

Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering



En guide til praksis

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Aarhus

Forskning og Udvikling

Sundhedsfremme og Forebyggelse

Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering

En guide til praksis

Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering
En guide til praksis

Publikationen er udarbejdet af:

Morten Deluran Terkildsen, projektleder, forsker antropolog CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling,
Inge Wittrup, programleder, seniorforsker, antropolog, ph.d.

Udgivet af:

Region Midtjylland

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

– et center for forskning og udvikling på social- og sundhedsområdet

Forskning og Udvikling

Olof Palmes Allé 15, 8200 Aarhus N

Tlf. 7841 43 02

Web: www.cfk.rm.dk

Maj 2013

Redigering og korrektur:

Stinne Møller Christensen

Forside:

Pia Bakmand Skovsen, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Grafisk produktion og tryk: WERKs Grafiske Hus a/s, Aarhus

ISBN: 978-87-92400-36-9 (trykt udgave)

ISBN: 978-87-92400-37-6 (elektronisk udgave)

Bestilling:

Publikationen kan erhverves ved henvendelse til CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
eller downloades fra www.cfk.rm.dk

Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering	s. 7
En guide til praksis	
- Læsevejledning	s. 8
- Baggrund	s. 8
- Et bredt sundhedsbegreb	s. 9
- Målgruppen i projektet	s. 10
Et Interkulturelt borgerperspektiv	s. 11
- Kultur og Narrativer	s. 11
- Den interkulturelle sundhedssamtalemodel baseret på en narrativ tilgang	s. 12
- Interkulturelle forløb for etniske minoriteter	s. 15
- Det interkulturelle gruppeforløb	s. 17
- Det interkulturelle individuelle forløb	s. 26
- Fælles for de interkulturelle forløb	s. 30
Et interkulturelt koordinatorperspektiv	s. 31
- At være koordinator i et organisatorisk perspektiv	s. 31
- At koordinere i et tværsektorielt felt	s. 32
- At være koordinator i 10 timer om ugen set i et strukturelt perspektiv	s. 35
- Koordinatorfunktionen – at arbejde i et team versus at arbejde individuelt	s. 38
- At være koordinator i et personligt perspektiv	s. 40
- At være koordinator i et interkulturelt netværk	s. 41
Et epidemiologisk blik på borgernes sundhed	s. 43
- Måling af borgernes sundhed	s. 43
- Selvvurderet helbred	s. 43
- Beskrivelse af deltagerne	s. 44
- Referencegruppe	s. 46
- Projektets resultater	s. 46
- Indsamling af data	s. 48
Konklusion og et fremtidigt perspektiv	s. 51

Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering

En guide til praksis

Denne vejledning til arbejdet med interkulturel sundhedsfremme og rehabilitering bygger på de erfaringer, faglige perspektiver samt problematikker, både metodiske og teoretiske, som udviklingsprojektet "Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering" har afstedkommet i arbejdet med etniske minoriteters sundhed i det danske sundhedsvæsen i projektperioden 2010-2013. Formålet med projektet har været at udvikle metoder, som kan afdække etniske minoritetsborgeres helbredsproblemer og dermed danne grundlag for skabelsen af differentierede sundhedsforløb, der kan fremme etniske minoriteters sundhedstilstand, egenomsorg og trivsel.

Derudover har projektet haft til formål at forankre en interkulturel koordinatorfunktion i kommunen med fokus på at styrke et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, både internt og imellem sektorer. En koordinatorfunktion, hvis formål ligeledes har været at skabe sammenhæng mellem kommunale tilbud og at sikre en generel interkulturel kompetenceudvikling i de deltagende kommuner. Endelig har projektet haft som formål at dokumentere og skabe en generel viden om etniske minoriteters sundhed i Danmark.

Formålet med denne guide er at sammenfatte de erfaringer og anbefalinger, som er høstet og udviklet i projektperioden og at skabe anbefalinger til videre brug for politiske beslutningstagere, klinikere og andet fagligt personale, som arbejder med etniske minoriteters sundhed. Anbefalinger, som kan skabe udvikling og bruges til at kaste et nyt blik på den eksisterende praksis og det sundhedsvæsen, som til daglig arbejder med etniske minoriteters sundhed.

Projektet, som er et samarbejdsprojekt mellem Aarhus, Horsens, Holstebro, Randers og Herning kommune og Folkesundhed & Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland er støttet af Forebyggelsesfonden og Helsefonden. Projektperioden strækker sig fra 2010 og til 2013.

Fakta om projektet

- 183 borgere har deltaget i den interkulturelle sundhedssamtale (26 er faldet fra, svarende til ca. 14 %)
- Der er gennemført 14 interkulturelle gruppeforløb
- Der er gennemført 74 individuelle forløb

Baggrund for data

- 183 cases
- Projektledelsen har deltaget i 25 samtaler mellem borgere og koordinatore
- Projektledelsen har deltaget i seks gruppeforløb
- Projektledelsen har gennemført tre fokusgruppeinterview
- Projektledelsen har gennemført otte borgerinterview
- De fem koordinatore er blevet interviewet af projektledelsen
- Fire kommunale ledere fra projektets styregruppe er blevet interviewet af projektledelsen

Læsevejledning

Denne guide er delt i to. I første halvdel af guiden præsenteres projektets erfaringer i et interkulturelt borgercentreret perspektiv. I denne halvdel vil erfaringer med den interkulturelle sundhedssamtale, det interkulturelle gruppeforløb og det interkulturelle individuelle forløb blive præsenteret. Anden halvdel af guiden fokuserer på projektets erfaringer fra et interkulturelt organisatorisk perspektiv. I denne halvdel fokuserer guiden på de erfaringer, som er blevet gjort i projektet i forbindelse med forankringen af en interkulturel koordinatorfunktion i de deltagende kommuner og med det tværsektorielle samarbejde omkring målgruppen i projektperioden. Som afslutning på guiden præsenteres resultater og konklusioner fra projektet.

Denne guide til arbejdet med interkulturel sundhedsfremme og rehabilitering er udarbejdet med henblik på at skabe et overordnet perspektiv. Guiden er opbygget, så man både kan læse de enkelte kapitler for sig og læse guiden som et sammenhængende værk.

For en dybere gennemgang af projektet henvises til hovedrapporten for projektet som findes på www.cfk.rm.dk.

For en nærmere introduktion til det narrative perspektiv, henvises til publikationen "En narrativ tilgang til sundhed" som er udarbejdet i forbindelse med projektet og som findes på www.cfk.rm.dk.

Baggrund

Studier har vist, at mange etniske minoritetsborgere kæmper med et dårligere helbred end majoriteten i det danske samfund. I gruppen er der mange med langvarig sygdom, og mange dør med sameksistensen af flere sygdomme, multisygdom. Blandt etniske minoriteter opleves den psykiske sundhed som værende dårligere end hos majoriteten af den danske befolkning, og mange dør med overvægt, højt sukkerindtag og et lavt fysisk aktivitetsniveau, hvilket for mange giver sig udslag i et dårligt selv vurderet helbred og et mere komplekst sygdomsbillede set i forhold til majoriteten i det danske samfund.

Der eksisterer et stadigt stigende behov i det danske samfund for at sætte fokus på og dokumentere arbejdet med etniske minoriteters sundhed for at modvirke ulighed i sundhed. Der eksisterer ligeledes et behov for at skabe en differentieret indsats for denne gruppe borgere, som kan imødekomme denne ulighed.

Udfordringerne er ofte mange, når der i sundhedsvæsenet forsøges skabt tilbud til denne målgruppe. Etniske minoritetsborgere opleves blandt professionelle at have en anden opfattelse af sygdom og sundhed end majoritetsbefolkningen i det danske samfund, en anden forståelse af egenomsorg og utilstrækkelige danskundskaber. Borgernes kulturelle baggrund opleves at fylde for mange sundhedsprofessionelle, og risikoen for en stereotypkategorisering og kulturelle diagnoser kan nemt medføre et tab af forståelsen for den enkelte borgers livsverden og sundhedsforståelse. At tilrettelægge differentierede tilbud, der lever plads til den enkelte borgers univers kan være en udfordrende, men nødvendig opgave.

Baggrunden for projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering er således at imødekomme denne ulighed i sundhed med udviklingen af redskaber, der med udgangspunkt i den enkeltes borgers unikke livsverden kan sikre en afdækning af borgerens sundhedstilstand og sundhedsproblematikker og gennem en aktiv borgerinddragende prioritering skabe en målrettet interkulturel patientuddannelse, som vil bidrage til at give den enkelte borger viden om sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering i det danske samfund samt motivation og handlekompetencer til en højere grad af deltagelse i, egenomsorg for og mestring af eget liv.

Et bredt sundhedsbegreb

Projektet læner sig op ad det brede sundhedsbegreb – et dynamisk sundhedsbegreb, hvor krop og psyke hænger sammen, og hvor det

enkelte menneskes sundhed udformes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levekår og sundhedsvæsenets indsats. Denne tænkning bygger på verdenssundhedsorganisationen WHO's definition, som i slutningen af 40'erne introducerede 'velværeaspektet' i sundhedsdefinitionen, idet det hed, at "Sundhed er et fuldstændigt stadium af fysisk, mental og social velvære og ikke blot fravær af sygdom og svaghed". Herefter associeres sundhedsbegrebet oftest med noget 'positivt', noget 'bredt', noget 'inkluderende' og fører i flere udlægninger frem til, at arbejdet med sundhed bygger på principper om involvering af delta-gerne, hvilket i forskellige udlægninger praktiseres i forbindelse med at fremme sundhed og rehabilitering.

Projektet går, som navnet antyder, på to ben og arbejder med etniske minoriteters sundhed ud fra både et sundhedsfremmende og et rehabiliterende perspektiv.

Set fra et sundhedsfremmende perspektiv anses det ikke længere som tilstrækkeligt at fokusere på forebyggelse af sygdom og at finde traditionelle medicinske løsninger. Fokus skal være på at holde raske mennesker raske. I denne bestræbelse ligger et sundhedsfremmeanliggende, ikke kun inden for snævre sundhedssystemers rækkevidde, men som må findes uden for sundhedssektoren i samfundsøkonomien, fordelingspolitikken, arbejdet, boligerne, familierne, skolen osv. Derfor handler sundhedsfremme om meget andet end lægevidenskab og hospitaler.

Projektet arbejder ikke blot med udgangspunkt i at holde sunde mennesker sunde. Som

beskrevet i indledningen til denne guide viser forskningen allerede væsentlige sundhedsmæssige udfordringer for etniske minoriteter. Udfordringer, som både er af somatisk, psykisk og social karakter. Projektets andet ben omhandler således et rehabiliterende arbejde med de borgere, hvis sundhed enten er i risiko for eller allerede opleves som værende udfordret fysisk, psykisk eller socialt. Den rehabiliterende indsats forstås i projektet som den målrettede indsats mellem borger, pårørende og fagfolk, der kan sikre at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Gennem projektet har vi søgt at arbejde med sundhed, sundhedsfremme og rehabilitering som en integreret del af en hverdagspraksis, som både består af sundhedsvæsenets, de sundhedsprofessionelles og borgernes opfattelser, så vi undgår at se dem som gensidigt upåvirkede verdener. På den måde ser vi sundhedsbegrebet, sundhedsfremmebegrebet og rehabiliteringsbegrebet blive udfordret og transformeret gennem de oplevelser, erfaringer og den viden, som dukker frem gennem borgernes fortællinger. Derfor er forholdet mellem sundhedsfremme, rehabilitering og hverdagslivet ikke en veldefineret dikotomi, men vi ser, at der er tale om et komplekst forhold med adskillige niveauer, aktører, omstændigheder og uforudsigeligheder. Vores projekt

skriver sig således ind i en fortsat interesse for at kigge nærmere ind i, hvilke forandrings-, betydnings- og identitetsprocesser, der skabes på alle niveauer i et samfund ved etableringen af nye sundhedssystemer som her konkret etableringen af en interkulturel sundhedskordinator i en kommunal virkelighed med dens opgaveportefølje, som er at udforske etniske minoriteters muligheder for optimering af deres sundhed i disse systemer.

Målgruppen i projektet

Målgruppen i projektet er defineret bredt som værende etniske minoriteter med en selvvalderet sundhedsproblematik. Deri har muligheden været for, at borgere med komplekse smertebilleder og "ondt i livet" har kunnet deltage på lige fod med borgere med allerede afdækkede diagnosticerede sygdomme. Dette for at imødekomme det store antal af etniske minoriteter med komplekse sundhedsproblematikker, som ikke nødvendigvis lader sig diagnosticere somatisk.

Ordet etnisk minoritet er ikke blevet nærmere afgrænset i projektet og opfattes i projektet blot som værende borgere, der ikke tilhører majoritetsbefolkningen. Det har således været muligt for alle borgere, som selv placerer sig under denne brede definition, at deltage i projektet.

Et interkulturelt borgerperspektiv

Kultur og narrativer

Når vi som professionelle møder og arbejder med etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen, indtager begrebet kultur ofte en central plads. Interessen for begrebet er stor, og i interessen ligger ofte tanken, at hvis vi bare får en større kulturel indsigt, så kan vi forklare og forstå svære patientproblematikker hos de borgere, vi møder. Når noget opleves problematisk, er det nok ligeledes kulturelt betinget. Kultur får med andre ord ofte en status som forklaringsmodel, når alt andet fejler, og i søgen efter en løsning, lurar faren for at reducere den enkelte patients sundhedsproblem til et billede på vores egen opfattelse af andre landes traditioner og normer. Når vi taler om kultur i sundhedsvæsenet, kan vi nemt komme til at adskille kulturen fra det enkelte menneske og dermed placere etniske minoriteter i et kulturelt univers allerede inden vi har mødt dem, med tabet af den enkelte borgers unikke livserfaring og perspektiver til følge. I projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering sigtes mod at bearbejde og nuancere den forforståelse om 'kulturen som en forklaringsmodel', som ofte kommer til at fylde i mødet mellem sundhedsprofessionel og etnisk minoritetsborger, og i stedet erstatte den på forhånd konstruerede kulturelle forklaringsmodel med et personligt og unikt borgerunivers og et udforskende møde. Derfor arbejdet med en narrativ tilgang – i praksis i form af en interkulturel samtale.

Hvad er et narrativ, og hvordan kan det anvendes i praksis i arbejdet med etniske minoriteters sundhed? Ordet narrativ henfører til den meningsgivende fortælling, vi skaber omkring os selv.

Når vi som mennesker skaber narrativer, opleves livet således ikke som værende sammensat af uafhængige og usammenhængende begivenheder uden mening, men i stedet som værende struktureret og meningsgivende. Tingene opleves at hænge sammen. Gennem narrativet spinder vi en rød tråd i vores liv, som kan vise os vej og skabe den sammenhæng, vi som mennesker stræber efter at opnå, for at livet ikke skal synes meningsløst. At deltage som sundhedsprofessionel i skabelsen af et narrativ igennem en samtale giver os mulighed for at se ind i en unik fortælling og dermed få mulighed for at få formidlet personlige erfaringer og en personlig omverdensforståelse.

