

RAPPORT

“Å leve med diabetes” Fokus på pasienter med minoritetsbakgrunn

Et samarbeid mellom Akershus universitetssykehus HF, bydel Stovner og Grorud, Høgskolen i Oslo og Diabetesforbundet.



**Bydel
Stovner**



diabetesforbundet

Reidun Rønningen, Lærings- og mestringscenteret, Senter for helsefremmende arbeid, Ahus
Inger Daae-Qvale, Flerkulturell forståelse, Internasjonale studier, Høgskolen i Oslo

31. mai 2011

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|------|
| Sammendrag..... | s. 3 |
| 1. Innledning..... | s. 4 |
| 1.1. Bakgrunn for prosjektet..... | s. 4 |
| 1.2. Organisering av prosjektet, prosjektgruppe og styringsgruppe..... | s. 4 |
| 1.3. Prosjektgruppens medlemmer..... | s. 5 |
| 1.4. Styringsgruppens medlemmer..... | s. 5 |
| 2. Prosjektets mål..... | s. 5 |
| 2.1. Startkurs for DMT-2 til urdu- og tamilsktalende pasienter og pårørende..... | s. 6 |
| 2.2. Utvikling av helsepersonells flerkulturelle kompetanse på Ahus..... | s. 6 |
| 2.3. Opprette ambulerende team fra fagmiljøet på Ahus..... | s. 6 |
| 3. Planlegging av opplæringstilbudet..... | s. 7 |
| 3.1. Metodisk tilnærming..... | s. 7 |
| 3.2. Styrking av flerkulturell profesjonsutøvelse i prosjektgruppen..... | s. 7 |
| 3.3. Faglige fordypningstiltak..... | s. 8 |
| 4. Gjennomføring av opplæringstilbudet..... | s. 9 |
| 4.1. Organisering av kurstilbudet..... | s. 9 |
| 4.2. Deltagere..... | s.10 |
| 5. Prosjektets effekt og erfaringer..... | s.12 |
| 5.1. Helsefremmende arbeid og mestringsteknikker..... | s.12 |
| 5.2. Videre håndtering av faglige og praktiske spørsmål..... | s.14 |
| 6. Fokussamtaler..... | s.14 |
| 7. Veien videre – hvordan videreutvikle prosjekterfaringen?..... | s.16 |
| 8. Regnskap..... | s.17 |
| Litteratur..... | s.18 |
| Vedlegg..... | s.19 |

Sammendrag

Etniske minoritetsgrupper i Norge med opprinnelse fra Asia og Midt-Østen har betydelig høyere forekomst av diabetes type-2 (DM2) enn majoritetsbefolkningen. Med bakgrunn i dette ønsket endokrinologisk poliklinikk og Lærings- og mestringssenteret (LMS), Akershus universitetssykehus (Ahus) å utvikle tiltak for å styrke mestringsevnen hos minoritets-pasienter som har utviklet DM2. Det ble søkt Helse Sør-Øst om kr. 600 000 for planlegging og gjennomføring av prosjektet “Å leve med diabetes”, ble innvilget kr. 400.000. Målgruppen for prosjektet var urdu- og tamilsktalende brukere som hadde, eller sto i fare for å utvikle DM2. Det ble holdt to kurs, ett for hver av gruppene (21 og 23 deltagere). Hvert kurs gikk over fire uker, en dag i uken á 3 timer.

Prosjektet ble definert som et utviklingsarbeid, der styrking av flerkulturell fagkompetanse hos prosjektgruppen og utvikling av kursinnhold og opplæringstilbud skulle foregå parallelt. Kurset ble forankret og utført i samarbeid mellom Ahus, bydelene Grorud og Stovner, Diabetesforbundet og Høgskolen i Oslo. Prosjektet har to metodiske tilnæringer: *Helsefremmende arbeid* gjennom *metodisk relativisme*. Helsefremmende arbeid vektlegger deltagerens ressurser og behov, og at undervisningen og læringsprosessen foregår dialogisk der deltagerens ståsted legger premisser for prosjektets innhold og fremdrift. Metodisk relativisme innebærer at helsepersonell viser evne og vilje til å se forbi egne kulturelle og profesjonelle verdier for å forstå brukerens ståsted. I faglig samhandling krever dette at helsepersonell har flerkulturell kompetanse til å møte og håndtere minoritetspasienters behov.

Kursdeltagelsen ble sikret gjennom god rekruttering og tilrettelegging i brukernes nærmiljø. Brukergruppen tilbakemeldte at kurset hadde vært utbytterikt. Kursets innhold og pedagogiske tilnærming tilførte gruppen ny innsikt og kunnskap om forbyggende og mestrende strategier knyttet til DM2. Møtet med brukere i samme situasjon ble beskrevet som en positiv erfaring, noe som reduserte opplevelsen ”av å være den eneste” med sykdomsproblemer. Deltagerne opplevde trygghet til å stille spørsmål og kommentarer underveis i undervisningen. Dette fremmet dialog i gruppen og la grunnlag for åpenhet om hva deltagerne selv kan bidra med for bedre mestring av DM2 i hverdagen. Bruk av fastlege som tolk fungerte godt, og ble beskrevet som svært vellykket.

Prosjektets mål ble nådd ved at deltagerne tilbakemeldte om godt læringsutbytte av kurset. Vi mener at en av suksessfaktorene kan begrunnes i vektlegging av å styrke prosjektgruppens flerkulturelle kompetanse før gjennomføringen av kurset. Kompetansen ble en kvalitetssikring av informasjons- og læringstilbudet som ble gitt til deltagerne. Videre var det et nært samarbeid i arbeidsgruppen. Forberedelsene har vært preget av entusiasme og fellesskap, og har vært inspirerende. Alle i prosjektgruppen har gjennomgående fulgt kursopplegget. Dette har gitt nyttig erfaring og innblikk i læringsprosessen, og er viktig for evaluering og videreutvikling av evt. senere kurs.

I kjølvannet av kurset er det etablert et ambulant team fra fagmiljøet på Ahus. Teamet kan bli et bidrag til å veilede erfarings- og kompetanseutveksling, undervisning og opplæring til helsepersonell i bydelene og ressurspersoner i minoritetsmiljøer.

I ettertid ser vi prosjektets gevinster som verdifulle, da de i sum bekrefter betydningen av kursets helhetlige opplegg.

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Akershus universitetssykehus (Ahus) fikk fra januar 2011 et opptaksområde på omlag 500 000 innbyggere, hvorav ca. 80.000 med minoritetsbakgrunn. Oppbrudd fra hjemland og nyetablering i nytt samfunn innebærer endring og omstilling for de fleste migranter. Tap av tidligere liv, endring av status, livsvaner og klima er variabler som på ulike måter kan innvirke på integreringsprosesser. Mestring av koder og normer i møte med nye samfunnsstrukturer erfares ofte som tidkrevende prosesser. Forskning viser at migrasjon kan redusere livskvalitet gjennom endrings- og omstillingsprosesser, noe som kan medføre helsemessige variasjoner og utfordringer blant minoritetsbefolkningen (Kumar m.fl. 2010, Berg og Lauritsen 2009, Ingstad 2007). En slik utfordring er diabetes type-2 (DM2). Forekomst av DM2 har vært særlig økende de siste 20 årene. Arv og miljø spiller inn med utvikling av sykdommen. Dette omhandler medfødte disposisjoner, samt at miljøfaktorer knyttet til samfunnsstrukturer, sosioøkonomiske forhold og endringer i disse har betydning for utvikling av sykdommen. (Tran et al. 2010, Jenum, Claudi et al., Forohui et al. i Kumar og Viken 2010).

Etniske minoritetsgrupper i Europa med opprinnelse fra Asia, Midt-Østen og Afrika har påvist betydelig høyere DM2-forekomst enn majoritetsbefolkningen. Dette gjelder også for etniske minoriteter i Norge. MoRo-prosjektet (Mosjon på Romsås) viser at forekomst av DM2 var særlig stor blant innvandrere fra det indiske subkontinent. Pakistanere og tamiler representerer denne gruppen (Jenum, Holme et al. i Kumar og Viken 2010).

Ahus har et stort ansvar for befolkningsgruppen som er i risikozonen for å utvikle, eller som allerede har utviklet DM2. Med bakgrunn i dette ønsket endokrinologisk poliklinikk og LMS ved Senter for helsefremmende arbeid, Ahus å utvikle tiltak for å styrke mestringsevnen hos minoritetspasienter som har utviklet DM2. Bydelene Stovner og Grorud, Diabetesforbundet (nasjonalt, regionalt og lokalt) og Høgskolen i Oslo (HiO) sa ja til å være samarbeidspartnere. Målgruppen for prosjektet var urdu- og tamilsktalende brukere som hadde, eller sto i fare for å utvikle DM2. Et annet mål med arbeidet var å styrke ansattes flerkulturelle kompetanse for å ivareta pasient- og pårørendeopplæring til denne gruppen i primær og spesialisthelsetjenesten. Det ble søkt Helse Sør-Øst om kr. 600 000, hvor kr 400.000 ble innvilget, for planlegging og gjennomføring av prosjektet "Å leve med diabetes" i perioden mars 2010 - desember 2010. Varigheten på prosjektet har blitt forlenget. Dette begrunnes med prosjektgruppens ønske om mer tid på forberedelsesarbeidet for å kvalitetssikre undervisningsopplegget. Prosjektets varighet er fra mai 2010 – mars 2011. Prosjektet har blitt evaluert som svært vellykket både fra deltakere og partnere i prosjektet.

