



DIABETESSKOLE FOR ETNISKE MINORITETER I NÆRMILJØET

– udvikling og evaluering af et undervisningstilbud

Diabetesskole for
etniske minoriteter i nærmiljøet
UDVIKLING OG EVALUERING
AF ET UNDERVISNINGSTILBUD

Rapporten er udarbejdet af:

- Inge Wittrup
sundhedskonsulent, mag.art & ph.d.
- Jette Kolding Kristensen
praktiserende læge, lektor & ph.d.

Udgivet af:

Region Midtjylland
Center for Folkesundhed/
Sundhedsfremme og Forebyggelse
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N
Tlf: 8728 4700
Fax: 8728 4702
E-mail: folkesundhed@rm.dk
www.folkesundhed-midt.dk

Aarhus Universitet
Institut for Folkesundhed/
Afdeling for Almen Medicin
Vennelyst Boulevard 6, 8000 Århus C
Tlf: 8942 6050
Fax: 8612 4788
E-mail: almen-medicin@au.dk
www.alm.au.dk

Korrektur & tilrettelæggelse:
Center for Folkesundhed/Gerd Nielsen

Projektets logo:
Center for Folkesundhed/Pia B. Skovsen

Tryk: Werks Offset A/S, 8270 Højbjerg

ISBN: 978-87-991564-9-8

Bestilling:
Rapporten kan erhverves ved henvendelse
til Center for Folkesundhed eller
downloades fra
www.folkesundhed-midt.dk

DIABETESSKOLE FOR ETNISKE MINORITETER I NÆRMILJØET

– udvikling og evaluering af et undervisningstilbud

Udarbejdet af:
Inge Wittrup & Jette Kolding Kristensen

November 2007



Forord

Der er brug for dokumenteret viden om uddannelsesforløb for patienter med kroniske sygdomme. Især er der brug for at undersøge, hvad der skal til for at undervisningsprogrammer kan understøtte svage og sårbare grupper, således at sundhedsvæsenet lever op til intentionerne om at mindske ulighed i sundhed. En større del af etniske minoriteter med kroniske sygdomme udgør en sådan målgruppe, og derfor har vi planlagt, udført og evalueret en *Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet*.

Projektet blev søsat i 2005 med samling af projektgruppe, undervisningsteam og indsamling af data om herboende tyrkiske og arabiske diabetespatienter. Undervisningen blev afviklet i efteråret 2005 og foråret 2006 og har nu fundet sin afslutning med nærværende evalueringsrapport. Vi er glade for at kunne præsentere en evalueringsrapport, der tænker fremad i forhold til, hvordan resultaterne kan implementeres i den nye struktur, hvor nye samarbejdsmuligheder tegner sig mellem sundhedsvæsenets forskellige parter.

Et vigtigt element i projektet har været et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde. Der er således tale om et samarbejdsprojekt, der har været forankret i både Aarhus Universitet og den nuværende Region Midtjylland. Underviserne har været fra både det primære og det sekundære sundhedsvæsen, mens de fysiske rammer venligst har været stillet til rådighed af Århus Kommune.

Også projektets styregruppe har været bredt sammensat. Vi takker: kontorchef Kirsten Vinther-Jensen, Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland; praktiserende læge Peter Schleisner; praktiserende læge, professor Torsten Lauritzen, Almen Medicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet; overlæge Jens Friis Bak, Medicinsk Afdeling C, Århus Sygehus; afdelingsleder Inge-Lise Ebbensgaard, Lokalcentret Gellerup, Århus Kommune; ledende diætist Lillian Jensen, Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland.

Undervisningsteamet takkes for den store motivation, engagement og lyst til at dele erfaringer med os og med hinanden: social- og sundhedshjælperne Abdendi Sahel og Nihayet Esen, begge Lokalcentret Gellerup, Århus Kommune; diabetessygeplejerskerne Tove Amby, Afdeling M og Åse Jensen, Afdeling C, begge Århus Sygehus; fysioterapeut Marianne Rømer, tidligere Lokalcentret Gellerup, Århus Kommune; ledende diætist Lillian Jensen, Center for Folkesundhed/Sundhedsfremme og Forebyggelse, Region Midtjylland.

Projektet har fået økonomisk støtte fra Diabetesforeningen, Århus Amts Kvalitetsudviklingsfond samt fra Sundhedsfremmeenheden i Afdelingen for Folkesundhed, det tidligere Århus Amt – hvilket vi takker for.

Vi har udvekslet erfaringer med personale på Glostrup Sygehus, ligesom vi har ladet os inspirere af undervisningsmateriale udarbejdet på Bispebjerg Hospital, samt løbende indgået i dialog med Diabetesforeningen. Det har støttet os meget.

Endelig en tak til projektsekretær Pia B. Skovsen for kyndigt overblik og til projektsekretær Gerd Nielsen for kreativitet og sproglig finish.

Forord	5
Indhold	6
Resumé	8
Anbefalinger	11
Baggrund	13
Formål og målgruppe	14
Dataindsamling	15
▪ Identifikation af patienter i målgruppen	15
▪ Beskrivelse af målgruppen	15
▪ Visitationsinterview med deltagende patienter	16
▪ Evalueringsinterview	16
▪ Interview af undervisningsteam	16
Rekruttering	17
Beskrivelse af deltagerne	19
▪ Tabel 1. Beskrivelse af deltagere og ikke-deltagere	19
▪ Tabel 2. Beskrivelse af deltagere	20
▪ Tabel 3. Beskrivelse af deltagernes selvvurderede heldbred og betydning af egen indsats	20
▪ Tabel 4. Beskrivelse af deltagernes opfattelse af ansvar for og ønske om hjælp til diabeteskontrol og behandling	21
Beskrivelse af sygdomsopfattelse og hverdagsliv	22
▪ Hjertelig velkommen	22
▪ Jeg blev syg dengang	22
Tema: familietragedier	23
Tema: ulykker	23
Tema: migration	23
Tema: graviditet	23
▪ Ansvarlighed i forbindelse med sygdommen	24
Planlægning af undervisningen	27
Rammer for undervisningen	28



Principper for undervisningen	30
▪ Kønsopdelte hold	31
▪ Indhold i undervisningen	32
Arv og miljø	32
Mad	32
Motion	33
Medicin	33
Kontrol hos lægen	33
Følgesygdomme	33
Undervisningsteamet	35
▪ Rekruttering af undervisere	35
▪ Fokus på samarbejde	35
▪ Kompetenceudvikling	36
Kulturforskellens betydning	37
Undervisningsmaterialet	40
Evaluerings af undervisningen	42
▪ Fremmøde	42
▪ Indhold i undervisningen	42
Blodsuktermåling	43
Arv og miljø	44
Mad	45
Motion	46
Medicin	48
Kontrol hos lægen	48
Følgesygdomme	48
▪ Kønsforskellens betydning	49
Viden og adfærdssændringer	52
▪ Ændringer hos deltagerne	53
▪ Ændringer hos de professionelle	54
Dialogbaseret undervisningsform	55
Diskussion og perspektiver	57
▪ Perspektiver	58
Referencer	60
BILAG	62

Resumé



En væsentlig opgave for sundhedsvæsenet er at sikre den optimale kvalitet af diabetesbehandlingen og skabe de optimale rammer for egenomsorgen. Patienter med indvandrerbaggrund udgør en særlig udfordring for sundhedsvæsenet. Sproglige barrierer gør det svært at formidle viden, og forskellige kulturelle baggrunde har betydning for både sygdomsopfattelse og opfattelsen af betydningen af og muligheder for egenomsorg. Formålet med dette projekt var at udvikle et undervisningsprogram for etniske minoriteter lokaliseret i et lokalområde, samt at evaluere interessen for og gennemførelsen af en sådan indsats. Projektet ønskede at belyse både hæmmende og fremmende faktorer for deltagelse, samt via inddragelse af både kvantitative og kvalitative data at evaluere undervisningens indhold og metode i forhold til målgruppen. Projektets målgruppe blev afgrænset til patienter med erkendt type 2 diabetes i aldersgruppen 40-70 år, der er indvandrere eller efterkommere fra enten Tyrkiet (landekode 5172) eller Libanon (landekode 5456) og bosiddende i Brabrand (postdistrikt 8220).

Rekruttering og beskrivelse af deltagere

Der blev sendt både en dansk og en tyrkisk, henholdsvis arabisk, indbydelse til 113 patienter tilhørende målgruppen. I forhold til antallet af invitationsbreve sendt til patienter med type 2 diabetes, var der 30, der tilmeldte sig. Der var ingen signifikant forskel på deltagere og ikke-deltagere (TABEL 1), hverken hvad angår demografiske data eller kvaliteten af diabetesomsorgen. Det viste sig muligt, at motivere potentielle deltagere til at melde sig via en skriftlig indbydelse. Der bør dog suppleres med information i lokalområdet, mund til mund-metoder og henvisninger fra sundhedsprofessionelle.

Der blev rekrutteret 6 tyrkiske mænd og 9 tyrkiske kvinder samt 9 mænd og 6 kvinder fra Libanon. Gennem-

snitsalderen var 56 år, og de havde i gennemsnit haft diabetes i 6 år. Både mænd og kvinder gav udtryk for, at de mente de havde et dårligt heldebred, og for halvdelen er det sammenlignet med for ét år siden, blevet dårligere. Generelt var både mænd og kvinder bekymrede for fremtiden og for risikoen for at få senkomplikationer. Den gennemgående sygdomsopfattelse var, at sygdommen var opstået på baggrund af en psykisk belastning. Den følelsesmæssige ubalance er ofte forbundet med frygt, vrede og pludseligt opståede hændelser eller med interpersonelle konflikter, der berører dybt rod-fæstede kulturelle forestillinger. Flere gav udtryk for, at det var meget svært at overholde behandlingsplanen, men at de prøvede, så godt de kunne. Mange erkendte, at de ikke fulgte den behandling, der var anbefalet. Der var en overvældende tilkendegivelse af, at egen indsats har stor betydning for at bevare et godt heldebred, og de påtog sig ansvaret for at hindre diabetessygdommen i at udvikle sig.

Undervisningsstrukturen

Undervisningen fandt sted i Lokalcentret Gellerup. Lokalcentret er en hensigtsmæssig ramme for undervisningen af ældre med type 2 diabetes, og den gruppebaserede undervisning har mange fordele hos denne målgruppe. Undervisningsteamet oplevede, at der var stor forskel på, hvordan de skulle undervise de to forskellige køn. Ligeledes efterspurgte de deltagende mænd og kvinder forskellige elementer i undervisningen. Mænd hældede nok lidt mere til mere konkret viden, men havde så til gengæld mere folketro og fjernsynsviden at bære rundt på. Kvinderne var bedre til erfaringsudveksling og til at få noget ud af gruppedynamikken. Da kønsforskellen således har en enorm betydning, er det vigtigt at sammensætte kurserne med en nogenlunde homogen aldersfordeling. Underviserne gav udtryk for, at det var en anden måde at møde patienten på, frem for i diabetesambulatoriet. Det



betyder ikke, at der *ikke* er problemer forbundet med at være på ukendt grund. Det kræver store infrastrukturelle øvelser at få det til at fungere.

Kontinuitet i undervisningen samt muligheden for at skabe gensidig tillid mellem deltagere og undervisere var nøgleord i etableringen af et decideret undervisningsteam. Andre nøgleord var professionalitet, motivation og lyst til at deltage i et tværfagligt og tværsektorielt udviklingsprojekt.

Tovholder for undervisningen var en sygeplejerske, hun var sammen med den tokulturelle medarbejder den gennemgående underviser. Herudover deltog en diætist og en fysioterapeut i dele af undervisningen. Det var hensigten ikke at inddrage for mange undervisere, dette for at optimere kontinuiteten i undervisningen samt danne basis for udvikling af tillid mellem deltagere og undervisere.

Udviklingen af undervisningsprogrammet

Teamet startede med at mødes jævnligt et halvt års tid før undervisningens start med henblik på at planlægge og tilrettelægge undervisning og undervisningsmateriale. Efter at undervisningen var afviklet, mødtes teamet atter, og erfaringsudveksling blev i hele denne proces et vigtigt kodeord.

De forskellige faggrupper havde ved projektets start behov for forskellige former for kompetenceudvikling. Således efterlyste især sygeplejerskerne større indsigt i tyrkisk og arabisk kultur. Dette blev søgt imødegået ved at de to tokulturelle medarbejdere holdt et oplæg omhandlende deres erfaringer med sygdom og sundhed blandt deres landsmænd, som de møder i deres daglige virke på lokalcentret. Disse oplæg blev understøttet af et teoretisk oplæg om kulturforståelse og kulturmøder i praksis. Det blev pointeret, at det er væsentlig at give plads til at forstå den enkelte og dennes sygdomsforståelse. Undervisningsteamet er undervejs blevet meget opmærksomt på, at processen med eksisterende faglig viden, undervisning, refleksion og ny viden om deltagerne, ruste erfarne undervisere til at blive gode interkulturelle undervisere meget mere end spørgsmålet om, hvor meget viden de

forud har om deltagerne kultur. Herudover deltog de tokulturelle medarbejdere i den etablerede diabetesundervisning på Århus Sygehus.

Det var hensigten at undervisningen skulle være enkel og konkret, med vægt på praktiske øvelser frem for teori. Undervisningsprogrammet indeholdt følgende elementer: arv og miljø, mad, motion, medicin, kontrol hos lægen og følgesygdomme. Der blev udarbejdet undervisningsmateriale på basis af eksisterende undervisningsmateriale og de erfaringer, der blev gjort i løbet af projektet. Mange i målgruppen er enten analfabeter, har meget kort skolegang eller behersket erfaring med at deltage i et kursus. Det betyder, at man ikke skal læne sig ret meget op ad skriftligt materiale i sin undervisning. I det første undervisningsforløb holdt underviserne sig meget til det eksisterende undervisningsmateriale, mens dialogen var blevet det centrale i det andet undervisningsforløb. Ved evalueringen af undervisningen fandt underviserne, at faktorer der fremmede undervisningen var dialog mellem underviser og deltagere, kommunikation i 'billeder' samt trygheden, støtten og diskussioner i gruppen. Mens faktorer der hæmmede undervisningen var monologer, lange sætninger og overheads med tekst. Dette medførte, at det andet undervisningsforløb tog udgangspunkt i deltagerne viden og forståelse, men i øvrigt var bygget op om de samme emner. Tiden anvendt på og vægten af de enkelte emner afhang af deltagerne behov. For at sikre at det overordnede formål med undervisningen lykkedes, blev der i fællesskab udarbejdet en undervisningsplan, hvor formålet med hver undervisningslektion og hvert emne blev klart formuleret (se BILAG 2).

Deltagerudbytte af undervisningen

Deltagerne giver ved evalueringen af undervisningen udtryk for, at de forstår næsten alt, men: *at praktisere det er vanskeligt. Specielt maden.* 'Trekanten – Mad, Motion, Medicin' – fremhæves som god at leve efter. De udtrykte således en vis forståelse for egenomsorgens betydning. Men der blev også givet udtryk for magtesløshed i forhold til sygdommen. For mændene var der en tendens til, at hele familien blev inddraget i livsstilsændringerne. Hvorimod ingen af kvinderne henviste til opbakning fra deres ægtefæller.

For langt de fleste deltagere var betydningen af motion ikke en integreret del af deres opfattelse af egenomsorg forud for kurset. Både de mandlige og kvindelige deltagere blev meget glade for motionsdelen, og de var opmærksomme på, at fysisk aktivitet forbedrer deres egenomsorg. Der er dog rigtig mange barrierer, der gør den fulde implementering heraf vanskelig. Af barrierer nævnes: humøret, vejret, manglende støtte fra netværk samt manglende aktivitetstilbud i lokalområdet.

Blodsuktermålingerne voldte store problemer. Generelt var mændene interesserede i og gode til at anvende måleapparatet som sådan. De havde dog svært ved at forstå betydningen af målingen i relation til deres symptomer og adfærd. De fleste kvinder havde store problemer med blodsuktermålingerne. Generelt var de ikke særligt interesserede i den tekniske dimension, og de var tilbøjelige til at snyde med tallene.

Både de mandlige og kvindelige deltagere reagerede ret voldsomt på informationerne om arvegangen samt muligheden for forebyggelse og dermed om det ansvar, der påhviler dem over for børn og børnebørn. Der var her et sammenstød mellem fokus på livsstilsforandringer og sygdomsopfattelse. Når sygdomsopfattelsen knytter forståelsen af sygdommen til et spørgsmål om 'en chokerende oplevelse', er det vanskeligt at forholde sig til, at man selv kan forandre ens tilstand.

Projektets vurdering af den dialogbaserede undervisningsform

Det er et stort forlangende at undervise denne målgruppe i udvikling af egenomsorg i en sygdom som type 2 diabetes på en dialogbaseret måde. Det kræver stor faglig indsigt og undervisningskompetencer. Tid er en relevant faktor og en begrænsende ressource for et sådant forløb. Diskussionen handler imidlertid om mere end tid; den handler om hvorvidt det er muligt at inkorporere den forhåndsviden, som ligger i et indledende interview, i den konkrete undervisning. Det indledende interview bør efter vores opfattelse handle om at afdække deltageres sygdomsforståelse og eksisterende niveau for egenomsorg, og ikke bare handle om hvad deltagerne får af medicin, eller hvordan den er reguleret.

Teamet peger på, at en sådan forhåndsviden er en meget afgørende faktor for at lave en kvalificeret undervisning, der tager højde for den enkelte. I det tilfælde, hvor en diabeteskole skal implementeres i daglig klinisk praksis, vil et interview være ressourcekrævende, men kunne bidrage med nyttig viden. Det betyder ikke, at underviserne ikke selv skal foretage en udforskning af den enkelte deltageres sygdomsopfattelse og -baggrund i løbet af undervisningsforløbet. Det er helt essentielt, at den enkelte underviser selv etablerer den relevante kontakt til deltageren. En sådan kontakt kan *ikke* sikres gennem forhåndsviden indsamlet af andre. Projektet konstaterer, at den dialogbaserede undervisningsform er at foretrække, fordi det er her vi lærer at se ressourcerne hos deltagerne, og derved finder måder at styrke deltageres egenomsorg.



Anbefalinger



Kombiner skriftlig information med mund til mund-metoden

Initiativer der stiler specifikt mod etniske minoritetsborgere bør sikre, at målgruppen får den nødvendige information. Invitationer til den ældre del af målgruppen bør derfor udformes både på dansk og på hjemlandets sprog. Den skriftlige kommunikation kan dog ikke stå alene, men skal gerne kombineres med sundhedsprofessionelles opfordringer og lokalsamfundets netværksgrupper.

Afdæk sygdoms- og sundhedsopfattelsen

Målgruppens sygdomsopfattelse er vigtig for tilgangen til udvikling af egenomsorg. Gennemgående for målgruppen er, at sygdommen er opstået på baggrund af en psykosocial belastning. Den følelsesmæssige ubalance er forbundet med frygt, vrede og pludseligt opståede hændelser eller med interpersonelle konflikter, der berører dybt rodfæstede kulturelle forestillinger. Det er derfor hensigtsmæssigt at anlægge en bred tilgang til udviklingen af egenomsorg, hvor man også indtænker et psykosocialt perspektiv.

Udnyt tilkendegivelser af betydning for egen indsats

Vær opmærksom på det potentiale der ligger i opfattelsen af den enkeltes ansvar for, at sygdommen ikke udvikler sig. Det kan være vigtigt at understrege, hvilke faktorer man især selv har ansvaret for, hvilke faktorer man skal samarbejde med sundhedsprofessionelle om, og hvilke faktorer sundhedsvæsenet er ansvarlig for.

Anerkend hvor vanskeligt det er at leve med sygdommen

Det er vigtigt, at deltagerne bliver mødt med anerkendelse af, at det er meget vanskeligt at leve med en kronisk sygdom. Det baner vejen for, at den enkelte kan indgå i en åben dialog om, hvordan den nye viden og erkendelse kan integreres i hverdagslivet. Ved i fællesskab at anerkende vanskelighederne tilføres en nødvendig menneskelig dimension.

Brug lokalsamfundet som arena

Både deltagere og sundhedsprofessionelle finder lokalområdet anvendeligt til undervisning i egenomsorg. Lokalt centre er yderst anvendelige for etniske minoritetspatienter 50+, hvorimod de er mindre velegnede for de under 50-årige. Et åbent og tværfagligt samarbejde på tværs af sektorer resulterer i kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle og optimering af tilbud til borgerne.

Udnyt gruppeundervisning til erfaringsudveksling

Deltagere såvel som sundhedsprofessionelle har fundet gruppebaseret undervisning fordelagtig. Deltagerne har nævnt, at de har kunnet lytte til andres erfaringer, og at de får noget ud af at høre på de spørgsmål, som andre i samme situation stiller. De sundhedsprofessionelle fremhæver den gruppebaserede undervisning som vigtig i forbedring af kommunikationen med målgruppen, samt til at få mere viden om målgruppens egen viden og erfaringer med sygdommen.

Anvend praktiske øvelser frem for teori

Flere i målgruppen har meget kort skolegang eller behersket erfaring med at deltage i et kursus. Det betyder, at man ikke skal læne sig ret meget op ad skriftligt materiale i undervisningen. Derimod skal undervisningen tage udgangspunkt i deltagernes viden og forståelse. Der blev undervist i: arv og miljø, mad, motion, medicin, kontrol hos lægen og følgesygdomme. Tiden anvendt på og vægten af de enkelte emner skal tilpasses deltagernes behov. De sundhedsprofessionelle undervisere fremfører, at faktorer der fremmer undervisningen er dialog mellem underviser og deltagere, kommunikation i 'billeder' samt trygheden, støtten og diskussioner i gruppen. Faktorer der hæmmer undervisningen er monologer, lange sætninger og overheads med tekst. Deltagerne fremhæver det konkrete, som 'trekanten Mad-Motion-Medicin' og 'tallerkenmodellen', det diætiske billedmateriale samt den indlagte fysiske aktivitet.

Tokulturelle medarbejdere et must

I undervisningsteamet, som er sammensat af diabetes-sygeplejerske, diætist og fysioterapeut, er tokulturelle nøglepersoner en helt nødvendig part. Dermed sikres en vigtig tovejsformidling af viden om kulturforskelle og traditioner, således at perspektivet i undervisningen bliver af et interkulturelt tilsnit. Det er vigtigt, at de tokulturelle medarbejdere deltager i hele projektets udviklingsfase og ikke kun tilkaldes som tolke i selve undervisningssituationen.

Drop overdreven fokus på kulturen og mød det enkelte menneske

Det er nødvendigt at tage udgangspunkt i den enkelte og dennes sygdoms- og sundhedsopfattelse og en derudfra defineret passende adfærd. Det er nødvendigt at forsøge at forstå, hvordan den enkelte lever med sygdommen i praksis, og her kommer den enkeltes familiemæssige, sociale og økonomiske baggrund ind som ligeså væsentlige faktorer for, hvad der kan lade sig gøre i denne og hin praktiske hverdag.

Sats på dialogbaseret undervisning

Undervisningen lykkes bedst, når der sker en sammenkædning af sygdomsforståelse og udførelse af egenomsorg som fører direkte til handling. Det er den enkeltes udvikling af handlekompetence, der rykker i forhold til fremme af egenomsorg. Undervisningsmaterialet skal derfor støtte og målrette dialogen, samt slå enkle, men centrale, budskaber fast.

Anerkend køns- og aldersforskel

Undervisningsteamet oplevede, at der var stor forskel på, hvordan de skulle undervise de to forskellige køn. Mændene hældede nok lidt mere til mere konkret viden, men havde så til gengæld mere folketro og fjernsynsviden at bære rundt på. Kvinderne var bedre til erfaringsudveksling og til at få noget ud af gruppedynamikken. Også deltagerne giver samstemmende udtryk for, at de foretrækker kønsadskilte undervisningsseancer, da der er stor intimitet forbundet med talen om krop, sundhed og sygdom. Kønsforskellen har altså en betydning, ligesom det også viste sig at aldersforskellen har.

Videnstilegnelse skal kobles med udvikling af handlekompetence

Brugbar viden tilegnes gradvist i en proces, der varer i hele undervisningsforløbet. Deltagerne udtrykker ønske om løbende at kunne deltage i opfølgningskurser, fordi de ofte glemmer de gode råd. For underviserne kræver denne undervisningsform god tid til forberedelse, justering og refleksion samt stor faglig indsigt, undervisningskompetence og mod til at lære noget nyt.



