



# BORGERRETTET FOREBYGGELSE OG LIGHED I SUNDHED

- planlægning af forebyggende indsatser  
til socialt udsatte grupper

2007

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:  
Maria Kristiansen  
Mette Munch-Petersen  
Finn Diderichsen  
Allan Krasnik

Alle fra Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: social ulighed; forebyggende indsatser; forebyggelse; sundhedsfremme; socialt udsatte

Sprog: Dansk

Kategori: Udredning

Format: pdf  
Version: 1,0  
Versionsdato: 5. februar 2007

Design: 1508 A/S  
Forsidelayout: Kommunikationsenheden, Sundhedsstyrelsen  
Tekstlayout: P.J.Schmidt Grafisk

Elektronisk ISBN: 978 87-7676-457-5

## Forord

I Regeringens folkesundhedsprogram for 2002-2010 »Sund hele livet« er et af de tre overordnede mål, at den sociale ulighed i sundhed reduceres. Det er de laveste socialgrupper, der er udsat for flest risikofaktorer, hvorfor de har en højere sygelighed og dødelighed end de højere socialgrupper. I arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse er det derfor en særlig udfordring at medvirke til at reducere social ulighed i sundhed.

Der er stor viden om social ulighed i sundhed, men vidensgrundlaget om effektive indsatser, der kan reducere denne ulighed, er svagt.

Sundhedsstyrelsen vil med projektet »Lighed i sundhed« understøtte udviklingen af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser over for socialt udsatte for at skabe større lighed i sundhed i den danske befolkning. Projektet skal munde ud i rådgivning til brug for kommunens strategiske arbejde omkring social ulighed i sundhed.

Denne rapport er udarbejdet som led i projekt »Lighed i sundhed«. Rapporten belyser en række forhold af betydning for tilrettelæggelse af forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper – og dens sigte er at fungere som inspirationskilde for kommunernes arbejde med borgerrettet forebyggelse til socialt udsatte grupper.

Projektet gennemføres i perioden 2006-2009 som et samarbejdsprojekt med seks modelkommuner med henblik på at udvikle metoder til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Hensigten med det samlede modelprojekt er at etablere et evidensbaseret grundlag for, at kommunerne kan skabe et sundhedsfremmende miljø med sunde rammer og sundhedsfremmende tilbud, der kan understøtte socialt udsatte borgere i en sund livsstil. Der er udvalgt tre målgrupper, som er særligt socialt og sundhedsmæssigt udsatte: førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte.

Både modelkommunerne i projekt »Lighed i sundhed« og andre kommuner, der arbejder med at reducere social ulighed i sundhed, kan anvende rapporten.

Rapporten er udarbejdet af cand.scient.san.publ. Maria Kristiansen, stud.scient.san.publ. Mette Munch-Petersen, professor Finn Diderichsen og professor Allan Krasnik, Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet på opdrag fra Sundhedsstyrelsen.

Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

*Jette Jul Bruun*  
*Konst. centerchef*

# Indhold

1	Formål og baggrund	6
1.1	Formål	6
1.2	Baggrund	6
2	Litteratur om social ulighed i sundhed	9
3	Beskrivelse af målgruppen: socialt udsatte	10
3.1	Hvem taler vi om?	10
3.2	Forskellige opfattelser af sygdomsrisici	11
4	Hvordan kan man tilrettelægge forebyggelsesindsatser for socialt udsatte?	12
4.1	Muligheder i forebyggende indsatser	12
4.1.1	Valg af tema og målgruppe	12
4.1.2	Valg af arena	12
4.2	Målgruppeinddragelse	14
4.2.1	Hvad er målgruppeinddragelse og hvorfor er det vigtigt?	14
4.2.2	Hvordan kan målgruppen inddrages?	15
4.3	Metoder til påvirkning af holdning og sundhedsadfærd hos målgruppen	16
4.3.1	Individrettede kontra gruppebaserede indsatser	16
4.3.2	Opøvelse af mestringsstrategier	17
4.3.3	Brug af positive rollemodeller	18
4.3.4	Brug af selvhjælpsmateriale	18
4.4	Ændringer i det sociale miljø	19
4.4.1	Hvorfor har det sociale miljø betydning for sundhedsadfærd?	19
4.4.2	Hvordan kan det sociale miljø inddrages i indsatser?	19
4.5	Ændringer i det fysiske miljø	20
4.5.1	Hvorfor har det fysiske miljø betydning for sundhedsadfærd, og hvordan kan det inddrages?	20
4.6	Organisering af indsatserne	21
4.6.1	Behov for kompetence hos professionelle	21
4.6.2	Behov for tværfagligt samarbejde på tværs af forvaltninger samt tilførsel af ressourcer	22
4.6.3	Overvejelser om indsatsers organisatoriske forankring	22
4.6.4	Behov for dokumentation af indsatsen	23
4.7	Indtænkning af sundhed i kommunens politikker	23
5	Sammenfatning	25
6	Litteraturliste	27

# 1 Formål og baggrund

## 1.1 Formål

Formålet med rapporten er at belyse en række forhold af betydning for tilrettelæggelse af forebyggelse til socialt udsatte grupper.

Rapporten er led i Sundhedsstyrelsens projekt »Lighed i sundhed«. Den henvender sig til projektledere og projektmedarbejdere i de modelkommuner, der indgår i samarbejdsprojektet med Sundhedsstyrelsen om »Lighed i sundhed« (2006-2009).

Rapporten fokuserer bredt på socialt udsatte grupper i det danske samfund, som fx førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Dette er tre forholdsvis forskellige grupper, der imidlertid deler en række levevilkår, fx med hensyn til lav indkomst, ingen eller kort uddannelse samt en vis grad af marginalisering.

Rapporten bygger på forskningsbaseret national og international litteratur. Dens sigte er at fungere som en inspirationskilde til planlægningen af kommunernes forebyggende indsatser rettet mod socialt udsatte grupper.

Rapportens hovedpointer og anbefalinger sammenfattes i kapitel 5.

## 1.2 Baggrund

Ulighed i sundhed er en stor udfordring for kommuner og regioner. Kommunerne har i forbindelse med den nye sundhedslov fået ansvaret for den borgerrettede forebyggelsesindsats (1, 2). Borgerrettet forebyggelse handler om at skabe rammer for en sund levevis og om at etablere forebyggende tilbud for at forebygge sygdom og ulykker; herunder at reducere socialt udsatte gruppers overdødelighed. Derudover er kommunerne forpligtet til at indgå samarbejdsaftaler med regionen om den patientrettede forebyggelsesindsats, som skal forebygge at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse eller udskyde komplikationer (3-5).

Når en kommune laver forebyggelse kan ønsket være at nå den brede befolkning eller nå særligt udsatte grupper i befolkningen (6). I forhold til socialt udsatte grupper må man i særlig grad overveje, hvordan man kan tilrettelægge relevante og effektive forebyggende indsatser for disse grupper med henblik på at reducere den sociale ulighed i sundhed (7). Denne rapport har fokus på indsatser målrettet socialt udsatte grupper<sup>1</sup>.

Disse grupper er ofte udsat for forskellige risici, der kan have negative konsekvenser på deres helbred (7, 8). Disse risici kan være livsstilsrelaterede (fx rygning eller alkoholbrug) eller være af mere psykosocial karakter (fx stress eller marginalisering). Den øgede sygelighed blandt socialt udsatte grupper har en række sociale konsekvenser, fx for tilknytningen til arbejdsmarkedet, og kan derved fastholde mennesker i en social udsat position (9). Sygdom kan medføre marginalisering på arbejdsmarkedet, hvilket igen kan være med til at forværre sygdommen. Derfor kan patientrettet forebyggelse, fx i form af styrkelse af borgerens evne til egenomsorg, støtte til sundere livsstil, genoptræning og psykosocial omsorg være vigtig for at bryde den negative spiral. Det er derfor vigtigt både at forebygge sygdommens opståen og at reducere allerede opstået sygdoms sociale og økonomiske konsekvenser.

---

1. Socialt udsatte grupper defineres i denne rapport som grupper uden for arbejdsmarkedet med lav indkomst samt kort eller ingen uddannelse.



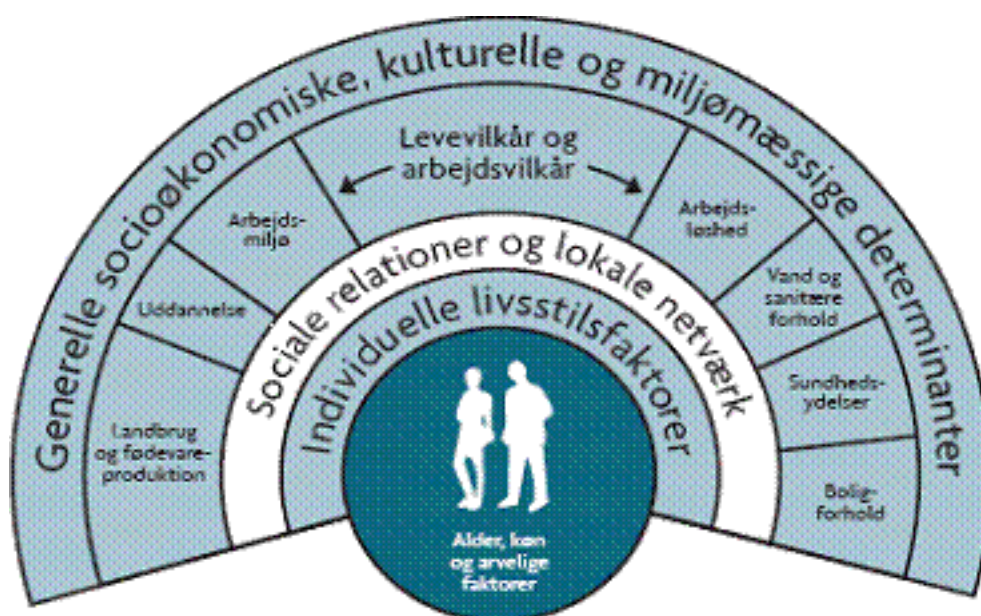
I denne rapport benyttes følgende definition på social ulighed i sundhed:

#### Boks 1: Definition af social ulighed i sundhed

Ulighed i sundhed er potentielt undgåelige forskelle i sundhed mellem grupper af mennesker, der er forskelligt stillede socialt set. Disse forskelle placerer systematisk socialt udsatte grupper i en yderligere sårbar sundhedsmæssig situation (10).

Ulighed i sundhed er meget komplekst. Adskillige forhold på forskellige niveauer påvirker den enkelte borgers muligheder for at opnå et sundt liv. Figur 1 illustrerer denne kompleksitet og viser, hvordan den enkelte borgers sundhedsadfærd hænger sammen med mere overordnede sociale og strukturelle forhold.

**FIGUR 1** Whiteheads model (11). Figuren illustrerer, at menneskers sundheds- og sygdomstilstand er påvirket af flere faktorer på forskellige niveauer



Tættest på personen er faktorer som arvelig disposition, alder, køn og personlige livserfaringer. Det næste niveau i figuren omfatter personens livsstil og de sociale relationer og fællesskaber, som denne indgår i. I de niveauer som befinder sig lidt længere væk fra personen finder man faktorer relateret til levevilkår, kulturelle, samfundsmæssige og miljøbetingede rammer for personens liv. Niveauerne er indbyrdes afhængige – og skal derfor ikke ses isoleret fra hinanden. Kostvaner afhænger fx både af faktorer som personens viden om sund kost, madkultur samt at hvilke varer, der er tilgængelige og hvad de koster. Ligesom en persons tobaks- og alkoholvaner både er påvirket af om andre personer i omgangskredsen ryger og drikker og af pris samt lovgivning på området fx vedr. rygeforbud (12).

