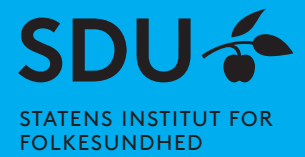


Nanna Ahlmark
Oskar Norrhäll
Pernille Hartvig Jensen
Camilla Dindler



Peer til peer i arbejdet med udsatte mennesker

En sammenfatning af udvalgt litteratur

**Peer til peer i arbejdet med udsatte mennesker. En sammenfatning
af udvalgt litteratur**

Nanna Ahlmark, Oskar Norrhäll, Pernille Hartvig Jensen,
Camilla Dindler

Copyright © 2016
Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

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

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899- 340-3

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

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk

Forord

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet har fået til opdrag at lave en formativ procesevaluering af Københavns Kommunes projekt Mænd i København. Projektet omhandler udvikling og implementering af en peer til peer-indsats med henblik på at forbedre sundhed og trivsel blandt udsatte mænd i risiko for at udvikle type 2 diabetes. En del af evalueringsopdraget har været at tilvejebringe viden om relevant litteratur om peer-metoder. I denne forbindelse er dette notat udarbejdet til Københavns Kommunes Forebyggelsescenter Nørrebro af evalueringsteamet, som består af forsker, Nanna Ahlmark, adjunkt ved Aalborg Universitet Camilla Dindler, praktikant og specialestuderende Oskar Norrhäll og specialestuderende Pernille Hartvig Jensen. Notatet er en sammenfatning af udvalgt forskningslitteratur og rapporter om peer til peer-relaterede projekter målrettet udsatte grupper i forbindelse med sundhedsfremme. Formålet med notatet er at beskrive nogle af de omstændigheder, der ifølge den eksisterende forskning kan have betydning for arbejdet med peer til peer-metoder i forhold til at nå udsatte grupper, herunder udsatte mænd, i en dansk sammenhæng.



Morten Grønbæk
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed



Morten Hulvej Rod
Forskningsleder
Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Hovedpunkter [4](#)

Søgestrategi [5](#)

Peer til peer i arbejdet
med udsatte mennesker [6](#)

Definition og formål med peer til peer-
støtte [6](#)

Forskellige former for peer-støtte [7](#)

Lægmands-peers [8](#)

Peer-mentorer [8](#)

Den naturlige hjælper [9](#)

Bonding og bridging [10](#)

Professionaliseringstendens [10](#)

Frivilligt versus betalt peer-arbejde [11](#)

Peer-personers personlige motivation [11](#)

Særligt om inddragelse af mænd i
sundhedsindsatser [12](#)

Karakteren af vellykket peer-støtte [13](#)

Opsummering [14](#)

Bilag 1. Søgestrengene [15](#)

Bilag 2. Kommenteret
litteraturliste på udvalgt
litteratur [16](#)

Referencer [21](#)

Hovedpunkter

- Peer betyder ligemand. Peer til peer støtte gives og modtages mellem personer, der deler baggrund eller erfaringer relateret til fx etnicitet, sygdomme eller socioøkonomisk baggrund. Der ses et andet potentiale for at skabe tillid og dermed for at påvirke sundhed og trivsel i positiv retning i peer-indsatser sammenlignet med den mere hierarkiske relation mellem borger og sundhedspersonale.
- Peer-støtte handler om at mindske ulighed i sundhed. Støtten kan have fokus på sundhedsadfærd, håndtering af kronisk sygdom eller trivsel mere bredt, herunder forbedrede sociale relationer, netværk og socialt engagement i lokalsamfundet.
- Peer-støtte kan organiseres efter flere parametre. Nogle indsatser vægter, at peer-personerne får formel træning i sundhedsadfærd, andre at de har samme baggrund eller erfaringer som dem, støtten rettes mod, og andre igen, at de har en fast forankret position i det lokalmiljø, hvori støtten forekommer.
- Peer-støtten kan være 'bonding', hvor det følelsesmæssige engagement er i fokus, og 'bridging', hvor peer-personerne agerer bindeled til etablerede sundhedsinstitutioner. Ofte forekommer en kombination.
- Velfungerende peer-indsatser vidner ofte om et følelsesmæssigt engagement i deltagerne, ønske om at gøre en forskel og forståelse for, hvornår man skal henvise til professionel hjælp blandt peer-personerne.
- Organisatorisk har velfungerende peer-indsatser ofte en partcipatorisk tilgang, hvor deltagerne samt lokale aktører har været løbende inddrages, og hvor peer-personerne har fleksibilitet til at være kreative i forhold til deltagerne og lokalområdets behov.
- Fastholdelse af peer-personer kan støttes ved at give mulighed for supervision og efteruddannelse, løn eller anden anerkendelse fra den organisation, de er tilknyttet.
- Der ses en tendens til professionalisering i nogle peer-indsatser. Det indebærer, at peer-støtten i stigende grad defineres af nationale sundhedsmål fremfor af peer-personerne selv. Det kan fx afstedkommes af peer-personernes behov for at passe ind i et etableret karriere- og lønsystem, pres fra fagprofessionelle eller vanskeligheder ved at etablere gruppebårne aktiviteter, så individualiseret rådgivning kommer i fokus. Det kan medføre at peer-indsatsen bevæger sig væk fra den oprindelige intention.
- Mænd er særligt udsatte sundhedsmæssigt sammenlignet med kvinder; de rammes fx oftere af kroniske sygdomme og overvurderer samtidig deres helbred. Studier af peer-støtte og opsøgende indsatser har vist, at mange mænd motiveres af handlingsorienterede indsatser med god gruppedynamik, og at peer-indsatser kan øge deres livskvalitet.

Søgestrategi

Notatet er baseret på artikler fundet gennem søgninger i Web of Science, PAIS, Cinahl, PsycINFO, Cochrane, Embase og PubMed Medline. Der er foretaget to litteratursøgninger. Den ene med fokus på *metoden* peer til peer, den anden med fokus på sundhedsfremmeindsatser blandt *målgruppen* af udsatte mennesker, herunder mænd. Der er blevet søgt på artikler publiceret inden for de seneste fem år. Søgningerne er afgrænset gennem udvælgelse af søgetermer og tidsperiode på en sådan måde, at det samlede antal studier kunne håndteres inden for tiden til rådighed i evalueringsprojektet. Se bilag 1 for de respektive søgestrengte. Inklusionskriterier for artikler fundet gennem den første søgning var, at studiet omhandlende peer til peer-relaterede projekter. Artikler, der omhandlede peer til peer projekter i den tredje verden eller havde entydigt fokus på effekt i forhold til fysiske sundhedsparametre, blev ekskluderet. Der blev udvalgt 13 videnskabelige artikler på baggrund af denne litteratursøgning. Inklusionskriterier for artikler fundet gennem den anden litteratursøgning var, at studiet omhandlende opsøgende sundhedsfremmeprojekter blandt udsatte grupper. Her blev artikler, med fokus på diagnoser, såsom cancer, HIV og psykiske lidelser, ensomme ældre, udsatte mødre og udsatte unge og udsatte familier med børn ekskluderet. Der blev udvalgt seks artikler og fire rapporter på baggrund af denne litteratursøgning. Gennem referencer fra de udvalgte studier, referencer fra Københavns Kommune og vores eget kendskab til relevant litteratur er der udvalgt og anvendt yderligere seks relevante artikler, der er mere end fem år gamle; det drejer sig om to litteratursammenfatninger (Visram &

Drinkwater, 2005; Lewin et al., 2005), to artikler, der omhandler teoretiske aspekter af peer-tilgangen (Mead, Hilton & Curtis, 2001; Eng. et al., 2009) samt to artikler om såkaldt professionalisering af sundhedsindsatser (Bondi, 2004; Carey, Braunack-Mayer & Barakat, 2009). Notatets hovedfund bygger på disse 29 publikationer. Den udvalgte litteratur trækker primært på britiske, australske og amerikanske erfaringer. Der er ikke fundet videnskabelige artikler med fokus på peer til peer metoder i en dansk sammenhæng. Det er dog værd at bemærke, at en kortlægning af sundhedsfremmeindsatser målrettet etniske minoriteter i danske kommuner fra 2012 viste, at peer-tilgangen er blevet en udbredt metode til at nå denne gruppe, der ikke altid nås med gængse tilbud, ligesom udsatte mænd. Peer til peer-metoder blev anvendt i 37 kommuner (Eskildsen et al., 2012).