Vi skaber vores narrativer i et samspil med vores omgivelser. At lytte til folks fortællinger eller narrativer giver os som sundhedsprofessionelle dermed ikke blot muligheden for at forstå, hvad den andens personlige univers er bygget op omkring og deri, hvad det er, som dette specifikke menneske sætter som centrale værdier for sig selv, når han eller hun møder sundhedsvæsenet, men samtidigt også muligheden for at præge fortællingen gennem vores undren og vores spørgsmål og dermed være med til at skabe en rød tråd i narrativet.

og hjælpe med at pege mod en specifik retning og støtte til en prioritering, her med fokus på en bedre sundhed i fremtiden.

Når den sundhedsprofessionelle spørger til fremtid, ønsker og drømme, får borgeren mulighed for at sætte et refleksivt mål for sig selv. Ved at spørge til sundheden som en del af denne fremtid opnår man, at borgeren bringer sin egen opfattelse af livet og sundheden som en del af dette i spil. En sundhed funderet i den verden af relationer og værdier, som borgeren er en del af. En opfattelse af sundhed, som ikke på forhånd er defineret af den sundhedsprofessionelle, men som tager udgangspunkt i det univers, som den enkelte borger konstruerer omkring sig selv i narrativet. Hvad det vil sige at være sund bliver med andre ord op til den enkelte borger at definere. Hvordan man kan opnå denne sundhed bliver bagefter en fælles opgave mellem borger og sundhedsprofessionel.

Dermed opnår fortællingens indhold at variere mellem borgerens personlige forståelse af sit liv og den sundhedsprofessionelles agenda om at arbejde med forandring og sundhed. Resultatet er en indgang til et personligt univers og et fælles blik på, hvilke ressourcer borgeren har, som man i fællesskab kan bruge til at skabe handlinger for at kunne imødekomme fremtiden med en større sundhed, som borgeren kan se sig selv i.

I denne optik bliver narrativet opfattet som et redskab på vej mod at skabe en større fælles forståelse mellem borger og sundhedsprofessionel, så en differentieret sundhedstilgang kan tage sit optimale udgangspunkt. Et pragmatisk redskab til at afdække borgerens behov med henblik på efterfølgende priorite-

ring og handling. At arbejde med en narrativ tilgang bliver dermed et middel, der både åbner for nye muligheder for at få adgang til og forstå borgerens personlige univers, samtidig med at vi som sundhedsprofessionelle i fællesskab med borgeren gennem narrativet kan skabe grobunden for en forandring til en bedre sundhed i fremtiden på borgerens præmisser.

At skabe narrativer kan dog ikke blot reduceres til et middel, der kan give indsigt i et andet menneskes univers. At skabe et narrativ kan også opfattes som et mål i sig selv. Inspireret af den amerikanske sociolog Aaron Antonovsky kan vi sige, at det at kunne skabe sammenhæng i livet eller *sense of coherence* (SOC) netop er det bindemiddel, som sikrer, at livet ikke virker meningsløst, men i stedet begribeligt, håndterbart og meningsfyldt. En måde at takle de stressorer, som vi møder i det levede liv. At skabe et sammenhængende narrativ kan være med til at skabe mening i det liv, som ofte kan forekomme fragmenteret og uoverskueligt. I den forstand kan blot det at skabe et narrativ, at fortælle sin fortælling være et mål i sig selv.

Narrativet som mål skal ikke betragtes som værende et endemål. I stedet bør det betragtes i et større perspektiv, som en processuel bevægelse, som man kan sætte i gang hos den enkelte borger.

Den interkulturelle sundhedssamtalemodel baseret på en narrativ tilgang

Den narrative tilgang i projektet er i praksis blevet udfoldet gennem udvikling af en interkulturel sundhedssamtalemodel. Den interkul-

turelle samtalemodel består af tre samtaler: den interkulturelle sundhedssamtale, den opfølgende interkulturelle sundhedssamtale og den afsluttende interkulturelle sundhedssamtale. Fælles for de tre samtaler, som udgør modellen, er at de tager udgangspunkt i den enkelte borgers narrativ, hvori rammen er at sætte fokus på fremtiden. Udgangspunktet for de tre samtaler er for den sundhedsprofessionelle i fællesskab med borgeren at kaste et blik på borgerens fremtid forankret i dennes narrativ med sundheden eksplicit behandlet og i fællesskab prioritere, hvad der skal arbejdes med i et efterfølgende forløb.

Den interkulturelle sundhedssamtale består af fem spørgsmål i en eksplorerende proces, som tegner et billede af borgeren og afdækker borgerens ønsker, ressourcer og problematikker, så disse efterfølgende kan bruges som fundament for en prioritering og en aftale om et sundhedsforløb med borgeren i centrum. Som udgangspunkt er samtalen af eksplorerende karakter, og derfor vil der ofte kunne opstå situationer, hvor flere sundhedsmæssige problematikker presser sig på samtidigt. Tanken bag samtalen er her ikke at adressere alt, hvad der ligger gemt i fortællingen, men i fællesskab med borgeren at skabe en prioritering med udgangspunkt i den fremtid, som borgeren ser som målet for sig selv. Det sidste spørgsmål i den interkulturelle sundhedssamtale er således et opsummerende og prioriterende spørgsmål, hvor borger og koordinator i fællesskab kigger på fortællingen og udvælger, hvad der er nødvendigt at arbejde med nu og her med blikket rettet mod den fremtid, borgeren ønsker sig. Efter prio-

riteringen gennemføres en sundhedsmåling ved hjælp af et SF12-spørgeskema, som tjener som baseline sundhedsmåling for borgeren, og derudover udfyldes baggrundsoplysninger for borgeren. Samtalen er berammet til 1½ time. Efter samtalen er derudover afsat 30 min. til renskrivning af de notater som er taget under samtalen. Disse udfyldes i et dertil indrettet skema og danner dermed borgerens "journal", mens denne deltager i projektet. Alle aktiviteter, som udføres i henhold til de sundhedsforløb, som borgerne gennemgår, bliver løbende skrevet i denne case-journal.

Den opfølgende sundhedssamtale består af fire spørgsmål og afholdes umiddelbart efter det aftalte sundhedsforløb. Samtalen tager igen udgangspunkt i borgerens forestillinger og ønsker til fremtiden, idet der følges op på, hvordan det aftalte sundhedsforløb er gået i borgerens optik. Der spørges derudover ind til, hvordan borgerens liv har udspillet sig i den forløbne periode for at danne et overblik over, hvor borgeren nu er henne i sit liv, og endelig afsluttes med et fælles kig på, hvad der fremadrettet skal ske i borgerens liv. Har man nået det, man ville, eller er der fortsat noget, man skal have arbejdet med? Er der kommet nyt til, som borgeren har brug for hjælp til? Såfremt borgeren føler, at målene er opnået og at han eller hun ikke behøver yderligere støtte, betragtes forløbet som afsluttet. Efter samtalen udføres igen en sundhedsmåling med SF12-skema. Selve samtalen er berammet til 1 time, derudover med 30 min. renskrivning som ved den første samtale. Herefter forlader borgeren projektet og mødes som udgangspunkt først med den interkulturelle koordinator ved den afsluttende interkulturelle sundhedssam-

tale, som afholdes ni måneder efter den opfølgende samtale.

Den afsluttende interkulturelle sundheds-samtale består ganske som den opfølgende samtale af fire spørgsmål. Igen er formålet med samtalen at se på, hvordan borgeren ser på fremtiden og at følge den udvikling, som borgeren er gået igennem efter sundhedsforløbet. Er de ting, som borgeren og den sundhedsprofessionelle i fællesskab prioriterede og arbejdede med, blevet forankret i det liv, som fulgte efter forløbet? Igen udføres en sundhedsmåling med SF12-skema med henblik på at se på borgerens sundhedsudvikling i den periode, der nu er gået fra borgeren var en del af projektet og til han eller hun forlod det for at fortsætte livet uden for projektet. Selve samtalen er ligesom den opfølgende sundhedssamtale berammet til 1 time, derudover med 30 min. renskrivning.

Samtalens effekter:

- Skabelsen af et fælles blik på borgerens problematikker.
- Skabelsen af et 'fælles sprog' baseret på borgerens unikke erfaring.
- Skabelsen af en fælles prioritering.
- Skabelsen af narrativ struktur på en ofte fragmenteret og usammenhængende fortælling.

Opmærksomhedspunkter:

- Som medskaber af et narrativ indtager man en væsentlig rolle gennem de spørgsmål, man stiller og

måden, man stiller dem på. Det er derfor vigtigt aldrig at glemme, at man bærer på en forforståelse. Vær kritisk og reflektiv i forhold til dig selv, pas på ikke at drage forhastede konklusioner på det du hører og spørg ind til det, som måske virker selvfølgeligt.

- At skabe et narrativ, som skal munde ud i en prioritering, kræver en gensidig balancegang mellem sensitivitet over for det menneske, man sidder i samtalen med, og en skelen til, hvor prioriteringen kan bevæge sig hen i en efterfølgende praktisk virkelighed. Lyt til og iagttag hvad der siges og hvordan det siges. Følg borgerens "spor" eksplorativt så langt du kan, men vær samtidig opmærksom på, at man ikke kan berøre alle elementer i et menneskes livsfortælling. Noget må vælges til og noget vælges fra, for at man i fællesskab kan ende med en prioritering i en praktisk virkelighed.
- Samtaler kan både foregå i borgerens hjem eller på dit kontor. En samtale i hjemmet kan for nogle borgere være en trykramme at fortælle i, og for den professionelle kan det give et blik ind i borgerens personlige verden. Men heri ligger samtidig faren for at glemme ens egen forforståelse. Vær derfor kritisk over for, hvad det er, du tror du ser i hjemmet, inden du drager det ind i samtalen.

- Brug af tolk kan være uundværligt i mange situationer og er ofte forskellen på, om en samtale bliver til noget eller ej. Men glem ikke, at tolken er et menneske, som gennem sin tilstedeværelse ændrer samtalskarakter. En tolk kan både åbne og begrænse en samtale. Vær eksplicit om måden, der tolkes på, allerede ved samtalsbegyndelse. Accepter hvis borgeren ikke ønsker tolk.
- Pårørende i en samtale kan både åbne for elementer i en fortælling, men også lægge begrænsninger i den. Overvej derfor om det er hensigtsmæssigt, at en pårørende deltager i samtalen. Nogle gange kan det vise sig, at de pårørende er en del af den aktuelle sundhedsproblematik.
- Samtalen går ikke altid, som man regner med. For nogle kan fremtiden være svær at tale om, og måske dukker den først op senere i samtalen. For nogle kan det være en udfordring blot at påbegynde en fortælling, mens det for andre er en udfordring at stoppe fortællingen igen, når den først er kommet i gang. At gennemføre en samtale og skabe et narrativ kræver refleksion og pragmatik for at fungere. Fortvivl ikke, hvis borgeren ikke følger en samtaleopskrift. Alle er forskellige, og hver samtale er unik.

Hvad sagde borgerne?

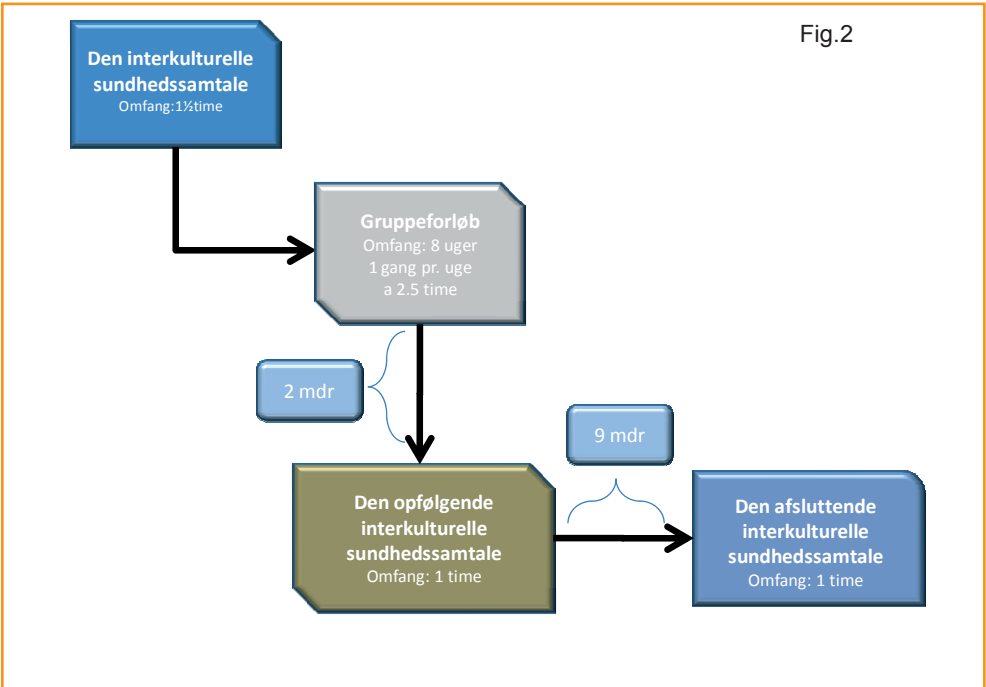
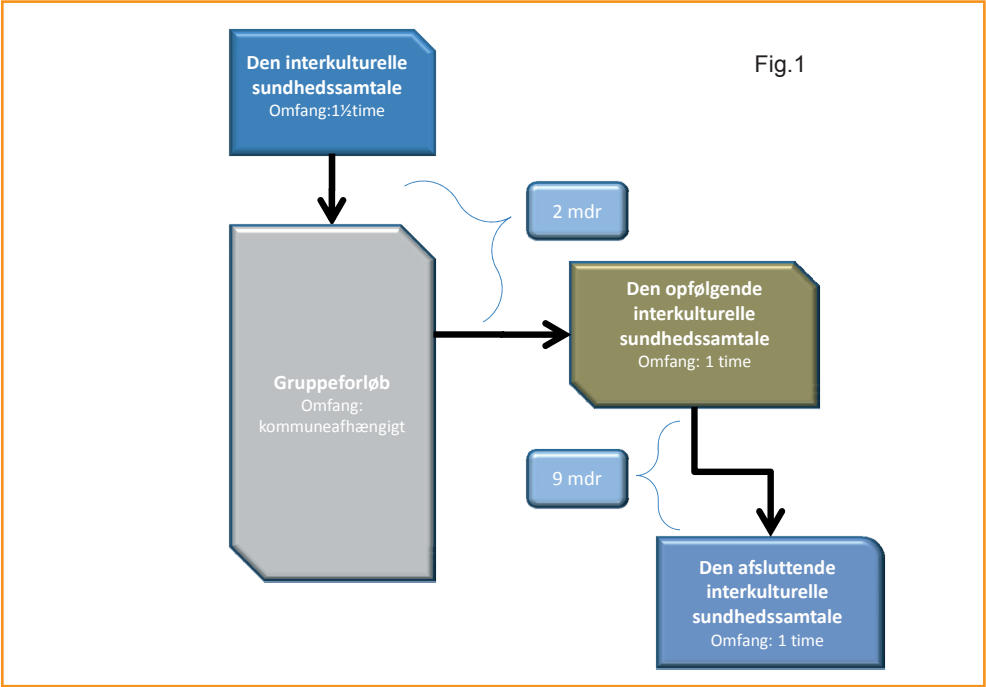
Tak, det letter og tak fordi du spurgte, det har gjort mig rigtig glad i dag.

