



KOMMUNIKATION OM FORE-
BYGGELSE OG SYGDOMSRISICI
– et temahæfte

2006

Kommunikation om forebyggelse og sygdomsrisici – et temahæfte

Udarbejdet af: Journalist Charlotte Frendved

Emneord: risikokommunikation, forebyggelse, risiko, almen praksis, kampagner, etnicitet, unge.

Kategori: Rådgivning

Sprog: Dansk

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 15.12.2006

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden

Viden- og dokumentationsenheden er organisatorisk placeret i Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i Sundhedsstyrelsen

Design: Sundhedsstyrelsen

Layout og tryk: Scanprint a/s

Foto: Karsten Weirup s. 5, 17, 30. Michael Rieck s. 13, 22

Copyright: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden

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

Elektronisk ISBN: 87-7676-418-4

Denne rapport citeres således: Frendved, C. Kommunikation om forebyggelse og sygdomsrisici – et temahæfte, Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden, 2006.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Viden- og dokumentationsenheden

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: cemtv@sst.dk

Temahæftet indgår i en serie publikationer, der sammenfatter den aktuelle viden om metoder til forebyggelse og sundhedsfremme. Disse vil løbende blive publiceret i Evidensbasen: Forebyggelse på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/evidensbasen

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	4
2	Risikokommunikation i sygdomsforebyggelsen	7
3	Etniske minoriteter og risikokommunikation	18
4	Unge og risikokommunikation	25
5	Afrunding	33

1 Indledning

Dette temahæfte omhandler risikokommunikation på forebyggelsesområdet. Risikokommunikation kan defineres som en udveksling af information om risiko og risikorelaterede spørgsmål om sundhed og sygdom¹. Det vil sige, at kommunikationen handler om emner, hvor farlighed indgår som præmis i budskabet, og hvor denne farlighed underkastes en vurdering.

Temahæftet fokuserer på risikokommunikation mellem sundhedsprofessionelle og borgere/patienter. Det overordnede formål med formidling af sygdomsrisici er at påvirke borgere/patienter til at ændre deres livsstil, så de udsættes for færre risici.

Viden- og dokumentationsenheden (VDE) i Sundhedsstyrelsen, som udgiver dette temahæfte, arbejder til daglig med at fremme evidensbaseret forebyggelse i praksis. Temahæftet er en samlet afrapportering af VDE's årstema 2005 om risikokommunikation. Det giver nogle kvalificerede bud på, hvordan man kan arbejde vidensbaseret med risikokommunikation.

Temahæftets formål

Formålet med temahæftet er at synliggøre de vilkår, der gør sig gældende ved formidling af risiko i relation til forebyggelse for derigennem at skabe større bevidsthed om rollen som risikoformidler. Desuden er formålet at formidle viden om metoder til at kommunikere risici til udvalgte målgrupper.

Sundhedsstyrelsen håber med udgivelsen at kunne inspirere til refleksion over og udvikling af den kommunikation på forebyggelsesområdet, hvor risiko indgår som et element.

Sundhedsprofessionelles risikokommunikation

Kommunikation om risici forbundet med borgeren/patientens livsstil eller levevilkår er en central del af stort set alle sundhedsprofessionelles arbejdsopgave. 80 % af de sundhedsfagligt ansatte anser rådgivning om sundhedsadfærd som en del af deres ansvar og bruger i gennemsnit 1/2-2 1/2 time pr. dag på rådgivning (DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006). Eksempler på risikokommunikation er når:

- en praktiserende læge taler med en patient med forhøjet blodtryk
- personalet på hospitalet skal motivere den ældre patient til at komme ud af sengen efter en operation
- sundhedsplejersken taler med forældrene om barnets madvaner

Derudover indeholder mange andre opgaver i sundhedsvæsenet og andre sektorer risikokommunikation, for eksempel når:

- en offentlig myndighed formidler den nyeste viden om forebyggelse af rygerelaterede sygdomme.
- en kommunal planlægger tilrettelægger en trafik kampagne
- en forebyggelseskonsulent tilbyder gymnastikhold for overvægtige børn

Forskellige former for risikokommunikation

Kommunikationen om risici kan ske på mange forskellige måder. Man kan vælge at formidle budskaberne så nøgternt som muligt, eller man kan forsøge at gøre dem humoristiske eller skræmmende.

1 Risikokommunikation defineres af WHO som "udveksling af information og holdninger vedrørende risiko og risikorelaterede spørgsmål mellem personer og institutioner, der beskæftiger sig med risikovurdering og risikohåndtering, samt forbrugere og andre interesserede grupper". FAO/WHO Expert Consultation on the Application of Risk Communication to Food Standards and Safety Matters, 1998.

Risikokommunikationen kan være præget af autoritær formidling eller af dialog med målgruppen, så budskabet tilpasses målgruppens opfattelse af, hvad sundhed er. Hvad der er relevant risikokommunikation afhænger af, hvem der er afsender og modtager af budskabet, og hvilken situation det sker i.

Der er endnu sparsom dokumentation for, hvilken form for risikokommunikation der virker bedst i hvilken sammenhæng. Evidensrapporterne, som danner baggrund for dette temahæfte, giver dog nogle kvalificerede bud på, hvordan man kan opnå en effektiv risikokommunikation.

Temahæftets indhold

Temahæftet belyser og diskuterer problemstillinger som:

- myndighedernes rolle og ansvar for risikokommunikation
- forskellen mellem professionelle og lægmands perspektiver på, hvilke risikofaktorer det er relevant at beskytte sig imod
- etniske minoriteters sygdomsopfattelse
- unge mænds risikologik

Problemstillingerne er valgt, fordi de er aktuelle i en dansk kontekst anno 2006. Men temaet risikokommunikation indeholder en række generelle problemstillinger, som vil være relevante for en stor gruppe sundhedsfaglige på forebyggelsesområdet også fremover.



Materialet bag temahæftet

Temahæftet bygger på materiale fra VDE's årstema, der beskriver risikokommunikation fra forskellige synsvinkler.

Der indgår sammendrag af to evidensrapporter om risikokommunikation tidligere udgivet af Viden- og dokumentationsenheden i Sundhedsstyrelsen:

- Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse af Marie Brandhøj Hansen og Mette Nordahl Svendsen
- Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration af Anna Mygind, Maria Kristiansen, Allan Krasnik og Marie Nørredam.

Desuden indeholder temahæftet hovedkonklusionerne fra synopsen Risiko, ungdom og maskulinitet – i relation til forebyggelse af rygning, stoffer, alkohol og vold af Kevin Mogensen.

Derudover indgår der materiale fra oplæg af Thomas Breck og Flemming Balvig afholdt på et symposium om risikokommunikation v. Sundhedsstyrelsen i 2005.

2 Risikokommunikation i sygdomsforebyggelsen

Det er blevet vanskeligere at være myndighed

Moderne risikokommunikation stiller nye krav til myndighederne og de sundhedsprofessionelle om at inddrage borgernes synsvinkler.

Hvad er sundt, og hvad er farligt for helbred og sikkerhed? Gennem kampagner og forebyggelsesprojekter forsøger styrelser, amter, kommuner, skoler og andre institutioner i lokalsamfundet at gøre opmærksom på sundhedsrisici. Men i medierne og blandt borgerne sættes der hele tiden spørgsmålstegn ved de budskaber, som sundhedseksperterne kommer med. Samtidig forventer befolkningen, at myndighederne er i stand til at dæmpe op for de mange farer og risici, der trænger sig på i det moderne samfund.

Situationen er ikke nem at håndtere, men de danske myndigheder er begyndt at tage udfordringen op, mener Thomas Breck. Han er sekretariatsleder i Informationscenter for Miljø og Sundhed og forfatter til bogen ”Dialog om det usikre – Nye veje i risikokommunikation”, der for at par år siden beskrev den begyndende nytænkning på området.

”Myndighederne kan ikke længere regne med, at de har den absolutte autoritet. Det er noget, de skal kæmpe sig til i konkurrence med andre aktører i samfundet og i konkurrence med borgernes egen opfattelse af de forskellige risici og deres betydning,” siger Thomas Breck. Han mener, at myndighederne har en demokratisk og moralsk forpligtelse til at lytte til borgernes fortolkninger, men også at det kan være klogt at lytte, fordi borgernes perspektiver kan gøre udmeldingerne fra myndighederne mere kvalificerede.

”Den rolle er myndighederne ganske langsomt ved at tage på sig rundt omkring. De er begyndt at anerkende, at der kan være andre fortolkninger af risici end deres egen. Og det er positivt. Dermed opnår man, at budskabet i sidste ende vinder større genklang hos dem, der skal modtage det,” siger Thomas Breck.

Den nye flervejsproces

Strategierne har ændret sig de senere år for formidling af budskaber om sunde levevaner og helbreds-farer. Selve begrebet ”risikokommunikation” er relativt nyt. Man har også tidligere beskæftiget sig med at formidle budskaber om risiko. Man har bare kaldt det noget andet, for eksempel ”sundhedsoplysning”. Men hvor ”oplysning” eller ”information” er noget, man giver fra en afsender til en modtager, afspejler ordet ”kommunikation” ønsket om en to- eller flervejsproces.

Ordet ”risikokommunikation” dukkede op i 1990’erne, hvor blandt andet Verdenssundhedsorganisationen WHO begyndte at bruge det. WHO beskrev den proces, der traditionelt ligger forud for myndighedernes udmeldinger: Det starter med en ”risikoanalyse”, hvor eksperter sætter sig sammen for lukkede døre, samler den eksisterende viden og beregner en risiko. Derefter foregår en ”risikohåndtering”, hvor myndigheder og politikere overvejer, hvad der er praktisk og økonomisk mulighed for at gøre og til sidst en ”risikokommunikation”.

”Men i praksis foregår tingene ikke på den måde. Diskussionerne er flyttet ud i den offentlige debat. Den jomfruelige proces eksisterer ikke længere, hvor eksperterne sad og fandt ud af, hvad der var farligt, hvor myndighederne tilrettelagde strategier og kampagner, og hvor borgerne sad med foldede hænder og tog imod budskabet,” siger Thomas Breck.

”Det skyldes blandt andet, at vi har fået et langt mere differentieret medie billede, hvor borgerne har adgang til alle informationer. Når der bliver gjort en ny videnskabelig opdagelse, er den ude i medierne, næsten før den når at blive publiceret i et videnskabeligt tidsskrift. Og i hvert fald før den når at blive gransket og diskuteret af forskerne i lukkede kredse. Alt er mere gennemsigtigt. Til stor frustration for mange eksperter, og også sommetider til frustration for myndighederne, der ikke føler at de kan håndtere situationen. Der er pludselig mange kilder til viden. Der er mange, der påberåber sig retten til at fortolke viden, og der er ikke længere én bestemt tolkning, der er den autoritativt gældende,” siger han.