Peer til peer i arbejdet med udsatte mennesker

I det følgende præsenterer vi først den gennemgående forståelse af peer-begrebet i litteraturen. Det efterfølges af et afsnit om erfaringer og potentialer ved forskellige måder at være peer-person på både i forhold til træning, tilknytning til en formel institution eller lokalmiljø og kontakt med deltagere. Herefter følger et afsnit om peer-personers mulige funktioner som social kontaktskaber ('bonding') og som brobygger til det etablerede sundhedssystem ('bridging'). Dernæst kommer et afsnit om tendensen til at peer-indsatser professionaliseres på trods af den oprindelige intention og efterfølgende kommer et afsnit om erfaringer med aflønnede versus frivillige peer-personer og herefter et om peer-personers personlige motivation for peer-arbejdet. Herefter præsenteres et afsnit om erfaringer særskilt med at engagere mænd i sociale indsatser, og endelig følger et opsummerende afsnit, der også sammenfatter, hvad der har karakteriseret vellykket peer-støtte. Der afsluttes med en kommenteret liste over udvalgt litteratur.

Peer-støtte dækker over forskellige variationer af tilgange, og disse har forskellige termer i litteraturen. I notatet refererer vi samlet til de personer, der yder støtte, som 'peer-personer'. Vi omtaler modtagere af peer-støtte som 'deltagere' for at understrege det parti-

patoriske element i peer til peer programmer (South, 2012).

Definition og formål med peer til peer-støtte

Peer til peer kan oversættes fra ligemand til ligemand. I litteraturen omtales peer til peer-støtte som støtte, der gives og modtages mellem personer, der deler baggrund eller erfaringer (Repper, 2013; Mead & Macneil, 2004; Ramis et al., 2015). Ifølge Mead, Hilton & Curtis (2001) kan peer-støtte defineres som: "a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility, and mutual agreement of what is helpful" (p.135). Peer-støtte forstås altså som en relation, der er defineret ved nogle særlige interpersonelle kvaliteter, såsom gensidighed, respekt, fælles ansvar og enighed om, hvad der er hjælpsomt. Peer-støtte arrangeres ofte som et led i at adressere ulighed i sundhed ved at arbejde med udsatte eller marginaliserede grupper (South et al., 2012). Tanken er, at personer med ensartede erfaringer kan opleve en samhørighed, som i mindre grad er begrænset af en asymmetrisk magtrelation end den klassiske ekspert-patient relation i sundhedsvæsenet, ligesom denne samhørighed ikke bygger på en sygdomsorienterede tilgang i samme grad (Mead, Hilton & Curtis, 2001). Samhørigheden kan bidrage både til at skabe og vedholde kontakt med personer, der ellers ikke nås af sundhedsvæsenet. Ofte er der fokus på, at peer-personerne skal dele etnicitet, sprog, socioøkonomisk baggrund eller andre parametre med dem, støtten rettes mod (Daaleman & Fisher, 2015), ligesom det anses for væsentligt at udvikle relationer med deltagerne, hvis disse ikke eksisterer i forvejen (Fisher et. al 2009). Der antages således at være et andet potentiale for genkendelse og tillid i peer-relationen og i forlængelse heraf et potentiale for at påvirke sundhed og trivsel

sammenlignet med den mere hierarkiske relation mellem borger og sundhedspersonale (Daaleman & Fisher, 2015; Fisher et al., 2009, 2014).

Fisher et al. (2009, 2012, 2015) har inden for rammerne af projektet Peers for Progress identificeret fire nøglefunktioner, der karakteriserer peer-støtte med fokus på at forbedre sundhedsvaner eller håndtering af kronisk sygdom. Med disse punkter søger forfatterne at tilvejebringe en standardiseret model, der beskriver peer-støtte og som samtidig kan tilpasses omstændighederne i den konkrete situation og organisatoriske sammenhæng:

- 1) Støtte til daglig håndtering af sundhed
- 2) Social og følelsesmæssig støtte
- 3) Støtte som bindeled til sundhedsvæsenet og lokalt forankrede organisationer
- 4) Støtte, der tilvejebringes over længere tid

Forskellige former for peer-støtte

I litteraturen bruges flere betegnelser for peer-støtte, eksempelvis 'health trainer' (Cook & Wills, 2012, Mathers et al., 2014), 'lay health trainer' (South et al., 2012), 'peer mentor', 'peer coach' (Ramis et al., 2015) og 'community health worker' (Fisher et al., 2014). Termerne bruges ikke systematisk om samme funktion, men der er dog flere gennemgående karakteristika knyttet til de respektive termer. I litteraturen knyttes lægmandsbetegnelsen ('lay') ofte til peer-personer, som er knyttet til, eller af deltagerne associeres med, det etable-

rede sundhedsvæsen. Ofte fremhæves formel træning og i mindre grad hvorvidt peer-personerne deler baggrund med deltagerne (Cook & Wills, 2012; Daaleman & Fisher, 2015). Betegnelserne peer-mentor og peer-coach nævnes derimod fx af Ramis et al. (2015) om mennesker, som har personlig erfaring med konstruktivt at håndtere de problematikker, som deltagerne antages at leve med. Det at trække på egne erfaringer beskrives også i forbindelse med en tredje type peer-person, som betegnes eksempelvis naturlige hjælpere ('natural health trainers') eller lokale sundhedsarbejdere ('community health workers') (Daaleman & Fisher, 2015; Ramis et al., 2015; Eng, 2009). Disse er ofte centralt placeret i lokalmiljøet.

Peer til peer støtten kan således være baseret på parametre som omfanget af professionel træning, fokus for støtten, herunder klassiske sundhedsparametre eller trivsel mere bredt, tilknytning til lokalmiljøet og overensstemmelse i livserfaringer med deltagerne. Vi har udvalgt og opstillet nogle af de forskellige parametre, peer-arbejdet kan være organiseret omkring, ved at lave følgende tre kategorier: lægmands-peers, peer-mentorer og naturlige hjælpere. Disse kategorier afspejler flere af de parametre, den tilgængelige litteratur på området opererer med, men de er ikke repræsentative eller dækkende for feltet. Kategorierne skal ses som en måde at tydeliggøre nogle af de dimensioner, der ofte knyttes sammen hos forskellige typer peer-støtte, og som afspejler forskellige tilgange i peer-arbejdet. Dette kan inspirere i planlægning og evaluering af peer-indsatser.

Tabel 1: Udvalgte karakteristika ved forskellige typer peer-personer, her defineret som hhv. lægmands-peers, peer-mentorer og naturlige hjælpere.