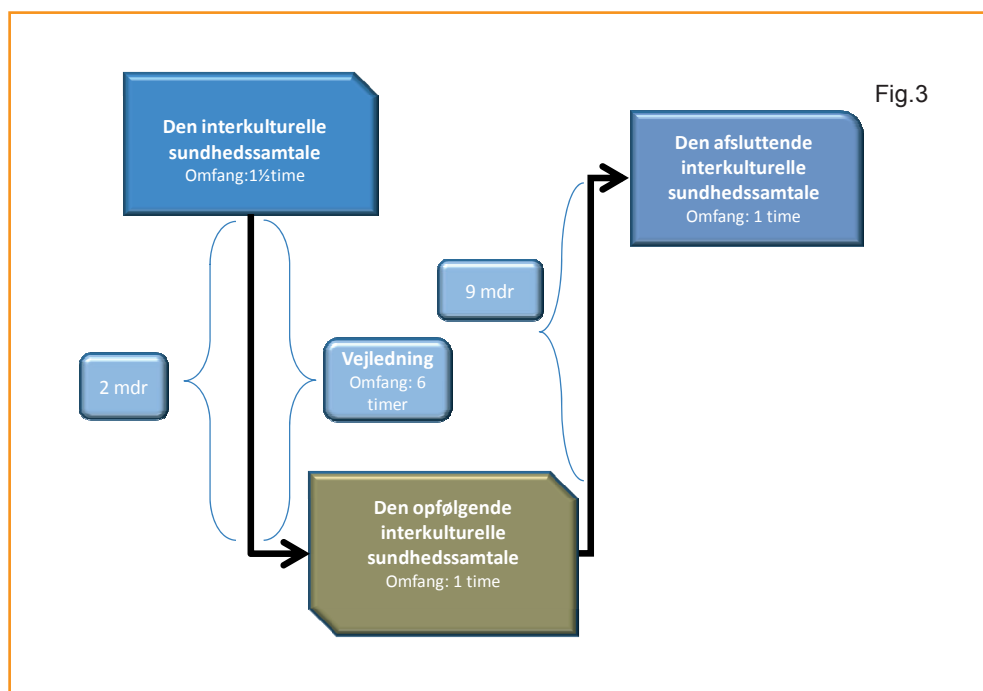
I kommer og spørger til mig, I lærer mig at kende før I forsøger at hjælpe mig.[...]Tak fordi I lytter.

Undskyld jeg sidder og snakker, men jeg har aldrig fortalt andre om, hvad det er, jeg har oplevet. Det må I undskylde.[...]Jeg vil sige tak fordi jeg har dig (koordinatoren). Jeg kom her, fortalte og fik det ud.

Interkulturelle forløb for etniske minoriteter

I projektet har den afsluttende prioritering i samtalen kunnet pege mod flere forskellige mulige sundhedsforløb med udgangspunkt i de problematikker, som er blevet bragt til veje i løbet af sundhedssamtalen: Et eksisterende kommunalt sundhedsforløb i de situationer, hvor et tilbud allerede findes i kommunen, som passer til borgerens behov (fig 1). Et interkulturelt gruppeforløb i de situationer, hvor borgeren deler en væsentlig del af sin sundhedsproblematik med andre borgere, som ligeledes har været til den interkulturelle sundhedssamtale (fig 2), og endelig et individuelt sundhedsforløb, hvor der arbejdes med en individuel sundhedsproblematik med borgeren alene i centrum, støttet af den interkulturelle koordinator (fig 3).





Det interkulturelle gruppeforløb

Fælles for de interkulturelle gruppeforløb er, at de er forsøgt holdt inden for en normeret ramme af otte uger med 2-3 timers undervisning per uge. Tilgangen til indholdet i gruppeforløbene har været forskellig i de deltagende kommuner. Nogle kommuner har udarbejdet gruppeforløb med fokus på oplysning og undervisning inden for en bred ramme af sundheds- og trivselsproblematikker. Nogle har udarbejdet gruppeforløb med fokus på et diagnosespecifikt indhold, eksempelvis diabetes, mens andre har arbejdet med sundhedsforløb, hvor tilgange til mestring af eget liv har været i fokus, og endelig har nogle arbejdet med en kombination af disse tilgange. Nogle kommuner har, ud over den normerede ramme af 2-3 timers undervisning per uge, valgt at tilknytte

muligheden for at dyrke motion til deres forløb. Undervisningsmaterialet, som er anvendt i forbindelse med gruppeforløbene, er lokalt udarbejdet af de ansvarlige undervisere i de enkelte kommuner.

Vigtigst er, at fundamentet for et gruppeforløb er, at det netop er borgernes narrative, som er med til at definere, hvad et gruppeforløb i givet fald består af set i forhold til det ovenstående.

Nedenstående viser eksempler på tre undervisningsplaner fra projektperioden, henholdsvis et diagnosespecifikt forløb, et oplysnings- og undervisningsforløb med en bred ramme af sundheds- og trivselsproblematikker og endelig et sundhedsforløb med fokus på mestring af eget liv. Ser man nærmere på planen for dette sidste forløb, vil man

se, at der ikke som udgangspunkt er fastlagt et endeligt skema for indholdet i de enkelte gange. I stedet står blot "dialog". I dette forløb har udgangspunktet været, at den første gang reserveres til en fælles forventningsafstemning til indholdet i forløbet. Borgerne er med andre ord her med til at definere indholdet i de enkelte undervisningsgange i et samspil med

underviseren inden for rammerne af sundhed og trivsel. Eksempler på indholdet i dialoggangene har blandt andet været koncentration, det gode liv, hvad er godt for kroppen, kost og prioriteringer i mit liv. Indholdet i undervisningsforløbene har således varieret fra gang til gang og har udviklet sig i takt med, at nye erfaringer er kommet til i projektperioden.

Program for diabetes-gruppeforløb	Eksempel på "bredt program" for interkulturelt gruppeforløb	Program for interkulturelt gruppeforløb med fokus på mestring (se forklaring)
<p>Onsdag den 5. oktober</p> <ul style="list-style-type: none"> - Præsentation af kurset og af hinanden - Forventninger - Nedskrive oversigt over dagens kost m.m. - Gå tur - Mulighed for vejning - Afslutning – medbring opskrifter næste gang <p>Onsdag den 12. oktober</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan er det gået siden sidst? - "Et liv med diabetes" - Tilbud om blodsukkermåling før og efter motion - Gå tur - Præsentation af næste uges kursus - Spørgsmål <p>Onsdag den 19. oktober</p> <ul style="list-style-type: none"> - To deltagere kører ind med diætisten – resten går tur 	<p>22.08.12</p> <p>Hvad er sundhed? Hvordan kan jeg holde mig sund?</p> <p>29.08.12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan skaber jeg gode motionsvaner og holder dem? Forskellige test. - Dagen byder på praktiske øvelser samt brugen af skridttæller. <p>05.09.12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan påvirker søvnen og trætheden din krop, herunder din sundhed, og hvad kan en god afspænding gøre for dig i praksis? - Praktiske øvelser i afspænding og god vejrtrækning. <p>12.09.12</p> <p>Hvad kan jeg gøre for at leve et sundere liv set i forhold til ernæring og et varigt vægttab?</p>	<p>10. september - dialog</p> <p>13. september - bevægelse</p> <p>17. september - dialog</p> <p>20. september - bevægelse</p> <p>24. september - dialog</p> <p>27. september - bevægelse</p> <p>1. oktober - dialog</p> <p>4. oktober - bevægelse</p> <p>9. oktober - dialog</p> <p>11. oktober - bevægelse</p> <p>22. oktober - dialog</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan er det gået siden sidst? - Samtale og madlavning, hvor vi sætter fokus på kulhydrater, portionsstørrelser og madfordeling - Afslutning med smagsprøver og evt. spørgsmål <p>Onsdag den 26. oktober</p> <ul style="list-style-type: none"> - To deltagere køber ind med diætisten – resten går tur - Hvordan er det gået siden sidst? - Samtale og madlavning, hvor vi sætter fokus på fedtstoffer - Afslutning med smagsprøver og evt. spørgsmål <p>Torsdag den 3. november</p> <ul style="list-style-type: none"> - To deltagere køber ind med diætisten – resten går tur - Hvordan er det gået siden sidst? - Samtale og madlavning, hvor vi sætter fokus på sukker, sødestoffer og fibre - Afslutning med smagsprøver og evt. spørgsmål <p>Onsdag den 16. november</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opsamling omkring det, vi har lært - Fremtiden - Hvilke tilbud findes i lokalområdet? - Hvad skal kontrolleres hos læge, fodspecialist med flere? 	<ul style="list-style-type: none"> - Børn og sukker. - Kost i forhold til osteoporose. <p>19.09.12.</p> <p>Hvordan er det at være kvinde fra puberteten til overgangsalderen?</p> <p>26.09.12</p> <p>Snak om smerter og hvad de gør ved os. Angst – hvordan lærer jeg at leve med min angst?</p> <p>18.10.12</p> <p>Tag vare på dig selv i dagligdagen – få styr på tankerne, før de styrer dig – lær mindfulness.</p> <p>10.10.12</p> <p>Lokale 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afslutning og evaluering. - Hvordan er det gået med dig? Test 	<p>25. oktober - bevægelse</p> <p>39. oktober - dialog</p> <p>1. november - bevægelse</p> <p>5. november - dialog</p>
---	--	---

I alt er der afholdt 14 interkulturelle gruppeforløb i løbet af projektperioden., og skønt indhold og organisering har været forskellig, er der gjort en række fælles erfaringer på tværs af kommunerne i forbindelse med gennemførelsen af de interkulturelle gruppeforløb.

Tilgangen til gruppeforløbene bygger i høj grad på den eksisterende viden, der allerede findes på området for patientuddannelser. Tilgangen til undervisningen og opmærksomhedspunkterne, som projektets erfaringer har udmøntet sig i, lægger sig derfor tæt op ad de erfaringer, som tidligere er blevet gjort på dette område. Dog vil man kunne se, at fokus her er rettet mod at supplere den eksisterende viden med de særlige opmærksomhedspunkter, som gør sig gældende, når patientuddannelse målrettes etniske minoriteter som specifik målgruppe.

Fælles for gruppeforløbene er, at de ofte kombinerer elementer af teoretisk baseret, praktisk baseret og erfaringsbaseret viden. En måde at forstå forskellige typer videns plads og anvendelse i patientuddannelser som det ses beskrevet i Lone Grøn og Jacob Hansens guide "Sociale forandringsfællesskaber. En guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser" som er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Syddanmark og Dansk Sundhedsinstitut i 2012.

Den teoretiske viden er den sundhedsfaglige og evidensorienterede viden, som den sundhedsprofessionelle bærer med ind i forløbene som faglig ballast. Den er ofte kendetegnet ved anvendelse af videnskabelige abstraktioner og stræber mod at skabe en teoretisk faglig ballast hos borgerne, hvormed de kan

få en større faglig orienteret viden om de problematikker, som er genstand for gruppeforløbet. Teoretisk viden er meget fagspecifik, og derfor antager undervisningen ofte en form af kateder- eller tavleundervisning med et tydeligt lærer-elev forhold. Læreren underviser og eleverne lytter.

Erfaringer fra projektet viser en stor interesse fra deltagerne for den teoretiske viden om sygdom, sundhed krop og trivsel, som opnås på gruppeforløbet. En viden, mange borgere netop ikke har på forhånd og heller ikke har erfaring med at blive undervist i. Mange borgere har lille erfaring med den teoretiske undervisningsform, og derfor kan lange passager med katederundervisning og envejskommunikation virke fremmedgørende og kedelige. Derfor viser erfaringerne fra projektet også, at man i forbindelse med etableringen af et gruppeforløb, der indeholder teoretisk viden, må tage sine forbehold i mængden af teoretisk viden, der kan præsenteres hver gang samt det sproglige og sundhedsfaglige abstraktionsniveau, som kan anvendes i undervisningen. En vigtig erkendelse er, at man må afstemme sit sundhedsfaglige ambitionsniveau til forståelsesniveauet hos de borgere, som skal i forløb. Ofte anvendes der tolke i undervisningssituationer for etniske minoriteter, og dette skal der tages specifikt hensyn til i planlægningen af forløbene, da tolkning kræver tid og derfor har indflydelse på, hvad og hvor meget der kan nås på de enkelte undervisningsgange.

Opmærksomhedspunkter:

- Nogle borgere har få erfaringer med uddannelsessystemet. Vær forberedt på, at det for nogle kan være en ny oplevelse og derfor kræve ekstra tilvænning at være del af et undervisningsforløb
- Katederundervisning kan nemt medføre lange perioder med envejskommunikation uden aktiv deltagelse og kan derfor betyde, at man mister borgernes opmærksomhed undervejs i undervisningen. Bryd undervisningen op i perioder med teori, praktiske øvelser og gruppearbejde.
- Mange etniske minoritetsborgere opleves at have et lille forhåndskendskab til kroppens anatomi og kropslige processer. Afvej derfor nøje materialets sværhedsgrad og vær ikke bange for at starte fra bunden.
- Pas på med abstrakt sprog, men brug i stedet dagligdags vendinger. Hvis det er svært at forklare, er det sikkert også svært at forstå.
- Brug pædagogiske hjælpemidler, når der undervises. Billeder kan være med til at gøre abstrakte begreber og udtryk konkrete.
- En tolk kræver tid. Afvej mængden af teoretisk materiale, der skal gennemgås, med det faktum at hver sætning skal igennem et andet led, inden den når borgeren.

Samtidig viser erfaringerne, ganske som nævnt i tidligere undersøgelser af patientuddannelser, at undervisningen i teoretisk viden ofte er nødt til at suppleres af praktisk og erfaringsbaseret viden for at kunne fungere og have en effekt for borgerne.

