

Amager og Hvidovre Hospital



Sund Integration

En kvalitativ undersøgelse af hvordan flygtninge og indvandreres patientforløb kan forbedres gennem en tværsektoriel peer-mentor intervention

Indhold

1	Resumé	3
2	Anbefalinger	4
2.1	Sundhedspædagogiske rammer	4
2.2	Organisatorisk tilrettelæggelse	5
3	Introduktion	6
4	Formål	6
5	Baggrund	6
5.1	Etniske minoriteter og sundhed	7
5.2	Sundhedssystemet og sektorovergange	7
5.3	Peer-mentor interventionen i Indvandrermedicinsk Klinik	8
6	Teori	9
6.1	Self-efficacy	10
6.2	Peer-education	12
7	Metode	12
7.1	Etik	14
8	Resultater	14
8.1	Peer-mentorers personlige og organisatoriske forudsætninger	15
8.2	Interventionens tværsektorielle perspektiver	15
8.3	Hvordan understøtter peer-tilgangen self-efficacy?	17
8.3.1	Peer-mentor/patient-matchet baseret på etnisk minoritetsbaggrund	17
8.3.2	Tillid og fortrolighed i peer-mentor relationen	18
8.3.3	Samtalen som redskab til støtte og motivation	19
8.4.2	Fysisk aktivitet i hverdagen	22
8.4.3	Sygdomshåndtering og praktisk hjælp	23
8.5	Hvordan understøtter interventionen sektorovergange?	24
8.5.1	Lokale og kommunale aktivitetstilbud	25
8.5.2	Kontakt til sundhedsvæsenet og andre offentlige tilbud	26
9	Diskussion og konklusion	27
10	Litteraturliste	29

1 Resumé

Denne rapport beskriver centrale resultater fra undersøgelsen 'Sund integration: Forbedring af etniske minoriteters patientforløb gennem en tværsektoriel peer-mentor intervention'.

Undersøgelsen er gennemført i perioden efteråret 2017 – foråret 2019 i et samarbejde mellem Indvandrermedicinsk Klinik på Hvidovre Hospital (IMK) og Brøndby, Hvidovre og Høje Taastrup Kommuner. Undersøgelsen er støttet af Region Hovedstadens Tværsektorielle pulje og Helsefonden.

Hensigten med undersøgelsen har været:

- At belyse såvel udfordringer som virkningsfulde elementer i den tværsektorielle peer-mentor indsats i forhold til patienternes udvikling af self-efficacy, hvor self-efficacy forventes at komme til udtryk gennem succesoplevelser med sundhedsadfærdsændringer og sektorovergange.

Datamateriale for undersøgelsen består af:

- Interviews med peer-mentorer, patienter og medarbejdere fra IMK og de tre kommuner
- Desk research af relevant baggrundsmateriale
- Observationsstudier ved sparringsmøde og supervision af peer-mentorerne

Undersøgelsen fokuserer på nedenstående temaer, som på forskellig vis belyser, hvordan interventionen understøtter self-efficacy, defineret som et individs tro eller overbevisning om hans eller hendes evne til at opnå succes i en bestemt situation.:

- Peer-tilgangen
- Sundhedsadfærd
- Sektorovergange

Det blev fundet, at patienter, peer-mentorer og professionelle oplevede interventionen som virkningsfuld, dette i forhold til at støtte ændringer i sundhedsadfærd og ved sektorovergange hos komplekse patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Interventionen byggede på et solidt

personligt engagement, et grundigt oplæringsforløb og en kontinuerlig tovholder- og støttefunktion fra IMK.

Rapporten indledes med anbefalinger for brug af en tværsektoriel peer-mentorbaseret tilgang til det sundhedsfremmende arbejde med etniske minoriteter. Herefter en introduktion og baggrund for indsatsen, centrale resultater og en konklusion.

2 Anbefalinger

På baggrund af projektet er der nedenfor opstillet en række anbefalinger for en peer-mentorbaseret tilgang til det sundhedsfremmende arbejde med etniske minoriteter i et tværsektorielt perspektiv. Anbefalingerne er opdelt i de sundhedspædagogiske rammer og den organisatoriske tilrettelæggelse.

2.1 Sundhedspædagogiske rammer

Disse anbefalinger omfatter følgende anbefalinger inden opstart af en peer mentor ordning:

1	Peer-mentor ordningens indsatsområder bør fastlægges og beskrives på forhånd. Det anbefales, at indsatsen designes på baggrund af læringsteori, og at der desuden inddrages viden om sundhedsfremme og sundhedspædagogik.
2	Ved fastlæggelse af peer-mentor interventionens indsatsområder anbefales dog at der opereres med en vis grad af fleksibilitet i opgaverne. I et succesfuldt peer-mentor forløb kan der for eksempel være behov for at peer-mentor støtter patient i forhold til enkelte konkrete og afgrænsede sociale eller beskæftigelsesrelaterede problemer, som har indflydelse på patientens self-efficacy og/eller evne til at gennemføre ændringer i sundhedsadfærd.
3	En fastlæggelse af peer-mentors indsatsområder har også betydning for, hvilke personlige og faglige kompetencer fremtidens peer-mentorer bør besidde og dermed for, hvordan uddannelsens indhold bør tilrettelægges.

2.2 Organisatorisk tilrettelæggelse

Anbefalingerne til den organisatoriske tilrettelæggelse omfatter:

1	En høj grad af fleksibilitet og tilgængelighed ved behov for en peer-mentor, bør tænkes ind i en tværsektoriel organisering af en fremtidig peer-mentorordning. Det betyder, at peer-mentor bør have kontinuerlig kontakt til de enkelte sektorer og afdelinger, for at personalet kan se relevansen af at gøre brug af en peer-mentor.
2	I opstartsfasen bør der afsættes tilstrækkelig tid og ressourcer til undervisning og til at etablere indsatsen i et netværk på tværs af sektorer. Det vil være en fordel at peer-mentorerne får et grundigt kendskab til de kommunale tilbud i den pågældende kommune og eventuelt rekrutteres fra den pågældende kommune.
3	Peer-mentorordningen bør kontinuerligt gives ressourcer til supervision, efteruddannelse og videreudvikling.
4	Det er af afgørende betydning for peer-mentors trivsel i rollen, at peer-mentors arbejde anerkendes og at der sikres et fagligt kollegialt fællesskab
5	Det er af stor betydning, at peer-mentors har en centralt placeret leder eller koordinator i organisationen, der ligeledes kan være bindeled til øvrige sektorer. Den eller de centrale personer ses helst at være bekendt med emnefeltet for etniske minoriteters problemstillinger og udfordringer, så vedkommende kan understøtte peer-mentors indsats bedst muligt.
6	Ledelsesmæssig opbakning i de enkelte sektorer og ledernes forståelse af pointen med peer-mentorer er afgørende for det øvrige personales opfattelse af peer-mentors relevans og anvendelse. Derfor kan man med fordel ved en fremtidig implementering arbejde målrettet med at sikre forståelse af peer-mentor indsatsen og et øget medejerskab på tværs af sektorer.
7	Da peer-mentor indsatsen beror på faglige vurderinger af, om patienten vil profitere af en peer-mentor kobling, kan det overvejes at gennemføre introduktion til alle ansatte ved indførelsen af peer-mentorer. Peer-mentor funktionen præsenteres og lejligheden kan ligeledes bruges til at fremlægge forskningsresultater og erfaringer i forhold til etniske minoriteters generelle sundhedstilstand, udfordringer mv. Ved at skærpe personalets blinde vinkler i forhold til denne sårbare gruppe kan man skabe mere optimale forudsætninger for peer-mentors virke – og også tage de første skridt i kompetenceudviklende retning.

3 Introduktion

Projektet 'Sund integration' er en kvalitativ undersøgelse af en peer-mentorintervention på Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Hvidovre Hospital. I denne rapport præsenteres projektets resultater og anbefalinger til en peer-mentor baseret tilgang til det sundhedsfremmende arbejde med etniske minoriteter i primær- og sekundær sektor.

IMK er en tværfaglig funktion på Hvidovre Hospital, der modtager etniske minoritetspatienter bosiddende i Region Hovedstaden. Klinikken er etableret med det formål, at give en særlig sårbar gruppe patienter samme mulighed for udredning og behandling som andre. Indvandrermedicinsk Klinik varetager udredning og behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, der har sammensatte problemstillinger. I klinikken adresseres patienternes fysiske, såvel som psykiske og sociale belastninger og ressourcer.