”Samtidig har myndighederne stadig et ansvar. Hvorfor skulle de ellers findes? De er nødt til at lade deres eksperter foretage nogle kvalificerede vurderinger og at komme med nogle svar.”

Men Thomas Breck ser tegn på, at frustrationen hos myndighederne er ved at vende til interesse og nysgerrighed i at udforske den nye rolle.

Borgerne accepterer risici

Generelt er folk i vidt omfang villige til at løbe risici i deres dagligdag. Der er mange, der ryger, drikker alkohol, glemmer cykelhjelmene eller kører for stærkt i bilen.

”Vi ved, at folk accepterer risici, hvis det er noget, de er fortrolige med, vælger selv og kan se en fordel i. Ved risikokommunikation er man nødt til at medinddrage den risikovillighed i sine overvejelser,” siger Thomas Breck. Og han mener, at der er en tendens til, at det er begyndt at ske.

Ser man for eksempel på kampagner for færdselssikkerhed, var strategien for få år siden præget af løftede pegefingre og skræmmebilleder. Man valgte at se bort fra de fordele, som folk kunne have ved at løbe risici i trafikken. Men modtagerens perspektiv er anderledes. Han har travlt og er ved at komme for sent til at møde, eller han kan lide at køre stærkt og føle, at han har styr på situationen.

Ved nye kampagner for færdselssikkerhed er man begyndt at arbejde med modtagerperspektivet. I Frederiksborg Amt for eksempel ved kampagnen ”Livet er smukt”, hvor ordet trafik-ulykke er vendt til begrebet trafik-lykke. Kampagnen fokuserer på glæderne ved at køre bil, ved at sænke farten og nyde vejen, frem for på ulykkerne. Borgerne opfordres til at indsende fotografier, der illustrerer livets skønhed, og nogle af billederne præsenteres som vejkanthækplakater.

”I stedet for negative budskaber om, hvad der kan gå galt, prøver kampagnen at beskrive alt det, vi i fællesskab gerne vil bevare, og modtagerne inddrages aktivt,” siger Thomas Breck.

Respekt for det sundhedsfaglige

Men risikokommunikation er også en balancegang, advarer han:

”Det handler jo ikke om, at man skal sætte en folkeafstemning i værk, hver gang der skal træffes en beslutning. Så ender man i den rene populisme. Myndigheder og planlæggere må bevare respekten for det sundhedsfaglige og det naturvidenskabelige. Det er en uundværlig del. Men det er vigtigt med åbenhed omkring, hvilke valg der er gjort undervejs. Hvorfor har man valgt at koncentrere sig om netop denne form for risiko eller adfærd? Er det økonomiske overvejelser, der ligger bag? Kan sundhedsvæsenet spare en masse penge på den måde? Eller er det noget med livskvalitet, og i så fald, hvad forstår man så ved det begreb?,” forklarer Thomas Breck.

Et eksempel på nytænkning inden for risikokommunikation er Videncenter for duft- og kemikalieoverfølsomhed ved Amtssygehuset i Gentofte, mener Thomas Breck.

”I mange år har man fra videnskabelig side afvist, at der fandtes noget der hed duft- og kemikalieoverfølsomhed. Det er ikke en tilstand, man kan måle og konstatere objektivt. Men der er en gruppe mennesker, der siger, at de ikke kan holde ud at være i stue med nogen, der bruger parfume, eller at komme ud på et toilet, hvor der er duftfrsker i kummen. Problemet anerkendes stadig ikke fra videnskabeligt hold, men nu har man fra myndighedernes side valgt at lytte til de mennesker og anerkende, at de i hvert fald selv oplever en risiko. Der er blevet sat penge af til forskning i problemet, og man har oprettet et videncenter,” siger Thomas Breck.

Mange steder er man altså begyndt at tage modtagerperspektivet alvorligt, og det er glædeligt, mener Thomas Breck.

”Men det er en sværere måde at være myndighed på. Sommetider er man virkelig nødt til at holde igen, når man sidder som myndighed eller ekspert og har lyst til at sige: I burde bekymre jer om rygning, fed kost og mangel på motion i stedet for. Det er meget farligere end kemikalier i indeklimaet!”, siger han.

Tre faser i udviklingen – tre brugbare strategier

Opfattelsen af, hvad god risikokommunikation er, har ændret sig gennem årene. Ifølge Thomas Breck har udviklingen historisk set bevæget sig fra den pædagogiske fase over PR-fasen til dialogfasen.

I de senere år er dialogperspektivet kommet meget i centrum, men Thomas Breck mener ikke, at man behøver at se de tre faser som et hierarki. Derimod kan man betragte dem som forskellige kommunikationsstrategier, der kan tages i anvendelse, afhængigt af hvad situationen kræver.

Den pædagogiske fase: Formålet er at oplære befolkningen i eksperternes korrekte risikopfattelse.

PR-fasen: Det anerkendes, at der findes subjektive perspektiver på risiko, og dem forsøger man at udnytte til at påvirke og omvende folk til at leve et sundere og mindre risikofyldt liv.

Dialogfasen: Målet er hverken at oplyse eller at påvirke, men at skabe de bedst mulige betingelser for dialog og løsning af konflikter om risiko.

Videnskaben og hverdagens erfaringer

Når lægfolk præsenteres for ny viden om sundt og usundt, tolker de informationen ud fra egne erfaringer.

Rygning kan give lungekræft, stegt flæsk er usundt for hjertet, og det er bedre at gå op ad trappen end at tage elevatoren. De fleste kender sundhedsrådene, men ikke alle retter sig efter dem. Epidemiologernes statistikker og forudsigelser accepteres ikke af lægfolk som endegyldige sandheder. I stedet forsøger det enkelte menneske at skabe sammenhæng mellem egne erfaringer og de råd, der kommer fra eksperterne, sådan at informationerne giver mening i hverdagslivet.

Det skriver sociolog Marie Brandhøj Hansen og antropolog Mette Nordahl Svendsen i kapitlet *Lægmandsperspektiver på risikokommunikation*, der indgår i rapporten *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*. I kapitlet gennemgår forfatterne de mange forskellige årsager til, at befolkningen ikke altid reagerer på sundhedsbudskaber, sådan som formidlerne af informationen havde håbet på.

Lægpersoner har faktisk deres egne epidemiologiske betragtninger, som ligner eksperternes en del. Interview med befolkningen i Sydwalles afslører et sindrigt system, der bruges til at vurdere risikoen for et hjertetilfælde. Nogle mennesker opfattes som ”kandidater”, hvis der er mange kendte hjertetilfælde blandt venner, familie og i lokalsamfundet. Viden om populationen bruges altså til at vurdere den enkeltes risiko. Men alle kender samtidig eksempler på, at hjertesygdom rammer personer, som ikke umiddelbart er kandidater til det. Den gennemgående betragtning er derfor, at hjertetilfælde i et vist omfang kan forebygges og udsættes, men at det i princippet kan ske for alle. Interviewpersonerne påtager sig altså et vist ansvar for deres egen sundhed, men er opmærksomme på, at der er forhold, som de ikke har indflydelse på.

Rum for fortolkning

Blandt lægpersoner er der bevidsthed om, at sammenhængen mellem livsstil og sundhed er mere tilfældig og usikker, end sundhedskampagnerne giver udtryk for. Og når årsagssammenhængen er kompleks, levnes der rum for fortolkninger, hvor folk bruger deres egne erfaringer som primære pejlemærker. De fleste har for eksempel et familiemedlem eller en bekendt, der har røget hele livet, men som alligevel er blevet meget gammel og aldrig har været syg.

Hvis folk oplever, at de forskellige sundhedsbudskaber modsiger hinanden eller peger i forskellige retninger, opstår der en skepsis eller måske ligefrem en kynisme over for informationerne. En interviewperson i en svensk undersøgelse siger for eksempel: *”En dag må man ikke drikke mælk, og den næste dag må man ikke spise appelsiner. Jeg lægger ikke så meget i det. Jeg spiser en varieret kost, og så må vi bare se, hvad der sker.”*

Der er også mennesker, som slet ikke tager budskaberne ind i deres hverdag. En undersøgelse blandt indbyggerne i Malmø viser, at sociale forhold har betydning. Økonomisk dårligt stillede interviewpersoner har mere fokus på sociale og materielle problemer, for eksempel risikoen for at miste job eller familie, og er mere afvisende over for sundhedsrisici.

”Langt størstedelen af den risikokommunikation, der foregår, henvender sig til den brede middelklasse,” siger Mette Nordahl Svendsen. Hun mener også, at de grupper, der ifølge eksperterne har mest brug for livsstilsændringer, er dem, der har sværest ved at følge opfordringerne til at leve sundere. Hvis man er svært overvægtig, har man måske ikke lyst til at løbe rundt i en park og vise sig offentligt.

Den indbyggede optimisme

Danske undersøgelser viser, at patienter generelt vurderer deres risiko for at få hjertesygdom lavere, end lægerne gør, og at der er uoverensstemmelse mellem patientens selvvaluerede helbred og lægers vurdering af patientens sundhedstilstand på hjerteområdet.

Flere undersøgelser tyder også på, at folk er udstyret med en slags indbygget optimisme, når det gælder helbredet. Australske psykologistuderende mente for eksempel, at hudkræft med større sandsynlighed vil ramme deres medstuderende end dem selv. De mente endda, at deres medstuderende – dvs. mennesker lig dem selv – havde mindre risiko for at udvikle hudkræft end andre australiere.

Risiko forbindes som regel med fare og ubehagelige konsekvenser, men risiko kan også fortolkes positivt, som noget livsbekræftende. En interviewperson i en australsk/engelsk undersøgelse siger for eksempel *"Altså, personligt, synes jeg, at livet ville være ret kedeligt uden risiko"*. At løbe en risiko betragtes af mange som nødvendigt for bevægelse og fremskridt i livet. Ser man på sundhed, kan det at ryge eller spise fed mad betragtes som en chance, man tager, for til gengæld at opleve en større grad af livskvalitet og selvbestemmelse.

Unødig angst og bekymring

Risikokommunikation kan i nogle tilfælde være med til at slå skår i optimismen. En undersøgelse blandt 145 amerikanske kvinder mellem 40 og 50 år viste, at de næsten alle overvurderede deres risiko for at få brystkræft inden for de kommende 10 år. Tre fjerdedele af kvinderne overvurderede risikoen med mere end en faktor ti. Den megen omtale, der er omkring brystkræft samt tilbuddet om screening er formentlig med til at gøre kvinderne mere bekymrede, end der er grund til.

