

Sundhed på dit sprog – en undersøgelse af etnicitet og identitet i en sundhedsfremmende ramme

Integreret speciale i fagene Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier og Kultur- og Sprogødestudier

Af Sofie Hede Nielsen

K2 Specialemodul 2014

**Vejledere: Kristian Nagel Delica (Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier) & Helle Stenum
(Kultur- og Sprogødestudier)**



Bilag:

Interviewguide (Bilag 1)

Transskribering af interview med projektleder for Sundhed på dit sprog (Bilag 2)

Feltnotater (Bilag 3)

Desuden vedlægges:

Studieforløbsbeskrivelse - Kultur- og Sprogødestudier

Studieforløbsbeskrivelse - Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier

Abstract

Health in your language is a health promoting and disease preventing project, anchored in Prevention Center Nørrebro in the municipality of Copenhagen. This anchored project is targeting ethnic minorities, and the purpose is to reduce social inequality in health for this specific group. The way to do this is by using the competences of so-called health promoters who are also ethnic minorities, via peer education. In the spring of 2014, twelve people of ethnic minority are being educated to function as health promoters. I am in this master thesis combining health promotion and health strategies and cultural encounters, investigating how ethnicity is constructed during the course of the education of the new health promoters, and how these new health promoters are negotiating their position and identity in this particular educational frame. This investigation is based on the theory of science concerning social constructionism and I have conducted the investigation by taking a qualitative approach. Specifically by doing an interview with the project manager for Health in your language and by doing fieldwork including participant observation, during the education of the twelve new health promoters.

I found that ethnicity is constructed in three ways, during the education. First ethnicity is constructed by a specific cultural differentiation of the target group, the ethnic minorities, and by the delimitation that this differentiation set for this ethnic group.

Second, ethnicity is constructed via a political discourse which says that ethnic minorities are a problem and have problems that need to be solved, because of cultural and linguistic barriers.

Third ethnicity is constructed in relation to other social categories. Ethnicity being the primary social category and gender, social class and language being the other social categories in which ethnicity is constructed.

The new health promoters negotiate their position and identity based on an internalization of an external categorization of the target group, the ethnic minorities. The external categorization is the aforementioned discourse, which through this internalization becomes part of the health promoters' group identity, as ethnic minorities themselves. This becomes apparent through several examples throughout the course of the education. The new health promoters also negotiate their position and identity via the assumption made by the educators that they are part of this particular ethnic group and share this group identity. This forces the health promoters to convey the identity of the target group, even though this may not be the case, thus retaining the health promoters in the ethnic group identity.

Disposition

Abstract	2
Disposition	3
1.0 Læsevejledning	5
1.1 Opbygning af specialet.....	6
2.0 Indledning	8
2.1 Forebyggelsescentre i Københavns Kommune	8
2.2 Sundhed på dit sprog	9
2.2.1 Uddannelse af nye sundhedsformidlere.....	10
2.2.2 Målgruppen og brug af peer education	11
2.3 Problemstilling	12
2.4 Problemformulering	15
2.5 Afgrænsning	15
3.0 Præsentation af litteratur og teoretiske begreber.....	17
4.0 Videnskabsteoretiske overvejelser.....	20
4.1 Socialkonstruktivistisk tilgang	20
5.0 Undersøgelsens relevans	22
5.1 Social ulighed i sundhed.....	22
5.1.1 Social ulighed og etniske minoriteter	22
5.2 Selvvurderet helbred, etnicitet og social position – anden forskning i mit felt.....	23
6.0 Metode og empiri	25
6.1 Interview med projektlederen for Sundhed på dit sprog	25
6.2 Feltarbejde og deltagerobservation ved uddannelse af sundhedsformidlere.....	27
6.3 Ethiske overvejelser	31
7.0 Etnicitet	33
7.1 Hvad er etnicitet?.....	33

7.2 The Basic social anthropological model of ethnicity	35
7.3 "Os" og "dem"	36
7.4 Etnisk identitet.....	37
7.5 Formelle og uformelle kontekster for etnisk kategorisering	38
8.0 Differentiering.....	41
8.1 Differentiering på baggrund af erfaring, sociale relationer og identitet.....	41
9.0 Analysestrategi.....	43
10.0 Analyse.....	44
10.1 Konstruktion af etnicitet under uddannelsen af nye sundhedsformidlere	44
10.1.1 Kulturel differentiering og etnisk afgrænsning.....	44
10.1.2 Den politiske diskurs der konstruerer etnicitet	46
10.1.3 Konstruktion af etnicitet i samspil med andre sociale kategorier.....	48
10.2 Sundhedsformidlernes forhandlinger af deres position og identitet.....	51
10.2.1 Forhandling af position og identitet gennem den interne definitionsproces.....	52
10.2.2 Forhandling af position og identitet ud fra antagelsen om en gruppeidentitet	55
11.0 Konklusion.....	60
12.0 Perspektivering.....	62
11.1 Etnicitet og kultur versus social ulighed i sundhed.....	62
11.2 Sundhedsfremme versus social ulighed i sundhed	64
11.3 Anden mulig undersøgelse af samme felt	66
Litteraturliste	67

1.0 Læsevejledning

Dette speciale er et integreret speciale med en kombination af fagene Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier og Kultur- og Sprogødestudier. Kombinationen af disse fag giver mig som forsker kompetencer til at undersøge en sundhedsfremmende og forebyggende indsats kaldet Sundhed på dit sprog, i forhold til en bestemt gruppe mennesker defineret som etniske minoriteter. I den forbindelse sætter jeg fokus på social ulighed i sundhed i forhold til etniske minoriteter i Københavns Kommune under Forebyggelsescenter Nørrebro, hvilket jeg mener der mangler fokus på og viden om. Jeg anvender en kvalitativ tilgang, et interview med projektlederen for Sundhed på dit sprog samt deltagerobservation, under undersøgelsen af uddannelsen af 12 nye sundhedsformidlere, over et ni ugers uddannelsesforløb. Disse sundhedsformidlere er selv etniske minoriteter og er gennem metoden peer education bindeledet mellem Forebyggelsescenter Nørrebro og målgruppen. Jeg har valgt Sundhed på dit sprog, da jeg tidligere har været praktikant her. Jeg kender dermed indsatsen og projektlederen i forvejen. Jeg synes desuden, at indsatsen er interessant fordi den er særligt målrettet etniske minoriteter. Jeg vil i den forbindelse undersøge hvorfor denne målgruppe, defineret som etniske minoriteter, synes relevant at have fokus på i Københavns Kommune og hos Forebyggelsescenter Nørrebro, og hvordan dette begreb etnisk minoritet konstrueres under uddannelsen af de 12 nye sundhedsformidlere. De 12 sundhedsformidlere der uddannes, betegnes af indsatsen som folk med anden etnisk baggrund end dansk og dermed som etniske minoriteter. Jeg vil i den anledning undersøge, hvordan sundhedsformidlerne både anses som, og ser sig selv som en del af målgruppen samt som nogle der kan hjælpe målgruppen. Min problemformulering samt den primære teori jeg anvender, er overvejende relateret til faget Kultur- og Sprogødestudier. Jeg undersøger dog en sundhedsfremmende og forebyggende indsats i det danske sundhedsvæsen inden for en national og kommunal sundhedspolitik, og jeg har i specialet kontinuerligt fokus på sundhed, sundhedsfremme og social ulighed i sundhed, hvorfor specialet også relateres til faget Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier.

Jeg vil gerne sige stort tak til Forebyggelsescenter Nørrebro og til projektlederen for Sundhed på dit sprog, for at lade mig spøge på gangene og agere flue på væggen under uddannelsen af de nye sundhedsformidlere. Jeg vil også takke sundhedsformidlerne for deres deltagelse i nærværende undersøgelse og speciale. Mit speciale vil være tilgængeligt for alle ovenstående når det sidste punktum er sat.

1.1 Opbygning af specialet

Specialet er inddelt i kapitler for at øge læsevenligheden.

Jeg starter i kapitel 2 med en indledning til Københavns Kommune og dennes sundhedspolitik. I Københavns Kommune ligger Forebyggelsescenter Nørrebro, hvori indsatsen Sundhed på dit sprog er forankret. Jeg vil redegøre for indsatsen, målgruppen og brugen af sundhedsformidlere. Efter denne introduktion vil jeg beskrive min problemstilling som munder ud i en problemformulering. Herefter følger en afgrænsning.

I kapitel 3 vil jeg kort præsentere den teori jeg anvender samt særligt relevante teoretiske begreber herfra. Jeg vil herefter i kapitel 4 belyse mine videnskabsteoretiske overvejelser og bekende mig til en bestemt videnskabsteoretisk retning.

I kapitel 5 vil jeg redegøre for relevansen af min undersøgelse, i forhold til Sundhedsstyrelsens nationale sundhedsstrategi og –politik på området social ulighed, også især for målgruppen, de etniske minoriteter. Jeg vil også inddrage en videnskabelig undersøgelse omhandlende selvvurderet helbred, etnicitet og social position. Denne er relevant, fordi der også her undersøges etnicitet, kultur, identitet og position inden for en ramme af sundhed og social ulighed i sundhed.

I kapitel 6 belyser jeg metodiske overvejelser og konstruktionen af empiri. Jeg anlægger en kvalitativ tilgang, og benytter mig af et kvalitativt interview (Bilag 1 og 2) samt feltarbejde, herunder deltagerobservation. Dette betyder, at jeg specialet igennem vil trække på feltnotater (Bilag 3), hvilket eksempelvis vil være markeret således: (Feltnoter 14.05.14). Jeg beskriver også her nogle etiske overvejelser omkring anonymisering af de informanter, der indgår i undersøgelsen.

Herefter følger to kapitler 7 og 8 som er teoretiske redegørelser af bestemte begreber og teori på baggrund af Richard Jenkins om etnicitet og Avtar Brah om differentiering.

I kapitel 9 vil jeg kort redegøre for min analysestrategi. Med denne og de teoretiske begreber på plads, vil jeg i kapitel 10 foretage en analyse med udgangspunkt i problemformuleringen, for at besvare denne på bedst begrundet vis.

Herefter følger i kapitel 11 en konklusion som besvarelse af problemformulering, ud fra analysen i kapitel 10.

I kapitel 12 følger en perspektivering, hvor jeg reflekterer over etnicitet i forhold til social ulighed i sundhed, som er formålet med Sundhed på dit sprog, samt over sundhedsfremme i forhold til social ulighed i sundhed. Til slut giver jeg et bud på hvordan man i samme felt kan foretage en videre undersøgelse og giver mit bud på en ny problemformulering.

2.0 Indledning

I Danmark er det regionernes og kommunernes opgave at varetage borgernes behov, når det kommer til sundhed. Københavns Kommune har i den forbindelse formuleret en sundhedspolitik gældende fra 2011 til udgangen af 2014 kaldet *"Længe Leve København"* (Længe Leve København 2011). I sundhedspolitikken er især rygning, alkohol og fysisk aktivitet nævnt, som de største udfordringer for borgernes sundhed. Der er samtidig fokus på social ulighed i sundhed som fordrer *"... målrettede indsatser, hvor behovet er størst."* (Længe Leve København 2011: 4).

Målet for borgerne er, at de skal leve længere, have flere gode leveår og have lige muligheder for at leve et sundt og aktivt liv. Dette søges sikret gennem gentagne målinger på indsatser og på udvikling (Længe Leve København 2011: 6-7). Kommunen ønsker at tilgodese særligt børn, unge og ældre samt folk der mangler hjælp til at opsøge sundhedstilbud og ændre på vaner og livsstil. Man søger at nå disse borgere og hjælpe deres sundhed gennem fire områder: *"Mere liv – bedre byliv, Sund og aktiv hverdag, Mere lighed i sundhed og Bedre forebyggelse og behandling"* (Længe Leve København 2011: 10-11). Københavns Kommune vil med deres sundhedshuse/forebyggelsescentre forsøge at skabe mere lighed i sundhed ved især at tilgodese dem der har en usund livsstil, er syge eller er i risiko for sygdom, særligt i bestemte bydele som Amager, Nørrebro/Bispebjerg og Vesterbro/Kongens Enghave. Særligt for etniske minoriteter nævnes relevansen af sundhedsvejledning (Længe Leve København 2011: 21, 24).

2.1 Forebyggelsescentre i Københavns Kommune

Københavns Kommune samt Sundheds- og Omsorgsforvaltningen varetager fem forebyggelsescentre i København. Disse centre tilgodeser de fem bydele: Amager, Nørrebro, Østerbro, Vanløse og Vesterbro (Københavns Kommune, 1). Forebyggelsescentrene tager udgangspunkt i KRAM-faktorerne: Kost, Rygning, Alkohol og Motion, og henvender sig til tre målgrupper: raske personer, folk der er i risiko for at udvikle sygdomme og lidelser, samt folk med kroniske sygdomme (Feltnoter 25.04.14). For de raske tilbydes uforpligtende samtaler om sundhed. Er man i risiko eller syg kan man, med en henvisning fra lægen, komme i et forløb i sit nærliggende center (Feltnoter 25.04.14). I forebyggelsescentrene findes altså tilbud til alle personer over 18 år, som gerne vil leve sundere generelt, eller som skal tackle forebyggelse af sygdom eller det at leve med en kronisk sygdom. Tilbuddene inkluderer en generel samtale om sundhed, kostundervisning, motionsvejledning, rygestopkurser samt samtale om alkoholvaner. Desuden er der specielle forløb for folk med de kroniske sygdomme KOL, diabetes type 2 og hjertesygdomme samt for folk med

svær overvægt eller forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol eller forhøjet fastebloodsukker (Københavns Kommune, 1). Alle ovennævnte tilbud er gratis og tidsbegrænsede, og formålet er, at borgeren skal kunne fortsætte de gode vaner efter endt forløb (Feltnoter 25.04.14).

Særligt målrettet etniske minoriteter udover de nævnte tilbud, findes indsatsen Sundhed på dit sprog, som i et forsøg på at gøre en sundhedsindsats forståelig for målgruppen, bruger sundhedsformidlere til formidling af sundhed og af forebyggelsescenterets tilbud, da sundhedsformidlerne selv er etniske minoriteter. Sundhed på dit sprog har base i Forebyggelsescenter Nørrebro men fungerer også i de andre bydele (Feltnoter 25.04.14).

2.2 Sundhed på dit sprog

Sundhed på dit sprog er som nævnt et af de gratis tilbud, der findes i forebyggelsescentrene i Københavns Kommune. Indsatsen ledes fra Forebyggelsescenter Nørrebro af en projektleder, som står for indsatsen i alle centrene (Københavns Kommune, 2). I dokumentet *"Beskrivelse af Sundhed på dit sprog"* (2010) skildres indsatsen som en sundhedsfremmende og forebyggende indsats rettet mod borgere med anden etnisk baggrund end dansk (Beskrivelse 2010: 2). Det overordnede mål med indsatsen er at mindske social ulighed i sundhed for etniske minoriteter gennem forebyggelse og sundhedsfremme (Beskrivelse 2010: 2). Formålet defineres således:

"... at forbedre sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter i Københavns Kommune ved at øge deres adgang til forebyggelse og sundhedsfremme igennem brug af sundhedsformidlerne med anden etnisk baggrund end dansk, der gør brug af metoden peer education." (Beskrivelse 2010: 3)

Sundhed på dit sprog foregår primært som dialognøder om sundhed, enten i forebyggelsescentrene eller ved eksterne arrangementer. Desuden indebærer indsatsen tolke ved samtaler i centrene, diabetesundervisning på urdu, arabisk og tyrkisk, mulighed for træning på kvindehold, kvindecafé, mandecafé samt rygestopundervisning på urdu, arabisk, engelsk, tyrkisk og "nemt" dansk, som er dansk uden for mange fagudtryk og fremmedord (Feltnoter 25.04.14). Uddannede sundhedsformidlere afholder dialogmøderne og disse sundhedsformidlere repræsenterer gennem deres etniske baggrund dermed også et udenlandsk sprog foruden det danske. Sundhedsformidlerne dækker de syv største minoritetsprog i Danmark: arabisk, berbisk, farsi, kurdisk, somali, tyrkisk og urdu (Beskrivelse 2010: 5). Dialogmøderne foregår som udgangspunkt på dansk (Feltnoter 25.04.14). Med dialogmøderne forsøger man at relatere sig til målgruppens hverdag og erfaringer. Der fokuseres på handleanvisninger og da det er dialogbaserede møder, inddrages målgruppens perspektiver og betænkeligheder, sådan at der er en erfaringsudveksling mellem sundhedsformidler

og målgruppe og vice versa (Feltnoter 25.04.14). Dialogmøderne foregår som udgangspunkt med brug af billeder og andre visuelle virkemidler. Praktiske øvelser såsom motion og madlavning inddrages også (Feltnoter 25.04.14). Dialogmøderne kan have omdrejningspunkt omkring syv emner: kost, motion, d-vitaminmangel, rygning, diabetes type 2, tandsundhed og reproduktiv sundhed (Feltnoter 25.04.14).

I 2013 havde Sundhed på dit sprog 6025 deltagere. Dette tal er opgjort på hovedtælling til dialogmøder og i motionscaféen, sidstnævnte i Forebyggelsescenter Nørrebro (Feltnoter 23.05.14). Dette betyder, at nogle deltagere sandsynligvis er talt med flere gange, hvorfor tallet derfor ikke reelt viser, hvor mange der har deltaget i Sundhed på dit sprog i 2013. Dog er det en indikation på, at der er deltagere hos Sundhed på dit sprog og kan være en af grundene til, at indsatsen er forankret i Forebyggelsescentrene (Feltnoter 23.05.14).

2.2.1 Uddannelse af nye sundhedsformidlere

I foråret 2014 uddannes 12 nye sundhedsformidlere fra Forebyggelsescenter Nørrebro. Der er en primær underviser på uddannelsen, som suppleres af projektlederen samt andre aktører inden for Forebyggelsescenter Nørrebro, herunder også eksisterende sundhedsformidlere. Der uddannes fem mænd og syv kvinder af blandet herkomst men alle med anden etnisk baggrund end dansk (Feltnoter 25.04.14). Korpset uddannes for at bistå det eksisterende korps på 23 sundhedsformidlere i form af flere ”hænder”, særligt mænd samt større diversitet i sprog (Feltnoter 25.04.14). Under uddannelsen af de nye sundhedsformidlere fremhæves indsatsen igen som særligt målrettet etniske minoriteter. Målgruppen er etniske minoriteter som er socialt udsatte, mangler netværk og viden om sundhed og har brug for at få denne viden på en uformel facon (Feltnoter 25.04.14). Man ser i Københavns Kommune og Forebyggelsescenter Nørrebro et behov for at have en indsats målrettet etniske minoriteter, idet der ses et billede af målgruppen som nogle der har et særligt sygdomsbillede, sproglige og kulturelle forståelsesproblemer, lav viden om sundhed og forebyggelse, samt som nogle der har svært ved at finde information om dette og fordi andre tilbud har svært ved at ramme målgruppen (Feltnoter 25.04.14). En særlig kulturel baggrund er fællesnævneren for sundhedsformidlerne og målgruppen, og det er med denne bevæggrund at sundhedsformidlerne gennem peer education kan agere rollemodeller for målgruppen, men også kan være ligemænd med målgruppen (Feltnoter 25.04.14).

2.2.2 Målgruppen og brug af peer education

I beskrivelsen af Sundhed på dit sprog er målgruppen defineret som etniske minoriteter, som er født i eller er efterkommere af forældre, som er født i ikke-vestlige lande (Beskrivelse 2010: 3).¹

Desuden defineres målgruppen mere præcist baseret på sundhedsformidlerne og deres personkarakteristika:

"... herunder at have minoritetsbaggrund samt at have fællestræk på baggrund af sprog, madvaner, traditioner, beklædning, religion og køn." (Beskrivelse 2010: 3)

Under uddannelsen af de nye sundhedsformidlere i foråret 2014 defineres målgruppen som etniske minoriteter, der er socialt udsatte og som savner netværk og viden om sundhed. Viden der kan erhverves på en uformel facon gennem Sundhed på dit sprog (Feltnoter 25.04.14). Indsatsen forsøger at nå mindre ressourcestærke etniske minoriteter, hvor forebyggelse af sygdomme og livsstilsændringer er særligt relevante (Feltnoter 25.04.14).

For at nå målgruppen og informere og oplyse om emnerne for indsatsen bruges metoden peer education, defineret i beskrivelsen af Sundhed på dit sprog som:

"En "peer" er kendetegnet ved at have samme baggrund mht. en eller flere identitetsdannende faktorer, der kan være relateret til oplevelser og/eller personlige karakteristika." (Beskrivelse 2010: 3)

De gældende personkarakteristika er netop vist ovenfor. Det at være peer indebærer ifølge beskrivelsen: at man fungerer som positiv rollemodel; at man er en troværdig kilde for målgruppen; at der sker en empowerment af deltagerne; at målgruppen nås og formidlingen sker ved at gøre brug af allerede etablerede informationsveje; at man som sundhedsformidler og peer har bedre adgang til grupper, der er svære at nå (Beskrivelse 2010: 3-4).

¹ Sundhedsstyrelsen definerer indvandrere som: *"... personer født i udlandet, hvor ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Personer født i udlandet, hvor der ikke findes oplysninger om forældrene opfattes som indvandrere."* (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5). Efterkommere defineres som folk der: *"... er født i Danmark. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Personer med udenlands statsborgerskab, hvor der ikke findes oplysninger om forældrene opfattes som efterkommere."* (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5). Om de ikke-vestlige lande skriver Sundhedsstyrelsen: *"Vestlige lande er alle EU-lande inkl. Andorra, Island, Liechtenstein. Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. Ikke vestlige lande er alle øvrige lande."* (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5).

Sundhedsformidlerne anses efter 40 timers grunduddannelse ikke som fagpersoner:

"... der har grundig viden om diverse sundhedsemner. Derimod kan de formidle en grundlæggende viden om sundhed og facilitere debat om sundhed med henblik på styrkelse af deltagernes muligheder for at gennemføre sundhedsadfærdsændringer." (Beskrivelse 2010: 4)

Jeg spørger i interviewet med projektlederen ind til, hvordan sundhedsformidlerne kan siges at være en del af målgruppen, og om de dermed er socialt udsatte eller ulige, hvortil hun svarer:

37.21 P: *"Ja. De er både en del af målgruppen og så er de også rollemodeller samtidig, altså, bestemt."*

37.30 I: *"Men er de også socialt udsatte for eksempel?"*

37.36 P: *"Nej det vil jeg ikke kalde dem, det vil jeg ikke kalde dem, slet ikke. [...] Fordi de har ressourcer, på mange punkter [...] men de er ressourcestærke fordi de har viden og fordi de har netværk og fordi de har friheden til at gøre som de vil med deres liv og handlekraftige kan man sige."*

38.02 P: *"Så de [...] Har selvtillid og selvværd og alt det som der måske er nogle fra målgruppen der ikke har."*

38.06 I: *"Ja, så der, de er både en del af målgruppen men de er også..."*

38.12 P: *"De afspejler i hvert fald målgruppen i forhold til, der er i hvert fald fælles referencer fordi at de så har en måske en religiøsitet og en kultur og så videre som kendetegner målgruppen som også kendetegner dem, men så er de jo også samtidig rollemodeller og så er de samtidig også meget ressourcestærke."*

Projektlederen bekræfter at sundhedsformidlerne både er rollemodeller som er ressourcestærke og taler til målgruppen, men også at der er fællestræk sundhedsformidlere og målgruppe imellem, hvilket gør sundhedsformidlerne til ligemænd og gør at også sundhedsformidlerne anses som etniske minoriteter.

2.3 Problemstilling

Man har i Københavns Kommune valgt at forankre en indsats kaldet Sundhed på dit sprog særligt målrettet etniske minoriteter. Denne forankring betyder, at Sundhed på dit sprog ikke er et tidsbegrænset projekt men er et fast tilbud i Københavns Kommune. Dette på trods af at Sundhedsstyrelsen i en rapport, som jeg belyser nærmere i kapitel 5, konkluderer at dødeligheden

for etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande, for særligt kvinder, er lavere end hos de etniske danskere (Ulighed i sundhed 2011: 35). Dog skal det ses i relation til at sygeligheden hos etniske minoriteter er forhøjet (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5). Jeg undres i den forbindelse, hvorfor en målgruppe defineret som etniske minoriteter er særlig relevant i Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommunes øjne, og hvad der gøres for at mindske den sygdomsbyrde der er, på trods af erkendelsen af at etniske minoriteter faktisk lever længere. Der er ifølge Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommunes sundhedspolitik behov for indsatser eller interventioner til dem med forhøjet risiko for sygdomme og til dem der er syge. Dette må gælde uanset etnicitet er min fundering, men samtidig er der ifølge Sundhedsstyrelsen sproglige og kulturelle forståelsesproblemer og barrierer forbundet med netop etniske minoriteter (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5). Dette får mig til at undres, hvordan denne diskurs er opstået, i hvilken grad disse sproglige og kulturelle barrierer er til stede og hvilke konsekvenser denne diskurs har for målgruppen. Sundhedsstyrelsen skriver at uligheden i sundhed baseret på selvvurderet helbred, sygdom, psykisk sundhed og sundhedsadfærd er stor, når man sammenligner indvandrere og etniske danskere (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 9). Mellem 22 og 48 procent oplever dårligt selvvurderet helbred blandt indvandrere imod 10 procent hos etniske danskere (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 9). Der er flere kvinder og flere ældre der oplever dårligt selvvurderet helbred blandt gruppen (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 9). Forekomsten af langvarig sygdom og dermed større sygdomsbelastning er større hos etniske minoriteter, hvor 25-28 procent har tre eller flere langvarige sygdomme (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 11). Sundhedsstyrelsen skriver at forskellige aspekter gør sig gældende i forklaringen på hvorfor billedet ser ud som det gør: genetik, strukturelle og kulturelle aspekter og personlige valg er gældende årsager og er dermed relevante aspekter i udformningen af sundhedsinterventioner eller sundhedsindsatser, med henblik på at mindske social ulighed i sundhed for etniske minoriteter (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 11). Desuden skal medtænkes socioøkonomiske og sociale parametre, idet etniske minoriteter ofte befinder sig i de lavere socialgrupper baseret på uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og indkomst, ligesom sociale relationer er med til at gøre forskellen stor mellem etniske minoriteter og etniske danskere (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 11-12). Ifølge Sundhedsstyrelsen er det ikke givet:

”... at etniske minoriteter har samme behov eller får samme udbytte af en sundhedsindsats som majoritetsbefolkningen.” (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5)

De skriver, at det er regionernes og kommunernes opgave at sørge for at opfylde de differentierede behov de etniske minoriteter må have i forhold til deres gældende sundhedsproblemer, således at problemerne er forståelige og opleves relevante for gruppen (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5). Dette inspirerer mig til at se på Københavns Kommune, og hvordan man her forsøger at målrette en indsats til en gruppe, der godt nok lever længere end de etniske danskere, men som, ifølge Sundhedsstyrelsen, grundet blandt andet kulturelle aspekter har en stor sygdomsbyrde såvel som, ifølge Sundhedsstyrelsen, sproglige og kulturelle forståelsesproblemer i mødet med det danske sundhedsvæsen.

I Sundhed på dit sprog anvendes som nævnt sundhedsformidlere som bindeled mellem Forebyggelsescenter Nørrebro og målgruppen gennem dialogmøder. Nogle af sundhedsformidlerne er født og opvokset i Danmark, andre kom hertil som børn, hvilket betyder at sundhedsformidlerne altså både udgør indvandrere og efterkommere, men fælles for dem alle er deres etniske baggrund og det er denne man hos Sundhed på dit sprog finder relevant (Feltnoter 25.04.14). Brugen af sundhedsformidlerne er vigtig for indsatsen, fordi man hos Sundhed på dit sprog mener, at den traditionelt danske sundhedsadfærd og hverdagspraksis ikke direkte kan overføres på målgruppen (Feltnoter 25.04.14). Det nye korps af sundhedsformidlere hører ind under Forebyggelsescenter Nørrebro og bliver dermed aktører i centeret og i Københavns Kommune på et niveau svarende til andre timeansatte medarbejdere eller konsulenter i centeret. Korpsen uddannes dermed med Sundhedsstyrelsens nationale sundhedspolitik samt Københavns Kommunes sundhedspolitik i ryggen, når de skal forebygge sygdom og skabe sundhedsfremme for målgruppen. Sundhedsformidlerne indlejres dermed i den herskende diskurs der er om etniske minoriteter og social ulighed og de særlige behov etniske minoriteter menes at have. Sundhedsformidlerne har meldt sig frivilligt til at tage uddannelsen og sidenhen fungere som sundhedsformidlere, og man kan dermed se deres rolle som nogle der, ligesom deres politiske bagland, definerer målgruppen som etniske minoriteter, på baggrund af den uddannelse de får og den diskurs de automatisk er indskrevet i. Samtidig defineres de gennem Sundhed på dit sprog selv som en del af målgruppen og dermed som en del af den etniske minoritet. Jeg finder det interessant i den forbindelse, hvordan målgruppen differentieres og dermed konstrueres som etniske minoriteter på, gennem den måde målgruppen defineres på. Jeg finder det desuden interessant hvordan sundhedsformidlerne både ses som og måske også selv opfatter sig som en del af eller er repræsentanter for målgruppen, det vil sige som en del af minoriteten, men også som en del af dem der skal hjælpe målgruppen, som

repræsentanter for Forebyggelsescenter Nørrebro og Københavns Kommune og dermed som majoriteten. Dette leder mig til følgende problemformulering:

2.4 Problemformulering

- Hvordan konstrueres etnicitet under uddannelsen af nye sundhedsformidlere ved Sundhed på dit sprog og hvordan forhandler de nye sundhedsformidlere deres position og identitet inden for denne uddannelsesramme?

Det der er på spil i nærværende speciale omkring indsatsen Sundhed på dit sprog er etnicitet, kultur, sundhed, social ulighed i sundhed og sprog. Har kultur og etnicitet en betydning for sundhed? Hvem er målgruppen egentlig og hvordan kan man bede 12 nye sundhedsformidlere repræsentere en målgruppe defineret som en etnisk minoritet? Hvad lærer sundhedsformidlerne under uddannelsen og hvordan kan de i teorien anvende det i mødet med målgruppen? Hvordan kan de selv bidrage til undervisningen og får de lov til det? Jeg vil besvare problemformuleringen ved at belyse aspekter af disse spørgsmål. Jeg vil desuden argumentere for og besvare hvilke konsekvenser, styrker og svagheder der er ved konstruktionen af etnicitet under uddannelsen, samt ved sundhedsformidlernes forhandlinger i denne forbindelse.

2.5 Afgrænsning

Jeg undersøger konstruktionen af etnicitet under uddannelsen af nye sundhedsformidlere ved Sundhed på dit sprog. Dette gør jeg ved at belyse og argumentere for hvordan målgruppen konstrueres som etnisk minoritet og som en gruppe eller et politisk fællesskab. Jeg inddrager empiri, som består af et kvalitativt interview med projektlederen for Sundhed på dit sprog, samt deltagerobservation under uddannelsen af de nye sundhedsformidlere. Jeg inddrager diskurser på makroniveau gennem Sundhedsstyrelsen, Københavns Kommune og Forebyggelsescenter Nørrebro, som nogle sundhedsformidlerne taler ind i eller op imod. Denne undersøgelse er dog ikke baseret på en decideret diskursanalyse, da jeg ikke søger at finde diskurser, men konstruktioner i en uddannelsesramme, samt sundhedsformidlernes forhandlinger som gruppe og som individer.

