

Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering



Hovedrapport

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Aarhus

Forskning og Udvikling

Sundhedsfremme og Forebyggelse

**Interkulturel
Sundhedsfremme & Rehabilitering**

Hovedrapport

Interkulturel Sundhedsfremme og Rehabilitering
Hovedrapport

Publikationen er udarbejdet af
Morten Deleuran Terkildsen, projektleder, antropolog, forsker
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.
Inge Wittrup, programleder, seniorforsker, antropolog, ph.d.
CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

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 4302
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 – www.werk.dk

ISBN: 978-87-92400-38-3 (elektronisk udgave)

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

Indholdsfortegnelse

1. Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering	s. 7
1.1 Læsevejledning.....	s. 7
1.2 Grundlaget for denne rapport: data og dataindsamling.....	s. 8
1.3 Baggrund for projektet.....	s. 9
2. Sundhed & Trivsel – Sundhedsfremme & Rehabilitering	s. 11
2.1 Kultur og sundhed. Etniske minoriteters sundhed i sundhedsvæsenet.....	s. 13
2.2 Med borgeren i centrum: den narrative tilgang.....	s. 16
3. Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering: projektstruktur	s. 21
3.1 Den interkulturelle koordinatorfunktion.....	s. 21
3.2 Den interkulturelle sundhedssamtalemodel.....	s. 25
3.3 Det interkulturelle sundhedsforløb.....	s. 27
4. Kommunal forankring i praksis: én model, fem kommuner	s. 29
4.1 Randers kommune: et overblik.....	s. 30
4.2 Herning kommune: et overblik.....	s. 32
4.3 Horsens kommune: et overblik.....	s. 35
4.4 Aarhus kommune: et overblik.....	s. 37
4.5 Holstebro kommune: et overblik.....	s. 40
5. Den interkulturelle sundhedssamtalemodel i praksis	s. 45
5.1 At lytte, spørge og i fællesskab prioritere i et menneskes liv.....	s. 45
5.11 At fornemme hvad der fylder og hvor man kan bevæge sig hen i praksis ...	s. 46
5.12 At gennemføre samtale ude eller hjemme.....	s. 49
5.13 Udfordringer med samtalen.....	s. 50
5.14 Er et umage par at være tre eller flere i en samtale?.....	s. 52
5.2 Hvad siger borgerne om samtalerne?.....	s. 53
5.3 Hvad er egentlig problemet? Sundhed i et 'narrativt borgerperspektiv'.....	s. 55
5.31 Case 1.....	s. 56
5.32 Case 2.....	s. 58
5.33 Case 3.....	s. 60
5.34 Case 4.....	s. 61
5.4 Når sundhedsproblemet har mange rødder.....	s. 64

6. At være koordinator i en verden af komplekse sundhedsproblematikker	s. 67
6.1 At koordinere og arbejde med komplekse sundhedsproblematikker i praksis ...	s. 67
6.2 Det interkulturelle gruppeforløb: sundhedsoplysning og mestringsstrategier ...	s. 68
6.21 Planlægning af undervisning: en logistisk udfordring	s. 69
6.22 Rammer og indhold i gruppeforløbene: udgangspunkt i ønsker og behov ...	s. 70
6.23 Teoretisk viden	s. 72
6.24 Praktisk Viden	s. 74
6.25 Erfaringsviden – undervisning med et fokus på det narrative	s. 75
6.26 Deltagerne på holdene: køn og etnicitet	s. 77
6.27 Sprog og tolk i undervisningen	s. 78
6.28 Generelle udfordringer ved det interkulturelle gruppeforløb	s. 79
6.29 Hvad siger borgerne om gruppeforløbene?	s. 80
6.30 Gruppeforløb i et helhedsfokus - Effekt på flere niveauer:	s. 81
6.31 Det gode gruppeforløb	s. 82
6.4 Det interkulturelle individuelle forløb	s. 83
6.41 Det individuelle forløb, interventioner der skaber både indre og ydre orden. ...	s. 84
6.42 Det interkulturelle individuelle forløb: eksempler fra praksis	s. 85
6.43 Udfordringer ved det individuelle forløb	s. 87
6.44 Hvad siger borgerne om de individuelle forløb?	s. 91
6.45 Effekter ved de individuelle forløb	s. 95
6.46 Anbefalinger til det individuelle forløb	s. 95
6.5 Mere end et forløb?	s. 95
7. At være koordinator i tid og rum	s. 97
7.1 Koordinatoren i et organisatorisk perspektiv	s. 97
7.11 At være ansat som interkulturel koordinator med et timetal på 10 timer pr. uge	s. 97
7.12 At være koordinator: teamopbygning versus individuel opbygning	s. 101
7.13 At koordinere i et ofte tværsektorielt felt	s. 103
7.2 Koordinatoren i et personligt perspektiv	s. 106
7.21 At være i en fortælling og et liv som professionel og samtidig et menneske: grænser	s. 106
7.22 At føle at man svigter	s. 108
7.3 At være koordinator i et netværk: sparring i projektet	s. 110

8. Et epidemiologisk blik på borgernes sundhed	s. 113
8.1 Selvvurderet helbred og funktionsevne	s. 113
8.11 Selvvurderet helbred	s. 113
8.12 Fysisk og psykisk funktionsevne	s. 115
8.2 Beskrivelse af deltagerne	s. 115
8.3 Referencegruppe	s. 117
8.4 Projektets resultater	s. 119
8.5 Resultaterne sammenfattet	s. 119
8.6 Borgere, der forsvandt ud af projektet – hvad skete der?	s. 119
8.7 At måle sundhed blandt sårbare målgrupper – metodiske udfordringer	s. 120

9. Konklusion og et fremtidigt perspektiv	s. 123
--	--------

Litteraturliste	s. 125
------------------------------	--------

Bilag

Bilag 1	SF12	s. 127
Bilag 2	Baggrundsoplysninger	s. 131
Bilag 3	Forløbsmodeller	s. 132
Bilag 4	Et individuelt forløb	s. 134

1. Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering

Denne rapport omhandler 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 grundlaget 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. Projektet har derudover haft som formål at dokumentere og skabe en generel viden om etniske minoriteters sundhed i Danmark.

Formålet med denne rapport er dels at dokumentere og evaluere de tiltag og processer, som er gennemgået og udviklet i projektpe-

rioden, og derudover gennem rapporten 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 kommuner og Folkesundhed & Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, er støttet af Forebyggelsesfonden og Helsefonden. Projektperioden strækker sig fra 2010-2013.

1.1 Læsevejledning

Denne rapport er opbygget i 9 kapitler. I første kapitel introduceres baggrunden for projektet. I andet kapitel behandles etniske minoriteter som målgruppe og kulturens betydning i sundhedsvæsenet. I kapitlet argumenteres for anvendelsen af en narrativ tilgang til forståelsen af og arbejdet med etniske minoriteters sundhed. Tredje kapitel tegner et overordnet billede af det koncept, den koordinatorfunktion, de forløb og de værktøjer, som projektet har arbejdet ud fra. I fjerde kapitel

behandles den praktiske implementering af projektet i de deltagende kommuner. Femte kapitel præsenterer erfaringer med dét at gennemføre samtaler baseret på en narrativ tilgang og giver eksempler på de sundhedsmæssige udfordringer, som borgerne selv italesætter i løbet af samtalerne. Sjette kapitel ser nærmere på erfaringerne med henholdsvis projektets individuelle og gruppebaserede forløb. Kapitlet sammenfatter herefter erfaringerne i en række anbefalinger. Syvende kapitel ser nærmere på koordinatorfunktionen i praksis, på dét at gennemføre samtaler og skabe borgerinddragelse, at være en del af en organisation i praksis, at håndtere at være del af et andet menneskes narrativ og erfaringerne og udfordringerne ved at skabe forløb i en kontekst af både organisationens og borgerens univers. I ottende kapitel præsenteres et epidemiologisk perspektiv på borgernes sundhed. I kapitlet præsenteres resultaterne af projektets løbende kvantitative måling af borgernes selvvaluerede helbred samt udfordringerne ved at indsamle og registrere sundhedsdata blandt etniske minoritetsborgere. I niende kapitel sammenfattes hovedkonklusionerne på projektet.

Rapporten kan læses på flere måder. Enten som et sammenhængende værk eller som enkelte selvstændige kapitler.

Som en del af projektet er der udviklet et redskab til at afdække og skabe forståelse for de deltagende borgers sundhedsproblematik: den interkulturelle sundhedssamtalemodel. Udgangspunktet for redskabet er at forstå betydningen af den enkeltes livsforælling el-

ler narrativ. Tilgangen tager sit udgangspunkt i en sundhedsantropologisk forståelse af narrativets funktion i forhold til sundhed og sundhedsforståelse og står som et centralt element i projektet. Dette redskab vil kort blive berørt i kapitel 2 og 3, men kan af hensyn til rapportens omfang ikke præsenteres i sin fulde længde heri. I stedet vil der i rapporten blive henvist til en særskilt publikation, hvori både redskabet og dets teoretiske fundament vil blive præsenteret i nærmere detaljer.

Som en del af projektet er den interkulturelle koordinatorfunktion blevet undersøgt med fokus på at forstå udfordringer ved tværsektoriel koordinering i de deltagende kommuner fra både ledelse og koordinators perspektiv, når målgruppen er etniske minoriteter med sundhedsproblemer. Dette studie vil der kort blive refereret til i de relevante kapitler, men som i tilfældet med "Den Interkulturelle Sundhedssamtale" tillader rapportens omfang ikke, at denne undersøgelse integreres i sin fuldstændige længde. Ganske som i tilfældet med den interkulturelle sundhedssamtalemodel vil der blive henvist til en særskilt artikel på dette område.

1.2 Grundlaget for denne rapport: data og dataindsamling

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 fokusgruppeinterviews
- Projektledelsen har gennemført otte borgerinterviews
- De fem koordinatore er blevet interviewet af projektledelsen
- Fire kommunale ledere fra projektets styregruppe er blevet interviewet af projektledelsen

I denne rapport bruges citater som en væsentlig del af projektets empiri. Citater fra de fem koordinatore i denne rapport stammer fra individuelle interviews med koordinatorene, fra netværksmøder og fra uformelle samtaler mellem projektledelsen og koordinatorene. Citater fra borgerne i denne rapport stammer fra fokusgruppeinterviews med borgere der har deltaget i interkulturelle gruppeforløb, fra individuelle interviews med borgere og fra feltnoter. Herudover er der anvendt citater fra interkulturelle samtaler mellem borgere og koordinatore og feltno-

ter fra projektledelsens deltagelse i de interkulturelle gruppeforløb. Både borgere og koordinatore er i forbindelse med citater og casebeskrivelser blevet anonymiseret.

1.3 Baggrund for projektet

Studier har vist, at etniske minoritetsborgere har en anden opfattelse af sygdom og sundhed end majoritetsbefolkningen, en anden forståelse af egenomsorg og ingen eller utilstrækkelige danskundskaber (Nielsen 2005; Wittrup 2008) Dette betyder, at det ofte kan være svært at tilrettelægge differentierede tilbud, der opleves som relevante for den stadig voksende gruppe af etniske minoritetspatienter. Det kan føre til, at både patienter og sundhedsprofessionelle oplever usikkerhed og frustration i mødet med hinanden, og det kan være med til at fastholde og øge den sociale ulighed i sundhed.

En undersøgelse publiceret i 2008 dokumenterer, at der på væsentlige områder er store forskelle mellem etniske minoriteters og majoritetsbefolkningens sygdomsmønster og sundhedsadfærd (Singhammer 2008). Andelen med dårligt selvvrderet helbred blandt alle etniske minoritetsgrupper er signifikant højere sammenlignet med etniske danskere i alderen 18-66 år. Denne tendens til dårligt selvvrderet helbred genfindes også i internationale studier af etniske minoriteters sundhed (Nielsen & Krasnik 2010).

I undersøgelsen fremgår det, at der blandt alle etniske minoriteter i Danmark er en større andel med langvarig sygdom sammenlig-

net med etniske danskere, og at der hos flere rapporteres om sameksistensen af flere langvarige sygdomme; multisygdom. Der peges på, at der blandt både indvandrere og deres efterkommere er flere med dårlig psykisk sundhed end blandt etniske danskere. Der er også flere med overvægt, og der er forskelle i sundhedsadfærd hvad angår rygning, sukkerindtag og fysisk aktivitet (Singhammer 2008).

En registerundersøgelse viser, at etniske minoritetsgrupper har hyppigere kontakt til almen praksis og til sygehuse, men at de samtidig har et lavere medicinforbrug end etniske danskere (Folmann & Jørgensen 2006).

På trods af den hyppigere kontakt finder etniske minoritetspatienter det ofte vanskeligt at navigere i det danske sundhedsvæsen. De giver udtryk for, at der ikke bliver lyttet til dem, at der ikke er tid nok og at det danske sundhedsvæsen ikke tilbyder tilstrækkelig eller relevant behandling (Wittrup 2008). En undersøgelse viser, at etniske minoriteter oplever, at de må være insisterende og pågående for at opnå lydhørhed og undersøgelsesinitiativ hos deres praktiserende læge (Schulze et al. 2007). En anden undersøgelse viser, at især etniske minoritetskvinder oplever manglende anerkendelse i mødet med sundhedsvæsenet og undersøgelsen konkluderer, at dårlig integration og lav samfunds-

mæssig placering forårsager en udtalt sårbarhed i gruppen (Nielsen 2005). Selvom mødet mellem etniske minoriteter og sundhedsprofessionelle er i fokus for en interviewundersøgelse, hvor det konkluderes, at systemet ikke kan rumme patienter, som ikke har specifikke forkundskaber i forhold til sundhedssystemet og som ikke behersker det danske sprog (Jacobsen et al. 2004).

Undersøgelserne peger således på, at der eksisterer et stadigt stigende behov for at sætte fokus på og dokumentere arbejdet med etniske minoriteters sundhed for at modvirke ulighed i sundhed. Undersøgelserne peger ligeledes på behovet for en differentieret indsats for denne gruppe borgere for at imødekomme denne ulighed. Baggrunden for projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering er således at imødekomme denne skævhed ved udviklingen af redskaber, der med udgangspunkt i den enkelte 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, motivation og handlegeneringer til en højere grad af deltagelse, egenomsorg og mestring af eget liv.

2. Sundhed & Trivsel – Sundhedsfremme & Rehabilitering

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" (WHO 1947). 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 deltagerne, som 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 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 må findes uden for sundhedssektoren i samfundsøkonomien, fordelingspolitikken, arbejdet, boligerne, familierne, skolen osv. Derfor handler sundhedsfremme om meget andet end lægevidenskab og hospitaler.

Sundhedsfremme og rehabilitering er derfor fænomener, vi kan placere inden for en folkesundhedsdisciplin, som fører biomedicinen ud af de traditionelle institutioner og behandlingsformer og direkte ind i almindelige menneskers livsførelse med interventioner, der søger at ændre på en aktuel adfærd og en projiceret fremtid. Inden for antropologien, som dette projekt er funderet i, har man primært beskæftiget sig med folkesundhed på to forskellige niveauer, hhv. et diskursivt niveau og et hverdagsniveau (Steffen 2007). På et diskursivt niveau ses folkesundhed som eksponent for ændringer i både en konkret almindelig hverdag og i en ideologisk omstrukturering af sundhedsopfattelser, kropsopfattelser, identitet og livsstil. Måden at forstå folkesundhed på inden for denne tilgang er ofte at se den som et nyt moralsk system, der har konsekvenser for, hvordan vi skal leve vores liv, både individuelt og kollektivt. Andre

tilgange forsøger at holde vægten på analyser af nære, empiriske hverdagsstudier, hvor målet er at forstå ændringer og kulturelle handlinger i forhold til sundhed, liv og krop set i lyset af lokale moralske verdener (Risør 2005). Ofte lægges der vægt på menneskers møde med sundhedsvæsenet generelt eller med den enkelte sundhedsprofessionelle specifikt, en dimension som også præger nærværende projekt, idet rammen for indsatsen er den kommunale sundhedstjeneste og de muligheder og begrænsninger, der er her i forbindelse med at møde borgere med komplekse sundhedsproblematikker.

Der er mange forskellige tilgange til sundhedsfremme og rehabilitering inden for antropologien og sociologien, men et fællestæk, der kan nævnes, er en helhedsorientering, hvori individer ses som indfældet i sociale fællesskaber og strukturer. Den helhedsorienterede tilgang indebærer, at sundhed opfattes som andet og mere end fysiologisk sundhed, og at indsatsen derfor må inddrage mange forskellige aspekter af menneskers liv, hvilket giver mulighed for udfoldede beskrivelser af menneskers livsverden, som vi præsenterer i den narrative tilgang, hvor vi tilstræber en 'thick description' (Geertz 1973; Grøn 2007). Der findes ikke nogen autoriseret og altfavnende teori om sundhedsfremme og rehabilitering, men det skal ikke være nogen hemmelighed, at vi har været inspireret af sociologen Aaron Antonovsky, hvis begreb 'sense of coherence' også er favnende bredt i sundhedssektoren (Jensen & Johnsen 2000). Antonovsky tager udgangspunkt i en teoretisk stressmodel

og udvikler den til en salutogenetisk model. Mennesket kan sagtens klare negativ ekstern stress, hvis det er i besiddelse af de rigtige mestringsstrategier, er en af hans vigtige pointer. Han udvikler SOC som et psykologisk koncept, hvori en persons sundhedstilstand i væsentlig udstrækning bestemmes af denne individuelle dimension. SOC baseres på personens generelle tillid til, at tilværelsen er begribelig, håndterbar og meningsfuld, hvilket igen hænger sammen med den kontekst, den enkelte er i, kommer fra og ønsker at placere sig i for fremtiden (Antonovsky 2000).

Projektet arbejder ikke blot med udgangspunktet i at holde det sunde menneske sundt. Som beskrevet i indledningen til denne rapport viser forskningen allerede væsentlige sundhedsmæssige udfordringer for etniske minoriteter. Sundhedsmæssige udfordringer, som både er af somatisk, psykisk og social karakter. Projektets andet ben omhandler således et rehabiliterende arbejde med de borgere, hvis sundhed allerede opleves som værende udfordret. Rehabilitering i projektet forstås som:

En målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består

af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (Marselisborgcentret 2004 s.6)

Tilgangen til den rehabiliterende indsats i dette projekt deler således meget af sit udgangspunkt med den sundhedsfremmende tankegang. Indeholdt i den rehabiliterende indsats er således også et væsentligt sundhedsfremmende element, som allerede er præsenteret ovenfor. Et element, der som beskrevet har et fokus på en helhedsorienteret tilgang og som indeholder et gensidigt arbejde med både fysiologisk, psykisk og social sundhed med udgangspunkt i borgerens oplevelser af disse begreber. Et væsentligt mål igen værende mestring af eget 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, 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 (Risør 2003). 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 sundhedskoordinator i en kommunal virkelighed med dennes opgaveportefølje at udforske etniske minoriteters muligheder for optimering af deres sundhed i disse systemer.

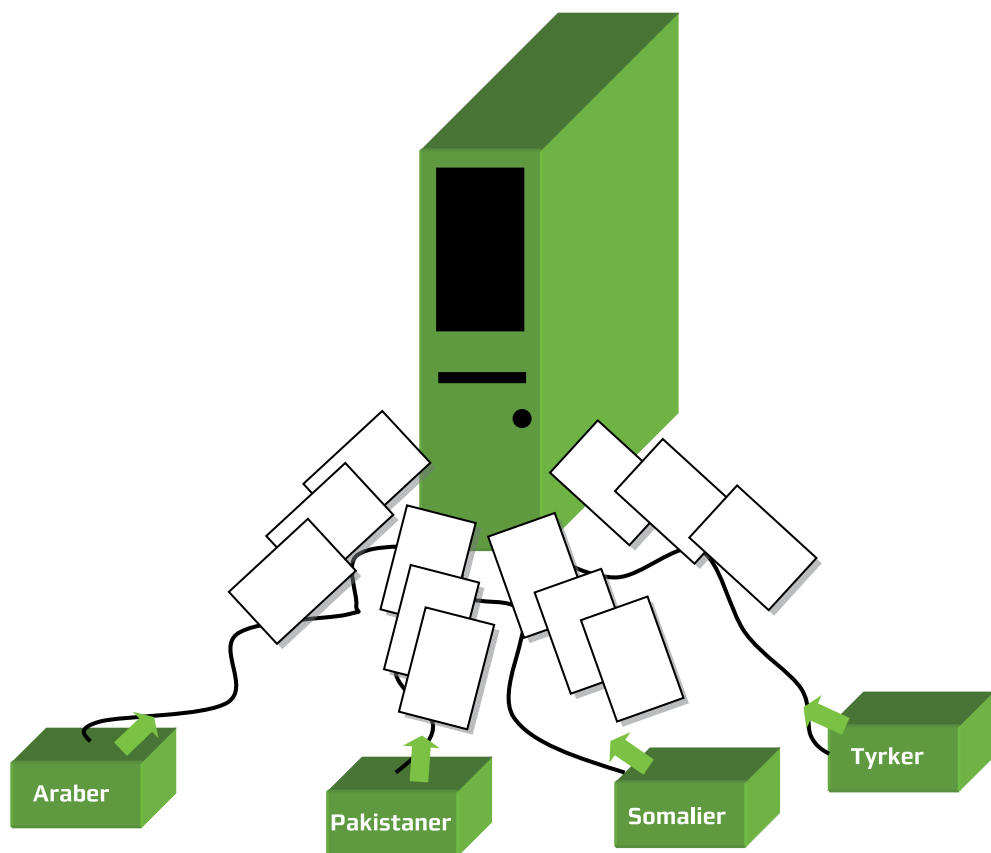
Målgruppen i projektet

Målgruppen i projektet er defineret bredt som værende etniske minoriteter med en selv vurderet 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.

2.1 Kultur og sundhed. Etniske minoriteters sundhed i sundhedsvæsenet

Undersøgelser viser, at "etnisk minoritetskultur i sundhedsvæsenet" ofte italesættes som mødet mellem det anderledes kontra det kendte. Kulturen bliver ofte i det billede til en forklaringsmodel og en statisk størrelse,



som kan anvendes til at forstå og forklare en svær patientproblematik hos et andet menneske (Seeberg 1996; Jöhnke 1995:67; Nielsen & Mogensen 2007).

Med andre ord får kulturen status som forklaringsmodel, når alt andet fejler, og i den søgen efter en løsning lurer faren for at reducere den enkelte patients sundhedsproblem til et billede på vores egen opfattelse af andres landes traditioner og normer. En situation, der nemt kan lede til, at patienten som menneske forsvinder. Som en sundhedsprofessionel udtrykte det i forbindelse med en præsentation af projektet Interkulturel

Sundhedsfremme & Rehabilitering ved projektets opstart:

"Jeg synes det er rigtig godt at I laver sådan et projekt. Når I så er færdige, så kan vi jo taste resultaterne ind og lave sådan en database med de forskellige etniske minoriteter, og så kan man se, hvad man skal forberede sig på, inden man møder dem" (Sundhedsprofessionel)

Kulturen bliver en "opskrift", som den enkelte etniske minoritetsborger har med i bagagen,

og som den sundhedsprofessionelle med den rette tilgang kan undersøge uafhængigt af det enkelte menneskes individuelle karaktertræk, meninger og holdninger. En ting eller en opskrift, som kan kodes og gøres generelt tilgængelig for alle i sundhedsvæsenet, så man som sundhedsprofessionel på forhånd ved, hvordan man skal agere og forstå det menneske, man sidder over for, inden man overhovedet har mødt det.

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.