Mennesker, der tror at de er raske, bliver tvunget til at høre om videnskabelige resultater, der får dem til at tvivle på deres egen krop. Et eksempel fra en dansk undersøgelse er en kvinde, der ved måling af knogleminerale fik konstateret knogleskørhed og dermed forhøjet risiko for knoglebrud. Hun havde hidtil opfattet sig selv om rask, men da hun hørte om testresultatet, måtte hun ændre sin opfattelse. Det medførte, at hun mistede tilliden til sin egen fornemmelse for sit helbred.

Når befolkningen oplyses om sundhedsrisici, kan det i bedste fald føre til ændringer i livsstilen, men det kan også skabe angst og bekymring.

Dialogen om risiko kræver tid og rum

Når sundhedspersonale taler livsstil med patienterne, foregår der en udveksling af perspektiver, som kan være frugtbar.

Sæt tid af, når der skal snakkes livsstil med borgere eller patienter. Sådan lyder en af anbefalingerne i Marie Brandhøj Hansen og Mette Nordahl Svendsens rapport. I kapitlet *Risikokommunikation i det kliniske møde* forklarer forfatterne, at information om sund livsstil ikke er nok. Frem for at fokusere på at risikokommunikationen skal være effektiv, er det frugtbart at gøre mere plads til den fortolknings- og forhandlingsproces, der opstår i mødet mellem sundhedsperson og patient, for eksempel hos den praktiserende læge.

Lægpersoner opfattede tidligere lægen som en autoritet, hvis viden og vejledning der ikke kunne sættes spørgsmålstegn ved. Men i dag forgår det mere som en dialog, når sundhedspersonale taler livsstil med patienterne. Under samtalen udveksles og skabes perspektiver på risiko og forebyggelse.

”Den medicinske tradition siger, at vi som professionelle skal blive bedre til at få patienterne til at forstå. Men det handler ikke om, at patienterne ikke forstår. De har heller ikke nødvendigvis brug for mere information. Man kan sagtens sidde i konsultation og blive enige læge og patient imellem, men når patienten kommer hjem i sin hverdag, er det alligevel nogle andre valg, der træffes,” siger Mette Nordahl Svendsen.

Udveksling af perspektiver

En svensk undersøgelse observerede samtaler med 28 mænd, der var til helbredstjek hos en sygeplejerske. Inden samtalen havde mændene fået målt kolesteroltal, og testens udfald blev et vigtigt omdrejningspunkt i samtalen. Sygeplejersken fokuserede på, om test-resultatet placerede sig over eller under den øvre grænseværdi på 6,8. Men selv om flere af mændene havde identiske kolesterolværdier, fik de ikke nødvendigvis den samme information. Over for en af mændene omtalte sygeplejersken et kolesteroltal på 6,7 som ”under grænsen”, mens en anden mand med samme test-resultat fik at vide, at han lå ”temmelig højt”. Sygeplejersken vurderede altså resultaterne individuelt. Mændene havde et lidt andet fokus på laboratorietallene. De var interesserede i at få at vide, hvad ”det normale” var. Nogle af dem gav udtryk for, at grænseværdierne ikke nødvendigvis var relevante i fortolkningen af netop deres kolesteroltal, og én fremhævede, at testresultatet kunne være normalt for ham, selv om det lå over grænseværdien.

I den slags samtaler foregår altså hele tiden en fortolkning og en forhandling om, hvad der er væsentligt og uvæsentligt, normalt og unormalt, sundt og usundt, risikofyldt eller ej.

Dialogen er med til at skabe et fælles vidensgrundlag. Patienten får viden om risici for ham eller hende, og den sundhedsprofessionelle får bedre indsigt i patientens livsstil, og hvad der er relevant for patientens hverdagsliv. En vellykket dialog kræver imidlertid, at der er tid og rum til diskussion og udveksling af perspektiver.

Sundhedspersonen er navigatør

Epidemiologiske undersøgelser rummer en meget stor mængde viden om sammenhængen mellem livsstil og sygdomme. I mødet med patienten er det op til den sundhedsprofessionelle at beslutte, hvor meget og hvilken information, der skal gives. Skal der tages fat på alle tænkelige risici, de mest almindelige eller kun de allervigtigste? Og hvordan afgør man, hvad der er den vigtigste risiko? Der kan være hjælp at hente for eksempel i kliniske vejledninger, men i sidste ende er det op til den enkelte sundhedsperson at vurdere fra patient til patient.

De anbefalinger, som de sundhedsprofessionelle har at rette sig efter, er heller ikke altid entydige, og sommetider kan de være modstridende. For eksempel er eksperterne ofte uenige om kostanbefalinger. I mange tilfælde vil det være op til den enkelte sundhedsprofessionelle selv at vurdere, hvilke risikofaktorer der er tilstrækkeligt belæg for at videreformidle til patienterne.

Et andet problem er, at eksperternes viden er baseret på undersøgelser af større befolkningsgrupper. Den form for viden siger ikke noget om, hvad der vil ske for den konkrete patient, som sidder i konsultationen. Patienten er på den anden side interesseret i at vide, om netop han eller hun bliver syg eller ej. I samtalen med patienten må den sundhedsprofessionelle derfor forsøge at præsentere den epidemiologiske viden, så den giver mening for patienten. Sundhedspersonen fungerer altså som en slags navigatør mellem den epidemiologiske verden og lægpersoners hverdagsverden.

Forskellige betydninger af ordet ”risiko”

Både lægfolk og sundhedsprofessionelle kan have problemer med at tolke de tal og procenter, der bliver brugt til at måle risiko. Det kan være svært at forstå tallene og endnu sværere at afgøre, hvilken betydning de har for det enkelte individ. En stor udfordring for de sundhedsprofessionelle er derfor at formidle tallene på en forståelig måde. Det forudsætter blandt andet, at der bliver brugt ord, som har samme betydning for begge parter. Bare ordet ”risiko” er et problem. I hverdagssprog kan det betyde ”fare”, ”chance” eller ”dristigt foretagende”, mens det i fagsproget refererer til sandsynlighed. I mødet med patienten er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle forstår, hvordan patienten opfatter de ord og begreber, der indgår i samtalen.

Nogle patienter vil helst have konkrete tal, mens andre foretrækker kvalitative beskrivelser med almindelige ord. En risiko på 90 procent for en bestemt sygdom kan for eksempel formuleres som ”du vil højst sandsynligt få sygdommen”. Præcise talangivelser kan synes mest objektive og præcise, men også talangivelser rummer fortolkninger. Formidling af risikotal er derfor aldrig en neutral og simpel overførsel af informationer, men rummer altid værdimæssige vurderinger. *Læs mere om tal side 14.*



Tal og procenter er værdiladede størrelser

Budskaber om forebyggelse og sundhed er næsten altid baseret på tal, der er fremkommet ved epidemiologiske undersøgelser. Normalt opfattes tal som neutrale og objektive størrelser, men i virkeligheden er de i høj grad åbne for fortolkning. Afhængigt af, hvordan tallene præsenteres, kan det være med til at forstærke eller svække budskabet, viser eksempler i rapporten *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*.

Man kan for eksempel fortælle mandlige rygere, at de har 57 procents chance for at leve til 70-årsalderen. Det lyder måske som meget gode odds. Men hvis man i stedet siger, at de har 43 procents risiko for at dø, inden de fylder 70, forekommer det mere skræmmende.

På samme måde betyder det meget, hvilken form man vælger, når man vil fortælle om effekten af en bestemt livsstilsændring eller af en forebyggende medikamentel behandling. Effekten kan udtrykkes enten som relativ eller som absolut risikoreduktion. Og selv læger lader sig snyde af tallene:

I en undersøgelse fik danske praktiserende læger for eksempel information om et lægemiddel, der kan forebygge tidlig død. Og måden, de fik præsenteret tallene på, afgjorde, hvilken anbefaling de senere gav videre til patienterne.

En gruppe læger fik angivet effekten som en relativ risikoreduktion: *"Præparatet reducerer risikoen for tidlig død med 50 procent efter fem år"*.

En anden gruppe læger fik information om den absolutte risikoreduktion: *"Behandling af 1000 personer i fem år medfører, at 990 undgår at dø som følge af sygdommen i stedet for 980, hvis behandlingen undlades"*.

En tredje gruppe læger fik formidlet tallene som number-needed-to-treat, NNT: *"Præparatet skal bruges af 100 personer i fem år for at undgå ét dødsfald som følge af sygdommen."*

De tre forskellige mål beskriver præcis det samme, men de læger, der blev præsenteret for den relative risikoreduktion, var mere tilbøjelige til at anbefale behandlingen end læger, der havde fået tallene udtrykt i absolut risikoreduktion eller NNT.

Svært at forstå NNT

Meningen med at bruge udregningsmetoden number-needed-to-treat, NNT, er, at den skulle være intuitivt meningsfuld og nem at forstå. Men en dansk undersøgelse viser, at NNT medfører misforståelser.

I en dansk undersøgelse fik en række tilfældigt udvalgte personer for eksempel at vide, at 25 personer skal tage et bestemt lægemiddel i tre år for at undgå, at én person får et hjertetilfælde. Efter den udlægning var der tendens til, at interviewpersonerne opfattede behandlingen som et lotteri, hvor enkelte opnår en høj gevinst, mens andre slet ikke har gavn af behandlingen. Men ifølge beregningen er den gavnlige effekt jo fordelt over alle dem, der tager præparatet, sådan at de i varierende grad får udskudt tidspunktet for et eventuelt hjertetilfælde.

Prøv kampagnebudskaberne af på målgruppen

God og effektiv risikokommunikation opnås bedst, når den tager udgangspunkt i modtagerens perspektiver.

Ved planlægningen af en sundhedskampagne er det en god ide at teste sine slogans af på målgruppen, inden pjecerne går i trykken. På den måde undgår man misforståelse, og i bedste fald kan testpersonernes tilbagemeldinger bruges som input til at forbedre kampagnen. God og effektiv risikokommunikation opnås nemlig bedst, når budskaberne tager udgangspunkt i modtagernes viden, bekymringer og erfaringer. Det er en af konklusionerne i kapitlet *Massemedieret risikokommunikation*, der indgår i rapporten *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*.

Sundhedskampagner sættes i værk for at informere og ofte med det håb, at de kan få folk til at ændre adfærd eller livsstil og derved forhindre sygdom og øge sundheden. Formidlingen sker ofte gennem massemedier, for eksempel mediespots suppleret med forskellige former for informationsmateriale i trykt og elektronisk form. I USA er det dokumenteret, at specielt tv-mediet påvirker lægpersoners vurdering af deres egen personlige risiko for at få for eksempel hjertesygdom eller AIDS.