4 Formål

Undersøgelsens formål er at belyse såvel udfordringer som virkningsfulde elementer i den tværsektorielle peer-mentor indsats i forhold til patienternes udvikling af self-efficacy, hvor self-efficacy forventes at komme til udtryk gennem succesoplevelser med sundhedsadfærdsændringer og sektorovergange. Ønsket er at finde ud af, hvad patienterne får ud af peer-mentorforløbet og hvordan det tværsektorielle samarbejde om sårbare etniske minoritetspatienter kan udvikles.

5 Baggrund

Etniske minoriteter udgør en stigende andel af den danske befolkning (Danmarks Statistik 2018) og er en befolkningsgruppe, som ofte oplever udfordringer, når de gør brug af sundhedssystemet i Danmark (Nørredam et al. 2007, Krasnik et al. 2007). Dette kan tilskrives en række faktorer som forskellige sygdomsopfattelser, sprogbarrierer, en socialt belastet baggrund, mangel på kendskab til det danske sundhedssystem og mangel på interkulturelle kompetencer blandt sundhedspersonalet.

5.1 Etniske minoriteter og sundhed

Etniske minoriteter udgør en heterogen gruppe med forskellige oprindelser, uddannelsesbaggrund og ikke mindst forskellige årsager til migration, som f.eks. arbejdsmigration, familiesammenføring eller flugt. Ifølge Danmarks Statistik (2018) er ca. 13 % af den danske befolkning indvandrere og efterkommere, og heraf har 58 % ikke-vestlig baggrund. Ikke-vestlige indvandrere har ringere tilknytning til arbejdsmarkedet og lavere indkomst sammenlignet med etniske danskere (Danmarks Statistik 2018). Der skelnes ligeledes mellem indvandrere og efterkommere, hvor indvandrere er født i udlandet, og hvor ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Efterkommere er født i Danmark. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark (Danmarks Statistik 2018). I denne rapport anvendes betegnelsen etnisk minoritet eller blot indvandrere og flygtninge, der skelnes således ikke mellem, om patienten er flygtning, indvandrer, efterkommer eller familiesammenført.

En del studier peger på, at socioøkonomiske og sociale parametre delvis kan forklare sygelighed og brug af sundhedsvæsenet mellem etniske minoritetsgrupper og etniske danskere (Sundhedsstyrelsen 2018). Blandt andet viser den nationale sundhedsprofil fra 2017 om danskernes sundhed, at der fortsat er stort behov for at arbejde med at reducere social ulighed i sundhed, og for at sikre et rummeligt og inkluderende sundhedsvæsen, der kan imødekomme behovene hos alle borgere, uanset deres baggrund og forudsætninger (Sundhedsstyrelsen 2010).

Nogle etniske minoritetspatienter kan være særligt sårbare og opleve stor kompleksitet i deres sygdomsforløb på grund af en række sammenfaldende faktorer som traumer, PTSD og en udsat socioøkonomiske position, og hvor der – trods måske en stor familie - kan være sociale problemstillinger og manglende netværk. Patienterne har ofte lav self-efficacy, og kan have svært ved at omsætte viden til handlekompetence (Jensen 2016), med deraf følgende højere risiko for at udvikle livsstilsrelateret sygdom.

5.2 Sundhedssystemet og sektorovergange

Af ovennævnte årsager kan etniske minoriteter også være særligt sårbare patienter i sundhedssystemet og ved sektorovergange. Udfordringen kan blandt andet bestå i at finde ud af hvilke sektorer, der tager sig af hvad i forhold til deres sundhed, udredning og behandling. Samtidig har nogle af disse patienter mange konkurrerende problemstillinger, som nødvendiggør

et samarbejde på tværs af flere sektorer. For at give alle borgere lige muligheder for at få et sundt liv, er det nødvendigt at fokusere på, og investere i, indsatser, der søger at optimere etniske minoriteters sundhed (Danske Regioner 2017). Derudover giver det også i et samfundsøkonomisk perspektiv god mening at bedre sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter. Et løft af sundheden blandt særligt sårbare befolkningsgrupper løfter samtidig det økonomiske råderum i sundhedsvæsenet og forskning peger på, at et godt helbred blandt etniske minoriteter fremmer integrationen (Frederiksen og Nørredam 2013).

Ovenstående fordrer et velfungerende samarbejde mellem de forskellige sektorer (Danske Regioner 2017). En måde at støtte etniske minoriteter i at navigere mellem de forskellige sektorer på er en tværsektoriel peer-mentor indsats.

5.3 Peer-mentor interventionen i Indvandrermedicinsk Klinik

Peer-mentor interventionen i IMK blev etableret i efteråret 2014 i et tværsektorielt samarbejde mellem IMK og Københavns Kommune og sidenhen er samarbejdet blevet udvidet til flere kommuner i Region Hovedstaden bl.a. Brøndby, Hvidovre og Høje Taastrup.

Patienterne matches så vidt muligt med peer-mentors efter etnicitet, sprog, køn, kulturel baggrund og bopælskommune, sidstnævnte netop for at peer-mentors kan støtte patienterne i deres overgang fra hospital til kommunale tilbud.

Det overordnede formål med interventionen er at opbygge patienternes self-efficacy til at kunne opretholde en sundere livsstil og klare overgange og indgange til de forskellige sektorer. Herunder opereres med konkrete mål som:

- at patienterne skal have mulighed for at opleve de fysiske, psykiske og sociale gevinster ved at have en sund livsstil.
- at fokus på patienternes ressourcer og handlemuligheder øger livskvaliteten hos den enkelte, og at social isolation mindskes.

Målgruppen for peer-mentor interventionen i IMK er patienter, der har behov for ekstra støtte i den sidste fase af deres ambulante behandlingsforløb, hvor patienten eksempelvis støttes til at overgå til kommunale indsatser. Frem til efteråret 2018 har ca. 100 patienter været igennem et

peer-mentorforløb, overvejende kvinder med komplicerede sygdomsforløb, herunder kroniske sygdomme og multimorbiditet. På grund af disse patienters kompleksitet er der behov for en øget formaliseret tværsektoriel koordinering, hvor peer-mentorerne bruges som peer til patient og brobygger mellem IMK og konkrete aktiviteter og indsatser i kommunerne.

Peer-mentors er frivillige, som modtager et symbolsk honorar for deres indsats. Hen over de ca. tre til seks måneder et peer-mentor forløb varer, afholdes der fem til ti fysiske møder mellem patient og peer-mentor. Peer-mentor og patient fastsætter i fællesskab en række individuelle mål for forløbet. F.eks. kan et mål være, at patienten får struktur på dagens måltider og bevæger sig dagligt. Herudover fungerer peer-mentorerne som brobyggere mellem de forskellige sektorer. Det kan f.eks. være, at peer-mentor deltager i patientens møder med sundhedspersonale eller ved at introducere patienten for træningsforløb og sociale tilbud i kommunerne. Peer-mentors er således ressourcepersoner og brobyggere på tværs af sektorerne.

Peer-mentor indsatsen på IMK er inspireret af projektet "Sundhed på dit sprog", der startede i Københavns Kommune i 2005 og siden har spredt sig til mange af landets øvrige kommuner (Duus et al. 2008, Oxford Research 2012). Samtidig er der søgt inspiration og erfaring i internationalt regi (Tang et al. 2013, Reinhardt et al. 2009). Dog har der hidtil været sparsom viden om peer-education i hospitalsregi i et tværsektorielt samarbejde med kommuner i Danmark.

I peer-mentor indsatsen er der løbende blevet delt erfaringer mellem indsatsens projektleder og sundhedsfagligt personale på IMK samt peer-mentors, blandt andet i form af supervision, referater, afrapporteringer og observationer. Derudover er der i 2015 blevet lavet et studie af indsatsen som led i en kandidatafhandling (Ibrahim 2015)

Et af resultaterne fra kandidatafhandlingen var, at peer-mentorerne efterspørger et mere formelt tværsektorielt samarbejde mellem IMK og kommunerne.

6 Teori

Denne undersøgelses teoretiske grundlag bygger på Albert Banduras teori om self-efficacy og peer-education teorier om læringsprocesser mellem ligesindede.