Baggrund



I Danmark er der ca. 300.000 indvandrere og efterkommere fra mindre udviklede tredjelande, herunder Tyrkiet og Libanon. Forekomsten af diabetes blandt disse minoriteter er meget høj (Vibe-Petersen & Perrild 2000; Kristensen et al. 2006; Wändel & Gåfvels 2006) og risikoen for udvikling af hjertekarsygdom og død betydelig (Mogensen & Matthiessen 2000; Khan & Qassim 2002). En væsentlig opgave for sundhedsvæsenet er derfor, at sikre den optimale kvalitet af diabetesbehandlingen og skabe de bedst mulige rammer for egenomsorgen.

Patienter med indvandrerbaggrund udgør en særlig udfordring for sundhedsvæsenet. Sproglige barrierer gør det svært at formidle viden, og forskellige kulturelle baggrunde har betydning for både sygdomsopfattelse og opfattelsen af betydningen af og muligheder for egenomsorg (Khan & Qassim 2002; Jacobsen et al. 2004). Herudover er tilgængelighed til sundhedsvæsenets ydelser af stor betydning, og selv det at skulle bevæge sig uden for lokalområdet for at deltage i en diabetesskole på sygehuset kan være en barriere for deltagelse.

I den internationale litteratur om emnet (von Hofe et al. 2002; Hjelm et al. 2005) samt i et afprøvet dansk undervisningsprogram (Hussain & Vibe-Petersen 2000) peges der på, at denne opgave bedst løses i samarbejde med etniske minoriteter. Der skal både fokuseres på vidensformidling og på udvikling af redskaber og handlekompetencer, således at undervisningen fremmer den enkeltes sundhed og forebygger en udvikling af sygdommen og dens senkomplikationer.

I Århus Kommune er et stort antal forskellige etniske minoritetsgrupper bosat i den vestlige del af byen. I sundhedsfaglige kredse har det gennem længere tid været

diskuteret, hvad der kunne gøres for denne gruppe af borgere med diagnosticeret type 2 diabetes. En gruppe bestående af behandlere fra diabetesambulatoriet på Århus Sygehus, Tage Hansens Gade, praktiserende læger og personale fra Lokalcetret Gellerup, tog allerede i 2002 initiativ til at etablere en diabetesskole for arabisktalende mænd forankret i Gellerup-området. De praktiserende læger i området blev opfordret til at henvise patienterne. Desværre lykkedes det aldrig at få tilstrækkeligt med henviste patienter til at kunne etablere et hold.

Der var efterfølgende fortsat stor interesse i initiativgruppen for at gennemføre og videreudvikle projektet, så da nærværende projekt *Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet* startede op i 2004, var det med den oprindelige initiativgruppes opbakning. Ud over at forsøge at udvikle et socialt differentieret undervisningsprogram, var det hensigten at evaluere gennemførelsen af en sådan indsats, via inddragelse af både kvantitative og kvalitative data.

At udvikle og evaluere et undervisningsprogram for etniske minoriteter ligger i forlængelse af regeringens udmeldinger i *Handlingsplan om diabetes* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003; Dørfler & Hansen 2005; Willemann & Hawark 2006). Denne handlingsplan fastslår, at etniske minoriteter med type 2 diabetes udgør en særlig udfordring i sundhedsvæsenet. Der er ligeledes god overensstemmelse med Diabetesforeningens *Nytænkning i sundhedsvæsenet* (Diabetesforeningen 2003), hvor det understreges, at langt den billigste og mest effektive ressource i diabetesbehandlingen er diabetikeren selv, og at det derfor er nødvendigt med regelmæssig undervisning i egenomsorg.

Formål og målgruppe



Formålet med dette projekt er at udvikle et lokalt forankret undervisningsprogram til fremme af egenomsorgen hos etniske minoriteter, samt at evaluere interessen for og gennemførelsen af en sådan indsats. Projektet ønsker at belyse både hæmmende og fremmende faktorer for deltagelse og udvikling af egenomsorg, samt evaluere undervisningens indhold og metode i forhold til målgruppen, via inddragelsen af både kvantitative og kvalitative data.

Projektets målgruppe blev afgrænset til:

- Patienter med erkendt type 2 diabetes i aldersgruppen 40-70 år, der er indvandrere eller efterkommere fra enten Tyrkiet (landekode 5172) eller Libanon (landekode 5456) og bosiddende i Brabrand (postdistrikt 8220).



Dataindsamling



Der blev i projektet indsamlet forskellige typer af data med henblik på evaluering af undervisningsprogrammet. Til identifikation af målgruppen, samt beskrivelse af kontrollen og behandlingen, er der anvendt udtræk fra forskellige registre. Til beskrivelse af målgruppens baggrund, sygdomsopfattelse og -adfærd har vi anvendt kvalitative metoder i form af deltagerobservation og et semistruktureret individuelt visitationsinterview. Ved undervisningsprogrammets afslutning er der foretaget et interview med hver enkelt deltager for at evaluere undervisningsprogrammet. Der er desuden foretaget to fokusgruppeinterview med undervisningsteamet.

Identifikation af patienter i målgruppen

Det tidligere Århus Amt havde ved projektets start et befolkningsgrundlag på ca. 641.000 personer. Fra denne baggrundspopulation blev diabetespopulationen identificeret ved hjælp af registeroplysninger. Der blev således indhentet oplysninger om personer, der én eller flere gange var blevet registreret i Århus Amts sygesikringsregister grundet registrering af indløste recepter på insulin og peroral antidiabetika (ATC-kode A10A og A10B), og/eller ydelser til primærsektoren (diabetesspecifik behandling hos fodterapeut). Herudover blev der indsamlet oplysninger om HbA1c-analyser fra laboratoriedatabaser i amtet. HbA1c-analyseres på fire forskellige laboratorier i amtet. Disse laboratorier har standardiseret deres analyse. Der bliver således anvendt en HPLC-teknik til analyse af HbA1c, med normalområdet 4,1%-6,4%.

De registeridentificerede personer blev klassificeret som diabetikere, hvis der mindst én gang i løbet af en 1-årsperiode var registreret:

- en recept på peroral antidiabetika eller insulin og/eller
- en ydelse til primærsektoren for diabetesspecifik behandling hos fodterapeut og/eller

- to eller flere HbA1c-målinger og/eller
- én HbA1c-måling, men hvor analysen viste en værdi over normalområdet.

De herved identificerede diabetikere blev klassificeret som type 2 diabetikere, hvis de var tabletbehandlede eller diætbehandlede, samt hvis de var insulinbehandlet og havde fået stillet diagnosen efter de var fyldt 40 år.

Herefter blev de identificerede diabetikere ved hjælp af oplysninger fra CPR-registeret klassificeret som følgende:

- Danskere:

Personer født i Danmark med dansk statsborgerskab, med mindre der er oplysninger om, at mindst én af forældrene ikke er dansk.

- Indvandrere:

Personer født i udlandet, med eller uden dansk statsborgerskab.

- Efterkommere:

Personer født i Danmark af forældre, hvor mindst den ene ikke er dansk.

Alle patienter i aldersgruppen 40-70 år, der er indvandrere eller efterkommere fra enten Tyrkiet (landekode 5172) eller Libanon (landekode 5456) og bosiddende i Brabrand (postdistrikt 8220), blev identificeret ved hjælp af oplysninger fra CPR-registeret. Der blev i alt identificeret 113 patienter tilhørende målgruppen.

Beskrivelse af målgruppen

Efterfølgende blev data indsamlet til beskrivelse af den identificerede gruppe af indvandrere og efterkommere med hensyn til demografiske data (alder, køn, tid i DK, kendskab til det danske sprog osv.), kontrol af risikofaktorer for udvikling af diabetiske senkomplikationer

(HbA1c, lipider, øjenlægebesøg) og behandling (antidiabetika, antihypertensiva, lipidsænkende lægemidler).

Disse data blev indsamlet ved hjælp af:

- Registeroplysninger (det tidligere Århus Amts sygesikringsregister samt laboratoriedatabaser og Landspatientregisteret)
- Visitationsinterview med deltagende patienter.

Visitationsinterview med deltagende patienter

Alle patienter, der accepterede deltagelse i projektet, blev interviewet af projektkoordinator før og efter undervisningsforløbets start. Ved tilmelding spurgte vi deltagerne, om vi kunne lave et indledende interview med dem, gerne i deres eget hjem. Kun én ønskede ikke at blive interviewet i hjemmet. Et enkelt interview foregik på dansk, de øvrige havde deltagelse af en tolk rekrutteret fra den af Århus Amt benyttede og godkendte tolketjeneste (Tolketjenesten A/S). I nogle tilfælde deltog ægtefællen i hele eller dele af interviewet. Tidspunktet blev aftalt pr. telefon, i et enkelt tilfælde blev én af tolkene bedt om at foretage telefonopringningen. Tilgangen til interviewene, som til hele projektet, er anerkendelse og respekt for kulturel forskellighed.

Det indledende interview kombinerede flere forskellige metoder. Til belysning af patienternes sygdomsopfattelse, -adfærd og egenomsorg benyttede vi os af det narrative interview, som i særlig grad giver adgang til at analysere samspillet mellem individ og samfund. Gennem fortællingen er det blevet muligt at undersøge, hvordan den enkelte skaber mening med liv og sygdom samtidig med, at fortællingen også giver indsigt i, hvordan kulturen og samfundet skaber rammer for forestillinger og handlemuligheder (Mattingly 1998; Mogensen 2005).

Desuden blev der udarbejdet et spørgeskema, der havde til formål at belyse patienternes sygdomsopfattelse, -adfærd og egenomsorg. Der var spørgsmål om livsstil: kost, motion og rygning, spørgsmål om social baggrund og sproglige kompetencer samt spørgsmål om sygdomsopfattelse og om, hvordan deltagerne kan klare at leve med sygdommen. De meget forskellige niveauer af spørgsmål nødvendiggjorde en stor åbenhed i interviewsituationen og en opmærksomhed på, hvilke tanker, følelser og til-

stande det sætter den interviewede i. Interviewene varede alle ca. to timer, og udover at udfylde spørgeskemaet, blev der taget noter. Det skal her bemærkes, at fordelene ved at lave interview med tilstedeværelse af en tolk er, at det giver interviewer muligheden for ikke kun at notere direkte citater, men også observationer af stemninger, kropssprog og ansigtsudtryk. Ulemperne ved den tolkede samtale kan være faglig usikkerhed, muligheder for misforståelser og udfordring af alle parter kommunikative kompetencer (Dyhr 2006; Lou 2007). Ud over interviewet er der taget notater fra deltagerobservation i undervisningsforløbet.

Evalueringsinterview

Ved undervisningsforløbets afslutning blev alle deltagerne bedt om at evaluere deres deltagelse i og udbytte af undervisningsprogrammet, -forløbet og rammerne for undervisningen. Formålet med det afsluttende interview var at belyse, hvad der var godt, og hvad der kunne gøres bedre i undervisningen. Samt beskrive fremmende og hæmmende faktorer af betydning for optimering af vilkårene for egenomsorgen. Disse interview foregik i samme lokaler som undervisningen fandt sted i og så tæt på afslutningen, som det var muligt. De blev udført som semistrukturerede interview på baggrund af en spørgeguide (BILAG 1).

Interview af undervisningsteam

Endelig blev der foretaget fokusgruppeinterview med undervisere og kulturelle medarbejdere umiddelbart efter afslutningen af hvert undervisningsforløb. Formålet med disse interview var at opsummere erfaringer med et sådant undervisningstilbud fra sundhedsprofessionelle i kontakt med etniske minoriteter.

Følgende temaer blev berørt i interviewene:

- Undervisningen
- Kulturmødet
- Planlægningen
- Samarbejdet
- Forandring

Fokusgruppeinterviewene blev optaget på bånd og herefter transskriberet.



Rekruttering



Information om diabetesskolen og invitationen til at deltage blev sendt til de 113 registeridentificerede patienter med type 2 diabetes. Indbydelsen til patienterne blev fremsendt i både en dansk og en tyrkisk, henholdsvis arabisk, version. Der blev opridset forskellige muligheder for at tilmelde sig. De kunne returnere den vedlagte tilmeldelsesblanket i en frankeret svarkuvert; de kunne tilmelde sig telefonisk, eller de kunne tilmelde sig via deres praktiserende læge.

De praktiserende læger fik på samme tid tilsendt en liste med navnene på alle patienter tilknyttet praksis, der havde fået tilsendt en indbydelse. De praktiserende læger blev opfordret til at henvise patienterne til diabeteskolen. For at understøtte den direkte invitation blev der lavet en større synliggørelse i lokalområdet, således blev der ophængt plakater på tyrkisk og arabisk på relevante og centrale steder: Gellerup Bibliotek, City Vest Apotek, Lokalcentret Gellerup og Bazar Vest. Hjemmeplejen i Århus Kommune fik en speciel orientering, og der blev informeret til lokale foreninger og lokalradio/TV. Patienter med diabetes blev her opfordret til at opsøge egen læge med henblik på en henvisning.

Der blev rekrutteret 6 tyrkiske mænd og 9 tyrkiske kvinder samt 9 mænd og 6 kvinder fra Libanon. Alle de deltagende patienter henvendte sig på baggrund af den skriftlige invitation. De praktiserende læger henviste 7 patienter, der alle, uafhængig af henvisningen fra den praktiserende læge, allerede selv havde meldt sig til projektet. Der var desuden en række henvendelser fra interesserede under hele kursusforløbet. De fleste af disse havde hørt om projektet via mund til mund-metoden.

I forhold til antallet af invitationsbreve sendt til patienter med type 2 diabetes, var der kun 30, der tilmeldte sig.

Det viste sig således svært, men ikke umuligt, at motivere potentielle deltagere til at melde sig via en skriftlig indbydelse. Der kan være flere forklaringer: dels er nogle i den ældste aldersgruppe analfabeter, dels er der en gruppe, der ikke tydeligt har fanget meningen med invitationen, og endelig er der en gruppe, der bevidst har fravalgt tilmelding, eksempelvis på grund af undervisningstidspunktet. Spredning via mund til mund-metoden synes at være et godt supplement til den skriftlige invitation, hvilket flere henvendelser efter kursets start tyder på. Hjemmesygeplejen understøttede enkelte deltagere, og som nævnt var der få og sammenfaldende henvisninger fra praktiserende læger. Begge grupper af sundhedsprofessionelle er vigtige nøglepersoner i kontakten til målgruppen, hvorfor det vil være nødvendigt at styrke deres opmærksomhed på et sådant tilbud i fremtiden.

På det tyrkiske mandehold var der en ligelig aldersfordeling, det tyrkiske kvindehold var også ret homogent og kunne uden nævneværdige problemer fungere med en enkelt yngre kvinde. Det arabiske mandehold havde lidt aldersspredning, men gruppen fungerede godt sammen. Sværest var det at rekruttere deltagere til undervisningen på det arabiske kvindehold. Ugen før undervisningsstart var kun 4 libanesiske kvinder tilmeldt. Medarbejdere på Lokalcentret Gellerup blev derfor opfordret til at motivere potentielle deltagere til at tilmelde sig kurset. Som et resultat heraf mødte 3 kvinder i aldersgruppen over 80 år, og således uden for projektets målgruppe, op til første undervisningsdag med et ønske om at deltage. Da det arabiske kvindehold var meget lille accepterede projektledelsen og underviserne, at disse kvinder deltog i undervisningen. De indgår dog ikke som en del af afrapporteringen i dette projekt. Det arabiske kvindehold brækkede således over på midten med en gruppe af yngre kvinder i den ene ende og en gruppe af gamle kvinder

i den anden. De kunne overhovedet ikke fungere i samme undervisningslokale, og flere af de yngre faldt fra.

Skriftlig invitation kan anbefales til at rekruttere potentielle deltagere. Der bør dog suppleres med information i lokalområdet, mund til mund-metoder og henvisninger fra sundhedsprofessionelle.

*Dias fra Undervisningsmateriale målrettet type 2 diabetikere
fra Somalia, Tyrkiet og Arabisktalende lande,
udarbejdet af Diabetesforeningen (www.diabetes.dk)
og Sundhedsstyrelsen (sst.dk)*



Beskrivelse af deltagerne



I alt deltog 30 mænd og kvinder i undervisningen. Fordelt på 9 kvinder og 6 mænd fra Tyrkiet samt 6 kvinder og 9 mænd fra Libanon. Deltagerne fra Libanon er i det efterfølgende benævnt 'arabiske mænd' og 'arabiske

kvinder'. Der var ingen signifikant forskel på deltagere og ikke-deltagere (TABEL 1), hverken hvad angår demografiske data eller kvaliteten af diabetesomsorgen.

TABEL 1. Beskrivelse af deltagere og ikke-deltagere

	TYRKIET			LIBANON		
	Deltagere N=15	Ikke-deltagere N=41	P	Deltagere N=15	Ikke-deltagere N=47	P
GENNEMSNETSALDER, år	56	57	0,991	51	48	0,226
KØN (MÆND), antal	6	21	0,457	9	28	0,977
GENNEMSNETSVARIGHED AF DIABETES, antal år	6	8	0,209	8	7	0,967
ANTIDIABETISK BEHANDLING						
▪ DIÆT, antal	2 (13%)	11 (26%)	0,734	1 (7%)	11 (23%)	0,400
▪ TABLET, antal	8 (53%)	15 (37%)		11 (73%)	25 (55%)	
▪ INSULIN, antal	5 (23%)	15 (37%)		3 (20%)	10 (12%)	
KONTROL						
▪ ANDEL MED HBA1C-MÅLING	13 (78%)	32 (87%)	0,472	12 (80%)	38 (81%)	0,942
▪ ANDEL MED HBA1C >8%	5 (47%)	15 (39%)	0,607	8 (67%)	16 (22%)	0,138
▪ ANDEL MED LIPIDMÅLING	11 (73%)	25 (61%)	0,393	12 (80%)	34 (72%)	0,555
▪ ANDEL MED CHOLESTROL >4,5	9 (60%)	21 (51%)	0,560	10 (67%)	25 (53%)	0,359
▪ ØJENKONTROL, antal	7 (47%)	12 (29%)	0,223	2 (13%)	4 (9%)	0,582

Beskrivelse af deltagerne

Deltagerne i undervisningen har alle været i Danmark i rigtig mange år. Flere var ikke i stand til at læse og skrive og kommunikerer kun sporadisk på dansk. Kun ét visitationsinterview blev gennemført uden tilstedeværelsen af en tolk.

TABEL 2. Beskrivelse af deltagere

	TYRKIET		LIBANON	
	Kvinder N=9	Mænd N=6	Kvinder N=6	Mænd N=9
GENNEMSNETSALDER, år	57	56	49	53
GENNEMSNETSVARIGHED AF DIABETES, antal år	6	8	9	6
GENNEMSNETSTID I DK, antal år	24	33	16	16
TALER IKKE DANSK, antal	5	3	6	7
KAN IKKE LÆSE/SKRIVE, antal	4	3	6	8

TABEL 3. Beskrivelse af deltagernes selvvaluerede helbred og betydning af egen indsats

	TYRKIET		LIBANON	
	Kvinder N=9	Mænd N=6	Kvinder N=6	Mænd N=9
SELVVURDERET HELBRED, antal				
▪ FREMRAGENDE	-	2	-	-
▪ GODT	3	1	1	4
▪ DÅRLIG	6	2	5	5
BETYDNINGEN AF EGEN INDSATS FOR AT BEVARE ET GODT HELBRED, antal				
▪ STOR BETYDNING	6	4	5	5
▪ NOGEN BETYDNING	2	1	-	2
▪ INGEN BETYDNING	1	-	1	1



Både mænd og kvinder gav udtryk for, at de mente de havde et dårligt helbred, og for halvdelen er det sammenlignet med for ét år siden, blevet dårligere. Der meldes især om følgesygdomme som hjerteproblemer, for højt blodtryk og vanskeligheder med at holde et stabilt blodsukker. Depression, angst og vrede nævnes ligeledes hyppigt, ligesom muskel- og skelet smerter. Enkelte nævner ligeledes både fod- og øjensymptomer. Hævelser ved hænder, arme, fødder og ben vises under interviewet frem som uforståelige tilstande, ligesom natlige svedture, søvnløshed og følelsesløshed tilhører de mere uforklarlige og daglige symptomer. Generelt var både mænd og kvinder bekymrede for fremtiden og for risikoen for at få senkomplikationer.

Langt de fleste giver udtryk for, at deres egen indsats har stor betydning for at bevare et godt helbred.

Der var stort set lige mange af deltagerne, der blev kontrolleret hos henholdsvis egen læge eller på diabetesambulatoriet. Flere gav udtryk for, at det er meget svært at overholde behandlingsplanen, men at de prøver så godt de kan. Mange erkendte, at de ikke har fulgt den behandling, der var anbefalet. Samtidig påtager de sig ansvaret for at hindre diabetessygdommen i at udvikle sig.

Især tyrkiske kvinder ønsker mere hjælp fra familien, og der er en tendens til at ønske hjælp og støtte fra den praktiserende læges side. Alle har et ønske om mere viden.

TABEL 4. Beskrivelse af deltagernes opfattelse af ansvar for og ønske om hjælp til diabeteskontrol og behandling

	TYRKIET		LIBANON	
	Kvinder N=9	Mænd N=6	Kvinder N=6	Mænd N=9
KONTROLSTED, antal				
▪ EGEN LÆGE	5	4	2	4
▪ AMBULATORIET	4	1	3	5
FØLGER BEHANDLINGSPLANEN, antal				
▪ JA	1	2	3	4
▪ DELVIS	4	1	-	2
▪ NEJ	2	1	-	2
ANSVAR FOR AT HINDRE SYGDOMMEN I AT UDVIKLE SIG, antal				
▪ PATIENTEN SELV	9	4	5	6
▪ EGEN LÆGE	-	-	-	2
▪ AMBULATORIET	-	-	-	-
ØNSKE OM HJÆLP FRA, antal				
▪ FAMILIEN	4	3	-	1
▪ EGEN LÆGE	3	2	2	4
▪ AMBULATORIET	2	-	-	3
BEHOV FOR MERE VIDEN, antal				
▪ JA	8	5	4	6
▪ NEJ	1	-	2	3

Beskrivelse af sygdomsopfattelse og hverdagsliv



At lære at leve sundt med en kronisk sygdom, samt omfang og type af egenomsorg, relaterer sig til det hverdagsliv, som den enkelte lever. Viden om deltagernes hverdagsliv med sygdommen danner derfor basis for udviklingen af et undervisningsprogram og -materiale, der tilgodeser denne viden. Det indledende interview havde blandt andet til formål at belyse disse aspekter.

Hjertelig velkommen

Det er slående, at man kan blive modtaget så åbent, hjerteligt og gæstfrit af mennesker, man aldrig har set før og måske kun har udvekslet meget korte sætninger med i telefonen. Altid blev vi vist tilrette i dybe lænestole og budt på kaffe, te, juice, alskens søde sager, nødder og af og til et regulært måltid. Nogle syntes endda det var nødvendigt, at forsyne os med en lille smagsprøve til familien derhjemme. Af og til var det ægtefællen, der bragte lækkerierne, men ligeså ofte lykkedes det interviewpersonen også at udfylde rollen som vært/værtinde. Intervieweren fik ved den lejlighed stillet sin store uvidenhed til skue, for også når interviewpersonen var hankøn, mestredes den udsøgte servicering. Tak for det. Selv et sådant enkelt lille hjemmebesøg viser sig, som vi skal se, at være guld værd i vores forsøg på at finde ud af, hvordan herboende tyrkere og arabere lever med type 2 diabetes. Et veludviklet gæstebud er nemlig et tema, der især udfordrer de tyrkiske deltagere.

Jeg blev syg dengang ...

Det mest betydningsfulde øjeblik i interviewet opstod med spørgsmålet: "Hvordan mener du, at du har fået diabetes?", og de dertil hørende syv svarkategorier:

1. Jeg har arvet sygdommen
2. Jeg har haft en meget chokerende oplevelse
3. Jeg spiser for usundt
4. Jeg bevæger mig for lidt
5. Jeg er ofte bekymret
6. Fødevarerne er for dårlige
7. Andet.

Næsten alle krydser blev sat i rubrik 2, men svarene kan slet ikke rummes inde i den lille firkant, for det vækker dyb resonans hos langt de fleste, og foranlediger dem til at tage hul på narrativet om deres sygdom. Det er især den medicinske antropologi, der har arbejdet med narrativet, som en måde hvorpå det bliver muligt at forstå, hvordan folk forholder sig til deres sygdom: både som levet med, over tid og i tid (Mogensen 2005). For de interviewede tyrkere og arabere sætter spørgsmålet en erindringsproces i gang, som med lysende klarhed beskriver begivenheder, der ligger flere år tilbage. At svare på spørgsmålet, berørte de interviewede dybt, og flere af kvinderne begyndte at græde. Det bliver man som interviewer påvirket af, og her er det tolken, der bringer balance i situationen og gør det muligt for den interviewede at fortælle sin historie. For det er vigtigt, at få fortalt den



historie. Narrativer har jo desuden den funktion i sig selv at være helende, hvis man altså kan finde det rette publikum at fortælle dem til (Mattingly 1998).