Moderne kampagner kommer ikke med direktiver, men appellerer til, at modtageren tager ansvar for sin egen sundhed. Derfor får budskaberne bedst gennemslagskraft, hvis man inddrager lægpersoners perspektiv.

”Det er så nemt at sige, at hvis du har type 2 diabetes, så skal du motionere så og så meget, du skal spise mere grønt og undgå fedt og sukker. Men når mormor fredag eftermiddag har hentet sine børnebørn og kommer hjem, så forventer alle, at nu skal vi hygge, og der skal være rosinboller med smør på. Det er et andet rationale end det, man har snakket med lægen om, men det er mindst lige så stærkt. I risikokommunikation kan man være opmærksom på den slags hverdagssituationer og inddrage dem i samtalen,” siger Mette Nordahl Svendsen.

At høre modtagerne først kan også sikre, at budskaberne er forståelige. Da Sundhedsstyrelsen i sin tid tilrettelagde sin ”30 minutter om dagen”-kampagne for at få befolkningen til at røre sig mere, overvejede man om budskabet skulle være positivt ”*Du får det godt her og nu*” eller negativt ”*Det er farligt at lade være*”. Erfaringer tyder på, at positive budskaber virker bedst. Men Sundhedsstyrelsen gennemførte en pilottest på en lille del af målgruppen, og den gav en værdifuld oplysning. Modtagerne forstod simpelt hen ikke, hvorfor de skulle motionere 30 minutter om dagen, når de alene blev præsenteret for det positive budskab. Det endte med, at kampagnen kom til at indeholde både de positive og de negative vinkler.

Åbenhed styrker troværdigheden

En anden vigtig forudsætning for en vellykket kampagne er, at modtagerne har tillid både til indholdet og til de eksperter eller institutioner, der formidler budskabet. Derfor er det en god ide at sørge for, at modtagerne kan gennemskue de tal og risikoberegninger, der ledsager kampagnen. Det kan være med til at øge troværdigheden, hvis modtagerne samtidig informeres om, at tallene er behæftet med usikkerhed og variationer. Åbenhed og ærlighed styrker troværdigheden hos afsenderen af budskabet, konkluderer forfatterne.

Til gengæld kan det være ødelæggende for et budskab, hvis folk oplever at få modstridende oplysninger, for eksempel hvis der er uenighed i den offentlige debat i medierne. En videnskabelig undersøgelse blandt finske forretningsfolk rejste i australske medier tvivl om, hvorvidt et forhøjet kolesteroltal faktisk øger risikoen for hjertesygdom. De australske avislæsere kunne læse overskrifter som ”*Sund livsstil kan*

blive din død” og *”At spare på kolesterot kan slå dig ihjel”* modsvaret af overskrifter som *”Stadig hjertelig grunde til at sænke kolesterol”* og *”Ekspert afviser finsk kolesterol-studie”*. Dette skabte selvfølgelig tvivl i befolkningen om de sundhedsprofessionelles budskab om, at hjertesygdom kan forebygges med en fedt-fattig kost.

Pas på med falske alarmer

Budskaber, der er baseret på usikre forskningsresultater er et andet problem. I USA blev der for eksempel offentliggjort en videnskabelig undersøgelse, som viste, at kaffedrikning kunne øge risikoen for kræft i bugspytkirtlen. En række aviser fortalte historien. Men senere kom det frem, at resultaterne var usikre. Når den slags sker, opfattes det af befolkningen som falsk alarm, og hvis det sker tit, er der fare for, at folk vender det døve øre til de mange nye informationer om sundhed.

På den anden side har myndighederne og de sundhedsprofessionelle en pligt til at informere om ny viden på sundhedsområdet, hvis det er en viden, der kan få konsekvenser for den enkelte. Ellers kan befolkningen opfatte det som tilbageholdelse af vigtig information. Drejer det sig om et vigtigt budskab, kan der måske være grund til at gøre folk opmærksomme på det, selv om det er baseret på foreløbige og dermed usikre videnskabelige resultater. Næsten al den epidemiologiske forskning, der fortæller om sammenhængen mellem livsstil og sundhed, er behæftet med en vis usikkerhed. Hvis kravet skulle være 100 procents videnskabelig sikkerhed, kunne man nærmest ikke fortælle befolkningen noget som helst.

Risikokommunikation er moralsk

Saglig information er et ideal i sundhedsvæsenet. Ideen er, at når folk præsenteres for fakta, kan de selv overveje, hvordan de vil leve, og hvilke valg de vil træffe. Men sundhedskampagner, oplysende pjecer og lægens vejledning indeholder langt fra neutrale budskaber, hævder Marie Brandhøj Hansen og Mette Nordahl Svendsen i rapporten *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*.

”Risikokommunikation indeholder altid moralske budskaber om, at der er nogle måder at leve på, som er mere rigtige end andre. I den forstand er risikokommunikation en praksis, som styrer eller former borgerne. En sådan styring er ikke nødvendigvis et onde, men et vilkår for al risikokommunikation. Målet er ikke at slippe af med styring, men at være sig bevidst om den, når man planlægger forebyggelsesindsatser,” siger Mette Nordahl Svendsen.

Risikokommunikation bidrager til et stadigt voksende fokus på fysisk sundhed som den ultimative værdi for menneskets tilværelse og kan dermed aflede opmærksomheden fra andre områder af den menneskelige eksistens, såsom psykisk velbefindende og sociale relationer.

”Gennem risikokommunikation vil myndighederne gerne forme borgerne til at træffe de valg, der skaber et bedre samfund. Og et bedre samfund forstås i dag som et samfund, hvor borgerne lever så længe som muligt og hele tiden tager forvaltningen af helbredet ind i deres dagligdag,” siger Mette Nordahl Svendsen. Det er ikke neutral kommunikation. Det er moralske budskaber, som definerer hvad det gode liv omfatter. En anden holdning kunne være, at det gode samfund er et, hvor vi ryger og drikker og spiser, hvad vi har lyst til, hvis det giver livskvalitet her og nu.

Risikokommunikation er en styringsform, som ansvarliggør individet for egen sundhed, mener forfatterne.

”Hvis en patient har for højt blodsukker og for højt blodtryk, forklarer lægen, hvordan patienten bør handle for at nedsætte risikoen for sukkersyge og hjertesygdom. Dermed sker der en ansvarliggørelse af patienten, da risikokommunikationen lægger op til, at det er patienten selv, der har ansvar for at ændre sin kost og sine motionsvaner,” siger Mette Nordahl Svendsen. Det opfattes som samfundets opgave at sørge for forskellige faciliteter, for eksempel grønne arealer og mulighed for sund mad i kantinen, men det er borgeren selv, der har ansvar for at bruge faciliteterne.

”Det enkelte menneske ses som et autonomt væsen, der kan træffe frivillige valg om deres adfærd og livsstil. Men samtidig kommunikerer man meget stærkt, hvilke valg individet bør træffe,” siger Mette Nordahl Svendsen. Styringen fremtræder altså ikke som en udefrakommende magt i form af tvang eller påbud, men via strategier, der pålægger individet ansvar for at styre sig selv via selvdisciplin.



3 Etniske minoriteter og risikokommunikation

Social skævhed er vigtigere end kulturelle forskelle

Når usund livsstil er hyppigere blandt indvandrere end i flertalsbefolkningen, kan det forklares med social ulighed.

Sociale forskelle er den vigtigste forklaring på, at etniske minoriteter har dårligere helbred og mere usund livsstil end flertalsbefolkningen, fremgår det af rapporten *Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration*. Rapporten er udarbejdet af fire forskere fra Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Den beskriver detaljeret, hvordan etnicitet og migration har betydning for indvandreres sygdomsopfattelse og dermed for, hvordan risikokommunikation bør tilrettelægges over for indvandermålgruppen. Men rapporten fremhæver fra starten, at nok spiller kulturelle forhold en rolle, men at den sociale ulighed er mindst lige så vigtig, når man vil se på forskellene mellem flertalsbefolkningen og de etniske minoriteter.

”Det sociale har meget stor betydning,” siger Anna Mygind, der er medforfatter til rapporten. I Danmark og andre vestlige lande eksisterer en skævvridning mellem flertalsbefolkningens og de etniske minoriteters sociale positioner. Der er en overrepræsentation af indvandrere i de lavere socialgrupper og en tilsvarende underrepræsentation i de højere.

”Den sociale position er blandt andet bestemt af migrationen. Hvis man har det svært i det nye samfund, har man ikke overskud til at lære dansk og at komme ud på arbejdsmarkedet. Tingene hænger sammen,” siger hun.

Flere europæiske undersøgelser viser, at de lavere socialklasser er sværere at nå med budskaber om sund livsstil. Det hænger blandt andet sammen med manglende følelse af kontrol med eget liv i al almindelighed.

Seks procent kommer fra ikke-vestlige lande

Indvandrere udgør aktuelt ca. 8 procent af den danske befolkning (Danmarks Statistisk 2005).

Ca. 70 procent af indvandrerne og deres efterkommere i Danmark har oprindelse i et ikke-vestligt land (dvs. uden for Norden, EU og Nordamerika).

Det svarer til, at gruppen af ikke-vestlige indvandrere og deres efterkommere udgør 6 pct. af den danske befolkning.

De største indvandrergrupper er:

Tyrkere, der udgør 12 procent af indvandrerne i Danmark

Irakere, der udgør 6 procent af indvandrerne i Danmark

Libanesere, der udgør 5 procent af indvandrere i Danmark

Personer fra Bosnien-Hercegovina, der udgør 5 procent af indvandrere i Danmark.

”Hvis man ikke har et job og en økonomi, som giver en reel indflydelse på egen situation, kan det også være svært at tro på, at man har kontrol over sit eget helbred,” siger Anna Mygind.

Samtidig kan det være et problem for nogle indvandrere at tale og forstå det danske sprog i alle dets nuancer. Som følge af sprogvanskeligheder kan det være vanskeligere for de etniske minoriteter at opnå adgang til medierne og at forstå mainstream-budskaberne om sundhedsrisici. Foruden de sociale forhold er sproget derfor også en barriere for risikokommunikationen til etniske minoriteter.

Kulturforskelle og stress påvirker indvandreres sygdomsopfattelse

Indvandrere kan have et andet syn på sundhed og sygdom end det danske flertal. Det skyldes kulturelle forskelle, men i lige så høj grad stress på grund af de store omvæltninger, som migration medfører.