Menneskers sociale position i samfundet påvirker både a) deres risiko for at blive syge og b) konsekvenserne af at være syge (8, 11). Flere processer spiller i den forbindelse en rolle. Fx har den sociale arv<sup>2</sup> en betydning for mulighederne for at indtage bestemte sociale positioner i samfundet. Alle har, med andre ord, ikke samme muligheder for at indtage de gunstige økonomiske og sociale positioner i samfundet (11). Der kan også være ulighed i forhold til, hvor meget eller hvor lidt nogle grupper udsættes for forskellige sygdomsrisici. Blandt nogle grupper vil der være en ophobning af risikofaktorer som fx tungt arbejde, dårlige boligforhold, rygning og usund kost (11). Denne ophobning af samvirkende risikofaktorer kan gøre disse grupper mere sårbare over for skadelige påvirkninger af risici (8). Endelig er der også sociale forskelle, når det handler om at håndtere følgerne af

2. Negativ social arv i relation til sundhed, beskriver det forhold, at børn af socialt udsatte forældre har ringere helbredstilstand i såvel barndom som voksenaliv (13).

sygdom, som fx udstødning fra arbejdsmarkedet på en hensigtsmæssig måde (8). Både sociale og sundhedsmæssige forhold spiller således sammen og påvirker den enkeltes helbred. Det er ofte vanskeligt at afgøre om det er social udsathed, der har ført til sygdom – eller sygdom, der har ført til social udsathed. Men samfundets indsatser og politikker kan sætte ind over for de sundhedsmæssige konsekvenser af disse processer (11).

Den borgerrettede forebyggelse rettet mod socialt udsatte grupper er en vigtig og opgave for kommunerne. Den kræver, at der bliver sat politisk fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i kommunen, og at der bliver skabt sunde rammer og etableret sundhedsfremmende tilbud, der kan understøtte borgerne i en sund livsstil. De sunde valg påvirkes både af individuelle og strukturelle samfundsmæssige forhold – og bliver lettere at træffe, når der skabes sunde rammer for borgernes liv. Forebyggende indsatser kan handle om livsstilsfaktorer, som fx rygning, kost, fysisk inaktivitet, alkohol, lavt indtag af frugt og grønt, narkotika og usikker sex – eller om at arbejde med strukturelle ændringer i fx dag- og døgntilbud, det sociale boligmiljø og det fysiske miljø (8).

## 2 Litteratur om social ulighed i sundhed

Der blev indledningsvist foretaget en systematisk litteratursøgning med det formål at kortlægge videnskabelig litteratur, der undersøger effekten af forebyggende indsatser for socialt udsatte grupper. Der blev søgt på følgende temaer: Usund kost og overvægt, fysisk inaktivitet, rygning, alkohol og lokalsamfundsforhold. Denne søgning viste, at der findes meget få relevante, videnskabelige studier af effekten af forebyggelsesindsatser til socialt udsatte grupper.

Rapporten tager derfor i stedet primært udgangspunkt i relevant teoretisk litteratur (dvs. videnskabelig litteratur, som ikke nødvendigvis baserer sig på empiriske studier), som forfatterne har haft kendskab til. Den teoretiske litteratur suppleres med videnskabelige studier af effekten forebyggelsesindsatser til socialt udsatte grupper, som blev identificeret i forbindelse med den systematiske litteratursøgning. Disse undersøgelser præsenteres i bokse i teksten og er ment som eksempler, der konkretiserer nogle af de overvejelser, som den teoretiske litteratur fremhæver<sup>3</sup>.

Rapporten bygger således overvejende på litteratur fremskaffet gennem forfatterens kendskab til eksisterende videnskabelig litteratur om levevilkår for socialt udsatte grupper – og om tilrettelæggelse af forebyggende indsatser for disse grupper. Denne mere teoretiske litteratur suppleres med de studier, der blev identificeret i den indledningsvise litteratursøgning.

Viden om effekter af konkrete forebyggelsesindsatser som fx motion på recept, skolebaserede indsatser mod overvægtige børn og familieorienteret alkoholbehandling kan findes på Evidensbasen: Forebyggelse <http://www.sst.dk/evidensbasen>

---

3. Det skal bemærkes, at undersøgelsen præsenteret i boks 4 er fremkommet på baggrund af kendskab til forebyggelsesområdet i Danmark og repræsenterer ikke en videnskabelig undersøgelse.



## 3 Beskrivelse af målgruppen: socialt udsatte

### 3.1 Hvem taler vi om?

Rapporten fokuserer på socialt udsatte, nærmere bestemt kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Der er tale om tre relativt forskellige grupper, der dog har den fællesnævner, at de oplever en manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. Årsagerne til dette er ofte svigtende helbred, kort og uafsluttet uddannelse, manglende sprogfærdigheder, osv. (14). Konsekvenser af manglende tilknytning til arbejdsmarkedet er ofte økonomiske problemer og svigtende deltagelse i det sociale liv. Der er således tale om grupper, hvor en sundhedsmæssig problemstilling ofte vil være koblet til andre, mere sociale problemstillinger i personernes livsvilkår (8, 15).

Omfanget af udsathed varierer mellem de tre grupper, ligesom man inden for den enkelte gruppe finder meget forskellige ressourcer og grader af udsathed. Der er ofte en ophobning af risikofaktorer såsom rygning og usund kost og deraf øget sygelighed i grupperne, idet en del af den sociale ulighed i sundhed bunder i social ulighed i miljø og sundhedsadfærd (7, 8). Den ringere sundhedstilstand blandt socialt udsatte grupper har desuden rod i en ophobning af negative sociale forhold og manglende sociale ressourcer blandt disse grupper – herunder økonomisk og social usikkerhed, manglende mulighed for kontrol, usunde boligforhold og oplevelse af marginalisering og eksklusion fra det omgivende samfund (16). Sådanne sociale forhold kan desuden påvirke menneskers sundhedstilstand som følge af den stresspåvirkning, disse forhold kan påføre den enkelte (16). Stresspåvirkningen kan have betydning for helbredet direkte, fx via øget blodtryk, og indirekte via uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, herunder stofmisbrug og manglende overskud til at prioritere sygdomsforebyggende adfærd (17-19).

Et yderligere karakteristikum ved grupperne er, at de er sammensat af meget forskellige undergrupper. De personer, der indgår i grupperne har forskellige levevilkår og derfor også forskellige forudsætninger i forhold til psykiske, fysiske, økonomiske og sociale ressourcer til at indgå i forebyggende indsatser. Nogle vil ikke på alle punkter være at betragte som socialt udsatte, mens andre vil være det. Mens kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte eksempelvis defineres ved deres (manglende) tilknytning til arbejdsmarkedet, er førtidspensionister – ofte af helbredsmæssige grunde – ikke en arbejdsdygtig gruppe. Dette påvirker sidstnævnte gruppes muligheder for at deltage i indsatser, eksempelvis med hensyn til hvilke former for fysisk aktivitet, der er overkommelige for gruppen. Der er desuden en overrepræsentation af etniske minoriteter i grupper uden for arbejdsmarkedet, hvorfor der er en sammenhæng mellem etnicitet og social udsathed (20, 21). Migration<sup>4</sup> påvirker de etniske minoriteters muligheder for social mobilitet, og etniske minoriteter oplever desuden ofte sårbarhed relateret til fx mangelfulde sprogkunderskaber og minoritetsstatus (17). Der er derfor igen tale om en undergruppe, der på nogle punkter adskiller sig fra de andre borgere, der her karakteriseres som socialt udsatte. Man må derfor være påpasselig med at generalisere forskellige forhold blandt de grupper, der på baggrund af forholdsvis grove, objektive parametre karakteriseres som socialt udsatte.

Samlet set udgør personer uden for arbejdsmarkedet en stor gruppe i samfundet. I 2004 var der henholdsvis 150.490 og 102.508 modtagere af arbejdsløshedsdagpenge og kontanthjælp (23). I 2004 var der desuden 264.967 personer på førtidspension (23).

4. Migration kan ses som en social forandringsproces, hvor et menneske flytter fra én kulturel sammenhæng til en anden for at slå sig ned i det nye miljø, enten for en længere periode eller permanent (22).

### 3.2 Forskellige opfattelser af sygdomsrisici

Socialt udsatte grupper har ofte en række presserende, svære psykosociale problemstillinger at forholde sig til – fx manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, social isolation og misbrug – og har derfor i mindre grad overskud til at håndtere langsigtede, mulige konsekvenser af deres nuværende risikoadfærd (17, 24-26). Dette kan medføre en anderledes vurdering af sygdomsrisici, end man ser blandt mere socialt privilegerede borgere. Eksempelvis kan rygning opfattes som mindre vigtigt at forholde sig til sammenlignet med de mere presserende psykosociale problemer – såsom familieforhold og arbejdsløshed (25).

I den forbindelse er det relevant at være opmærksom på forskelle i opfattelser af, hvad der udgør et »sundt liv« eller »god sundhedsadfærd« mellem lægmand på den ene side og sundhedsprofessionelle på den anden side. Det, der fra et sundhedsprofessionelt synspunkt defineres som en væsentlig risikofaktor (fx rygning), kan fra lægmandsperspektiv dels vurderes som mindre væsentligt at håndtere, og dels opleves som værende uden for ens handlerum (17, 25). Det, lægmand opfatter som et sundt liv, kan handle om andet end de traditionelle risikofaktorer. Eksempelvis kan det opleves som vigtigere for ens sundhed, at man føler, at man trives og mindre væsentligt, om man fx ryger. Der er derfor forskellige rationaler i spil, hvilket kan gøre det vanskeligt at integrere sundhedsprofessionelles/myndighedernes opfattelse af »det sunde liv« med de erfaringer med og opfattelser af sundhed, der gør sig gældende i socialt udsatte borgeres hverdagsliv. Desuden påvirkes ens risikoopfattelse og sundhedsadfærd af opfattelser og adfærd blandt de mennesker, man sammenligner sig med. Er en given risikoadfærd (fx rygning eller alkoholmisbrug) udbredt blandt denne såkaldte referencegruppe, kan der ske en normalisering af adfærden, som derfor i mindre grad opfattes som risikabel og afvigende (17, 26).

## 4 Hvordan kan man tilrettelægge forebyggelsesindsatser for socialt udsatte?

### 4.1 Muligheder i forebyggende indsatser

I planlægning og implementering af forebyggende indsatser rettet mod socialt udsatte grupper er der en række valgmuligheder, der hver især rummer både potentialer og udfordringer og som man – alt afhængig af den konkrete problemstilling og kontekst, man befinder sig i – kan vælge at forholde sig til på forskellig vis. Som vist i figur 1 er der mange forhold, der påvirker borgernes muligheder for at leve et sundt liv og dermed adskillige områder/forhold, hvor kommunernes forebyggende indsatser kan styrke borgernes sundhedsadfærd. Det handler derfor om at overveje, hvilke temaer, målgrupper og arenaer man ønsker at arbejde med.