Den praktiske viden er den praktiske omsætning af viden, som sker, når den teoretiske viden skal indlejres hos den enkelte borger. Et er at lære om de biologiske processer, som kroppen gennemgår, når den motionerer, og om hvordan de rette træningsmetoder kan stabilisere blodsukkeret, noget andet er at opleve det på egen krop og gennem kroppen erfare, hvad den teoretiske viden gør ved én. Med andre ord handler det om at erfare gennem den praktiske udførelse af de øvelser, som der i den teoretiske undervisning tales om. Gennem ét forløb arbejdes med fysisk træning og motion samt med afspændings- og meditationsøvelser. Andre forløb har integreret indkøbsture med fokus på indkøb af sunde fødevarer i undervisningen, og endelig er der i udvalgte gruppeforløb blevet arbejdet med praktisk madlavning med fokus på det sunde måltid. Erfaringer fra projektet viser, at integrationen af praktisk viden i undervisningsforløbene gør viden lettere tilgængelig. At integrere praksis i undervisningen giver mulighed for at udfordre borgerne i deres forståelse af sig selv, deres krop og deres evner, og er dermed med til at åbne for muligheden for gradvist og i fællesskab med borgeren at flytte på borgernes forståelse af egne evner. Projektet viser derudover, at undervisning med elementer af praksis er med til at højne aktivitetsniveauet og deltagelsen blandt borgerne. Erfaringer med integratio-

nen af praktisk viden viser, at det ofte opleves positivt at arbejde med den praktiske viden, hvis den udfoldes gennem gruppeøvelser. Erfaringerne viser, at der igangsættes sociale processer, når praksis udfoldes i en gruppe. Sociale processer, som styrker sammenholdet i gruppeforløbet, skaber basis for opnåelsen af en fælles erfaring med sundhed og nogle gange baner vejen for den tillid, som gør udveksling af erfaring lettere.

Integration af viden i form af praktiske øvelser er et område, som kan virke overvældende og grænseoverskridende for nogle, mens det forekommer helt naturligt for andre. Et vigtigt element er derfor erkendelsen af, at alle har grænser, og mens nogle grænser er til for at blive brudt for at flytte på borgeren, da skal andre grænser respekteres. Der findes ikke en manual, som klart kan definere, hvilke grænser der kan brydes og hvilke der ikke kan. Som underviser må man derfor føle sig frem på holdet og nøje holde øje med den enkelte deltager. Erkende at ting tager tid og at den øvelse, der ikke kan lade sig gøre på den første undervisningsgang, måske går lettere efter fire gange.

Opmærksomhedspunkter:

- For mange opleves kroppen som værende skadet og det kan derfor virke grænseoverskridende at presse den. Start blidt ud ved øvelser og erkend, at der ofte må tages små skridt.
- Skab afveksling mellem individuelle øvelser og gruppebaserede øvelser.

- Ved øvelser er der en hårfin balance mellem at flytte på folks grænser og overskride dem. Vær opmærksom på den enkelte borger og gå forsigtigt frem.
- For nogle borgere kan hold med blandede køn i visse situationer opleves som værende hæmmende for muligheden for at udfolde sig i praksis. For andre har det mindre betydning.

Erfaring er den viden, som knytter sig til den enkelte borgers personlige verdensforståelse. Men erfaringer er også en viden, som opnås gennem refleksion over andres erfaringer, og i et gruppeforløb spiller den erfaringsmæssige viden en central rolle som katalysator for tilegnelsen af den viden, som er indlagt i gruppeforløbet. Den skaber med andre ord en bro mellem den teoretiske, den sociale og den personlige virkelighedsforståelse i forhold til de sundhedsproblematikker, som den enkelte borger døjer med. I praksis i dette projekt er erfaring blevet integreret i undervisningen gennem brugen af et eksplicit narrativt fokus. I den daglige undervisning har man på tværs af kommunerne i praksis ofte brugt narrativet som en måde at tegne en linje fra abstrakte sundhedstemaer til oplevelser, den enkelte har haft i sit eget narrativ, ved direkte at referere det abstrakte sundhedstema til den samtale, koordinatoren har haft med den enkelte borger. Man har inddraget elementer fra den interkulturelle sundhedssamtale og spurgt til både den enkelte og holdets samlede personlige erfaring med det tema, som undervis-

ningen omhandler. Projektet viser, at brugen af erfaring i undervisningen har flere effekter for de deltagende borgere. Brugen af erfaring i praksis gennem brugen af narrative elementer opleves at bringe en borgernær konkret ind i undervisningen, som giver den enkelte mulighed for at spejle sig i og lære af andres erfaringer samtidig, med at man reflekterer over sine egne. Borgerne oplever en anerkendelse af den personlige erfaring samt muligheden for at give videre til og modtage fra andre gennem et kollektivt erfaringsrum.

Brugen af narrative elementer fra den interkulturelle sundhedssamtale som en indgangsvinkel til erfaring kræver nøje aftaler og en underviser, som konstant er opmærksom på den enkelte borger. Ikke alle personlige erfaringer fra samtaler egner sig til det offentlige rum, og det er derfor en forudsætning på forhånd og i fællesskab at afstemme, hvad der kan tales om på gruppeforløbene.

Opmærksomhedspunkter:

- Ikke alle føler det trygt eller har lyst til at dele personlige erfaringer i et offentligt forum. Lav klare aftaler med borgerne om, hvilke personlige erfaringer der kan tales om og hvilke der ikke kan.
- At åbne for personlige erfaringer kræver tillid, hvilket ikke altid er til stede ved begyndelsen af forløbet. Hav tålmodighed. Ofte kommer lysten til at dele den erfaringsbase-rede viden ganske hurtigt.

- Vær opmærksom på holdet. Nogle taler meget, andre taler lidt. Sørg for, at alle bliver hørt.
- Erfaring kan gøre undervisning vedkommende, men den kan også nemt stjæle tid. Mange har en fortælling, de gerne vil have frem, og ofte kan tiden skride. Husk at bibeholde styringen og holde fokus på undervisningens indhold, når erfaring sættes i spil. Inden man ser sig om, er tiden gået.

Gruppeforløb i et helhedsfokus – Effekt på flere niveauer:

Ser man overordnet på udviklingen hos de borgere, der har gennemgået interkulturelle gruppeforløb i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering, er det tydeligt, at der opnås effekter på flere forskellige niveauer som følge af gruppeforløbene. Et øvre niveau handler om de effekter, som knytter sig til de primære mål, som er sat i forbindelse med etableringen af gruppeforløbet. Mål som eksempelvis at skabe ændringer i den fysiske sundhed, at styrke egenomsorgen og mestringsevnen og højne borgernes vidensniveau omkring kroppen, tanker, sundhed og sygdom. Erfaringer fra projektet viser en god effekt ved gruppeforløbene set i forhold til udviklingen i borgernes sundhed. Effekten kommer til udtryk ved:

- Vægttab hos mange borgere (2-9 kg, ofte omkring 4-5 kg).
- Ændrede motionsvaner med introduktion af fast ugentlig motion.

- Væsentlige kostændringer mod et lavere forbrug af fedt og sukker (for nogle en reduktion af sukker fra 10 kg-1 kg pr. måned og for andre et halveret olieforbrug).
- Større forståelse for smerter og for, hvordan træning og korrekt medicinindtag kan lindre disse.
- Større forståelse af kroppen og kropslige processer generelt.
- Større indsigt i sygdomme som diabetes samt viden om blodsukkerets, kostens, motionens og egenomsorgens betydning for diabetes.
- Ændringer i kostvaner hos borgerne har betydet ændringer i familiens kostvaner med et fokus på mindre sukker, slik og fedt, specielt i forhold til børnene.
- Større forståelse for søvnens betydning for sundhed og sygdom med introduktionen af gode søvnvaner.
- Større forståelse for egenomsorg generelt og måder at mestre komplekse udfordringer på.
- Spredningen af viden fra forløbene gennem borgernes sociale relationer.

Samtidig viser projektet, at der blandt borgerne opleves et underliggende niveau af effekter ved gruppeforløbene. Effekter som blandt andet:

- Oplevelsen af at bryde en social isolation og opnåelse af tæt social kontakt med andre mennesker.
- Oplevelsen af at kunne spejle og reflektere egen situation gennem andres erfaringer og fortællinger.
- Skabelsen af indhold og et fast holdepunkt i

en ugentlig kalender, som ellers flyder sammen uden egentlig struktur.

- Erkendelsen af, at man ofte ikke er alene med sine problemer.
- Oplevelsen af at egne problemer kan synes små i forhold til andres.
- Oplevelsen af glæden ved at lære nyt, at tilægnelsen af en kompleks viden og muligheden for at formidle den videre til andre.
- Oplevelsen af at man har styrken til at gennemføre et forløb.

Generelle opmærksomhedspunkter i forbindelse med interkulturelle gruppeforløb:

- I nogle situationer kan kønnet opleves at spille en vigtig rolle, mens det er af mindre betydning i andre. Nogle kønsspecifikke emner kan opleves grænseoverskridende at skulle diskutere med det modsatte køn, og for nogle kan træning ligeledes besværliggøres af tilstedeværelsen af det modsatte køn. Overvej kønssammensætningen på holdet i forhold til det indhold, der ønskes gennemgået.
- At sammensætte hold med deltagere, som kommer fra samme land, kan i visse tilfælde gøre sprogudfordringerne mindre. Omvendt kan det for nogle opleves positivt at møde folk andre steder fra, fordi det giver oplevelsen af forskellighed og af, at ting kan ses og gøres på mange måder. For nogle kan angsten for sladder i lokalmiljøet

desuden opleves mindre ved hold med blandede nationaliteter.

- Husk at holde pauser. Selv det mest interessante emne kræver kræfter og engagement. Pauser er derudover sociale arenaer, som kan give energi til en gruppe.
- At have en tolk på holdet kræver ekstra forberedelse. Tolkningen kræver tid og kan forekomme frustrerende, hvis der ikke er taget højde for den i programmet.
- Husk at tillid tager tid. Det, der ikke kan tales om ved første undervisningsgang, går måske lettere ved den fjerde.
- Husk at borgerne er eksperter på deres egen krop. Respekter at det kan tage tid at flytte på sine grænser, og respekter, at der er grænser, som borgeren ikke ønsker flytte på.
- Vær opmærksom på, at alle bliver hørt, men respekter samtidig, at nogle kan have behov for blot at lytte.
- Vær konkret i undervisningen. Undgå abstraktioner og mange slides.
- Kast et kritisk blik på mængden af undervisningsmateriale og forventningerne til borgerne i et forløb. Ofte er det små skridt, der skal tages, og først senere kan de blive større. For nogle kan målet blive at løbe lange ture, for andre kan det være at kunne gennemføre en undervisningsgang.

Hvad sagde borgerne?

Jeg kan tale med dig, og du kan lære, og jeg kan lære af dig. Det er vigtigt at tale med hinanden.[...] jeg kan bruge andres ideer[...]Den verden, vi lever i, der giver vi hinanden erfaringer. Verden skifter hele tiden, du ved. Vi er nødt til at hjælpe hinanden.

Ja, jeg lytter[...]Nogle har psykologiske problemer. Mange psykologiske problemer. Nogle har familieproblemer. Så hver person har hver sine problemer. Men jeg tænker bare, okay, jeg har ikke problemer. Jeg har det godt.

Vi bruger ikke psykologer, vi bruger hinanden. Ja, vi bruger hinanden gratis når vi snakker. Vi hjælper hinanden og giver råd og trøst, og hvis de har problemer og sådan noget.

Hun siger, det er dejligt, at man får tid til at kunne snakke om sig selv[...]for det gør hun ikke derhjemme.

Jeg er arbejdsløs nu. Jeg føler mig rigtig godt tilpas. Om onsdagen, skal jeg komme her. Jeg skriver det i kalenderen. Jeg glæder mig, for jeg har noget, jeg skal den dag.

Det interkulturelle individuelle forløb

Ikke alle presserende problematikker i de enkelte borgeres narrativer egner sig til at blive taget ind i en gruppemæssig kontekst, endsi-ge lader sig dække af et undervisningsforløb. Nogle gange er problematikkerne af en sådan karakter, at en helt individuel indsats tegner sig nødvendig for at rykke på den enkelte borgers situation. I projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har det ud over gruppeforløb også været muligt at gennemføre et individuelt interkulturelt forløb for borgeren tilrettelagt ud fra de unikke problematikker, borgeren sidder med.

Udgangspunktet for det individuelle forløb af to måneders varighed med seks timer afsat til den interkulturelle koordinator er at arbejde med den problematik, som er blevet prioriteret, i fællesskab med borgeren. Fælles for store dele af de individuelle forløb er, at de ofte udspringer af fragmenterede fortællinger med mange delproblematikker uden en egentlig kerne. Fortællinger, hvor sammenhængskraften i livet er udfordret, og hvor borgeren og koordinatoren ofte sidder tilbage med fornemmelsen af kaos og uorden. Erfaringerne fra projektet viser, at målgruppens problematikker spænder meget bredt.

Erfaringerne fra projektet viser derfor, at det individuelle forløb ofte for borgeren kommer til at handle om at skabe en vis orden i en fortælling præget af kaos, gennem en fælles intervention. Tilgangen til skabelsen af orden hos den enkelte borger må dog gribes forskelligt an alt efter situationen.

Det individuelle forløb, interventioner der skaber både indre og ydre orden

At skabe "orden" som en intervention for den

enkelte kommer ofte i praksis til at handle om en intervention, som parallelt håndterer skabelsen af ydre orden og indre orden hos borgeren.

At skabe ydre orden som et individuelt forløb knytter sig til tanken om at skabe mening og orden ud af de strukturelle udfordringer, som den enkelte borger ofte er konfronteret med. Dermed kommer opgaven i samtalen og de efterfølgende forløb til at bestå i at afdække, hvori sammenbruddet i borgerens verden er sket i relation til de ydre strukturelle betingelser og herefter hjælpe borgeren med at bygge op, hvad der måtte være faldet sammen i forhold til de ydre rammer. At skabe sikkerhed, hvor der måtte være usikkerhed. I praksis handler det om at afdække, hvordan borgeren i netop dette øjeblik bliver håndteret af de relevante organisationer og myndigheder og hvilken bevidsthed borgeren har om egen situation. Hvad der gøres hvorfor, af hvem og hvornår. Når der fokuseres på skabelsen af ydre orden, så handler det om i det individuelle forløb at skabe et overblik, en "samling af trådene".

I arbejdet med at skabe ydre orden tager den interkulturelle koordinator en brobyggende rolle, der i det individuelle forløb handler om at støtte borgeren i skabelsen af overblik, så denne kan agere i systemet og ende hos de relevante specialister, som kan varetage de problemer, der måtte være. I praksis betyder dette, at koordinatoren ofte for en periode håndterer det at sidde mellem borgeren og de professionelle og dermed skaber en forståelse hos borgeren for den måde, systemet fungerer på og hvad systemet forventer af bor-

geren. Samtidig er fokus på at kommunikere borgerens situation, forventninger og forståelse af systemet til de ofte mange professionelle. Men de individuelle forløb handler ikke blot om ydre orden, om skabelsen af overblik og konkret oprydning i sager, som den enkelte borger måtte sidde med. Ofte kommer de individuelle forløb også til at handle om skabelsen af en indre orden hos den enkelte borger.