1.2. Organisering av prosjektet, prosjektgruppe og styringsgruppe

Prosjektet ble organisert med prosjektgruppe og styringsgruppe. Prosjektgruppen har gjennomgående arbeidet etter mandat vedtatt av styringsgruppen. Imidlertid har prosjektgruppen bedt om forlenget forberedelsestid før oppstart av prosjektet. Oppstarten ble forskjøvet fra november 2010 – til januar 2011 med følgende begrunnelse: Siden prosjektet skulle målbare kost- og livsstilsendring hos minoritetspasienter med DM2, innebar dette en faglig og pedagogisk tilnærming der kulturelle aspekter måtte tas i betraktning. Det ble viktig å finne frem til funksjonelle oversettelsesuttrykk som de ulike etniske gruppene anvender for å kommunisere eksempelvis helse, sykdom (DM2), kroniske lidelser, forebygging, medisiner, kosthold og mosjon. Symbolbruk av begrep som ga presise og begripelig uttrykk for kursinnholdet var tenkt som et pedagogisk verktøy for å kvalitetssikre formidlingen av prosjektet. Prosjektet ble med

bakgrunn i dette definert som et som et utviklingsarbeid, der styrking av flerkulturell fagkompetanse hos prosjektgruppen og utvikling av kursinnhold/opplæringstilbud skulle foregå parallelt. Planleggingen og gjennomføring av kurset ble forankret og utført i tett samarbeid mellom LMS Ahus og endokrinologisk poliklinikk v/diabetessykepleier og klinisk ernæringsfysiolog, bydelene Grorud og Stovner ved blant annet bydelsoverleger og folkehelsekoordinatorer, Diabetesforbundet og HiO.

1.3. Prosjektgruppens medlemmer

Reidun Rønningen, LMS, prosjektleder, leder av prosjektgruppen, Ahus

Åshild Bakketun, diabetessykepleier, endokrinologisk poliklinikk, Ahus

Brit Bechensteen, klinisk ernæringsfysiolog, senter for kliniske fellesfunksjoner, Ahus

Tove Jepsson, spesialpedagog, Familie og læringssenteret, bydel Grorud

Nina Strand Ølnes, folkehelsekoordinator, bydel Grorud

Anh Thi Tran, fastlege og forsker, bydel Stovner

Elsabeth Hasseldokk, folkehelsekoordinator, bydel Stovner

Inger Daae-Qvale, høgskolelektor, Flerkulturell forståelse, Internasjonale studier, Høgskolen i Oslo

Ronny Ljungbeck, leder Diabetesforbundets lokallag, Groruddalen

Shaista Ayub, prosjektleder Diabetesforbundet sentralt

Prosjektgruppen har hatt 7 fellesmøter (2 – 3 timers varighet), samt 2 arbeidsmøter.

- På de 5 første møtene ble innhold og fremdrift av prosjektet diskutert.
Det 6. fellesmøtet ble et oppsummerende og koordinerende møte mellom de to kursene.
Det 7. fellesmøte oppsummerte hele kurset, og planla skriving av rapport.
- På arbeidsmøtene deltok klinisk ernæringsfysiolog, diabetessykepleier og folkehelsekoordinatorene. De planla, diskuterte og samkjørte sine undervisningsopplegg.
Undervisningen ble gjennomført av disse fire, og de hadde ansvar for programmet på alle kursdagene.

1.4. Styringsgruppens medlemmer

Manuela Ramin Osmundsen, leder Likeverd og mangfold, leder styringsgruppen

Reidun Rønningen, LMS, prosjektleder, Ahus

Ingrid Nerموen, avdelingssjef, overlege endokrinologisk poliklinikk, Ahus

Siri Schøyen Seterelv, bydelsoverlege, bydel Grorud

Johan Torper, bydelsoverlege, bydel Stovner

Styringsgruppen har hatt 3 møter i prosjektperioden.

- Styringsgruppen har støttet viktigheten av at arbeidet og erfaringene underveis i prosjektet dokumenteres, gjerne forankret i eksisterende eller pågående forskning. De har videre godkjent prosjektgruppens innspill og begrunnelser.

2.0 Prosjektets mål

Prosjektets mål var å utvikle startkurs for urdu- og tamilsktalende pasienter med nyoppdaget DM2. Prosjektgruppen ønsket å legge til rette et kunnskaps- og veiledningstilbud slik at DM2-pasienter og pårørende kan mestre livsstilsendring, forebygging og behandling. For å kunne gi et optimalt tilbud til brukergruppen kreves det samtidig at fagmiljøet ved Ahus og i bydelene besitter flerkulturell kompetanse for å møte gruppens lærings- og mestringsbehov. Prosjektgruppen definerte 4 nivåer som utviklingsarbeidet skulle rettes mot:

- Pasienter/pårørende og deres sosiale miljø
- Ressurspersoner i bydelene som arbeider forebyggende med DM2
- Helsepersonell ved Ahus
- Bydelenes helse/ fagpersonell

2.1. Startkurs for DM2 til urdu- og tamilsktalende pasienter og pårørende

Startkurs 2 er et standardisert kurs som tilbys norske pasienter med DM2. Ved endokrinologisk poliklinikk og LMS, Ahus er det utarbeidet et kurs for denne målgruppen. Prosjektgruppen diskuterte hvordan kursopplegget best kunne tilpasses minoritetsspråklige deltagere i prosjektet. Ett mål var en dialogpreget, språklig tilrettelagt undervisning justert til brukergruppens ståsted og behov. Et annet mål var å skape aktivitet i gruppen slik at deltagerne kunne stille spørsmål og komme med egne bidrag om hvordan de mestrer sin DM2. Det ble forsøkt å få med brukerrepresentanter i planleggingsarbeidet, uten at dette lyktes. Kursets innhold ble fastsatt ut i fra hva slags kunnskap og erfaringer prosjektgruppen betraktet som grunnleggende for at den enkelte pasient kunne mestre sin DM2. I mestringsbegrepet vektlegges evne til selv å ta ansvar for livsendring, behandling og forebygging for å hindre utvikling av senkomplikasjoner ved allerede utviklet DM2. Videre, at brukere og pårørende får kunnskap og innsikt om forebyggende strategier for å hindre utvikling av DM2 som sykdom. Det ble besluttet at fokus for undervisning og veiledning skulle rettes mot symptomer og sykdomsmanifestasjon, forebygging, kosthold, hygiene, medikasjon, døgnrytme, og fysisk aktivitet. Det var særlig to ansvarsperspektiv vi ønsket å synliggjøre:

- **Pasientperspektivet** (ivaretagelse av egenomsorg) innebærer at pasienten tilegner seg kunnskap og veiledning som kan bidra til endring av livsform, slik at den enkelte selv kan ta ansvar for forebygging og mestring av DM2. Samtidig skal prosjektets varighet over 4 uker gi gruppedeltakerne tid til å ta opp i seg kunnskaps- og handlingsmønster som det å leve med diabetes krever.
- **Pårørendeperspektivet** (koordinere egenomsorg og andreomsorg) innebærer å forstå diabetes som en kronisk sykdom som ofte berører hele familier i den forstand at kost- og livsstilsendringer betyr tilpasning i et fellesskap. Det er en styrke at pårørende har innsikt og kunnskap om DM2 som sykdom, samt se sitt ansvar for å legge til rette for, og støtte opp om et kosthold og fysisk aktivitet som forebygger forverring eller senkomplikasjoner hos pasienten.

2.2. Utvikling av helsepersonells flerkulturelle kompetanse

Norsk helsevesen bygger på prinsippet om at alle skal ha samme tilgang til helsetjenester uansett etnisitet, religion, sosioøkonomisk posisjon og geografisk bosted. Brukerperspektiv og brukermedvirkning står sentralt i myndighetenes målbæring av likeverdige helsetjenester til befolkningen. Stortingsmelding nr. 49 vektlegger i særlig grad aktøransvar hos offentlige ansatte i etnisk likestillingsarbeid ved å stille krav om styrking av flerkulturell kompetanse. Dette omfatter også helsepersonell, slik at de kan møte og håndtere flerkulturelle brukergruppers behov for forebygging av, og tilrettelagt behandling ved sykdom (St. melding nr. 49, 2003 – 2004).