#### 4.1.1 Valg af tema og målgruppe

Kendskab til udbredelsen af konkrete risikofaktorer (rygning, usund kost, alkohol og fysisk inaktivitet) og sygelighed blandt socialt udsatte grupper kan danne grundlag for valg af relevante temaer for indsatserne. For at kunne vælge relevante temaer er der derfor behov for mere viden om disse gruppers sociale og helbredsmaessige forhold (8, 27). Denne viden kan indhentes via kvalitative og kvantitative metoder, eksempelvis i form af sundhedsprofiler eller behovsafdækninger på lokalt og/eller nationalt niveau (28).

I forhold til tilrettelæggelsen af indsatser er der desuden en række overvejelser omkring valg af konkrete målgrupper. Socialt udsatte grupper omfatter som nævnt i kapitel 3 mange forskellige mennesker, der af forskellige grunde oplever en marginalisering. Risikoadfærd, sårbarhed og ressourcer blandt disse mennesker varierer ligeledes. Det er derfor relevant at overveje, hvilken specifik målgruppe man ønsker at arbejde med (fx ufaglærte arbejdsløse, etniske minoriteter, misbrugere, psykisk syge eller udviklingshæmmede) samt hvilke karakteristika, der gør en given målgruppe til en meningsfuld kategori at arbejde med i den forebyggende indsats. Hvordan vægter man den borgerrettede henholdsvis patientrettede forebyggelse? Og vil man fokusere på børnene og de unge ud fra en intention om at fremme sundhed på lang sigt og bryde den negative sociale arv, eller fokuserer man på de voksne? Disse valg afhænger desuden af en række lokale forhold og kan hver for sig rumme både potentialer og begrænsninger for tilrettelæggelsen af indsatser og for disses effekter.

I valg af målgruppe kan man ligeledes overveje, om man ønsker at fokusere på de mere ressourcerstærke blandt socialt udsatte grupper, eller om man ønsker at fokusere på særligt sårbare grupper blandt socialt udsatte med behov for særligt tilrettelagte indsatser. Sådanne grupper kan være hjemløse, psykisk syge, udviklingshæmmede, stofmisbrugere og i nogen udstrækning borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Hjemløse og psykisk syge kan eksempelvis stille særlige krav til forebyggende indsatser fleksibilitet og rummelighed, og etniske minoriteter kan ligeledes have behov for tilpasninger af indsatsernes arenaer og metode. Eksempelvis kan indsatserne tilpasses nogle etniske minoritetsgruppers behov ved at bruge tolk/oversatte materialer, tilbyde kønsopdelte motionshold eller tage udgangspunkt i etniske minoriteters kostvaner (28-30).

#### 4.1.2 Valg af arena

Forebyggelse kan finde sted i mange forskellige arenaer i borgernes liv. Valg af arena afhænger af lokale forhold og påvirkes af, hvilken målgruppe man ønsker at fokusere på blandt socialt udsatte grupper. Eksempelvis kan boenheder eller dagtilbud være relevante arenaer at implementere forebyggende aktiviteter for psykisk syge eller udviklingshæmmede i. Sådanne aktiviteter kan være madlavning, rygestop eller gymnastik. Etniske minoritetsborgere uden for arbejdsmarkedet kan fx nås via mundtlig og skriftlig formidling i sprogskoler. Andre relevante arenaer kan være aktiveringskurser, produktionsskoler eller jobtræningstilbud (se boks 2). En anden tilgang til valg af arena består i at tilbyde mobile aktiviteter, fx via brug af en såkaldt sundhedsbus.

En arena, der i forbindelse med strukturreformen og kommunernes nye sundhedsopgaver vil blive benyttet i flere kommuner består af de såkaldte sundhedscentre (31). Der er ingen fælles definition af udformningen af et sundhedscenter, men de fleste vil komme til at indeholde tilbud om borgerrettede, forebyggende indsatser inden for fysisk aktivitet, rygning og kost. Centrene er for nogles vedkommende placeret i områder med mange socialt udsatte beboere og indrettes med henblik på at nå disse borgere i forebyggelsen. Med tilskud fra Styrelsen for Social Service er der etableret en række forebyggelses- og rådgivningscentre i forskellige kommuner (32). Disse vil også være en mulig arena for borgerrettet forebyggelse (31, 32).

### **Boks 2: Forebyggelsesindsats i jobtræningstilbud**

Fysisk aktivitet kan indbygges i de tilbud, som målgruppen i forvejen gør brug af i andre sammenhænge. Eksempelvis brugte man et jobtræningstilbud som arena i en undersøgelse af, hvordan man øger det fysiske aktivitetsniveau blandt inaktive kvinder med lav indkomst (33). Over et 2-måneders forløb deltog kursisterne i ugentlige møder af 1 times varighed. Det var en forudsætning for deltagelse, at man kunne begå sig tilstrækkeligt sprogligt til at forstå den mundtlige og skriftlige formidling, der fandt sted i forbindelse med indsatsen. Møderne omhandlede blandt andet opfattelser af fysisk aktivitet og forslag til løsningsstrategier. Deltagerne blev derefter opdelt i 2 grupper: den ene gruppe modtog telefonbaseret rådgivning, information via månedlige nyhedsbreve samt individuelt tilpassede breve, baseret på deltagerens oplevelse med livsstilsændringen. Disse oplevelser rapporterede deltagerne til sundhedsprofessionelle (bl.a. health educators) via månedlige spørgeskemaer. Den anden gruppe modtog blot den skriftlige del af indsatsen (det vil sige månedlige nyhedsbreve). Begge grupper modtog en skridttæller for at motivere til fortsat fysisk aktivitet. De kvinder, der modtog både telefonisk og skriftlig støtte var i signifikant højere grad i stand til at foretage og fastholde positive ændringer i deres fysiske aktivitetsniveau set i forhold til de kvinder, der blot modtog den skriftlige del af indsatsen. Sidstnævnte gruppe havde samme stigning i fysisk aktivitetsniveau lige efter, mødeforløbet i jobtræningstilbuddet var afsluttet, men de formåede ikke at fastholde det øgede aktivitetsniveau (33).

En særlig relevant arena udgøres af målgruppens lokalsamfund, særligt hvis der i et boligområde bor mange fra målgruppen. Lokalsamfund kan defineres på forskellig vis, eksempelvis som et geografisk afgrænset område eller som karakteriseret ved sociale relationer, baseret på tilknytning til fx en forening eller på baggrund af etnisk tilhørsforhold. Lokalsamfund kan desuden have forskellige karakteristika, afhængigt af blandt andet beliggenhed og boligform. Denne arena kan tænkes ind i forebyggende indsatser på to måder:

- som en arena, man kan placere forebyggende indsatser/tilbud i.
- som den ramme, man kan ændre på for at understøtte borgernes muligheder for at træffe sunde valg (se afsnit 4.4 og 4.5).

Lokalsamfund danner rammen om en stor del af borgernes liv, herunder deres sundhedsadfærd, og for nogle grupper har lokalsamfundet en større betydning end for andre. Grupper uden for arbejdsmarkedet, børn og ældre bruger ofte en stor del af dagligdagen i deres lokalsamfund og kan derfor ofte nås via lokalsamfundsbaseerede indsatser.

Indsatser, der er forankrede i lokalsamfund kan af borgerne opleves som mere relevante og tilgængelige, netop fordi de finder sted inden for – og må tilpasses – rammerne af det dagligliv, borgerne lever. Lokalsamfundsbaseerede indsatser kan derved være mere tilpassede borgernes forudsætninger end mere distancerede, centraliserede indsatser, såsom kampagner formidlet via massemedier (29). Nærhed og relevans er vigtige i sådanne indsatser, og en af tankerne med strukturreformen og dermed overførslen af ansvar for forebyggelse til kommunerne er da også, at disse aktører er bedre rustede til at iværksætte nære indsatser end mere centraliserede aktører (34). Se boks 3 for et eksempel på en lokalsamfundsbaseeret, forebyggende indsats på rygestopområdet.

### Boks 3: Lokalsamfundsbaseret, flerstrengt indsats

I en undersøgelse belyste man effekten af en lokalsamfundsbaseret indsats, hvor man, på baggrund af involvering af målgruppen i et lokalsamfund med en stor andel borgere fra lavindkomstgrupper, designede aktiviteter inden for rygestop-området (35). Repræsentanter for målgruppen blev organiseret i »wellness councils« og rådgivende komiteer, der – i samarbejde med projektmedarbejdere fra de offentlige myndigheder og forskere fra et universitet – udformede og implementerede en lang række aktiviteter i lokalsamfundet. Aktiviteterne omfattede blandt andet rygestop-grupper, plakater, dør-til-dør kampagner, selvhjælpsjecer, interviews i lokale medier og »gospel-fester« med rygestop-budskaber. Indsatsen fandt sted over en 2-års periode og resulterede i et totalt fald i antallet af rygere i indsats-lokalsamfundet fra 34% til 27%. I et sammenligneligt lokalsamfund, hvor der ikke fandt en indsats sted, skete der i samme periode blot et fald fra 34% til 33% i andelen af rygere blandt befolkningen. Blandt den del af befolkningen i indsats-lokalsamfundet, der rapporterede at have hørt om indsatsen, skete der et signifikant fald i antallet af rygere fra 40% til 27%. Der blev rapporteret et stort antal aktiviteter og en stort engagement fra målgruppens side i planlægning og implementering af disse aktiviteter (35).

## 4.2 Målgruppeinddragelse

### 4.2.1 Hvad er målgruppeinddragelse og hvorfor er det vigtigt?

Inddragelse af målgruppen i planlægningen og implementeringen af forebyggende indsatser øger sandsynligheden for, at deltagerne oplever indsatserne som meningsfulde og relevante, hvorved der kan opnås større effekt af indsatserne (30). Netop meningsfuldheden er særligt vigtig, når man arbejder med socialt udsatte grupper, der ofte oplever at »mangle en stemme« i forhold til myndigheders beslutninger om deres levevilkår (6, 28). Via inddragelse kan man få indblik i borgernes hverdagsliv, herunder deres sociale og helbredsmaessige forhold, samt oplevede barrierer og ønsker, der henholdsvis hæmmer og fremmer sunde valg (8, 27). Inddragelsen øger endvidere chancen for, at målgruppen oplever en accept og nærhed fra de professionelle, der arbejder med initiativerne og derved opbygger tillid og troværdighed til projektet (30). Ved at inddrage målgruppen kan man således opnå en indsigt i borgernes præferencer, problemløsning og løsningsstrategier, og man kan få nye perspektiver på indsatsen (27, 36). Dette gør det muligt at tilrettelægge løsningsmodeller, der er særligt tilpassede målgruppens specifikke behov, motivation og hverdag. Endvidere giver målgruppeinddragelse mulighed for at understøtte og opbygge sociale ressourcer i lokalsamfundet ved, at man fx mobiliserer nøglepersoner herfra. Denne mobilisering af de eksisterende ressourcer kan resultere i en empowermentproces, hvor borgere i lokalsamfundet får en følelse af at være handlekraftige i forhold til såvel forebyggelse som andre relevante problemstillinger i deres hverdag.

I en række undersøgelser har man benyttet sig af målgruppeinddragelse – ofte i lokalsamfundsbaserede tilgange – med god effekt på deltagelse og sundhedsadfærd (27, 29, 35, 37). Se boks 4 for et eksempel på en behovsafdækning med henblik på at tilrettelægge forebyggende indsatser på kost- og motionsområdet for etniske minoriteter.