At skabe indre orden handler om i fællesskab med borgeren at få skabt et mentalt fokus for borgeren i den situation, som af den ene eller anden grund opleves usammenhængende og fragmenteret. At arbejde med at skabe en indre orden handler derfor om den proces, hvor koordinatoren ofte antager følgeskabsrollen. En rolle, der ikke består af konkret varetagelse af ansvar for borgerens situation, men i stedet, som navnet også antyder, handler om at slå følgeskab med borgeren og gennem dette følgeskab skabe en refleksion hos borgeren, som kan bringe borgeren på sporet igen. Dette handler i praksis om at styrke borgerens mestringsevne gennem samtaler i det individuelle forløb, som har fokus på at anerkende og acceptere egen situation, men samtidig gennem samtalerne at vække et engagement hos borgeren, så borgeren bliver bevidst om egne ressourcer og motiveres til selv at tage livtag med de udfordringer, han eller hun står i frem for at placere ansvaret hos andre.

At skabe ydre og indre orden som en strategi i det individuelle forløb skal her ikke opfattes som værende en enten/eller-situation. Erfaringer fra projektet viser, at der i nogle situationer er behov for et større fokus på ydre

orden, mens der i andre tilfælde er et større behov for fokus på indre orden. I mange forløb vil det ofte være nødvendigt at arbejde simultant med skabelsen af både ydre og indre orden hos den enkelte borger.

I løbet af projektprioroden er gennemført 74 individuelle forløb, og forløbenes indhold kendetegnes ved en stor diversitet. Indholdet i de individuelle forløb har eksempelvis bestået i:

- Hjælp til gennemlæsning og forståelse af modtagne breve fra jobcentre, sagsbehandlere, læger, speciallæger og hospitaler.
- Hjælp med at danne overblik over, hvem der kræver hvad, hvor og hvornår og sørge for, at der bliver svaret inden for den tidsramme, som er givet.
- Hjælp til at forstå udskrevet medicin og hvordan den skal tages.
- Hjælp med at gennemgå den medicin, man selv har med fra hjemlandet eller overtaget fra andre i familien.
- Hjælp til at afsøge og sørge for kontakt til det rette træningstilbud eller aktivitetstilbud.
- Hjælp med at støtte borgere i at skabe deres egne tilbud.
- Hjælp til at indse, at man ikke længere er syg.
- Hjælp med at indse og mestre, at man aldrig bliver rask.
- Hjælp til at skabe overblik over og forstå økonomien.
- Hjælp til at igangsætte en skilsmisseprocedure.
- Hjælp til at få de rigtige specialsko eller det rigtige autosæde til bilen, når ryggen er ødelagt.

- Hjælp til at få kontakt til savnede familie-medlemmer.
- Hjælp til håndtering af problematikker vedrørende, sprogskoler, praktikpladser, arbejde, psykolog, krigstraumecentre etc.

Effekter ved de individuelle forløb

Ser man nærmere på effekterne af de gennemførte individuelle forløb, strækker de sig vidt, ganske som indholdet i de afholdte forløb har gjort det. Sammenfattende kan man ofte se en række overordnede effekter, som er opnået i forbindelse med forløbene. Effekter, som ligger i tråd med forløbenes fokus på skabelsen af indre og ydre orden. For borgerne har forløbene således bidraget til:

- At skabe overblik over den samlede situation og dermed gjort situationen mere begribelig, håndterbar og meningsfuld for borgeren.
- At skabe en forståelse for sygdomme, deres omfang og konsekvenser for dagligdagen.
- At skabe en brobyggende sammenhæng både for borgeren og for systemet i en ofte kompleks situation, som går på tværs af sektorielle skel.
- At skabe følelsen af anerkendelse hos borgeren for situationen, som borgeren oplever den.
- At skabe accept af situationens omfang hos borgeren.
- At skabe grobunden for en større mestring af eget liv.

Erfaringer fra projektet viser, at der i koordinatorens arbejde med borgere i individuelle

forløb nemt opstår en række dilemmaer og udfordringer både med tilrettelæggelsen og gennemførelsen. Udfordringer, som eksempelvis er relateret til både det tidsmæssige design i projektet og til fastsættelsen af et succeskriterium.

Udfordringer ved individuelle forløb

- At skabe et overblik over eksempelvis den enkelte borgers sundhedssituation indebærer i mange situationer gennemgang af papirer fra både hospital, praktiserende læge, speciallæge og genoptræningsenhed med efterfølgende nødvendig kontakt til disse for at skabe overblik over, hvad der nu skal ske. Når problematikken videre berører eksempelvis en arbejdsmarkedsorienteret problematik, kobles denne gennemgang og kontakt med arbejdsmarkedssektoren og i visse situationer eksempelvis socialsektoren, hvilket bidrager til et tidsforbrug, som overstiger de seks timer fordelt på to måneder.
- At få en afgørelse og få behandlet sin sag kræver ofte tid. Derudover kommer den konkrete ventetid, som opstår i de situationer, hvor sager skal viderebehandles som en del af forløbet. Ganske forventeligt medfører det en ventetid og måske et nyt behov, såfremt det der blev

søgt om ikke bliver tildelt, og sagen således skal prøves igen.

- At skabe løsninger i en sundhedsproblematik, som er kendetegnet ved netop at være sammenfiltret af mange sideløbende problematikker, som hver især er nødt til at blive håndteret inden den oprindelige prioritering kan blive løst.
- At borgeren flytter sig i løbet af det individuelle forløb og fokus, og succeskriteriet for borgeren derfor skifter. At der i takt med det individuelle forløbs udvikling opstår et nyt rum for de bekymringer, som måske gennem mange år har været sat til side, hvilket medfører, at nye problematikker, som ligeledes kræver håndtering, presser sig på.
- At der trods stort arbejde i individuelle forløb opleves, at man ikke kan komme i mål med den prioritering og det succeskriterium, man lavede i fællesskab, men at der omvendt heller ikke opleves at være andre tilbud at sende borgeren videre til. Dette kan placere både koordinator og borger i en uforløst og til tider ubehagelig situation.

Opmærksomhedspunkter ved de individuelle forløb

- Foretag en fælles forventningsafstemning allerede ved den første samtale, som fokuserer på at defi-

nere mål, midler, rammer og at borgeren også selv har en klar opgave i forløbet. Med klare aftaler mindskes risikoen for frustration hos både borger og den professionelle

- Ved opstart af individuelle forløb er det hensigtsmæssigt at lave en klar strategi for, hvordan der aktivt kan arbejdes med borgerens mestringsevne, så basis for, at borgeren kan klare sig uden en koordinator, allerede grundlægges ved begyndelsen af forløbet.
- Vær realistisk og tag små skridt. Det er let at lave ambitiøse mål, men det kan vise sig svært at indfri dem i praksis. Små delmål, som er aftalt i fællesskab, kan skabe grobunden for succes og dermed bane vejen for, at større mål kan indfries.

Hvad sagde borgerne?

En der er der lige til at give overblik. Hvad der lige foregår. F.eks. i en periode, hvor man er syg. Så bliver man næsten bombarderet med papir og hospitalsbesøg og alt det der. Så koordinatoren, hun skrev det ned for mig. Et stykke papir, og så gav jeg min fysioterapeut det, og så fungerer det.

Det er, at hun fik mig til, hvad hedder det, være mere glad. En mere glad

person. Lade være med at være negativ. Være positiv, selvom man har smerter.

Jeg har lært at acceptere siden jeg kom her til koordinatoren. Jeg ved mere om min sygdom. Så jeg accepterer.

Koordinatoren har hjulpet mig med at se, at jeg lever et normalt liv. Og jeg kan forstå, at hvad jeg fik i hjemlandet, det kan man godt glemme [...] at tage den derfra og gå frem. [...]Jeg mener, at når hun giver håb, at jeg kan få et bedre liv i fremtiden. Så siger jeg til mig selv. Nej. Jeg kan ikke tænke så meget på datid. Så skal jeg starte herfra for at komme... Fordi hver gang, når jeg kommer tilbage, så bliver jeg deprimeret igen [...]Det er ikke så sundt for mig, heller ikke for mine børn.

Fælles for de interkulturelle forløb

Erfaringer fra projektet viser, at komplekse problemstillinger ofte kræver mere end én type forløb for at sikre, at borgeren kommer derhen, hvor han eller hun hører hjemme. Fortvivl derfor ikke, hvis det oprindeligt aftalte gruppeforløb ikke bringer borgeren i mål, men blot slår et lille hul på den problematik, som borgeren er fanget i. For nogle går processen hurtigt, mens den for andre tager tid. For nogle kan et forløb sætte gang i den refleksionsproces, som er nødvendig for overhovedet at komme i gang med at arbejde med det, som er det egentlige problem. Set i et helhedsperspektiv er det derfor vigtigt at huske, at uanset om borgeren deltager i et eller flere gruppebaserede forløb, et individuelt forløb eller en kombination af begge, er det vigtigt, at man som professionel holder fokus på, at komplekse problemer ikke kan forceres og at disse kan tage tid at løse. Et succesfuldt mål for et forløb er ikke kun at løse problemer, men også at igangsætte en proces, der med tiden gør problemerne lettere at håndtere.

Et interkulturelt koordinatorperspektiv

At være koordinator i projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering er en alsidig rolle. I dette kapitel i guiden skal vi se nærmere på koordinatoren, både som en organisatorisk funktion bundet i en kommunal forankring, men samtidig også som et menneske spundet ind i borgerens verden gennem en fælles fortælling og prioritering.

At være koordinator i et organisatorisk perspektiv

Hver af de deltagende fem kommuner har ved projektstart ansat en interkulturel koordinator med en ansættelse svarende til 10 timer om ugen i projektet. I koordinatorfunktionen er der ved projektstart udarbejdet en opgaveportefølje svarende til projektets overordnede målsætning, og denne er udgangspunktet for den interkulturelle koordinators arbejde. Da projektet på forhånd har arbejdet med at skulle oparbejde en stor viden inden for mange områder, er fordelingen af de ti timer pr. uge ikke specifikt øremærket i forhold til de enkelte elementer i opgaveporteføljen, men skal ses i en helhedsbetragtning. Det har således været de enkelte koordinators i projektet, som i samspil med deres egen kommunale ledelse og projektledelsen har haft til opgave at prioritere opgaverne, som projektet er skrevet frem, og opgaver i relation til løsning af målgruppens behov løbende er kommet til.

Den interkulturelle koordinators opgaveportefølje har ved projektstart været følgende:

- At skabe et samlet overblik over tilbud, sociale som sundhedsorienterede, for etniske minoriteter i hjemkommunen. Heri at identificere mulige samarbejdspartnere for projektet, både med henblik på rekruttering af borgere og løsning af sundhedsopgaver vedrørende borgerne.
- Løbende at arbejde med rekruttering af borgere til projektet.
- At gennemføre interkulturelle sundhedsamtaler samt opfølgende og afsluttende samtaler med borgere.
- At skabe og gennemføre gruppebaserede eller individuelle sundhedsforløb for etniske minoritetsborgere med sundhedsproblematikker.
- For de gruppebaserede undervisningsforløb at forestå undervisningen på forløbene.
- At evaluere og dokumentere arbejdet, dels med forløbene og dels generelt med etniske minoriteters sundhed.
- I fællesskab med sin ledelse at skabe en kontakt eller samarbejde med den kommunale arbejdsmarkedssektor.

Hver kommune har selv været ansvarlig for den organisatoriske forankring af koordinatorfunktionen for at sikre, at den enkelte kommune oplever størst mulig sammenhæng mellem

koordinatorens opgaver og de eksisterende opgaver i kommunen. Hvor koordinatoren organisatorisk er blevet placeret, og hvilke andre opgaver koordinatoren i givet fald har haft, har været op til den enkelte kommune at definere. Tilgangen til forankring af projektet og deri forankringen af den enkelte koordinator i de deltagende kommuner, har været forskellig.

Forskelle i organisering

- Randers, Horsens, Herning og Aarhus kommuner har valgt at lade den interkulturelle koordinator være en individuel funktion i kommunen, hvor den enkelte koordinator alene har været ansvarlig for de arbejdsområder, som er beskrevet i projektets oplæg.
- Holstebro kommune har valgt at placere koordinatoren som en del af et 'team', hvor visse dele af koordinatorfunktionen er blevet delt mellem teamets medlemmer.

Samarbejde og rekruttering i projektet

- Randers, Horsens, Herning og Aarhus kommuner har brugt projektperioden på at eksplorere mulighederne for samarbejde, og rekrutteringsplatformen har således været åben gennem projektperioden.
- Holstebro kommune har valgt at forankre projektet som et samarbejde mellem det kommunale sundhedscenter og det kommunale jobcenter. Deltagere til projektet er udelukkende blevet rekrutteret gennem jobcentrets kontanthjælpsafdeling.

Koordinatorfunktionens placering og tidsnormering

- Randers kommune har valgt at supplere den interkulturelle koordinators 10 timer med 5 ekstra timer betalt af kommunen. Denne kommunes koordinator har desuden ikke haft andre opgaver ved siden af koordinatorfunktionen.
- Koordinatorerne i Aarhus, Horsens, Herning og Holstebro kommuner har alle haft andre ansvarsområder ved siden af den interkulturelle koordinatorfunktion.

Denne organisering i de deltagende kommuner har affødt en række forskellige erfaringer set i forhold til koordinatorens arbejde, som vi nu skal se nærmere på.

At koordinere i et tværsektorielt felt

At arbejde som interkulturel koordinator medfører ofte et behov for at skulle samarbejde på et tværsektorielt plan når borgerens sundhedsproblematikker ikke længere blot begrænser sig til traditionelle biomedicinske problematikker, men opleves simultant at indeholde elementer af økonomiske, sociale samt psykologiske og fysiologiske forhold. En god tværsektoriel forbindelse kan i den forstand betyde forskellen på et forløb, der kommer i mål og et, der ikke gør. Samtidig kan det ofte vise sig at være en krævende opgave at etablere og vedligeholde tværsektorielle forbindelser i praksis.

For at sætte fokus på koordinatorens behov for samarbejde, er der i forbindelse med projektet afholdt to interkulturelle medarbej-

derdage. Den første blev afholdt i 2010 og var målrettet samarbejdspartnere primært i sundhedssektoren, mens den anden temadag afholdt i 2012 både gav muligheden for at invitere samarbejdspartnere internt i sundhedssektoren og samarbejdspartnere fra andre sektorer. På dagen deltog blandt andet også medarbejdere fra socialektoren og fra arbejdsmarkedssektoren. I forbindelse med den anden afholdte interkulturelle medarbejderdag blev der i fællesskab arbejdet med at udpege udfordringerne og anbefalinger for det gode samarbejde på tværs af sektorielle skel, som herefter er sammenholdt med de erfaringer, som er oparbejdet i løbet af projektperioden.

