



TYPE 2 DIABETES BLANDT ETNISKE MINORITETER

| Et modelprojekt om udvikling af metoder til opsporing
og øget egenomsorg |

TYPE 2 DIABETES BLANDT ETNISKE MINORITETER

Et modelprojekt om udvikling af metoder til
opsparing og øget egenomsorg

Liv Brandstrup, Diabetesforeningen,

Anne Lee, CAST, Syddansk Universitet,

Ann Møller, a.people.

Forfatterne af rapporten ønsker at takke projektets styregruppe for deres deltagelse og opbakning i projektets forløb og ikke mindst for deres kompetente og konstruktive input til evaluering og afrapportering af projektet samt arbejdsgrupperne for deres hjælp til kvalificering og præcisering af projektets indhold.

Ligeledes en tak til alle dem der har støttet op omkring projektet og dets aktiviteter.

Udarbejdet af:

Projektleder Liv Brandstrup, Diabetesforeningen

Konsulent Anne Lee, Center for Anvendt Sundheds-
tjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST)

Antropolog Ann Møller, a.people – research, evaluering
og analyse

2007

Oplag: 500 stk.

Design: Rumfang.dk

Tryk: Arco

Indhold

5	1.	Indledning
7	2.	Beskrivelse af modelprojektet
8	2.1.	Projektforløb; deltagere, information, målgruppe og fysiske rammer
10	2.2.	Succeskriterier og evaluering af projektet
13	3.	Metoder til opsporing af personer i målgruppen med type 2 diabetes
14	3.1.	Beskrivelse af opsporing
15	3.2.	Evaluering af opsporing
17	3.3.	Resultater af opsporing af personer med diabetes
17	3.3.1.	Forekomst af personer med diabetes
17	3.3.2.	Udbytte af undervisning
17	3.3.3.	Måling af blodglukose, antal målinger, BMI og blodglukoseværdier
20	3.3.4.	Nyopsporede og personer med erkendt diabetes
21	3.3.5.	Kendskab til diabetes og interesse for lokal måling af blodglukose
22	3.3.6.	Praktiserende lægers erfaring med opsporing
23	3.4.	Diskussion af opsporingstiltaget
25	4.	Metoder til øget egenomsorg
26	4.1.	Beskrivelse af egenomsorgskurser
26	4.2.	Evaluering af egenomsorgskurser
27	4.3.	Resultater af egenomsorgskurser
27	4.3.1.	Deltagere i egenomsorgskurser
28	4.3.2.	Tilrettelæggelse af kurser
29	4.3.3.	Behov og motivation for deltagelse i kursus
30	4.3.4.	Deltagernes udbytte af kurset
33	4.3.5.	Udbytte af den praktiske dimension
34	4.3.6.	Praktiserende lægers erfaring med egenomsorg blandt personer med diabetes
34	4.4.	Diskussion af egenomsorgskurser
36	4.5.	Beskrivelse af diabetesambassadører
36	4.6.	Beskrivelse af gruppeforløb med diabetesambassadører
37	4.7.	Evaluering af forløb med diabetesambassadører
38	4.8.	Resultater af forløb med diabetesambassadører
38	4.8.1.	Uddannelse af diabetesambassadører
38	4.8.2.	Støtte til ambassadører
39	4.8.3.	Læring via praksis
39	4.8.4.	Motionsformer
39	4.8.5.	Erfaringsudveksling, dialog og handleplaner
40	4.8.6.	Udvikling af motions-dvd
40	4.9.	Diskussion af forløb med diabetesambassadører
43	5.	Samlet konklusion på modelprojektet
47	6.	Referencer og bilag

1. ■ Indledning

Flere danske og udenlandske undersøgelser peger på en større forekomst af diabetes blandt grupper af etniske minoriteter, herunder bl.a. pakistanere, tyrkere, palæstinensere og somaliere, end blandt etniske danskere (1-2). En nylig svensk undersøgelse viste, at forekomsten af diabetes blandt ikke-vestlige immigranter i aldersgruppen 35-64 år bosiddende i Stockholm var tre gange højere end forekomsten af diabetes blandt svenskfødte (3). Årsagen skal formentlig findes i et kompleks af bl.a. genetiske, kulturelle og socioøkonomiske faktorer, men der er meget lidt viden om dette (4-5).

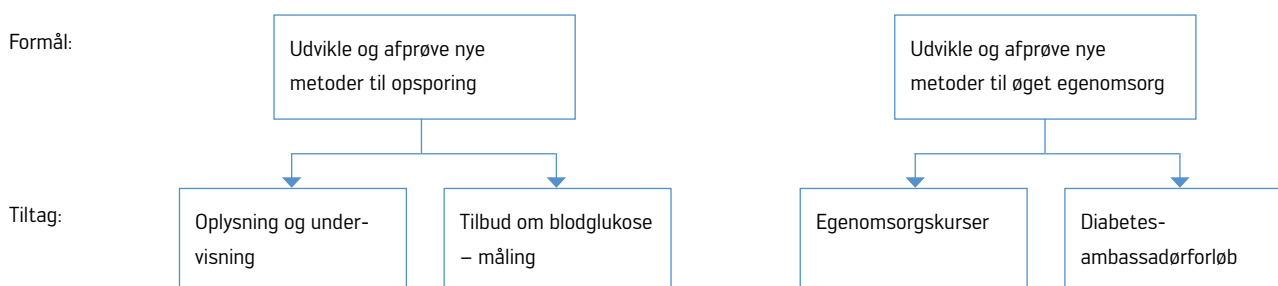
Der skønnes at være mellem 200.000 og 225.000 personer i Danmark med erkendt type 2 diabetes (6), og det skønnes, at der derudover er en stor andel af personer, der har en ikke erkendt diabetes (7). Det er uvist, om type 2 diabetes er uerkendt i samme omfang blandt etniske minoriteter, som den er i hele den danske befolkning.

Etniske minoriteter har formentlig været vant til en anden organisering af sundhedsvæsenet i oprindelseslandet end den danske. Forskellige traditioner påvirker grupper af etniske minoriteters sygdomsopfattelse og forventninger til læge- og patientrollen, ligesom traditioner i det danske sundhedsvæsen påvirker forventningerne til patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Vores viden om disse forholds betydning for indvandrere og efterkommeres helbredstilstand og deres håndtering af sygdom i Danmark er sparsom (4).

Det betyder, at der i forhold til disse grupper ligger en særlig samfundsmæssig opgave i forbindelse med håndteringen af sygdommen, som ikke kun kræver mange ressourcer af sundhedsvæsenet, men som også i høj grad påvirker livskvaliteten hos de ramte personer (4, 8).

Der har været to formål med dette projekt: Det ene formål var at udvikle og afprøve metoder til opsporing af type 2 diabetes blandt etniske minoriteter. Dette blev udmøntet i oplysning om diabetes til borgerne i området, undervisning af personalegrupper med direkte kontakt til målgruppen samt et lokalt tilbud, hvor projektets målgruppe kunne få målt deres blodglukose. Det andet formål var at udvikle og afprøve redskaber, der kunne skabe øget egenomsorg blandt personer fra målgruppen med type 2 diabetes. Dette blev, som vist i nedenstående figur 1, udmøntet i et lokalt tilbud om egenomsorgskurser og et forløb med diabetesambassadører.

Figur 1: Projektets formål og tiltag



2

- Beskrivelse af modelprojektet

2.1. Projektforløb; deltagere, information, målgruppe og fysiske rammer

Projektperioden var fra den 01.04.2005 til den 01.06.2007 og bestod af udvikling, afprøvning og evaluering af projektets tiltag. Projektet blev finansieret med midler fra Sundhedsstyrelsens "Diabetespulje". Som det fremgår af nedenstående tabel (tabel 1), foregik projektets aktiviteter i perioden januar til december 2006.

Styregruppe

I foråret 2005 blev der nedsat en styregruppe, hvis opgave det var at sikre det overordnede faglige ansvar og projektets fremdrift. Styregruppen bestod af følgende personer:

Konsulent Kirsten Bjørnsbo, Fyns Amt (nu Region Syddanmark)

Konsulent Ane Mette Ellekjær, Odense Kommune

Overlæge, klinisk lektor, ph.d. Jan Erik Henriksen, Odense Universitets Hospital

Sekretariatschef Kay Jokil, Odense Kommune

Læge, ph.d. Jette Kolding Kristensen, Århus Universitet

Formand for flygtninge/indvandererområdet Jamshid Mazaheri, Odense Kommune

Centerchef Anne Mertz, Psykiatrisk Center, Gentofte Hospital

Professor Susan Whyte, Københavns Universitet

Projektkoordinator Inge Wittrup, Århus Amt (nu Region Midtjylland)

Afdelingsleder Signe Hasseriis, Diabetesforeningen

Afdelingsleder Morten Heilskov, Diabetesforeningen

Projektleder Liv Brandstrup, Diabetesforeningen

Arbejdsgrupper

I løbet af projektperioden blev der nedsat 5 arbejdsgrupper. Baggrunden for gruppernes sammensætning og arbejde var et ønske om at bruge allerede eksisterende viden og erfaringer fra relevante områder i forhold til projektet. Dette med henblik på at udvikle metoder, som bl.a. imødegår allerede kendte

barrierer i forbindelse med opsporing og øget egenomsorg i målgruppen. Formålet med arbejdsgruppernes arbejde var at kvalificere projektets metoder og tilbud:

- **Arbejdsgruppen vedr. opsporing.** Bestående af: stud. med. Arzu Bilgin SDU, ledende hjemmesygeplejerske Birthe Halvorsen, Odense Kommune, leder Pashank Saeed, Multikulturel Kvindeforening, diabetessygeplejerske Anni Rasmussen, Diabetesforeningen, og projektleder Liv Brandstrup, Diabetesforeningen.
- **Arbejdsgruppen vedr. billedmateriale.** Bestående af: klinisk diætist Lillian Jensen, Århus Amt, klinisk diætist Lisa Witt, Diabetesforeningen, projektleder Liv Brandstrup, Diabetesforeningen.
- **Arbejdsgruppen vedr. kompetenceudvikling af sundhedsfagligt personale.** Bestående af: medarbejder Parvin Afshar, Multikulturelt Kvindeforening, diabetessygeplejerske Lone Kongeskov, Rigshospitalet, antropolog Adele Boe, underviser Ulla Kaspersen, projektleder Liv Brandstrup, Diabetesforeningen.
- **Arbejdsgruppen vedr. kurser til øget egenomsorg.** Bestående af: klinisk diætist Marianne Berthelsen, formidler i 'Motion som medicin' Kirsti Pedersen, Fyns Amt, konsulent Jane Christensen, Læringscentret Esbjerg, koordinator Marianne Jensen, Folkeoplysning Vollsmose, sygeplejerske/MPH Helle Terkildsen, Århus Universitet, konsulent Inge Hyllested, Diabetesforeningen, klinisk diætist Lisa Witt, Diabetesforeningen, konsulent Anni Rasmussen, Diabetesforeningen, projektleder Liv Brandstrup, Diabetesforeningen.
- **Arbejdsgruppen vedr. diabetesambassadørerne.** Bestående af: formidler i 'Motion som medicin' Kirsti Pedersen, Fyns Amt, klinisk diætist Lisa Witt, Diabetesforeningen, konsulent Jane Christensen, Læringscentret Esbjerg, diætist Marianne Berthelsen, antropolog Ann Møller, a.people, projektleder Liv Brandstrup, Diabetesforeningen.

Tabel 1: Oversigt over projektets overordnede tids- og handleplan

Aktivitet	2005		2006		2007	
	April-Dec.	Jan.-Mar.	April-Juni	Juli-Sept.	Okt.-Dec.	Jan.-Juni
Arbejdsgrupper/planlægning						
Blodglukosemåling						
Egenomsorgskurser						
Diabetesambassadørforløb						
Motions-dvd						
Evaluering						

Samarbejdsaftaler

Der blev indgået en samarbejdsaftale med Odense Kommune via Vollsmosesekretariatet. Der blev ligeledes indgået aftale med AOF Odense om at indgå i samarbejdet om netværksdannelse i Vollsmose.

Tolkning

Man valgte at bruge de samme tre tolke til alle de arrangementer, hvor der var brug for tolkning – én på hvert sprog.

Dette ud fra et ønske om:

- At sikre tolkenes kendskab til projektet.
- At bruge tolkene som netværkskontakter, der formidler viden om projektet i de forskellige sammenhænge, de kommer i.
- At sikre kontinuitet.

De tre tolke blev valgt på baggrund af anbefalinger fra personer med lokalkendskab til Vollsmose og et kendskab til, hvilke tolke der var kompetente og vellidte i lokalområdet. Tolkene fik tilsendt materiale om type 2 diabetes, inden de startede deres arbejde.

De tre tolke var:

Arabisk tolk Nuha Ghazal

Tyrkisk tolk Nezaket Sahin

Somalisk tolk Ahmed-Haadi Muhumad

Løbende information om projektet

I projektperioden har der været lagt vægt på undervejs at formidle erfaringer fra projektet til samarbejdspartnere og netværk samt i andre relevante sammenhænge i form af nyhedsbreve, statusrapporter, artikler og foredrag.

De praktiserende læger blev undervejs i projektet informeret om projektets tilbud og deres muligheder for at henvise til disse. På baggrund af anbefalinger fra relevante fagpersoner blev det besluttet, at dette skulle ske via information til de praktiserende læger på LS' (Sociallægeligt samarbejde) møde i Odense Kommune og via et informationsbrev, som blev sendt til de praktiserende læger i Odense.

Målgruppen for projektet

Den oprindelige målgruppe blev defineret som tyrkere, somaliere og palæstinensere bosat i Vollsmose og var valgt ud fra, at det er de tre største etniske grupper i bydelen ud over den danske. I 2005 var der 9.849 beboere i Vollsmose; heraf var de 3.294 af dansk oprindelse, 1.016 personer var fra Tyrkiet, 1.161 personer var fra Somalia, og den palæstinensiske gruppe bestod af 1.474 personer fra Libanon og 29 statsløse palæstinensere. Målgruppen blev derudover afgrænset til personer i aldersgruppen 35 år og derover og forventedes at inkludere 1000 personer.

- I forhold til opsporingen blev den oprindelige definition af målgruppen anvendt. I opgørelsen over antal personer med diabetes blev den palæstinensiske del af målgruppen defineret med Libanon som oprindelsesland, idet dette er måden, det er opgjort på i de registre, vi anvendte.
- I forhold til øget egenomsorg blev målgruppen defineret som arabisktalende, somalitalende og tyrkisktalende i aldersgruppen 35 år og derover, bosat i Vollsmose. På styregruppemødet i marts 2006 blev det besluttet at udvide målgruppen i forbindelse med den del af projektet, der omhandlede øget egenomsorg. Man besluttede at definere målgruppen for egenomsorgskurserne og diabetesambasadørforløbene ved sprog frem for oprindelsesland. Dermed blev disse kurser udbudt til arabisktalende, tyrkisktalende og somalitalende personer. Baggrunden for denne beslutning var et ønske fra arabisktalende ikke-palæstinensere med type 2 diabetes om at deltage på kurset. Styregruppen vurderede, at såfremt det ikke gav en forringelse af tilbuddet til de palæstinensiske deltagere, var det en fordel, at så mange som muligt kunne gøre brug af projektets kursustilbud.

Projektets fysiske rammer

Odense er med sine 185.871 indbyggere landets tredjestørste by. I det nordøstlige hjørne af Odense og et par kilometer fra centrum ligger bydelen Vollsmose. Pr. 1. januar 2005 havde Vollsmose 9.849 indbyggere fordelt på 3.800 lejeboliger. Boligerne fordeler sig på seks parker og tre haver. Parkerne består af etageejendomme bygget i perioden fra slutningen af 1960'erne til starten af 1970'erne. Haverne er et lavt, tæt byggeri færdiggjort i 1982. Der er både ældre- og handicapboliger samt plejehjem i bydelen, der ligger i et naturskønt område. Der er mange faciliteter i Vollsmose, herunder daginstitutioner, folkeskoler, gymnasium, bibliotek, forskellige klubfaciliteter, sportsarealer og haller, svømmehal og et stort indkøbscenter. Der er ingen lægepraksis i Vollsmose (9, 10).

I 2005 var der 79 nationaliteter repræsenteret i Vollsmose. Indkomsterne i Vollsmose er markant lavere sammenlignet med indkomsterne i Odense som helhed. I 2003 var gennemsnitsindkomsten i Vollsmose 121.000 kr., mens den i det samlede Odense var 204.000 kr. Bøgeparken havde med en gennemsnitsindkomst på 105.000 kr. den laveste gennemsnitsindkomst i Vollsmose (9,10).

2.2. Succeskriterier og evaluering af projektet

Projektets overordnede succeskriterium var, at der på baggrund af modelprojektets erfaringer med de udviklede metoder til opsporing og øget egenomsorg kunne udarbejdes et sæt anbefalinger, som kunne anvendes i praksis i forhold til andre etniske minoriteter samt andre steder, hvor man ønsker at øge indsatsen over for type 2 diabetes blandt etniske minoriteter (se vedlagte hæfte). Ud over det overordnede succeskriterium var der opstillet succeskriterier for hvert af projektets fire tiltag.

Med det formål at indsamle erfaring om projektets forløb og dets resultater samt for at kunne vurdere, i hvilken udstrækning projektets succeskriterier blev opfyldt, foregik der en løbende evaluering. Evalueringen blev udført i et samarbejde mellem konsulent Anne Lee (AL), Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST) ved Syddansk Universitet, antropolog Ann Møller (AM), a.people – research, evaluering og analyse, og projektleder Liv Brandstrup (LB), Diabetesforeningen.

Det oprindelige udgangspunkt for evalueringen var de succeskriterier, der i samarbejde med CAST blev udarbejdet efter arbejdsgruppernes præcisering og inden projektets aktiviteter startede i januar 2006¹⁾. Der er efterfølgende og undervejs i projektet sket en revidering af succeskriterierne. Baggrunden for dette har været arbejdsgruppernes og styregruppens kvalificering og præcisering af tiltag og evalueringsmetoder. Der gøres rede for disse ændringer undervejs i rapporten.

Med henblik på denne evaluering af modelprojektet blev der genereret forskellige former for data. I nedenstående tabel (tabel 2) præsenteres et overblik over de gennemførte datagenereringer. I de følgende afsnit for hvert af projektets fire tiltag gives en nærmere beskrivelse af evalueringen. De nødvendige tilladelser til datagenerering og behandling var forinden indhentet fra Den Videnskabetiske Komité og Datatilsynet.