Gennem min empiri kan jeg i undersøgelsen af konstruktionen af etnicitet identificere andre sociale kategorier, hvormed denne gruppe, dette fællesskab, denne etniske minoritet konstrueres som. Jeg trækker dermed på dele af teorier og bruger begreber fra intersektionalitetstænkningen, hvorfor jeg

nævner det her i afgrænsningen. Jeg er inspireret af dele af denne tænkning om intersektionalitet som beskrevet af Jensen og Christensen i deres artikel *"Intersektionalitet som sociologisk begreb"* (2011). Jeg undersøger en bestemt social differentiering af en bestemt gruppe mennesker, og jeg anvender dermed intersektionalitetstænkningen som del af min analysestrategi, til at analysere hvordan etnicitet konstrueres ved at se på de sociale kategorier, hvormed de sociale differentieringer af målgruppen sker, da det er i krydsfelt mellem kategorier eller differentieringer, hvor der enten *"... sker en betydningsdannelse eller en forskelssættelse."* (Jensen & Christensen 2011: 72). Det er denne del af begrebet om intersektionalitet jeg i nærværende undersøgelse og analyse er inspireret af.²

Religion kan være en faktor når det kommer til forskellige nationaliteter og kulturer og har en relevans for sundhedsformidlerne og målgruppen i deres hverdag. Religion og nationalitet vil dog ikke spille en rolle i dette speciale, idet jeg ikke søger at fokusere på eller forklare ting ud fra trosretninger og religioner, eller lægger vægt på hvor folk kommer fra. Jeg fokuserer på andre kategorier som etnicitet, social klasse, sprog og køn, og vælger samtidig at fokusere på etnisk identitet og kultur, som man hos Sundhed på dit sprog ser som de vigtigste peer faktorer. Jeg vil heller ikke inddrage begrebet race som social kategori, da fokus her som nævnt er på kultur og etnicitet.

² Jeg går ikke videre ind i tænkningen om at disse kategorier ikke kan adskilles fra hinanden og ikke kan lægges sammen som enkelte brudstykker. Jeg undersøger ikke den måde kategorierne griber ind i hinanden og medkonstituerer hinanden på, på et strukturelt eller institutionelt plan eller som sociale systemer (Jensen & Christensen 2011: 74).

3.0 Præsentation af litteratur og teoretiske begreber

I besvarelsen af problemformuleringen i nærværende speciale, anvender jeg en beskrivelse af indsatsen Sundhed på dit sprog fra 2010, til at belyse indsatsens opbygning, strategi, målgruppe og metode. Dette kombinerer jeg med et interview med projektlederen for Sundhed på dit sprog (Bilag 1 og 2) samt med feltnotater (Bilag 3) produceret i forbindelse med uddannelsen af nye sundhedsformidlere, hvor jeg her blandt andet har fået indsigt i indsatsen anno 2014 og den målgruppe der ses relevant i dag.

For at vise relevansen af at undersøge en indsats som Sundhed på dit sprog, hvis formål er at mindske social ulighed i sundhed for etniske minoriteter, anvender jeg to rapporter udgivet af Sundhedsstyrelsen om henholdsvis social ulighed i sundhed generelt (Ulighed i Sundhed 2011) og om etniske minoriteters sundhed (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010). Disse rapporter danner den diskursive ramme om det felt, jeg bevæger mig i, når jeg undersøger uddannelsen af nye sundhedsformidlere ved Forebyggelsescenter Nørrebro i Københavns Kommune. Jeg anvender desuden synspunkter fra Københavns Kommunes egen sundhedspolitik "*Længe Leve København*" (Længe Leve København 2011) for at belyse hvilken sundhedspolitik der er gældende i kommunen samt hvilke grupper der her ses relevante at målrette indsatser imod.

For yderligere at vise relevansen af og kompleksiteten omkring målgruppen etniske minoriteter, anvender jeg en undersøgelse fra 2013 lavet af Carsten Kronborg Bak og Pernille Tanggaard Andersen (Bak & Andersen 2013) om sammenhængen mellem selvvurderet helbred, etnicitet og social position. De undersøger om etnicitet og kultur har betydning for selvvurderet helbred og den sociale position. Undersøgelsen repræsenterer nyere forskning, der er lavet på området, som berører de samme problematikker som jeg, omkring konstruktionen af etnicitet og om forhandlinger af position og identitet.

Som primær teori om forståelsen af begreberne etnicitet og etniske minoriteter anvender jeg Richard Jenkins og hans værk "*Rethinking Ethnicity*" (2008). Her arbejder han med at forstå "... *how ethnicity works*" (Jenkins 2008: 3) og han anvender i den henseende hans egen socialkonstruktivistisk-funderede model "*The basic social anthropological model of ethnicity*" (Jenkins 2008: 3). I forståelsen af hvordan etnicitet konstrueres og fungerer, ser han på individuel identitet og gruppeidentitet (Jenkins 2008: 3). "*Ethnic categorization*" har betydning for hvordan

etnisk identifikation fungerer og med begrebet etnisk kategorisering mener han "... *the identification of others, in contrast to self- and group identification.*" (Jenkins 2008: 3). Etnisk kategorisering sker på baggrund af magt og autoritet (Jenkins 2008: 3). Denne etniske kategorisering er særligt relevant i nærværende speciale i undersøgelsen af Sundhed på dit sprog og betegnelsen af målgruppen som etniske minoriteter. Som socialantropolog mener Jenkins, at formålet med antropologien er at forstå "*the cultural Other*" (Jenkins 2008: 4). For at opnå denne forståelse, kræver det et møde med "*den anden*", hvilket for antropologen eller forskeren, sker gennem feltarbejde som oftest indebærer deltagerobservation (Jenkins 2008: 4). Samme metodiske grundlag gør sig gældende i nærværende speciale, hvilket jeg vil belyse i kapitel 6.

Til at supplere Jenkins og hans teori om etnicitet, etnisk identitet og kulturel differentiering anvender jeg Avtar Brah og hendes begreb om differentiering på baggrund af erfaring, sociale relationer og identitet. Avtar Brah indskriver sig med sin bog "*Cartographies of Diaspora*" (1996) i en kontekst af feminisme, anti-racisme og post-strukturalisme. I bogen kortlægger hun et politisk og teoretisk skift i spørgsmålet om differentiering og diversitet. Dette gør hun ved at undersøge ændringer i diskurser om køn og race (Brah 1996). I hendes optik er erfaringer diskursivt konstruerede og virkeligheden er derfor et resultat af de diskursive processer der sker (Brah 1996: 11). De sociale kategorier man bruger om hinanden som eksempelvis klasse og køn, skal ikke ses som statiske positioner men som historisk og diskursivt indlejrede praksisser (Brah 1996: 14). Dette perspektiv stemmer overens med Jenkins, da han som nævnt ligeledes mener, at man ikke kan stå uden for sin historie og kultur.

Jeg vil specialet igennem have fokus på sundhedsbegreber og sundhedsforståelser, der er gældende hos Sundhed på dit sprog samt under uddannelsesforløbet, som de nye sundhedsformidlere indgår i. Her tager jeg udgangspunkt i og bekender mig til Aaron Antonovsky og hans teori om sundhedsfremme og det salutogenetiske perspektiv. Dette gør jeg, fordi denne tænkning fordrer en fokusering på, hvordan og hvorfor man forbliver sund i modsætning til at fokusere på, hvad der gør folk syge (Jensen & Johnsen 2009: 85). Det salutogenetiske perspektiv er ifølge Antonovsky en overordnet tanke om sundhed som en følelse af sammenhæng og dermed et fokus på sundhedsfremme, ikke forebyggelse af sygdom (Jensen & Johnsen 2009: 84). Følelsen af sammenhæng opstår når man oplever en, i hans begreber begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Jensen & Johnsen 2009: 88). Med disse tre komponenter mener han, at man er i

stand til at kunne klare forskellige livsstressorer, som i hans optik kan være helt almindelig hverdagskonflikter, kriser og sygdom (Jensen & Johnsen 2009: 86). Med det salutogenetiske, sundhedsfremmende perspektiv har man fokus på at hjælpe folk til at styrke deres følelse af sammenhæng, så de er i stand til at begribe, håndtere og kan skabe mening med de livsstressorer de møder (Jensen & Johnsen 2009: 90-91). Dette er relevant i nærværende speciale da jeg undersøger en indsats der både forsøger at være sundhedsfremmende og forebyggende samt søger at skabe netværk og generere viden til en udsat gruppe af borgere med anden etnisk baggrund end dansk i Københavns Kommune.

4.0 Videnskabsteoretiske overvejelser

Jeg vil i nærværende speciale undersøge ovenstående problemformulering ud fra en kvalitativ tilgang. Dette indebærer ét kvalitativt interview med projektlederen for Sundhed på dit sprog (Bilag 1 og 2) samt feltarbejde udført som deltagerobservation. Det kvalitative interview med projektlederen er anvendt for at få indblik i indsatsen på et organisatorisk, institutionelt og politisk makroniveau samt i kraft af hendes funktion som en agerende aktør inden for Københavns Kommunes sundhedsvæsen og forebyggelsescenteret i forbindelse med Sundhed på dit sprog. For at få et større indblik i konstruktionen af etnicitet i forbindelse med uddannelsen, og de aspekter der er relevante her, anvender jeg deltagerobservation. Jeg følger i den forbindelse uddannelsen af 12 nye sundhedsformidlere fra perioden april til juni 2014. Uddannelsen af sundhedsformidlerne foregår på Forebyggelsescenter Nørrebro én gang ugentligt fra klokken 9.00 til 14.30. Den empiri der konstrueres gennem deltagerobservation udmundes i feltnotater (Bilag 3).

4.1 Socialkonstruktivistisk tilgang

I nærværende speciale undersøger jeg, hvordan etnicitet konstrueres under uddannelsen af nye sundhedsformidlere. Jeg indskriver mig med denne formulering i en socialkonstruktivistisk videnskabsteoretisk ramme, her baseret på Kirsten Bransholm Pedersens udlægning (Pedersen 2012). Når jeg sætter spørgsmålstegn ved konstruktionen af etnicitet, anlægger jeg et kritisk perspektiv på den sandhed, der er gældende hos Sundhed på dit sprog i udlægningen af målgruppen som etniske minoriteter (Pedersen 2012: 188). En sandhed som rent ontologisk aldrig er den eneste sandhed (Pedersen 2012: 190). Jeg indgår desuden i denne konstruktion idet jeg, som forsker gennem den kvalitative metode jeg anvender til at undersøge problemformuleringen, opstiller argumenter for og drager konklusioner på, hvorfor verden ser ud som den gør i denne kontekst (Pedersen 2012: 188). Mine erfaringer og forforståelser vil dermed altid indgå i det empiriske materiale som det konstrueres, og i den efterfølgende analyse og konklusion (Pedersen 2012: 188). Ligesom underviserne og sundhedsformidlerne hos Sundhed på dit sprog er indlejret i herskende diskurser er jeg det samme, hvilket med den socialkonstruktivistiske tilgang aldrig kan tilsidesættes eller ignoreres (Pedersen 2012: 188). Det er interaktionen der her er relevant og som jeg har undersøgt, i konstruktionen af etnicitet og i sundhedsformidlernes forhandling af deres position og identitet, idet viden skabes ud fra vores opfattelser om virkeligheden i en interaktionel konstruktion (Pedersen 2012: 188). Når jeg stiller disse spørgsmål som indgår i problemformuleringen og efterfølgende forsøger at besvare dem, konstruerer eller skaber jeg viden om netop denne

virkelighed, som jeg indgår i. Jeg anlægger dermed et bestemt perspektiv på dette felt og på denne problemformulering, som andre ikke nødvendigvis ville anlægge. Dermed er den sandhed jeg berører i nærværende speciale ifølge Pedersen perspektivistisk (Pedersen 2012: 188).

Epistemologisk er det ikke muligt at opnå en objektiv viden, men den opnåede viden afhænger af mit og aktørernes perspektiver i konstruktionen af feltnotater og ved samtaler under uddannelsens forløb (Pedersen 2012: 190). Med socialkonstruktivismen søger man ifølge Pedersen:

”... at afdække og skabe politisk bevidsthed omkring de måder, hvorpå individer (herunder forskere) og grupper deltager i skabelse af det, de opfatter som sandheder.” (Pedersen 2012: 189)

Dette mener jeg er tilfældet i nærværende speciale, idet jeg for det første undersøger konstruktionen af etnicitet under uddannelsen af nye sundhedsformidlere, samt for det andet undersøger sundhedsformidlernes forhandlinger af deres position og identitet inden for denne ramme. Fokus er dermed på hvordan sociale fænomener konstrueres, hvordan magtforhold har betydning for opfattede sandheder og hvordan bestemte sandheder er blevet institutionaliseret i samfundet og dennes kultur og politik. Forhandlinger omkring vores verden af aktører i samfundet på forskellige niveauer og på tværs af niveauer er centralt i socialkonstruktivismen (Pedersen 2012: 189), et aspekt jeg her inddrager i min problemformulering og ser som relevant for min undersøgelse. Jeg undersøger opfattelser, erfaringer, forforståelser og forhandlinger som synes sande i øjeblikket for aktørerne og som dermed er gyldig viden, hvorpå jeg kan drage mine egne konklusioner.

I stedet for en kvalitativ undersøgelse af konstruktioner og forhandlinger, kunne jeg kvantitativt have undersøgt hvor mange deltagere ved Sundhed på dit sprog der eksempelvis kan siges at leve op til KRAM-faktorerne, hvor mange der overholder de nye kostråd eller dyrker 30 minutters motion om dagen. Jeg kunne også måle på rygning, alkohol og fysisk aktivitet, som Københavns Kommune gør det i forbindelse med deres sundhedspolitik (Længe Leve København 2011: 7). Dette er dog ikke i min interesse. Min erkendelsesinteresse går på hvordan målgruppen defineret som etniske minoriteter synes relevant i en bestemt kommunal ramme, i en sundhedsfremmende ramme, for nogle bestemte aktører som med deres erfaringer og oplevelser kan give mig indsigt i målgruppen og i nogle bestemte problemstillinger herom. Med min kvalitative undersøgelse mener jeg, at jeg kan bidrage med viden om og give kvalitativ dokumentation på en indsats, man i Københavns Kommune har valgt at forankre i Forebyggelsescenter Nørrebro.

5.0 Undersøgelsens relevans

I dette kapitel vil jeg belyse hvordan sygdomsbilledet ser ud for etniske minoriteter i Danmark for dermed også at vise relevansen i nærværende undersøgelse af indsatsen Sundhed på dit sprog. Målet med Sundhed på dit sprog er som nævnt at mindske social ulighed i sundhed for etniske minoriteter, hvorfor jeg her vil fremhæve synspunkter herom, baseret på Sundhedsstyrelsens rapporter ”*Ulighed i Sundhed – Årsager og Indsatser*” (2011) og ”*Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi*” (2010).

5.1 Social ulighed i sundhed

Sundhedsstyrelsen fokuserer på social ulighed i sundhed af flere årsager: for at mindske ulighed i dødeligheden og dermed øge middellevetiden, for at mindske udgifter til sundheds-, beskæftigelses- og socialområdet samt for at sørge for at flere borgere kan komme i arbejde (Ulighed i sundhed 2011: 5). Ved at identificere forskellige aspekter af ulighed i sundhed kan man ifølge Sundhedsstyrelsen bedre målrette indsatser mod determinanterne og beslutte om indsatserne skal være forebyggende, behandlende eller rehabiliterende (Ulighed i sundhed 2011: 23). Her kan man bemærke at der ikke opereres med termen sundhedsfremmende. Social ulighed vises i rapporten på flere områder: I 2009 var forskellen på mænd og kvinders middellevetid i år for højeste og laveste indkomstkvarter på 9,9 års forskel for mænd og 6,2 år for kvinder (Ulighed i sundhed 2011: 33). Jo kortere uddannelse man har, jo færre år med godt helbred har man samt jo større konsekvenser har eventuelle sygdomme. Således er der 38 procent større forekomst af langvarig sygdom blandt folk med under 10 års uddannelse sammenlignet med folk med over 12 års uddannelse. Desuden pointeres i rapporten at der er stor ulighed i brugen af sundhedsvæsenet (Ulighed i sundhed 2011: 34). I rapporten differentieres social ulighed i forhold til befolkningsgrupper, opdelt i socioøkonomiske kriterier og udgangspunktet er en social inddeling, til forskel fra inddeling i køn, etnicitet eller geografi. Disse tre sidstnævnte inddelinger ses hos Sundhedsstyrelsen som sekundært til den sociale inddeling (Ulighed i sundhed 2011: 24).

5.1.1 Social ulighed og etniske minoriteter

Særligt for etniske minoriteter viser Sundhedsstyrelsen i rapporten ”*Ulighed i Sundhed*” (2011) at dødeligheden for indvandrere fra ikke-vestlige lande er lavere end Danmark, hvilket især tilskrives lavere alkohol- og tobaksforbrug, særligt blandt kvinder (Ulighed i sundhed 2011: 35). For etniske minoriteter er der dog samtidig forhøjet risiko for sygdomme som type 2 diabetes, KOL,

hjertesygdomme, hiv/aids og provokerede aborter, konstaterer Sundhedsstyrelsen og dette sygdomsmønster adskiller sig fra den generelle danske befolknings mønster (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5). I forlængelse af den høje sygdomsbyrde blandt etniske minoriteter konstaterer Sundhedsstyrelsen, at etniske minoriteter udgør en særlig sårbar gruppe, fordi der som nævnt kan være sproglige og kulturelle forståelsesproblemer gældende for gruppen i mødet med det danske sundhedsvæsen (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5). Sundhedsstyrelsen konstaterer på den baggrund, at der er behov for opmærksomhed på og forebyggelse af de gældende sygdomme og risikofaktorer som netop optræder hos de etniske minoriteter, således at man i sundhedsvæsenet dermed kan opspore de relevante sygdomme samt rådgive og vejlede gruppen hensigtsmæssigt (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5).

5.2 Selvvurderet helbred, etnicitet og social position – anden forskning i mit felt

Relevansen i at undersøge en indsats målrettet etniske minoriteter i en sundhedsfremmende ramme, viser sig i en videnskabelig undersøgelse lavet af Carsten Kronborg Bak og Pernille Tanggaard Andersen (Bak & Andersen 2013). De har lavet en videnskabelig undersøgelse af social ulighed i sundhed i et udsat boligområde og har i den forbindelse fokus på den betydning borgernes sociale position har for deres sundhed (Bak & Andersen 2013: 18). De forstår selvvurderet helbred ”... *som et individs egen opfattelse af hans eller hendes sundhedstilstand.*” (Bak & Andersen 2013: 21). De argumenterer for, at den sociale kontekst er afgørende for at forstå kompleksiteten i social ulighed i sundhed og måler social position gennem samtidige ressourcer såsom etnicitet, indkomst, uddannelse og økonomisk afsavn – samlet betegnet ”*levetårsressourcer*” (Bak & Andersen 2013: 18, 25). De mener, at social ulighed er knyttet til den sociale position i samfundet betragtet ud fra et ressourceperspektiv (Bak & Andersen 2013: 19). Med fokus på etnicitet i forhold til den sociale position ønsker forfatterne at give:

”... *en nuanceret diskussion af henholdsvis ’kulturel forklaring’ over for betydningen af social position for sundhed og trivsel.*” (Bak & Andersen 2013: 19)

Dette vil de, fordi de mener, at man ofte sammenligner etniske minoriteter med den danske majoritet i undersøgelser om sundhed, hvilket betyder at etnicitet og kultur ofte bliver forklaringen på ulighed i sundhed (Bak & Andersen 2013: 19). Jeg har tidligere beskrevet hvordan Sundhedsstyrelsen skriver, at kulturelle aspekter samt kulturelle barrierer og forståelsesproblemer

for etniske minoriteter har konsekvenser for mødet med sundhedsvæsenet, hvilket betyder at Sundhedsstyrelsen tillægger kulturelle forskelle en væsentlig årsag. Med denne tilgang mener Bak og Andersen at konsekvensen muligvis kan være stigmatisering på grund af etniske tilhørsforhold og tilgangen kan ligeledes sløre for andre årsager eller faktorer som kan have betydning for mulige interventioner (Bak & Andersen 2013: 20). Dette aspekt om betydningen af etnisk tilhørsforhold har jeg også fokus på, idet Sundhed på dit sprog særligt henvender sig til etniske minoriteter, og jeg kan i den forbindelse fundere over om Sundhed på dit sprog med en målgruppe tydeligt defineret som etniske minoriteter, stigmatiserer den gruppe, man særligt ønsker at hjælpe. Bak og Andersen konkluderer, at etnicitet og kultur ikke har signifikant betydning for selvvurderet helbred, men at ophobning af risikofaktorer målt som manglende ressourcer har betydning (Bak & Andersen 2013: 20). De konkluderer samtidig at der er:

”... en svag tendens til, at de med en anden etnisk baggrund end dansk har dårligere selvvurderet helbred end etniske danskere.” (Bak & Andersen 2013: 25)

Dette bekræfter Sundhedsstyrelsen ligeledes, som nævnt ovenfor.

6.0 Metode og empiri

I dette kapitel vil jeg redegøre for de metoder jeg anvender til at konstruere min empiri. I kronologisk rækkefølge er empirien konstrueret gennem først et kvalitativt interview med projektlederen for Sundhed på dit sprog. Efterfølgende er empirien konstrueret gennem feltarbejde, med brug af deltagerobservation under uddannelsen af det nye sundhedsformidlerkorps, med opstart fredag 25. april 2014 frem til afslutningen fredag den 20. juni 2014.

6.1 Interview med projektlederen for Sundhed på dit sprog

Det første led i konstruktionen af empirien er et kvalitativt interview med projektlederen for Sundhed på dit sprog. Hun har været projektleder og koordinator siden 2010 og er hovedansvarlig for indsatsen i hele Københavns Kommune, med base i Forebyggelsescenter Nørrebro. Jeg undersøger i den forbindelse hendes oplevelse af indsatsen, hendes definition af målgruppen, hendes intentioner om det nye korps og om indsatsens fremtidige virke. Det kvalitative interview er udført som et semistruktureret interview (Schmidt et. al. 2011: 62). Gennem en interviewguide er fire temaer fastlagt: Informantens faglige baggrund og funktion i Forebyggelsescenter Nørrebro, Sundhed på dit sprog, målgruppen samt det nye korps (Bilag 1). Spørgsmål inden for hvert tema er formuleret i guiden som retningslinjer for interviewet. For at få informanten til at fortælle frit og åbent er der i interviewspørgsmålene fokuseret på at spørge ind til eksempler. På den måde tager spørgsmålene også udgangspunkt i det informanten fortæller og finder relevant (Schmidt et. al. 2011: 62). På baggrund af de fire temaer i interviewguiden er transskriptionen af interviewet ligeledes opdelt i fire dele (Bilag 2). Transskriptionen er opbygget således, at det jeg som interviewer siger er markeret med "I" for Interviewer, mens det projektlederen siger er markeret med "P" for Projektleder. I del 3 i transskriptionen vises hvordan jeg spørger ind til eksempler som altså fordrer åbne og frie svar fra informanten:

10.45 I: *"Og hvad er andre eksempler på de der faste ting I har?"*

Og

24.06 I: *"Kan du give sådan for eksempel tre eksempler på en person der kunne deltage i Sundhed på dit sprog?"*

Enkeltinterviewet er i dette tilfælde valgt, fordi informanten som projektleder bedst kan fortælle om sin hverdag i arbejdet med indsatsen og de tanker der ligger bag, både i kraft af hendes erfaring men også i kraft af hendes position i en kommunal, institutionel, politisk organisation. Et

fokusgruppeinterview med flere aktører er ikke relevant her, idet der kun er én projektleder på Sundhed på dit sprog for hele Københavns Kommune, samtidig med at jeg ikke ønsker en nuanceret diskussion om indsatsens virke eller tendenser eller diskurser, men en klar formulering af intentionen bag samt hendes oplevelser af indsatsen. Schmidt et. al. anbefaler, at man afhængig af informanten kan stille sine spørgsmål i et mere eller mindre akademisk sprog (Schmidt et. al. 2011: 68). I dette tilfælde er informanten selv akademiker, hvilket gav mig mulighed for at stille nogle spørgsmål både i en akademisk samt en mere hverdagsfunderet form, så samtalen forløb flydende og konverserende. Interviewet er udført ansigt til ansigt på Forebyggelsescenter Nørrebro, hvor informanten arbejder og har sin daglige gang og dermed er hun den i interviewsituationen der har hjemmebane. På den måde eksisterer de rammer informanten kender i forvejen, hvorfor hun forhåbentligt følte sig tryk ved situationen (Schmidt et. al. 2011: 73).

Interviewet er optaget med informantens samtykke, med henblik på transskription. Der er ifølge Schmidt et. al. flere fordele ved at optage interviewet. Eksempelvis at interviewet dokumenteres detaljeret, man behøver heller ikke selv tage notater undervejs som kan være fulde af tolkninger i forhold til væsentlighed, samt at man har mulighed for at lytte interviewet igennem senere hen med henblik på analyse og tolkning (Schmidt et. al. 2011: 76). Interviewet har jeg som nævnt, transskriberet, i dette tilfælde i interviewets fulde længde. På den måde er data tilgængeligt og håndterbart. Denne metode er valgt, fordi jeg undersøger konstruktioner af etnicitet som informanten bringer frem i interviewet, hvorfor de specifikke sociale kategoriseringer er vigtige at få udskrevet, men også den kontekst kategorierne indgår i. Desuden har jeg mulighed for at påbegynde analysen ved at transskribere interviewet (Schmidt et. al. 2011: 77). Både det optagede interview og transskriptionen af interviewet vil være primær data til brug i analysen.

Som nævnt er første tema for interviewet informantens faglige baggrund og jobfunktion hos Forebyggelsescenter Nørrebro i forbindelse med Sundhed på dit sprog. Dette er hensigtsmæssigt for at få placeret informanten i forhold til indsatsen og målgruppen, og er en måde at få informanten i tale (Schmidt et. al. 2011: 74). Temaerne og spørgsmålene formuleret i interviewguiden er formuleret med den hensigt at interviewe projektlederen. Interviewguiden er altså ikke en generel guide, men en specifik interviewguide, kun til dette formål. Under selve interviewet har jeg som interviewer anvendt understøttende lyde som ”ja” og ”ok” for at vise forståelse for og interesse i det informanten fortæller. Ligeledes kan informanten komme med alle de eksempler hun kommer på,

og uddybe de ting hun finder relevant (Schmidt et. al. 2011: 74). Som afslutning på interviewet spurgte jeg ind til, om der var noget jeg havde glemt at spørge om eller noget hun synes, jeg skulle vide mere om i forhold til indsatsen, målgruppen eller det nye korps. På den måde gav jeg hende en mulighed for at fortælle nogle ting, hun måske brændte inde med eller synes jeg ikke havde spurgt nok ind til, hvilket der ikke var. Efter interviewet noterede jeg mine umiddelbare indtryk i forhold til den måde etnicitet konstrueres på og de kategoriseringer informanten kom med, som er relevante i forbindelse med målgruppen. Disse indtryk var, at etnicitet er den primære kategorisering. Sprog, køn og social klasse er andre vigtige kategoriseringer hvormed etnicitet konstrueres. Hvordan projektlederen gør disse sociale kategorier relevante i konstruktionen af etnicitet, viser jeg i analysen i kapitel 10.

6.2 Feltarbejde og deltagerobservation ved uddannelse af sundhedsformidlere

Næste skridt i konstruktionen af empiri er feltarbejde, herunder deltagerobservation. Ifølge Tjørnhøj-Thomsen og Whyte er feltarbejde den metodiske strategi man har og deltagerobservation er den måde man arbejder på i felten (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 90). Formålet med feltarbejde er i deres optik at indgå i det fællesskab der studeres som en del af fællesskabet (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 90). Dette gør jeg ved at sidde sammen med eleverne ved uddannelsen, uden dog selv at tage uddannelsen som sundhedsformidler. Dette fordrer dermed også en uforudsigelighed i feltarbejdet, hvormed mine data ikke er afgjort på forhånd. Forfatterne argumenterer for, at det er ved at tage del i menneskernes liv og hverdag og samtidig ved at observere det, at man som forsker kan indgå i fællesskabet (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 90-91). Man får dermed mulighed for at: *"... observere på nært hold, men også for at erfare en anden verden."* (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 91). Ved at anvende feltarbejde og deltagerobservation skabes data gennem min egen involvering, hvorved også mine erfaringer indgår i empirien. Dette tydeliggøres i feltnotaterne ved det jeg kalder *"Generelt for dagen"* (Bilag 3) som er refleksioner omkring nogle temaer/emner/ting jeg observerer og som undrer mig eller er konklusioner jeg drager. Et eksempel på dette er:

"Generelt spørges de meget ind til deres erfaringer og oplevelser omkring deres kultur igennem hele uddannelsesforløbet." (Feltnoter 23.05.14)

At indgå i fællesskabet betyder dermed også at etablere sociale relationer, hvor jeg samtidig giver noget af mig selv som person, ikke bare som forsker eller observatør. Når man laver feltarbejde og

deltagerobservation påvirker man feltet og de mennesker der indgår heri, hvilket betyder, at den viden der skabes også påvirkes, jævnfør den socialkonstruktivistiske tilgang. Det er derfor ifølge Tjørnhøj-Thomsen og Whyte vigtigt, at man er kritisk reflektiv over de valg man træffer som kan have indflydelse på sit datamateriale, samt på de vilkår og sociale processer der kan have betydning for empirien (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 91). Feltarbejdet er som nævnt udført i Forebyggelsescenter Nørrebro og jeg har rent fysisk placeret mig i baggrunden af eleverne som tager uddannelsen, i forsøget på ikke at deltage for meget, idet jeg ikke ønskede at influere på den undervisning de fik og de refleksioner de gjorde sig, da det netop er disse aspekter jeg undersøger i nærværende speciale. Dette lykkedes ikke helt, da jeg husker at jeg fra tid til anden stillede spørgsmål til eksempelvis oplæg afholdt af sundhedsformidlerne, for at få større indsigt i deres overvejelser, tanker og bevæggrunde. Jeg stillede også spørgsmål til underviserne, særligt mens der var gruppearbejde. Et eksempel på dette er fra undervisningsgangen den 14.05.14 hvor underviseren opstiller to cases for sundhedsformidlerne og jeg spørger ind til relevansen af nationalitet:

”Tyrkisk ægtepar og deres familie (1) og pakistansk ægtepar (2): Der differentieres på nationalitet (tyrkisk), men har det betydning? Underviseren siger at det er tænkt ind at skrive tyrkisk, for at høre hvor meget sundhedsformidlerne går op i nationaliteten. For nogle kan det være vigtigt, hvor folk er fra. Sundhedsformidlerne fokuserer dog her mere på den sygdom der er opgivet i casen og de helbredsproblemer der er.” (Feltnoter 14.05.14)

Forebyggelsescenter Nørrebro er rammen om undervisningen og det er her projektlederen arbejder og har sin daglige gang og kan træffes. Samtidig er det her sundhedsformidlerne skal henvise målgruppen til. Det er også her mange af aktiviteterne på Sundhed på dit sprog afholdes, som for eksempel dialogmøder, motionscafé samt kvinde- og mandecaféen. Det er desuden dette sted sundhedsformidlerne skal kende og færdes i efter uddannelsen og her de skal fungere som sundhedsformidler i fremtiden. På den måde deler jeg både rum og tid med sundhedsformidlerne og underviserne. Jeg indgår i det tidsrum der bruges på at lære om målgruppen, at lære om at formidle til målgruppen og det der så skal formidles. Dermed ikke sagt at sundhedsformidlerne og underviserne ikke tænker på eller snakker om målgruppen uden for undervisningstiden, men jeg vælger at følge dem der hvor det er aktuelt, altså i forbindelse med uddannelsen. Tjørnhøj-Thomsen og Whyte understreger, at det er en af betingelserne ved at lave feltarbejde og deltagerobservation, at man ikke altid kan deltage i alle aspekter af hverdagslivet (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 93), især i dette tilfælde hvor der er 12 elever og en håndfuld undervisere.

