KONCEPT FOR UDDANNELSE

målrettet etniske minoriteter med type 2 diabetes

Fokus på værdier, kompetencer og værktøjer

Koncept for uddannelse målrettet etniske minoriteter med type 2 diabetes

REDAKTION: Nana Folmann Hempler, Nina Ingemann Christensen, Ditte Hjorth Laursen

ARBEJDSGRUPPE: Nana Folmann Hempler, Nina Ingemann Christensen, Ditte Hjorth Laursen, Johanne Kristine Baagøe, Indzi Hamidovski, Sidsel Harder Sørensen og Hana Husein Qqlah Al-Sobiehi

BIDRAG FRA: Patricia Enebær Irene DeCosta, Cecilia Grønnegaard Nielsen, Sabina Drejer, Sofia Valeur Baumgarten, Mette Rørth, Annemarie Varming og Charlotte Glümer

Særligt tak til alle borgere, pårørende og professionelle, der har været med til at udvikle, teste og afprøve værktøjerne i CUSTOM

FOTOS: Steno Diabetes Center Copenhagen, Fati E. Ghasemi

DESIGN OG LAYOUT: Fati E. Ghasemi

ILLUSTRATION: Fati E. Ghasemi

TRYK: Frederiksberg Trykkeri A/S
København, januar, 2018

1.udgave, 1. oplag. Uddrag og kopiering af modeller og materiale er tilladt med tydelig kildeangivelse.

ISBN: 978-87-92759-29-0

UDGIVER: Center for Diabetes, Københavns Kommune og Steno Diabetes Center Copenhagen, Region Hovedstaden

INDHOLD

Introduktion 4

Baggrund 5

- Etnicitet 6

UDVIKLING AF KONCEPTET 7

Behovsafdækning 8

Analyse 9

Idégenerering og udvikling 9

Temaer fra litteraturstudie 10

- Etnicitet og sociale faktorer 10
- Psykosocial sundhed 10
- Familieinvolvering og støtte 11
- Peer educator/sundhedsformidler 11
- Tolk 12

Opmærksomhedspunkter i diabetesuddannelse 14

MODEL OG PRINCIPPER FOR KONCEPTET CUSTOM 23

Værdier (teori og filosofi) 24

- En personcentreret tilgang 24

Kompetencer 24

- Patient literacy 25

Den Sundhedspædagogiske Jonglør 26

- Aktiv lytning 26
- Flourishing 28

Værktøjer og implementering 28

Principper for diabetesuddannelse til etniske minoriteter 30

LITTERATUR 32

INTRODUKTION

I denne guide præsenteres et sundhedspædagogisk koncept for diabetesuddannelse til ikke-vestlige etniske minoritetsgrupper. Konceptet hedder CUSTOM, som står for CUlturally Sensitive TOols and Methods. Borgere med etnisk minoritetsbaggrund udgør en voksende gruppe i det danske sundhedsvæsen, og sundhedsprofessionelle vil derfor hyppigere komme i kontakt med borgere og pårørende med forskelligartede sproglige, sociale og kulturelle forhold. Selvom der også blandt etnisk danske borgere er en stor grad af forskellighed knyttet til alder, køn, uddannelse og socialt netværk, viser forskning, at der kan være særlige pædagogiske, kulturelle og kommunikative opmærksomhedspunkter i relation til mødet med etniske minoritetsgrupper med type 2 diabetes. Det er derfor hensigtsmæssigt at udvikle og implementere metoder og tilgange, som kan støtte sundhedsprofessionelle i mødet med etniske minoriteter.

Konceptet er forskningsbaseret og udviklet ved Design Thinking metoden - dvs. i et samarbejde mellem forskere, sundhedsprofessionelle og borgere fra etniske minoritetsgrupper. Konceptet består af nærværende konceptbeskrivelse, en modulbeskrivelse med trin for trin beskrivelser, 11 sundhedspædagogiske værktøjer samt 3 supplerende materialer. Konceptet kan implementeres i individuelle og gruppebaserede uddannelses- og sundhedsrelaterede aktiviteter. Konceptet har fokus på sundhedsprofessionelles tilgange og metoder i uddannelsen og kan inkorporeres i eksisterende uddannelsesaktiviteter.

Formålet med konceptet er at sikre, at borgere med anden etnisk baggrund får adgang til diabetesuddannelse, der er relevant for deres livssituation, at borgerne oplever en kobling mellem diabetesuddannelse og hverdagslivet, og at borgerne erfarer at have handlemuligheder ift. egen sygdom.

BAGGRUND

Diabetesuddannelse er en vigtig del af diabetesbehandling, idet uddannelse styrker individets egen rolle i håndtering og behandling af type 2 diabetes. Dette er særligt vigtigt for personer med diabetes, hvor behandlingen primært varetages af personen selv. Effektiv diabetesuddannelse kan dermed medvirke til at reducere risiko for komplikationer, forbedre livsstil og øge livskvalitet hos personer med type 2 diabetes (1). I Danmark benyttes tilbuddet om diabetesuddannelse primært af kvinder, personer fra de mellemste eller højere sociale lag samt etniske danskere og dermed i meget lav grad af etniske minoritetsgrupper (2). Samtidigt viser en gennemgang af kommunale sundhedsindsatser målrettet etniske minoriteter, at relativt få kommuner har tilbud om diabetesuddannelse målrettet etniske minoriteter med type 2 diabetes (3).

Udenlandske undersøgelser peger på, at kulturelt tilpasset diabetesuddannelse kan have en positiv effekt på glykæmisk kontrol (HbA1c) og diabetesviden i målgruppen (4). Der er begrænset forskning i dansk regi inden for dette felt. Erfaringer fra Sundhedscenter Vollsmose viser, at etniske minoriteter ikke profiterer af metoder og uddannelsesmaterialer, som er udviklet til etniske danskere. Årsagerne omfatter sproglige, vidensmæssige og kulturelle forhold (5). En anden undersøgelse viser, at etniske minoriteter med type 2 diabetes ikke finder den kostvejledning, som de modtager, relevant, i tråd med deres ønsker og præferencer eller brugbar i praksis (6, 7). Endvidere viser en undersøgelse, at kommunal diabetesuddannelse til arabisktalende kvinder ikke kan rumme deltagernes komplekse liv (8). Undervisningssituationen kan imidlertid være en vigtig social platform, såfremt der skabes en kobling mellem hverdagsliv og uddannelse (8).

Der mangler viden om effektive uddannelsesstrategier, metoder, indhold og kompetencer, der er nødvendige hos professionelle i relation til diabetesuddannelse målrettet borgere fra etniske minoritetsgrupper (9-12). Uddannelsesstrategier, der trækker på "empowerment" filosofien, integrerer interaktive læringsstrategier, som inddrager borgere aktivt i problemløsning og formår at integrere både kulturelle og psykosociale aspekter (13). Eksempler på kulturelle aspekter inkluderer f.eks. sygdomsopfattelse, brugen af sundhedsformidlere, familieinvolvering, samt uddannelsesmateriale, værktøjer og emner, der er meningsgivende og relevante for deltagerne (7, 11, 14, 15). Kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle må betragtes som væsentlig i en dansk setting, hvor relativt få sundhedsprofessionelle er tosprogede og/eller samtidig har indblik i forskellige kulturer (16). Kulturelle kompetencer hos personalet er helt afgørende for en god kontakt og for relevant information og uddannelse til borgere (17).

Kulturelle kompetencer indebærer en personcentreret tilgang, hvor man tilpasser sine egne holdninger og sin adfærd til forskellige borgeres behov og ønsker og tager højde for følgevirkningerne af følelsesmæssige, kulturelle, sociale og psykiske konsekvenser af mødet (17). Kulturelle kompetencer betragtes således ikke udelukkende som et sæt af færdigheder, der er nødvendige i mødet med etniske minoritetsborgere, men er vigtige for en grundlæggende empatisk og respektfuld interaktion med enhver borger uanset herkomst.

Steno Diabetes Center Copenhagen og Center for Diabetes i Københavns Kommune har indgået et samarbejde med henblik på at udvikle et relevant og meningsfuldt koncept for diabetesuddannelse

BAGGRUND

til borgere, som har urdu, tyrkisk eller arabisk som førstesprog. Disse sproggrupper udgør hovedparten af henviste borgere med etnisk minoritetsbaggrund i Københavns Kommune. Ca. 40 % af borgerne, der henvises til Center for Diabetes har etnisk minoritetsbaggrund. Konceptet bygger endvidere på erfaringer fra koncepterne DEEM (Dietary Education targeting Ethnic Minorities) og EMMA (Empowerment, Motivation and Medical Adherence), som indbefatter dialogværktøjer til kostuddannelse til etniske minoriteter og personer med dårlig blodsukkerkontrol (7, 18, 19).

Etnicitet

Etniske minoriteter udgør en heterogen gruppe af mennesker med forskellig oprindelse, uddannelsesbaggrund og ikke mindst forskellige årsager til migration som f.eks. flugt, arbejdsmigration eller familiesammenføring. Danmarks Statistik skelner mellem indvandrere og efterkommere, hvor indvandrere er født i udlandet, og hvor ingen af forældrene både er danske statsborgere og født i Danmark (20). Efterkommere er født i Danmark. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Danmarks Statistik skelner yderligere mellem indvandrere og efterkommere fra hhv. vestlige og ikke-vestlige lande. Indvandrere udgør ca. 10 % af den danske befolkning, og heraf har 58 % ikke-vestlig baggrund (21). Ikke-vestlige indvandrere har ringere tilknytning til arbejdsmarkedet og lavere indkomst sammenlignet med etniske danskere (21).

Undersøgelser viser, at forekomsten af diabetes er ca. 2,5 gange højere blandt indvandrere fra Afrika, Asien og Mellemøsten sammenlignet med etniske danskere (22). Baggrunden for den forhøjede diabetes forekomst blandt mange etniske minoritetsgrupper er et samspil mellem en genetisk disposition for type 2 diabetes, fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssige kostvaner (23). Studier peger på, at sundhedsvaner blandt mange ikke-vestlige immigranter bliver mere uhensigtsmæssige som følge af migration, hvilket kan skyldes stress, ændret social- og jobstatus samt begrænset adgang til hjemlige madvarer (24).

