

Forebyggelse af diabetes blandt
migranter med
ikke-vestlig baggrund og
tidligere graviditetsdiabetes
- et idékatalog



**Steno Diabetes Center
Copenhagen**

Forebyggelse af diabetes blandt migranter med ikke-vestlig baggrund og tidligere graviditetsdiabetes – et idékatalog

© Steno Diabetes Center Copenhagen, Center for Diabetes (Københavns Kommune)

Udgivelsen kan frit anvendes med tydelig kildeangivelse.

Forfattere:

Stine Bagger, Karoline Kragelund Nielsen, Amanda Grønberg Vrå, Helle Terkildsen Maindal & Jens Aagaard-Hansen.

Sundhedsfremme Forskning, Steno Diabetes Center Copenhagen.

Rapporten er udarbejdet af Steno Diabetes Center Copenhagen i samarbejde med Center for Diabetes, finansieret af Steno Diabetes Center Copenhagen's supplerende behandlingsmidler.

Versionsdato: Juni 2020

Design og layout: Nicklas Bunck Sørensen Andersen

ISBN elektronisk udgave: 978-87-92759-35-1

Indholdsfortegnelse

Introduktion	4
Baggrund	6
Vigtige opmærksomhedspunkter	7
1. Motivation og positiv risikobevidsthed	7
2. Rekruttering og udeblivelser	8
3. Støttende private relationer	9
4. Støttende professionelle relationer	10
5. Sociale aspekter af mad	11
6. Tilvænning til et nyt samfund	11
7. Psykiske og fysiske udfordringer	12
8. Brug af sundhedspædagogiske redskaber	14
Afrunding	16
Bilag 1: Baggrundsinformation om pilotprojektet	17

Introduktion

Kvinder med tidligere graviditetsdiabetes er i høj risiko for at udvikle diabetes på sigt. Forebyggelsestiltag målrettet denne gruppe er derfor vigtigt. Kvinder, der tilmed er migreret fra et ikke-vestligt land, kan have nogle udfordringer, som kan gøre dem særligt udsatte.

Gennem et toårigt projekt (fra 2018-2020) har Steno Diabetes Center Copenhagen i samarbejde med Center for Diabetes (Københavns Kommune) derfor undersøgt måder, hvorpå vi kan løfte den generelle sundhed og livskvalitet og mindske risikoen for, at målgruppen udvikler diabetes på sigt.

Målgruppen er: kvinder med tidligere graviditetsdiabetes, som er migreret til Danmark fra ikke-vestlige lande.

Formålet med dette idékatalog er at dele vores erfaringer vedrørende sundhedsfremmende indsatser for målgruppen.

Idékataloget henvender sig til sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og i kommunerne, som vil arbejde med sundhedsfremmende indsatser for målgruppen, og skræddersy dem til den aktuelle kontekst.

Resultaterne udspringer af en kvalitativ undersøgelse og mindre pilottests, og afspejler tendenser blandt de medvirkende.

Datagrundlag

Det data, vi har anvendt, er:

- Interviewundersøgelse: 11 interviews med sundhedsprofessionelle og 11 interviews med kvinder fra målgruppen
- Pilottest af indsats 1, som består af tre spor: En sundhedsuddannelse, en mentorordning og en app
- Pilottest af indsats 2, som er en individuelt tilpasset indsats bestående af besøg og telefonmøder med en sundhedsvejleder og mulighed for brug af en app

Se bilag 1 for yderligere beskrivelse af projektet (herunder interviewundersøgelsen og indsats 1 og 2).

Idekatalogets hovedpunkter:

Motivation og positiv risikobevisthed: Målgruppen er generelt motiveret for at lære om sundhed, tabe sig i vægt og reducere risikoen for at udvikle diabetes

Rekruttering og udeblivelser: Målgruppen kan være svær at rekruttere, og er sårbar i forhold til udeblivelse. Det kræver tid og ressourcer at rekruttere indsatsdeltagere og nedbringe antallet af udeblivelser fra aftaler og indsatsaktiviteter

Støttende private relationer: Støtte fra familie, venner og medkursister kan være en afgørende forudsætning for at opnå adfærdsændringer og forebygge diabetes

Støttende professionelle relationer: Det kan styrke en forebyggende indsats, hvis de sundhedsprofessionelle foruden den egentlige 'undervisning' også får mulighed for at påtage sig en støttende 'mentor-rolle', eller etablere en sådan

Sociale aspekter af mad: Mad kan have stor symbolsk betydning hos målgruppen og gives bl.a. for at vise omsorg og kærlighed, hvilket kan gøre det svært at afslå et tilbud om mad