1) Se bilag 1, note 1

Tabel 2: Samlet oversigt over datagenerering

Evaluering af følgende tiltag	Data genereringsmetode	Tidsrum	Målgruppe og antal deltagere	Emner
Opsporing (måling af blodglukose)	Spørgeskema (udfyldt af medicinstuderende via tolket interview)	Januar – juni 2006	Alle, der tog imod tilbud om blodglukosemåling. 484 deltog, hvoraf 222 tilhørte målgruppen.	Nationalitet, køn, alder, højde, vægt, erkendt diabetes, symptomer på diabetes, blodglukoseværdi, anbefaling.
Opsporing (viden om diabetes og måling af blodglukose)	Spørgeskema (udfyldt af tolk via interview)	To dage juni 2006	Etniske minoriteter i det lokale indkøbscenter. 140 deltog.	Nationalitet, køn, alder, kendskab til/overvejelser om diabetes, viden om blodglukosemåling ønske om sted for dette.
Opsporing (forekomst af diabetes blandt målgruppen)	Registerdata (Det Centrale Personregister, Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret)	2000-2005	Personer med diabetes blandt tyrkere, palæstinensere og somaliere, 35 år og derover, bosat i Vollsmose, Odense	Bopæl, alder, fødselsregistreringssted, ydelser og diagnosekode.
Opsporing (opfølgning på personer, der var anbefalet at søge egen læge)	Spørgeskema (udfyldt af tolk via telefoninterview)	September 2006 – februar 2007	Personer med en fastende blodglukose => 6.1 mmol eller en ikke-fastende blodglukose på =>12.1. 40 deltagere	Havde der været kontakt med egen læge, og var der konstateret diabetes.
Opsporing (viden om diabetes og mulighed for at tale med borgere om diabetes)	Interview (AL)	Februar 2007	Kommunale sagsbehandlere, der deltog i undervisning om type 2 diabetes. 1 deltog.	Anvendelighed af undervisning i diabetes og mulighed for at deltage i opsporing af personer med diabetes.
Egenomsorgskurser	Observation (AM, LB)	Marts-august 2006	Alle deltagere i egenomsorgskurserne	Kursernes forløb og hvorvidt de praktiske og dialogbaserede undervisningsteknikker var effektive.
Egenomsorgskurser	Individuelle interviews (AM) (LB)	Marts-august 2006	Deltagere i egenomsorgskurserne. 12 deltog.	Deltagernes vurderinger af deres behov for kurset, udbytte af kurset og dets indflydelse på deres adfærd i forhold til kost, motion og egenomsorg.

→

	Evaluering af følgende tiltag	Data genereringsmetode	Tidsrum	Målgruppe og antal deltagere	Emner
→	Egenomsorgskurser	Fokusgruppeinterview (AL, LB)	Juni 2006	Undervisere og tolke. 6 deltog.	Erfaringer med at tilrettelægge og afholde modelprojektets tilbud.
	Egenomsorgskurser	Fokusgruppeinterviews (et med hver af de tre etniske grupper) (AL)	Oktober 2006	Deltagere i egenomsorgskurser 13 deltog.	Erfaringer med kurset, herunder anvendelighed og tilfredshed.
	Opsporing og egenomsorgskurser (samarbejde med almen praksis)	Individuelle interviews (AL)	Januar 2007	Praktiserende læger med patienter inden for målgruppen. 4 deltog.	Erfaringer med diabetes blandt målgruppen (opsporing og non-farmakologisk behandling).
	Diabetesambassadørforløb	Deltagerobservation (AM, LB)	November 2006 – Januar 2007	Alle deltagere i diabetesambassadørforløb	Erfaringer med kursusmetode
	Diabetesambassadørforløb	Fokusgruppeinterviews (AM, LB)	December 2006 – Januar 2007	Diabetesambassadører. 2 deltog Deltagere i diabetesambassadørforløbene. 15 deltog	Erfaringer med kursusmetode
	Projektforløb til udvikling	Interviews (AL)	April 2006-Januar 2007	Projektleder	Erfaringsopsamling med input af interviewguides.

3

- Metoder til opsporing af personer i målgruppen med type 2 diabetes

3.1. Beskrivelse af opsporing

I efteråret 2005 blev der nedsat en arbejdsgruppe, som skulle arbejde med at udvikle metoder til opsporing. Gruppen anbefalede, at der blev lavet et lokalt tilbud om blodglukosemåling, hvor målgruppen kunne komme "ind fra gaden" og få målt en vejledende blodglukose. Der skulle laves reklame for tilbuddet via lokale medier og via oplysningsmøder for relevante ansatte i Odense Kommune, som skulle kunne henvise til tilbuddet.

Denne model blev valgt, fordi arbejdsgruppen vurderede, at den største barriere i forhold til opsporing af personer med type 2 diabetes i målgruppen ville være at få folk til alene på baggrund af informationsmateriale at ringe og bestille tid hos egen læge. Derudover vurderede gruppen, at det ville være frugtbart at bruge de ansatte i Odense Kommune som formidlere, da de har en stor berøringsflade med mennesker bosat i Vollsmose.

Information til målgruppen om projektets tilbud

Med henblik på at gøre målgruppen opmærksom på projektet og dets tilbud om måling af blodglukose, blev der lavet en række tiltag med information til borgerne i området (tabel 3).

Undervisning af personale med direkte kontakt til målgruppen

Der blev udvalgt en række personalegrupper, som via deres arbejde havde kontakt med målgruppen, og som i januar/februar 2006 fik undervisning om diabetes med henblik på at deltage i opsporingen. Følgende personalegrupper blev undervist af diabetessygeplejerske Anni Rasmussen, Diabetesforeningen, ansatte i Sektor for Beskæftigelse og Kontanthjælp Øst, Odense Kommune, ansatte i Værestedet Mimers Brønd, Odense Kommune, ansatte i Fritidsbutikken, Vollsmose, Folke-

oplysning Vollsmose, ansatte i Hjemmebesøg 65, Odense Kommune, ansatte på Sprogcentret AOF Odense, ansatte på Reva Aktiv Integration, Odense Kommune. Formålet var at formidle viden om type 2 diabetes og symptomer på dette, således at de kunne identificere personer med en mulig type 2 diabetes og henvise dem til blodglukosemålingstilbuddet. Beboerrådgiverne i Vollsmose blev informeret om projektet ved projektleder Liv Brandstrup, Diabetesforeningen.

Undervejs i projektet har disse personalegrupper stillet deres erfaringer og ekspertise vedr. Vollsmose og projektets målgruppe til rådighed for projektet.

Tilbud om måling af blodglukose

I januar 2006 blev der åbnet et lokalt blodglukosemålingstilbud i Værestedet Mimers Brønd. Her havde målgruppen mulighed for hver mandag og onsdag i tidsrummet kl. 10-12 at få målt en vejledende blodglukose og blive vejlet.

Tilbuddet blev bemandet af en gruppe frivillige bestående af 28 medicinstuderende, som på skift foretog blodglukosemålinger. Der var en tolk til stede hver gang for at sikre, at alle kunne få tolket resultatet af deres måling, og give mulighed for at stille spørgsmål.

Alle personer fra målgruppen, der fik målt en blodglukose, fik information om projektet mundtligt og i form af et informationsbrev. De underskrev ligeledes en samtykkeerklæring. Denne var oversat til de tre respektive sprog. De personer, der fik målt en vejledende blodglukose over 6.1.mmol fastende, blev opfordret til at søge egen læge. I den forbindelse fik de tilbudt hjælp til at ringe til lægen og bestille tid.

Tabel 3: Oversigt over informationstiltag

Uge (2006)	1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24
Infomøde Tyrkisk Islamisk Kulturforening			■			
Foredrag på Sprogcentret AOF Odense			■	■		
Husstandsomdelt infobrev			■			
Annonce i Vollsmose Avisen	■	■	■	■	■	■
Foredrag på Reva Aktiv Integration				■		
Info på lokal tekst-tv		■	■	■	■	■
Infomøde i Somalisk Kulturforening					■	
Foredrag Tyrkisk Islamisk Kulturforening						■
LB interviewet til P4 Radio Fyn		■				
Artikel i Vollsmose Avisen om blodglukosemåling, egenomsorgskurser		■		■		
Lokal TV og TV Danmark Fyn om blodglukosemålingstilbuddet		■				

Personer fra målgruppen, som havde en erkendt type 2 diabetes, fik tilbudt egenomsorgskurset. De personer, som blev opfordret til at søge egen læge på grund af en forhøjet blodglukose, blev informeret om, at hvis de fik stillet diagnosen, kunne de komme på kursus.

Der blev udarbejdet et skema i samarbejde med overlæge på afd. M, OUH, Jan Erik Henriksen, og praksiskoordinator på OUH og praktiserende læge Christian Hansen. Dette skema udfyldte to funktioner. Det fungerede som et registreringsskema i forhold til evaluering af metoden, og det sikrede, at alle personer, som kom og fik målt deres blodglukose, fik samme information set i relation til den målte blodglukose.

De medicinstuderende blev tilbudt to temaeftermiddage med kompetenceudvikling med henblik på at sikre deres viden om henholdsvis diabetes og interkulturel kommunikation. I februar 2006 blev der afholdt en temaeftermiddag om type 2 diabetes v. overlæge Jan Erik Henriksen. I marts 2006 afholdtes en temaeftermiddag om interkulturel kommunikation v. konsulent Grete Svendsen fra Dansk Flygtningehjælp og ph.d. Omar Dahir fra Århus Universitet.

Det faste blodglukosemålingstilbud blev kombineret med et mobilt tilbud i foråret 2006. Der har været afholdt 6 mobile arrangementer:

- 3 gange på Sprogcentret AOF Odense. I forbindelse med den første blodglukosemålingsdag blev der afholdt to foredrag om diabetes ved diabetessygeplejerskerne Heidi Nissen og Therese Jørgensen fra Afd. M, OUH.
- 1 gang på Reva Aktiv Integration, Odense Kommune, med foredrag om kost og diabetes ved diætist Marianne Berthelsen og med efterfølgende blodglukosemåling.
- 1 gang på Yggdrasil, Odense Kommune, med blodglukosemåling.
- 1 gang i Tyrkisk Islamisk Kulturforening med foredrag ved diabetessygeplejerske Heidi Nissen og efterfølgende blodglukosemåling.

3.2. Evaluering af opsporing

Succeskriteriet for opsporingen af personer med type 2 diabetes var i) at 250 personer blandt målgruppen benytter sig af det lokale tilbud om måling af blodglukose, hvilket svarer til 1/4 af målgruppen, ii) at de underviste kommunale sagsbehandlere oplever, at de kompetencemæssigt set er rustet til dels at tale med målgruppen om at komme videre i systemet og dels at give information om projektets forskellige tilbud i forhold til både opsporing og egenomsorg²⁾, iii) at de underviste kommunale sagsbehandlere oplever, at de kompetencemæssigt set

er rustet til at opspore personerne i målgruppen³⁾. Evalueringen af dette tiltag er baseret på følgende (en samlet oversigt præsenteres i tabel 4):

Måling af blodglukose

I forbindelse med tilbuddet om måling af blodglukose blev deltagerne (via tolk) udspurgt om deres nationalitet, køn og alder. Højde og vægt blev målt. Der blev spurgt, om de havde diabetes eller eventuelle symptomer på diabetes, samt om, hvem der evt. havde gjort opmærksom på tilbuddet eller opfordret dem til at få målt blodglukose. Den målte blodglukoseværdi blev noteret sammen med den anbefaling, der blev givet om henholdsvis, at der ingen tegn var på diabetes, at vedkommende skulle komme igen fastende, eller at vedkommende skulle kontakte den praktiserende læge. Oplysninger på skemaerne blev efterfølgende indtastet i en til formålet oprettet database i datahåndterings-programmet SPSS. Data blev analyseret på baggrund af frekvenstabeller og enkelte krydstabeller på såvel hele datasættet som på dele af dette.

Opfølgning på personer, der var anbefalet at søge egen læge

De personer, der fik målt en fastende blodglukose på 6.1 mmol eller derover, eller en ikke-fastende blodglukose på 12.1 mmol eller derover, blev opfordret til at søge egen læge med henblik på diagnosticering af en eventuel type 2 diabetes. Derudover blev personer, der den sidste dag i tilbuddet om måling af blodglukose fik målt en ikke-fastende blodglukose på 6.1 mmol eller derover, opfordret til at søge egen læge, idet det ikke var muligt at tilbyde dem at komme igen til en fastende måling af blodglukose. Disse personer blev efterfølgende kontaktet telefonisk af tolken for at høre, om de havde været i kontakt med egen læge, og om der var konstateret diabetes.

Viden om diabetes og måling af blodglukose

For at danne sig et indtryk af den generelle viden om diabetes og den specifikke viden om det lokale tilbud om måling af blodglukose blandt målgruppen, blev der udført en spørgeskemaundersøgelse i det lokale indkøbscenter. Tre tolke interviewede tilfældigt forbipasserende, som de opfattede som tilhørende målgruppen. De blev spurgt om nationalitet, køn, alder, kendskab til diabetes, overvejelser om selv at have diabetes, viden om, hvor der kunne undersøges for diabetes, samt viden om og evt. deltagelse i det lokale tilbud om måling af blodglukose. Derudover blev de spurgt, om de foretrak at få målt blodglukose lokalt eller hos den praktiserende læge, hvis de selv fik mistanke om diabetes. Oplysninger på skemaerne

2) Se bilag 1, note 2

3) Se bilag 1, note 3

blev efterfølgende indtastet i en til formålet oprettet database i datahåndterings-programmet SPSS. Data blev analyseret på baggrund af frekvenstabeller og enkelte krydstabeller.

Forekomst af diabetes blandt målgruppen

Med henblik på at afklare forekomsten af type 2 diabetes i målgruppen blev der indhentet data via Det Centrale Personregister, Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret for perioden 2000-2005. Målgruppen blev identificeret på baggrund af bopæl, alder og fødselsregistreringssted. Personer, der opfyldte mindst et af følgende kriterier, blev derefter klassificeret som diabetikere: i) ydelser inden for speciale 54 (*fodterapi*), ii) ydelsesnummer 7136 (*B-glukose*) eller 7159 (*B-glukose ved stix*) mindst 2 gange årligt i 5 år, iii) ydelsesnummer 7136 (*B-glukose*) eller 7159 (*B-glukose ved stix*) mindst 5 gange i løbet af et enkelt år, iiiii) registreret med minimum én ICD10 diagnosekode: E10, E11, E12, E13, H36.0 eller O24 (fraregnet O24.4 = gestational diabetes). Metoden er valideret i en tidligere undersøgelse, hvor man fandt, at sensitiviteten var 86 %, og den positive prædiktive værdi var 89 % (11). Data er analyseret som frekvenser og statistisk test (t-test). En tilsvarende beregning af forekomsten af diabetes blandt hele den danske befolkning er tilgængelig fra Sundhedsstyrelsen (6).

Kompetenceudvikling

Som tidligere beskrevet (afsnit 3.1), blev personale med direkte kontakt til målgruppen tilbudt undervisning om type 2 diabetes med det formål, at de blev i stand til at deltage i

opsporingen af potentielle type 2 diabetikere og henvise dem til modelprojektets blodglukosemålingstilbud og egenomsorgskurser. I evalueringen valgte man at fokusere på de kommunale sagsbehandlere, da dette var den største faggruppe. Via et fokusgruppeinterview skulle der genereres viden om deres udbytte af undervisningen og deres erfaringer med at tale med borgerne om diabetes for derigennem at medvirke til opsporing af personer i målgruppen med diabetes. Imidlertid var det kun muligt at rekruttere to sagsbehandlere til interviewet, og da en meldte afbud på dagen for interviewet, blev dette gennemført med en enkelt sagsbehandler.

Samarbejde med almen praksis

Med det formål at opnå et indtryk af de praktiserende lægers rolle og muligheder i opsporingsindsatsen i forhold til type 2 diabetikere med anden etnisk baggrund blev der udført individuelle interviews med fire praktiserende læger. Lægerne blev bl.a. spurgt om antallet af patienter blandt målgruppen i deres praksis og årsager til henvendelse, om evt. problemer i forhold til opsporing og hvordan disse evt. kunne afhjælpes, samt om evt. problemer i forhold til den non-farmakologiske behandling og hvordan disse evt. kunne afhjælpes. Det enkelte interview blev optaget på bånd og efterfølgende udskrevet i kondenseret form. De fire interviews blev derefter sammenskrevet på baggrund af en temaanalyse.

Tabel 4: Tids- og handleplan for evalueringen:

Aktivitet	2006												2007	
	Jan.	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	Jan.-Feb.	
Måling af blodglukose														
Deltagerobservation m. uformelle interviews														
Informationsmøder for personale med direkte kontakt til målgruppen														
Spørgeskemaundersøgelse														
Kontakt til dem, der blev opfordret til at søge egen læge.														
Interviews m. praktiserende læger														
Interview med kommunal sagsbehandler														

3.3. Resultater af opsporing af personer med diabetes

3.3.1. Forekomst af personer med diabetes

En simpel optælling af de tidligere beskrevne registeroplysninger viste, at i alt 972 personer med tyrkisk, somalisk og libanesisk⁴⁾ baggrund i aldersgruppen 35 år og derover var bosat i Vollsmose (tabel 5). Gennemsnitsalderen var 47 år (median = 44 og variationen 35-94 år).

Af disse 972 personer havde i alt 133⁵⁾ eller 13,7 % en erkendt diabetes. Af nedenstående (tabel 5) fremgår det, at andelen af diabetikere var forskellig for de tre nationaliteter. Således havde 17,6 % af personerne med tyrkisk baggrund en erkendt diabetes, 12,4 % med en libanesisk eller palæstinensisk baggrund og 10,8 % med en somalisk baggrund havde erkendt diabetes. Gennemsnitsalderen for de 133 personer med diabetes var 55 år (median = 53 og variationen 36-90 år).

Ifølge Sundhedsstyrelsens opgørelse (6) er der mellem 200.000 og 225.000 danskere med erkendt diabetes. Forekomsten af diabetes blandt personer på 30 år og derover kan på baggrund af Sundhedsstyrelsens opgørelse og tal fra Danmarks Statistik (12) opgøres til 5,7 %⁶⁾, mens forekomsten blandt dette projekts målgruppe (på 35 år og derover) er 13,7 %. En t-test for afvigelse for populationsproportioner viser en værdi på 7,5, hvilket betyder, at forskellen på forekomsten af diabetes i den samlede danske befolkning på 30 år og derover og i projektets målgruppe er højsignifikant.