Udgangspunktet for projektet er at se kulturen i et antropologisk perspektiv som et produkt af sociale forhandlinger mellem mennesker i verden, frem for at se kulturen som værende noget, der er adskilt fra det enkelte menneske og blot bæres ureflekteret af det enkelte menneske.

Forstået i denne optik er kulturen som begreb noget, der konstant forandres frem for at være et stationært sammenhængende sæt af normative regler og begreber, som er styrende for den enkeltes måde at håndtere livet på (Geertz 2000).

Vi ser altså ikke kulturen som noget, der er iboende i mennesket og som man passivt bærer med sig i forhold til de situationer, man

indgår i, men i stedet som noget, der konstant udvikler sig i takt med, at mennesket indgår i forskellige relationer og forskellige kontekster og derigennem danner sig erfaringer i livet (Strathern i Lock & Nguyen 2010).

På den måde er alle et produkt af en kultur, men en kultur, som vi selv er medskabere af. Når vi mødes med andre mennesker i sociale relationer, er vi således i fuld gang med at producere den kultur, som vi selv bliver en del af. Det er noget, der konstant er i spil. At forstå kulturel forhandling handler om at forstå de kontekster, som den enkelte færdes i og de positioner, denne indtager. Vi bærer, som den norske antropolog Fredrik Barth (1985) påpeger det, alle på en verden af "concerns" eller "ting og sager", som vi tager med os ind i de sammenhænge, vi indgår i. I mødet med andre bærer vi således alle et virvar af erfaringer og positioner med, som har betydning for, hvordan vi agerer i mødet. Samtidig sætter vi disse til forhandling i et samspil med det andet menneske, hvis "ting og sager" ligeledes er blevet båret ind i mødet. Mødet i sundhedsvæsenet bliver i denne tilgang ikke til et stationært møde mellem to kulturer bestående af normative regler, men i stedet til arnestedet for en kulturel produktion. For nok bærer både den sundhedsprofessionelle og borgeren en vidensmæssig bagage med ind i mødet, men de sætter dem begge aktivt i spil i løbet af mødet og skaber deraf en helt ny kulturel viden, som de i fællesskab kan lade sig inspirere af.

Set i lyset af den traditionelle opfattelse af kultur som et sæt af normative regler baseret

på tanken om det land som borgeren kommer fra, kunne man jo passende spørge om følgende: "Jamen har det så slet ikke betydning, hvor man kommer fra i verden, og hvad man har med i bagagen"? Et spørgsmål, som ofte er blevet behandlet i løbet af denne projektperiode og som er ganske relevant at bære frem igen.

Det er ikke tanken i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering at ville bortvise eksistensen af forskellige samfunds forskellige sociale institutioner, normer og regler. Vi ønsker i stedet at påpege, at vores opfattelse som mennesker af, hvor vi kommer fra i verden og hvad vi er vokset op med, afhænger af den kontekst, hvori vi sætter denne viden i spil. Udgangspunktet for projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering er således, at når vi møder etniske minoritetsborgere i sundhedsvæsenet, så møder vi ikke passive bærere af normative regler og sociale institutioner, men borgere, der konstant og aktivt individuelt reflekterer over den verden de færdes i og den viden, de måtte have med i bagagen. Arbejdet med kultur i sundhedsvæsenet kommer dermed til at handle om at se borgere som individuelt og socialt reflekterende individer. At forsøge at forstå den verden, som den enkelte borger færdes i uden at reducere den til en verden af stationære kulturelle forforståelser.

Der eksisterer med andre ord et behov for at bevæge sig ind i det personlige univers, som borgeren spinder omkring sig selv. At blive klog på, hvordan borgeren ser sundheden og sygdommen som en del af dette eget uni-

vers. At anerkende, at den enkelte borgers univers er komplekst. At se på kulturmøder handler om at forstå konteksten for de ord, der bliver sagt og at erkende, at man som sundhedsprofessionel selv er en aktiv del af denne kontekst. Hvordan kan man forstå den enkeltes kontekst, det personlige univers som eksisterer omkring den enkelte etniske minoritetsborger, når den "lette kategorisering" ikke er tilstrækkelig? Når udfordringer er omfattende og krævende? Hvordan kan vi arbejde med at forstå den enkeltes erfaring?

I projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering peger vi på, at man med fordel kan starte med se på den måde, hvorpå vi skaber et narrativ eller en livsfortælling omkring os selv. En tilgang, der er udviklet i projektet med henblik på at give adgang til borgerens personlige univers af forståelser om sundhed og sygdom og aktivt bruge det som en måde at arbejde med sundheden på med borgeren i centrum. En proces, hvor der både skal aflæres og tillæres.

2.2 Med borgeren i centrum: den narrative tilgang

*Borger: "Tak, fordi I lytter" (Long).
Borger: "Når nogen spørger, kommer tankerne væk. Tak, fordi du spurgte" (Kaysa)*

I projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har vi haft fokus på udviklingen af et narrativt værktøj som en tilgang til at forstå og arbejde med den enkelte etniske

minoritetsborgers sundhedsunivers. Som beskrevet i læsevejledningen vil den teoretiske baggrund for den narrative tilgang blot blive beskrevet overordnet, og der vil i stedet blive fokuseret på de praktiske erfaringer, som arbejdet med tilgangen har genereret. Såfremt der ønskes en mere dybdegående forståelse af tilgangen, henvises til den separate publikation: "En narrativ tilgang til sundhed" (Terkildsen & Wittrup 2013) som er udarbejdet i forbindelse med projektet

At arbejde med narrativer handler om at arbejde med og forstå den måde, hvorpå det enkelte menneske skaber en mening i sit eget liv. Som den franske filosof Paul Ricoeur udtrykker det: "Uden narrativer var vi ren biologi" (Mogensen 2005). Det er først i det øjeblik vi skaber narrativer, at livet tilskrives en mening. Ved at skabe narrativer gør vi så at sige "verden beboelig" (Ricoeur i Horsdal 1999 s. 20) Fortællingen medvirker til at skabe en følelse af, at vi er hele mennesker. Når vi skaber en fortælling om os selv, er vi så at sige i gang med at placere os i verden igennem netop vores fortælling (Jackson 2006).

Når vi 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. En rød tråd, der kan vise os vej og skabe den sammenhæng, vi som mennesker stræber efter at opnå for at livet ikke skal synes meningsløst.

Vores livshistorier bliver aldrig statiske,

men ændrer sig og genfortælles konstant i nye sammenhænge, som betyder, at de ændrer form og betydning. Vores narrativer afspejles i den henseende af den kontekst, hvori de er blevet skabt (Peacock & Holland 1993).

Hvorfor arbejde med narrativer?

At arbejde med narrativer åbner for nye muligheder for at forstå den enkelte borgers ofte komplekse livsunivers og skaber derigennem muligheden for også at kunne intervenere i forbindelse med mennesker med komplekse sundhedsproblematikker.

Den narrative tilgang giver os et redskab til undgå forudfattede opfattelser om den modpart, vi lytter til. Ofte bærer vi på en forforståelse om andre menneskers sygdomsforløb, fordi vi tolker deres ord og handlinger i lyset af vores egen verden. Dermed konstruerer vi den, vi møder, i billedet af vores egen forforståelse, vores egen måde at opfatte virkeligheden på, og dette billede fjerner fokus og forståelse fra den virkelighed, som borgeren reelt selv sidder i. Vi overfører med andre ord vores identitet til den anden og måler ham eller hende i forhold til vore egne værdier og forestillinger (Lilledal 2004).

Ved at anvende en narrativ tilgang får vi skabt en ramme for at placere vores modpart i dennes egen fortælling. En fortælling, der er skabt med dennes sprog og værdisæt og dermed på dennes præmisser. Som sundhedsprofessionelle får vi gennem narrativerne muligheden for at få adgang til et personligt univers af erfaringer og en måde at se verden på, som vi ikke nødvendigvis selv har en direkte referenceramme til (Lilledal 2004).

Den narrative tilgang giver os muligheden for at forstå, hvad den andens personlige univers er bygget op omkring, og hvad det er, som netop det specifikke menneske på den anden side af bordet sætter som centrale værdier for sig selv, når han eller hun møder sundhedsvæsenet. At arbejde med narrativer i sundhedsvæsenet skal ikke ses som et forsøg på at leve et andet menneskes liv som var det ens eget (Ochs & Capps 1996). Det er en måde at reflektere over, hvad der i virkeligheden kan være på spil blandt de mennesker, vi møder, som alle bærer på en kompleks vævet gobelin af erfaringer, som de bærer med, når de befinder sig i et sundhedsvæsen og skal skabe mening ud af det, de møder, inklusiv den sundhedsprofessionelle. Den sundhedsprofessionelle og borgeren skaber med andre ord en fælles ramme at arbejde ud fra (Bruner 2004).

Narrativet som et middel

Narrativet er ikke bare en analytisk tilgang til at skabe ny erkendelse om et andet menneske. Det kan også anvendes som et målrettet redskab til at skabe ændringer med.

Da narrativet som tidligere beskrevet aldrig bliver et statisk fænomen, men konstant ændrer sig alt efter kontekst og publikum, bliver det endog meget interessant og anvendeligt som et aktivt redskab til livstilsændringer. Som et redskab til interventioner giver narrativet os ikke blot mulighed for at forstå andres komplekse problemer funderet i specifikke sæt af erfaringer, men giver os samtidig mulighed for at arbejde videre med denne forståelse og sammen med et andet menneske at skabe et nyt narrativ. Et

narrativ, hvor vi helt eksplicit sigter mod at sætte en større sundhed for den enkelte borger i fokus, altså bevidst arbejde hen imod en ønsket fortælling om fremtiden og deri skabe handling.

Ved at lade udgangspunktet for det narrativ, som skal skabes mellem borger og sundhedsprofessionel, være fremtiden, giver vi borgeren muligheden for at skabe en rød tråd i sin fortælling. Tankerne eller drømmene om fremtiden kommer dermed til at styre den fortælling, vi sammen skaber.

Det man har oplevet i fortiden og den virkelighed, man sidder i nu, bliver tolket ind i drømmene og forestillingen om fremtiden. Ved bevidst at spørge til fremtiden træder den sundhedsprofessionelle ind i en aktivt medskabende rolle i fortællingen. Man kan sige, at den sundhedsprofessionelle og borgeren sammen skaber et "plot" for fortællingen. Et fremtidsplot, hvori muligheden for at skabe en større sundhed for borgeren er målet gennem fælles handling.

Ved at spørge til borgerens fremtid, ønsker og drømme får borgeren muligheden 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 igennem narrativet. Hvad det vil sige at være sund bli-

ver med andre ord op til den enkelte borger at definere. Hvordan man kan opnå denne sundhed bliver en fælles opgave mellem borger og sundhedsprofessionel.

Dermed opnår fortællingens indhold, at svinge som et pendul 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 selv ønsker den.

I denne optik bliver narrativet opfattet som et redskab på vejen 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 handling.

Narrativet som et mål

Men vi kan i den forstand ikke blot reducere narrativets funktion til et pragmatisk redskab, som afstedkommer informationer mellem borger og sundhedsprofessionel. Narrativet er ikke alene et middel til at skabe en differentieret intervention, det har en afgørende anden dimension: Det at fortælle kan samtidig opfattes som et mål i sig selv ved at skabe en sammenhæng og orden i det liv, man lever (Mattingly 2005:14; Jackson 2006; Ochs & Capps 2001:2; Bruner 2004). Inspireret af den amerikanske sociolog Aaron Antonov-

sky (2000) kan vi sige, at det at kunne skabe sammenhæng eller sense of coherence (SOC) i livet 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. Samtalen er derfor en hjælp til at kunne skabe en sammenhængende fortælling om sig selv og kan på den måde være med til at skabe mening i det liv, som ofte kan forekomme fragmenteret og uoverskueligt (Mattingly 1998). At kunne reflektere over fremtiden eller få støtte til at kunne reflektere over sin fremtid fremtvinger, at nutiden og fortiden sættes i et perspektiv, som peger fremad. Dermed ikke være sagt, at skabelsen af narrativer pludselig ordner alle sammenhænge, så historien nødvendigvis hænger sammen i fuldstændige, kausale forløb. Fortællingen besidder med andre ord ikke eventyrets slutning og heller ikke nøglen til en "masterplan" som ligger bag livet (Jackson 2006:18). Livet og dermed narrativet er konstant i fuld udvikling, og det er gennem evnen til at skabe narrativer, at vi mestrer at placere os selv som en aktør i vores egne erfaringer og begivenheder. Et resultat, som gør evnen til at skabe narrativer til en intervention i sig selv. Evnen til at reflektere over livet i almindelighed er således en vigtig bestanddel i at kunne skabe orden og mening i livet. Med andre ord bærer det at skabe narrativet i sig selv på et helbredende potentiale (Mattingly 2005:14). 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.

Det er i denne todelte teoretiske forståelse af narrativer som værende noget, vi kan bruge til at afdække og forstå den enkelte borgers univers med, samtidig med at vi gennem dets anvendelse sætter en bevægelse i gang, der skaber orden og håndterbarhed i livet, at projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering tager sit praktiske afsæt. Tanken bag anvendelsen af det narrative perspektiv i pro-

jektet er gennem udvikling og anvendelsen af en narrativ spørgeguide, som tager sit afsæt i den enkeltes livsfortælling, at få sat borgeren i centrum og gennem den enkelte borgers fortælling at skabe et relevant sundhedsforløb med fokus på lige nøjagtig det indhold, som den enkelte borger ser som essentielt for sig selv med henblik på at skabe en bedre sundhed i fremtiden.

3. Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering: projektstruktur

I dette kapitel præsenteres det projektmæssige setup, som Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har haft som sit udgangspunkt. Kapitlet vil gennemgå den interkulturelle koordinatorfunktion, forløbsmodeller og værktøjer, som er blevet udviklet i forbindelse med opstarten af projektet.

3.1 Den interkulturelle koordinatorfunktion

Udgangspunktet for projektet har været udviklingen af en interkulturel koordinatorfunktion i de fem deltagende kommuner, udvikling af en narrativ interviewguide som metode til skabelse af forløb og dokumentation samt udvikling og afprøvning af interkulturelle sundhedsforløb med udgangspunkt i borgernes behov.

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 har dannet udgangspunktet for den interkulturelle koordinators arbejde. Da det i projektet desuden har været et mål at oparbejde en stor viden inden for mange områder ved projekt-

start, er fordelingen af de 10 timer pr. uge ikke specifikt øremærket i forhold til de enkelte elementer i opgaveporteføljen, men er blevet set i en helhedsbetragtning. Det har således været de enkelte koordinatore i projektet, som i et samspil med deres egen kommunale ledelse og projektledelsen har haft til opgave at prioritere i opgaverne som projektet er skredet frem, og opgaver i relation til løsning af målgruppens behov som løbende er kommet til. Den praktiske kommunale forankring af denne model vil blive behandlet i kapitel 4.

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 i løsning af sundhedsopgaver vedrørende borgerne.
- Løbende at arbejde med rekruttering af borgere til projektet.
- Gennemføre interkulturelle sundhedsamtaler, opfølgende samtaler samt afsluttende samtaler med borgere.
- Skabe og gennemføre gruppebaserede eller individuelle sundhedsforløb for

-
-
- etniske minoritetsborgere med sundhedsproblematikker.
- For de gruppebaserede undervisningsforløb at forstå undervisningen på forløbene.
 - Evaluere og dokumentere arbejdet, dels med forløbene og dels generelt med etniske minoriteters sundhed.
 - I fællesskab med sin ledelse at skabe en kontakt eller et samarbejde med den kommunale jobsektor.

Hver kommune har selv været ansvarlig for den organisatoriske forankring af koordinatorfunktionen for at sikre, at den enkelte kommune har kunnet opleve størst mulig sammenhæng mellem koordinatorens opgaver og de eksisterende opgaver i kommunen. Den praktiske implementering af denne koordinatorfunktion på kommunalt niveau vil blive gennemgået i kapitel 4.

Projektets fem koordinatore er blevet en del af en interkulturel netværksgruppe bestående af koordinatore og projektledelsen. Netværksgruppen har haft en årlig mødecyklus på fire møder. Møderne er blevet brugt som undervisningssessioner med kompetenceudvikling 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 har kunnet tage højde for den kommunale forskellighed, som de

deltagende kommuner repræsenterer og derved sikre, at projektet er blevet integreret og forankret i fem forskellige kommunale organisationer i projektperioden.

Koordinatorerne er i løbet af projektperioden blevet undervist i:

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

I løbet af projektperioden er netværksmøderne demografisk blevet afholdt i de deltagende kommuner 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 vidensudvekslingsplatform 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 borgercases og arbejdet med at belyse centrale problemstillinger, både med specifikke perspektiver fra den enkelte kommune, men også med perspektiver, som går på tværs af kommunale grænser. Netværket er ud over almindelig mødeaktivitet blevet suppleret med faglige studieture til relevante partnere hos Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital, hos Forebyggelses-

center Nørrebro, hos Place de Bleu og hos Københavns Kommune. Derudover har netværket deltaget i konferencer om etnicitet og religion samt om forløbskoordination for komplekse forløb.

Netværksmøderne er blevet suppleret af en webside¹ kaldet "bloggen". Hver kommune har her haft en personlig logbog med personlige erfaringer, som er blevet udfyldt i takt med, at 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 koordinatorerne i takt med projektets udvikling. Tanken har her været at sikre, at alle deltagere i projektet har haft et fælles arkiv for værktøjer i projektet, og at projektledelsen gennem bloggen har kunnet sikre, at koordinatorerne altid har haft adgang til de nyeste versioner af projektets værktøjer. Som udgangspunkt er bloggen derudover tænkt som et interaktivt erfaringsforum, hvor projektets deltagere har kunnet diskutere problemstillinger løbende i projektet i takt med deres opståen.

Mødeaktiviteten er i løbet af projektperioden (2012) 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. Videokonferen-

cerne 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.

I projektperioden er der hvert år blevet gennemført statusmøder i de deltagende kommuner, hvor projektledelsen i fællesskab med den enkelte kommunale koordinator og dens ledelse har drøftet projektets fremdrift og forankring.

Projektledelsen som sparringspartner

Projektledelsen har i løbet af projektperioden fungeret som sparringspartner, både i forbindelse med spørgsmål vedrørende projektets drift og forankring og i forbindelse med arbejdet med de enkelte borgere og de problematikker, der har fulgt med både af faglig og personlig karakter for den enkelte koordinator.

Frafald i koordinatorgruppen

Den interkulturelle koordinatorfunktion har i løbet af projektperioden oplevet en stor grad af udskiftning, og ved projektets afslutning er der kun en koordinator tilbage, som har oplevet at være med fra projektets begyndelse. De resterende fire er kommet til senere i projektperioden og har derved overtaget projektet fra en tidligere ansvarlig.

Interkulturelle medarbejdere

Som en del af projektets opstart er de undervisere og fagpersoner (i projektet kaldet interkulturelle medarbejdere), som den interkulturelle koordinator måtte gøre brug af

¹ Denne har været beskyttet med password, så kun deltagere i projektet har haft adgang. Derudover er alt materiale på bloggen, som relaterer til borgercases, på forhånd blevet anonymiseret for derved at sikre beskyttelsen af personfølsomme data.

i projektet i forhold til eksempelvis undervisning og andet samarbejde, blevet inviteret til en kompetenceudviklende undervisningsdag. En dag med fokus på at skabe rammerne for et godt samarbejde om projektet. Senere i projektet er der på opfordring afholdt endnu en kompetenceudviklende dag for koordinatorene og de interkulturelle medarbejdere i takt med, at projektet har udviklet sig. De kompetenceudviklende dage har blandt andet medvirket til udarbejdelsen af anbefalinger om udviklingen for det gode tværsektorielle samarbejde omkring målgruppen.

Tolke

I løbet af projektperioden har hver kommune adgang til tolkemidler finansieret som en del af projektets midler. Anvendelsen af tolke er blevet organiseret af den enkelte koordinator i takt med borgernes behov. Brug af tolkebureauer er blevet organiseret lokalt af den enkelte kommune i overensstemmelse med eventuelle aftaler, som måtte findes der.

Styregruppe

En styregruppe er blevet nedsat i projektet med henblik på at agere styrende organ i projektet i forhold til implementering og organisering i de deltagende kommuner. Hver kommune har udpeget mindst en repræsentant til styregruppen i projektet. I bestræbelserne på at skabe et samarbejde mellem sundhedssektoren og arbejdsmarkedssektoren i projektet er hver kommune blevet opfordret til at udpege en repræsentant fra arbejdsmarkedsafdelingen til styregruppen. To kommuner har haft en fast repræsentant fra arbejdsmarkedssektoren repræsente-

ret i styregruppen. Styregruppen er mødt to gange årligt i projektperioden. Deltagerne i styregruppen:

- Ellen Greve, sundhedschef, Holstebro kommune
- Ole Westergaard, afdelingschef, Holstebro kommune
- Anne Christmann Ramsgaard, afdelingsleder, Herning kommune
- Anette Feldborg, afsnitsleder, Herning kommune
- Britta Aagaard, sundhedscenterleder, Horsens kommune
- Susanne Bækgaard, sundhedscenterleder, Randers kommune
- Vibeke Brønnum, folkesundhedschef, Aarhus kommune

Faglig referencegruppe

Projektet har haft en faglig referencegruppe tilknyttet med deltagelse af fagpersoner med en specifik viden om etniske minoriteters sundhed. Referencegruppens funktion har løbende været at give faglig sparring på relevante problematikker og udfordringer, som er opstået i projektperioden. Gruppen er mødt en gang om året i projektperioden. Deltagerne i referencegruppen:

- Birgitte Gade Koefoed, forbyggelsescenterchef, Forebyggelsescenter Nørrebro.
- Morten Sodemann, professor i indvandrermedicin og global sundhed, Odense Universitetshospital.
- Lise Dyhr, praktiserende læge.
- Annemarie Gottlieb, ledende psykolog ved Klinik for PTSP og Transkulturel Psykiatri.

- Jette Kolding Kristensen, læge, Institut for Folkesundhed – Almen Medicin, Aarhus Universitet.
- Mohamed Shiekh Farah, praktiserende læge.
- Anne Helene Andersson, psykolog, afdeling for Klinisk Socialmedicin, CFK.
- Kirsten Vinther-Jensen, Mph, afdeling for Sundhedsfremme og Forebyggelse, CFK.
- Inge Wittrup, seniorprojektleder, afdeling for Sundhedsfremme og Forebyggelse, CFK.
- Morten Deleuran Terkildsen, projektleder, afdeling for Sundhedsfremme og Forebyggelse, CFK.

Informationsmaterialer

Ved projektets påbegyndelse er der blevet udarbejdet en fælles informationspjece til brug i forbindelse med skabelsen af samarbejdsrelationer.

I løbet af projektperioden er der derudover i et samarbejde mellem koordinatorene og projektledelsen blevet udarbejdet en informationspjece om projektet beregnet til borgere. Denne er blevet oversat til engelsk, tyrkisk, somalisk, tamilsk, arabisk og bosnisk.

Fælles oplysning til praktiserende læger

Information om projektet er i løbet af projektperioden blevet gjort tilgængeligt for regionens praktiserende læger gennem hjemmesiden praksis.dk.

3.2 Den interkulturelle sundhedssamtalemodel

Som beskrevet i det foregående kapitel var udgangspunktet for projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering at af-

dække etniske minoritetsborgers sundhedsproblemer og med udgangspunkt i deres forståelse skabe et sundhedsforløb, som tager udgangspunkt i de ressourcer og behov, som den enkelte borger måtte besidde. Ved projektets begyndelse blev en interkulturel sundhedssamtalemodel udviklet med udgangspunkt i det narrative perspektiv, som er beskrevet i kapitel 2. Samtalemodellen vil her kun blive behandlet i et overordnet perspektiv. For en detaljeret gennemgang af det narrative perspektiv og den interkulturelle sundhedssamtalemodel henvises ligeledes til publikationen "En narrativ tilgang til sundhed" (Terkildsen & Wittrup 2013)

Den interkulturelle sundhedssamtalemodel 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 livsfortælling, hvori formålet 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 livsfortælling med sundheden eksplicit behandlet.