Fire temaer går igen i fortællingerne om 'de chokerende oplevelser', og især grupperer de sig om *familietragedier* og *ulykker*. Temaet *migration* dukker op, og en enkelt forbinder sygdommen med *graviditet*. Citaterne er for deltagerne i undervisningsprogrammet gengivet i et forståeligt sprog, og bogstaver og tal i parentes henviser til oprindelsesland, køn og interviewnummer.

Tema: familietragedier

Vores eneste søn her i Danmark døde efter længere tids sygdom af kræft. Det var i sig selv meget hårdt. Men jeg forbinder helt sikkert sygdommen med, at min svigerdatter var nødt til at slippe os efter hans død. Hun er nu flyttet til sin egen lejlighed sammen med vores to børnebørn, og det er næsten ubærligt (TK3).

Vi havde en meget chokerende oplevelse i familien. Én af mine sønner kom og fortalte, at han ville giftes med en herboende tyrkisk pige, som vi ikke havde udvalgt. Hun kommer fra en familie, som vi slet ikke kender, og stadigvæk volder det mig problemer overhovedet at se hende (TM3).

Da vi kom til Danmark opdagede lægerne, at min datter havde et problem i hjernen. Hun var kun 9 år, da hun døde. Det hentesatte mig i en choktilstand, og jeg begyndte at trøstespise. Det blev værre igen, da jeg fik at vide, at min ældste søn, som stadig bor i Tyrkiet, ligeledes døde af en sygdom i hjernen. Nu er jeg bare blevet så kæmpestor, at ikke engang min mand finder mig attraktiv mere. Tror du at der findes en mand, der kan holde sådan et fedtbjerg ud? (TK7).

Tema: ulykker

For syv år siden blev min mand dræbt i en ulykke. Siden har jeg spist chokolade (AK3).

Jeg har mistet to brødre i krigen i Libanon (AM5).

På et tidspunkt var jeg inde i en lang periode, hvor jeg mistede en bror eller søster næsten hvert år. Jeg har altid været en meget livlig type, men det tog pusten fra mig (TK1).

Ved fødslen af min yngste søn viste det sig, at han havde suk-kersyge. Det har min svigerfar også. Det var et kæmpestort chok i mit liv, og jeg har været meget ked af det. Det blev forstærket, da min søster var udsat for en stor ulykke i Tyskland. Hun var indlagt i seks år og er nu død (TK6).

I begge temaer er det familiens sammensætning og sammenhold, der trues. Sammenkoblingen til sygdommen peger på, at der blandt målgruppen er en sygdomsopfattelse, hvor der er en direkte sammenhæng mellem belastende familiemæssige omstændigheder og alvorlig sygdom. Følelsesmæssig ubalance er det vigtigste tema i deltagernes forståelse af årsager til type 2 diabetes. Den følelsesmæssige ubalance er ofte forbundet med frygt, vrede og pludseligt opståede hændelser eller med interpersonelle konflikter, der berører dybt rodfæstede kulturelle forestillinger.

Dette tema viser sig også dominerende i andre undersøgelser af sygdomsopfattelse i forbindelse med type 2 diabetes. I Mexico er der foretaget en kombineret kvantitativ/kvalitativ undersøgelse af, hvordan type 2 diabetikere på offentlige sygehuse skaber mening i deres sygdom, og også her er de følelsesmæssige aspekter det helt dominerende tema (Daniulaityte 2004).

Tema: migration

Migration, nye omgivelser og en ny social situation er et andet tema, der ofte dukker op i undersøgelser af sygdomsopfattelser i forbindelse med diabetes, især i ikke-vestlige grupper (Garro 1995). I vores materiale er den dimension ikke helt så tydelig, men der er flere der nævner, at migrationen til Danmark og ophold i asylcentre har været medvirkende årsager til sygdommens opståen.

Tema: graviditet

En enkelt kvinde fik under graviditeten med sit første barn konstateret gestationel diabetes. Da hun efter 9-10 år begyndte at få forskellige symptomer, ville lægen først ikke anerkende hendes oplevelse, men da hun målte sit

blodsukker på venindens måleapparat og konstaterede et tal på 29, blev hun meget forskrækket, og skønt veninden tilskyndede hende til at gå til lægen, tøvede hun, fordi hun var meget bange for at få diagnosticeret sygdommen. Da hun endelig nåede lægen, fik hun målt et blodsukker på 24 og er nu i behandling.

Narrativet er imidlertid ikke den eneste kilde til viden fra vores visitationsinterview. Vi har været opmærksomme på, at narrative ikke altid spiller den dominerende rolle i hverdagslivet i forbindelse med at leve med en kronisk sygdom (Barth 1995; Grøn 2005). Vi har derfor også stillet supplerende spørgsmål, som i højere grad forpligter deltagerne på at overveje deres her og nu situation, men der er ingen tvivl om, at sygdomsopfattelsen spiller en meget væsentlig rolle, hvilket bekræftes i evalueringsinterviewene, hvor flere af deltagerne gerne vender tilbage til narrative.

Den gennemgående sygdomsopfattelse er, at sygdommen er opstået som følge af psykosocial belastning.

Ansvarlighed i forbindelse med sygdommen

Hvis ovennævnte årsagsforklaring er dominerende for håndteringen af sygdommen, skulle svarene i TABEL 4 se lidt anderledes ud, men der er en overvældende tilkendegivelse af, at egen indsats har stor betydning for at bevare et godt helbred, ligesom der på spørgsmålet: "Hvem har ansvaret for at din diabetes ikke udvikler sig?", næsten udelukkende peges på én selv, mens der kun er to, der peger på egen læge. Flere nævner kombinationer som:

Først mig selv, så familien og lægen til kontrol (TK5).

Lægen som nr. 2. Han skal give den rigtige medicin. Min kone skal stoppe mig fra at spise (AM2).

Disse svar ligger meget langt fra hyppige antagelser i sundhedsvæsenet om, at patienter med især muslimsk baggrund har en overvejende fatalistisk tilgang til at leve

med en kronisk sygdom. Til spørgsmålet om de selv kan gøre noget for at hindre sygdommen i at udvikle sig, er der kun ganske få der svarer, at det de selv kan gøre ingen betydning har. Mange peger på spisevaner:

Jeg passer på spisevaner. Varierer olier. Er holdt op med at spise kød, spiser kun kød uden fedt og mere fisk (TM2).

Kostvejledning er godt, jeg nipper kun til det usunde (TK3).

Passe på munden og ikke bruge den for meget (TM3).

– og enkelte på kombinationen med motion:

Jeg går tur og tænker på maden, frugt, fedtfattigt (AK10).

En enkelt satte os på et meget interessant spor, idet hun forbandt sit eget ansvar med:

Jeg snyder med målingen, fordi jeg ikke vil indlægges. Jeg er ligeglad med, om jeg lever eller dør. Vil ikke på hospitalet. Jeg siger til mit barnebarn, som læser tallene, at hun bare skal skrive 8 (TK2).

Svarene peger på, at der er god forståelse for, at livet med type 2 diabetes – "Man er sin egen læge" – kræver en fokuseret indsats i forhold til den mad, man spiser og – godt nok i mindre grad – fysisk aktivitet. Samtidig peger svarene på usikkerhed og skrøbelighed, når symptomerne melder sig.

Der var en overvældende tilkendegivelse af, at egen indsats har stor betydning for at bevare et godt helbred og en parathed til at tage ansvaret.

Til understøttelse af styrken i selvopfattelsen har vi spurgt deltagerne om, hvordan de i øvrigt oplever sig i stand til at håndtere dagliglivets problemer, vanskelighe-



der og uforståeligheder. Her finder vi et meget varieret billede.

På spørgsmålet "Plejer du at være god til at finde på en løsning på problemer og vanskeligheder, som umiddelbart virker håbløse?", svarer langt de fleste "Ja, for det meste".

Jeg er kendt for at tage problemer til mig og finde løsninger, også selvom jeg ikke kan sproget. Jeg prøver selv. Giver ikke op (TK1).

De, som svarer nej til spørgsmålet, nævner en vifte af problematikker:

Jeg er afhængig af mad. Og alt for afhængig af de offentlige myndigheder. Må hele tiden bede om hjælp. Jeg bliver stresset af problemer, og det er dårligt for min sygdom. Men ikke i forhold til familien, børnene. Jeg er lige blevet bedstefar og forsøger at støtte min kone, som har en depression (TM2).

Jeg bliver meget hurtigt irriteret og vred, opfarende. Også over for børnene. På fjernsynet snakker de hele tiden om sygdommen, og det gør nogle af de familiemedlemmer, der har den, også. Jeg er hele tiden bekymret og psykisk berørt. Jeg er hver dag bekymret for at se på tallene. Har ikke målt blodsukker i 3 dage. Jeg er også hele tiden bekymret for børnene, for de har flere gange set, hvordan jeg ryster, når blodsukkeret er lavt (AK4).

Generelt har jeg ingen problemer. Men jeg tænker meget på mit helbred. Det gør mig meget bekymret. Jeg sover dårligt. Jeg har to børn, som passer meget på mig. Ligeledes min mand. Jeg foregiver af og til for ikke at gøre dem bekymrede (AK6).

Den mest udbredte selvopfattelse blandt deltagerne er, at de generelt er gode til at håndtere livets udfordringer, men sygdommen hæmmer dem, og det går især ud over deres familiemæssige relationer.

På spørgsmålet "Plejer du at opleve din dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse?", fordeler svarene sig overvejende positivt imellem: "Ja, for det meste"; "Ja, en gang imellem", og enkelte svarer "Nej".

Et "Nej"-svar kommenteres således:

Jeg kan ikke gå og ikke sidde, har ingen tilfredsstillelse. Mit ben gør meget ondt, og jeg vækker min familie om natten (TK7).

En gang imellem:

Man stiller sig vel tilfreds. Økonomisk er jeg meget ramt efter ulykken, så jeg kan ikke arbejde. Min kone heller ikke. Det stresser meget. Jeg betaler mange penge for medicin, som er meget dyrt, også til astmamedicin, som jeg slet ikke har råd til (TM1).

Af de mest positive svar findes denne kommentar:

Hver dag er en god dag. Min mor blev 95 (AM1).

Det sidste spørgsmål i denne kategori: "Oplever du tit at ting, som du kommer ud for i din dagligdag, er vanskelige at forstå?", svarer stort set lige mange "Ja, en gang imellem" og "Nej". Færrest svarer "Ja, for det meste". Til sidstnævnte kan kommentaren være:

Der kan være stress med børnene, der skal opdrages samt økonomien (TM2).

Efter min søns død føler jeg også, at jeg selv er død. Lever fysisk, men ikke mentalt (TK7).

Til "Ja, en gang imellem":

Små problemer bliver af og til store (AK6).

Vanskeligheden består i at kontrollere blodsukkeret (TM3).

Og i "Nej"-kategorien følgende:

Der er ingen uden problemer (TK2).

Man skal selv gøre sit liv tilfredsstillende (AK2).

Langt de fleste trækker på personlige erfaringer og ressourcer i deres måde at håndtere sygdommen på, men enkelte er hårdt ramte og har givetvis brug for psykosocial støtte af både individuel og familiemæssig karakter.

De indledende interview har bidraget med uvurderlige informationer, om de tanker og overvejelser deltagerne gør sig i forbindelse med at leve med type 2 diabetes. Der er næsten total konsensus om at forstå sygdommens oprindelse som effekt af en traumatisk oplevelse, enten i form af død og ulykker eller i form af familiære katastrofer. Dette narrativ fylder rigtig meget hos de fleste, hvilket man som sundhedsprofessionel bør være meget opmærksom på. Det blokerer dog ikke for, at deltagerne også med ret stor konsensus mener, at ansvaret for at sygdommen ikke udvikler sig ligger hos den enkelte. Det stemmer ret godt overens med det danske sundhedsvæsens fokus på udviklingen af individuelle redskaber til bekæmpelse af livsstilssygdomme. Hos deltagerne gives der samtidig udtryk for, at de har stor brug for mere viden om sygdommen og mere omsorg fra familien.

I gruppen af deltagere er der en tilsyneladende ret god viden om madens betydning for regulering af højt blodsukker. Derimod er fysisk aktivitet ikke en del af deres opfattelse af at påvirke sygdommen i positiv retning. Langt de fleste giver da også udtryk for, at de har brug for mere viden om, hvordan de kan leve bedre med sygdommen.

Der er nogle interessante paradokser på spil her, som især handler om de udfordringer deltagerne finder allersværest at leve med. Det ene gælder maden, hvor de har ret god viden om god diabetesmad, men hvor de samtidig finder, at det er den allersværeste ændring at leve med. Det andet drejer sig om erkendelsen af, at det er ens eget ansvar, hvilket er næsten ubærligt. Når der generelt svares på, hvem der har ansvaret, giver de fleste udtryk for en god viden om nødvendigheden af kostforandringer. Samtidig er det ”Ændringer af madvaner”, der scorer højest på spørgsmålet: ”Hvad er det sværeste ved at leve med sygdommen?”. Og på en flot andenplads kommer svaret ”Mit eget ansvar”. Der er altså ikke noget, der er let her, og det viser noget om kompleksiteten i at leve med type 2 diabetes, som på så afgørende vis vender op og ned på hverdagens rutiner og den menneskelige natur. Det er problemstillinger af eksistentiel karakter, som det kan være vanskeligt for sundhedsprofessionelle umiddelbart at grave frem, men som ikke desto mindre bør berøres i forbindelse med patientuddannelse.

Det ene store M i diabetesproblematikken MAD ser vi ligge temmelig langt fremme. Hvad med de andre to M'er: MOTION og MEDICIN? Problemer med medicinen er næsten fraværende i visitationsinterviewet, og motion omtales kun ganske lidt i forbindelse med at gå en tur. Ingen dyrker egentlig motion, og flere føler sig lidt begrænsede i udførelsen af dagligdags gøremål.

Deltagerne giver udtryk for god forståelse for, at livet med type 2 diabetes kræver en fokuseret indsats, men også at det er svært at integrere den viden og erkendelse i deres hverdagsliv.



Planlægning af undervisningen



Planlægningen af undervisningen tog udgangspunkt i den eksisterende undervisningserfaring, som er gjort af diabetessygeplejersker på diabetesambulatoriet, Århus Sygehus, samt de erfaringer der er fra Bispebjerg Hospital og Glostrup Sygehus, hvor man i en årrække har arbejdet med en diabetesskole for herboende pakistanere. Herudover blev der taget hensyn til, at der var tale om et projekt, der skulle afvikles i løbet af et år.

Den samlede kursusvarighed var 18 timer, fordelt på seks undervisningsdage. Der var en opfølgende kursusdag efter tre måneder.

Hver af de seks undervisningsdage havde en varighed på tre timer; det var underviserens indtryk, at for mange af deltagerne var en varighed på tre timer næsten for lang tid. Det samlede antal undervisningstimer var samtidig ikke spor for meget i forhold til indholdet i undervisningen. Den ugentlige mødedag gav deltagerne mulighed for at bearbejde det de lærte mellem hvert møde.

Hovedparten af deltagerne gav på den sidste kursusdag udtryk for, at de ønskede at fortsætte med at komme, nogle mødte endda op ugen efter undervisningen var afsluttet. Hvorimod fremmødet til den opfølgende kursusdag efter tre måneder var meget ringe på trods af fornyet skriftlig henvendelse med opfordring til at komme.

Ud fra disse betragtninger er det projektets anbefaling, at hver undervisningsdag har en varighed på maks. tre timer, hvor der integreres pauser og fysisk aktivitet. Kursusforløbet kan med fordel strække sig over mange uger.



Da tidspunktet for undervisningsforløbet skulle planlægges, blev der taget hensyn til den muslimske fastemåned Ramadan, som hvert år falder ni-ti dage tidligere end forrige år. Herudover blev der taget højde for, at mange rejser på lange ferieophold til deres hjemland i sommermånederne. Således fandt undervisningen af det tyrkiske hold sted i perioden april til maj 2005, mens undervisningen af det arabiske hold fandt sted i perioden november 2005 til januar 2006.

Undervisningsprogrammet bør være af højst tre timers varighed over en længere periode.

Rammer for undervisningen



Undervisningen fandt sted i Lokalcentret Gellerup. De anvendte lokaler var ikke beregnet til undervisning. Det var store lyse lokaler, hvilket var en udfordring i forhold til, at grupperne var små og lyset ikke kunne dæmpes i forbindelse med, at der blev anvendt overheads af forskellige madvarer. Ligeledes var der initialt problemer med opbevaring af materiale, der skulle bruges i undervisningen. Disse problemer blev dog løst hen ad vejen. Placeringen af undervisningen var meget hensigtsmæssig i forhold til de ældre, der var bekendt med stedet. Det var dog mindre hensigtsmæssigt i forhold til yngre deltagere, der ikke havde noget tilhørsforhold til lokalcentret. Alle var bosiddende i gåafstand fra lokalcentret, hvilket eliminerede problemer med transport.

Underviserne gav udtryk for, at det var en anden måde at møde patienten på frem for i diabetesambulatoriet. De kunne tydeligt mærke at deltagerne, specielt de ældre, følte sig trygge. Denne tryghed gav basis for åbenhed og diskussioner i gruppen. Forkortelserne henviser til de forskellige sundhedsprofessionelle i undervisningsteamet, og om citatet stammer fra fokusgruppeinterview 1 eller 2.

Altså, jeg tror vi har mødt dem mere, hvor de er. Ved at det har været derude. For det synes jeg helt bestemt har været godt også. Hvis det skal gentages uden for det her regi, synes jeg også, at det skal være ude i lokalområdet (Sygepl. F1).

Citatet henviser til den generelle og overvejende positive evaluering, som undervisningsteamet giver udtryk for hvad angår lokaliteten. Det betyder ikke, at der ikke er

problemer forbundet med at være på ukendt grund. Det kræver store infrastrukturelle øvelser at få det til at fungere. For det første er lokalet lånt, dvs. de undervisningsmaterialer der skal bruges skal enten bringes frem og tilbage, som det fx var tilfældet for diætistens vedkommende, eller de skal bo i en papkasse et mere eller mindre tilfældigt sted på lokalcentret, selvfølgelig altid godt aflåst. Det betyder også, at man skal have tid til at gøre lokalet klart samt efterlade det i ordentlig stand efterfølgende. Og der skal indgås detaljerede aftaler med køkkenet, som i dette tilfælde med skiftende kvalitet var hyret til at servere kaffe/te/vand samt et sundt mellemmåltid.

Det gør selvfølgelig også indtryk på medarbejderne i lokalcentret at få besøg udefra i en længere periode. Det kan fx formuleres således:

Jeg synes, det har været rigtig dejligt, at I er kommet i jeres eget tøj, at I ikke har haft brug for kitlerne for at vise, at I er fra sygehuset. Og jeg synes stadigvæk at altså, jamen, det synes jeg betyder meget, at I er kommet i respekt for, at det kunne de godt finde ud af, at her kom sygehuset til dem (Fys. F1).

Når man rykker ud i nærmiljøet, må man være forberedt på, at aktørerne her forsøger at få indflydelse. Dette var dels noget de tokulturelle medarbejdere kunne berette om, men vi oplevede også, at folk med interesse for at deltage simpelthen mødte op og gav udtryk herfor. Det peger på, at mund til mund-metoden er ganske effektiv som jungletromme i etniske minoritetsmiljøer. Der blev også gjort forsøg på at påvirke sammensætningen af kursusdeltagere. Flere efterspurte information om, hvem





der ellers ville deltage i kurset, og ved disse forespørgsler fremgik det tydeligt, at spørgeren helst ikke ville være i samme lokale som den/dem, der blev spurgt til:

Altså jeg vil sige, jeg er blevet kontaktet af personerne før undervisningen overhovedet startede. Det var dem, der var blevet interviewet først, og de spørgsmål de stiller: Hvem kommer med? Hvem er på holdet? Og hvis den og den kommer, så kommer jeg ikke med. Altså det er jo lige som om, det ikke skulle være hvem som helst, de sad i gruppe med. Fordi også det der med de godt ved, at de kommer til at snakke om nogle ting, 'den dame' ikke skal høre om. Så det var meget vigtigt for dem, at det var nogen de kendte og de havde tillid til (Tokult. F1).

Den sociale kontrol (Khader 2002; Sundhedsstyrelsen 2005) bliver et vigtigt parameter for at deltage i et kursus som vores, og får fuld udfoldelse i det øjeblik vi rykker ud i nærmiljøet og samarbejder med sundhedsprofessionelle,

der forstår det pågældende sprog og selv er en del af nærmiljøet. Som sundhedsprofessionelle må vi tilrettelægge undervisningen inden for professionelle og personlige rammer og ikke skride over i den private sfære. Samtidig må vi respektere de spilleregler, der gælder i lokalmiljøet, så vi kan håndtere dem og bringe dem frem i lyset.

Den samlede vurdering af de fysiske rammer for undervisningen er overvejende positiv. Undervisningsteamet giver faktisk udtryk for, at det er en vind-vind-situation: det er godt for deltagerne, det er godt for sygehuset, og det er godt for lokalcentret.

Lokalcentret er en hensigtsmæssig ramme for undervisningen af ældre med type 2 diabetes.

Principper for undervisningen



Undervisningen var stilet mod patienter af anden etnisk baggrund end dansk, der igennem en årrække har haft type 2 diabetes. Disse patienter har som udgangspunkt nogen viden om diabetes og har fået deres egen erfaring med at leve med sygdommen.

Det var formålet igennem undervisningen:

- At give deltagerne en større forståelse for sygdommen type 2 diabetes og årsagerne til senkomplikationer.
- At give deltagerne indsigt i, hvordan deres livsstil har betydning for sygdommen, og hvordan de selv kan være med til at ændre risikoen for udvikling af senkomplikationer.
- At give deltagerne øget handlekompetence via praktiske og håndgribelige råd og vejledning.

Undervisningen var gruppebaseret, da dette ud over formidling af viden fra professionelle giver mulighed for udveksling af erfaringer blandt deltagerne og for efterfølgende netværksdannelse. Grupperne bestod af patienter med diabetes, der taler det samme sprog. Det var hensigten, at begrænse grupperne til små hold (mellem 5 og 10 deltagere) for at sikre, dels at gruppen ikke er større end at underviseren kan sikre sig at alle er aktive, samt dels at sikre en vis dynamik i gruppen, hvilket kommer til udtryk ved, at flere forskellige opfattelser og meninger kommer til udtryk.

I den efterfølgende deltagerevaluering har det været muligt at kommentere på disse principper.

De mandlige deltagere var meget nuancerede, når både den gruppebaserede undervisnings fordele og svagheder belyses. De gav udtryk for, at det er en fordel at andre

kan spørge om det, man ikke selv kan huske, og det er positivt, at man kan have hver sin mening. Det kan dog også have en bagside, for eksempel når en enkelt person brokker sig lidt for meget, eller hvis alle ikke møder op.

Nogle snakker for meget. Og med tolkning kan det være lidt forvirrende. Og nogle gange er det uvedkommende emner. Nogle gange for meget intern samtale (TM1).

Meget tilhænger af grupper. Der bliver stillet forskellige spørgsmål, og man lærer noget nyt. Men det er ærgerligt, at folk ikke møder op, og når man har meldt sig til, bør man møde op. Hvorfor? Fordi jeg er tilhænger af system, møde op pligt, da jeg selv er underviser. Man må tage tingene alvorligt. Det skyldes ligegyldighed (AM1).

Kvinderne er overordnet meget tilfredse med at være blevet undervist i en gruppe.

Rigtig godt. De andre er jo vores venner (TK9).

Jeg får det meget bedre ved at være sammen med de andre. Hyggeligt med gåture sammen (TK7).

Godt. Hvad skal man lave helt alene? Man lærer noget af hinanden. Hvis jeg var alene, havde jeg kedet mig. Nu er tre timer bare fløjet af sted (TK3).



Men også her nævnes, at det er et problem, når alle ikke kommer.

Når de sidder hjemme, kan de jo ikke vide, hvad der foregår (AK3).

Men der er også kritiske røster at spore. Et forbehold overfor at man skal respektere hinanden, at folk snakker i munden på hinanden.

Meget opsummeres i følgende citat:

Meget fint. Vi føler, vi ikke er alene om sygdommen. Vi kan dele det med hinanden. Grine og have det dårligt (TK8).