2.3. Opprette ambulerende team fra fagmiljøet på Ahus

Prosjektgruppen ser betydning av at prosjektet videreføres, og det er søkt midler om dette. Ved evt. nye kursopplegg kan et etablert og erfarent ambulant team videreføre dette arbeidet. Siden prosjektets innhold retter seg mot helsefremmende arbeid, er det viktig at et etablert fagmiljø kan reflektere og dokumentere empiriske erfaringer knyttet til prosjektet. Dette kan danne grunnlag for skriftlig og muntlig formidling av denne type arbeid, og være nyttig for samarbeid og erfaringsutveksling med andre helseforetak. Videre kan teamet bli en ressurs med tanke på erfarings- og kompetanseutveksling, undervisning og opplæring til helsepersonell i bydelen og

ressurspersoner i minoritetsmiljøer.

3. Planlegging av opplæringstilbudet

3.1. Metodisk tilnærming

Likeverdige helsetjenester til minoriteter og deres pårørende handler om å sikre at minoriteter er kjent med, og forstår strukturelle rammer og organisering av helsetjenestetilbud i Norge. En forutsetning for å oppnå helsegevinst er at minoritetspasienter tar del i de helse- og behandlingstilbud som finnes, og at de gjennomfører og nyttiggjør seg tilbudet. For å bidra til myndiggjøring av brukergrupper, slik dette er et uttalt mål for LMS, må en forvente at helsepersonell har innsikt i og evne til å kommunisere helse- og sykdomsuttrykk innenfor aktuelle medisinske systemer som både profesjonsgruppen og brukergruppen representerer. Ulike kulturelle uttrykk for helse, sykdom og behandling krever evne til å pendle mellom ulike kulturelle forståelsesformer for helse og sykdomsattferd (Eriksen og Sørheim 2007, Ingstad 2007, Kumar og Viken 2010). Dette innebærer ferdigheter til å anvende metodisk relativisme og helsefremmende arbeid som metodisk tilnærming.

Med *metodisk relativisme* menes at helsepersonell forsøker å forstå pasientens utsagn og handlinger ut i fra deres verdier, livsstrategier og totale livssituasjon. Dette betyr ikke at helsepersonell overtar, eller aksepterer pasientens forståelse. I samhandling betyr dette at helsepersonell viser evne og vilje til å se forbi egne verdier for å forstå pasientens ståsted (Thorbjørnsrud 2008). *Helsefremmende arbeid* som metodisk tilnærming vektlegger deltagernes ressurser og behov, og at undervisningen og læringsprosessen foregår gjennom dialog der deltagernes ståsted legger premisser for prosjektets innhold og fremdrift (Mehland 2005).

På prosjektmøtene ble det diskutert og besluttet hvordan man best kunne finne gode oversettelsesgrep for å formidle etablerte norske helseforebyggende modeller inn mot ulike helse- og livspraksiser hos minoritetsgrupper. Prosjektgruppen hadde en åpen dialog, det ble trukket veksler på alles erfaringer, og alle deltok med empiriske eller teoretiske innspill. De som skulle ha ansvar for undervisninger fant frem til enkle symboluttrykk for å formidle kunnskap om DM2, kosthold og fysisk aktivitet uten at dette reduserte innhold og kvalitet på undervisningen.

3.2. Styrking av flerkulturell profesjonsutøvelse i prosjektgruppen

Profesjoners selvforståelse utvikles gjennom faglige dannelsesprosesser, slik disse fester seg som kunnskaps- og handlingsmessige disposisjoner hos den enkelte utøver. Norge kan sies å ha homogene utdanningsmiljøer for helsepersonell i den forstand at statlige institusjoner kvalifiserer og gir autorisasjon til de som skal arbeide i helsevesenet. En konsekvens av dette er at profesjonsmiljøer og institusjoner utøver en profesjonspraksis tuftet på norske forhold og vestlige helseverdier. Majoritetsbefolkningen og helsevesenet er kjent med hvordan disse verdiene kommuniseres (Molander og Terum 2008, Eide m.fl, 2009).

Nyere norsk innvandring har vokst frem siden 60 tallet, og Norge har gjennom de siste 50 år hatt pasientgrupper med minoritetsbakgrunn. Minoritetspasienter beskrives ofte som problematiske å møte og å håndtere for helsepersonellet. Dette kan forklares ved at profesjonsutdanninger og helseinstitusjoner ikke vektlegger flerkulturell fagkompetanse i tilstrekkelig grad, slik at fagmiljøer mangler handlingskompetanse i møte med minoritetsgrupper (Daae-Qvale, Qureshi i Eide m.fl. 2009). Et sentralt tema i prosjektgruppen var hvordan og hvorfor profesjonsutøvere utfordres i møte med annerledes brukergrupper.

Evne til kritisk å kunne reflektere egen og andres virkelighetsforståelse er en betingelse for å etablere gjensidig flerkulturell kommunikasjon. I rollen som profesjonsutøvere kan dette for eksempel innebære at profesjonsmiljøer tilegner seg kunnskap og innsikt om ulike måter å

organisere myndighetsroller som helsepersonell på. Pasienter med pakistansk og tamilsk bakgrunn kommer i stor grad fra samfunn med kollektiv organisering. I praksis medfører dette at autoriteter på familie- og samfunnsnivå tillegges stor innflytelse. I en kollektiv samfunnsorganisering har ofte leger og sykepleiere myndighet til å gi direktiver for hvordan pasienter og pårørende skal håndtere sykdom (autoritet i kraft av ekspertise). Denne samspillmodellen innebærer forventninger fra pasienter og pårørende om at helsepersonell ”vet pasientens beste”, og at de kommuniserer dette tydelig. En slik praksis spiller en motsats til den autonomorienterte helsemodell som praktiseres i Norge. I denne modellen vektlegges dialogen mellom lege og pasient. Behandling foreskrives gjennom en type konsensus der pasienten motiveres til å ivareta helse gjennom egenomsorgsansvar (Eriksen og Sørheim 2006, Ingstad 2007, Thorbjørnsrud 2008). Prosjektgruppen hadde ikke som mål å etablere nye modeller for pasientkommunikasjon. Ved å gjøre ulike samhandlingspraksiser eksplisitt, ble våre forventninger og ståsteder bevisstgjort. Helsefremmende arbeid og metodisk relativisme ble en fruktbar innfallsvinkel for å kvalitetssikre kursets faglige innhold og veiledningsfunksjon. Både brukergruppens kulturelle bakgrunn og den samarbeidsmodellen som profesjonsutøvere er kjent med i norsk helsevesen ble problematisert gjennom denne metodiske tilnærmingen.

3.3. Faglige fordypningstiltak

Den faglige fordypningen hadde fokus på særlig tre aspekter: Kosthold og mosjon med perspektiv på kulturell symbolforståelse, kulturelle uttrykk for kommunikasjon av kronisk sykdom og forebyggende arbeid, samt profesjoners møte og håndtering av annerledeshet.

- Tradisjoner og kunnskap knyttet til kost som helsefremmende/ikke-helsefremmende praksiser ble forelest som eget tema. Vitenskapelig dokumentasjon, kulturelle og/eller religiøse normer gir i de fleste samfunn påbud om hvordan mat får symbolsk betydning som rent eller urent (Douglas 1997, Eriksen og Sørheim 2006, Aakervik 2010, 2000). Forelesere var høgskolelektor Gunhild Aakervik, og Anam Shakil student i ernæringsfysiologi HiAk, og Videreutdanning i flerkulturelt helsearbeid. Begge hadde innsikt og kunnskap om kulturelle perspektiv på kosthold og migrasjon.
- Fysisk aktivitet som helsefremmende virksomhet ble også diskutert. Hvordan fysisk aktivitet forstås og praktiseres i ulike kulturelle kontekster var et sentralt tema i planlegging av undervisningen. Det offentlige rom som arena for treningsaktiviteter knyttet til kjønnsroller ble problematisert. Innsikt og forståelse for sammenheng mellom mosjon og DM2 ble vektlagt som viktig kunnskap for å motivere til fysisk aktivitet. Den enkeltes vilje og evne til å ta ansvar for trening var et sentralt fokus. Trening gjennom eksempelvis dagliglivets aktiviteter har vist gode resultater i forebygging av DM2 og hindre evt. utvikling av senskader. (Kumar og Viken 2010).
- Hvordan pasienter tenker og kommuniserer helse, sykdom og forebygging til fastlegen ble utdypet av Ahn Thi Tran. Hun arbeider som fastlege og forsker, og holder på med sin doktorgrad knyttet til minoritetspasienter med DM2. Hennes innspill til gruppen var nyttige og lærerike for å reflektere forventninger som skapes gjennom konsultasjoner. Hun formidlet gjennom bruk av egen empiri hvordan ansvar og roller kan forstås hos lege og pasient i behandlende og forebyggende arbeid (Ingstad 2007, Kumar og Viken 2010, Tran et al. 2010).
- I mange samfunn er det lite eller ingen åpenhet om kroniske lidelser. Disse kan være tabubelagt av flere årsaker. Lidelser av kronisk karakter kan skape sosiale stigma med bakgrunn i at lidelsen kan forstås som skjebne, straff, prøvelse eller belønning fra Gud, forfedre, eller personer med magisk kraft. Lidelser kan også symbolisere tegn på svakhet, eller dårlige genetiske disposisjoner, noe som kan få konsekvenser for ekteskapsplanlegging i kraft av forsørgeransvar og hustruroller samt reproduksjon av livskraftige generasjoner. Sykdom gis i denne forstand et meningsinnhold som kan knyttes til skjebne, atferd og relasjoner. Eksklusjon av den syke, og evt. den sykes familie kan være en strategi fra