Den interkulturelle sundhedssamtale, som er udviklet i projektperioden, indledes med underskrivning af en samtykkeerklæring og udfyldelse af et stamkort. Herefter påbegyndes selve samtalen. Samtalen består af fem spørgsmål i en eksplorerende proces (se "En narrativ tilgang til sundhed" (Terkildsen & Wittrup 2013)) som tegner et billede af

borgeren og afdækker borgerens ønsker, ressourcer og problematikker for efterfølgende at bruge disse som grundlag for 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. Ideen bag samtalen er her ikke at adressere alt, 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 prioriteringen gennemføres en sundhedsmåling ved hjælp af et SF12-spørgeskema (se bilag 1) som tjener som baseline sundhedsmåling for borgeren, og derudover udfyldes baggrundsoplysninger for borgeren (se bilag 2). Samtalen er berammet til halvanden time. Efter samtalen er derudover afsat 30 min. til renskrivning af de notater, som blev taget under samtalen. Disse udfyldes i et dertil indrettet skema og danner dermed borgerens journal mens denne er i projektet. Alle aktiviteter, som udføres i henhold til de sundhedsforløb, som borgerne gennemgår, bliver løbende skrevet til i denne journal.

Den opfølgende interkulturelle sundhedssamtale består af fire spørgsmål og afholdes umiddelbart efter det aftalte sund-

hedsforløb er afsluttet. Samtalen tager igen udgangspunkt i et spørgsmål til borgerens forestillinger om og ønsker til fremtiden. Der spørges herefter ind til, hvordan den enkelte borgers liv ellers har udspillet sig i den forløbne periode for at danne et overblik over, hvad der ellers måtte være sket i borgerens liv. Herefter følges der op på, hvordan det aftalte sundhedsforløb er gået i borgerens optik, og endelig afsluttes med et fælles kig på, hvad der fremadrettet skal ske i borgers liv. Har man nået det, man ville, eller er der fortsat noget, man skal arbejde med? Er der kommet nyt til, som borgeren har brug for hjælp til? Såfremt borgeren føler, at målene er opnået og vedkommende derfor ikke behøver yderligere støtte, betragtes forløbet som afsluttet. Efter samtalen udføres igen en sundhedsmåling med SF12-skema med henblik på at se borgerens sundhedsudvikling efter endt forløb. Selve samtalen er berammet til en time og med 30 min. efterfølgende renskrivning som ved den første samtale.

Herefter forlader borgeren projektet og mødes som udgangspunkt først med den interkulturelle koordinator ved den afsluttende interkulturelle sundhedssamtale, som afholdes ni måneder efter den opfølgende samtale.

Den afsluttende interkulturelle sundhedssamtale består ganske som den opfølgende samtale af fire spørgsmål. Igen er formålet med samtalen at finde ud af, hvordan borgeren ser på fremtiden og at følge den udvikling, som borgeren har gennemgået efter sundhedsforløbet. Er de aspekter, som borgeren

og den sundhedsprofessionelle i fællesskab prioriterede og arbejdede med, blevet forankret i det liv, som fulgte efter forløbet? Tanken bag samtalestrukturen er dels som forklaret at afdække, prioritere og skabe sundhedsforløb med udgangspunkt i den enkelte borgers univers, og samtidig er tanken at undersøge, hvordan evnen til at se fremad oparbejdes. Igen udføres en sundhedsmåling med SF12-skema med henblik på at se borgernes sundhedsudvikling i den periode, der er gået fra borgeren var en del af projektet og til han eller hun forlod det for at fortsætte livet uden for projektets regi. Selve samtalen er som i tilfældet med den opfølgende sundhedssamtale berammet til en time, og derudover er der afsat 30 min. til renskrivning.

3.3 Det interkulturelle sundhedsforløb

Som beskrevet i det foregående afsnit er målet med en prioritering den videre skabelse af et sundhedsforløb med borgerens prioriterede problematikker som grundlag. Da samtalemødelen imidlertid er af udforskende karakter, og det ikke på forhånd er givet, hvilken problematik den enkelte borger sidder inde med og dermed behøver hjælp til, er udgangspunktet en differentiering i forhold til de sundhedsforløb, som borgeren skal videre i og som står som grundpillen i projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering. Måske viser det sig, at borgernes fremtidsmål i den interkulturelle sundhedssamtale kan støttes på vej gennem deltagelse i et eksisterende sundhedsgruppeforløb i den enkelte kommune. Måske fremkommer der problematikker blandt borgere, som ikke

på forhånd er et indsatsområde, hvilket måske kræver, at man går nye veje og skaber specialtilpassede sundhedsgruppeforløb for at imødekomme de problematikker, som man møder i samtalerne. Måske viser der sig problematikker for den enkelte borger som ikke kan løses i et gruppeforløb, men som i stedet kræver en helt individuel indsats fra koordinatorens side i samarbejde med borgeren. I forsøget på at imødekomme denne fleksibilitet er der fra projektets begyndelse udarbejdet tre modeller for sundhedsforløb og patientuddannelse, som efterfølgende er blevet afprøvet i projektet.

Den interkulturelle sundhedssamtale kan i projektet lede til deltagelse i specialkonstruerede sundhedsgruppeforløb tilpasset målgruppen: det interkulturelle sundhedsgruppeforløb. I praksis med eksempelvis et fokus på diabetes, smertehåndtering, mestring af livet m.m., afhængigt af hvilke udfordringer målgruppen sidder med, og afhængigt af, at der findes tilstrækkeligt med borgere med lignende problematikker, som muliggør oprettelsen af et hold. Fælles for disse forløb er, at de har en varighed på otte uger a 2,5 times varighed og med et borgerantal, der som udgangspunkt ikke overstiger 12. Efter endt gruppeforløb indkaldes borgeren til den opfølgende sundhedssamtale som beskrevet i det foregående afsnit (bilag 3, figur 2).

For at undgå at bruge unødvendige ressourcer på forløb, som allerede kunne eksistere i kommunerne, kan den interkulturelle sundhedssamtale også føre til deltagelse i eksisterende kommunale sundhedsgruppefor-

løb, såfremt det har relevans for den enkelte borger. Disse kunne i praksis eksempelvis være med fokus på motion eller håndtering af kronisk sygdom. Da disse ikke følger en tidsramme, som er udstukket af projektet, er udgangspunktet, at borgeren efter deltagelse i et sådant kommunalt gruppeforløb inviteres til en opfølgende sundhedssamtale efter to måneders deltagelse for at følge strukturen i projektet (bilag 3, figur 1)

For at imødekomme den situation, at den enkelte borger måtte sidde med sundhedsproblematikker, som ikke kan løses i et gruppeforløb, men som kræver en individuel indsats

fra koordinatorens side i samarbejde med borgeren, er der udviklet et tredje forløb: Det individuelle interkulturelle sundhedsforløb. Dette indeholder individuelle forløb med fokus på den enkeltes borgers unikke situation, eksempelvis hjælp til at gennemlæse breve fra lægen, hjælp til at håndtere klagesager eller skabelsen af sociale netværk for at øge trivslen (bilag 3, figur 3).

Forløbene er tænkt i en sådan struktur, at de også kan kombineres i de tilfælde, hvor det viser sig, at en borger vil kunne profitere af en individuel og sideløbende gruppebaseret indsats.

4. Kommunal forankring i praksis: én model, fem kommuner

Dette kapitel er opdelt i en række underafsnit med fokus på de enkelte kommuners forankring af projektet. Projektmodellen med samtaler og forløb baserer sig på et generisk design, med metoder som udgangspunkt er fælles. Da projektet imidlertid tager højde for en væsentlig forskel i den måde, hvorpå de enkelte kommuner er organiseret, har tanken været, at hver enkelt kommune har haft en vis frihed til at forankre modellens design i forhold til sine hjemlige kommunale præmisser. Denne individuelle organisering i kommunerne beskrives i de følgende afsnit.

Afsnittene i kapitlet er tænkt som et grundrids for måden, hvorpå projektet er blevet forankret i den enkelte kommune. For en nærmere forståelse af koordinatorrollen og samspillet mellem denne, ledelsen og samarbejdspartnerne i relation til arbejdet med en målgruppe med en kompleks sundhedsproblematik henvises til den særskilte artikel "Coordinating complex health problems: The practice of the narrative approach to coordinating public health for ethnic minority citizens in Denmark" (Terkildsen et. al 2013 Workpaper) som netop ser nærmere på dette i et tværsektorielt perspektiv.

Hver kommune i projektet har ansat en person

til at varetage den interkulturelle koordinatorfunktion. 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. Én kommune har valgt at supplere den interkulturelle koordinators 10 timer med fem ekstra timer betalt af kommunen. Én kommune har valgt at placere koordinatoren som en del af et team, hvor de resterende fire kommuner har valgt at lade den interkulturelle koordinator være en individuel funktion i kommunen.

Alle deltagende kommuner har som en del af projektet afholdt et kommunalt informationsmøde, hvor mulige interne samarbejdspartnere og interessenter er blevet inviteret, og hvor projektets indhold og målsætning er blevet præsenteret, dels af den kommunale koordinator og dels af projektledelsen. Tilgangen til det kommunale informationsmøde har været forskellig. Nogle kommuner har ladet informationsmødet være eksklusivt for beholdt projektet, mens andre har ladet det være en del af en mere generel introduktion til kommunens samlede sundhedstilbud.

Alle kommuner har som nævnt i kapitel 3 været med til at udarbejde sprogversionerede pjecer, som informerer om projektet.

Ved projektstart har hver kommune derudover som en bunden opgave kortlagt dels sammensætningen af etniske minoriteter og dels hvilke tilbud, hver kommune har med et specifikt fokus på etniske minoriteter. Dette med henblik på at afsøge steder for rekruttering samt at skabe samarbejde med henblik på borgerforløb.

4.1 Randers kommune: et overblik

I Randers kommune boede der ved projektstart ca. 5500 borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Tal fra Danmarks Statistik (Statistikbanken) viste i 2010, at de største grupper borgere med anden etnisk baggrund end dansk i Randers kommune var fra Bosnien, Tyrkiet, Sri Lanka og Polen.

I Randers er der en stor koncentration af folk med etnisk minoritetsbaggrund i området omkring Nordbyen og Jennumparken, hvor 40-50 % af indbyggerne ifølge Randers kommunes egne opgørelser har etnisk minoritetsbaggrund.

Eksisterende tilbud til etniske minoriteter med fokus på sundhed og trivsel i Randers kommune omfatter bl.a. uddannelser til bydelsmødre, kvindeforeninger (SESAM), madklubber for mænd, diætistordning med fokus på mænd, kvinder og børn, aktivitetsforeninger med afspænding, gymnastik, fristedet Fontænen og Mistbænken med fokus på tryk og omsorg for udsatte, hvor der afholdes sociale arrangementer, værksteder, sprogundervisning m.m., frivillighed med lektiecafe, hjælp til læsning af breve og socialt samvær samt Randers sprogcenter med specielle sprogtilbud til svært traumatiserede.

Randers kommune har derudover 11 godkendte etniske venskabsforeninger.

Randers kommune: forankring af projektet

I Randers kommune er den interkulturelle koordinatorfunktion placeret i det kommunale sundhedscenter inden for området Sundhed & Ældre i afdelingen for borgerrettet forebyggelse. En afdeling, hvor også Randers kommunes styregrupperepræsentant, den kommunale sundhedscenterchef, fysisk er placeret. Afdelingen varetager implementeringen af Randers kommunes sundhedspolitik og har desuden den koordinerende funktion i forhold til Randers kommunes sundhedsarbejde som helhed. Sundhedsafdelingen indeholder i forvejen et koordinerende element, da man varetager borgeren "fra vugge til grav", som en leder selv udtrykker det. (Kommunal leder) Dermed oplever man her at have en meget stor berøringsflade med borgerne i Randers kommune. Den interkulturelle koordinatorfunktion er placeret her med tanken om at kunne supplere den koordinerende funktion, som sundhedsafdelingen i forvejen har, men med en ny målgruppe, som man ikke oplever at have tilbud til. Randers kommune har gennem projektet forsøgt at etablere samarbejde med arbejdsmarkedssektoren på et ledelsesmæssigt plan. Et samarbejde, som mod slutningen af projektet er blevet formaliseret.

Kommunikation mellem ledelse og koordinator omkring projektet har været uformelt organiseret med en ad hoc mødestruktur. Ledelsesrepræsentanten har i store dele af projektet delt kontor med den interkulturelle

koordinator, hvilket har givet mulighed for en daglig sparring om udvalgte problematikker i relation til arbejdet med målgruppen i projektet. En sparring, som både har været med henblik på daglig drift og på synliggørelse i forhold til relevante samarbejdspartnere internt og eksternt i kommunen, men som samtidig har indeholdt et coachende element i de situationer, hvor den interkulturelle koordinator har oplevet problemer i arbejdet med borgerne. Ledelsen har i dette henseende givet sparring ned i den enkelte case og ikke blot på et overordnet niveau. I de tilfælde hvor en mere fagligt specifik sparring omkring borgercases har været nødvendig, har den interkulturelle koordinator i løbet af projektperioden opsøgt relevante sparringspartnere fra sundhedssektoren, arbejdsmarkedssektoren og socialektoren.

Koordinatorfunktionen

Randers har som eneste kommune formelt suppleret de oprindelige 10 timer, som er defineret i den interkulturelle koordinatorfunktion, med fem timer ved projektstart, og kommunen opnår derved at have 15 timer ugentligt til løsningen af de opgaver, som er defineret for koordinatorfunktionen i kapitel 3. Den interkulturelle koordinator i Randers kommune har ikke haft andre ansvarsområder end de, som er defineret i koordinatorrollen.

Koordinatorfunktion: samtaler, forløb og undervisning

I Randers kommune har den interkulturelle koordinator været ansvarlig for opsøgning og rekruttering samt afholdelse af interkulturelle samtaler og individuelle forløb. I Ran-

ders kommune har den interkulturelle koordinator været ansvarlig for planlægning af interkulturelle gruppeforløb. Koordinatoren er ikke blevet tænkt som underviser grundet bredden i undervisningsforløbene. Denne bredde har afkrævet underviserne specifikke kompetencer, som ikke har kunnet opnås af en enkelt person. Som optakt til hvert undervisningsforløb har den interkulturelle koordinator således skullet sammensætte et team bestående af relevante fagpersoner. Disse har imidlertid ikke haft status af et formaliseret undervisningsteam, men er blevet sammensat og koordineret af koordinatoren hver gang et nyt gruppeforløb har skullet løbe af stablen. Som projektet er skredet frem har det dog været muligt i større omfang at trække på de undervisningskompetencer, som er blevet opbygget ved begyndelsen af projektet. Visse undervisere er således gået igen i gruppeforløbene igennem projektet. Den interkulturelle koordinator er i Randers kommune tænkt som deltagende i de interkulturelle gruppeforløb for at danne bindeled mellem samtaler og undervisning.

Koordinatorfunktion: inklusionskriterier, rekruttering og samarbejdspartnere

I Randers kommune er der ved projektstart ikke på forhånd skabt færdige samarbejdsaftaler med mulige interessenter. At skabe samarbejder har som udgangspunkt været defineret som en opgave i koordinatorfunktionen støttet af den ledelsesmæssige repræsentant i de situationer, hvor dette har været nødvendigt. Ledelsen har således introduceret projektet gennem sine forbindelser på ledelsesniveau i kommunen.

Randers kommune har ikke på forhånd lavet specifikke inklusionskriterier ud over de, som er nævnt i det oprindelige projektoplæg (jf. kapitel 2). Tilbuddet om at deltage i projektet har således været åbent for alle, som falder inden for denne forholdsvis brede kategori. Afsøgningen af samarbejdspartnere og mulige rekrutteringssteder for borgere til projektet har taget udgangspunkt i en bred vifte af kommunale samarbejdspartnere og frivillige spillere i det kommunale landskab. Nogle samarbejdspartnere har fulgt projektet som rekrutteringsplatform gennem hele projektet, mens andre har haft en mere vekslende karakter med henvisninger i visse perioder af projektet og ikke i andre.

I Randers kommune har den interkulturelle koordinator etableret kontakt til Samlingshuset i Randers, sprogskolen, repræsentanter fra det kommunale ældreområde, sundhedsplejen, tandplejen, de praktiserende læger, værestedet Fontænen og Mistbænken, Randers Centralsygehus – Ortopædkirurgisk afdeling, CBR (Center for Beskæftigelse og Revalidering), Randers kommunes kommunale jobcenter samt i Randers Sundhedscenter som mulige rekrutteringsplatforme og samarbejdspartnere til projektet.

Den interkulturelle koordinator har i løbet af projektperioden rekrutteret sine borgere fra Samlingshuset i Randers, hvor blandt andet bydelsmødrene har været en kilde til udbredelse af projektet. Derudover er en del borgere rekrutteret gennem Randers Sprogcenter, som ud over at informere om projektet i forbindelse med sine undervisningsstilbud til

etniske minoriteter også har stillet lokaler til rådighed, hvor borgere og den interkulturelle koordinator har kunnet gennemføre deres interkulturelle sundhedssamtaler. Specielt i indledningen af projektet er der blevet rekrutteret borgere fra Center for Beskæftigelse og Revalidering samt Randers Jobcenter. Denne rekrutteringsplatform har mod slutningen af projektet haft en mindre betydning grundet omstruktureringer af regler for indsatsområder. Værestederne Fontænen og Mistbænken har gennem hele projektperioden været primære rekrutteringssteder og har derudover også lagt lokaler til i forbindelse med gennemførelse af interkulturelle sundhedssamtaler.

Den interkulturelle koordinator har derudover modtaget enkelte borgere fra det kommunale ældreområde og den kommunale sundhedspleje. Enkelte borgere er blevet rekrutteret gennem de praktiserende læger i Randers kommune. Derudover er der løbende rekrutteret borgere ved brug af mund til mund-metoden. Denne metode er taget til i takt med, at projektet er blevet kendt og de første borgere har gennemført deres sundhedsforløb. Derved har de kunnet viderebetjene deres erfaringer med projektet til folk i deres omgangskreds. Tolkene, som er brugt i forbindelse med både sundhedsforløb og de interkulturelle sundhedssamtaler, har ligeledes fungeret som rekrutteringsplatform.

4.2 Herning kommune: et overblik

I Herning kommune boede der ved projektstart ca. 6.700 borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Tal fra Danmarks Sta-

tistik (Statistikbanken) viste i 2010, at de største grupper med anden etnisk baggrund end dansk i Herning kommune var borgere fra Sri Lanka, Tyrkiet, Polen og Bosnien-Hercegovina. I Herning er der en stor koncentration af borgere med etnisk minoritetsbaggrund i området omkring Holtbjerg og i forstaden Gullestrup.

Eksisterende tilbud til etniske minoriteter med fokus på sundhed og trivsel i Herning kommune tæller blandt andet etniske sundhedsformidlere, som arbejder i lokalområderne med fokus på sundhed og trivsel på fremmedsprog, vægtstoprådgivere med anden etnisk baggrund end dansk, etnisk team og integrationsafdelingen med støttetilbud til både nyttilkomne flygtninge og etniske minoritetsborgere i Herning kommune med særlige behov. Endvidere indgår Projekt Between, som tilbyder støtte til børn med forældre med psykisk sygdom. Herning kommune har derudover tilbud til målgruppen gennem boligsociale foreninger, frivillige foreninger og venskabsforeninger for etniske minoriteter. Herudover skal nævnes Synergaia, som er et tilbud til den svageste gruppe af etniske minoriteter, som ikke indgår i sprogskolesystemet, og Social- og Sundhedsskolen i Herning, som har mange studerende med etnisk minoritetsbaggrund og som tidligere har samarbejdet med Herning kommune om etniske minoriteters sundhed.

Herning kommune: forankring af projektet

I Herning kommune er den interkulturelle koordinatorfunktion placeret i forvaltningen for Social, Sundhed og Beskæftigelse i Sundhed og Ældre, som overordnet er ansvarlig

for udmøntning, udvikling og koordinering af kommunale sundhedspolitikker og opgaver i Herning kommune. Koordinatorfunktionen er placeret i Kvalitet og Udvikling, hvor også Herning kommunes ledelsesrepræsentant og medlem af styregruppen i dele af projektperioden har været placeret. Herning kommunes koordinator har i perioder refereret til chefen for Sundhed og Ældre grundet vakance. Herning kommune har i løbet af projektperioden oplevet en udskiftning af både repræsentanter i styregruppen, hvor tre forskellige medarbejdere i projektperioden har repræsenteret Herning kommune, samt i den interkulturelle koordinatorfunktion, hvor kommunen har skiftet koordinator én gang i løbet af projektperioden.

Herning kommune har ved projektets begyndelse etableret en kontakt mellem den lokale Beskæftigelsesafdeling og Sundhed og Ældre. Samarbejdet har været af eksplorerende karakter. Kommunen har derudover haft en repræsentant for Beskæftigelsesafdelingen i projektets styregruppe.

Kommunikation og organisering mellem ledelse og koordinator omkring projektet har været uformelt organiseret med ad hoc mødestruktur. Møder om projektet er løbende blevet afholdt i takt med, at konkrete problematikker er opstået. Problematikker, som både berørte driftsbetingelser for projektet og udfordringer i forhold til det casenære borgerarbejde. Kommunikationen mellem ledelse og koordinator har således i perioder ud over almene driftsmøder været møder af coachende karakter.

Koordinatorfunktion

Koordinatorfunktionen i Herning kommune har været organiseret som en individuel funktion, dog med løbende sparring fra en ressourceperson i sundhedssektoren. Koordinatoren har i Herning kommune haft ansvaret for at opbygge et specifikt fagligt team til løsning af forløb m.m. Den interkulturelle koordinatorfunktion i Herning kommune er som i projektoplægget normeret til 10 timer ugentligt til løsningen af de opgaver, som er defineret for koordinatorfunktionen i kapitel 3. Den interkulturelle koordinator har i Herning kommune ud over sin stilling som koordinator desuden haft en stilling som forløbskoordinator for etniske danskere med kroniske sygdomme bosiddende i Herning kommune.

Koordinatorfunktion: samtaler, forløb og undervisning

I Herning kommune har den interkulturelle koordinatorfunktion været ansvarlig for at opsøge og skabe samarbejder med interessenter, som ville kunne bidrage til projektet. Den interkulturelle koordinatorfunktion har i Herning kommune været tiltænkt ansvaret for både konkrete undervisningsopgaver i forbindelse med afholdelse af gruppebaserede forløb, afholdelse af interkulturelle samtaler og individuelle forløb. I Herning kommune er den interkulturelle koordinator tænkt som hovedunderviser på de gruppebaserede forløb, der tilbydes i projektperioden, dog med mulighed for at supplere med andre faglige kompetencepersoner, hvis det måtte vise sig nødvendigt. Samarbejdet med supplerende undervisere er dog tænkt som en opgave, der løbende må udvikles i projek-

tet. En opgave, som den interkulturelle koordinator er ansvarlig for.

Koordinatorfunktion: inklusionskriterier, rekruttering og samarbejdspartnere

I Herning kommune har skabelsen af samarbejde med andre interessenter med henblik på rekruttering og støtte til konkrete borgerforløb været defineret som en udviklingsopgave i den interkulturelle koordinators opgaveportefølje. Denne opgave har derudover været tænkt understøttet på et ledelsesmæssigt plan, hvor ledelsen således i løbet af projektperioden har båret projektet frem i relevante fora.