4) Der er søgt på Libanon som oprindelsesland, hvilket betyder en vis usikkerhed, idet gruppen kan omfatte ikke-palæstinensere, samtidig med at statsløse palæstinensere ikke er med i gruppen.

5) Dette må antages at være et konservativt estimat. Med en 86 % sandsynlighed for at finde alle må det antages, at der er mellem 133 og 154 personer med erkendt diabetes i målgruppen.

6) Ifølge Danmarks Statistik er der i Danmark 3.472.578 personer på 30 år og derover, og ifølge Sundhedsstyrelsen har ca. 198.913 af disse personer en erkendt diabetes (12).

Tabel 5: Personer i målgruppen med en erkendt diabetes fordelt på nationalitet

Nationalitet	Indbyggere		Diabetes	%
	N	N		
Tyrkisk	330	58	17,6%	
Somalisk	279	30	10,8%	
Palæstinensisk	363	45	12,4%	
I alt	972	133	13,7%	

Dette resultat ligger på linje med en svensk undersøgelse (3), der viste, at forekomsten af diabetes blandt ikke-vestlige immigranter i aldersgruppen 35-64 år bosiddende i Stockholm var tre gange højere end forekomsten af diabetes blandt svenskfødte i samme aldersgruppe.

Resultatet ligger også på linje med en dansk undersøgelse fra 2000, der viste, at indvandrere udgjorde 15,7 % af et diabetesambulatoriums population med type 2 diabetes (8).

3.3.2. Udbytte af undervisning

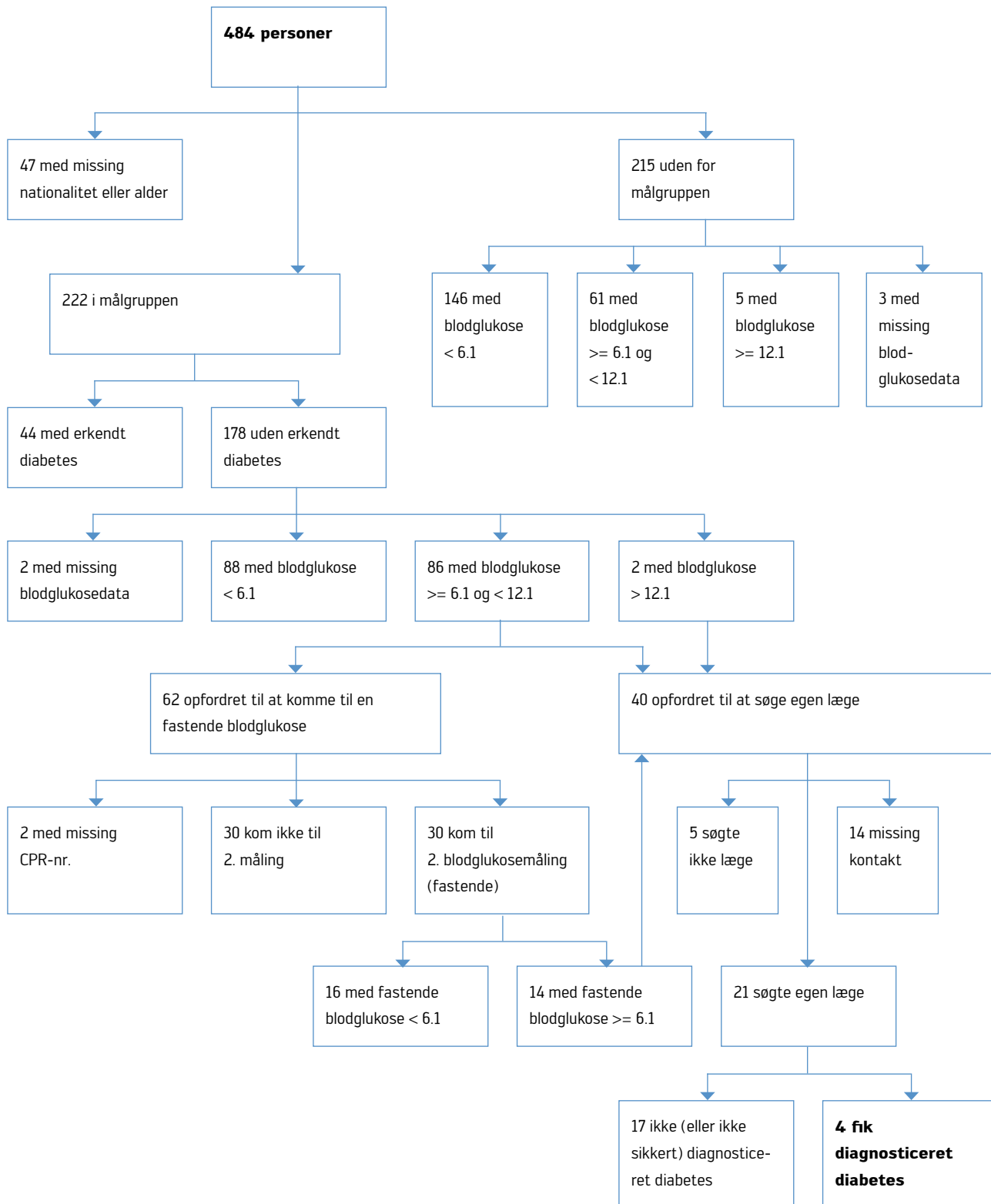
Det er usikkert, hvor mange der tog imod det lokale tilbud om at få målt blodglukose på baggrund af en opfordring fra de personalegrupper, der havde fået undervisning. I forbindelse med tilbuddet om måling af blodglukose blev deltagerne spurgt om, hvem der havde opfordret dem til at tage imod tilbuddet. Kun 68 af de i alt 484 personer, der tog imod tilbuddet, svarede. Heraf var 3 blevet opfordret fra Reva Aktiv Integration, 2 af en sagsbehandler og 2 af en underviser på sprogskolen. Derimod angav 44, at de var blevet opfordret af ven eller familie til at få målt deres blodglukose, 11 at de var opfordret af en sundhedsplejerske og 8 af en anden (ukendt) fagperson. Ifølge interviewet med en enkelt sagsbehandler havde undervisningen om diabetes været både relevant og anvendelig i forhold til en øget opmærksomhed på diabetes blandt borgerne.

3.3.3. Måling af blodglukose, antal målinger, BMI og blodglukoseværdier

I det lokale blodglukosemålingstilbud blev der i alt målt blodglukose 386 gange. På værestedet "Yggdrasil" blev der målt blodglukose 18 gange. På Sprogcentret AOF Odense, blev der målt blodglukose 212 gange. På Reva Aktiv Integration og i Tyrkisk Islamisk Kulturforening blev der målt blodglukose hhv. 24 og 36 gange. Der blev i alt målt blodglukose 676 gange.

Enkelte personer fik målt deres blodglukose flere gange, og de i alt 676 blodglukosemålinger fordeler sig på 484 personer. En oversigt over de 484 personer, der fik målt blodglukose, præsenteres i figur 2 næste side.

Figur 2: Oversigt over de 484 personer, der fik målt blodglukose.



I alt 222 personer tilhørte målgruppen af tyrkere, somaliere og palæstinensere på 35 år og derover.

De 222 personer i målgruppen fordelte sig stort set lige på de tre nationaliteter. Der var derimod flere kvinder (58 %) end mænd (42 %), der fik målt deres blodglukose. Fordelingen mellem køn var stort set ens på tværs af de tre nationaliteter (tabel 6).

Mens kun halvt så mange mænd som kvinder benyttede sig af det lokale tilbud om blodglukosemåling i Mimers Brønd, betød især tilbuddet i Tyrkisk Islamisk Kulturforening en forøgelse af gruppen af mænd, der fik målt en blodglukose (tabel 7).

I starten af perioden med tilbud om blodglukosemåling kom der langt flere kvinder end mænd. Interviews med kvinderne og de mænd, der kom, viste, at det var en generel opfattelse, at tilbuddet kun var rettet mod kvinder. Dette skyldtes en antagelse af, at sundhedstilbud oftest er rettet mod kvinder, og mændene mente derfor, at det samme gjorde sig gældende for dette tilbud. På baggrund af denne viden blev der gjort en indsats for at få mændene til at deltage ved at:

- Ændre materialet (plakater, annoncer etc.) således, at det fremgik, at det var for både mænd og kvinder.
- Opfordre alle kvinder, der fik målt blodglukose, til at fortælle deres mænd om tilbuddet.

- Opfordre alle mænd, der fik målt blodglukose, til at fortælle deres venner og familiemedlemmer om tilbuddet.

BMI

I alt 181 personer i målgruppen fik registreret vægt og højde. Heraf var 74 % overvægtige med et BMI på 25 og derover. Det skal dog noteres, at man i informationsmaterialet til projektet opfordrede til, at overvægtige fik målt en blodglukose, hvilket kan have betydning for andelen af overvægtige og dermed for nedenstående sammenligning.

Af nedenstående (tabeller 8-10) fremgår det, at de 181 personer i målgruppen generelt har et højere BMI end et gennemsnit af den fynske befolkning⁷⁾, men også at der er forskel på BMI mellem de tre nationaliteter.

Af tabel 8 fremgår det, at 50-52 % af de tyrkiske, somaliske og palæstinensiske mænd har et BMI på mellem 25 og 30, og at 33 % af de tyrkiske og palæstinensiske mænd har et BMI på mere end 30, hvorimod denne andel blandt de somaliske mænd

7) Tallene skal tolkes med stor forsigtighed, idet de for målgruppens vedkommende er baseret på et meget lille antal personer, og det er uvist, om deres vægt er repræsentativ for hele gruppen (af f.eks. tyrkiske kvinder). Derudover må der tages forbehold for, at målgruppens alder (>=35 år) er højere end den generelle fynske stikprøvegruppens alder (>=25 år), samt for intervallet på 6 år mellem de to dataindsamlinger.

Tabel 6: Personer i målgruppen fordelt på nationalitet og køn

Nationalitet	Alle		Mænd		Kvinder	
	N	%	N	%	N	%
Tyrkisk	74	33	30	40	44	60
Somalisk	73	33	29	40	43	60
Palæstinensisk	75	34	33	44	42	56
I alt	222	100	92*	42	129*	58

(*N=221, idet data mangler angivelse af køn for 1 individ)

Tabel 7: Personer i målgruppen fordelt på lokalitet for blodglukosemåling

Sted	Mænd		Kvinder	
	N	%	N	%
Værestedet Mimers Brønd	54	34	106	66
Værestedet Yggdrasil	-	-	4	100
Sprogcentret AOF Odense	1	7	13	93
Reva Aktiv Integration	5	45	6	55
Tyrkisk Islamisk Kulturforening	32	100	-	-
I alt	92*		129*	

(*N=221, idet data mangler angivelse af køn for 1 individ)

Tabel 8: BMI for mænd fordelt på nationalitet

BMI-gruppe	Tyrkisk		Somalisk		Palæstinensisk	
	N	%	N	%	N	%
Mænd						
Gruppe 1 (BMI <25)	2	17	8	33	4	15
Gruppe 2 (BMI >=25 til <30)	8	50	12	50	14	52
Gruppe 3 (BMI >30)	4	33	4	17	9	33
I alt	14	100	24	100	27	100

(*N=63, idet data mangler angivelse af køn for 1 person).

kun er 17 %. Tilsvarende har 42 % af de fynske mænd et BMI på mellem 25 og 30, og 11 % har et BMI på over 30 (tabel 10).

Af tabel 9 fremgår det, at 30-38 % af de tyrkiske, somaliske og palæstinensiske kvinder har et BMI på mellem 25 og 30, og at 46 % af de somaliske kvinder, 50 % af de palæstinensiske kvinder og 65 % af de tyrkiske kvinder har et BMI på mere end 30. Tilsvarende har 31 % af de fynske kvinder et BMI på mellem 25 og 30, og 9 % har et BMI på over 30 (tabel 10).

Det ser således ud til, at de personer, der fik målt en blodglukose, generelt havde et højere BMI end den generelle fynske befolkning, og at det dermed formentlig er lykkedes at tiltrække personer med højt BMI til tilbuddet om blodglukosemåling.

Blodglukoseværdier

Af de 222 personer i målgruppen havde 44 en allerede erkendt diabetes. Af de resterende 178 personer havde de 88 (49 %) en normal blodglukose på under 6.1 mmol/L. Denne gruppes gennemsnitlige blodglukose lå på 5.1 mmol/L (median = 5,25 (SD 0,63)). For 2 personer var der ingen blodglukosedata.

86 (48 %) personer havde en blodglukose på mellem 6.1 og 12 mmol/L. Denne gruppes gennemsnitlige blodglukose lå på 7.2 mmol/L (median = 6,90 (SD 1.09)). Af disse 86 personer blev de 62 anbefalet at komme igen til en fastende blodglukose.

De resterende 24 blev anbefalet at søge egen læge; 9, fordi de allerede var fastende ved 1. blodglukosemåling, og 18, fordi de fik målt blodglukose på den sidste dag for tilbuddet, hvorfor de ikke kunne tilbydes at komme igen. Af de 62 personer, der blev anbefalet at komme igen til en fastende blodglukose, kom 30. Af de 30 personer havde 16 en fastende blodglukose på mindre end 6.1, mens 14 personer havde en fastende blodglukose på 6.1 og derover og blev anbefalet at opsøge egen læge.

To personer havde en blodglukose på 12.1 mmol/L eller mere ved 1. måling og blev anbefalet at opsøge egen læge. De to målinger var på hhv. 12.2 mmol/L og 12.7 mmol/L. I alt 40 personer blev således opfordret til at søge egen læge med henblik på at blive undersøgt for diabetes.

3.3.4. Nyopsporede og personer med erkendt diabetes

De 40 personer, der blev opfordret til at søge læge, blev efterfølgende søgt kontakten telefonisk for at følge op på, hvorvidt de havde diabetes eller ej. Af de 40 personer var det muligt at komme i kontakt med 26. Heraf havde 5 ikke søgt læge som anbefalet. 21 havde søgt egen læge, hvoraf de 17 havde fået besked om, at de ikke eller formentlig ikke havde diabetes (en var usikker på, hvad lægen havde sagt, og en skulle tage sig og komme igen). I alt 4 havde fået at vide, at de havde diabetes. Hermed var 2 % (af de 178 personer i målgruppen uden

Tabel 9: BMI for kvinder fordelt på nationalitet

BMI-gruppe	Tyrkisk		Somalisk		Palæstinensisk	
	N	%	N	%	N	%
Kvinder						
Gruppe 1 (BMI <25)	2	5	8	20	4	12
Gruppe 2 (BMI >=25 til <30)	11	30	14	34	20	38
Gruppe 3 (BMI >30)	24	65	19	46	15	50
I alt	37	100	41	100	39	100

(*N=117, idet data mangler angivelse af køn for 1 person).

Tabel 10: BMI-stikprøve af mænd og kvinder i Fyns Amt*

BMI-gruppe	Mænd		Kvinder	
	N	%	N	%
Gruppe 1 (BMI <25)	75.041	47	101.372	59
Gruppe 2 (BMI >=25 til <30)	68.432	42	53.217	31
Gruppe 3 (BMI >30)	17.813	11	15.898	9
I alt	160.966	100	170.670	100

(*vægtet gennemsnit beregnet på baggrund af BMI-data fra SUSY-undersøgelsen 2000 (13) og folketal i Fyns Amt 2000 (12)).

erkendt diabetes) opsporet i forbindelse med tilbuddet om blodglukosemåling.

I alt 222 personer eller lidt over 1/5 af en samlet målgruppepopulation på 972 deltog i tilbuddet om blodglukosemåling. Ifølge vores tidligere beskrevne opgørelse er der 133 erkendte diabetikere blandt målgruppen, og hvis det passer, at omkring halvdelen af personer med type 2 diabetes er uerkendt, betyder det, at vi ved at screene 1/5 af populationen forventeligt ville finde 26 personer med en uerkendt diabetes. Da det lokale tilbud om blodglukosemåling kun opsporede 4 personer med en uerkendt diabetes, må det enten betyde, at en meget stor del af de personer i Vollsrose, der har diabetes, allerede er opsporet, eller at de personer, der har uerkendt diabetes, befinder sig i gruppen af personer, der ikke tog imod tilbuddet om at få målt blodglukose.

Ud af de 222 personer, der fik målt blodglukose, havde 44 en allerede erkendt diabetes. Det betyder, at 1/3 af de 133 der havde en erkendt diabetes benyttede sig af tilbuddet om at få målt blodglukose.

At så mange med en erkendt diabetes benyttede sig af tilbuddet, kan skyldes flere faktorer. Blandt personer med en erkendt diabetes gives der udtryk for, at de kom for at få deres blodglukose målt, noget mange af dem havde svært ved at gøre selv. Det blev observeret, at denne gruppe havde mange spørgsmål omkring deres diabetes, som de ønskede at få svar på i blodglukosemålingstilbuddet. Spørgsmålene drejede sig om blodglukose, egenomsorg og kost. F.eks. spurgte de: "Hvorfor er mit blodsukker så højt?" og "Må jeg spise det her, når jeg har diabetes?". Derudover havde denne gruppe i vid udstrækning spørgsmål til andre sygdomme, de selv eller nogle i deres nære omgivelser havde, herunder forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk og vægttab.

Tabel 11: Antal deltagere i spørgeskemaundersøgelsen, fordelt på nationalitet og køn

Nationalitet	Alle		Mænd		Kvinder	
	N	%	N	%	N	%
Tyrkisk	32	22	22	69	10	31
Somalisk	52	36	26	50	26	50
Palæstinensisk	17	12	10	59	7	41
Anden nationalitet	42	29	15	36	27	64
I alt	143*	99	73	51	70	49

(*N=143)

Den anden gruppe, der tog imod blodglukosemålingstilbuddet, var dem, der ikke havde diabetes eller ikke vidste, at de havde det. De kom for at få målt blodglukose og for at finde ud af, om de havde diabetes eller var i risikogruppen. Men de kom også for at stille spørgsmål og tale om sundhed og sygdom generelt. En stor del af denne gruppe var overvægtige og var meget interesserede i at finde ud af, hvordan og hvor meget de skulle tabe sig for at blive normalvægtige. Der var en stor efterspørgsel i denne gruppe efter vægttabskurser.

Generelt blev det observeret, at mange personer både med diabetes og uden diabetes tog imod blodglukosemålingstilbuddet for at få en uformel snak om deres helbred.