fellesskapet for å håndtere og kontrollere stigmatiserte lidelser. Sykdomsutbrudd kan gi skyldfølelse dersom personen/gruppen eksempelvis ikke har hatt så god livsførsel som religion eller livsfilosofi gir påbud om. En konsekvens av dette kan være at sykdom og lidelse relateres til skam og tap av ære. Kroniske lidelser har som oftest et livsvarig perspektiv, og med bakgrunn i de årsaksforklaringer som er beskrevet ovenfor, kan det å være kronisk syk gjøres til et kulturelt tabu. Tabuet begrunnes med at mennesket ikke kjenner Guds eller andre styrende krefters beslutninger for menneskers livsløp. Kun Gud – eller den/de/det som har allmektig kraft kan samtidig forutse varighet av sykdom. I forlengelsen av dette kan et forebyggende perspektiv bli irrelevant da tanken om kroniske tilstander og forebyggende virksomhet ikke har en vitenskapelig rasjonalitet i det kulturelle sykdomsuttrykket. Taushet og tabuisering er en måte å unngå at andre får kjennskap til lidelsen slik gir den kan gi tap av sosial status (Ingstad 2007, Douglas 1997). Noen av gruppedeltagerne fortalte at DM2 er en sykdom som det hefter tabuer ved i kraft av at det er en kronisk lidelse som ikke lar seg forklare dersom det i enkelte miljøer er lite eller manglende kunnskaper om årsak til DM2.

- Flerkulturell fagutvikling som kompetanse til å kvalitetssikre møtet mellom profesjonsutøvere og minoriteter ble problematisert gjennom innspill fra Inger Daae-Qvale. Det ble særlig fokusert på det norske profesjonsperspektivet knyttet til håndtering av “annerledeshet” (møte med minoritetspasienter og pårørende) i helsesektoren. Det norske velferdssamfunnet er bærer av egalitære verdier, med likhet som en spesiell kode i organisering av sosiale og kulturelle prosesser. Ved manglende kjennskap til minoritetgruppers kulturelle bakgrunn og variasjon, kan en forestilt likhet bidra til at forskjeller blir underkommunisert. Dette kan oppstå dersom helsepersonell ser kulturelle variasjoner gjennom etnosentriske “norske øyne”, og ved det ikke fanger opp den enkeltes kulturelle uttrykk knyttet til sykdom og behandling. Etnosentrisme innebærer å verdilade andres kulturelle praksiser ut i fra egne verdier, og kan i ytterste forstand føre til en underkjenning av andres verdier gjennom forståelse av normalitet og avvik. Manglende evne til “å lese pasientens uttrykk” kan i verste fall få konsekvenser for kvalitetssikring av pasientens behandling (Gullestad 2002, Eriksen og Sørheim 2006, Eide m.fl. 2009)

4. Gjennomføring av opplæringstilbudet

4.1. Organisering av kurstilbudet

Det er første gang at Ahus etablerer et ambulerende læringstilbud til brukergrupper med DM2, og med undervisningsansvar plassert hos diabetessykepleier og klinisk ernæringsfysiolog. Ahus ser det som viktig at det er autorisert helsepersonell som gir råd og veiledning til minoritetspasienter. De aktuelle bydelene mangler per i dag autorisert klinisk ernæringsfysiolog og diabetessykepleier. Et sentralt anliggende var å utveksle erfaring og kompetanse med helsepersonell i primærhelsetjenesten og ressurspersoner i tilknytning til målgruppen i lokalmiljøet. Representantene for LMS og HiO bidro med veiledningskompetanse i gjennomføring av gruppeundervisningen. Folkehelsekoordinatorerne var gruppeledere, og hadde ansvar for undervisning om fysisk aktivitet. De ga informasjon om bydelens tilbud om slike aktiviteter. Det er viktig å presisere at brukergruppene primært er tilknyttet helsetjenesten i sine respektive bydeler. Frisklivssentralene som er under oppbygging er sentrale aktører i å formidle ulike helsefremmende og forebyggende tilbud som skal være tilgjengelige for minoritetspasienter.

Rekruttering skjedde gjennom fastleger, gjennom ulike oppslag og informasjonsbrosjyrer på sentrale møtesteder for deltagerne i bydelene (Eks. Tamilsk ressurscenter, helsestasjon, oppslag på skoler, åpen barnehage, fastleger og eldresenter, m.m). Rekrutteringen ble utført gjennom et godt og tidkrevende arbeid fra folkehelsekoordinatorerne i bydelene. Det viste seg å være av stor betydning at deltagerne ble ringt til av en urdu- og tamilsktalende person som jobbet i bydelene, og som

avklarte kursinnhold og påminnet om invitasjon til deltagelse i prosjektet. Dette synliggjorde betydningen av å gjøre bruk av eksisterende ressurser i bydelen. Gruppedeltagere som var arbeidstakere ble sykmeldt av sin fastlege i kurstiden, slik de har krav på.

Gruppestart fant sted i bydel Stovner for urdualende deltagere 26. januar, og bydel Grorud for tamilsktalende deltagere 9. mars (Jfr. vedlegg 1). Bydelene hadde selv vært ansvarlig for å finne egnede lokaler. Kursene ble gjennomført på dagtid (3 timer x 4). Menn og kvinner deltok i samme gruppe, med gruppestørrelser på 21 og 23 personer og med litt variasjon fra gang til gang. (Jfr. vedlegg 2). På andre og fjerde kursdag ble det satt av 1 time til fokussamtale mellom deltagerne og de kursansvarlige. Fokussamtalene skulle tjene som et justeringsgrunnlag så vel som evaluering fra gruppen. Deltagelse i fokussamtalen var frivillig, men ingen av deltagerne trakk seg fra disse samtalene.

Det ble lagt opp til aktiv deltagelse i gruppene gjennom dialog og erfaringsutveksling. Kursholderne vektla deltagerens eget ansvar for å overføre kunnskapen til mestring av DM2 i hverdagen. Gruppen fikk "hjemmelektse" av alle forelesere, knyttet både til kontroll og håndtering av diabetes som sykdom, samt kosthold og trening. Dette var motiverende og engasjerende, og ble tatt godt i mot av gruppen. I tillegg til en egenomsorgsbonus kan en slik aktiv tilnærming bidra til blant annet etablering av likemannsgrupper i bydelene i samarbeid med lokallaget i Diabetesforbundet. Foreleserne hadde gode og instruktive presentasjoner, de var engasjert i deltagerne og trakk dem med i undervisningen ved å gjøre bruk av deres ressurser. Gruppens innspill ble ivarettatt med oppmerksomme og støttende tilbakemeldinger. Dette skapte en trygg og god stemning, og inspirerte gruppedeltagerne til å være aktive.

Tolkene var fastleger i bydel Stovner. De bidro samtidig til å knytte tilbudet til det øvrige tjenesteapparatet i bydelene. Tolkene var dyktige til å oversette og besvare spørsmål, og det var godt samspill mellom tolk, deltagere og forelesere.

Representant fra Diabetesforbundet informerte om forbundets målsetting og arbeid ut mot grupper med diabetes.