#### Boks 4: Behovsafdækning blandt etniske minoriteter

I Københavns Kommune foretog man en interviewundersøgelse blandt socialt udsatte borgere med tyrkisk, pakistansk og somalisk baggrund med henblik på at afdække deres muligheder og barrierer for at indgå i motions- og kostindsatser (28). Undersøgelsen gav indblik i en række forhold med betydning for indretningen af indsatser til disse målgrupper. Eksempelvis fandt man både viden om og motivation for sund livsstil blandt interviewpersonerne, der ligeledes fortalte at økonomi og afstand i forhold til forebyggelsestilbud er essentielt for, om disse tilbud bliver oplevet som relevante (28). Det viste sig vigtigt, at tilbuddene placeres i umiddelbar nærhed af brugerne, og at der er lav deltagerbetaling. Desuden viste interviewundersøgelsen et behov for tilbud om støttende sociale foranstaltninger, som fx børnepasning, imens de forebyggende tilbud foregår og et ønske om, at sociale netværk inddrages i indsatserne.

Formålet med målgruppeinddragelse er således at opnå viden om målgruppens hverdagsliv samt oplevede barrierer og behov, hvorved man efterfølgende mere hensigtsmæssigt kan tilrettelægge forebyggende indsatser på baggrund af denne indsigt. Inddragelse af målgruppen er særligt vigtigt, når der mangler dokumentation for, hvordan man bedst planlægger sine indsatser til den givne målgruppe, som er udsat på forskellige områder.

#### 4.2.2 Hvordan kan målgruppen inddrages?

Inddragelse af målgruppen kan ske på flere måder, i forskelligt omfang og på forskellige tidspunkter i processen, med henblik på justering af eksisterende indsatser eller udvikling af nye. Der kan benyttes såvel kvantitative som kvalitative metoder. Eksempelvis kan man foretage fokusgruppeinterviews med borgere eller spørgeskemaundersøgelser (27). En anden mulighed er at skabe et brugerråd bestående af repræsentanter for ens målgruppe, eller man kan inddrage nøglepersoner (community leaders) ud fra en forventning om, at disse dels taler på baggrund af deres »gruppe« og dels kan hjælpe med at forankre og formidle indsatsen samt fungere som positive rollemodeller i implementeringsprocessen (se nedenfor) (29, 35). Se desuden ovenstående boks 3, der beskriver en undersøgelse med denne type inddragelse.

I forhold til brug af repræsentanter, herunder fx nøglepersoner i lokalsamfundet, er det imidlertid vigtigt at være opmærksom på, hvem repræsentanterne faktisk repræsenterer (29). Man kan med fordel overveje, hvilken status repræsentanterne har i gruppen, da en for stærk eller svag status kan give skæv information om gruppens præferencer, hvorved indsatser risikerer at blive udviklet med et irrelevant sigte for målgruppen. Man bør derfor kritisk forholde sig til, om der er tale om reel inddragelse af målgruppen, eller om man blot inddrager de repræsentanter, der er »lettest« for de professionelle planlæggere at tale med (30).

I forhold til omfang og tidsmæssig inddragelse i processen kan inddragelsen bestå af alt fra en form for »sidste justering« af en allerede planlagt, centralt formuleret indsats eller i en proces, hvor målgruppen selv definerer sundhedstemaer, arenaer og metoder for indsatsen allerede i planlægningsfasen (29). Inddragelsen kan desuden finde sted kontinuerligt i hele processen, herunder i evalueringen af indsatsen.

I inddragelsen og behovsafdækningen er det således vigtigt at belyse en række forhold blandt målgruppen, herunder vaner, viden, motivation, forandringsparathed, barrierer, ønsker, samt forhold i hverdagslivet. Derudover kan man undersøge, hvilke ressourcer og sociale netværk der allerede findes i målgruppen eller i lokalsamfundet.

Man skal være opmærksom på, at inddragelsen kan åbne op for nye perspektiver og andre problemstillinger, end man havde forventet, hvilket kan stille krav om tværfaglighed og nytænkning i tilrettelæggelsen af indsatserne.



### 4.3 Metoder til påvirkning af holdning og sundhedsadfærd hos målgruppen

I dette afsnit vil der blive set på eksempler på metoder til påvirkning af holdning og sundhedsadfærd hos målgruppen. Det er vigtigt at bemærke, at en grundig behovsafdækning via inddragelse af målgruppen i tilrettelæggelsen af indsatsen vil gøre de i afsnittet nævnte metoder mere effektive.

#### 4.3.1 Individrettede kontra gruppebaserede indsatser

Der er en naturlig opdeling mellem indsatser, der har en individrettet tilgang, henholdsvis en gruppebaseret tilgang. Individuelle forhold for den enkelte kan gøre det relevant at arbejde med individuelt tilpassede tilbud, eksempelvis hvis nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne gør det vanskeligt for en borger at deltage i fysisk aktivitet på gruppebasis. Omvendt kan gruppebaserede tilbud i et lokalsamfund rumme mange væsentlige elementer for at styrke den enkeltes sundhedsadfærd, såsom social støtte, mulighed for identifikation med de andre deltagere samt modvirkning af isolation (29, 30, 35, 38-40). Disse elementer kan støtte op om borgernes muligheder for at foretage længerevarende positive adfærdsændringer.

De individrettede tilbud kan målrettes den enkeltes interesser og forandringsparathed og kan fx bestå af støttende telefonopringninger under og efter indsatsen samt skriftlige materialer, der er tilpasset den enkeltes forudsætninger, barrierer og motivation (40, 41). Der kan også indgå individuel rådgivning med fx en rygestopinstruktør, en læge, en psykolog eller en diætist (42). Se boks 5 vedrørende individuel tilpasning af indsatser.

#### **Boks 5: Individuel tilpasning af indsatser**

I et interventionsstudie ønskede man at motivere mødre fra lavindkomstgrupper til at være mere fysisk aktive (42). Som led i indsatsen skulle der udvikles en brochure, der skulle benyttes som udgangspunkt i rådgivningssamtaler mellem kvinderne og forskellige typer af professionelle. Denne brochure blev tilpasset den enkeltes forudsætninger på to måder: først undersøgte man opfattelser af »for og imod« fysisk aktivitet blandt en gruppe mødre med samme sociale baggrund. Herved fik man mulighed for at opstille lister over hyppigt forekommende barrierer samt motiverende faktorer og mulige realistiske strategier for at overkomme disse – eksempelvis blev der fokuseret på mulighederne for at indbygge fysisk aktivitet i dagligdagen i børnefamilier. Dernæst skete der en såkaldt interaktiv tilpasning af brochuren. Denne tilpasning skete under rådgivningssamtalerne. Her skulle den enkelte kvinde identificere de barrierer og muligheder, hun oplevede, og disse oplevelser blev dernæst diskuteret med den professionelle og nedskrevet i brochuren. I efterfølgende telefonsamtaler blev der fulgt op på den enkeltes oplevelser og succeser frem mod målet om at blive mere fysisk aktiv. Brochuren blev i øvrigt skrevet på et letforståeligt sprog, og man benyttede illustrationer af mødre, der havde samme etniske baggrund som målgruppen. Indsatsens effekt er ikke belyst i den omtalte artikel, men man undersøgte accepten af brochuren blandt en mindre gruppe kvinder. Her var der stor tilfredshed med brochuren (42).

I en anden undersøgelse fik kvinder fra lavindkomstgrupper, der tidligere havde oplevet en positiv effekt af en kostindsats, hver anden måned helbredsbeskeder via post eller telefonopringninger fra sundhedsprofessionelle byggende på den enkelte deltagers barrierer og muligheder for at fastholde de positive, kostmæssige adfærdsændringer (43). Beskederne var specielt designede til voksne med svage læsevner og bestod af råd fra eksperter samt individuel feedback og praktiske redskaber til fastholdelse af kostændringen. Undersøgelser har fundet, at skriftlige materialer med fordel kan følges op af støttende telefonopringninger fra sundhedsprofessionelle (fx såkaldte health advisers) med henblik på at afklare og følge op på problemstillinger (38, 39).

De gruppebaserede tilgange kan fx bestå af forskellige selvhjælpsgrupper, hvor deltagerne får mulighed for at tale sammen om sundheds- og livsstilsmæssige problemstillinger (30, 40, 44-47). Her bygger man på viden om, at livsstilsændringer er lettere at foretage, hvis man har et socialt netværk at støtte sig til og blive motiveret af. Grupper kan give den nødvendige opbakning og opbygning af sociale ressourcer som venskab og støtte, hvorved livsstilsændringen opleves som opbyggende på flere områder end kun i forhold til den fysiske sundhed. En gruppebaseret tilgang kan fx være en gå-gruppe, rygestopgruppe, madlavningsgruppe eller en motionsgruppe (28, 40). Det kan ligeledes bestå i tilbud om netværksdannelse på tværs af familie og/eller etnisk baggrund. I boks 6 ses et eksempel på, hvordan man kan benytte gruppetilgangen til at ændre kvinders kostadfærd. Et andet eksempel på en tilgang, der knytter sig til sociale netværk er såkaldte buddy-ordninger, der indebærer at dem, der skal ændre adfærd (fx rygere) kombineres i par og derved »følges ad« i deres livsstilsændring (45). Både individrettede og gruppebaserede tilgange indeholder elementer af kompetenceopbygning, hvor deltagerne opnår nye færdigheder på det fysiske, psykiske og/eller sociale plan.

#### **Boks 6: Gruppemøder og peer-educators**

I en undersøgelse blev afroamerikanske kvinder fra lavindkomstgrupper rekrutteret via massemedier og et lokalt socialkontor til at deltage i en kostindsats (45). Udvalgte kvinder – såkaldte peer-educators (dvs. jævnbyrdige personer fra samme målgruppe og lokalsamfund som deltagerne i indsatsen) – blev uddannet af diætister, socialrådgivere og andre sundhedsprofessionelle, så de fik øget viden og kompetencer med hensyn til sund kost. Disse peer-educators opgave var at videregive denne information til andre kvinder i målgruppen. Dette foregik i gruppemøder med 6-8 kvinder, hvor deltagerne fik øvelser og praktiske erfaringer med tilrettelæggelse af sund kost. Desuden foregik formidlingen om sund kost i individuelle møder mellem kvinden og peer-educatoren. Her var fokus på den enkeltes situation, herunder hvor parat man var til at ændre kostvaner. Undersøgelsen fandt, at kvinderne ændrede spisemønstre og reducerede deres fedtindtag. Fordelen ved metoden var, at kvinderne mødte jævnbyrdige kostvejledere, hvorved de ikke oplevede sund kost som noget påtvunget fra eksperter side (46).

I en anden undersøgelse, hvor man ligeledes benyttede peer-educators til at vejlede i forhold til sund kost på gruppeniveau, var informationen og formidlingen fokuseret på at være simpel, praktisk og relevant for målgruppen (46). Deltagerne lagde vægt på at informationen skulle formidles på en sjov og interessant måde med inddragelse af deltagerne, hvilket netop gruppemøder har til formål at gøre. Det benyttede materiale, herunder forskellige typer af opgaver, byggede på den aktuelle målgruppes situation for derved at imødekomme særlige interesser og behov. Det fremhæves i undersøgelsen, at 10 møder er minimum for at opnå effekt af en sådan type indsats (47).

En tredje undersøgelse gjorde ligeledes brug af gruppemøder, netop fordi denne metode er dynamisk og opfordrer til dialog blandt deltagerne (47). Dette er effektivt, fordi rådgivning i grupper giver mulighed for opfølgning og feedback samt afklaring af konkrete problematikker og usikkerheder omkring sund kost og ændring af kostvaner. Desuden bidrager det kollektive aspekt til social støtte, der kan facilitere indlæringen af sunde kostvaner (45-47).