Mange blev siddende, efter at de havde fået målt deres blodglukose, og talte med de medicinstuderende, hinanden og tolkene om sundhed og sygdom. Flere gav udtryk for, at det var et nemt sted at komme forbi og stille spørgsmål, fordi det havde en uformel karakter. Derfor vurderes det generelt, at tilbuddet var en god måde at få kontakt til målgruppen på og tale om sundhed og livsstil.

3.3.5. Kendskab til diabetes og interesse for lokal måling af blodglukose

Med henblik på at undersøge holdninger til og viden om opsporingsinitiativet blandt de tre etniske grupper, blev der på to formiddage udført en spørgeskemaundersøgelse i det lokale butikscenter (Outlet Fyn). Deltagere i undersøgelsen var personer, der tilfældigvis befandt sig i butikscentret på det tidspunkt, og som blev gjort opmærksom på undersøgelsen af den udstationerede tolk, eller som selv henvendte sig, fordi de så den tolk, som de allerede kendte, henvende sig til de forbipasserende.

I alt 144 skemaer blev udfyldt. Aldersmæssigt fordelte deltagerne sig fra 16 til 74 år. Godt 36 % af deltagerne var somaliere, de tyrkiske deltagere udgjorde knap 29 %, mens palæstinenserne udgjorde den mindste gruppe på 12 %. Deltagere, som var af anden etnisk nationalitet end målgruppen, udgjorde 29 %. Samlet set var der en nogenlunde ligelig kønsfordeling mellem deltagerne, men fordelt på nationalitet var der en overvægt af mænd blandt de tyrkiske deltagere, og i mindre grad blandt de palæstinensiske deltagere. Blandt de somaliske deltagere var der lige mange af begge køn, mens der blandt deltagere med anden nationalitet var langt flest kvinder (tabel 11).

Mere end halvdelen af deltagerne svarede ja på spørgsmålet "Kender du noget til sygdommen diabetes/sukkersyge?". Nationalt var der forskel, idet langt færre blandt somaliere

angav at have kendskab til diabetes end blandt de andre nationaliteter (tabel 12).

Knap halvdelen af deltagerne svarede ja på spørgsmålet "Har du tænkt på, at du måske selv har diabetes/sukkersyge?", og mellem en femtedel og en tredjedel af deltagerne angav både at kende til diabetes og have overvejelser om selv at have sygdommen (tabel 13).

Næsten 3/4 af deltagerne angav at vide, hvor det er muligt at blive testet for diabetes ved at måle blodglukose. Blandt palæstinensere var det næsten alle, der havde denne viden, hvorimod det kun var godt halvdelen af tyrkerne og somalierne, der angav at have denne viden (tabel 14). Derimod havde mindre end halvdelen af deltagerne hørt om det aktuelle lokale tilbud om at få målt sin blodglukose (tabel 15). Heraf havde hovedparten hørt om det fra familie og venner.

Det var især somalierne, der oplyste, at de havde taget imod tilbuddet, idet en lille gruppe på 15 af deltagerne, hvoraf de

10 var somalierne, angav at have taget imod det aktuelle lokale tilbud om at få målt sin blodglukose.

Langt de fleste deltagere angav, at de helst ville have målt deres blodglukose hos den praktiserende læge, hvis det blev aktuelt, dette uanset nationalitet. Dog var de somaliske deltagere i større udstrækning end de andre interesseret i at få målt deres blodglukose lokalt (tabel 16). Andelen, der ønskede deres blodglukose målt hos den praktiserende læge, var større blandt kvinderne end blandt mændene (tabel 17).

3.3.6. Praktiserende lægers erfaring med opsporing

De fire praktiserende læger, der blev interviewet, havde tilsammen en del patienter inden for målgruppen. Det var deres generelle indtryk, at opsporingen af type 2 diabetes inden for målgruppen fungerer, uden at de dog vidste, hvor mange der reelt har sygdommen, og dermed i hvor stor udstrækning de er diagnosticeret. Der er flere grunde til denne oplevelse af en fungerende opsporing. Dels går patienter inden for målgrup-

Tabel 12: Andel, der angav kendskab til diabetes, fordelt på nationalitet

Nationalitet	Kendskab til diabetes	
	ja	%
Tyrkisk	25	78
Somalisk	20	39
Palæstinensisk	14	82
Anden nationalitet	28	67
I alt	88	61

(N=144)

Tabel 13: Andel, der angav både kendskab til diabetes og overvejelser om selv at have diabetes, fordelt på nationalitet

Nationalitet	Kendskab til diabetes		Overvejelser om selv at have diabetes	
			Ja	Nej
Tyrkisk	Kendskab til diabetes	Ja	7 (22 %)	18 (56 %)
		Nej	1 (3 %)	6 (19 %)
Somalisk	Kendskab til diabetes	Ja	14 (27 %)	6 (12 %)
		Nej	10 (19 %)	22 (42 %)
Palæstinensisk	Kendskab til diabetes	Ja	5 (33 %)	8 (53 %)
		Nej	1 (7 %)	1 (7 %)
Anden nationalitet	Kendskab til diabetes	Ja	17 (44 %)	9 (23 %)
		Nej	5 (13 %)	8 (21 %)
I alt			60 (43 %)	78 (57 %)

(N=138)

pen ofte til lægen, hvilket i sig selv øger sandsynligheden for at få målt en blodglukose, og dels er det forholdsvist simpelt at måle blodglukose, hvorfor det ofte gøres, bl.a. i forbindelse med at der tages andre blodprøver. Af og til henvender patienter inden for målgruppen sig med diabetesrelaterede symptomer, eller fordi de ønsker at blive kontrolleret, idet en i familien eller en bekendt har fået diabetes. Derudover er de praktiserende læger generelt opmærksomme på diabetes, hvilket bl.a. betyder, at patienter, der henvender sig med ukarakteristiske symptomer, patienter, som er overvægtige, og patienter med sprogsvækkigheder ofte får målt blodglukose.

Mens indtrykket er, at opsporingen af personer med diabetes fungerer, opleves behandlingen af diabetes blandt målgruppen at være svær. Generelt opleves der en stor non-compliance både i forhold til den farmakologiske behandling og den non-farmakologiske behandling. Samtidig med at mange er vidende om sygdommen diabetes, fordi familie og venner har den, har de færreste viden om eller forståelse af livsstilssygdomme generelt. Der opleves generelt en manglende forståelse af, at

diabetes er en kronisk sygdom, der kræver livslang behandling, kontrol og en ændring i livsstil.

3.4. Diskussion af opsporingstiltaget

Modelprojektets succeskriterium i forhold til opsporing blev stort set nået, idet 222 personer i målgruppen benyttede sig af det lokale tilbud om måling af blodglukose. Det svarer til godt 1/5 af den reelle målgruppe på 972 personer, hvor succeskriteriet var, at 250 personer eller 1/4 af målgruppen benyttede sig af tilbuddet. Der var en ensartet fordeling blandt målgruppen af tyrkere, somaliere og palæstinensere på 35 år og derover, der benyttede sig af tilbuddet.

Derudover benyttede en stor gruppe af personer uden for målgruppen sig af tilbuddet, idet 484 personer fik målt deres blodglukose. Tilbuddet blev således benyttet af 215 personer, der ikke tilhørte målgruppen. Heraf var langt den største gruppe under 35 år, og den største etniske gruppe var irakere. Fem personer i denne gruppe havde en blodglukose på 12.1 mmol/L

Tabel 14: Andel med viden om steder for måling af blodglukose, fordelt på nationalitet

Nationalitet	Viden om steder	
	ja	%
Tyrkisk	19	59
Somalisk	31	60
Palæstinensisk	16	94
Anden nationalitet	36	86
I alt	103	72

(N=143)

Tabel 15: Andel, der havde hørt om aktuelt lokalt tilbud om blodglukosemåling, fordelt på nationalitet

Nationalitet	Hørt om aktuelt lokalt tilbud	
	N	%
Tyrkisk	12	38
Somalisk	24	46
Palæstinensisk	9	53
Anden nationalitet	17	42
I alt	63	44

(N= 142)

Tabel 16: Foretrukne sted for måling af blodglukose, fordelt på nationalitet

Nationalitet	I det lokale område		Hos praktiserende læge	
	N	%	N	%
Tyrkisk	9	28	23	72
Somalisk	21	42	29	58
Palæstinensisk	4	24	13	77
Anden nationalitet	10	24	32	76
I alt	44*	31	98*	69

(*N= 142)

Tabel 17: Foretrukne sted for måling af blodglukose, fordelt på køn

Køn	I det lokale område		Hos praktiserende læge	
	N	%	N	%
Mænd	29	40	44	60
Kvinder	15	22	54	78
I alt	44*	31	98*	69

(*N=142)

eller derover, heraf havde 3 personer ingen erkendt diabetes. Dette kunne tyde på, at et tilbud om at få målt blodglukose ikke kun er relevant for de tre valgte nationaliteter.

Forekomsten af allerede erkendt diabetes er i projektets målgruppe 13,7 %. Det er signifikant flere end den beregnede andel på 5,7 % diabetikere i hele den danske befolkning på 30 år og derover.

Via tilbuddet om blodglukosemåling blev 1/5 af målgruppen screenet for diabetes, hvilket forventeligt ville resultere i, at ca. 26 personer med en uerkendt diabetes blev opsporet, hvis der er lige så mange patienter med uerkendt diabetes som erkendt. Imidlertid blev der opsporet 4 personer, hvilket tyder på, at en meget stor andel af de personer i målgruppen, der har diabetes, allerede er opsporet eller er personer, der ikke benyttede sig af tilbuddet om blodglukosemåling, eller er at finde blandt de personer, der blev henvist til videre udredning hos egen læge, men som ikke selv henvendte sig til egen læge.

Det kan diskuteres, hvorvidt tilbuddets grænse på 6.1 mmol/L har betydet, at mange unødigt fik en melding om, at de måske havde diabetes. Da en del valgte ikke at komme igen, fik de ikke afklaret, hvorvidt de havde diabetes eller ej.

Derimod ser der ud til at være andre fordele, der taler for at fortsætte et lokalt blodglukosemålingstilbud. En del, der allerede var diagnosticeret med diabetes, benyttede sig således af tilbuddet, ofte flere gange. Denne gruppe havde en gennemsnitlig blodglukose på 9,4 mmol/L, og 30 % af deres blodglukosemålinger lå på mere end 10 mmol/L, hvilket tyder på, at deres diabetes ikke er specielt godt reguleret. Dette ligger på linje med en tidligere dansk opgørelse, der viste, at indvandrere havde en dårligere reguleret diabetes end en tilsvarende population af dansk oprindelse (8).

I de individuelle interviews gav flere deltagere udtryk for, at den uformelle atmosfære omkring tilbuddet var en fordel i forhold til besøg hos lægen. Der var tid til at stille spørgsmål, og man kunne komme forbi uden at bestille tid, hvis man var bekymret for sit blodglukose, fortalte flere af deltagerne. Det ser således ud til, at tilbuddet er en god måde at få kontakt til målgruppen, til at snakke om egenomsorg i forbindelse med diabetes og til at afdække behov for og tilbyde deltagelse i undervisning.

Placering i lokalmiljøet var derimod ikke en afgørende motivation blandt tilfældigt adspurgte, hvis de havde overvejelser om selv at have diabetes. Her angav langt de fleste, at de helst ville have målt deres blodglukose hos den praktiserende læge, hvilket ikke var forventet i arbejdsgruppen. Der var et udbredt

selvurderet kendskab til diabetes, blandt tilfældigt udspurgte mennesker, uden at det dog ud fra denne undersøgelse kan vurderes, hvad dette kendskab indebærer, måske er det blot et udtryk for, at de adspurgte har hørt, at der findes en sådan sygdom. De personer, som tog imod tilbuddet og fik målt blodglukose, gav derimod udtryk for, at den lokale placering var vigtig.

Modelprojektets succeskriterier om, at undervisning af personalegrupper med direkte kontakt til målgruppen skulle ruste dem til at få øje på borgere med øget risiko for type 2 diabetes samt tale med dem om diabetes, er det ikke muligt at vurdere. For kun 68 af de i alt 484 personer, der fik målt deres blodglukose, var det registreret, hvem der evt. havde opfordret dem til at få det målt. Derudover viste det sig svært at gennemføre interviews med de underviste sagsbehandlere. Årsagerne til dette kan være flere, f.eks. at tidspunktet for interviewet faldt sammen men den store omstrukturering, der foregik i kommunerne ved årsskiftet 2006-07.

4

- Metoder til øget egenomsorg

Med henblik på udvikling og afprøvning af metoder til øget egenomsorg blev der udviklet og afprøvet 2 metoder:

1. Egenomsorgskurser med fokus på madlavning
2. Diabetesambassadørforbud på eget sprog, med fokus på motion og styret af en diabetesambassadør.

4.1. Beskrivelse af egenomsorgskurser

Formål

Formålet med kurserne var:

- At give deltagerne *konkrete redskaber* til at ændre kostvaner via praktisk madlavning.
- At skabe rammer for at deltagerne *kunne støtte hinanden og udveksle erfaringer*.
- At give deltagerne *viden om type 2 diabetes* og om vigtigheden af at indgå i et samarbejde med egen læge om kontrolbesøg.

Baggrund

I efteråret 2005 udarbejdede arbejdsgruppen en kursusplan for egenomsorgskurserne.

På Styregruppemødet i marts 2006 blev det besluttet at udvide målgruppen for egenomsorgskurserne, således at kurserne også blev tilbudt andre arabisktalende grupper end palæstinenserne, i det omfang at de sprogligt kunne følge den undervisning, der blev lavet for palæstinenserne.

Rekruttering

Der blev rekrutteret deltagere (personer med type 2 diabetes) til kurserne via:

- Blodglukosemålingstilbuddet
- Annoncer i Vollsmose Avisen
- Plakater i lokalområdet
- Ansatte i Odense Kommune
- Praktiserende læger i Odense

Beskrivelse af kurserne

Kurserne blev afviklet over 6 sessioner à 3 timer. Der blev undervist på blandede hold. De pårørende blev inviteret med.

Der skulle laves mad med udgangspunkt i deltageres hverdagsretter, og der skulle "købes ind" sammen. Deltagerne skulle udarbejde handleplaner, og der skulle være tolk til stede hver gang. Der skulle ligeledes gives information om eksisterende motionstilbud i lokalområdet⁸⁾.

I perioden marts til september 2006 blev der afholdt 5 kurser i øget egenomsorg ved diætist Marianne Berthelsen og diabetes-sygeplejerskerne Heidi Nissen og Therese Jørgensen fra OUH.

De fordelte sig således:

- 2 kurser for arabisktalende type 2 diabetikere.
- 2 kurser for somalitalende type 2 diabetikere.
- 1 kursus for tyrkisktalende type 2 diabetikere.

Der blev undervist af en diætist 2 gange à 1 time og 4 gange à 3 timer. Derudover blev hvert hold undervist af en diabetes-sygeplejerske 2 gange à 2 timer.

Den første session på det første kursus blev afholdt i et skolekøkken i en lokal skole. Efterfølgende blev kurset, efter ønske fra kursisterne, flyttet til værestedet "Mimers Brønd", fordi det lå tættere på, hvor de boede, og fordi de allerede kendte stedet.

Pædagogisk tilgang

Den pædagogiske tilgang var:

- Læring via praksis.
- Gennem dialog med deltagerne at sikre, at den viden, der blev formidlet, var relevant, og sikre, at deltagerne kunne udveksle erfaringer og herigennem støtte hinanden.
- At hjælpe deltagerne til at formulere realistiske handleplaner og følge op på disse med henblik på læring om egen adfærdsændring.

4.2. Evaluering af egenomsorgskurser

Succeskriteriet for egenomsorgskurserne var:

- i) at der gennemføres mindst tre kurser (et på hvert sprog) inden for 6 måneder⁹⁾ med minimum 8 deltagere på hvert kursus.
- ii) at kursisterne oplever, at de er blevet bedre til at håndtere deres kostvaner i forhold til anbefalet kostsammensætning for diabetikere.
- iii) at kursisterne oplever, at de har kunnet benytte en eller flere af de ting, som de har lært på kurset, i dagligdagen.
- iiii) at kursisterne i fremtiden dels vil deltage i et lignende tilbud og dels vil anbefale kurset til andre.
- iiiii) at min. 50 % af kursisterne har udarbejdet konkrete handleplaner undervejs i forløbet.

Gennemførelse af kurser

Med det formål at indsamle erfaringer med at tilrettelægge og afholde egenomsorgskurser blev der gennemført et fokusgruppeinterview med undervisere og tolke. Fokusgruppeinterviewet blev optaget på bånd og efterfølgende udskrevet i kondenseret

8) I foråret 2006 udarbejdedes i samarbejde med bl.a. Vollsmosesekretariatet en oversigt over eksisterende motionstilbud i Vollsmose med henblik på at kunne henvise til allerede eksisterende tilbud.

9) Bilag 1, note 4

form og analyseret i forhold til de valgte temaer. Interviewet indgik i udarbejdelsen af interviewguides til interview med kursusdeltagere, sagsbehandlere og de praktiserende læger. Fokusgruppeinterviewet blev afholdt mellem 4. og 5. kursusforløb. Derudover blev der løbende lavet uformelle interviews med projektlederen.

Kursisternes erfaringer med kurserne

I forbindelse med egenomsorgskurserne blev der genereret data med det formål at få klarlagt deltagernes egne vurderinger af deres behov for kurset, deres udbytte af kurset og kursets indflydelse på deres adfærd i forhold til kost, motion og egenomsorg. Derudover var det formålet gennem deltagerobservation at få indsigt i, hvordan kurserne forløb, herunder hvorvidt de praktiske og dialogbaserede undervisningsteknikker var effektive i arbejdet med målgruppen. Datagenereringen bestod af deltagerobservation på 5 egenomsorgskurser á 6 sessioner hver, samt i alt 12 interviews med deltagere fra de forskellige hold. Interviewene blev gennemført i sidste del af kursusforløbene med en eller to deltagere pr. interview. Begge aktiviteter blev udført løbende i perioden marts-august 2006. Interviewene blev udført som semistrukturerede interviews optaget på bånd og derefter transskriberet. Observationerne blev nedskrevet som notater under kurserne. Derudover blev hele forløbet af kurserne optaget på bånd, og hvor man fandt det nødvendigt, blev disse hørt igennem efterfølgende, og enkelte dele af materialet blev transskriberet for at bidrage mere detaljeret til analysen.