Etniske minoriteter kan være særligt svære at nå med sundhedsoplysning og -kampagner. Dels fordi deres kulturelle baggrund og sygdomsopfattelse kan adskille sig fra flertallets, dels fordi det at migrere til et andet land medfører stress, og endelig fordi indvandrere kan have både sociale og sprogmæssige vanskeligheder. Det er konklusionerne i rapporten *Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration*.

Rapporten er blevet til på grundlag af en gennemgang af dansk og international litteratur på området. Men forskerne påpeger, at den eksisterende viden om sammenhængen mellem etnicitet, migration og risikoopfattelse er sparsom. Rapporten anbefaler derfor yderligere forskning.

Der er mange opfattelser af, hvorfor sygdomme opstår. Hvor sundhedsprofessionelle som regel holder sig til en rationel biomedicinsk forklaring, har mange lægfolk – også i Danmark – en bredere og mere holistisk tilgang. Sundhed kan for eksempel opfattes som en tilstand af harmoni, hvor det sociale og det åndelige har tydelig indvirkning på menneskets fysiske og psykiske velvære.

En svensk undersøgelse af kvinder med graviditetssukkersyge viste, at de gravide oplevede både individuelle og sociale faktorer samt faktorer i omgivelserne som medvirkende årsag til deres sygdom. Det gjaldt både for de svenske kvinder og for kvinder fra etniske minoritetsgrupper.

Forklaringer på sygdomme kan variere mellem etniske grupper. Opfattelsen af, at sygdom forårsages af udefrakommende faktorer, der ligger helt eller delvist uden for den enkeltes kontrol, er mere fremherskende i nogle kulturer end i andre. Opfattelsen kan føre til en fatalisme, hvor det enkelte individ ikke føler, at han eller hun kan gøre noget for at forbedre sin helbredstilstand. Eksempelvis er der blandt japanere fundet en tendens til, at sygdom opfattes som et grundvilkår i livet. En lignende holdning fandt man ved en engelsk undersøgelse af pakistanske og indiske mænd med type 2-diabetes. Mændene havde en følelse af, at kroppens forfald var uundgåeligt og ikke kunne udskydes. Hvorvidt disse opfattelser skyldtes mændenes etnicitet eller deres sociale kontekst, er ikke klarlagt i undersøgelsen.

En dansk undersøgelse har vist, at det er udbredt blandt irakiske flygtninge at tillægge sygdomme udefrakommende årsager. De eksterne sygdomsforklaringer omfattede dels forestillinger om Guds eller skæbnens indflydelse, og dels oplevelsen af trusler i miljøet, for eksempel forurenede drikkevand.

Men det er vanskeligt at generalisere sygdomsforklaringer i forhold til etnicitet. En svensk interviewundersøgelse af diabetiske mænd fra forskellige etniske grupper viser, at især mænd med svensk baggrund fokuserer på betydningen af sund livsstil, mens mænd fra andre etniske grupper generelt mangler viden om sammenhængen mellem livsstil og diabetes. Undtagelsen er arabiske mænd, der ligesom de svenske har kendskab til, at diabetes hænger sammen med gener, kost og fedme. Mænd med arabisk baggrund mener dog samtidig, at sociale faktorer, for eksempel arbejdsløshed, økonomiske problemer og det at være indvander, har indflydelse på deres helbred. I undersøgelsen har de arabiske mænd altså et bredere syn på sygdom og sundhed end flertallet, og de er også mere aktivt informationssøgende i forhold til deres sygdom end svenske mænd og mænd af andre etniske oprindelser.

Det usunde bliver normalt

Også opfattelsen af hvad der er normalt i forhold til sundhed, risiko og sygdom kan være knyttet til etnicitet. Når folk selv vurderer deres helbred, er der tendens til, at de sammenligner sig med personer fra deres egen referencegruppe, der for eksempel kan være etnisk baseret. Hvis en bestemt risikoadfærd er udbredt i en minoritetsgruppe, kan adfærden blive betragtet som normal og dermed uproblematisk.

For eksempel fandt man i en undersøgelse af unge med afroamerikansk baggrund, at tidlig seksuel debut var meget udbredt og ikke blev opfattet som risikoadfærd. En anden undersøgelse viser, at borgere fra det spansktalende mindretal i USA oplever rygning som meget udbredt og ikke forholder sig kritisk til markedsføring af tobaksprodukter.

Samtidig kan lav forekomst af en bestemt sygdom i ens etniske gruppe også føre til opfattelsen af, at man ikke er i risiko for sygdommen.

Ved sundhedskampagner kan det også give problemer, hvis ikke kampagnebudskaberne fokuserer på særlige risikofaktorer, der er udbredte blandt etniske minoriteter. En undersøgelse viste for eksempel, at unge afroamerikanere tog afstand fra en anti-ryge-kampagne, fordi de ikke oplevede, at kampagnen henvendte sig til dem. De cigarettetyper, som de selv røg var nemlig ikke med i kampagnen.

Svært at forholde sig til fremtiden

Indvandrere er mennesker, der er flyttet fra én kulturel sammenhæng til en anden for at slå sig ned i et nyt miljø, enten for en længere periode eller permanent. Denne migration er en social forandringsproces, som indebærer en række tab, for eksempel af modersmål, socialt netværk, daglige rutiner og social status. Samtidig står indvandrere over for krav om tilpasning i de nye omgivelser. Det gælder, uanset om de har følt sig tvunget til at migrere, som for eksempel mange flygtninge, eller om de i højere grad har valgt at forlade deres hjemland i håbet om et bedre liv.

Migration sætter mennesker i en stress-situation, hvor de skal håndtere konkrete problemer som ændrede familierelationer, isolation, boligproblemer og arbejdsløshed. Derfor er der ofte ikke overskud til at fokusere på mere abstrakte, statistiske og langsigtede farer som livsstilssygdomme.

En svensk undersøgelse fandt eksempelvis, at ældre iranske indvandrere – i modsætning til ældre svenskere – i høj grad fokuserede på psykosociale risici i stedet for fysiske. Men undersøgelsen viste også, at opfattelsen ikke bundede i noget fælles etnisk iransk. I stedet havde den høje alder ved migrationen ført til en følelse af manglende mening med livet samt tab af livsglæde og socialt netværk. Desuden havde de ældre indvandrere hjemve og følte sig ekskluderet i de nye omgivelser. De forklarede deres sygdom med de mange tab. Det var altså i højere grad migrationen end etniciteten, der havde betydning for indvandrernes sygdomsforklaring og risikoopfattelse.

Som reaktion på omvæltningerne kan migranter udvikle en såkaldt nostalgisk reaktion, hvor de vender sig mod fortiden. Nostalgien kan blive uddybet og forstærket i samvær med andre med samme baggrund. Man søger glæde i fortiden frem for i nutiden og fremtiden, og der sker en idyllisering af forholdene i hjemlandet.

Flytningen fra et land til et andet kan også påvirke tidsopfattelsen og fornemmelsen af kontinuitet i livet. Det betyder, at migranter i højere grad end ikke-migranter fokuserer på fortiden og nutiden, mens de kan have svært ved at forholde sig til fremtiden. Det kan have betydning for, hvordan de oplever sundhedsrisici, idet de kan have vanskeligt ved at sammenkæde risikoadfærd med en fremtidig effekt på sundheden.

Alt i alt konkluderer rapporten, at både forhold i hjemlandet, forhold under migrationen samt forhold i modtagerlandet har betydning for, hvordan migration påvirker risikoopfattelsen.



Lokalsamfundene er vigtige medspillere

Inden der udformes sundhedsinformation og kampagner til etniske minoriteter, kan det betale sig at hente input i lokalsamfundene.

Information om sund livsstil har altid bedst effekt, når den tager udgangspunkt i modtagernes perspektiver og behov, og når man gerne vil have sine budskaber ud til indvandermiljøer, er det særligt vigtigt at inddrage målgruppen. Derfor bør der hentes inspiration i indvandrernes lokalsamfund, når nye informationsindsatser planlægges, anbefaler forfatterne i rapporten *Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici – betydningen af etnicitet og migration*.

”Man kan tage kontakt med nøglepersoner i indvandermiljøerne, for eksempel formanden for beboerforeningen eller sportsklubben, eller man kan bare troppe op på biblioteket eller i skolen og snakke med folk,” siger forskningsassistent Anna Mygind, der er en af rapportens fire forfattere.

Rapporten viser blandt andet, at der både på tværs af og internt i de enkelte etniske grupper er stor forskel i niveauet, når det gælder viden om sammenhænge mellem livsstil og sygdom. Det fremgår af udenlandsk litteratur, da der ikke findes danske undersøgelser på området. Resultaterne peger på, at forskellene dels kan forklares med socioøkonomiske forskelle mellem grupperne, og det har også betydning, hvor længe indvandrerne har opholdt sig i landet. Eksempelvis vil nogle have behov for viden om en risikos eksistens og alvorlighed, mens andre allerede har anerkendt den pågældende risiko og har brug for at vide, hvordan den håndteres.

Det er også vigtigt, at der fokuseres på sygdomme og risici, der opleves som relevante af målgruppen. Det kan være sygdomme, som enten har stor udbredelse i en etnisk gruppe, eller som opfattes som værende meget alvorlige. Et eksempel er type 2-diabetes, der forekommer hyppigt blandt pakistanere.

Om man når ud til modtagerne afhænger i høj grad af, om man bruger de rigtige medier. Derfor er det nyttigt at afdække, hvilke informationskanaler målgruppen bruger. Når budskaber formidles gennem kanaler, der opleves som troværdige, øger det nemlig effekten. Kanalerne kan være tv, radio, aviser eller pjecer, men det kan også være forskellige fora, hvor indvandrerne føler sig hjemme. Det kan også være en god ide at kommunikere via ressourcepersoner i de etniske minoritetsmiljøer, for eksempel i foreninger og moskeer. Det bekræftes i en hollandsk undersøgelse af tyrkiske og marokkanske indvandreres opfattelse af rygestop. Undersøgelsen viste, at religiøse ledere har indflydelse på, om indvandrerne ønsker at holde op med at ryge.

En anden ”kanal” er det sociale netværk, som med fordel kan inddrages i de sundhedsfremmende bestræbelser. Ved sundhedsplejerskebesøg kan man for eksempel sørge for, at hele familien er til stede, sådan at både mor, far og bedsteforældre deltager i diskussionen af barnets sundhed.

Gør de sunde valg nemmere

Uvidenhed og manglende forståelse af sammenhæng mellem livsstil og sundhed er ikke den eneste forklaring på, at lægfolk undlader at følge eksperternes sundhedsråd. Viden er ikke nok til at medføre tilsvarende handling. Der kan være mange andre barrierer. Det gælder for flertalsbefolkningen, men måske i endnu højere grad for etniske minoriteter.