#### **4.3.2 Opøvelse af mestringsstrategier**

Opbygning af hensigtsmæssige mestringsstrategier handler om at udvikle kompetencer til at håndtere forskellige situationer i hverdagen, hvor sunde valg, fx i forhold til kost og alkohol, kan være svære at træffe. Der kan benyttes både adfærdsmæssige og kognitive teknikker i arbejdet med adfærdsendringer.

Adfærdsmæssige teknikker arbejder med målgruppens praktiske færdigheder ved at opbygge den enkeltes kompetencer til fx at vælge, tilberede og spise sundere kost eller dyrke motion. Teknikkerne kan påvirke den enkeltes sundhedsadfærd i positiv retning via indøvelse af forskellige mestringsstra-

tegrer, der kan støtte op om de ønskede adfærdsændringer. Det kan fx være planlægning af, hvordan man vil sørge for at få sund mad og mere fysisk aktivitet ind i hverdagen, eller hvordan man vil tackle at deltage i sociale arrangementer, hvor der bliver røget, når man er i gang med et rygestop (48).

Brugen af kognitiv terapi fokuserer på at ændre borgernes tankemønstre med henblik på at ændre deres sundhedsadfærd. Der kan fokuseres på bevidstgørelse om og ændring af vaner, opøvelse af problemløsningskompetencer og opbygning af konstruktivt samarbejde med de professionelle. Adfærdsmæssige og kognitive teknikker kan ofte supplere de fleste ikke-strukturelle indsatser på en god måde. Men teknikkerne kræver, at der er en professionel uddannet i disse teknikker til at facilitere dem. Se boks 7, der omhandler både adfærdsmæssige og kognitive teknikker.

#### **Boks 7: Adfærdsmæssige og kognitive teknikker**

I flere kostundersøgelser blandt lavindkomst-grupper lægges der stor vægt på adfærdsmæssige og kognitive teknikker, eksempelvis i forbindelse med opbygning af kompetencer i forhold til kostvalg og ved indøvelse af forskellige mestringsstrategier til håndtering af svære situationer. Dette gælder for eksempel i forhold til indkøb, hvor man står over for svære kostvalg, eller i forbindelse med sociale arrangementer, hvor der ofte er et usundt udbud af kost, og det er svært ikke at spise det samme som de andre (45-47). I undersøgelserne fokuseres ligeledes på ændring af målgruppens viden om og holdninger til sund kost. De omtalte undersøgelser viste alle en positiv effekt på kostvaner.

#### **4.3.3 Brug af positive rollemodeller**

Brug af positive rollemodeller kan give gode forudsætninger for såvel deltagelse i som effekt af forebyggende indsatser. Dette skyldes, at tilgangen rummer muligheder for, at deltagerne kan identificere sig med rollemodellen og derved opnå større tro på, at man også selv formår at foretage de ønskede adfærdsændringer (40, 41, 49, 50). Det skal dog bemærkes, at man, som i forbindelse med målgruppeinddragelse, skal være opmærksom på, hvem man benytter som rollemodel, da denne i videst muligt omfang bør matche målgruppens ressourcer og levevilkår. Et eksempel på positive rollemodeller fra lokalsamfundet, der benyttes i flere undersøgelser, er såkaldte peer-educators – se boks 6 ovenfor med eksempel på sådanne indsatser.

#### **4.3.4 Brug af selvhjælpsmateriale**

I forebyggende indsatser kan man benytte forskellige former for skriftlig information, fx pjecer eller selvhjælpsmateriale (8, 26, 51-53). Det er vigtigt, at man på baggrund af en forudgående målgruppeinddragelse udformer materialet på et sprogligt niveau, der svarer til målgruppens læseevner, og at man udgiver det via kanaler, der er relevante for målgruppen. Sådanne kanaler kan være postkort ('flyers'), biblioteker, internettet eller lokalradioer (30). Det er vigtigt, at man i udarbejdelsen af materialet tager hensyn til forskellige sprogkunderskaber og sociale værdier hos målgruppen og tager højde for deres præferencer. Hvis materialet også er henvendt til etniske minoriteter, bør det ofte oversættes. Se boks 8 for eksempler på justeringer af skriftligt materiale på baggrund af målgruppens behov.

## Boks 8: Skriftlige materialer

Skriftlige materialer indgår ofte i forbindelse med kostrådgivning (38, 39). I den forbindelse fandt en undersøgelse, at det er vigtigt at målrette materialet til den aktuelle målgruppe, hvorved der tages højde for eksempelvis de forhold i målgruppens sociale og fysiske miljø, der påvirker muligheden for at foretage sunde kostvalg (39). Sådanne forhold omhandler eksempelvis adgang til sunde fødevarer i lokalsamfundet samt præferencer i forhold til kostvalg. Ved at inddrage målgruppens perspektiver, belyst ved interviews og/eller deltagerobservationer, kan man få adgang til sådan nyttig information til brug i udarbejdelsen af materialer målrettet den specifikke målgruppe (54). Eksempelvis bør materiale målrettet socialt udsatte grupper ofte være letlæseligt og inddrage fotos og illustrationer af fx fysiske omgivelser og madvarer, som er genkendelige for målgruppen (45, 53, 55-57). Behov for justering af materialer varierer meget, hvilket understreger betydningen af, at materialer er målrettet forskellige undergrupper, eksempelvis syge eller etniske minoriteter.

### 4.4 Ændringer i det sociale miljø

Menneskers sundhedsadfærd påvirkes af mange forhold i deres omgivelser. I forebyggelse rettet mod socialt udsatte grupper kan netop disse kontekstuelle forhold rumme mange muligheder for kommunernes forebyggende indsatser. Et forhold er det sociale miljø, der blandt andet omfatter omfang og kvalitet af sociale netværk i et boligområde, omfang af social kapital<sup>5</sup>, marginalisering og isolation fra det omgivende samfund (8, 26, 51, 59).

#### 4.4.1 Hvorfor har det sociale miljø betydning for sundhedsadfærd?

Det sociale miljø i lokalsamfund med en stor andel af socialt udsatte borgere kan være mindre gunstigt og dermed have negativ betydning for sundhedsforholdene for beboerne i lokalsamfundet (27, 36, 53, 60). Eksempelvis kan oplevelse af marginalisering og isolation gøre det sværere for den enkelte at prioritere sundhedsadfærd i sin dagligdag, jævnfør kap. 3. Sociale netværk i lokalsamfund kan bidrage med social støtte, der kan understøtte positive, sundhedsmæssige adfærdsændringer, modvirke ensomhed og hjælpe med børnepasning i forbindelse med deltagelse i fx motionsaktiviteter (8, 26, 51, 52, 59). Derved kan mangelfulde sociale netværk blandt borgere i et lokalsamfund omvendt også have betydning for borgernes sundhed og livskvalitet i øvrigt. I en behovsafdækning blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund i Københavns Kommune fandt man en oplevelse af, at sunde kostvaner er lettere at fastholde, hvis det sociale netværk støtter op om adfærdsændringerne. Interviewpersonerne efterspurgte ligeledes gruppebaserede indsatser inden for motion, idet dette vil gøre det lettere at foretage længerevarende ændringer i motionsadfærd (28). Derudover er det vigtigt at arbejde med de sociale netværk, da disse også kan fastholde dårlige sundhedsvaner (26). Eksempelvis kan alkoholindtag, tobaksrygning eller bestemte former for usunde kostvalg være dele af en social sammenhæng, hvor normer i det sociale netværk støtter op om denne risikoadfærd.

#### 4.4.2 Hvordan kan det sociale miljø inddrages i indsatser?

Det sociale miljø kan inddrages på flere måder i forebyggelse. Ved at arbejde lokalsamfunds- og gruppebaseret kan man anerkende og understøtte de sociale ressourcer, der trods social udsathed ofte er til stede blandt menneskene i et lokalsamfund. Herved kan man dels organisere både gruppebaserede og mere strukturelle forebyggende indsatser, og dels kan man opnå en empowerment-proces, hvor lokalsamfundet styrkes (8, 51, 61).

Man kan eksempelvis iværksætte forbedringer af den sociale struktur med henblik på styrkelse af sociale netværk og social kapital i boligområderne (4, 30). Dette kan gøres via gruppebaserede indsatser, fx gå-klubber eller sundhedscafeer med fokus på såvel forebyggelse som skabelse af sociale

5. Social kapital kan defineres som omfanget af sociale netværk, normer for gensidighed og tillid mellem mennesker (58).

relationer i nærområdet. Ligeledes kan man afholde forskellige sociale arrangementer, såsom sundhedsdage i et lokalsamfund, hvor der fx kan sættes fokus på sund kost eller rygning, og hvor lokalsamfundets beboere får lejlighed til at danne relationer til hinanden (26). I den forbindelse har man særlige muligheder i almennyttige boligområder, hvor man ofte finder en stor del beboere, der kan karakteriseres som socialt udsatte.

Sociale netværk og nøglepersoner kan ligeledes inddrages i designet af indsatserne, der kan integreres i lokalsamfundet ved at bygge på eksisterende foreninger, fx sportsklubber, medborgerforeninger eller religiøse organisationer (17, 24, 26, 29). Der kan i den forbindelse arbejdes med at skabe kontakter mellem borgere og forskellige foreningstilbud i lokalsamfundet.

En måde, hvorpå man kan inddrage sociale netværk er at formidle viden om sundhed i mindre grupper af kvinder i et boligområde, hvorefter kvinderne kan støtte hinanden i forbindelse med livsstilsændringer og formidle de nye ideer videre i de andre sociale sammenhænge, de indgår i. Se boks 9 for et eksempel på en indsats baseret på social støtte.

Ved at understøtte eksisterende sociale netværk i et boligområde og motivere til dannelsen af nye relationer i forbindelse med fx motionsaktiviteter, kan man både opnå en positiv effekt på sundhedsadfærden og bryde den sociale isolation, nogle socialt udsatte borgere oplever. Deltagelse i forebyggende aktiviteter kan således være en måde at etablere nye sociale relationer på til gavn for såvel sundheden som livskvaliteten (28).

#### **Boks 9: Indsats i lokalsamfund med inddragelse af social støtte**

En undersøgelse har belyst effekten af en lokalsamfunds-baseret indsats rettet mod kvinder over 40 år med etnisk minoritetsbaggrund (56). Kvinderne var overvejende fra lavindkomstgrupper og blev rekrutteret via forskellige foreninger og kirker i deres lokalsamfund. Dernæst blev de inviteret til at deltage i et gruppemøde ledet af en sundhedsformidler med samme etniske baggrund. De møder, der omhandlede fysisk aktivitet fokuserede på typer af fysisk aktivitet som ældre kvinder kan overkomme og som kan indbygges i deres dagligdag. Man talte om oplevede barrierer for at blive mere fysisk aktiv, og fysisk aktive deltagere fortalte om egne oplevelser med fysisk aktivitet. Møderne varede 60-90 minutter og fandt sted i deltagernes hjem, i kirker eller foreninger i lokalsamfundet. Tre måneder efter denne korte indsats fandt man, at de kvinder, der havde deltaget i møder om fysisk aktivitet var signifikant mere fysisk aktive end kvinder, der havde deltaget i lignende møder, blot omhandlende cancerscreening. Desuden fandt man stor tilfredshed (94-96%) blandt kvinderne i forhold til indsatsen. Eksempelvis oplevede 94% af kvinderne, at de følte sig trygge ved at dele deres oplevelser med de andre i gruppen (56). Den sociale støtte havde derved betydning for adfærdsændringen.