Tilvænning til et nyt samfund: Målgruppen kan opleve det som meget energikrævende at navigere rundt i Danmark, hvor bl.a. samfundet, normerne, sproget og vejret er anderledes

Psykiske og fysiske udfordringer: Målgruppen kan have mange psykiske og fysiske udfordringer, som kan gøre det svært at finde overskud til at deltage i en indsats og træffe sunde valg i hverdagen

Brug af sundhedspædagogiske redskaber: Brugen af visualisering, fysiske målinger og IT-teknologi kan med fordel anvendes i indsatser for målgruppen

Baggrund

Graviditetsdiabetes er en tilstand, hvor en kvinde får konstateret for højt blodsukker under graviditeten. Nogle gange skyldes det en uopdaget, allerede eksisterende diabetes, men som regel normaliseres tilstanden efter fødslen. Selv om blodsukkeret bliver normalt igen, har kvinder med tidligere graviditetsdiabetes dog en øget risiko for at udvikle diabetes senere i livet – faktisk gælder det, at cirka halvdelen af kvinderne vil have udviklet diabetes igen indenfor ca. 10 år¹.

Det er derfor vigtigt, at kvinder med tidligere graviditetsdiabetes følges efter graviditeten, dels for at holde øje med om de udvikler diabetes, og dels for at støtte dem i at leve sundt, så en eventuel type-2 diabetes diagnose udsættes eller undgås. I det danske sundhedsvæsen opdages og behandles langt de fleste kvinder med graviditetsdiabetes i løbet af graviditeten. Efter fødslen tilbydes screening gennem almen praksis, men der er ingen systematiske tilbud til sundhedsfremmende og forebyggende sundhedsadfærd.

Fra 2004 til 2015 var omkring 23% af kvinder med graviditetsdiabetes i Danmark migranter². Især migranter fra en række ikke-vestlige lande har en høj risiko for at udvikle graviditetsdiabetes. Som migrant kan der være nogle udfordringer forbundet med at finde fodfæste i et nyt samfund, og nogle migranter har tilmed nogle fysiske og psykiske udfordringer, der belaster dem yderligere. Det kan bl.a. være smertetilstande, krigstraumer eller savn af familiemedlemmer. Det er derfor ekstra vigtigt at have en særlig opmærksomhed på denne gruppe kvinder efter fødslen.

Dette idekatalog opsamler erfaringerne fra et toårigt pilotprojekt. Nedenfor fremhæver vi de vigtigste fund, både de potentialer, som man kan bygge på i fremtidige indsatser, og de udfordringer, som man bør tage højde for.

¹ Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 Diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2009; 373: 1773-9.

² Nielsen KK, Andersen GS, Damm P, Andersen AMN. Gestational diabetes risk in migrants. A nation-wide register-based study of all births in Denmark 2004-2015. J Clin Endocrinol Metab 2020, 105(3):1-12.

Vigtige opmærksomhedspunkter

Der er en række opmærksomhedspunkter, som er vigtige at have for øje i udviklingen af indsatser for målgruppen. Disse opmærksomhedspunkter er: "Motivation og positiv risikobevidsthed"; "Rekruttering og udeblivelser"; "Støttende private relationer"; "Støttende professionelle relationer"; "Sociale aspekter af mad"; "Tilvænning til fremmede omgivelser"; "Psykelige og fysiske udfordringer" og "Brug af sundhedspædagogiske redskaber". Disse punkter beskrives i det følgende sammen med forslag til, hvordan man kan tage højde for punkterne i praksis.

1. Motivation og positiv risikobevidsthed

Målgruppen er generelt motiveret for at lære om sundhed, tabe sig i vægt og reducere risikoen for at udvikle diabetes

Målgruppen virker motiveret for at lære om sundhed, reducere overvægt og opnå viden om sundhedsfremmende kostråd. Desuden giver de udtryk for, at de gerne vil have støtte og hjælp til at finde metoder, hvorpå de kan inkorporere sundhedsfremmende råd og vaner i hverdagen. Denne motivation for at opnå øget sundhed er en vigtig forudsætning for opnåelse af adfærdsændringer gennem forebyggende indsatser.

Én af forklaringerne på, at kvinderne er motiverede for at lære om sundhed og reducere overvægt, kan være, at mange af kvinderne fra målgruppen har eller har haft diabetes tæt inde på livet og i den forbindelse har kendskab til voldsomme sygdomshistorier. Det kan fx være familiemedlemmer, som enten er stærkt invaliderede eller døde som konsekvens af følgesygdomme. Disse familiemedlemmer bor typisk i kvindernes hjemland, hvor sundhedssystemet ikke altid er gearet til behandling af diabetes på samme måde som det danske, hvilket kan være én af forklaringerne på de mange voldsomme sygdomshistorier.