Efter afholdelse af i alt 5 egenomsorgskurser blev deltagerne indbudt til et fokusgruppeinterview med henblik på at indhente

deres erfaringer med kurserne. Der blev afholdt et tolket fokusgruppeinterview i lokalområdet for hver af de tre etniske grupper, hvor deltagerne blev spurgt, hvordan de oplevede de forskellige dele af undervisningen og dens anvendelighed. De blev også spurgt, om de var tilfredse med kurset, og om de havde forslag til fremtidige kursers indhold og tilrettelæggelse. Det enkelte interview blev optaget på bånd og efterfølgende udskrevet i kondenseret form. De tre interviews blev derefter sammenskrevet på baggrund af en temaanalyse.

Samarbejde med almen praksis

Med det formål at opnå et indtryk af de praktiserende lægers rolle og muligheder i undervisningsindsatsen i forhold til personer med type 2 diabetes med anden etnisk baggrund blev der udført individuelle interviews med fire praktiserende læger. Der blev stillet spørgsmål til lægerne om information og undervisning af patienter i målgruppen, herunder evt. problemer i forhold til den non-farmakologiske behandling, og hvordan disse evt. kunne afhjælpes. Det enkelte interview blev optaget på bånd og efterfølgende udskrevet i kondenseret form. De fire interviews blev derefter sammenskrevet på baggrund af en temaanalyse.

4.3. Resultater af egenomsorgskurser

4.3.1. Deltagere i egenomsorgskurser

Blandt de erkendte personer med diabetes, som Diabetesforeningen fik kontakt med via blodglukosemålingerne, var der stor interesse for egenomsorgskurserne, og de fleste af kur-

Tabel 18: Tids- og handleplan

Aktivitet	Jan. 2006	Feb.	Mar.	Apr.	Maj	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dec.	Jan. 2007
Egenomsorgskurser													
Interviews													
Deltagerobservation													
Fokusgruppeinterviews m. deltagerne													
Fokusgruppeinterview m. undervisere og tolke													
Interviews m. praktiserende læger													

sisterne tilhørte denne gruppe. De nyopsporede personer med diabetes viste ikke den store interesse for egenomsorgskurserne. Det virkede, som om det var for tidligt for dem i deres sygdomsforløb at beskæftige sig med egenomsorg. De skulle først have tid til at bearbejde, at de havde fået diabetes.

Der blev afholdt 5 kurser med i alt 55 deltagere. Flere af deltagerne havde ikke gået ret meget i skole, kunne ikke læse og skrive og havde ikke erfaring med undervisning eller med at gå på kursus.

Deltagerrekruttering

Det er helt centralt for deltagerrekrutteringens succes, at rekrutteringen gøres personlig. Fra et formelt synspunkt er det vigtigt, at der sendes breve ud, men breve og andre mere formelle kilder er ikke tilstrækkelige metoder til at få fat i målgruppen, bl.a. fordi mange er analfabeter, hvorfor det er nødvendigt, at brevene følges op med personlig kontakt. Oplevelsen var, at flere af kursisterne havde modtaget men ikke læst breve sendt til dem. Ved at formidle tilbuddet gennem kendte autoriteter i lokalmiljøet, var der langt bedre mulighed for at komme i kontakt med målgruppen. Brugen af lokale kendte ansigter gjorde også, at tilbuddet blev mødt mere positivt og hurtigere blev anerkendt af de potentielle kursister, fordi en person, de respekterer, sagde god for det. Tolkene spillede en helt central rolle i forbindelse med at informere om diabeteskurserne, hvorfor det er vigtigt at forstå tolkenes betydning i et område som f.eks. Vollsmose.

Det blev erfaret, at deltagerrekruttering fra lokaliteter, som målgruppen færdes i og er fortrolig med, herunder moskeer, sprogskoler og væresteder, kan være en fordel. Også den indbyrdes samtale mellem beboerne i Vollsmose er væsentlig i forbindelse med rekruttering til egenomsorgskurserne. Derfor er mund til mund-metoden afgørende, når det gælder om at sprede et budskab.

Det var langt nemmere at rekruttere kvinder end mænd. Der kan være flere årsager til, at mændene ikke kommer. Da det er et egenomsorgskursus med fokus på madlavning, er der måske nogle mænd, der ikke synes, det henvender sig til dem. Derudover har erfaringen vist, at der i målgruppen er en opfattelse af, at projekter og kurser med sundhedsfokus ofte er for kvinder. Det kan betyde, at mange fejlagtigt går ud fra, at kurserne primært er til kvinder. Samtidig kan det være selvforstærkende, således at de mænd, der evt. gerne ville på kurser, har holdt sig tilbage, fordi der var mange kvinder på kurserne. Hvis der skal laves et tilbud til mændene, vil det være en fordel at henvende sig til dem de steder, hvor de færdes, og eventuelt også at lægge undervisningen senere på dagen.

Sammenfattende er erfaringen, at:

- Plakater og opslag har begrænset virkning, da mange i målgruppen er analfabeter.
- Bruges plakater, skal de være på modersmål.
- Det er vigtigt, at der sendes breve ud på modersmål, men de kan ikke stå alene.
- Formel formidling skal altid følges op med personlig kontakt.
- God formidling kræver personer med kendskab til og autoritet i lokalmiljøet.
- Formidling skal tage udgangspunkt i målgruppens vaner og forudsætninger.
- Lokaliteter, der allerede bruges som samlingssteder, er gode udgangspunkter for formidling.

4.3.2. Tilrettelæggelse af kurser

Helt centralt for at kurserne udfyldte et reelt behov var, at de tog udgangspunkt i kursisternes situation og forudsætninger. Som flere af kursisterne gav udtryk for, var det vigtigt, at der blev taget hensyn til deres udgangspunkt for indlæring og fokuseret på den praktiske dimension.

En del men ikke alle kursister var analfabeter, og derfor var det vigtigt, at undervisningen også indeholdt udfordringer til dem, der havde en uddannelsesmæssig baggrund. Undervisningsmetoder, der var baseret på dialogbaseret læring, rummede derfor gode muligheder for at nå kursisterne på deres egne præmisser. I stedet for at placere kursisterne i en fast struktur, blev kurserne skabt sammen med kursisterne og med udgangspunkt i kursisterne behov og ressourcer.

De fleste kursister havde begrænset skolegang og kun lidt viden om kroppen og dens funktioner. Derudover gav flere af kursisterne udtryk for at have en anderledes sygdomsopfattelse, end vi er vant til i Danmark. Disse opfattelser blev dog aldrig et problem i undervisningen. Dette skyldtes, at undervisningen var bygget op, så der var tid til at reflektere og stille spørgsmål, og underviserne kunne tale med kursisterne om disse forskellige opfattelser og forklare, hvordan de selv så det. I forhold til sygdomsopfattelser var det ikke et spørgsmål om, hvad der var rigtigt og forkert, men om at have tid til at tale om og blive opmærksom på de differentierende opfattelser.

Kursernes sociale dimension blev vægtet. Den dialogbaserede og uformelle fremgangsmåde var med til at give en god stemning, og gennem observation blev det konstateret, at stemningen spillede en positiv rolle i forhold til kursisternes indlevelse i stoffet og mængden af spørgsmål, der blev stillet. Når kursisterne følte sig godt tilpas på kurset, og undervisningsmetoderne mindede om praktiske metoder, de kendte fra deres hverdag, skærpedes deres koncentration, og de blev

mere åbne over for stoffet. Kursernes udformning skabte også de nødvendige rammer for, at kursisterne kunne hjælpe og støtte hinanden i forhold til deres sygdom, hvilket der var et stort behov for.

Tid og sted for kurser

Erfaringen viser, at det er vigtigt at lægge kurserne dér, hvor deltagerne færdes, og på det tidspunkt, de færdes der. Det fungerede godt med en ugentlig session om formiddagen, men der kan være et behov for kurser om aftenen for dem, der arbejder. Det valgte tidspunkt – formiddagen – havde betydning for, hvilke kursister der deltog på kurserne. De personer, som havde mulighed for at deltage i formiddagsundervisningen, var personer, som ikke var i arbejde, aktivering, uddannelse el.lign. Det har bl.a. betydet, at en stor del af kursisterne havde få eller ingen danskundskaber og var analfabeter eller funktionelle analfabeter. Kursisterne var i stor udstrækning en del af den gruppe mennesker med anden etnisk baggrund, som har svært ved at benytte de eksisterende tilbud, og som har brug for en særlig tilrettet indsats.

Samtidig er det vigtigt at påpege, at der også var kursister, som ikke passer til denne beskrivelse.

Undervisere

Den praktiske og dialogbaserede undervisningsform stillede store krav til undervisere. For at skabe grundlag for dialog er det væsentligt, at undviserne har en god forståelse for deltagernes baggrund og livssituation. Det er også centralt, at de har respekt for deltagernes anderledes baggrund og situation, så de er i stand til at formidle til deltagerne på disses præmisser.

Underviseren må have et vist kendskab til deltagernes forudsætninger for at kunne formidle abstrakte ting som kroppens funktioner og sygdommens arvelighed på en måde, så det kan forstås.

Det blev observeret på kurserne, at undvisernes evner til at tilpasse undervisningen til deltagernes niveau og spørgsmål havde indflydelse på, hvordan kurserne forløb. Ved at gøre undervisningen personlig og tage udgangspunkt i deltagernes forudsætninger blev der skabt grundlag for yderligere dialog og interesse fra deltagernes side.

Deltagerne gav selv udtryk for, at det betød meget for dem, at undviserne havde tid til at svare på deres spørgsmål, og at der blev taget udgangspunkt i deres situation. Den uformelle atmosfære, hvor undviserne fremstod mere som sparringspartnere end som autoriteter havde positiv betydning for dialogen på kurserne og for indlæringen.

Sammensætning af hold

En stor del af kvinderne gav udtryk for, at det var problematisk med mænd på holdene. Især så de det som et problem, at de følte, de ikke kunne stille mere intime spørgsmål til underviseren, og at de skulle passe på ikke at vise dele af deres krop, når de lavede mad og dyrkede motion.

I undervisningen blev det observeret, at når holdet var blandet, påvirkede det kvinderne. Kvinderne blev mere tilbageholdne og passive. Det gav sig udslag i, at de ikke deltog i den praktiske madlavning og ikke stillede spørgsmål til underviseren. Det var i stedet mændene, der lavede maden. De skrællede, skar og bagte, mens de stillede spørgsmål. Dette havde en negativ effekt på kvindernes evne til aktivt at deltage i dialogen og den praktiske undervisning.

Fraværet af mænd skaber ifølge kvinderne en mere afslappet atmosfære, hvor kvinderne i højere grad tør være åbne og stille spørgsmål, og netop det at kunne stille spørgsmål er ifølge kursisterne afgørende for at opnå udbytte af kurserne. Erfaringen viser, at det må tilstræbes, at man laver kønsopdelt undervisning dér, hvor dialogen om sundhedsrelaterede emner mellem undvisere og kursister og kursisterne imellem og læring via praksis er af afgørende betydning.

Undervisning af ægtefæller til diabetikere

En enkelt kvinde deltog i kurset, selvom det var manden, der havde diabetes, da det var hendes opgave at lave mad. Hvorvidt det vil være relevant at invitere ægtefæller til enkelte undervisningssessioner er usikkert. Formålet skulle være, at den raske ægtefælle fik viden og motivation til at engagere sig og støtte diabetikeren i dennes ændrede livsstil. På den ene side udtrykte kursisterne et generelt ønske om større forståelse fra ægtefællens (mandens) side, men på den anden side gav de kvindelige kursister udtryk for, at de hellere ville på kursus uden deres mænd, fordi det var vigtigere med den sociale dimension og fællesskabet med de andre kursister. Kvinderne valgte ikke at medbringe deres ægtefæller, på trods af at pårørende var inviteret til at deltage på kurserne.

4.3.3. Behov og motivation for deltagelse i kursus

Kursisterne gav udtryk for, at deres motivation for at deltage såvel var et ønske om at tage sig som et ønske om at lære om sygdommen, herunder forebyggelse, symptomer og behandling. De oplevede, at de ikke tidligere havde fået information om diabetes, eller at den information, de havde fået, var svært at forstå. De ønskede bl.a. at vide mere om fødevarer og om, hvordan man vælger det sundeste alternativ, da flere var vokset op med kun at have ét valg, dvs. én slags mælk, ost etc. De havde ikke den nødvendige viden for at kunne vælge et produkt

på baggrund af en varedeklaration. Ofte var de analfabeter og manglede viden om, hvad de skal se efter, og hvordan de skal bruge oplysningerne.

Fremmøde

Der var generelt et varierende fremmøde til de enkelte kursus-sessioner. En gruppe kursister kom hver gang, mens flere var uregelmæssige i deres fremmøde. Ud fra observation på kurserne konkluderede man dog, at et svingende fremmøde ikke var lig med mangel på interesse for kurserne. Derimod spillede flere andre faktorer ind. Mange kursister var uden for arbejdsmarkedet og ikke vant til at skulle være et bestemt sted på et bestemt tidspunkt. De fleste af kursisterne havde mange andre bekymringer og problemer, der kunne have højere prioritet, f.eks. familie i krigsområder, økonomiske problemer, børn og sygdom. Derudover kan det have haft en betydning, at mange var ukendte med, hvad det vil sige at følge et kursus, samt at kurserne blev afholdt i lokaler, hvor de i forvejen kom i mere uformelle sammenhænge og dermed mere sporadisk.

Erfaringerne viser, at kursusarrangørerne har visse muligheder for at have indflydelse på fremmødet, bl.a. at underviseren ved kursets start forklarer, hvad det betyder at gå på kursus, og hvad der forventes af kursisterne. Derudover kan der startes en telefonkæde, hvor der dagen inden undervisningen ringes rundt til kursisterne for at undgå, at kursisterne glemmer, at der er undervisning.

Interesse for lignende tilbud

De kursister, der fulgte kurset regelmæssigt, viste stor interesse for lignende kurser. Mange sagde ved kursets afslutning, at de var meget interesseret i endnu et kursus. Flere kursister udtrykte ønske om, at kurset skulle være længere. Kursisternes ønske om et længere kursus var udtryk for et behov for at lære mere om diabetes og sund livsstil, men de havde også brug for kontinuerlig støtte til at håndtere deres sygdom i det daglige og for et sted, hvor man kunne møde andre mennesker, der kæmpede med de samme problemer som en selv.

Flere af kursisterne refererede til personer, de kendte, som ville have gavn af at komme på kursus. Der var også flere, der fortalte, hvordan de delte deres nye viden med familie og venner. Blandt kvinderne var der mange, der kendte andre, som var interesseret i kurserne, men som ikke var berettiget til at være med, fordi de ikke havde diabetes, men bare gerne ville tabe sig eller havde forhøjet blodtryk, kolesterol eller lignende. Der kom mange personer, som ikke havde type 2 diabetes, og spurgte, om de måtte deltage. Det var personer med bl.a. forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol og hjerteproblemer. De ønskede at deltage, fordi de oplevede et behov for at få mere

viden og hjælp til at håndtere deres sygdom, på trods af at kurset ikke var rettet mod dem.

4.3.4. Deltagernes udbytte af kurset

Det er underviserens og tolkenes oplevelse, at deltagerne har fået meget ud af kurserne. Det er deres indtryk, at alvoren af sygdommen og de diabetiske følgesygdomme gør indtryk, ligesom det bekymrer kursisterne, at sygdommen kan være arvelig. Indtrykket er, at det for første gang gik op for flere af kursisterne, at de selv kan gøre noget, at de er villige til at ændre deres vaner, og at kursisterne nu forstår den information, de ikke tidligere forstod. Indtrykket er, at dette skyldes såvel tolkningen som den omstændighed, at en stor del af kurserne er planlagt således, at de lægger vægt på dialog og læring via praksis.

Adfærdændring hos kursisterne

Interviews med kursisterne viser, at de tager vejledningen omkring kostvaner til sig og overfører dele af det til deres daglige kostvaner. Allerede tidligt i kursusforløbet observeres det, at de kan identificere kilder til deres egen overvægt og reflektere ved at bruge det, de er blevet undervist i. Deres forståelse for vigtigheden af at ændre kostvaner kommer bl.a. til udtryk gennem deres refleksion over 'gamle' kostmønstre.

En tyrkisk kvinde siger:

"Vi spiser jo ikke så meget."

En anden svarer:

"Jo, hvis vi ikke spiste så meget, var vi nok ikke blevet så tykke."

For en somalisk kvinde har kurset betydet ændringer i hendes kostvaner:

"Tidligere spiste hele min familie maden fra de samme skåle. Jeg spiste ligesom resten af familien. Når jeg havde spist rigtig meget, blev jeg skidt og kunne ikke sove om natten. Nu tager jeg maden op på min tallerken i små portioner. Derfor er det blevet nemmere at planlægge, hvor meget jeg spiser."

Kvinden er ikke kun blevet mere bevidst om sine gamle vaner og om, hvordan hun spiste ligesom resten af familien. Hun er også begyndt at planlægge, hvad og hvor meget hun skal spise. En forståelse af de gamle og uhensigtsmæssige kostvaner og af grunden til overvægt er første skridt på vejen til en ændret kost.

Generelt udtrykker alle de adspurgte kursister, at de kan se, hvor der var problemer i deres 'gamle' kostvaner, og de siger, at

de har foretaget visse ændringer for at opnå en kostsammen- sætning, der passer bedre til diabetikere.

Gennem observation af kursisters besøg i supermarkedet og ud fra de spørgsmål, de havde på kurserne, blev det konstateret, at mange kursister, inden de kom på kursus, manglede viden om, hvad de kunne spise, når de havde diabetes. Således troede flere af dem, at de brugte produkter, der var gavnlige eller neutrale for deres diabetes, hvor der i realiteten var tale om produkter, der indeholdt store mængder sukker eller fedt.

I interviewene har kursisterne givet udtryk for, at de bruger flere af de ting, de har lært på kurset, derhjemme. Men det blev observeret, at mængden af ny information igennem kurset kan være en barriere for adfærdsændring. Da kurset indeholder information, målgruppen ikke umiddelbart møder andre steder i deres hverdag, kan de ikke huske alt. Nogle af kursisterne har gået få år i skole, og nogle kan ikke læse og skrive. Desuden er der flere, der ud over deres diabetes lider af psykiske og fysiske problemer. Derfor var det en fordel, at undervisningen lagde op til, at det ikke var et spørgsmål om at være med eller ikke være med i undervisningen. I stedet gav metoderne mulighed for, at kursisters udbytte kunne variere, alt efter hvad de kunne rumme. Graden af personligt overskud og individuelle ressourcer bestemte i høj grad, om kursisterne afprøvede adfærdsændringer i løbet af kurset eller blot deltog mere passivt. Dem med mere overskud kastede sig straks over den praktiske livstilsændring, hvilket også betød, at de havde en fordel med hensyn til at huske det, de havde lært, fordi de allerede havde gjort det i praksis.