Herning kommune har ikke på forhånd valgt andre inklusionskriterier end de, der er defineret i projektformuleringen (jf. kapitel 2). Tilbud om deltagelse i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har således været bredt defineret, hvilket har medført en lignende bred af søgning af området for samarbejdspartnere til projektet. Det er samarbejdspartnere, som dels vil kunne fungere som rekrutteringsplatform og dels vil kunne tilbyde relevante forløb for den udvalgte målgruppe i forbindelse med etableringen af egentlige forløb. Dette har betydet, at nogle samarbejdspartnere har fulgt projektet som rekrutteringsplatform hele vejen i projektet, mens andre har haft en mere vekslende karakter med henvisninger i visse perioder af projektet og ikke i andre.

I Herning kommune har den interkulturelle koordinator etableret kontakt til kommunens etniske sundhedsformidlere, Sprogskolen, beboerhuset Kulturama i Holtbjerg, medar-

bejdere i de boligsociale områder Gullestrup og Holtbjergs venskabsforeninger, konsultations-sygeplejersker og praktiserende læger, frivillige foreninger, eksempelvis Dansk Røde Kors, Dansk Flygtningehjælp, samt den lokale Beskæftigelsesafdeling, specielt afdelingen for Social Integration.

Den interkulturelle koordinator i Herning kommune har i løbet af projektperioden rekrutteret borgere fra de praktiserende læger. Skønt samarbejdet med de praktiserende læger allerede er etableret ved opstarten af projektet i Herning kommune, har disse primært vist sig som en væsentlig rekrutteringsplatform i projektets afsluttende fase i forbindelse med oprettelsen af specifikke diabeteshold for målgruppen og i takt med, at projektet er blevet kendt. De etniske sundhedsformidlere har været en platform for rekruttering af borgere gennem hele projektet. Den interkulturelle koordinator har derudover rekrutteret enkelte borgere fra den lokale sprogskole samt gennem deltagelse i arrangementer i den lokale tamilske venskabsforening. Tolkerne, som den interkulturelle koordinator har anvendt i forbindelse med både interkulturelle samtaler og i konkrete forløb, har derudover vist sig som en rekrutteringsplatform. Den interkulturelle koordinator har desuden rekrutteret borgere gennem etableringen af en åben rådgivningsfunktion i de boligsociale områders beboerhuse.

4.3 Horsens kommune: et overblik

I Horsens kommune boede der ved projektstart ca. 8200 borgere med anden etnisk

baggrund end dansk. Tal fra Danmarks Statistik (Statistikbanken) viste i 2010, at de største grupper med anden etnisk baggrund end dansk i Horsens kommune var borgere fra Polen, Bosnien-Hercegovina, Tyrkiet, Vietnam. I Horsens er der en særlig stor koncentration af etniske minoritetsborgere i to boligområder, Axelborg og i Østbyen.

Eksisterende tilbud til etniske minoriteter med fokus på sundhed og trivsel i Horsens kommune omfatter både frivillige og kommunale tilbud organiseret i de boligsociale områder. Disse er eksempelvis beboerrådgivning, arrangementer for etniske minoriteter med fokus på kvindelig (Women of the World), håndarbejdsværksteder og tilbud om motionsaktiviteter som svømning for etniske minoriteter. Horsens kommune har endvidere sundhedstilbud organiseret gennem Sund By-netværket samt tilbud til etniske minoriteter i dertil indrettede sundhedscafeer.

Horsens kommune: forankring af projektet

I Horsens kommune er den interkulturelle koordinatorfunktion placeret i regi af de tre kommunale sundhedscentre med reference til lederen i Sundhedscenter Ceres, der også er repræsentant i styregruppen på projektet. Derudover har den interkulturelle koordinator refereret til en områdeleder i den daglige praksis. Sundhedscentrene varetager ca. halvdelen af sundhedstilbuddene i Horsens kommune, herunder også hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, der i Horsens kommune har et bredt samarbejde med sekretariatene for de boligsociale områder. Et samarbejde, som den interkulturelle koordinator er tænkt ind i. Horsens kommune har i løbet

af projektperioden oplevet en udskiftning af både repræsentanter i styregruppen, hvor to forskellige medarbejdere i projektperioden har repræsenteret Horsens kommune, samt i den interkulturelle koordinatorfunktion, hvor Horsens kommune har skiftet koordinator én gang i løbet af projektperioden.

Horsens kommune har ved projektets begyndelse påbegyndt kontakt med arbejdsmarkedssektoren. Indledningsvis har dette været på et eksplorerende plan, om end det mod slutningen af projektet er mundet ud i en mere konkret aftale om samarbejde, både på et ledelsesmæssigt såvel som et frontmedarbejder-plan.

Kommunikationen omkring projektet mellem ledelse og koordinator har været planlagt med formaliserede møder ved projektets begyndelse, som senere i projektperioden er blevet afløst af ad hoc møder, når der har været sager, hvor det har føltes nødvendigt at mødes. Horsens kommune har som tidligere nævnt opereret med både en styregrupperepræsentant, den kommunale sundhedschef, der er projektets øverste ansvarlige, men samtidig har den interkulturelle koordinator refereret til en lokal områdeleder. I projekthenseende har denne konstruktion betydet, at møderne mellem koordinator og den øverste ledelse primært har været fokuseret på projektet i et overordnet strategisk og driftsmæssigt perspektiv, hvor den daglige sparring om konkrete borgernære problematikker er blevet håndteret mellem koordinator og områdeleder.

Koordinatorfunktion

Den interkulturelle koordinatorfunktion er i Horsens kommune organiseret som en individuel funktion med ansvar for at opsøge borgere og samarbejdspartnere, at opbygge et fagligt team, at afholde samtaler og at gennemføre både gruppe- og individuelle sundhedsforløb for borgerne. Den interkulturelle koordinatorfunktion i Horsens kommune er som i projektoplægget normeret til 10 timer ugentligt til løsningen af de opgaver, som er defineret for koordinatorfunktionen i kapitel 3. Ud over stillingen som interkulturel koordinator har koordinatoren i store dele af projektet² i Horsens kommune haft en stilling som assisterende områdeleder i den kommunale hjemmepleje.

Koordinatorfunktion: samtaler, forløb og undervisning

Den interkulturelle koordinatorfunktion har på et strategisk niveau været tiltænkt et samarbejde med det boligsociale område i Horsens kommune ved projektets begyndelse. Dette er blevet udviklet nærmere i praksis i løbet af projektperioden. Ud over dette har det været en implicit opgave at skabe samarbejde både med fagprofessionelle, som vil kunne hjælpe i forbindelse med løsningen af borgernes sundhedsudfordringer, og med samarbejdspartnere som vil kunne assistere med rekruttering til projektet. Den interkulturelle koordinator har i Horsens kommune derudover været tiltænkt ansvaret for både konkrete undervisningsopgaver i forbindelse med afholdelse af gruppebaserede forløb,

² Jf. koordinatorskift

afholdelse af individuelle forløb samt afholdelse af interkulturelle sundhedssamtaler. I forbindelse med undervisning har koordinatoren haft muligheden for at opsøge og supplere med andre fagpersoner i takt med opståede behov.

Koordinatorfunktion: inklusionskriterier, rekruttering og samarbejdspartnere

Horsens kommune har ved projektets begyndelse haft en åben rekrutteringsplatform. Ud over et samarbejde med de boligsociale områder på et strategisk niveau har opgaven med at skabe en kommunal rekrutteringsplatform været defineret som en eksplicit koordinatoropgave, der skulle udvikles i løbet af projektperioden. En opgave, som er understøttet på et ledelsesmæssigt plan, hvor projektet af styregrupperepræsentanten er blevet båret frem i strategiske ledelsesfora. Horsens kommune har ikke valgt andre inklusionskriterier end de, der på forhånd har været udstukket i den oprindelige projektformulering (jf. kapitel 2). Tilgangen til rekruttering har således været bred. Nogle samarbejdspartnere har som rekrutteringsplatform kontinuerligt fulgt projektet, mens andre har været mere svingende og kun i visse perioder leveret borgere til projektet.

Den interkulturelle koordinator i Horsens kommune har i projektperioden etableret kontakt med sekretariatet i de boligsociale områder i Horsens by, det kommunale sundhedsteam, de praktiserende læger, genoptræningsenheden Lindehøj, Horsens kommunes virksomhedskonsulenter, Sund By-netværket, sygeplejersker og forebyg-

gende medarbejdere i Horsens kommune, frivillige organisationer som Dansk Flygtningehjælp og bosnisk sundhedscafe, og der er derudover etableret kontakter til hjemmesygeplejen og Horsens kommunes jobcenter.

Den interkulturelle koordinator i Horsens kommune har i løbet af projektperioden rekrutteret borgere gennem deltagelse i sociale arrangementer som Women of the World i de boligsociale områder. Derudover er der rekrutteret borgere til projektet gennem praktiserende læger. De praktiserende læger har været gennemgående som rekrutteringsplatform, om end stærkere repræsenteret efterhånden som projektet er skredet frem og derved blevet mere kendt i kommunen. Det kommunale sundhedsteam har ligeledes rekrutteret borgere til projektet, her med et specifikt fokus på borgere med diabetes, som der ikke tidligere har været et specifikt tilbud til. Genoptræningsenheden i Horsens kommune har også rekrutteret borgere til projektet.

Mod slutningen af projektet har et samarbejde med Horsens kommunes virksomhedskonsulenter været brugt som en væsentlig rekrutteringsplatform for projektet.

4.4 Aarhus kommune: et overblik

I Aarhus kommune boede der ved projektstart ca. 45.000 borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Tal fra Danmarks Statistik (Statistikbanken) viste i 2010, at de største grupper af borgere med anden etnisk baggrund end dansk i Aarhus kommune var borgere fra Libanon, Tyrkiet, Somalia og Irak.

I Aarhus kommune er der en forholdsvis stor koncentration af etniske minoriteter i udvalgte boligsociale områder, eksempelvis i Brabrand og Viby.

Aarhus, værende en forholdsvis stor kommune, har et stort antal eksisterende tilbud til etniske minoriteter med fokus på sundhed og trivsel ved projektets start. Disse omfatter i kort uddrag bl.a. Sundhedscenter Vest med tilbud om patientuddannelse målrettet etniske minoriteter. Sundhedscenter vest er i projektperioden lagt under Folkesundhed Aarhus. Sundhedscafeer i boligsociale områder, sundhedshuse med tilbud om kontakt til jordemødre, sundhedsplejersker og tandplejere, foreninger med tilbud om fritids- og motionsaktiviteter for etniske minoriteter (Globus 1 i Gellerupparken), rygestopindsats for etniske minoriteter med kontor i Bazar Vest i Brabrand samt Folkeinformation for etniske minoriteter med støtte til praktiske spørgsmål i hverdagen. Ud over dette eksisterer der en stor mangfoldighed af etniske minoritetsforeninger, kvindeforeninger, lokale fritidsnetværk, håndarbejdsværksteder og praktiserende læger som har særlig fokus på etniske minoriteter.

Aarhus kommune: forankring af projektet

I Aarhus kommune er den interkulturelle koordinatorfunktion ved projektstart blevet forankret i Sundhedscenter Aarhus med en geografisk placering i Sundhedscenter Vest. Sundhedscenter Vest er placeret i Gellerupparken i det vestlige Aarhus, hvor koncentrationen af etniske minoriteter er særligt stor. Den interkulturelle koordinator har her refereret til den kommunale sundhedschef, som

også ved projektets opstart er Aarhus kommunes styregrupperepræsentant.

Aarhus kommune har oplevet udskiftning i både projektets ledelsesmæssige forankring og på den interkulturelle koordinatorpost. Aarhus kommune har således i løbet af projektperioden haft tre forskellige ledelsesrepræsentanter i projektets styregruppe, og den interkulturelle koordinator er blevet udskiftet én gang i løbet af projektperioden med en mellemliggende periode på fire mdr. i projektet, hvor den interkulturelle koordinatorfunktion har været ledig. I projektperioden har Aarhus kommune derudover oplevet omstruktureringer af den kommunale organisation, og fra april 2012 er Sundhedscenter Vest og Sundhedscenter Aarhus blevet sammenlagt med Folkesundhed Aarhus. Dermed er forankringen af projektet overgået til Folkesundhed Aarhus, som til daglig varetager både de patientrettede og borgerrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende opgaver i Aarhus kommune. Geografisk betyder dette samtidig, at den interkulturelle koordinatorfunktion er blevet flyttet fra sin oprindelige base ved Sundhedscenter Vest til en placering i Bazar Vest, et lokalt indkøbsområde med cafeer, som er kendetegnet ved primært at være drevet af etniske minoriteter. Her har den interkulturelle koordinator haft et kontor.

Aarhus kommune har løbende i projektet arbejdet mod et samarbejde med arbejdsmarkedssektoren. Sideløbende med projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har projektet Ondt i Kulturen, som fokuserer på skabelsen af en intervention, der kan hjælpe etniske minoriteter til en større

tilknytning til arbejdsmarkedssektoren, kørt i Aarhus Kommunes sociallægeinstitution, hvilket har gjort, at denne vinkel allerede var i fokus hos Aarhus kommune ved projektets opstart. Dette projekt er ligeledes støttet af Forebyggelsesfonden. Der er etableret kontakter på ledelsesmæssigt plan mellem arbejdsmarkedssektoren og sundhedssektoren i forbindelse med projektet, samtidig med at den interkulturelle koordinator også har skabt forbindelser til jobkonsulenter i lokalområdet.

Kommunikation mellem ledelse og koordinator har foregået ved formaliserede møder ved projektets start, men i løbet af projektet er disse blevet af mere ad hoc-karakter. Kommunikationen har været primært fokuseret på strategiske og driftmæssige spørgsmål og ikke på det borgernære niveau.

Koordinatorfunktion

Den interkulturelle koordinatorfunktion er ved projektets opstart tænkt som en individuel funktion i Aarhus Kommune. En funktion med ansvar for at opsøge borgere og samarbejdspartnere, at opbygge et fagligt team, at afholde interkulturelle sundhedssamtaler og at gennemføre både gruppeforløb og individuelle sundhedsforløb for borgerne. Den interkulturelle koordinatorfunktion i Aarhus Kommune er som i projektoplægget normeret til 10 timer ugentligt til løsningen af de opgaver, som er defineret for koordinatorfunktionen (jf. kapitel 3). Ud over stillingen har koordinatoren i Aarhus kommune haft en sideløbende beskæftigelse i projektperioden. Indledningsvis har koordinatoren været ansvarlig for træningsforløb med fokus på

diabetes, og senere i projektet har den interkulturelle koordinator fungeret som sundhedsformidler i Bazar Vest og tobakskoordinator i regi af Folkesundhed Aarhus.

Koordinatorfunktion: samtaler, forløb og undervisning

I Aarhus kommune har den interkulturelle koordinatorfunktion haft ansvar for at skabe samarbejde både med fagprofessionelle, som vil kunne hjælpe i forbindelse med løsningen af borgernes sundhedsudfordringer, og med samarbejdspartnere, som ville kunne assistere med rekruttering til projektet. Aarhus kommunes interkulturelle koordinator er ved projektets start placeret i det lokale sundhedscenter i Aarhus Vest, hvor både koordinatoren og de øvrige medarbejdere i centret i forvejen har etniske minoriteters sundhed som arbejdsmæssigt kerneområde. Den geografiske forankring af funktionen har betydet, at der allerede ved opstart af projektet har været etableret en faglig organisation med fokus på etniske minoriteters sundhed, som koordinatoren har kunnet gøre brug af, både med hensyn til rekruttering og ved videresending af borgere til eksisterende sundhedsforløb. Tilbuddene i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering har således ved opstart været tænkt som et metodisk supplement til de eksisterende sundhedstilbud til etniske minoriteter, som allerede eksisterer i Sundhedscenter Vest.

Koordinatorfunktionen er senere, som beskrevet, flyttet til Bazar Vest, hvor den interkulturelle koordinator har siddet alene. Dette har betydet en omdefinering i funktionen. Koordinatoren har stadig trukket på eksiste-

rende både rekrutterings- og sundhedsfaglige kompetencer i regi af sundhedscentret, men har også løbende skullet opsøge og udvikle disse.

Koordinatorfunktion: inklusionskriterier, rekruttering og samarbejdspartnere

I Aarhus kommune er der ved projektstart ikke aftalt en fast rekrutteringsplatform, om end der, som beskrevet, allerede ved projektets begyndelse har eksisteret et forum med fokus på etniske minoriteters sundhed i regi af Sundhedscenter Vest og deri også et implicit netværk for rekruttering af borgere til projektet. I takt med at koordinatorfunktionen imidlertid er overgået fra en placering i Sundhedscenter Vest til Bazar Vest med en ny person i funktionen har det været nødvendigt igen at sætte fokus på opdyrkelsen af nye rekrutteringsplatforme.

Aarhus kommune har ikke valgt andre inklusionskriterier end de, der på forhånd har været udstukket i den oprindelige projektformulering (jf. kapitel 2), og tilgangen til rekruttering har således været bred. I løbet af projektperioden har nogle samarbejdspartnere kontinuerligt fulgt projektet som rekrutteringsplatform, mens andre kun i perioder har leveret borgere til projektet.

Den interkulturelle koordinator i Aarhus kommune har i løbet af projektperioden etableret kontakt til det lokale jobcenter, diabetesambulatoriet, de praktiserende læger, den lokale imam, ledelsen i Bazar Vest og lokale butiksindehavere i bazaren, Aarhus kommunes sundhedscafeer samt medarbejdere i de bolig sociale områder i Aarhus.

Aarhus kommune har overvejende rekrutteret borgere til projektet fra de praktiserende læger. En enkelt borger er rekrutteret fra de bolig sociale medarbejdere i Aarhus kommune. Nogle borgere er desuden internt rekrutteret i Sundhedscenter Vest.

4.5 Holstebro kommune: et overblik

I Holstebro kommune boede der ved projektstart i 2010 ca. 3600 borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Tal fra Danmarks Statistisk (Statistikbanken) viste i 2010, at de største grupper borgere med anden etnisk baggrund end dansk i Holstebro kommune var borgere fra Libanon, Sri Lanka, Tyrkiet og Irak.

I Holstebro kommune er der en stor koncentration af etniske minoriteter i det sociale boligområde Trekantområdet.

Eksisterende tilbud til etniske minoriteter med fokus på sundhed og trivsel er ved projektstart på forhånd kortlagt i Holstebro kommunes integrationshåndbog, som løbende ajourføres³. Holstebro kommune har ved projektstart haft tilbud inden for det arbejdsmarkedsrettede område, eksempelvis tilbud fra Sprogcentret og Job- og Kompetencecenter Vest. Her har været etableret mulighed for særlig rådgivning i samarbejde med sundhedsområdet med tilbud som eksempelvis vægtstopkurser og rygestopkurser. Derudover samarbejdes der med KTF (Klinik for Traumatiserede Flygtninge), som hører under regionspsykiatrien. Inden for skoleområdet er der også særlige tilbud som eksem-

³ Se hjemmesiden <http://www.holstebro.dk/integrationshaandbogen-1751.aspx>

pelvis tosprogskonsulenter, modtageklasser, relationsmedarbejdere og skolehjem-hjemvejledere. Inden for fritidsområdet er der tilbud i regi af eksempelvis Kultur- og Frivillighuset og Trivselshuset. Her er der forskellige frivillige arrangementer, eks. pigeclubber og kvindeaftensarrangementer. Desuden arrangeres der frivillig danskundervisning, og der er åben rådgivning, hvor borgere kan få gratis hjælp til forskellige problemstillinger. Derudover eksisterer der i Holstebro flere kulturelle netværk og venskabsforeninger.

Holstebro kommune: forankring af projektet

I Holstebro kommune er den interkulturelle koordinatorfunktion geografisk placeret i afdelingen for Sundhed og Omsorg (nu Kultur og Sundhed), som varetager den tværgående sundhedsfunktion i kommunen. Koordinatoren er placeret i Holstebro Sundhedscenter og dermed under den kommunale sundhedschef, som også er medlem af projektets styregruppe.

Holstebro kommune har organiseret Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering som et formelt samarbejde mellem det kommunale sundhedscenter og det kommunale jobcenter.

Samarbejdet tager udgangspunkt i at skabe sundhedsforløb for etniske minoriteter, som ud over at være på kontanthjælp har behov for en ekstra sundhedsindsats for at øge muligheden for, at de kan indtræde eller genindtræde på det danske arbejdsmarked.

Sundhedsforløbet er i den formelle organisering blevet set som et muligt aktiverings-tilbud fra arbejdsmarkedssektorens side, og gruppeforløbene, der er gennemført i sund-

hedscentret, er således sket med finansiering fra arbejdsmarkedssektoren.

Det kommunale sundhedscenter og det kommunale jobcenter har ved projektstart etableret en kommunal styregruppe med deltagelse af jobcenterchefen, teamlederen for integrationsområdet, sundhedschefen, den interkulturelle koordinator samt en sundhedsprofessionel fra det kommunale sundhedscenter. Denne gruppe har haft faste mødekadencer i projektperioden, hvori der er lavet en løbende vurdering af projektets fremdrift med fokus på fælles og individuelle succeskriterier fra de to forvaltninger. Gruppen har ydermere fungeret som et fælles fagligt sparringsforum for spørgsmål i forhold til den forskellighed, der ligger i de to forvaltninger. Eksempelvis har man beskæftiget sig med spørgsmål af juridisk og strukturel organisatorisk karakter, hvor sundhedsområdet og arbejdsmarkedsområdet divergerer.

Samarbejdet mellem sundhedssektoren og arbejdsmarkedssektoren er ud over samarbejdet på ledelsesniveau, hvori den overordnede organisering for projektet har været i fokus, desuden været organiseret omkring frontmedarbejderne, hvor den interkulturelle koordinator har samarbejdet med den kommunale sagsbehandler fra jobcentret om konkrete tiltag målrettet den enkelte borger, så længe denne er i forløb. Møder mellem sagsbehandler og den interkulturelle koordinator har som udgangspunkt været af ad hoc-karakter.

I frontmedarbejderstrukturen er der ved projektets begyndelse aftalt en tilbagemel-

dingspligt fra sundheds- til arbejdsmarkedssektoren, dog med det forbehold, at borgeren godkender al information, der sendes mellem forvaltninger. Tilbagemeldingen laves således i et samarbejde mellem borgeren og den interkulturelle koordinator.

Den interne organisering mellem ledelse og koordinator i sundhedscentret var ved projektets begyndelse aftalt som en formaliseret struktur med fast mødekadence, der senere i projektet er afløst af en ad hoc-struktur i det omfang møder mellem ledelse og koordinator er fundet nødvendige. Omdrejningspunktet for møderne er overvejende af organisatorisk og overordnet driftsmæssig karakter. Individuelle borgerforløb er således ikke som udgangspunkt i fokus. Faglig sparring omkring borgerforløb er placeret i et dertil indrettet forum, et team som vil blive præsenteret senere i dette afsnit.

Koordinatorfunktionen

Den interkulturelle koordinatorfunktion er i Holstebro kommune tænkt som en funktion "på to ben". Det ene ben værende en funktion, der skal skabe et overblik over de kommunale tilbud, som projektet vil kunne trække på i forbindelse med konkrete sundhedstiltag for den enkelte borger for at skabe en bevidsthed omkring projektet i kommunen gennem formidling til samarbejdspartnere. Koordinatorfunktionen er her tænkt som det centrale bindeled mellem arbejdsmarkedssektoren og sundhedssektoren, der sørger for at planlægge møder mellem parterne og overlever informationer.