Sygdomshistorierne præger kvindernes opfattelse af deres egen graviditetsdiabetes-diagnose, og kan give anledning til bekymring vedrørende fremtiden. Disse bekymringer kan være med til at motivere kvinderne til at opstarte sundhedsfremmende vaner for at undgå selv at lide samme skæbne.

Det er positivt for fremtidige indsatser, at kvinderne generelt er motiverede og gerne vil reducere overvægt. De voldsomme sygdomshistorier kan eventuelt omsættes til positiv risikobevidsthed ved at lade kvindernes bekymringer omkring deres familiemedlemmers sygdomshistorier få plads fx i en undervisningssituation og i forlængelse heraf undervise i sundhedsfremmende tiltag, der mindsker risikoen for udvikling af diabetes. I denne forbindelse er det dog vigtigt at sikre at kvinderne ikke føler sig sygeliggjorte.

2. Rekruttering og udeblivelser

*Målgruppen kan være svær at rekruttere, og er sårbar i forhold til udeblivelse.
Det kræver tid og ressourcer at rekruttere indsatsdeltagere og nedbringe antallet af
udeblivelser fra aftaler og indsatsaktiviteter*

En gennemgående erfaring fra både interviewundersøgelsen og pilotindsatserne er, at rekruttering til indsatser og nedbringelse af udeblivelser – fx fra aftalte møder eller indsatsaktiviteter - kan være en stor og tidskrævende udfordring. Det er derfor vigtigt at tage højde for dette i tidsplanen op til indsatsstart og afsætte ressourcer til fastholdelse under indsatsperioden (se punkt 4).

Målgruppen kan opleve det ubehageligt og uhøfligt at sige direkte nej, da det kan opleves som en personlig afvisning af den, som spørger. Reaktionen kan derfor være, at den adspurgte indvilliger i fx at aftale et møde, men udebliver fra mødet; eller at den adspurgte forsøger at afvise uden at sige direkte nej. En del udebliver desuden, fordi de har travlt, eller fordi noget vigtigt kommer i vejen for mødet. Det kan bl.a. skyldes, at de ikke har det nødvendige overskud på grund af større fysiske og psykiske udfordringer (se punkt 7), dårlig søvn på grund af deres nyfødte baby, eller udfordringer med transporten til indsatsstedet. En del af kvinderne i pilotprojektet tog desuden på en længere rejse til deres oprindelsesland i forbindelse med deres barsel og havde derfor ikke mulighed for at deltage.

For at undgå at tidsplanen for indsatsopstart skrider, er det vigtigt at afsætte god tid til rekruttering af indsatsdeltagere. Under punkt 4 har vi et forslag til, hvordan udfordringen vedrørende udeblivelser evt. kan imødekommes ved hjælp af en tæt relation til en indsatsmedarbejder (fx. Sundhedsformidler eller mentor), som støtter kvinderne i deres deltagelse i indsatsen (se punkt 4).

3. Støttende private relationer

Støtte fra familie, venner og medkursister kan være en afgørende forudsætning for at opnå adfærdsændringer og forebygge diabetes

Målgruppen er generelt relativt 'gruppeorienteret', og støttende relationer kan have afgørende betydning for adfærdsændringer. Fx kan en støttende ægtefælle, som køber madvarer, der passer til kvindens nye kostvaner, eller telefonopkald fra en medkursist eller en mentor, have stor betydning for kvindens muligheder for adfærdsændringer. Idet målgruppen generelt er relativt 'gruppeorienteret', kan den relationelle støtte fra familie og eventuelle medkursister med fordel tænkes ind i indsatser for målgruppen.

Blandt andet derfor er det særligt vigtigt at udvikle indsatser, der favner hele familiens sundhed og understrege overfor kvinden og hendes familie, at det hun lærer, ligeledes kommer familien til gode. Desuden bør vigtige sundhedsfremmende aktører fra familien inddrages i indsatsen, så vidt det er muligt – fx kvindernes ægtefæller og ældre børn. Det kan give familiemedlemmerne viden, der er afgørende for deres motivation og mulighed for at støtte op om kvinden og familiens nye vaner.

Den enkelte kvindes ægtefælle kan være en stor ressource for hende. Men hvis indsatsen foregår i gruppesammenhæng, kan det være en fordel at finde måder, hvorpå ægtefæller inddrages, uden de indgår i gruppesammenhæng med kvinderne. Det kan nemlig give en mere anspændt stemning, når mænd og kvinder, der ikke kender hinanden, indgår i samme gruppe.