Uddannelsen til sundhedsformidler er ikke noget alle kan deltage i eller få på sit CV. Der blev slået et stillingsopslag op og man kunne ansøge stillingen. Pointen er, at uddannelsen ikke er åben for alle. Folk fra gaden kan ikke bare dukke op og deltage. Det kræver en form for adgang til eller indgang til uddannelsen. Det samme er gældende for mig som forsker. Jeg behøver også en adgangstilladelse til at komme og overvære eller observere uddannelsen og indgå i denne kontekst (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 97). Adgangen har i dette tilfælde været nem, da jeg som nævnt kender indsatsen og projektlederen i forvejen. Jeg henvendte mig derfor til projektlederen og hun gav mig med det samme lov til at følge uddannelsen og møde sundhedsformidlerne. Hun har i dette tilfælde fungeret som gatekeeper, altså den der har givet mig formel tilladelse til at indgå i felten (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 97). Det hun gav mig tilladelse til, var at observere uddannelsen og sundhedsformidlerne, hvormed de også er gatekeepers og bestemmer hvorvidt jeg har adgang til dem og deres refleksioner (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 97). I den forbindelse skal det nævnes at der er 12 sundhedsformidlere, der tager uddannelsen og dermed 12 gatekeepers jeg skal forhandle med, hver gang vi mødes. Desuden er der det aspekt at jeg muligvis 12 gange skal kunne forklare hvorfor jeg er der og hvad mit formål er, så der sker en vedvarende forhandling. Jeg vurderer dog, at jeg fik adgang til sundhedsformidlernes refleksioner og erfaringer så snart jeg fik lov til at observere dem under uddannelsen. Jeg har derfor valgt at være med under uddannelsen fra start til slut, så mange timer som muligt, idet jeg bestræbte mig på at involvere mig så meget som muligt for dermed at opnå accept og tillid fra sundhedsformidlerne. Det der kan være svært i dette tilfælde er ikke adgangen til selve uddannelsen, men adgangen til sundhedsformidlernes videre forløb og refleksioner, som ikke kommer frem under undervisningen, men som jeg må spørge ind til for at finde ud af og få indsigt i. Denne mulighed tog jeg under pauserne. Jeg kunne desuden følge op på disse små samtaler med individuelle interviews med sundhedsformidlerne, for at få endnu større indsigt i deres personlige tanker om forløbet. Dette har jeg bevidst valgt ikke at gøre, da min interesse i nærværende undersøgelse går på hvordan etnicitet konstrueres og hvordan sundhedsformidlerne forhandler deres position og identitet, i interaktion med hinanden, i rammen af uddannelsen, i mødet med forebyggelsescenteret og gennem de aspekter denne ramme står for og repræsenterer.

Deltagerobservation fordrer ifølge Tjørnhøj-Thomsen og Whyte et paradoks, idet man ved at observere distancerer sig fra forskningsobjektet, mens man med deltagelse involveres i forskningsobjektet. Man udfører dermed deltagerobservation ved at skifte mellem at observere og

deltage (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 100). Dette er tilfældet når jeg skifter mellem at sidde i baggrunden og observere undervisningen, til at deltage i frokosten med formidlerne og i gruppearbejde og debat i plenum. Forfatterne mener, at denne praksis med at skifte mellem at observere og deltage er almen mellem menneskelig praksis, mens man i antropologien ser det som en videnskabelig metode, hvilket er årsagen til at det her beskrives som en kvalitativ metode. Det vigtige er, at man som forsker udnytter sin uvidenhed ved at give sig hen til feltet for at forstå den virkelighed, der eksisterer her og de livsvilkår, der er gældende (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 101). På den måde bliver deltagerobservation en læringsproces for mig som forsker. Ved at deltage i undervisningen af de nye sundhedsformidlere får jeg indsigt i, hvad de stiller af spørgsmål om målgruppen og hvordan deres etniske baggrund kommer i spil, idet jeg indgår i deres sociale kontekst og virkelighed. Jeg får indsigt i, hvad der er meningsfuldt for sundhedsformidlerne og ved at følge alle uddannelsesgangene får jeg mulighed for i en iterativ proces, at vende tilbage med nye spørgsmål og observationer, for på den måde hele tiden at justere min viden (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 102). Min indsigt kommer fra observation af og dialog med aktørerne, som ifølge forfatterne er måder at forstå deltagerobservation på (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 105). Ved at skrive feltnotater fra første dag og uddannelsen igennem har jeg et empirisk materiale der kan anvendes til genstand for analyse. På den måde opnår jeg ifølge forfatterne en ”... *analytisk forståelse, som overskrider den umiddelbare forståelse, der opstår i situationen.*” (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 108). Feltnotaterne består af deskriptive notater som beskriver dato, tidspunkt, hvor det sker, hvad temaet er, for eksempel temaet for undervisningen, og hvad situationen er. Desuden består feltnotaterne af analytiske notater, som er analytiske indfald eller idéer der kommer efterhånden som feltarbejdet skrider frem. Idet jeg undersøger konstruktionen af etnicitet kigger jeg efter hvordan etnicitet konstrueres under uddannelsen, også i relation til andre sociale kategorier. Jeg undersøger desuden sundhedsformidlernes forhandlinger af deres position og identitet og hvilke styrker og svagheder, der kan tænkes at være ved disse forhandlinger. Derfor kigger jeg i den forbindelse efter situationer, hvor de selv ytrer en forhandling af deres identitet gennem eksempelvis kulturelle aspekter og deres position som del af målgruppen qua deres etniske minoritetsbaggrund og som sundhedsformidlere der skal agere rollemodeller for målgruppen.

Ifølge Tjørnhøj-Thomsen og Whyte er ”*videnskaben [...] altid både positioneret og partiel.*” (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 99-100). Dette har indflydelse på min position som forsker idet viden afhænger af eller er positioneret i forhold til en eller flere, der ved noget om nogen og fra et

bestemt perspektiv, samtidig med at man ikke kan komme til at vide alt om det man undersøger, hvilket gør den viden man har eller får til partiel viden (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 100). Den viden jeg opnår, afhænger af felten og mine relationer til de mennesker der indgår i felten og er derfor socialt afhængig. Samtidig afhænger mine observationer af mig som forsker og person, idet jeg ser fra en position, på en bestemt måde og efter noget bestemt (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 104). I dette tilfælde ser jeg nogle bestemte sociale kategorier der konstruerer etnicitet samt forhandlinger under uddannelsen. Denne positionering der er gældende for mig som forsker og for sundhedsformidlerne der tager uddannelsen nu, fordrer dermed også jævnfør den kvalitative metode, at selve undersøgelsen og analysen ikke er reproducerbar eller generaliserbar (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 111). Det er muligt at lave samme undersøgelse, næste gang der skal uddannes nye sundhedsformidlere, men det bliver med en anden forsker og med nogle andre elever, så denne undersøgelse jeg laver, vil ikke kunne gentage sig med samme sociale konstruktion. Dermed ikke sagt at undersøgelsen, analysen og konklusionen ikke er gyldig, men lever i kraft af valg af teori om etnicitet og differentiering, valg af metode gennem mit kvalitative interview og min deltagerobservation, samt ved at inddrage anden relevant forskning i mit felt, op til kravet om validitet (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 111-112). Jeg har tidligere vist eksempler fra mine feltnotater og jeg vil i analysen vise yderligere uddrag, hvilket ifølge forfatterne er med til at give undersøgelsen, analysen og konklusionen validitet (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 112). Desuden vedlægger jeg feltnotaterne som bilag (Bilag 3) samt interviewguiden (Bilag 1) og transskriptionen af interviewet med projektlederen som bilag (Bilag 2), hvilket dokumenterer min empiri.

6.3 Etiske overvejelser

Jeg undersøger en forankret indsats i Forebyggelsescenter Nørrebro under Københavns Kommune. Indsatsen og stedet og dermed rammen for undersøgelsen vælger jeg ikke at anonymisere, selvom man i nogle tilfælde vælger at gøre dette (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011: 114). Jeg finder det vigtigt for min undersøgelse og for rammen om denne, at beskrive og redegøre for indsatsen som den reelt er, således at den viden jeg her producerer kan anvendes i denne konkrete kontekst, og eventuelt kan fungere som inspiration i de andre forebyggelsescentre i Københavns Kommune eller i andre kommuner.

Sundhed på dit sprog ledes af en enkelt projektleder, som jeg i nærværende speciale har valgt at anonymisere. Jeg har gjort det på den måde at jeg her valgt ikke at nævne hende ved navn men som projektleder samt i uddrag fra interview som ”P” for projektleder. Dette på trods af at hun ikke er svær at udpege som projektleder for indsatsen. Hun har heller ikke selv ønsket anonymisering, men jeg ser ingen grund til at nævne hende ved navn i nærværende speciale.

Som nævnt er det projektlederen for Sundhed på dit sprog, der har givet mig adgang til at følge uddannelsen af de nye sundhedsformidlere. Hun har dermed på sundhedsformidlernes vegne, givet mig tilladelse til at få indsigt i deres tanker og udtalelser i forbindelse med uddannelsen. Den første dag af uddannelsen var der en navnerunde så alle fik mulighed for at lære hinandens navne. Disse navne har jeg valgt ikke at nævne i mine feltnotater, på trods af at navnene blev sagt højt i lokalet. Jeg har altså valgt også at anonymisere sundhedsformidlerne. Dette vælger jeg fordi der i løbet af uddannelsen kom personlige ting frem som for eksempel sygdomsforløb hos nogle og bopæl hos andre. Disse oplysninger ser jeg det ikke etisk forsvarligt at gøre tydeligt ved navn, hvorfor navnene på sundhedsformidlerne er udeladt.

7.0 Etnicitet

I dette kapitel vil jeg inddrage begreber som etnicitet samt social og etnisk kategorisering baseret på Richard Jenkins' værk *"Rethinking Ethnicity"* (2008). Jeg anvender Jenkins, fordi han med forskning i Danmark, Irland og Wales og gennem hans koncept om at redefinere etnicitet, giver mig mulighed for at opnå en nuanceret forståelse af begrebet etnicitet og hvordan etnicitet konstrueres. Desuden vil jeg inddrage hans begreber om etnisk identifikation, gruppeidentifikation og teorien om "os" og "dem", da disse begreber også giver mig indsigt i kompleksiteten omkring etnicitet. Da Sundhed på dit sprog er en kontekst hvori målgruppen defineres som etniske minoriteter, vil jeg slutteligt inddrage hans fremlægning af formelle og uformelle kontekster for etnisk kategorisering.

7.1 Hvad er etnicitet?

Etnicitet fra græsk betyder folk, nation eller *"peoplehood"* og etnicitet er ifølge Jenkins til stede når en samling af folk bor og agerer sammen (Jenkins 2008: 10). Ordet etnicitet er i dag, ifølge Jenkins en del af vores daglige diskurs og anvendes især politisk når man skaber differentieringer af grupper, både i Europa og globalt (Jenkins 2008: 10). En etnisk gruppe opstår når en gruppe mennesker anser sig som værende *"... of common descent"* (Jenkins 2008: 10). En gruppe skal dermed selv anse sig som en gruppe før gruppen opstår, hvilket ofte sker når man vil distancere sig fra en anden gruppe. Det at tilhøre en etnicitet og at have et *"ethnic membership"* (Jenkins 2008: 10) udgør ikke en gruppe, men et sådant *"ethnic membership"* er med til at facilitere gruppedannelser på politisk plan. Det er inden for den politiske sfære at diskursen om en fælles etnicitet opstår og Jenkins påpeger vigtigheden i at man med denne tankegang, ser en gruppes fælles ophav som en konsekvens af politiske diskurser og ikke en årsag til dem. Folk føler, at de hører sammen som konsekvens af, at de agerer sammen og den kollektive interesse fordrer etnisk identifikation (Jenkins 2008: 10). Som gruppe lukker man sig om sig selv på baggrund af det etniske fællesskab idet:

"Any 'cultural stuff' in common can provide a basis and resource for ethnic closure: language, ritual, kinship, economic way of life, lifestyle more generally, the division of labour, are all likely possibilities in this respect." (Jenkins 2008: 10-11)

Jenkins fremhæver, at man ikke kun kan differentiere en etnisk gruppe på baggrund af de kulturelle aspekter som dem nævnt ovenfor, altså ting man kan måle og observere (Jenkins 2008: 11). I tillæg til de kulturelle aspekter, opstår en etnisk gruppe når både folk inden for gruppen men også folk

uden for gruppen anerkender gruppen som en sådan. Dette indebærer, at man er i stand til at skelne hvem der hører til og ikke hører til gruppen. Han mener at: *"Identity is a matter of the outs as well as the ins."* (Jenkins 2008: 11). Man kan dermed ikke studere minoriteten uden også at se på majoriteten. Opsummerende fremhæver Jenkins: at etniske grupper defineres ud fra hvad andre og man selv definerer dem som; kulturelle differentieringer skaber en fælles etnicitet; etniske grupper er ikke selv årsag til denne gruppering, da det er en konsekvens af politiske diskurser og etnisk identifikation sker ud fra og igennem forskellige gruppers interaktion (Jenkins 2008: 11). Når man definerer etnicitet skal man ifølge Jenkins fokusere på kulturelle differentieringsforhold såsom forholdet mellem *"os"* og *"dem"* (Jenkins 2008: 12). Man ser dermed på:

"... the social processes which produce and re-produce [...] boundaries of identification and differentiation between ethnic collectivities." (Jenkins 2008: 12)

På den måde mener Jenkins, at fokus er på relationen mellem grupper og gruppernes medlemmer, hvormed den etniske identitet bekræftes eller forandres gennem interaktionen mellem *"decision-making, strategizing individuals"* (Jenkins 2008: 13). En fælles kultur opstår i og af processer hvor man vedligeholder de etniske afgrænsninger der er, mens kultur i sig selv er foranderligt og er ikke en statisk enhed (Jenkins 2008: 13). Jenkins mener at etnicitet defineres, konstrueres og reproduceres situationelt gennem interaktion, hvilket kan ske inden for eller på tværs af den etniske afgrænsning. Han identificerer derfor to former for interaktionsprocesser: interne og eksterne definitionsprocesser (Jenkins 2008: 54). Den interne definitionsproces er, når en gruppe signalerer en identitet eller en definition af hvem de er til andre i gruppen, hvilket kan ske både individuelt eller kollektivt. Definitionsprocessen her er interaktionel og socialt funderet idet der altid skal være nogle modtagere af signalerne, så der opstår en fælles forståelse inden for gruppen (Jenkins 2008: 54). Den eksterne definitionsproces sker når et individ eller en gruppe definerer andre, hvilket kan ske at være en bekræftelse af *"de andres"* definition af sig selv eller det kan ske at være en kategorisering af *"de andre"* som de ikke genkender eller definerer sig som, hvilket kan skabe konflikt grupperne imellem og kan have betydning for gruppernes sociale erfaringer (Jenkins 2008: 54). For at denne definitionsproces er succesfuld skal der være en form for magt eller autoritet, hvilket indebærer en kontrol over ressourcer (Jenkins 2008: 55). Jenkins pointerer at kun på et analytisk plan kan disse to processer adskilles. I vores hverdagsliv hænger de sammen i vores daglige identifikationsproces og både for grupper men også individuelt dannes identiteten i mødet mellem den interne definition og den eksterne kategorisering (Jenkins 2008: 55). Når det handler

om etnicitet og konstruktionen af etnicitet mener Jenkins, at man også skal huske vigtigheden i andre faktorer såsom klasse og den sociale konstruktion af magtrelationer der er til stede (Jenkins 2008: 93). Det er blandt andet gennem andre faktorer eller kategorier at jeg undersøger konstruktionen af etnicitet.

7.2 The Basic social anthropological model of ethnicity

Jenkins har på baggrund af ovenstående teoretiske aspekter skabt det, han kalder ”*The basic social anthropological model of ethnicity*” som består af fire punkter, her citeret fra hans bog ”*Rethinking Ethnicity*” (Jenkins 2008: 14):

1. *Ethnicity is a matter of cultural differentiation - although, [...] identification always involves a dialectical interplay between similarity and difference.*
2. *Ethnicity is centrally a matter of shared meanings - what we conventionally call 'culture' - but is also produced and reproduced during interaction.*
3. *Ethnicity is no more fixed or unchanging than the way of life of which it is an aspect, or the situations in which it is produced and reproduced.*
4. *Ethnicity, as an identification, is collective and individual, externalized in social interaction and the categorization of others, and internalized in personal self-identification.*

De første tre punkter i modellen giver mig begreber at analysere konstruktionen af etnicitet, mens det sidste punkt i modellen om etnicitet som en identifikation, giver mig et værktøj til at analysere sundhedsformidlernes forhandling af deres position og identitet, hvilket uddybes i kapitel 9 og 10. Jenkins påpeger at etnicitet og kultur hverken er noget man har eller tilhører, tværtimod er det noget man dagligt ”*experience, use, learn and 'do'*” (Jenkins 2008: 15). I denne daglige proces konstruerer man sig selv på ny samt sin forståelse af andre. Med kultur mener han religion, skikke og love, tradition, materiel kultur, sprog og madvaner, som er en del af indholdet af etnicitet og er ifølge Jenkins relevant for hvordan man undersøger og differentierer etnicitet på (Jenkins 2008: 111). Om en etnicitet enten forandres eller forbliver vedholdende, afhænger af graden af ”*ethnic attachment*” som går på fælles interesser, fælles institutioner og en fælles kultur (Jenkins 2008: 126). I nogle kulturer er sproget ifølge Jenkins den vigtigste kulturelle faktor der bedst symboliserer denne kultur, hvorfor man ønsker at bevare og beskytte dette sprog for at opretholde sin identitet eller etnicitet (Jenkins 2008: 130). Jenkins skriver, at når man anvender begrebet etnicitet til at beskrive ”*den anden*”, så anvendes etnicitet til at beskrive andre i stedet for sig selv hvilket han

mener er problematisk, idet vi alle er en del af en eller flere etniciteter (Jenkins 2008: 15). Jenkins mener, at vores verden er ordnet i institutionaliserede sociale grupper, hvori eksklusion og marginalisering er problematiske aspekter (Jenkins 2008: 17). Dette aspekt er relevant i nærværende undersøgelse af Sundhed på dit sprog, som specifikt er målrettet etniske minoriteter, hvor eksklusion og marginalisering er en mulig konsekvens.

7.3 "Os" og "dem"

Jenkins mener, at man som forsker skal huske på at etnicitet og etnisk afgrænsning konstrueres og reproduceres socialt, idet etniske grupper er udgjort af kategorier som defineres og identificeres af aktørerne inden for og uden for gruppen. Man skal dermed som forsker ifølge Jenkins være opmærksom på de processer og praksisser hvori disse kategorier og definitioner konstrueres (Jenkins 2008: 19). Når man undersøger og analyserer etnicitet, hvilket er tilfældet i nærværende undersøgelse, må man ifølge Jenkins først se på "*... the definition of the situation held by social actors.*" (Jenkins 2008: 19). Dette gør jeg ved at inddrage aspekter om social ulighed i sundhed og etniske minoriteter som beskrevet af Sundhedsstyrelsen og af Københavns Kommune, herefter om etniske minoriteter som målgruppen for Sundhed på dit sprog og slutteligt ved at lave en undersøgelse der indebærer interview med projektlederen og deltagerobservation af uddannelsen af nye sundhedsformidlere. Hernæst mener Jenkins, at det er uundgåeligt at have opmærksomhed på interaktionen mellem "os" og "dem" som opretholder den etniske afgrænsning. Dette har jeg, når jeg undersøger konstruktionen af etnicitet i den specifikke kontekst samt sundhedsformidlernes forhandlinger af deres position og identitet. Den etniske identitet afhænger af tilskrivning eller betegnelsen af den, både fra folk tilhørende gruppen men også fra aktører uden for gruppen. Dermed afhænger etnicitet af situationen hvilket igen stadfæster etnicitet som en ikke-statisk betegnelse eller definition (Jenkins 2008: 19). Etnicitet er processen hvori andres differentiering forstærker følelsen af "os" i "vores" identificering eller organisering. Etnicitet afhænger dermed af begge parter i afgrænsningen fra de andre eller i kontrasten til dem. Når "vi" forandrer os sker der en forandring i grænsen mellem "os" og "dem" og nogle nye konstruktioner opstår (Jenkins 2008: 20).

Etnisk differentiering består altså ifølge Jenkins i den sociale konstruktion af "os" og "dem" ud fra kulturelle parametre og er til stede overalt i alle sociale samfund (Jenkins 2008: 48). En gruppe er ikke en selvstændig ting men er foranderlig og opstår på baggrund af interaktion og klassifikation,

det vil sige definitionen af "os" og kategoriseringen af "dem" (Jenkins 2008: 52). Definitionen af "os" og kategoriseringen af "dem" udgør ifølge Jenkins to analytiske processer nemlig "group identification" og "social categorization" (Jenkins 2008: 23). Social kategorisering handler om magtrelationer og om hvordan man kan tilskrive andre sine værdier eller kategoriseringer, samt hvordan man som gruppe kan modstå en sådan tilskrivning. Med denne tankegang handler etnicitet mere om at kategorisere "dem", end det som ved gruppeidentifikation handler om identifikationen af "os" (Jenkins 2008: 23). De to termer kan dog i hans optik ikke adskilles, idet der altid sker en kategorisering af "dem", når der sker en identifikation af "os" og vice versa. Han mener, at det vigtigste er, at man ikke glemmer magtrelationen, der er til stede, lige meget om man analyserer på gruppeidentifikation eller på social kategorisering (Jenkins 2008: 23). En gruppeidentitet er ikke en ting man kan have, men er processer af identifikation man går igennem. Jenkins mener ikke, at vores identitet er afgørende for de ting vi gør. Vores adfærd er nemlig bestemt af de bevidste valg vi træffer, sammensat af faktorer som vaner, følelser, følelsen af velvære, ressourcer og viden (Jenkins 2008: 25). Identitet dannes altså på baggrund af begge former, både udefra og indefra (Jenkins 2008: 56-57). Jenkins pointerer at en kategori altid kan blive til en gruppe og en gruppe også altid er kategorier, idet den eksternaliserede kategorisering kan gå hen og blive internaliseret af gruppen på grund af sociale magtrelationer, hvormed gruppen vil ændre den måde man definerer sig selv på til den eksternaliserede kategorisering af gruppen (Jenkins 2008: 57).

7.4 Etnisk identitet

"Ethnicity, in particular, is best thought of as an ongoing process of ethnic identification." (Jenkins 2008: 15). Når man i Jenkins' optik vælger at analysere begrebet etnicitet, skal man inddrage aspektet om magt og autoritet og hvilken betydning dette har for den sociale konstruktion af etniske identiteter (Jenkins 2008: 76). Jeg undersøger hvordan etnicitet konstrueres blandt andet i relation til andre sociale kategorier, hvor jeg her også vil belyse hvor og hvordan magt og autoritet er til stede ved indsatsen og under uddannelsen af de nye sundhedsformidlere. Dette aspekt er også relevant i analysen af sundhedsformidlernes forhandling af deres position og identitet.

Man skal ifølge Jenkins medtænke mikro- og makroplan når man ser på etnisk identitet, hvilket for ham indebærer at se på hvad etnicitet betyder for det enkelte individ (Jenkins 2008: 47). Dette gør jeg når jeg undersøger sundhedsformidlernes forhandlinger af deres position og identitet. På den måde er etnicitet socialt konstrueret. Jenkins pointerer at individer eller grupper ikke altid har

mulighed for selv at vælge: "... *who they are or what their identity means in terms of its social consequences.*" (Jenkins 2008: 49). Dette skyldes magtforhold og magtforskelle. Betydningen af den etniske identifikation og hvor meget denne egentlig fylder, afhænger af og måske gensidigt forstærkes af de kontekster man indgår i samt af tid og sted og har dermed forskellige konsekvenser (Jenkins 2008: 49). Han konkluderer at kategorisering ikke kan undgås "... *in our efforts to know and understand the human world, and in all social identification.*" (Jenkins 2008: 73)

Han mener, at det er vigtigt at huske på, at der ikke nødvendigvis er en sammenhæng mellem stigmatisering, undertrykkelse og kategorisering, idet kategorisering også kan være neutral og positiv (Jenkins 2008: 73). En kategorisering kan siges at være effektiv når kategoriseringen bliver til en intervention i gruppens verden, hvormed gruppen ændrer opfattelsen af denne verden (Jenkins 2008: 75). Dette aspekt er relevant, fordi jeg undersøger en, i beskrivelsen forebyggende og sundhedsfremmende intervention målrettet etniske minoriteter. Der er altså tale om en indsats, der med brug af sundhedsformidlere, forsøger at ændre målgruppens verden gennem Sundhed på dit sprog. Om det lykkes undersøger jeg ikke, men tanken om at en intervention forsøger at ændre målgruppens oplevelse af deres verden er ikke nødvendigvis negativt, idet der som nævnt er et særligt sygdomsbillede hos etniske minoriteter man ønsker at tage hånd om, men det kan føres tilbage til tanken om magt og autoritet som nævnt ovenfor. Dette vil jeg berøre yderligere i kapitel 10 og 11.

7.5 Formelle og uformelle kontekster for etnisk kategorisering

I nærværende speciale undersøger jeg en kontekst hvori jeg ser en konstruktion af etnicitet, som jeg søger at belyse. Jenkins anfører forskellige kontekster for etnisk kategorisering hvori:

"Identity is produced and reproduced during interaction, and interaction is always situated in context." (Jenkins 2008: 65)

Jenkins skelner mellem grader af formelle og uformelle kontekster for etnisk kategorisering, uden at skellene er skarpt markerede, rangerende fra "*Primary socialization*" som den mest uformelle kontekst til "*Science*" som den mest formelle (Jenkins 2008: 66). Jeg vil her kort redegøre for de kontekster han teoretiserer, som jeg vurderer målgruppen og sundhedsformidlerne indgår i og hvorfor.

Den anden mest uformelle kontekst i Jenkins skala er "*Routine public interaction*" hvori etnisk kategorisering organiseres som offentlige relationer gennem blandt andet verbale og non-verbale signaler. Disse signaler kan eksempelvis være eksplicite markører for etnisk identitet såsom sprog, beklædning og kropsudsmykning mens andre er implicite og ubevidste såsom vaner (Jenkins 2008: 66). Denne kontekst er relevant da sundhedsformidlerne ses som repræsentanter for målgruppen på baggrund af netop sprog, beklædning, vaner og traditioner. Ved at beskrive fællestrækkene for målgruppen og sundhedsformidlerne er det en måde, ifølge Jenkins, at se adfærd og måder at udtrykke sig på som kriterier for etnisk kategorisering, uden at dem der besidder denne adfærd dog nødvendigvis tager del i denne identifikation (Jenkins 2008: 66). Den fjerde mest uformelle kontekst er "*Communal relationships*" hvor de fleste små samfund (communities) for det meste er etnisk homogene. Her handler etnisk kategorisering om afgrænsning af det der opleves som det kommunale, hvorfor "*Local peer groups are particularly efficient at socializing their members into group identity...*" (Jenkins 2008: 67). Sundhedsformidlerne anses i indsatsen som peers for målgruppen og skal i min optik implicit gennem dialogmøder rekruttere målgruppen til at indgå i en gruppeidentitet som etnisk minoritet.

I den anden ende af skalaen i den formelle ende er "*Social policy*" den tredje mest formelle kontekst, som henviser til "*opfattede sociale problemer*" og til "*politics of ethnic categorization*" (Jenkins 2008: 71). Jenkins skriver, at i arbejdet med interventioner og ressourcer for en bestemt gruppe mennesker der anses som havende specielle behov, ser han denne kontekst som værende enten en måde at udtrykke en ny social kategori på eller som en forstærkning af en allerede eksisterende etnisk kategorisering (Jenkins 2008: 71). Dette er relevant med tanke på definitionen af målgruppen for Sundhed på dit sprog, som nogle med specielle behov på baggrund af den sociale ulighed, med sproglige og kulturelle barrierer og med et særligt sygdomsbillede. Diskursen om eller kategoriseringen af en sådan gruppe mennesker bliver, ifølge Jenkins, at der er et problem med gruppen, der skal løses, hvorved man igangsætter politiske initiativer om "*velfærd, social inklusion og lige muligheder*" (Jenkins 2008: 71) hvilket Sundhed på dit sprog kan siges at være. Det bliver for ham igen en måde hvormed en autoritet med magt styrer krop og sind på og udmunder dermed i endnu en formel kontekst for etnisk kategorisering nemlig "*official classification*". Her bliver diskursen om den problemfyldte gruppe offentlig, der skabes politikker på området og sociale forhold skal måles og opvejes i statistikker (Jenkins 2008: 71-72). Dette er i min optik tilfældet for Sundhed på dit sprog, som søger at løse problemer for en gruppe mennesker der mangler viden,

ressourcer og netværk, hvormed der skabes en intervention der søger at gøre målgruppens muligheder mere lig resten af danskernes, skabe mere velfærd for dem og øge deres sociale inklusion, hvilket alle er positive aspekter. Der hvor det bliver negativt er, når diskursen eller idéen om at en bestemt gruppe er et problem der skal løses, bliver offentlig og dermed en stigmatisering. Jenkins mener, at disse kategoriseringer ikke nødvendigvis tilegnes som en individ- eller gruppeidentifikation, idet det afhænger af historie, kontekst og indholdet af kategoriseringerne, men at der er en sandsynlighed for, at de bliver en del af gruppeidentifikationen. Man glemmer desuden individet i denne verden af statistikker og optællinger mener han (Jenkins 2008: 72). Jeg deler denne optik da jeg i nærværende speciale vælger ikke at lave en kvantitativ undersøgelse men foretager en kvalitativ undersøgelse. Jeg lader Københavns Kommune og Sundhedsstyrelsen om målinger og statistikker.

8.0 Differentiering

I tillæg til kapitlet om etnicitet vil jeg i dette kapitel inddrage Avtar Brahs begreb om differentiering på baggrund af erfaring og identitet. Jeg inddrager Brah, fordi hun forstår begrebet differentiering som noget der konstrueres forskelligt inden for divergerende diskurser, hvilket ifølge hende signalerer forskellige politiske strategier og hermed også politiske konsekvenser. På den måde opstår forskellige kulturelle eller politiske identiteter samtidig med at der sker en afgrænsning af ”communities” (Brah 1996: 102). Et sådant community kan her siges at være sundhedsformidlerne og målgruppen, de etniske minoriteter. Hendes tankegang er ligeledes relevant i relation til Københavns Kommunes sundhedspolitik, som blandt andet er målrettet social ulighed i sundhed og etniske minoriteter (Længe Leve København 2011: 23-25). Der sker altså her en politisk og diskursiv differentiering af folk, der anses som socialt ulige, hvormed et bestemt politisk fællesskab opstår. Et fællesskab sundhedsformidlerne anses som en del af, når de anses som en del af målgruppen og dermed minoriteten. Desuden anvender jeg Brah til at belyse vigtigheden i at inddrage andre sociale kategorier i relation til konstruktionen af etnicitet, idet hun ser sociale kategorier såsom køn, værende konstitueret og repræsenteret forskelligt afhængig af ”... *our differential location within the global relations of power.*” (Brah 1996: 102). Man er inden for sin *location* ikke bare eksempelvis kvinde, men kvinde tilhørende en bestemt social klasse. Dette er relevant i min undersøgelse af konstruktionen af etnicitet, da man dermed ifølge Brah ikke bare er en etnisk minoritet, men man tilhører samtidig en social klasse og et køn.