	<i>Lægmands-peers</i>	<i>Peer-mentorer</i>	<i>Naturlige hjælpere</i>
<i>Tilknytning til lokalmiljø</i>	I mindre grad.	Ofte.	Altid.
<i>Markant overlappende livserfaring med deltagerne</i>	I mindre grad.	Ofte.	Ofte.
<i>Omfang af professionel træning</i>	I høj grad. Ofte fokuseret på sundhedsrelateret viden og sundhedsadfærd.	I nogen grad. Fokuseret på at omsætte egne erfaringer til at skabe kontakt og udvise empati samt sundhedsrelateret viden.	I mindre grad. Primært om sundhedsrelateret viden (der kan supplere egne erfaringer).

Lægmands-peers

Lægmands-peers er den første kategori, vi har opstillet. Flere studier beskriver peer-personer som nogle, der modtager formel træning, og hvis støtte er baseret på budskaber om klassiske sundhedsparametre som kost, motion, rygning (Cook & Wills, 2012; Daaleman & Fisher, 2015; Ramis et al., 2015). Lægmands-peers kan med fordel indgå i peer til peer-programmer, hvor hensigten er at nå ud med konkrete sundhedsbudskaber, såsom at spise mere sundt eller at håndtere en kronisk lidelse (Ramis et al., 2015). Denne type peer-person er ikke nødvendigvis forankret i lokalmiljøet indledningsvist. Nogle forfattere nævner, at risikoen ved denne peer-rolle kan være en vis professionel distance til deltagerne, fx hvis de ses som repræsentanter for sundhedsvæsenet (Mathers, Taylor & Parry, 2014), eller hvis deltagerne ikke oplever den samme autenticitet i relationen, som når peer-personen tilhører nærmiljøet (Cook & Wills, 2012). Mathers et al. (2014) peger desuden på, at lægmands-peers skal arbejde mere for at opbygge et netværk, og at de kan opleve at blive klemt mellem modsatrettede ønsker fra deltagerne og sundhedssystemet.

Cook og Wills fandt, at selvom sundhedstrænerne ('health trainers') i deres studie selv

fremhævede ligheder mellem dem selv og deltagerne i de lokalsamfund, de færdedes i, så undervurderede de betydningen af forskellene mellem dem. Forfatterne fandt desuden, at peer-personernes solidaritet med deltagerne ikke altid var til stede, og at de opfattede sig som mere vidende end deltagerne. Cook & Wills konkluderer, at peer-personers forståelse af deltagerne og deres evne til og måder at engagere sig på bør italesættes og understøttes kontinuerligt af den organisatorisk ansvarlige (p. 226).

Peer-mentorer

Peer-mentorer er den næste kategori, vi opstiller. Nogle studier bruger betegnelsen peer-mentor eller peer coach om støtte, hvor peer-personerne i højere grad trækker på egne erfaringer og empati og i mindre grad på formel træning. Peer-mentorer kan fx hjælpe deltagerne i at håndtere en lidelse eller problematik, de selv har oplevet (Ramis et al., 2015). Brown et al. (2007) fremhæver denne tilgang og skriver, at peer-personer ikke bør pålægges et for stort sundhedsfagligt ansvar og få for mange informationer, som de forventes at videregive til deltagerne. Forfatterne beskriver et studie, hvor en gruppe 'peer coaches', der ligesom deltagerne havde astma

eller var pårørende til en astmatiker, blev uddannet i håndtering af lidelsen og i at vejlede herom. Mængden af information gjorde imidlertid, at træningen oplevedes for intensiv og krævende og skabte en følelse af overbelastning. For meget træning var muligvis årsag til et stort frafald, mener forfatterne (Brown et al., 2007). I stedet kan støtten med fordel trække på peer-personernes egne erfaringer, argumenterer de.

Den naturlige hjælper

I mere fællesskabsorienterede indsatser i nærmiljøer har der ifølge litteraturen ofte været brugt det, der kaldes en naturlig hjælper (Ramis et al., 2015). Dette er den tredje og sidste kategori, vi opstiller. Fokus er her ofte at skabe sociale relationer, netværk eller engagement i civilsamfundet og i mindre grad klassiske sundhedsparametre og der indgår også i mindre grad formel træning. Til gengæld trækker denne type peer-person ofte på et i forvejen etableret socialt netværk eller en central rolle i lokalsamfundet som eksempelvis én, andre søger råd og emotionel støtte hos (Eng, 2009). Flere studier fremhæver, at hvis peer-indsatsen skal rettes mod borgere lokalsamfundet, kan det være effektivt, hvis peer-personen er koblet til en NGO i lokalsamfundet fremfor til sundhedssystemet (Cherrington et al., 2010; Cook & Wills, 2012). Det antages, at peer-personen på denne måde kan arbejde mere uformelt og have større autonomi (Cook & Wills, 2012). "National health trainers service in England" (Mathers, Taylor & Parry, 2014) er et eksempel på en indsats, hvor der var fokus på at skabe civilt engagement i lokalsamfundet og opbygge tillid til sundhedsvæsenet samt relationer til marginaliserede lokalsamfund med henblik på at mindske ulighed i sundhed.

Den naturlige hjælper kan være særlig relevant i arbejdet med at nå udsatte borgere;

flere studier peger nemlig på fordelene ved at involvere personer i lokalmiljøet i sundhedsindsatser for udsatte grupper, for eksempel WHO (2013) og Claire et al. (2014). En litteraturgennemgang, der undersøgte, om og hvordan involvering af lokalsamfundet kan forbedre sundheden blandt udsatte grupper, fandt, at involvering og inddragelse af lokalsamfundet i beslutningsprocesserne havde stor betydning for om udsatte borgeres sundhed blev forbedret (Cyril et al., 2015).

I Visram & Drinkwaters (2005) litteraturgennemgang nævnes dog, at det kan være svært at rekruttere og fastholde denne type peer-personer til indsatser rettet mod udsatte eller marginaliserede grupper blandt andet da de hurtigere springer fra.

I Mathers et al.'s (2014) omfattende studie af fem peer-projekter i Storbritannien fremhæves en problemstilling, der kan være relevant for alle tre ovenfor nævnte typer peer-arbejde. De skriver, at det var svært for peer-personerne, at blive konfronteret med udfordringer i deltagerens liv, som burde eller måtte håndteres, før det var rimeligt at introducere sundhedsrelaterede budskaber. Det kunne eksempelvis være vold i familien, bolignød eller misbrug. Kommunale aktører argumenterede derfor for vigtigheden af, at peer-personerne holdt en vis distance til deltagerne, indtil sådanne problemer var løst (p. 743-744). Forfatterne fandt desuden i tråd med Visram & Drinkwaters (2005), at det var problematisk for nogle af de kommunale aktører at skulle uddanne og lede peer-personer, der nogle gange havde været arbejdsløse i mange år, ingen uddannelse havde og måske selv havde større private problemer.

Bonding og bridging

South et al. (2012) beskriver, hvordan peer-støtte kan være 'bonding' og 'bridging'. Disse betegnelser beskriver nogle typer af relationer, som også beskrives hos Cook & Wills (2012), Mathers, Taylor & Parry (2014) samt hos Fisher et al. (2009, 2012, 2015). Bonding refererer til de interpersonelle kvaliteter ved peer-personens kontakt med deltagerne. Det handler om deltagerens oplevelse af at blive lyttet til, føle sig godt tilpas og støttet. Ligeledes er der tale om bonding, når peer-personen er katalysator for gruppeaktiviteter. Ved bridging forstås derimod rollen som bindeled mellem deltagerne og sundhedsvæsenet. I South et al.'s studie (2012), der baseres på interviews med deltagere, havde peer-personerne både en bonding- og en bridging-rolle. Deltagerne anså den støtte, der var bonding-relateret, som den mest betydningsfulde for deres deltagelse og motivation.