I denne guide anvendes betegnelsen 'etnisk minoritet'. Denne omfatter både indvandrere og efterkommere. Oftest er det tilstedeværelsen af sprogbarrierer, der ligger til grund for, om en given borger opleves som en etnisk minoritet, men også forhold som hudfarve, oprindelsesland og religion/kultur nævnes som forhold af betydning for, om en given borger bør klassificeres som etnisk minoritet eller etnisk dansk (25). Undersøgelser af sundhedsprofessionelles oplevelser i mødet med etniske minoritetsborgere viser stor diversitet i forhold til, hvem der tænkes på og refereres til (25).

UDVIKLING AF KONCEPTET

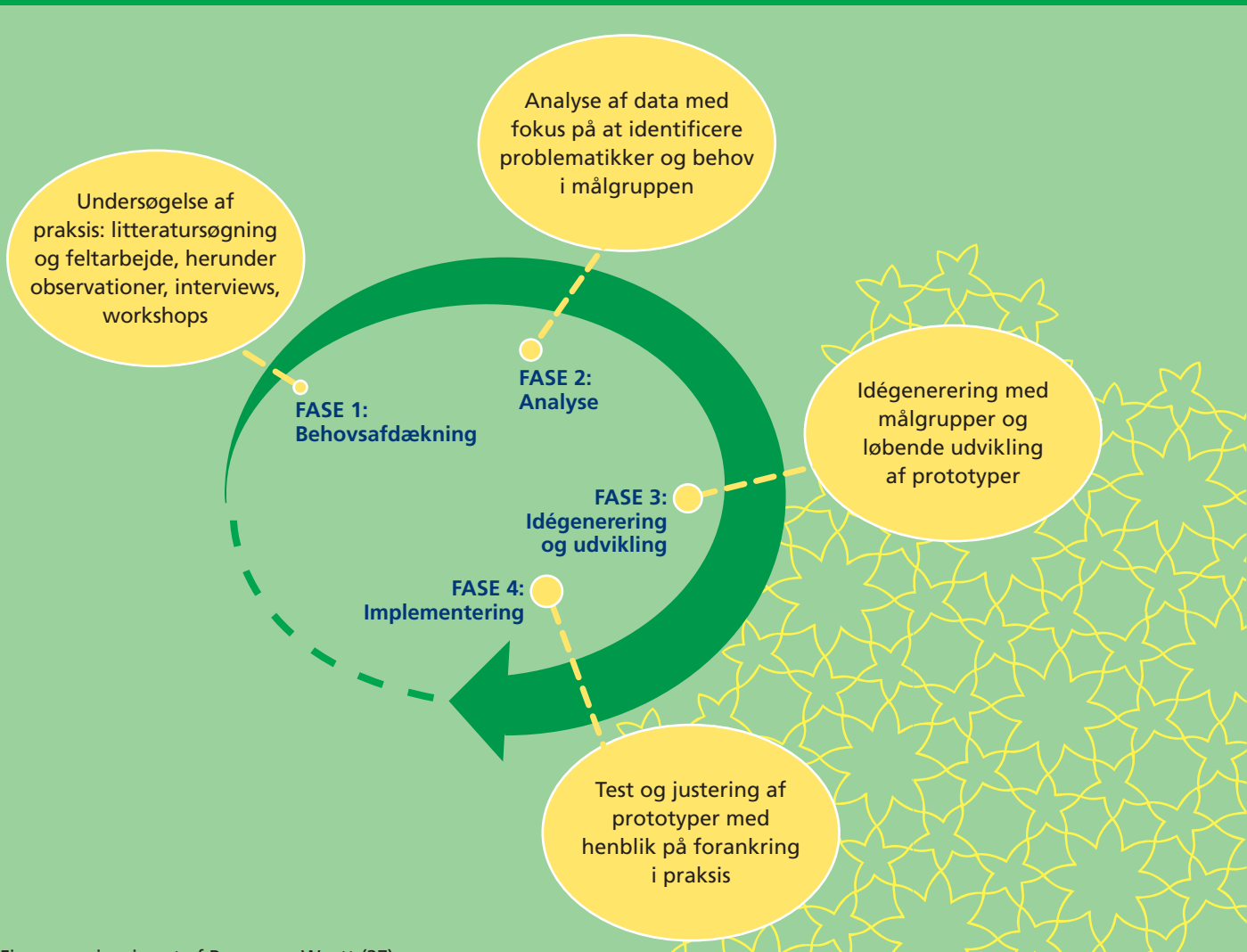
UDVIKLING AF KONCEPTET

Til udvikling af konceptet er der anvendt den såkaldte Design Thinking metode, hvor målgrupper og sundhedsprofessionelle har været aktivt involveret i udvikling og tilpasning af konceptet (26, 27). Design Thinking metoden sætter empati og forståelse for mennesker i centrum, når problemer skal defineres og løses. Design Thinking metoden i dette projekt omfatter fire faser, herunder behovsafdækning, analyse, idégenerering og udvikling samt implementering.

Behovsafdækning

Behovsafdækningen har haft fokus på at undersøge samspillet mellem undervisere og borgere i undervisningssituationen samt borgernes behov

FIGUR 1. **Design Thinking - Metode for udviklingen af konceptet (27)**



Figuren er inspireret af Brown og Wyatt (27).

og udfordringer i relation til diabetesuddannelse med udgangspunkt i Center for Diabetes. Der er gennemført observation af 30 uddannelsessessioner fordelt på hhv. 2 urdu-, 2 arabiske- og 2 tyrkiske hold. Uddannelsen blev varetaget af en diætist, en sygeplejerske og en fysioterapeut og involverer 6 uddannelsesgange centreret om emnerne viden om type 2 diabetes, arvelighed, blodsukker og symptomer, mad, bevægelse, blodsukkermåling og faste. Observationerne blev dokumenteret i udførlige noter baseret på en observationsguide. Der blev foretaget observation af fire afklarende samtaler samt gennemført interviews med udvalgte deltagere om udbyttet af uddannelsen i form af handlekompetencer til at foretage ændringer i hverdagslivet. Interviews var baseret på en semi-struktureret interviewguide.

Observationer og interviews har haft fokus på at undersøge:

- Roller og samspil mellem deltagerne herunder borgere, tolk, sundhedsformidler og sundhedsprofessionelle
- Barrierer og facilitatorer for personcentreret uddannelse med fokus på involvering af deltageres præferencer og behov
- Aktiviteter og metoder i uddannelsen, der fremmer eller hæmmer motivation og refleksion om forandring samt oplevelsen af handlemuligheder i hverdagen med diabetes

Derudover er der foretaget litteratursøgninger på følgende emneord med henblik på at identificere virksomme elementer i diabetesuddannelse til etniske minoriteter: familieinvolvering- og støtte, peer educator/sundhedsformidler og psykosocial sundhed.

Analyse

Der er anvendt en abduktiv analysetilgang. Den abduktive forklaringsmodel er et alternativ til de induktive og deduktive modeller. Den tager, som den induktive model, udgangspunkt i empiriske data, men i modsætning til den induktive model afvises den teoretiske forforståelse ikke inden for den abduktive forklaringsmodel, hvilket gør modellen i stand til at indfange kompleksiteten i forskningsprocessen (28). Den abduktive forskningsproces beskrives som en proces, der pendler frem og tilbage mellem empiri og allerede etablerede teoretiske begreber. Analysen er således teoriorienteret og ikke teoristyret. Data fra feltarbejde er analyseret med teori om critical health literacy (29), flourishing approach (30), empowerment (13) og modellen Den Sundhedspædagogiske Jonglør (31). Analyserne har givet anledning til udvikling af en model for konceptet, som har fokus på teori, kompetencer og konkrete værktøjer til brug i praksis.

Idégenerering og udvikling

I ide- og udviklingsfasen er der afholdt tre workshops med sundhedsprofessionelle og tre workshops med borgere fra de tre sprogrupper. Emnerne i workshops med borgere har taget udgangspunkt i temaer fra analysen med udgangspunkt i borgeres erfaringer med diabetesuddannelse samt behov, udfordringer og ønsker til rammer og indhold. Temaerne har informeret de sundhedspædagogiske værktøjer, som løbende har været afprøvet og drøftet med borgere og sundhedsprofessionelle. Workshops med sundhedsprofessionelle var primært centreret omkring temaer fra behovsafdækningen herunder barrierer og facilitatorer for personcentreret uddannelse og samspil samt roller mellem professionelle, sundhedsformidler, tolk og borgere.

UDVIKLING AF KONCEPTET

Temaer fra litteraturstudie

Etnicitet og sociale faktorer

Flere studier peger på, at socioøkonomiske og sociale parametre delvist kan forklare forskelle i sygelighed og brug af sundhedsvæsenet mellem etniske minoritetsgrupper og etniske danskere (32, 33). Dette bliver ikke mindre betydningsfuldt at undersøge, når man tager i betragtning, at etniske minoriteter hyppigere befinder sig i de lave socialgrupper set i forhold til uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og indkomst sammenholdt med etniske danskere (32, 34, 35).

Health literacy har i de senere år vundet indpas som et væsentligt begreb inden for sundhedsfremme. Studier peger på, at personer med lav health literacy ofte også har lav socioøkonomisk position (36). God health literacy indebærer, at individer har kognitive og sociale kompetencer, det kræver for at få adgang til, forstå og bruge information på måder, der fremmer deres sundhed (37). Det kan f.eks. være at borgere formår at handle på information, forstå instrukser og kommunikere behov over for sundhedsprofessionelle (38).

Health literacy kan inddeles i tre niveauer: functional-, interactive- og critical health literacy (29). Functional health literacy indebærer, at individer har de basale sprogkompetencer til at læse og forstå, og evner at bruges disse i hverdagssituationer og i mødet med f.eks. sundhedsvæsenet. Interactive health literacy indebærer mere avancerede kognitive evner, som sammen med sociale kompetencer gør det muligt for individer at indhente og forstå information og bruge det. Endeligt omfatter critical health literacy, at individet evner kritisk at analysere information og bruge det til at tage kontrol over sin livssituation (37).

Etniske minoriteters health literacy er ofte udfordret af flere faktorer såsom sprog, multimorbiditet og socioøkonomisk position, og internationale studier konkluderer, at etniske minoriteter fra ikke-vestlige lande generelt har lav health literacy (39, 40). Lav health literacy korrelerer med dårligere sundhed og dårligere behandling i sundhedsvæsenet og er derfor problematisk (39, 40).