Der kan være fordele forbundet ved at lave en indsats, som foregår i en gruppesammenhæng, da det giver mulighed for at skabe et særligt "kvindeunivers", hvor fx muslimske kvinder kan smide tørklædet og tale frit om kroppens funktioner og udfordringer. Det er vores erfaring, at de hurtigt indgår i det sociale fællesskab, hvorved nye støttende venskaber kan opstå. Den fælles reference til en graviditet med graviditetsdiabetes og den høje risiko for udvikling af diabetes kan desuden styrke fællesskabet og den kollektive motivation for sundhedsfremme. En forudsætning for, at denne fortrolige stemning kan opnås i en gruppe, er, at der tages hensyn til kvindernes præferencer fx i forhold til tilstedeværelsen af mænd, og/eller at vinduer er tildækkede, hvis der er offentlig tilgang til området udenfor.

4. Støttende professionelle relationer

Det kan styrke en forebyggende indsats, hvis de sundhedsprofessionelle foruden den egentlige 'undervisning' også får mulighed for at påtage sig en støttende 'mentor-rolle', eller etablere en sådan

De sundhedsprofessionelle kan spille en afgørende rolle, hvis de foruden deres basale professionelle pligter også får mulighed for at påtage sig en bredere, socialt støttende funktion. Uanset om indsatsen finder sted i eller udenfor hjemmet, kan en positiv relation til én af de ansatte, som sætter sig ind i deltagerens situation og udfordringer, støtte op omkring fremmøde og adfærdsændringer. Støtten kan bestå i at opbygge en tillidsfuld relation til kvinden og opnå kendskab til de rammer, kvinden lever under, og hendes udfordringer og styrker i forhold til, at hun og familien kan opnå en sundere livsstil og højere livskvalitet. Denne viden kan bruges til at kvalificere vejledningen og tilpasse indsatsen til den pågældende. Støtten kan fx bestå i at ringe og sende en sms som påmindelse om eventuelle møder, aftaler eller undervisningsgange så antallet af udeblivelser mindskes.

Den støttende sociale relation kan ydes af en række forskellige faggrupper: Lønnede mentorer, frivillige mentorer, sundhedsformidlere eller andet sundhedsfagligt personale. Valget af faggruppe må afhænge af konteksten, ressourcerne og den aktuelle indsats.

En støttende social relation til en sundhedsprofessionel eller frivillig kan spille en vigtig rolle i håndteringen af psykiske udfordringer (fx depressioner eller posttraumatisk stress syndrom) (se punkt 7). Det kunne være som lyttende, fortrolig person med tavshedspligt, støtte til opstart i psykologforløb eller lignende tilbud.

Det skal dog bemærkes, at der i nogle miljøer kan være en mistillid til systemet (kommunen), som kan få indflydelse på kvindens interesse i at skabe en tæt og tillidsfuld relation til en medarbejder.

5. Sociale aspekter af mad

Mad kan have stor symbolsk betydning hos målgruppen og gives bl.a. for at vise omsorg og kærlighed, hvilket kan gøre det svært at afslå et tilbud om mad

I nogle kulturer har mad en stærk symbolsk betydning og gives bl.a. for at udtrykke omsorg og kærlighed i nære sociale relationer. Hvis man afviser den tilbudte mad (fx fordi man ønsker at tabe sig), kan det derfor blive oplevet som en personlig afvisning af denne omsorg.

En anden udfordring, som ligeledes vedrører mad, omhandler målgruppens længere rejser til hjemlandet. Her bor de typisk hos familiemedlemmer, hvor de naturligvis spiser deres fælles måltider. Som gæst kan det være meget svært at fastholde sine egne spisevaner, da man spiser det, værtsfamilien spiser, og den symbolske betydning af mad kan gøre denne udfordring endnu større. Det er ikke usædvanligt, at rejserne strækker sig over 4-8 uger, og derfor kan det have en betydning for den samlede diabetesforebyggelse. I en gruppesammenhæng kan udfordringen fx imødekommes ved at lade kvinderne dele deres egne erfaringer og tanker i forhold til at håndtere udfordringen.

Kostændringer i hjemmet kan ligeledes være en udfordring. Hvis kvindens ægtefælle og børn fx har svært ved at vænne sig til nye madvaner, kan det være svært at indføre sundhedsfremmende madvaner i hverdagen (se punkt 3). Det kan kræve vedholdenhed og energi fra kvindens side at indføre nye madvaner eller ændre på traditionelle opskrifter. Denne udfordring kan muligvis imødekommes ved at inddrage den øvrige familie i indsatsen, så de også motiveres, som foreslået under punkt 3.