Udfordringer for det tværsektorielle samarbejde

- Udfordringer kan opstå som følge af manglen på et fælles mål. At bedre sundheden for en borger er måske et mål i sundhedssektoren, men ikke nødvendigvis i andre forvaltninger, hvor andre overvejelser og problemstillinger tillægges en større betydning.
- Udfordringer kan opstå som følge af at mangle en fælles forståelse for kategoriseringen af borgerne. I et samarbejde på tværs af forvaltninger kan der nemt komme til at mangle en forståelse for hinandens arbejdskultur, en manglende forståelse for den måde, forskellige forvaltninger arbejder på og

deri også den måde, som borgerne bliver kategoriseret på, hvilket igen kan føre til, at arbejdet med borgerne opleves at blive trukket i forskellige retninger, hvorved der kan opstå oplevelser af modarbejdelse.

- Udfordringer kan opstå som følge af manglen på et forankret netværk, som ikke beror på personlige relationer alene. Netværk baseret på personlige relationer kan være en stor støtte i forhold til udfordringerne med at arbejde tværsektorielt, men samtidig er sådanne netværk skrøbelige og opleves ofte at forsvinde eller reduceres kraftigt, hvis den personlige relation forsvinder. Skønt en stor del af det koordinerende arbejde kan løses ved direkte person-til-person-kontakt, da opleves visse sager stadig at kræve ledelsesmæssig støtte og beslutningskraft for at kunne lykkedes.

Anbefalinger til det tværsektorielle samarbejde

- At man mødes fysisk på tværs af forvaltninger og sektorielle skel og eksplicit diskuterer, hvordan man kan arbejde mod fælles målsætninger. At definere fælles mål og delmål på tværs af sektorer kan være med til at explicitere kom-

munikationen omkring borgeren og gøre borgeren til et fælles projekt.

- At de fysiske møder løbendes følges op af samtaler/videokonferencer.
- At man i fællesskab gør det tydeligt, hvad man selv kan tilbyde og hvad man forventer af borgerne.
- At man som koordinator bliver tydelig i sin kommunikation af det mål, man har opstillet med borgeren, hvis man skal kunne bære det videre til andre samarbejdspartnere.
- At man i fællesskab italesætter, hvordan man kategoriserer borgere, så man undgår stigmatisering og kulturalisering.
- At man i fællesskab diskuterer borgernes behov over for rettigheder og pligter på tværs af forvaltninger.
- At etableringen af et netværk på tværs af forvaltninger er ledelsesforankret, både horisontalt mellem koordinator og leder samt vertikalt mellem ledere fra forskellige forvaltninger med hyppige møder, både på det vertikale og horisontale niveau.

I projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har alle kommuner aktivt arbejdet med at skabe tværsektorielle samarbejdsrelationer som en del af den interkulturelle koordinators arbejdsplatform. Set i et organisatorisk perspektiv er det tværsektorielle

samarbejde blevet grebet an på to forskellige måder.

I Aarhus, Herning, Horsens og Randers kommuner er det tværsektorielle samarbejde løbende og uformelt etableret i takt med, at behovet for at arbejde på tværs mellem sektorer er opstået. At skabe et tværsektorielt samarbejde er i disse kommuner ofte udsprunget af koordinatorens opsøgende arbejde og erfaringer med samarbejde på frontmedarbejderplan, som herefter har bidraget til at bære samarbejdsrelationen videre på et ledelsesplan.

I Holstebro kommune har et samarbejde mellem sundhedssektoren og arbejdsmarkedssektoren været formelt organiseret allerede ved projektets begyndelse med fokus på tværsektorielt samarbejde på både ledelsesplan og frontmedarbejderplan. Både ledelse og frontmedarbejdere fra de to sektorer har haft faste møder i projektperioden med henblik på fælles fremdrift og udvikling i projektet.

Ser man nærmere på de erfaringer om tværsektorielt samarbejde, som er gjort i projektperioden, og sammenholder dem med de to måder at organisere det tværsektorielle samarbejde på, peger erfaringerne i retning af, at væsentlige udfordringer ved det tværsektorielle samarbejde kan imødekommes gennem et formelt organiseret samarbejde, som det har været tilfældet i Holstebro kommune.

Opmærksomhedspunkter til det tværsektorielle samarbejde

- Et formelt organiseret samarbejde på både ledelses og frontmedar-

bejderplan kan sikre en oplevelse af at komme tættere på hinanden og derigennem opnå en tættere forståelse af hinandens arbejde omkring målgruppen, herunder hvilke muligheder og begrænsninger, der er indeholdt i de enkelte sektorer.

- Et formelt organiseret samarbejde på både ledelses- og frontmedarbejderplan kan give et forum, hvor eventuelle forskelligheder og udfordringer grundet forskellig praksis kan italesættes og behandles, ikke blot på et frontmedarbejderniveau, men også på et ledelsesmæssigt niveau, hvilket erfaringerne viser kan være med til at gøre det daglige koordinerende arbejde omkring borgerne på tværs af sektorielle skel lettere på frontmedarbejderniveau.
- Et formelt organiseret samarbejde på både ledelses- og frontmedarbejderplan kræver en konstant dialog om succeskriterierne for det fælles arbejde. En manglende opmærksomhed på fælles succeskriterier kan lede til frustration i det praktiske arbejde.

At være koordinator i 10 timer om ugen set i et strukturelt perspektiv

Udgangspunktet har som beskrevet været en opgaveportefølje, som har skullet løses inden for 10 timer. Ser man nærmere på erfaringerne

fra projektet, viser det sig, at der kan opstå udfordringer i forhold til det at være interkulturel koordinator i praksis med et normeret timetal på 10 timer. Årsagerne til udfordringerne kan bunde i mange forskellige faktorer, og ikke mindst i den måde, hvorpå man som kommune forankrer den interkulturelle koordinatorfunktion.

Tid til at rekruttere – en åben eller fastlagt tilgang?

En væsentlig opgave i den interkulturelle koordinatorfunktion består i at rekruttere borgere. Tilgangen til rekruttering kan derfor have en væsentlig betydning for, hvem der kan rekrutteres og hvordan rekrutteringen opleves i relation til de 10 timer, som er afsat i projektet. Ser man nærmere på de deltagende kommuner, har Aarhus, Randers, Herning og Horsens kommuner ladet rekrutteringen være åben og dermed afhængig af de samarbejdsrelationer, som den enkelte koordinator har kunnet etablere i løbet af projektperioden. Holstebro kommune har på forhånd lavet aftale om rekruttering med det lokale jobcenter som eneste rekrutteringsplatform, dog med det væsentlige inklusionskriterium, at borgere kun har kunnet deltage i projektet, såfremt de henvises fra kontanthjælpsafdelingen.

Opmærksomhedspunkter til rekruttering

- En åben rekrutteringsplatform kræver ofte, at mere tid reserveres til opsøgende arbejde med henblik

på at etablere uformelle samarbejder, der kan lede til rekruttering af borgere.

- En åben rekrutteringsplatform kan være med til at sikre, at de borgere, som ikke allerede har en kontakt til systemet, også kan inkluderes.
- En fastlagt tilgang til rekruttering baseret på et formelt samarbejde mellem sektorer kan spare tid, som ellers måtte være brugt på opsøgende arbejde.
- En fastlagt tilgang til rekruttering kan betyde, at visse borgere, som ellers kunne profitere af et tilbud, ekskluderes fra deltagelse.

Faktorer, der kan opleves som værende udfordrende for en tidsramme på 10 timer pr uge

- Antallet af borgere i forløb på samme tidspunkt. Et stort antal borgere betyder en øget arbejdsmængde.
- Antallet af samtaler i en periode, da afholdelse af samtaler ofte kan indeholde et behov for forberedelse og koordinering med borgeren, eksempelvis hvis borgeren udebliver fra en samtale.
- Komplexiteten af den enkelte borgers sundhedsproblematik.
- Koordinatorens rolle i forbindelse med undervisningen. I de situationer, hvor koordinatoren har en undervisningsrolle, beslaglægger denne en betydelig del af den normerede tidsramme.

Tid til undervisning, forløb og samtaler

Set i forhold til koordinatorfunktionens øvrige opgaveportefølje indeholdende planlægning eller afholdelse af undervisning, gennemførelse af individuelle forløb samt gennemførelse af interkulturelle, opfølgende og afsluttende samtaler, er der gjort forskellige erfaringer set i forhold til det normerede timeantal på 10 timer pr. uge.

Årsagerne til et ofte øget tidsforbrug kan findes i en lang række forskellige faktorer, og vigtigt at bemærke er ligeledes, at tidspresset i projektet ikke opleves som værende konstant. Flere koordinators udtaler således, at tidsforbruget i projektet ofte opleves at gå op og ned i takt med, at aktiviteter løber af stablen.

Set i et overordnet perspektiv er det ofte i relation til bredden i opgaveporteføljen, at udfordringerne med de 10 timer kan opstå, da koordinatoren i perioder kan opleves at have mange arbejdsopgaver i løbet af en uge. Erfaringerne fra projektet viser dog, at presset på tidsrammen ikke altid opleves udfordret, idet opgavemængden, antallet af borgere og de individuelle opgavers omfang har vist sig at variere gennem projektperioden. Det kan således opleves lettere at få de normerede timer til at slå til i visse perioder frem for i andre.

Opmærksomhedspunkter

- For at mindske tidspresset i koordinatorfunktionen er det ofte nødvendigt at lave en stram dispo-

nering af tiden og samtidig kaste et realistisk blik på egne ambitioner i projektet. Skønt det kan vise sig muligt at invitere mange borgere til samtale og derefter tilbyde et forløb, kan det være nødvendigt at lægge et loft over antallet af borgere, som kan være i forløb på samme tid for at undgå, at kvaliteten i de enkelte forløb daler og at følelsen af frustration over manglende tid kan undgås.

Tid – At have en eller flere arbejdsopgaver ved siden af rollen som koordinator

Tidsrammen på ti timer pr. uge i den interkulturelle koordinatorfunktion er oprindeligt skabt i projektet ud fra den tanke, at den derved kan integreres sammen med andre sideløbende opgaver i en kommunal virkelighed. I den kommunale forankring af koordinatorfunktionen viser denne praksis sig også, da Aarhus, Horsens, Herning og Holstebro kommuner alle vælger at placere koordinatorfunktionen hos en medarbejder, som også bestrider andre funktioner i kommunen. Randers kommune vælger som eneste kommune at placere koordinatorfunktionen hos en medarbejder, som kun har denne opgave i sin arbejdsbeskrivelse.

At placere koordinatorfunktionen som en delopgave hos en medarbejder, som samtidig har sideløbende opgaver, kan imidlertid også skabe udfordringer, som knytter sig til den praksis, som arbejdet med borgerne fører med sig.

Udfordringer

- At have en koordinatorfunktion som en delopgave kan nemt komme til at opleves som en tidsmæssig udfordring, fordi man som koordinator opleves at skulle kunne agere akut, når borgerne er der, og at ventetid i forbindelse med arbejde med borgerens problematikker kan opleves frustrerende for både borger og koordinator.
- At have sideløbende arbejdsopgaver kan betyde, at der sker et narrativt brud i det arbejde, man er i færd med at udføre i fællesskab med borgeren, idet sammenhængen i borgerens forløb og fortælling pludselig kan synes svær at opretholde, når man som koordinator ofte må hoppe ud af den kontekst, man var i, for at varetage en anden rolle. At komme tilbage i konteksten kan kræve ekstra energi og engagement.

I Randers kommune, hvor koordinatorfunktionen ikke er suppleret af en anden stillingsbetegnelse og ydermere er forøget fra kommunal side med fem timer om ugen, opleves dette aspekt ved den tidsmæssige udfordring ikke som værende så presserende som i de øvrige kommuner.

Koordinatorfunktionen – at arbejde i et team versus at arbejde individuelt

Erfaringerne fra projektet viser, at valget af forankring af koordinatorfunktionen er blevet taklet meget forskelligt. I Aarhus, Horsens, Randers og Herning kommuner er funktionen tænkt som en individuel funktion, hvorimod den i Holstebro kommune er placeret i et team. Erfaringer fra projektet viser, at forskellene i forankringen af koordinatorfunktionen kan have stor betydning for opgaveløsningen.

Dels i forhold til de udfordringer i opgaveløsningen, som hver enkelt koordinator ofte konfronteres med i arbejdet med målgruppen. Disse udfordringer handler blandt andet om evnen til at kunne få relevant sparring i takt med, at problematikker opstår, følelsen af ensomhed, følelsen af at man som koordinator står alene med et ansvar for borgerne, at man er den eneste, som reelt har "aktier" i de borgere, der deltager i projektet, men samtidig også i evnen til nemmere at kunne overkomme en bred palet af arbejdsopgaver og dermed tillade et mindre pres på den enkelte koordinator.

Opmærksomhedspunkter

- At organisere koordinatorfunktionen som en del af et team kan tillade en spredning af arbejdsopgaverne, der betyder, at koordinatoren kan have større råderum i forhold til, hvor mange aktiviteter man har kunnet tilbyde i løbet af projektperioden.
- At organisere koordinatorfunktionen

nen som en del af et team kan modvirke den følelse af ensomhed, som ellers nemt kan opstå, når man som koordinator arbejder alene med målgruppen.

- At organisere koordinatorfunktionen som en del af et team kan skabe et fælles rum og et fælles sprog omkring arbejdet med borgerne og dermed sikre fornemmelsen af, at flere har aktier i borgerne.
- At organisere koordinatorfunktionen som en del af et team kan give koordinatoren en hurtigere adgang til både faglig og personlig sparring i de relevante og ofte svære situationer, som koordinatoren konfronteres med i det daglige arbejde.
- At organisere koordinatorfunktionen i et team kan være med til at modvirke sårbarheden i koordinatorfunktionen, der nemt kan opstå i et projekt, hvor viden og kompetencer ellers koncentrerer hos netop én central person.
- At forankre koordinationen og dermed arbejdet med målgruppen i et team stiller krav til intern kommunikation og planlægning. I takt med, at flere faste arbejdsopgaver kan uddeles i teamet, stiger behovet samtidig for at sikre, at der fortsat er et centralt overblik over de enkelte borgers forløb, deres samtaler og deres generelle opfølgning. Anvendelsen af en koordinator forankret i en team-

struktur må således tage højde for den ekstra interne koordinerende dimension, som følger i kølvandet på de arbejdsopgaver, som ikke er placeret hos koordinatoren selv.

Overordnede organisatoriske opmærksomhedspunkter

- Et formaliseret samarbejde mellem sektorer med deltagelse af både ledelse og frontmedarbejdere kan hjælpe til at sikre, at præmisserne for det gode tværsektorielle samarbejde, som ofte viser sig nødvendigt for den interkulturelle koordinator. Et formelt samarbejde kan skabe en fælles indsigt i hinandens arbejdsområder, arbejdspræmisser samt muligheder og begrænsninger. Et formaliseret samarbejde kan derudover være med til at sikre, at man skaber et fælles blik på målgruppen og dens behov.
- At skabe et godt tværsektorielt samarbejde som fundament for den interkulturelle koordinator kræver, at der konstant er et fokus på succeskriterierne for det fælles arbejde. En manglende opmærksomhed på fælles succeskriterier kan nemt lede til frustration i det praktiske arbejde.
- Et formaliseret samarbejde og en fastlagt tilgang til rekruttering kan

være med til at lette den interkulturelle koordinators arbejde og frigøre tidsmæssige ressourcer til andre opgaver, men kan samtidig betyde, at nogle borgere kan blive ekskluderet.