Som sit andet ben er koordinatorfunctio-

nen tiltænkt egentlig borgerkontakt. Den interkulturelle koordinatorfunktion er i Holstebro kommune ansvarlig for gennemførelsen af interkulturelle sundhedssamtaler i samarbejde med en ressourceperson i et team, for planlægning og gennemførelse af individuelle sundhedsforløb med borgeren og for at agere generel tovholder for den enkelte borger, der deltager i projektet i Holstebro kommune.

Medarbejderen, som har varetaget den interkulturelle koordinatorfunktion i Holstebro kommune, har ud over denne funktion været ansat til at koordinere andre opgaver, som ikke ligger i regi af projektet.

Koordinatorfunktion: team, forløb og undervisning

Holstebro kommune har ved projektets opstart skabt et interkulturelt team omkring den interkulturelle koordinatorfunktion. Teamet har i projektperioden primært bestået af den interkulturelle koordinator og 1-2 andre ansatte ved sundhedscentret. Derudover har forskellige andre ansatte ved Sundhedscentret været involveret efter behov. Der har således været mulighed for at trække på kompetencer fra sygeplejerske, pædagog, fysioterapeut, diætist og ergoterapeut. Derudover er der ved behov trukket på kompetencer hos andre ansatte i og udenfor kommunen. Teamstrukturen er dels tænkt som en sparringsplatform, hvor problemstillinger omkring både projektet som en helhed og de enkelte borgere har kunnet debatteres fra et sundhedsfagligt perspektiv, dels har det fungeret som en udviklingsplatform, hvori

gruppeforløb har kunnet udvikles og tilrettes i takt med projektets fremdrift. Medlemmerne af teamet har været ansvarlige for afholdelse af gruppebaserede sundhedsforløb i projektet. Den interkulturelle koordinator har været til stede i undervisningen efter behov og har desuden gennem sin placering i teamet et ansvar for overlevering af viden fra den interkulturelle sundhedssamtale til de andre i teamet.

Tanken bag teamet er derudover at sikre, at viden om den enkelte borger er placeret i et bredere forum i tilfælde af en eventuel udskiftning på den interkulturelle koordinatorpost. Holstebro kommune har i løbet af projektperioden skiftet den interkulturelle koordinator én gang.

Koordinatorfunktion: rekruttering og inklusionskriterier

Holstebro kommune har defineret specifikke inklusionskriterier. Dermed adskiller kommunen sig fra den rekrutteringsstrategi, der som udgangspunkt er blevet valgt i projektet af projektledelsen. Samarbejdet med arbejdsmarkedssektoren indebærer i Holstebro kommune, at målgruppen udelukkende er rekrutteret fra det kommunale jobcenter, og inklusionskriterierne har været med udgangspunkt i kontanthjælpsområdet. Det har således som udgangspunkt ikke været muligt at deltage i projektet, såfremt man ikke er henvist under dette kriterium. Denne tilgang til rekruttering er blevet bevaret gennem hele projektperioden.

5. Den interkulturelle sundheds-samtalemodel i praksis

Som beskrevet i kapitel 3 er udgangspunktet for projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering den interkulturelle sundheds-samtalemodel og skabelsen af et fælles narrativ.

Som tidligere beskrevet er skabelsen af et narrativ ikke blot en proces, der peger fra en fortæller til en lytter, det opstår i et samspil mellem den der fortæller, og den der lytter og spørger ind. Det er borgeren, der fortæller, men det er koordinatoren, der gennem sine spørgsmål prøver at følge det, som virker vigtigt i borgerens fortælling. Koordinatoren tager med andre ord gennem sine spørgsmål en central placering i borgerens fortælling. I dette kapitel skal vi se nærmere på, hvordan den narrative tilgang udspiller sig i praksis.

5.1 At lytte, spørge og i fællesskab prioritere i et menneskes liv

Når afdækningen af borgerens personlige univers og deri identifikationen af borgerens personlige sundhedsopfattelse og ønskerne for en bedre sundhed skabes i et samspil mellem borger og koordinator, så viser erfaringerne fra projektet, at koordinatoren konstant må reflektere og kaste et analytisk blik på sin tilgang til samtalen. Hvordan fornemmer man, hvad borgeren finder vigtigt? Hvad

vil komme frem, og hvilke stier bør koordinatoren vælge for at finde en fælles vej mod en prioritering? Hvad kan koordinatoren gå ind i og hvad må man lade ligge? Som beskrevet i "En narrativ tilgang til sundhed" (Terkildsen & Wittrup 2013) findes der ikke en endegyldig teknisk opskrift på, hvilke elementer der vil dukke op i en samtale, og derfor kan man aldrig på forhånd forberede, hvad samtalen kommer til at handle om og dermed, hvad der vil vise sig som vigtigt for borgeren.

Enhver samtale er således "*præget af spænding*" (Koordinator 3), når samtalen indledes, som en koordinator udtrykker det. Nøglen til at gå på opdagelse i borgerens univers i samtalen og afdække, hvad der findes vigtigt for borgeren afhænger, som det ligeledes er beskrevet i "En narrativ tilgang til sundhed" (Terkildsen & Wittrup 2013) af koordinatorens evne til at være sensitiv, til konstant at reflektere over, hvad der bliver sagt og til at være bevidst uvidende og nysgerrig omkring det menneske, man sidder overfor. Koordinatoren bør være drevet af et ønske om at gå på opdagelse i borgerens univers samtidig med, at han eller hun ikke glemmer konstant at reflektere over sin egen forståelse, som uægteligt vil blive taget med ind i samtalen.

I praksis viser det sig, at samtalen ikke blot kan reduceres til et eksplorerende univers. Samtalen er ikke helt uden rammer, da den efterfølgende munder ud i en prioritering og en fælles indsats i en praktisk virkelighed. Med andre ord bliver overvejelsen ikke blot om, hvordan man afdækker, hvad der findes vigtigt for borgeren, men samtidig hvad det er, man som koordinator skal spørge ind til, når rammen ca. er 1 time, og der skal skabes en prioritering, som der kan opnås enighed om, og som kan realiseres i praksis i en kommunal virkelighed.

5.11 At fornemme hvad der fylder og hvor man kan bevæge sig hen i praksis

I praksis har det vist sig, at koordinatorene i høj grad ser samtalen som en hårfin balancegang, når narrativet skal operationaliseres. En balancegang mellem det at være sensitiv og gå eksplorativt på opdagelse i borgerens unikke univers og samtidig at spejle mod de temaer, som vil kunne prioriteres og bearbejdes i en praktisk virkelighed. Hvordan administrerer man det at være sensitiv i praksis som en metode til at følge sporene i en borgers fortælling?

En koordinator udtrykker sig således om det at være sensitiv i en samtale og fornemme, hvilke spor der skal følges i borgerens fortælling:

Jamen igen, det er jo en fornemmelse at sidde med. Det kan være den måde borgeren lige kigger på.

Det kan være et ekstra tryk, der bliver lagt på et ord eller en sætning. Det kan være nogle ting, der bliver gentaget. Altså jeg tænker, hvis det bliver sagt en 2-3 gange ret hurtigt efter hinanden, så har det en betydning. (Koordinator 4)

En lignende tilgang genfindes hos de andre koordinatore, når spørgsmålet omhandler, hvilke spor man følger for at finde det, der er væsentligt for borgeren:

Jeg har afgjort det ud fra det, personen selv vender tilbage til. (Koordinator 5).

En anden koordinator udtrykker sig om det at følge et spor i fortællingen og efterfølgende mærke, om det er noget, borgeren ønsker eller vil snakke om:

Det er ligesom at smide en bold til dig og så fornemme, om den bliver grebet eller ej[...]Det er hvis de ... Lukker de ned og svarer sådan helt kort. Eller bliver de eftertænksomme og siger måske en kort lille sætning[...]Man er lydhør over for den, man sidder overfor. (Koordinator 3)

Nogle gange kræver det at være sensitiv, at man udfordrer eller aktivt reflekterer sammen med borgeren i samtalen for at blive kloge på borgerens univers. Dette er en strategi, som en koordinator anvender i samtalen:

Jeg siger en gang imellem: "Har du lyst at høre hvad jeg tænker?"[...] Så kan de jo sige nej, eller også kan de sige ja. Og de fleste siger jo ja. Og hvis jeg er i tvivl, så spørger jeg. Så kan jeg godt sige: "Når jeg siger sådan, hvordan har du det så med det?" Altså, jeg spørger bare. (Koordinator 3)

For koordinatorene handler det at være sensitiv både om at fornemme borgeren, samt dig med, at de undrer sig bevidst og forsøger at få borgerne til at reflektere over deres egen verden i samtalen i forsøget på at finde frem til det vigtige.

Skønt koordinatorene betoner sensitivitet som det centrale i forhold til at forstå, hvad der findes vigtigt for borgerne og derigennem sikre en relevant prioritering ved afslutningen af samtalen, så er koordinatorene ikke blot til stede som eksplorerende, afdækkende og analyserende maskiner, men også som mennesker i samtalen, og valgene af temaer, der følges i samtalen, kan således ikke adskilles fra den personlighed, som den enkelte koordinator bærer med sig ind i samtalen.

Hvor nogle eksempelvis ser temaer som børn som værende ekstra vigtige at forfølge, ser andre mod temaer, der omhandler mediciner, somatik, arbejdsmarkedsudfordringer, identitet, ensomhed og manglende mestring.

Skønt sensitivitet således opfattes som generisk blandt koordinatorene, så bæres den enkelte koordinators personlighed naturligt med ind i denne generiske tilgang.

Sensitivitet bestemmer ikke alene hvilke spor, der følges mod en endelig prioritering. Som beskrevet er samtalen ikke løst fra en omkringliggende virkelighed. Den har en ramme både tidsligt og i det faktum, at samtalen skal ende med at pege mod en prioritering. Valg og fravalg af temaer og spor i samtalen er således en nødvendig del af den interkulturelle samtale, hvis den skal kunne pege mod en prioritering, som kan realiseres i en kommunal virkelighed. Som en koordinator udtrykker det:

Altså, det er jo et valg. Fordi, hvis man skulle omkring alt, hvad der bliver nævnt, jamen så tror jeg, vi skulle sætte et par dage af til hver samtale i stedet for. [...] Men der er man jo indimellem nødt til at tage et valg omkring. Altså hvis der bliver nævnt tre ting, så er man nødt til at sige okay, jeg kan kun spørge til én. Hvad skal det så være? Og der må det jo blive det, hvor der ligesom er lagt et ekstra tryk på. (Koordinator 4)

En anden koordinator tilføjer:

Det er jo ikke alt der kan lade sig gøre. Det kan jo godt være, at borgeren gerne vil have et højt betalt arbejde, men det er ikke sikkert, det kan lade sig gøre. Det kan det jo heller ikke for mange danskere. (Koordinator 2)

En tredje koordinator betoner ligeledes muligheden for reelt at skabe en forandring i en

konkret kommunal virkelighed som værende determinerende for til- og fravalg i samtalen:

Altså, det kan have været omkring nogle relationer, hvor jeg tænker, at det her, det kan jeg ikke gå ind i og forandre noget med. (Koordinator 5)

For nogle har denne praktiske virkelighedsramme betydet, at man som udgangspunkt har fulgt de mere konkrete spor, som er lagt ud i fortællingen. Spor, hvor der i narrativet afsløres en umiddelbar og konkret problematik, som skal løses her og nu, og som måske taler til den faglige kunnen, man besidder ud over funktionen som koordinator. En koordinator med sygeplejefaglig baggrund tilføjer om det at vælge, hvilke spor man forfølger:

Jamen det er nok en prioritering, jeg går ind i. Og selvfølgelig også en prioritering af, hvad er det jeg ved noget om, og hvad kan jeg blive klogere på [inden for systemet]. (Koordinator 1)

Koordinatoren fortsætter med et eksempel, hvor en borger har talt om udfordringerne ved sin sygdom:

Der er [sygdommen] dejlig konkret, kan man sige, ikke? Sørge for, at han i hvert fald får den information, som han skal bruge i den sammenhæng. [...] eller der hvor jeg kan formidle nogle kontakter. (Koordinator 1)

Hvor det, som netop beskrevet, for nogle er faglige kriterier og strukturelle muligheder, som er determinerende for, hvilke spor der bliver valgt og hvilken prioritering der bliver foretaget, er det for andre koordinators oplevelsen af borgerens engagement, der er afgørende for valg af spor mod en endelig prioritering. Som en koordinator udtrykker det:

Det er, hvad der kommer af udmeldinger fra personen. I forhold til at de også selv vil involvere sig i det. (Koordinator 5)

Andre koordinators søger bevidst at motivere dette engagement ved at lade borgeren eksplicit udpege de vigtige spor og selv lade borgeren sætte ord på, hvad der er vigtigst, når den endelige prioritering skal foretages. Som en koordinator udtrykker det:

Så der er jeg blevet rigtig, rigtig god til at sige til borgeren: Ud af alt det her, vi har snakket om, hvad er så det, der er vigtigst for dig at ville ændre på? [...] Og det er der rigtig mange af dem, der faktisk godt selv kan svare på. [...] Og jeg tænker da også, at det bliver mere relevant for borgeren. Så kan jeg trække nogle ting frem, hvis der er noget, jeg kan tænke, okay, det her er vi så nødt til, efter min mening, lige at få drøftet. Skal det med i en prioritering, eller skal det ikke med? (Koordinator 4)

Skønt tilgangene til at følge borgerens spor mod en endelig prioritering er forskellige,

er der alligevel en fælles tendens, der peger mod, at det at gå på opdagelse i et narrativ for koordinatorene ofte bliver til et komplekst samspil mellem flere identiteter. Et samspil mellem det at være en koordinator med en personlig, faglig og strukturel identitet, der på samme tid skal bevæge sig sensitivt og udforskende ind i et unikt borgerunivers og leve med bevidstheden om, at samtalen i sidste ende peger mod en praktisk virkelighed, når den fælles prioritering skal laves ved afslutningen af samtalen.

5.12 At gennemføre samtale ude eller hjemme

Erfaringer fra projektet viser, at rummet, hvori samtalen gennemføres, har en stor betydning for det billede, man opnår af borgeren og deri også de spor, man vælger eller fravælger at følge mod en endelig prioritering. I løbet af projektperioden er der opnået erfaringer med det at gennemføre samtaler i folks hjem kontra det at afholde samtalen på den enkelte koordinators normale arbejdsplads. Fælles for erfaringerne er, at samtaler i hjemmet giver et andet indblik i det menneske, som man sidder overfor, fordi man får mulighed for et kig ind i noget af det, som samtalen ofte kommer til at dreje sig om. En koordinator udtaler om oplevelsen af borgere, som har gennemført samtalen i hjemmet:

Så hopper de op i sofaen med begge ben og sidder og kravler rundt i sofaen, fuldstændig som vi andre gør, når vi sidder i en sofa. Altså, det er

et mere frit billede på en eller anden led.[...] Altså igen, det er dem der har magten. Det er deres hjem. Det er mig, der bliver inviteret ind. Det er nemmere at skabe tilliden på en eller anden led. (Koordinator 4)

En anden koordinator udtaler:

Det har for mig åbnet en verden. (Koordinator 5)

En tredje koordinator tilføjer:

Det giver mig nogle ideer til, hvad vi kan snakke om, og i det hele taget får jeg et billede af borgeren.[...] Jamen eksempelvis, jeg var ude ved en kvinde, som sagde, at hun kunne intet. Hun kunne ingenting lave [...]. Men hjemmet var pinligt rent og ordentligt. Hvor jeg siger, jamen, hvordan, hvem ordner så hjemmet her? Jamen det gjorde hun jo. Så noget kunne hun jo godt. Og på den måde, ja så kan jeg i hvert fald godt hente nogle informationer der. (Koordinator 1)

Skønt samtaler i hjemmet for nogle koordinatore opleves som værende en god adgangsbillet til et kig ind i borgerens liv, hvor rammerne kan virke trygge og på borgernes præmisser, så kan hjemmet også opleves som en begrænsning i forbindelse med afholdelse af samtaler.

Børn, mand eller kone til stede i hjemmet kan give vigtig information om borgerens familierelationer, men kan samtidig sætte en klar grænse for, hvad borgeren kan og vil tale om i løbet af en samtale. Blandt nogle koordinators samtaler i hjemmet således også kunnet opleves som hæmmende for borgerens mulighed for at italesætte væsentlige problematikker i forhold til eget liv, specielt hvis de tilstedeværende i hjemmet er en del af problematikken.

Når samtalen foregår i hjemmet, er det samtidig vigtigt ikke at glemme den refleksivitet og det fokus, der er på egen for forståelse i samtalen, som er en essentiel del af hele samtaletilgangen. Skønt samtaler i hjemmet således let kan tolkes som et dybere og mere autentisk blik ind i den personlige verden, bør man stadig bibeholde den naturlige kritiske refleksion over, hvad det er, man ser, og hvordan man fortolker det, man ser. Som en koordinator udtrykker den fortolkning, hun foretager, når hun gennemfører samtalen i hjemmet:

Altså, man kan jo se, hvordan de lever. Så på den måde, så får man jo en fornemmelse af, er det et sted, hvor der er ordentligt og pænt, eller har man fornemmelse af, at det hele det er kaos, og der ikke er overskud til selv de mest basale ting? Når det så er sagt, så skal jeg jo passe på, ved at jeg ser sådan nogle ting, ikke lægger noget ned over det, som om det har en betydning og hvilken betydning det har. For, hvis jeg

kommer med en eller anden ide om, at hvis det er pænt og ordentligt, så har de sikkert nogle ressourcer. Og hvis der ikke er det, så har de nok ingen. Det tror jeg nemlig ikke passer.[...] Der tænker jeg virkelig, at vi skal gribe lidt i egen barm. Og så lade være med at for hurtige på vores vurderinger og bedømmelser. Og så høre mere på, hvad folk har at sige. (Koordinator 3)

Uanset hvor man gennemfører samtalen, er det således vigtigt at bibeholde den kritiske refleksion over det, man tror man ser og hører.

5.13 Udfordringer med samtalen

At sidde i en livsfortælling med et andet menneske kan i praksis også vise sig udfordrende på andre punkter end de problematikker, der handler om at vælge temaer fra og til samt at tilpasse en eksplorerende færd i en fortælling med en praktisk virkelighed. Disse udfordringer vil man på forhånd have svært ved at lave en færdig formel for, fordi borgere er forskellige og således også reagerer forskelligt samtaler, uanset hvor mange forbedringer og metodiske overvejelser, man på forhånd gør sig. Disse udfordringer skal vi se nærmere på i dette afsnit.

Når samtalen ikke går, som man regnede med

Udfordringerne i samtalen italesætter ofte det spænd, der eksisterer mellem det at skabe

en metodisk tilgang i teorien og det at bruge den i praksis. Erfaringer fra praksis viser, at mange forhold kan have indflydelse på den måde, hvorpå samtalen bliver gennemført, og at omstillingsparathed i øjeblikket er en nødvendig kompetence for den interkulturelle koordinator for at kunne imødekomme borgeren.

Skønt den interkulturelle sundhedssamtale tager sit udgangspunkt i et åbningsspørgsmål der spørger til fremtiden om tre år, viser erfaringerne fra projektet, at ikke alle reagerer på dette spørgsmål. Hvor fremtiden om tre år for nogle kan være et tilgængeligt emne, kan det virke abstrakt for andre.

"Jamen jeg kan ikke engang se tre dage frem, hvordan skal jeg så kunne se år frem?" Således beskriver en koordinator en borgers kommentar fra en nyligt afholdt samtale (Koordinator 4).

I praksis viser det sig, at det for rigtig mange kan være nødvendigt, at koordinatoren støtter blikket på fremtiden og i stedet for de tre år fokuserer på tanker og drømme, borgeren måtte have. At spørge til håb og drømme er i løbet af projektperioden blevet integreret som hjælpespørgsmål i interviewguiden. For andre kan det være nødvendigt helt at efterlade spørgsmålet uden at der er kommet et definitivt svar, for så at komme tilbage til det senere i samtalen, idet refleksionen om fremtiden først er kommet her. Dette er situationer, hvor det opleves, at først når alt det der fyldte er blevet afleveret, kan man begynde at se fremad. Refleksionen skal så at sige "lige

i gang" (Koordinator 3), som en koordinator udtrykker det, så den kan "dukke op senere i samtalen" (Koordinator 5) som en anden koordinator tilføjer.

Så kan man sige, okay så, vi snakke egentlig om fremtiden, du begyndte at snakke om fortiden. Jamen, så kører vi lige lidt ud af det spor, og så kommer vi tilbage til fremtiden. (Koordinator 4)

I praksis viser det sig, at det for nogen tager tid blot at sidde i rummet og vænne sig til tanken om en samtale med en fremmed, hvilket gør både refleksionen og tidsrammen til en udfordrende faktor. Som en koordinator udtrykker det:

"For nogle tager det tid at opnå tillid, for andre måske bare tid at komme i tanker om det hele, måske skal refleksionen først lige i gang, før det hele kommer" (Koordinator 3)

Tiden i samtalen kan i andre tilfælde opleves at blive presset af borgerens tilstand. I praksis har flere koordinators oplevet, at borgere bliver trætte i samtalen, og skønt den store refleksion måske først lige er blevet påbegyndt, har det været nødvendigt at afbryde samtalen, enten fordi borgeren ikke kunne sidde længere, eller fordi borgeren havde brug for en pause.

Andre har oplevet, at når først tilliden er etableret og refleksionen sat i gang, kan det være svært at stoppe borgeren igen.

Koordinatorerne har i praksis ofte oplevet at måtte bryde med det tidsmæssige udgangspunkt for samtalen og gennemføre samtalen over flere gange, både af hensyn til borgerens velbefindende og for at få afrundet en lang fortælling, som det var tydeligt at borgeren havde brug for at fortælle. Det er væsentligt at vente med at skabe prioriteringen, til borgeren føler, at han eller hun har fortalt det, der skal fortælles. Ifølge enkelte koordinators kan det imidlertid være en svær øvelse at måtte erkende, at prioriteringen ikke opnås ved første samtale, og at det kræver en vis fornemmelse at vurdere, hvornår en fortælling er fortalt i en sådan grad, at man kan påbegynde en prioritering.

Andre faktorer har vist sig i praksis at kunne gøre samtalen udfordrende for både den interkulturelle koordinator og for borgeren. Faktorer som det at sidde i en fortælling, hvor folk græder eller bliver vrede, hvor der uanset intentionerne om refleksion ikke skimtes nogen fremtid, hvor folk ikke er talende og enten ikke ønsker eller ikke kan reflektere, eller ikke kan på andre sprog end deres modersmål samt situationer, hvor tolk eller slægtninge opleves at fylde mere i rummet end godt er.

Netop det at bruge tolk skal vi se nærmere på i næste afsnit, da det indtager en central plads i arbejdet med etniske minoriteters sundhed.

5.14 Er et umage par at være tre eller flere i en samtale?

En tolk er ofte en nødvendighed, når målgruppen er etniske minoriteter, hvor ikke alle besidder tilstrækkelige danskundskaber til at kunne gennemføre en samtale på dansk. Som tidligere beskrevet i rapporten "Tre er et umage par – en undersøgelse af tolkningsvilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet" (Lou 2008), har tolken en væsentlig betydning og kan aldrig betragtes som en neutral størrelse i samtalen. I praksis viser projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering at brugen af tolke, er kilde til en væsentlig udfordring, som både omhandler samarbejdet, dvs. teknikken at tolke, men samtidig også det faktum, at tolken i visse situationer repræsenterer mere end blot et blankt instrument for borgeren.