4.2. Deltagere

Gruppe 1

| Kjønn | Antall år med diabetes type II | Tabletter Insulin | Hva har du lyst til å lære |
|--------------------------|---|----------------------|--|
| Kvinne, følger ektefelle | 10 år | Tabletter | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Mann, følger ektefelle | 15 år | Insulin | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Kvinne | 20 år | Insulin | Bli frisk. Lære hva jeg kan gjøre |
| Kvinne | Er med på vegne av sin mann som har diabetes. mannen ikke med på kurset | Ukjent | Min mann passer ikke på noen ting i forhold til sin diabetes. Jeg vil lære alt for å kunne hjelpe mannen min til å bli frisk |
| Kvinne | 5 år | Tabletter | Lære om alt |
| Kvinne | Følger annen kvinnelig deltager | Ukjent | |

| | | | |
|--------|---|-------------------------------|--|
| Kvinne | 12 år | Tabletter | Trener aktivt. Vil lære mer for å få kontroll på blod-sukkeret. Har mye vondt i bena |
| Kvinne | 2 år | Tabletter | Vil lære hvor farlig det er å ha diabetes |
| Kvinne | 3 år | Tabletter, dårlig kontrollert | Vil vite om det er kost eller trim som hjelper |
| Kvinne | Deltar på vegne av sin mann som har diabetes. Mannen deltar ikke. | Ukjent | Lære om kosthold |
| Mann | 7 år | Tabletter + Insulin | Lære om alt som er viktig |
| Mann | Nyoppdaget | Ukjent | Lære om hvordan blodsukkeret kan bli bedre |
| Mann | | Ukjent | Lære om hvilke problemer som kan komme av diabetes. Sover dårlig, vondt i ledd og hvordan unngå all den gode maten hjemme. Er ikke motivert til å trene, ønsker å bli det gjennom kurset |
| Mann | 6 år? | Insulin | Lære om hvordan blodsukker kan bli mer stabilt. Sover dårlig. Vondt i kroppen, særlig knær og ben. Svingende blodsukker. |
| Kvinne | 7 år | Insulin i 2 år | Lære om kosthold |
| Kvinne | 6 år | Tabletter | Er trøtt. Vil lære om hvordan blodsukkeret bli kontrollert |
| Kvinne | 3 år | Tabletter | Vondt i hele kroppen. Vil lære om kosthold og fysisk aktivitet |
| Kvinne | 2 år | Tabletter | Lære om kosthold |
| Kvinne | 1 år | Ukjent | Vil lære om alt |
| Kvinne | | Ukjent | |
| Kvinne | | Tabletter | Kost |

Gruppe 2

| Mann/kvinne | Antall år med diabetes type -2 | Tabletter Insulin | Hva har du lyst til å lære |
|-------------|--------------------------------|----------------------|---|
| Mann | 8 år | Tabletter | Generelt mer info |
| Kvinne | 4 år | Tabletter | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Kvinne | 2 år | Tabletter | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Kvinne | Flere år | Tabletter | Kun generell info |
| Kvinne | 4 år | Tabletter | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Kvinne | 18 år | Ukjent | God informasjon om hvordan kontrollere diabetes |
| Kvinne | 10 mnd | Tabletter | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Kvinne | 3-4 mnd | Ukjent | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Mann | 1 år | | Kontroll over kosthold og fysisk aktivitet. Ønsker svømmetilbud |

| | | | |
|--------|-------------------------------|-----------|--|
| Mann | 12 år | Tabletter | |
| Mann | 1 år | Tabletter | Takker Stovner for kurset |
| Kvinne | 15 år | Insulin | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Kvinne | 12 år | Tabletter | Høyt BT i 20 år, ønsker lære mer om hvordan kontrollere blodsukker |
| Kvinne | 3 år | Tabletter | Ønsker å bli mer kontrollert i med hensyn til kosthold |
| Kvinne | I fare for å utvikle diabetes | Ukjent | Høyt blodtrykk, |
| Kvinne | 1 år | Ukjent | Kosthold og fysisk aktivitet for å unngå tablettbruk |
| Kvinne | 6 år | Tabletter | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Kvinne | 1 år | Tabletter | Kosthold og fysisk aktivitet |
| Mann | 1 år | Tabletter | Ønsker svømmetilbud |
| Kvinne | 4 år | Tabletter | Hva skal jeg passe på, kunnskap om kosthold |
| Kvinne | 1 år | Ukjent | |
| Mann | | Tabletter | Spesielt trening- fysisk aktivitet |
| Mann | ? | ? | Kost + svømmetilbud |

5. Prosjektets effekt og erfaringer

5.1. Helsefremmende arbeid og mestringsteknikker.

Utvikling av personlige ferdigheter innebærer å støtte personlig og sosial utvikling gjennom informasjon, helseopplysning og kunnskap om helsefremmende mestringsteknikker. Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i uttalte behov, og arbeidet må foregå “nedenfra og opp”. (Mehland 2005).

Ved å legge kursene til deltagerens nærmiljø lettet vi et avstands- og transportspørsmål for å delta på kurset. Deltakerne fikk på grunn av kort vei til kurset anledning til å opprettholde sosiale forpliktelser, slik som å følge barn til skole og barnehage. Av erfaring vet en at dette ansvaret prioriteres foran andre aktiviteter, og gjelder særlig kvinner. I enkelte miljøer er det uvant eller lite ønsket at kvinnene skal ferdes alene i det offentlige rom. Kort avstand til kurset betød for noen av kvinnene muligheter til å ferdes i et nærmiljø. Etablering av grupper i nærmiljøet ble ansett som en styrke med hensyn til deltagerens videre kontakt og brobygging i et lokalt fellesskap.

Felles grupper for kvinne og menn var ønskelig i forhold til åpenhet både innad i familier og utad i brukernes sosiale miljøer. Vi opplevde god erfaring med at menn og kvinner deltok sammen. Det bidro til å bryte ned myter om at minoriteter kun skal snakke om helse i et segregert miljø. Samtidig ga enkelte uttrykk for at de selv kommer til å anbefale kurs med både menn og kvinner, siden de opplevde dette positivt. Rollefordeling i hjemmet knyttet til kosthold og kvinnens tradisjonelle ansvar for dette ble diskutert, og mennene lærte at de også må ta ansvar for sitt kosthold. Det vi ikke vet er hvor mange potensielle deltakere som ikke meldte seg på til kurset av denne grunn. Bruk av felles grupper må ved senere kurs om andre temaer bli vurdert i forhold til tematikk. Dette bekrefter samtidig migrasjon som endringsprosesser, der enkeltindivider eller grupper foretar valg og tilpasning av livsformer til nye omgivelser (Engebjgtsen og Fuglerud 2009).

Læringsinteressen og aktiviteten var stor i begge gruppene, men den ble uttrykt forskjellig. Gruppene hadde noe ulik tilnærming til prosjektet – i den ene gruppen sporet vi større åpenhet, og mye humor som ble gjort eksplisitt. Den andre gruppen var mer stille og lyttende, men konsentrert og deltagende. Vi ser dette som ulike samhandlingsuttrykk innad i de kulturelle miljøene. Denne erfaringen viser samtidig til betydningen av ikke å tilskrive minoriteter gjennom en felles kategori

(Eriksen og Sørheim 2006, Eide m.fl. 2009). Deltagerne var aktive i gruppene, og stilte mange relevante spørsmål. De var særlig opptatt av å endre sine kostvaner til det bedre, samt å få hjelp til å komme i gang med fysisk aktivitet. Gruppedeltagerne hadde ulike utdanningsbakgrunn og språkbeherskelse. Dette ga gruppen variasjon i forhold til kunnskaps- og veiledningsbehov. For prosjektmedarbeiderne er dette viktige refleksjoner og erfaringer å bringe med i en flerkulturell helsepraksis.

Kursdeltagerne opplevde stor nytteverdi av måten kurset ble gjennomført på. De tilbakemeldte at de hadde oppnådd mye innsikt og læring gjennom kursets faglige innhold og pedagogiske tilnærming. Bruk av eget språk gjennom tolk og gjenkjennbare kulturelle symboler ble bekreftet som et viktig aspekt for læringen. Gruppen opplevde trygghet til å stille spørsmål og kommentarer. Det å treffe andre brukere i samme situasjon var positivt, det reduserte opplevelsen ”av å være den eneste” med å ha sykdoms-problemer. Deltagerne ga tydelig uttrykk for at de opplevde å bli sett og hørt slik prosjektet var tilrettelagt. Det hadde gitt opplevelse av å være betydningsfull, og at vi i prosjektgruppen var tilstede for å dekke deres behov. Tilrettelagt undervisning i gruppe fremmet dialog og opplevdes som veiledende for hva deltagerne selv kan bidra med for bedre å mestre DM2 i dagliglivet. Denne læringsgevinsten bekrefter betydningen av å kontekstualisere brukergruppers ståsted, og å tilpasse gruppens behov for læring. Gruppemedlemmene erfarte gjennom dette å bli identifisert i kraft av sin kulturelle bakgrunn, og de kunne selv identifisere seg i samspill med prosjektets faglige og pedagogiske innhold. (Mehland, 2005, Eriksen og Sørheim 2006, Thorbjørnsrud 2008, Eide m.fl. 2009). 4 av deltagerne fra gruppen for urdotalende brukere har i etterkant av kurset fått frisklivsresept og deltar nå i frisklivstreningene i bydelen.