Et eksempel på en kombination af en bonding- og en bridging-tilgang i en dansk kontekst ses i et projekt med opsøgende sundhedsindsatser og brobygning til det etablerede sundhedssystem for socialt udsatte borgere (Hjelmar et al., 2014). Projektet blev udført i 2010-14 i fire kommuner, finansieret af satspuljemidler. Evalueringen af projektet fandt en signifikant forbedret sundhedstilstand i målgruppen målt ud fra selvvurderet helbred, samt at brobygningen til det etablerede sundhedssystem blev forbedret. Noget af det, evalueringen fremhævede som vellykket, afspejler en bonding-tilgang; de fagprofessionelles aktiviteter såsom helbredstjek og vejledning var langt mere opsøgende i deltagerens eget miljø end tidligere, og der var stor vægt på relations- og omsorgsarbejde. Den uformelle del af kontakten i form af ledsagere og bisiddere var med til at skabe god kontakt til deltagerne. Arbejdet var imidlertid også tids- og ressourcekrævende, og mangel på ledelses-

mæssig styring og opbakning var en udfordring for projektmedarbejderne (ibid.).

Professionaliseringstendens

Litteratur om peer til peer-støtte, herunder frivilligt baseret støtte med udspring i græsrodsorganisationer, peger på en tendens til, at støtte med afsæt i brugeres eller peer-personers eget initiativ bevæger sig mod støtte, som i stedet defineres af nationale sundhedsmål og dermed er mere målstyret, lovstyret (Faulkner & Basset, 2012), evaluerbart, individualiseret og rettet mod medicinsk behandling (Aiken et al., 2012; Mathers, Taylor & Parry, 2014; Cook & Wills, 2012). Begrebet 'professionalisering' kan bruges og bliver brugt til at beskrive dette fænomen (Faulkner & Basset, 2012; Aiken et al., 2012; Bondi, 2004; Carey, Braunack-Mayer & Barraket, 2009). Bevægelsen mod professionalisering kan både udspringe fra peer-personerne selv (Cook & Wills, 2012), fra andre sundhedsprofessionelle (Mathers, Taylor & Parry, 2014) og fra peer-personernes vanskeligheder med at engagere lokalmiljøet i gruppebårne aktiviteter (Cook & Wills, 2012). Udviklingen kan fx have at gøre med peer-personernes behov for anerkendelse fra organisationen enten i form af aflønning eller i form af medbestemmelse og andre former for symbolsk belønning. Cook og Wills (2012) er for eksempel opmærksomme på sammenhængen mellem peer-personers indplacering i et karriere- og lønssystem og risikoen for, at det unikke træk i den naturlige hjælperolle går tabt i denne proces (p. 226). Både i amerikanske og britiske sammenhænge har det været muligt for peer-personerne at stige i ansvarsgrader, og mange peer-personer kan dermed være ansporet af et ønske om at få ansættelse i sundhedssystemet, hvorfor der kan være en tendens til, at de tilpasser sig dette. Det nævnes ligeledes i litteraturen, at peer-personerne kan

opleve samarbejdsvanskeligheder med sundhedssystemet, hvis de ikke bliver accepteret af de fagprofessionelle. Dette kan være relateret til en mere udtalt biomedicinsk forståelse blandt sidstnævnte, manglende forståelse for betydningen af peer-personernes arbejde (Mathers, Taylor & Parry, 2014) og skepsis over for ideen om, at lægmænd skal udføre sundhedsrelateret arbejde og i forlængelse heraf at føle sig truet på deres jobsituation (Visram & Drinkwater, 2005). Det beskrives også, hvordan vanskeligheder ved at etablere gruppebårne aktiviteter i lokalmiljøet betyder, at peer-personer i stedet retter opmærksomheden mod individualiseret rådgivning med henblik på adfærdsændring (Cook & Wills, 2012). Endelig er standardiserede opgaver med for meget fokus på sundhedsfaktorer og for lidt mulighed for at opnå gensidig kontakt begrænsende for peer-praksis, som netop er karakteriseret ved en særlig interpersonel kontakt (Mathers, Taylor & Parry, 2014). Mathers et al. taler i denne forbindelse om en "medikalisering" af peer-støtten, hvorved de forstår, at peer-projekter har udviklet sig fra at været styret af peer-personernes præferencer til at være styret af sundhedssystemets prioriteter. Forfatterne observerede denne tendens i forbindelse med deres studie af fem peer-projekter i Storbritannien på nær i ét tilfælde, hvor der var opbakning fra organisationens seniorniveauer og en tidlig højtprofileret offentlig anerkendelse af peer-indsatsen og den oprindelige idé. Ledelsesmæssig støtte er derfor væsentlig, understreger forfatterne, hvis den oprindelige peer-tanke skal bevares.

Frivilligt versus betalt peer-arbejde

Peer-støtte kan rammesættes på forskellig vis og dækker både over frivilligt og betalt arbejde i regi af både sundhedsvæsen og NGO'er. Cherrington et al. (2010) beskriver, hvordan

frivilligt og betalt peer-arbejde kan kombineres som i et projekt i USA; her samarbejdede lokale aflønnede peer-medarbejdere med frivillige organisationer, der allerede havde frivillige engageret i lokalsamfundet, for eksempel fra kirkemiljøer. Ifølge forfatterne kan en kombination af lønnede og frivillige peer-personer være hensigtsmæssig, idet de aflønnede kan etableres som en bestående gruppe, mens de frivillige kan byde ind, når de har tid (Cherrington et al., 2010). Fastholdelse af peer-personer er ifølge forfatterne altså ikke i sig selv et succeskriterium, selvom det må antages at være en fordel, hvad angår de peer-personer, som deltagerne knytter sig følelsesmæssigt til.

South et al. (2012) finder på basis af interviews med deltagere i peer-indsatser, at mange anser frivillige peers for at have en større tilknytning til lokalsamfundet og et personligt engagement, hvilket de finder bekræftende for fællesskabet. Studiet beskriver ydermere, at frivillige uden sundhedsprofessionel baggrund kan være en fordel i sociale indsatser, da de ofte er gode motivatorer. Forfatterne skriver, at der kan være flydende overgange mellem at være peer og deltager, idet deltagerne nogle gange begynder at bakke op om peer-personerne. Dette kalder forfatterne "hidden volunteering" (South et al., 2012). Det fremgår ikke af studierne, om det lønnede peer-arbejde udføres som deltidsarbejde eller fuldtidsarbejde.

Peer-personers personlige motivation

Ifølge litteraturen har de fleste peer-personer som tidligere nævnt en oplevelse af, at det arbejde, de udfører, giver mening, og mange er drevet af et ønske om at give noget tilbage efter selv at have et fået vist overskud (Brown et al., 2007). Troen på betydningen af sund-

hedsforebyggelse, erfaringer med selv at have sundhedsproblemer eller ønsket om at støtte ens lokalsamfund kan være motiverende omstændigheder (Aoun et al., 2012).

En anden betydningsfuld motivationsfaktor kan være løn, da der kan dokumenteres større frafald i programmer, hvor der er brugt frivillige. Frafald kan dog også skyldes, at det er svært at passe rollen som peer-person ind i dagligdagen, eller at der kommer andre aktiviteter eller interesser på tværs (Eng et al., 2009).