8.1 Differentiering på baggrund af erfaring, sociale relationer og identitet

Ifølge Brah sker differentiering i de sociale vilkår der er, samt i kulturelle erfaringer, historiske forløb og materielle omstændigheder (Brah 1996: 103). Brah foreslår på den baggrund fire måder at se begrebet differentiering på: erfaring, sociale relationer, subjektivitet og identitet (Brah 1996: 115). Differentiering baseret på erfaring indebærer ifølge Brah at man differentierer på baggrund af oplevelser, følelser og forståelser af sit eget hverdagsliv. Erfaring skal dermed ifølge Brah forstås som en kulturel konstruktion i sig selv og er en proces af betydninger, hvormed der skabes grobund for at danne en virkelighed (Brah 1996: 116). I hendes optik er erfaringer ikke noget der sker for folk der er i stand til at erfare, men erfaringer er et sted eller en platform hvorfra der dannes emner (*subject formation*) (Brah 1996: 116). Denne tænkning mener hun er vigtig, idet man ofte i diskussioner omkring differentiering tager erfaringer for givet (Brah 1996: 116). I den forbindelse skriver hun, at for at undgå at erfaring bliver en platform for anfægtelse, skal man hele tiden huske

på den historiske, politiske og kulturelle kontekst man indgår i. På den måde bliver kategorierne vi bruger om os selv og andre ikke statiske enheder, men retningslinjer for *multi-locationality* som hele tiden influeres af kulturelle og politiske praksisser (Brah 1996: 116-17). Jeg oplevede generelt under min deltagerobservation, at sundhedsformidlerne ofte spørges ind til deres erfaringer med målgruppen og med deres kultur. Målgruppen differentieres dermed på baggrund af sundhedsformidlernes erfaringer om målgruppen, hvilket kan være produktivt og gunstigt, så længe der tages højde for den historiske, politiske og kulturelle kontekst, sundhedsformidlerne indgår i. Brah skriver at differentiering på baggrund af sociale relationer:

"... refers to the ways in which difference is constituted and organized into systematic relations through economic, cultural and political discourses and institutional practices." (Brah 1996: 117)

Med det mener hun, at sociale relationer er underlagt en magtform på makro- og mikroplan, hvori man differentierer forskellige kategorier såsom køn og klasse. *"Identities are inscribed through experiences culturally constructed in social relations."* (Brah 1996: 123). Identitet hænger ifølge Brah sammen med de tre begrebsafklaringer erfaring, sociale relationer og subjektivitet (Brah 1996: 123). Hun skriver, at vi gennem vores subjektivitet, hvormed vi forstår vores relation til omverdenen, forstår eller erfarer vores identitet som et *"subject-in-process"* (Brah 1996: 123). Vores identitet er dermed gjort af mange subjektpositioner skriver hun, hvormed identitet ikke er statisk men er i konstant forandring og er mange-facetteret. Identiteten er influeret af vores personlige, sociale og historiske kontekst (Brah 1996: 123). Hun pointerer at relationen mellem identitet og den kollektive historiske kontekst er kompleks og modsætningsfyldt, idet vores identitet altid taler op imod en kollektiv gruppes erfaring, hvorimod identiteten eller de personlige erfaringer, vi gør os i hverdagen, skaber forløb som ikke nødvendigvis afspejler en gruppeerfaring eller gruppediskurs (Brah 1996: 124). Ligeledes skriver Brah at gruppeidentiteter ikke kan reduceres til erfaringer gjort af enkelte personer. En gruppeidentitet er derimod en proces, hvori man finder fællestræk eller fælles elementer af erfaringer (Brah 1996: 124). Identiteter er i en konstant forandningsproces som løbende dannes af diskurser, betydninger og historiske minder i en bestemt økonomisk, kulturel og politisk kontekst (Brah 1996: 124). På den måde er identiteten *"... a context-specific construction."* (Brah 1996: 124).

9.0 Analysestrategi

Som vist i kapitel 7 konstrueres etnicitet ifølge Jenkins på baggrund af kulturelle aspekter, som han beskriver i punkt 1 og 2 i sin model ”*The basic social anthropological model of ethnicity*” samt situationelt gennem interaktion i punkt 3 i modellen. Jenkins’ model er vist i kapitel 7 afsnit 2 og de fire punkter kan kort opsummeres således: Ved etnicitet er fokus altid på kulturel differentiering, som en dialektik mellem ligheder og forskelligheder. Etnicitet baseres på fælles betydninger, som betegnes kultur og konstrueres og reproduceres gennem interaktion. Etnicitet er foranderligt og afhænger af situationen og konteksten. Etnicitet som identifikation er både kollektiv og individuel, eksternaliseret og internaliseret (Jenkins 2008: 42). På baggrund af dette og mit øvrige teorigrundlag jeg i ovenstående kapitler har anlagt, samt den konstruerede empiri, vil jeg her redegøre for min analysestrategi.

Analysen er opdelt i to afsnit. I første afsnit vil jeg på baggrund af teori om etnicitet og gennem Jenkins’ ”*The basic social anthropological model of ethnicity*” (Jenkins 2008: 14) svare på problemformuleringens første spørgsmål som er: hvordan konstrueres etnicitet under uddannelsen af nye sundhedsformidlere ved Sundhed på dit sprog.

Sidste punkt i Jenkins model leder mig til anden del af analysen, hvor jeg vil besvare anden del af problemformuleringen som lyder: hvordan forhandler de nye sundhedsformidlere deres position og identitet inden for rammen af uddannelsen til sundhedsformidler. Her vil jeg fokusere på hvordan sundhedsformidlerne forhandler deres position og identitet på individuelt plan ud fra deres perspektiver gennem den interne definitionsproces, samt på baggrund af antagelsen fra underviserne om at de tilhører den etniske gruppeidentitet. Her ser jeg Jenkins’ begreber om interne og eksterne definitionsprocesser som gruppeidentifikation og social kategorisering relevante for sundhedsformidlernes forhandlinger. Jeg ser Jenkins’ og Brah’s begreb om differentiering som sociale erfaringer relevant for deres forhandlinger og jeg ser Brah’s teori om differentiering på baggrund af erfaring og identitet relevant for deres forhandlinger af deres position og identitet. I analysen af hvordan disse begreber er relevante, vil jeg løbende give eksempler fra empirien, samt give bud på konsekvenser, styrker og svagheder ved sundhedsformidlernes forhandlinger af deres position og identitet.

10.0 Analyse

Analysen er opdelt i to dele, for at besvare først spørgsmålet om hvordan etnicitet konstrueres under uddannelsen af nye sundhedsformidlere ved Sundhed på dit sprog, og dernæst for at besvare hvordan de nye sundhedsformidlere forhandler deres position og identitet inden for denne uddannelsesramme.

10.1 Konstruktion af etnicitet under uddannelsen af nye sundhedsformidlere

Denne del af analysen er inddelt i tre underafsnit for at vise de tre måder jeg i nærværende undersøgelse, har identificeret, at etnicitet konstrueres på under uddannelsen af nye sundhedsformidlere ved Sundhed på dit sprog.

10.1.1 Kulturel differentiering og etnisk afgrænsning

De første to punkter i Jenkins' model for etnicitet handler om kulturel differentiering og hvordan etnicitet konstrueres på baggrund af kulturelle aspekter. Målgruppen for Sundhed på dit sprog er defineret som etniske minoriteter. Hermed gøres begrebet etnicitet relevant og er dermed en del af den daglige diskurs, som Jenkins pointerer (Jenkins 2008: 10). Målgruppen har fællestræk med sundhedsformidlerne på baggrund af kulturelle aspekter ud fra personkarakteristika. Definitionen af målgruppens og sundhedsformidlernes fællestræk, som Sundhed på dit sprog beskriver, er som nævnt i kapitel 2:

"...herunder at have minoritetsbaggrund samt at have fællestræk på baggrund af sprog, madvaner, traditioner, beklædning, religion og køn." (Beskrivelse 2010: 3)

Disse træk stemmer overvejende overens med den definition på kultur som Jenkins anfører som religion, skikke og love, tradition, materiel kultur og madvaner (Jenkins 2008: 111) såvel som *"language, ritual, kinship, economic way of life, lifestyle more generally, the division of labour..."* (Jenkins 2008: 10-11). Idet man hos Sundhed på dit sprog anvender navnlig disse kulturelle aspekter om den etniske minoritet og samtidig er definitionen på det som sundhedsformidlerne har tilfældes med målgruppen og dermed den etniske minoritet, konstrueres etnicitet her ud fra forskellige personkarakteristika, formuleret som de kulturelle aspekter som sundhedsformidlerne deler med målgruppen. Der er altså tale om nogle, i Jenkins formulering kulturelle aspekter og en kulturel differentiering, som udgør målgruppen og som er med til at afgrænse den, hvormed etnicitet konstrueres. Denne afgrænsning som man hos Sundhed på dit sprog sætter for målgruppen,

differentierer og kategoriserer gruppen som en etnisk gruppe. Kultur er ifølge Jenkins foranderligt og er en ikke-statisk enhed (Jenkins 2008: 13). Dette betyder at de kulturelle aspekter der her afgrænser målgruppen som en etnisk gruppe og dermed som en etnicitet, er foranderlige. Målgruppens og sundhedsformidlernes generelle livsstil, beklædning, madvaner og sprog kan forandre sig eller udvikle sig, gennem relationer og interaktioner i hverdagen. Jenkins mener som vist, at etnicitet konstrueres og reproduceres situationelt gennem interaktion. Når man med Sundhed på dit sprog søger at mindske social ulighed i sundhed for målgruppen, ved at sørge for at målgruppen får viden om sundhed og danner sig et større netværk, så sker det gennem interaktion, i dette tilfælde gennem dialogmøder med sundhedsformidlerne, hvor de kan agere rollemøder og peers. Dette bliver relevant den 02.05.14 hvor undervisningen handler om de nye kostråd. Her får sundhedsformidlerne af vide at:

”Man skal tage udgangspunkt i målgruppen hele tiden, kan de læse og skrive, hvor er de og hvad har de brug for? Kostrådene kan tilpasses målgruppen. Dem der skal nås, er dem der mangler viden.” (Feltnoter 02.05.14)

Dette viser, hvordan det hele tiden er i interaktionen med målgruppen, og med udgangspunkt i målgruppen, at sundhedsformidlerne kan rykke til målgruppens livsstil og vaner. Dette kan betyde at forandringen bliver, at målgruppen ikke længere kan anses som målgruppe, fordi de gennem Sundhed på dit sprog har forandret eller udviklet deres kulturelle aspekter, til en mulig sundere livsstil, eller i hvert fald til en grad hvor de ikke længere er i risiko for eller er begrænset af sygdom. Dette er hele målet for indsatsen og når det lykkes, er det en stor styrke ved indsatsen. Dette er dog ikke noget Sundhed på dit sprog følger op på gennem statistiske analyser, hvilket kan siges at være en svaghed ved indsatsen og konsekvensen kan blive at man ikke kan forsvare indsatsen over for aftagere og samarbejdspartnere.

Jeg vil argumentere for, at den kulturelle differentiering af målgruppen og sundhedsformidlerne der her er til stede, stadig består og stadig vil være et kriterium for indsatsen, selvom målgruppen forsvinder. Det vil da være nogle nye mennesker, nogle nye etniske minoriteter, der stadig taler bestemte sprog, klæder sig på en bestemt måde, har særlige traditioner, vaner og livsstil, som udgør målgruppen. I hvert fald når man hos Sundhed på dit sprog, i min optik, definerer målgruppen så bredt som man gør. Måske er det på denne baggrund at man i Københavns Kommune har valgt at forankre indsatsen i forebyggelsescenteret, fordi der altid vil være en målgruppe, qua den

konstruktion der er af etnicitet og dermed den afgrænsning man laver af en etnisk gruppe. Der vil altid synes at være nogle der, i Sundhedsstyrelsens formulering, har sproglige og kulturelle forståelsesproblemer eller barrierer. Konsekvensen kan blive at den diskurs der hersker om at etniske minoriteter er et problem der skal løses, eller i hvert fald konstant har problemer der skal tages hånd om, for altid vil blive forstærket og reproduceret, når etnicitet konstrueres, som det er tilfældet hos Sundhed på dit sprog.

10.1.2 Den politiske diskurs der konstruerer etnicitet

Denne diskurs samt den kulturelle differentiering der er til stede ved Sundhed på dit sprog, bliver tydeliggjort i interviewet med projektlederen, som leder af indsatsen og som repræsentant for Forebyggelsescenter Nørrebro og dermed for Københavns Kommunes sundhedsvæsen og -politik. Hun er i sin rolle som projektleder med til at skabe den politisk funderede sociale differentiering af målgruppen i praksis, som jeg her undersøger, i definitionen af målgruppen som etniske minoriteter og dermed i konstruktionen af etnicitet. I interviewet med hende (Bilag 2) ses tydeligt en politisk, institutionel konstruktion af etnicitet, baseret på herskende diskurser om etniske minoriteter, som beskrevet af Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommune. Da jeg spørger ind til hvad indsatsen Sundhed på dit sprog er, og hvem målgruppen er, siger hun:

06.02 P: *"Sundhed på dit sprog er en indsats der i hvert fald forsøger at lette adgangen til vores tilbud i forebyggelsescentrene for særlige målgrupper, der har svært ved det og i det her tilfælde handler det så om etniske minoriteter, der kan have nogle sproglige barrierer og måske nogle kulturelle barrierer i forhold til at benytte sig af vores tilbud."* (min fremhævning)

Hun fortsætter med at forklare om indsatsen og hvorfor den er nødvendig i Københavns Kommune:

08.21 P: *"... man kan se, at der er en skævhed i forhold til, hvem der benytter sig af vores tilbud og at der er en lavere viden omkring sundhed og en større sygdomsfrekvens blandt etniske minoriteter, der er dårligt stillede i Københavns Kommune, og man kunne se der skulle noget særligt til. Man har jo også erfaring med, at de er svære at integrere i vores tilbud og hvis det, altså i begyndelsen var det jo sådan at når de kom ind i et tilbud i forebyggelsescentrene, så var de der måske kun kortvarigt og så gik de igen, fordi de ikke helt forstod hvad formålet var med, at de var der, hvor de var og at de var i gang med den rehabilitering, de var i gang med. Så der var nogle sproglige og kulturelle barrierer man oplevede som var incitamentet til, at man nu begyndte at lave noget der kunne guide dem ind i tilbuddene..."* (min fremhævning)

Som citaterne viser indskrives indsatsen i en diskurs kraftigt domineret af Sundhedsstyrelsen som i adskillige rapporter, hvoraf jeg har inddraget to, konkluderer at der er særlige forhold man i det danske sundhedsvæsen skal være opmærksomme på, når det kommer til etniske minoriteter. Også Københavns Kommunes sundhedspolitik er en del af denne diskurs, hvor man konstaterer at folk med særlige behov har brug for særlige indsatser. Målgruppen er ifølge Sundhedsstyrelsen relevant på grund af de sproglige og kulturelle barrierer der er til stede, hvilket projektlederen som vist også vedkender sig. Etnicitet konstrueres gennem differentieringen af målgruppen som etniske minoriteter med sproglige og kulturelle forståelsesproblemer eller barrierer, på baggrund af nogle herskende politiske og institutionelle diskurser. Diskursen om målgruppen som en etnisk gruppe med sproglige og kulturelle barrierer må, uden at det er nævnt nogle steder, være ment i forhold til det danske sprog og den danske kultur. Konsekvensen ved denne diskurs er, at målgruppen, defineret som etniske minoriteter, anses på en bestemt måde, som man som Kommune og Forebyggelsescenter handler ud fra og tilrettelægger indsatser eller interventioner ud fra. Dette kan i værste fald betyde at man som sundhedsvæsen ikke tager højde for borgerne selv og inddrager dem i udviklingen af ellers relevante interventioner eller indsatser, men udvikler interventioner på baggrund af hvad statistikker og politikker siger om målgruppen. Problemet med dette er at der på baggrund af diskursen vil medfølge bestemte konnotationer om at målgruppen har brug for særlig hjælp på grund af de sproglige og kulturelle barrierer, hvilket gør at man glemmer at spørge målgruppen selv – en opgave der passende kunne gives til sundhedsformidlerne, og som de kunne indvie i under uddannelsen, som med deres fællestræk med målgruppen herunder sprog, vil kunne forstå og formidle målgruppens behov i udviklingen af Sundhed på dit sprog. I stedet fokuserer man på barrierer, problemer og KRAM-faktorer. Der vil altid være en social kategorisering af målgruppen, som kan være med til at stigmatisere gruppen på baggrund af den kulturelle differentiering. Kultur bliver en måde at differentiere på sund eller usund, på socialt udsat og ulige eller ikke. Etnicitet vil dermed under uddannelsen af nye sundhedsformidlere, på trods af at etnicitet er foranderligt og ikke-statisk, konstrueres som en del af en bestemt politisk diskurs og med et bestemt politisk formål for øje. Et formål der er hæderligt og nødvendigt for dem der er socialt udsatte, er syge eller i risiko, men konstruktionen af etnicitet og den sociale og kulturelle differentiering af den etniske gruppe vil dermed altid, ved Sundhed på dit sprog handle om en etnisk gruppe med bestemte sygdomme og med sproglige og kulturelle barrierer.

10.1.3 Konstruktion af etnicitet i samspil med andre sociale kategorier

På baggrund af ovenstående argumentation om konstruktionen af etnicitet ud fra kulturelle aspekter og baseret på herskende diskurser, vil jeg her vise andre sociale kategorier, som er relevante for konstruktionen af etnicitet ved Sundhed på dit sprog under uddannelsen af nye sundhedsformidlere.

Projektlederen fortæller den første dag under uddannelsen den 25.04.14 i hendes oplæg til sundhedsformidlerne, om indsatsens formål og virke anno 2014. Her betegner hun målgruppen som etniske minoriteter som er socialt udsatte, mangler netværk og viden om sundhed og har brug for at få denne viden på en uformel facon (Feltnoter 25.04.14). I dette oplæg er der særligt fokus på målgruppen som en etnisk minoritet og desuden implicit på andre sociale kategorier hvormed etnicitet konstrueres. Som vist i kapitel 7 og 8 pointerer Jenkins (Jenkins 2008: 93) og Brah (Brah 1996: 100) vigtigheden i at se på de gældende sociale kategorier, der er i relation til hinanden og i dette tilfælde i relation til etnicitet, som dermed konstruerer begrebet etnicitet i feltet Sundhed på dit sprog. Her trækker jeg på min inspiration fra intersektionalitetstænkningen som beskrevet af Jensen og Christensen. Under interviewet med projektlederen spurgte jeg ind til målgruppen og hvem hun ser som værende målgruppe, hvordan kulturelle aspekter er relevante ved indsatsen og om sundhedsformidlerne som rollemodeller og peers kan siges at være en del af målgruppen og hvordan. I mine umiddelbare noter efter interviewet, nedskrev jeg etnicitet som primær kategori hvormed målgruppen defineres. Det er ikke overraskende eller på nogen måde hemmeligt, at målgruppen er etniske minoriteter, dog kategoriseres målgruppen og sundhedsformidlerne primært som en etnisk afgrænset gruppe og konstrueres dermed som en etnicitet:

6.02 P: *"Øhm Sundhed på dit sprog er en indsats der i hvert fald forsøger at lette adgangen til vores tilbud i forebyggelsescentrene for særlige målgrupper der har svært ved det og i det her tilfælde handler det så om etniske minoriteter..."*

Etnicitet gøres igen relevant når vi snakker om indsatsens oprindelse:

8.21 P: *"... man kan se at der er en skævhed i forhold til hvem der benytter sig af vores tilbud og at der er en lavere viden omkring sundhed og en større sygdomsfrekvens blandt etniske minoriteter der er dårligt stillede i Københavns Kommune..."*

Hun konkluderer desuden når vi snakker om sundhedsformidlerne og målgruppen at:

35.27 P: *"Jeg tror det at have anden etnisk baggrund er den helt afgørende peer faktor i denne her indsats..."*

Sprog som social kategorisering i forhold til etnicitet gøres især relevant når jeg spørger ind til hvorfor indsatsen hedder Sundhed på dit sprog, hvortil hun svarer:

11.29 P: *"Ja det er et meget godt spørgsmål faktisk. Der er også mange der tror det handler om at det er sundhed på dit sprog på den måde at der bliver undervist i dialogmøderne på modersmål og det gør der som hovedregel ikke, men vi ville rigtig gerne men det giver ikke mening fordi at målgruppen er blandet kan man sige, når vi møder dem så er det næsten aldrig at der kun sidder en ren somalisk gruppe så er det som regel blandede sproggrupper, men det kan sagtens foregå på modersmål parallelt og det gør det jo næsten altid også [...] Men man kan sige egentlig burde det hedde fra dansk til dansk fordi egentlig så oversættes der fra kompliceret dansk, til nemt dansk kan man sige, det er en oversættelse af sundhedsbudskaberne til nem dansk, så det er på et sprog alle godt kan forstå, det er bare ikke på sådan fremmedsprog som regel."*

Sprog er som vist tidligere ifølge Sundhed på dit sprog og Jenkins en del af de kulturelle aspekter og er med til at differentiere og afgrænse målgruppen og er dermed en del af konstruktionen af etnicitet.

Køn som social kategorisering gøres især relevant, da jeg spørger ind til om der er forskel på mænd og kvinder i forhold til målgruppen, og dem der deltager i dialogmøder ved Sundhed på dit sprog:

25.56 P: *"Ja det er der helt klart i forhold til de kulturer vi møder her i huset [...] så tror jeg også mændene har svært ved at genkende sig selv i de tilbud der er og se at det er noget for dem og jeg tror også at mændene bliver skræmt væk af den store volumen af kvinder og der er mange ting der gør at de så ikke ligesom dukker op kan man sige. Så der skulle nok nogle særlige tilbud til der var målrettet mænd hvor man sådan tænkte at det her var lidt et mande-rum og det er jo ikke så forskelligt fra etniske danskere at nogle gange er det lettere at dele ting med andre mænd end det er hvis der sidder en masse kvinder og har parabolene ude og gerne vil, altså så bliver man sådan lidt mere forlegen i forhold til sig selv og så derfor så skal vi i gang med noget med mænd, fordi kvinderne det er virkelig dem der er nemme at få fat i..."*

Citatet viser, at der i projektlederens erfaring er forskel på køn, og måske en større forskel på køn end der er på etnisk tilhørsforhold. Dog siger hun videre at køn er en relevant social kategorisering i forhold til etnicitet, i konstruktionen af etnicitet, hvilket gøres tydeligt her:

31.20 P: *"[...] så er det dét at have anden etnisk baggrund eller ja, have et andet kulturelt ophav som er det det man er peer på og måske kønnet og så videre ikke."*

Formålet med Sundhed på dit sprog er at mindske social ulighed i sundhed for socialt udsatte borgere. Hun forklarer om målgruppen i forhold til social klasse at:

41.22 P: *"[...] hos Sundhed på dit sprog har vi fat i den del af den udsatte målgruppe som er i den bedre halvdel af de dårligt stillede..."*

Der er altså tale om en bestemt social klasse som udgør, konstruerer og afgrænser målgruppen og som dermed er med til at konstruere etnicitet ved Sundhed på dit sprog. Projektlederen taler altså om og viser i ovenstående hvordan målgruppen og sundhedsformidlerne differentieres som nogle der tilhører en bestemt etnicitet og samtidig tilhører en bestemt social klasse, nogle bestemte angivne sprog og hvordan køn spiller ind. Jeg kan desuden bekræfte særligt disse kategorier ud fra hendes oplæg hvori hun definerer målgruppen, hvor socialt udsatte borgere der mangler netværk og viden om sundhed, må omhandle en social klasse i form af mangel på ressourcer og uddannelsesniveau. Den uformelle facon målgruppen skal have viden på, må omhandle sprog eller mangel på det danske sprog hos målgruppen. Dermed argumenterer jeg for, at der i konstruktionen af etnicitet opstår relationer mellem kategorierne etnicitet, social klasse, køn og sprog. Med greb i både Jenkins, Brah samt Jensen og Christensen konstrueres etnicitet gennem disse sociale kategoriseringer.

Etnicitet konstrueres under uddannelsen af nye sundhedsformidlere, når målgruppen kategoriseres som etniske og som minoriteter. Der sker som nævnt en afgrænsning af målgruppen som en etnicitet og en minoritet og der sker dermed en eksternaliseret definition og social kategorisering hvormed målgruppens og sundhedsformidlernes etnicitet konstrueres, på baggrund af de ovennævnte sociale kategorier. Konsekvensen ved denne eksternaliserede definition og dermed for konstruktionen af etnicitet bliver, at målgruppen på baggrund af relationen af kategorierne placeres som adskilt fra eller over for majoriteten. Der er noget særligt ved at være etnisk minoritet, at tale et bestemt sprog og at tilhøre en bestemt social klasse. Der er ifølge Jenkins en fare ved denne

eksternaliserede definition og sociale kategorisering, når definitionen af andre ikke bekræfter denne gruppes identitet, men med magt eller autoritet forsøger at ændre eller påvirke gruppens opfattelse af deres identitet (Jenkins 2008: 93).

Der er her ikke tale om en magtpåvirkning, der udøves med tvang, men om en autoritet hvor man, fordi man har en statslig og kommunal ballast, kan forsøge at påvirke eller motivere en gruppe til at opnå mere viden om deres egen sundhed og sygdomstilstand, med det formål defineret af Sundhedsstyrelsen og Københavns Kommune: at få flere til at leve længere og med mindre sygdom samt at få flere i arbejde (Ulighed i Sundhed 2011) (Længe Leve København 2011). Jeg vil argumentere for at konsekvensen ved denne autoritative funktion som Forebyggelsescenter Nørrebro og indsatsen Sundhed på dit sprog har, er at sundhedsformidlerne som en del af målgruppen og dermed minoriteten, selv frivilligt tager imod og vedkender sig denne eksternaliserede definition, hvorved jeg kan argumentere for, at definitionen i nogen grad internaliseres og bliver en intern gruppeidentifikation for sundhedsformidlerne under uddannelsen. I dette tilfælde mener jeg, at der er tale om en form for autoritet, nemlig et sundhedsvæsen og en indsats tilknyttet Københavns Kommune, som gennem de kulturelle aspekter og den herskende diskurs om gruppen som nogle med sproglige og kulturelle forståelsesproblemer og barrierer samt den særlige konstruktion af etnicitet gennem de relaterede sociale kategoriseringer, forsøger at ændre målgruppens identitet, ved brug af sundhedsformidlerne. Jeg undersøger ikke om denne eksterne definition af målgruppen internaliseres af selve målgruppen, dog vil jeg i næste del af analysen argumentere for, hvordan denne eksterne definition internaliseres af sundhedsformidlerne, som anses som en del af målgruppen, som etniske minoriteter og hvordan de forhandler deres position og identitet herudfra. Denne internalisering kan ses ved at sundhedsformidlerne har meldt sig frivilligt til at tage uddannelsen til sundhedsformidler og dermed vedkender sig som nogen med anden etnisk baggrund end dansk. Desuden kan jeg se det i deres forhandlinger af deres position og identitet, hvilket leder mig til næste del af analysen.

10.2 Sundhedsformidlernes forhandlinger af deres position og identitet

Som belyst ovenfor sker der en ekstern definition af målgruppen og dermed af sundhedsformidlerne, som jeg mener internaliseres af sundhedsformidlerne, som en gruppeidentifikation, og som dermed har betydning for den måde de forhandler deres position og identitet på. Som Jenkins pointerer dannes identitet både udefra som social kategorisering og

indefra som gruppeidentifikation (Jenkins 2008: 56-57). Jenkins skriver som vist, at der er to former for interaktionsprocesser, interne og eksterne definitionsprocesser (Jenkins 2008: 54-55).

Denne del af analysen vil særligt gennem eksempler fra deltagerobservationen vise hvordan sundhedsformidlerne forhandler deres position og identitet i forhold til den internalisering der sker af den eksterne definition og sociale kategorisering.

10.2.1 Forhandling af position og identitet gennem den interne definitionsproces

Kriteriet for at blive sundhedsformidler er at man skal være af anden etnisk baggrund end dansk, for at kunne repræsentere målgruppen gennem de kulturelle aspekter jeg tidligere har vist. Under uddannelsen af de nye sundhedsformidlere, ytrer sundhedsformidlerne selv fortællinger og eksempler på erfaringer eller oplevelser de har haft, som en del af den etniske gruppe, som beskriver den gruppeidentitet de her indgår i og forhandler deres position og identitet ud fra. De indgår i den etniske gruppeidentitet når de selv afgrænser sig som etnisk gruppe og forhandler deres position og identitet som en del af målgruppen, altså som målgruppens ligemænd gennem peer education. Når sundhedsformidlerne forhandler deres position og identitet som en del af målgruppen, er de gennem denne gruppeidentitet i stand til at signalere nogle erfaringer, de har gjort sig som sundhedsformidlere omkring sundhed og livsstilssygdomme samt om forebyggelse og sundhedsfremme, som de i den interne interaktion med gruppen kan give videre, i denne konstante konstruktion og reproduktion af gruppens identitet eller identifikation. Dette kan være med til at ændre og styrke målgruppens livsstil og vaner, der som før nævnt er ønsket hos Sundhed på dit sprog. Sundhedsformidlerne snakker første dag om hvorfor de vil være sundhedsformidlere:

”Flere nævner livsstilssygdomme og ældreområdet som interessefelter og som motivation for at blive sundhedsformidler.” (Feltnoter 25.04.14)

Under uddannelsen bliver det tydeligt at sundhedsformidlerne kommer med forskellige personlige og faglige baggrunde og har forskellige professioner i rygsækken, blandt andet sygeplejerske, beskæftigelseskonsulent og fodterapeut. Flere af dem er i forvejen tilknyttet Sundhed på dit sprog og Forebyggelsescenter Nørrebro i forbindelse med forskellige opgaver. En af de nye mandlige sundhedsformidlere underviser på et mandemotionshold i centeret, som en del af Sundhed på dit sprog, dog uden at han officielt havde uddannelsen før nu. I den forbindelse gjorde jeg følgende notat, hvor han udtaler sig om målgruppen. Jeg skriver:

”I pausen snakker vi om at man skal kende målgruppen i forhold til at få dem ind i centeret på den rigtige dag og det rigtige tidspunkt. Mænd er mere svære at nå end kvinder mener én. Om fredagen

vil mændene slet ikke komme ind for der går de i moske. De står sent op så de har lagt mandemotionscaféen kl. 13.00 siger han.” (Feltnoter 14.05.14)

Dette citat viser hvordan denne sundhedsformidler qua hans gruppeidentitet som etnisk minoritet og hans erfaring baseret på hans stilling som instruktør på mandemotionsholdet hos Forebyggelsescenter Nørrebro, positionerer sig som og forhandler sin identitet som etnisk minoritet med en bestemt kultur og hverdag. Han taler som en del af målgruppen og med en erfaring om eller en oplevelse af målgruppen, idet han har en indsigt i mændene og deres hverdag, som kræver at man er en del af denne gruppeidentitet. Jeg mener derfor, at han besidder denne viden, fordi han har samme etniske baggrund, han har oplevelser og erfaringer om målgruppen i en bestemt kontekst, hvormed han i dette tilfælde er en del af og repræsenterer målgruppen og dennes kultur. Samtidig mener jeg at han positionerer sig som en sundhedsformidler der arbejder for Forebyggelsescenter Nørrebro og hans identitet er her som sundhedsformidler og faglig sundhedsperson. For Sundhed på dit sprog er dette jo en ideel kombination og er hele ideen med at anvende sundhedsformidlere, så der er en stor styrke i denne sundhedsformidler og hans erfaringer som en del af denne gruppeidentitet.