Psykosocial sundhed

Diabetes og psykosocial sundhed hænger sammen. Ca. 23 % af kvinder med diabetes og 16 % af mænd med diabetes har dårligt mentalt helbred (41). Personer med type 2 diabetes har desuden mindre kontakt til sociale netværk sammenlignet med den generelle befolkning (42). Generelt har ikke-vestlige indvandrere i Danmark et ringere psykosocialt helbred sammenlignet med etniske danskere (43), hvorfor det kan være nødvendigt at have særligt fokus på den psykosociale dimension i diabetesuddannelse. Den psykosociale sundhed stiger generelt med alderen, når det gælder etniske danskere, men for etniske minoriteter gælder det, at den psykiske sundhed er væsentligt lavere blandt ældre i forhold til yngre (43). Andre skandinaviske studier viser den samme tendens (44-46). Der er meget få studier, der har belyst sammenhængen mellem diabetes, psykosocialt helbred og etnicitet. Et enkelt canadisk studie viser, at mere end halvdelen (52,5 %) af sydasiatiske indvandrere er belastet af diabetesrelateret stress, hvilket er langt flere end sydasiatiske voksne, som bor i Bangladesh (47). Et amerikansk studie viser, at psykologisk belastning er højere blandt etniske minoriteter

med diabetes end hos etnisk amerikanske eller europæere med diabetes (48). Studiet anbefaler, at der igangsættes strategier til at øge self-efficacy blandt etniske minoriteter for at mindske uligheden i mental sundhed (48).

- Personer med diabetes har generelt dårligere psykisk sundhed
- Ikke-vestlige indvandrere har generelt dårligere psykisk sundhed end etniske danskere
- Sammenhæng mellem diabetes, mentalt helbred og etnicitet er ikke entydig, men forskning peger på, at den psykosociale belastning er højere blandt etniske minoriteter med diabetes sammenlignet med den generelle befolkning

Familieinvolvering og støtte

Familiemedlemmer kan give følelsesmæssig støtte og bidrage til at forbedre familiens sundhedsadfærd, samt fremme god håndtering af diabetes i hverdagslivet (49-51). Internationale studier peger på, at støtte fra familien er særlig vigtig for etniske minoriteter med type 2 diabetes i forhold til behandling og self-management (52-55). Samtidig kan familiemedlemmer også være en barriere for positiv diabetesadfærd (53, 56-58). Det er muligvis forskelligt, hvordan familien kan involveres, afhængigt af om det er en mand eller en kvinde, der har diabetes. En evaluering har vist, at tyrkiske og arabiske mænd var sværere at inddrage i forbindelse med hustruens diabetes, hvorimod det var nemmere at involvere kvinder, når det var mænd, der havde diabetes (59). Familiebaserede interventioner forbedrer ikke kun diabetesviden og sundhedsadfærd hos borgere med diabetes, men også blandt familiemedlemmer (60-61). Familien kan inddrages i diabetesuddannelse på forskellige måder, og studier har undersøgt, hvordan dette kan gøres i praksis. Uddannelsen kan indeholde særlige sessioner, hvor familiemedlemmer inviteres til at deltage (55), deltagerne kan opfordres til at medbringe et familiemedlem ved alle undervisningsgangene (51), eller en to-kulturel sundhedsformidler kan komme ud til deltageren, hvor hele familien inviteres til at deltage i uddannelsen (61).

- Familieinvolvering i diabetesuddannelse er særligt vigtigt for etniske minoriteter
- Familiemedlemmer kan både være en støtte og en barriere for positiv diabetesadfærd
- Familien kan involveres ved at deltage i uddannelsen, udvalgte sessioner, eller via en to-kulturel sundhedsformidler, som kan undervise deltager og familien i eget hjem

Peer educator/ sundhedsformidler

Internationale studier viser, at sundhedsformidlere i diabetesuddannelser til etniske minoriteter kan fremme social støtte og motivation for adfærdsændring hos deltagerne ved at skabe relationer, som bygger på tillid og kulturel forståelse (61-62). Sundhedsformidlere kan bygge bro mellem sundhedsprofessionelle og borgere, da de har indblik i forskellige kulturer og sproglige nuancer i forhold til sundhed og behandling (61, 63). Sundhedsformidleren har en afgørende rolle i det sociale samspil i gruppen og kan opklare misforståelser, hjælpe med at løse komplekse udfordringer og støtte underviseren i at sikre at alle bliver set, hørt og føler sig godt tilpas.

UDVIKLING AF KONCEPTET

Temaer fra litteraturstudie

Derudover kan de hjælpe med at sikre fastholdelse af borgere, og at borgere bliver oplyst og visiteret til relevante sundhedstilbud og behandling. Sundhedsformidlere kan nå ud til målgrupper, der ikke nødvendigvis opsøger eller har adgang til sundhedstilbud (62). Et studie viser, at etniske minoriteter med arabisk baggrund foretrækker, at uddannelse faciliteres af sundhedsformidlere, der taler det samme sprog som dem selv (64). Et andet studie påpeger ligeledes vigtigheden i, at sundhedsformidleren taler det samme sprog som borgeren (65). Endeligt har interventioner, der er målrettet etniske minoriteter og involverer sundhedsformidlere haft positive resultater ift. self-management. Dette gælder både forbedring af HbA1c (66, 67) og andre fysiske mål (55, 65), såvel som forbedret diabetes adfærd, attitude og viden (66, 68, 69). På samme måde kan rammerne for diabetesuddannelsen være med til at skabe lokal kontekst. Studier viser, at det kan være nyttigt at gennemføre diabetesuddannelse i borgerens eget hjem (61), i sundhedsformidlerens hjem eller andre steder i lokalsamfundet (62). Flere studier peger på vigtigheden af uddannelse af sundhedsformidlere i forbindelse med diabetes og sundhedspædagogik (55, 61-62, 65-66, 68). Endeligt peger flere studier på, at den aktive brug af sundhedsformidlere med henblik på at drøfte adfærdsændring og motivation er virksom (61, 66).

- Sundhedsformidlere kan bygge bro mellem sundhedsprofessionelle og borgere, især hvis de taler borgernes modersmål
- Sundhedsformidlere kan bruges til at nå ud til målgruppen mhp. at drøfte motivation og forbedre self-management
- Gode settings for diabetesuddannelsen kan være i lokalsamfundet, i sundhedsformidlerens eller borgerens eget hjem
- Uddannelse af sundhedsformidlere inden for sundhedspædagogik er vigtigt at indtænke

Tolk

Tolkning er en metode til at løse en eventuel sprogbarriere mellem sundhedsprofessionelle og borgere. Tolkning er imidlertid ingen garanti for ubesværet kommunikation, og der kan opstå mange udfordringer og dilemmaer i relation til tolkningen. Kompleksiteten i mødet mellem sundhedsprofessionelle og borgere øges yderligere, når en sprogbarriere gør det nødvendigt at inkludere et tredje led i kommunikationen ved brug af en professionel tolk. Både tolk og sundhedsformidler er en del af det professionelle team, som borgere møder i forbindelse med diabetesuddannelse. Det er derfor vigtigt, at tolken ses som en samarbejdspartner og kollega, hvor forventninger og klare roller diskuteres og defineres (70). Den sundhedsprofessionelles rammesætning i starten af en sundhedsaktivitet er helt central. Det er hensigtsmæssigt at introducere alle fagpersoner og deres opgaver, således at rollefordelingen er klar. Alle parter, og i særdeleshed borgerne, bør oplyses om, at både tolk og sundhedsformidler er uvildige og upartiske, samt at de har tavshedspligt.

Tolken skal så vidt muligt oversætte både præcist og direkte mellem de to sprog. Samtalen flyder bedst, når tolken har mulighed for at tolke efter korte sætninger, og når der ikke stilles for mange spørgsmål i samme sætning. Der kan dog være flere ord og ordsprog, som ikke findes på det ene sprog, eller som ikke vil give mening,

hvis de oversættes direkte. Det afgørende her er, at tolken eller sundhedsformidleren kommunikerer til borger og/eller sundhedsprofessionel om, hvilken proces der er tale om, så alle parter forstår, hvorfor f.eks. tolk og deltager taler frem og tilbage uden umiddelbar tolkning (70, 71). Derudover er det vigtigt at drøfte hvilken dialekt, der skal anvendes - både med tolken, sundhedsformidleren og borgerne. Efter en session kan både tolk, sundhedsformidler og den sundhedsprofessionelle have gavn af en kort debriefing; Hvad fungerede godt? Var der noget begge parter kunne ønske sig blev gjort anderledes? Husk også at give positiv feedback, når tolken gør et godt stykke arbejde (71).

- Betragt tolk og sundhedsformidler som del af det professionelle team
- Sæt rammen for diabetesuddannelsessessionen og introducér roller og opgaver
- Bed tolken om at være åben omkring begreber, som tolken ikke kender, eller som er vanskelige at oversætte til deltagernes modersmål
- Evaluér sessionen sammen med tolk/sundhedsformidler efterfølgende

UDVIKLING AF KONCEPTET

Opmærksomhedspunkter i diabetesuddannelse

I følgende tabel præsenteres opmærksomhedspunkter i diabetesuddannelse, som er registreret i forbindelse med dataindsamling.

OPMÆRKSOMHEDS-PUNKT	BESKRIVELSE	FORSLAG TIL PRAKSIS
En klar ramme for diabetes-uddannelsen	Det er helt essentielt, at den sundheds-professionelle sætter rammen for hver enkelt undervisningsmodul og hele undervisnings-forløbet. Vær eksplicit om, at formålet med uddannel-sen er at give borgere et øget kendskab til type 2 diabetes og derigennem fremme en motivation for at ændre vaner.	Præsentér formålet med uddannelsen ved hver eneste undervisningsgang. Præsentér tolkens rolle for deltagerne og opfordr til langsom tale og pauser i talestrøm. Præsentér spillereglerne for undervisningen: • Det er vigtigt at komme hver gang • Sluk mobilen (hav den som minimum på lydløs) • Tavshedspligt Gør undervisningen overskuelig ved at fortælle om pauser og antal mødegange. Fortæl, hvorfor der er flere moduler og tal kort om hvilke emner, der vil blive berørt i undervisningen. Tal om og udpeg, hvor i forløbet nærværende undervisning er. Brug værktøjet "Min diabetesuddannelse" i starten af hver undervisningssession og involvér borgerne i, hvordan det er gået siden sidst (se øvelse 1).

