netværk – både for den enkelte og for hele familien.
- En *illustrativ tilgang* i arbejdet med at få målgruppen til at forstå og implementere en forebyggelsesstrategi i deres liv. Forebyggelsestanken ligger ofte fjernt fra målgruppens tankegang, hvorfor det er afgørende, at udbyderne forholdsvis hurtigt formår at illustrere en effekt af forebyggelsen for at bevare målgruppens tillid og fremstå som troværdige i deres øjne.
- Tilbuddene skal tage et *gruppe- og individhensyn* i tilrettelæggelsen af aktiviteterne, samt *inddrage brugerne* som et led til at engagere målgruppen, give ejerskab og til at øge deres handlekompetence.
- Tilbuddene skal placere aktiviteter i målgruppens *nærområde*. Herved øges udbydernes kendskab til målgruppen, udbyderne bliver mere synlige og lettilgængelige og målgruppen behøver ikke fysisk at flytte sig langt væk fra deres nærområde.
- Tilbuddene skal tilbyde såvel mundtlig som skriftlig *formidling på flere sprog*. Det er selvsagt afgørende for målgruppens læring og motivation, at de forstår den information og viden, som de modtager i såvel undervisning som vejledning – og har mulighed for at stille opklarende spørgsmål og deltage i en dialog.

- Tilbuddene skal være *gratis*, eller der skal være mulighed for at opnå økonomisk støtte. Qua målgruppens socioøkonomiske status kan det være vanskeligt at betale for kontingenter til et eller flere familiemedlemmer.

2.2. Organisationsniveau

Interviewrunden tegner overordnet et billede af, at organisatoriske politikker ift. etniske minoriteters anvendelse af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tilbud ikke er udbredt, eller at udbydere ikke er bekendtgjorte med sådanne politikker. De følgende konklusioner på organisationsniveau formuleres derfor med forbehold, idet datagrundlaget er meget vagt på dette punkt.

Meget få udbydere har specifikke organisationspolitikker, der sigter på at gøre sundhedsfremme mere inkluderende for etniske minoriteter, selvom flere mener, at en sådan politik vil gøre en forskel, idet udbydere derved automatisk vil få fokus på inkluderende tiltag. Af analysen af interviewene kan udledes, at der på organisationsniveau kan være behov for, at en politik som minimum indeholder følgende:

- Retningslinier omkring *tolkning og oversættelse* af materiale til flere sprog, idet dette er en dimension, som gennem hele undersøgelsen har vist sig afgørende for etniske minoriteters deltagelse. En politik på området kan være med til at sikre, at al materiale systematisk oversættes til alle relevante sprog.
- Målsætninger for en *etnisk mangfoldig sammensat medarbejdergruppe*. De danske udbydere har generelt allerede fokus herpå, formentlig fordi det i Danmark gennem de senere år er blevet en almen del af de fleste virksomheders personalepolitik og dermed en generel opfattelse af, at dette skal tilstræbes. I praksis viser det sig dog af flere årsager svært, hvorfor en eksplicit politik på området med konkrete målsætninger formentlig kan tjene som redskab til at føre målsætningerne ud i livet. De svenske udbydere har derimod ikke fokus på dette aspekt.
- En overordnet målsætning om at arbejde ud fra en *mangfoldig og anerkendende tilgang*, som har vist sig effektiv over for målgruppen. En politik, der eksplicit sætter denne tilgang på dagsordenen som målsætning, kan formentlig sikre, at udbydere

konstant holder sig målgruppens diversitet for øje, og til stadighed arbejder med at forfine de metodiske tilgange til forskellige målgruppeprofiler.

Formulering af organisatoriske politikker generelt kan formentlig være med til at gøre tilbuddene mere inkluderende i den forstand, at der derved sættes fokus på området og således også måles herpå i form af succeskriterier. Dog sikrer politikker ikke i sig selv en inkluderende indsats – medarbejdernes kompetencer, erfaringer og praksis er de afgørende faktorer her.

2.3. Institutionsniveau

Interviewrunden tegner overordnet et billede af, at institutionelle politikker ift etniske minoriteters anvendelse af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tilbud mangler, eller at udbydere ikke er bekendtgjorte med sådanne politikker. De følgende konklusioner på institutionsniveau formuleres derfor med forbehold, idet datagrundlaget er meget vagt på dette punkt.

Politisk fokus giver fokus i praksis: I Danmark fokuseres der overordnet på at gøre sundhedsfremme mere inkluderende for socialt udsatte grupper, idet disse grupper har de dårligste sundhedsprofiler og deraf sygdomsrisici. Heri differentieres gruppen ofte, hvoraf en særlig indsats for etniske minoriteter prioriteres, dog ikke *hvordan* denne skal gribes an. Det formodes, at en politik om at inkludere i sig selv vil sætte målgruppen og dens behov på dagsordenen – både fordi målgruppen herved synliggøres og italesættes, og fordi kommunerne kan blive målt på, om og hvordan de lever op til deres egne målsætninger. Eksistensen af en politik har ligeledes indflydelse på tilbuddene i den forstand, at de overhovedet eksisterer – at der afsættes økonomiske midler til at gøre en ekstra indsats for en specifik målgruppe, som i dette tilfælde er socialt udsatte.

Politisk fokus giver kontinuitet: Formuleringen af institutionelle politikker kan være med til at forankre initiativer, der arbejder specifikt med etniske minoriteter, idet politiske indsatsområder ofte i en eller anden udstrækning følges op af økonomiske midler. Et politisk fokus på området og en forankring af tilbuddene kan således skabe kontinuitet i tilbuddene og dermed være med til at forbedre den langsigtede indsats over for denne samfunds-

gruppe – en kontinuitet, som er sat på dagsordenen med oprettelsen af kommunale sundhedscentre i Danmark, hvor der åbnes op for en langsigtet indsats over for udsatte grupper i befolkningen.

Politisk fokus giver målrettet indhold i tilbuddene: Et overordnet politisk fokus på at inkludere socialt udsatte grupper i sundhedsfremmende tilbud ud fra deres forskellige behov og karakteristika kan medføre, at tilbuddene på praksis og organisatorisk niveau bliver mere målrettede og inkluderende i deres tilgang til de forskellige målgrupper – at italesættelsen på politisk niveau medfører et fokus i praksis i en eller anden udstrækning, hvorimod en manglende italesættelse ikke angiver retningslinjer for arbejdet og de nuancer, der også findes blandt minoritetsgrupper.