Under uddannelsen kommer sundhedsformidlerne også med eksempler på, hvordan deres gruppeidentitet eller kultur som etnisk minoritet, kan opleves som værende uhensigtsmæssig eller skadelig i forhold til de sundhedsmæssige aspekter de undervises i. Et eksempel på dette er den 23.05.14 hvor emnet er rygning og fokus er på vandpiber. Sundhedsformidlerne ryger selv eller kender folk der ryger vandpibe og kommer i den forbindelse med egne input og bekymringer angående rygning og vandpiber:

”Vandpibe er specielt for målgruppen. Mænd ryger generelt mere end kvinder. Vandpibe er ligeså skadeligt som cigaretter. Mange af sundhedsformidlerne spørger ind til vandpiber og om de er farlige.” (Feltnoter 23.05.14)

Sundhedsformidlerne undervises i at vandpibe er særligt for målgruppen og når de spørger ind til og udtrykker bekymring omkring det at ryge vandpibe, bliver det tydeligt at sundhedsformidlerne forhandler deres position og identitet som en del af målgruppen med baggrund i en bestemt etnisk kultur, hvorved den eksterne definitionsproces internaliseres og anses som en del af dem selv og den gruppeidentitet de indgår i. Dette betyder at sundhedsformidlerne pludselig bliver en del af en

målgruppe, som er en der har et problem der skal løses, hvilket i min optik sætter sundhedsformidlerne i en særlig position under uddannelsen, hvor de pludselig skal stå til ansvar for noget der i sundhedsvæsenets øjne, for denne gruppe er forkert og skadeligt. Den 14.05.14 handler undervisningen om livsstilssygdomme og en af sundhedsformidlerne nævner:

”... at søde kager og te med meget sukker er specielt for målgruppen.” (Feltnoter 14.05.14)

Her er det også tydeligt at noget der i forhold til livsstilssygdomme og forebyggelse af disse er forkert, bliver aktuelt for målgruppen og for sundhedsformidlerne. De skal igen forhandle deres position og identitet som nogle der har eller udgør et problem der skal løses. En anden sundhedsformidler udtrykker samme dag, hvor det nu handler specifikt om forebyggelse af type 2 diabetes:

”... kultur i forhold til ikke at bruge en kalender, fx når man bestiller tid ved lægen så skriver man ikke sin tid ned, og møder derfor ikke op.” (Feltnoter 14.05.14)

Sundhedsformidlerne kommer som vist med eksempler på hvad målgruppen gør, hvad man inden for denne gruppeidentitet gør, der i forhold til den uddannelse de tager som netop sundhedsformidlere, anses som forkert eller skadeligt for dem selv. Det positive og konstruktive ved denne internalisering der sker, når sundhedsformidlerne forhandler deres position og identitet som en del af målgruppen er, at sundhedsformidlerne qua uddannelsen til sundhedsformidler, gennem dialogmøder kan fortælle målgruppen om disse nye erfaringer de har gjort sig, eller denne nye viden de har fået, og give signaler til målgruppen om disse aspekter. Igen skal man dog huske på, at denne differentiering der er af målgruppen og sundhedsformidlerne som etnisk minoritet, som sundhedsformidlerne bliver bevidste om også gælder dem, idet de som vist indgår i denne gruppeidentitet, er konstrueret på baggrund af den herskende diskurs der er, om at der er et eller flere problemer omkring gruppen som man skal tage højde for og løse. Den undervisning sundhedsformidlerne får omkring sundhed og de anbefalinger Sundhedsstyrelsen udstikker, som de ikke lever op til, er signaler på den gældende politiske strategi fra Forebyggelsescenterets side, som søger at skabe ændringer for målgruppen og søger at mindske social ulighed i sundhed. Når sundhedsformidlerne bliver bevidste om at der er aspekter af deres gruppeidentitet som ikke er hensigtsmæssig i forhold til den uddannelse de er ved at tage, kan det have betydning for sundhedsformidlernes sociale erfaring som etnisk minoritet. Problemet her er at der opstår potentiale for konflikt imellem Forebyggelsescenter Nørrebro og den sundhedspolitik der er

gældende her, som formidlet af underviserne, og så sundhedsformidlerne når de indgår i gruppeidentiteten etnisk minoritet. Jeg observerede ikke at der opstod konflikt eller at sundhedsformidlerne gik i opposition til undervisningen, hvilket kan tilskrives at de som nævnt har meldt sig frivilligt, brænder for sundhed og er motiverede for og ønsker at hjælpe dem der har brug for hjælp. Det bliver dog tydeligt at der i undervisningssituationen er et hierarki. Projektlederen og underviserne på uddannelsen besidder en magt eller autoritet og er i uddannelsessituationen dermed højere i hierarkiet end de nye sundhedsformidlere der modtager undervisningen. Dette kan siges at være en naturlig del af en undervisningssituation og som vist i ovenstående eksempler på sundhedsformidlernes forhandlinger af deres position og identitet, kommer sundhedsformidlerne selv med eksempler på deres kultur og identitet og dermed også på målgruppens, den sociale klasse, det bestemte køn og det bestemte sprog, som en bestemt gruppeidentitet. De erfaringer sundhedsformidlerne trækker på er virkelige for dem, men er som Brah skriver diskursivt konstruerede (Brah 1996: 11). Jeg argumenterer for at sundhedsformidlerne under uddannelsen kommer med adskillige eksempler på ting, der har med målgruppen eller med emnet for undervisningsgangen at gøre, som de mener, er relevante i den virkelighed og den diskurs de befinder sig i, i rammen af uddannelsen og af Forebyggelsescenter Nørrebro. Dette er en måde hvorpå sundhedsformidlerne i denne ramme forhandler deres position og identitet, fordi de inddrager erfaringer der er relevante for dem i denne bestemte konstruerede diskursive virkelighed. Dette bekræfter min argumentation om at sundhedsformidlerne forhandler deres position og identitet på baggrund af egne erfaringer og oplevelser om kultur og identitet og at deres position og identitet, afhængig af kontekst, interaktion og situation, er i konstant forandring og reproduktion.

10.2.2 Forhandling af position og identitet ud fra antagelsen om en gruppeidentitet

Udover de eksempler sundhedsformidlerne selv kommer med, observerede jeg under uddannelsen, at sundhedsformidlerne ofte aktivt blev bedt om af underviserne, at ytre hvad de mener der er gældende for målgruppen i forhold til sundhed, i forbindelse med forskellige kulturelle aspekter såsom traditioner, vaner og livsstil. Det er ligeledes her magtforholdet bliver tydeligt idet sundhedsformidlerne bedes om at indgå i en social differentiering af målgruppen baseret på den gruppeidentitet, underviserne antager at sundhedsformidlerne er en del af. Problemet her ligger i antagelsen om en bestemt gruppeidentitet og etnisk kultur, idet kultur igen bliver en måde at differentiere målgruppen på, hvorved individet og den konkrete borger glemmes, og gruppen kan blive genstand for stigmatisering. Sundhedsformidlernes position og identitet bliver konstant genstand for rekonstruktion, fordi de med opfordring fra underviserne i antagelsen om en

gruppeidentitet på baggrund af sundhedsformidlernes erfaringer fra egne oplevelser, følelser og forståelse af sit eget hverdagsliv jævnfør Brah, skal tage stilling til målgruppen og den måde de i rammen af uddannelsen repræsenterer målgruppen på. Den 02.05.14 er emnet for undervisningen kost og temaet er de nye kostråd. Her noterede jeg at:

”Sundhedsformidlerne skal formidle i forhold til målgruppen, hver formidler repræsenterer en madkultur.” (Feltnoter 02.05.14)

Der antages altså i undervisningen at hver sundhedsformidler qua deres etniske baggrund og gruppeidentitet repræsenterer målgruppen gennem en fælles madkultur. Dette er et eksempel på hvordan sundhedsformidlerne af underviserne positioneres som en del af målgruppen og dermed søges placeret som en del af den interne gruppeidentitet med en bestemt kultur. Når de i undervisningen taler om egen madkultur i forhold til de nye kostråd, bliver sundhedsformidlerne bedt om at tage stilling til hvad traditionel mad er for dem som etniske minoriteter og dermed som målgruppe og hvilken mad der repræsenterer dem som person og deres kultur. I mine feltnotater noterede jeg sundhedsformidlernes tanker om hvad deres madkultur er hver især:

”Traditionel mad, sund mad, grøntsager, man har noget med sig – geografi, bor man et sted hvor der er tørt eller vådt, landområder, ingen madkultur/blandet madkultur med dansk. [...] Socioøkonomiske forhold. Bopæl. Udbud i butikkerne og hvor man handler.” (Feltnoter 02.05.14)

Dette viser at der er mange eksempler på madkultur inden for gruppen af sundhedsformidlere, og der er her tydeligvis flere forskellige ideer om hvad egen madkultur er, afhængig af hvor man kommer fra, hvor man bor nu, hvilken social klasse man tilhører og hvilken kultur man er opvokset med. De nævner ligeledes vigtigheden i sociale vilkår i forhold til den madkultur man har, og konkluderer dermed at en bestemt madkultur er en del af sin identitet. Den 09.05.14 er emnet for undervisningen fysisk aktivitet, hvor sundhedsformidlerne undervises i de anbefalinger Sundhedsstyrelsen udstikker, som går på 30 minutters motion for voksne og 60 minutter for børn dagligt. Sundhedsformidlerne skal igen tage stilling til og give eksempler på hvordan ”man” inden for målgruppen dyrker motion, og hvor ofte ”man” dyrker motion, baseret på sundhedsformidlernes erfaringer og identitet og set ud fra en etnisk kultur. De taler altså både om, hvad de selv gør, men også hvad ”man” gør inden for sin kultur. På den måde skal de tage stilling til, hvad målgruppen gør og hvad der er på spil her. Jeg noterede:

” Motion ifht. kultur, én nævner at der er meget diversitet inden for kulturer. Én nævner gåture efter maden. Én nævner ingen motion. Én nævner folkedans som motion. [...] Børn, unge bevæger sig mest, de voksne sidder stille. Mange voksne går ture. At bede som pausemotion og udstræk. Ingen cykler, men folk går. Kultur på forskellige planer eller niveauer fx landsdelt, område-opdelt, inden for familien. ” (Feltnoter 09.05.14)

Eksempler som folkedans, gåture efter maden, at bede og det ikke at dyrke motion, viser igen hvor spredt sundhedsformidlerne er og hvor forskellige de er som individer. Idet sundhedsformidlerne ses som repræsentanter for målgruppen, kan man konkludere på baggrund af deres eksempler, at målgruppen inden for denne gruppeidentitet også er meget differentieret og man skal som vist, ifølge Brah og Jenkins, hele tiden sætte sundhedsformidlernes forhandling af deres position og identitet i en historisk, politisk og kulturel kontekst. Det betyder, at sundhedsformidlerne i princippet både skal repræsentere dem som ikke dyrker motion, dem der danser folkedans, dem der beder som motion, og samtidig skal kunne forklare hvorfor man gør som man gør og på hvilken baggrund, hvormed forhandlingen af deres position og identitet konstant reproduceres og forandres, afhængig af hvem de bliver bedt om eller antages at repræsentere.

Sundhedsformidlerne spørges ind til deres erfaringer som personer med en bestemt faglig baggrund, som personer med en bestemt kultur, som personer med en anden etnisk baggrund end dansk, som personer af et bestemt køn, fra en bestemt social klasse og med et bestemt sprog. Dette er alt sammen ting de skal trække på under uddannelsen. Dette kan betyde at de eksempler sundhedsformidlerne kommer med, når de bliver bedt om at tale som en del af målgruppen, er eksempler de muligvis forventer at underviserne vil høre. Som vist snakker sundhedsformidlerne om at madkultur afhænger af om man bor vådt eller tørt, altså i dale eller på bjerge, hvilket ikke er så relevant i Danmark eller for den målgruppe der er bosiddende i Danmark. De snakker også om, at man har en traditionel madkultur blandet med den danske madkultur, og som vist tidligere er kultur ligesom etnicitet og identitet foranderligt, så man kan groft argumentere for at den indsigt underviserne får af den etniske identitet eller identifikation, ved aktivt at inddrage sundhedsformidlernes erfaringer og oplevelser i deres udlægning af målgruppen, får et billede på 12 forskellige mennesker, der hvor de er i deres liv lige nu, baseret på individuelle følelser og ikke så meget andet. Jeg vil argumentere for, at når målgruppen af underviserne antages at tilhøre målgruppen og denne etniske gruppeidentitet, så får de svar på det de spørger om og får dermed

bekræftet deres antagelse, hvilket igen ikke fordrer forandring og udvikling af indsatsen eller af deres egen diskurs omkring etniske minoriteter og kan betyde at borgeren og dennes ønsker ignoreres eller tilsidesættes.

I mine feltnotater fra 23.05.14 konkluderer jeg at sundhedsformidlerne generelt ofte spørges ind til deres erfaringer omkring deres oplevelser med målgruppen og deres kultur. Jeg skriver:

”De spørges ind til det billede der er gældende for dem de kender, og der hvor de kommer fra. Nogle af sundhedsformidlerne er ikke født i Danmark men det er der samtidig nogle der er. De bliver dermed hele tiden set som repræsentanter for målgruppen, idet deres erfaringer tæller som det der gør sig gældende hos målgruppen. Sundhedsformidlerne tvinges dermed hele tiden til at tænke på målgruppen som sig selv, sine nærmeste familiemedlemmer, folk de kender eller har hørt om. Det er disse erfaringer de kan trække på.” (Feltnoter 23.05.14)

Jeg mener, at når underviserne antager at sundhedsformidlerne er en del af den etniske gruppeidentitet og aktivt søger deres erfaringer og ideer om målgruppen, altså de erfaringer sundhedsformidlerne opfordres til at komme med, søger underviserne at få indblik i målgruppen gennem sundhedsformidlernes interne definitionsproces. Dét underviserne dog ikke medtænker i denne proces er, at de erfaringer og oplevelser sundhedsformidlerne udtrykker, når de af underviserne positioneres som del af målgruppen er, at det ofte er eksternaliserede, sociale kategoriseringer der bliver definitionen på målgruppen. Kategoriseringer som er diskursivt producerede. Den eksterne definitionsproces eller sociale kategorisering, hvor andre kategoriserer en gruppe på en bestemt måde, kan have konsekvenser for gruppens sociale erfaringer (Jenkins 2008: 54). Dette sker ifølge Jenkins på baggrund af magt og autoritet og denne interaktion, mener jeg er gældende for aktørerne inden for Sundhed på dit sprog, heriblandt sundhedsformidlerne, når målgruppen kategoriseres som nogle der som vist har problemer man som sundhedsvæsen skal forsøge at løse, gennem dialogmøder med målgruppen. Når sundhedsformidlerne bliver bedt om at trække på erfaringer om kultur og en etnisk gruppeidentitet, vil jeg argumentere for, at der i den forbindelse sker en stigmatisering af målgruppen og dermed sundhedsformidlerne som etniske minoriteter. De indgår i en kontekst hvor den etniske identitet forstærkes (Jenkins 2008: 49), idet de ved at skulle trække på eksempler fra deres etniske og kulturelle baggrund, bliver fastholdt som etniske minoriteter, som nogle der er anderledes, har sproglige og kulturelle forståelsesproblemer og har et særligt sygdomsbillede, hvilket sundhedsformidlerne bliver repræsentanter for og skal stå til

ansvar for under uddannelsen. Man spørger dem i princippet og beder dem redegøre for, hvorfor kategorien etnisk minoritet er et problem, man i det danske sundhedsvæsen skal løse. Dette vil jeg argumentere for ikke er gunstigt for sundhedsformidlerne i deres forhandling af deres position og identitet, da der ikke er mulighed for forandring eller udvikling. Paradokset her er, at sundhedsformidlerne har meldt sig frivilligt, fordi de brænder for sundhed og har et ønske om at hjælpe dem der reelt har brug for hjælp.

Omvendt forhandler sundhedsformidlerne deres position og identitet ud fra at de positioneres som en institutionel og politisk funderet autoritet og som aktører, der qua Københavns Kommunes sundhedspolitik og gennem Sundhed på dit sprog, skal forsøge at ændre målgruppens sociale erfaringer, hvorved målgruppen får viden om sundhed og om de tilbud der er i forebyggelsescenteret. Dette ser jeg som en styrke og en god position for sundhedsformidlerne at besidde, og en man kan argumentere for at de selv har valgt og dermed er en position, de selv har forhandlet sig til, idet de som nævnt har meldt sig frivilligt til at tage uddannelsen som sundhedsformidler. På den baggrund argumenterer jeg for at sundhedsformidlerne besidder flere subjektpositioner (Brah 1996: 123) og disse positioner forandres afhængig af kontekst, da sundhedsformidlerne som vist indgår i eller har flere identiteter som de veksler imellem, afhængig af situationen og konteksten, når de enten indgår i gruppeidentiteten eller står over for målgruppen. Identitet er ikke statisk men er i konstant forandring og er mange-facetteret og gruppeidentiteter kan ikke reduceres til erfaringer gjort af enkelte personer, hvilket jeg i ovenstående har argumenteret for er det man forsøger hos Sundhed på dit sprog.

11.0 Konklusion

Under uddannelsen af nye sundhedsformidlere ved Sundhed på dit sprog konstrueres etnicitet på tre forskellige måder. Etnicitet konstrueres først ud fra forskellige personkarakteristika, formuleret som de kulturelle aspekter som sundhedsformidlerne deler med målgruppen. Disse kulturelle aspekter er at have minoritetsbaggrund samt at have fællestræk på baggrund af sprog, madvaner, traditioner, beklædning, religion og køn. Denne kulturelle differentiering som udgør målgruppen og som er med til at afgrænse den, konstruerer etnicitet. Kultur er foranderligt, hvilket betyder, at de kulturelle aspekter der her afgrænser målgruppen som en etnisk gruppe og dermed som en etnicitet, er foranderlige. Målgruppen kan dermed forsvinde, når vaner og livsstil ændres, men på grund af diskursen om at etniske minoriteter er et problem der skal løses som konsekvenser af sproglige og kulturelle barrierer, vil konstruktionen af etnicitet reproducere når etnicitet konstrueres, som det her er tilfældet hos Sundhed på dit sprog.

Hernæst konstrueres etnicitet idet målgruppen bekræftes af projektlederen for Sundhed på dit sprog, som nogle der har sproglige og kulturelle forståelsesproblemer og barrierer i mødet med sundhedsvæsenet, hvormed etnicitet konstrueres gennem denne politisk funderede diskurs. Etnicitet konstrueres gennem differentieringen af målgruppen som etniske minoriteter med sproglige og kulturelle forståelsesproblemer eller barrierer på baggrund af nogle herskende politiske og institutionelle diskurser. Dette kan i værste fald betyde, at man som sundhedsvæsen ikke tager højde for borgerne selv og inddrager dem i udviklingen af ellers relevante interventioner eller indsatser, men i stedet udvikler interventioner på baggrund af hvad statistikker og politikker siger om målgruppen. Konstruktionen af etnicitet og den sociale og kulturelle differentiering af den etniske gruppe vil dermed ved Sundhed på dit sprog altid handle om en etnisk gruppe med bestemte sygdomme og med sproglige og kulturelle barrierer.

Udover de kulturelle aspekter og den herskende politiske diskurs der konstruerer etnicitet under uddannelsen af nye sundhedsformidlere ved Sundhed på dit sprog, konstrueres etnicitet i relation til andre sociale kategorier. Disse kategorier er køn, social klasse og sprog, som alle relateres til etnicitet og konstruerer dermed etnicitet. Dette betyder at målgruppen på baggrund af relationen af kategorierne, placeres som adskilt fra eller over for majoriteten. Det bliver noget særligt at være etnisk minoritet, at tale et bestemt sprog og at tilhøre en bestemt social klasse.

Under denne uddannelsesramme hvori etnicitet konstrueres, forhandler sundhedsformidlerne deres position og identitet på baggrund af at de indgår i den etniske gruppeidentitet som udgør målgruppen. Dette gør de når de selv afgrænser sig som etnisk gruppe og dermed forhandler deres position og identitet som en del af målgruppen. Dermed er de gennem denne gruppeidentitet i stand til at signalere nogle erfaringer, de har gjort sig som sundhedsformidlere omkring sundhed og livsstilssygdomme samt om forebyggelse og sundhedsfremme, som de i den interne interaktion med gruppen kan give videre, i denne konstante konstruktion og reproduktion af gruppens identitet eller identifikation. Dette er det positive og konstruktive ved denne internalisering der sker, når sundhedsformidlerne forhandler deres position og identitet som en del af målgruppen. Når sundhedsformidlerne bliver bevidste om, at der er aspekter af deres gruppeidentitet som ikke er hensigtsmæssig i forhold til den uddannelse de er ved at tage, kan det have betydning for sundhedsformidlernes sociale erfaring som etnisk minoritet. Der bliver dermed potentiale for konflikt mellem Forebyggelsescenter Nørrebro og den sundhedspolitik der er gældende her og så sundhedsformidlerne, når de indgår i gruppeidentiteten etnisk minoritet.

Sundhedsformidlernes position og identitet bliver konstant genstand for rekonstruktion, fordi de med opfordring fra underviserne, i antagelsen om en bestemt gruppeidentitet på baggrund af sundhedsformidlernes erfaringer fra egne oplevelser, følelser og forståelse af sit eget hverdagsliv skal tage stilling til målgruppen og den måde de i rammen af uddannelsen repræsenterer målgruppen på. Når underviserne aktivt søger sundhedsformidlernes erfaringer og ideer om målgruppen, altså de erfaringer sundhedsformidlerne opfordres til at komme med, søger underviserne at få indblik i målgruppen gennem sundhedsformidlernes interne definitionsproces og i antagelsen om deres gruppeidentitet. Dét underviserne dog ikke medtænker i denne proces er, at de erfaringer og oplevelser sundhedsformidlerne udtrykker, når de af underviserne positioneres som en del af målgruppen er, at det ofte er eksternaliserede, sociale kategoriseringer der bliver definitionen på målgruppen. Kategoriseringer som igen er diskursivt producerede. På den baggrund konkluderer jeg, at sundhedsformidlerne besidder flere subjektpositioner og at disse positioner forandres afhængig af kontekst, da sundhedsformidlerne indgår i eller har flere identiteter som de veksler imellem, afhængig af situationen og konteksten, når de enten indgår i gruppeidentiteten eller står over for målgruppen som sundhedsformidlere.

12.0 Perspektivering

Det der er på spil i nærværende speciale omkring indsatsen Sundhed på dit sprog er etnicitet, kultur, sundhed, social ulighed i sundhed og sprog. Det er disse faktorer der både konstituerer Sundhed på dit sprog og som derved er styrker ved indsatsen, men det er samtidig i min vurdering de faktorer der udgør svagheden ved indsatsen. Dette synspunkt vil jeg uddybe i følgende perspektivering.

11.1 Etnicitet og kultur versus social ulighed i sundhed

Målgruppen for Sundhed på dit sprog defineres udadtil som værende etniske minoriteter og målet med indsatsen er at mindske social ulighed i sundhed. Under interviewet med projektlederen beder jeg hende definere hvem målgruppen er og hvordan man når denne gruppe, hvortil hun svarer:

23.27 P: *”Mmh det vil jeg sige altså alle med anden etnisk baggrund og sådan set også dansk hvis man har lyst med dansk baggrund som har svært ved at forstå sundhedsbudskaber og finde sundhedsbudskaber og som har svært ved at læse, som har svært ved fremmedord og som har en motivation for at blive sundere altså det er dem der bør være i Sundhed på dit sprog kan man sige. Og så er det jo ofte at de mennesker jeg har beskrevet ofte befinder sig inden for den socialt udsatte målgruppe som kan være analfabeter eller have svært ved tilværelsen i det hele taget.”*

Her fortæller hun, at målgruppen ikke kun er folk med anden etnisk baggrund end dansk, men også etniske danskere. Dette er en vigtig pointe, og jeg har svært ved at forstå, hvorfor denne formulering ikke er mere tydelig i deres kommunikation. Man kan sætte spørgsmålstegn ved hvad der gør, at man hos Sundhed på dit sprog insisterer på at holde fast i begrebet om etnicitet og at definere målgruppen som værende etniske minoriteter eller folk med anden etnisk baggrund end dansk. Samtidig kan man diskutere hvorfor sundhedsformidlerne kategoriseres som en etnisk minoritet ud fra bestemte kulturelle aspekter og konstant skal stå til ansvar for og antages at tilhøre denne bestemte gruppeidentitet. Hvis målgruppen i stedet defineres som alle der er socialt ulige eller udsatte, kan man så sige at social ulighed er en etnicitet, eller måske en kultur? I indsatsen defineres målgruppen på baggrund af kulturelle aspekter og bestemte personkarakteristika. Der sker altså som nævnt en kulturel differentiering af en bestemt gruppe mennesker ud fra disse fænomener. Samtidig konkluderer projektlederen at mænd er mænd, uanset etnicitet og at sundhedsformidlerne er peers på deres køn, altså kvinde til kvinde og mand til mand. Etnicitet eller etnisk baggrund er altså ikke vigtigt her, men det at man har et rum til mænd og et rum til kvinder, hvor man kan være sig selv og være fælles om sit køn, er det vigtige. Dette er dog ikke helt gældende et andet sted i interviewet med projektlederen, hvor hun fortæller hvordan en anden etnisk baggrund end dansk er den primære

peer faktor. At sundhedsformidlerne er peers på det at have en anden etnisk baggrund end dansk, kan i min optik både være en styrke og en svaghed ved indsatsen. Det er en styrke når målgruppen defineres som og rent faktisk har anden etnisk baggrund end dansk, men det kan være en svaghed ved indsatsen, når og hvis målgruppen er defineret som socialt ulige, uafhængigt af etnicitet. Svagheden ved dette aspekt bekræftes når projektlederen konkluderer eller fastholder at sundhedsformidlerne som også tidligere nævnt ikke er socialt udsatte, altså at de ikke er peers på det at være socialt udsatte. Sundhedsformidlerne er altså ikke socialt udsatte, men de skal agere rollemodeller for målgruppen, om denne så defineres ud fra etnicitet eller ud fra det at være socialt ulige. I indsatsen vurderes målgruppen dog som en samlet enhed af folk der både er etniske minoriteter og er socialt ulige, jævnfør projektlederens definition i hendes oplæg til sundhedsformidlerne og i beskrivelsen af indsatsen.

Det at være rollemodeller for målgruppen, kan også både være en styrke og en svaghed ved indsatsen. Jeg spørger ind til, hvordan man bedst når målgruppen, hvortil hun svarer:

38.34 P: *”Jamen, det gør man både ved at være rollemodel og ved at være nede på jorden. Altså, jeg tror at der er en stor rollemodelfaktor i denne her altså, jeg tror at det er trygt og inspirerende og positivt for målgruppen, at se at der er nogle fra deres eget segment kan man sige eller med en fælles kulturel baggrund, som klarer sig godt og som står og er et levende eksempel på at det godt kan lade sig gøre og i Sundhed på dit sprog er det jo også nemt at have succes, uanset om man har en høj uddannelsesmæssig baggrund, det eneste forkundskab det er at man har selvtilliden i orden og kan tale dansk kan man sige, så kan man blive en dygtig sundhedsformidler.”*

Hvis målgruppen hypotetisk set er af blandet herkomst og etnicitet som det konstrueres her ikke er en faktor, bliver den kulturelle differentiering der er til stede ved indsatsen nu overflødig, da det så ikke kun er disse kulturelle aspekter og denne bestemte konstruktion af etnicitet der er relevant.

Hvis målgruppen er blandet i etnicitet og i stedet er defineret ud fra social ulighed i sundhed, så kan sundhedsformidlerne eksempelvis også være af blandet herkomst. Indsatsen handler nu om at mindske social ulighed i sundhed for alle, og bør derfor handle om sundhed, som den også gør nu, men med mange flere kulturelle aspekter end den kulturelle differentiering, der er til stede på nuværende tidspunkt. Dette kunne være et aspekt man hos Sundhed på dit sprog kan overveje, så titlen på indsatsen kommer til at betyde sundhed formidlet på et sprog så alle kan være med og kan få viden om sundhed på en uformel facon og samtidig styrke sit netværk, på tværs af sociale eller

etniske grupperinger, men ud fra et syn om lige sundhed til alle. Dette leder mig til at vende tilbage til begrebet om sundhedsfremme.

11.2 Sundhedsfremme versus social ulighed i sundhed

I analysen beskrev jeg hvordan underviserne under uddannelsen af nye sundhedsformidlere og generelt hos Sundhed på dit sprog fokuserer særligt på sproglige og kulturelle forståelsesproblemer og barrierer, et bestemt sygdomsbillede ved de etniske minoriteter samt på KRAM-faktorer. Jeg mener at man i stedet kan bruge sundhedsformidlernes kompetencer og fællestræk med målgruppen, til at finde ud af hvem målgruppen egentlig er, hvad målgruppen ønsker og hvilke behov målgruppen reelt har. Målet med Sundhed på dit sprog er at mindske social ulighed i sundhed og at hjælpe en målgruppe der mangler viden om sundhed og savner netværk. Dybbroe og Kappel undersøger social ulighed i sundhed i et sundhedsfremmende perspektiv i forhold til socialt udsattes adgang til arbejdsmarkedet (Dybbroe & Kappel 2012). De undersøger socialt udsatte grupper defineret som eller afgrænset til folk med et stofmisbrug og deres møde med hospitalssektoren, hvor forfatterne mener at:

”...institutionerne og de professionelle kunne antage en solidarisk tilgang til socialt udsattes sundhedsfremme og arbejde ud fra en mere kompleks og samfundsmæssigt forankret problemforståelse.” (Dybbroe & Kappel 2012: 40).

I den forbindelse pointerer de, at ulighed i sundhed er en del af identiteten idet de sociale vilkår de socialt udsatte lever under, har indflydelse på deres identitet og sociale erfaring, jævnfør Jenkins og Brah. Dybbroe og Kappel er af den opfattelse at social ulighed i sundhed reproduceres gennem politikker, i samfundets kontekst, i institutioner og i hverdagen (Dybbroe & Kappel 2012: 40-41). De mener med det sundhedsfremmende perspektiv, at det handler om at inddrage borgerne og deres ønsker i de indsatser man tilbyder, som grundlaget for selve indsatsen (Dybbroe & Kappel 2012: 40-41). Dette argumenterer jeg for ikke er nok gældende hos Sundhed på dit sprog, hvor man lader sundhedsformidlerne være repræsentanter for målgruppen, og antager at sundhedsformidlerne indgår i den bestemte gruppeidentitet, hvorfor der ikke er nok fokus på selve målgruppen, men på sundhedsformidlerne som repræsentanter for målgruppen. Sundhedsformidlerne kan omvendt på baggrund af dialogmøderne give ønsker og viderebringe perspektiver i forbindelse med udviklingen af indsatsen. De får dog samtidig en funktion som rollemodeller for borgerne, med den gældende sundhedspolitik i ryggen, som altså ifølge Dybbroe og Kappel kan være med til at skabe denne reproduktion af den sociale ulighed i sundhed (Dybbroe & Kappel 2012: 40-41).

Dette mener jeg også er tilfældet og er en dualitet ved indsatsen: man søger at hjælpe socialt ulige etniske minoriteter, hvormed man både har reproduceret diskursen om social ulighed og om etniske minoriteter. Det er en cirkel der gentager sig selv, men spørgsmålet er om indsatsen ikke også når nogle mennesker og har fokus på nogle områder der er relevante for netop denne målgruppe, gennem eksempelvis brugen af sundhedsformidlerne?

Dybbroe og Kappel skriver at de socialt ulige borgere anses som nogle der er fremmede for sundhedsvæsenet og de tilbud der er, og de står dermed uden for systemet (Dybbroe & Kappel 2012: 42). Denne tankegang bekræfter projektlederen for Sundhed på dit sprog når hun i interviewet fortæller hvem målgruppen er og hvorfor:

8.21 P: ”...man kan se at der er en skævhed i forhold til hvem der benytter sig af vores tilbud og at der er en lavere viden omkring sundhed og en større sygdomsfrekvens blandt etniske minoriteter der er dårligt stillede i Københavns Kommune, og man kunne se at der skulle noget særligt til, man har jo også erfaring med at de er svære at integrere i vores tilbud...”

Sundhedsfremme er ifølge Dybbroe og Kappel relevant idet mange socialt ulige borgere ”... oplever at have begrænsede handlemuligheder.” (Dybbroe & Kappel 2012: 42). Der er dermed behov for at have fokus på det der gør eller vedholder folk sunde, så man får oplevelsen af at have handlemuligheder. Sundhed på dit sprog er i teorien en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som dog mest fokuserer på forebyggelse, men med det salutogenetiske perspektiv er det dermed vigtigt i den forbindelse at holde fast i og fokusere på hvordan folk forbliver sunde og raske og har en følelse af sammenhæng, i modsætning til at fokusere på deres sygdom.

Dybbroe og Kappel beskriver, at man ikke bliver socialt udsat på grund af faktorer såsom kultur eller mangel på viden (Dybbroe & Kappel 2012: 43). Dette står i kontrast til Sundhed på dit sprog, der eksplicit søger at mindske social ulighed i sundhed for socialt udsatte etniske minoriteter som, i deres formulering, grundet sproglige og kulturelle barrierer og mangel på viden har brug for hjælp. Dette syn på konsekvensen af de kulturelle barrierer deler projektlederen som tidligere vist med Sundhedsstyrelsen (Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen 2010: 5). Der er altså et nationalt og kommunalt syn på, at kultur har en indvirkning på social ulighed i sundhed, hvilket både Dybbroe og Kappel, men også Bak og Andersen viser i deres undersøgelse, ikke er tilfældet. De mener, som tidligere beskrevet at social ulighed knyttes til den sociale position i samfundet og at etnicitet og kultur ofte bliver forklaringen på ulighed i sundhed (Bak & Andersen 2013: 19), hvilket

man kan argumentere for, med beskrivelsen af Sundhed på dit sprog at denne indsats indskrives sig i. Bak og Andersen konkluderer i deres undersøgelse, at konsekvensen kan være stigmatisering på baggrund af etniske tilhørsforhold og at en sådan tilgang kan sløre for andre årsager eller faktorer, som kan have betydning for mulige interventioner (Bak & Andersen 2013: 20). Sundhed på dit sprog er en sådan intervention der indlejres i herskende diskurser og dermed er af den opfattelse at etnicitet og kultur har en signifikant betydning for social ulighed i sundhed, hvilket Bak og Andersen ikke kan vedkende sig, da de mener at en ophobning af risikofaktorer målt som manglende ressourcer har betydning for social ulighed i sundhed (Bak & Andersen 2013: 20).