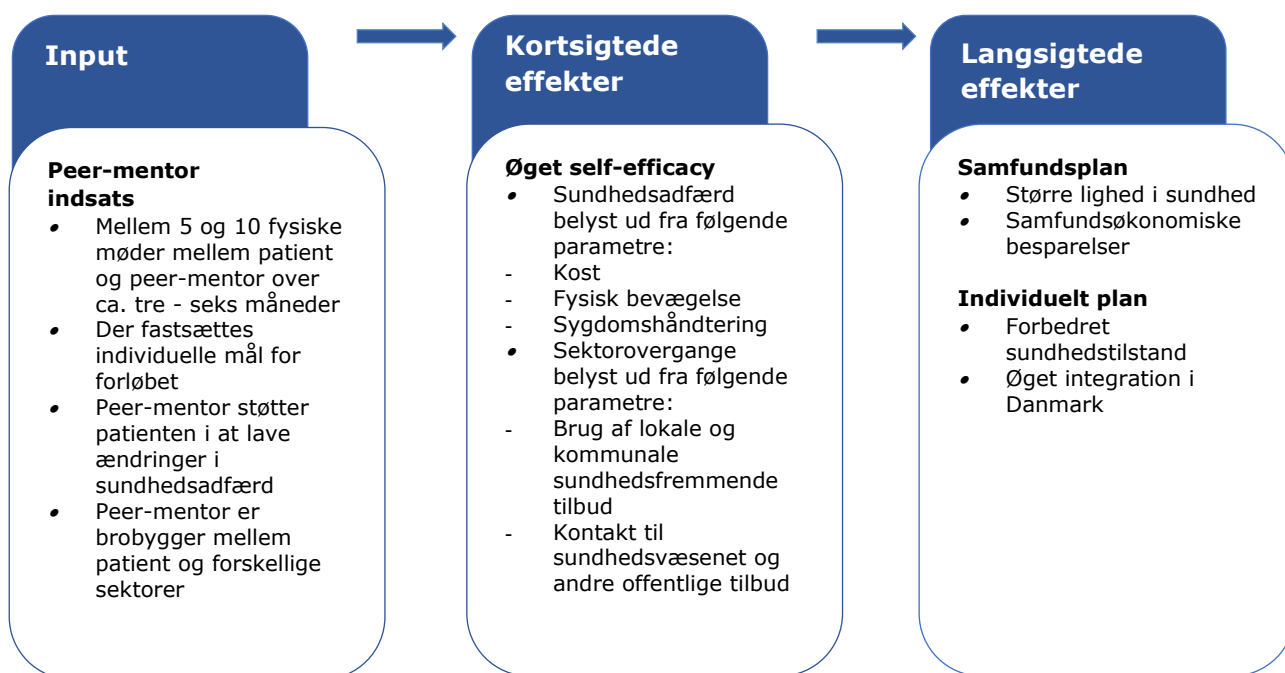
6.1 Self-efficacy

Self-efficacy defineres som et individs tro eller overbevisning om hans eller hendes evne til at opnå succes i en bestemt situation. Disse overbevisninger er determinerende for, hvordan individet tænker, agerer og føler (Bandura 1994). Opfattelsen af egen self-efficacy påvirker nemlig den enkeltes motivation og adfærd (Bandura 1986).

Individets vurdering af egen self-efficacy er styrende for, hvor stor en indsats den enkelte investerer, samt hvor længe den enkelte vil udholde en given situation i mødet med forhindringer og uønskede oplevelser. Ifølge Bandura drejer det sig ikke om de færdigheder den enkelte har, men derimod vurderingen af, hvad den enkelte kan gøre – uanset hvilke færdigheder denne besidder (Bandura 1986). Individets vurdering af egne evner er derfor af betydelig værdi for den enkeltes succes med en udfordring.

Det antages, at peer-mentor interventionen har indflydelse på patienternes self-efficacy (se model 1).

Model 1. Interventionens kortsigtede og langsigtede effekter



På kort sigt antages det, at der ses øget self-efficacy hos patienterne, som kommer til udtryk ved patientens tro på egne evner til at foretage sundhedsadfærdsændringer og til at håndtere

sektorovertage. På lang sigt vil peer-mentor indsatsen på samfundsplan antageligvis skabe større lighed i sundhed samt medføre samfundsøkonomiske besparelser indenfor sundhedsvæsenet og integrationsområdet. Ifølge Bandura er der fire overordnede kilder til self-efficacy (se tabel 1).

Tabel 1: Kilder til self-efficacy (Bandura 1994)

1	Handleerfaring
Handleerfaring med en given opgave, kan forstås som beherskede erfaringer. Beherskede erfaringer menes at være den mest effektive måde, at udvikle en stærk oplevet self-efficacy på (Bandura 1994).	
2	Andenhåndserfaring
At se andre individer udføre en opgave med succes er en anden vigtig kilde til stærk oplevet self-efficacy. Dog skal den enkelte kunne se ligheder mellem den person, der har succes med en given opgave, og sig selv. Dette kan øge observatørens tro på, at vedkommende også selv besidder evnerne til at mestre lignende aktiviteter med succes (Bandura 1994).	
3	Verbal overtalelse
Bandura (1994) mener, at individet kan overtales til at tro, at denne har færdigheder og evner til at opnå succes med en given situation. At blive opmuntret hjælper individer til at overvinde manglende tro på sig selv og i stedet fokusere på at gøre deres bedste.	
4	Fysiske og emotionelle tilstande
Individets egen respons på forskellige situationer spiller en vigtig rolle med hensyn til self-efficacy. Humør, fysiske reaktioner og stress kan indvirke på, hvordan en person føler omkring deres personlige evner i en given situation. En person, som bliver voldsomt nervøs før f.eks. et møde med jobcenteret, kan udvikle en svagt oplevet self-efficacy i lignende situationer. Dog er det ikke intensiteten af emotionelle og psykiske reaktioner, der er vigtig, men snarere hvordan de er oplevet og fortolket. Ved at lære at minimere stress og nervøsitet i mødet med svære eller udfordrende opgaver, kan individet forbedre sin oplevelse af egen self-efficacy (Bandura 1994).	

6.2 Peer-education

Peer-education, som peer-mentor interventionen er inspireret af, er en tilgang, der bygger på en læringsproces, som finder sted mellem ligesindede. I peer-education støtter de individer, som udfylder rollen som peer-mentors, andre individer med hvem de deler visse karakteristika (Turner et al. 1999). Peer to peer-education har vist sig at kunne styrke personens self-efficacy, hvilket henviser til individets tro på egen evne til at ændre adfærd, og således udgør et af de første skridt mod faktisk adfærdsændring (Bandura 1998, Duus et al. 2008). Det er især den gentagne sociale kontakt mellem peer-mentor, og i nærværende undersøgelse patienten, som igangsætter læringsprocesser, der opbygger self-efficacy (Bandura 1994, Duus et al. 2008).

Studier viser, at peer support til etniske minoriteter kan fremme social støtte og motivation for adfærdsændringer hos den etniske minoritetsborger ved at skabe tillid og kulturel forståelse (Kunz et al. 2017, Oxford Research 2012). Studier viser også, at peer support kan bygge bro mellem sundhedsprofessionelle og borgere, da de har indblik i forskellige kulturer og sproglige nuancer i forhold til sundhed og behandling, og at de kan have en afgørende rolle i det sociale samspil. Derudover kan peer-mentorer hjælpe med at sikre fastholdelse i tilbuddet og at borgere bliver oplyst og visiteres til relevante sundhedstilbud og behandling på tværs af sektorer. Peer-mentorer kan nå målgrupper, der ikke nødvendigvis selv opsøger eller har adgang til relevante sundhedstilbud (Kunz et al. 2017, Oxford Research 2012).

7 Metode

Denne rapport bygger på kvalitative data, der er baseret på individuelle semistrukturerede interviews. Primære datakilder var patienter og peer-mentorer rekrutteret gennem IMK. I alt 14 af disse 19 interviews er opbygget som casestudier, med en patient og en peer-mentor, som har haft et forløb sammen inden for det sidste år. Både patient og peer-mentor blev interviewet. Herudover er der lavet to supplerende interviews med peer-mentors uden tilknyttede patientinterview.

Der er desuden foretaget interviews med medarbejdere på IMK og i kommunerne Brøndby, Hvidovre og Høje Taastrup (se tabel 2). Interviews er analyseret vha. tematisk netværksanalyse.