Gruppebaseret undervisning evalueres overvejende positivt af denne målgruppe.

Kønsopdelte hold

Beslutningen om kønsopdeling havde projektledelsen taget på forhånd. Men faktisk var flere af underviserne ikke helt enige heri:

Jeg ved det ikke, altså der er de gange, hvor vi har holdt sådan en dag, hvor der var nogle virkeligt vigtige emner, som var lige så vigtige for mænd som for kvinder, så har der været mænd og kvinder sammen (Tokult. F2).

Andre i teamet godtager dog ikke umiddelbart at stryge den manglende kønsopdeling, for som de siger:

Men det foregår alligevel ikke på samme måde ... Det er sådan information ... (Tokult. F2).

Det er et omdiskuteret emne og ret vanskeligt at lande på en entydig løsning. Både de mandlige og kvindelige deltagere var dog enige om, at det ikke er godt med blandede hold.

Når mænd og kvinder er sammen, er der meget generthed. Vi kan ikke forklare vores problemer, når kvinderne er til stede ... Kvinderne er generte, og vi holder os også lidt tilbage (TM5).

Helst hver for sig. Vi er generte og kan ikke have det sjovt. Der kan ingen hemmeligheder være. Vi kender dem jo (TK6).

Hvad angår spørgsmål om køn, går et andet tema ofte igen, når det handler om etniske minoriteter. Det vedrører 'den professionelles køn'. På dette punkt er der derimod ikke divergerende opfattelser blandt de sundhedsprofessionelle, idet alle er enige om at:

... men netop at det var utroligt positivt at møde herrerne, og jeg oplever overhovedet ikke noget, og det der med at jeg var kvinde og de var mænd ... Om det er mig, der er blind for sådan noget, det ved jeg ikke, men jeg var meget positivt overrasket over, at ... tænk, så kom man ind til sådan en flok herrer her, så sad de måske og tænkte, hvad vil sådan et par kvinder der (Diæt. F1).

Som nævnt fungerede de tre af holdene godt, og den interne dynamik var efter hensigten.

Bestemt, det var erfaringer de udvekslede (Sygepl. F1).

Jeg kunne høre fra begge grupper, jeg har snakket med nogle af dem ud over når vi havde undervisning. Selvom de måske så ud som om de ikke viste interesse, i bund og grund så viste de interesse og de vidste godt, at det var for deres skyld, det kursus blev holdt ... Jeg kunne også rundt omkring høre, om der kunne komme flere ind. Det var dejligt at høre, altså, der var mange andre, der også var interesseret i at komme til sådan et kursus. Og jeg hører også kvinderne går og siger, bare det kunne blive ved, ikke. Altså de syntes, at det var for kort tid (Tokult. F1).

Det er vigtigt at sammensætte kurserne med en nogenlunde homogen aldersfordeling, og det set sammen med at undervisningen er foregået på et lokalcenter, så må vi konkludere, at målgruppen skulle have været defineret fra 50-70 år. Der har været lidt forskellige holdninger til kønsfordelingen, men overordnet må vi nok konstatere, at det har været rigtigt at lave kønsopdelte hold, hvilket

især understreges af deltagerne. Gruppedynamikken var på de tre hold helt i top, og manglen på samme på det fjerde hold skyldtes hovedsagligt en skæv aldersfordeling.

Da diabetes er en sygdom, der påvirker hele familien via fx kostændringer, var det hensigten at pårørende også skulle have mulighed for at deltage i undervisningen. Det viste sig dog, at der blandt deltagerne ikke var interesse for dette. Ved de indledende interview blev deltagerne opfordret til at tage en pårørende med til undervisningen. En enkelt gang havde en af de tyrkiske mænd sin kone med, hvilket helt oplagt ikke fungerede særligt godt, og en anden gang var en søn med, hvilket heller ikke fungerede. Der er lignende erfaringer fra et undervisningsprogram iværksat af Diabetesforeningen i Vollsmose (Brandstrup et al. 2007). Hvorimod der er gode erfaringer i den undervisning, der udgår fra Bispebjerg og Glostrup (Hussain & Vibe-Petersen 2000). Herudover må man overveje fordelene ved pårørendes deltagelse i forhold til fordelene ved kønsopdelte hold.

Deltagerne foretrækker kønsopdelt undervisning. Det har betydning for, hvordan pårørende inddrages.

Indhold i undervisningen

Undervisningsprogrammet indeholdt følgende elementer:

- Arv og miljø
- Mad
- Motion
- Medicin
- Kontrol hos lægen
- Følgesygdomme

Det var hensigten, at undervisningen skulle være enkel og konkret, med vægt på praktiske øvelser frem for teori. Fysioterapeuten tog deltagerne med ud for at gå stavgang og lavede øvelser i lokalcentrets motionsrum. Diabetes-sygeplejersken demonstrerede og instruerede i blodsuktermålinger og fodundersøgelser. Der blev desuden lagt stor vægt på anskuelighedsundervisning. Således brugte diætisten billeder af eksempelvis mad og måltidsstørrel-

ser i undervisningen for derved visuelt at anskueliggøre valgmuligheder.

Arv og miljø

Der er en endda meget høj forekomst af diabetes blandt etniske minoriteter af tyrkisk og arabisk herkomst (Vibe-Petersen & Perrild 2000; Kristensen et al. 2006). Dette skyldes dels en genetisk disposition, dels livsstilsfaktorer. Det var formålet med undervisningen, at give deltagerne *kendskab* til, at diabetes er arvelig samt at give deltagerne en *forståelse* for, at livsstil har betydning for, om diabetes udvikles. Dette for at skabe en forståelse for, at sygdommen ikke bare er den enkeltes problem, men i næsten lige så høj grad er en sygdom, der berører hele familien. Samt at livsstilsændringer ikke bare er til gavn for den, der har sygdommen nu, men også kan reducere risikoen for udvikling af sygdommen hos børn og børnebørn.

Mad

For patienter med type 2 diabetes er maden et meget vigtigt omdrejningspunkt, da det for de fleste er forbundet med stor forandring at lægge kost og måltider om. Det gælder for danske patienter, og det gælder i særlig grad for mennesker i eksil. I eksil bliver maden et af de vigtigste symboler for længslen efter hjemlandet, og måltidet bliver det konkrete samlingspunkt i mødet med hinanden og ofte også i mødet med majoritetsbefolkningen (Wittrup 2005; Kocktürk-Runefors 1995). En af de tyrkiske kvinder formulerer sig således om madens sociale og kulturelle betydning:

Hvis du ser flere tyrkiske kvinder samlet, kan du være sikker på, at de snakker om mad og om madopskrifter eller er ved at planlægge, hvornår de skal mødes for at spise sammen (TK8).

Social prestige spiller en stor rolle, og det indebærer, at en god værtinde viser sin gæstfrihed ved at servere retter med stort indhold af olie (Vibe-Petersen 2004) og altid sikrer, at huset er godt forsynet med søde sager, hvilket vi fik at mærke, når vi lavede interview med deltagerne i disses hjem (Wittrup 2005). Vi havde derfor tilrettelagt en stor diætetisk indsats i undervisningsprogrammet. På de første hold underviste diætisten i nogle koncentrerede perioder; på de sidste hold var diætisten til stede stort set hver undervisningsgang, hvilket især skyldtes deltagerne enormt store interesse og mange, mange spørgsmål.



I gennem undervisningsforløbet blev det i teamet diskuteret, hvorvidt vi skulle supplere undervisningen med konkret madlavning og dermed demonstration af mængder og sammensætninger. Teamet valgte det fra på grund af kommunikationsproblemer. Da så mange af deltagerne ikke beherskede dansk, ville det blive helt umuligt at få tolket alle de mange detaljer, og ikke mindst at holde interessen fanget om enkeltspørgsmål. Det mest konkrete blev således det at spise og sammensætte et måltid sammen, at kigge på emballage og at kigge på varedeklARATIONER i Føtex.

Diætisten deltog samtidig i udviklingen af Diabetesforeningens udarbejdelse af undervisningsmateriale henvendt specielt til etniske minoriteter (www.diabetesforeningen.dk). Et billedmateriale, som bygger på de forskellige retter fra eksotiske køkkener, og vigtigst viser indholdet af fedt og sukker i fødevarer, hvor et sådant indhold er svært gennemskueligt: mælk, hvidt brød, vandmeloner for bare at nævne nogle. Nogle af disse plancher blev vist for målgruppen med en vis succes.

Den anskuelighedsundervisning som involverede både syns-, smags- og lugtesansen havde stor succes. Vi serverede til hver undervisningsgang et mindre mellemmåltid, som kunne bestå af oliven, sherrytomater, ost, brød og frugt. Diætisten viste 'tallerkenmodellen' for hvert mellemmåltid, og det var noget, der blev bemærket. Tallerkenmodellen blev udvidet til også at gælde andre måltider, for at understrege vigtigheden af ikke at spise for store portioner samt fordelingen mellem grøntsager, kød, pasta, ris eller kartofler.

Motion

Som med diætistdelen udviklede vi også fysioterapeutens deltagelse på kurserne. Det var formålet, at give deltagerne *viden* om motions betydning i forhold til sygdommen, og at give deltagerne *indsigt* i egen motion ved eksempelvis at demonstrere påvirkningen af blodsukkeret. Som med kosten er det forbundet med behov for store forandringer at introducere fysisk aktivitet som en del af målgruppens daglige aktivitet. Der er ikke tradition for at dyrke motion i de respektive hjemlande, og ingen af deltagerne deltager i organiseret fysisk aktivitet. Flere nævner, at de ofte går ture i nabolaget, men ingen påstår, at det giver dem sved på panden. Så på dette område er der nok at gøre. Noget af motionen foregik i lokalcen-

treks motionslokale, men det mest succesfulde foregik i fri luft. Deltagerne fik udleveret stave og blev instrueret i at gå stavgang til stor jubel for nogle, mens andre fandt, at de blev lige vel meget udstillet i lokalområdet. Desuden fik deltagerne udleveret skridttællere, som de skulle have på hver dag indtil næste uge. På de første hold var motion skemalagt til to gange i løbet af kurset. På de efterfølgende hold var motion en del af undervisningen hver gang.

Medicin

Type 2 diabetes er en sygdom, hvor man blandt andet har for meget sukker i blodet. Blodsukkeret skal helst være 5-8 mmol/l før morgenmaden og aldrig over 10 i løbet af dagen eller aftenen. For at opnå dette er de tre elementer i 'trekanen Mad-Motion-Medicin' alle lige vigtige. Optimal diabetesbehandling omfatter, foruden regulering af blodsukkeret, en progressiv indsats mod forhøjet blodtryk og dyslipidæmi. Diabetesbehandling omfatter derfor meget ofte samtidig behandling med flere lægemidler – polyfarmaci. En forudsætning for opnåelse af den potentielle gevinst herved er imidlertid både, at lægerne ordinerer medicinen, og at patienterne tager medicinen som foreskrevet. Det var formålet at give deltagerne forståelse for, at det er vigtigt, at man tager sin medicin regelmæssigt og som foreskrevet af lægen.

Kontrol hos lægen

En vigtig del af egenomsorgen er at komme til kontrol hos den praktiserende læge eller på et diabetesambulatorium. Det var formålet, at give deltagerne *forståelse* for, hvorfor de skal kontrolleres hos lægen, hvad der skal kontrolleres og hvor tit. Det er især vigtigt, at understrege vigtigheden af disse kontrolbesøg hos denne målgruppe, da der er relativt mange, der grundlæggende har ringe forståelse for egenomsorg.

Følgesygdomme

Patienter med type 2 diabetes udvikler ofte følgesygdomme som nedsat syn, føleforstyrrelser og ikke mindst hjertekarsygdomme, hvorved livslængden reduceres med 5-10 år, foruden at livskvaliteten forringes betydeligt (Hove et al. 2004; Olivarius et al. 2001; The ESDR Incidence Study Group 2006; Uusitupa et al. 1985). Ved en mangefacetteret intensiv indsats bestående af livsstilsændring kombineret med lægemiddelbehandling kan der imidlertid opnås en betydelig reduktion af risikoen for, at dia-

betikere udvikler følgesygdommene (Khaw et al. 2001; UKPDS 1998a+b). Ét af formålene var, at give deltagerne *kendskab* til, hvad senfølger til diabetes er. Der blev specielt fokuseret på fødderne og arbejdet med praktiske færdigheder, der kunne gøre deltagerne i stand til at passe deres fødder.

Enkel og konkret undervisning der lægger vægt på praktiske øvelser frem for teori.



Undervisningsteamet



Kontinuitet i undervisningen samt muligheden for at skabe gensidig tillid mellem deltagere og undervisere var nøgleord i etableringen af et decideret undervisningsteam. Andre nøgleord var professionalitet, motivation og lyst til at deltage i et tværfagligt og tværsektorielt udviklingsprojekt.

Da vi anser projektets resultater for at være direkte afledte af undervisningsteamets succes, foretager vi i dette kapitel en rimelig detaljeret redegørelse for rekruttering og sammensætning af teamet. Efterfølgende præsenterer vi teamets evaluering af deres arbejde, af processen samt af undervisningsforløbet via en analyse af fokusgruppeinterviewene.

Rekruttering af undervisere

Vi rekrutterede to diabetessygeplejersker fra Århus Sygehus, henholdsvis Medicinsk afd. C og Medicinsk afd. M, den ledende diætist fra Praksisdiætisterne, Afdelingen for Folkesundhed i det tidligere Århus Amt, samt en fysioterapeut og to social- og sundhedsassistenter med tokulturelle kompetencer – alle tre fra Lokalcetret Gellerup, Århus Kommune. Deltagelsen i teamet var godkendt af deres respektive ledelser, og de blev aflønnet af projektet.

Tovholder for undervisningen var en sygeplejerske, som sammen med den tokulturelle medarbejder var den gennemgående underviser. Herudover deltog en diætist og en fysioterapeut i dele af undervisningen. Det var hensigten ikke at inddrage for mange undervisere, dette for at optimere kontinuiteten i undervisningen samt danne basis for udvikling af tillid mellem deltagere og undervisere.

Fokus på samarbejde

Det kan næsten sammenlignes med en kunstform, at få mennesker, der i det daglige hverken har personlige eller faglige berøringsflader, til at fungere optimalt i et team med fælles visioner og målsætninger. Det sker heller ikke fra dag ét. Vi har i dette projekt bestræbt os på at acceptere, at det at skabe en fælles samarbejdskultur er en proces, hvor alle parter har nogle rettigheder og nogle forpligtelser. Vi har bestræbt os på at leve op til en række kendetegn ved teamsamarbejde i den udstrækning, det har været muligt (Bro 2000).

Teamet startede med at mødes jævnligt et halvt års tid før undervisningens start, samt igen efter at undervisningen var afviklet.

Med udgangspunkt i det tilgængelige undervisningsmateriale udviklet på Bispebjerg Hospital, skabte teamet i fællesskab undervisningsmaterialet. Der blev i processen lagt vægt på, at respektere den enkeltes faglige kvalifikationer og kompetencer under behørig hensyntagen til, at der skulle være helhed og sammenhæng i undervisningen og det materiale, der skulle anvendes dertil.

Erfaringsudveksling blev i hele denne proces et vigtigt kodeord. Som et forsøg på at monitorere og vedligeholde erfaringsudvekslingen undervejs i undervisningsforløbet, etablerede vi en it-baseret logbog, da vi gik i gang med det andet undervisningsforløb. Logbogen blev en mindre succes, men der er potentiale for at udvikle ikke mindst den tekniske side af sagen. Teoretisk set er it-kommunikation et fremragende redskab, når man ikke har sin daglige færden og arbejdsplads sammen.

I projektledelsen forsøgte vi at skabe rammerne og kommunikationsstrukturen, samt korrigere praktiske proble-

mer og misforståelser i så vid udstrækning som vi kunne. Der var flere problemer undervejs, mest praktiske, men også problemer med at videreformidle information om den konkrete undervisning fra den ene underviser til den næste. Ved vejs ende fik udviklingsprocessen følgende kommentarer med fra teamets deltagere:

Ja, for at få det hele til at falde på plads, det synes jeg nok, at det har taget mere tid, end jeg havde forestillet mig. Man skulle bruge mere forberedelse. Det har sluttet mere. Også det at man skal flytte sig rent fysisk midt i en arbejdsdag, og 'gadung', 'gadung' ud og fange den rigtige bus og komme blæsende, altså det kan godt give lidt stress ... også det at der skal ryddes op bagefter (Sygepl. F1).

Altså, jeg vil da sige langt hen ad vejen, der føler jeg nok, at der har været nogle episoder, hvor vi måske hver især har været lidt stressede, og så er man landet i den situation, at man tror vedkommende har hørt, hvad man har sagt eller omvendt, man tror man har hørt hvad vedkommende har sagt, og så har vi haft nogle misforståelser, fordi der nok har været for meget blæs på. Men altså jeg synes da nok sådan generelt, at vi bliver hørt, men indimellem har vi nok skullet pudse kanterne lidt af, og det sker vel i ethvert samarbejde. Det kan også være ret positivt (Sygepl. F1).

Men altså jeg vil ikke sige, at det har været svært, fordi det har været så spændende, fordi selvom jeg var tolk, så var jeg ikke neutral, jeg var med i det hele og det gjorde det meget spændende. Så når vi var færdige med undervisningen, så var det alligevel dejligt at være der og sådan. Men det der også har været rart var, at jeg har fået enorm meget viden, før jeg gik ind og tolkede, så jeg vidste, hvad jeg snakkede om (Tokult. F1).

... For det har jo været guld værd, jeg synes simpelthen, at vi har haft sådan en glæde af den sparring vi har haft. Ja, jeg tror også vi har udviklet os meget mere og fået fortolket nogle ting meget mere, end vi ville have gjort ved at sidde ene med det (Sygepl. F1).

Udvalget af kommentarer fra undervisningsteamets deltagere peger på de centrale problemstillinger i opbygningen af et velfungerende team. Det er processen der understreges, og det kræver den nødvendige tid, ikke kun til den direkte undervisning, men også til udvikling. Dernæst er det vigtigt at føle sig lyttet til og medinddraget i udviklingen af materialet. Allervigtigst er dog at notere sig den begejstring, der gives udtryk for i udbyttet af at kunne bruge hinanden som sparringspartnere. Det er her teamet har formået at skabe en unik kultur, hvor respekt for hinandens arbejde kommer til udtryk.

Kompetenceudvikling

De forskellige faggrupper havde behov for forskellige former for kompetenceudvikling, således efterlyste især sygeplejerskerne større indsigt i tyrkisk og arabisk kultur, mens de tokulturelle medarbejdere efterlyste større indsigt i behandling og udvikling af egenomsorg i forbindelse med type 2 diabetes.

Hvad angår indsigt i tyrkisk og arabisk kultur og sundhedsopfattelse valgte vi, at de to tokulturelle medarbejdere hver holdt et oplæg. Disse oplæg omhandlede deres erfaringer med sygdom og sundhed blandt deres henholdsvis tyrkiske og arabiske landsmænd, som de møder i deres daglige virke på lokalcentret. Disse oplæg blev understøttet af et teoretisk oplæg om kulturforståelse og kulturmøder i praksis ved én af projektlederne, som også er antropolog. Da det er et tema, der har optaget teamet ganske meget, bliver det behandlet selvstændigt under et senere punkt.

Hvad angår større indsigt i behandling og udvikling af egenomsorg i forbindelse med type 2 diabetes deltog de tokulturelle medarbejdere i den etablerede diabetesundervisning på Århus Sygehus. Undervisningen blev af begge betragtet som en generel opkvalificering af deres både faglige og personlige kompetencer.

Alle disse tiltag til kompetenceudvikling er – ud over en opkvalificering af den enkelte fagperson – med til at styrke de samlede faglige kompetencer på diabetesområdet, og med til at udvikle det både tværfaglige og tværsektorielle samarbejde mellem sygehus, kommune og amt.



Kulturforskellens betydning



Spørgsmålet om kultur er altid interessant, således også i vores undervisningsteam. For at illustrere hvordan der tænkes om kultur, gengives her en længere ordveksling fra ét af teammøderne. Teamet blev spurgt, om de føler sig klædt godt nok på til at undervise målgruppen:

Ja, rent videnskabsmæssigt, men kultur ... der kunne jeg godt savne mere, altså at man havde endnu mere viden omkring baggrunden. Lige specielt omkring de tyrkiske synes jeg ikke, at det er så vigtigt, som når man kommer ind og skal omkring de arabiske, som trods alt kommer fra flere forskellige kulturer. Altså jeg synes, det er godt at vide, hvad det er for en baggrund de kommer fra i forhold til, hvordan man kan forvente reaktioner i forskellige sammenhænge. Det man i det ene land synes er i orden, kan være en stor skam i det andet land. Altså sådan nogle ting, det synes jeg er væsentligt man ved, inden man starter (Sygepl. F1).

Ja, det er det også. Men det håber vi da også, at du vil fortælle os om et par timer, så vi ... (Sygepl. F1).

Jamen jeg gør mig nogle ideer, som at fortælle om sådan noget. Har de tyrkiske patienter i begyndelsen, har de ikke præsenteret sig selv og fortalt? (Tokult. F1).

Det er der ikke tid til (Diet. F1).

... Hvor længe de har haft sukkersyge og hvad ... (Tokult. F1).

Jo, det gjorde de da, men det er jo ikke kulturen ... (Sygepl. F1).

Ja, o.k., men det er sådan set det samme, altså når man fortæller, hvor man kommer fra og hvor man ... så får man det også at vide, så ... (Tokult. F1).

Nej, for jeg ved da ikke, hvordan de gør, der hvor de kommer fra (Sygepl. F1).

Nej (Diet. F1).

Gør hvad? (Fys. F1).

Jamen, jamen, det er ... (Sygepl. F1).

Gør hvad? (Fys. F1).

Gør alting (Sygepl. F1).

Gør hvad? (Fys. F1).

De lever anderledes. Altså, hvad er deres forhold til hospitaler, og alt det de hører her? Altså, det kan godt være, at vi har nogle andre indfaldsvinkler til det. Vi ser jo blandt andet, at de tit kommer dryssende for sent, indtil vi siger, her kommer du til tiden og sådan og sådan er det, og så kommer de også. Men hvis vi ikke sådan ligesom siger, det er reglerne her, så kommer de en halv time efter, og sådan nogle ting skal man da vide for at kunne tage hånd om det. Det er en videpligt ... (Sygepl. F1).

Ovennævnte dialog peger tydeligt på, hvor vanskeligt det er at skabe mening i det grænseland, som kulturmødet i sundhedsvæsenet med rimelighed kan betegnes som. Det er et grænseland, hvor det er svært at mødes, fordi der er så mange personlige og følelsesmæssige aspekter på spil. Det er ikke det samme som at handle ind i Netto (Mattingly under review). De sundhedsprofessionelle vil gerne vide mere om kultur, fordi de formoder, at denne viden vil tilføje en dimension til deres sundhedsfaglige

viden. De tokulturelle medarbejdere henviser til, at man da bare kan spørge, hvor folk kommer fra, og en tredje stemme gentager spørgsmålet om, hvad det er de gerne vil vide.

Når kultur bliver et emne i samtaler mellem mennesker er der næsten altid en tredje dimension tilstede, som passende kan navngives 'forvirring'. Det er denne forvirring, der stikker hovedet frem og definerer kultur som: regler, religion, adfærd, sprog, landegrænser, hårfarve, påklædning, alting m.m. Denne forvirring bygger på en antagelse om, at kultur er noget man kan have, er noget man tilhører eller lever i. Og at man kan indfange den, definere den og dermed beherske den.

I undervisningsteamet søgte vi at overkomme denne forvirring ved at lave forskellige input:

De to tokulturelle medarbejdere holdt hver et oplæg om tyrkisk henholdsvis arabisk kultur set fra hver deres sted – altså sundhedsprofessionelle bosat i Danmark. Det afstedkom mange kommentarer, spørgsmål og fælles refleksioner.

En af projektlederne holdt et oplæg om kultur set fra et antropologisk og interkulturelt perspektiv. Dette tog udgangspunkt i en åben forståelse af kulturbegrebet fremstillet i nedenstående planche:

Planchen peger på, at kulturbegrebet må ses som en dynamisk størrelse. Kolonnen til venstre gengiver en tidlige – om end stadig eksisterende – statisk opfattelse af kulturbegrebet, hvorimod kolonnen til højre dækker over et dynamisk perspektiv, som er det, vi ønsker at gøre gældende i nærværende projekt. Det dynamiske kulturbegreb bygger på menneskers praksis med både at drage kontraster og grænser i forhold til andre eller grupper af andre, og samtidig udfordre disse kontraster og grænser. Det, der skal gøre os i stand til at møde det enkelte menneske åbent og fordomsfrit og ikke som passiv repræsentant for bestemte, på forhånd givne karaktertræk, normer og værdier. Dette perspektiv er det, der overhovedet gør det muligt at foretage en dialogbaseret undervisning, hvilket vi vender tilbage til.