11.3 Anden mulig undersøgelse af samme felt

Jeg har i nærværende speciale gennem en kvalitativ undersøgelse haft fokus på konstruktionen af etnicitet under uddannelsen af nye sundhedsformidlere samt deres forhandlinger af deres position og identitet i denne uddannelsesramme. Hvis jeg skulle udvide min forskning på dette felt, i en ny eller udvidet undersøgelse, ville jeg inddrage målgruppen og fokusere på borgerne. Jeg ville se på interaktionen mellem sundhedsformidlerne og borgerne, for at undersøge hvordan denne interaktion kan sige at være sundhedsfremmende, hvilken konstruktion af etnicitet der i denne interaktion er gældende og hvilken betydning disse to aspekter har for muligheden for at mindske social ulighed i sundhed. En ny problemformulering kunne dermed lyde:

- Hvordan konstrueres etnicitet i interaktionen mellem sundhedsformidler og målgruppe og hvordan er denne interaktion sundhedsfremmende?

Litteraturliste

Bak, C. K. & Andersen, P. T.: *Social ulighed i sundhed i et udsat boligområde*. 2013. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning.

Dybbroe, B. & Kappel, N.: *Ulighed i sundhed – et sundhedsfremmeperspektiv på socialt udsattes adgang til sundhed*. I ”Sundhedsfremme – et kritisk perspektiv”. 2012. Samfundslitteratur.

Faktaark fra Københavns Statistik. *Befolkningen efter herkomst og bydele*. 1. januar 2013. København - www.kk.dk/statistik besøgt 27. februar 2014

Folkesundhed København og Forebyggelsescenter Nørrebro: *Beskrivelse af Sundhed på dit sprog*. 2010. København. Folkesundhed København og Forebyggelsescenter Nørrebro.

Jenkins, R.: *Rethinking Ethnicity*. 2008. Sage Publications Ltd.

Jensen, S. Q. & Christensen, A.: *Intersektionalitet som sociologisk begreb*. 2011. Dansk Sociologi.

Jensen, T. K. & Johnsen, T. J.: *Sundhedsfremme i teori og praksis*. 2009. Forlaget Philosophia.

Københavns Kommune, 1. <http://www.kk.dk/da/borger/sundhed-og-sygdom/forebyggelse-og-sundere-livsstil> Besøgt 20. maj 2014.

Københavns Kommune, 2. <http://www.kk.dk/da/borger/sundhed-og-sygdom/forebyggelse-og-sundere-livsstil/sundhed-paa-dit-sprog> Besøgt 20. maj 2014.

Længe Leve København. 2011. Københavns Kommune.

Pedersen, K. B.: *Socialkonstruktivismen*. I ”Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori En indføring”. 2012. København K. Hans Reitzels Forlag.

Schmidt, L. et. al.: *Det kvalitative forskningsinterview*. I ”Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab”. 2011. København. Munksgaard Danmark.

Sundhedsstyrelsen: *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi*. 2010. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen: *Ulighed i Sundhed – Årsager og Indsatser*. 2011. Sundhedsstyrelsen.

Tjørnhøj-Thomsen, T. & Whyte, S. R.: *Feltarbejde og deltagerobservation*. I ”Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab”. 2011. København. Munksgaard Danmark.

Bilag 1

Interviewguide Sundhed på dit sprog – interview med Projektlederen 27/3 2014

<p>Interviewpersonen – projektlederen for Sundhed på dit sprog for hele Københavns Kommune med fysisk arbejdsplads i Forebyggelsescenter Nørrebro</p>	<p>Hvad er din faglige baggrund?</p> <p>Hvordan stiftede du bekendtskab med Sundhed på dit sprog?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan blev du tilknyttet? <p>Hvordan ser en typisk arbejdsdag ud for dig i forbindelse med Sundhed på dit sprog?</p> <p>Hvem arbejder du sammen med i forbindelse med Sundhed på dit sprog?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvem er dine kollegaer i Forebyggelsescenter Nørrebro, andre forebyggelsescentre, andre organisationer?
<p>Selve indsatsen Sundhed på dit sprog og lokaliteten Nørrebro</p>	<p>Hvad er Sundhed på dit sprog?</p> <p>Hvem fandt på indsatsen og udviklede det?</p> <p>Hvad var tanken bag at lave en indsats som Sundhed på dit sprog?</p> <p>Hvorfor hedder indsatsen Sundhed på dit sprog?</p> <p>Hvem finansierer Sundhed på dit sprog?</p> <p>Hvad har man gjort for at indsatsen har fået lov at fortsætte og nu er fast indsats i Forebyggelsescenter Nørrebro/Københavns Kommune?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad ville konsekvensen være hvis indsatsen ikke var fast, fx for de borgere man prøver at nå med indsatsen? <p>Hvad er vigtige arbejdsområder for Sundhed på dit sprog specifikt på Nørrebro?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan er Nørrebro speciel i forhold til borgere, boligområder? • Hvor meget fokus har Sundhed på dit sprog på Nørrebro, hvilke dele af Nørrebro og hvorfor?

<p>Definition af målgruppen med konkrete eksempler</p>	<p>Hvem er målgruppen for Sundhed på dit sprog?</p> <p>Nævn fx 3 eller 4 eksempler på personer fra målgruppen?</p> <p>Hvordan når indsatsen målgruppen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke aktiviteter tilbyder I målgruppen? • Hvad skal man eksempelvis gøre for at sikre sig at der kommer nogle til jeres aktiviteter? <p>I beskrivelsen af Sundhed på dit sprog (2010) nævnes specifikt: <i>sprog, madvaner, traditioner, beklædning, religion og køn</i> som fællesnævnerne for sundhedsformidlerne og målgruppen som <i>peers</i> eller ligemænd, hvordan er de seks ting udvalgt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvorfor er lige netop disse ting vigtige for at sundhedsformidlerne og målgruppen kan være ligemænd? • Er der andre eksempler på at formidlere er ens med målgruppen? • Hvordan er sundhedsformidlerne forskellige fra målgruppen? <p>Idet sundhedsformidlerne skal agere som peers eller ses som ligemænd, kan de så også siges at være en del af målgruppen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan? • Hvorfor/hvorfor ikke?
--	---

<p>Uddannelse af et nyt korps anno 2014</p>	<p>Der skal uddannes et nyt korps af sundhedsformidlere i foråret 2014, med start 25. april, hvorfor det?</p> <p>Hvem kommer det nye korps til at bestå af?</p> <p>Hvordan er det nye korps rekrutteret?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan er ansøgerne udvalgt? <p>I beskrivelsen af Sundhed på dit sprog fra 2010 består uddannelsen af emnerne: kost, motion, d-vitaminmangel, diabetes 2, reproduktiv sundhed, rygning og tandsundhed</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er disse emner gældende for det nye korps? • Hvorfor er der lagt vægt på netop disse emner? <p>Hvordan ser du at de nye sundhedsformidlere kan bidrage til det eksisterende korps?</p> <p>Hvad kunne være eksempler på de nye formidlers opgaver?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det forskelligt fra de eksisterende formidlers opgaver? <p>Er der ellers noget der er vigtigt at vide om indsatsen eller målgruppen eller sundhedsformidlerne?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er der noget jeg har glemt at spørge om?
---	---

Projektlederen italesætter umiddelbart kategorien etnicitet som den primære kategori der er relevant i forbindelse med Sundhed på dit sprog.

Desuden italesætter hun sprog, køn og social klasse som andre vigtige sociale kategorier.

Bilag 2

Transskribering af interview med projektleder og koordinator for Sundhed på dit sprog. Interview foretaget i Forebyggelsescenter Nørrebro 27. marts 2014.

Jeg introducerede temaerne fra interviewguiden 1) først om hendes faglige baggrund og hvad hun laver i Forebyggelsescenter Nørrebro 2) om Sundhed på dit sprog 3) om målgruppen og eksempler på målgruppen og 4) om det nye korps.

I = Interviewer

P = Projektleder

Del 1

0.33 I: Hvad er din faglige baggrund?

0.34 P: Jeg er cand.scient. idræt med den samfundsvidenskabelige overbygning.

0.39 I: Og hvad betyder det?

0.40 P: Det betyder at der er to overbygninger på Institut for idræt, så når du har taget din bachelor, faktisk også i løbet af din bachelor, så sporer du dig ind på hvilken overbygning du er på og enten så går du over på den fysiologiske kan man sige eller også går du mere over i den humanistiske retning hvor du tager sociologi og samfundsvidenskab og psykologi, øh ja, videnskabsteori og så videre, hvor jeg har taget den humanistisk samfundsvidenskabelige overbygning.

1.05 I: Ja, ok. Hvordan stiftede du bekendtskab med Sundhed på dit sprog?

1.06 P: Det startede med at jeg var ansat inde i Folkesundhed København og der sad jeg faktisk og arbejdede i noget der hedder Børne-Unge-Programmet og lavede sådan, der var man lidt mere tæt på det politiske kan man sige. Jeg sad også og var sekretær på de sundhedspolitiske handleplaner og på et tidspunkt arbejdede jeg meget sammen med Teknik- og Miljøforvaltningen i forbindelse med et samarbejde i forhold til folkesundhed og miljøpåvirkninger og sådan noget. Og så i 2000 og... i slutningen af 2009 blev vi spurgt om der var nogle der ville rykke ud i forebyggelsescentrene og det ville jeg faktisk rigtig gerne og jeg spurgte om ikke jeg kunne komme ud på Nørrebro og så i januar 2010 så blev jeg flyttet ud på Nørrebro. Sundhed på dit sprog levede indtil da inde i Folkesundhed København og det var startet i 2005 hvor Lisa Duus var projektleder på det, og da det så kom ud på Nørrebro blev det til en indsats og så fik jeg den med mig fordi Lisa havde sagt sin stilling op øh så

jeg fik Sundhed på dit sprog derefter og så blev det forankret i Forebyggelsescenter Nørrebro som der hvor det tog sit administrative udgangspunkt ud fra kan man sige, med mig som koordinator, eller projektleder, ja.

2.22 I: Hvorfor valgte du Nørrebro?

2.24 P: Jamen jeg havde, altså først og fremmest så havde jeg hørt rigtig meget om arbejdspladsen og at der var en dejlig og dygtig leder øh der var på Nørrebro og så havde jeg også en kollega som var herude som også har været inde i Folkesundhed København som anbefalede mig at komme herud. Øhm og så startede vi der på Tranevej i januar 2010. Og det var helt tilfældigt at jeg fik Sundhed på dit sprog kan man sige fordi jeg tror at Folkesundhed København havde den hovedpine at nu var Lisa holdt op og de havde Sundhed på dit sprog og de ville i det hele taget ikke drifte med projekter mere så, de ville mere koncentrere sig om politiområdet, så det at lave projekter det blev ligesom lagt meget ud i de forskellige forebyggelsescentre. Alt det borgernære kan man sige. Og så så de, jeg ville gerne til Nørrebro og så stak de mig Sundhed på dit sprog under armen og jeg havde jo faktisk ikke nogen forudsætninger for det, sådan andet end selvfølgelig min akademiske baggrund og projektlederkurser osv. og tog den der, men jeg synes det har været meget heldigt at det var mig der har fået det kan man sige, fordi jeg har boet så mange år i udlandet og det giver rigtig god mening, i forhold til at kunne forstå andre kulturer, så det er blevet en indsats jeg er blevet rigtig glad for at koordinere.

3.35 I: Ok, ja. Hvordan ser din arbejdsdag ud i forbindelse med Sundhed på dit sprog?

3.41 P: Rigtig meget går på strategi og på at koordinere indsatsen i de forskellige forebyggelsescentre og samarbejde omkring udvikling af indsatsen. Det gør jeg rigtig meget. Og så er der utroligt mange henvendelser i Sundhed på dit sprog som afføder alle mulige retninger kan man sige og nu arbejder jeg også meget inde i det boligsociale, øh og sidder i boligsocialt forum og samarbejder ud i de forskellige boligsociale organisationer med boligsociale medarbejdere som også øh, det springer der alt muligt ud af kan man sige. Og sidder også i noget der hedder samarbejdsforum her øh lokalt på Nørrebro-Bispebjerg øhm så... I det hele taget så arbejder jeg meget bydelsorienteret meget af min tid, men så den anden del af min tid arbejder jeg meget på tværs af København fordi at Sundhed på dit sprog er dækkende for hele København øhm, så ja.

4.38 I: Ja. Nu nævnte du lige at du sidder i de her forskellige fora, hvem er ellers sådan samarbejdspartnere eller hvem er dine kollegaer sådan på Sundhed på dit sprog?

4.47 P: På selve Sundhed på dit sprog så er det de andre kollegaer i de andre forebyggelsescentre, der er en i hvert forebyggelsescenter der ligesom, undtagen på Østerbro, som har til opgave at være den lokale tovholder for Sundhed på dit sprog, men jeg er så projektleder på det så jeg koordinerer hvordan indsatsen kan vokse ude hos dem og hvilke strategier de kan lægge sig an og hvordan sundhedsformidlerne kan arbejde ind i området og ind i deres forebyggelsescenter. Så det er mine kollegaer i Sundhed på dit sprog og min allertætteste kollega i Sundhed på dit sprog det er jo Kausar der driver indsatsen administrativt det vil sige hun booker opgaver og sørger for kontakten til de forskellige aftagere i byen der kunne være interesserede i opgaver i Sundhed på dit sprog. Hun byder opgaver ud til korpset og registrerer lønnen og den slags og så tager jeg mig meget af det mere personaleorienterede hvis der er nogle diskussioner omkring løn eller arbejdsforhold eller et eller andet, så er det mig der taler med sundhedsformidlerne omkring det kan man sige.

5.46 I: Ja, ok.

5.50 P: Og så bruger jeg selvfølgelig også tid på Erfa-møder og videreuddannelse af sundhedsformidlerne løbende kan man sige.

Del 2

5.56 I: Vil du fortælle lidt om hvad selve indsatsen er, hvad er Sundhed på dit sprog?

6.02 P: Øhm Sundhed på dit sprog er en indsats der i hvert fald forsøger at lette adgangen til vores tilbud i forebyggelsescentrene for særlige målgrupper der har svært ved det og i det her tilfælde handler det så om etniske minoriteter der kan have nogle sproglige barrierer og måske nogle kulturelle barrierer i forhold til at benytte sig af vores tilbud. Så derfor så har vi lavet et helt andet tilbud som dels er sundhedsoplysende og sygdomsoplysende og så også oplyser om forebyggelsescentrenes tilbud og prøver at guide folk ind i forebyggelsescentrenes tilbud. Så det er i hvert fald sådan overordnet med Sundhed på dit sprog og det benytter sig meget af Peer Education, at sundhedsformidlerne har en lignende baggrund som de mennesker de forsøger at gå ud og rekruttere og informere og holde dialogmøder med omkring sundhedsrelaterede emner.

6.54 I: Ja. Hvem fandt på indsatsen i sin tid, var det i 2005?

7.00 P: Ja det var i 2005 og det var Lisa der gjorde det, Lisa Duus med inspiration fra England som benyttede Peer Education til i hvert fald et lignende koncept kan man sige, hvor det var sådan etnisk til etnisk kan man sige.

7.14 I: Ok, så det var ligesom udviklet og så gik hun videre med det?

7.18: P: Det var udviklet ja og så blev hun inspireret og udviklede det her.

7.23 I: Ja. Og startede det på Nørrebro eller hvor startede det?

7.25: Det startede i Folkesundhed København hvor hun sad og var ansat derinde men det kunne ligeså godt være på Nørrebro kan man sige for det var bare et sted hvorfra man drev indsatsen ligesom Nørrebro også nu er et sted hvorfra man driver indsatsen kan man sige, men grunden til at det er lagt på Nørrebro er jo også fordi det er et område der har rigtig mange udsatte beboere og som har brug for indsatsen i højere grad, så derfor er der også flere midler på Nørrebro i den lokale pulje i Sundhed på dit sprog kan man sige fordi Birgitte der leder centeret har midler til at løfte Nørrebro-Bispebjerg hvori hun lægger nogle i Sundhed på dit sprog, så det er klart at aktiviteten på Nørrebro er større end i de andre dele af København, fordi vi er her og fordi Birgitte har ekstra midler lige det, i forhold til lige den her bydel.

8.13 I: Ja, og hvad var sådan, ja nu sagde du at I fik ideen fra et engelsk projekt, men hvad var ideen med sådan at lave det herhjemme?

8.21 P: Hmm det tror jeg næsten du skal interviewe Lisa om tænker jeg, men det er jo fordi man kan se at der er en skævhed i forhold til hvem der benytter sig af vores tilbud og at der er en lavere viden omkring sundhed og en større sygdomsfrekvens blandt etniske minoriteter der er dårligt stillede i Københavns Kommune, og man kunne se at der skulle noget særligt til, man har jo også erfaring med at de er svære at integrere i vores tilbud og hvis det, altså i begyndelsen var det jo sådan at når de kom ind i et tilbud i forebyggelsescentrene så var de der måske kun kortvarigt og så gik de igen fordi de ikke helt forstod hvad formålet var med at de var der hvor de var og at de var i gang med den rehabilitering de var i gang med. Så der var nogle sproglige og kulturelle barrierer man oplevede som var incitamentet til at man nu begyndte at lave noget der kunne guide dem ind i tilbuddene og så i det hele taget var det jo også en oplysnings – altså dengang vi startede var det jo i højere grad et tilbud der var ude i byen til sådan sporadisk bestilte opgaver i foreninger og netværk og boligsociale indsatser hvor der opstod møder ude eller hvor der blev bestilt sundhedsformidlere

ud. Så det startede med at være sådan et meget løst revet korps der tog løst revet opgaver hist og pist, hvor det nu, i højere grad i hvert fald er planlagt temaforløb i forebyggelsescentre og derudover nogle meget målrettede samarbejder med boligsociale organisationer, så man i højere grad arbejder igennem samarbejdspartnere i stedet for at lægge sig an på at man deler flyers ud og sender mails og fortæller om indsatsen så er der nogle der opfanger og nogle der lige bestiller nogle opgaver, men prøver at lave nogle fastere samarbejdsrelationer, og så derudover også har det oprindelige, at man også har sporadiske opgaver der opstår, men ellers så er det sådan meget mere i planlagte klumper og med samarbejdspartnere. Jeg kan også se at det giver bedre mening i forhold til at nå de socialt udsatte fordi hvis ikke vi er i rigtig god kontakt med for eksempel en boligsocial aktør i Mjølnerparken, så er det svært at blive guidet videre ind, altså så får man måske kontakt til kvindeklubben, efter man har kontakt med den boligsociale medarbejder, så har man kontakt til den kvinde der står for kvindeklubben der har boet i Mjølnerparken det meste af sit liv, og derigennem til de kvinder som hun så har i sit netværk, så det giver rigtig god mening at snakke med folk der kender andre kan man sige, det bruger vi ret mange kræfter på.

10.45 I: Og hvad er andre eksempler på de der faste ting I har?

10.50 P: Jamen det er meget i de der boligsociale organisationer og så kan det også være Fakti (?) og andre kvindecentre kan man sige som vi har haft kontakt og temaforløb med, men mest er det de boligsociale organisationer, det kan også være jobcentre, beskæftigelsesindsatserne vi samarbejder med og sådan et sted som Kalejdoskop som også er et tilbud målrettet etniske minoriteter med både hygge og samvær og danskundervisning.

11.20 I: Er det på Nørrebro?

11.21 P: Ja. Det ligger lige rundt om hjørnet her.

11.26 I: Ok, ja. Hvorfor hedder indsatsen Sundhed på dit sprog?

11.29 P: Ja det er et meget godt spørgsmål faktisk. Der er også mange der tror det handler om at det er sundhed på dit sprog på den måde at der bliver undervist i dialogmøderne på modersmål og det gør der som hovedregel ikke, men vi ville rigtig gerne men det giver ikke mening fordi at målgruppen er blandet kan man sige, når vi møder dem så er det næsten aldrig at der kun sidder en ren somalisk gruppe så er det som regel blandede sproggrupper, men det kan sagtens foregå på modersmål parallelt og det gør det jo næsten altid også, hvis det er at Kausar underviser og hun kan

se der er andre urdu-talende der sidder og ser helt fortabte ud så hjælper hun dem selvfølgelig, men som regel er det også sådan at folk de klumper sig i grupper, når de sidder til sådan et møde hvor der er en 20 stykker, så sætter de somaliske sig tit ved siden af hinanden og så sidder de parallelt og fortæller og forklarer dem af dem der er sprogstærke, til de andre. Og så er det jo meget lagt an på fagter og på billeder og på langsom tale og netværk og dialog, og der kan de fleste være med, er vores erfaring, uanset deres sproglige baggrund, men ja det skulle måske hedde sundhed, kulturel sundhed eller et eller andet, hvis det endelig var. Det er lidt misvisende fordi det foregår som regel ikke på modersmål. Det kan det godt, altså sundhedsformidlerne bliver også tit brugt i brobygninger og tolkelignende situationer hvor de så bruger deres eget sprog. Men man kan sige egentlig burde det hedde fra dansk til dansk fordi egentlig så oversættes der fra kompliceret dansk, til nemt dansk kan man sige, det er en oversættelse af sundhedsbudskaberne til nem dansk, så det er på et sprog alle godt kan forstå, det er bare ikke på sådan fremmedsprog som regel.

13.05 I: Kunne det så være alle sprog altså kunne det være spansk eller kunne det være...?

13.09 P: Det kunne det i princippet godt hvis vi havde socialt udsatte spaniolere i Danmark og det var en stor målgruppe og man kan også sige vi sagtens kunne udvide i forhold til hele østblokken og det har da også været på tale at det var noget vi kunne gøre hen ad vejen og det kommer vi nok også til hvis budgettet bliver større, altså tænker jeg så vil det være meget relevant i hvert fald at arbejde med andre sproggrupper, det kunne det, og det er jo ikke fordi at man så bruger sproget og det er også altså, mere er det ”sundhed på din kultur” det nok skulle hedde fordi at selvom man så har, altså har med hele mellemøsten der er nogle paralleller til det at bære tørklæde og det at have en muslimsk ophav eller selv være religiøs muslim, det gør at man føler en tryghed selvom det ikke er på eget sprog, så hvis det nu var vi havde nogle polakker der kunne undervise kan man sige, så vil der være flere fra østblokken der nok ville tænke: der er en der ligner mig, der minder om mig, som kender til det der med at spise syltede agurker eller... ja, den kultur der nu er i østlandene, som jeg ikke er særlig klog på fordi nu har jeg jo arbejdet med mellemøsten i længere tid ikke, men det giver mening det der med at have parallelkulturer frem for sprog vil jeg sige, altså det svarer jo til at vi boede i Saudi Arabien hvilket jeg jo også har og så møder man en svensker, det føles jo også meget hjemligt i forhold til arabisk så, og det kan man jo også se at det, at folk relaterer sig på tværs af lande fordi de har en fælles kultur eller en kultur der minder om hinanden på tværs af lande.

14.50 I: Hvordan er sundhed på dit sprog finansieret?

14.53 P: Det er en indsats så det er i drift kan man sige ligesom de øvrige indsatser i forebyggelsescenteret.

15.00 I: Er det så staten eller er det...?

15.02 P: Det er det kommunale budget.

15.08 I: Ja nu sagde du selv at indsatsen er i drift og sådan, hvordan er det, hvordan går man fra at være bare et projekt og så til at være...?

15.19 P: Altså, jamen, der går man, det er jo en politisk beslutning om at det her det er noget vi vil fortsætte med og det er varigt så der skal ikke kæmpes om midler hvert år på den måde at jeg er i hvert fald sikret et minimumsbeløb kan man sige, at det kommer hvert år og det er i drift så jeg ikke skal ud og lave kæmpe store projektansøgninger, men altså man kan sige hvert år så prøver vi da i hvert fald at lave nogle indstillinger til at budgettet kan forøges kan man sige, indtil videre er det ikke lykkedes, i hvert fald ikke i driften at det bliver større, altså i år har vi fået tilført nogle flere ressourcer fra Røgfrit København og næste år også, men det er mere held end forstand kan man sige at vi har fået dem.

16.00 I: Hvad ville det gøre med et større budget?

16.03 P: Det ville jo gøre at vi kunne tilbyde fastansættelse til flere sundhedsformidlere, der er to der er fastansatte i øjeblikket og det giver en kæmpe gevinst i forhold til at indsatsen kan forankres i de enkelte bydele og at man samarbejder omkring etniske minoriteter i de enkelte forebyggelsescentre, det er meget svært at gøre når man sporadisk kommer ind og ud og man kan heller ikke forvente at sundhedsformidlerne sådan ligesom kan vores tilbud på fingrene hvis ikke de er fastansatte det er ekstremt kompliceret at få overblik over forebyggelsescentrenes tilbud og så hvis man også tænker på de er også meget gerne må vejvise over i SOF og i BUF og i BIF og kende tilbud der er lokalt i området, det kan man ikke forvente hvis man er løst tilknyttet, så vi ser jo at tilbuddene vokser qua at man er fastansat og det giver meget god mening. Så kender personalet en og de spørger sundhedsformidlerne i forhold til de udfordringer de har og hiver sundhedsformidlerne med ind til deres undervisning og kan også lige banke på ved skrivebordet og sige: Hvorfor er det lige at det er så svært med de der tørklæder, at tage dem af når man skal træne og hvad skal vi gøre og så videre. Så har man ligesom en vejleder i huset og man har også en tryghed for målgruppen og de ser den samme person hver gang og sundhedsformidlerne agerer i

området og er et kendt ansigt i de forskellige samarbejdspartneres afdelinger og så videre, så det giver bare en kæmpe gevinst, det vokser virkelig, indsatsen når det er at sundhedsformidlerne bliver fastansat. Så det kunne betyde rigtig meget at der var nogle helt bestemte sundhedsformidlere der blev fastansatte og at vi så derudover stadig havde vores korps, så kan vi arbejde meget mere ind i den her indsats altså så kunne Sundhed på dit sprog blive mere end bare en redningskrans til de her mennesker der kommer ind i indsatsen.

17.47 I: Så det ville også betyde noget for målgruppen, altså dem I prøver at nå?

17.50 P: Ja det tror jeg. Vi kan jo se her, der udvikler vi jo tilbud på Nørrebro, i huset fordi vi har et samarbejde mellem Kausar og vores psykolog og mig og så videre. Kausar er her altid så man kan sige hun afholder vores dialogmøder og psykologen udvikler et tilbud sammen med mig som så bliver integreret i Kausars dialogmøder og det kan man jo kun hvis man er fastansat, andet giver ikke mening. Så vi udvikler hele tiden noget for målgruppen her som gør at vi løfter dem særligt og det kunne de andre forebyggelsescentre bestemt også godt trænge til.

18.32 I: Ja nu nævnte du selv at du er meget ude i de her boligsociale områder, hvordan er Nørrebro speciel i forhold til boligområder og de borgere der er herude?

18.44 P: Altså for det første er der jo mange med anden etnisk baggrund herude og flere end gennemsnittet i København, nu kan jeg ikke lige præcis huske tallet, det kan jeg hente hvis det er, men der er flere med anden etnisk baggrund her og de bor meget koncentreret i de boligområder der er her i Lundtoftegade og Mjølnerparken og Fuglekvarteret er der også en del og Jagtvejs projekt Den grønne trekant og i det hele taget Blågården, altså der er rigtig mange med anden etnisk baggrund der bor i de her bebyggelser og der er nogle steder hvor det sådan er meget statsløse palæstinensere og somaliere der bor, som for eksempel i Lundtoftegade er der rigtig mange somaliere og i Mjølnerparken er der rigtig mange statsløse palæstinensere, så altså man har sådan en tendens til at klumpe sig omkring sin egen nationalitet kan man sige, så målgruppen er meget koncentreret her men kan man måske, jeg ved ikke om man kan sige de er mere udsatte her, det tror jeg ikke nødvendigvis man kan men der er i hvert fald flere af dem.

19.44 I: Er der så forskellige arbejdsområder i forhold til boligområder?

19.50 P: Nå du tænker det enkelte boligområde arbejder med noget særskilt?

19.54 I: Ja altså du nævnte at man ligesom har tendens til at klumpe sig sammen.

19.58 P: Man kan i hvert fald se at der er nogle helt forskellige måder at arbejde med beboerne på når jeg nu besøger de her forskellige boligforeninger, der er nogle der er meget sådan, der har succes med bingo og fisketure og andre der har succes med noget helt andet så er det zumba eller så er det meget cafemøder og så videre der er et hit, så man kan i hvert fald se at der er en forskellig kultur omkring både det at arbejde med sine beboere men også hvad de dukker op til, så det er helt klart forskelligt hvad der tiltrækker forskellige brugere. Jeg ved ikke om det er på grund af den måde de boligsociale medarbejdere ligesom agerer på eller om det har noget med deres kulturelle baggrund at gøre, men der er i hvert fald meget stor forskel på hvad man lykkes med i de forskellige boligområder kan man se.

20.41 I: Ok, er det noget I tænker ind i Sundhed på dit sprog?

20.44 P: Vi gør det i hvert fald på den måde at hvis vi starter et forløb ude et sted så er det jo i meget tæt samarbejde med dem, de aktører der er derude, så vi finder ud af hvad de har succes med og så hæfter vi os på det kan man sige. Så det er jo noget med at bruge de erfaringer der allerede er derude til så at finde ud af hvor kan vi så komme ind og spille en rolle og hvor er der et behov for os og hvad kan vi komme igennem med, altså vi har blandt andet fundet ud af at i Mjølnerparken, så er det rigtig svært at komme igennem med vores arabiske sundhedsformidlere, i hvert fald en af dem fordi der er bare nogle uoverensstemmelser og den arbejdsmetode hun ligesom benytter sig af den er der en større gruppe der ikke bryder sig om og så skal man måske bruge en anden sundhedsformidler og så må man jo se hvad der giver mening de enkelte steder.

21.29 I: Så det afhænger måske også lidt af selve...

21.32 P: Ja af gruppen tænker jeg, den stemning der også er blevet skabt derude og for eksempel det der med Cafe Nora at der er en mistro til de tilbud der er i Cafe Nora og de medarbejdere der er der, det har en kæmpe afsmitning ude i området altså der kan hurtigt gå, jeg har i hvert fald indtryk af at sådan et sted som Mjølnerparken som er relativt lukket for omverdenen at der kører rygtespredning rigtig hurtigt, hvis man så ikke er i beskæftigelse og man kun er derhjemme og man næsten aldrig kommer uden for sit område og nærmest kun er i en radius på 200 meter fra sit boligområde så får man heller ikke åbnet øjnene op for sandheden og virkeligheden og så er man måske meget følsom i forhold til de rygter der går og hvis man ikke har så meget information og det kan vi godt mærke i sådan nogle områder at der skal man være meget lydhør overfor hvad sker der egentlig derinde, hvad kommer vi med, hvilken rolle påtager vi os når vi kommer ind, hvordan bliver vi set, altså

kommer vi i kommune t-shirts og uddeler rygestop-materiale så bliver vi set på på en måde men kommer man ind og sætter sig ned og lytter og måske også har et tørklæde på og bare indgår i nogle daglidagsaktiviteter og så bagefter får strikket et forløb sammen så er det noget helt andet, så man skal i hvert fald ligesom have antennerne ude.

22.37 I: Ja, og det er også det sundhedsformidlerne gør?

22.40 P: Det er det de er gode til kan man sige, det er det de helst skal gøre i hvert fald og jeg gør i stigende grad det at jeg involverer sundhedsformidlerne i planlægningen af de enkelte forløb, det har tidligere været sådan at det var ligesom os der koordinerede det sammen med en aktør og så kom sundhedsformidlerne ind bagefter hvor jeg hellere vil have sundhedsformidlerne med fra start når jeg nu holder de indledende møder for eksempel hvis vi skal i gang med et længere forløb, så tager jeg som oftest den sundhedsformidler der kan med til møderne så de også ligesom kan forventningsafstemme og høre hinanden og udvikle det selv, for det giver jo bedst mening for det er dem der ligesom er derude kan man sige.