Muligheder for supervision og efteruddannelse samt oplevelsen af anerkendelse fra den institution, man er tilknyttet, kan også have betydning for, om peer-personer fastholder deres interesse og motivation. Supervision og efteruddannelse indebærer dog samtidig en risiko for professionalisering, beskrevet ovenfor, som kan skabe distance til deltagerne og udmønte sig i en mere individuelt orienteret instruerende peer-rolle i forhold til deltagerne. Såfremt peer-personerne ikke er aflønnede, er det ifølge Cherrington et al. (2010) særligt vigtigt, at de får en ikke-økonomisk kompensation og anerkendelse.

Særligt om inddragelse af mænd i sundhedsindsatser

Forskningen i sundhedsindsatser specifikt rettet mod udsatte mænd er sparsom, selvom flere studier peger på særlige udfordringer med mænds sundhed. Madsen (2015) fremhæver, at danske mænds gennemsnitslevetid er kortere end danske kvinders, og at mænd oftere rammes af kroniske sygdomme. Han peger på to mulige og sammenhængende årsager, nemlig at mænd overvurderer deres helbred, og at de går sjældnere til læge end kvinder. En britisk undersøgelse fra 2012 foretaget af NGO'en Young Foundation un-

dersøgte, hvilke barrierer der er i forhold til mænds deltagelse i sundhedsrelaterede og sociale projekter (Johal et al., 2012) og fandt i lighed med Madsen (2015), at mænd oftere ignorerer sygdomssymptomer og er mindre tilbøjelige til at søge støtte i det etablerede sundhedssystem end kvinder. Det kan hænge sammen med, at der er færre mænd end kvinder i sundhedssektoren, forslår forfatterne, og at mænd kan føle sig utilpas ved at engagere sig i indsatser, de oplever, står i kontrast til nogle (stereo)typiske maskuline værdier, såsom uafhængighed, styrke og kontrol (se også Galdas et al., 2015). Rapporten anbefaler, at der etableres kontakt i borgernes vantede omgivelser, samt at der udvises fleksibilitet i forhold til mødetider, omgivelser og indhold, i tråd med litteraturen omkring det at nå udsatte grupper generelt (Johal et al. 2012).

Carroll et al. (2014) skriver på baggrund af et irsk studie baseret på interviews med 50 mænd med en gennemsnitsalder på 49 år, at det kan være en barriere for mænd at deltage i peer-arrangerede aktiviteter, hvis det koster noget, og Bottorff et al. (2015) nævner, at hvis aktiviteterne ligger i dagtimerne, kan det fraholde nogle, der er på arbejdsmarkedet mens andre, der er uden arbejde, kan føle sig stigmatiseret ved at kunne deltage på dette tidspunkt. I en litteraturgennemgang af interventionsstudier rettet mod at højne fysisk aktivitet blandt mænd, fandt man, at de indsatser, der ikke formåede at motivere til fysisk aktivitet, ofte var individuelt baseret frem for gruppe-baseret og eksempelvis opfordrede folk til at træne på egen hånd med en skridttæller (Bottorff et al., 2015). Dette understøttes af Carroll et al.'s studie (2014), hvor de fandt, at god gruppedynamik var vigtig for at skabe motivation for deltagelse ligesom en vis homogenitet i gruppen skabte tryk og tillid. De fandt desuden, at mænd ofte fore-

trak strukturerede programmer med veldefinerede mål. Det understøttes af en engelsk rapport (Galdas et al., 2015) om self-management programmer til mænd med kroniske lidelser, hvor forfatterne fandt, at mænd foretrak programmer, der var handlingsorienterede og tilbød praktiske strategier. Studiet fandt blandt andet, at interventioner, som indeholdt peer-support havde positiv effekt på mændenes livskvalitet. Det er dog væsentligt at være opmærksom på, som Galdas et al. (2015) understreger, at mænd langt fra er en homogen gruppe, hvorfor man ikke kan tilrettelægge én type indsats, der passer til alle.

Karakteren af vellykket peer-støtte

Der er mangel på studier, der rutinemæssigt har evalueret peer-støtte (Fisher et al., 2012). Der er lavet flere effektstudier i forhold til sundhedsrelaterede parametre og en række studier peger på positive resultater med at nå sårbare grupper gennem peer-støtte med konkrete sundhedsbudskaber, såsom vaccination, amning, TB-behandling (fx Lewin et al., 2006), livsstilsændringer (fx Aoun et al., 2012) og i forhold til forbedret kommunikation med sundhedssystemet (fx Aoun et al., 2012; Visram & Drinkwater, 2005). Der er imidlertid færre studier, der ser på socialt engagement, trivsel mere bredt og det oplevede udbytte af peer-indsatser fra deltagernes perspektiver (fx Heisler, 2010; Ayala et al., 2010; Lori et al., 2009). Desuden er det sværere og kræver kvalitative studier at vurdere virkningen af peer-støtte i lokalsamfundsindsatser (Cook & Willis, 2012).

Ifølge de fleste forfattere indebærer vellykkede peer-indsatser, på tværs af de forskellige peer-roller, et følelsesmæssigt engagement. Det ses fx i South et al.'s (2012) studie af,

hvordan deltagere oplevede at modtage støtte fra lægmands-peers eller 'lay workers' i lokalsamfundet i tre forskellige projekter. Studiet viser, at dét at deltagerne oplevede, at der blev draget omsorg for dem, og at peer-personerne var oprigtigt motiverede og opmærksomme, var afgørende for deres deltagelse i de sundhedsorienterede aktiviteter, såsom gå-grupper. Sinclair og Alexander (2012) finder desuden, at en af de faktorer, der medvirkede til at engagere udsatte borgere i helbredstjek, var outreach-arbejdernes personlighed og den kontakt, de formåede at skabe.

Fisher et al. (2014) opsummerer på basis af en række feltstudier, at det er væsentligt, at den enkelte peer-person har et stærkt ønske om at hjælpe i lokalsamfundet, engagere sig i noget nyttigt, har tid til rådighed og har nemt ved at komme i kontakt med andre. Desuden er en forståelse for kompleksiteten i de udfordringer og eventuelle sygdomssituationer, som er aktuelle for deltagerne, vigtig, sådan at peer-personen er parat til at henvise til professionel hjælp om nødvendigt (Fisher et al., 2014). Fisher et al. (2014) skriver desuden, at dét, de kalder ikke-styrende støtte fremfor styrende støtte, har vist de bedste resultater i forhold til sygdomshåndtering, sundere livsstil og bedre livskvalitet ifølge en række studier. Styrende støtte, skriver forfatterne, kan fx indebære opgaver som indkøb eller at fortælle den, der modtager støtte, hvad vedkommende skal føle, såsom opfordringer til at 'se på den lyse side af tilværelsen'. I modsætning hertil er ikke-styrende støtte kendetegnet ved at være på deltagernes præmisser og ønsker og ved en accept af dennes følelser.

Desuden kan det være væsentligt at tage højde for kulturel orienteringsramme og værdier i peer-indsatser. Grupper med mere kollektivt orienterede værdier og fokus på gensidig

ansvarlighed fremfor autonomi kan være tilbageholdende med eksplicit at bede om støtte i en peer-gruppe på grund af frygt for social stigma eller da man ikke vil lægge de andre i gruppen til last (Fisher et al., 2014).

En række studier fremhæver vigtigheden af at inddrage deltagere i udviklingen og gennemførelsen af peer-indsatser, som tidligere beskrevet. Ifølge Visram & Drinkwater (2005) har peer-programmer mest succes, hvis de er baseret på delt beslutningstagning mellem den organiserende institution og peer-personerne, og hvor peer-personerne har haft fleksibilitet og frihed til at være kreative i forhold til lokalområdets og deltagernes behov. Dette understøttes af andre studier (fx Cook & Wills, 2012; Claire et al., 2014; Hjelmar et al., 2014).