OPMÆRKSOMHEDS-PUNKT	BESKRIVELSE	FORSLAG TIL PRAKSIS
Forventnings-afstemning vedr. diabetes-uddannelse	Borgeren har ofte en forventning om, at underviseren er en "tankpasser"/den aktive og eksperten, som skal fortælle borgeren, hvad hun/han skal gøre og ikke gøre. Borgeren forventer dermed at være passiv modtager af undervisning.	Fortæl, hvad din rolle som sundhedsprofessionel er. Tal gerne om borgernes rolle i relation til undervisningen. Fortæl, at der undervejs vil være øvelser, som borgerne aktivt skal deltage i, og forklar også, hvad en øvelse kan bestå i (f.eks. en praktisk øvelse såsom blodsukkermåling, eller en øvelse, hvor man i fællesskab med andre borgere løser en opgave). Gør det klart for borgeren, at undervisningen bedst lykkes, når der er dialog mellem borger og underviser, da borgeren bedst kender sig selv, og hvad der virker for ham/hende.

UDVIKLING AF KONCEPTET

Opmærksomhedspunkter i diabetesuddannelse

OPMÆRKSOMHEDS-PUNKT	BESKRIVELSE	FORSLAG TIL PRAKSIS
Erfarings-udveksling med sigte på forandring	Sundhedsprofessionelle får ikke altid gruppen til at dele deres erfaringer med hinanden – især når der indgår sundhedsformidler og tolk i dialogen.	Gør det klart fra start, at det at dele erfaringer indgår som en væsentlig del af undervisningen, og forklar hvorfor: At der ikke findes én løsning, der passer alle, men at man ved at dele viden og erfaringer med hinanden kan få gode idéer til, hvordan man kan gøre noget godt for sin diabetes og skabe forandring i hverdagen. Understreg overfor gruppen, at diabetes opleves forskelligt afhængigt af, hvem man er, og at det er vigtigt at respektere andres oplevelser af sygdommen. Inddrag evt. en "case", som på en mere indirekte måde kan få gruppens erfaringer i spil (se øvelse 8).
Klare roller mellem borgere, sundheds-formidler, tolk og sundheds-professionelle	Uklarhed om rollefordeling, når der er flere sundhedsprofessionelle til stede samtidigt, kan forstyrre proces og læring.	Bliv enige om fordelingen af roller, opgaver og ansvar inden et forløb igangsættes, og gør det også klart for borgerne, hvilken rolle de tilstedeværende sundhedsprofessionelle har. Overvej f.eks. om tolken må bidrage med sin kulturelle viden omkring et givent emne, eller om tolken "kun" må tolke. Hvis der er flere undervisere, så fortæl, hvad deres forskellige roller er. Giv sundhedsformidleren en tydelig rolle, f.eks. ved at gennemgå et emne og/eller en øvelse.

OPMÆRKSOMHEDS-PUNKT	BESKRIVELSE	FORSLAG TIL PRAKSIS
Verbal/nonverbal kommunikation og stigmatisering	Den måde som sundheds-professionelle omtaler diabetes på, påvirker borgernes opfattelse af sygdom. Har borgerne f.eks. en følelse af, at sygdommen kun er deres eget ansvar og føler skyldfølelse over at have fået diabetes, er det vigtigt at nuancere den opfattelse ved at sætte andre perspektiver på. Ordvalg, tonefald, kropssprog og forforståelse omkring f.eks. vaner hos borgerne har alt sammen betydning for, hvilken selvfølelse, motivation og tro på sygdomsmestring borgeren har eller får i mødet med den sundheds-professionelle.	Anerkend, at det er svært at ændre sundhedsadfærd og vaner. Italesæt, at diabetes er et samfunds-problem og ikke blot et individuelt ansvar. Arv, miljø, stress, hormoner og effekt af anden medicin spiller en rolle. Lad gruppen erfaringsudveksle omkring, hvordan deres venner og familie tænker om diabetes. Undgå ord som f.eks. "diabetiker", der kan fremkalde et fokus på diagnosen fremfor hele personen, og undgå udtrykket "dårligt kontrolleret"/"dårlig compliance", som kan være nedbrydende betegnelser for borgerens nuværende eller fremtidige bestræbelser på at håndtere sin sygdom.

UDVIKLING AF KONCEPTET

Opmærksomhedspunkter i diabetesuddannelse

OPMÆRKSOMHEDS-PUNKT	BESKRIVELSE	FORSLAG TIL PRAKSIS
Sprog/ gråzonesprog/ mening	Der findes mange dialekter (f.eks. på arabisk), som kan gøre oversættelse problematisk. Det er vigtigt, at borgeren forstår de ord, der bruges, og at ordene giver mening, så hun/han bedst muligt kan forstå og tage vare på sine symptomer og behandling.	Undersøg på forhånd, hvor mange forskellige dialekter, der er i gruppen, ift. behov for tolk. Brug hverdagssprog som "mad" fremfor "kost". Begræns fagudtryk som "stivelse" og "kulhydrater". Vær også opmærksom på ord som "uddannelse", "afklarende samtale" mv. Skab et trygt rum, for at borgeren kan give udtryk for, at der er noget hun/ han ikke forstår. Hav for øje, at det er vigtigere, at borgerne forstår, hvad linser og hvidt brød gør ved blodsukkeret, fremfor at vide, hvilken kategori af kulhydrater de tilhører (se øvelse 5 og 7).
Følelse af indlært hjælpeløshed blandt målgruppen	En barriere for at opnå udbytte af diabetesundervisning er "indlært hjælpeløshed" (learned helplessness) hos borgeren. Dette kan være forårsaget af gentagne mislykkede forsøg på at tilegne sig viden, ændre kostvaner eller tjekke ›	Benyt en "flourishing" tilgang, hvor der fokuseres på det, som borgeren gør godt og som lykkes (fremfor det, som ikke lykkes eller er svært for borgeren). Benyt en personcentreret tilgang med øje for "teachable moments"/ rette timing og dosering af adfærdsændringer. ›

OPMÆRKSOMHEDS-PUNKT	BESKRIVELSE	FORSLAG TIL PRAKSIS
	blodsukkeret. Udsagn som: "Vi glemmer alligevel det hele" eller det, at borgeren har lav tiltro til vedvarende adfærdsændring, kan være udtryk for indlært hjælpeløshed. Nogle borgere kan også udtrykke, at diabetes er skæbnebestemt og dermed ikke kan undgås.	Værktøjer kan hjælpe med at afdække borgerens succesoplevelser og ressourcer og på den måde reducere indlært hjælpeløshed (se øvelse 9). Anerkend, at det er svært at ændre sundhedsadfærd og vaner.
Udfordret på sygdoms-opfattelse	Det kan være en udfordring at anerkende borgerens egen erfaring og sygdomsforståelse (som f.eks. " jeg bliver rask, hvis jeg spiser mange citroner/meget kanel") og samtidigt være tydelig omkring evidensbaseret viden. Det kan også være udfordrende, når borgere beder om facitlister og løsninger uden ønske om at inddrage erfaringer og selvrefleksion.	Undgå at forkaste borgerens egen forståelse af f.eks. sygdomssammenhænge. Inddrag gruppen, og lad dem reflektere over de erfaringer og den sygdomsforståelse, de har. Vær tydelig omkring evidensbaseret viden, men tiltal så vidt muligt gruppen og ikke den individuelle borger, når der korrigeres og/eller formidles forskningsbaseret viden.

UDVIKLING AF KONCEPTET

Opmærksomhedspunkter i diabetesuddannelse

OPMÆRKSOMHEDS-PUNKT	BESKRIVELSE	FORSLAG TIL PRAKSIS
Fokus på mental sundhed	Det kan være svært at få tid til at drøfte psykosociale aspekter af diabetes i undervisningen. Dette emne er dog vigtigt at prioritere, også mht. hvordan det psykiske kan påvirke ens diabetes.	Italesæt og drøft gerne psykosociale problemstillinger som bekymring og stress (se øvelse 3). Tal gerne om, hvordan stress, bekymringer og søvn kan påvirke symptomer, blodsukker og motivation. Tænk det ind i undervisningsgange, som omhandler komplikationer og/eller senfølger til diabetes. Drøft muligheder for at forbedre den mentale sundhed (se øvelse 9).
Fokus på proces fremfor værktøj	Dialogværktøjer og øvelser i undervisningen kan hjælpe med at gøre undervisningen dialogorienteret og interaktiv. Nogle professionelle kan have tendens til at formidle viden på en måde, hvor der fokuseres meget på detaljer i øvelsen (f.eks. om et kort placeres rigtigt eller forkert), mens der er mindre fokus på samspillet med hverdagsliv og præferencer.	Præsentér formålet med øvelsen/værktøjet. Undersøg, f.eks. i øvelser omkring mad, hvad borgeren godt kan lide at spise. Undersøg forandringsparathed/-villighed. Inddrag endvidere gruppens erfaringer.

OPMÆRKSOMHEDS-PUNKT	BESKRIVELSE	FORSLAG TIL PRAKSIS
Inddragelse af familien/netværk	Det er ofte en god idé at involvere familieperspektiver i undervisningen, når det f.eks. handler om at ændre kostvaner. Særligt kan det være svært i familier, hvor flere generationer bor sammen og skal blive enige om, hvilken mad der spises.	Tal om, at diabetes har en arvelig faktor, men at det miljø man færdes i samt kost- og motionsvaner også har stor betydning for, om man udvikler diabetes og betydning for, hvordan man lever med diabetes. Brug evt. en case-baseret øvelse som oplæg til at reflektere over, hvilke udfordringer der kan være omkring diabetes i relation til familien (se øvelse 8). Giv mulighed for at familien kan deltage i udvalgte moduler, eller at sundhedsformidleren kan besøge familien og drøfte f.eks. vaner, diabetes, velbefindende mv.

MODEL OG PRINCIPPER FOR KONCEPTET CUSTOM

MODEL OG PRINCIPPER FOR KONCEPTET CUSTOM

Model for konceptet CUSTOM

Modellen for CUSTOM konceptet består af tre elementer nemlig værdier, værktøjer og kompetencer. Disse tre elementer er alle vigtige i relation til planlægning og gennemførelse af god og virkningsfuld diabetesuddannelse til etniske minoriteter. Værdier (herunder teorier og filosofier) udgør grundlaget for diabetesuddannelse og udtrykkes blandt andet ved en teori eller filosofi, som danner basis for brugen af sundhedspædagogiske værktøjer. Værdier er indlejret i den kommunale rehabiliteringsorganisation og ledelse og kommer til udtryk i den tilgang professionelle har til borgere og den måde diabetesuddannelse er organiseret på. Der er i CUSTOM udviklet en række værktøjer, som kan støtte og fremme arbejdet med værdier. Måden, hvorpå et værktøj anvendes i diabetesuddannelse, har stor betydning for udfaldet, hvorfor modellen også har fokus på sundhedsprofessionelles kompetencer til at anvende værktøjer.