En undersøgelse af kvinder i USA med forskellige etniske baggrunde viste for eksempel, at minoritetskvinder i mindre grad end majoritetskvinder var bekymrede for, om de selv eller deres pårørende blev smittet med hiv. Til gengæld var de etniske minoritetskvinder mere bekymrede i forhold til andre forhold som bolig, arbejdsforhold, adgang til medicin, stofmisbrug og kriminalitet. Opfattelsen af risikoen

for et sundhedsproblem, her hiv-smitte, var påvirket af andre risici i kvindernes liv. Denne sammenhæng skal ses i lyset af, at etniske minoriteter i højere grad end flertalsbefolkningen befinder sig i lavere sociale grupper. Sociale forhold bør altså hele tiden medtænkes, når man forsøger at forstå og forklare etniske forskelle i risikoopfattelse.

Ved at gøre sundhedstilbud billigere og lettere tilgængelige kunne man måske ændre sundhedsadfærden, foreslås det i rapporten. I stedet for udelukkende at forsøge at skabe holdningsændringer gennem informationer, kan det være nødvendigt at supplere med strukturelle ændringer, der nedsætter folks udsættelse for risici. Og her kan der ske en vigtig indsats i lokalsamfundene.

Ved interventioner i lokalsamfundet er det muligt at få folk til at leve sundere, uden nødvendigvis at påvirke deres opfattelse af og holdninger til sundhedsrisici. Man kan for eksempel sørge for en sikker skolevej frem for at fortælle beboerne, at de ikke må køre for stærkt. Man kan sørge for, at der er adgang til sund og billig kost på skolerne og indføre rygeforbud på offentlige steder. På den måde er det muligt at minimere sundhedsrisici uden at den enkelte borger behøver at træffe et aktivt valg. Eller man kan i hvert fald gøre de sunde valg lettere.

Det kan være svært at skabe motivation for livsstilsændringer alene ved at fortælle om risikoen for sygdom i fremtiden. Man kan også give målgruppen en række andre gode grunde til at passe på helbredet. For eksempel at det er sjovt at dyrke motion, at mødregrupper styrker det sociale samvær, eller at det er nemt at deltage i screening, fordi tilbuddet findes tæt på. Der ligger et stort potentiale i at arbejde med de positive aspekter af et sundere liv og ikke udelukkende det sygdomsforebyggende. Her er det dog ekstra vigtigt at inddrage målgruppen, da der kan eksistere udbredte fordomme om etniske minoritetsgruppers ønsker, som ikke altid svarer til modtagernes egne opfattelser af deres behov.

4 Unge og risikokommunikation

Risiko medfører sociale gevinster for unge mænd

Risikoadfærd være socialt meningsfulde handlinger. Derfor er de som gruppe særligt vanskelige at nå med budskaber om sund livsstil.

Når unge mænd ryger, drikker eller tager stoffer, kan det være for at leve op til omgivelsernes forventninger om, at de skal udfylde en manderolle. Risikoadfærd kan medføre sociale gevinster for unge mænd, og derfor kan de være mindre tilbøjelige til at lytte til eksperternes sundhedsråd. Sådan lyder nogle af pointerne i synopsen *Risiko, ungdom og maskulinitet*.

”Det er ikke sådan, at maskulinitet i sig selv er en risiko. Men i forskellige sociale sammenhænge reagerer mænd med risikoadfærd som svar på individuelle og kollektive forventninger for at kunne leve op til særlige krav om at være maskulin. At ryge, at drikke, at tage stoffer og at øve vold kan i nogle sammenhænge blive ensbetydende med dét at være en mand – også i kvindernes øjne. Men unge mænd bruger risiko forskelligt og udtrykker forskellige former for maskulinitet med forskellige risikohandlinger,” siger synopsisens forfatter Kevin Mogensen, der er ph.d.-stipendiat ved Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning ved Roskilde Universitetscenter.

Unge mænd har en mere usund livsstil end jævnaldrende kvinder. Det viser blandt andet rapporten *Unge Livsstil og Dagligdag 2004*, udgivet af Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen. Alle risikofaktorer, bortset fra rygning, er hyppigere blandt drenge end blandt piger i aldersgruppen 16-20 år.

De usunde vaner grundlægges ofte i de tidlige ungdomsår, og det kan få konsekvenser for mændene senere i livet. Tidlige dødsfald som følge af overdreven alkoholindtagelse, tobaksrygning, mangel på motion og stofmisbrug forekommer hyppigere blandt midaldrende mænd end kvinder, og deres gennemsnitlige levealder er lavere end kvindernes.

Risiko er meningsfuldt

Risikobetonet adfærd er udbredt i mange ungdomskulturer. En række nyere undersøgelser viser, at unge ryger, drikker og tager stoffer, fordi de keder sig, eller fordi de søger flow og eskapisme. Aktiviteterne kan være en kilde til glæde og et middel til at opleve identitet. En succesfuld risikohandling uden ulykker kan føre til en større oplevelse af kontrol og en følelse af at have udført en bedrift. Bestemte former for risikoadfærd kan give de unge mulighed for at træde ind i fællesskaber og eksperimentere med forskellige sociale roller. Unge kan gøre risikohandlinger til en vigtig del i det sociale samvær med andre og på samme tid anvende risikohandlinger til at eksperimentere med relationerne mellem forskellige alders- og kønsidentiteter.

Risikoadfærd er altså ikke bare dumme handlinger udført af uvidende og umodne personer, men derimod socialt meningsfulde og funktionelle handlinger. For de unge kan risiko være både en nødvendig og en ønskelig erfaring, mens sundhed ikke opleves som et ultimativt efterstræbelsesværdigt gode.

At nå de unge, og særligt at nå de unge mænd, med forebyggelsesarbejde er derfor en stor udfordring.

”Når unge mænd involverer sig i risikoadfærd, er det ofte, fordi det medfører gevinster for dem i deres sociale netværk. Der er forventninger om, at de optræder på en bestemt måde som mænd eller som drenge,” siger Kevin Mogensen.

Under overskriften "Advarsel: Maskulinitet kan være farligt for dit helbred" oplister en gruppe amerikanske forskere (Harison, Chins og Figarotto) fire typiske orienteringer blandt unge mænd. Måden at orientere sig på bekræfter traditionelle forståelser af mandlige egenskaber og er hver især eller tilsammen med til at øge mænds risiko i forhold til kvinders:

"no sissy stuff: the need to be different"

"the big wheel: the need to be superior to others"

"the sturdy oak; the need to be independent and self-reliant"

"give 'em hell: the need to be more powerful than others through violence if necessary"

Forskerne mener, at problemerne med mænds sundhed hænger sammen med udbredte mandlige kønsrolleopfattelser, der bygger på mænds behov for at lægge afstand til det kvindelige og det ikke-mandlige. I denne maskulinitetsforståelse ligger behovet for at være andre overlegne, at være uafhængig og selvfor-synende samt behovet for at være stærkere end andre og om nødvendigt gøre brug af vold for at sætte hierarkiet på plads.

Der findes mange forskellige konkurrerende forestillinger om, hvad det vil sige at være mand, men ovenstående generaliserende karakteristik kan være relevant at være opmærksom på, når man vil kommunikere med unge mænd om risiko.

Tilbud om alternative manderoller

En af de strategier, der forsøges ved forebyggelse blandt unge mænd, er at gå imod de stereotype forestillinger om maskulinitet ved at fjerne deres tiltrækningskraft og i stedet tilbyde alternative og mere ansvarlige manderoller.

"Det er en strategi, som man for eksempel har afprøvet inden for trafiksikkerhed," siger Kevin Mogensen. Rådet for Større Færdselssikkerhed har inddelt unge bilister i tre grupper, hvor "de røde trafikanter" er dem, der kører risikobetonet og hele tiden prøver grænser af.

"Ved kampagner har man fremstillet den røde trafikanttype som en negativ rollefigur, en ikke alt for klog type, som andre mænd og kvinder kan tage afstand fra. Budskabet er, at det er ikke maskulint at køre bil uden at have hovedet med. Hvis man afprøver denne strategi, skal man være opmærksom på, at man for nogle grupper af unge mænd risikerer at forstærke risikoadfærden. Man er jo ikke en tøsedreng, der lytter til pigernes mening," siger Kevin Mogensen. Han mener også, at det kan være farligt at dele de unge op i forskellige typer, fordi det let låser individet fast i et handlingsskema og dermed modvirker forandring.

I synopsen efterlyses yderligere forskning og udvikling i risikokommunikation med unge mænd som målgruppe.

"Vi mangler viden om, hvad der virker, og derfor må man lokalt forsøge at udvikle og afprøve nye metoder," siger Kevin Mogensen. Han mener også, at der er stort behov for egentlig forskning i, hvad kønnet betyder for opfattelsen og udførelsen af konkrete risikohandlinger.

"Vi må forsøge at forstå de følelsesmæssige komponenter i konstruktionen af maskuline identiteter og deres tilhørende risikoudtryk. Det er ikke mindst vigtigt i relation til udvikling af ny viden inden for forebyggelses- og sundhedsområdet," siger han.

Forskningen giver nogle fingerpeg

Forebyggelsesprojekter forholder sig sjældent til modtagernes køn, og internationalt er der kun begrænsede erfaringer med risikokommunikation til unge mænd.

Hvordan man mest effektivt forebygger, at unge ryger, drikker, tager stoffer og udøver vold, er der ingen præcise svar på. Men ved at kigge på den internationale litteratur på området, kan man få en række fingerpeg. Det fremgår af synopsen *Risiko, ungdom og maskulinitet i relation til forebyggelse af rygning, alkohol stoffer og vold*.

Synopsen gennemgår 20 publikationer, der alle evaluerer en forebyggelsesindsats over for unge. Mange af publikationerne er metaanalyser, blandt andet Cochranerapporter, der har samlet erfaringer fra en række undersøgelser.

Litteraturgennemgangen når frem til, at der kun i begrænset omfang findes dokumentation for forebyggelsesindsatsernes effekt. Der er heller ikke hjælp at hente i forhold til at målrette indsatser til unge mænd, da meget få projekter og evalueringer arbejder med betydningen af målgruppens køn.

Synopsen opdeler stoffet under tre overskrifter, alt efter hvilket miljø forebyggelsesindsatsen er foregået i: Skole- og uddannelsesbaserede forebyggelsesindsatser, generelle og massemedierede forebyggelsesindsatser og sociale forebyggelsesindsatser. Nedenfor gives eksempler på resultater af undersøgelser, der indgår i synopsen og på danske projekter rettet til unge.