6. Tilvænning til et nyt samfund

Målgruppen kan opleve det som meget energikrævende at navigere rundt i Danmark, hvor bl.a. samfundet, normerne, sproget og vejret er anderledes

Det kan være belastende og meget energikrævende at navigere rundt i Danmark, hvor samfundet, sundhedssystemet, normerne, sproget og vejret er anderledes. Hvis kendskabet til samfundet og sproget er begrænset, kan kvinderne have svært ved at tage bussen, udfylde blanketter til det offentlige eller finde de rette fødevarer i supermarkedet (hvor posen med sukker til forveksling ligner posen med mel). Som nyankommen til Danmark kan selv de simpleste gøremål derved være tids- og energikrævende og give anledning til bekymring og frustration.

Dertil kommer det danske vejr, som ligeledes kræver tilvænning. Nogle af kvinderne kommer fra lande, hvor temperaturen kan være op til 40 grader, og de er ikke vant til at opholde sig udendørs i kulde og regn. For nogle af kvinderne kan vejret således også være en årsag til udeblivelser fra eventuelle indsatsaktiviteter, og det kan føre til en højere grad af 'passivitet' i de kolde og våde måneder. Hvis rammerne tillader det, kan man derfor overveje at afvikle en indsats i de varmere måneder (vær dog opmærksom på at en del af målgruppens kvinder tager på længere rejser til hjemlandet i forbindelse med sommerferien).

En anden måde at imødekomme udfordringen på er ved at undervise i bevægelsesaktiviteter, der kan udføres i hjemmene, så den våde og kolde tid kan kombineres med mere fysisk aktivitet.

Målgruppen kendetegnes ligeledes ved, at familiens økonomi ofte er dårlig. Migrantbaggrunden og det begrænsede kendskab til samfundet og det danske sprog kan være en barriere, når man søger job. Desuden kommer nogle af kvinderne fra lande, hvor ansvaret for familiens indtægt primært hviler på ægtefællen, mens kvinden har ansvaret for hjemmet og børnene. Fysiske og psykiske udfordringer kan ligeledes være en hæmsko i forhold til mulighederne for at få og passe et job (se punkt 7).

I forbindelse med udviklingen af indsatser for målgruppen bør økonomiske belastninger til fx transport og p-plads betaling undgås. Dette kan imødekommes ved at tænke i fri parkering, eller at afvikle indsatser så lokalt som muligt.

Flere af disse tilvænnings udfordringer aftager med tiden, men selv efter mange år i Danmark kan landet og systemet opleves som fremmed. Men udfordringerne kan i nogle tilfælde fylde så meget i kvindernes liv, at det kan give mening at inkorporere samfundslære i en indsats, eller individuel vejledning omkring specifikke udfordringer, der knytter sig til begrænset kendskab til samfundet og det danske sprog.

7. Psykiske og fysiske udfordringer

Målgruppen kan have mange psykiske og fysiske udfordringer, som kan gøre det svært at finde overskud til at deltage i en indsats og træffe sunde valg i hverdagen

De psykiske og fysiske udfordringer kan fx være posttraumatisk stress eller smertetilstande. De kan resultere i, at forebyggelse af diabetes ofte kommer langt nede på listen over prioriteter. Derfor er der behov for at have det brede sundhedsperspektiv for øje. Sundhedsfremme blandt disse kvinder forudsætter, at de udfordrende livsvilkår kan rummes og tænkes ind i indsatserne for målgruppen.

Svære psykiske udfordringer er udbredte blandt målgruppen og deres familier. Det kan dreje sig om depressioner eller ubehandlede traumer ifm. krig, indvandring eller aktuelle svære situationer. Hvis en person har behov for psykologhjælp, er det i nogle migrant-grupper forbundet med stor skam. Det kan resultere i, at de psykiske udfordringer ikke italesættes, hvorved støtte ikke opnås.

For nogle af kvinderne (og særligt de nyankomne til Danmark) kan ensomhed være et problem, og i nogle tilfælde kan det være et resultat af social kontrol. Nogle af kvinderne savner hjemlandet og den familie de er rejst fra, og nogle føler savnet af deres mor ekstra stærkt i en situation, hvor de selv er blevet mødre. Relationen til familie-medlemmerne i hjemlandet er dog blevet markant tættere i takt med de sociale mediers fremgang, men den fysiske afstand til de nærmeste relationer i hjemlandet kan stadig være psykisk belastende.