Værdier (teori og filosofi)

CUSTOM tilslutter sig principperne bag den personcentrede tilgang. Endvidere er CUSTOM inspireret af filosofierne empowerment og flourishing approach, som har grænseflader til den personcentrerede tilgang.

En personcentreret tilgang

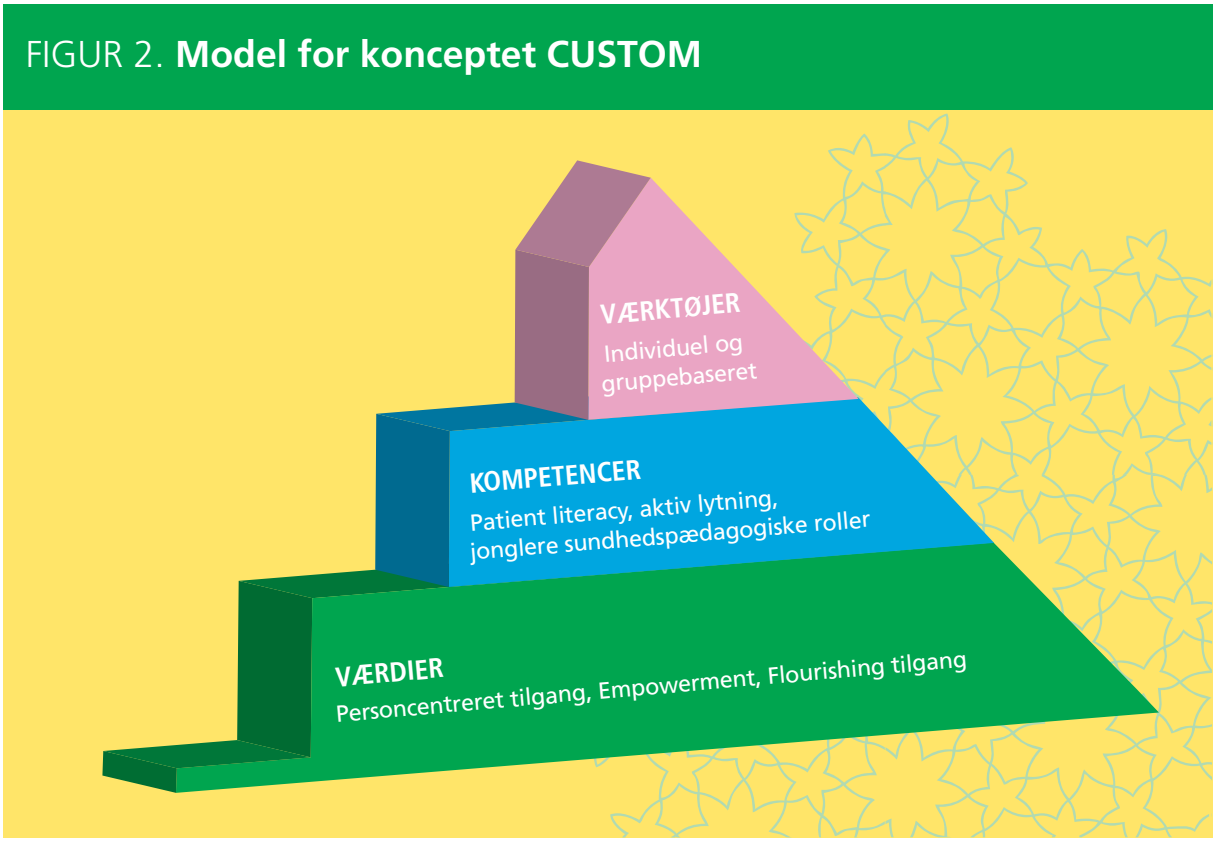
Der findes mange definitioner af, hvad personcentrering (person-centeredness) indbefatter (72). Personcentrering defineres i denne guide med inspiration fra to 'postion papers' fra hhv. the American Diabetes Association (ADA)/the European Association for the Study of Diabetes (EASD) og fra UK Health Foundation (73). Personcentrering beskrives som en proces, der tager afsæt i et samarbejde mellem borgere og sundhedsprofessionelle, som inkorporerer borgernes prioriteter, værdier, præferencer og (selverkendte) behov, og hvor borgerens værdier guider alle beslutninger vedr. behandling (17).

Et væsentligt opmærksomhedspunkt i den personcentrerede tilgang er de såkaldte "teachable moments", som henviser til, at nogle øjeblikke er mere oplagte end andre i forhold til læring (74). Personcentrering handler i høj grad om at opnå indsigt i de borgere, som den sundhedsprofessionelle møder, herunder hvor mange ændringer borgeren kan håndtere, og i hvilket tempo adfærdsændringen kan foregå. Empowerment er en behandlingsfilosofi med en samarbejdsorienteret tilgang til at fremme sundheden hos borgere (75). Målet er velinformerede borgere, der træffer beslutninger og således bliver aktive partnere i relation til egen sygdom. Sundhedsprofessionelle har til opgave at støtte borgere i at træffe beslutninger om deres diabetes, nå deres mål og overkomme barrierer. Begrebet flourishing, som har rødder i den positive psykologi, har fokus på positive følelser, engagement, mening, positive relationer og oplevelsen af succes hos borgere med diabetes (30). Flourishing bidrager til følelsen af velvære og er noget, som en person forfølger for sin egen skyld. Et flourishing mindset adskiller sig fra coping på flere niveauer, bl.a. at tilgangen med et coping mindset er at håndtere og reparere, mens det i the flourishing mindset er at designe og bygge ovenpå det, der allerede virker (30).

Kompetencer

Med fokus på kompetencer sigtes der mod, at sundhedsprofessionelle har de nødvendige og relevante forudsætninger for at anvende sundhedspædagogiske værktøjer. I CUSTOM er der lagt vægt på metoder og teknikker, som støtter værdierne inden for personcentrering, empowerment og flourishing herunder patient literacy, aktiv lytning samt jonglering mellem sundhedspædagogiske roller i gruppeuddannelses-øjemed.

FIGUR 2. **Model for konceptet CUSTOM**



Patient literacy

Patient literacy har fokus på de egenskaber og kompetencer, som de sundhedsprofessionelle skal besidde og benytte i mødet med borgeren for at give den bedst mulige behandling (17). Patient literacy indbefatter, at sundhedsprofessionelle møder borgerne på deres sproglige præmisser og med en forståelse for deres perspektiv og ønsker, og er et vigtigt aspekt i den personcentrerede tilgang (17). Patient literacy består af fire komponenter herunder empati, kulturelle og sociale kompetencer og patientforståelse. Empati kommer til udtryk, når den sundhedsprofessionelle søger at forstå borgerens vilkår, situation, perspektiv og følelser, at formidle denne forståelse og at gøre formidlingen så nøjagtig som mulig og at handle på den forståelse sammen med borgeren på en for borgeren nyttig måde. Inddragelse og involvering skal tilpasses borgernes behov, således at borgere, der f.eks. ikke ønsker involvering, ikke behøver at blive mere involveret end nødvendigt. Kulturel kompetence indebærer, at den sundhedsprofessionelle tilpasser egne holdninger og adfærd til forskellige borgeres behov og ønsker. Der tages højde for følgevirkningerne af følelsesmæssige, kulturelle, sociale og psykiske konsekvenser af behandlingen. Derudover er der opmærksomhed på sundhedsvæsenets egne kulturelle praksisser, herunder værdier og fordomme (17) .

Undersøgelser viser, at sundhedsprofessionelle oplever, at kulturelle forskelle gør mødet med etniske minoriteter sværere at håndtere, uden helt at kunne formulere hvorfor dette gør sig gældende (71). På den anden side er det vigtigt ikke at forvente forskellighed baseret på borgeres kulturelle baggrund. Individuel adfærd kan

MODEL OG PRINCIPPER FOR KONCEPTET CUSTOM

oftest ikke forklares med kulturforskelle. Der er altså tale om en balancegang, hvor man anerkender og er opmærksom på potentielle kulturelle forskelle i f.eks. sundheds- og sygdomsopfattelse og kønsrollemønstre, uden at mødet med borgerne domineres af en forventning om denne forskellighed (71, 30). Der vil, som i mødet med etniske danskere, være behov for at tage udgangspunkt i individet og individets omstændigheder, ressourcer, forventninger og forudsætninger for adfærdsændringer. Ved at spørge ind til og tage udgangspunkt i deltagernes konkrete hverdag og sundhedsadfærd kan det afklares, hvilke ændringer, der er mulige og realistiske.

Den Sundhedspædagogiske Jonglør

Den Sundhedspædagogiske Jongler er en model for sundhedspædagogisk kompetenceudvikling hos sundhedsprofessionelle (31). Modellen anskuer den sundhedsprofessionelle som en sundhedspædagogisk mediator, der skal kunne jonglere mellem fire forskellige roller i gruppesammenhæng:

- **Favner:** Den empatiske sundhedsprofessionelle
- **Facilitator:** Den styrende sundhedsprofessionelle
- **Oversætter:** Den faglige sundhedsprofessionelle
- **Igangsætter:** Den inspirerende sundhedsprofessionelle

Ordet jonglør henviser til, at underviseren skal skifte mellem forskellige roller og tilpasse temaer og vidensniveau efter gruppens behov for at opnå aktiv deltagelse og engagement blandt deltagerne. Modellen er videreudviklet i regi af ph.d.-projektet Person-centered methods in group-based diabetes education (73), som konkretiserer de fire roller (se figur 3), og som indeholder et selvvurderingsværktøj for sundhedsprofessionelle til at identificere styrker og udviklingsbehov i relation til kompetenceudviklingsforløb målrettet facilitering af grupper.