Ser man nærmere på samarbejdet, er det tydeligt, at måden at tolke på i samtalerne ikke opleves ens fra tolk til tolk. "Spændende fra tolkning til fortolkning" (koordinator 2), som en koordinator udtrykker det.

Skønt alle tolkede situationer unægtelig vil bære et vist kim af fortolkning, når formuleringer passerer fra et sprog til et andet gennem et menneske, er der blandt koordinators i projektperioden oplevet en stor forskel på, hvordan denne tolkning er blevet foretaget af individuelle tolke. I flere situationer har koordinators oplevet lange samtaler mellem borger og tolk på borgerens sprog. Samtaler, hvor ansigtsudtrykket hos borgeren er skiftet fra henholdsvis glad til be-

kymret, hvorefter tolken har kondenseret og oversat samtalen til et: "Hun er tilfreds" (Citat fra samtale mellem borger og Koordinator 2).

Det har således været nødvendigt for flere koordinatorene at eksplicite meget tydeligt, hvordan de ønskede, tolkningen skulle foregå med fokus på, at tolken i så høj grad det var muligt tolkede hver sætning, som borgeren sagde.

Som beskrevet er tolken ikke blot et teknisk instrument i samtalen. Flere koordinatorene har oplevet, at det at bruge tolk kan have en betydning for, om samtalen overhovedet bliver til noget. Flere borgere i projektet har udtrykt bekymring for at have en tolk fra lokalmiljøet med i samtalen grundet angst for sladder og repressalier. I praksis viser det sig blandt andet ved, at tolken kender borgerens familie personligt. Som resultat har nogle borgere i projektet eksplicit frabedt sig at have tolk til stede ved samtalen, skønt deres dansk kundskaber har været ufuldstændige. Dette er særligt sårbart for de etniske minoriteter, fordi muligheden for at skaffe alternativer til den udvalgte tolk kan vise sig svært i den pågældende kommune.

Omvendt har fundet af den rigtige tolk for flere koordinatorene betydet forskellen på succes eller fiasko med den enkelte borger. I nogle situationer har netop den rette tolk betydet, at borgeren har følt den tillid, der skulle til for at tage hul på de svære forandringer.

Erfaringer fra projektet viser imidlertid, at en god samarbejdsrelation med tolken er noget, som tager tid at bygge op.

At bruge tolk kræver naturligt mere tid i

samtalen, hvilket man må tage højde for, når samtalen planlægges.

Borgerens familie kan ligeledes vise sig som en udfordring at have med i samtalen, og for mange sætter tilstedeværende familie en naturlig ramme for, hvad man kan og vil tale om. Skønt et møde med familien som tidligere beskrevet kan give koordinatoren et blik ind i borgerens univers, viser erfaringer med samtaler med deltagende familiemedlemmer, at samtalerummet ofte kan blive et komplekst rum af divergerende agendaer, som det kræver meget af den interkulturelle koordinator at adskille fra hinanden.

Som dette afsnit viser, kræver det at være i en samtale en konstant opmærksomhed hos den enkelte koordinator. En opmærksomhed, som i samtalen på en og samme tid handler om borgeren, om koordinatorens egen position i samtalen og om de eksterne faktorer, som kan tænkes at fylde i en samtale.

Men hvad sagde borgerne egentlig selv om det at sidde i en interkulturel sundhedssamtale, hvor omdrejningspunktet var skabelsen af et fælles narrativ med en fælles prioritering som endepunkt? Dette belyses i næste afsnit.

5.2 Hvad siger borgerne om samtalerne?

Indtil nu er samtalerne beskrevet med udgangspunkt i metodiske overvejelser og praktiske erfaringer set fra koordinatorens perspektiv. Men hvad sagde borgerne selv om

samtalerne? Hvordan oplevede borgerne at sidde i et rum, hvor et narrativ med udgangspunkt i et blik på fremtiden var i fokus?

For nogle borgere oplevedes samtalen med udgangspunkt i narrativet som værende en dagligdags begivenhed uden elementer af dramatik eller spænding. Som en kvindelig borger undrende svarer på spørgsmålet om, hvordan det føles at sidde til en samtale, hvor fokus er narrativet sat i rammen af fremtid, nutid og fortid:

Vi snakker alle sammen? Hvis vi sad sammen med dig på en rejse til København, og jeg så spurgte dig. Hvad hedder du? Hvor kommer du fra? Og du så spørger mig, så fortæller jeg det? [...] Hvis jeg synes du er ærlig og sød. Det er nemt. (Kira)

En anden borger svarer ligeledes undrende på spørgsmålet om, hvordan det var at sidde med et andet menneske, som aktivt spørger ind til livsfortællingen:

Svært? Nej det var ikke svært? [...] Nej, det er almindeligt. Mennesker snakker med hinanden og spørger hinanden: Hvor kommer du fra?" eller "Hvor er du født?" (Amira)

En anden borger tilføjer:

Jeg tænkte, det var nok en rigtig god ide, at jeg begyndte at fortælle hende. Det ville måske interessere

hende at vide hvad for en person, hun skal arbejde med. (Sharif)

Ikke alle deler denne opfattelse af livsfortællingen som værende en dagligdags begivenhed. For nogle er det at få muligheden for at fortælle sin livsfortælling blevet mødt med taknemmelighed over at blive vist interesse:

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

En anden borger siger i løbet af sin første interkulturelle samtale:

"Undskyld jeg sidder og snakker, men jeg har aldrig fortalt andre om, hvad det er, jeg har oplevet. Det må I undskylde" (An). Senere, ved sin opfølgende samtale, tilføjer hun: "Jeg vil sige tak for fordi jeg har dig [koordinatoren]. Jeg kom her, fortalte og fik det ud" (An).

En tredje borger udtaler om oplevelsen af samtalen:

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

For mange borgere har samtalen givet en mulighed for bare at få lov til at fortælle. En situation som ved gennemgang af borgernes

cases ofte har givet sig til kende som i den sidste sætning i ovenstående citat: "Tak fordi I lytter til mig".

Ikke alle har oplevet livsfortællingen som dagligdags eller som umiddelbar forløsning. For nogle borgere har det krævet en længere proces at blive tryk ved det at fortælle sin fortælling til et andet menneske:

Nogle gange følte jeg mig dårlig. [...] Jeg følte jeg lige var kommet fra hjemlandet, og jeg tænkte også på de dårlige ting, jeg fik med derfra. Så det var lidt hårdt for mig. Efter 3 min. var det fint. (Hana)

Nogle gange følte jeg, at jeg skulle reservere mig. [...] Jeg vidste ikke, hvorfor spørger hun? Hun stiller så mange spørgsmål. Men til sidst sagde jeg nej, måske det er en måde at hjælpe os på. Derfor blev jeg åben. (Hana)

Nogle borgere har derudover oplevet, at det har været svært og ubehageligt at sidde i et narrativ.

Tolk for Fatima: I skal ikke få mig til at blive sur og vred, siger hun. Hvad er det for en fremtid I snakker om? Hun kan overhovedet ikke overskue fremtiden.
Tolk for Naima: Det er fordi hun siger, at det er det værste i vores liv, at vi ikke kan overskue fremtiden.

Vi tager dag for dag. Jeg kan ikke planlægge for 5 år, siger hun. Det er den værste ting i vores liv.

For nogle er oplevelsen af en samtale med udgangspunkt i narrativet således en følelse af ubehag ved at skulle konfronteres med en verden, der ikke synes rimelig eller overskuelig.

Oplevelsen af samtalen kan virke forskellig fra borger til borger, men set i en helhed er oplevelsen af livsfortællingen, at den for mange muliggør en stemme og en refleksion over en verden, som ofte kan synes fragmenteret og usammenhængende. En mulighed for at placere sig som et menneske med et liv i bagagen i relation til den koordinator, man i fællesskab skal skabe et forløb med.

5.3 Hvad er egentlig problemet? Sundhed i et 'narrativt borgerperspektiv'

Som beskrevet er udgangspunktet for projektet at sætte borgerens eget perspektiv og borgerens egen stemme på hans eller hendes sundhed og sundhedsudfordring. Men hvad siger borgerne selv om deres fremtid, deres sundhed og deres største sundhedsmæssige udfordringer? I dette afsnit skal vi kaste et nærmere blik på, hvad borgerne, som har deltaget i projektet, selv italesætter som værende deres sundhedsmæssige udfordringer og hvordan de italesættes i samtalerne med den interkulturelle koordinator.

Grundlaget for dette afsnit er en nærmere analyse af de 183 deltagende borgers sam-

taler med den interkulturelle koordinator i den tid, borgerne har været i projektet som beskrevet i kapitel 3. Narrativerne i analysen er først gennemlæst med fokus på ren beskrivelse af de problemer relaterende til sundhed, som den enkelte borger ser i sin egen fortælling. Herefter er narrativerne blevet analyseret med fokus på at identificere temaer, som måtte gå igen på tværs af de deltagende borgers fortællinger.

Verden forandrer sig, når vi sover om natten. (Malak, opfølgende samtale)

Dette citat udtalt af en kvinde i forbindelse med en interkulturel sundhedssamtale italesætter en central tendens i analysen af narrativerne hos de 183 borgere, som har været til den interkulturelle sundhedssamtale i projektet. Analysen af narrativerne viser en stor spændvidde i problematikker, når etniske minoritetsborgere selv får lov til at fortælle om deres forestillinger om fremtiden og deri, hvordan deres sundhed og sundhedsudfordringer ser ud. Analysen af narrativerne viser, at borgerne ofte beskriver en personlig verden, der konstant opleves i forandring i en omkringliggende verden som ligeledes konstant er under forandring. Det, der er sikkert i dag, kan meget vel se anderledes ud i morgen, hvad end det drejer sig om kroppen, tankerne eller de systemer i det danske samfund, som skal håndtere det. I næste afsnit skal vi se nærmere på fire udvalgte cases, som viser sådanne samtaler mellem den interkulturelle koordinator og borgere i projektet

5.31 Case 1

Det er en råkold februar måned, og vi (projektlederen og den interkulturelle koordinator) skal til samtale med en kvinde, som ønsker en interkulturel sundhedssamtale. Samtalen skal foregå hjemme hos kvinden selv. Hun bor i et ældre etagebyggeri. Vi ringer på døren, og Long åbner. Hun ser lidt forskrækket ud ved synet af to personer, men inviterer os hurtigt indenfor. Hendes hjem er sparsomt møbleret, og hun undskylder for manglende møbler og for stuens størrelse, da vi tager plads. Hun er blevet skilt fra sin mand, og han har de fleste møbler. Selv har hun ikke råd til at købe nye. Økonomien presser hende dagligt.

Stuen er kold, for Long har svært ved at få råd til at betale for varmen. Selv tager hun mere tøj på. Vinduerne er gamle, og lyden af vindens susen fra sprækkerne i karmene ledsager vores samtale med Long. Vi beholder overtøjet på.

Long fortæller. Hun er 57 år gammel og er født i Thailand i en etnisk kinesisk familie. Da Long var lille, fik hun skylden for sin søsters død og blev sat i pleje hos slægtninge. Som 22-årig var hun impliceret i et trafikuheld i Thailand. Uheldet resulterede i smerter i hele kroppen, som hun dog ignorerede som ung. Hun arbejdede med at designe tøj og sælge det, og hun havde sit eget lille firma. En god ven inviterede hende til Danmark i 1999. Her blev hun gift med sin danske mand, som hun nu er skilt fra. Forholdet til manden betød et brud med familien i hjemlandet, da de ikke kunne acceptere hendes giftermål. Longs øjne bliver flakkende, mens hun fortæller, at hun hurtigt blev iso-

leret, da hun kom til Danmark. Hendes mand accepterede ikke, at hun gik på sprogskole eller havde kontakter uden for hjemmet. Long fortæller: "Han var meget ensom. Hans liv var som en maskine. Han ville gerne være hjemme". Long fortæller, hvordan hun forlod sin mand og søgte til et krisecenter, der dog ikke kunne tilbyde hende ophold, da hun ikke var voldstruet. Hun slutter historien om sin mand af med et "alene er ikke godt". Nu føler hun sig isoleret og alene, men det at skabe et netværk af sociale relationer er ikke nemt for Long, som ofte oplever en splittet identitet. Skønt hun kommer fra Thailand, har hun ikke kontakt til andre fra Thailand. Som hun selv udtrykker det med en stærk stemme: "De kommer fra andre steder i Thailand, og jeg er jo kineser". Men kinesere har hun heller ikke kontakt til: "Det er svært, for jeg kan kun forstå kinesisk, ikke tale det, så det er svært at blive accepteret".

Til spørgsmålet om sundhed og udfordringer viser det sig hurtigt, at der er mange ting, som fylder i Longs liv. Hun er ofte bange og har et stærkt ønske om at få mere tro på sig selv. Fremtiden ser uklar og dystert ud for Long: "Jeg vil gerne blande mig med andre mennesker, ikke være bange. Jeg har nok ikke så meget fremtid". Koordinatoren spørger videre ind til, hvordan Long tænker, et bedre liv skulle se ud. Men sammenhængen med Longs liv synes væk, da hun svarer: "Ligesom dig [...] Du kan stå op om morgenen og se solen, leve som normal, men det kan jeg ikke".

Hun begynder at græde.

Long fortæller, at hun skærer tænder om natten, hvilket har givet hende massive

tandsmerter, men grundet økonomiske problemer kan hun ikke få det udbedret her og nu. Hun oplever derudover smerter i hele kroppen. Long har haft mavesår og oplever problemer med tarmsystemet.

Hun oplever problemer med synet: "Jeg går ind i døren (viser sine ødelagte briller, som hun ikke har haft råd til at skifte). Det er, som om jeg ikke ønsker at se døren". Hun lider også af koncentrationsbesvær og glemsomhed: "Jeg kan ikke koncentrere mig, glemmer at tage sokker på og stegepanden på komfuret". Hun oplever ofte at tage i byen for at købe ind for derefter at komme hjem uden at have købt noget: "Hvis jeg tager bussen, glemmer jeg og får mere ondt. Jeg skal køre i god tid, for jeg kan ikke huske noget. Jeg er nødt til at bruge en GPS. Sådan er mit liv. Jeg er levende død".

Long har allerede en kontaktperson hos kommunen og derudover mange løse kontakter til sundhedssystemet. Men hun oplever, at det er svært at manøvrere, og ofte går der lang tid førend hun får et svar, som hun kan forstå: "Hun ville hjælpe mig med at søge førtidspension, men det er et år siden". Long oplever det desuden svært at forstå de informationer, hun får, da hun til tider oplever, at de peger i forskellige retninger: "Vejlederen siger, jeg ikke skal til specialist, men medicinen tørrer min mund ud, og min læge siger jeg skal?", siger hun, mens hun kigger spørgende på os.

Long tager flere typer medicin, blandt andet for en depression, som hun ikke selv kender meget til. Hun er ofte bange for, om det er den korrekte medicin, hun får, og om der er nok af den. Hun har oplevet at få kvælningss fornem-

melser og angst, da medicinen en dag manglede. Mens hun fortæller, ser hun pludselig intenst på os: "Sygeplejersken sagde, at jeg ikke dør af at mangle min medicin, nej, men sådan føler jeg det jo?" Flere læger har udredt hende, men Long er ikke selv klar over, hvad problemet egentlig er. Slutningen på samtalen er nær, og det er tid til at prioritere. Long ønsker først og fremmest hjælp til sin økonomi og til at få bragt sine tænder i orden. Mens koordinatoren skriver på sin blok, kan man se tankerne fare gennem hovedet på Long. Hun ser rundt i lokalet og så pludselig spørgende på os, mens hun udbryder: "Lægen siger, jeg ikke fejler noget, det er oppe i hovedet, den er gal. Men hvad fejler jeg så?"

5.32 Case 2

Det er oktober, og vi (den interkulturelle sundhedskoordinator og projektlederen) står foran døren til en lejlighed. Vi ringer på, og en lille kvinde åbner døren for os. Hun inviterer os indenfor med et smil på læben, og vi efterlader vores sko uden for døren. Lejligheden, der åbner sig for os, er mørk, da alle gardinerne er trukket for. I entreen står et køleskab, og lyden fra kompressoren gennemtrænger et ellers stille rum. Kvinden, der inviterede os ind, står som en silhuet i mørket og peger ind i et rum, mens hun taler med lav stemme: "herinde".

Vi træder ind i et soveværelse. En natlampe bliver tændt, og i sengen ligger sygemeldte Layla. Hun kalder os nærmere. Hun er lige vågnet. Layla er 42 år gammel og fra Somalia. Som 8-årig kom hun fra Somalia til Italien. Hendes

mor var læge på et sygehus, og hendes far var ingeniør. Layla gik i skole, til hun fyldte 16 år, herefter forsørgede hun sin mor, som i perioden var blevet skilt fra hendes far. At arbejde og klare sig selv er en essentiel del af Laylas selvforståelse: "Jeg har arbejdet hele livet".

Layla fortæller, at hun i 1992 flyttede med sin far og en søskende til Norge, hvor hun blandt andet gik på sprogskole. I 1999 flytter hun til Danmark, hvor hun møder sin mand, der er skolelærer, og sammen får de et barn. Laylas mand dør pludseligt af hjertestop i hjemmet i 2006, og hun får en depression, som hun behandles for. Alt imens har Layla fast arbejde for at forsørge sin familie, i perioder op til 45 timer om ugen, fortæller hun.

Layla vrider sig lidt i sengen, mens hun fortæller. Hun har indtil for nylig haft rengøringsarbejde, men grundet smerter og gigt blev hun sygemeldt. Layla ser dog arbejdet som den centrale fremtidsdrøm i sit liv.

Layla drømmer om at komme ud. Hun ser bedrøvet på os, mens hun siger om det at være rask: "At være en almindelig person[...] vågne om morgenen, tage på arbejde, komme ud og snakke [...] Jeg laver ingenting, spiser og sover. Vågner kl. 8, spiser og sover igen." Følelsen af isolation og meningsløshed lyser ud af Layla og hendes søster, som er kvinden, der lukkede os ind, nikker, mens Layla fortæller.

Layla fortsætter med at fortælle. Centralt for hende står tabet af selvstændighed. Hun har indtil nu klaret alting selv og aldrig været afhængig af andre. Nu må hendes familie træde

til og hjælpe med at få dagligdagen til at hænge sammen. Layla begynder at græde, mens hun fortæller om sine drømme: "At få mit liv tilbage [...] Jeg vil ikke have nogen hjælper mig, nu får jeg hjælp til alt". Hun ser opgivende ud.

Forælderrollen er under pres, for hun oplever, at hendes situation gør det svært at være sammen med sin søn: "Før havde jeg en bil og en dreng og nu intet", "før gik jeg i skole med min dreng, men nu...", som hun udtrykker det.

Hun ser på en gang både opgivende og spørgende ud, mens hun udbryder: "Nogle gange tror jeg, mit liv er færdigt, men jeg er jo kun 42 år?"

Layla vrider sig igen, og vi fornemmer, at hun er ved at være træt, og at samtalen må slutte for denne gang. Den interkulturelle koordinator kigger på hende og spørger så, hvad Layla kunne tænke sig, de sammen skulle arbejde videre med til næste gang. Hun kigger op og svarer kort: "Kom og snak med mig!" Vi forlader Layla, men aftaler at komme hurtigt igen.

Det er gået ca. 14 dage, og vi er tilbage hos Layla.

Vi er ikke længere i soveværelset, men sidder i en mørk stue med gardinerne trukket for. En varmelampe står placeret midt på gulvet i stuen. Den er ikke tændt, og det er koldt. Et fjernsyn kører i stuen, lyden er skruet ned, men fjernsynet afgiver en dyb summende lyd. Det flakkende lys fra skærmen skaber en urolig stemning i rummet.

Layla sætter sig i sofaen, hendes øjne har

en større glød, end sidst vi var på besøg. Koordinator opremser samtalen fra sidst, og Layla fortsætter sin fortælling. En fortælling, hvor sygdommen nu i endnu højere grad sammenvæves med et fokus på økonomi grundet tabet af arbejde.

Layla fortæller, at tabet af arbejde grundet sygdommen har tæret på økonomien, som opleves som svært at få til at hænge sammen, ikke mindst, fordi hendes medicin er dyr, hvilket igen påvirker hendes depression/humør, som hun siger.

Hun fortæller, at brevene fra kommunen er svære at forstå, og manglende indsending af skattekort har betydet, at huslejen er svært at betale, da det udbetalte beløb i denne måned kun er 3.000 kr.: "Før kunne jeg betale det hele, men nu?" Den dårlige økonomi og de mange regninger fylder i det daglige: "Jeg tænker altid på regninger".

Hun fortsætter. Tabet af selvstændighed, sygdommen, det manglende arbejde og den skrantende økonomi væves sammen i Laylas fortælling og skaber en følelse af manglende sammenhæng i livet. Arbejdssituationen i fremtiden er uklar for Layla, og angsten for, at livet aldrig bliver det samme, nager hende: "Men hvad hvis din læge siger, du skal på pension?", spørger koordinatoren. "Jeg kan ikke lide pension. Det er for gamle mennesker. Det er for folk på 65 år. Jeg er ikke 65!".

Sygdommen og økonomien sætter sit også præg på dagligdagen med familien.

Specielt følelsen af ikke at slå til som mor skinner igennem hos Layla: "Jeg vil også give

ham. Jeg kan ikke give ham noget. Min søn siger: "Mor jeg vil have en iPhone, for det har de andre". Men det kan jeg ikke. Før kunne jeg give ham en Playstation 3 og en Nintendo Wii, men nu ingenting". Hun græder.

Men økonomien er ikke det eneste problem. Layla drømmer om at kunne lege med sin søn igen, men er samtidig bange for, at kroppen for altid vil stå i vejen.

Som samtalen skrider frem, lyser Layla imidlertid mere og mere op. Koordinatoren spørger forsigtigt, om det kunne være en mulighed at prøve at komme lidt ud og bevæge sig? Layla ser pludselig målrettet på os begge: "Jeg vil gerne prøve i morgen [...] Ellers bliver det værre".

Koordinatoren aftaler med Layla at kontakte hende dagen efter med henblik på en fælles gåtur og derudover at undersøge, hvordan hendes fremtidige arbejdssituation og økonomi ser ud. Hun nikker tilfreds.

Da samtalen er slut, ser hun pludselig på os: "Jeg er ikke gammel". Koordinatoren spørger: "Hvorfor er du bange for at blive gammel?" Layla svarer: "Jeg vil ikke hjælpes på toilet, så vil jeg hellere dø. Da jeg arbejdede som plejer, kom jeg til en gammel dame på 92 år. Hun var faldet kl. 8, og jeg fandt hende kl. 9. Jeg hjalp hende straks op. Plejeteamet sagde, jeg skulle passe på min ryg og spurgte, hvorfor jeg havde hjulpet hende op?" Layla kigger rundt i lokalet og ser intenst på os begge: "Fordi hun er et menneske. Sådan vil jeg ikke ende!"

5.33 Case 3

Vi sidder i et lokale i et frivillighedscenter. Lokalet er meget stort, da det til daglig fungerer som både trænings- og aktivitetslokale for områdets beboere. Vi sidder midt i lokalet, og følelsen af at være meget lille blander sig med lyden af børn, der spiller bold i lokalet ved siden af. Over for os sidder 43-årige Jazmin fra Sri Lanka. Hun smiler og virker en anelse nervøs ved at skulle påbegynde en interkulturel sundhedssamtale. "Giver det problemer med kommunen?", spørger hun og ser skeptisk på os, da hun præsenteres for samtykkeerklæringen, som alle i projektet får udleveret i forbindelse med samtalen. Jazmin begynder sin fortælling. Hun kom til landet for mere end 20 år siden via Indien. Hendes mand kom først, og hun fulgte efter. Jazmin har altid arbejdet meget, og det gør hun stadig. Hver dag møder hun på et rengøringsarbejde hos en større virksomhed og arbejder fra 8.30-16: "Jeg vil gerne have et hus, men kun jeg tjener penge!", som hun siger. Efter sit rengøringsjob kører hun hjem og vasker trapper for at supplere familiens indkomst. Jazmins mand arbejder ikke, da han er blevet opereret for en skade i ryggen.