Kvinderne vil ofte have et netværk i Danmark knyttet til deres oprindelsesland, hvor de fleste har kendskab til hinandens familieforhold. I de forskellige miljøer kan der være en tendens til, at nyheder og rygter spredes hurtigt. Dette kan føre til yderligere psykisk pres, hvis livet ikke former sig, som man selv og omgivelserne havde forventet og ønsket. Konsekvensen kan blive, at kvinderne forsøger at skjule eventuelle udfordringer, hvilket mindsker mulighederne for at opnå hjælp ad de relevante kanaler. Derfor har nogle af kvinderne et ønske om at få hjælp og støtte fra personer udenfor miljøet.

Kvinderne har mange forskellige livsvilkår og forudsætninger. Det er derfor afgørende, at der tages udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes situation, og at der afsættes den nødvendige tid og ressourcer til at skabe den tillid, det kræver. Det kan fx ske ved at lave individuelle forløb, hvor indsatsen foregår i deltagerens hjem, så det tidsmæssigt kan tilpasses den enkeltes situation og prioriteter. Men fordelene ved gruppetilgangen, hvor kvinderne kan profitere af eventuelle nye sociale relationer, opnås ikke ved denne tilgang.

8. Brug af sundhedspædagogiske redskaber

Brugen af visualisering, fysiske målinger og IT-teknologi kan med fordel anvendes i indsatser for målgruppen

Man kan overveje at bruge forskellige hjælpemidler og redskaber i de sundhedsfremmende indsatser. Det kan være brug af fysiske genstande, billeder, fysiske målinger og IT-teknologi. I den forbindelse vil vi dele nogle erfaringer med målgruppens brug af hjælpemidler og redskaber.

Brug af fysiske genstande og billeder frem for tekst

Da kvinder fra målgruppen kan have begrænsede danskundskaber, kan 'grafiske redskaber' med fordel anvendes i formidlingen. For eksempel kan en eventuel undervisningsoversigt illustreres med billeder, der repræsenterer de enkelte undervisningsgange. Forskellige madvarer og remedier kan også inddrages i undervisningen, så undervisningen ikke primært baseres på det skriftlige, men i udstrakt grad tager udgangspunkt i brug af fysiske genstande, billeder og fotos.

I forbindelse med madlavning, hvor deltagerne selv laver mad, er det en fordel at inddele deltagerne efter madkultur. Hvis der ikke er nok deltagere til inddeling efter madkultur, kan man evt. nøjes med at spise en simpel frokost sammen og ved den anledning snakke om generelle råd om madvarerne på bordet, som gælder for alle madkulturer.

I den forbindelse kan viden og praktiske råd om maden inkorporeres, fx viden om fiskepålæg, fuldkorn, T eller Y modellen (en model, der illustrerer den anbefalede mængde af kød, grønt og stivelsesprodukter på en tallerken), brug af forskellige typer mel, alternativer til sukkerholdige morgenmadsprodukter og kendskab til nøglehulsmærker og fuldkornsmærker.

Hvis underviseren anbefaler brugen af bestemte fødevarer, kan en fælles tur til supermarkedet anbefales, så kvinderne ser, i hvilken butik og hvor i butikken varerne kan findes. Hvis der er behov for inspiration til sunde retter, som relaterer sig til forskellige madkulturer, kan kokebogen 'Hjertevarm mad' anbefales. Kokebogen er lavet af Hjerteforeningen og Bydelsmødrene (som er en frivillig organisation for kvinder med migrantbaggrund).

Fysiske målinger

Kvinderne finder det motiverende at blive vejjet. Det skal dog ske under 'private' forhold, fx med nedrullede gardiner, hvor der kun er kvinder (samt evt. kvindens ægtefælle) til stede.

Under disse forhold oplever kvinderne det typisk ikke som grænseoverskridende at blive vejjet og målt. Vejningerne kan bidrage til at motivere deltagerne til at yde en ekstra indsats for at tabe sig, og vejningerne er noget, de ser frem til.

IT-teknologi

Der findes mange teknologiske hjælpemidler til sundhedsfremmende arbejde. I den forbindelse har vi undersøgt målgruppens muligheder og barrierer ved brug af en app til understøttelse af adfærdsændringer. Specifikke IT-løsninger skal afprøves yderligere med målgruppen med henblik på, om de enkelte IT-løsninger appellerer til dem. Umiddelbart kan vi dog konstatere, at det tekniske ikke volder nogle problemer, og at de primære funktioner i den dansksprogede app, som vi har afprøvet, kan anvendes af kvinder med begrænsede danskkundskaber. Vores erfaring er, at individuel sundhedsvejledning med fordel kan kombineres med en app til understøttelse af adfærdsændringer.