Den væsentligste pointe kan sammenfattes i sætningen: *Intet menneske fortjener at blive mødt som repræsentant for en kultur, men som den person, man er* – en holdning, der også på fornuftigste vis kommer frem i ovennævnte uddrag. Og hvis der ikke er tid til det, så må man tage sig tid til det, da denne grundlæggende nysgerrighed må være udgangspunkt for et møde i grænselandet, byggende på dialog.

Vi har haft fokus på bevidst og reflektorisk at lægge den traditionelle kulturforståelse bag os. En kulturforståelse, hvor vi tror vi ved hvem og hvordan det enkelte individ

Kultur

TRADITIONEL	▪	MODERNE
FÆLLES	▪	FORSKELLIGT FORDELT
ETNISK GRUPPE	▪	SOCIALE GRUPPER
AFGRÆNSET	▪	UDEN SKARPE GRÆNSER
FØDES TIL/SOCIALISERES IND I	▪	SKABES LØBENDE
STABIL	▪	FORANDERLIG
HOMOGEN	▪	HETEROGEN
KULTURBÆRER	▪	KULTURBRUGER
ADFÆRDSSTYRENDE	▪	ADFÆRDSPÅVIRKENDE
NATION, STAMMER, ETNISK GRUPPE	▪	GLOBALISERING, KOMPLEKSITET



er, fordi vi ved hvor vedkommende kommer fra. Samt at kultur 'bare' er noget, der kan fjernes. Kultur er netop ikke en objektiv egenskab ved den enkelte, men et resultat af et kompliceret samspil mellem sygdomsopfattelser, patientidentitet og institutionel ramme.

Det er væsentlig at give plads til at forstå den enkelte og dennes sygdomsforståelse. Samt forsøge at forstå, hvordan den enkelte lever med sygdommen i praksis. Kulturbegrebet er netop ikke et begreb til forklaring eller diagnosticering af en speciel sygdom, men snarere et begreb til at forbedre forståelsen og at udforske kompleks sundhedsadfærd. Den enkeltes sundhedsadfærd består af et komplekst samspil mellem kulturelle, socioøkonomiske, psykologiske og kommunikationsmæssige aspekter. At arbejde med interkulturelle processer indebærer ikke kun at møde patienten uden også at mødes med ens egen

forforståelse og værdier. Kultur er ikke så meget det man ser, som det man ser med. Uafhængigt af, om man er sundhedsprofessionel eller patient, så handler vi ud fra kulturspecifikke forestillinger og handlingsmønstre. I stedet for at diskutere hvem der har tolkningsretten, er det vigtigt at stræbe mod en pluralisme gennem samarbejde og forhandlinger. Man giver noget og modtager noget, når der er to eksperter i mødet.

Intet menneske fortjener at blive mødt som repræsentant for en kultur, men som repræsentant for sig selv. Samarbejdet med tokulturelle medarbejdere sikrer det interkulturelle perspektiv i hele forløbet.



Undervisningsmaterialet



Undervisningsmaterialet blev udarbejdet på basis af eksisterende undervisningsmateriale, og de erfaringer og refleksioner der blev gjort i løbet af projektet.

Således har overlæge Jette Vibe-Petersen og hendes samarbejdspartnere udarbejdet et undervisningsmateriale, baseret på deres erfaringer fra Bispebjerg Hospital og Glostrup Sygehus (Vibe-Petersen & Perrild 2000). Dette materiale fik vi tilladelse til at anvende i vores undervisning. Projektets to sygeplejersker deltog yderligere i undervisningen på Glostrup Sygehus, og udvekslede erfaringer med underviserne der. Vi anvendte materialet som udgangspunkt i planlægningen af vores undervisning, og tilpassede det til vores behov i forhold til den undervisningsplan, vi havde lagt. Vores første undervisningsforløb var præget af, at underviserne følte det var meget vigtigt at formidle *alle* de budskaber undervisningsmaterialet rummede. Men igennem processen med løbende evaluering af undervisningen, gik udviklingen mod en større og større grad af dialog i undervisningen, idet det blev vigtigt at møde deltagerne, der hvor de var. Vi vier et helt kapitel til en nærmere definition af den dialogbaserede undervisningsform.

Her vil vi se nærmere på de udtalelser undervisningsteamet fremkom med omkring de mere tekniske aspekter af undervisningsmaterialet.

Det er vigtigt at tage udgangspunkt i, at mange af deltagerne enten er analfabeter eller har meget kort skolegang eller behersket erfaring med at deltage i et kursus. Det betyder, at man ikke skal læne sig ret meget op ad skriftligt materiale i sin undervisning.

Der er ingen tvivl om, at vi er inde på – som vi har været tidligere – at det er svært at forklare nogle ting, fordi der er nogle,

der ikke forstår skriftsprog, så det kræver, at når man formidler noget omkring mad, at så er der ikke ret mange tal, man kan sige noget om ... Hvor meget fedt eller hvor lidt fedt i gram eller sådan et eller andet. Det var da også tydeligt, at det også var sværere for kvinderne at forholde sig til sådan noget, end det nok har været for mændene. Mændene virkede meget mere modtagelige for noget, der foregik oppe på tavlen end kvinderne gjorde (Diæt. F2).

Det er den balancegang, der fik teamet til at efterlyse meget simple tegninger eller allerbedst noget, deltagerne kunne mærke på og røre ved.

... Og så vil jeg sige det der med billeder, som [navn] kunne fortælle, at det skulle ligne og sådan noget. Det er rigtig fint. Og de kan også lide at mærke på tingene i stedet for at se det. Altså, det er lige som om det fortæller dem lidt mere, at de går ind og mærker på tingene. Altså for at vise dem, at der er forskelligt sukker og ting og sager. Og det er nok det, der skal mere af. Noget de kan have berøring med og føle ... Et billede fortæller dem ikke ret meget. Ikke altid, det synes jeg ikke, fordi de bliver ved med at spørge (Tokult. F1).

Her kommer diætistens mange medbragte kartoner, posser og tallerkenmodeller til sin ret, men også ét af de andre gode indslag i undervisningen:

Men ellers så vil jeg sige, at det at have noget konkret i hænderne, altså det kunne også være at gå på trapper, det virker godt. Man kan kigge på nogle ting og fornemme dem mere end tavleundervisningen måske gør ... og som [navn] også har været inde på: repetition. Det kunne man klart fornemme, når man stodovre i Føtex. Det var de samme ting, som de spurgte om, som man ellers tænkte, jamen det har vi jo talt om, men ... de



spurgte altså, og det virkede egentlig som et rimelig godt indslag, at bruge det at gå på besøg i Føtex både som noget konkret og som en slags repetition (Diæt. F2).

Det her handler lidt om sanser og om, at ikke alle kulturer har den visuelle sans som den højst prioriterede og mest indlæringsvenlige, og at mennesker med ingen eller ringe skolegang har brug for at lære ud fra deres betingelser og forudsætninger.

I undervisningen blev også inddraget allerede eksisterende pjecer. Erfaringen er, at for at disse kan indgå relevant i undervisningen, skal de være skrevet på både et fremmedsprog og på dansk for at give den professionelle mulighed for at se, hvad der egentlig står i pjecen, men også for at gøre pjecen tilgængelig i de etniske minoritetsmiljøer:

Omkring pjecer og materiale – Man skal være opmærksom på, at det altid skal stå på dansk. Jeg er helt enig med dig, man bør ikke udlevere noget, som kun står på et fremmedsprog, fordi ekspertisen er dansktalende og dansklæsende. Man skal være opmærksom på, at det skal være meget simpelt. Skoleinspektøren på skolen fortæller at ude i vores område, der har børnene to halve sprog. De har et hverdagsprog på deres modersmål, og de har et fagsprog på dansk. Men jo ikke et sundhedsfagsprog. Og det betyder, at hvis børnene skal hjælpe med at oversætte, eller børnebørnene skal hjælpe med at oversætte, så skal det være på begge sprog, så de også kan hente oplysninger såvel på deres modersmåls halve sprog og på deres danske halve sprog (Fys. F1).

Endelig blev hver undervisningsdag afsluttet med, at deltagerne fik en hjemmeopgave. Formålet med disse opgaver var, at deltagerne skulle have mulighed for i praksis at arbejde med de emner, der var blevet undervist i. Som eksempel kan nævnes udlevering af en skridttæller, som blev aflæst af fysioterapeuten. Næste undervisningsdag blev startet med en snak om, hvorledes det var gået. Formålet med opgaven var at anskueliggøre, hvor meget/lidt den enkelte havde gået i løbet af en uge samt motivere til at øge dette i den efterfølgende uge.

Tilgangen er altså vigtig. Den må gerne være så konkret som mulig og gerne til at føle på. Billeder kan bruges, men også her er der faldgruber:

Vi var overhovedet ikke nået nogen vegne, hvis vi havde kørt frem med overheads og tavle, det tror jeg ikke. Altså, vi møder dem der, hvor de var og snakkede der, og så blev det på det niveau. Og jeg tror, vi havde tabt det fuldstændigt, hvis det ikke havde været på deres niveau (Sygepl. F2).

Underviserne fandt således, at faktorer der fremmer undervisningen var dialogen mellem underviseren og deltagerne, kommunikation i 'billeder' samt trygheden, støtten og diskussionerne i gruppen. Mens faktorer der hæmmede undervisningen var monologer, lange sætninger og overheads med tekst.

Faktorer der fremmer undervisningen er dialog mellem underviser og deltagere, kommunikation i 'billeder' samt trygheden, støtten og diskussioner i gruppen.

I det andet undervisningsforløb blev dialogen det centrale i undervisningen. Undervisningen blev bygget op om de samme emner, men hver undervisningsseance tog udgangspunkt i deltagerens viden og forståelse. Tiden anvendt på og vægten af de enkelte emner afhang af deltagerens behov. For at sikre at det overordnede formål med undervisningen lykkedes, blev der i fællesskab udarbejdet en undervisningsplan, hvor formålet med hver undervisningslektion og emne blev klart formuleret, og der blev lavet forslag til nøglespørgsmål. Disse nøglespørgsmål var ment som et redskab, underviseren kunne bruge til at lede og målrette dialogen. Herudover blev der for hver enkelt lektion udarbejdet en lektionsplan, der indeholdt oplysninger om, hvilke materialer der skulle anvendes i undervisningen eller udleveres. Samt hvilke budskaber undervisningen lagde vægt på.

Det endeligt udarbejdede undervisningsmateriale kan ses i BILAG 2.

Undervisningsmaterialet skal støtte og målrette dialogen, samt slå enkle centrale budskaber fast.

Evaluering af undervisningen



Fremmøde

Fremmødet vedblev med at være et kampfelt. Trods en ihærdig insisteren fra teamets side på, at der var mødepligt. Det blev fra undervisningens start understreget, at man skulle komme til tiden.

For det tyrkiske hold blev reglerne nogenlunde overholdt. Men da de arabiske hold kom i gang, startede kampen forfra:

Men jeg følte mig sådan, mere eller mindre skældte ud hver gang, fordi jeg sagde, at jeg ikke kunne leve med, at de kom på den her måde. De skulle simpelthen prioritere undervisningen, og i Danmark der var det sådan, at når man gik på sådan et kursus, så kom man bare til tiden. Så sidder de jo også og nikker, og det gjorde nok, at de havde alle de der undskyldninger. Fordi jeg tror godt de vidste, at jeg syntes, at de skulle komme til tiden, men det blev bare ikke til noget ... for dem (Sygepl. F2).

Fremmødet til den sidste kursusdag, opfølgningen efter seks uger, var mindre end til de ordinære kursusdage. Denne problematik afspejler mange andres erfaringer (Krasnik et al. 2004), og det kræver i det hele taget store anstrengelser i sundhedsvæsenet at overkomme den problematik (Nielsen 2002). Det er nødvendigt, at investere noget tid i det opsøgende og fastholdende arbejde som en del af sundhedsvæsenets pædagogiske opgave.

Indhold i undervisningen

Ved det afsluttende interview med deltagerne blev spørgsmålet "Hvad har du lært, som du ikke vidste før?" stillet. De tyrkiske mænd valgte at besvare spørgsmålet lige så

generelt, som det blev stillet. De reflekterede over deres mad- og måltidsvaner på den måde, at de hidtil havde været lyststyret, og at de havde spist alt for meget. Især var de bevidste om, at sådanne dårlige vaner havde påvirket deres blodsukker og dermed deres generelle helbreds-tilstand. Refleksionen handlede om en beklagelig indsigt i, at det ikke nytter noget at tilfredsstille sin lyst. Tværtimod må man indføre begrænsninger og afledningsmanøvrer samt undgå fristelser.

Jeg har fået det meget bedre og sover meget bedre om natten. Minus fedt, minus sukker samt i det hele taget begrænsninger, så går det bedre (TM5).

De arabiske mænd var i højere grad interesseret i at demonstrere deres viden fra før kurset. Blandt andet kan der være tale om kendskab til sygdommen fra forældrene. Det er en viden om, hvad der er godt, og hvad der er dårligt. Denne vending omformuleres hos mange til: 1) hvad man må, og 2) hvad man ikke må. Det er en opfattelse, der går igen både her i evalueringen og i undervisningen i det hele taget. De arabiske udtryk *haram* (det der er forbudt) og *halal* (det der er tilladt), giver for deltagerne god mening.

Nogle var meget optaget af at have lært, hvordan man kan træne musklerne og om at undgå de negative ting.

De tyrkiske kvinder gav udtryk for at have haft en ganske omfattende viden om mad og måltider, og de refererede flittigt til den viden, de hidtil var blevet præsenteret for fra praktiserende læge eller sygehus. Flere af dem mente,



de var ganske godt reguleret, og når de pegede på noget nyt, var det især deres nyerhvervede viden om fysisk aktivitets positive virkninger, de refererede til.

Hvis jeg spiser noget, går jeg en tur. Men hvor vigtigt det er, ved jeg nu (TK4).

Også underviserne pegede på mad og motion som områder, der fangede deltagernes interesse.

Jeg oplever altså, at det er maden og motionen de kan forholde sig til. De er noget mere aktive, når det er den snak (Sygepl. F1).

Nogle af kvinderne pegede på betydningen af korrekt medicinering i forbindelse med regulering og på, at de indtil videre ikke havde haft den store viden om senkomplikationer. Især gik angsten for fodsår og amputation som en rød tråd gennem mødet med alle deltagere. I nabolaget havde en tyrkisk mand først fået amputeret det ene ben, og kort efter var han død. Denne historie fortalte i mange forskellige versioner, men pointen er, at ingen af deltagerne havde været bevidste om sammenhængen mellem deres sygdom og disse dramatiske senkomplikationer.

Det vigtigste jeg har lært er, at det at have det dårligt vil få konsekvenser for helbredet fremover. Nu ved jeg, at jeg kan gøre noget ved det (AM2).

Når undervisningen rigtig lykkes sker en sammenkædning af sygdomsforståelse og udførelse af egenomsorg, som fører direkte til handling. En væsentlig tilførelse af handlekompetence.

Men der er også en anden stemme, som stikker sit fortvivlede hoved frem i stort set hvert eneste interview. Den er et udtryk for, hvor svært det er at forstå og håndtere sygdommen i den praktiske hverdag dag ud og dag ind, samt det at kunne se meningen hermed.

Men gør jeg det? Nej. Selvom vi ved [det hele] kommer vi til at skade os selv. Hvis jeg er i dårligt humør, spiser jeg alt, hvad jeg kommer i nærheden af. Er sulten hele tiden (TK7).

Det er den slags dilemmaer, der præger hverdagen. Set i et undervisningsmæssigt perspektiv er det nødvendigt at lufte dem, så deltagerne kan høre, at andre er i samme situation og få inspiration til ændringer gennem andres løsningsmodeller.

Blodsuktermåling

Hver deltager fik udleveret et nyt blodsuktermåleapparat, og det var intentionen at bruge noget tid på at instruere i ikke kun apparatets funktion, men også dets brug som pejlingspunkt i den vigtige udvikling af en højere grad af egenomsorg.

For deltagerne voldte målingerne store problemer. Generelt var mændene interesserede i og gode til at anvende apparatet som teknik, men for kvinderne gav det ikke meget mening. Generelt var de ikke særligt interesserede i den tekniske dimension, de var tilbøjelige til at snyde med tallene (alle kendte det magiske tal 7) og i de tilfælde, hvor vi havde med analfabeter at gøre, betyder tallene ingenting. En arabisk kvinde fortalte, at hun hver dag møjsommeligt tegnede det der kom frem på displayet, og derefter viste det til sønnen, der måske besøgte hende et par gange om ugen. Underviserne oplevede også store problemer:

Især den dag hvor vi havde praktisk blodsuktermåling, altså hvor de skulle lære det. Det var simpelthen et tabernakel. Jeg takker for, at jeg var så gammel i gårde, som jeg var. Otte mand og få dem instrueret i fingerprik ... Det var lidt svært at få dem det lært, og jeg tror faktisk ikke, at damerne havde lært eller kunne måle blodsukker ret mange af dem. Giver du mig ikke ret i, at det var en svær seance? (Sygepl. F1).

Hvad den tekniske side angår, havde teamet visse genembrud: hændervask før fingerprikket og placeringen af prikket på siden af fingeren frem for i midten, tog deltagerne i stor udstrækning til sig, hvilket igen er med til at understrege betydningen af det konkrete, samt det man kan mærke og føle på.

På de første hold blev der brugt rigtig meget tid på blodsuktermålingen. Teamet blev enige om, at der blev brugt uforholdsmæssigt meget tid set i relation til det relativt ringe udbytte.

... men jeg synes, der går for meget tid ud af undervisningstiden med det praktiske, i forhold til det program, vi skulle igennem (Sygepl. F1).

Det blev besluttet at nedtone tidsforbruget i undervisningen af de arabiske hold og supplere instruktionen med, at deltagerne besøgte lokalcentrets sundhedsklinik, hvor en hjemmesygeplejerske på bestemte åbningstider holder åbent for den slags henvendelser.

Blodsuktermåling eller ej forbliver i undervisningsteamet et kontroversielt emne og tages op gang på gang. At insistere på blodsuktermåling som alfa og omega i egenomsorg, viser sig i denne målgruppe ikke at give mening. For de fleste ikke engang som en instrumentel viden. Blodsukkerregulering er en yderst abstrakt størrelse, og hvis målingen ikke integreres både kropsligt og mentalt, kan deltagerne ikke bruge det til noget. De kommer på den måde til at snyde, ikke kun de nærmeste omgivelser, men mest sig selv. Vi valgte i stedet at tage fat i noget mere konkret og håndterbart for deres hverdagsliv og udviklingen af egenomsorg. Ikke for at glemme blodsuktermålingen, men for at give deltagerne redskaber, som for dem giver mening, som de forstår, og som de kan håndtere (Antonovsky 1987; Aambø 2004).

Arv og miljø

Deltagerne reagerede ret voldsomt på informationerne om arvegangen samt muligheden for forebyggelse og dermed det ansvar, der påhviler dem over for børn og børnebørn. En tyrkisk mand blev direkte vred og gav udtryk for, at det ikke var bedsteforældres opgave at opdrage på deres børnebørn; derimod var det deres rolle altid at have et stykke slik eller en karamel i lommen, så børnebørnene blev rigtigt glade. Men alt efter børnenes alder, påtager størstedelen sig dog et ansvar, men der er enighed om, at det ikke er helt let. Med yngre børn kan man fremhæve sin autoritet:

To sønner er kraftige. Vi bager ikke længere hvidt brød, men spiser meget rugbrød. Børnene skal motionere mere. Mere frugt og grøntsager. Der er ikke noget, der hedder 'vil ikke'. Jeg er blevet meget skrap. Jeg køber en cykel til min yngste søn, når jeg kommer tilbage fra Tyrkiet (TM5).

Hvis det drejer sig om ældre børn, der selv har fået diagnosticeret sygdommen, er der bundet en del skyldfølelse med, som kan blokere for kommunikationen:

Ja. Min datter på 27 har sygdommen, og det er meget sørgeligt. Men mund til mund-metoden er ikke så god. Hun skal også på kursus (TM6).

Kvinderne forbinder ligeledes spørgsmålet om arv med stor sorg, men de påtager sig opgaven med at fortælle derom til deres børn. En fortæller om en lidt kraftig søn, der er holdt op med at ryge. Enkelte har dog også vanskeligheder med spørgsmålet om arvelighed, for de kan ikke forstå, at de selv har fået sygdommen, mens ingen af forældrene har den. Der er her et sammenstød mellem fokus på livsstilsforandringer og sygdomsopfattelse. Når sygdomsopfattelsen knytter forståelsen af sygdommen til et spørgsmål om 'en chokerende oplevelse', er det vanskeligt at forholde sig til, at man har arvet dispositionen og dermed har mulighed for at påvirke sin tilstand.

Jeg har fortalt om det, og de håber, de ikke får det. Kun jeg har det i hele min familie. Startede med graviditeten, men blev permanent da min lillebror døde. Jeg fik et kæmpechok. Jeg har meget brug for at snakke om den sorg. Nu i lokalcentret kan jeg komme og snakke med andre (TK6).

Undervisningsteamet bemærkede, at disse informationer især ramte de yngre kvinder med de små børn hårdt:

Det er her, hvor jeg mente, at vi mistede nogle af kvinderne. Sådan som jeg husker det og aflæste den første gang, så blev de meget berørte, da vi snakkede arv, og jeg tror faktisk, der var to af dem, der tænkte: "Det her det gider jeg ikke høre på". Altså de følte, at det var ligesom at få en knyttnæve lige ind i hovedet. Du har skyld i ... og nu skal du sørge for noget. Der tror jeg faktisk, vi mistede nogle. Det var mit indtryk, at det virkede på dem som om, at "er det virkelig os, der skal sidde her og blive skældt ud".



Men jeg giver dig ret i, at det har været noget af det, der har været svært for dem (Diæt. F2).

Formidling om arv skal være meget handlingsanvisende og ikke introducere skyld og skam.

Mad

Mændene har virkelig lært noget om mad og måltider. Men der er mange overvejelser undervejs, som peger på den fundamentale problematik med forholdet mellem viden og adfærdændringer i den konkrete hverdag. Men der reflekteres meget:

Bare vi overholder det, de siger. Før spiste vi godt, og hvad vi havde lyst til. Men nu er blodsukkeret mere stabilt (AM3).

Men måleskeerne volder problemer, for skal der 1 spsk. for hvert familiemedlem i risen? Det er jo faktisk meget! – Og så koger vi kyllingen nu (AM4).

At jeg ikke skal spise mig mæt på én gang. Skal fordele maden. Må jeg ikke sulte sig selv (TM2).

Fravalg af hvidt brød er noget tyrkiske mænd har taget til sig. Og så noget med portionsstørrelser. Selv om det er svært med den forestående rejse til Tyrkiet, hvor yndlingsspisningen vandmeloner bliver serveret i store mængder.

De arabiske mænd fortsætter om portionsstørrelser:

Når jeg er vild med noget, kunne jeg tidligere ikke holde mig væk, men nu bare meget lidt. Jeg forsøger at undgå fristelser (TM1).

At man skal tænke på kroppen som en bil, der mangler brændstof. Sådan er det også med frugt og grøntsager. Men jeg har nogle psykiske problemer, så jeg tager nogle gange hjemmefra, og

det påvirker sukkersygen. Problemer med kommunen. De har misforstået med hensyn til at være pensionist og få insulin osv., så jeg har brug for at komme væk, til Libanon for at opleve noget andet. "At rejse er en slags medicin". Vi har fået at vide, at vi skal spise 5-6 gange, men det kan jeg ikke, for jeg kan ikke være hjemme hele tiden. Ved godt det er forkert (AM5).

Kvinderne deler sig i to. Ca. halvdelen mener, at de i forvejen holdt sig til at spise mindre sukker, mindre olie og mindre salt. Flere har været til kontrol på ambulatoriet, og der fået noget at vide, men de udtrykker også vigtigheden af at få genopfrisket deres viden. Der er flere der nævner mellemmåltider og det kun at spise ganske lidt.

Men for andre er der problemer med anbefalingerne:

Grøntsager ved jeg godt. Men jeg kan ikke lide det. Slet ikke kogt (AK2).