Tabel 2. Studiedeltagere

	7 patienter	9 peer-mentor
Oprindelseslande	Pakistan, Tyrkiet, Marokko, Israel og Syrien	Pakistan, Tyrkiet, Irak, Jordan, Somalia og Libanon
Bopælskommuner	Frederiksberg, Gladsaxe Brøndby og København	Frederiksberg, Gladsaxe, Høje Taastrup og Albertslund
Aldersfordeling	44-53 år	30-54 år
Kønsfordeling	Kun kvinder	Kun kvinder
Beskæftigelse	Tilknyttet forløb i jobcenter eller i forløb for nytilkomne flygtninge	Under uddannelse eller i beskæftigelse på kommunalt sundhedscenter, diabetescenter, plejehjem, jobcenter og som tolk
	3 medarbejdere på Indvandrermedicinsk Klinik	4 medarbejdere i Brøndby, Høje Taastrup og Hvidovre kommune
Jobtitel	Farmaceut Sygeplejerske Projektleder	Udviklingskonsulent Sundhedskonsulent Forebyggende Sygeplejerske Socialrådgiver

21 ud af de i alt 23 interviews er blevet optaget digitalt og transskriberet. I to tilfælde har patienter ikke ønsket at interviews blev optaget, hvorfor der i stedet er blevet taget udførlige noter. I fem ud af de i alt syv patientinterview har patienten ønsket sin peer-mentor tilstede under interviewet, hvilket er blevet imødekommet. Seks ud af syv patienter har ikke været dansksprogede, hvorfor der har været behov for tolkning. I tre tilfælde er der blevet benyttet professionel tolk. I de øvrige tre tilfælde har patienten ønsket at vedkommendes peer-mentor udfyldte tolkerollen, hvilket er blevet imødekommet. Under dataanalysen er der taget forbehold for den bias, som peer-mentors tilstedeværelse og rolle som tolk kan forårsage.

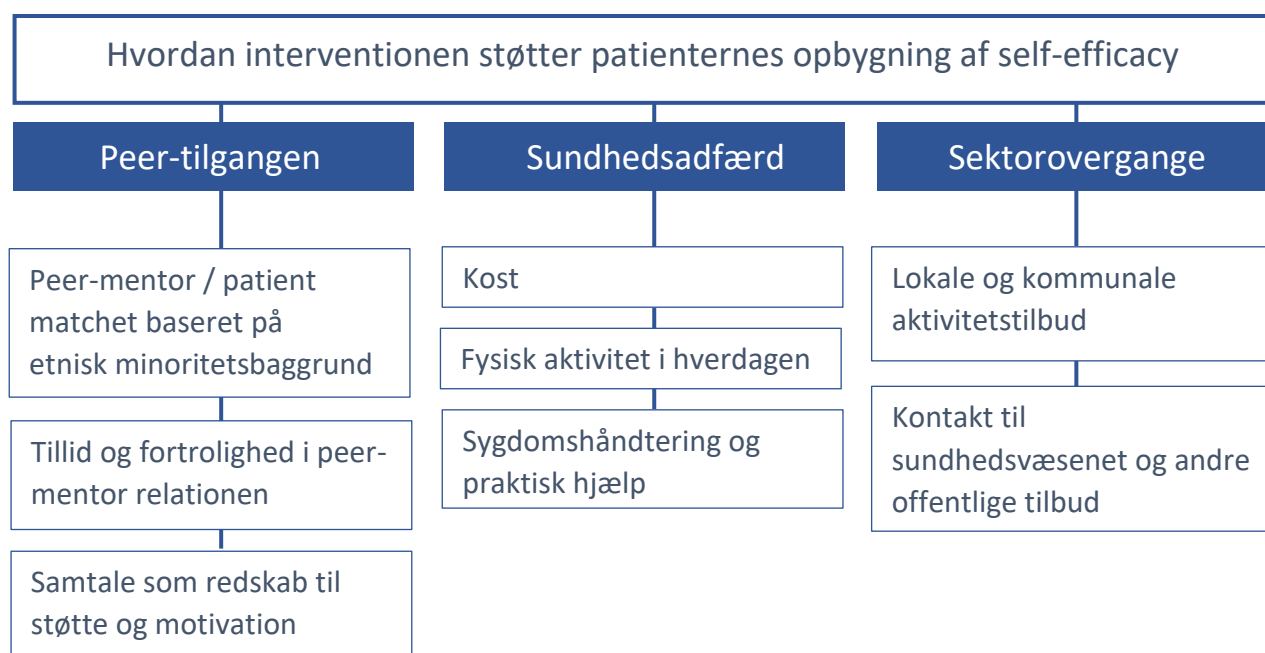
7.1 Etik

Alle deltagere har underskrevet en samtykkeerklæring for deltagelse, og dataindsamlingen er godkendt af Region Hovedstadens Videnscenter for Dataanmeldelser. Interviews er i videst muligt omfang blevet foretaget på lokationer, som deltagerne selv har foreslået og foretrukket. Der er blevet udvist særlig opmærksomhed i forhold til, at patienterne karakteriseres af en social og sundhedsmæssig udsathed. Dette indebærer, at ønsket om ensartethed i interviewdata i nogle tilfælde har måtte vige, for at sikre patienternes tryghed ved interviewsituationen.

8 Resultater

Der indledes med en indføring i rammerne for interventionen, og for det tværsektorielle samarbejde, som underbygges af centrale resultater hovedsageligt fra peer-mentor og patient interview. Herefter følger en beskrivelse af centrale elementer af peer-tilgangen, som understøtter opbygningen af patienternes self-efficacy. Sidst gennemgås konkrete aktiviteter mellem peer-mentor og patient, som understøtter opbygningen af patienternes self-efficacy. Afsnittes berør dels peer-tilgangen, sundhedsadfærd og dels sektorovergange. Hver kategori berør en række underemner, som fremgår af model 2.

Model 2. Peer-tilgangen, sundhedsadfærd og sektorovergange



8.1 Peer-mentorers personlige og organisatoriske forudsætninger

Peer-mentorerne der er tilknyttet IMK, har alle en anden etniskminoritets baggrund end dansk. De fleste er kvinder og i aldersgruppen 30 – 60 år. Udover at de taler dansk, taler og forstår de også et eller flere sprog som f.eks. arabisk, tyrkisk, kurdisk, urdu, somali m.fl.

Peer-mentorer beskrev først og fremmest at være drevet af et stort fagligt og personligt engagement, en interesse for andre mennesker og glæde ved at hjælpe. En peer-mentor som til hverdag arbejder på et af de kommunale sundhedscentre beskrev således:

"Det var for at hjælpe andre (at jeg blev peer-mentor). Det er lige mig. Som person er jeg meget hjælpsom... Det giver noget meget positiv energi, når man laver noget, som man selv kan lide"
(peer-mentor)

Inden peer-mentorerne bliver tilknyttet patienterne på IMK, har de gennemgået et 20 timers kursusforløb bl.a. ud fra cases om typiske udfordringer hos patientgruppen. Derudover rummede kurset temaer som peer-mentor rollen, tavshedspligt, sundhedspædagogik, motivation og individuel og anerkendende kommunikation. Peer-mentorers tilknytning til IMK efter kursusforløbet vedligeholdes ved løbende erfaringsudveksling og supervision. Desuden har peer-mentors en løbende kontakt med projektleder og øvrige ansatte på IMK. Peer-mentorerne afrapporterer om deres forløb med patienten ved at udfylde et skema, der afleveres til projektlederen ved forløbets afslutning. Peer-mentors fremhævede, at det på et organisatorisk niveau er en vigtig forudsætning for deres indsats, at:

- Der er adgang til vejledning, sparring og fagligopdatering.
- At der, i samarbejde mellem peer-mentor, patient og IMK, fra begyndelsen sættes klare rammer for de individuelle forløb.

8.2 Interventionens tværsektorielle perspektiver

Patienterne var typisk udfordrede på flere fronter ud over det helbredsrelaterede, og der var mange sammensatte problemstillinger, blandt andet kompleks og langvarig sygdom, social isolation og ensomhed, et udfordret familieliv, f.eks. som enlig mor, økonomiske udfordringer eller

manglende tilknytning til arbejdsmarkedet. En patient som under interviewet gav udtryk for at opleve alle førnævnte udfordringer beskrev hendes hverdag således:

"Jeg er ikke god til det sociale eller til at have venner. Fysisk: Jeg går til læge, læge, læge ... det ene problem, det andet problem, det tredje problem" (patient)

De mange sammenfaldende udfordringer kan påvirke patienternes self-efficacy negativt. En patient som oplevede hyppige hospitalsindlæggelser beskrev hvordan hun håbefuldt afventede afklaring af hendes muligheder fra sundheds- og beskæftigelsessystemet. Hendes tro på egne evner til at handle var begrænset, som f.eks. fremgår af følgende konstatering:

"Jeg er træt og jeg kan ikke klare mere" (patient)

En del af patienterne oplevede apati, og en følelse af håbløshed, hvor der kunne være behov for meget konkret støtte og motivation til at deltage i lokale forebyggelsesindsatser. Derfor gav det også god mening med et tværsektorielt fokus i interventionen. De fleste peer-mentorer er også tilknyttet en eller flere kommuner i Region Hovedstaden, hvor de fungerer som sundhedsformidlere¹. Dette betyder, at der er et naturligt men uformelt samarbejde mellem IMK og kommunerne, da peer-mentorerne kender til tilbud og aktiviteter i deres kommune gennem deres arbejde som sundhedsformidler. Samarbejdet kan også foregå gennem de netværk, der eksisterer blandt det sundhedsfaglige personale i IMK og de enkelte kommuner i Region Hovedstaden. Dette tværsektorielle samarbejde er dog skrøbeligt, da det er bygget op om enkelte medarbejders netværk og relationer – og dermed ikke er formaliseret. Interviews med medarbejdere peger på, at den tværsektorielle brobygning er et vigtigt element for at kunne støtte denne sårbare målgruppe.