Skole- og uddannelsesbaserede indsatser

Skoler og andre uddannelsesinstitutioner er oplagte rammer for forebyggelsesprojekter blandt unge, og de fleste af de tiltag, der er evalueret i litteraturen er da også netop skolebaserede.

Et generelt problem er, at forebyggelsesprojekterne i skolen foregår i et andet miljø end det, hvor risikoadfærden faktisk udøves, idet de fleste skoler og uddannelsesinstitutioner sætter begrænsninger for rygning, alkohol og stoffer.

Ung-til ung-indsats mod rygning

Posavac et al 1999: Ung-til-ung projekter ligner indholdsmæssigt andre forebyggelsesprogrammer, men anvender en særligt trænet jævnaldrende eller ældre ung til at formidle viden til målgruppen. Publikationen finder, at ung-til-ung-projekterne har en positiv effekt på deltagerens holdning til rygning og sundhedsadfærden generelt. Forfatterne konkluderer dog, at hvis ung-til-ung-indsatser anvendes, er det afgørende for effekten og kvaliteten, at de sundhedsprofessionelle tager ansvar for at rekruttere og udanne de unge formidlere.

Evnen til at sige fra

Scheier et al 1999: Studiet kigger på, hvordan faktorer som selvsikkerhed, personlig kompetence og modstandskraft forudsiger, om unge involverer sig med alkohol. Der beskrives et forebyggelsesprogram, som fokuserer på udviklingen af sociale færdigheder og evnen til at afvise brugen af alkohol og stoffer. Målgruppen er unge i 7. til 12. klasse.

Det viser sig, at de unge mænd har den ringeste evne til at sige fra. Unge, der mangler modstandskraft, har større sandsynlighed for at begynde at drikke alkohol i en tidlig alder og også senere i ungdoms-

tiden. Derfor viser kompetencetræning sig at være en effektiv indsats, hvis man vil nedsætte alkoholforbruget blandt unge, der har problemer med at afvise såvel indre som ydre former for pres.

Effekten aftager over tid

McCambridge et al 2004: Studiet undersøger effekten af livsstilssamtaler som sekundær forebyggelse af unges brug af cigaretter, alkohol og hash. Målgruppen er unge mellem 16 og 20 år, der bruger stofferne uden at være misbrugere. Studiet er udført med follow up-målinger efter tre og 12 måneder. Interventionen medførte et fald i forbruget efter tre måneder, men forbruget var igen steget efter 12 måneder. Den overordnede konklusion er derfor, at effekten af livsstilssamtaler aftager over tid. Der er altså brug for at supplere med andre forebyggelsesaktiviteter, hvis virkningen skal være holdbar.

Generelle og massemedierede indsatser

Massemedierede forebyggelsesindsatser, som for eksempel kampagner, forsøger at nå ud til en bred modtagergruppe. Den type indsats har overordnet to succeskriterier, nemlig at målgruppen lærer budskabet at kende, og at målgruppen begynder at handle anderledes, dvs. mindre risikofyldt og mere sundt.

Kampagner imod rygning

Sowden et al 1998: Studiet samler seks undersøgelser, der forsøger at klarlægge effekten af massemedierede kampagner imod rygning blandt unge. Budskaberne formidles gennem kommunikationskanaler som tv, radio, aviser, reklame, plakater, foldere eller pjecer, dvs. uden person til person kontakt. Målgruppen er unge mellem ni og 18 år.

Forfatterne konkluderer, at massemedieintervention kan virke forebyggende på unge menneskers rygestart, men konklusionen er ikke stærkt underbygget. Forfatterne peger på, at kampagners succes afhænger af den individuelle modtager, og at kammerater og sociale forhold betyder meget for, om unge begynder at ryge.

Indsats mod ungdomsvold i USA

Youth violence 2001: En rapport fra de amerikanske sundhedsmyndigheder om vold blandt unge, "Youth violence: a report from the surgeon general 2001", viser, at der er to former for ungdomsvold, én der starter før puberteten og én der starter i puberteten. Den type vold, der starter før puberteten er grovere og varer længere. Den hyppigste form for ungdomsvold starter i puberteten og slutter ved overgangen til voksenlivet.

I forhold til interventioner over for ungdomsvold konkluderer rapporten, at de mest effektive forebyggelsesindsatser anvender såvel individuelle som miljømæssige tilgange. I skolebaserede indsatser er forebyggelsesprogrammer, der sigter på ændringer i den sociale kontekst mere effektiv end de indsatser, der fokuserer på individuelle holdninger og færdigheder. Og generelt afhænger effektiviteten af programmerne lige så meget af kvaliteten af implementeringen som af typen af intervention.

Sociale indsatser

Sociale forebyggelsesprojekter anvender ofte en kombination af flere forskellige aktiviteter, sådan at indsatsen bliver helhedsorienteret. Fremgangsmåden anvendes især, hvis problemerne er alvorlige og berettiger en omfattende indsats.

Rygning angribes fra flere vinkler

Sowden et al 2003: Studiet samler erfaringer fra 17 forskellige forebyggelsesprojekter mod unges rygning, hvor indsatsen typisk har bestået af flere komponenter, for eksempel aldersrestriktioner på tobaks-

køb, rygeforbud i offentlige rum, massemedieret kommunikation samt undervisningsprogrammer i grundskolen. Målgruppen er unge mellem otte og 24 år.

I fem af de 17 studier rapporteres om betydelig effekt i form af færre rygere. Forfatterne konkluderer, at koordinerede multikomponent forebyggelsesprogrammer er mere effektive end enkeltstrategier til at nedsætte rygning blandt unge.

Stofbrug gør det lettere at omgås det modsatte køn

Yuen et al 2003: Studiet kortlægger unges forståelse af stofbrug og dets konsekvenser. Formålet er at bruge erfaringerne ved udformningen af fremtidige interventioner. Den undersøgte aldersgruppe er 15 til 18 år.

Undersøgelsen viser blandt andet, at de unge tillægger relationen til det modsatte køn enormt stor betydning for brugen af stoffer. Forestillingerne om, hvordan man som ung skal være en rigtig mand eller en rigtig kvinde er lettere at opfylde, når man har taget stoffer eller er påvirket af alkohol.

Danske projekter

Roskilde against drugs

Siden 2003 har Roskilde Festivalen markeret sin holdning imod brug af narkotika på festivalen ved hjælp af kampagne-materiale, udarbejdet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Budskabet formidles via spots på storskærme, festivalprogrammet, festivalens hjemmeside samt reklamer, foldere, t-shirts mm.



Indsatsen blev i 2005 evalueret ved en undersøgelse blandt 16-23-årige festival-deltagere. 80 procent kendte festivalens holdning til stoffer, og der var ingen væsentlige kønsforskelle. 29,2 procent havde diskuteret festivalens holdning med en ven. Det gjaldt lidt flere kvinder end mænd. Overordnet mente 96 procent af de unge kvinder og 89 procent af de unge mænd, at det var en god ide, at festivalen markerede en holdning imod stofbrug.

Det er fedt at få klamydia

I 2005 gennemførte Sundhedsstyrelsen en landsdækkende kampagne om kønssygdommen klamydia. Infektionen er ofte symptomfri, men kan medføre kroniske skader og blandt andet barnløshed hos kvinder. Kampagnen havde til formål at øge de unges kendskab til infektionen, at få unge til at bruge kondom og at få flere unge til at lade sig teste for klamydia, hvis de havde haft usikker sex.

Kampagnen bestod af spots i biograf, tv og radio, hvor budskabet var, at ”det er fedt/dejligt at få klamydia – med bagefter er det ikke så fedt/dejligt”. Der var udviklet en særlig hjemmeside i forbindelse med kampagnen, og der blev suppleret med lokale projekter med direkte kontakt til de unge (ung-til-ung-projekter, sundheds- og sexteams).

Evalueringen af kampagnen viser, at andelen af unge, der har hørt om klamydia er steget fra 34 procent til 90 procent, kendskabet til symptomer er steget fra 54 til 59 procent, og kendskabet til konsekvenser fra 66 til 78 procent. Antallet af klamydiatest steg i august 2005 med 22 procent og i september 2005 med 40 procent.

Det hjælper at rette de unges misforståelser

Metoden ”social pejling” har vist gode resultater ved et forsøg blandt skolebørn i Ringsted. Forskerne bag forsøget vil nu oprette et videncenter.

Et bare tre timer langt besøg i klassen er nok til at nedsætte skolebørns risikoadfærd med 35 procent et år senere. Det viser et forsøg med femte- og sjetteklassens børn i Ringsted Kommune. Ringstedforsøget arbejder med det fænomen, at unge har tendens til at overvurdere forbruget af tobak, alkohol og stoffer blandt deres jævnaldrende. Ved besøget i klassen konfronteres de unge med deres egne overdrivelser og får lejlighed til at snakke indbyrdes om dem. Metoden kaldes ”social pejling”.

”Vi går hele tiden og prøver at pejle os ind på hinanden og fornemme, hvad andre mener og forventer. Vores metode bryder ind i den proces,” siger juraprofessor Flemming Balvig, Københavns Universitet. Han står for Ringstedforsøget sammen med to andre forskere Lars Holmberg og Anne-Stina Sørensen. Efter Ringstedforsøgets store succes oprettes nu et Videncenter for Social Pejling i samarbejde mellem det juridiske fakultet ved Københavns Universitet og Tryk Fonden.

”Formålet ved den nye videncenter er dels at sprede viden om metoden og hjælpe folk, der gerne vil i gang med at bruge den, og dels at blive klogere på metoden gennem yderligere forskning,” siger Flemming Balvig.

Sociale overdrivelser

Traditionel forebyggelse betragter risikoadfærd som et personligt anliggende. Gennem information om konsekvenserne af tobaksrygning, drikkeri og hashforbrug forsøger man at bringe den enkelte til at indse, at det er farligt eller forkert. Ideen er, at individet skal påvirkes til at ændre sin adfærd. Men den type forebyggelse har ikke givet overbevisende resultater. Ringstedforsøget griber i stedet ind i de sociale normer, der omgærdet risikoadfærden. Her er det forholdet mellem de unge, der er det centrale.



Rygning og andre former for risikoadfærd blandt unge er nemlig omgivet af sociale overdrivelser. De unge tror, at omfanget af risikoadfærd blandt deres jævnaldrende er væsentligt større, end det faktisk er. Spørgeskemaundersøgelser blandt Ringsteds unge viser for eksempel, at 20 procent af de 11-24-årige ryger. Men de tror, at 41 procent af deres jævnaldrende gør det. Hver fjerde af de unge drikker sig fulde mindst en gang om måneden. Men de tror, at det gælder hver anden af deres jævnaldrende.