Del 3

23.19 I: Så lidt om sådan målgruppen, hvem ville du sige var målgruppen inden for Sundhed på dit sprog?

23.27 P: Mmh det vil jeg sige altså alle med anden etnisk baggrund og sådan set også dansk hvis man har lyst med dansk baggrund som har svært ved at forstå sundhedsbudskaber og finde sundhedsbudskaber og som har svært ved at læse, som har svært ved fremmedord og som har en motivation for at blive sundere altså det er dem der bør være i Sundhed på dit sprog kan man sige. Og så er det jo ofte at de mennesker jeg har beskrevet ofte befinder sig inden for den socialt udsatte målgruppe som kan være analfabeter eller have svært ved tilværelsen i det hele taget.

24.06 I: Kan du give sådan for eksempel tre eksempler på en person der kunne deltage i Sundhed på dit sprog?

24.16 P: Jamen det kunne for eksempel være en kvinde der bor i Mjølnerparken som har mange børn og som er uden for beskæftigelse og som måske har et, mere et familienetværk end noget som helst andet og som savner at få noget information og måske savner at gøre noget ved sit eget liv og blive sundere frem for at kun gøre noget for familien altså det der med at komme ud og få viden

selv og derved få nogle kompetencer og få nogle handlemuligheder og noget viden og noget indsigt og derved også vokse personligt og så også kunne give noget videre til sin egen familie og være med til at, kan man sige, forankre sundhed derhjemme, lave nogle ændringer, det kunne være en person. Selvfølgelig er vi også rigtig interesserede i at der kommer mænd det gør der bare ikke så tit, det er også noget vi skal til at arbejde med at der kommer flere mænd, det har vi en strategi om i år at vi skal, men det er sådan den typiske der deltager i Sundhed på dit sprog, det er også typisk en person der er over de 30, det er typisk kvinder der har børn der er over 10 år gamle vil jeg sige, der mest kommer her og de kan jo også komme i vores motionscafeer hvor man også kan se at de har brug for netværk eller de er glade for det netværk de møder her og godt kan lide den informationsmetode der er i de dialogprægede møder vi har i Sundhed på dit sprog, hvor man får plads til at stille spørgsmål uden at man føler sig dum og så videre.

25.52 I: Nu nævnte du at I har fokus på mænd, er der forskel på mænd og kvinder i den forstand?

25.56 P: Ja det er der helt klart i forhold til de kulturer vi møder her i huset så er det ofte kvinderne der står for i hvert fald madlavningen og ligesom at drifte børnenes trivsel kan man sige og familiens trivsel så det er ofte kvinderne der også har mulighed, hvis ikke de er i beskæftigelse, det er ofte mændene der enten er i beskæftigelse eller bruger deres tid i dagen på noget andet end at være derhjemme i lokalområdet, så kvinderne er dem der sådan ligesom har mulighed for at komme ud og jeg tror også det er dem der er interesserede i at komme ud og gøre noget ved deres families trivsel og sundhed. Det tager de typisk på sig og så tror jeg også mændene har svært ved at genkende sig selv i de tilbud der er og se at det er noget for dem og jeg tror også at mændene bliver skræmt væk af den store volumen af kvinder og der er mange ting der gør at de så ikke ligesom dukker op kan man sige. Så der skulle nok nogle særlige tilbud til der var målrettet mænd hvor man sådan tænkte at det her var lidt et mande-rum og det er jo ikke så forskelligt fra etniske danskere at nogle gange er det lettere at dele ting med andre mænd end det er hvis der sidder en masse kvinder og har parabolene ude og gerne vil, altså så bliver man sådan lidt mere forlegen i forhold til sig selv og så derfor så skal vi i gang med noget med mænd, fordi kvinderne det er virkelig dem der er nemme at få fat i og dem vi møder i Føtex og som går rundt på gaden og som man lige kan snakke med og så videre, det er dem der kommer ind og som er nysgerrige på noget. Mændene skal nok have noget helt særligt og så skal vi også have nogle mandlige sundhedsformidlere til at tage sig af den målgruppe fordi det er jo også peer. Der er jo noget peer i det at være kvinde og vi har jo næsten kun kvindelige sundhedsformidlere, så der er også noget peer i at være mand og det har vi

også kunne se i de tidligere, vi har jo haft nogle forløb tidligere med mænd hvor vi har haft vores mandlige sundhedsformidlere ude og det giver rigtig god mening og der er faktisk en efterspørgsel så vi prøver at se om vi ikke kan få nogle mænd i den nye uddannelse her nu.

27.48 I: Har I tænkt på nogle eksempler man kunne lave?

27.50 P: Ja altså der er et stort fokus på rygestop i det hele taget, de ekstra midler vi har fået i år kommer også fra Røgfrit København, så vi har både en forpligtelse og en interesse i at lave noget særligt for rygerne og det er jo ofte mænd når vi snakker etniske minoriteter der er rygere frem for kvinder. Så der skal noget særligt til i forhold til at, og der tænker jeg at der bliver vi nødt til at være meget brede, vi kan ikke bare gå ud og sige: Nu er der noget rygestop og så videre, der skal vi gå ud og, der kan det være alt muligt andet man snakker om og gør sammen end rygning og så kan man så snakke om rygning sådan hen af vejen og se om man kan motivere i forhold til et rygestop og det vil også være spændende at se om de allerede er motiverede for et rygestop, hvor mange af dem der er motiverede for et rygestop. Vi har allerede afprøvet rygestopkurser på arabisk og på det vi kalder nem dansk og engelsk og urdu med vores sundhedsformidlere og det er besøgt, velbesøgt og især det arabiske rygestophold det kører rigtig godt, så der er en interesse i hvert fald for at holde op med at ryge og den vil vi jo selvfølgelig rigtig gerne blive ved med at dyrke og så ved vi at vi skal samarbejde meget mere lokalt her med boligområderne i forbindelse med den nye indsats der hedder Sammen om sundhed, som er her lokalt på Nørrebro og Bispebjerg og der vil vi arbejde meget i forhold til kapacitetsopbygning af frontmedarbejdere det kan være folk der driver foreninger eller det kan være boligsociale medarbejdere, det kan være folk der arbejder på biblioteket, at man ligesom prøver at kapacitetsopbygge dem og så igennem dem få fat i målgrupper, fædre-netværk og så videre så vi kan komme ind i dét med vores mandlige sundhedsformidlere, ind i boligorganisationerne med vores mandlige sundhedsformidlere og oprette et netværk hvis ikke de er der i forvejen og lave aktiviteter og så sekundært også se om der er god bund for noget rygestop og noget information om rygning.

29.34 I: Ok, så altså der er også nogle af de her emner I har som måske retter sig mere mod nogle grupper, for eksempel har I de her om kost eller netop rygning som du siger. Er der nogle ting der sådan egner sig mere til nogle grupper?

29.50 P: Nej det tror jeg faktisk ikke, måske skal man arbejde med dem meget forskelligt, men jeg tror alle emnerne, måske tandsundhed er mere til kvinder og børn og sådan det ved jeg ikke men jeg

synes da at alle vores emner er lige relevante for mænd som kvinder. Måske er der, D-vitamin kan man måske godt sige er mere kvindeligt i forhold til at man er tildækket, det er mændene jo ikke, så der er nogle problemer i forhold til det at være tildækket og få nok D-vitamin som er aktuelt for kvinderne mere end for mændene. Og så er der selvfølgelig det omkring overgangsalder som hører under seksuel sundhed som selvfølgelig også er mere kvinder og inkontinens er også ofte kvinder der døjer med det efter børnefødsler men det kan også være gældende for mænd. Der er måske nogle måder at arbejde med det på altså i forhold til tabuer og så videre som er anderledes i forhold til mænd og kvinder hvor typisk så vil kvinder nok være mere åbne omkring at snakke om efterfølgerne af fødsler, end mænd vil snakke om deres rejsningsproblemer tænker jeg i hvert fald. Så der er nogle måder at gribe ting an på der kan være forskellige hvis man har mænd og kvinder men en ting er sikkert og det er at det er mandlige sundhedsformidlere der er nøglen ind i det her så, så må vi prøve os frem. Det kunne også være vi blev overrasket.

31.04 I: Ja, nu nævnte du selv at mange kvinder er tildækkede og I har også beklædning som en af de ting der ligesom er gældende for at man kan se sig som peer eller rollemodel.

31.17 P: Om det er en peer faktor tænker du?

31.19 I: Ja.

31.20 P: Det kan det godt være, i hvert fald hvis man, hvor de mennesker der kommer ind i huset selv er tildækkede, så kan det da godt være dejligt for dem og trygt for dem at opdage at der er en sundhedsformidler der også har tørklæde på, der også har en religiøsitet og som anerkender dem, det ved de så at så bliver man anerkendt for sin religiøsitet, så bliver man ikke set ned på i forhold til sin religiøsitet det er jo i hvert fald helt sikkert, så der er helt klar også noget peer i det kan man sige, men der er jo også flere af vores sundhedsformidlere der ikke bærer tørklæde og der er også flere i målgruppen der ikke bærer tørklæde, så er det så noget andet man er peer på, så er det dét at have anden etnisk baggrund eller ja, have et andet kulturelt ophav som er det man er peer på og måske kønnet og så videre ikke.

32.03 I: Ja fordi I nævner i, nu har jeg læst den der beskrivelse igen fra 2010, øh jeg ved ikke om den stadig er gældende?

32.12 P: Jo, ja, det er den vel, den er i hvert fald gældende for 2010, så kan man se hvor meget der har forandret sig derfra, det er godt nok lang tid siden jeg selv har kigget i den.

32.19 I: Ja, der står nemlig: sprog, madvaner, traditioner, beklædning, religion og køn som fællesnævner. Er det stadig gældende?

32.29 P: Ja det vil jeg sige, men det er jo ikke altid det er alle sammen man kan være peer på hvis man for eksempel ikke bærer tørklæde enten som borger eller som sundhedsformidler, så er man i hvert fald ikke peer på beklædning kan man sige hvis man går i meget vestligt tøj og de mennesker man får ind ikke gør, men nu er det jo også sådan at vi altid får folk ind i en blandet målgruppe og der vil, i vores dialogmøder her i huset er det altid sådan at der sidder nogle i jeans og t-shirt og så er der andre der sidder med hele svineriet på, så det er sådan meget forskelligt.

32.58 I: Ja, ok, men nu bliver jeg lige ved de her seks punkter, hvordan er de udvalgt altså er det også Lisa der har ligesom identificeret de her seks punkter?

33.11 P: Ja det var Lisa der skrev dem dengang, der var jeg ikke inde over, men jeg synes det lyder meget fornuftigt og man kan jo også se det i vores madlavningshold at der får folk en rigtig god oplevelse med at kunne genkende deres egne madretter og deres egne krydderier og i stedet for at skulle stå og lave kyllingefrikadeller med et eller andet som sådan måske ikke lige er noget de plejer at lave.

33.40 I: Og er der andre, kunne der være andre eksempler på ting som man kan bruge som det her peer faktor eller hvad skal man sige altså?

33.50 P: Man kunne vel tale om dialekt hvis det er, man kan også tale om hudfarve, man kan udstråle nogle vaner på n eller anden måde tænker jeg også, men det er vel også tit i beklædningen man gør det, så der er noget adfærd i det sikkert også tænker jeg, talemåder og måder at hilse på hinanden på og så videre som man kan være peer på. Ja det er også at der er et know-how i forhold til hvordan man hilser på hinanden på og sådan noget, det er vel også en peer faktor tænker jeg.

34.27 I: Øh hvordan?

34.28 P: Jamen at man for eksempel ikke giver hånd som mand/kvinde og så videre. I hvert fald ikke nødvendigvis og har meget berøring og så videre, det kan også være en peer faktor, på den måde kan man jo også sige at de etnisk danske sygeplejersker og fysioterapeuter og andre der agerer her i huset de lærer jo også meget af det at, de lærer jo af de peer metoder som sundhedsformidlerne bruger, det der med hvordan agerer man så hvis det er man gerne vil vække tillid i forhold til den målgruppe og hvordan, hvis man gerne vil udvise respekt, hvordan gør man så.

35.03 I: Er der nogen punkter hvor at sundhedsformidlerne kan være forskellige fra målgruppen?

35.08 P: Det kunne for eksempel være i forhold til religiøsitet og tørklæder og selvfølgelig også viden og uddannelsesmæssig baggrund og, der er rigtig mange punkter det kan også være i forhold til velstand og så videre.

35.24 I: Ok, kan det så være en hindring?

35.27 P: Ja det kan det godt jeg tænker også det kan være en hindring i forhold til de arbejdsmetoder de anvender hvis ikke at de er gode til at for eksempel skabe meget dialogbaserede møder, hvor det meget bliver tavleundervisning og distanceret undervisning, så kan man godt skabe en distance, hvis man står og er lidt vigtig i forhold til målgruppen og at de føler sig hægtet af, så kan man godt skabe en distance, så jeg ved ikke om, jeg tror faktisk ikke altså, jeg tror ikke det at for eksempel at have jeans og udslået hår og så videre at det skaber en stor distance, det tror jeg faktisk slet ikke gør nogen forskel. Jeg tror det at have anden etnisk baggrund er den helt afgørende peer faktor i denne her indsats, og det ser vi også med for eksempel Cheyeste der er super moderne og altid kommer med en ny frisure og jeans og pæn skjorte og så videre, at der springer folk lige ind i favnen på hende og smider selvfølgelig tørklædet oppe i træningssalen og klør på, og det tror jeg også måske de ville gøre hvis det var mig, men de ville ikke sige, de ville antage at jeg vidste noget om deres religiøsitet eller kultur og så videre, det tror jeg de antager at Cheyeste gør selvom hun bærer tørklæde, så ved de godt at hun ved noget om deres, altså hvad religion har af betydning for dem, så der er noget mere tillid altså, der er en, jeg tror der er, at man antager at fordi du har anden etnisk baggrund og du snakker med lidt accent så selvom du ikke bærer tørklæde så ved du godt at du er religiøs, du ved hvad det indebærer, du respekterer det, du ved hvilke familiemønstre nogenlunde jeg er i og så videre. Hvis de ser mig så kan det godt være de tænker: sikke en sød træner vi skal have i dag, hun ser da dejlig ud og de griner og slår sig på lårene men de tænker: hun ved da ikke noget som helst om den måde vi bor på og den måde vi beder på og hvornår vi beder og hvorfor det er vigtigt for os at bede og så videre. Så det er nok det der er forskellen.

37.17 I: Kan man på den måde så sige at sundhedsformidlerne også er en del af målgruppen?

37.21 P: Ja. De er både en del af målgruppen og så er de også rollemodeller samtidig, altså, bestemt.

37.30 I: Men er de også socialt udsatte for eksempel?

37.32 P: Nej det vil jeg ikke kalde dem, det vil jeg ikke kalde dem, slet ikke.

37.35 I: Hvorfor ikke?

37.36 P: Fordi de har ressourcer, på mange punkter, jeg skal ikke gøre mig klog på hvor mange penge de har, men det tror jeg heller ikke er en udfordring for de sundhedsformidlere vi har, men de er ressourcestærke fordi de har viden og fordi de har netværk og fordi de har friheden til at gøre som de vil med deres liv og handlekraftige kan man sige.

38.01 I: Så de er både (afbrydelse)

38.02 P: Har selvtillid og selvværd og alt det som, der måske er nogle fra målgruppen der ikke har.

38.06 I: Ja, så der, de er både en del af målgruppen men de er også...

38.12 P: De afspejler i hvert fald målgruppen i forhold til, der er i hvert fald fælles referencer fordi at de så har en måske en religiøsitet og en kultur og så videre som kendetegner målgruppen som også kendetegner dem, men så er de jo også samtidig rollemodeller og så er de samtidig også meget ressourcestærke.

38.30 I: Hvordan når man bedst målgruppen?

38.34 P: Jamen, det gør man både ved at være rollemodel og ved at være nede på jorden. Altså, jeg tror at der er en stor rollemodelfaktor i denne her altså, jeg tror at det er trygt og inspirerende og positivt for målgruppen at se at der er nogle fra deres eget segment kan man sige eller med en fælles kulturel baggrund som klarer sig godt og som står og er et levende eksempel på at det godt kan lade sig gøre og i Sundhed på dit sprog er det jo også nemt at have succes, uanset om man har en høj uddannelsesmæssig baggrund, det eneste forkundskab det er at man har selvtilliden i orden og kan tale dansk kan man sige, så kan man blive en dygtig sundhedsformidler, med mindre man er højpanedet og kun kan lave tavleundervisning og så videre så kan man også godt være en dårlig sundhedsformidler. Så man kan sige der er mange af de egenskaber der også er hos målgruppen det der med at være god til at snakke og være god til at netværke og så videre som gør at de kan også godt se sig selv i den rolle måske, og det er jo også rigtig inspirerende for så får man måske lyst til at rykke sig og til at gøre noget ved sit eget liv og så tænker man, når der nu er et stillingsopslag ude, hvis man taler godt dansk så tænker man: Ej men det kunne jeg også godt, jeg er jo Bydelsmorderhjemme og så videre så på den måde så udfordrer det også folk at se at der er nogle der minder så meget om dem selv, der godt kan noget mere og kan noget andet.

39.52 I: Men hvordan møder de sundhedsformidlerne, altså det er typisk ved at formidlerne tager ud?

39.57 P: Ja eller de ser dem her i huset, men det er typisk ved at sundhedsformidlerne er i gadebilledet altså tager ud og agerer ude og det er jo også dem der afholder vores motionscaféer og der kommer jo rigtig mange på besøg i dem og det spredes jo meget hurtigt sådan i lokalområdet her at der er noget gratis bevægelse og det er en, det er så Cheyeste eller Somaya der er der og de er super søde, så går der ikke lang tid før alle kender dem.

40.23 I: Ja ok.

40.24 P: Det er meget netværksorienteret og lokalt.

40.29 I: Og det er også, altså det er den måde, jeg ved ikke om man kan sige I foretrækker men den måde altså det fungerer?

40.35 P: Det er den effektive metode kan man sige og det der gør det anderledes end de andre tilbud vi har her i huset. Jeg tænker i forhold til andre udsatte målgrupper så vil det være det samme man skulle gøre, hvis det var man arbejdede med endnu mere udsatte målgrupper, over i Socialforvaltningen om det så var prostituerede eller eks-prostituerede eller narkomaner og så videre det kræver jo også at man relationsopbygger og er ude der hvor det, hvor de er og kan have en ligeværdig dialog og så videre. Så jeg tror arbejdsmetoden er den samme hvis man vil have fat i nogle der ikke er her og som har svært ved livet på den ene eller den anden eller tredje måde eller i varierende grader så kræver det at man kan relationsopbygge og være der hvor de er og vise at man forstår deres levevilkår og respektere deres levevilkår og hvem de er.

41.17 I: Og måske har ting tilfælles med dem som at man er etnisk minoritet?

41.22 P: Ja. Eller hvis det er at folk der har levet på gaden eller er hjemløse og måske selv har det, det gør jo også at der er en fællesreferenceramme, en fælles respekt og en gensidighed. Så jeg tror at den arbejdsmetode den kan benyttes i alt altså, især når det har med udsatte målgrupper at gøre. Det tror jeg også at vi hos Sundhed på dit sprog har vi fat i den del af den udsatte målgruppe som er i den bedre halvdel af de dårligt stillede, altså dem der er super dårligt stillede som er, sidder derhjemme med PTSD og har rullet gardinerne ned og sådan har angst og så videre dem ser vi jo ikke, så kræver det endnu mere tilstedeværelse derude og endnu mere knowhow i forhold til at

tackle den målgruppe, men metoden det der med at relaterer sig til hinanden på den måde den er universel, det er jeg helt sikker på.

Del 4

42.13 I: Så vil jeg spørge lidt ind til det nye korps der skal uddannes fordi, der kommer jo en masse nye, er det 12 nye formidlere?

42.19 P: Det er 12 nye ja.

42.20 I: I har fundet de 12?

42.21 P: Nej det har vi ikke, vi har ansøgningsfrist på mandag ja, men jeg tror der er nok 50 ansøgninger, deromkring, så vi skal jo nok finde dem og vi har også brugt land tid på at altså stillingen har været slået op i to måneder cirka, når den udløber så vidt jeg kan huske, øh halvanden to måneder ja, og jeg har været ude og informere og Kausar har været ude og snakke og ude i boligområderne og skabe interesse for det her så jeg synes vi er lykkedes meget godt med vores rekruttering i forhold til sundhedsformidlerne og vi har også lagt os an på en profil af en sundhedsformidler, man har tidligere været meget forhippet på at man skulle have en høj uddannelsesmæssig baggrund eller de skulle det ene og det andet eller de skulle være under uddannelse til sosu-medhjælper eller, hvor jeg tænker det har ikke været den smarteste strategi for det har været nogle mennesker der hurtigt har fået et 37-timers job fordi de nemlig er højtuddannede og det er måske heller ikke dem der er de bedste sundhedsformidlere, hvor at jeg nu håber meget på at vi kan få ansat nogle der allerede er Bydelsmødre eller som arbejder i time-betalte stillinger som konsulenter for eksempel tolke er ofte meget ressourcestærke og minder meget om sundhedsformidlerne fordi de tydeligt markerer en anden etnisk baggrund og så er de netværkere og så kan de godt lide det time-betalte liv og konsulentliv og det synes, det passer så godt sammen med hvordan man kan blive på Sundhed på dit sprog. Så det er helt klart det vi håber på.

43.50 I: Hvorfor skulle der være et nyt korps?

43.53 P: Det var netop fordi at folk har fået andre stillinger i korpset og er inaktive som sundhedsformidlere. De kommer talstærkt til vores videreuddannelser og efteruddannelser og så, men er ikke aktive i korpset fordi de ikke har tid til at tage opgaver, så har de børn og jobs og alt muligt andet og det kan man jo godt forstå, så kan man ikke også lige pludselig tage en opgave

fredag formiddag og søndag aften og alt muligt så ja, de er væk. Vi mangler også sprogstammer, vi mangler tyrkisktalende og vi mangler mænd.

44.21 I: Så det er også aktivt for at finde nogle der kunne repræsentere de grupper?

44.25 P: Ja, bestemt og så er København jo stor så det vil sige de otte meget aktive sundhedsformidlere vi har nu kan jo ikke dække hele Københavns Kommune det er fuldstændigt umuligt.

44.38 I: Ok, så I har sådan, nu har I en nogenlunde idé om hvem korpset kommer til at bestå af?

44.44 P: Jeg har ikke læst alle ansøgningerne endnu men øh ja, jeg har i hvert fald et ønske om at der er to-tre mænd og der er et bredt udvalg af sproggrupper og at det er nogle ressourcestærke kvinder og mænd vi får fat i.

45.04 I: Ja så I har ikke udvalgt?

45.06 P: Ikke endnu, det skal jeg gøre her i weekenden så skal jeg sidde og læse.

45.12 I: Ja øh i den beskrivelse I havde fra 2010 der har I nævnt at uddannelsen består af nogle forskellige emner og det er så: kost, motion, D-vitaminmangel, diabetes 2, reproduktiv sundhed, rygning og tandsundhed, er det det samme det nye korps kommer til at...

45. 37 P: Det er faktisk det samme det nye korps kommer til, på en eller anden måde kommer vi også til at repræsentere temaet mental sundhed eller mental trivsel men det er vi i gang med at udvikle med Lone og det bliver holdt sådan at sundhedsformidlerne kommer til at lave noget inspiration i forhold til målgruppen i forhold til måske noget mindfulness eller introducere dem for tanken om at krop og psyke hænger sammen og åndedræts teknikker eller et eller andet i forbindelse med deres dialogmøder og at vores psykolog så har nogle særlige tilbud som de så kan melde sig på med en sundhedsformidler som brobygger og det kommer til at være det 8. emne kan man sige, håber vi meget og det er vi i gang med at udvikle. Vi kan se at der er et rigtig stort behov for det blandt målgruppen for at få tænkt det mentale og for egenomsorg og trivsel og alle de begreber vil jeg mene er mere fremmed for dem end for etnisk danskere også nok for socialt udsatte etniske danskere, der er en kultur, en meget kollektivistisk kultur hvor man er der for hinanden og knap så meget for sig selv især som kvinde, så der er helt sikkert noget at arbejde med i forhold til egenomsorg og hele det område, så det håber vi på at udvikle.

46.42 I: Ja, og det bliver så en del af dialogmøderne?

46.44 P: Det gør det nok i en eller anden udgave, det bliver ikke, jeg tror ikke det bliver et selvstændigt emne at sundhedsformidlerne kan stå og undervise i noget omkring mental sundhed, det er simpelthen for stort det er ligesom at skulle gå ud og undervise i kræft eller et eller andet, det kræver at man er ekspert men de kan nudge lidt til målgruppen og opfordre dem til nogle ting og måske arbejde med nogle helt særlige afgrænsede øvelser og så kan de henvise videre til nogle forløb hos vores psykolog som kan tage nogle dialogmøder med dem hvor sundhedsformidlerne så også er med. Det afprøvede vi faktisk i går i allerførste gang i Sundhed på dit sprog hvor vores psykolog afholdte et møde omkring mental sundhed, omkring stresshåndtering tror jeg nok det handlede om og trivsel i hverdagen, hvor de var herinde i to timer og hvor der var cirka 35 borgere og Kausar brobyggede og det var en rigtig fin succes og folk var virkelig interesserede og stillede spørgsmål og reflekterede og, så det er helt klart noget vi vil arbejde videre med.

47.44 I: Ok, hvem kom?

47.45 P: Jamen øh den målgruppe jeg beskrev altså hovedsageligt kvinder men øh kvinder der var interesserede der var også, jeg tror også der var tre-fire mænd faktisk men jeg var der ikke selv så jeg kunne desværre ikke være en flue på væggen, det havde jeg ellers godt gidet, altså det ville være spændende.

48.02 I: Ja, er der nogen nye emner, ja nu nævnte du så mental sundhed men altså hvorfor er de her emner vigtige?

48.09 P: Man kan sige det vi ser henvendelser på for eksempel i forhold til tandpleje så kan man se at børn med anden etnisk baggrund oftere får huller i tænderne og har, og der er nogle myter og idéer omkring mælketænder som skal aflives og der er dårlig hygiejne i, mundhygiejne og større forekomst af karies og så videre og det er derfor vi så for eksempel har et emne som tandsundhed og det samme gør sig jo også gældende for de andre emner, D-vitaminmangel ses oftere, diabetes ses oftere hos målgruppen, dårlige fysiske vaner omkring motion og dårligere tradition med at ens børn også deltager i forenings- og motionsaktiviteter, også højere frekvens af rygning med mændene og passiv rygning i hjemmene, så alle vores emner repræsenterer et problem i målgruppen, så det er derfor vi har de emner kan man sige. Kvinderne får mange børn og har måske svært ved at passe på deres underliv kan man sige i den forbindelse og måske er der også noget,

mangler der noget oplysning omkring prævention og inkontinens og overgangsalder og så videre så altså jeg vil sige de er alle sammen, jeg havde dem lige til gennemsyn igen hvor jeg tænkte er der noget vi skal prioritere mere end andet hvor jeg sådan bare blev nødt til at konstatere at det stadig er super aktuelt alt sammen.

49.30 I: Ok, er det ud fra det, altså jeg går ud fra det er ud fra nogle undersøgelser men også, er det også ud fra det sundhedsformidlerne siger?

49.38 P: Ja og det vi oplever er at der er en interesse der er ikke nogen der sidder og stirrer ud af vinduet når vi har nogle af emnerne altså det er noget der optager folk og de vil gerne vide noget omkring det og så selvfølgelig også undersøgelser understøtter at der er en højere fremkomst, eller forekomst af diabetes og så videre så videre. Så vidt jeg lige har læst mig til så er det også sådan at der er en højere dødelighed blandt spædbørn også for eksempel, så der er...

50.02 I: I Danmark?

50.03 P: Ja, blandt etniske minoriteter, det må du ikke hænge mig op på men det mener jeg lige jeg har læst.

50.10 I: Ok, og så det her med mental sundhed?

50.12 P: Ja det er jo bare, det er så vores lomme filosofi, jeg har ikke lige læst noget der understøtter det men altså målgruppen minder jo meget om Danmark for 100 år siden på mange punkter også i forhold til kønsroller og det er meget stigmatiserende at have psykisk sygdom, meget mere end blandt etniske danskere, det er jo også noget jeg påstår, men jeg vil vædde med man kan finde undersøgelser der understøtter det men jeg har dem ikke lige ved hånden.

50.38 I: Nej ok, hvad altså, nu sagde du at det nye korps skal ligesom, fordi der kun er otte formidlere tilbage?

50.46 P: Ja altså sådan cirka, mere eller mindre.

50.48 I: Så det nye korps skal ligesom hjælpe det eksisterende korps?

50. 52 P: Det skal integreres i det eksisterende og man kan sige den uddannelse det nye korps får er jo også mere opdateret i forhold til at de skal være bedre til at brobygge frem for at være eksperter i sundhed og de skal, de skal lidt nogle andre ting kan man sige men egentlig dem samme, de får meget, uddannelsespakkerne minder meget om hinanden så har de gamle sundhedsformidlere en

masse knowhow og en masse rutiner og en masse erfaring som de nye så ikke kan man sige og det skal vi jo lave følforløb fra de nye som skal kobles på det eksisterende forløb, sådan så de lærer at få lov at være på og får hjælp fra nogle af de eksisterende sundhedsformidlere og så skal vi have lavet en temadag tænker jeg umiddelbart før eller efter sommerferien hvor vi ligesom er sammen som korps og lærer hinanden at kende.

51.38 I: Så eksempler på de nyes opgaver, hvad kunne det være?

51.42 P: Det samme som de andre kan man sige, de skal være rigtigt gode, altså der er stort fokus på at de kender forebyggelsescentrenes tilbud og i forhold til de pædagogiske principper i Sundhed på dit sprog at de også er gode til det, altså der bliver lagt stor vægt på at man er god til at facilitere dialog og være nede på jorden og være ligemænd frem for at være underviser, det vil jeg måske mene der er større fokus på, jeg har i hvert fald prøvet at dreje fokus meget over på det.

52.08 I: Ja, er det din egen sådan erfaring der gør at...?

52.10 P: Ja.

52.15 I: Har du fået noget feedback sådan fra de eksisterende sundhedsformidlere om hvad de kunne tænke sig?

52.19 P: Ja og de er jo også alle sammen involverede i uddannelsen eller ikke alle sammen men dem af dem der er aktive er involverede i uddannelsen, de er på løbende i uddannelsen, så handler det om rekruttering og på hvordan man afholder gode dialogmøder hvor det er dem der er inde over og vores rygestop-sundhedsformidler hun fortæller om sine rygestopkurser og så videre så vi prøver at inddrage dem i selve uddannelsen så de bliver så meget involveret som muligt kan man sige. De har jo også haft forslag til hvad vi kunne have i sundhedsformidler-uddannelsen, så vil de gerne vide en masse om kræft og så vil de gerne undervise i det og så videre hvor jeg bliver nødt til at skære ind til benet og sige: så meget kan vi ikke gribe om altså fordi vi er ikke eksperter, så vi holder os til de emner vi har og så bliver vi bedre til dem kan man sige. Og vi skal jo heller ikke ud og dække et behov som ikke er hos målgruppen generelt set kan man sige.

53.16 I: Altså i forhold til kræft?

53.17 P: Ja og man kan sige, der er nogle af emnerne der optager sundhedsformidlerne som måske ikke optager målgruppen, som kræft, altså det er noget der optager alle mennesker men ikke særligt for målgruppen tænker jeg, det er der nogle andre der tager sig af.

53.40 I: Ja, er der ellers noget som du synes jeg har glemt at spørge om eller noget jeg skal vide omkring målgruppen eller det nye korps eller?

53.52 P: Nej det tænker jeg egentlig ikke, jeg synes du har været meget godt rundt.

53.57 I: Ja, men altså indsatsen er jo i drift og bliver ved med at være det?

54.02 P: Ja så længe vi har øh, altså nu så kan det jo være hvis der kommer nye borgmestre hele vejen rundt og de siger: nej det skal vi ikke mere, så kan det jo godt være at det standser men indtil videre så ser det da ud til at køre så fint.