Afrunding

En sundhedsfremmende indsats blandt kvinder med tidligere graviditetsdiabetes, der er migreret til Danmark fra ikke-vestlige lande, er meget påkrævet. Det er en gruppe med særlige ressourcer og særlige udfordringer. Vi har afdækket og undersøgt en række faktorer, som er af afgørende betydning for sundhedsfremmende arbejde med denne målgruppe.

Indsatser bør altid tilpasses målgruppen. Vi anbefaler, at der ved udvikling af indsatser til disse kvinder tages udgangspunkt i et bredt sundhedsbegreb, som ikke kun tager udgangspunkt i mad og bevægelsesvaner, men som kan rumme deres mange sundhedsmæssige og sociale udfordringer. Desuden bør indsatserne være let tilgængelige og ikke kræve særlige ressourcer at deltage i.

Projektet har høstet en række erfaringer med, hvad der virker og ikke virker. Men det har også rejst en række nye spørgsmål, som fremtidige projekter forhåbentligt kan være med til at kaste lys over. Vi har gennem projektet set, at det sociale og sundhedsmæssige ikke kan adskilles i arbejdet med målgruppen, og at der blandt målgruppen er behov for, at social- og sundhedssektoren arbejder sammen for at løfte målgruppens sundhed og muligheder for at forebygge diabetes. Fremtidige projekter kan være med til at kaste lys over, hvordan man bedst får dette samarbejde til at fungere. Desuden er der mange ressourcer at hente i samarbejdet med civilsamfundsorganisationer, som fx Bydelsmødrene, som i et potentielt samarbejde ligeledes kan bidrage til den holistiske tilgang til sundhedsfremme, som er påkrævet i arbejdet med målgruppen.

Vi håber nærværende idekatalog har været med til at give et indblik i nogle muligheder og udfordringer, der kan gøre sig gældende blandt målgruppen i relation til sundhedsfremme. Anbefalingerne skal ses som inspiration, og konteksten og rammerne er helt afgørende for, hvilke anbefalinger eller informationer der er relevante at tænke ind i en indsats i de forskellige sammenhænge.

Bilag 1: Baggrundsinformation om pilotprojektet

Dette idekatalog er udarbejdet på baggrund af data indsamlet gennem et pilotprojekt udarbejdet og gennemført af Sundhedsfremme Forskning, Steno Diabetes Center Copenhagen i samarbejde med Center for Diabetes i København. Projektet består af en interviewundersøgelse samt to pilottestede sundhedsfremmeindsatser for målgruppen.

Interviewundersøgelsen:

Interviewundersøgelsen havde til formål at indsamle viden om målgruppens sygdomsopfattelser i relation til deres tidligere graviditetsdiabetes diagnose og hvilke behov, muligheder og udfordringer målgruppen oplevede i forhold til at opnå adfærdsændringer eller fastholde en sund livsstil. Der blev i interviewundersøgelsen indsamlet erfaringer og perspektiver fra to grupper: 1) relevante sundhedsprofessionelle og 2) kvinder med tidligere graviditetsdiabetes, som er migreret til Danmark fra Afrika, Mellemøsten eller Asien.

Gruppe 1 bestod af 11 sundhedsprofessionelle med relevante erfaringer fra deres arbejde med målgruppens sundhed. De sundhedsprofessionelle blev rekrutteret fra sundhedssystemet og kommunale indsatser og tilbud, og de repræsenterede følgende faggrupper: sygeplejersker (2), sundhedsformidlere (2), cheffjordmoder, chef for sundhedsplejen, sundhedsplejerske, diætister (2), fysioterapeut og projektleder for mentorordning. Gruppe 2 bestod af 11 kvinder, der er migreret til Danmark fra Afrika, Mellemøsten eller Asien og tidligere har haft graviditetsdiabetes. De fleste kvinder blev rekrutteret gennem obstetrisk afdeling på Rigshospitalet og gennem 'Bydelsmødrene', der er en frivillig social indsats for kvinder med migrantbaggrund. Men rekrutteringen skete også gennem andre sociale organisationer for kvinder med migrantbaggrund og gennem praktikere fra Center for Diabetes' netværk.

Interviewene blev gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide og var af 45-110 minutters varighed. Interviewene blev optaget på en diktafon og derefter transskriberet og kodet i relevante temaer.

Sundhedsfremmeindsats 1 og 2:

Indsats 1 og 2 havde begge til formål at fremme målgruppens sundhed og livskvalitet og reducere risikoen for at udvikle diabetes. Begge indsatser blev udarbejdet på baggrund af data fra interviewundersøgelsen.