"Jeg tror, at hvis Indvandremedicinsk udskriver dem og slipper dem, så er de tilbage i dét, som de var i før. Så dør dét, som de (patienterne) har startet op. Jeg tror, det er rigtig vigtigt, at de (patienterne) bliver holdt i hånden ud til det, som der er i kommunerne" (kommunal medarbejder)

"Det giver rigtig god mening at have noget samarbejde omkring hvad det er, vi skal gøre for at hjælpe dem (patienterne) bedst muligt ... Det er genialt, at de (peer-mentors) hører til i begge lejre, både i det kommunale og hos os" (medarbejder på IMK)

¹ En sundhedsformidler er en person, der selv har en anden etnisk baggrund end dansk, der har gennemgået et uddannelsesforløb med emner indenfor forebyggelse og sundhedsfremme.

8.3 Hvordan understøtter peer-tilgangen self-efficacy?

Undersøgelsen viser, at peer-tilgangen understøtter udviklingen af patienternes self-efficacy.

Dette forudsættes dels af at der matches efter etnisk minoritetsbaggrund, og at der etableres tillid og fortrolighed i relationen. Sidst fremhæves samtalen som en gennemgående og vigtig del af et peer-mentor forløb.

8.3.1 Peer-mentor/patient-matchet baseret på etnisk minoritetsbaggrund

I sundhedsregi adskiller peer-mentor indsatsen i IMK sig fra lignende indsatser ved, at matchet baseres på deltagernes etniske minoritetsbaggrund. Det er mere almindeligt, at matchet laves på baggrund af delt sygdomshistorik. Dette er dog mindre meningsfuldt for patientgruppen på IMK, som typisk oplever komplekse sygdomsforløb og multimorbiditet, der ikke kan matches 1:1. Interviewmaterialet bekræftede, at der derimod var en række fordele ved matchet på etnisk minoritetsbaggrund, da det sproglige og kulturelle fællesskab oplevedes at styrke sammenhørigheden i relationen.

Først og fremmest gav matchet på etnicitet mulighed for, at patient og peer-mentors talte samme sprog. Det fremhævedes i interviewene, at det gav mulighed for større følelse af fortrolighed og personlig kemi at tale direkte med hinanden frem for gennem en tolk. Derudover angav patienterne, at deres tryghed i relationen øgedes ved at de ikke skulle være på vagt over for sproglige misforståelser. En patient med begrænsede danskevner og rigelig erfaring med tolkning i både sundheds- og beskæftigelsesregi beskrev, at det sproglige match var afgørende for hendes relation til peer-mentor:

"Jeg sagde ja (til at få en peer-mentor), fordi jeg fik at vide, at hun taler samme sprog, som jeg gør... jeg kunne forklare hvad der var galt, uden at skulle bruge andre til at hjælpe mig med at forklare, hvad jeg skulle sige" (patient)

En anden fordel ved matchet på etnicitetsbaggrund var, at peer-mentor havde gode forudsætninger for at forstå og anerkende patientens oplevelser og udfordringer og for at give kulturelt sensitiv opbakning. Patienterne udtrykte både en forventning til, og en oplevelse af, at blive mødt med forståelse, og af at få råd, som gav mening i deres hverdag. En patient forklarer, at den delte kultur bidrog til, at hun kunne være åben og ærlig over for sin peer-mentor:

"Hun (min peer-mentor) kan forstå mange situationer bedre, fordi hun er fra samme kultur. (Hun forstår situationer angående) familien og hvordan vi er. Det kan hun forstå bedre end en dansk veninde - fordi danskere har en helt anderledes kultur, en anden familie" (patient)

I ovenstående citat henviser patienten primært til, at hun åbent har fortalt sin peer-mentor om sine bekymringer omkring forholdet til en fraværende ægtefælle, der ønsker at flytte patienten og deres fælles børn med sig til hans oprindelsesland. Peer-mentors oplevelser af den delte kultur var ligesom patienternes positive. De beskrev at kunne forstå og anerkende patienter ift. kulturelt relaterede bekymringer eller forhold, f.eks. omkring børns integration i dansk kultur. Peer-mentors beskrev også, hvordan de med naturlighed kunne sætte samtalen ind i en kulturelt meningsfuld kontekst f.eks. ved italesættelse af religiøse forskrifter.

8.3.2 Tillid og fortrolighed i peer-mentor relationen

Peer-mentor angav især at have opmærksomhed omkring opbygning af tillid i starten af et forløb, men fremhævede samtidig, at tilliden skal opretholdes gennem hele forløbet. Match på etnisk minoritetsbaggrund oplevedes også at have betydning for tilliden, hvor patienter måske forventede at blive forstået pga. delt kultur, og derfor havde forventninger om at de kunne være mere åbne og ærlige. Herudover fremhævede peer mentors, at der er brug for tid og ro til at kunne opbygge tillid, og de beskrev, hvordan de går forsigtigt frem, og ikke presser patienten før de ved, hvor meget patienten kan håndtere. En peer-mentor, som til daglig arbejdede som sagsbehandler, beskrev sin tilgang således:

"Jeg er altid meget forsigtig, når jeg sætter fod i deres hjem ... hvis jeg siger et eller andet (forkert), kan det være at hun bliver sur på mig" (peer-mentor)

Fortrolighed blev beskrevet som et vigtigt element for opbygningen af tillid i peer-mentor relationen. Patienterne omtalte især, at de ikke ville have, at visse historier om dem kom ud blandt deres omgangskreds og familie. Dette kan skyldes kulturelt betinget frygt for socialt stigma, f.eks. omkring psykisk sygdom, skilsmisse, børn i mistrivsel mv. En patient forklarer hvorfor hendes peer-mentor er den første hun snakker med om hendes psykiske udfordringer:

"I vores kultur og i vores familie tænker alle, at hvis man går til psykolog, er det helt åndssvagt. Så bliver de bange og de gider ikke snakke (med én). De holder afstand og de synes, at det er en stor sygdom" (patient)

En anden patient beskrev, hvordan hun havde sat sin peer-mentors tavshedspligt på prøve ved at fortælle peer-mentor specifikke, usande ting i starten af deres forløb. Først da patienten kunne konstatere, at oplysningerne ikke var blevet spredt til hendes egen omgangskreds, turde hun være åben og ærlig overfor sin peer-mentor.

Peer-mentors er i starten af et forløb meget opmærksomme på at informere om, at de har tavshedspligt i interventionen, hvilket ligeledes gøres fra IMKs side. Peer-mentors oplevede, at nogle patienter havde en formodning om, at peer-mentor tilbuddet var en form for kontrolinstans. Det er af og til nødvendigt at differentiere peer-mentors fra IMK fra øvrige mentorordninger, som patienten har kendskab til. Et par af mentorerne beskriver, hvordan de ved opstarten af nye forløb har oplevet at blive mødt af mistillid:

"Det er mange gange de (patienter) tror, at vi (peer-mentors) skriver til kommunen eller jobcentret. Så er det vigtigt for mig at sige at 'ved du hvad, vi har ikke noget med det at gøre'" (peer-mentor)
"Hvis hun (patienten) mistænker dig fra starten, kan du ikke arbejde med hende. Fordi, hun gider ikke sige noget. Hvordan kan jeg så hjælpe hende" (peer-mentor)

Tillid og herunder fortrolighed var således en vigtig forudsætning for, at peer-mentors lykkedes i deres indsats for at støtte patienten.