Opsummering

Peer-støtte har ofte det overordnede formål at komme ulighed i sundhed til livs. Støtten kan

være rettet mod at forbedre sundhed og sundhedsadfærd og håndtering af kronisk sygdom eller trivsel mere bredt, med fokus på at skabe sociale relationer, netværk og socialt engagement i lokalsamfundet (Cook & Willis, 2012).

Trods et landsdækkende fokus siden 1997 på implementering af peer-interventioner i Storbritannien og mange positive resultater er uligheden i sundhed stadig ikke udlignet, som Mathers et al. (2014) påpeger med henvisning til den britiske "Marmot report" (2010). Det er vanskeligt at etablere og vedholde kontakt til særligt marginaliserede grupper såsom psykisk syge og de mest socialt udsatte, også gennem peer-støtte (Visram & Drinkwater, 2005). Generelt vidner litteraturen imidlertid om peer-tilgangen som et væsentligt bidrag og supplement til det etablerede sundhedssystem i arbejdet med at forbedre sundhed og trivsel blandt udsatte mennesker.

Bilag 1.

Søgestreng

Søgestreng 1

Søgeord 1 (OR)	Søgeord 2 (OR)	Søgeord 3 (OR)
Vulnerable	Outreach	Engagement
Marginalized	Intervention	Engage
Marginalised	"Health promotion"	Participate
"Socially isolated"	Program	Participating
"Socially excluded"	"Social work"	Motivation
Disadvantaged	"Community based"	Motivate
Underserved		Involvement
"Hard to reach"		Involve
		Socialization
		Recruitment

Søgestreng 2

Søgeord 1 (OR)	Søgeord 2 (OR)
Peer to peer	Community based intervention
Peer intervention	Community mobilization
Peer support	Community health promotion
Peer coach	Health promotion
Lay health advisor	Healthy People Programs
Natural helper intervention	Weight Reduction Programs
Buddy system	Community based distribution
User led	Patient Participation
Volunteer tutor	Patient Involvement
Lay tutor	Patient Engagement
Expert patient program	
Peer mentor	
Promotores de salud	
Lay health workers	
Lay community health outreach	

Bilag 2.

Kommenteret litteraturliste på udvalgt litteratur

Aoun, S., Shahid S., Le, L., Packer, T. L. (2012). The role and influence of 'Champions' in a community based lifestyle risk modification programme. *Journal of Health Psychology*, 18(4): 528-541.

Artiklen beskriver et projekt, hvor mandlige medlemmer af Rotary International uddannes i et træningsprogram, som de implementerer i deres lokale Rotary-klub. Ved at fremstå som forbilleder i lokalsamfundet nåede de trænedede medlemmer ud med sundhedsbudskaber til mænd i landområder. Der blev anvendt spørgeskemaer og BMI-måling til at undersøge effekten.

Bondi, Liz. (2004). "A double-edged sword"? The professionalisation of counselling in the United Kingdom. *Health & Place*, 10(4): 319-328.

I artiklen diskuteres begrebet 'professionel' set i relation til en tendens med øget brug af frivillige i velfærdsstaten.

Bottofff, J. L., Seaton, C.L., Johnson, S.T., Caperchione, C.M., Oliffe, J.L., More, K., Jaffer-Hirji, H., Tillotson, S.M. (2015). An Updated Review of Interventions that Include Promotion of Physical Activity for Adult Men. *Sports Medicine*, 45(6): 775-800.

En systematisk litteraturgennemgang, der undersøger effekten af programmer med fysisk aktivitet til mænd samt undersøger betydningen af et kønsorienteret målrettet fokus i indhold, design og udførelse. Der indgår 35 artikler indeholdende 31 programmer, hvoraf 12 var målrettet mænd. Effekt blev målt på ændring i fysisk aktivitet, BMI og blodtryk.

Brown C, Hennings J, Caress A-L and Partridge MR (2007) Lay educators in asthma self-management: Reflections on their training and experiences. *Patient Education and Counseling*, 68: 131-138.

Artiklen beskriver, baseret på kvalitative interviews, peer-personers oplevelser af at være igennem et uddannelsesforløb. Den beskriver fordele og ulemper ved planlægning af peer-uddannelser.

Carey G., Braunack-Mayer A., Barraket J. (2009). Spaces of care in the third sector: understanding the effects of professionalization. *Health (London)*, 13: 629-646.

På basis af interviews og etnografisk indsamlet data diskuteres udviklingen i det australske sundhedssystem, med et øget indtog af den såkaldte 3. sektor og betydningen af at bruge frivillige kræfter i indsatser, der fører til velfærdssektoren.

Carroll, P., Kirwan, L., Lambe, B., (2014). Engaging 'hard to reach' men in community based health promotions. *International Journal of Health Promotion & Education*, 52(3): 120-130.

Et kvalitativt studie, der undersøger, hvilke betingelser der understøtter udsatte mænd i at deltage i lokale sundhedsfremmeindsatser. Der var 50 mænd, som deltog i land- og byområder i et 6-ugers sundhedsprogram.

Cherrington A., Ayala G.X., Elder J.P., Arredondo, E.M., Fouad, M., & Scarinci I. (2010). Recognizing the diverse roles of Community

Health Workers in the elimination of health disparities: from paid staff to volunteers. *Ethnicity & Disease*. 20(2):189-94.

Artiklen gennemgår systematisk studier, hvor der er brugt henholdsvis betalte og frivillige peer-personer. Den giver bl.a. inspiration til, hvordan man kan inddrage civilsamfundet i en peer-tilgang.

Christensen, U., Kristense, E. C., Malling, G. M. H., et al., (2015). *Vulnerability Assessment in Copenhagen*. Department of Public Health, Section for Social Medicine [fundet den 15. April 2016,

<https://www.kk.dk/sites/default/files/edoc/0e147196-7f69-4b1d-88d8-3c22a49b677c/ccb83816-ce5f-44f7-a825-1324f9e18b6f/Attachments/14223699-16474840-1.PDF>].

Rapporten beskriver et kvalitativt studie, der undersøger hvilke omstændigheder, der skaber mest sårbarhed blandt udsatte mennesker med eller i risiko for at udvikle diabetes. Rapporten har fokus på oplevelsen af sundhed og sygdom i hverdagslivet blandt 50 personer i København.

Cook, T., Wills, J. (2012). *Engaging with marginalized communities: the experiences of London health trainers. *Perspectives in Public Health*, 132 (5) 221-227.*

Artiklen beskriver et studie af peer-personers oplevelse af deres rolle, mulighed for at arbejde lokalsamfundsbaseret og for at forbedre relationer i lokalsamfundet. Forfatterne peger på ulemper ved at have en stærk tilknytning til sundhedsvæsenet i forhold til sidstnævnte. Studiet bygger på interviews med peer-personer.

Cyril, S., Smith, B. J., Possamai-Inesedy, A., Renzaho, A. M. N. (2015). *Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a*

*systematic review. *Global Health Action*, 8: 1-12.*

En litteraturgennemgang, der undersøger, hvilke lokalsamfundsbaserede indsatser der er mest effektive og brugervenlige til udsatte grupper. Der inkluderes 24 studier, hvoraf 21 studier opnåede effekt i sundhedsadfærd, adgang til sundhedsydelser og andre sundhedsrelaterede resultater.

Daaleman, T. P., Fisher, E.B., (2015). *Enriching Patient-Centered Medical Homes Through Peer Support. *Annals of Family Medicine*. 13 no. Suppl 1:73-78.*

Artiklen beskriver forskellige modeller af peer-support og hvilke udfordringer og fordele, de har.