For os er det nærmest i generne at lave mad med meget olie. Den smager ikke af noget uden (AK4).

Der er én, der ikke har lavet om på noget, og én der er desillusioneret, fordi hun synes, hun gør hvad hun kan, men at det ikke hjælper noget. Hun bliver stadig ved med at veje for meget og at have en kæmpestor mave.

Flere nævner, at de spiser flere grøntsager, og at de kun spiser lidt ad gangen, samt at de holder sig fra dejprodukter – hvilket er noget af det helt vanskelige.

Spiser meget mere grønt, mindre salt, mindre fedt. Drikker mindre te. Slet ikke sødt. Det er svært med hvidt brød, det elsker jeg, men så holder jeg mig væk fra andet. Nogle tager bare tabletter, men jeg passer på. Jeg laver ikke om på min medicin, men det er der andre der gør (TK6).

For mændene er der en tendens til, at det er for hele familien, kosten bliver ændret. Der skal være sundhed for alle, selv om de gør det på hver deres måde. Men af og til er det vanskeligt at gennemføre strikt især over for børnene.

Familien tager hensyn, men laver ikke om på det hele. Fx ved offerfesten tilberedes mange kager (meget sukker, meget fedt, lidt mel). De laves normale, men konen laver nogle, hvor sukker bliver til saccarin, og reducerer fedtindholdet for min skyld (AM1).

Kun mig. Børnene vil ikke høre på mig alligevel. Generelt spiser de ikke så meget (AM7).

Hele familien er involveret. Men kun jeg har sygdommen. Er meget glad for konens involvering. Hun holder mig væk fra de farlige ting (AM2).

Ingen af kvinderne henviser til opbakning fra deres ægtefæller. En enkelt fortæller, at det direkte er et problem, fordi hendes mand forlanger, at hjemlandets retter laves med rigelig olie og sukker. Det bliver så hendes individuelle problem, at lave mad der passer til hende selv. Det er ikke svært at forestille sig, hvor vanskeligt det kan være. De mest bevidste mener, de ikke laver fedtholdig mad og passer på, at børnene ikke får cola og den slags. De understreger, at det er dem, der bestemmer i køkkenet:

Jeg er køkkenchefen (TK1).

Hvis jeg selv laver mad, prøver jeg at overholde, og jeg har lært min svigerdatter, som også prøver at overholde det. Også når der kommer gæster. Og maden er ikke blevet dårligere, hvilket man må acceptere (AK5).

Der var utallige spørgsmål om søde sager. Vandmeloner og honning især. Det er begge fødevarer, der opfylder krav fra den søde tand og findes i store mængder i hjemlandet. Honning anbefales desuden i Koranen, og flere af deltagerne forbandt honning med det religiøse univers. Ved sådanne spørgsmål er det uhyre vigtigt at styre uden om den religiøse diskussion og holde sig til honning som sukker, og blive på sin sundhedsfaglige balnehalvdel.

... men faktisk noget af det kvinderne fremhæver, det var de søde sager, og det er ikke noget, man tilbereder. Æh, så pas på

vi ikke kommer for meget over i noget med tilberedningsmetoder, men at det jo faktisk er noget helt andet, de har svært ved at undgå – der var da flere af dem, der sagde: ”Jeg har svært ved at lade de søde sager være ...” (Diæt. F2).

Som diætisten siger, er det rigtig vigtigt at bruge meget tid på at forklare om sukkeret og de søde sager. Det ligner nemlig langt fremme hos deltagerne at fokusere på sukker. ”Jeg er holdt op med at spise sukker”, kan være nogle af de første ord man kommer til at udveksle om type 2 diabetes. Og så har man ikke megen fornemmelse for andre ting:

Hvor [navn] sagde: Jamen chips, det er da sundt for børn! Kan du huske det? (Sygepl. F2).

Den vigtige balancegang bliver så at fastholde fokus på at reducere sukkerindtaget samtidig med, at der informeres om andre områder med betydning for ændring af livsstilen. Den megen fokus på sukker hos deltagerne tyder på, at de har brug for at få tilført viden om andre aspekter i udviklingen af en meget bredere tilgang til egenomsorg.

Fokus på sukker er vigtig, men må ikke blokere for andre aspekter af diabeteskost.

Motion

For langt de fleste deltagere var betydningen af motion ikke en integreret del af deres opfattelse af egenomsorg. Som med diætistdelen udviklede vi også fysioterapeutens deltagelse på kurserne. Noget af motionen foregik i lokalcentrets motionslokale, men det mest succesfulde foregik i fri luft. Stavgang blev vældig populært, og det kunne foregå lige uden for lokalcentret, mellem boligblokkene. Den første gang var der stor begejstring, og ved den efterfølgende måling af blodsukker var nogle af tallene faldet betydeligt, hvilket vakte begejstring, og understreger effekten af ’det konkrete’. Og at det helst skal være sammen med andre, er der flere, der understreger. I den forbindelse nævnes stavgang, som noget de har sat pris på. En enkelt af de mandlige deltagere deltog desuden i et udvidet kursus i stavgang, således at han selv



havde mulighed for at danne hold. Der er dog også barrierer for, at et sådant projekt kan lykkes. Selv om de fleste tilsyneladende var begejstrede, så kom det alligevel frem, at de ikke rigtigt kunne lide at gå rundt i deres eget boligkvarter, fordi de følte, at de blev udstillet. Og det kunne der jo være noget om.

Mændene nævner, at de har lært, hvordan de skal sidde, ligge og finde den bedste placering til benene. De har lært, at man skal være afslappet, når man går. Især at stavgang virker godt uden at blive belastende. Og at de skal gå lidt hurtigere, så de bruger mere energi.

Deltagerne er meget glade for motionsdelen, og de er opmærksomme på, at det forbedrer deres egenomsorg. Der er dog rigtig mange barrierer, der gør den fulde implementering vanskelig. Især tyrkiske kvinder nævner sammenhængen mellem bevægelse og humør:

Tidligere var jeg meget aktiv, men efter min brors død har jeg mistet lysten. Plejede at cykle i centret. Det har meget med humøret at gøre. Hvis det bliver sammen med andre, så o.k. (TK9).

Ja nogle gange, hvis jeg har lyst. Mit humør bestemmer. Jeg drikker rigtig meget vand. Jeg tager ikke på (vejer 140 kg). Men jeg vil gerne tabe mig. I Tyrkiet tabte jeg mig. Vil gerne på opholdssted for fede i Tyrkiet. Hvorfor kan jeg ikke hjælpes her? Lægen laver sjov med mig. Siger, at jeg bare skal tabe mig 50 kg? Og det er heller ikke let med min mand, som bare er ung og slank. Er der nogen der tror, det er rart at gå rundt med en krop som min? Mine ben og fødder hæver vildt, men de hjælper mig ikke. Ikke engang en vanddrivende sprøjte. Det hele hænger sammen (TK7).

Vejret nævnes også som en barriere for motion. Således er der i kvindegruppen enighed om, at de helst ikke går ud i dårligt vejr. De nævner yderligere, at det kan være svært, fordi der ingen støtte er til at danne netværk:

Jeg har ingen at gå med. Vi har svært ved at være sammen i grupper nu om dage. Der var engang én, der hed Anne her på lokalcentret, som tog os med alle steder hen. Der skal lidt tvang til. I kan jo se, at de heller ikke kommer til undervisningen (TK9).

Med motion som med al anden forandring er det nødvendigt at sætte noget i gang, som også holder 'after the event':

Men jeg kunne godt tænke mig flere tilbud i forhold til motion. Der er jo ikke mange tilbud til dem. Jeg mangler, at der er noget praktisk, at der kom noget ud af det i praksis omkring motion. Der kom det ud af det, at [navn] i går var på kursus i stavgang. Og aftalen er, at han skal køre selv-stavgangs-hold fra efteråret, når de kommer hjem fra sommerferie i samarbejde med mig. Så der er der noget. Men jeg er sikker på, hvis Diabetesforeningen kan starte noget op i hallen lige ovre ved siden af, så ville der også her, denne her vej, være nogle der trækker hinanden med derover ... på noget diabetesmotionshold. Og så tror jeg, de vil mærke en klar forbedring også i løbet af de 6 uger, vi kører kurset. Se det kunne jo være guf (Fys. F1).

Fysioterapeuten giver her udtryk for, at den vigtigste barriere for fastholdelse af motion ligger i, at der ikke er noget tilbud!

Det lykkedes faktisk at etablere en motivationsgruppe i samarbejde med Diabetesforeningen. Tilbuddet fulgte umiddelbart i kølvandet på vores undervisningsforløb, og der blev foretaget en overdragelsesforretning til en af Diabetesforeningens meget erfarne frivillige. En gruppe på 6 blandede mænd deltog i motivationsgruppen i den nybyggede multihal, hvor de fik lov til at snuse til forskellige aktiviteter, som hallen kan byde på. Men straks efter motivationsgruppens ophør holdt mændene også op med at komme, og skønt de ansatte i hallen forsøgte at kontakte dem, vandt det ingen genklang (Vinther-Jensen & Lassen 2006).

Der er ingen tradition for at 'gå til noget' blandt deltagerne. Hverken når det gælder kulturel eller aldersmæssig tradition. Alderen 50 år og opefter er for de fleste forbundet med en stille gang på jorden, og der er ikke noget i deres eksistens i Danmark, der har forhindret den udvikling i at finde sted. Allervigtigst udtrykkes det dog af en tyrkisk kvinde, når hun siger, at de rigtig gerne vil deltage i alverdens ting, men at de er så dårlige til selv at arrangere det og selv vedligeholde de forskellige initiativer.

Målgruppen har behov for at inspireres og motiveres til fortsat motion.

Medicin

Flere deltagere er reguleret via medicin, og flere tager forskellige slags medicin. For også at gøre undervisningen om medicin meget konkret, bad vi deltagerne om at tage deres daglige medicin med. Det hjalp meget i kommunikationen om, hvilken medicin der skal tages hvornår. Netop kombinationen af mad, motion, medicin – de 3 M'er – blev der gjort en del ud af. Det lykkedes via den form for snak at få et par stykker, som mente de kunne regulere sygdommen uden medicin, til faktisk at gå til lægen og få ordineret den rette medicin. Den konkrete indfaldsvinkel viste sig også på dette område at være konstruktiv:

Men samtidig oplever jeg også, at det har flyttet nogle ting. Alt-så de har oplevet, at det er vigtigt, at de tager deres medicin, og at de tager den rigtig ... Jeg havde også en, der kom med kolesteroltallene fra lægen og havde fået dem skrevet ned, og de var jo pæne nok, det havde hun allerede selv konkluderet ud fra det, hun havde hørt (Sygepl. F1).

Kontrol hos lægen

Egenomsorg er også at følge diabeteskontrollen hos den praktiserende læge. Vi gjorde et stort nummer ud af, at få de deltagende kursister til at opsøge deres egen læge under kurset. På den måde søgte vi at skabe en sammenhæng, som set fra patientens side er uvurderlig. Det var undervisningsteamets oplevelse, at den sammenhæng blev skabt for nogle af kursisterne:

Ja, der er virkelig nogle solstrålehistorier også i det. Jeg vil da også sige i forhold til mændene, jeg synes der var flere, som det gik op for, hvor vigtigt det i grunden er, at man går til kontroller og at man egentlig godt kan begynde at interessere sig for, hvad værdierne er og så videre. Der var faktisk en, han kom med en seddel, nu havde lægen altså også skrevet det op til ham, altså det flyttede noget (Sygepl. F1).

Regelmæssig kontrol hos lægen kan især være vigtig, fordi mange af deltagerne ikke får målt deres blodsukker eller ikke helt forstår sammenhængen i sygdommen og dermed ikke er i stand til at optimere deres egenomsorg. Undervisningsteamet forsøgte her at understøtte en praksis, der også gerne skal fungere, når undervisningsforløbet er slut. At det ikke altid er let at kombinere bevidstheden om eget ansvar for sygdommen med en fortsat afhængighed af sundhedsvæsenet understreger en enkelt deltager:

Nej. Hvad har jeg lært, og hvad gør jeg bedst for mig selv? Det er op til mig. Den eneste hjælp kommer fra mig selv. Jeg har heller ikke længere så stor trang til at gå til lægen. Han kan alligevel ikke gøre noget. Og det er ligegyldigt, om det er insulin eller tabletter. Hvad kan lægen gøre? Nu hvor jeg har accepteret min sygdom, går det bedre. Før havde jeg bare lægen til at gøre det (TM7).

Følgesygdomme

Udviklingen og stimuleringen af egenomsorg handler om at forebygge følgesygdomme som hjertekarsygdomme, øjensygdomme, nyresvigt og sår på fødderne. Undervisningsteamet besluttede tidligt i forløbet ikke at benytte 'heart attack' som skræmmeord (Vibe-Petersen 2004), men derimod fulgte teamet op på de fortællinger, deltagerne selv havde om konsekvenser af sygdommen. Blandt andet havde det chokeret mange af de tyrkiske deltagere, at de kendte til en mand i lokalområdet, som havde fået amputeret først det ene ben og siden det andet. Der var derfor meget stor lydhørhed om undervisningen i fodterapi:

Men jeg synes stadigvæk det er vigtigt at fortælle om følgesygdomme, fordi det er ligesom også det der gjorde, at de var mere interesserede, fordi sukkersygen i sig selv havde ikke rigtig betydning for dem. Men lige så snart de fik at vide, hvad de kan blive ..., at de kan gå hen og blive mere syge af det, og hvad slags sygdomme de kan få, det gjorde altså, at de var mere interesserede i at lytte, og det motiverer på en eller anden måde til, at de selv gør noget (Tokult. F1).

Skønt mange af deltagerne havde haft sygdommen i flere år, vakte det alligevel forundring i undervisningsteamet,



at flere havde rigtig dårligt kendskab til følgesygdommene. Især var kvindernes viden om fødder generelt meget lille:

Fordi de bliver ved med at spørge, om de ikke skal have en fodterapeut til at komme og se dem, hvor jeg så fortæller dem, at de har set billederne hvornår. Det var lige som om, at det ikke var nok for dem (Tokult. F1).

Altså jeg havde indtryk af, at kvinderne faktisk ikke gik til fodterapeut. Den dag vi havde undervisning om fødder, der havde jeg en henvisning med til dem, som de kunne tage med til deres læge ... De ville så have en alle sammen, og der var én der sagde i går også, at hun havde fået bestilt tid nu, eller fået den skrevet under ved lægen, nu skulle hun bare finde en. Så jeg tror faktisk ikke, at de gik til fodterapeut (Sygepl. F1).

Undervisningen omkring fødderne var altså rigtig succesfuld. Vi havde bestilt spejle med håndtag til alle deltagere og givet besked gangen i forvejen om, at de skulle være parate til at tage sko og strømper af, når de kom næste gang. Undervisningsteamet oplevede, at mange ikke havde kigget på deres fødder tidligere, og at det for langt de fleste blev tydeligt, at her var noget de skulle se at få styr på.

Kønsforskellens betydning

Vi havde jo på forhånd besluttet at kønsopdele undervisningen og har også beskrevet, at især de tokulturelle medarbejdere kunne have deres betænkeligheder med det hensigtsmæssige i at blive ved med at lave opdelinger, som er på gamle og traditionelle præmisser. Det er en meget relevant betragtning, som givetvis må tages i sundhedsvæsenet hver gang vi laver projekter for etniske minoriteter. Her vurderes implikationerne af valget af at lave kønsopdelte hold.

Der var enighed om, at mændene er de mest videbegærlige, involverede og har det største forståelsesniveau:

Det oplevede jeg faktisk, det var rigtigt, rigtigt spændende at se. Fordi det er en måde, hvor de selv kan være involverede, og jeg tror det er rigtig vigtigt for mændene (Diæt. F1).

Der er ingen tvivl om, at vi er inde på – som vi har været tidlige – at det er svært at forklare nogen ting, fordi der er nogen, der ikke forstår skriftsprog ... og der var det tydeligt, at det var sværere for kvinderne at forholde sig til sådan noget, end det nok har været for mændene. Mændene virkede meget mere modtagelige for noget, der foregik oppe på tavlen end kvinderne gjorde (Diæt. F2).

Det falder meget godt i tråd med teamets undervisning i blodsuktermåling, som mændene generelt fik meget mere ud af. Desuden var der stor respekt om underviserens indsats, der som deltagerne sagde: ”kom helt ud til os for at give deres viden videre”.

Det tyrkiske mandehold var lidt ustabil og udsat for nogle, der kom til senere og for nogle, der inviterede ’gæster’ med. Det gav en vis uro, som undervisningsteamet ikke var glade for. Derudover syntes de også, at gruppen af mænd kunne optræde lidt bedrevidende:

Og jeg vil så sige i forhold til mande- og damegrupperne, altså mandegruppen, den var ligesom manipulerende, det var ligesom om at de tænkte: ”Vi ved bedre end dig”. De sagde det ikke direkte – jo nogle gange, men mange gange så var de ikke interesserede, og så fik det mig til at tænke på, hvorfor er de så kommet, ikke. Men jeg fandt ud af, at de har hørt rygter om sukker-sygeapparatet for eksempel, og hver gang [navn] sagde noget, så havde de en eller anden kommentar til det. Vi skal måske fra starten tænke på, hvad de har hørt i de forskellige tyrkiske kanaler – og der er meget folkesnak. Det har så været lidt svært (Tokult. F1).

Det bedrevidende blev ikke oplevet i kvindeguppen:

... så var det nemmere i kvindeguppen at få sådan lidt pingpong, end det var i herregruppen (Diæt. F1).

... det handlede også om, at mændene havde respekt for, at vi kom og afleverede noget. Og at vi havde travlt. Kvinderne er mere ligeglade. Det er de også i hverdagen. Der er en gruppe kvinder, og de skal nok have noget hygge og noget sjov og noget. Det er de rigtig gode til, og så må vi jo se, om vi kunne komme ind med vores ting (Diæt. F2).

De tyrkiske kvinder var meget stabile og kom til tiden. De viderebragte måske på den måde en stærk tradition blandt tyrkiske kvinder til at være sammen og dele erfaringer. Måske også til at være fælles om at dele byrden (Hjelm et al. 2003). Fællesskabet på kvindeholdet kunne godt bære, at en enkelt af deltagerne var yngre end de øvrige og faktisk kunne tale og forstå lidt dansk. Der var tilsyneladende ingen uoverensstemmelser baseret på alder.

Undervisningsteamet oplevede altså, at der var stor forskel på, hvordan de skulle undervise de to forskellige køn. Ligeledes, at de to køn efterspurgte forskellige elementer i undervisningen. Mænd hældede nok lidt mere til mere konkret viden, men havde så til gengæld mere folketro og fjernsynsviden at bære rundt på. Kvinderne var bedre til erfaringsudveksling og til at få noget ud af gruppedynamikken.

Historien om de arabiske hold ligner til forveksling det omvendte. De arabiske mænd er ikke kun som de tyrkiske: yderst interesserede. Vi vil nærmest karakterisere langt de fleste af dem som yderst motiverede. Derudover hyggede de sig:

... jeg tror også mændene de nød at være der (Diæt. F2).

... fordi mændene de ringede jo til hinanden ... de talte med hinanden om næste gang, der er kursus. Altså de hyggede sig. De hyggede sig med det. Og det var fint, ikke? (Tokult. F2).

Dannelsen af netværk blandt mændene gav dels en god stemning i undervisningen og førte til motivation ud over selve undervisningsforløbet. Sådan var det som nævnt slet ikke for kvinderne. Vi har beskrevet den heterogene alderssammensætning, og vi har ikke indtryk af, at kvinderne har hygget sig:

Kvinderne har ikke gjort det. Kvinderne der kom der – imod deres lyst – de havde ikke lyst til at komme ... De få, der havde interesse i det og som prøvede at komme, jamen det var også håbløst for dem (Tokult. F2).

Vi kan dog ikke vide helt præcist, om det handlede om vores dårlige sammensætning af holdet. Der er i Malmø

lavet en undersøgelse af social kapital og etniske forskelle, og her er arabiske kvinder den gruppe, der af alle har den mindste deltagelse i aktiviteter uden for hjemmet (Lindström 2005). Ligeledes viser en sammenligning af kvinder med type 2 diabetes fra Sverige, arabiske lande og Jugoslavien, at minoritetskvinderne ikke kun skal forholde sig til en kronisk sygdom, men også til marginalisering, mangel på social støtte, social isolation og fremmedgørelse i en fremmed kultur (Hjelm et al. 2003). Dette billede bekræftes i vores undervisningsprogram, suppleret af en interessant iagttagelse fra vores arabisktalende, marokkanske, tokulturelle teammedarbejder:

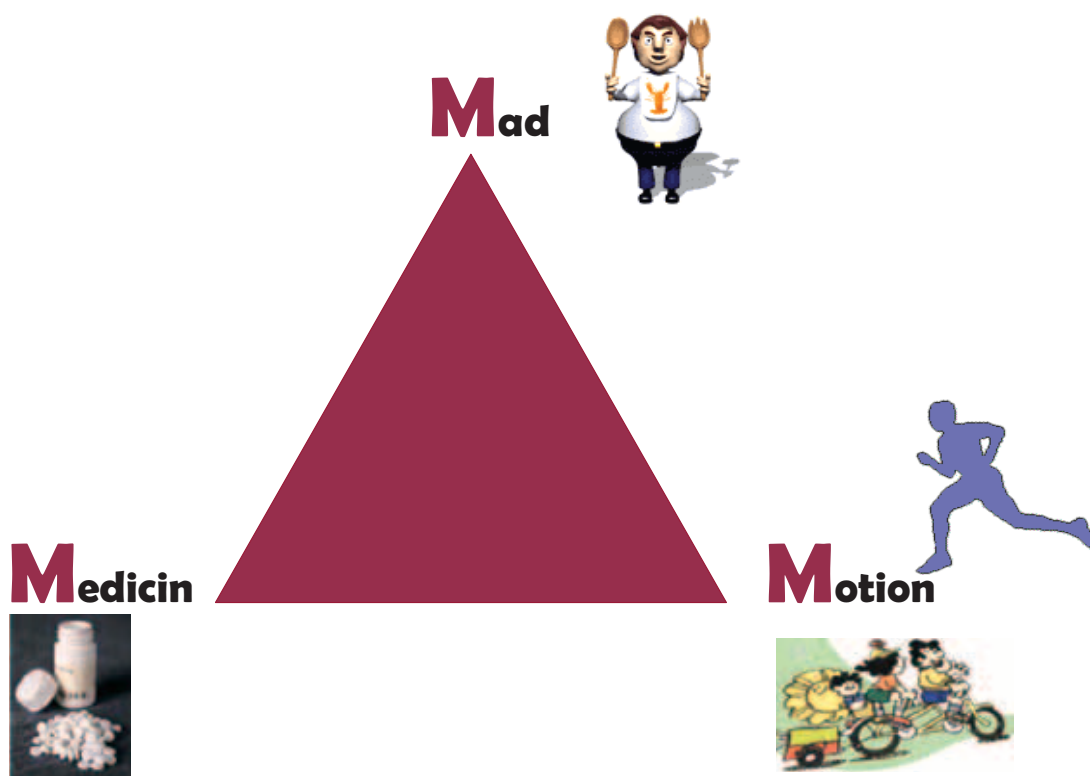
Det gør det ret besværligt, det andet angående sproget. Det man lægger mærke til er, at kvinder ikke er vant til at omgås alle arabisktalende i forhold til mændene. Og hvor deres sprog måske er mere lokalt, end det er åbent, hvor manden det er modsat ... (Tokult. F2).

Arabisk er altså ikke bare arabisk, og det blev bemærket, at kvinderne primært beherskede lokale dialekter, hvilket i sig selv måske har gjort undervisningen uforståelig for nogle af dem. Denne snak får flere refleksioner frem blandt undervisningsteamet:

Men det er mere det der med at komme på kursus, altså jeg synes, jeg havde et stærkt indtryk af, at de ikke vidste hvad det indebar for dem at komme på et kursus og komme i sådan et helt forløb, og at de selv skulle deltage. Jeg havde en meget stærk fornemmelse, og den blev forstærket ved det, at de kom dryssende på den måde de gjorde, det var sådan noget sekundært for dem. Nåede de det, var det godt, og nåede de det ikke, så kunne det også være lige meget. Og kom de en time for sent, så var det bare ærgerligt. De prioriterede det ikke, men det tror jeg var et forståelsesproblem i deres kultur, at de ikke helt vidste, hvad det var at følge sådan et kursus (Sygepl. F2).