8.3.3 Samtalen som redskab til støtte og motivation

Det blev beskrevet, at det ofte er igennem samtalen, at peer-mentor udtrykker anerkendelse for patienten og dennes situation.

Samtalernes betydning kunne dels relateres til patienternes sociale isolation, dels til patienternes beskrivelse af at kommunikation med fagpersoner f.eks. sundhedsprofessionelle eller sagsbehandlere, ofte er besværet af sproglige og kulturelle barrierer. Samtaler inden for rammerne af en tillidsfuld peer-mentor relation var derfor for flere patienter en unik og værdifuld oplevelse. I interviewsituationen fremstod patienterne ofte følelsesladede og bevægede, når de

beskrev betydningen af deres samtaler med peer-mentors. Dette var også tilfældet, for de to patienter som citeres herunder:

"En peer-mentor er ligesom en søster for mig. Hvis jeg ikke har det så godt og har nogle psykiske problemer inden i mig, så er en (peer) mentor en person, som jeg kan snakke med." (patient)

"Måske er det vigtigste, jeg har brug for, at man taler med hinanden. Det kan godt være, at det ikke ændrer situationen at tale, men jeg får meget ud af det. Så det er noget af det vigtigste" (patient)

Peer-mentors var reflekterende omkring samtaleformer og – indhold, og angav især at benytte sig af tre teknikker til at opbygge patientens tro på egne evner:

- At sætte patientens situation i perspektiv for at opfordre til anderledes og mere positivt udsyn. I denne sammenhæng fremhævedes peer-rollen som en fordel, og peer-mentorer inddrager i samtalen ofte fortællinger fra deres eget liv, som relaterer sig til patientens situation, men samtidig kan give inspiration til nye måder at håndtere udfordringer på. Patienten mødes i øjenhøjde: *"Hvis man viser folk, at man ikke er langt fra dem: 'jeg er én som dig, men måske længere henne, så jeg kan måske hjælpe dig'. Men det er en balance, for man skal ikke overdrive, og det skal ikke handle om mig, når vi sidder og snakker med dem... Man skal passe på, at man gør det for at anerkende dem, ikke for at spille smart og presse dem" (peer-mentor)*
- At give patienten konkrete råd og vejledning i at arbejde med at ændre negative tanker, f.eks. at holde dagbog over hverdagens gode hændelser, eller at sige positive ting til sig selv. En patient beskriver, at hun flere måneder efter hendes peer-mentorforløb afsluttede stadig gentager hendes peer-mentors motiverende fraser, f.eks: *"Jeg skal være optimist. Jeg skal tænke på mig selv. Livet er ikke slut. Jeg skal være stærk. Og gå videre. Ikke stoppe. Jeg skal selv gøre noget" (patient)*
- At rose for de ting, patienten allerede gør succesfuldt, f.eks. at holde et rent og ryddeligt hjem, eller at overholde aftaler. Dette er en måde at opbygge patienternes selvtillid omkring de handlekompetencer, de i forvejen er i besiddelse af.

Samtaler, der støttede patienten til et mere optimistisk livssyn, blev af både peer-mentorer og patienter beskrevet som en forudsætning for, at patienten tager hånd om konkrete udfordringer. I citatet herunder giver en patient blot to år i Danmark bag sig, at hendes peer-mentors opbakning har været afgørende for at hun ser optimistisk på sin livssituation:

"Faktisk bakker min peer-mentor mig op, så jeg tror faktisk, at hvis jeg ikke havde peer-mentor, så ville jeg sidde og ikke lave noget" (patient)

En anden patient forklarede lignende, at det har været på baggrund af hendes mentors opbakning, at hun har fået ny selvtillid omkring hendes muligheder for at opnå en lysere fremtid:

"Jeg skal købe en sportsbil i fremtiden. Jeg skal komme i gang og jeg skal finde et arbejde og jeg skal passe på mit helbred" (patient)

8.4 Hvordan understøtter interventionen ændringer i sundhedsadfærd?

Aktiviteterne, som peer-mentors støttede patienterne i var meget forskelligartede, men hovedparten af aktiviteterne omhandlede ændringer i sundhedsadfærd, hvor især kost og bevægelse fyldte en del – men også andre sundhedsemner blev nævnt. Patienterne fik støtte til at foretage konkrete ændringer i sundhedsadfærd under peer-mentor forløbet. Dette kunne være både sammen med peer-mentor f.eks. fælles gåture eller individuelt på baggrund af råd og vejledning fra peer-mentor, som f.eks. nye måltidsvaner.

8.4.1 Kost

Peer-mentors angav, at de ofte giver konkrete råd omkring kostændringer, som de vurderer er overkommelige for patienterne. De angav vigtigheden af at vejledning omkring sundhedsadfærdsændringer let kan passes ind i patientens hverdag og kultur. Et råd kan f.eks. være at erstatte specifikke ingredienser i madlavningen med mere sunde ingredienser frem for at omlægge kosten fuldstændig. Peer-mentors beskrev også at give grundlæggende vejledning i sunde kostvaner efter sundhedsstyrelsens anbefalinger, som f.eks. at spise regelmæssigt. En patient som døjede med overvægt beskrev, at hun som følge af peer-mentor forløbet havde omlagt sine kostvaner:

”Tidligere spiste jeg kun et måltid i løbet af dagen, altså jeg spiste ikke noget som helst og så spiste jeg bare et stort måltid. Hun (peer-mentor) har lært mig, hvordan det er, at jeg skal fordele mine måltider og hvor mange gange det er, at jeg skal spise på en dag” (patient)

Den kulturelt sensitive vejledning er vigtig, og peer-mentors beskrev at vejlede patienter omkring håndtering af kulturelle forhold omkring måltidet, som gør det sværere at spise sundt. Dette kunne f.eks. være normer for beværtning af gæster og hensyntagen til øvrige familiemedlemmers madvaner. Det kan også være en barriere for patienterne, at de selv og øvrige familiemedlemmer har forkærlighed til specifikke madvarer fra oprindelseslandet. Fordi peer-mentor delte madkultur med patienten, kunne de med personlige erfaring i ryggen forslå alternative, sunde ingredienser og retter. En peer-mentor som til daglig arbejder på et plejehjem, beskrev at netop hendes kendskab til patientens madkultur var afgørende for, at kunne forslå patienten små, overkommelige ændringer i retning mod en sundere kost:

”Når du snakker om, hvordan du kan ændre din kost, så er det vigtigt, hvordan man bevarer sin egen kultur, fordi du kan ændre en vane, men du kan ikke ændre en vane på et øjeblik” (peer-mentor)

Herudover beskrev peer-mentors at de ofte går i supermarkeder med patienten for at hjælpe med at finde madvarer. Herved hjælper peer-mentors patienter med at overkomme udfordringer med at finde dagligvarebutikker i lokalområdet, og med at finde de ønskede madvarer på trods af en eventuel sprogbarriere.

Patienterne beskrev en oplevelse af at vejledning og støtte til kostændringer virker, og berettede om succesoplevelser og derved øget selvtillid og gåpåmod, som fordrede til at forsætte med de sundere vaner.

8.4.2 Fysisk aktivitet i hverdagen

Peer-mentors beskrev, hvordan de støtter op om, at patienten bør bevæge sig noget mere i sin hverdag, og at støtten ofte gives på et overkommeligt niveau. Flere patienter oplevede forskellige variationer af socialfobi. En peer-mentor forklarede, at flere patienter gav udtryk for ængstelse for stigmatisering i sociale sammenhæng, som i nogle tilfælde relaterer sig til kulturelle betingede normer og værdier:

"Folk spørger: 'Er du gift? Hvor bor du? Hvad arbejder du med? Hvad laver dit barn?' Måske er du skilt eller din mand er død og du har en kæreste. Den slags bør man ikke i vores kultur. Så man vil ikke svare eller sige noget. Man vil have sit privatliv" (peer-mentor)

Peer-mentors pegede på individuel fysisk aktivitet i hverdagen som et rigtig godt alternativ til mere organiserede former for træning i grupper, som også fremgår i citatet herunder:

"Hun (patienten) kunne ikke lide, at der var så mange på holdet. Hun kunne rigtig godt lide, når det var mig og hende sammen. Det var derfor, jeg gjorde det med at gå tur med hende" (peer-mentor)

Fordelen ved individuel fysisk aktivitet er også, at dette kan tilrettelægges meget frit efter patientens fysiske formåen. Peer-mentors fremhævede, at den fysiske aktivitet bør være til at inddrage i hverdagen gennem små skridt.