Fænomenet har betydning for de unges adfærd, for eksempel på alkoholområdet. Blandt de unge, der overvurderer forbruget blandt deres jævnaldrende meget, er der ni procent, der har følt sig pressede til at drikke mere, end de selv ønskede. Blandt de unge, der vurderer forbruget realistisk, er tallet kun tre procent.

Eleverne konfronteres

Ringstedforsøget tog udgangspunkt i tobaksrygning, som på længere sigt er den risikoadfærd, der har de største helbreds-mæssige konsekvenser for brugerne.

En række femte- og sjetteklasser i Ringsted Kommunes skoler blev tilfældigt delt op i en forsøgsgruppe og en kontrolgruppe. Sammenlagt var der 188 elever i hver gruppe. Eleverne udfyldte et spørgeskema, der blandt andet viste deres tendens til at overdrive jævnaldrendes rygning.

For hver af forsøgsklasserne beregnede forskerne derefter, hvor meget eleverne overvurderede størrelsen af deres jævnaldrendes tobaksrygning. Og ved et besøg i klassen af tre timers varighed blev resultatet præsenteret for eleverne. Præsentationen blev gennemført af en udefrakommende ung instruktør for at sikre, at den forløb ens i alle klasser.

Eleverne blev overraskede over, at de kunne gætte så meget forkert. De blev delt op i mindre grupper, der skulle diskutere, hvad der kunne være grund til overdrivelserne, og hvordan misforståelserne kunne forebygges.

Overføring til alkohol og hash

Et år efter indsatsen blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse, sådan at man kunne sammenligne elever fra forsøgs- og kontrolklasserne. Tallene viste, at de sociale overdrivelser med hensyn til tobak var betydeligt lavere i forsøgsklasserne end i kontrolklasserne. Samtidig viste det sig, at de sociale overdrivelser også var reduceret i forsøgsklasserne, når det handlede om andre risikofaktorer såsom alkohol, hash og narkotika. Det på trods af, at forsøgsdagen udelukkende handlede om tobaksrygning. Der var altså sket en tydelig overføring af viden om tobak til de andre risikofaktorer.

”Skoleklassen er en meget vigtig social sammenhæng for danske børn. De har som regel de fleste af deres venner i klassen. Vi har fået en del tilbagemeldinger fra klasselærerne. De siger ret éntydigt, at omgangsformen og klimaet i klassen har ændret sig. Eleverne er kommet tættere på hinanden, de tør være mere ærlige, og behøver ikke at prale så meget,” siger Flemming Balvig.

Ved undersøgelsen et år efter forsøgsdagen blev de unge også spurgt om deres faktiske risikoadfærd. Sammenlignet med kontrolklasserne var der færre elever i forsøgsklasserne, der røg dagligt eller til fester, der var færre, der skændtes med deres forældre om rygning og færre, som havde stjålet tobak hjemme.

Der var også forskel på forsøgs- og kontrolklasserne for en række andre former for risikoadfærd. Væsentligt færre i forsøgsklasserne drak sig fulde månedligt, og væsentligt færre havde stjålet alkohol derhjemme. Antallet af episoder, hvor elever i forsøgsklasserne havde enten følt sig presset til at drikke mere, end de havde lyst til, eller spillet fulde uden at være det, var kun halvdelen af, hvad det var i kontrolklasserne.

Samlet set var forebyggelseseffekten 35 procent, målt i antal episoder, hvor eleverne havde været engageret i risikoadfærd.

Forskerne vil forbedre metoden

Forskerne bag Ringstedforsøget mener, at metoden kan gøres endnu mere effektiv.

”I stedet for bare at se på klassens overdrivelser generelt, kunne man kigge på de enkelte elevers misforståelser om hinanden. Jan tror, at Arne har prøvet at ryge hash, men det har Arne faktisk ikke. Så lader man Jan og Arne snakke sammen for sig selv i ti minutter om, hvordan den misforståelse kan være opstået,” siger Flemming Balvig. Han har tidligere gennemført forsøg, der tyder på gode resultater af den

individuelle konfrontation, og det er en af de metoder, som man vil kigge nærmere på i det nye Viden-center for Social Pejling.

Arbejdet med social pejling ser ud til at give ret overbevisende effekt for forholdsvis begrænsede omkostninger. Den største udgift ved Ringstedforsøget var ansættelsen af den instruktør, der tog rundt i klasserne. Hvis klasselæreren kunne stå for interventionen, ville den blive endnu nemmere og billigere.

”Vi har en hypotese om, at der faktisk var en pointe i, at det i Ringstedforsøget var en person udefra. En, hvis meninger klassen ikke kendte på forhånd. Men vi skal til at undersøge, om effekten bliver ligeså god, hvis det er klasselæreren,” siger Flemming Balvig.

Velegnet til kontrollerede forsøg

Ringstedforsøget er designet som et randomiseret, kontrolleret forsøg, hvor klasserne ved lodtrækning er blevet fordelt i en forsøgsgruppe og en kontrolgruppe.

”Det kræver god planlægning, inden man går i gang, men det er den evalueringsmetode, der giver bedst sikkerhed for en korrekt konklusion,” siger Flemming Balvig. Han mener, at forebyggelsesområdet netop er velegnet til kontrollerede eksperimenter.

”Tit kan der være etiske problemer ved at gå ind og gøre noget ved nogle, og ikke ved nogle andre. Men her ser jeg ingen større etisk problematik. Tværtimod er det etisk uansvarligt, at vi gennem mange år har gjort nogle ting, uden at undersøge, om de har den ønskede effekt, eller om de tværtimod virker modsat, som der kan være tegn på for eksempel med den almindelige alkoholundervisning,” siger Flemming Balvig.

Videncenter for Social Pejling kan findes på hjemmesiden: www.socialpejling.dk

Ringstedforsøget og Ringstedprojektet

Ringstedforsøget er en del af en stor kortlægning af brugen af nydelses- og rusmidler samt kriminalitet blandt unge, Ringstedprojektet.

Ringstedprojektet blev gennemført i Ringsted, som er en gennemsnitlig dansk kommune.

Ringstedprojektet fandt sted i perioden september 2001 til august 2004.

I to omgange med to års mellemrum er samtlige 11-24-årige i Ringsted Kommune blevet bedt om at udfylde et omfattende spørgeskema om deres vaner.

Desuden er der gennemført et stort antal interview med unge og de voksne omkring de unge.

Sideløbende er der som led i projektet gennemført observationer i kommunens fest- og nattemiljø, for eksempel i gaderne, på værtshuse og diskoteker og til byfester.

Resultaterne af Ringstedprojektet og af Ringstedforsøget er samlet i bogen ”Ringstedforsøget – Livsstil og forebyggelse i lokalsamfundet” af Flemming Balvig, Lars Holmberg og Anne-Stina Sørensen. Bogen er udgivet af Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2005.

Man kan læse mere om projektet på hjemmesiden www.ringstedprojektet.dk.

5 Afrunding

Det tydeliggøres i dette temahæfte, at der er meget mere på spil i menneskers opfattelse af sundhed end muligheden for at forebygge en eventuel sygdom. Risiko indeholder i visse sammenhænge også positive elementer, og begrebet kan forstås forskelligt af forskellige individer og grupper. Det har temahæftet illustreret med en række eksempler på, hvad man ved om god risikokommunikation til specifikke målgrupper. De to overordnede konklusioner er:

- 1) Risikokommunikation bør tilpasses den aktuelle kontekst – hvem man kommunikerer med, under hvilke forhold og med hvilket formål.
- 2) Man bør være bevidst om, at risikokommunikation aldrig er neutral – det indgår stort set altid i formålet at få andre til at ændre adfærd.

De overordnede konklusioner kan kort uddybes i følgende punkter:

- Risikokommunikation bør basere sig på den aktuelt bedste viden på området
 - Man bør benytte sig af de tilgængelige videnskabelige resultater om, hvordan risikokommunikation til bestemte målgrupper bliver mest effektiv
- Risikokommunikation bør afspejle målgruppens syn på risiko og sundhed
 - Ved at øge sit kendskab til målgruppen i praksis sikrer man, at videnskabelige generaliseringer ikke overføres ukritisk på målgruppen, men at de aktuelle gruppers situation bliver belyst.
 - Ved at anerkende målgruppens opfattelse af sygdom, sundhed og ikke mindst livskvalitet, kan man øge risikokommunikationens relevans for modtagerne.
- Man bør indtænke modtagernes levkår i risikokommunikationen
 - Man bør være bevidst om, at modtagernes risikoadfærd blandt andet afhænger af deres muligheder for at skabe forandringer. Gode intentioner om livsstilsændringer kan hindres af forhold som økonomi, infrastruktur, adgang til information mm.
- Risikokommunikation bør afspejle åbenhed og troværdighed
 - Det kan øge afsenderens troværdighed at være bevidst og åben om, at formålet med det man formidler er at skabe ændringer i modtagerens liv.

Disse konklusioner udgør ikke nogen simpel guide til en god risikokommunikation i relation til forebyggelse. Tværtimod lægger de op til, at man bruger tid og ressourcer på i højere grad at vidensbasere kommunikationen. Det kan være vanskeligt, når dokumentationen for effektive metoder til risikokommunikation stadig er sparsom. Ikke desto mindre kan man ved at bruge den eksisterende viden om konkrete målgrupper, i sammenhæng med de ovenstående overordnede konklusioner, fremme en kvalificeret risikokommunikation på forebyggelsesområdet.



Dette temahæfte handler om risikokommunikation på forebyggelsesområdet – om hvordan man kan kommunikere om sygdomsrisici, sundhed og forebyggelse. Formålet med temahæftet er at synliggøre de vilkår og muligheder, man har, når man skal formidle betydningen af sygdomsrisici og forebyggelsen deraf. Temahæftet fokuserer på, hvordan man kan opnå en effektiv risikokommunikation – det vil sige en kommunikation, der giver mening for målgruppen og er med til at skabe forandringer.

En af temahæftets hovedkonklusioner er, at der er meget mere på spil i menneskers opfattelse af sundhed end muligheden for at forebygge en eventuel sygdom. Risiko kan også indeholde positive elementer og begrebet kan opfattes på mange forskellige måder. Risikokommunikation bør derfor tilpasses den aktuelle kontekst – hvem man kommunikerer med, under hvilke forhold og med hvilket formål.

Temahæftet er en samlet afrapportering af Viden- og dokumentationsenhedens årstema 2005 om risikokommunikation. Det giver nogle kvalificerede bud på, hvordan man kan arbejde vidensbaseret med risikokommunikation.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
sst@sst.dk