De kost- og adfærdsændringer, kursisterne fortæller, at de har foretaget på baggrund af kurserne, kan deles op i fem kategorier: fedtreduktion, sukkerreduktion, produkter, opskrifter og sygdomshåndtering.

Fedtreduktion

Fedtreduktion er en af de ting, diætisten har haft fokus på hver gang. I undervisningen blev der lagt vægt på gentagelser og praktiske demonstrationer. Det blev vist, hvordan man skal måle olie op med en teske, og hvordan man kan lave mad helt uden fedtstof.

Kursisterne refererede ofte til, at de har reduceret fedtindholdet i deres kost. Dette blev udtrykt på mange forskellige måder, bl.a. ved at de fortalte, at de nu ser på fedtprocenten på mælkeprodukter og bruger mindre olie.

"Ja, vi har ændret fedtindholdet. Men det er næsten den samme mad, som vi plejede at spise. Bare med mindre fedt." Somalisk mand.

(Fortæller om før kurset) *" Før brugte vi aldrig ske, når vi målte olie op, før hældte vi olien direkte fra flasken i gryden."* Arabisk mand.

Generelt udtrykker kursisterne, at deres fedtforbrug i madlavningen er blevet reduceret i forhold til, hvad de brugte før kurserne.

Sukkerreduktion

Der var mange af kursisterne, der allerede før kurserne var opmærksomme på, at de skulle undgå sukker i deres kost. Men generelt havde de en begrænset viden om, hvor det skjulte sukker befandt sig i de forskellige produkter. På kurset fik de mulighed for at spørge ind til de konkrete produkter, de brugte derhjemme.

Derudover brugte underviseren forskellige former for sukkerstatninger, som kursisterne ikke kendte. Interessen for disse produkter var stor, og det blev observeret, at mange kursister skrev produktnavnene ned, så de selv kunne købe dem. Især sødemiddel, der kan bruges ved bagning og kan reducere sukker såvel som fedt i opskrifterne, var meget populært. Det var tydeligt, at de fleste kursister ikke kendte til det store udbud inden for sødemidler, inden de startede på kurset.

Produkter

Hvis man fokuserer på produkter, der er blevet anbefalet på kurset, oplever kursisterne generelt, at de har kunnet tage et eller flere af disse produkter til sig og integrere dem i den daglige madlavning. Det fremgår dog også af såvel interviews som observationer, at kursisterne har nemmere ved at adoptere nogle produkter frem for andre.

Et eksempel på dette er de tyrkiske kvinder, der spiser meget feta. Kvinderne har ikke vist den store interesse for at erstatte den tyrkiske feta med cheasy fetaen. Derimod har mange af dem givet udtryk for, at de har skiftet til den mindst fede tyrkiske feta, og at de nu er mere opmærksomme på den mængde, de spiser. På samme måde var interessen for de fedtfattige yoghurter begrænset på alle holdene. Det er ikke nok, at der findes et fedtfattigt alternativ. For at kursisterne skifter produkt, skal det også smage godt. Derfor var det en meget vigtig dimension af undervisningen, at underviserne havde smagsprøver med til kursisterne, så de kunne afprøve og sammenligne de forskellige sunde produkter.

De produkter, hvor kursisterne hyppigst gav udtryk for, at de havde ændret deres eget forbrug, var især mælk, mel og smør. Dette kan demonstreres gennem citater fra interviews med kursisterne:

"Tidligere, når det drejede sig om mad, spiste jeg det samme som resten af familien, men nu ved jeg godt, hvilken mad jeg skal spise. Jeg ved også, hvilken mælk jeg skal drikke, og hvilket brød jeg skal spise." Somalisk kvinde.

"Efter kurset ser jeg på fedtprocenterne, når jeg køber ind, og jeg indretter mine indkøb efter, det vi har lært. Hvis vi har lært, at et produkt skal indeholde under 16 % fedt, så køber jeg kun det, der indeholder under 16 %, hvis det skal indeholde under 5 % køber jeg det og så videre. Så vi har lavet mange af vores indkøb om. Før plejede jeg bare at købe uden at læse på tingene. Et eksempel er brød, jeg læste aldrig på brød før. Nu læser jeg på alting, mælk, ost, det hele. Før brugte jeg sukker i teen, og nu bruger jeg sødetabletter." Arabisk kvinde.

Kursisterne bruger den viden, de har fået på kurset, til at købe produkter, der passer til den anbefalede kostsammensætning for diabetikere. De har fået konkrete ting, de kan gå efter, såsom fedtprocenter og fibre. For at gøre det nemmere for kursisterne at huske, hvad de skulle se efter, når de købte ind, blev der udviklet en indkøbsguide, de kunne have med. Konkrete redskaber gør det nemmere for dem at lave små overskuelige ændringer i deres kostvaner. Ændringerne, forklarer deltagerne, kommer til udtryk i form af mere fiberrigt brød, brug af sødetabletter og lavere fedtprocent i ost og mælkeprodukter. Der var også stor interesse på holdene for de grovere meltyper, og kursisterne på alle holdene spurgte meget til, hvordan man bruger dem, og hvor man kan købe dem. Der var også rigtig mange, der kom tilbage senere på kurset og sagde, at de havde prøvet at bruge grovere meltyper i brødet.

Opskrifter

I starten af kurserne blev der lagt op til, at den mad, der skulle laves på kurserne, skulle være den mad, kursisterne lavede hjemme. Men generelt var der hos alle kursisterne et helt klart ønske om, at det skulle være nye retter. Der var ingen, der var interesseret i at lave arabisk, tyrkisk eller somalisk inspireret diabetesmad. Kursisterne gav udtryk for, at de godt kunne overføre den viden, de fik i forbindelse med de nye retter, til deres egen mad. Det vigtigste for dem på dette punkt var at lære noget nyt.

Interviewer: *"Hvordan er det at bruge de ting, I har lært her, i de arabiske retter, I laver hjemme?"*

Kvinde: *"Der er ikke den store forskel. Bare man passer på og bruger mindre fedt."*

Interviewer: *"Og så kan man godt lave det samme bare med lidt mindre fedt?"*

Kvinde: *"Ja, på den måde kan vi lave arabisk mad med mindre fedt."*

Der var blandt kursisterne et generelt ønske om at få opskrifterne udleveret på deres eget sprog. Det var vigtigt for dem at få opskrifterne med hjem for at kunne lave de nye retter. En arabisk kvinde forklarer, hvordan det kan være svært at lave nogle af tingene hjemme, men når hun blev i tvivl om noget, så læste hun bare i den arabiske opskrift, hun havde fået udleveret.

Sygdomshåndtering

Man kan vurdere kursisternes behov for kurset ved at se på, hvor i systemet kursisterne fik deres information, inden de kom på kursus. Der er mange af kursisterne, der giver udtryk for, at den information, de har fået hos lægen, har været utilstrækkelig eller utilgængelig for dem. Utilstrækkeligheden har at gøre med, at lægen ofte har informeret dem kort om, hvordan de skal leve med deres sygdom. Ofte har kursisterne oplevet, at lægen har formidlet meget generel viden, som de ikke kan omsætte til handling. Utilgængeligheden dækker over, at lægen ofte har udleveret foldere, som kursisterne ikke har kunnet læse.

Nogle kursister siger, at de har fået noget information om sund kost hos lægen, og at den information var den samme som på kurset. Alligevel synes de, at de har fået mere ud af kurset. To tyrkiske kvinder fortæller:

Interviewer: *"Hvordan er den information, I har fået gennem lægen og på sygehuset, er det meget anderledes end her?"*

Kvinde 2: *"Nej, det var de samme ting, de sagde."*

Kvinde 1: *"Bortset fra det med fedtmængde, det sagde de ikke rigtig noget om, de sagde godt nok, at vi skulle bruge mindre fedt. Men her på kurset blev det vist, hvor lidt fedt vi skulle bruge, og at vi skulle komme nogle andre ingredienser i, så maden smager af noget. Alt det har vi lært her."*

Gennem sygeplejerskens undervisning og praktiske anvisninger har kursisterne fået redskaber til selv at tage et større ansvar for deres sygdom, ligesom de har fået en større forståelse af sygdommen og af, hvad de selv kan gøre for at forbedre deres liv med diabetes. Anvisningerne tager udgangspunkt i de barrierer, kursisterne selv fortæller, de oplever i forhold til at spille en mere aktiv rolle i deres egenomsorg. Eksempler på dette strækker sig fra praktiske spørgsmål om, hvordan man bestiller tid hos en fodterapeut og får tilskud til behandling, til et mere konkret overblik over de følgesygdomme kursisterne kan få, og hvordan de undgår dem.

Kursisterne gav næsten alle udtryk for, at de, inden de kom på kurset, ikke vidste, hvilke prøver man som diabetiker skulle have taget hos lægen, og heller ikke, hvor ofte man skulle gå til læge. Derfor oplevede flere af kursisterne, at de kunne bruge

det, de havde lært, til at spille en mere aktiv rolle i forhold til lægen.

"Jeg forklarede også lægen, at vi skal lave ekstra undersøgelser, som vi har lært om på kurset. Bl.a. undersøgelser af nyrrerne og fødderne. Da jeg forklarede lægen om undersøgelserne af fødderne, lavede han en sanseprøve af mine fødder, og jeg har følesans i fødderne." Arabisk kvinde.

Flere kursister fortalte, hvordan de, efter at de var blevet undervist af sygeplejersken, havde kontaktet deres læge for at få lavet undersøgelser. Derudover blev kursisterne i løbet af kurset mere opmærksomme på, hvorfor det var vigtigt, at de ikke havde en meget høj blodglukose.

4.3.5. Udbytte af den praktiske dimension

Undervisningen på kurserne var baseret på praktisk indlæring og gentagelse af hovedbudskaberne. Hvis man ser på madlavningen, handlede det om, at kursisterne var en del af processen. De fik produkterne i hånden og fik mulighed for at smage på flere sunde produkter. De var med til at lave maden og fik meget tid til at reflektere over processen og stille spørgsmål, og de hørte de samme budskaber mange gange.

At den praktiske dimension er enorm vigtig kommer frem i interviewene med kursisterne:

Interviewer: *"Er det meget vigtigt på kurset, at man laver maden – at det er praktisk?"*

Kvinde: *"Ja, selvfølgelig."*

Interviewer: *"Hvordan ville det være, hvis der bare var en, der fortalte om tingene?"*

Kvinde: *"Jeg kan ikke hverken læse eller skrive arabisk eller dansk, så jeg kan kun lære med øjnene. Det er svært, hvis jeg hver gang skal bede min søn om at læse og forklare alting, det er svært."*

Interviewer: *"Så det er godt, når du kan se Marianne [diætisten] måle de forskellige ting af, så kan du se det med øjnene?"*

Kvinde: *"Ja, jeg kan se, hvor meget sukker og hvor meget fedt og æg – det er den måde, jeg lærer på."*

Den samme kvinde fortæller senere i interviewet:

Kvinde: *"Efter lægen fortalte mig, at jeg har sukkersyge, gav han mig en brochure, og han fortalte mig om det hele. Men det er helt anderledes her, når man ser med øjnene i stedet for i en brochure. Det er meget nemmere, når man ser det med øjnene. Fordi man ser det præcist, og laver det selv med hænderne, så man kan huske det."*

Interviewer: *"Er det også vigtigt, at man lige kan stille et*

spørgsmål til Marianne, hvis der er noget, man kommer på?"

Kvinde: *"Ja, for når man ser madlavning trin for trin, forstår man det meget nemmere, end når man bare hører."*

En arabisk mand forklarer også, hvor vigtigt det er, at man laver tingene sammen således:

Interviewer: *"Har du også fået sådan nogle informationer hos lægen?"*

Mand: *"Han har ikke fortalt så meget, men han gav mig en lille bog, som jeg har læst. Men det har ikke hjulpet mig. Firmaet, som sendte mig blodsukkermålingsapparatet, de har også sendt blade to eller tre gange, der fortæller om sund mad. Jeg har kigget i dem, men informationerne bliver mere præcise her, når man ser tingene, og så laver det selv. Det hjælper mere, end hvis man kigger i en avis, en bog eller ser fjernsyn."*

En deltager bemærkede, hvordan manglende praktik en dag blev en barriere for hendes indlæring. Det var engang, hvor diætisten forberedte den første del af madlavningen, inden kursisterne kom, på grund af tidsmangel. Det vil sige, hun forberedte grøntsagerne og blandede dejen til brødet og satte den til hævning. Det betød, at kursisterne blev meget passive. Undervisningen denne dag bar mere præg af tv-køkken end af dialogbaseret undervisning. Det betød også, at kursisterne ikke havde tid til at reflektere og stille spørgsmål.

En af kursisterne omtalte den pågældende undervisningsdag således:

Interviewer: *"Er der noget, du har lært på kurset, som du gerne ville gøre hjemme, men som er svært at få gjort?"*

Somalisk kvinde: *"Ja, hun [diætisten] har lavet brød her. Men jeg kan ikke lave på samme måde hjemme, fordi dejen var klar, da vi kom, så jeg ved ikke præcis, hvordan man laver det."*

Interviewer: *"Fordi dejen allerede var klar?"*

Somalisk kvinde: *"Ja, sådanne ting er svært, men de andre ting har hun [diætisten] lavet, mens vi var her, så det kan jeg godt lave."*

Den praktiske dimension gør også, at det er nemmere for kursisterne at omsætte det, de lærer, til handling i hverdagen, fordi det, der foregår på kurset, er meget lig de handlinger, de foretager i hverdagen. De kan spørge konkret om, hvilke ingredienser de kan bruge i stedet for det, de bruger derhjemme, og de kan se, hvor nemt man kan inkorporere små ændringer uden at lave hele sin livsstil om.

Ud over det praktiske har dialog spillet en helt central rolle for undervisningen. Underviserne har haft en række emner, de skulle igennem, men hvad der blev lagt vægt på, i hvilken ræk-

kefølge og hvordan det blev formidlet, blev tilpasset kursisternes niveau og deres konkrete behov gennem dialog. Det var også centralt, at kursisterne fik mulighed for at spørge ud fra deres egen historie. Undervisningen blev dermed relevant og personlig og tog udgangspunkt i kursisternes virkelighed.

Da metoden var en så central del af kurserne, afhænger en stor del af kursernes succes og kursisternes udbytte af underviserens trofasthed mod metoderne. For at underviserne kan bruge de praktiske og dialogbaserede undervisningsmetoder optimalt, skal rammerne for deres undervisning være i orden. Det vil sige, der skal være nok tid til at gå i dybden og reflektere, ligesom der ikke må være for mange kurser lige efter hinanden, så underviseren tvinges til at bruge mere rutineprægede metoder.

Handleplaner

I forbindelse med kurserne blev konceptet 'handleplan' præsenteret på den første undervisningssession. Planen var, at hver enkelt kursist skulle udvikle sin egen handleplan og at der på de efterfølgende kursussessioner skulle følges op på dette. Erfaringen viser, at arbejdet med handleplaner som pædagogisk metode forudsætter, at der afsættes tilstrækkelig tid til dette. De fleste af kursisterne var ikke fortrolige med begrebet 'handleplan', og der var i udformningen af kurserne ikke afsat tilstrækkelig tid til at udarbejde en handleplan med alle kursisterne og efterfølgende følge op på disse. Dette betød, at succeskriteriet om, at min. 50 % af kursisterne skulle have udarbejdet konkrete handleplaner undervejs i forløbet ikke blev opfyldt. For alligevel at opnå, at kursisterne integrerede erfaringerne fra kurserne i deres hverdag, brugte underviserne en mere uformel og håndgribelig tilgang end handleplanerne. Kursisterne blev hver gang opfordret til at afprøve en eller flere ting, de havde lært på kursussessionen inden næste gang. Efterfølgende blev der gennem dialog og erfaringsudveksling fulgt op på, hvad de havde prøvet siden sidste gang. På mange måder havde denne fremgangsmåde den samme effekt, som var hensigten med handleplanerne, fordi kursisterne fik brugt det, de lærte derhjemme. Dog var metoden mindre tidskrævende og havde i mindre grad karakter af en kontinuerlig plan, fordi der i højere grad blev fokuseret på at afprøve de enkelte lærte ting i stedet for at tænke dem ind i et længere forandringsforløb.

4.3.6. *Praktiserende lægers erfaring med egenomsorg blandt personer med diabetes*

Det var en generel oplevelse blandt de praktiserende læger, der blev interviewet, at behandlingen af diabetes er svær blandt patienterne i målgruppen, idet lægerne ikke har særlig gode forudsætninger hverken pædagogisk eller tidsmæssigt. Det er

svært at informere patienter, hvis danske ordforråd er begrænset, og det er ikke alle patienter, der ønsker tilstedeværelse af en tolk. De praktiserende læger oplever af og til manglende compliance. Det kan især være svært at få patienten til at forstå, at vedkommende selv skal deltage i behandlingen i form af livsstilsændringer, herunder ændringer af kost og måske især ændringer i motionsvaner. Oplevelsen er, at der kan ligge såvel kulturelle som sociale, sproglige og uddannelsesmæssige hindringer i vejen for denne forståelse.

Derfor var der stor interesse blandt de praktiserende læger for at kunne henvise til et undervisningstilbud. Gerne et tilbud i patientens lokalområde og gerne med såvel generel undervisning om diabetes som om kost og især motion. For de praktiserende læger er det vigtigt, at det er let at henvise. Det er et problem at være opdateret på de henvisningsmuligheder, der er. Ofte gives den form for tilbud i forbindelse med projekter, hvilket betyder, at der kun kan henvises i en kortere periode, hvorefter der kan henvises til et andet sted. En elektronisk adgang til en mere permanent og gerne elektronisk adresse ville dels lette henvisningen og dels give mulighed for at indføre adressen i de praktiserende lægers elektroniske arkiv og dermed lette adgang og opdatering.

4.4. Diskussion af egenomsorgskurser

Første succeskriterium for egenomsorgskurserne var, at man inden for 6 måneder kunne gennemføre 3 kurser – et på hvert sprog. Dette kriterium blev opfyldt, idet der inden for en 6 måneders periode blev afholdt 5 egenomsorgskurser. De personer, der blev opsporet via blodglukosetilbuddet, valgte tilbuddet fra, fordi de angiveligt ikke følte sig parate til at modtage undervisning så hurtigt efter deres diagnose.