## 4.5 Ændringer i det fysiske miljø

Det fysiske miljø i menneskers lokalsamfund danner rammen om menneskers liv og rummer ligeledes potentialer for kommunernes forebyggende indsats for socialt udsatte borgere. Disse fysiske forhold omfatter blandt andet tilstedeværelse af, eller omvendt mangel på, grønne, rekreative områder, forebyggende tilbud, behagelige væresteder, indkøbsmuligheder og trafikikkerhed (61). De dækker også over sundhedsskadelige boligforhold, som følge af eksempelvis fugtige eller trange boliger (17, 53, 62, 63).

### **4.5.1 Hvorfor har det fysiske miljø betydning for sundhedsadfærd, og hvordan kan det inddrages?**

Det fysiske miljø har betydning for sundhedsforholdene for beboerne i lokalsamfundet (26, 51). Nogle af forholdene – såsom manglende grønne, rekreative områder, ringe udbud af friske fødevarer, ringe trafikikkerhed eller utryghedsproblemer – kan være barrierer for at være fysisk aktiv, spise sundt eller etablere sociale relationer til andre i lokalsamfundet (5, 17, 28, 30). Socialt udsatte



grupper er ofte bosiddende i lokalsamfund præget af manglende fysiske ressourcer og er derfor udsatte i forhold til de sundhedsmæssige konsekvenser heraf (30, 52, 53, 63, 64).

Der kan være et stort potentiale i indsatser over for sundhedsmæssigt risikable, fysiske lokalsamfundsforhold. Sådanne indsatser kan foregå via strukturelle tiltag med henblik på at understøtte og skabe bedre muligheder for borgerne til at ændre adfærd. De strukturelle ændringer kan kombineres med etablering af sundhedsmæssige og sociale tilbud i områderne, herunder etablering af sundhedscentre (65). Som eksempler på strukturelle ændringer af det fysiske miljø kan nævnes forbedring af adgangen til områder, der inviterer til fysisk aktivitet via etablering af gang- eller cykelstier eller parker i udsatte boligområder. Bedre adgang til sunde valg kan ligeledes opnås ved at skabe bedre rammer for fx motionsaktiviteter i lokale institutioner, herunder eksempelvis via en udbygning af motionstilbuddene i skole- og fritidsordninger eller i børnehaver. Ligeledes kan sundhedscentre placeret i udsatte boligområder øge borgernes adgang til information og forebyggende aktiviteter. Andre bud på ændringer af det fysiske miljø er etablering af muligheder for at dyrke egne grøntsager (i eksempelvis kolonihaver) (17). Ændringer i det fysiske miljø i boligområder med stor andel af socialt udsatte borgere, kombineret med tiltag rettet mod at styrke det sociale miljø, udgør vigtige indsatspunkter for den kommunale forebyggende indsats.

## 4.6 Organisering af indsatserne

De rammer, der organisatorisk stilles op for forebyggelsen og det engagement, de professionelle udviser, er essentielle for, om indsatsen lykkes (66). I afsnittet beskrives først behovet for opkvalificering af professionelle og for udbygning af det tværfaglige samarbejde i kommunalt regi. Dernæst beskrives forhold om projekters organisatoriske forankring. Afslutningsvis beskrives behovet for dokumentation af kommende forebyggende indsatser.

### 4.6.1 Behov for kompetence hos professionelle

Et aspekt af den kommunale organisering omhandler behovet for etablering af et velkvalificeret, professionelt miljø, der kan varetage den kommunale forebyggende indsats for borgere, herunder socialt udsatte grupper (24). Der er behov for sikring af de rette kompetencer blandt de professionelle, der skal varetage planlægningen, implementeringen og evalueringen af forebyggende indsatser. Disse kompetencer kan være mange forskellige, afhængigt af behov. Der kan være behov for sikring af kompetence i forhold til viden om risikofaktorer og konsekvenser, nationale anbefalinger, forebyggelsesteorier, kvantitative og kvalitative metoder i behovsafdækninger, evalueringsmetoder og kommunikation. Desuden kan der være behov for kompetencer inden for adfærdsmæssige og kognitive teknikker.

Hos kommunens planlæggere kan der være behov for konkrete redskaber til at indtænke sundhed i kommunens rammer og tilbud. Det kan handle om hjælp til udarbejdelse af sundhedsmål for kommunen, der konkretiseres i en sundhedspolitik. Hos kommunens forskellige professionelle med borgerkontakt kan der være behov for at vide mere om sundhedsrelaterede emner, der kan indgå i tilrettelæggelsen af individuelle handleplaner og gruppeforløb.

Der ligger desuden en udfordring i at medtænke den eksisterende sundhedstjenesteindsats, således at socialt udsatte grupper får samme kvantitet og kvalitet af den forebyggende rådgivning, der udføres af mange forskellige sundhedsprofessionelle, såsom praktiserende læger og sundhedsplejersker. Netop sundhedsprofessionelle spiller ofte en central rolle for forebyggelsesindsatsen, men kan opleve behov for en styrkelse af de organisatoriske rammer for deres rådgivning af borgere (66). De organisatoriske rammer kan styrkes ved hjælp af fx nedskrivning af rådgivningspolitikken og klare retningslinier for rådgivningen, styrkelse af sundhedspædagogiske rådgivningskompetencer, konkrete redskaber til kortlægning af patientens sundhedsadfærd og mulighed for at henvise borgeren til specialiseret rådgivning (ibid.). Kommunerne kan støtte op om denne opkvalificering af forskellige faggrupper og sikre en kontinuerlig opdatering af de ansattes viden om forebyggelse bredt set og



mere specifikt for socialt udsatte grupper. I boks 10 ses et eksempel på opbygning af kompetencer hos sundhedsprofessionelle i forhold til forebyggelse rettet mod socialt udsatte grupper.

#### **Boks 10: Sikring af kompetence hos professionelle**

I en undersøgelse belyste man effekten af en række organisatoriske samt lokalsamfundsbase­rede tiltag for at mindske antallet af rygere i et område med stor andel af borgere med etnisk minoritetsbaggrund fra lavindkomstgrupper (65). Som led i de organisatoriske tiltag foretog man forbedringer af kvaliteten af sundhedsprofessionelles rådgivningskompetencer i forhold til rygestop i forskellige klinikker i lokalsamfundet. Disse forbedringer kom blandt andet i stand ved, at man systematisk indbyggede screening og rådgivning i forhold til rygere i perso­nalets praksis, og ved at man efteruddannede personalet i forhold til at yde kompetent rådgiv­ning. De organisatoriske tiltag blev suppleret af en række lokalsamfundsbase­rede indsatser, herunder etablering af rygestop-grupper, rådgivning i beboernes hjem og uddeling af skriftlige materialer, der var tilpasset den enkeltes situation (udviklet på baggrund af Stages of Change-modellen<sup>6</sup>). I indsatserne lagde man vægt på involvering af målgruppen. Evalueringen af ind­satserne viste en markant stigning i omfanget af rygestop-aktiviteter i de klinikker, hvor de organisatoriske tiltag havde fundet sted sammenlignet med kontrol-klinikker. Ligeledes fandt man en stigning i lokalsamfundsbase­ret støtte til rygere, der ønskede at stoppe med at ryge (10, 68-70).

En anden undersøgelse konkluderede, at viden om sundhedsprofessionelles holdninger og erfaringer med forebyggelsesindsatser rettet mod socialt udsatte grupper er meget vigtigt at inddrage, når man planlægger sådanne indsatser (71). Dette skyldes, at sundhedsprofessionelle kan føle skepsis i forhold til nytten af disse indsatser og derved kan blokere for socialt udsatte gruppers adgang til forebyggelse, blandt andet på kostområdet. Dette er særligt vigtigt at håndtere, når indsatsen finder sted i organisationer med begrænsede tidsmæssige og økono­miske ressourcer, hvilket ofte er tilfældet. Man kan arbejde med de sundhedsprofessionelles oplevelser, og via hands-on-strategier (fx rollespil) og fokus på succeserne i arbejdet, støtte op om det forebyggende arbejde for socialt udsatte grupper (71).

#### **4.6.2 Behov for tværfagligt samarbejde på tværs af forvaltninger samt tilførsel af ressourcer**

Der kan desuden være behov for at sikre mulighederne for tværfagligt samarbejde på tværs af forvaltninger i kommunernes forebyggende indsats og for en øget tilgang af økonomiske og perso­nalemæssige ressourcer til området. Årsagerne til den sociale og sundhedsmæssige udsathed blandt socialt udsatte grupper i befolkningen er komplekse og sammenvævede, og der er derfor behov for en bred tilgang til forebyggelsen. Eksempelvis kan der være behov for at indtænke psykosociale tilbud i forebyggende indsatser, hvilket kan foregå via tilbud om vejledning hos en socialrådgiver, kombineret med deltagelse i gruppebase­rede kost- eller motionstilbud (28).

I forhold til de målsætninger, man arbejder med i indsatser for socialt udsatte grupper, kan man overveje, om man kan koble mål for sundhed med andre, relevante mål, som eksempelvis deltagelse i uddannelses- eller arbejdsmarkedsaktiviteter. Dårligt helbred og udstødelse fra arbejdsmarkedet hænger sammen, og indsatser for at øge borgeres fysiske aktivitet kan have positive sideeffekter på deres muligheder for at blive erhvervsaktive.

#### **4.6.3 Overvejelser om indsatsernes organisatoriske forankring**

Et andet organisatorisk forhold med betydning for effekten af forebyggende indsatser omhandler den organisatoriske forankring af indsatser i kommunens drift. Organisatorisk forankring siger noget om, hvorvidt en indsats kan gøres til en permanent del af en organisations arbejdsområder efter pilotprojektperioden (29). Særlige forhold i kommunerne kan vanskeliggøre den organisatoriske

6. Essensen i Stages of Change-modellen er, at adfærdsændringer sker trinvist i en proces, hvor man går fra ikke at overveje at ændre sundhedsadfærd til faser, hvor man først overvejer adfærdsændringer, dernæst forbereder disse og endelig foretager ændringerne over et længere tidsforløb (67).

forankring af forebyggende indsatser. Sådanne forhold omfatter de ofte lange beslutningskæder inden en indsats kan blive prioriteret som helhed over et længere tidsforløb, økonomiske begrænsninger og skiftende politiske prioriteringsområder (29).

For indsatser, der har vist gode effekter, kan den organisatoriske forankring have betydning for, om det lykkes at opnå en længerevarende effekt på målgruppens sundhedsadfærd, og på sigt, helbredstilstand. I en dansk interviewundersøgelse blandt projektledere involveret i forebyggelse for etniske minoriteter fandt man, at projekters organisatoriske forankring kan lettes på flere måder (29). Forankring kan med fordel indtænkes tidligt i et projektføreløb, eksempelvis ved at etablere en styregruppe bestående af nøglepersoner og beslutningstagere på forskellige niveauer i kommunen. Forankringen fremmes ligeledes af dokumentation for et givent projekts resultater og via sikring af opbakning fra politikere, ledelse, kolleger og målgruppe (29). Eventuelt kan indsatserne skrives ind i langsigtede sundhedspolitikker i kommunen. I nedenstående boks 11 ses et eksempel på organisatorisk forankring af en kostindsats.