Indsats 1 havde tre spor, der kørte sideløbende: 1) sundhedsuddannelse, 2) mentorforløb, 3) sundhedsappen Liva. I spor 1 fik deltagerne en sundhedsuddannelse målrettet de behov, udfordringer og muligheder, der blev identificeret i interviewundersøgelsen.

Sundhedsuddannelsen foregik på Center for Diabetes i København og undervisningen blev udført af sundhedsfagligt personale fra Center for Diabetes, der alle havde været involveret i udviklingen af indsatsen. Sundhedsuddannelsen bestod af 5 undervisningsgange af 3 timers varighed med forskellige temaer relateret til enten livsglæde, madlavning og sundhedslære eller bevægelse. I spor 2 fik deltagerne tildelt en mentor, som de havde samtaler med før, under og efter deres forløb i sundhedsuddannelsen.

Mentorens rolle var at støtte og hjælpe kvinden til at overføre det, hun lærte i undervisningen, til hverdagsrutiner, samt at støtte og hjælpe kvinden, hvis hun oplevede udfordringer, der hæmmede hendes sundhed og trivsel. Alle mentorer havde desuden type-2 diabetes, og kunne derfor også bidrage med deres egne erfaringer med sygdommen. Mentorerne arbejdede ulønnet og var rekrutteret fra Center for Diabetes mentorkorps, og de havde modtaget kurser i mentorrollen. Spor 3 var et frivilligt tilvalg for indsatsdeltagerne og bestod af muligheden for at blive oplært i og anvende sundhedsappen, 'Liva'. Liva er et redskab til at opsætte sundhedsmål og registrere det daglige eller ugentlige arbejde med målene. Alle deltagere takkede ja til spor 3.

Indsats 2 blev udarbejdet på baggrund af viden fra interviewundersøgelsen og erfaringer fra indsats 1. I indsats 2 fik indsatsdeltagerne tildelt en sundhedsvejleder, som besøgte dem to-tre gange i deres hjem, og havde derudover løbende telefonmøder med dem. I samarbejde med sundhedsvejlederen satte indsatsdeltagerne sig nogle mål for, hvilke sundhedsfremmende adfærdsændringer de ønskede at opnå. Sundhedsvejlederen talte med indsatsdeltagerne om de mål og udfordringer, de havde for sundhed i deres hverdag, og hun støttede, hjalp og motiverede kvinderne i at nå deres mål og eventuelle udfordringer. Deltagerne havde desuden mulighed for at anvende Liva-appen som en del af indsatsen.

Indsats 1 blev pilottestet af tre kvinder, og indsats 2 blev pilottestet af to kvinder. Indsatsdeltagerne i begge indsatser var alle migranter med ikke-vestlig baggrund, der havde været gravide og fået konstateret graviditetsdiabetes inden for de sidste 2 år. Indsatsdeltagerne blev rekrutteret gennem Rigshospitalet, Herlev Hospital, Bydelsmødrene og gennem de sundhedsprofessionelle fra Center for Diabetes' netværk.

Indsatsdeltagerne i indsats 1 blev interviewet før og efter indsatsen om henholdsvis deres forventninger til, og oplevelser med, indsatsen. Indsatsdeltagerne i indsats 2 blev interviewet efter indsatsen om deres oplevelser med indsatsen.

De involverede sundhedsprofessionelle fra Center for Diabetes deltog i et fokusgruppe-interview efter indsatsens afslutning, der omhandlede deres oplevelser med indsatsen, herunder positive erfaringer, udfordringer og fremadrettede perspektiver og anbefalinger.

Mentorerne blev interviewet efter indsatsen om deres oplevelser med indsatsen og deres rolle i den. Interviewene blev udført på baggrund af en semistruktureret interviewguide og var af 30-85 minutters varighed. Interviewene med indsatsdeltagere, mentorer og sundhedsprofessionelle blev optaget på en diktafon og efterfølgende transskriberet.

Tak til Center for Diabetes (Københavns Kommune) for et godt samarbejde omkring udvikling og pilottest af indsats.

Tak til kvinderne fra målgruppen som har stillet op til interviews og pilottestet indsatserne.

Tak til frivillige mentorer fra Center for Diabetes mentorkorps for jeres medvirken og gode bidrag til pilottesten.

Tak til Bydelsmødrene, Herlev hospital og Rigshospitalet for hjælp med rekruttering.

Projektet er finansieret af Steno Diabetes Center Copenhagens supplerende behandlingsmidler.