Arbejdet slider på Jazmins krop, og hun klager over smerter og hævelser i armene: "Min læge siger, jeg skal stoppe, men det vil jeg ikke! [...] Det er svært at finde et arbejde", tilføjer hun, mens hun kigger rundt i lokalet. Hendes tilstand bekymrer hende meget.

Da koordinatoren spørger til Jazmins ønsker for sundheden, og hvad der bekymrer hende

mest i fremtiden, svarer hun dog prompte: "Jeg har tre børn, og et af dem er overvægtigt, og det bekymrer mig og min mands familie [...]han spiser remoulade og drikker cola, og han vil ikke stoppe". Jazmin er bange for, at han skal blive syg, da familien har haft flere tilfælde af hjerteproblemer og for højt blodtryk. Midt i sin beskrivelse af sin søns vægtproblem skifter hun pludselig emne: "Min søn på 12 kan ikke læse", siger hun, mens hun bekymret ser på koordinatoren: "Jeg er meget bekymret for, han kan ikke lære. Fra skolen siger de, vi skal hjælpe ham, men han gider ikke. [...] Det er jo vigtigt at få en uddannelse i Danmark!" Jazmin hjælper sin søn med lektierne hver dag, men det er svært at få tid til det, da arbejdet kræver meget af hende. Men arbejdet er nødvendigt, for ellers hænger økonomien ikke sammen.

Jazmin fortsætter sin fortælling. Hun har flere søskende i Danmark, men har stadig en storebror i Sri Lanka. Savnet af broderen er stort: "Han kunne hjælpe mig med råd, men han mangler penge, og jeg savner ham". Splitelsen i hendes stemme er stor, da hun fortsætter: "Jeg forsøger at sende 500 kr., men det er svært, for det er kun mig. Han spørger, hvornår vi kommer [til Sri Lanka], men vi vil ikke derned". Hun fortæller, at broderen ofte har svært ved at forstå, at hun ikke vender hjem og hendes manglende evne til at sende penge. Det sårer hende meget at skulle skuffe ham.

Pludselig ringer telefonen. Børnene skal hentes. Jazmin spørger, om koordinatoren vil hjælpe hende med at se hendes børns sund-

hed og deres skolegang, hvilket de aftaler. Inden Jazmin forlader lokalet, ser hun undrende på os og udbryder så: "Skolen siger, han er god til at lege med biler, men det kan han jo ikke læse af? De siger, han ikke kan forstå dansk? Men vi ved, at han heller ikke kan forstå tamilsk? Hvad kan han så forstå?"

5.34 Case 4

Det er en grå novemberdag i 2010. Vi sidder i sundhedscentret og venter på, at Malik skal møde op. Lokalet, vi sidder i, er fysisk lille, men føles større, da et stort åbent vinduesparti lukker det sparsomme lys ind. Udenfor passerer verden forbi, børn leger, kvinder med indkøbsnet slæber varer hjem og ældre mænd i små grupper defilerer småsludrende forbi. Pludselig banker det på døren. Det er Malik, der er kommet til samtale, henvist fra diabetesambulatoriet på det lokale sygehus. Men han er ikke alene. Ved siden af Malik står hans datter, som gerne vil deltage "for at sikre sig, at hendes far for det hele med", som hun siger. "Og du taler arabisk?", spørger koordinatoren. Datteren nikker. Malik ser med et smil på koordinatoren, mens han gestikulerende peger på sig selv og på datteren: "Og jeg taler dansk, så jeg kan hjælpe hende med det arabiske". Malik begynder sin fortælling. Han er 61 år gammel og kommer fra Libanon. Han kom til Danmark for 20 år siden sammen med sin kone og har seks børn, som alle er født i Danmark. Malik er uddannet apoteksassistent og arbejdede igennem mange år for FN med at sørge for medicin til Palæstina.

Maliks fortælling afbrydes pludselig. Uden

for vinduet stopper en ældre mand, mens han smilende begynder at råbe mod ruden. Malik smiler og vinker til ham, samtidig med at han forsøger at gøre sig forståelig på arabisk gennem den tykke glastrude. "Mange kender dig?", spørger koordinatoren. "Jeg havde en grønt-handel, men er gået konkurs. I dag arbejder jeg hos min søn", svarer Malik. Smilet er væk, og han ser tomt ud i lokalet. Malik fortæller, at familien mistede alt efter konkursen. Biler, butik, varer, pengene, alt forsvandt. Han isolerede sig hjemme i to måneder uden at komme ud. Malik fortæller: "Så lånte jeg penge her og der, til vi kunne klare den". Koordinatoren: "Af familien?" Malik kigger væk, men svarer hurtigt og bestemt: "Nej aldrig, kun venner!" Han fortsætter sin fortælling om familien. En familie står som det centrale for Malik, og han fortæller levende om rollen som far og forholdet til børn og børnebørn. At være den der forsøger og sikrer familien, bringer stolthed frem i stemmen: "Jeg er Big Boss", som han siger.

Selv da koordinatoren skifter emne for at tale om sygdom og sundhed i somatisk forstand, hvilket er anledningen til, at Malik er kommet, fortsætter Malik sit fokus på arbejdet. Koordinatoren: "Nu siger du, at du har sukkersyge? Hvis du nu ser tre år ud i fremtiden på sundhed og sådan". Men Malik holder fast: "Mit liv er færdigt! Jeg kan ikke arbejde mere. Før da kunne jeg tænke. Nu er jeg syg. Jeg kan ikke tænke mere. Jeg kan ikke rejse mere. [...] Bliver fysisk og psykisk træt. I butikken, før kunne jeg. Jeg snakkede hele dagen, nu kan jeg ikke længere. Folk bliver sure, når jeg ikke snakker. Jeg er ikke en så god handelsmand. Vil du købe, så godt, vil du ikke, så farvel. Det er ikke

så godt som handelsmand!". At miste evnen til arbejde er ikke blot forsøgelse for Malik, det er samtidig et tab af evnen til at fungere i det sociale netværk. Identiteten som den talende forretningsmand er væk.

Koordinatoren samler op: "Så du mangler tålmodighed? Hvad med din sundhed?" Malik og datteren diskuterer længe på arabisk. "Hvad er sundhed for dig", prøver koordinatoren igen. "Hvad mener du, altså han er syg og kan ikke tænke længere frem?", svarer datteren. Koordinatoren fortsætter: "Det, jeg hører, er, at du har været aktiv og nu bliver utålmodig? Hvad med sundheden og sygdommen?" Malik svarer: "Jeg har også kolesterol og hjerte. Nu kan jeg ikke arbejde [...] Jeg er bange for at miste benene, jeg tænker hele tiden, jeg skal arbejde, jeg skal tjene penge".

Fremtiden er svær at gennemskue for Malik. Skønt arbejdet gennem hele samtalen er i centrum, peger hans alder på en snarlig pension. Til dette siger Malik: "Jeg kender mange pensionister. De går op og sover hele tiden, det er ikke godt. Hvad skal jeg lave efter min pension? Det er ikke godt at gå på pension. Det er det samme som at være død levende." Han vender sig væk og ser bedrøvet ud af vinduet.

Det er tid til at afslutte fortællingen, og prioritere i det, der er blevet fortalt. Koordinatoren samler op: "Du har arbejdet rigtig meget, og du er i tvivl om, hvad der skal ske nu, og din familie er meget vigtig." Koordinatoren ser på Malik, hvis øjne udstråler alvor nu. "Du tænker meget over sygdommen?" Datteren bryder pludselig ind: "Altså, nu vil jeg godt sige, altså

hvis han taber sig, så kan det komme, altså han ved en masse." Koordinatoren, stadig vendt mod Malik: "Kan du mærke på din krop, at.." Datteren fortsætter: "Altså, jeg vil gerne have, at han kommer i gang med noget idræt". Koordinatoren er fast fokuseret på Malik, der nu ser ud af vinduet: "Men vil han selv?" Malik vender blikket op og siger med et smil: "Jeg elsker ikke penge, jeg elsker at arbejde."

Dette er blot et lille udpluk af de 183 deltagende borgeres interkulturelle sundhedssamtaler, hvor omdrejningspunktet har været at få borgerne til at sætte ord på deres egne opfattelser af sundhed og dermed de sundhedsudfordringer, som de står over for i bestræbelserne på at opnå en fremtid, som de ønsker den. Ser vi videre ind i samtalerne, ser man hurtigt, at ønsker til fremtiden og den individuelle opfattelse af sundhed og sundhedsudfordringer fra de deltagende borgere i projektet er præget af temaer af stor diversitet og kompleksitet. Temaer som eksempelvis:

- At løbe tør for penge inden d. 15. i hver måned
- Ikke at have råd til at købe grøntsager, magert kød og fuldkornsbrød, skønt man har diabetes
- Manglende evner til at købe basale møbler til hjemmet og varme det op
- At være en støttende og kærlig forælder, der beskytter mod et fremtidigt liv i kriminalitet og sikrer en god uddannelse
- At håndtere skilsmisse, ødelagte sociale netværk og uafklarede, men fortsatte afhængighedsforhold til den tidligere ægtefælle
- Familien i hjemlandet/"derhjemme", såfremt den stadig er der. Den repræsenterer både sorg og afsavn og et måske evigt latent håb om genforening, og samtidig splittes tilværelsen mellem et "her" og et "der"
- At være arbejdsløs, både som et individuelt og et socialt stigma relaterende til identitet, social eksklusion, integration og økonomi
- Migration, ofte sket abrupt og under traumatiske omstændigheder
- Depression, mareridt og tab af sammenhæng i livet
- Fysiologiske problemer med klare diagnoser som kroniske sygdomme og arbejdsrelaterede skader
- Fysiologiske problemer uden en klar diagnose, eksempelvis uforklarlige smerter i led, muskler og skelet
- At kæmpe mod det konstante uvisse som "klient", at være del af et system, hvis organisering og regler man ikke forstår, at modtage breve af stor betydning for ens fremtid på et sprog, man ikke forstår, at være fanget i en verden af love, som konstant er under forandring og hvis betydning, man ikke forstår
- At være fanget mellem kategorier i systemet
- At modtage hjælp fra mange ressourcepersoner på én gang, som trækker i forskellige retninger
- At være i en konstant venteposition
- At være alene, ensom og isoleret
- At være fanget i et evigt "midt imellem" mellem det "nye samfund", man kom til uden at have et netværk, men samtidig vel

-
- vidende, at der intet er tilbage for en i det "gamle" samfund, man forlod
- At være fanget i en generationskløft mellem de børn, som pludselig er blevet "danske", og den verden, man selv voksede op i og forlod
 - At føle sig marginaliseret og uønsket i et samfund, man ikke kan forlade
 - At blive opgivet af systemet, fordi alt synes at være prøvet
 - På en gang at være både mand/kvinde, far/mor, forsøger, partner og overhoved
 - En opholdstilladelse, hvis betingelser ændrer sig konstant på et sprog, man ikke forstår.

5.4 Når sundhedsproblemet har mange rødder

Hvordan skal vi forstå sundhed, og hvor går grænserne for, hvad der betragtes som sundhed for den enkelte? Ser vi nærmere på, hvordan sundhed og ønsker for fremtiden hænger sammen, bliver det tydeligt, at mange faktorer smelter sammen i denne beskrivelse.

Borgernes fortællinger afslører, at de ikke blot trækker på biomedicinske forklaringsmodeller når de skal fortælle om, hvad sundhed er for en størrelse og hvori udfordringerne med denne ligger, set i et fremtidsperspektiv. Sundhed som en kategori i borgernes fortællinger transcenderer det biomedicinske aspekt og bliver en del af en refleksiv proces, hvori mange forskellige aspekter smelter sammen til at forme et billede af den enkeltes sundhed. Sundhed og mangel på sundhed bliver med andre ord ikke blot defineret som smerter og ødelagte

kropsdele, men defineres lige så ofte i borgernes fortællinger som værende af økonomisk, social, familiær eller arbejdsmæssig karakter. For den enkelte borger væves disse sammen og fremstilles som sundhedsproblematikker.

Dermed ikke være sagt, at den somatiske og biomedicinske forståelse af sundhed og sygdom forsvinder i borgernes fortællinger, der fortsat tydeligt bærer præg af både smerter og kroniske sygdomme, men de smelter sammen i borgerens univers til en individuel unik forståelse af sundhed. Et billede, som er forsøgt forklaret i distinktionen mellem illness og disease, som den amerikanske psykiater og antropolog Arthur Kleinman (1981) påpeger, eksisterer, når sygdom og sundhed bliver fortolket ind i den enkeltes livsverden som illness, men samtidig mødes i et sundhedssystem, hvor sygdom og sundhed overvejende arbejder efter biomedicinske principper, altså disease.

Analysere man nærmere i casematerialet, som ligger til grund for projektet, er der som allerede beskrevet, en meget stor diversitet og kompleksitet, og det afsløres hurtigt, at sundhedsproblemer ofte ikke lader sig afgrænse af netop tanken om én årsag,

Hvordan kan man forstå den enkeltes sundheds- og sygdomsproblematik? Måske er problemet, at vi i virkeligheden ikke kan lede efter netop ét årsagsforklarende problem.

Ser vi nærmere på sundheden og sundhedsproblemerne som beskrevet i projektets 183

narrativer, ser man hurtigt kompleksitetens sammenvævning gengivet. Økonomi, krop, identitet, ensomhed/socialt relationer, parforhold/skilsmisse, arbejde og bolig smelter sammen til at give et komplekst billede af sundheden og sundhedsproblemet, uden at man dermed kan isolere én enkelt af faktorerne som værende årsagen til følelsen af manglende sundhed.

Hvis sundhed og sundhedsproblemer for borgeren bliver sammenvævede, rejser det nødvendigvis et meget presserende spørgsmål for enhver, som til daglig arbejder med etniske minoriteters sundhed: Hvad er vigtigt, og hvor skal man begynde og hvordan? Tilgangen i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering er netop at anerkende det sammenvævede i borgernes oplevelse af sundhedsproblemer og gennem en borgerinddragende proces at få borgerne til selv at

deltage i identifikationen af det, som de selv finder vigtigt og meningsfyldt at arbejde med. Kort sagt i fællesskab med borgeren at pege ud på baggrund af en fælles refleksion og et 'fælles sprog', hvad det er, borgeren selv ser som det centrale at arbejde med i et videre forløb.

Sammenfattende kan man sige, at tilgangen til håndtering af komplekse sundhedsproblemer i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering bygger på borgerinddragelse i form af:

- Skabelsen af et fælles blik på borgerens problematikker.
- Skabelsen af et 'fælles sprog' baseret på borgerens unikke erfaringsviden.
- Skabelsen af en fælles prioritering.

6. At være koordinator i en verden af komplekse sundhedsproblematikker

Som skitseret i det foregående kapitel er problemerne i samtalerne ofte mange og kan virke overlappende i et sådant omfang, at det kan virke svært at vide, hvor man skal starte, hvilke veje man bør følge, og hvor det hele skal ende. Heri ligger som tidligere beskrevet koordinatorens fornemmeste opgave, nemlig i afdækningen af borgernes problemer i deres fortælling og i en efterfølgende borgerinddragende prioritering af de skitserede problemer. Ved samtalens slutning er det således som beskrevet koordinatoren og borgerens fælles opgave at vælge det ud, som borgeren ser som sin egen centrale problematik, og i fællesskab kaste et nærmere blik på, hvad et sundhedsforløb skulle bestå af, for at man i fællesskab ville kunne flytte på problematikken.

Næste skridt i processen er i fællesskab at se nærmere på, hvordan det prioriterede i praksis skal løses. Egner det fælles prioriterede sig til at blive håndteret i en gruppemæssig kontekst? Er der andre borgere, som man med fordel ville kunne arbejde med i en gruppe, fordi de har lignende problemer? Eller er det prioriterede noget helt individuelt, som kræver et forløb med borgeren alene i centrum? Måske er der behov for en kombination

af både et gruppeforløb og et individuelt forløb for at flytte borgerens sundhed mod det ønskede mål?

6.1 At koordinere og arbejde med komplekse sundhedsproblematikker i praksis

Som projektmodellen beskriver i kapitel 3, har den interkulturelle sundhedskoordinator tre mulige veje at gå med henblik på at omsætte den fælles prioritering til et egentligt sundhedsforløb. Den ene er muligheden for i fællesskab med borgeren at arbejde med en individuel sundhedsproblematik. Den anden er muligheden for etablering af interkulturelle gruppeforløb i de situationer, hvor borgeren deler en væsentlig del af sin sundhedsproblematik med andre borgere, som ligeledes har været til den interkulturelle sundhedssamtale. Som beskrevet i projektmodellen i kapitel 3 giver projektet derudover mulighed for at videresende de borgere, som kunne profitere af det, til eksisterende kommunale sundhedsforløb. Vi skal i dette kapitel se nærmere på de to første forløb, som er specifikt defineret i rammen af projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering, nemlig det individuelle interkulturelle

forløb og det interkulturelle gruppeforløb samt den måde, hvorpå de har udmøntet sig i praksis i de deltagende kommuner.

6.2 Det interkulturelle gruppeforløb: sundhedsoplysning og mestringsstrategier



Alle fem deltagende kommuner har i løbet af projektperioden gennemført interkulturelle gruppeforløb. Hver kommune har organiseret sine gruppeforløb forskelligt inden for rammerne af projektformuleringen. Dels for at tilpasse dem de enkelte borgere i projektet og dels for at tilpasse dem den enkelte kommunes struktur. I dette kapitel ser vi nærmere på de overordnede fælles erfaringer, som er gjort på tværs af kommunale grænser, og vi går således ikke i detaljer med de enkelte forløb. Gruppeforløbene har fra projektets begyndelse arbejdet ud fra principperne om at styrke etniske minoriteters sundhed gennem et arbejde med:

- Sundhedsvæsenets opbygning og muligheder, herunder forskellige sygdoms- og sundhedsopfattelser.
- Egenomsorg, sundhedsfremme og forebyggelse.
- Sammenhænge mellem krop og psyke, herunder smerter.
- Patientforeninger og informations-søgning.
- Arbejdsmarkedet og syge-/dagpenge-området.
- Inddragelse af pårørende og netværk samt brug af lokalmiljø.

Fundamentet for et gruppeforløb har hele vejen igennem projektet været, at det netop er borgernes narrativer, som er med til at definere, hvad et gruppeforløb skulle bestå af set i forhold til det ovenstående.

6.21 Planlægning af undervisning: en logistisk udfordring

Erfaringer fra projektperioden viser, at det at planlægge gruppeforløb som værende noget, der baseres på de deltagende borgers livsfortælling, medfører en række logistiske udfordringer hos den enkelte koordinator, der er ansvarlig for at planlægge og gennemføre gruppeforløbene. Udfordringer, som er løst forskelligt i de deltagende kommuner. Udfordringer som handler om:

- Forholdet mellem samtale, gruppeforløb og antal af deltagere.
- Planlægningen af et gruppeforløb med flere undervisere.

Første udfordring omhandler selve antallet af deltagere i et gruppeforløb. I sagens natur er et hvilket som helst gruppeforløb afhængigt af, at der er nok deltagere til, at det overhovedet kan defineres som værende en gruppe. Det kræver med andre ord et vist volumen af deltagere at kunne igangsætte et gruppeforløb, men som erfaringer fra projektet viser, er rekrutteringen ingenlunde konstant i projektet, og derudover er der ingen garanti for, at de borgere, som rekrutteres, overhovedet har brug for et gruppeforløb som deres bærende intervention. Når gruppeforløbet skal basere sig på målgruppens livsfortællinger kræver det således, at tilstrækkeligt mange borgere har været til samtale med enslydende problemer indeholdt i deres livsfortællinger, der kan skabe en fælles base for et gruppeforløb. Udfordringen er som et tveægget sværd og opstår allerede i den enkelte samtale mellem borger og koordinator. For hvordan er det nu lige, man tilbyder et gruppeforløb, som endnu ikke er planlagt, og som der kan gå et stykke tid førend bliver en realitet? En koordinator udtrykker det således:

Altså det er jo det – jeg synes det kan være svært, når man ikke har noget på hylderne endnu. Måske går der også noget tid. Altså, mange vil jo gerne have hjælp nu. (Koordinator 3)

Citatet antyder en udfordring omkring dét at skulle skabe noget på forhånd, som man reelt først efter flere samtaler ved, om der vil være brug for, men som man omvendt er afhængig af at kunne tilbyde i prioriteringen i samtalen,

såfremt forhåbningen om at skaffe borgere nok skal blive en realitet.

Denne udfordring begrænser sig ikke blot til relationen mellem borger og koordinator, den griber videre ind i den kommunale organisering som beskrevet ovenfor. I det omfang gruppeforløbene vil skulle trække på andre fagkompetencer end de, som den interkulturelle koordinator besidder, kræver det, at andre undervisere i praksis er ledige til at forestå undervisningen. Dette dilemma har vist sig at være mest udbredt i begyndelsen af projektet, hvor både rekrutteringsplatforme, netværk med undervisningssamarbejds partnere og generel viden om målgruppens behov har været under opbygning. Senere i projektet er denne problematik aftaget i betydning uden dog helt at forsvinde. De deltagende kommuner har ikke alle i samme grad været udfordret af dette dilemma, og erfaringerne viser, at etableringen af et team og etableringen et fast samarbejde med eksempelvis arbejdsmarkedssektoren som rekrutteringsplatform er med til at mindske disse udfordringer, jævnfør kapitel 4.

6.22 Rammer og indhold i gruppeforløbene: udgangspunkt i ønsker og behov

Fælles for gruppeforløbene er, at de er forsøgt afholdt inden for den normerede ramme af otte uger med to-tre timers undervisning per uge. Tilgangene til indholdet i gruppeforløbene har været forskellige i de deltagende kommuner. Nogle kommuner har udarbejdet gruppeforløb med fokus på oplysning

og undervisning inden for en bred ramme af sundheds- og trivselsproblematikker. Andre har udarbejdet gruppeforløb med fokus på et diagnosespecifikt indhold, eksempelvis diabetes, mens andre igen har arbejdet med sundhedsforløb, hvor tilgange til mestring af eget liv har været i fokus. Endelig har nogle arbejdet med en kombination af disse tilgange. Nogle kommuner har ud over den normerede ramme af to-tre timers undervisning per uge valgt at knytte muligheden for at dyrke motion til deres forløb.

Undervisningsmaterialet, som er anvendt i forbindelse med gruppeforløbene, er udarbejdet i de enkelte kommuner af de ansvarlige undervisere.

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 det 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 med til at definere indholdet i de enkelte undervisningsgange i et samspil med den enkelte underviser inden for rammerne af sundhed og trivsel. Eksempler på indholdet i dialoggangene har blandt andet været koncentration, det gode liv, kost, hvad der er godt for

<p>Program for diabetes-gruppeforløb</p> <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 køber ind med diætisten – resten går tur - 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? 	<p>Eksempel på "bredt program" for interkulturelt gruppeforløb</p> <p>22.08.12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad er sundhed? Hvordan kan jeg holde mig sund? <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 træthed 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> <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 det 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> <ul style="list-style-type: none"> - Afslutning og evaluering - Hvordan er det gået med dig? -test 	<p>Program for interkulturelt gruppeforløb med fokus på mestring (se forklaring)</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> <p>25. oktober - bevægelse</p> <p>29. oktober - dialog</p> <p>1. november - bevægelse</p> <p>5. november - dialog</p>
---	---	---

kroppen og hvordan man som borger kan prioritere i dagligdagen. 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.