Rekrutteringen til egenomsorgskurserne var i høj grad afhængig af den personlige kontakt til målgruppen. Det var nøglepersoner i lokalsamfundet, som formidlede kontakt til en stor del af kursisterne. Tolkene spillede ikke kun en væsentlig rolle for rekrutteringen, men også for målgruppens anerkendelse af kurserne.

Der var interesse for kurset blandt personer, som ikke faldt inden for målgruppen. Det var type 2 diabetikere af anden etnisk baggrund end målgruppen, og det var personer med andre sygdomme. Den sidste gruppe bestod af personer med bl.a. forhøjet blodtryk, hjerteproblemer og andre sundhedsproblemer, som f.eks. overvægt. De gav udtryk for, at de havde et behov for at få viden om deres sundhedsproblem og støtte til adfærdsændring.

Andet og tredje succeskriterium var, at kursisterne henholdsvis oplevede, at de var blevet bedre til at håndtere deres kostvaner i forhold til anbefalet kostsammensætning for diabetikere, og at de havde kunnet benytte en eller flere af de ting, som de havde lært på kurset, i dagligdagen. Disse kriterier blev ligeledes opfyldt. Kursisterne udtrykte generelt, at de efter kurset havde opnået en række færdigheder, der gjorde dem i stand til at håndtere deres kostvaner mere hensigtsmæssigt i forhold til den anbefalede kostsammensætning for diabetikere. Dette kom til udtryk, når kursisterne fortalte, hvordan de in-korporerede og afprøvede de små ændringer i deres indkøbs-, madlavnings- og spisevaner.

Egenomsorgskurserne dannede en ramme, hvor deltagerne kunne afprøve små ændringer, der potentielt kunne forbedre deres sygdomshåndtering og livskvalitet. Fokus på den praktiske dimension og de små adfærdsændringer gjorde forandringsprocessen overskuelig. Da kursisterne afprøvede alt i praksis på kurset, fik de også indarbejdet en hvis fortrolighed med de vigtigste kostændringer. Dette gav dem mulighed for at mærke, at de selv havde indflydelse på deres sygdom og selv kunne forbedre deres liv med sygdommen.

Ud over at ruste kursisterne til at gennemføre en række konkrete livsstilsændringer, gav kurserne dem mulighed for en større helhedsforståelse for diabetes som en livsstils-sygdom. De fik mulighed for at stille spørgsmål og reflektere i deres eget tempo i en situation, der var uformel. Igennem denne proces kan man forestille sig, at de opnåede en bedre indsigt i, hvordan de i samarbejde med deres egen læge i fremtiden kunne håndtere deres diabetes. Det vil sige, de fik en forståelse for vigtigheden af patienten som aktiv samarbejdspartner og for de kontrolbesøg, der er nødvendige for diabetespatienter.

Det fjerde succeskriterium om, at kursisterne i fremtiden dels ville deltage i et lignende tilbud og dels vil anbefale kurset til andre, blev opfyldt. Kursisterne gav udtryk for, at de gerne ville deltage i et lignende kursus. Ligeledes havde flere af kursisterne anbefalet kurset til andre.

Kursernes sociale aspekt spillede en væsentlig rolle for kursisternes ønske om at deltage på egenomsorgskurserne. Kursisterne gav udtryk for, at de kunne lide at komme på kurserne, fordi der var en god stemning, hvilket også betød, at de kom igen. Dette var forbundet med, at der var tid til at lytte til dem, og de kunne dele deres erfaringer med andre i samme situation. Det, at kursisterne kunne lide at komme på kurset, var formentlig væsentligt i forhold til det udbytte, de fik. Det er vigtigt, at der både er plads til det frie sociale samvær og det samvær, der har kursets emne som fokus. Den første form for

samvær er en forudsætning for en større åbenhed i forhold til at snakke om egne sygdomsoplevelser. Det sociale tager tid, men det er væsentligt at afsætte den nødvendige tid, fordi det har betydning for kursisternes faglige udbytte.

Underviserne fungerede i højere grad som sparringspartnere end som autoriteter. Der blev skabt en fortrolighed, hvor kursisterne turde stille spørgsmål til underviserne, og hvor de respekterede og anerkendte underviserens rådgivning. Samtidig var den gode stemning på kurset med til at skabe en positiv dialog omkring livsstilsændringer, hvilket igen virkede motiverende.

Den dialogbaserede undervisning var medvirkende til, at der ikke opstod misforståelser på grund af deltagerens og underviserens forskellige skikke, vaner og erfaringer. Der var tid til at tale om tingene og reflektere over forandringsprocessen.

Det sidste succeskriterium om, at mindst 50 % af deltagerne havde udarbejdet konkrete handleplaner undervejs i forløbet, blev ikke opfyldt. Dette skyldtes, at der ikke var afsat tid nok til dette arbejde.

De indhøstede erfaringer med egenomsorgskurserne samt de praktiserende lægers interesse for at kunne henvise til en form for undervisning viser, at der er et behov for et undervisnings-tilbud til en gruppe af borgere med anden etnisk herkomst end dansk, med udgangspunkt i denne gruppes behov og ressourcer.

Det anses som relevant at arbejde med en model, som henvender sig til personer af anden etnisk herkomst med forskellige livsstilssygdomme, herunder diabetes. Fokus i denne model kunne være sund livsstil og forandringsprocesser med udgangspunkt i de samme pædagogiske metoder, som blev anvendt på egenomsorgskurserne.

Denne type kurser kan måske være med til at modarbejde social ulighed i sundhed og understøtte de praktiserende læger i deres arbejde med livsstilssygdomme. Undervisningsmetoden er ikke udelukkende egnet til at arbejde med type 2 diabetes, men kan fokusere på livsstilssygdomme generelt, da mange i målgruppen også lider af andre livsstilsrelaterede sygdomme eller problemer.

4.5. Beskrivelse af diabetesambassadører

Baggrund

I foråret 2006 udarbejdede arbejdsgruppen en kursusplan for uddannelse af diabetesambassadørerne og en kursusplan for gruppeforløbene styret af diabetesambassadørerne.

Diabetesambassadørernes arbejdsopgaver

Diabetesambassadørernes opgave blev at lede gruppeforløb for type 2 diabetikere af anden etnisk herkomst på deres eget sprog. Formålet var, at deltagerne kunne støtte og inspirere hinanden med henblik på bedre egenomsorg. Derudover skulle diabetesambassadørerne bl.a. inspirere til samtale om relevante emner i forhold til egenomsorg. De skulle køre et gruppeforløb på 6 sessioner à 3 timer, hvor der hver gang skulle laves motion, udarbejdes handleplaner, udveksles erfaringer, undervises i dagens tema samt formidles viden om eksisterende motions- og sundhedstilbud i lokalområdet. Undervisningen blev delt mellem ambassadørerne og eksterne undervisere.

Udvælgelse af diabetesambassadører

Diabetesambassadører blev valgt på baggrund af følgende kompetencer:

- Arbejdserfaring
- Undervisningserfaring
- At kunne tage et initiativ
- Erfaring med gruppestyring
- Vellidt og respekteret i lokalområdet
- Kendskab til sundhedsområdet
- Gode dansk kundskaber

Der blev valgt 10 diabetesambassadører. Ingen af dem havde selv diabetes.

En del af ambassadørerne var samtidig sundhedsformidlere ansat i Sundhedscentret Vollmose, ansatte i Odense Kommune til at varetage opsøgende hjemmebesøg 65+ og medarbejdere på Værestedet Mimers Brønd.

Uddannelse af diabetesambassadører

Formålet med uddannelsen var at give ambassadørerne viden og værktøjer til at styre et gruppeforløb for type 2 diabetikere på eget sprog.

Der var 4 overordnede elementer i uddannelsen af diabetesambassadørerne:

- Viden om type 2 diabetes
- Viden om motion
- Viden om mad
- Viden om gruppe- og processtyring.

Der afholdtes et 2-dages-kursus, hvor ambassadørerne skulle "klædes på" til at styre et gruppeforløb for tyrkisk-, somali- og arabisktalende type 2 diabetikere og støtte op om og motivere til adfærdsændring. Diabetesambassadørerne blev uddannet oktober 2006.

Undervisningen blev varetaget af patientuddannelsesinstruktør Jane Christensen, diætist Marianne Berthelsen, formidler i motion Kirsti Pedersen og diabetessygeplejerske Therese Jørgensen.

4.6. Beskrivelse af gruppeforløb med diabetesambassadører

Baggrund

Formålet med gruppeforløbene var:

- At hjælpe og støtte op om kursisternes ønske om øget egenomsorg.
- At give deltagerne konkrete redskaber og viden til at ændre livsstil.
- At skabe rammer for, at deltagerne kunne dele erfaringer med hinanden og støtte hinanden.

Følgende forestillinger dannede baggrund for udarbejdelsen af diabetesambassadørernes arbejdsopgaver:

- At den sociale støtte har stor betydning for, om den formidlede viden omsættes til handling. At deltagerne kan støtte og inspirere hinanden.
- At konkrete praktiske færdigheder er en central faktor, når viden skal omsættes til handling.
- At med fokus på processen og konkrete værktøjer (handleplaner) er der større mulighed for, at deltagerne ændrer deres livsstil.
- At diabetesambassadørerne kan fungere som rollemodeller for kursisterne.
- At hvis undervisningen varetages af en person med samme etniske baggrund som deltagerne, vil det, der formidles, opleves som mere relevant, hvilket giver større mulighed for, at der sker en ændring i deltagerens adfærd.

Deltagerne

Diabetesambassadørforløbene var rettet mod den samme målgruppe som egenomsorgskurserne. En stor del af deltagerne på forløbene var kvinder, der havde deltaget på egenomsorgskurserne og dermed havde en grundlæggende viden om diabetes og egenomsorg. De deltagere, som ikke havde deltaget på egenomsorgskurserne, havde hørt om tilbuddet gennem de andre deltagere på kurset eller diabetesambassadørerne.

Et par enkelte mænd viste interesse for diabetesambassadørforløbene, men da der ikke var nok mænd til at oprette et separat hold, valgte man udelukkende at fokusere på kvinderne. Dette blev valgt, fordi kvinderne udtrykte, at det var et problem at have mænd på holdene, når der skulle laves praktisk motion.

Beskrivelse af gruppeforløbet

Der blev afholdt 2 gruppeforløb, et på arabisk og et på tyrkisk.

Gruppen mødtes 6 gange à 2-3 timers varighed. Man vekslede mellem at udøve motion, undervisning og procesorienteret gruppestyring. Der blev hver gang lavet motion, udarbejdet handleplaner, udvekslet erfaringer og undervist i dagens tema. (Tabel 19).

Undervisningen blev varetaget af ambassadørerne og eksperterne undervisere (diætist Carina Birkebæk Nielsen, formidler i motion Kirsti Pedersen og diabetessygeplejerske Therese Jørgensen).

4.7. Evaluering af forløb med diabetesambassadører

Succeskriterier for forløb med diabetesambassadører:

- i) At ambassadørerne får lavet handleplaner med kursisterne hver gang.
- ii) At ambassadørerne får lavet motion med kursisterne hver gang.
- iii) At de får skabt et gruppeforløb.
- iv) At de har gjort kursisterne interesseret i selv at lave motion.

For at beskrive de indledende erfaringer med brugen af diabetesambassadører i forhold til at skabe adfærdsændring hos målgruppen er de to første kursusforløb evalueret. Fokus for evalueringen har været metoden. Det er valgt at fokusere på følgende tre aspekter af metoden: 1. diabetesambassadører, 2. læring via praksis og 3. erfaringsudveksling, dialog og handleplaner. Evalueringen af diabetesambassadørforløbene har taget udgangspunkt i deltagerobservation under selve forløbet, ligesom deltager og ambassadør løbende er blevet inter-

Tabel 19: Oversigt over undervisningssessionerne

Emne	1	2	3	4	5	6
Præsentation af diabetesambassadøren v. diabetesambassadøren						
Kursisterne fortæller om deres sygdom og forløb v. diabetesambassadør						
Beskrivelse af indholdet af resten af kurset v. diabetesambassadør						
Afklaring af forventninger til deltagerne og deltagerens forventninger til kurset v. diabetesambassadør						
Bevægelse/motion v. diabetesambassadør						
Handleplan – udarbejdelse og opfølgning v. diabetesambassadør						
Erfaringsopsamling						
Dagens tema: Motion, v. diabetesambassadør og formidler i motion Kirsti Pedersen						
Dagens tema: Diabetesmad v. diabetesambassadør og diætist Carina Birkebæk Nielsen						
Dagens tema: Købe sundt ind v. diabetesambassadør						
Dagens tema: Egenomsorg v. diabetesambassadør og diabetessygeplejerske Therese Jørgensen						
Dagens tema: Egenomsorg og opsamling/fremtiden v. diabetesambassadør						

viewet om deres opfattelse af forløbet. Derudover er der ved forløbets afslutning gennemført to fokusgrupeinterviews med deltagerne og et fokusgrupeinterview med ambassadørerne. Da denne del af projektet har været relativt kort (2 kursusforløb), og da der ikke har været mulighed for at lave justeringer undervejs, er der ikke tale om endegyldige konklusioner, men om observationer og erfaringer, der kan bidrage til et videre arbejde med konceptet.

4.8. Resultater af forløb med diabetesambassadører

Det blev observeret, at diabetesambassadørerne i høj grad formåede at trænge igennem til deltagerne og hjælpe dem i gang med en adfærdsændringsproces. Dette skyldtes en kombination af diabetesambassadørernes faglige viden og lægviden.

Faglig viden: Viden om diabetes, undervisningserfaring og dansk kundskaber har betydet:

- At ambassadørerne havde en forståelse for den forandringsproces, deltagerne skulle gennemgå.
- At ambassadørerne havde et engagement i at sætte denne proces i gang.
- Faktuel og relevant viden.

Lægviden: Indblik i deltageres baggrund, livssituation, livsstil og ambassadørernes egne erfaringer med udgangspunkt i samme kulturelle kontekst og samme sprog har betydet:

- At kursisterne på flere områder tillagde ambassadørerne større *autoritet* end de danske undervisere, selvom ambassadørerne ikke havde egen erfaring med diabetes. Ifølge kursisterne gjorde denne lægviden, at ambassadørerne

kunne forstå og sætte sig ind i deres problemstillinger, som de ikke mente, at de danske undervisere havde forståelse for i samme grad.

- At ambassadørerne fungerede som *rollemodel* for kursisterne. Deltagerne tillagde dem autoritet, fordi deres viden var baseret på erfaring og kendskab til deltageres baggrund. Denne erfaring kunne deltagerne identificere sig med, og derfor blev ambassadørernes funktion som rollemodeller forstærket. Det havde betydning, at ambassadørerne underviste på deltageres modersmål, og det åbnede op for en gruppedynamik, hvor alle var aktive.

4.8.1. Uddannelse af diabetesambassadører

I forlængelse af diabetesambassadørernes uddannelse fik de selv mulighed for at evaluere forløbet. På baggrund af et spørgeskema, ambassadørerne udfyldte, interviews med ambassadørerne og deltagerobservation på kurset, viste erfaringerne:

- At kurset var for intensivt. Der var ikke tid til at afprøve og øve metoderne undervejs. Kurset skulle have indeholdt to moduler med en mellemliggende periode til at gøre praktiske erfaringer.
- At ambassadørerne havde et ønske om mere undervisning. Dette gjorde sig især gældende på de områder, der vedrørte handleplaner, forandringsprocesser og praktisk motion. Dette var baggrunden for, at der blev lavet en ekstra undervisningssession med fokus på handleplaner og forandringsprocesser.

4.8.2. Støtte til ambassadører

I forhold til støtte og vejledning til ambassadørerne viste forløbet:

Tabel 20: Tids- og handleplan

Aktivitet	Okt. 2006	Nov.	Dec.	Jan. 2007
Diabetesambassadør-gruppeforløb				
Uddannelse af diabetesambassadører				
Fokusgrupeinterviews m. deltagerne				
Fokusgrupeinterview m. diabetesambassadørerne				
Deltagerobservation				

- At støtten til diabetesambassadørerne er vigtig, fordi de skal varetage mange funktioner på en gang.
- At manglende støtte kan betyde, at de i indkøringsfasen mister fokus på deres rolle som undervisere og vejledere for deltagerne.
- At de især skal have hjælp til at koordinere de administrative opgaver, der ofte tager tid.
- At de skal have mulighed for at søge rådgivning med hensyn til faglige, sociale og pædagogiske emner, efterhånden som de gør sig erfaringer.
- At de har brug for feedback på deres egen undervisning og for at udveksle erfaringer med andre ambassadører.

4.8.3. Læring via praksis

Der var lagt op til, at undervisningen skulle være baseret på en kombination af læring via praksis og dialogbaseret undervisning med særlig fokus på motion. På motionsområdet fungerede den praktiske undervisning, men i hvilken grad deltagerne tog det til sig, afhang af, hvilken motionsform der var tale om. Det blev observeret, at dér, hvor motionen udelukkende blev formidlet teoretisk, var der ingen adfærdsændring hos deltagerne.

Den eksterne underviser på motionsområdet fokuserede hovedsageligt på praktiske øvelser, mens ambassadørerne talte med deltagerne om deres forhold til motion, lavede praktiske øvelser med dem og hjalp dem med at lave handleplaner. Kursisterne på det tyrkiske hold fik, ved at prøve at lave motion i forløbet, øjnene op for, at motion kunne være sjovt, at de fik det bedre af det, og at man ikke behøver at være god til motion for at være med. Her fungerede ambassadøren som rollemodel, fordi hun "kastede sig ud i" øvelserne uden at være hæmmet af, om hun kunne udføre dem helt korrekt. Efterfølgende begyndte deltagerne at mødes mellem diabetesgruppemøderne for at lave motion. Erfaringerne på diabetesambassadørforløbet viste således, at på de områder, hvor der undervistes via praksis, afprøvede deltagerne det, de lærte. Disse erfaringer understøttede dermed de erfaringer, der blev gjort på egenomsorgskurserne.

På kostområdet var der ikke afsat tilstrækkelig tid til at have den praktiske dimension med i forløbet. Derfor fik disse områder mere karakter af teoretisk vidensdeling og var ikke i samme grad som motionen med til at understøtte en adfærdsændring. Deltagerne efterspurgte også selv mere praktik på disse områder, og de arabiske deltagere valgte at mødes en 7. gang for at lave mad sammen.