Egentlig hvis vi havde tænkt os om, kunne vi godt have vidst noget af det her i forvejen, os der kommer fra Gellerup Lokalcen-ter. Men det har alligevel været skjult for os, at kvinderne som kommer rigtig meget faktisk kun kommer, fordi der har været nogle medarbejdere, der har kunnet samle dem i en gruppe. Vi troede at det var kvinderne, der var gode til at lave grupper, men når vi ser tilbage så er det fordi, at der næsten konstant er kvindelige arabisktalende medarbejdere. Det var vi ikke klar over, men det





er vi så nu. Kvinderne er ikke, dem vi kender, særligt gode til at organisere socialt samvær i en gruppe på nogle givne præmisser. Det er meget overraskende (Fys. F2).

Selv om det er kvinderne, der sjældnest kommer uden for hjemmets fire vægge og oftest huserer i køkkenregionerne, så er det ifølge den tokulturelle medarbejder overraskende nok blandt de arabiske mænd, at vi finder den største interesse for yderligere viden om gode madvaner:

Det der har overrasket mig, det er, at det er kvinderne, dem der har mest at gøre med køkkenet, der har svært ved det. Og mændene, som ikke har ret meget med køkkenet, var det ikke svært med. Og det er lidt bekymrende, fordi at det er o.k., at de har sukkersyge og de ved, at det er arveligt, og der er nogle madvarer som kræver et kendskab, der handler om at passe på de næste generationer også. ... Men det er overraskende, at det er kvinderne, der ikke har lært det ... Og mændene har lært det (Tokult. F2).

Ved at gå gennem lag for lag i refleksionen om betydningen af kønsforskellene i den arabiske gruppe, tegner der

Trekanten Mad-Motion-Medicin
 Dias fra det benyttede undervisningsmateriale,
 udarbejdet af Praksisdiætisterne, Center for Folkesundhed
 (www.folkesundhed-midt.dk), Region Midtjylland

sig et yderst komplekst billede, som peger på, at der skal tages fat på de arabiske kvinder på en helt anden måde, end vi hidtil har kunnet gøre. Som afslutning vil vi påpege den tokulturelle medarbejders vise forslag: At det ikke kun er vigtigt at lave kønsopdelt undervisning, men faktisk også at designe forskellige undervisningsprogrammer, hvor man også tager højde for, at kvinderne har meget svært ved at forlade hjemmet for længe ad gangen og dermed har sværere ved at koncentrere sig.

Kønsforskellen har altså en enorm betydning, som vi har fået bekræftet efter undervisningens ophør.

Der kan med fordel anvendes køns- og aldersmatchende gruppebaseret undervisning.

Viden og adfærdsændringer



I undervisningsteamet har der været mange diskussioner om, hvordan sundhedsprofessionelle bedst kommunikerer den viden de har til lægpersoner. Det er en uhyre central diskussion i arbejdet med at udvikle etniske minoritetspatienters forståelse af egenomsorg. Debatten skriver sig ind i et generelt opgør med det klassiske oplysningsideal, hvor videnskaben fortæller befolkningen om faren og muligheden for at undgå den, hvorefter befolkningen i tillid til eksperternes vurdering gør, som de foreskriver. Mange af diskussionerne i undervisningsteamet afspejler, at der ikke er taget et definitivt opgør med vidensidealet. De sundhedsprofessionelle understreger, at det er deres væsentligste opgave at formidle den viden, de har erhvervet sig efter mange år som diabetessygeplejersker. Som vi har diskuteret i kapitlet om kulturforståelse, er der også en åbenhed for at erhverve sig nye kompetencer i forsøg på at blive dygtigere til at kommunikere med lige netop den specifikke målgruppe, man står overfor, som i dette tilfælde: etniske minoriteter. Det er derfor en stor udfordring for den sundhedsprofessionelle i mødet med patienten at formidle den populationsbaserede information om risiko, så den giver mening for det enkelte individ (Hansen & Svendsen 2005).

'Giver mening' oversættes i undervisningsteamet til 'have brug for'. Det er især teamets medarbejdere fra lokalcen-tret, der fremfører denne konkretisering:

Altså, man taber sig ved at pakke sig ind i plastikposer, det er helt sikkert og bevist, det gør man, så har man svedt en masse væske ud. Så sommetider skal vi forbi noget praktisk viden for at give noget brugbar viden om, hvordan man taber sig i forhold til diabetes, og hvorfor man skal motionere i stedet for at svede kiloene af ... (Fys. F2).

... det igen med at de har jo selv en viden. Det de ikke ved er, hvad de skal bruge den til, hvordan de skal bruge den. Og vi har måske ikke tænkt på, hvor meget de ved og hvad måske en anden form for undervisning hjælper dem til. Hvad er viden, og hvad kan den bruges til? ... De har fattet det der med, at det er motion, medicin og mad. Så det har givet dem en bevidsthed, at de har fået noget til at bevæge sig noget mere. Så jeg synes altså den viden, som de havde i forvejen, plus det de har fået i det her kursus, altså det har ændret noget i hvert fald positivt, ... eller det har givet en bedre forståelse af, hvad det er, der er det ... (Tokult. F2).

Dette er præcis, hvad der stræbes efter. På den ene side smelter den nye viden sammen med 'gammel' viden, og en ny forståelse opstår, og på den anden side har helt centrale budskaber i undervisningen tydeligvis fæstnet sig, nemlig de tre M'er: Mad, Motion, Medicin.

Det understreges, at den brugbare viden tilegnes gradvist i en proces, der varer i hele undervisningsforløbet. Desværre er det ligeså sikkert, at den ret hurtig fordamper, så det anbefales at der bliver fulgt op med hyppige intervaller:

De prøver, tror jeg, ... altså de er ikke helt motiverede fordi, som en af kvinderne sagde i går, de vil gerne have det lidt tiere, så de ligesom får et spark til at køre videre på, ikke fordi de mener, at hvis de ikke får den der opfølgning, som der var en der sagde, så allerede efter 1-2 måneder, så ligger de der igen (Tokult. F1).

Den form for selverkendelse kendes i undervisningsteamet også fra danske diabetespatienter. Det er i det



hele taget en erfaring, sundhedspersonale gør sig med kroniske patienter. Der er brug for meget støtte og konstant motivation.

Brugbar viden tilegnes gradvist i en proces, der varer i hele undervisningsforløbet.

At undervisningen skal være konkret går igen i undervisningsteamets fælles refleksioner. Lad os tage et eksempel med motion – når det går mindre godt:

... og jeg synes blandt andet, den dag med at de skulle måle musklerne, det forstod de ikke. De kunne ikke finde ud af at sætte de der centimetermål på, fordi jeg tror simpelthen ikke, at de kunne se sammenhængen (Sygepl. F1).

Og når det går rigtig godt:

Jeg vil godt sige, jeg har bare lært igen, at tingene skal være simple, når vi underviser. Både fordi vi skal bruge tid på tolkning og selv skal kunne følge med, havde jeg nær sagt. Men også at viden om træning det er meget konkret viden, der kan bruges til noget. Altså når man er ude at gå, så bliver man forpustet, og hvad betyder det så? Er det godt eller er det skidt? Vi er på det niveau. Så det har jeg i hvert fald lært endnu en gang. At det er sådan det skal være. Meget konkret og meget praktisk orienteret (Fys. F2).

Ændringer hos deltagerne

Deltagerne blev opfordret til at udarbejde handleplaner. I det følgende belyses, hvad deltagerne angiver, de vil ændre på fremover.

Mænd i begge grupper nævner mere motion og mindre måltidsstørrelser. 'Trekanten – Mad, Motion, Medicin' – fremhæves som god at leve efter samt villigheden til at foretage blodsuktermåling. En enkelt er klar over, at han skal koncentrere sig om gymnastik. Det er den motor, der skal sætte ting i gang. Er glad for at have tiden til det og spadserer hver morgen.

Mændene påpeger, at de forstår næsten alt, men "at praktisere det er vanskeligt. Specielt maden". Hertil føjes sukkertallene, hvor det især efterlyses at forstå sukkertallene på den naturlige måde, altså uden måleapparat. Det optager mændene meget højt at kunne være i stand til at aflæse kroppens egne signaler.

De fleste tyrkiske kvinder synes de er velregulerede og understreger igen reduktion i madmængderne. De udtrykker også en vis forståelse for egenomsorgens betydning.

At jeg lærer at passe bedre på mig selv, og hvad jeg spiser ... At tænke mest på hvad der er godt for mig (TK2).

Men der gives også udtryk for en magtesløshed med sygdommen, som hænger sammen med livsomstændigheder, og om frustrationer i forbindelse med mødet med sundhedsvæsenet:

Mens vi er her, lærer vi noget, men når jeg kommer hjem, gør jeg som jeg plejer. Bliver træt og sover og sover ... Som om noget irriterer mig, og jeg mister lysten. Hænger sammen med det psykiske ... Brændende fornemmelse i kroppen. – Lægen siger bare, jeg skal tabe mig. Som om jeg er glad for min krop? De gider ikke altid være behjælpelige (TK7).

Arabiske kvinder mener egentligt nok, at de stort set også tidligere har overholdt, hvad de har fået at vide. Nævner, at det hænger meget sammen med vejret, om de får motion. Men også, at de nu bedre kan vælge. Før var de fx ligeglade med, hvilken juice de drak.

Nu ved jeg bedre (AK4).

Deltagerne angiver mere motion og mindre mad som mål for fremtidig egenomsorg.

Ændringer hos de professionelle

Et vigtigt fokus i undersøgelser om adfærdsændringer er altid, hvorvidt patienten har kunnet ændre adfærd. Vi ser i fokusgruppeinterviewene en tendens til, at de professionelle i processen er blevet meget opmærksomme på, at også de må ændre sig.

Af og til har det været helt bevidst fra underviserens side:

I forhold til skridttælleren synes jeg alligevel ikke, de havde forstået helt brugen af den. Fordi de har jo næsten ikke nået 1000 skridt på en hel uge (Sygepl. F2).

Egentlig fik de heller ikke besked på ..., at de skulle nå et bestemt antal. Det var helt med vilje, at jeg ikke havde fortalt dem, hvor meget de skulle nå. Det skulle bruges til, at jeg kunne få noget viden om de var der, hvor jeg troede – det var kvinderne så desværre – og så bruge det til at få dem til at øge deres skridt. Og det lykkedes ved mændene, men vi havde ikke det forløb ved kvinderne ... (Fys. F2).

At blive klogere på modtagerens handlemønstre, kan altså også ske ved den pædagogiske tilrettelæggelse af undervisningen. Ved ikke at sige helt præcist, hvor mange skridt deltagerne skal tage, kan man få viden om, hvor mange de faktisk tager i løbet af en uge. Det giver god indsigt i på hvilket niveau, man skal lægge sin undervis-

ning. I dette tilfælde er det en overraskelse, at deltagerne ikke går mere end de faktisk gør, på trods af at de siger, at de ofte går en tur. Hvis skridttælleren er et godt mål, kan det sagtens være de ofte går en tur – men så må det være en meget lille tur!

I andre situationer er underviserne ikke helt så bevidste om, at de også lærer noget af at lytte til og være sammen med deltagerne. Men flere gange i interviewene viser det sig faktisk, at de får et betydeligt udbytte af samværet:

Altså rent pædagogisk der er jeg da blevet bekræftet i nogle ting, som jeg havde en formodning om inden, at tingene skulle være mere enkle end jeg nok forestillede mig, og det er jeg blevet bekræftet i, så det har jeg da trods alt lært. Jeg synes man lærer meget af de folk – altså det er jo ikke sikkert man lige her og nu kan se, hvad man har lært, men man har fået nogle ... nye opfattelser af folks væremåder og kultur og måde at tage ting til sig på, som er spændende og god at have med sig. Så der vil altid være nogen, der flytter sig. Og rent praktisk er der da nogle ting hen ad vejen, altså flere praktiske ting. Det er virkelig noget, der er behov for (Sygepl. F1).

Det sidste citat viser med al ønskelig tydelighed, at det er processen med viden, undervisning, refleksion og ny viden, der ruster erfarne sygeplejersker til at blive gode interkulturelle undervisere meget mere, end det er et spørgsmål om, hvor meget viden de får om deltagernes kultur. Yderligere bliver disse refleksioner vigtige, fordi de ved teammøderne bliver formuleret, luftet og delt med hinanden:

Altså jeg synes jo aldrig, man bliver klædt nok på. ... Man kan jo altid lære mere, og det er jo det, der er det spændende ved at arbejde med andre, ikke? Du vil hele tiden lære nyt om deres måde at tænke på og leve på, men jeg synes da forholdsmeæssigt ... det er da også den her lange proces, der har gjort det. Ja, og også fordi vi har haft jer som ressourcepersoner og [navn] også. Altså jeg synes da, vi har lært mange ting ... (Sygepl. F2).

Dialogbaseret undervisning kræver stor faglig indsigt, undervisningskompetencer og modet til at lære nyt.



Dialogbaseret undervisningsform



Det er et stort forlangende, at undervise denne målgruppe i udvikling af egenomsorg i en sygdom som type 2 diabetes på en dialogbaseret måde. Derfor var det heller ikke et direkte krav fra begyndelsen, men en måde at gribe undervisningen an på, som voksede frem under det første undervisningsforløb med de tyrkiske deltagere. Ved det afsluttende fokusgruppeinterview blev der en udpræget konsensus om at basere undervisningen på mere dialog, når vi gik i gang med de arabiske hold. Men det dialogbaserede er vanskeligt at praktisere for fagpersoner, der har brugt mange år af deres liv på at specialisere sig inden for et bestemt felt. Og vanskeligheden bliver ikke mindre, når der i dialogen altid er en tredje person til stede, så dialogen ikke flyder let og elegant af sted samtidig med, at den inddrager alle deltagere i lokalet. Så der er nogle dilemmaer, som undervisningsteamet er meget opmærksomme på.

Ét af dilemmaerne vedrører spørgsmålet om, hvor meget forhåndsviden underviserne skal have om de enkelte deltagere før forløbets start. I dette tilfælde argumenterer underviserne kraftigt for, at de får al den forhåndsviden som det er muligt at have på forhånd:

Altså bare lige for at træde lidt i det igen, altså også, hvor enormt vigtigt det er med de der forhåndsoplysninger for virkelig at kunne yde en god indsats. Jeg synes virkelig, at jeg får gjort det meget bedre, hvis jeg havde kendt lidt mere omkring den enkelte inden. Også vidste lidt mere om, hvad det er for nogle spørgsmål, der er blevet stillet til dem til interviewet og sådan noget, det har jeg faktisk også manglet lidt. Hvad har man været omkring? (Sygepl. F1).

Projektledelsen forsøger at besvare spørgsmålet med et modspørgsmål: "Spurgte du dem nogensinde? Altså hvis du spurgte dem ad, kunne de så svare eller prøvede de at redegøre for tingene?"

Men det har vi jo ikke tid til at komme ind på. Der er ikke nogen tid til det, det er derfor det er så vigtigt at kende de ting i forvejen, så man kan gå ind og spørge dem, der hvor det er nødvendigt, og så ved man lidt om, hvor man skal styre hen mod? (Sygepl. F1).

Projektledelsen: "Så du har ikke tid til at spørge?"

Nej, det går ud over noget andet (Sygepl. F1).

Tid er en relevant faktor og en begrænsende ressource for et sådant forløb. Diskussionen handler imidlertid om mere end tid for den handler om, hvorvidt det er muligt at inkorporere den forhåndsviden, som ligger i et indledende interview, i den konkrete undervisning. Det indledende interview bør efter vores opfattelse handle om at afdække deltagernes sygdomsforståelse og eksisterende niveau af egenomsorg. Og ikke bare handle om hvad deltagere får af medicin, eller hvordan de er reguleret.

Teamet peger på, at en sådan forhåndsviden er en meget afgørende faktor for at lave en kvalificeret undervisning, der tager højde for den enkelte. I det tilfælde, hvor en diabetes-skole skal implementeres i daglig klinisk praksis, vil et interview være ressourcekrævende, men kunne bidrage med nyttig viden. Det betyder ikke, at underviserne ikke selv skal foretage en udforskning af den en-

kelte deltagers sygdomsopfattelse og baggrund i løbet af undervisningsforløbet. Da det er helt essentielt, at den enkelte underviser selv etablerer den relevante kontakt til deltageren. En sådan kontakt kan ikke sikres gennem forhåndsviden indsamlet af andre.

Ud over udforskningen af den enkelte deltagers opfattelser og adfærd, er der imidlertid også andre hensyn at tage, og dem har teamet været gode til at bringe på bane:

... det er en kommunikation, der er så langsommelig, at man lader være. Fordi du kan få gruppedynamikken med og den vælger du frem for at gå ind og spørge den enkelte ud. Det er også midt i en gruppe, hvor man er nødt til at tage hensyn til at den anden ..., at du kommer til at træde folk over deres private grænser ved at de skal svare (Fys. F1).

Der er ikke nogen enkelt løsning på dette dilemma, men som med flere af de øvrige temaer, vi har taget op i denne evaluering, er kombinationen af forhåndsviden og det åbne, fordomsfrie møde nok den mest farbare vej, lige-

som det er rigtigt, at der vindes noget ved den gruppebaserede undervisning samtidig med, at der tabes noget af det dyberegående kendskab til den enkelte.

Projektet konstaterer, at den dialogbaserede undervisning er at foretrække, fordi det er her vi lærer at se ressourcerne hos deltagerne, og derved finde måder at styrke deltagernes egenomsorg.

... jeg er blevet bekræftet i, at det er jo nogle folk, der har enorme ressourcer, selv om de er så syge. Når de kan sidde til undervisning, og de tager sig sammen, og de er med ... De fik ikke engang pauser, som skolebørn gør. Altså, det var jo ufatteligt hvad vi, hvad de egentlig kunne holde til. Det er altså meget fagligt svært stof via tolk og i mange timer hver gang. Det må man tage hatten af for (Fys. F1).

Undervisningen skal være dialogbaseret og tage udgangspunkt i deltagernes egen hverdag, viden og mulige erfaringer.



Diskussion og perspektiver



Som det fremgår, er egenomsorg ikke i sig selv en metode, men et væsentligt aspekt i livet med en kronisk sygdom. Med udviklingen af egenomsorg som omdrejningspunkt bliver det vigtigt at sammentænke sundhedsvæsenet og individet, idet sundhedsvæsenet har et ansvar for at skabe rammer og muligheder for, at borgerne selv kan gøre en aktiv indsats for at leve sundt. Det er i partnerskabet mellem individ og sundhedsvæsen, at de bedste muligheder for at udøve egenomsorg skabes.

En stor del af arbejdet med *Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet* har fokuseret på at skabe disse rammer og muligheder. Der skal noget ekstraordinært til i arbejdet med etniske minoritetspatienter. Rekruttering, undervisningsteamets sammensætning, undervisningens indhold og metoder og undervisningens placering i tid og rum må gøres til genstand for målrettede overvejelser.

Det er desuden vigtigt at understrege, at der er andre ting end blot de medicinske elementer på spil, når det handler om det at leve med en kronisk sygdom. Det er vigtigt også at fokusere på psykologiske og sociale elementer i menneskers liv. Arbejdet med egenomsorg kræver, at man tænker hele vejen rundt om patienten – og dermed inkluderer både de medicinske aspekter, levevilkår, psykologiske, sociale og kulturelle elementer.

Vi har lagt vægt på, at egenomsorg skal ses som et partnerskab. Det handler både om, hvad den enkelte kan gøre for sin sundhed, og hvad sundhedsvæsenet kan gøre for at fremme den enkeltes handlemuligheder i forhold til sundhed og sygdom. Vi har set, hvor vigtigt det er, at man er konkret omkring, hvad der kan styrke patienter-

nes kontrol over lige præcis den situation, de befinder sig i – og deres mulighed for at spille sammen med sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet har en vigtig rolle i forhold til at understøtte den enkelte i at leve med sin sygdom. Der er meget viden om sundhed og sygdom tilgængelig og indimellem kan det skabe en informationsforvirring, som gør det vanskeligt for den enkelte at vide, hvordan han/hun skal agere. Det er sundhedsvæsenets opgave at forklare, hvilke konsekvenser de forskellige vaner og indsatser har. Sundhedsvæsenet skal hjælpe borgerne/patienterne med at navigere i den eksisterende viden samtidig med, at det skal indgå i dialog med patienterne om, hvad der skal til for at de kan klare at ændre livsstil. Det er i partnerskabet mellem individ og sundhedsvæsen, at de bedste muligheder for at lære at leve med kronisk sygdom mødes og skabes.

Når man arbejder med det, at lære andre at leve med kronisk sygdom, er det vigtigt at være opmærksom på social ulighed i sundhed. Alle har ikke lige gode forudsætninger for at udøve god egenomsorg. Sundhedsvæsenet skal blive bedre til at nå dem, der har det sværest og ikke kun engagere sig i de patienter, der samarbejder og som efterlever budskaberne. Det er derfor vigtigt at huske på behovet for at differentiere undervisningsindsatsen, hvilket *Diabetesskolen for etniske minoriteter i nærmiljøet* er et nu gennemført og evalueret eksempel på.

Projektet har lært os rigtig meget om social differentiering for den specifikke målgruppe, der udgøres af etniske minoriteter med type 2 diabetes. En gruppe, der udviser en dårligere egenomsorg end den sammenlignede dan-

ske befolkning, hvilket peger på, at de eksisterende systemer ikke indfanger de etniske minoritetspatienters behov og ønsker. At lave en differentieret undervisningsindsats, der når denne gruppe, kræver en udstrakt vilje til at indgå i det nødvendige tværsektorielle samarbejde uden hvilket, det ikke kan lade sig gøre.

Ud over de organisatoriske udfordringer er det vigtigt, at rammerne sigter mod at skabe et møde mellem sundhedsvæsenet og de etniske minoritetspatienter af et interkulturelt tilsnit, således at begge parter investerer i dialogen og får udbytte af mødet. De sundhedsprofessionelle må være villige til at supplere deres sundhedsprofessionelle viden med de etniske minoritetspatienters sygdomsopfattelse, sundhedsadfærd og måder at leve med sygdommen på. Ligeså må de etniske minoritetspatienter være villige til at integrere de sundhedsprofessionelles råd og vejledninger i deres daglige praksis. Det kan kun ske, hvis man på forhånd definerer parternes forskellige roller i samarbejdet.

Med til billedet hører, at vi også bruger denne afrapportering til at fortælle om, hvor glade og taknemmelige deltagerne var for, at der overhovedet blev etableret et tilbud for dem og oven i købet et tilbud, der tog udgangspunkt i deres behov og ønsker. Med til den del af historien hører det, vi næsten kunne kalde en *epilog*, idet det faktisk lykkedes for os at etablere et efterforløb med både arabiske og tyrkiske mandlige deltagere. Dette forløb blev arrangeret i samarbejde med Diabetesforeningens motivationsgrupper. Endvidere fungerede et par af deltagerne som rollemodeller i de af Sundhedsstyrelsen producerede dvd'er til oplysning om type 2 diabetes til etniske minoriteter. Motivationsgruppen og rollemodellerne deltog desuden i planlægning og afvikling af et lokalt informationsarrangement med taler af kommunale og amtslige politikere, dvd-forevisning, information om sygdommen og socialt samvær.

At invitere målgruppen til at deltage i en patientskole om type 2 diabetes har således, foruden de allerede nævnte, den sideeffekt at målgruppen oplever, at dialog med sundhedsvæsenet om at leve sundere med sin sygdom både kan føre til forbedret livskvalitet for den enkelte og

til en udvidelse af indsatsen i nærmiljøet. Det giver muligheder for, at den enkelte kan deltage i den videre formidling af vigtige budskaber, og kan fungere som rollemodel for andre. Dermed er der skabt gevinst for både den enkelte deltager og for lokalsamfundet, og vejen er banet for lignende tiltag mellem sundhedsvæsenet og etniske minoriteter.

Perspektiver

Vi har planlagt, gennemført og evalueret patientuddannelsesforløbet *Diabetesskole for etniske minoriteter i nærmiljøet*. Vi har i projektgruppen løbende diskuteret projektet samt gjort os overvejelser over, hvordan erfaringerne med dette projekt kan implementeres inden for den nuværende sundhedsstruktur. Siden vi startede projektet er Århus Amt blevet til Region Midtjylland, og de omkringliggende kommuner er blevet slået sammen og blevet større. Det er en forandring, der ikke kun har geografiske og demografiske konsekvenser for arbejdet med sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering uden også at have betydning for opgavefordelingen. Kommunerne har med den nye sundhedslov fået ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Mens regionerne skal tilbyde patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet samt i praksissektoren. Denne nye opgavefordeling understøtter det lokale fokus, som vores undersøgelse peger på som en væsentlig dimension i udviklingen af egenomsorg for type 2 diabetespatienter med anden etnisk baggrund.