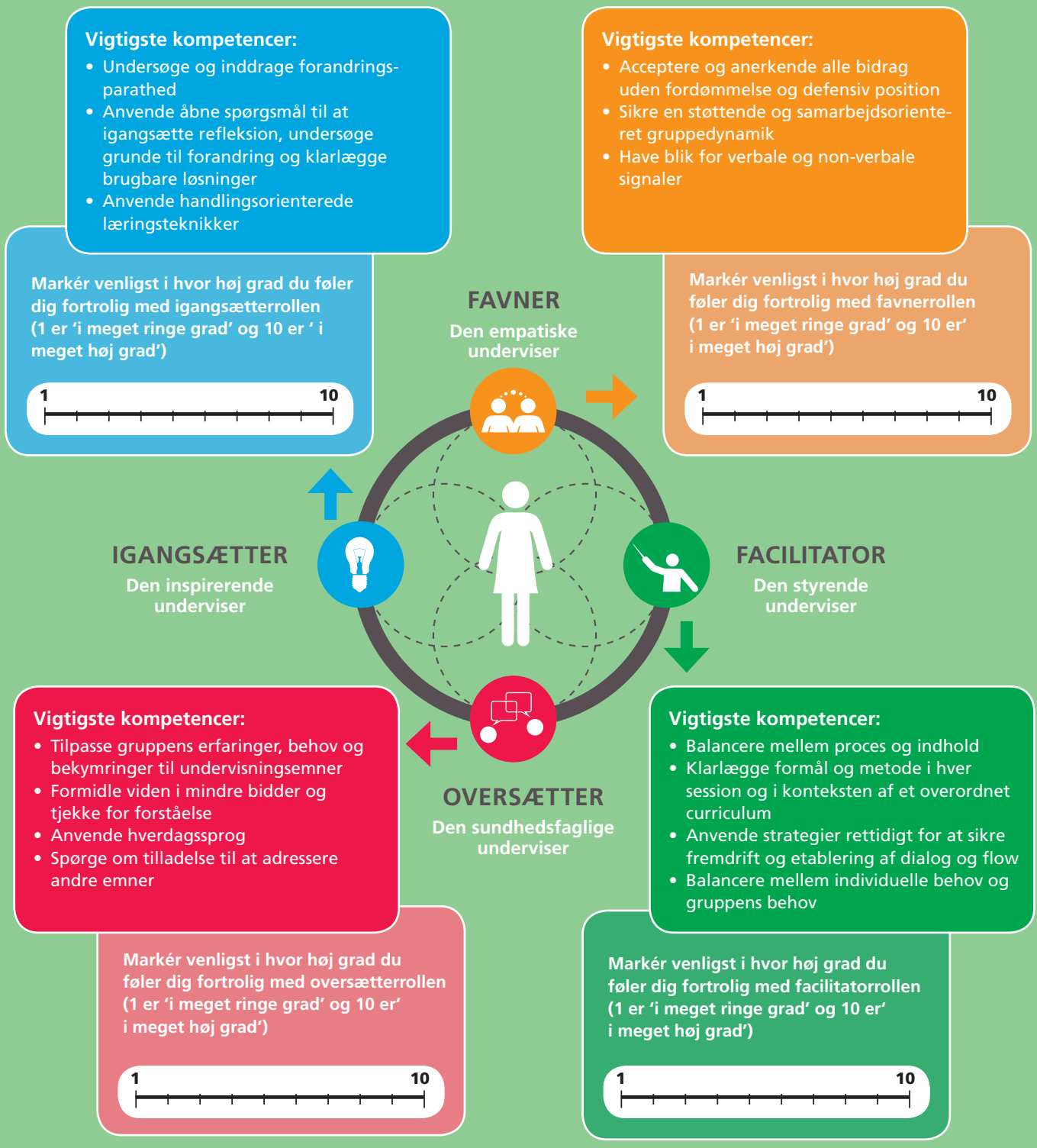
FIGUR 4.
Målsætning i empowerment processen - 5 trin:

1. Definér problemet
2. Afdæk borgerens opfattelser, tanker og følelser som kan støtte eller hindre dennes indsats
3. Identificér langsigtede mål, som borgeren skal arbejde henimod
4. Borgeren udvælger en adfærdsændring, som vil hjælpe dem med at opnå deres langsigtede mål
5. Evaluér borgerens indsats og opsummér det aftalte

Aktiv lytning

Teknikker der kan fremme 'Patient Empowerment' er f.eks. aktiv lytning, brug af åbne spørgsmål og involvering af borgeren i formulering af mål (13). Sundhedsprofessionelle foretager aktiv lytning, når de aktivt indvier borgeren i, hvordan de har opfattet budskabet i kommunikationen. Aktiv lytning begynder ofte som spejling, hvor den sundhedsprofessionelle gentager hvad borgeren har sagt og samtidig inddrager borgeren i, hvordan man opfatter budskabet i kommunikationen og spørger om tolkningen er rigtig. At sætte mål er en vigtig ingrediens i empowerment-filosofien (13). I figur 4 ses fem trin, der kan anvendes som rettesnor i arbejdet med forandring hos målgruppen.

FIGUR 3. **Vurdering af kompetencer i relation til den Sundhedspædagogiske Jonglør (31)**



MODEL OG PRINCIPPER FOR KONCEPTET CUSTOM

FIGUR 5.
5 TIPS TIL AT ARBEJDE UD FRA ET FLOURISHING MINDSET

1. Begynd hver session med at spørge: "Hvad er gået godt siden sidst vi mødtes?". Dette opfordrer borgeren til at reflektere over succeser og guider mødet i en positiv retning

2. Spørg borgeren om hun/han kan tænke på en udfordring i livet, som har været svær at klare men som lykkedes godt. Spørg gerne trin for trin, hvordan borgeren klarede den. Lyt efter hvilke strategier borgeren anvendte og spørg: "Hvordan kan du bruge denne strategi til at passe din diabetes?"

3. Når borgerens logbog gennemses, eller når aftaler om adfærdsændringer drøftes, fokusér da på, hvad hun/han gør godt, f.eks. blodsukkermålinger, der er indenfor normalområdet, eller de to grøntsager, hun/han spiser om ugen. Spørg gerne: "Hvordan gjorde du det?", og "Hvad kan du gøre for, at det sker oftere?"

4. Foreslå områder hvor forbedringer er nødvendige og bed borgeren om at identificere fokusområder og målsætninger. Borgeren har oftere succes, hvis de føler ejerskab over deres målsætninger. Snak om idéer til forbedringer og opfordr patienten til at implementere én eller to af dem. Hvis den valgte tilgang ikke er succesfuld i første omgang, er borgeren mere tilbøjelig til at engagere sig i alternative tilgange og fremtidige anbefalinger fra den sundhedsprofessionelle, såfremt de selv har fået mulighed for at vælge.

5. Vær tilstede, opmærksom og betænksom i dit møde med borgeren. Vis oprigtig nysgerrighed og interesse.

Flourishing

Den amerikanske diabetesaktivist Riva Greenberg, som selv har diabetes, er eksponent for et mindset, som hun kalder The flourishing mindset, der tager udgangspunkt i flourishing filosofien (30). Greenberg er blandt andet optaget af, hvordan sundhedsprofessionelle i praksis kan implementere mindsettet og bruge særlige teknikker. Fremfor at fokusere på sygdommen og fejl anbefaler Greenberg, at den sundhedsprofessionelle tager afsæt i de positive oplevelser og erfaringer, folk bringer med sig, og fokuserer på de aspekter i borgerens liv, som fungerer godt og som kan bygges videre på (30). Figur 5 viser tips fra Greenberg i relation til implementering i praksis.

Værktøjer og implementering

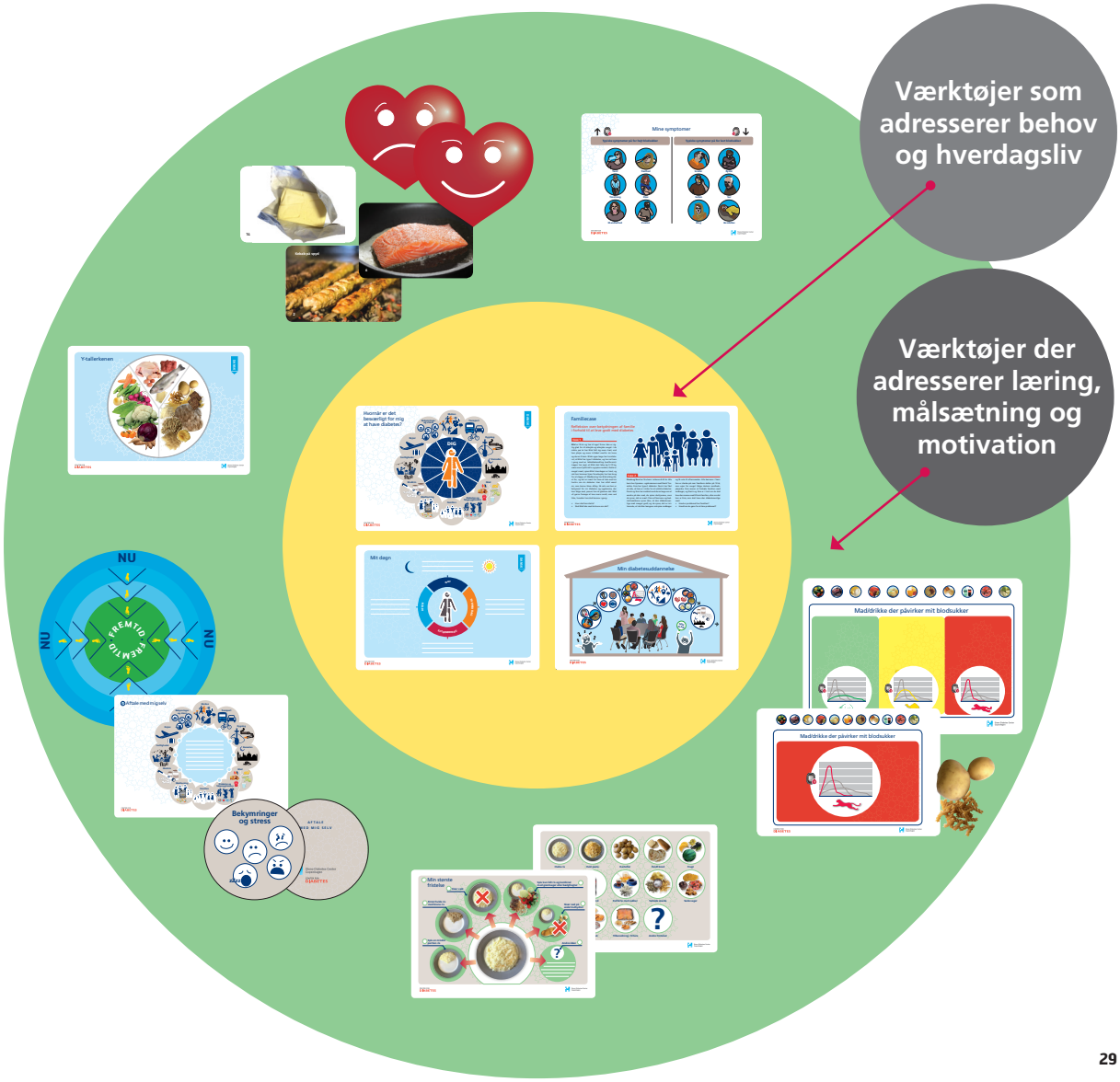
Det er hensigten, at værktøjer i denne guide kan anvendes i såvel individuelle som gruppe-baserede uddannelsesaktiviteter målrettet etniske minoriteter med type 2 diabetes. Værktøjerne er således en støtte til arbejde med den personcentrerede tilgang. Figur 6 viser værktøjerne, som er inddelt i 2 kategorier. Værktøjer som adresserer behov og hverdagsliv, og værktøjer der adresserer læring, målsætning og motivation (Figur 6).