Eng E, Rhodes SD and Parker E (2009) *Natural helper models to enhance a community's health and competence*. In: DiClemente RJ, Crosby RA and Kegler M (eds) *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*. Hoboken: Jossey-Bass.

Artiklen beskriver teorien bag *Natural helper* som peer til peer metode. Der er ofte referencer til denne artikel i litteraturen på området.

Faulkner, Alison & Basset, Thurstine. 2012. *A helping hand: taking peer support into the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion*, Vol. 16 Iss: 1, pp.41 – 47.*

Artiklen beskriver en undersøgelse af peer-tilgangen på basis af interviews med deltagere i fem forskellige peer-baserede indsatser.

Fisher, E. B., Boothroyd, R. I., Coufal, M. M., Baumann, L. C., Mbanja, J. C., Rotheram-Borus, M. J., Sanguanprasit, B., Tanasugarn, C. (2011). *Peer support for self-management of diabetes improved outcomes in international settings. *Health affairs*. 31, no 1: 130-139.*

Artiklen beskriver teorien bag peer-støtte samt henviser til studier i Cameroon, Sydafrika, Thailand og Uganda, hvor man har implementeret peer-programmer. Forfatterne diskuterer vigtigheden af at tilpasse peer-programmer til den lokale kultur og kontekst.

Fisher, E B., Coufal, M. M., Parada, H., Robinette, J. B., Tang, P. Y., Urlaub, D. M., Guzman-Corrales, L. M, Hino, S., Hunter, J., Katz, A. W., Symes, Y. R., Worley, H. P., Xu, C. (2014) Peer Support in Health Care and Prevention: Cultural, Organizational, and Dissemination Issues. *The Annual Review of Public Health*. 35: 363-383.

Artiklen opstiller og diskuterer fire grundelementer i peer-støtte samt vigtigheden af at tilpasse peer-indsatser til konteksten.

Fisher, E. B., Earp, J. A., Maman, S., Zolotor, A., (2010) Cross-cultural and international adaptation of peer support for diabetes management. *Family Practice*. 27: 6-16.

Artikel beskriver formål, teori og behov for konteksttilpasning, når man starter peer-programmer. Desuden giver artiklen bud på, hvordan man kan evaluere et peer-program.

Galdas, P., Darwin, Z., Fell, J., Kidd L., Bower P., Blickem C., McPherson K., Hunt, K., Gilbody, S., Richardson, G., (2015): A systematic review and metaethnography to identify how effective, cost-effective, accessible and acceptable self-management support interventions are for men with long-term conditions (SELF-MAN). *Health services and delivery research*. (3): 34.

Rapporten beskriver to litteraturgennemgange; et kvantitativt systematisk review med en metaanalyse samt en kvalitativ metaetnografi. Formålet er at vurdere effektiviteten, omkostningseffektiviteten, tilgængeligheden samt oplevelsen af interventioner med fokus på egenomsorg (self-management) til mænd

med kroniske lidelser.

Hjelmar, U., Mikkelsen, A. R. og Pedersen, P. V. (2014): *Opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere - en evaluering af indsatsen i fire kommuner*. KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Rapporten er en evaluering af et fireårigt projekt finansieret af satspuljemidler med det formål at etablere opsøgende sundhedsindsatser og brobygning til det etablerede sundhedssystem for socialt udsatte borgere. Indsatserne blev gennemført i fire kommuner i Danmark. Evalueringen benytter kvalitative og kvantitative metoder.

Johal, A. Shelupanov, A., Norman, W. (2012) *INVISIBLE MEN: engaging more men in social projects*. Lokaliseret [04.04.16] på:

http://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/10/INVISIBLE_MEN_FINAL.pdf

Johal, A. et al., *INVISIBLE MEN: engaging more men in social projects*. 2012.

Rapporten beskriver et engelsk studie af barrierer i forhold til mænds deltagelse i sociale og sundhedsrelaterede projekter. Undersøgelsen er foretaget af NGO'en Young Foundation og bygger på et litteraturstudie, et survey blandt 500 NGO'er, feltbesøg til udvalgte organisationer og interviews med ansatte her. Oplysninger om datamateriale og metodisk tilgang er sparsomme.

Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B, Bosch-Capblanch X, Patrick M. (2005) Lay health workers in primary and community health care (Review). *The Cochrane Library*. 3.

En systematisk litteraturgennemgang, der omfatter studier af kontrollerede randomiserede forsøg med sundhedsrelateret peer-støtte.

Mathers, J., Taylor, R., Parry, J. (2014) The Challenge of Implementing Peer-Led Interventions in a Professionalized Health Service: A Case Study of the National Health Trainers Service in England. *The Milbank Quarterly*, 92, (4), 725-753.

Et casestudie, hvor forskerne undersøger, hvordan fem peer-projekter i Storbritannien har udviklet sig over tid, og hvilke forskellige erfaringer man har gjort sig. Casene analyseres i forhold til udviklingen af den nationale sundhedspolitik i England. Studiet bygger på interviews med professionelle og peer-personer.

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.

Meads perspektiver på peer til peer-tilgangen udspringer af arbejdet med at hjælpe personer med psykiske sygdomme med at håndtere eller overkomme deres lidelser. Mead har fokus på at reducere stigma og øge deltageres *empowerment*. Mead bliver ofte brugt som en reference til at definere peer til peer-tilgangen i litteraturen.

Ramis, M. A., Chau, J., Pak-Chun, L., Hoi-Shan, S., Sanders, L., Chang, A. M. (2015) The effectiveness of peer-based interventions on health promoting behaviors in older people: a systematic review protocol of quantitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 13(9) 177 – 186.

En systematisk litteraturgennemgang, som beskriver de forskellige peer til peer-tilgange, og hvad formålet med dem er.

Repper J. (2013) Peer Support Workers: Theory and Practice. Centre for Mental Health and Mental Health Network. NHS Confederation.

Denne rapport beskriver overordnet teorierne bag forskellige peer til peer tilgange, og hvor-

dan de har været brugt inden for mental sundhedsområdet.

Sinclair, A., Alexander, H.A. (2012) Using outreach to involve the hard-to-reach in a health check: What difference does it make? *Public Health*. 126 (2): 87-95.

Artiklen beskriver en kvalitativ undersøgelse fra Skotland om udsatte gruppers udeblivelse fra og manglende deltagelse i forebyggende indsatser. Studiet er baseret på interviews med personer, der ikke mødte op til aftalt helbredstjek. Forfatterne fandt, at termen 'hard-to-reach' er misvisende, og at 'hard-to-engage' ville være mere passende.

South, T., Kinsella, K., Meah, A. (2012) Lay perspectives on lay health worker roles, boundaries and participation within three UK community-based health promotion projects. *Health education research*, 27 (4) 656–670.

Artiklen beskriver et studie af deltageres oplevelser af at være i et peer-forløb, herunder relationen til peer-personen, og hvad der er betydningsfuldt. Studiet er baseret på dybdegående interviews med deltagerne.

Visram S, Drinkwater C. (2005) Health Trainers: A Review of the Evidence. Newcastle-upon-Tyne: Northumbria University/Primary Care Development Centre, 2005.

En litteraturgennemgang af 'health trainers' som peer til peer-metode og fordele og ulemper i denne sammenhæng. Studiet er udarbejdet i forbindelse med, at National Health Service skulle implementere peer-support som arbejdsmetode.