Fastlege som tolk fungerte godt, med godt samspill mellom forelesere, gruppedeltagere og tolk. Prosjektleder snakket med legene før oppstart, der det ble klarert at legene ikke skulle gå inn i ”en fastlegerolle” og gi svar på personlige medisinske spørsmål. Gruppene stilte imidlertid medisinske spørsmål, men disse var av utdypende og oppklarende karakter. Slike innspill ble en ekstra kunnskapsressurs for alle, og legene forklarte prosjektgruppen hva slags type spørsmål som ble utdypet. Denne tolkemodellen ble en kombinasjon av ren oversettelse, samtidig som det ble innslag av kulturtolkning i den forstand at legen var kjent med de samme kulturelle uttrykk for helse, sykdom og behandling som gruppen. Gruppen erfarte dette som meningsbærende, og at det bidro til å ta inn kunnskapen gjennom egne oversettelseskanaler. Et fint eksempel på hvordan en kan kontekstualisere bruk av begreper, eller uttrykk gjennom slik kulturoversettelse var når klinisk ernæringsfysiolog advarte mot trøstespising mellom måltidene, da dette kan gi uønsket vektøkning. I Norge forstår vi trøstespising som en måte å kompensere ”det å være lei seg” gjennom matinntak. Det ble en smule forvirring ved bruk av begrepet trøstespising, inntil legen smilende kunne fortelle at på Sri Lanka eksisterer ikke trøstespising hverken som begrep eller symbolspektet handling slik vi forstår dette i Norge. Legens og gruppens svar tilsvar kom som følger: *I en Sri Lankesisk kulturforståelse er man ikke sulten når man er lei seg, og da spiser man heller ikke.*

Et ambulant team fra fagmiljøet på Ahus er etablert. Teamet kan veilede og bidra til erfarings- og kompetanseutveksling, undervisning og opplæring av helsepersonell i bydelene samt ressurspersoner i minoritetsmiljøer.

Prosjektets mål er nådd ved at deltagerne har gitt tilbakemelding på at de har hatt læringsutbytte av kurset. Deltagerantallet ble sikret gjennom god rekrutering og lokal tilrettelegging. Vi mener at en av suksessfaktorene kan begrunnes i vektleggingen av å styrke prosjektgruppens flerkulturelle kompetanse før vi gjennomførte kurset. Denne kompetansen ble en kvalitetssikring av det informasjons- og læringstilbudet som ble gitt til deltagerne. Videre var det et tett og nært samarbeid i prosjektgruppen. Forberedelsene har vært preget av entusiasme og fellesskap, og har vært inspirerende for alle. Alle i prosjektgruppen har gjennomgående fulgt hele kursopplegget. Dette har gitt nyttig erfaring og innblikk i prosessen, og er viktig for evaluering og videreutvikling av evt. senere kurs. I ettertid ser vi disse gevinstene som verdifulle, da de i sum bekreftet betydningen av kursets helhetlige opplegg.

5.2. Videre håndtering av faglige og praktiske spørsmål

Håndtering av tabubelagte emner. Helse forstås i de fleste samfunn som en tilstand man oppnår gjennom positiv og helsefremmende livsførsel. Livstilspåbud gis som oftest gjennom religion, filosofi eller i kraft av medisinsk forskning (Ingstad 2007, Kumar og Viken 2010). Dette innebærer at det finnes matvarer, rusmidler og livsformer som betegnes som helsenedbrytende ofte med en symbolsk forståelse av rent eller urent. (Douglas 1997).

Alkohol som eksempel på tabu. I begge gruppene ble det reist spørsmål om alkoholinntak og DM2. Det at deltakerne stiller disse spørsmålene er en erkjennelse av at det å nyte alkohol eksisterer, uten at dette nødvendigvis er forbundet med avhengighet. Mange erkjenner at de lever mer sekularisert i Norge, enn hva de praktiserte i sitt opprinnelsesland. Prosjektgruppen antar at det kostet en del mot å løfte frem alkohol som tema. Det kan berøre forbud og tabuer i gruppene som representerte muslimsk og hinduistisk bakgrunn. Vi ser det som positivt at gruppemedlemmer våger å løfte frem slike tema, det kan tolkes som et tegn på at de opplever trygghet innad i gruppen og i forhold til forelesere/veiledere og tolker. Og ikke minst at spørsmålene har relevans for egen eller andres livssituasjon.

Seksualitet og samliv er et annet tema som det kan hefte tabuforestillinger til. Temaet er relevant i forhold til diabetes og seksuell aktivitet. Sykdomsutvikling, senkomplikasjoner, medisiner og emosjonelle reaksjoner på sykdom kan skape angst for, eller gi reell opplevelse av impotens. Mange kan også oppleve nedsatt evne eller fravær av seksuell lyst. Dette kan representere et tabubelagt problem i for eksempel ektefellers samliv. Hvordan temaet bør diskuteres i grupper av hensyn til sensitivitet og respekt for kulturelle tradisjoner knyttet til kjønnethet og seksualitet som tema i det offentlige rom, er en utfordring prosjektgruppen bør ta tak i ved evt. videreføring av prosjektet.

Prosjektgruppen har diskutert hvordan vi bør nærme oss denne type spørsmål ved senere kurs. Tabubelagte spørsmål kan forstås som verdiytringer slik disse kan bli rangert moralsk i en kulturell – eller medisinsk kontekst. Vi er tydelige på at forelesere, veiledere og tolker skal være nøytrale i den forstand at sensitive innspill ikke verdilades. Spørsmål skal besvares faglig gjennom medisinske og helseveiledene termer. Dersom det gjøres bruk av moralske vurderinger ved for eksempel å avvise spørsmål som irrelevante, kan dette oppfattes som moralsk kontroll eller underkjenning av den som stiller spørsmål. I verste fall kan en slik avvisning stenge for viktige innspill i som berører helse og livskvalitet. Ved senere kurs ser prosjektgruppen et behov for å invitere deltagerne til å løfte frem temaer som kan være knyttet til tabuer og livsførsel. Det reiser samtidig prinsipielle spørsmål om hvordan vi kan standardisere praksiser for profesjonelt å håndtere tabubelagte temaer som har betydning for brukergruppers helse.

Finansiering av tolker må også opp til diskusjon ved evt. videreføring av kurset. Slik den økonomiske kompensasjonen ble praktisert ved gjennomføring av tolkeoppdraget opplevde legene at det innebar økonomisk tap. Nyten av å bruke legene som tolk var svært positiv, og det er å håpe at økonomi ikke skal bli en terskel for å kunne oppretthold et slikt tilbud.

6. Fokussamtaler

Det ble avsatt tid til to fokussamtaler etter undervisningen, begge av en times varighet. Målet med fokussamtalene var å evaluere kursets læringsutbytte, og å åpne for videre refleksjoner og spørsmål knyttet til innhold og gjennomføring av kurset. Forelesere, veiledere og tolk var til stede under fokussamtalene. Vi minnet deltagerne om en gjensidig taushetsplikt, slik at temaene som ble tatt opp i samtalen ikke skulle snakkes om utenfor gruppen. I samfunn med tette bånd mellom stat og individ er konfidensialitet en viktig verdi, slik vi kjenner fra en autonomiorientert velferdsstat. Gruppemedlemmene kommer fra samfunn der lojaliteten ligger hos familie og slekt og ikke i hos staten. Dette innebærer at den form for taushetsplikt vi kjenner i norsk offentlighet ikke er erfart i

eget opprinnelsesland. I små gjennomsiktede miljøer, slik mange migrantmiljøer er, er det viktig å problematisere gruppedeltakernes ansvar knyttet til konfidensialitet. Dette for å unngå åpent snakk og utlevering av gruppens kommunikasjon og problemstillinger. Begge gruppene tilhører en kulturell tradisjon der ryktespredning kan være en måte å holde sosiale kontroll på. Informasjon på avveie kan derfor skade enkeltpersoner eller grupper i miljøet ved at de påføres tap av ansikt gjennom påført skam eller tapt ære (Eriksen og Sørheim 2006). Fokussamtalene ble strukturert gjennom åpne spørsmål. Spørsmålene ble ikke stilt kronologisk, da gruppens tilbakemeldinger skjedde ved at de reflekterte erfaringen gjennom konkrete innspill fra veiledere, og ut over det lot vi gruppen assosiere fritt. Følgende punkter ble løftet frem som den viktigste læringen og erfaringen:

Bevisstgjøring av å ta ansvar for egen helse ble fremhevet av deltagerne. Mange hadde kunnskap om diabetes fra før, men opplevde at kurset hadde gitt mer innsikt og kunnskap. Temaene slik de ble presentert ga et større og mer helhetlig bilde av hva det vil si å ha DM2. Noen deltakere hadde barn og svigerbarn som var helsepersonell, og som hadde forsøkt å gi foreldrene råd om livsstil og forebygging. Men, som de selv understreket – *først på kurset skjønnte jeg alvoret i å ta kontroll over min egen helse som diabetespasient*. Mange hadde i løpet av kurset merket bedring av helse, og følt seg mer opplagte etter at de gradvis fikk mer kunnskap om en sunnere livsstil. Kostendring og økende mosjon gjorde at de opplevde at kroppen “ble bedre”, slik en av deltagerne uttrykte denne endringen. Noen erkjente også at dersom dette kurset var gitt tidligere, så kunne de muligens unngått å utvikle DM2. De som hadde senskader mente at disse nok kunne vært redusert gjennom annet kosthold og livsførsel. Deltagerne opplevde at kurset var forpliktende, både gjennom det formelle programmet, men også ved at de var samlet som en gruppe med en felles sykehistorie. Det å ha med pårørende opplevdes som en ressurs.