"Jeg har sagt til hende (patienten): Prøv, tag trapperne bare til første sal og så tag elevatoren – i en uge... Og nu tager hun altid trapperne. Og hun er meget glad. Så det handler om små skridt" (peer-mentor)

Ofte motiverer peer-mentors patienter til at begynde at gå ture, hvor målet for en patient måske kun skal være en gang om ugen. Gåturen foregår ofte sammen med peer-mentor som en del af deres forløb. De mere ambitiøse patienter kan introduceres for skridttællere. For andre patienter skal målet stilles lavere, og kan f.eks. være at tage turen ned ad trapperne for at drikke en kop kaffe i gårdens friske luft.

8.4.3 Sygdomshåndtering og praktisk hjælp

Da de fleste patienters sygdomsforløb er komplekse, støtter peer-mentors patienten i sygdomshåndtering bredt set, f.eks. angående smertehåndtering, søvnrytme og mentalt helbred. Støtten kan f.eks. bestå i en forklaring af, hvor vigtigt god søvn og søvnrytme er for den almene sundhedstilstand eller at peer-mentoren giver råd til hvordan man abstraherer sin tankevirksomhed fra smertetilstande:

"I stedet for, at man (patienten) sidder og tænker på sin krop og at 'nu har jeg ondt dér og nu har jeg ondt dér', så (siger jeg til patienten): 'Prøv at lave noget andet'. F.eks. aktivitet, træning, gå ud med en god ven, drik en god kop kaffe, hyg dig" (peer-mentor)

Råd og vejledning angående mentalt helbred kan være at vejlede patienten til at opsøge den rette behandling, som f.eks. psykologhjælp.

Peer-mentors beskrev, at det i nogle tilfælde er nødvendigt at yde patienter en praksisorienteret hjælp med konkrete opgaver som f.eks.:

- Omstændigheder som patienten ikke kan abstrahere fra, så længe det er et problem, eksempelvis bekymringer omkring bolig, økonomi eller familietrivsel. Hjælpen kan bestå i at læse og besvare et brev fra en offentlig instans eller samtale med patientens familiemedlem.
- Det kan også være praktisk hjælp, til at kunne lave sundhedsændringer, eksempelvis sørge for kørsel, så patienten kan komme til træning. Én patient fortæller, hvordan hendes peer-mentor har hjulpet hende med at komme til hendes aftaler på sygehuset: *"Sygehuset er stort, og der er mange forskellige afdelinger. Hun (min peer-mentor) har lært mig hvordan jeg skal finde de forskellige afdelinger og hvilken vej jeg skal gå"* (patient)

I forhold til generel sygdomshåndtering og praktisk hjælp fremhævede peer-mentors, at det er vigtigt at udvise en grad af fleksibilitet ift. patientens behov, som, grundet kompleks sygdomshistorie og udsatte position, kan være mangeartede. Peer-mentors beskrev, at denne fleksibilitet i nogle tilfælde var afgørende for, at de kunne støtte patienten i de fastlagte mål med forløbet.

"Hvis man (patienten) har det mentalt ok, så kan man også tænke på kost og motion. Hvis man har det dårligt mentalt, så er man ligeglad" (peer-mentor)

Det er således gavnligt, at der i afgrænsningen af peer-mentors opgaver indlejres en vis fleksibilitet ift. individuelle omstændigheder og uforudsete udfordringer.

8.5 Hvordan understøtter interventionen sektorovergange?

Interventionen understøtter i særlig grad sektorovergange ved at støtte patienterne i at opsøge lokale og kommunale aktivitetstilbud, og ved at støtte patienterne under deres kontakt til sundhedsvæsenet og andre offentlige tilbud. Med nye handleerfaringer og ny viden øges

patienternes tro på, at de også på egen hånd kan navigere inden for systemets rammer og aktivitetstilbud.

8.5.1 Lokale og kommunale aktivitetstilbud

Peer-mentors beskrev hvordan de støtter patienten i at finde og påbegynde aktiviteter i lokalområdet som f.eks. holdtræning eller kvindeklubber og foreninger. Der bruges en del energi fra peer-mentors side til at motivere patienter til at starte i en forening eller et socialt fællesskab, ligesom denne peer-mentor understreger:

"Jeg har gjort meget ud af at finde en gruppe eller en klub i lokalområdet. Fordi jeg ved det betyder rigtig meget, at finde nogen man kan mødes med og nogen man kan grine sammen med. Der kan man også lære om motion og om at spise sundere" (peer-mentor)

Specifikt svømning efterspørges ofte af patienter, da de er blevet bekendt med de gavnlige effekter fra varmvandsbassin under deres forløb i IMK. Desværre kan det være meget besværligt at imødekomme i praksis på grund af patientens økonomi og transport, og desuden kan det også være svært at finde hold i varmtvandsbassin, der kun er for kvinder. Der er en del generelle barrierer ved holdtræning som f.eks. behov for kønsopdelte hold, økonomi, utilpashed i sociale sammenhænge, sprogbarrierer, skader eller smerter, som der skal tages særligt hensyn til, hvor nogle må stoppe træning på grund af overbelastning eller andet. Andre gange bliver patienten afmeldt holdet, da vedkommende måske ikke er dukket op adskillige gange eller har glemt at melde afbud.

Dog opleves holdtræning ofte meget positivt, når omstændighederne er til det. Gennem nogle af peer-mentorforløbene indskrives patienter til holdtræning i deres kommune, og her er det ofte en fordel, hvis peer-mentor selv underviser på holdet eller arbejder sammen med den ansatte sundhedsfaglige, da det derved er nemmere at motivere patienten til deltagelse. Det er en fordel i denne sammenhæng, når patienter kobles på peer-mentors, som selv bor eller arbejder i patientens eget lokalområde. En peer-mentor fortæller om en patient, hvor det var en fordel for fastholdelsen i et motionshold for kvinder, at peer-mentor selv var træner på holdet.

"Hun (patienten) kom og var med til et motionshold om torsdagen, hvor jeg selv var instruktør og jeg brugte meget bolde, fordi det er nogen, som slet ikke er vant til at lave motion. Og hun kom over et helt år. Hun kunne føle sig 100% tryk og vidste at jeg var der" (peer-mentor)

Det positive ved holdtræning kan være, at patienten på denne måde kommer ind i et socialt fællesskab. Dette bevirker ofte, at peer-mentorforløbet kan færdiggøres på kortere tid. Peer-mentors beskrev tilfredshed med at afslutte sådanne forløb, da det oplevedes, at det sociale fællesskab bidrager positivt til patientens fortsatte opretholdelse og udvikling af selvtillid og sundhedsadfærdsændring. En patient fortæller herunder, at hun et halvt år efter peer-mentor forløbets afslutning stadig nyder at komme i den kvindeklub peer-mentor introducerede hende til.

"Vi er en gruppe kvinder som er sammen om det. Vi lærer sprog. Vi læser aviser. Vi snakker sammen. Vi går også på tur. Og efter at jeg er startet på det her, er mit dansk blevet meget, meget bedre" (patient)

8.5.2 Kontakt til sundhedsvæsenet og andre offentlige tilbud

Ved sektorovergange kan peer-mentors have en vigtig rolle som brobyggere ved at hjælpe patienter med at forstå systemerne og deres opbygning. I nogle tilfælde er peer-mentors med til møder som bisiddere / støttepersoner.