54.20 I: Ja, super, tak.

Bilag 3

Deltagerobservation Forebyggelsescenter Nørrebro Uddannelsen til sundhedsformidler

Dato, tid, sted, tema	Situation
25/4 9.05 Forebyggelsescenter Nørrebro, Intro	Undervisningen bygger på dialog, for det gør sundhedsformidlernes undervisning også.
25/4 9.05 Forebyggelsescenter Nørrebro, Navnerunde + sprog man taler	<p>Navne på de nye sundhedsformidlere: Navnene er her udeladt for at anonymisere sundhedsformidlerne (5 mænd, 7 kvinder), i alt 12 sundhedsformidlere.</p> <p>Sprog: Urdu, arabisk, panjabi, fransk, lingala (Congo), kurdisk, tyrkisk, somalisk (tysk, engelsk o.a.).</p>
25/4 11.35 Forebyggelsescenter Nørrebro, Sundhedsvæsenet	<p>Anno 2014, vigtigheden i tiden nu og det system vi har i dag.</p> <p>Politisk betydning for sundhedsvæsenet.</p> <p>Sundhedsvæsenet og forandring i lande over tid.</p>
25/4 13.15 Forebyggelsescenter Nørrebro, Forebyggelsescentret	<p>KRAM(S), 3 målgrupper (rask, i risiko, kronisk sygdom).</p> <p>Første instans er en samtale om sundhed.</p> <p>For etniske minoriteter: Tolke i samtaler, Diabetesundervisning på urdu, arabisk, tyrkisk, mulighed for træning på kvindehold, kvindecafé, mandecafé, rygestopundervisning på urdu, arabisk, engelsk, tyrkisk og ”nemt dansk”, dialogmøder i Sundhed på dit sprog</p>
25/4 Generelt for dagen	<p>Nogle er født og opvokset i Danmark, andre kom hertil som børn.</p> <p>Flere nævner livsstilssygdomme og ældreområdet som interessefelter og som motivation for at blive sundhedsformidler.</p>

Deltagerobservation Forebyggelsescenter Nørrebro Uddannelsen til sundhedsformidler

Dato, tid, sted, tema	Situation
2/5 9.05 Forebyggelsescenter Nørrebro, Kostråd	<p>Sundhedsformidlerne skal formidle i forhold til målgruppen, hver formidler repræsenterer en madkultur.</p> <p>Mad i et kulturelt perspektiv: sundhed, energi, vaner, familievaner, socialt.</p> <p>Vi snakker om hvad ”dansk” mad er, det er ikke statisk, kultur forandrer sig</p>
2/5 9.20 Forebyggelsescenter Nørrebro, egen madkultur	<p>Traditionel mad, sund mad, grøntsager, man har noget med sig – geografi, bor man et sted hvor der er tørt eller vådt, landområder, ingen madkultur/blandet madkultur med dansk.</p> <p>Målgruppen og de ældre fokuserer mere på traditionel mad og kultur.</p> <p>Hvordan kan kost forbedre eller forebygge sygdomme hos målgruppen?</p> <p>Tradition bygger også på religion.</p> <p>Socioøkonomiske forhold. Bopæl.</p> <p>Udbud i butikkerne og hvor man handler.</p> <p>Familiens rolle, rollemodeller (for børn og målgruppen).</p>
2/5 9.45 Forebyggelsescenter Nørrebro, De officielle kostråd 11.05	<p>Man skal tage udgangspunkt i målgruppen hele tiden, kan de læse og skrive, hvor er de og hvad har de brug for? Kostrådene kan tilpasses målgruppen.</p> <p>Dem der skal nås er dem der mangler viden.</p> <p>Sundhedssyn: syg/rask, sund/syg overvægt men i god form er bedre end slank og i dårlig form.</p>

	<p>Det handler om forebyggelse og sundhedsfremme.</p> <p>Hvis der er noget specielt, en sygdom, kan man henvise til andre tilbud.</p>
<p>2/5 Generelt for dagen</p>	<p>Målgruppen repræsenteres af sundhedsformidlerne, deres identitets-kategorier er derfor gældende for målgruppen, dog skal man tænke målgruppen som nogle der er udsatte fordi de mangler viden, mangler motivation og måske ikke forstår de tilbud der er.</p> <p>Kan man sige at målgruppen ikke ekskluderes (og marginaliseres) idet sundhedsformidlerne er der? Der er nogle der repræsenterer målgruppen som kan inkludere dem i samfundet og sundhedsvæsenet.</p>

Deltagerobservation Forebyggelsescenter Nørrebro Uddannelsen til sundhedsformidler

Dato, tid, sted, tema	Situation
<p>9/5 9.14 Forebyggelsescenter Nørrebro, Det brede sundhedsbegreb</p>	<p>Det brede sundhedsbegreb: det sociale, det fysiske og det psykiske, krop og sind hænger sammen.</p> <p>Mange er sårbare, så sociale relationer er vigtige.</p> <p>Man skal tage udgangspunkt i det hele menneske, ikke tænke i kasser.</p> <p>De får nu kort med billeder på så de selv kan beskrive deres opfattelse af sundhed ved hjælp af disse kort. De skal selv vælge 6 kort.</p> <p>I grupper skal de så finde 6 fælles kort de er enige om.</p> <p>Den ene gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Man skal være aktiv hele livet ♀ • Kost og motion, kostrådene, naturen har en indvirkning ♀ • Socialt liv som sundhed, motivation, de aktiviteter man laver sammen kan være sunde og usunde ♂ • Sundt vs. usundt ♂ • Forebyggelse, kost, psykisk velvære, at være sammen med andre er sundt, det mentale ♂ <p>Man skal hele tiden tænke hvem målgruppen er, konkluderer gruppen.</p>
<p>9/5 9.40 Forebyggelsescenter Nørrebro, Det brede sundhedsperspektiv</p>	<p>De to grupper samles igen og skal præsentere deres 6 billeder på sundhed.</p> <p>1. gruppe tænker i modsætninger: Aktivitet / Passivitet</p>

	<p>Sund kost / rygning, sygdom Hobby / penge (alt koster penge) (Socioøkonomiske forhold, livsstil)</p> <p>2. gruppe lister ting der er sundt: Mental sundhed, søvn, ferie/rejser, fællesskab/familie, sund kost, natur, måltid (Det mentale, psykisk sundhed)</p> <p>De snakker meget om penge og økonomiske forhold og at ting koster penge, men ikke om hvad der giver penge, hvor man får penge fra, fx det at have en uddannelse eller have et arbejde. Én nævner senere vilkår og uddannelse som ressourcer der fordrer sundhed.</p> <p>De bliver i fællesskab enige om en prioriteret rækkefølge på sundhed: Søvn, sund kost, mental sundhed, familie og socialt samvær, aktivitet, penge og økonomi.</p>
<p>9/5 10.15 Forebyggelsescenter Nørrebro, Fysisk aktivitet</p>	<p>Motion ifht. kultur, én nævner at der er meget diversitet inden for kulturer. Én nævner gåture efter maden. Én nævner ingen motion. Én nævner folkedans som motion.</p> <p>Der spørges til hvem der bevæger sig mest inden for deres kultur: Børn, unge bevæger sig mest, de voksne sidder stille. Mange voksne går ture. At bede som pausemotion og udstræk. Ingen cykler, men folk går. Kultur på forskellige planer eller niveauer fx landsdelt, område-opdelt, inden for familien.</p>

<p>9/5 13.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, Motion hos Forebyggelsescenteret</p>	<p>Vi snakker KRAM-faktorer og forskel i socialgrupper. Én nævner at indvandrere drikker fordi de er kede af det, danskere drikker fordi de er glade.</p> <p>Hjælp til selvhjælp, forebyggelsescenteret skal gøre sig selv uundværlig. Folk der kommer i centeret og benytter sig af centerets indsatser som fx Sundhed på dit sprog skal blive ressourcestærke, så de kan klare sig selv, tage vare på sig selv, så de ifht. motion kan starte selv i en ekstern forening fx</p>
<p>9/5 Generelt for dagen</p>	<p>Der snakkes kulturforskelle og hvad kultur egentlig er, hvor der er kultur og hvad det har af betydning.</p> <p>Desuden snakker vi det brede sundhedsbegreb, det holistiske sundhedssyn og at krop og sind hænger sammen.</p> <p>Vi snakker slutteligt empowerment og det at gøre borgerne ressourcestærke så de kan tage vare på sig selv og har ressourcer til at dyrke motion også når de ikke er tilknyttet forebyggelsescenteret.</p>

Deltagerobservation Forebyggelsescenter Nørrebro Uddannelsen til sundhedsformidler

Dato, tid, sted, tema	Situation
<p>14/5 9.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, Opfølgning på øvelse om kost og målgruppe</p>	<p>Oplæg i grupper</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Overvægtige – livsstilsændring, etniske minoriteter har tendens til overvægt, forskel på mænd og kvinder. Man skal differentiere i forhold til målgruppen. Man skal inddrage hele familien. 2. 65+ år og aktive – kost, nøglehulsmærket og fuldkornsmærket, da der kan være læsevanskeligheder. Mulighed for tolk eller sundhedsformidler tilknyttet. Motivation. 3. Familie – indkøbsliste, varianter, mærker og priser. Kostvejledning omkring sukker, fedt og salt. Y-tallerkenen, fedtfattig tilberedning, madvaner, farver. Motivation.
<p>14/5 9.25 Forebyggelsescenter Nørrebro, Livsstilssygdomme</p>	<p>KRAM-faktorer. Alkohol er også en faktor for etniske minoriteter, på trods af religion. Man kan tilføje S til KRAM, som kan stå for stress, det mentale, eller for seksualundervisning. Livsstil vs. arvelige egenskaber. Én nævner at søde kager og te med meget sukker er specielt for målgruppen.</p>
<p>14/5 10.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, Forebyggelse af type 2 diabetes</p>	<p>Mange slags typer diabetes. Type 2 hænger sammen med livsstil og kan være arvelig. Socioøkonomiske forhold i forhold til livsstil og kultur.</p>

	<p>Sundhedspolitikker og lovgivning, sundhedsvæsenet er godt i Danmark, nævner én.</p> <p>Medier, markedsføring og forskning.</p> <p>Vidensforskelle i forhold til grupper, danskere har viden som etniske minoriteter mangler.</p> <p>Faste i forhold til religion og ramadan, man må ikke faste ved kroniske sygdomme som diabetes type 2.</p> <p>Blandt etniske minoritetsgrupper har flest pakistanere type 2 diabetes, så somaliere og så tyrkere, her er arvelighed betydningsfuld, samt livsstilen i Danmark har betydning.</p> <p>Socioøkonomiske forhold som er udtalte ved etniske minoriteter + fed kost som også er specielt her.</p> <p>Budskabet er at livsstilssygdomme <i>kan</i> forebygges, det mangler målgruppen viden om. Ændring kræver viden. Her er sundhedsformidlerne ressourcepersoner. Efter viden kommer motivation, er forhåbningen. Herefter kommer handlekompetencen (empowerment).</p> <p>Viden formidles gennem kultur og tradition, men de skal huske også at bruge fagpersoner (fx lægen).</p> <p>Peer education = troværdighed, hvad er man peer på? Man er både rollemodel og har en større viden de kan anvende.</p>
--	---

	<p>Én fortæller at hun i hjemmeplejen blev sendt ud til etniske minoriteter fordi der var erfaring med at de lyttede til hende og ikke de etniske danske sygeplejersker. Der var tryghed, genkendelse, kulturelle koder, sprogbarrierer, peer på sprog, tillid.</p> <p>Én nævner at alle er ”eksperter”, alle har hørt noget eller har en holdning til bestemte ting, men sundhedsformidlerne får af vide at de skal huske på det evidensbaserede.</p> <p>Én nævner kultur i forhold til ikke at bruge en kalender, fx når man bestiller tid ved lægen så skriver man ikke sin tid ned, og møder derfor ikke op.</p>
<p>14/5 11.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, Cases</p>	<p>Tyrkisk ægtepar og deres familie (1) og pakistansk ægtepar (2): Der differentieres på nationalitet (tyrkisk), men har det betydning? Underviser siger at det er tænkt ind at skrive tyrkisk og pakistansk, for at høre hvor meget sundhedsformidlerne går op i nationaliteten. For nogle kan det være vigtigt, hvor folk er fra. Sundhedsformidlerne fokuserer dog her mere på den sygdom der er opgivet i casen og de helbredsproblemer der er.</p> <p>De snakker i grupper om forebyggelse og sundhedsformidlernes roller. De snakker om familieaspektet og forebyggelse i form af kost og motion, de snakker også om individet i forhold til BMI og sygdomme.</p>

14/5 Generelt for dagen	<p>I pausen snakker vi om at man skal kende målgruppen i forhold til at få dem ind i centeret på den rigtige dag og det rigtige tidspunkt.</p> <p>Mænd er mere svære at nå end kvinder mener én. Om fredagen vil mændene slet ikke komme ind for der går de i moske. De står sent op så de har lagt mande-motionscaféen kl. 13.00 siger han.</p>
-------------------------	--

Deltagerobservation Forebyggelsescenter Nørrebro Uddannelsen til sundhedsformidler

Dato, tid, sted, tema	Situation
23/5 9.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, Tandpleje/Tandsundhed	<p>Der bliver spurgt ind til deres kulturer, om deres folk går til tandlæge, det afhænger af generationer og vaner.</p> <p>Pris er en faktor, det er for dyrt, især for de socialt udsatte eller sårbare.</p> <p>Én nævner social arv, man giver det videre til sine børn som man selv gør og lever efter.</p> <p>Forældre som rollemodeller</p>
23/5 11.15 Forebyggelsescenter Nørrebro, Rygning/Passiv rygning	<p>Én af eleverne starter med at spørge hvem der ryger i lokalet, én ny sundhedsformidler gør.</p> <p>Man kan ikke blive rygestop-instruktør hvis man ryger.</p> <p>Vandpibe er specielt for målgruppen. Mænd ryger generelt mere end kvinder. Vandpibe er ligeså skadeligt som cigaretter. Mange af sundhedsformidlerne spørger ind til vandpiber og om de er farlige. Der afholdes rygestopkurser i centeret på arabisk, nem dansk og dansk, rygestop-instruktører kommer også ud til foreninger i fx boligsociale områder. Man vil gerne nå de etniske minoriteter der ryger, derfor laver man sprogspecifikke hold. Det er håbet at alle de nye sundhedsformidlere også bliver rygestop-instruktører.</p>
23/5 12.10 Forebyggelsescenter Nørrebro, Gruppearbejde baseret på dagens undervisning	<p>Grupperne skal forberede et fiktivt dialogmøde om tandsundhed og/eller rygning/passiv rygning. De skal vælge en målgruppe, som deltagere til dialogmødet. Sidst de lavede en lignende øvelse fokuserede de ikke på</p>

	<p>nationalitet, men fokuserede på en bestemt aldersgruppe eller en familie som helhed.</p> <p>Grupperne deles op sådan at de fem mænd er en gruppe og damerne deles op i to grupper.</p> <p>Opfølgning næste gang.</p>
<p>23/5 13.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, Rygestop-tilbud i FCN</p>	<p>FCN har fokus på rygestop fordi mange borgere (18 %) ryger. 15 % i regionen. Borgere på Nørrebro lever 3-4 år kortere end resten af kommunen. Se rapport Folkesundheden i København 2014.</p> <p>Motivation – det skal komme indefra, men FCN rekrutterer også, som de siger, og giver gavekort ud til folk.</p>
<p>23/5 Generelt for dagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generelt spørges de meget ind til deres erfaringer og oplevelser omkring deres kultur igennem hele uddannelsesforløbet. De spørges ind til det billede der er gældende for dem de kender, og der hvor de kommer fra. Nogle af sundhedsformidlerne er ikke født i Danmark men det er der samtidig nogle der er. De bliver dermed hele tiden set som repræsentanter for målgruppen, idet deres erfaringer tæller som det der gør sig gældende hos målgruppen. Sundhedsformidlerne tvinges dermed hele tiden til at tænke på målgruppen som sig selv, sine nærmeste familiemedlemmer, folk de kender eller har hørt om. Det er disse erfaringer de kan trække på. Nogle har undervisningserfaring og arbejder med

	<p>etniske minoriteter i deres hverdag, men de er ikke uddannede</p> <p>sundhedsformidlere endnu, og kan derfor ikke trække på den erfaring man, når man som sundhedsformidler holder dialogmøde med målgruppen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tallene for sidste års deltagere i Sundhed på dit sprog er opgjort på hovedtælling til dialogmøder og ved motionscaféen. Dette betyder at nogle deltagere sandsynligvis går igen og tallet siger egentlig ikke ret meget om hvor mange der deltager i Sundhed på dit sprog.• Paradokset i at dødeligheden er lavere for etniske minoriteter i DK er lavere end de etniske danskers dødelighed er besynderligt når sygdomsbyrden er højere, det selvvalgte helbred er lavere og helbredet er dårligt. Hvad skyldes denne socialt udsathed for de etniske minoriteter, er det etnicitet alene eller hænger etnicitet sammen med køn, nationalitet, social klasse? Her kommer det intersektionelle perspektiv i spil.
--	--

Deltagerobservation Forebyggelsescenter Nørrebro Uddannelsen til sundhedsformidler

Dato, tid, sted, tema	Situation
<p>28/5 9.10 Forebyggelsescenter Nørrebro, Oplæg i grupper om dialogmøder omhandlende rygning og/eller tandpleje</p>	<p>1. (♂) Rygning: etniske mænd 30 år +. Præsentation af sig selv (sundhedsformidlere). Spørgeskema, status om motion, kost, rygning. Oplæg med brug af billedmateriale og pjecer. Mulige emner: Angst, lyst. Vækst (i kroppen). Økonomisk aspekt for målgruppen. Hvordan har deltagerne hørt om mødet, hvad er deres motivation = spørgsmål der er med til at skabe en dialog. Underviseren stiller spørgsmål ved etniske mænd, da det har betydning for de spørgsmål man stiller og den måde man tilrettelægger sit dialogmøde.</p> <p>2. (♀) Passiv rygning: Kvinder generelt. Præsentation af sig selv (sundhedsformidlerne og deltagerne) ved hjælp af præsentationskort. Spørgeskema, dialog om rygning ved hjælp af billeder, videoer på Youtube om passiv rygning, inddrage egne erfaringer, snakke om kost og appetit, stofskiftet, vitaminer/mineraler i forhold til skønhed. Fortælle om rygestoptilbud og gavekort (motivation, forandringscirklen). De vil bruge kropssprog, gentagelser, tydeligt sprog, det vigtigste er at kende målgruppen for at kunne motivere dem. Sundhedspædagogik.</p>

	<p>3. (♀) Rygning: Kvinder 18-25 år, studerende. Præsentation af sig selv (sundhedformidlerne). Test om viden, for at skabe aha-oplevelser. Fortælle relevante historier og inddrage egne erfaringer. Bruge billeder, også skræmmende billeder (skræmme-teknik), for at skabe motivation til rygestop. Videoer på Youtube appellerer til de unge kvinder.</p>
<p>28/5 09.50 Forebyggelsescenter Nørrebro, Reproduktiv sundhed</p>	<p>Mange kalder det familieplanlægning i stedet for reproduktiv sundhed da sidstnævnte term kan være ret klinisk og svært at forstå. Det handler om processen i at få børn og om seksuelt overførte sygdomme. Aldrig en blandet gruppe af køn, altid kønsopdelt fordi det er nogle følsomme emner og det gælder om at skabe et rum hvor deltagerne føler sig tryk og hvor man tør stille spørgsmål, forskel på mænd og kvinder (køn) og på aldersgrupper (generationer).</p> <p>Aborttallet er højt for etniske minoriteter, dog er gennemsnitsalderen 39, forskellige bud på denne alder, fx at kvinden ikke synes hun skal have flere børn men ikke tør sige fra over for manden, og vælger derfor abort.</p> <p>Én fortæller at hun har undervist på en arabisk skole hvor emnet var kvindekroppen, herunder menstruation, dog måtte hun ikke undervise om prævention eller menstruation, skolen tillod det ikke, men forældrene ønskede det, hvilket var et paradoks for hende.</p>

	<p>Tabubelagt at få en abort, manglende oplysning om prævention.</p> <p>Snak til folk så de forstår det, tænk over de ord man bruger, pas på med ikke at støde folk, snak på det niveau folk er på for at fange dem.</p> <p>Citat af Søren Kierkegaard. Som sundhedsformidlere skal de kunne differentiere i forhold til målgruppen og bringe de vigtigste budskaber frem i forhold til hvem de står overfor, samtidig skal de huske at de ikke er fagpersoner, men henvise til fagpersoner.</p> <p>Mandens anatomi</p> <p>Kvindens anatomi</p> <p>Mødom og omskæring (myter om mødom).</p> <p>Vi kommer ind på religion og fortolkning af religion, sundhedsformidlerne skal ikke dømmes men oplyse. Religion vs. hverdag, religion som en del af hverdagen, hvorfor man ikke kan se bort fra religion.</p> <p>Indkaldelse til HPV og undersøgelser – én fortæller at hendes målgruppe smider brevet ud, kulturelt determineret.</p> <p>Præventionsformer</p> <p>Gruppearbejde: her er målgrupperne givet i forhold til køn, mænd er sammen med mænd og kvinder er sammen med kvinder. De skal</p>
--	---

	<p>snakke om prævention og reproduktiv sundhed. Opfølgning næste gang.</p>
28/5 Generelt for dagen	<p>Religion er en faktor når det kommer til familien og hverdagen, når man har med etniske minoriteter at gøre, selvfølgelig ikke alle, men for flertallet. Tolkning af religion er relevant, idet nogle fortolkninger er uhensigtsmæssige for vidensdannelsen og for helbredet i Danmark. Alder er en faktor i forhold til familien og hverdagen (prævention, overgangsalder osv.)</p> <p>Køn er ligeledes en faktor, idet mænd og kvinder er forskellige rent anatomisk, men også fordi der er nogle kønsroller i familien og i forhold til religion som man ikke kan se bort fra.</p>

Deltagerobservation Forebyggelsescenter Nørrebro Uddannelsen til sundhedsformidler

Dato, tid, sted, tema	Situation
<p>6/6 9.17 Forebyggelsescenter Nørrebro, Opfølgning fra sidst om reproduktiv sundhed</p>	<p>♂) Målgruppe: drenge 18-25 år. Spørgeskema for at skabe dialog. Tegninger/illustrationer om brug af prævention/kondom, udløbsdato, størrelse. Tænk ingen graviditet men også ingen kønssygdomme, er budskabet. L/H: Husk anatomen, især til deres valgte målgruppe.</p> <p>♀) Målgruppe: kvinder. Det er svært at undervise i anatomi om det andet køn, svært for kvinder at tale om mandens anatomi, derfor bruge tegninger/billeder. Tryghed, lukkede døre, tavshedspligt som sundhedsformidler. Ordene i sig selv kan føles ubehagelige, man kan starte med kvindens anatomi og prævention og så, når der er skabt tillid, spørge om nogle vil vide mere om mandens anatomi. Brug kliniske udtryk og italesæt at det kan være svært at tale om. L/H: Afhængig af aldersgruppe for målgruppen: snak mødom.</p> <p>♀) Målgruppe: Kvinder 40 år +. Præsentation, kvindens + mandens anatomi med billeder. Tag spørgsmål løbende for at bibeholde dialogen, hav evt. en plan b. L/H: Husk at man selv lærer noget af det man gør, hver gang man underviser.</p>

<p>6/6 9.50 Forebyggelsescenter Nørrebro, Mental sundhed – stress, motivation og fastholdelse – peer education</p>	<p>Målgruppen har måske ikke så stort mentalt overskud, derfor skal mental sundhed tænkes ind i hvert dialogmøde, ikke som emne i sig selv men som bagage eller metode.</p> <p>Sundhedsformidlerne ligner målgruppen på nogle punkter ud fra forskellige karakteristika, samtidig med at alle er forskellige.</p> <p>Peer education giver tryghed, egen bevidstgørelse i forhold til emnerne.</p> <p>Menneskesyn – den måde vi forholder os til og forstår andre mennesker. Idealet er ligeværdighed, en ligeværdig tilgang (peer education). Vi er præget af vores opvækst ligesom vi præger vores børn. Vi er præget af kultur, religion, værdier og betydninger.</p> <p>Dialog kan give et andet indtryk end førstehåndsindtrykket.</p> <p>Én nævner at baggrund og habitus har betydning for vores identitet og for vores menneskesyn.</p> <p>Sundhed – fysisk, psykisk, social. WHO – det brede sundhedsbegreb, Bjarne Bruun Jensen – det brede og positive sundhedsbegreb, men der er også fokus på at midlertidigheden skal øges, sundhedsstyrelsen, mere sundhed i livet (KRAMS), lighed i sundhed.</p> <p>Levealder: ♂=78 år ♀=82 år.</p>
--	--

	<p>Socioøkonomiske forhold (vs. arv). Brugen af sundhedsvæsenet og forebyggelse.</p> <p>Livskvalitet=livsstil+levevilkår.</p> <p>Behov og ressourcer, Maslovs</p> <p>Behovspyramide, målgruppen kan ske at være i de tre nederste lag hvor fokus er på fysiske behov, sikkerhedsbehov eller sociale behov.</p> <p>Det brede, positive sundhedsbegreb, vær tydelig om eget sundhedsbegreb.</p>
<p>6/6 9.45 Forebyggelsescenter Nørrebro, Mental sundhed – stress, motivation og fastholdelse – peer education</p>	<p>Motivation kommer indefra og afhænger af situationen. Man kan godt formidle et budskab selvom man ikke helt lever op til det, men dog går ind for det, hvis ikke man selv tror på budskabet skal man ikke formidle det, for det kan mærkes af målgruppen og kan ske at smitte af på målgruppen.</p> <p>Kend målgruppen man står overfor til dialogmødet og vær opmærksom på forskellige målgrupper indenfor målgruppen.</p> <p>Sundhedsformidlerne kan trække på kulturelle aspekter og sætte emnerne i kulturelle kontekster, det er deres fordel.</p> <p>Man kender målgruppen gennem først at få en briefing inden mødet, så man ved fra bookerens side, hvem der deltager i mødet, man ved dermed det grundlæggende om køn, alder, sprog og emne, resten kender man igennem hverdagspraksis, kultur, identitet.</p> <p>Det gælder om at nå dem man ellers ikke når, eller ikke bruger forebyggelsescenteret, hvorfor opsøgende arbejde ude i boligområder især er</p>

	<p>vigtigt, samt møder der foregår i foreninger derude.</p> <p>Den gode dialog: kendskab til målgruppe, motivation, det brede, positive sundhedsbegreb, forståelse for målgruppen, egne erfaringer, tilbud i FCN, åbne spørgsmål, god forberedelse og viden, være lyttende. Sundhedsformidlerne skaber dialogen.</p> <p>Peer: målgruppen kan abe efter deres peer.</p>
<p>6/6 12.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, gruppearbejde om dialogmødet til folk uden mentalt overskud</p>	<p>Fokus på formidlingsformen (F), opbygning af mødet (O), metoder og redskaber (M).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. F: visuelt, næsten ingen tekst. O: motivation, spørgsmål, ikke-personliggøre, vær lyttende. M: billedkort, tegninger. 2. F: kort, konkret, humor + seriøsitet, gentagelser, få budskaber. O: kort, positivt, kropssprog, aktivt lyttende, øjenkontakt. M: afhænger af målgruppe og emne. 3. F: dialogkort, præsentation, navneskilte. O: information + resume, gentagelser. M: spørgsmål, små skridt.
<p>6/6 13.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, tilbud i FCN ved Psykolog</p>	<p>De har fokus på ulighed i sundhed, på trods af at alle har lige adgang (paradoks).</p> <p>♀ 12 % dårligt mentalt helbred</p> <p>♂ 8 % dårligt mentalt helbred</p> <p>Mental sundhed i forhold til kultur. Mange af sundhedsformidlerne mener at etniske</p>

	<p>minoriteter overdriver deres smerter af forskellige årsager.</p> <p>Etniske smerter er diskriminerende og man er gået væk fra det udtryk.</p>
6/6 Generelt om dagen	<p>L mener at man med Sundhed på dit sprog mere og mere prøver at få folk ind i forebyggelsescenteret, men ikke bør glemme dem der ikke kommer, hvorfor man skal søge ud i boligområderne og foreningerne og fange dem der bliver hjemme.</p>

Deltagerobservation Forebyggelsescenter Nørrebro Uddannelsen til sundhedsformidler

Dato, tid, sted, tema	Situation
<p>20/6 9.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, Opsamling af minipraktik (uge 25)</p>	<p>I de praktikgrupper de var i, skal de nu give individuel feedback til hinanden. Hvad gik godt, hvad gik mindre godt og hvad tager de med videre?</p> <p>Herefter skal de også i grupperne evaluere på deres praktik, ved at opsummere hvad emnet var, hvem målgruppen var, hvad der gik godt, mindre godt og hvad de har lært.</p> <p>En gruppe der snakker individuel feedback nævner: god præsentation og godt sprog, det de forstår ved nem dansk, talte til dem hvor de er, gav gode dybdegående svar til spørgsmål. Godt tempo, godt kropssprog, god styring af gruppen, skabte rolig atmosfære og kom med forståelig info.</p> <p>Det mindre gode var at der blev oversat hele tiden, for meget fokus på én af deltagerne, mange gentagelser, forklaringer var irrelevante i forhold til målgruppen, mere om sundhedsvæsenets tilbud.</p> <p>Det de tager med videre er bedre forberedelse næste gang.</p>

<p>20/6 10.00 Forebyggelsescenter Nørrebro, Oplæg i plenum om deres overvejelser om deres praktikforløb</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emne: Tandsundhed, 8 deltagere, blandet køn, foregik på et aktiveringskursus på Nørrebro. Mange deltagere var aktive, nogle sov. De havde et godt diasshow, godt samarbejde. Det var mindre godt at én deltager hele tiden dominerede/fyldte i rummet. Feedback til gruppen: Inddrage passive deltagere mere, ikke tolke/oversætte men blande løsrevne ord ind på fremmed sprog. Tænk dansk sprog, men nemt dansk, ingen fagudtryk. Man må gerne bruge sit eget sprog, det hedder jo Sundhed på dit sprog, men som udgangspunkt er det nemt dansk, så alle, også danskere kan være med. 2. Emne: Kvindekroppen, 8-9 deltagere 18-60 år, kvindecafé i boligsocialt område. Meget dialog, svært med ordene om anatomi og sige det på nemt dansk, meget uro. Feedback: Holde fokus, sørge for at folk forstår hvad der bliver sagt. Flere og tydelige billeder. 3. Emne: D-vitamin, blandet gruppe (danskere, arabere, grønlandere), sårbare mennesker, ca. 25 deltagere. Deltagerne var mere lyttende end
---	--

	<p>snakkende. To (2) aktivitetslege med at gætte billeder, motivering, mange visuelle ting, tekst virker ikke, svært med dialog, manglende koncentration. Feedback: Stil dem flere spørgsmål, godt at få alle med gennem legene.</p> <p>4. Emne: Diabetes type 2, kvindecafé, 5 deltagere, sårbar gruppe. Deltagerne var interesserede og engagerede, positivt overraskede, god dialog, power point virkede ikke så godt, men der var tryghed og sammenhold. Feedback: Husk at inddrage forebyggelsescenteret og relevante tilbud herfra. Pas på med at lave skel, der ikke er der, køn behøver ikke være opdelt.</p>
<p>20/6 11.40 Forebyggelsescenter Nørrebro, Multiple choice test og evalueringsskema</p>	<p>Udfyldes individuelt.</p>
<p>20/6 Generelt for dagen</p>	<p>Den etniske minoritet er måske ikke så meget et udtryk for nationalitet eller indvandrere, men mere et udtryk for sårbare mennesker generelt i Danmark, eller socialt ulige mennesker, som ikke bruger sundhedsvæsenet, og så på grund af manglende uddannelse, indkomst, arbejdsforhold (socioøkonomiske forhold) er syge eller i risiko og har brug for viden. Det vigtigste de har lært i praktikken er at tale nemt dansk, så alle kan være med, uanset nationalitet, så hvorfor skelne på indvandrere? Som Henriette sagde under en af gruppernes</p>

	<p>feedback, behøver man ikke lave skel der ikke er der, gælder dette også her? Tanken om rollemodeller og det at man skal ligne hinanden på bestemte personkarakteristika, hvor vigtigt er det når gruppen er blandet?</p>
--	---