Det å leve med diabetes som et familieanliggende ble fremhevet av mange. Det er viktig at alle i familien forstår betydningen av riktig kosthold og mosjon og det å ta medisinen riktig. Derfor ønsket gruppen at pårørendes deltagelse kunne styrkes som et tilbud. Noen fremhevet også at den kunnskapen de hadde lært om kost – kalori – og sukkerinnhold med fordel kunne vært lærdom i skolen også. Særlig kvinnene var opptatt av at mange barn burde ha sunnere kostvaner ved å få kunnskap om hva de spiser og drikker. Siden diabetes er en arvelig sykdom ble samarbeidet mellom foreldre og barn om kosthold og livsstil løftet frem som en viktig faktor til å forebygge utvikling av DM2 hos barna.

Andre igjen ga uttrykk for at det var vanskelig å leve med DM2. De opplevde at det var mye å tenke på og å passe på med hensyn til kontroll over kosthold og medisiner. Denne gruppen hadde lite kunnskap, og opplevde det som en viktig resurs å lære om DM2. Noen var bekymret for sykdomsforverring og for å få sår som ikke ville gro, med påfølgende risiko for amputasjon. I kjølvannet av dette kom det frem at mange savnet bedre informasjon, kontroll og oppfølging hos fastlegen. Dette gjaldt særlig synsoppfølging, og kontroll av sirkulasjon i føttene. Svært få opplevde at fastlegen undersøkte føttene når de var til kontroll. Bevisstgjøring av dette kom som følge av at diabetessykepleier hadde en grundig vektlegging av hvorfor dette var viktig i sin undervisning om forebygging av senskader. Deltagerne ble oppmuntret til å be fastlegen om bedre oppfølging.

Sammenheng mellom kosthold, mosjon og blodsukkerverdier ble fremhevet som viktig læring. Gruppen presiserte betydningen av å få mer kunnskap om hvordan insulin skulle oppbevares og brukes med hensyn til å ha kontroll på blodsukkeret. Klimavariasjoner påvirker insulinet, og siden mange reiser til opprinnelseslandet i perioder, var temperaturforskjeller knyttet til oppbevaring av insulin viktig kunnskap. Deltagerne opplevde at de hadde lært grunnleggende ting for å forstå hvordan innhold og sammensetning i mat og drikke påvirker forbrenningen i kroppen. Klinisk ernæringsfysiolog hadde gode og instruktive forelesninger om innhold, tilsetning og nedbrytning av essensielle matvarer i DM2-gruppers anbefalte kosthold. Videre presenterte hun matvarer og drikke som hadde ugunstig effekt på insulinopptak og nedbrytning. Gruppen opplevde denne kunnskapen som trygghetsskapende fordi dette ga god innsikt i norske matvarer, og anbefalte matvarer i særdeleshet. Det ga større sikkerhet med hensyn til å ta ansvar for sin diabetes, og å forbygge senskader. Gruppen påpekte at de også hadde forstått at det å faste når man har DM2 ikke er

gunstig. De opplevde det som bra at både religion og medisinske indikasjoner legitimerer fritak fra faste når du har DM2. Ikke alle muslimer eller hinduer er kjent med at religionen faktisk fritar for faste ved kroniske lidelser, noe som kan føre til press innad i miljøet.

Lege som tolk ble fremhevet som en god læringsgevinst, da undervisningen og spørsmålsstilling kunne skje på eget språk. Deltagerne opplevde det som betryggende at legen hadde utdypet medisinske spørsmål. Dette ble oppklarende tilleggskunnskap, særlig i forhold til å forstå senkomplikasjoner, og den enkeltes ansvar for å forebygge dette.

Gjennomføring av kurset ble beskrevet som meget vellykket av deltagerne. Det at kurset ble holdt lokalt førte til stor og kontinuerlig oppslutning. Deltagerne bekreftet betydningen av at alle i prosjektgruppen var til stede under kurset. Det ga oversikt og kontinuitet. Videre fortalte de at prosjektgruppens tilstedeværelse ble opplevd som at vi hadde stor interesse for dem som deltagere. Dette ble en inspirasjon, og markerte betydningen av det videre forebyggende arbeidet den enkelte selv skulle ta ansvar.

Deltagerne ønsket flere lignende kurs der de kunne lære om for eksempel høyt blodtrykk og hjerte-kar sykdommer. Mange av deltageren har også helsemessige problemer relatert til dette. Brukerne erfarte at gruppeundervisning som læringsfellesskap var en fin måte å få innsikt og kunnskap om sykdommer som rammer mange i eget miljø. Noen fremmet også forslag om at teamet burde være undervisning i skolene, slik at barn og ungdom lærte betydningen av kosthold og fysisk aktivitet. Siden DM2 har genetiske disposisjoner relatert til arv og miljø, var særlig kvinnene opptatt av at deres barn også burde ha innsikt og kunnskap om forebygging av DM2. Det å være belastet med arvelige disposisjoner, stiller ekstra krav til bevisstgjøring av livsform. På den måten kan forebygging og behandling av DM2 forstås som et solidarisk prosjekt. Gruppen mente at en slik kunnskapsspredning kunne bli helsefremmende for eget sosialt miljø.

7. Veien videre – hvordan videreutvikle prosjekterfaringen?

Prosjektgruppen ønsker å videreføre tiltaket av flere grunner. To kurs er for lite erfaringsgrunnlag til å forankre tilbudet i bydelene. Kursene bør i en videreført form driftes fra bydelene, men med faglig støtte fra Ahus, ved diabetessykepleier og klinisk ernæringsfysiolog. Deltagerne har uttalt at dette er kunnskap de vil spre videre i sine miljø, - og håper det vil kunne bidra til helseopplysning og forebygging.

I 2011 ønsker vi fokus på følgende områder:

- Prosjektet har vært tidskrevende i planleggingsfasen. Dette har ført til dilemmaer om tidsbruk og prioritering av andre arbeidsoppgaver i avdelingen, særlig for kliniskernæringsfysiolog. En evt. videreføring av kurstilbudet må samtidig innebære en tydelig avklaring av arbeidsfordeling i de ulike fagmiljøene, slik at de ansatte ikke skvises mellom daglig ansvar og gjøremål som en motsetning til annet pålagt faglig utviklingsarbeid.
- Videre testing av metoden overfor nye urdu- og tamilsktalende grupper. Vi har behov for å gjennomføre samme tiltak med lavere tidsbruk. Samtidig ønsker prosjektgruppen å vurdere hvorvidt vi har grunnlag for å gi et lignende tilbud til en somalisktalende gruppe
- Prosjektgruppen ønsker å kontakte deltagerne på det gjennomførte kurset om ca. tre måneder, for å høre hvordan de mestrer ansvaret for egen diabeteskontroll, og mulige behov for videre oppfølging. Se på hvordan dette tiltaket kan forankres i driften. Her vil dette også innebære en noe mer systematisk kartlegging av ressursbehov.

- Det er ønskelig at det opprettes kontaktpersoner i gruppen underveis, slik at både gruppedeltagere og arbeidsgruppen har en sentral informant å videreformidle ønsker og behov gjennom.
- Det er ønske om å søke penger til å etablere en diabetestreningsgruppe – som et ledd i å stimulere til eget ansvar for egen helse.

Styrking av flerkulturell kompetanse hos Ahus ansatte. Tre Ahus-ansatte som er med i prosjektet gjennomfører i løpet av vår/høst 2011 videreutdanning som veiledere i flerkulturelt helsearbeid, 15 studiepoeng, ved HiO. I rollen som veileder ligger muligheten til å overføre kompetansen om flerkulturelle spørsmål til flere ansatte i klinikken.

Forankre videre samarbeid mellom Ahus og bydelene med hensyn til forebyggende og helsefremmende ansvar overfor diabetes pasienter. Bydelene har nå flere aktiviteter på gang som må sees i sammenheng med behovet for fokus på mestring av diabetes.

Utvikling av materiell. Siden prosjektet fikk mindre penger enn skissert i den opprinnelige søknaden har vi ikke prioritert dette. Vi ønsker nå å utvikle egnet materiell og prioritere dette.