Med henblik på implementering af et differentieret undervisningstilbud, skal vi her opridsede de væsentligste faktorer, der fremmer udviklingen af egenomsorg blandt etniske minoritetspatienter med type 2 diabetes:

- **At tilbuddet etableres i lokalmiljøet.** Det fremmer desuden rekrutteringen, da mund til mund-metoden indgår som væsentligt element i udbredelse af information.
- **At tilbuddet er kultursensitivt.** Inddragelse af tokulturelle medarbejdere er centralt i undervisningsforløbet. Der skal desuden etableres tilstrækkelig viden om patienternes sygdomsopfattelse, køn, alder og livsressourcer.
- **At tilbuddet er gruppebaseret.** Giver mulighed for erfaringsudveksling blandt deltagerne og viden om patienternes lægmandsviden for de sundhedsprofessionelle. Kan eventuelt understøttes med individuel rådgivning.
- **At undervisningen skal være dialogbaseret.** Undervisningen skal tage udgangspunkt i deltagerens hverdagspraksis, være konkret og udvikle deltagerens handlekompetencer. Den skal indeholde enkelte og centrale budskaber.
- **At undervisningen skal bygge på anerkendelse.** Det er vigtigt, at patienterne bliver anerkendt så både selvtillid, selvværd og selvrespekt understøttes.
- **At viden og handling ses som en proces.** Der skal være mulighed for, at undervisningsteamet løbende reflekterer over, hvordan de skal formidle deres viden med et interkulturelt perspektiv. Der skal desuden etableres løbende opfølgingsforløb, så der tages højde for målgruppens mere handlingsorienterede videns tilegnelse.
- **At tilbuddet fastholdes.** Hvis livsstilsændringer og det at leve med kroniske sygdomme skal have varige effekter på sundhedsadfærd, så er det nødvendigt at udarbejde fastholdelsesværktøjer og -planer. Evalueringen med patienterne peger på, at de er meget bevidste om, i hvor høj grad de har behov for fastholdelse. Det er endvidere en dimension, som sundhedsvæsenet bliver mere og mere opmærksom på.

Vores overvejelser går derfor i retning af, at forankre erfaringerne fra projektet i sundhedscentre og/eller lokalcentre i kommuner med et større antal borgere med anden etnisk baggrund. Lokalcentret har vist sig at være en god ramme for de 50+-årige. Her er der i forvejen ansat sundhedsfagligt personale og muligvis tokulturelle medarbejdere. I nogle kommuner vil der være etableret sundhedscentre, og i sådanne situationer kan de være en god ramme om et tilbud, og måske oven i købet være ramme for yngre aldersgrupper.

I projektet er det blevet demonstreret, at et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde er muligt i forbindelse med et undervisningsforløb for etniske minoriteter. Vi vil endda hævde, at det er nødvendigt både at medtænke og styrke dette samarbejde i en fremtidig indsats for at implementere og forankre et sådant differentieret undervisningstilbud.

De praktiserende læger og hospitalerne er vigtige bidragsydere i forhold til at henvise potentielle deltagere, samt til at følge op på undervisningsforløbet og de mulige adfærdsendringer. Endelig er stor diabetesfaglig indsigt vigtig i forhold til frit at kunne navigere i den dialogbaserede undervisning, hvorfor bidrag med fagspecifik undervisning er væsentlige.

Det er en regional opgave at bidrage med råd og vejledning i forbindelse med den patientrettede sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. I Region Midtjylland vil Center for Folkesundhed kunne tilbyde rådgivning, som kan indebære uddannelse i interkulturel kommunikation, sygdomsopfattelse og dialogbaseret undervisning.

Endelig vil universitetsmiljøerne kunne bidrage med rådgivning om evaluering, og bidrage til videreudvikling af de anvendte metoder og evalueringsredskaber. Der vil være mulighed for at foretage langsigtede effektmål og at gå ind i evalueringer af geografiske variationer.

Referencer



Aambø A 2004, *LOS – Løsningsorienterte samtaler*, Oslo: Gyldendal.

Antonovsky A 1987, *Unraveling the Mystery of Health*, San Francisco: Jossey Bass.

Barth F 1995, "Other Knowledge and Other Ways of Knowing", *Journal of Anthropological Research*, 1995;10.

Brandstrup H et al. 2007, *Modelprojekt om udvikling af metoder til opsporing af type 2 diabetes og øget egenomsorg blandt etniske minoriteter*, in press, Diabetesforeningen.

Bro K 2000, *Splinter af en lærende skole*, København: Danmarks Lærerhøjskole.

Daniulaityte R 2004, "Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to type 2 diabetes in a Mexican community, *Social Science and Medicine*, 2004;59:1899-1912.

Diabetesforeningen 2003, *Nytænkning i sundhedsvæsenet*, Odense: Diabetesforeningen.

Dyhr H 2006, *Det almene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk synsvinkel*, København: Panum Institut.

Dørfler H & Hansen HP 2005, *Egenomsorg – En litteraturbaseret udredning af begrebet*, København: Sundhedsstyrelsen.

Garro LC 1995, "Individual or societal responsibility? Explanations of diabetes in an anishinaabe (Ojibway) community, *Social Science and Medicine*, 1995;40:37-46.

Grøn L 2005, *Krop og hverdag i forandring. Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdag*, Vejle Amt.

Hansen MB & Svendsen M 2005, *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*, København: Sundhedsstyrelsen.

Hjelm K, Bard K, Nyberg P & Apelqvist J 2005, "Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin", *Journal of Advanced Nursing*, 2005;50(1):47-59.

Hjelm K, Bard K, Nyberg P & Apelqvist J 2003, "Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden", *International Journal of Nursing Studies*, 2003;40:627-643.

Hove MN, Kristensen JK, Lauritzen T & Bek T 2004, "The prevalence of retinopathy in an unselected population of type 2 diabetes patients from Århus County, Denmark", *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 2004;82:443-448.

Hussain MZ & Vibe-Petersen J 2000, "Diabetes og pakistanske indvandrere", *Ugeskrift for læger (UFL)*, 2000;17:2469-70.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003, *Handlingsplan om diabetes*, København.

Jacobsen ET, Karise S & Dyhr L 2004, *Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen*, København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Khader N 2002, *Ære og Skam*, København: Borgens Forlag.

Khan IA & Qassim M 2002, "Sundhed og sygelighed hos indvandrere", *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 2002;3:389-406.

Khaw K, Wareham NJ, Luben R et al. 2001, "Glycated haemoglobin, diabetes, and mortality in men in Norfolk cohort of European prospective investigation of cancer and nutrition", (Epic-Norfolk), *BMJ*, 2001;322:15-18.

Krasnik A et al. 2004, "Health professionals' knowledge, attitude and experience in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish Hospital", *Scandinavian Journal of Public Health*, MetaPress: 2004;32:287-295.

Kocktürk-Runefors T 1995, "Structure and change in food habits", *Scandinavian Journal of Nutrition*, 1995;39.



- Kristensen JK, Bak J, Wittrup I & Lauritzen T 2007, "Diabetes prevalence and diabetes care among Lebanese or Turkish immigrants compared to a Danish population", *Primary Care Diabetes* 2007;1;159-165.
- Lou S 2007, *Tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet*, Århus: Region Midtjylland (in proces).
- Lindström M 2005, "Ethnic differences in social participation and social capital in Malmö, Sweden: a population-based study", *Social Science and Medicine*, 2005;60.
- Mattingly C (under review), "Reading Minds Telling Tales and Creating Dramas in a Cultural Borderland", Mattingly C & Lutkehaus N (eds.), *Psychology Meets Anthropology*, Jerome Bruner and his Inspiration Society for Psychological Anthropological Book Series, New York: Palgrave Press.
- Mattingly C 1998, *Healing Dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Mogensen GV & Matthiessen PC (red.) 2000, *Integration i Danmark omkring årtusindskiftet*, Århus: Aarhus Universitetsforlag, Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- Mogensen HO 2005, "Det narrative omdrejningspunkt", *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 2005;2:5-11, Århus: Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet.
- Nielsen A 2002, *Sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter*, København: Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab.
- Olivarius ND, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Hørder M & Pedersen PA 2001, "Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes", *BMJ*, 2001;323:1-9.
- Sundhedsstyrelsen 2005, *Faktarapport om abort og indvandrerkvinder*, København: Sundhedsstyrelsen.
- The ESDR Incidence Study Group 2006, "Divergent trends in the incidence of end-stage renal disease due to type 1 and type 2 diabetes in Europe, Canada and Australia during 1998-2002", *Diabetic Medicine*, 2006;23:1364-1369.
- UKPDS 1998a, "Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes", (UKPDS 38), *BMJ*, 1998;317:703-712.
- UKPDS 1998b, "Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes", (UKPDS 33), *Lancet*, 1998;352:837-853.
- Uusitupa M, Siitonen O, Aro A & Pyörälä K 1985, "Prevalence of coronary heart disease, left ventricular failure and hypertension in middle-aged newly diagnosed Type 2 (non-insulin-dependent) diabetic subjects", *Diabetologia*, 1985;28:22-27.
- Vibe-Petersen J & Perrild HJD 2000, "Type 2-diabetes blandt indvandrere", *Ugeskrift for Læger (UFL)*, 2000;162:6220-2.
- Vibe-Petersen J 2004, "Type 2-diabetes hos indvandrere I", *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, 2004;6.
- von Hofe B, Thomas M & Colagiuri RS 2002, *Systematic review of issues impacting on health care for culturally diverse groups using diabetes as a model*, Sydney: Australian Centre for Diabetes Strategies and Multicultural Health Units.
- Vinther-Jensen K & Krogh Lassen B 2006, *Evaluering af motivationsgrupper i Århus Amt*, Århus: Århus Amt.
- Willemann M & Hawark ML 2006, *Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme*, København: Sundhedsstyrelsen.
- Wittrup I 2005, "Forandring af måltidsvaner blandt tyrkiske diabetespatienter", *LIV*, 2005;2. Århus Amts blad for Sundhedsfremme og Forebyggelse, Århus: Århus Amt.
- Wändell PE & Gåfvels C 2006, "High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden", *Primary Care Diabetes*, 2006;1(1):13-16.

Bilag



- ¹ Er der, eller har der været, sukkersyge blandt dine forældre? ja ☐ ¹
nej ☐ ²
ved ikke ☐ ³
-
- ² Er der, eller har der været, sukkersyge blandt dine søskende? ja ☐ ¹
nej ☐ ²
ved ikke ☐ ³
-
- ³ Har du børn der har sukkersyge? ja ☐ ¹
nej ☐ ²
ved ikke ☐ ³
-
- ⁴ Hvordan mener du at du har fået diabetes? Jeg har arvet sygdommen ☐ ¹
Jeg har haft en meget chokerende oplevelse ☐ ¹
Jeg spiser for usundt ☐ ¹
Jeg bevæger mig for lidt ☐ ¹
Jeg er ofte bekymret ☐ ¹
Fødevarerne er for dårlige ☐ ¹
Andet ☐ ¹
-
- ⁵ Hvordan syntes du, dit helbred er alt i alt? fremragende ☐ ¹
vældig godt ☐ ²
godt ☐ ³
mindre godt ☐ ⁴
dårligt ☐ ⁵
-
- ⁶ Sammenlignet med for et år siden, hvordan er dit helbred alt i alt nu? meget bedre nu end for et år siden ☐ ¹
noget bedre nu end for et år siden ☐ ²
nogenlunde set samme ☐ ³
noget dårligere nu end for et år siden ☐ ⁴
meget dårligere nu end for et år siden ☐ ⁵
-
- ⁷ Tror du man kan gøre noget selv for at bevare et godt helbred? Jeg tror egen indsats er særdeles vigtig ☐ ¹
Jeg tror egen indsats er vigtig ☐ ²
Jeg tror egen indsats er af nogen betydning ☐ ³
Nej, jeg tror ikke på at egen indsats har betydning ☐ ⁴
-
- ⁸ Hvor længe har du haft diabetes? _____ år
-
- ⁹ Hvor går du til kontrol og behandling for din diabetes? Ingen steder ☐ ¹
Hos min egen læge ☐ ²
På et diabetes ambulatorie ☐ ³
Begge steder ☐ ⁴
-

- ¹⁰ Plejer du at være god til at finde på en løsning på problemer og
vanskeligheder, som umiddelbart virker håbløse?

Ja, for det meste ☐ ¹
Ja, en gang imellem ☐ ²
Nej ☐ ³

- ¹¹ Plejer du at opleve din dagligdag som en kilde til personlig tilfredsstillelse?

Ja, for det meste ☐ ¹
Ja, en gang imellem ☐ ²
Nej ☐ ³

- ¹² Oplever du tit at ting, som du kommer ud for i din dagligdag, er vanskelige
at forstå?

Ja, for det meste ☐ ¹
Ja, en gang imellem ☐ ²
Nej ☐ ³

- ¹³ Føler du at du er begrænset i aktiviteter på grund af din sygdom?

I høj grad ☐ ¹
I nogen grad ☐ ²
Slet ikke ☐ ³

- ¹⁴ Er du begrænset i lettere aktiviteter så som at flytte et bord, støvsuge el. cykle?

Ja, meget begrænset ☐ ¹
Ja, lidt begrænset ☐ ²
Nej, slet ikke begrænset ☐ ³

- ¹⁵ Er du begrænset i at gå flere etager op ad trapper?

Ja, meget begrænset ☐ ¹
Ja, lidt begrænset ☐ ²
Nej, slet ikke begrænset ☐ ³

- ¹⁶ Spiser du morgenmad?

Ja ☐ ¹
Nej ☐ ²

Hvis ja,

hvad spiser du til morgenmad?

Rugbrød ☐ ¹
Hvidt brød ☐ ¹
Mælkeprodukter ☐ ¹
Morgenmadsprodukter ☐ ¹
Kage ☐ ¹
Frugt ☐ ¹
Andet ☐ ¹

- ¹⁷ Hvad drikker du til din morgenmad?

Juice ☐ ¹
Kaffe/te ☐ ¹
Mælk ☐ ¹
Vand ☐ ¹
Cola ☐ ¹
Andet ☐ ¹



- ¹⁸ Spiser du frokost? Ja ☐ ¹
Nej ☐ ²

Hvis ja,

hvad spiser du?

- Brød ☐ ¹
Paste/ris ☐ ¹
Suppe ☐ ¹
Kød ☐ ¹
Frugt ☐ ¹
Salat ☐ ¹
Andet ☐ ¹

- ¹⁹ Hvad drikker du til din frokost? Juice ☐ ¹
Kaffe/te ☐ ¹
vand ☐ ¹
cola ☐ ¹
Andet ☐ ¹

- ²⁰ Spiser du aftensmad? Ja ☐ ¹
Nej ☐ ²

Hvis ja,

hvad spiser du?

- Brød ☐ ¹
Pasta/ris ☐ ¹
Grønsager ☐ ¹
Salat ☐ ¹
Kød ☐ ¹
Fisk ☐ ¹
Dessert ☐ ¹
Andet ☐ ¹

- ²¹ Hvad drikker du til din aftensmad? Juice ☐ ¹
Kaffe/te ☐ ¹
vand ☐ ¹
cola ☐ ¹
Andet ☐ ¹

- ²² Spiser du mellemmåltider? Formiddag ☐ ¹
Eftermiddag ☐ ¹
Aften ☐ ¹

- ²³ Hvor meget te/kaffe drikker du om dagen? 0 kopper ☐ ¹
1-3 kopper ☐ ²
4-6 kopper ☐ ³
7-10 kopper ☐ ⁴

- ²⁴ Bruger du sukker i te/kaffe? Ja ☐ ¹
Nej ☐ ³

- 25 Hvor meget cola/juice drikker du om dagen? 0 glas ☐ ¹
1-3 glas ☐ ²
4-6 glas ☐ ³
7-10 glas ☐ ⁴
- 26 Er din cola/juice sukkerfri/light? Ja ☐ ¹
Nej ☐ ³
- 27 Hvem laver maden? Jeg selv ☐ ¹
Min kone/mand ☐ ¹
Min datter/svigerdatter/søn/svigersøn ☐ ¹
- 28 Hvem køber ind? Jeg selv ☐ ¹
Min kone/mand ☐ ¹
Min datter/svigerdatter/søn/svigersøn ☐ ¹
- 29 Hvor mange stykker frugt spiser du om dagen? 0 ☐ ¹
1-2 ☐ ²
3-4 ☐ ³
5-.. ☐ ⁴
- 30 Hvor ofte spiser du grøntsager? Hver dag ☐ ¹
1 gang om ugen ☐ ²
Sjældent ☐ ³
Aldrig ☐ ⁴
- 31 Hvem spiser du almindeligvis sammen med i hverdagen? Mig selv ☐ ¹
Min ægtefælle ☐ ¹
Hele familien ☐ ¹
Andre _____ ☐ ¹
- 32 Har du sværere ved at holde din diæt i week-enden end til daglig? Ja ☐ ¹
Nej ☐ ²
Hvis ja, hvorfor _____
- 33 Har du sværere ved at holde din diæt ved fester end til daglig? Ja ☐ ¹
Nej ☐ ²
Hvis ja, hvorfor _____
- 34 Hvor tit er der en festlig lejlighed? Hver uge ☐ ¹
Hver 14. dag ☐ ²
Hver måned ☐ ³
4 gange om året ☐ ⁴



- 35 Har du fået lagt en plan for regulering af din sygdom (kost, motion, blodsukkerregulering mv)?**
- Ja, sammen med lægen ☐ 1
Ja, sammen med ambulatoriet ☐ 2
ja, alene eller sammen med andre ☐ 3
Nej ☐ 4
-
- 36 Føler du at du kan overholde den plan du har lagt?**
- Slet ikke ☐ 1
Til en vis grad ☐ 2
I høj grad ☐ 3
Andet _____ ☐ 4
-
- 37 Bliver du bange ved tanken om at skulle leve med diabetes?**
- Slet ikke ☐ 1
Til en vis grad ☐ 2
I høj grad ☐ 3
Andet _____ ☐ 4
-
- 38 Føler du vrede ved tanken om at leve med diabetes?**
- Slet ikke ☐ 1
Til en vis grad ☐ 2
I høj grad ☐ 3
Andet _____ ☐ 4
-
- 39 Er du bekymret for fremtiden og risikoen for alvorlige komplikationer?**
- Slet ikke ☐ 1
Til en vis grad ☐ 2
I høj grad ☐ 3
Andet _____ ☐ 4
-
- 40 Føler du skyld eller bliver bange når du ikke har overholdt planen?**
- Slet ikke ☐ 1
Til en vis grad ☐ 2
I høj grad ☐ 3
Andet _____ ☐ 4
-
- 41 Føler du dig alene med din diabetes?**
- Slet ikke ☐ 1
Til en vis grad ☐ 2
I høj grad ☐ 3
Andet _____ ☐ 4
Nej ☐ 2
-
- 42 Føler du at din familie og dine venner ikke støtter dig i at passe din diabetes?**
- Slet ikke ☐ 1
Til en vis grad ☐ 2
I høj grad ☐ 3
Andet _____ ☐ 4
-

- 43 Hvem har ansvaret for at din diabetes ikke udvikler sig?
- Min ægtefælle ☐ 1
 Min familie ☐ 1
 Min læge ☐ 1
 Mig selv ☐ 1
 Sygehuset ☐ 1
-
- 44 Hvem vil du gerne have til at hjælpe dig?
- Min ægtefælle ☐ 1
 Min familie ☐ 1
 Min læge ☐ 1
 Mig selv ☐ 1
 Sygehuset ☐ 1
-
- 45 Hvad er det sværeste ved at leve med sygdommen?
- Ændring af madvaner ☐ 1
 Mere fysisk aktivitet ☐ 2
 Blodsuktermåling ☐ 3
 Risiko for hjerteslag ☐ 4
 Mit eget ansvar ☐ 5
-
- 46 Føler du at du har behov for at vide mere om din sygdom? Ja ☐ 1
 Nej ☐ 2
-
- 47 Hvor mange år har du boet i Danmark? _____ år
-
- 48 Har du beskæftigelse (arbejde, uddannelse, ude eller hjemme)? Ja ☐ 1
 Nej ☐ 2
-
- 49 Hvad er din civilstand? Jeg er gift og lever sammen med min ægtefælle ☐ 1
 Jeg er alene efter at være blevet enke eller enkemand ☐ 2
 Jeg er alene efter at være blevet skilt eller separeret fra min ægtefælle ☐ 3
 Andet _____ ☐ 4
-
- 50 Hvor mange voksne (>15 år) bor du sammen med? _____
 Kommentar _____
-
- 51 Hvor mange børn (<16 år) bor du sammen med? _____
 Kommentar _____
-
- 52 Hvilket sprog taler du mest derhjemme? Tyrkisk ☐ 1
 Arabisk ☐ 2
 Dansk ☐ 3
 Andet _____ ☐ 4
-



53 Taler du dansk? Ja ☐ 1
Nej ☐ 2
Delvist ☐ 3

54 Læser du dansk? Ja ☐ 1
Nej ☐ 2
Delvist ☐ 3

55 Ryger du? ja, daglig ☐ 1
ja, lejlighedsvis ☐ 2
nej, jeg har aldrig røget ☐ 3
nej, men jeg har røget tidligere ☐ 4

56 Vil du gerne holde op med at ryge? Ja ☐ 1
Nej ☐ 2

57 Har du brug for hjælp til at holde op med at ryge? Ja ☐ 1
Nej ☐ 2

58 Vil du gerne holde op med at ryge sammen med andre? Ja ☐ 1
Nej ☐ 2

Undervisningssessioner for Type 2 diabetes hos etniske minoriteter

Undervisningen finder sted på Gellerup Lokalcen-ter.
Alle 7 sessioner ledes af en sygeplejerske i samarbejde med en tokulturel medarbejder. Herudover deltager diætist og fysioterapeut i undervisningen.
Hver undervisningssession varer 3 timer. Der er to pauser, hvoraf én er med kaffe/te og snacks på ca. 20 min.

1. gang	2. gang	3. gang	4. gang	5. gang	6. gang	7. gang
Præsentation <ul style="list-style-type: none"> • Deltagere • Program 	Opfølgning <ul style="list-style-type: none"> • Spørgsmål til 1. gang • Hvordan er det gået • Hvad var svært 	Opfølgning <ul style="list-style-type: none"> • Spørgsmål til 2. gang • Hvordan er det gået • Hvad var svært 	Opfølgning <ul style="list-style-type: none"> • Spørgsmål til 3. gang • Hvordan er det gået • Hvad var svært 	Opfølgning <ul style="list-style-type: none"> • Spørgsmål til 4. gang • Hvordan er det gået • Hvad var svært 	Opfølgning <ul style="list-style-type: none"> • Spørgsmål til 5. gang 	Opfølgning efter ½ år <ul style="list-style-type: none"> • Velkomst
Patofysiologi 3 typer DM <ul style="list-style-type: none"> • 1, 2, Gestational • Herefter: type 2 • Arvelighed Grundstenene i diabetesbehandlingen <ul style="list-style-type: none"> • Mad • Motion • Vægttab • Medicin • Følgesygdomme 	Ændringer i kosten – hvad og hvorfor ved Diætist <ul style="list-style-type: none"> • Spare på fedtstof • Fedtstof og faldgruber • Hvad med kulhydrater • Frugt og grønt • Drikkevarer 	Blodsukker og antidiabetika <ul style="list-style-type: none"> • Højt og lavt blodsukker • Hvad får du af medicin • Hvordan virker det • Hvordan tager du medicinen 	Overvægt <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er overvægt • Hvad er din vægt • Hvordan tabe sig 	Forebygge følgesygdomme – 2 <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er senfølger • Hvorfor kontrol hos lægen • Hvordan kontrolleres • Hvor tit kontrolleres 	Indkøb og motion Diætist viser varer i lokal butik <ul style="list-style-type: none"> • Indkøbstips • varedeklarerer Fysioterapeut introducerer stavgang	 Hvordan er det gået med målsætningerne for egenomsorg
Blodsukker 1 <ul style="list-style-type: none"> • Hvad er normalt blodsukker 	Fysioterapeut Introduktion til træningslokalet på lokalcentret	Motion Gå tur i rask tempo	Motion Rundtur i træningslokalet på lokalcentret med højere træningsintensitet end i lektion 2	Motion Gå tur i rask tempo	Målsætninger for egenomsorg Facilitere at deltagerne sætter konkrete og realistiske mål for egenomsorgen	At leve godt med diabetes <ul style="list-style-type: none"> • Impotens • Graviditet og arvegang • Ramadan



AARHUS UNIVERSITET

midt
regionmidtjylland