Rammen for diabetesuddannelse kan variere betydeligt afhængigt af målet med uddannelsesaktiviteten og tilgængelige ressourcer. De indivi-

duelle sessioner kan placeres både før, under og efter et gruppebaseret forløb. Gruppebaserede forløb har typisk 4-6 mødegange, og de enkelte sessioner er bygget op omkring temaer som diabetesviden og komplikationer, mental sundhed, mad, bevægelse, Ramadan, medicin mv. Undervisserne består som regel af et tværfagligt team med både en diætist, sygeplejerske, fysioterapeut og evt. en sundhedsformidler.

Der kan ikke anbefales én bestemt model for, hvordan diabetesuddannelse til etniske minoriteter skal implementeres, og hvilke værktøjer der skal integreres i uddannelsen, da det er vigtigt at tilpasse et uddannelseskoncept til den lokale kontekst. Derimod peger dette koncept på en række principper, som er væsentlige for effektiv og acceptabel diabetesuddannelse. Disse principper beskrives i det følgende afsnit.

FIGUR 6. **CUSTOM værktøjer**



Principper for diabetesuddannelse til etniske minoriteter:

I det følgende beskrives principper for anvendelse af værktøjerne i praksis.

MINDSET

Værktøjer kan støtte at:

- professionelle benytter en personcentreret tilgang
- professionelle arbejder ud fra en samarbejdsorienteret tilgang til borgere

FLOURISHING

Værktøjer kan medvirke til at:

- fokusere på borgerens succesoplevelser
- fokusere på borgerens ressourcer
- reducere følelsen 'learned helplessness' (indlært hjælpeløshed) hos borgere

INDHOLD

Værktøjer kan medvirke til at:

- basere temaer i undervisningen på målgruppens behov og præferencer
- være orienteret mod hverdagsudfordringer
- adressere både biologiske, sociale og psykologiske dimensioner af diabetes
- rumme kompleksiteten i relation til at håndtere diabetes i hverdagen
- tilpasse vidensniveau og abstraktion til målgruppen

MÅLGRUPPER

Værktøjer kan medvirke til at tage højde for følgende:

- forskellige læringsstile
- forskellige forudsætninger og ressourcer
- forskellige præferencer og behov

ROLLER

Værktøjer kan have til hensigt at:

- fremme samarbejdet mellem sundheds-professionel, tolk og/eller sundhedsformidler
- smidiggøre kommunikation, hvor der indgår tolk og/eller sundhedsformidler
- give sundhedsformidleren en klar og veldefineret rolle i uddannelsen

SOCIAL KOMPONENT

Værktøjer kan bruges til at:

- fremme spejling mellem borgere i forbindelse motivation og erfaringer
- fremme sociale udvekslinger og støtte mellem borgere

FOKUS PÅ FORANDRINGSPROCES

Værktøjer kan fremme at:

- afklare individuelle og gruppemæssige udfordringer og behov ift. diabetes
- skabe fokus på forandring og motivation i uddannelsesforløb

LITTERATUR

LITTERATUR

1. **Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al.** National standards for diabetes self-management education and support. The Diabetes Educator. 2012;38(5):619-29.

2. **Sundhedsstyrelsen.** Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering. København; 2009.

3. **Eskildsen NB, Biswas D, Ahlmark N.** Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner. Statens Institut for Folkesundhed; 2012.

4. **Creamer J, Attridge M, Ramsden M, Cannings-John R, Hawthorne K.** Culturally appropriate health education for Type 2 diabetes in ethnic minority groups: an updated Cochrane Review of randomized controlled trials. Diabetic Medicine. 2016;33(2):169-83.

5. **Grøn L, Franck EB, Rahbek LEB, Nielsen M, Buch MS.** Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora. Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

6. **Hempler NF, Nicic S, Ewers B, Willaing I.** Dietary education must fit into everyday life: a qualitative study of people with a Pakistani background and type 2 diabetes. Patient Preference and Adherence. 2015;9:347-54.

7. **Hempler NF, Ewers B.** Development of culturally sensitive dialog tools in diabetes education. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2015;19(1):178.

8. **Ahlmark N.** Control and recognition in diabetes management: Social practices and meaning surrounding diabetes management in training and everyday life of Arab immigrants in Denmark. PhD thesis; 2015.

9. **Sundhedsstyrelsen.** Styrket indsats for mennesker med diabetes: fagligt oplæg til en national handlingsplan 2017-2020. København; 2017.

10. **Attridge M, Creamer J, Ramsden M, Cannings-John R, Hawthorne K.** Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014(9).

11. **Garad RM.** Health literacy driving health engagement in the pluralist context of migrant health in Australia. Deakin University; 2017.

12. **Zou P, Parry M.** Strategies for health education in North American immigrant populations. International Nursing Review. 2012;59(4):482-8.

13. **Funnell MM, Anderson RM.** Empowerment and self-management of diabetes. Clinical Diabetes. 2004;22(3):123-7.

14. **Mian SI, Brauer PM.** Dietary education tools for South Asians with diabetes. Can J Diet Pract Res. 2009;70(1):28-35.

15. **Resnicow K, Baranowski T, Ahluwalia JS, Braithwaite RL.** Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. Ethn Dis. 1999;9(1):10-21.

16. **Szczepura A.** Access to health care for ethnic minority populations. Postgrad Med J. 2005;81(953):141-7.

17. **Sodemann M.** Sårbar? Det kan du selv være. Sundhedsvæsenets rolle i patienters sårbarhed. 2018. Bogen kan gratis downloades i pdf-format på www.ouh.dk/indvandrerklinik.

18. **Varming AR, Hansen UM, Andrésdóttir G, Husted GR, Willaing I.** Empowerment, motivation, and medical adherence (EMMA): the feasibility of a program for patient-centered consultations to support medication adherence and blood glucose control in adults with type 2 diabetes. Patient Preference and Adherence. 2015;9:1243-53.

19. **Varming AR, Andrésdóttir G, Engelund G, Jelstrup L, Persson FI.** EMMA: Empowerment, Motivation & Medical Adherence - Dialogværktøj til diabeteskonsultationer. Steno Center for Sundhedsfremme; 2013.

20. **Danmarks Statistik.** Indvandrere i Danmark. København; 2017.

21. **Bjerre J, Lavrsen L, Larsen D, Olsen AL, Quitzau J, Møller B.** Indvandrere i Danmark 2017. Danmarks Statistik; 2017.

22. **Andersen GS, Kamper-Jørgensen Z, Carstensen B, Norredam M, Bygbjerg IC, Jørgensen ME.** Diabetes among migrants in Denmark: Incidence, mortality, and prevalence based on a longitudinal register study of the entire Danish population. Diabetes Research and Clinical practice. 2016;122:9-16.

23. **Tillin T, Forouhi N, Johnston DG, McKeigue PM, Chaturvedi N, Godsland IF.** Metabolic syndrome and coronary heart disease in South Asians, African-Caribbeans and white Europeans: a UK population-based cross-sectional study. Diabetologia. 2005;48(4):649-56.

24. **Holmboe-Ottesen G, Wandel M.** Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. Food & Nutrition Research. 2012;56.

25. **Kristensen M, Krasnik A.** Sundhedsprofessionelles udfordringer i mødet med etniske minoritetspatienter. Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen – en antologi: Sundhedsstyrelsen; 2010.

LITTERATUR

26. **Brown T.** Design thinking. Harvard Business Review. 2008;86(6):84-92, 141.

27. **Brown T, Wyatt J.** Design Thinking for Social Innovation. Development Outreach. 2010;12(1):29-43.

28. **Alvesson M, Sköldberg K.** Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research: SAGE Publications; 2009.

29. **Nutbeam D.** Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-267.

30. **Greenberg R, Bertsch, B.** A flourishing approach to mental health in patient with diabetes. 2013:33-6.

31. **Engelund G, Hansen UM, Willaing I.** "The Health Education Juggler": Development of a model describing educator roles in participatory, group-based patient education. Health Education. 2014;114(5):398-412.

32. **Jakobsen IH.** En kvantitativ analyse med fokus på socioøkonomisk og social position. Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen - en antologi. Sundhedsstyrelsen; 2010.

33. **Nielsen SS, Hempler NF, Waldorff FB, Kreiner S, Krasnik A.** Is there equity in use of healthcare services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes? Scandinavian Journal of Public Health. 2012;40(3):260-70.

34. **Nielsen SS, Hempler NF, Krasnik A.** Issues to Consider When Measuring and Applying Socioeconomic Position Quantitatively in Immigrant Health Research. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2013;10(12):6354-65.

35. **Hempler NF.** Cardiovascular disease by country of birth. Social inequalities in incidence, use of hospital services and medical treatment, PhD thesis; 2011.

36. **Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al.** Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013;13:948.

37. **WHO.** Health Promotion Glossary. WHO; 1998.

38. **Begoray DL, Gillis D., Rowlands G.** Health literacy in context, international perspectives (Public health in the 21st century series). Hauppauge, New York: Nova Science; 2012.

39. **Fransen M, Harris VC, Essink-Bot ML.** Low health literacy in ethnic minority patients: understandable language is the beginning of good healthcare. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. 2013;157(14).