- En åben tilgang til rekruttering kan kræve ekstra tidsmæssige ressourcer, men kan omvendt være med til at sikre, at rekrutteringen når et bredere felt af borgere.
- At være interkulturel koordinator i en stilling på ti timer om ugen kræver en løbende planlægning og disponering af arbejdsopgaverne samt et kritisk blik på ressourcerne. Det kan være nødvendigt at lægge et loft over, hvor mange borgere det er muligt at have i forløb ad gangen for ikke at kompromitere kvaliteten i arbejdsopgaverne og dermed skabe frustration hos både koordinatoren og borgerne.
- At forankre koordinatorfunktionen i et team kan være med til sprede arbejdsopgaverne, hvilket kan betyde, at koordinatoren får mere tid til de tilbageværende opgaver.
- At forankre koordinatorfunktionen i et team kan være med til at modvirke følelsen af ensomhed og sikre, at flere medarbejdere har ansvar for borgerne.
- At forankre koordinatorfunktionen som en del af et team kan sikre koordinatoren en daglig adgang til både faglig og personlig sparring i

de svære situationer, som arbejdet med målgruppen ofte kan afstedkomme.

- At forankre koordinatorfunktionen i et team stiller ekstrakrav til intern kommunikation og planlægning. I takt med, at arbejdsopgaver uddelegeres, stiger samtidig behovet for at holde overblikket over, hvem der gør hvad hvorfor og hvornår.

At være koordinator i et personligt perspektiv

Ud over de udfordringer, som opstår på baggrund af forskellige tilgange til forankring af koordinatorposten som en organisatorisk funktion, kan koordinatorrollen også vise sig krævende og udfordrende på det menneskelige plan, når udgangspunktet er et dybdegående arbejde med et andet menneskes narrative på godt og ondt.

Udfordringer

- Begivenheder kan ikke blot være svære for borgeren at fortælle om, de kan også være svære for en koordinator at lytte til. At gå på opdagelse i et fælles narrativ viser sig ofte i praksis som en balancegang mellem indlevelse i en fortælling og overtagelse af en fortælling. En balancegang mellem det private og det professionelle.
- At opretholde en grænse mellem

det private og det professionelle i en samtale kan til tider opleves hårfin, for netop engagementet, hvor koordinatoren bruger sig selv og lever sig ind i fortællingen, kan både være det, der skaber tillid og adgang til et andet menneskes univers, mens det samtidig kan være det, som potentielt kan skubbe koordinatoren ud i en refleksiv krise, hvor grænsen for det professionelle og det private opleves at erodere.

- Når adskillelsen mellem det professionelle og det personlige opleves at erodere, opstår der nemt risiko for, at en potentielt traumatisk fortælling bæres videre ind i koordinatorens eget liv og derved får en dominerende plads uden for arbejdstiden.
- Som koordinator kan det det opleves udfordrende at måtte erkende, at nogle forløb hverken viser fremgang eller steder, borgeren kan sendes hen. En fælles fortælling og forløb bygger på en stærk tillid, der vises fra den enkelte borger, og deri opstår nemt en følelse af forpligtelse, som kan munde ud i en følelse af utilstrækkelighed og frustration, såfremt man som koordinator ikke føler, at man kan returnere den tillid, der er blevet vist.
- I de situationer, hvor koordinatoren gennem et langt og slidsomt arbejde i fællesskab med borgeren har

tilrettelagt et forløb med udgangspunkt i en fælles prioritering, kan det være svært som koordinator at acceptere at blive valgt fra af en borger, man ønskede at hjælpe.

Opmærksomhedspunkter ved koordinatorfunktionen i et personligt perspektiv

- Vær opmærksom på, at narrativer altid indeholder en fortæller og en lytter. Undervurder ikke, at en fortælling kan være lige så svær at lytte til som at fortælle.
- Overvej nøje, hvor de personlige grænser mellem det private og det professionelle går for netop dig som person. Husk at grænsen mellem at leve sig ind i en fortælling og overtage den er hårfin.
- Sørg for at skabe rammerne for at kunne manøvrere i et narrativ uden at gå på sjælen. Adgangen til kollegial sparring og faglig supervision kan ofte vise sig uundværlig.

At være koordinator i et interkulturelt netværk

Projektets fem koordinatore er blevet del af en interkulturel netværksgruppe bestående af koordinatore og projektledelsen. Netværksgruppen har haft en årlig mødecyklus på fire møder. Møderne har været brugt dels som undervisningssessioner med kompetenceud-

vikling inden for projektets udviklede metoder og til det generelle møde med etniske minoritetsborgere i det danske sundhedssystem. Netværksgruppen har ydermere tjent som det forum i projektet, hvori selve projektets opbygning og værktøjer er blevet udviklet og diskuteret. Dette med henblik på at skabe ét fælles projekt med fælles mål og midler, som samtidig kan tage højde for den kommunale forskellighed, som de deltagende kommuner repræsenterer, og derved sikre, at projektet bliver integreret og forankret i fem forskellige kommunale organisationer i projektperioden.

Koordinatorerne er i løbet af projektperioden i den interkulturelle netværksgruppe blevet undervist i:

- At gennemføre en interkulturel samtale.
- Antropologisk kulturforståelse i arbejdet med etniske minoriteter.
- At arbejde med og forstå narrativer.
- At lave kvalitative interview.
- At forstå traumer og at udvikle en tilgang til traumer i samtaler.
- At arbejde med smerter.

I løbet af projektperioden er netværksmøderne blevet afholdt i de deltagende kommuner på skift i bestræbelserne på at skabe en forståelse og indsigt blandt koordinatorene for den ramme, den enkelte koordinator sidder i.

Netværksmøderne har ud over den rene læring haft til formål at skabe en sparrings- og videnuvekslingsplatform mellem de deltagende koordinatore, hvor udfordringer i forbindelse med projektet og borgernes cases har kunnet lægges frem og belyses i et fælles forum. Der er blevet afholdt audits på borger-

cases og arbejdet med at belyse centrale problemstillinger, både med specifikke perspektiver fra den enkelte kommune, men også med perspektiver, som er gået på tværs af kommunale grænser. Netværket er ud over almindelig mødeaktivitet blevet suppleret med faglige studieture til relevante parter.

Netværksmøderne er blevet suppleret af en online webside, "bloggen" (PBwiki). Hver kommune har her haft sin personlige logbog med personlige erfaringer, som er blevet udfyldt, som projektet er skredet frem. Bloggen er derudover blevet brugt som et centralt sted for opbevaring af projektmaterialer, der således løbende er blevet gjort tilgængelige for koordinatorene i takt med deres udvikling. Tanken har her været at sikre, at alle deltagere i projektet har et fælles arkiv for værktøjer i projektet, og at projektledelsen gennem bloggen har kunnet sikre, at koordinatorene altid har haft adgang til de nyeste versioner af projektets værktøjer. Som udgangspunkt har bloggen derudover været tænkt som et interaktivt erfaringsforum, hvor projektets deltagere har kunnet diskutere problemstillinger løbende i takt med deres opståen.

Mødeaktiviteten er i løbet af projektperioden blevet suppleret af videokonferencer for at sikre en mere regelmæssig møde- og sparringsaktivitet i takt med, at projektet har udviklet sig, og nye og til tider pludseligt opståede problematikker i relation til arbejdet med borgerne er kommet til. Videokonferencerne

er blevet afholdt i de måneder, hvor der ikke har været anden mødeaktivitet, hvilket i praksis har betydet, at netværksgruppen med et supplement af videokonferencer har mødtes ca. én gang om måneden.

Opmærksomhedspunkter i forbindelse med en inter- kulturel netværksgruppe

- En netværksgruppe kan være en vigtig sparringsplatform for både faglige og personlige udfordringer i relation til arbejdet som interkulturel koordinator. Et forum, hvor både egen og andres med- og modgang kan bruges til at skabe refleksion.
- Deltagelse i en netværksgruppe kan være med til at skabe ny inspiration i en daglig praksis, hvor alt ellers kan opleves at være kørt fast.
- Videokonferencer kan være en fin måde at mødes på i en travl hverdag, men kan ikke erstatte det fællesskab, som skabes, når man mødes fysisk.
- En netværksgruppe kan være et fint supplement til den lokale daglige sparring, men kan ikke erstatte den.

Et epidemiologisk blik på borgernes sundhed

Målinger af borgernes sundhed

For at måle effekten af de forløb, der har været tilrettelagt for borgerne i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering, har borgerne udfyldt et spørgeskema omhandlende selvvurderet helbred og funktionsevne ved sundhedsforløbets start, ved dets afslutning samt ni måneder efter afslutningen. Spørgeskemaerne har været tilgængelige på dansk og i sprogversionerede udgaver på bosnisk, farsi, urdu, tyrkisk, somali og arabisk. Foruden spørgsmål omhandlende selvvurderet helbred og funktionsevne har borgerne besvaret en række baggrundsspørgsmål omhandlende fx køn, alder, oprindelsesland og antal år bosat i Danmark. Borgerne har ved udfyldningen af skemaerne kunnet få hjælp og støtte af den interkulturelle koordinator.

I det følgende beskrives selvvurderet helbred og funktionsevne, som er anvendt som effekt-mål i forhold til den kvantitative del af evalueringen. De to mål er begge standardiserede og validerede mål for en befolknings eller målgruppes selvvurderede helbredstilstand.

Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Menneskers egen vurdering af deres helbredstilstand er

et væsentligt mål for en befolknings eller målgruppes helbredstilstand.

Selvvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved en oplistning af symptomer, sygdomme og risikofaktorer. Vurderingen indeholder vigtige informationer om helbredet og er ikke blot erstatning for en lægelig vurdering, når en sådan af praktiske eller økonomiske grunde ikke kan gennemføres.

Undersøgelser har dokumenteret at personer med et dårligt selvvurderet helbred har øget risiko for en række kroniske sygdomme og derfor øget risiko for brug af sundhedsvæsenet samt for sygefravær, medicinforbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension. Selvvurderet helbred har vist sig at være en selvstændig faktor til forudsigelse af lægebesøg, hospitalsindlæggelser og død, selv efter der er korrigeret for sygdom, livsstil og demografiske forhold. Opnåelsen af et godt selvvurderet helbred er derfor et væsentligt mål at have fokus på i arbejdet med sårbare målgrupper som etniske minoriteter for at modvirke risikoen for, at sårbarheden hos målgruppen forøges i forhold til de ikke blot sundhedsmæssige, men også sociale og arbejdsmæssige forhold, som er skitseret ovenfor.

Selvurderet helbred belyses på baggrund af spørgsmålet: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?". På baggrund af dette spørgsmål inddeles besvarelsenerne i henholdsvis godt og dårligt selvvurderet helbred, og det vurderes på baggrund af en signifikantest, hvorvidt borgernes selvvurderede helbred har ændret sig efter sundhedsforløbet.

Beskrivelse af deltagerne

I alt 183 personer er registreret som deltagere i projektet. Heraf er 26 udgået (14 %) og har derfor ikke besvaret spørgeskemaet ved nogen af de tre målinger. Dermed er der i alt 157 deltagere i sundhedsforløbene.

Af tabel 1 fremgår det, at 151 af deltagerne har besvaret SF12-spørgeskemaet ved første måling, 98 har besvaret første og anden måling og 58 har besvaret alle tre målinger.

Tabel 2 viser en oversigt over deltagerne i projektet i forhold til køn, alder, antal år bosat i Danmark samt antal børn. Deltagerne er opdelt i tre grupper – de i alt 157 deltagere, de 98 deltagere der har besvaret to målinger samt

de 58, der har besvaret alle tre målinger. Tabellen viser, at der ikke er nævneværdige forskelle for de tre deltagergrupper på de udvalgte baggrundsoplysninger.

Generelt er der en langt større andel kvinder end mænd, som har deltaget i forløbene. Det er især de 30-59-årige, som har deltaget i forløbene, og særligt personer i alderen 40-49 år. Størstedelen af deltagerne har været bosat i Danmark 10-20 år. Der er en jævn fordeling i forhold til antal af børn, dog er der en mindre andel, der har fem eller flere børn. En overvægt af deltagerne er af tyrkisk, somalisk, sri-lankansk eller libanesisk herkomst.

Ser vi nærmere på målgruppen, er der en klar overvægt af kvinder. Dette til trods for, at der ikke eksplicit i projektet er blevet arbejdet med en kønsprofil målrettet kvinder.

For at kunne udarbejde en effektevaluering er det nødvendigt med minimum to målinger. Det er derfor valgt, at de deltagere, som indgår i analyserne, er de 98 personer, som har besvaret første og anden måling.

Er SF12 besvaret?

	1. måling		1. og 2. måling		1., 2. og 3. måling	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Ja	151	96%	98	62%	58	37%
Nej	6	4%	59	38%	99	63%
Total	157	100%	157	100%	157	100%

Tabel 1: Andel, der har besvaret spørgeskemaet ved de tre målinger

		Deltagere i alt (157)			Deltagere besvaret SF-12 ved 1. og 2. måling (n=98)	
Køn		antal	%		antal	%
Kvinde		135	86		90	92
Mand		22	14		8	8

Alder		antal	%		antal	%
20-29 år		3	2		1	1
30-39 år		38	24		30	31
40-49 år		74	47		45	46
50-59 år		31	20		17	17
60-69 år		8	5		4	4
70+ år		2	1		1	1
Uoplyst		1	1			

Antal år bosat i Danmark		antal	%		antal	%
< 10 år		37	24		27	28
10-20 år		61	39		45	46
20-30 år		32	20		22	22
> 30 år		7	4		4	4
Uoplyst		20	13			

Børn		antal	%		antal	%
Ingen		26	17		19	19
Et		19	12		14	14
To		27	17		19	19
Tre		29	18		19	19
Fire		19	12		15	15
Fem eller derover		14	9		10	10
uoplyst		23	15		2	2

Oprindelsesland		antal	%		antal	%
Iran		5	3		4	4
Irak		6	4		4	4
Bosnien		2	1		2	2
Tyrkiet		24	15		16	16
Somalia		24	15		15	15
Sri Lanka		22	14		10	10
Libanon		19	12		15	15
Andet		37	24		25	26
Uoplyst		18	11		7	7

Tabel 2: Frafaldstabel

Projektets erfaringer viser, at mange forløb kan strække sig over længere perioder end de oprindeligt tiltænkte to måneder, som er udgangspunktet i projektets design. Dette har besværliggjort opnåelsen af en tredje måling. På den baggrund er det valgt at have fokus på første og anden måling i resultaterne, og den tredje måling efter ni måneder er derfor udeladt i dette datasæt.