4.8.4. Motionsformer

Hos nogle af deltagerne blev der observeret barrierer omkring det at dyrke motion. Det handlede hovedsageligt om to ting. Først og fremmest blev de valgte motionsformer ikke opfattet som interessante nok af alle deltagerne. Det var derfor vigtigt, at forløbene havde en indbygget fleksibilitet, så deltagerne havde indflydelse på, hvilken motion de dyrkede. Ambassadøren for de arabisktalende deltagere valgte at tage dem med i svømmehallen på baggrund af deres ønske og hendes egen interesse. Det var en succes, fordi deltagerne selv havde indflydelse, og det blev prøvet af i praksis og gav deltagerne mod på selv at prøve det en anden gang.

Den anden barriere i forhold til fysisk aktivitet var, at mange af deltagerne følte, at det var meget personligt at bevæge sig foran de andre. På det tyrkiske hold kom man uden om denne blufærdighed, ved at deltagerne talte om det og aftalte, at de havde tavshedspligt i forhold til, hvad der foregik på kurset.

4.8.5. Erfaringsudveksling, dialog og handleplaner

Det var en central del af forløbet, at der var tid til at reflektere over og arbejde med adfærdsændring. Deltagerne havde brug for at udveksle erfaringer og råd og tage relevante emner op med ambassadøren. Gennem erfaringsudvekslinger kunne de motivere hinanden. De kom med råd og fortalte hinanden, hvordan de fik ændret nogle ting i hverdagen, men også hvor de havde problemer med at lave deres adfærd om. Hvis en havde haft succes med at tabe et par kilo, smittede det af på de andre. Det var også en fordel, at deltagerne kunne dele deres frustrationer og succeser med nogle, der gennemgik den samme proces.

Generelt var kursisterne på ambassadørforløbene meget deltagende. Alle var aktive og meget engagerede i hinandens problematikker. Det førte ofte til livlige diskussioner og erfaringsudvekslinger. Herudfra kan det konkluderes, at den direkte kommunikation har større potentiale i forhold til at engagere deltagerne end den kommunikation, der sker via tolk. Det blev observeret, at fordi al kommunikation foregik på deres eget sprog, udviste deltagerne en anden form for ejerskab over forløbet.

Den dialogbaserede undervisning alene kan ikke skabe forandring, men fungerer godt sammen med den praktiske undervisning. Dialogen er med til at få deltagerne til at se sammenhængen mellem det, de lærer, og de barrierer, de oplever i deres hverdag.

Det var væsentligt for adfærdsændringsprocessen, at ambassadørerne havde mulighed for at tilpasse forløbet, så de kunne efterkomme specifikke ønsker fra deltagerne. Så længe disse aktiviteter var inden for kursets rammer, var de med til at motivere deltagerne yderligere. Aktiviteterne medvirkede til at gøre forløbet personligt og skræddersyet til netop den gruppe deltagere, det drejede sig om.

En væsentlig del af ambassadørforløbet bestod i, at deltagerne skulle lave en personlig handleplan for, hvad de gerne ville ændre i deres hverdag. Hver gang skulle de tale med ambassadøren om, hvorvidt de havde opnået deres mål, hvordan de havde gjort det, hvorfor de måske ikke havde gjort det etc. Dette var en vigtig del af forløbet, fordi den var med til at omdanne viden til handling. Det viste sig, at dette element var meget tidskrævende, bl.a. tog det tid at forklare, hvad en handleplan er. Her hjalp det, hvis ambassadørerne kunne bruge et eksempel fra deres eget liv. Det centrale i, at deltagerne kunne forholde sig til handleplanen, var, at den blev forklaret som en praktisk handling og ikke som et abstrakt begreb. Det var tidskrævende at gennemgå de individuelle handlingsplaner hver gang. Deltagerne skulle have rådgivning fra ambassadøren, og de brugte tid på at udveksle erfaringer.

Brugen af handleplaner betød, at kursisterne kunne se fremgang, og deres succes blev synlig. Handleplanen satte fokus på det, deltagerne selv kunne gøre i forhold til deres sygdom.

4.8.6. Udvikling af motions-dvd

Der var flere af kvinderne, som i forløbet fik en oplevelse af, at motion kunne være sjovt og give energi. Flere af disse kvinder gav udtryk for, at de havde svært ved at huske motionsprogrammet. Dette var baggrunden for, at det blev besluttet, at Diabetesforeningen i samarbejde med Folkesundhed København sideløbende skulle udvikle en motions-dvd, som kvinderne kunne bruge hjemme. I udarbejdelsen af dvd'en blev der lagt vægt på, at den passede til det niveau, kvinderne var på. Dvd'en blev undervejs afprøvet to gange med et hold tyrkiske kvinder, som gav feedback på, hvor der var brug for en uddybende eller anderledes forklaring. Dvd'en er udarbejdet på tyrkisk, arabisk, somalisk og urdu.¹¹⁾

4.9. Diskussion af forløb med diabetesambassadører

Succeskriteriet om, at diabetesambassadørerne kunne skabe et gruppeforløb, blev opfyldt.

Begge gruppeforløb blev gennemført i overensstemmelse med undervisningsplanen og tog inden for rammerne af denne udgangspunkt i kursisternes ressourcer og behov.

I skabelsen af et forløb var det centrale bl.a. at yde en kontinuerlig støtte til kursisternes ønske om forandring samt at give konkrete redskaber og viden, der forholdt sig til kursisternes konkrete forandringsønsker. Derudover var det centralt, at der blev skabt rammer for, at kursisterne kunne dele erfaringer med hinanden.

Diabetesambassadørerne kunne støtte deltagerne i den forandringsproces, de gennemgik. Ved hjælp af handleplaner blev deltageres mål konkrete og opnåelige. Succeskriteriet om, at der ved hver undervisningssession blev udarbejdet handleplaner, blev til dels opfyldt. På det ene forløb blev der arbejdet med handleplaner hver gang, mens dette kun skete nogle gange på det andet kursus. Det var bl.a. fordi der ikke blev afsat tid nok til dette arbejde. Handleplaner viste sig at være tidskrævende, men samtidig et vigtigt værktøj til at støtte op om en forandringsproces, og til at deltagerne fik en lille succesoplevelse fra gang til gang.

Forløbene dannede en god ramme for erfaringsudveksling, hvor deltagerne fik mulighed for at diskutere deres erfaringer i forhold til livet med diabetes og den forandringsproces, de gennemgik. Da ambassadørerne underviste på deltageres sprog, var kommunikationen mere flydende, og deltagerne havde kun få reservationer i forhold til at diskutere og komme med gode råd til hinanden. Det betød, at mange af de små barrierer, de oplevede i forhold til adfærdsændringen, blev vendt i gruppen, og at der ofte kollektivt blev fundet løsninger.

Succeskriterierne om, at ambassadørerne henholdsvis fik lavet motion med kursisterne hver gang og samtidig kunne gøre kursisterne interesseret i at lave motion, blev opfyldt. Der blev lavet motion hver gang, og erfaringen viste, at det afgørende aspekt for at gøre kursisterne interesseret i at lave motion var, at ambassadørerne sammen med holdet besluttede, hvilken slags motion der skulle laves, og på hvilket niveau. Flere af kursisterne begyndte at gå til gymnastik, og flere gav udtryk for, at de gerne ville lave gymnastik hjemme, men at de ikke

11) Motions-dvd'en kan bestilles hos Diabetesforeningen mod betaling af porto.

kunne huske programmet. Dette var baggrunden for at lave en motions-dvd, som tog udgangspunkt i deltageres ønsker og niveau.

Diabetesambassadørernes største styrke var, at de fungerede som rollemodeller, hvilket adskilte dem fra traditionelle undervisere. De havde et indblik i deltageres livssituation og blev af deltagerne tillagt stor autoritet. Autoriteten var baseret på det erfaringsgrundlag og den baggrund, deltagerne vurderede ambassadørerne havde. Denne tillagte autoritet betød, at ambassadørernes råd og vejledning i forhold til forandringsprocessen var meget tungtvejende.

I forhold til den faglige dimension fungerede det godt, at diabetesambassadørerne og deltagerne fik input fra fageksperter. Diabetesambassadørernes rolle blev i høj grad at skabe en forandringsproces baseret på det faglige input. Hvis man havde ønsket at gennemføre forløbet uden brug af faglige formidlere, skulle ambassadørerne have modtaget yderligere undervisning på området. Men i forhold til deres funktion, der bestod i at hjælpe deltagerne med at omsætte viden, havde de tilstrækkelig viden om diabetes.

Erfaringerne fra diabetesambassadørforbøene understreger vigtigheden af undervisning på eget sprog, læring via praksis, undervisning i dialogform, handleplaner, betydningen af at skabe trygge rammer, tid til socialt samvær, erfaringsudveksling og støtte til forandringsproces. Der var en større deltagelse, diskussion og udveksling dér, hvor disse metoder blev brugt. Dér, hvor der blev brugt mere traditionel undervisning, var der en mindre grad af deltagelse, diskussion og udveksling.

Diabetesambassadørforbøene har givet nogle vigtige erfaringer, der peger på, at denne metode rummer et potentiale, som der kan arbejdes videre med.

5

- Samlet konklusion på modelprojektet

Forekomsten af diabetes er signifikant højere i målgruppen af personer med tyrkisk, somalisk og palæstinensisk baggrund på 35 år og derover end i den alderssvarende danske befolkning som helhed.

Modelprojektets formål var at udvikle og afprøve metoder til hhv. opsporing af type 2 diabetes blandt etniske minoriteter og øget egenomsorg blandt personer med type 2 diabetes. Modelprojektet indeholdt fire tiltag i forhold til målgruppen: i) oplysning om diabetes til borgerne og undervisning af personalegrupper med direkte kontakt til målgruppen, ii) tilbud om måling af blodglukose, iii) afholdelse af egenomsorgskurser og iv) forløb med diabetesambassadører.

Erfaringen viser, at mund til mund-metoden og oplysning gennem personer, der har kendskab til og er respekteret i de etniske miljøer, er anvendeligt i forhold til målgruppens deltagelse i projektets tilbud. Derimod er det uklart, hvilken betydning undervisning af personale med direkte kontakt til målgruppen havde for deltagelsen.

Det lokale tilbud om blodglukosemåling blev benyttet af 1/5 af målgruppen, men resulterede ikke i det forventede antal nyopsporede diabetikere. Flere ting peger i retning af, at den nuværende opsporing hos de praktiserende læger fungerer, idet der her ofte måles en blodglukose hos personer i målgruppen, og målgruppen er interesseret i at benytte de praktiserende læger, hvis de har konkrete overvejelser om selv at have diabetes.

Derimod synes et lokalt tilbud om blodglukosemåling at være et attraktivt tilbud til de personer i målgruppen, der har en allerede erkendt diabetes. Op mod 1/3 af de personer i målgruppen, der havde diabetes, benyttede sig således af tilbuddet, og deres blodglukoseværdier pegede generelt i retning af en mangelfuld regulering. Et sådant tilbud kan således fungere som en indgang til kontakt med borgere med diabetes og til en eventuel deltagelse i et undervisningsforløb om egenomsorg i forbindelse med diabetes.

Der blev afholdt i alt 5 egenomsorgskurser samt 2 gruppeforløb med diabetesambassadører. Deltagerne var for størstedelens vedkommende kvinder uden eller med et begrænset dansk ordforråd og ofte uden formel skolegang og/eller skriftsprog på modersmålet. De anvendte pædagogiske metoder – læring via praksis, undervisning i dialogform og forløb med diabetesambassadører – samt at der blev skabt rum for den sociale interaktion mellem kursister og undervisere, viste sig at fungere.

Gruppeforløbene med diabetesambassadørerne, som underviste på modersmålet og samtidig fungerede som troværdig rollemodel, viste endvidere, at der blev skabt yderligere inspi-

ration til en forandringsproces blandt kursisterne. Centralt for dette var også, i hvilken grad kursisterne delte deres oplevelser og erfaringer med hinanden og hjalp/støttede hinanden.

Samlet set har modelprojektet vist, at denne særligt udsatte gruppe af personer med type 2 diabetes har brug for differentierede undervisningstilbud, som tager udgangspunkt i deres ressourcer og behov. Både kursisterne og de praktiserende læger giver udtryk for, at der er begrænsninger i almen praksis, som har betydning for målgruppens viden om og dermed mulighed for at varetage deres egenomsorg. Evalueringen peger på, at supplerende tilbud til den information om diabetes, der ydes i almen praksis, skal være karakteriseret ved tid til dialog, læring via praksis, fokus på den sociale dimension, erfaringsudveksling med andre i samme situation og baseret på den enkelte kursists behov, ressourcer og modersmål.

Undervisningen kan formentlig, ud over at øge målgruppens muligheder for egenomsorg, bidrage til et forbedret samarbejde med sundhedsvæsnet. Gennem undervisningsforløbene har kursisterne fået en række redskaber, der gør dem bedre i stand til at indgå i et aktivt samarbejde med bl.a. den praktiserende læge, hvilket er et centralt element i behandlingen af diabetes.

Placeringen af et tilbud til denne gruppe har betydning. Der kan argumenteres for, at et sådant tilbud placeres inden for rammerne af et eksisterende system, eksempelvis et lokalt sundhedscenter eller et værested for målgruppen. Ved at placere det i sådanne rammer kan man sikre tilbuddets kontinuitet, samt at flest mulige inden for målgruppen får adgang til dette.

Ud over de tilbudte kurser viste der sig en efterspørgsel efter undervisning om sund livsstil blandt personer med bl.a. overvægt, hjerteproblemer og forhøjet blodtryk. Disse personer gav udtryk for, at de godt vidste, at de skulle leve anderledes, men de vidste ikke hvordan, og de ville gerne have hjælp til dette. Dette kan pege på et behov for mere generelle sygdomsforebyggende kurser.

I egenomsorgskurserne og diabetesambassadørførløbene blev der fokuseret på ændringer i forhold til en øget egenomsorg – at give viden om, inspirere til og støtte op om øget egenomsorg. I forlængelse heraf ville det være interessant at undersøge:

- Hvilken type tilbud nyopsporede type 2 diabetikere har behov for – hvilket indhold og form skal det have. Samt hvornår de er parate til et sådant tilbud.
- Hvilken type tilbud der efterfølgende skal til for at fastholde den begyndende adfædsændring, vi har set hos deltagerne.

Et projekt, der afprøver dette, bør tage udgangspunkt i, hvad deltagerne selv vurderer der skal til for at fastholde forandringen.

- Hvorvidt man kan fastholde den begyndende adfærdsændring gennem støttegrupper af diabetikere, der i forlængelse af et kursus eller ambassadørforbøb mødes for at støtte og motivere hinanden. Flere deltagere efterspurgte sådanne grupper.
- Hvordan de afprøvede metoder kan bruges til at undervise grupper af overvægtige.
- Muligheden for at videreudvikle diabetesambassadørforbøbene som koncept til at omfatte livsstilssygdomme generelt.
- Muligheden for at lave et uformelt forum med fokus på sundhed, hvor brugerne kan formulere deres behov for viden og støtte.

6

- Referencer og bilag

Referencer

1. Scläger D, Rasmussen NK, Kjølner M. Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter – en litteraturgennemgang. Statens Institut for Folkesundhed. København 2005.
2. Eliasson M, Boström G. Major public health problems – diabetes. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006;34(67):59-68.
3. Wändell PE, Gåfvæls C. High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden. *Primary Care Diabetes*. 2006;1(1):13-16).
4. Strategi for indsats vedrørende diabetes blandt etniske minoriteter arbejdsgruppens indstilling (tilgængelig på Internet adressen: http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/etniske%20minoriteter/nyhedsbrev_5/diabetesstrategi06.pdf).
5. Dyhr L, Krasnik A. International migration og sundhed. En udfordring til forskning og sundhedspolitik i Danmark. *Ugeskrift for læger*. 2006;168(33):2651-53.
6. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, Årgang 10, nr. 1, januar 2006 (www.st.dk).
7. Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Type 2 diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. *Medicinsk Teknologivurdering*. København 2003;5(1).
8. Vibe-Petersen J, Perrild JHD. Type 2-diabetes blandt indvandrere. *Ugeskrift for Læger*. 2000;262:620-2.
9. www.odense.dk/vollsmose
10. Oplysninger fra Odense Kommunes statistikkontor.
11. Kristensen JK, Green A, Carstensen B, Drivsholm T, Steдинг-Jessen M. National monitorering af diabetesforekomst på basis af administrative sundhedsregistre. Udvikling og validering. Sundhedsstyrelsen 2005.
12. Danmarks Statistik, opgørelse per 1.1.2005.
13. <http://www.si-folkesundhed.dk/susy/>.

Bilag 1.

- 1) I den oprindelige projektbeskrivelse omfattede målgruppen ligeledes "Risikogrupper blandt voksne, børn og unge fra alle etniske minoritetsgrupper i Vollsmose". Da der blev tildelt et mindre beløb end det ansøgte blev det besluttet at fokusere på den her beskrevne målgruppe. Det mindre beløb betød samtidig, at aktiviteter rettet mod børn og unge samt screeningstiltag bortfaldt.
- 2) Dette succeskriterium var formuleret som følgende: "At min. 50 % af de kommunalt ansatte kompetencemæssigt føler sig rustet til dels at tale med målgruppen om at komme videre i systemet og dels at give information om de forskellige tilbud i forhold til at opsporing og egenomsorg". Den ændrede formulering afspejler, at man valgte at bruge en anden metode til evalueringen af dette succeskriterium. Det skete ud fra en hypotese om at et fokusgruppeinterview bl.a. kunne give viden om, hvilke barrierer der kunne være i forhold til samtalen mellem målgruppen og de ansatte samt andre relevante problemstillinger i relation til dette emne.
- 3) Dette succeskriterium var formuleret som følgende: "At min. 50 % af de kommunalt ansatte kompetencemæssigt føler sig rustet til at opspore personerne i målgruppen". Ændringen i formuleringen afspejler, at man valgte at bruge en kvalitativ metode frem for en kvantitativ metode til evalueringen af dette kriterium. Det skete ud fra en hypotese om, at et fokusgruppeinterview bl.a. kunne give viden om barrierer for denne gruppes deltagelse i opsporing og om andre relevante problemstillinger i relation til dette emne
- 4) Dette succeskriterium var oprindeligt formuleret som følgende: "At der blandt erkendte type 2 diabetikere er et ønske om at deltage i madlavningskurset". Baggrunden for den ændrede formulering var et ønske om at kunne måle denne interesse.