#### **Boks 11: Organisatorisk forankring**

En undersøgelse havde fokus på organisatoriske ændringer i forbindelse med implementering af en kostindsats over for nybagte mødre med lav indkomst (72). For at forbedre de professionelle rolle og engagement i kostindsatsen, blev de inddraget i hele processen omkring indsatsen. Man fandt, at det var vigtigt for indsatsens effekt, at de professionelle på forskellige niveauer i organisationen følte indflydelse på indsatsen, hvilket blev støttet ved løbende inddragelse i hele processen, lige fra planlægning og målfastsættelse til den daglige praksis og justering. Dette bidrog til større ejerskab og fastholdelse af indsatsen i organisationen (72).

#### **4.6.4 Behov for dokumentation af indsatsen**

For at skabe grundlaget for en mere vidensbaseret forebyggelsesindsats fremover, er der behov for at kommunernes forebyggende indsats for socialt udsatte borgere i videst muligt omfang dokumenteres og videreformidles i såvel praktiker kredse som videnskabelige fora. Dette kan stille krav til en opkvalificering af de ansattes evalueringskompetencer og/eller til en opprioritering af samarbejde med forskere og/eller evalueringsprofessionelle. Evaluering og dokumentation af indsatser bør tænkes ind allerede fra planlægningsfasen af en indsats.

I forhold til fremtidige indsatser i såvel praksis som forskning er der eksempelvis brug for velgennemførte interventionsstudier, der over et længere tidsperspektiv belyser effekten af forebyggende indsatser for socialt udsatte grupper med forskellige sociale og etniske karakteristika. Ligeledes mangler der studier af strukturelle indsatser effekt på social ulighed i sundhed, fx hvordan flere rekreative grønne områder har betydning for socialt udsatte gruppers sundhedsadfærd. For at understøtte politiske beslutningsprocesser om brugen af offentlige midler, er der behov for viden om omkostningseffektiviteten af indsatserne samt om effekter set over et længere tidsforløb. Der er behov for undersøgelser, der belyser de bredere effekter af indsatser, eksempelvis målt i forhold til sundhedsadfærd, arbejdsmarkedstilknytning, sociale relationer og livskvalitet. Endelig mangler der evidens for effekten af indsatser i forskellige arenaer, hvor socialt udsatte grupper kan nås, som fx jobtræningstilbud, i botilbud og på uddannelsesinstitutioner.

### **4.7 Indtænkning af sundhed i kommunens politikker**

Som illustreret i figur 1 (se kapitel 1) er der mange forskellige forhold, der påvirker borgernes sundhed. Særligt for socialt udsatte grupper er der ofte tale om en udsathed i forhold til flere forskellige aspekter og dermed en ophobning af risici. Ønsker man at intervenere mere grundlæggende over for den sociale ulighed i sundhed, er det derfor nødvendigt at sætte ind over for det samlede kompleks af risici. Dette stiller naturligvis store krav til forebyggende indsatser, da man så må integrere sociale og sundhedsmæssige indsatser med hinanden. Sådanne indsatser påvirkes af

aktører på tværs af sektorer (eksempelvis inden for sundheds-, miljø-, arbejdsmarkeds- og økonomisektorerne). Dette lægger op til en mere strukturel, overordnet tilgang, hvor man iværksætter flerstrengede, tværsektorielle indsatser, hvilket kommunerne har særligt gode forudsætninger for, i og med at man forvalter både miljø-, bolig-, trafik-, skole- og arbejdsmarkedspolitik. Kommunerne har desuden i kombination med de individuelt forebyggende og rehabiliterende indsatser en bred kontaktflade til hele befolkningen, men i særlig høj grad de socialt udsatte grupper. Denne bredere tilgang til forebyggelse kan virke ressourcekrævende, men ofte handler det også om at samordne og koordinere eksisterende indsatser og politikområder med stor indflydelse på ulighed i sundhed.

Ved at have en bred, tværsektoriel tilgang til forebyggelse undgår man desuden tendensen til at fokusere alt for ensidigt på individuel livsstil. Et sådant fokus anerkender ikke, at menneskers sundhed påvirkes af mange forhold, hvoraf nogle er uden for den enkeltes handlerum, og at menneskers muligheder for at leve et sundt liv påvirkes af de sociale og fysiske omgivelser, hverdagslivet finder sted i (24, 59). Individrettede indsatser, der fokuserer på snævre sundhedsmæssige risici, kan i den forbindelse ikke stå alene, da disse tiltag ofte blot fungerer som buffere, der skal afbøde effekten af mere strukturelle, grundlæggende uligheder i levevilkår (26, 60). Derfor må man sammenkæde individrettede indsatser med bredere, strukturelle tiltag for at mindske den sociale ulighed i sundhed (59). Ved at indtænke sundhed i de mange forskellige politikområder i kommunerne, får man synliggjort de forskellige forhold, der påvirker borgernes sundhed.

## 5 Sammenfatning

Denne rapport belyser på baggrund af videnskabelig litteratur en række forhold, der har betydning for kommunernes tilrettelæggelse af forebyggende indsatser over for socialt udsatte grupper.

### **Tag højde for levevilkår og handlemuligheder**

Borgerens levevilkår og handlemuligheder er vigtige at have in mente, når der planlægges forebyggende indsatser rettet mod socialt udsatte grupper, fordi levevilkår påvirker borgerens muligheder for at handle sundt. Med andre ord skal den enkeltes borgers sundhedsadfærd forstås som indlejret i mere overordnede sociale og strukturelle forhold. Det er ikke alene borgerens individuelle livsstil, der påvirker dennes sundheds- og sygdomstilstand. Også sociale og strukturelle forhold som fx levevilkår, miljø, sociale netværk og boligforhold spiller ind. Det er derfor hensigtsmæssigt at anlægge en bred tilgang til forebyggelse, hvor man også indtænker psykosociale tilbud.

### **Afdæk opfattelser af sygdomsrisici og sundhed**

Borgernes opfattelse af sygdomsrisici og sundhed har også betydning for forebyggelsesindsatser. Kendskab til disse opfattelser kan medføre, at indsatserne bedre kan tilrettelægges, så de opleves som meningsfulde og relevante for målgruppen. Borgere kan opfatte sundhed og sygdomsrisici på en anden måde end sundhedsmyndighederne og de sundhedsprofessionelle. Psykosociale problemer kan fx være mere presserende at forholde sig til og handle på – sammenlignet med sundhedsmæssige risikofaktorer, som ofte først har konsekvenser for helbredet et stykke ud i fremtiden. Det en borger opfatter som et sundt liv kan handle om andet end de traditionelle risikofaktorer (fx rygning, alkohol og usund kost). Det kan opleves som vigtigere for ens sundhed at føle at man trives – og mindre væsentligt at man fx ryger.

### **Få kendskab til udbredelse af risikofaktorer og sygelighed**

Et godt grundlag for planlægning af forebyggende indsatser over for socialt udsatte grupper er sundhedsprofiler eller andre former for behovsanalyse. Disse kan give kendskab til udbredelsen af risikofaktorer og sygelighed i socialt udsatte grupper, og pege på relevante temaer for de forebyggende indsatser.

### **Brug lokalsamfundet som arena**

Lokalsamfundet er en vigtig arena for forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper. I lokalsamfundet bliver indsatserne mere relevante og tilgængelige for målgruppen – og kan bedre tilpasses borgernes forudsætninger.

### **Inddrag målgruppen i planlægning og implementering**

Ved at inddrage målgruppen i planlægning og implementering af forebyggende indsatser kan man øge sandsynligheden for, at indsatserne får effekt. Man kan fx opnå indsigt i borgernes hverdagsliv, præferencer, løsningsstrategier og barrierer for at træffe sunde valg – og måske også få nye perspektiver på indsatsen. Det betyder, at man er bedre rustet til at tilrettelægge indsatser, der er særligt tilpassede målgruppens specifikke behov, motivation og hverdag.

### **Anvend forskellige metoder til at ændre sundhedsadfærd**

Der er forskellige metoder, som kan være med til at ændre borgerens sundhedsadfærd i en sundere retning. Man kan bruge adfærdsmæssige og kognitive teknikker, som opbygger borgerens kompetence til at foretage sunde valg som fx at spise sundere kost. Kognitiv terapi kan være med til at ændre tankemønstre omkring risikofaktorer og dermed bevidstgøre borgeren om egne vaner med henblik på at ændre dem. Positive rollemodeller og selvhjælpsmateriale er også metoder, der kan være med til at påvirke sundhedsadfærd.

### **Brug sociale netværk til at understøtte livsstilsændringer**

Sociale netværk er vigtige, fordi de kan være med til at støtte op om og fastholde positive livsstilsændringer. Ved at tænke sociale netværk sammen med forebyggende indsatser kan man både opnå en positiv effekt på borgerens sundhedsadfærd og bryde en eventuel social isolation.

### **Skab sunde rammer**

Ved at arbejde med strukturelle forhold, der har indflydelse på sundhedsadfærd og sygdom, kan man gøre de sunde valg lettere at foretage for socialt udsatte grupper. Dette kan fx gøres ved at forbedre boligforhold, øge adgangen til rekreative områder, hvor man kan være fysisk aktiv eller indføre rygeforbud.

### **Sikring af kompetencer hos professionelle, dokumentation og evaluering af indsatser**

Organiseringen af forebyggende indsatser over for socialt udsatte har også betydning for indsatsernes effekt. Der er behov for en kompetenceudvikling hos de professionelle, som skal arbejde med dette område. Det kan fx handle om at tilføre viden om risikofaktorer, nationale anbefalinger, evalueringsmetoder og kommunikation. De professionelle rådgivning om livsstil kan styrkes ved at have klare retningslinier for rådgivningen og ved at den professionelle har mulighed for at henvise borgeren til konkrete tilbud. Endelig slår rapporten fast, at det er vigtigt at dokumentere og evaluere de forebyggende indsatser, ligesom det er centralt at forankre de effektive indsatser i kommunens drift.

### **Anvend flerstrengede, tværsektorielle indsatser**

Det er vigtigt at tænke sundhed i politikker på tværs af kommunens forvaltninger, hvis man vil forbedre sundheden hos socialt udsatte grupper. Det er nødvendigt at sætte ind over for det samlede kompleks af risici i form af flerstrengede, tværsektorielle indsatser. Indsatser, der udelukkende fokuserer på snævre sundhedsmæssige risici, kan ikke stå alene, da disse tiltag ofte blot fungerer som buffere, der skal afbøde effekten af de strukturelle, grundlæggende uligheder i levevilkår. Derfor må man sammenkæde indsatserne med bredere, strukturelle tiltag for at mindske den sociale ulighed i sundhed.

# Litteraturliste

1

Rasmussen LL. Strukturreformen – en styrket forebyggelsesindsats i et styrket sundhedsvæsen. Forebyggende Sygehuse 2004; August 2004:2-3.

2

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sundhedsloven. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2005.

3

Københavns Kommune. Folkesundhedsrapport. København: 2005.

4

Sundhedsstyrelsen. Sundhed i kommunen – nye opgaver og muligheder. København: 2005.

5

Sundhedsstyrelsen. Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. København: 2006.

6

Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1). A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, university of Liverpool; 2006.

7

Iversen L. Sundhedsfremme og social ulighed. In: Vallgård S, Koch L, editors. Forskel og lighed i sundhed og sygdom – udfordringer, eksempler, perspektiver. København: Munksgaard Danmark; 2006. p. 161-175.

8

Diderichsen F, Habroe M, Nygaard E. At prioritere ulighed i sundhed – analysestrategi og resultater for Københavns Kommune. København: Folkesundhed København; 2006.