Referencegruppe

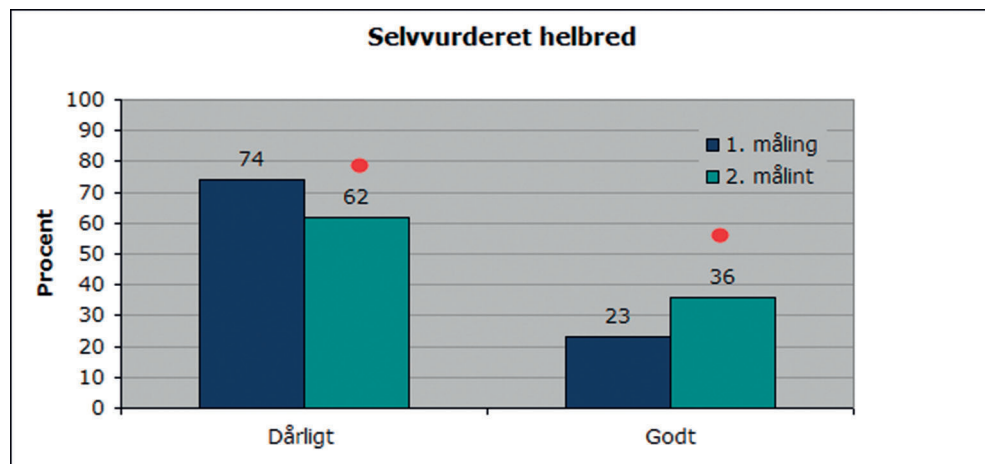
I analyserne anvendes en referencegruppe i forhold til selv vurderet helbred og funktions- evne blandt etniske minoriteter generelt.

Som referencegruppe anvendes data fra den eneste eksisterende sundhedsprofil for etniske minoriteter. Sundhedsprofilen er baseret

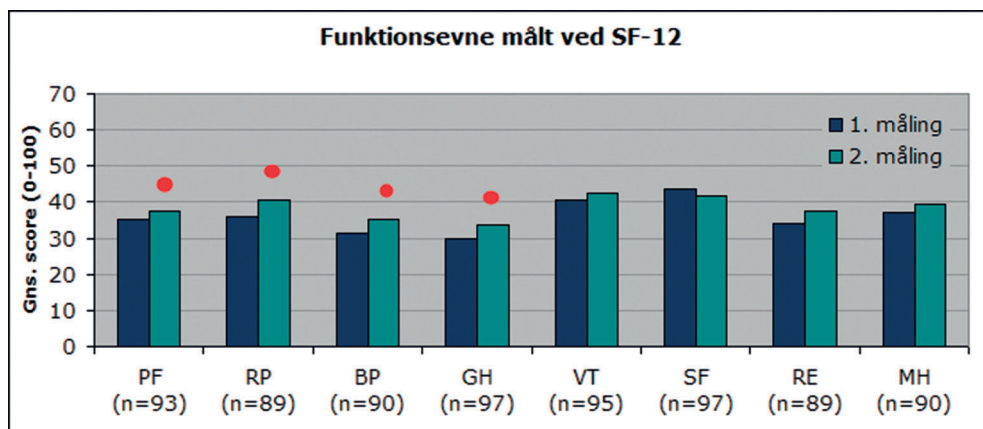
på data fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til indvandrere fra Eksjugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet samt efterkommere af pakistanske og tyrkiske indvandrere i alderen 18-66 år. I alt 4.952 personer deltog i undersøgelsen (svarprocent på 52), som var baseret på telefoninterview, hvor deltagerne fik valget mellem at besvare spørgsmålene på dansk eller på eget modersmål.

Projektets resultater

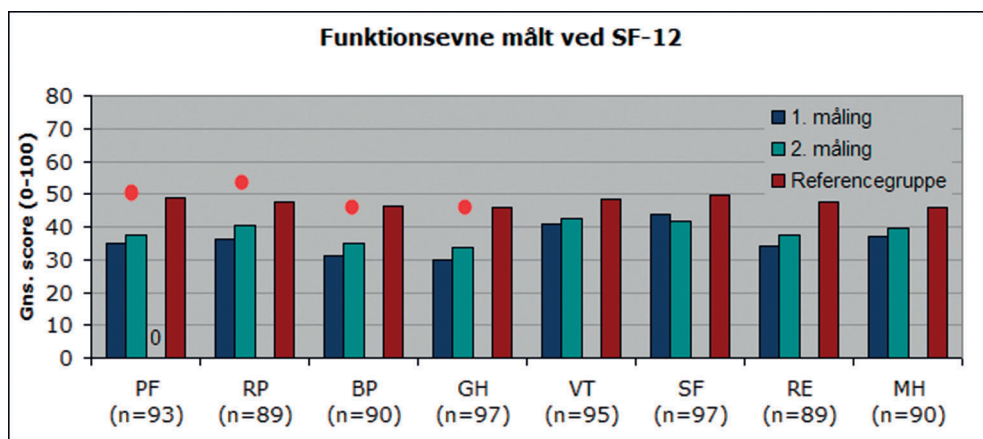
Af figur 1 fremgår andelen med henholdsvis godt og dårligt selv vurderet helbred ved første og anden måling. Der er sket en positiv udvikling, eftersom andelen med godt selv vurderet helbred er steget fra 23 til 36 procent. Udviklingen er illustreret grafisk i figur 1.



Figur 1: Selv vurderet helbred ved indledende (1. måling) og opfølgende (2. måling) samtale. Udviklingen er statistisk signifikant



Figur 2: Udviklingen i de otte dimensioner af SF12 fra indledende (1. måling) til opfølgende (2. måling) samtale. En rød cirkel markerer en statistisk signifikant udvikling



Figur 3: Udviklingen i de otte dimensioner af SF12 fra indledende (1. måling) til opfølgende (2. måling) samtale. En rød cirkel markerer en statistisk signifikant udvikling. Desuden indgår referencegruppen i en søjle for sig for hver af de otte skalaer. I referencegruppen indgår 3.738 personer, som til forskel fra målgruppen i projektet ikke kun indeholder borgere med en sundhedsproblematik

Figur 2 viser udviklingen i de otte dimensioner i SF-12. Den røde cirkel markerer, at der er sket en statistisk signifikant udvikling. Udviklingen er statistisk signifikant på de fire fysiske dimensioner: fysisk funktion (PF), fysisk betin-

gede begrænsninger (RP), fysisk smerte (BP) og alment helbred (GH).

I figur 3 indgår referencegruppen ligeledes i figuren, som ellers viser det samme som figur 2.

Som det fremgår af figuren, scorer deltagerne i denne undersøgelse under referencegruppen på alle otte skalaer indeholdt i SF-12.

Resultaterne sammenfattet

Ser man sammenfattende på resultaterne fra projektet, kan en signifikant forbedring af borgernes selvvaluerede helbredtstilstand tydeligt ses i den periode, hvor de har været en del af projektet. Resultaterne viser samtidig, at borgernes funktionsevne er blevet signifikant forbedret i den periode, hvor de har været en del af projektet. Sammenholder man resultaterne med projektets udgangspunkt, kan man konkludere, at projektets formål om at forbedre deltagernes sundhed gennem en interkulturel sundhedsfremmende og rehabiliterende indsats er opnået.

Sammenligner man deltagerne fra projektet med referencegruppen i den eneste sundhedsprofil med etniske minoriteter som målgruppe, tegner der sig et tydeligt billede af deltagerne i projektet med en selvvalueret helbredtstilstand, som i gennemsnit ligger langt under gennemsnittet for referencegruppen. Der tegner sig med andre ord et billede af, at de deltagere, som har været en del af projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering, netop repræsenterer det segment af etniske minoritetsborgere, som er særligt sårbare og hvor risikoen for ulighed i sundhed er allerstørst; en konklusion, som også genfindes i de kvalitative analyser af borgernes narrativer.

Set i det perspektiv er det tydeligt, at projektet har opnået at skabe et tilbud for netop

de etniske minoritetsborgere, som er ekstra sårbare og hvis problematikker var udgangspunktet for etableringen af dette projekt.

Indsamling af data

At indsamle data baseret på spørgeskemaer blandt særligt sårbare etniske minoritetsgrupper kan vise sig at være en udfordrende opgave, som kræver særligt omhu. Erfaringer fra projektet viser en række faktorer, som kan udfordre dataindsamlingen, når denne sker i forlængelse af en interkulturel sundhedssamtale.

Opmærksomhedspunkter til indsamling af kvantitative data blandt etniske minoriteter

- Sproget kan opleves som en barriere ved udfyldning af spørgeskemaer. Ikke alle mestrer dansk på et tilstrækkeligt niveau. Sprogversionerede spørgeskemaer og tolke kan være en hjælp.
- Ved anvendelse af sprogversionerede spørgeskemaer er det vigtigt at huske på, at ikke alle borgere har en nævneværdig skolemæssig baggrund. Nogle borgere kan være analfabeter, hvilket naturligt umuliggør læsning af et spørgeskema, sprogversioneret eller ej. I disse situationer kan en tolk være en stor hjælp.
- Ikke alle borgere ønsker tolk. Her må den sundhedsprofessionelle

træde til og forsøge at støtte borgeren i udfyldelsen af spørgeskemaet, og hvis dette ikke lader sig gøre, må dataindsamlingen opgives.

- Graduerede svarskalaer har vist sig svære at forstå i forbindelse med besvarelse af spørgeskemaer. Nogle gange kan det være nødvendigt at konkretisere hvori gradueringen består med et praktisk eksempel.
- At besvare et spørgeskema kræver kræfter og tid. For nogle borgere kan det være en stor mundfuld at gennemføre et spørgeskema i forlængelse af en interkulturel sundhedssamtale. Lyt til borgerens signaler. For nogle borgere kan det hjælpe at få skemaet med hjem, for andre kan det hjælpe at komme igen en anden dag, hvor kræfterne er til stede, for så at udfylde spørgeskemaet i fællesskab med koordinatoren.

Konklusion og et fremtidigt perspektiv

Formålet med dette projekt har været at udvikle metoder, som kan afdække etniske minoritetsborgeres helbredsproblemer og dermed danne grundlag for skabelsen af differentierede sundhedsforløb, der kan fremme etniske minoriteters sundhedstilstand, egenomsorg og trivsel. At forankre en interkulturel koordinatorfunktion i kommunen med fokus på at styrke et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, både internt og imellem sektorer. En koordinatorfunktion, hvis formål ligeledes har været at skabe sammenhæng mellem kommunale tilbud og at sikre en generel interkulturel kompetenceudvikling i de deltagende kommuner, og endelig har projektet haft som formål at dokumentere og skabe en generel viden om etniske minoriteters sundhed i Danmark.

Som det fremgår af denne guide er etniske minoriteters sundhed ofte udfordret på en lang række områder.

Interessen for kultur i sundhedsvæsenet som en måde at kategorisere og forstå den enkeltes sundhedsproblematik på kan ofte gøre det svært for etniske minoriteter med sundhedsproblemer at begå sig i sundhedsvæsenet og frigøre sig fra den verden af kulturel for forståelse og stigmatisering, som truer med at fjerne fokus fra det faktum, at etniske minoriteter, ganske som alle andre mennesker, er unikke individer, som skaber deres livsforståelse gennem sociale relationer og inter-

aktioner med verden. En dimension, som ikke blot er nødvendig at erkende i et overordnet perspektiv, men som samtidig fordrer en reel borgerinvolvering på borgerens unikke præmisser.

I bestræbelserne på at imødekomme behovet for at forstå, anerkende og hjælpe etniske minoriteter til en bedre sundhed er der i dette projekt arbejdet målrettet med at skabe en modvægt til den kulturelle for forståelse og stigmatisering, som opleves at fylde i sundhedsvæsenet, og i stedet rette fokus mod at arbejde med den enkelte borgers narrativ eller fortælling i form af en interkulturel sundhedssamtale. En samtale, hvis formål både har været at lade den enkelte borgers livsverden træde i forgrunden, og gennem den skabe en borgerinddragende sundhedsindsats med fokus på fremtiden på borgerens præmisser, men samtidig også som en måde at imødekomme en målgruppe, for hvem sammenhængen i livet ofte er forsvundet.

Arbejdet med borgernes narrativer viser, at etniske minoriteters sundhed opleves udfordret på en lang række områder. Somatiske problemer smelter ofte sammen med mentale, økonomiske og sociale problemer og former dermed et komplekst sundhedsbillede, som det både kan vise sig svært for den enkelte borger og for et sundhedssystem at håndtere. Projek-

tet viser behovet for en anderledes måde at tænke differentierede indsatser på, som også inddrager en social, en uddannelsesmæssig, en økonomisk og en psykologisk dimension.

I borgerens forståelse af sundhedsproblemer ses verden i en helhed, hvor problemer ikke er adskilt af sektorielle skel. Derfor kræver det for sundhedssystemet en særlig helhedsorienteret indsats at håndtere problemet. En indsats, der ikke lader sig begrænse af sektorielle skel og derfor en indsats, som ofte kræver en væsentlig koordinering, både mellem sektorer i systemet og mellem systemet og borgerens individuelle verden.

I projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering er der udviklet og forankret en interkulturel koordinator for at imødekomme behovet for helhedsorientering og borgerinvolvering i arbejdet med sårbare målgruppers sundhedsproblematikker. Denne tilgang har i en og samme funktion skullet arbejde med at afdække og forene borgerens unikke verden med den kommunale virkelighed med henblik på at skabe en indsats, som både giver mening for den enkelte borger og som er praktisk realiserbar.

Projektet viser, at nye tilgange til differentierede forløb med udspring i den enkeltes narrative, enten i et gruppeforløb eller individuelt forløb, kan sikre sundhedsforløb, som både opleves at være relevante i forhold til deltagerne og i forhold til at skabe en forandring i borgernes liv mod et bedre selv vurderet helbred, en forbedret funktionsevne og en højere grad af trivsel og mestring af eget liv.

Kaster man et blik på fremtiden, ser man tydelige tendenser mod et øget fokus på borgerinddragelse og helhedsorienterede indsatser, der bygger på samarbejde og skabelsen af et fælles blik. Men med dette fokus følger også en forpligtelse, hvor det at skabe "fælles blik" ikke blot bliver en formulering på et stykke papir, men hvor borgerne og sundhedsvæsenet rent faktisk tager hinanden i hånden og i fællesskab træder de stier, der skal trædes. Stier, som måske starter i sundhedssektoren, men som baner vej til både arbejdsmarkedssektoren og socialsektoren.

Forudsætningen for dette er et fokus på udviklingen af en fælles kompetence, som sikrer, at både borger og sundhedsvæsen kan forenes i en fælles fortælling om sundhed.



ISBN: 978-87-92400-36-9 (trykt udgave)
ISBN: 978-87-92400-37-6 (elektronisk udgave)

midt
regionmidtjylland

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
– et center for forskning og udvikling på social- og sundhedsområdet