40. **Christy SM, Gwede CK, Sutton SK, Chavarria E, Davis SN, Abdulla R, et al.** Health Literacy among Medically Underserved: The Role of Demographic Factors, Social Influence, and Religious Beliefs. Journal of Health Communication. 2017;22(11):923-31.

41. **Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI.** Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

42. **Hempler NF, Joensen LE, Willaing I.** Relationship between social network, social support and health behaviour in people with type 1 and type 2 diabetes: cross-sectional studies. BMC Public Health. 2016;16(1):198.

43. **Singhammer J, Storgaard SF, Mygind A, Blom A, Hempler NF, Breddam E, et al.** Etniske minoriteters sundhed. Region Midtjylland: Center For Folkesundhed, Region Midtjylland; 2008.

44. **Syed HR, Dalgard S, Hussain A, Dalen I, Claussen B, Ahlberg NL.** Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. International Journal for Equity in Health. 2006;5(7).

45. **Sundquist J, Bayard-Burfield L, Johansson LM, Johansson SE.** Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. J Nerv Ment Dis. 2000;188(6):357-65.

46. **Tinghog P, Hemmingsson T, Lundberg I.** To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42(12):990-6.

47. **Sidhu R, Tang TS.** Diabetes Distress and Depression in South Asian Canadians with Type 2 Diabetes. Can J Diabetes. 2017;41(1):69-72.

48. **Kim G, Shim R, Ford KL, Baker TA.** The relation between diabetes self-efficacy and psychological distress among older adults: do racial and ethnic differences exist? Journal of Aging and Health. 2015;27(2):320-33.

49. **Joo J, Lee H.** Barriers to and facilitators of diabetes self-management with elderly Korean-American immigrants. International Nursing Review. 2016;63(2):277-84.

50. **O'Brien T, Denham SA.** Diabetes care and education in rural regions. The Diabetes Educator. 2008;34(2):334-47.

LITTERATUR

51. **Hu J, Wallace DC, McCoy TP, Amirehsani KA.** A family-based diabetes intervention for Hispanic adults and their family members. The Diabetes Educator. 2014;40(1):48-59.

52. **Thabit H, Shah S, Nash M, Brema I, Nolan J, Martin G.** Globalization, immigration and diabetes self-management: an empirical study amongst immigrants with type 2 diabetes mellitus in Ireland. QJM: An International Journal of Medicine. 2009;102(10):713-20.

53. **Reyes J, Tripp-Reimer T, Parker E, Muller B, Laroche H.** Factors Influencing Diabetes Self-Management Among Medically Underserved Patients With Type II Diabetes. Global qualitative nursing research. 2017;4:2333393617713097.

54. **Daly JM, Xu Y, Levy BT, Bedell DA, Marquardt MD, Vonderhaar KM, et al.** Implementation of a diabetes management program for patients in a rural primary care office. Journal of Primary Care & Community Health. 2012;3(2):88-98.

55. **Cherrington AL, Willig AL, Agne AA, Fowler MC, Dutton GR, Scarinci IC.** Development of a theory-based, peer support intervention to promote weight loss among Latina immigrants. BMC Obesity. 2015;2(1):17.

56. **Fritz H, DiZazzo-Miller R, Bertran EA, Pociask FD, Tarakji S, Arnetz J, et al.** Diabetes self-management among Arab Americans: patient and provider perspectives. BMC International Health and Human Rights. 2016;16(1):22.

57. **Mayberry LS, Berg CA, Harper KJ, Osborn CY.** The design, usability, and feasibility of a family-focused diabetes self-care support mHealth intervention for diverse, low-income adults with type 2 diabetes. Journal of Diabetes Research. 2016;2016.

58. **Nam S, Song H-J, Park S-Y, Song Y.** Challenges of diabetes management in immigrant Korean Americans. The Diabetes Educator. 2013;39(2):213-21.

59. **Wittrup I, Kristensen JK.** Diabeteskole for etniske minoriteter i nærmiljøet. Center For Folkesundhed, Region Midtjylland; 2008.

60. **Hu J, Amirehsani KA, Wallace DC, McCoy TP, Silva Z.** A family-based, culturally tailored diabetes intervention for Hispanics and their family members. The Diabetes Educator. 2016;42(3):299-314.

61. **Shepherd-Banigan M, Hohl SD, Vaughan C, Ibarra G, Carosso E, Thompson B.** "The Promotora Explained Everything" Participant Experiences During a Household-Level Diabetes Education Program. The Diabetes Educator. 2014;40(4):507-15.

62. **Kunz S, Ingram M, Piper R, Wu T, Litton N, Brady J, et al.** Rural Collaborative Model for Diabetes Prevention and Management: A Case Study. Health Promotion Practice. 2017;18(6):798-805.

63. **Heuer L, Lausch C, Bergland J.** The perceptions of diabetes lay educators working with migrant farmworkers. Online Journal of Rural Nursing and Health Care. 2012;6(1):63-73.

64. **Alzubaidi H, Mc Namara K, Browning C.** Time to question diabetes self-management support for Arabic speaking migrants: exploring a new model of care. Diabetic Medicine. 2017;34(3):348-55.

65. **Philis-Tsimikas A, Fortmann A, Lleva-Ocana L, Walker C, Gallo LC.** Peer-led diabetes education programs in high-risk Mexican Americans improve glycemic control compared with standard approaches: a Project Dulce promotora randomized trial. Diabetes Care. 2011;34(9):1926-31.

66. **Lujan J, Ostwald SK, Ortiz M.** Promotora diabetes intervention for Mexican Americans. The Diabetes Educator. 2007;33(4):660-70.

67. **Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Rojas-García A, Pastor G, Rodríguez-Barranco M, Gonçalves DC.** Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ethnic minority groups: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. BMC Endocrine Disorders. 2014;14(1):60.

68. **Ahmadi Z, Sadeghi T, Loripoor M.** The outcomes of peer-led diabetes education in comparison to education delivered by health professionals in Iranian patients. Health Education Research. 2017.

69. **Ballotari P, Ferrari F, Ballini L, Chiarenza A, Manicardi V, Rossi PG.** Lifestyle-tailored interventions for South Asians with type 2 diabetes living in high-income countries: a systematic review. Acta Diabetologica. 2017;54(8):785-94.

70. **Ringgaard EM.** Tolkeguide: Håndbog om tolkning i den kommunale indsats: Social-og Integrationsministeriet; 2012.

71. **Fleron SL.** Tre er et umage par: En undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet. Center For Folkesundhed, Region Midtjylland; 2008.

72. **Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S.** Empowerment, patient centred care and self-management. Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy. 2014;17(3):303-10.

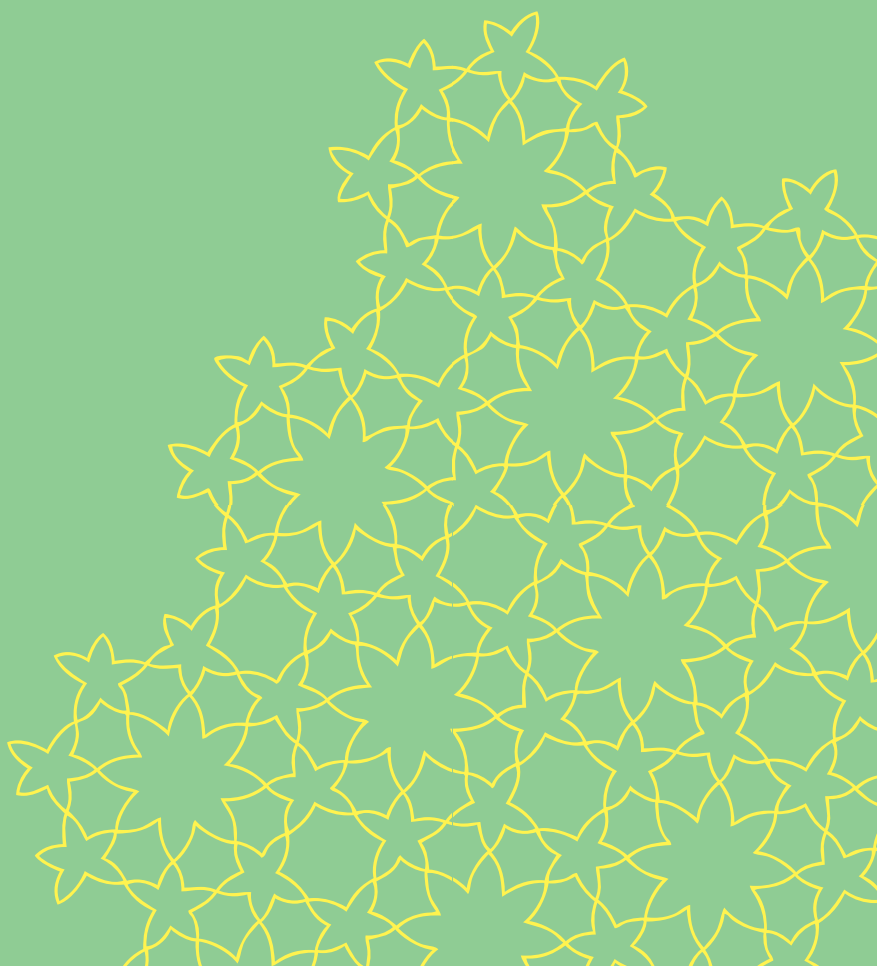
73. **Stenov V, Wind G, Skinner T, Reventlow S, Hempler NF.** The potential of a self-assessment tool to identify healthcare professionals' strengths and areas in need of professional development to aid effective facilitation of group-based, person-centered diabetes education. BMC Medical Education. 2017;17(1):166.

LITTERATUR

74. **Sabourin BC, Pursley S.** Psychosocial Issues in Diabetes Self-Management: Strategies for Healthcare Providers. Canadian Journal of Diabetes. 2013;37(1):36-40.

75. **Funnell MM, Tang TS, Anderson RM.** From DSME to DSMS: Developing Empowerment-Based Diabetes Self-Management Support. Diabetes Spectrum. 2007;20(4):221-6.

76. **Rashid I.** Kulturforståelse i Praksis - Indsigt som et redskab. Pfizer Danmark; 2013.



Nærværende koncept hedder CUSTOM
(CUlturally Sensitive TOols and Methods)
og er udviklet i et samarbejde mellem
Center for Diabetes, Københavns Kommune og
Steno Diabetes Center Copenhagen, Region H

CENTER FOR DIABETES

REGION H Steno Diabetes Center Copenhagen

KØBENHAVNS KOMMUNE