8. Regnskap

Regnskapet for 2010 er ikke endelig. Prosjektet har satset på bruk av kompetanse og ressurspersoner som fortsatt vil arbeide på Ahus og bydelene etter at prosjektet er avsluttet. Det er et bevisst valg som sikrer kompetanseoppbygging i egne miljøer. Det bidrar også til langsiktig brobygging og godt samarbeidsrelasjoner på tvers av omsorgsnivåer. Innvilgede midler (kr 400 000,-) er fordelt mellom Ahus (medisinsk divisjon, LMS, Likeverd og mangfold), Høgskolen i Oslo, bydel Stovner og bydel Grorud. Det er satt av midler til brukerdeltakelse og medvirkning, innkjøp av tolketjenester. I tillegg brukte både Ahus og bydelene lønnsmidler og stilte med møtelokaler.

Litteratur:

- Aakervik, G., (2010). *Mat og måltider*. Pensumtjensten AS.
- Aakervik, G., (2000). *Innvandring helse og mat*. Almater forlag AS.
- Berg, B., Lauritsen, K. (2009). *Eksil og livsløp*. Universitetsforlaget.
- Douglas, M. (1997). *Rent og urent*. Pax Forlag.
- Eide, K., Qureshi, N., Rugkåsa, M., Vike, H., (red). (2009). *Over profesjonelle barrierer. Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge*. Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, T.H., Sørheim, T.A. (2006). *Kulturforskjeller i praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Engebretsen, A.I., Fuglerud, Ø., (2009). *Kultur og generasjon tilpasningsprosesser blant somaliere og tamiler i Norge*. Universitetsforlaget.
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne*. Universitetsforlaget.
- Ingstad, B. (2007): *Medisinsk antropologi. En innføring*. Fagbokforlaget.
- Kumar, B., Viken, B. (red) (2010): *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Fagbokforlaget.
- Molander, A., Terum, L.I. (red)(2008). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget.
- Mæhland, J.G. 2005. *Forebyggende helsearbeid: teori og praksis*. (2.utg.) Oslo, Universitetsforlaget.
- Thorbjørnsrud, B. (2008). Kritikk av relativismekritikken. I: *Samtiden*, 1 – 20008.
- Tran, A.T. et.al. (2010). Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patient's ethnic background : a cross-sectional study from Oslo, Norway. I: *BMC Health Services Research*. (10:45)
- Stortingsmelding (nr. 49, 2003 – 2004): *Mangfold gjennom inkludering*

Vedrørende PP-presentasjoner som er brukt i undervisningen, er ikke disse lagt ved rapporten, da disse tilhører foreleserne. Dersom noen ønsker å se på innholdet i disse, kan prosjektleder Reidun Rønningen kontaktes.

Vedlegg 1

Kurs for urdu- og tamilsktalende pasienter med type 2 diabetes

Akershus universitetssykehus i samarbeid med bydel Stovner og bydel Grorud tilbyr et 12 timers kurs for personer med diabetes type 2 som snakker urdu eller tamilsk.

Kursinformasjon

- Kurset er for personer med type 2 diabetes
- Tilbudet gjelder for både kvinner og menn
- Hver deltager kan ta med seg en pårørende hvis ønskelig
- Kurset går over 4 dager med en varighet på 3 timer per gang
- Maks 15 deltagere + en pårørende per deltaker
- Yrkesaktive har krav på sykemelding fra fastlegen (ref. rett til sykemelding i forbindelse med behandling).

På alle kurs deltar det:

- Tolk
- Lege
- Diabetessykepleier
- Klinisk ernæringsfysiolog
- Helse- og treningsterapeut

Tema for kurset

- Hva er diabetes?
- Kosthold
- Fysisk aktivitet

Kurs for urdualende på Stovner

Sted: Stovner helsestasjon, Kultursalen i 3. etg (Karl Fossumsvei 1)

Dato: 26/1, 2/2, 9/2 og 16/2

Kl: 10.00-13.00

Påmelding til: Amir Taquir Chaudhary, tlf: 900 72 686

Elisabeth Hasseldokk, tlf: 907 02 493

Kurs for tamilsktalende på Grorud

Sted: Familie- og læringscenteret/ Åpen barnehage, Ammerudhellinga 47

Dato: 9/3, 16/3, 23/3 og 30/3

Kl: 10.00-13.00

Påmelding til: Podimahatmaya Tharma, tlf: 486 05 684

Rani Rajmohan, tlf: 905 94 632

Easwary Srikantha, tlf: 915 73 782



VEDLEGG 2:

Forslag til program: med kommentarer og tidsskjema Bydel Stovner 26.januar – 16.februar og bydel Grorud 9.- 30. mars 2011

Dag 1

- Kl 10.00 **Velkommen**, presentasjon av oss og litt om opplegget, hvordan vi tenker oss at dette kurset skal være v/ Reidun, men alle presenterer seg selv og sier hvem de er og hvorfor de er med.
- Kl 1010 **Deltakerne presenterer seg**. Deltagerne presenterer seg med navn, hvor lenge de har hatt diabetes, hva slags behandling/medisiner de bruker. Hvorfor ville du være med på kurset? Hva ønsker du å lære på dette kurset? Hvordan var det for deg å få diabetes?
- Kl 10.30 **Hva er diabetes?** v Åshild
Blodsukker og insulin + behandling
- Kl 11.10 **Pause**
- Kl 11.20 **Kost** v Brit
- Kl 12.00 **Pause med mat** (salat)
- Kl 12.25 **Fysisk aktivitet** v Elisabeth/Nina
- Kl.12.55 **Avslutning** v Reidun

Dag 2

- Kl 10.00 **Velkommen**. Ta opp tråden fra sist v/ Reidun
- Kl 10.10 **Blodsukker** v Åshild. Hvordan måle, når måle. Symptomer/tiltak ved høyt og lavt
- Kl 11.00 **Pause**
- Kl 11.10 **Kost** v Brit
- Kl 12.00 **Pause med mat** (smøre brødsiver, tips til matpakker)
- Kl.12.25 **Fysisk aktivitet** v Elisabeth/Nina
- Kl.12.55 **Avslutning** v Reidun

Dag 3

- Kl 10.00 **Velkommen.** Ta opp tråden fra sist. v Reidun
- Kl 10.10 **Fysisk aktivitet** v Nina/ Elisabeth
- Kl 10.45 **Pause**
- Kl 10.55 **Kost v/Brit**
- Kl 11.40 **Pause** med mat
- Kl 12.10 **Senkomplikasjoner, kort om insulinbehandling** v Åshild
- Kl 12.55 **Avslutning** v Reidun

Dag 4

- Kl 10.00 **Velkommen.** Ta opp tråden fra sist v Reidun
- Kl 10.10 **Kost v/Brit**
- Kl 11.00 **Fysisk aktivitet** v Elisabeth/Nina
- Kl 11.30 **Pause med frukt og dip**
- Kl 11.40 **Hvordan ta var på føttene** v Åshild
- Kl.12.00 **Brukermedvirker i samtale** med Brit, Åshild, Nina og Elisabeth
- Kl.12.20 Info ved diabetesforbundet, diabetesforbundet lokallag Grorudalen, Eva Hage samtale / ”intervju” med Reidun
- Kl 12.30 **Avslutning** med mat og utdeling av kursbevis

VEDLEGG 3:

1. Fokussamtale ”Å leve med diabetes”, 2. kursdag

Teamatikk:

Denne samtalen skal bidra til evaluering av kurset “Å leve med diabetes”.

Vi minner om taushetsplikt, samtalen vi har her skal ikke deles med andre enn gruppen og veiledere.

1. Hva har dere lært på de to første kursdagene?
2. Hva slags kunnskap hadde dere om DM2 før dere startet på kurset?
3. Kan dere gi eksempler på hva som har vært viktig å lære?
4. Kan dere gi eksempler på om noe har vært vanskelig å forstå?
5. Har dere blitt kjent med nye mennesker i gruppen?
6. Hva slags kunnskap har dere om kroniske lidelser?
7. Kan dere evt. si noe om forskjellige måter å behandle DM2 som en kronisk lidelse i eget opprinnelsesland og i Norge?

2. Fokussamtale ”Å leve med diabetes”, 4. kursdag

Teamatikk:

1. Kan dere kort fortelle om hva slags læringsutbytte dere har hatt på hele kurset – både med hensyn til forelesninger, tolkebruk og gruppesamtaler.
2. Kan dere fortelle hva som har vært ekstra viktig å lære?
3. Kan dere evt. fortelle hva som har vært vanskelig å forstå?
4. Snakker dere med familie eller venner om kurset dere har deltatt på? Hva forteller dere i så fall?
5. Hva slags interesse viser familie eller venner for det dere lærer her?
6. Har dere tenkt å holde kontakten med hverandre etter avsluttet kurs? I så fall hvorfor, og hvordan skal dette organiseres?
7. Har det vært noe dere har savnet med kurset – noe som kunne vært annerledes?
8. Kroniske lidelser betyr at vi må leve med sykdom – hva tenker dere er den beste måten dere kan ta vare på dere selv etter dette kurset?