Det er meget forskelligt hvordan og på hvilken måde, peer-mentors støtter op om patienten ved sektorovergange, hvilket også afhænger af patientens udfordringer og om det er i primær- eller sekundærsektor. Eksempler på patientens udfordringer og hvordan peer-mentor hjælper og støtter ift. forskellige sektorer:

- Patienten møder udfordringer ved at være placeret i krydsfeltet mellem sygehuset (IMK), kommunale sundhedscentre og jobcenter. Peer-mentors giver vejledning i de usikkerheder, patienten har omkring de forskellige sektors roller og funktioner. Nogle gange kan patienten ikke forstå, at der ikke er mere kommunikation mellem sektorerne.
- Andre gange er peer-mentors med til møder hos praktiserende læge eller på hospitalet for at være brobygger og være behjælpelig med forståelsen og kommunikationen. Denne brobygning til forståelse går ofte begge veje. En patient fortæller: *"Når jeg har min mentor til lægeaftaler, så er jeg meget tilfreds. Fordi jeg har en der kan støtte mig og hjælpe mig" (patient)*

- Herudover har peer-mentors en opgave i at gå i dialog med patienterne omkring beskeder fra og opfattelser af sundhedsvæsenet. Der er en del afklaring omkring kulturelt betingede opfattelser af helbred og sygdom. F.eks. fortæller en peer-mentor om en patient, som frygtede at blive "smittet med kræft" på sygehuset. Peer-mentor gik i dialog med patienten, for at overbevise hende om at frygten for smitte var ubegrundet. Peer-mentors går også ofte i dialog med patienter omkring deres forventninger til sundhedsvæsenet. F.eks. fortæller flere ligesom denne peer-mentor, at patienter forventer uden videre at blive helbredt af lægen: *"(patienter mener ofte, at) lægen skal gøre noget for dig. Det er den tanke, som vi skal ændre: Du har selv 90% ansvar for dit helbred, mere end din læge (peer-mentor).* Samme peer-mentor fortæller om en anden udfordring: *jeg møder rigtig mange med anden etnisk baggrund som tænker at hun (sundhedspersonale) ved ikke rigtig noget, fordi de læser på computer. Vores læger i hjemlandet læser ikke på computeren, de siger med det samme: Du fejler dét og dét" (peer-mentor).*
- Peer-mentors støtter patienter ved at give ny viden om f.eks. sundhedsvæsenet, og hjælper med at forbedre patienternes forudsætninger til at kunne navigere på tværs af de forskellige sektorer.

9 Diskussion og konklusion

Det fremgik således af undersøgelsen, at peer-mentors indsats med patientgruppen på IMK dels byggede på et solidt personligt engagement, dels et grundigt oplæringsforløb og sidst en kontinuerlig tovholder- og støttefunktion fra IMK. Det blev herudover beskrevet, at både medarbejdere på IMK og i kommunerne anser peer-mentors funktion som tværsektorielle brobyggere som meningsfuld grundet patientgruppens komplekse og sammensatte udfordringer, som gør at de kommer i berøring med flere forskellige sektorer. Sidst blev der redegjort for centrale elementer af peer-tilgangen og konkrete aktiviteter mellem patient og peer-mentor, som understøtter patienternes opbygning af self-efficacy, altså troen på egen evne til at ændre adfærd.

De fire overordnede kilder til self-efficacy, som er handleerfaring, andenhåndserfaring, verbal overtalelse samt fysiske og emotionelle stadier (Bandura 1994), er alle til stede i interventionen. Disse er identificeret i de tre overordnede kategorier som skitseret i tabel 3:

Tabel 3. Self-efficacy i interventionen

Hvordan self-efficacy styrkes gennem interventionen	
Centrale elementer af interventionen	Kilder til self-efficacy i interventionen
Peer-tilgangen	• Fysiske og emotionelle stadier • Verbal overtalelse
Sundhedsadfærd	• Handleerfaring • Andenhåndserfaring
Sektorovergange	

I kategorien angående peer-tilgangen er patientens fysiske og emotionelle tilstande centrale. Dette gælder især patientens emotionelle tilstand i form af modtagelighed over for peer-mentors ønske om at støtte dem. Herudover er verbal overtalelse også centralt, idet samtalen er gennemgående for peer-mentorforløbet og integreret med de øvrige aktiviteter og emner, som er dele af et peer-mentorforløb. Inden for kategorierne sundhedsadfærd og sektorovergange er det primært gennem handleerfaring og anden håndserfaring, at patienter oplever en styrket tro på egne evner til at ændre adfærd.

I Banduras teori om self-efficacy fremhæves handleerfaring og anden håndserfaring som de vigtigste veje til self-efficacy. Nærværende undersøgelse viser, at både handleerfaring og anden håndserfaring er afgørende, hvilket i høj grad ses inden for sundhedsadfærd og sektorovergange. Samtidig viser undersøgelsen også, at matchet, tillid og fortrolighed og samtalebaseret støtte er en afgørende forudsætning for, at et forløb overhovedet kommer godt i gang. Således er der i interventionen indbyrdes bånd mellem handleerfaring, anden håndserfaring, verbal overtalelse samt fysiske og emotionelle stadier, lige såvel som mellem peer-tilgangen, sundhedsadfærd og sektorovergange.

10 Litteraturliste

- Bandura, A. *Encyclopedia of Human Behavior*. Academic Press, 1994. p. 71-81
- Bandura, A. *Health promotion from the perspective of social cognitive theory*. *Psychology and health*, 1998. 13(4): p. 623-649
- Bandura, A. *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press, 1995
- Bandura, A. *Social foundations of thought and action – A social Cognitive Theory*. New Jersey, 1986. p. 390-453
- Bjerre et al. *Indvandrere i Danmark 2017*. Danmarks Statistik; 2017
- Christensen VB, Norredam ML, Karle H, Hemmingsen RP. *Pre- and postgraduate education in international health*. *Dan Med Bull*, 2007. 54(1):145-46
- Danmarks Statistik. *Indvandrere i Danmark*. København; 2018
- Danske Regioner: *Sundhed for alle. Vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen*. 2017. p. 1-33
- Duus L, Hansen HK, Mygind A. *Evaluering af "Sundhed på dit sprog"*. Spring på Livet, Folkesundhed København: 2008. p. 1-53
- Frederiksen HW, Nørredam ML. *Sundhedsforhold hos nyankomne indvandrere*. 2013, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU) at The University of Copenhagen: Copenhagen
- Frederiksen HW, Kamper-Jørgensen Z, Agyemang C, Krasnik A, Norredam ML. *Health-reception of newly arrived documented migrants in Europe—why, whom, what and how?* *European Journal of Public Health*, 2013. 23(5): p. 725–726
- Ibrahim IM. *En kvalitativ undersøgelse om peers' rolle i sundhedsfremmende indsatser målrettet etniske minoritetspatienter*. 2015, National Institute of Public Health at the University of Southern Denmark: Esbjerg
- Jensen BB. *Kernebegreber i sundhedspædagogik*. in Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S (eds.). *Forebyggende sundhedsarbejde*. 6th edition. Copenhagen: Munksgaard; 2016. p 127-152.
- Jespersen H (red.). *Integration: Status og udvikling 2017 – fokus på ikke-vestlige lande*. 2017, Udlændinge og Integrationsministeriet: Copenhagen
- Kristiansen M, Krasnik A. *Sundhedsprofessionelles udfordringer i mødet med etniske minoritetspatienter*. *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi*.

Sundhedsstyrelsen; 2010

- Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. *Health effects on migration*. *Dan Med Bull*, 2007. 54(1): p. 46-47
- Kunz et al. *Rural Collaborative Model for Diabetes Prevention and Management: A Case Study*. *Health Promotion Practice*; 2017
- Nørredam et al. *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi*. Sundhedsstyrelsen; 2006
- Oxford Research A/S. *Evaluering af "sund på dit sprog" i Greve Kommune*. 2012, Oxford Research: Frederiksberg
- Reinhardt CH, Lopker N, Noack MJ, Rosen E, Klein K. *Peer teaching pilot programme for caries prevention in underprivileged and migrant populations*. *Int. J Paediatr Dent*, 2009. 19(5): p. 354-359
- Saldana, J. *Longitudinal Qualitative Research: Analyzing Change through Time*. 2003, Altamira Press: Walnut Creek, California
- Singhammer, J., Høstrup, H. et al. (2008): *Etniske minoriteter og sundhed*. *Midt liv* nr. 3, november; 2008
- Sundhedsstyrelsen. *Danskernes sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2017*. Sundhedsstyrelsen; 2018
- Tang TS, Shohal PS, Garg AK. *Evaluating a diabetes self-management support peer leader training programme for the English – and Punjabi-speaking South-Asian community in Vancouver*. *Diabet Med*, 2013. 30(6): p. 746-752
- Turner G, Shepherd J. *A method in search of a theory: peer education and health promotion*. *Health Education Research*, 1999. 14(2): 235-247
- WHO. *Health Promotion Glossary*. WHO; 1998

Denne rapport er udarbejdet på baggrund af bevillinger fra Region Hovedstadens Tværs pulje samt Helsefonden.

Forfattere:

Lisa Duus, konsulent, Cand.Scient., Master i sundhedspædagogik

Pernille Haarløv-Johnsen, Videnskabelig Assistent, Cand.Scient.Anth.

Hanne Winther Frederiksen, Afdelingssygeplejerske, Cand.Scient.San., Ph.d.

Marie Nørredam, Læge, Ph.d., Professor MSO



**Amager og Hvidovre
Hospital**

Amager og Hvidovre Hospital

Telefon: 38 62 13 82
E-mail: Indvandrermedicinsk.hvidovre-hospital@regionh.dk