WHO, (2013). *Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: principles for action*. Lokaliseret [04.04.16] på: [http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2013/physical-activity-](http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2013/physical-activity)

promotion-in-socially-disadvantaged-groups-
principles-for-action

Rapporten beskriver resultaterne af et større projekt om udvikling af retningslinjer for at fremme øget fysisk aktivitet blandt socialt udsatte med fokus på at skabe sunde miljøer.

Referencer

- Aiken, A. (2012). Professionalisation of a breast-feeding peer support service: Issues and experiences of peer supporters. *Midwifery*, 29(12): 145-151.
- Aoun, S., Shahid S., Le, L., Packer, T.L. (2012). The role and influence of 'Champions' in a communitybased lifestyle risk modification programme. *Journal of Health Psychology*, 18(4): 528-541.
- Ayala, G., Vaz, L., Earp, J.A., Elder, J.P., Cherrington, A. (2010). Outcome effectiveness of the leay health advisor model among Latinos in the United States: an examination by role. *Health Educ Res*, 25(5): 815-840.
- Bondi, L. (2004). "A double-edged sword"? The professionalisation of counselling in the United Kingdom. *Health & Place*, 10(4): 319-328.
- Bottorff, J.L., Seaton, C.L., Johnson, S.T., Caperchione, C.M., Oliffe, J.L., More, K., Jaffer-Hirji, H., Tillotson, S.M. (2015). An Updated Review of Interventions that Include Promotion of Physical Activity for Adult Men. *Sports Medicine*, 45(6): 775-800.
- Brown C., Hennings J., Caress A.L., Partridge, M.R. (2007). Lay educators in asthma self management: Reflections on their training and experiences. *Patient Education and Counseling*, 68: 131-138.
- Carey G., Braunack-Mayer A., Barraket J. (2009). Spaces of care in the third sector: understanding the effects of professionalization. *Health (London)*, 13: 629-646.
- Carroll, P., Kirwan, L., Lambe, B. (2014). Engaging 'hard to reach' men in community based health promotions. *International Journal of Health Promotion & Education*, 52(3): 120-130.
- Cherrington, A., Ayala, G.X., Elder, J.P., Arredondo, E.M., Fouad, M., Scarinci I. (2010). Recognizing the diverse roles of Community Health Workers in the elimination of health disparities: from paid staff to volunteers. *Ethnicity & Disease*. 20(2): 189-94. [Abstract].
- Cook, T., Wills, J. (2012). Engaging with marginalized communities: the experiences of London health trainers. *Perspectives in Public Health*, 132 (5): 221-227.
- Claire, L., Cleland, R.F.H., Mark, A. Tully, D. S., Kee F., Donnelly M., Prior L., and Cupples, A.M.E. (2014). Identifying solutions to increase participation in physical activity interventions within a socio-economically disadvantaged community: a qualitative study. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 11(1):891.
- Cyril, S., Smith. B.J., Possamai-Inesedy, A., Renzaho, A.M.N. (2015). Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Global Health Action*, 8: 1-12.
- Daaleman, T. P., Fisher, E.B. (2015). Enriching Patient-Centered Medical Homes Through Peer Support. *Annals of Family Medicine*, 13 no. Suppl 1: 73-78.

- Eng E., Rhodes S.D., Parker E. (2009). Natural helper models to enhance a community's health and competence. In: DiClemente, R.J., Crosby, R.A., Kegler, M. (eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*, Hoboken: Jossey-Bass.
- Eskildsen N.B., Biwas D., Ahlmark N., (2012), *Indsatser målrettet etniske minoriteter i danske kommuner. En kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Faulkner, A., Basset, T. (2012). A helping hand: taking peer support into the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion*, (16) Iss 1: 41-47.
- Fisher, E.B., Boothroyd, R.I., Coufal, M.M., Baumann, L.C., Mbanya, J.C., Rotheram-Borus, M.J., Sanguanprasit, B., Tanasugarn, C. (2011). Peer support for self-management of diabetes improved outcomes in international settings. *Health affairs*, 31, no 1: 130-139.
- Fisher, E.B., Coufal, M.M., Parada, H., Robinette, J.B., Tang, P.Y., Urlaub, D.M., Guzman-Corrales, L.M, Hino, S., Hunter, J., Katz, A.W., Symes, Y.R., Worley, H.P., Xu, C. (2014). Peer Support in Health Care and Prevention: Cultural, Organizational, and Dissemination Issues. *The Annual Review of Public Health*, 35: 363-383.
- Fisher, E.B., Earp, J.A., Maman, S., Zolotor, A. (2010) Cross-cultural and international adaptation of peer support for diabetes management. *Family Practice*, 27: 6-16.
- Galdas, P., Darwin, Z., Fell, J., Kidd L., Bower P., Blickem C., McPherson K., Hunt, K., Gilbody, S., Richardson, G. (2015). A systematic review and metaethnography to identify how effective, cost-effective, accessible and acceptable self-management support interventions are for men with long-term conditions (SELF-MAN). *Health services and delivery research*, (3): 34.
- Heisler, M. (2010). Different models to mobilize peer support to improve diabetes self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Family practice*, 27: 23-32.
- Hjelmar, U., Mikkelsen, A.R., Pedersen, P.V. (2014). *Opsøgende sundhedsindsatser over for socialt udsatte borgere - en evaluering af indsatsten i fire kommuner*. KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Johal, A. Shelupanov, A., Norman, W. (2012). *INVISIBLE MEN: engaging more men in social projects*. Lokaliseret [04.04.16] på: http://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/10/INVISIBLE_MEN_-_FINAL.pdf.
- Lewin, S.A., Dick, J., Pond, P., Zwarenstein, M., Aja, G., van Wyk, B., Bosch-Capblanch, X., Patrick, M. (2005). Lay health workers in primary and community health care (Review). *The Cochrane Library*, 3.
- Madsen, S.A. (2015). *Unge mænds trivsel og sundhed*. Forum for Mænds Sundhed.

Mathers, J., Taylor, R., Parry, J. (2014). The Challenge of Implementing Peer-Led Interventions in a Professionalized Health Service: A Case Study of the National Health Trainers Service in England. *The Milbank Quarterly*, 92, (4): 725-753.

Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post-2010. *Marmot Review*, February 2010.

Mead, S., Hilton, D., Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2): 134-141.

Ramis, M. A., Chau, J., Pak-Chun, L., Hoi-Shan, S., Sanders, L., Chang, A.M. (2015) The effectiveness of peer-based interventions on health promoting behaviors in older people: a systematic review protocol of quantitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(9): 177-186.

Repper J. (2013). *Peer Support Workers: Theory and Practice*. Centre for Mental Health and Mental Health Network. NHS Confederation. Lokaliseret [04.04.16] på: www.imroc.org/wp-content/uploads/5ImROC-Peer-Support-Workers-Theory-and-Practice.pdf.

Sinclair, A., Alexander, H.A. (2012). Using outreach to involve the hard-to-reach in a health check: What difference does it make?. *Public Health*, 126 (2): 87-95.

South, T., Kinsella, K., Meah, A. (2012). Lay perspectives on lay health worker roles, boundaries and participation within three UK community-based health promotion projects. *Health education research*, 27 (4): 656-670.

Visram S., Drinkwater C. (2005). *Health Trainers: A Review of the Evidence*. Newcastle: Northumbria University and Primary Care Development Centre. Lokaliseret [18. 05.16] på: www.teespublichealth.nhs.uk/document.aspx?id=3807&siteID=1012.

WHO. (2013). *Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: principles for action*. Lokaliseret [04.04.16] på: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2013/physical-activity-promotion-in-socially-disadvantaged-groups-principles-for-action>