9

Nielsen CV, Michelsen N, Jensen BT. Klinisk socialmedicin – baggrund og begreber. In: Michelsen N, Jensen BT, Nielsen CV, editors. Klinisk Socialmedicin. 1 ed. København: FADL's Forlag; 2004. p. 1-24.

10

Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annual Review of Public Health 2006; 27:167-194.

11

Mackenbach JP, Bakker M, Kunst A, Diderichsen F. Socioeconomic inequalities in health in Europe: An overview. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. 1 ed. New York: Routledge; 2002. p. 3-24.

12

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.

13

Holstein B, Madsen M. Social arv og børns sundhed. Arbejdsrapport 3 ed. København: Socialforskningsinstituttet; 2003.

14

Holstein BE, Iversen L, Søndergaard Kristensen T. Medicinsk sociologi. København: Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag; 1997.

15

Iversen L, Christensen U. Marginalisering og udstødning på arbejdsmarkedet. In: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, editors. Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard Danmark; 2002. p. 128-152.

16

Introduction. In: Hofrichter R, editor. Tackling Health Inequalities Through Public Health Practice: A Handbook for Action. The National Association of County & City Health Officials and the Ingham County Health Department; 2006. p. 11-32.

17

Mygind A, Kristiansen M, Krasnik A, Nørredam M. Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.



18

Sapolsky RM. Social status and health in humans and other animals. *Annual Review of Anthropology* 2004; 33:393-418.

19

Östergren P-O. Psychosocial resources and health with special reference to social network, social support and cardiovascular disease. Malmö: Department of Community Health Sciences, Lund University; 1991.

20

Dyhr L. Etniske minoriteter. In: Michelsen N, Jensen BT, Nielsen CV, Schroll M, editors. *Klinisk socialmedicin*. Munksgaard; 2000. p. 207-217.

21

Jakobsen V, Thomsen SA, Christiansen CC. Forbrug og økonomi hos etniske minoritetsfamilier i Danmark. København: Socialforskningsinstituttet; 2000.

22

Syed HR, Vangen S. Health and migration: a review. Oslo: NAKMI; 2003.

23

Danmarks Statistik. Sociale forhold, sundhed og retsvæsen. *Statistisk Årbog 2006*. København: Danmarks Statistik; 2006. p. 143-94.

24

Nyhedernes Tænketaank Mandag Morgen, Trygfonden. Er sundhed et personligt valg? Et debatoplæg om forebyggelse i Danmark. Huset Mandag Morgen og Trygfonden; 2006.

25

Hansen MB, Svendsen MN. Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. Sundhedsstyrelsen; 2005.

26

Stead M, MacAskill S, MacKintosh A-M, Reece J, Eadie D. "It's as if you're locked in": qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health & Place* 2001; 7:333-343.

27

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

28

Mygind A, Kristiansen M, Krasnik A. Muligheder og barrierer for etniske minoriteters brug af motions- og kostinterventioner – en interviewundersøgelse blandt etniske minoriteter i Københavns Kommune. København: Folkesundhed København; 2006.

29

Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A, Nørredam M. Forebyggelse og sundhedsfremme for etniske minoriteter – målgruppeinddragelse og organisatorisk forankring. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.

30

Kristiansen M, Mygind 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.

31

Kommunernes Landsforening. Notat – Beskrivelse af de nye kommunale sundhedscentre. København: Kommunernes Landsforening; 2006.

32

Styrelsen for Social Service. Forebyggelses- og rådgivningscentre. Odense: Styrelsen for Social Service; 2006.

33

Albright CL, Pruitt L, Castro C, Gonzales A, Woo S, King AC. Modifying Physical Activity in a Multiethnic Sample of Low-Income Women: One-Year Results From the IMPACT (Increasing Motivation for Physical ACTivity) Project. *Annals of Behavioral Medicine* 2005; 30:191-200.

34

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Inden. Kommunalreformen – kort fortalt. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet; 2005.

35

Fisher EB, Auslander WF, Munro JF, Arfken CL, Brownson RC, Owens N. Neighbors for a Smoke Free North Side: Evaluation of a Community Organization Approach to Promoting Smoking Cessation Among African Americans. *AJPH* 1998; 88:1658-1662.

36

Bracht N, Kingsbury L, Rissel C. A Five-Stage Community Organization Model for Health Promotion. Empowerment and Partnership Strategies. In: Bracht N, editor. Health promotion at the community level: New Advances. 2 ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1999. p. 83-117.

37

Kaplan RM, Sallis JF Jr, Patterson TL. Health and Human Behaviour. McGraw-Hill Education; 1993.

38

Fries E, Edinboro P, McClish D, Manion L, Bowen D, Beresford SAA, et al. Randomized Trial of a Low-Intensity Dietary Intervention in Rural Residents: The Rural Physician Cancer Prevention Project. American Journal of Preventive Medicine 2005; 28:162-168.

39

Emmons KM, Stoddard A, Fletcher R, Gutheil C, Suarez E, Lobb R, et al. Cancer Prevention Among Working Class, Multiethnic Adults: Results of the Healthy Directions – Health Centers Study. Research and Practice 2005; 95:1200-1205.

40

Naidoo B, Warm D, Quigley R, Taylor L. Smoking and public health: a review of reviews of interventions to increase smoking cessation, reduce smoking initiation and prevent further uptake of smoking. 1 ed. London: Health Development Agency; 2004.

41

Platt S, Amos A, Gnich W, Parry O. Smoking policies. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing Inequalities in Health: A European Perspective. New York: Routledge; 2002. p. 125-143.

42

Fahrenwald NL, Sharma M. Development and Expert Evaluation of “Moms on the Move”, a physical Activity Intervention for WIC Mothers. Public Health Nursing 2002; 19:423-439.

43

Jacobs A, Ammerman AS, Ennett S, Campbell MK, Tawney K, Aytur S, et al. Effects of a Tailored Follow-Up Intervention on Health Behaviors, Beliefs, and Attitudes. Journal of Women's Health 2004; 13:557-568.

44

Zaza S, Briss P, Harris K. Physical Activity. In: Zaza S, Briss P, Harris K, editors. The Guide to Community Preventive Services: what works to promote health? New York: Oxford University Press; 2005. p. 80-113.

45

Auslander W, Haire-Joshu D, Houston C, Rhee CW, Williams JH. A Controlled Evaluation of Staging Dietary Patterns to Reduce the Risk of Diabetes in African-American Women. Diabetes Care 2002; 25:809-814.

46

Hartman T, McCarthy P, Park R, Schuster E, Kushi L. Results of a community-based low-literacy nutrition education program. Journal of Community Health 1997; 22:325-341.

47

Siero F, Broer J, Bemelmans W, Jong B. Impact of group nutrition education and surplus value of Prochaska-based stage-matched information on health-related cognitions and on Mediterranean nutrition behavior. Health Education Research 2000; 15:635-647.

48

Mulvihill C, Quigley R. The management of obesity and overweight: an analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. 1 ed. London: Health Development Agency; 2003.

49

Højgaard B, Sørensen J, Søgaard J. Evidensbaseret forebyggelse i kommunerne – dokumentation af effekt og omkostnings-effektivitet. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006.

50

Mulvihill C, Taylor L, Waller S, Naidoo B, Thom B. Prevention and reduction of alcohol misuse. Evidence Briefing. 2 ed. Health Development Agency; 2005.

51

Zaza S, Briss P, Harris K. The Social Environment. In: Zaza S, Briss P, Harris K, editors. The Guide to Community Preventive Services: what works to promote health? New York: Oxford University Press; 2005. p. 114-40.

52

Palmer T, Jaworski CA. Exercise Prescription for Underprivileged Minorities. Current Sports Medicine Reports 2004; 3:344-348.

53

Evenson KR, Sarmiento OL, Macon ML, Tawney KW, Ammerman AS. Environmental, Policy, and Cultural Factors Related to Physical Activity Among Latina Immigrants. *Women & Health* 2002;43-56.

54

Ayala GX, Elder JP, Campbell NR, Engelberg M, Olson S, Moreno C, et al. Nutrition Communication for a Latino Community: Formative Research Foundations. *Family and Community Health* 2001; 24:72-87.

55

Agurs-Collins TD, Kumanyika SK, Have TRT, Adams-Campbell LL. A Randomized Controlled Trial of Weight Reduction and Exercise for Diabetes Management in Older African-American Subjects. *Diabetes Care* 1997; 20:1503-1511.

56

Maxwell AE, Bastani R, Vida P, Warda US. Physical Activity Among Older Filipino-American Women. *Women & Health* 2002; 36:67-79.

57

Anderson RM, Barr PA, Edwards GJ, Funnell MM, Fitzgerald JT, Wisdom K. Using Focus Groups to Identify Psychosocial Issues of Urban Black Individuals With Diabetes. *The Diabetes Educator* 1996; 22:28-33.

58

Statistics Finland. Social Capital in Finland – Statistical Review. 2006.

59

Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2). A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, university of Liverpool; 2006.

60

Schulz A, Zenk S, Odoms-Young A, Hollis-Neely T, Nwankwo R, Lockett M, et al. Healthy Eating and Exercising to Reduce Diabetes: Exploring the Potential of Social Determinants of Health Frameworks Within the Context of Community-Based Participatory Diabetes Prevention. *AJPH* 2005; 95:645-651.

61

Taske N, Taylor L, Mulvihill C, Doyle N, Goodrich J, Killoran A. Housing and public health: a review of reviews of interventions for improving health. Evidence Briefing. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005.

62

Buchowski MS, Sun M. Nutrition in minority elders: Current problems and future directions. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 1996; 7:184-209.

63

Eyler AA, Baker E, Cromer L, King AC, Brownson RC, Donatelle RJ. Physical Activity and Minority Women: A Qualitative Study. *Health Education & Behavior* 1998; 25:640-652.

64

Barnes DM, Almasly N. Refugees' Perceptions of Healthy Behaviors. *Journal of Immigrant Health* 2005; 7:185-193.

65

Fisher E, Musick J, Scott C, Miller JP, Gram R, Richardson V, et al. Improving clinic- and neighborhood-based smoking cessation services within federally qualified health centers serving low-income, minority neighborhoods. *Nicotine & Tobacco Research* 2005; 7:45-56.

66

Nielsen A, Hansen M, Hansen J, Madsen M, Willemann M. Sundhedspersonalets rådgivning om sundhedsadfærd. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2006.

67

Thompson B, Kinne S. Social Change Theory. Applications to Community Health. In: Bracht N, editor. *Health Promotion at the Community Level*. 2. ed. London, United Kingdom: SAGE Publications; 1999. p. 29-58.

68

Mackenbach JP, Bakker MJ, Sihto M, Diderichsen F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. *Reducing Inequalities in health: a European perspective*. London and New York: Routledge; 2002. p. 25-49.

69

Krieger N. Analyzing socioeconomic and racial/ethnic patterns in health and health care. *AJPH* 1993 Aug; 83(8):1086-1087.

70

**Nazroo JY.** Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20:710-730.

71

**Jilcott SB, Macon ML, Rosamond W, Garcia BA, Jenkins LK, Cannon PM, et al.** Implementing the WISEWOMAN Program in Local Health Departments: Staff Attitude, Beliefs, and Perceived Barriers. *Journal of Women's Health* 2004; 13:598-606.

72

**Peterson K, Sorensen G, Pearson M, Hebert J, Gottlieb B, McCormick M.** Design of an intervention addressing multiple levels of influence on dietary and activity patterns of low-income, postpartum women. *Health Education Research* 2002; 17:531-540.