Iløbet af projektperioden er der gennemført i alt 14 gruppeforløb.

Skønt indhold og organisering har været forskellig, er der dog gjort en række fælles erfaringer på tværs af kommunerne i forbindelse med gennemførelsen af de interkulturelle gruppeforløb. Disse er mod slutningen af projektet mundet ud i konkrete opmærksomhedspunkter som kan skabe rammerne for det gode gruppeforløb. Disse vil blive gennemgået i næste afsnit

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" fra 2012.

6.23 Teoretisk viden

Den teoretiske viden er den sundhedsfaglige og evidensorienterede viden, som den sundhedsprofessionelle bærer med ind i forløbene som faglig ballast (Ibid). 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 er-

kendelse er, at man må afstemme sit sundhedsfaglige ambitionsniveau med forståelsesniveauet hos de borgere, som skal med i forløb.

Gruppeforløbene i projektet viser, at underviseren ofte må arbejde med at konkretisere den sundhedsprofessionelle viden. I gruppeforløbene er der i forskellig grad blandt de deltagende kommuner blevet arbejdet med at understøtte undervisningen pædagogisk ved brug af billedmaterialer. Dette er brugt både som en måde til at aflæse sundhedstilstande på, eksempelvis illustration af følelser, man kan få ved højt og lavt blodsukker men også til at påbegynde en refleksion blandt borgerne om, hvad trivsel og sundhed kan bestå af. Billedmaterialer, uanset tilgangen, har vist sig i praksis som værende en god katalysator for diskussioner på holdet, både imellem deltagerne og mellem deltagerne og underviseren.

Ofte er der anvendt tolke i undervisningssituationerne, 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. Anvendelsen af tolke vil blive belyst senere.

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.

6.24 Praktisk Viden

Den praktiske viden er den praktiske omsætning af viden, som sker, når den teoretiske viden skal indlejres hos den enkelte borger (Grøn & Hansen 2012). Ét 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. I nogle forløb er der arbejdet 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 integrationen af praktisk viden viser, at det ofte opleves positivt at arbejde med den praktiske viden, hvis den udfoldes gennem gruppeøvelser. Erfar-

ingerne 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.

To kursister udtaler om det at gå tur som en del af undervisningen:

Vinia: Man er mere åben. Man snakker sammen og er sammen i stedet for, at man sidder i klassen.

Kira: Fordi, i klassen, ligesom hun siger, vi sidder bare hver for sig og bare følger med. Vi kender ikke hinandens problemer og vi kender ikke hinandens privatliv. Når man går en tur, så har man tid til at snakke på en anden måde.

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.

6.25 Erfaringsviden – undervisning med et fokus på det narrative

Erfaring er den viden, som knytter sig til den enkelte borgers personlige verdensforståelse (Grøn & Hansen 2012). 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 re-

ferere 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 undervisningen omhandler.

Et eksempel på denne inddragelse af borgernes narrativ i undervisningen ses her, hvor snakken går om at håndtere og mestre udfordringer i livet:

Underviser: Sidste gang snakkede vi om noget, som vi ikke kunne gøre noget ved. Rana, må jeg bruge dig som eksempel? Du har fortalt, at du kan ikke lide vintrene i Danmark, for de gør dig ked af det. Men det kan vi ikke gøre noget ved. Vi snakkede om jeres liv, og det går jo ikke som en lige linje. Der er store bump og små bump. De store kan I ikke ændre på, men I kan vælge at bruge al energien på at kravle over de store bump, eller I kan prøve noget med de små bump[...]. At parkere de store til fordel for de små er en måde at få energi i livet på. [Underviser ser på Rana] Det handler om at se forskel på det, du kan gøre noget ved og det du ikke kan gøre noget ved. [Rana ser rundt på de andre kursister, der nikker til hende]

I en anden gruppe handler diskussionen om angst og det at håndtere angst. Koordinatoren, som her deltager i et gruppeforløb har

på forhånd aftalt med borgerne, hvad hun må referere til fra samtalerne i løbet af gruppeforløbene.

Underviser: Der er altid en udløsende faktor i angst. [Vinia, som lider af angst, kigger op].

Koordinator: Du bestemmer selv, om du vil fortælle.

Vinia: Nej, jeg er bange for at være sammen med andre mennesker. En gang, da jeg var på restaurant med min søn, så larmen og menneskene.

Jeg løb ud. Jeg kontaktede min læge, og han sagde angstanfald, og jeg kom til psykolog. Nu har jeg lært at undgå steder, jeg ikke kan lide, og så hjælper det at tænde lyset og komme ud med andre, jeg kender.

[En anden kursist, Kira, nikker og smiler]

Kira: Aahh lyset, det kender jeg. Efter jeg blev fyret, kunne jeg ikke huske navne. Jeg var hos læge. Det var stress. [Hun kigger på Vinia, der nikker tilbage].

Underviser: Hvad kan man selv gøre? Du, Vinia, tænder lys og finder nogen at komme ud med. [Vinia kigger rundt. De andre kursister smiler til hende].

Kira: Først vi skal acceptere det, så kan man finde en løsning.

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 ople-

ves at bringe en borgernær konkretisering 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.

Om undervisernes brug af narrative erfaringer i undervisningen siger borgeren Kanikka, der har deltaget i et gruppeforløb:

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.

En deltager fra et andet gruppeforløb siger om det at kunne bruge andres erfaringer:

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. (Vinia)

En anden deltager, Kira, supplerer om det at bruge andres erfaringer i forbindelse med undervisning i kost:

Hun har fortalt mig, hvordan hun tabte sig, Så er jeg meget interesseret, fordi jeg skal også tabe mig nogle kilo. Altså, jeg spurgte hende [om opskrifter] bagefter.

At høre om andres erfaringer og problemer kan derudover også være med til at skabe følelsen af ikke at være alene. Som en borger fra et gruppeforløb selv udtrykker det:

"Tolk: Hun siger, at de får en forståelse. De andre har det også på samme måde [har problemer]. Så de er ikke de eneste i verden. Altså, i virkeligheden alle har altså problemer". (Naima)

Andre borgere oplever ligefrem, at egne problemer bliver refleksivt sat i spil og måske forekommer mindre, når de spejles i de kollektive fortællinger. En borger, Aisha, som har været på gruppeforløb, fortæller:

Ja, jeg lytter [...] Nogen 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.

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 person-

lige 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 erfaringsbaserede 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.

6.26 Deltagerne på holdene: køn og etnicitet

I løbet af projektperioden er der blevet eksperimenteret med forskellige tilgange til sammensætningen af deltagere på holdet i forhold til køn og etnicitet. Køn som et tema

har ikke fyldt så meget som først antaget, da langt den største del af deltagerne i projektet har været etniske minoritetskvinder. Dog har der i perioder været arbejdet med blandede hold med deltagelse af både mænd og kvinder. Nogle kursister oplevede det som værende svært at diskutere visse sundhedsemner, når der var deltagelse af det andet køn. Specielt i forløb, hvor seksuel sundhed og motion var på programmet, oplevedes kønnet som værende en betydningsfuld faktor. Som en kvindelig borger udtaler:

Tolken: Altså, hun siger, at der er i hvert fald ting, som vi siger er kvindesnak. De vil helst kun være kvinder [på holdet] når de snakker om det (Naima)

En mandlig borger påpeger ligeledes:

"Kvinderne holder sig lidt tilbage" (Omar).

Kønspektivet afhænger dog meget af undervisningens indhold, og erfaringer fra projektet viser ligeledes, at diskussioner om kønsadskillelse bør holdes op imod det indhold, som undervisningen får. I nogle gruppeforløb i projektet er der arbejdet med blandede hold, hvor kønnene dog er blevet adskilt i visse perioder, hvor indholdet har været vurderet orienteret mod det enkelte køns sundhedsudfordringer.

Sammensætning og etablering af hold baseret på etnicitet er ligeledes et område, hvor forskellige tilgange er blevet afprøvet

i løbet af projektperioden. I nogle forløb har kursisterne alle haft den samme etniske baggrund, mens det i andre forløb har været blandede hold. Igen er der gjort forskellige erfaringer i løbet af projektperioden.

Erfaringerne viser, at visse logistiske udfordringer bliver gjort nemmere ved hold, hvor kursisterne har samme etniske minoritetsbaggrund. Eksempelvis i relation til den sproglige barriere, som er en væsentlig del af arbejdet med undervisning af etniske minoritetsborgere. Hold, hvor kursisterne har samme etniske minoritetsbaggrund, muliggør således brugen af en enkelt tolk, hvilket gør både undervisningen og planlægningen heraf lettere. Omvendt viser interview med borgere, som har deltaget på hold, hvor kursisterne har haft en blandet etnisk minoritetsbaggrund, at netop det at møde folk fra forskellige lande og lære, at man dér gør tingene på en anden måde, er noget som opleves som værende positivt ved et gruppeforløb, hvor kursisterne har haft blandet baggrund.

Nogle borgere har derudover påtalt, at angsten for, at der skabes rygter, mindskes, hvis holdene blandes.

6.27 Sprog og tolk i undervisningen

Erfaringer fra de afholdte gruppeforløb viser, at sproget i undervisningen til stadighed er en udfordring for de borgere, som ikke besidder et tilstrækkeligt niveau af dansk. En udfordring, som dog kan imødekommes ved brug af tolke og ved brug af undervisningsteknikker, der fokuserer på visualisering og på konkretisering som beskrevet tidligere. I løbet af projektperioden er der gjort erfaringer med

brugen af både én og flere tolke i samme undervisningsforløb, og det viser sig, at brugen af tolkene er med til at højne deltagerne forståelse af undervisningen i det omfang, at de er dårligt dansktalende, men at brugen af tolke samtidig kræver, at undervisningen lægges an på denne tolkning. Erfaringerne viser, at tolkning i undervisningen ofte kræver længere tid, hvilket man som udgangspunkt bør tage højde for ved at afstemme indholdet i undervisningen. Det er med andre ord ofte ikke muligt at nå den samme mængde undervisning, når tolken er til stede, grundet pauser til tolkning. Dette må imidlertid forsøges imødekommet i planlægningen. Brugen af flere tolke på samme hold forstærker denne effekt. Flere kommuner har anvendt mere end én tolk til undervisning. Nogle kommuner har oplevet brugen af mere end én tolk som værende en udfordring, mens andre har opfattet brugen mindre problematisk.

6.28 Generelle udfordringer ved det interkulturelle gruppeforløb

Erfaringer fra gennemførelse af interkulturelle gruppeforløb i de deltagende kommuner viser, at frafald og afbud i forbindelse med forløbene har været en udfordring i nogle kommuner. I projektperioden har nogle kommuner oplevet at borgerne har takket ja til deltagelse i forløbene, men at de efterfølgende er udeblevet, både med og uden tilbagemelding til den interkulturelle koordinator, og at de sidenhen er faldet fra forløbet. Flere undervisere har derudover oplevet det svært at påbegynde undervisningen til tiden, da en eller flere deltagere først er mødt

efter undervisningens påbegyndelse. I nogle kommuner har man forsøgt at imødekomme dette problem ved at bruge de netværk, som deltagerne måtte have med hinanden, til kollektivt at støtte op om det at møde til tiden. Økonomien i forløbene er ligeledes nævnt som en udfordring, som specifikt knytter sig til anvendelsen af tolke. Dette lægger beslag på en betydelig mængde ressourcer, hvilket fremtræder endnu mere markant ved brugen af mere end én tolk til gruppeforløbene.

Forløbenes omfang og længde opleves ligeledes som en udfordring for både undervisere og deltagere. Deltagerne oplever vil blive gennemgået i afsnit 6.29. At skabe en tillid på holdet, som fordrer, at den personlige erfaring kan sættes i spil, bliver ofte udfordret af projektets design, hvor forløbene er begrænset til otte uger. Flere undervisere beretter om fornemmelsen af at "være ved at have fat" (Koordinator 4), og borgerne "er ved at være klar til at begynde at rykke" (sundhedsprofessionel og underviser) i det øjeblik, hvor forløbene afsluttes. Forløbene opleves i flere tilfælde som værende den platform, der gør borgerne klar til at begynde at arbejde med at forbedre den enkeltes sundhed. I projektperioden har dette i praksis betydet, at flere borgere er blevet tilbudt flere forløb for at fortsætte den positive udvikling der er sat i gang, men det rejser samtidig spørgsmålet om, hvornår en borger er i mål og hvor mange forløb, man bør lave for den enkelte borger. Denne diskussion vil blive rejst i afsnit 6.5.

6.29 Hvad siger borgerne om gruppeforløbene?

Spørger man borgerne om deres oplevelser i forbindelse med deltagelse på de enkelte gruppeforløb, møder man overvejende tilfredshed på tværs af de deltagende kommuner. Blandt de interviewede borgere, som deltog i gruppeforløbene, er der en generel tilfredshed med gruppeforløbenes indhold. For nogle borgere var den viden, de blev præsenteret for i gruppeforløbene ny, mens den for andre var en uddybning af viden, de havde i forvejen. Flere borgere oplyser, at de gerne ville arbejde endnu mere med de emner, som de har beskæftiget sig med i gruppeforløbene, og de så gerne, at gruppeforløbene havde strakt sig over en længere periode. Deri opleves en stor overensstemmelse med undervisernes egne refleksioner over forløbenes længde.

På hold, hvor aldersspredningen var stor, blev der ytret ønske om i fremtiden at overveje at aldersinddele deltagerne.

Blandt de interviewede deltagere fra de tre gruppeforløb er der stor enighed om, at det specielt er i forhold til dagligdagens små udfordringer, at gruppeforløbene har haft effekt. Forløbene skaber med andre ord ikke store narrative omvæltninger i livet, men giver et vigtigt indspark til de udfordringer, som borgerne møder i dagligdagen, hvad end det drejer sig om at påbegynde et væggtab, at komme ud at gå med en veninde eller at få bedre søvnvaner.

Interviews gennemført med deltagere fra de interkulturelle gruppeforløb afslører imid-

lertid dybere aspekter ved deltagelsen end blot det faglige input, som borgerne er blevet præsenteret for i løbet af den periode, de var på gruppeforløb.

For flere af deltagerne på gruppeforløbene handler den ugentlige undervisning ikke blot om undervisning i sundhed.

En tyrkisk kvinde udtaler:

"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" (Kira).

En afghansk kvinde, Sanaa, fortæller:

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

En tyrkisk kvinde tilføjer om gruppeforløbet: "At bruge tiden på sig selv" (Kira). Andre deltagere på det interkulturelle gruppeforløb betoner "det at komme ud og møde andre mennesker" (Fatima).

En libanesisk kvinde udtaler om gruppeforløbenes positive sider:

"Tolk: Altså hun siger [...] hun er glad for at være sammen med de andre" (Naima).

For en somalisk kvinde har oplevelsen lige frem været, at gruppeforløbets faglige ind-

hold har givet en nyvunden selvtillid. Følelsen af "at vide noget, man kan give videre til andre" (Kannika) italesættes som en væsentlig del af det, man kan opnå ved et gruppeforløb.

At have noget i kalenderen, at komme ud og møde andre, at komme væk fra hjemmet og have tid til sig selv og at kunne spejle egne problemer i andres er alle faktorer, som deltagerne ud over det rent faglige indhold i gruppeforløbene ser som værende væsentlige ved de interkulturelle gruppeforløb. I borgernes øjne udfylder gruppeforløbene således ikke kun et umiddelbart behov for mere viden om sundhed, men også sociale og personlige behov, der for nogle handler om ensomhed i hjemmet, at få tid til sig selv i en verden, hvor fokus måske altid er på andre, mens det for andre handler om at kunne skabe et fast holdpunkt, som giver indhold i en svær hverdag.

6.30 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, tankerne, 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 egentlig 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, 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.

6.31 Det gode gruppeforløb

I forbindelse med afslutningen af projektet har de interkulturelle koordinatore i samarbejde med projektledelsen samlet en række generelle opmærksomhedspunkter og anbefalinger til det gode gruppeforløb baseret på de erfaringer, som de har gjort i projektperioden med planlægning og afholdelse af interkulturelle gruppeforløb.

Ifølge anbefalingerne er det gode gruppeforløb et forløb, hvor:

- Der aktivt tages stilling til deltagernes ønsker og behov, når forløbet begynder.

- Borgernes erfaringer bringes aktivt i spil i undervisningen.
- Der bruges tid på at skabe tillid, både deltagerne imellem og mellem deltagerne og undervisere.
- Der sikres at alle bliver hørt, samtidig med at det anerkendes, at nogle blot har brug for at deltage passivt.
- Sproget er i centrum.
- Der tages højde for, at det at have tolk kræver forberedelse og tålmodighed.
- Undervisningen er anlagt med fokus på det konkrete.
- Indholdet rummer et element af praksis.
- Der på forhånd er gjort overvejelser om køn og etnicitet.
- Underviserne er gennemgående eller som minimum at holdet har koordinatoren som fast referenceperson.

Generelle opmærksomhedspunkter i forbindelse med interkulturelle gruppeforløb:

- 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.
- 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 at flytte på.
- Kast et kritisk blik på mængden af undervisningsmateriale og forventning-

gerne 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.

6.4 Det interkulturelle individuelle forløb

Som beskrevet tidligere er det ikke alle preserende problematikker i de enkelte borgers narrativer, som egner sig til at blive taget ind i en gruppemæssig kontekst, endside 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 der, som beskrevet i kapitel 3, også været mulighed for at gennemføre et individuelt interkulturelt forløb for borgeren tilrettelagt ud fra de unikke problematikker, borgeren sidder med.

Alle fem deltagende kommuner i projektet har i projektperioden gennemført individuelle interkulturelle forløb. Der er i projektperioden i alt gennemført 74 individuelle forløb. Enten som helt individuelle forløb eller i kombination med deltagelse i et gruppeforløb. Udgangspunktet for det individuelle forløb er, som beskrevet i kapitel 3, af to måneders varighed med seks timer afsat til den interkulturelle koordinator, som i fællesskab med borgeren skal prøve at arbejde med den problematik, som er blevet prioriteret.

Erfaringerne fra projektet viser, at målgruppens problematikker spænder meget bredt. Erfaringerne fra projektet viser, at problematikernes bredde og kompleksitet er med til at udfordre omfanget af det individuelle interkulturelle forløb. Som det vil blive vist senere, kan det vise sig meget svært at opretholde omfanget i praksis.

Som tidligere nævnt var det helt åbent, hvad disse forløb kunne bestå af. Fælles for alle forløbene er dog, at de kræver en særlig indsats fra den interkulturelle koordinator, som allerede i løbet af samtalen skal gøre sig overvejelser om, hvad det er, borgeren har brug for, hvis eksempelvis et gruppeforløb ikke synes relevant. Fælles for store dele af de individuelle forløb er, at de ofte udspringer af fragmenterede fortællinger med mange delproblematikker uden en egentlig kerne. Dette beskrives nærmere i kapitel 5, som rummer 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 det individuelle forløb for borgeren ofte kommer til at handle om at skabe en vis orden gennem en fælles intervention i en fortælling præget af kaos. Tilgangen til skabelsen af orden hos den enkelte borger må gribes forskelligt an alt efter situationen. Hvordan kan man skabe orden i en fortælling? Hvilken type intervention er det som udgangspunkt, der skal til for at skabe orden?

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

Ser man nærmere på erfaringerne fra projektet, viser det sig, at tilgangen til at skabe orden for den enkelte ofte i praksis kommer til at handle om iværksættelsen af en intervention, som parallelt håndterer skabelsen af ydre orden omkring borgeren samtidig med, at der arbejdes med at skabe en indre orden.

At skabe ydre orden som et individuelt forløb knytter sig til tanken om at skabe mening og orden ud fra de strukturelle udfordringer, som den enkelte borger ofte er konfronteret med. Dermed kommer opgaven i samtalen og det efterfølgende forløb til at bestå i at afdække, hvori sammenbruddet i borgerens verden er sket i relation til de ydre strukturelle betingelser og herefter at hjælpe borgeren med at bygge op, hvad der måtte være faldet sammen i forhold til de ydre rammer, altså at skabe sikkerhed, hvor der måtte være usikkerhed. I praksis vil det være at afdække, hvilke konkrete problemer borgeren sidder med og hvordan borgeren i netop dette øjeblik bliver håndteret af de relevante organisationer og myndigheder. Er borgeren selv klar over, hvad der gøres hvornår og hvorfor? Når der fokuseres på skabelsen af ydre orden, handler det i det individuelle forløb om at skabe et overblik.

En koordinator udtaler sig om at skabe overblik og samle trådene hos en borger, som er i kontakt med både praktiserende læge, genoptræningsenhed og en mulig smerteklinik:

Gå ind at støtte borgeren i at samle trådene. Koordinere det. Så siger jeg f.eks til en borger. Nå men du har fået taget nogle blodprøver? Ja, det har hun. Jamen hvad viste de så? Jamen det ved hun jo ikke vel! Og når jeg spørger hende Hvad fysioterapeuten synes? Så siger borgeren. Jamen hun siger jeg skal henvises til smerteklinikken. Så spørger jeg hende om hun så blevet det? Nej for det ved hun ikke hvordan bliver? [...] Det er fint med mange specialister, men der skal også være nogen til at samle trådene. (Koordinator 1)

Den interkulturelle koordinator antager med andre ord en brobyggende rolle. Denne rolle handler i det individuelle forløb om at støtte borgeren i skabelsen af overblik, så denne kan agere i systemet og nå frem til de relevante specialister, som kan varetage de problemer, der måtte være. Koordinatorerne udtrykker, at der er behov for "at en anden lige kommer ind og rydder op" (Koordinator 1 og Koordinator 2 i fællesskab).

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, et fokus på at skabe en forandring eller at vække et engagement, så borgeren bliver bevidst om egne ressourcer og motiveres til selv at tage fat om de udfordringer, den enkelte står med.

En koordinator beskriver denne tilgang således:

I flere tilfælde tænkt at [i forhold til borgerens behov] bare det at have et menneske at følges med [...] Så har jeg nok prøvet at give hjælp til at se tingene fra forskellige synsvinkler. (Koordinator 3)

Men altså, jeg ser det faktisk også som min opgave at få dem til at tænke over bare én ting eller to. Én eller to ting, som de går hjem og tænker over indtil næste gang vi mødes, og begynder at arbejde med. Så når jeg er ved at slutte dem, så kan de sige til mig: "Tak fordi du hjalp os". Så kan jeg sige til dem: "Nej, I hjælper selv!". (Koordinator 3)

At skabe ydre og indre orden som en strategi i det individuelle forløb skal ikke opfattes som værende en enten/eller-situation. I nogle situationer er der behov for et større fokus på ydre orden, i andre tilfælde er der et større behov for et fokus på indre orden, men i mange forløb arbejdes der simultant med skabelsen af både ydre og indre orden i det individuelle forløb.

Næste afsnit handler om, hvad et individuelt forløb i praksis kunne bestå af.

6.42 Det interkulturelle individuelle forløb: eksempler fra praksis

Dette afsnit omhandler hvorledes de individuelle forløb har udviklet sig i praksis. I rap-

porten vil de dog kun blive præsenteret i en række korte cases. Såfremt man ønsker at se en fuldstændig gennemgang af udvalgte forløb, er det første eksempel vedlagt som bilag.

Forløb 1 (Bilag 4)

Jedin er 46 år og kommer fra Balkan. Ved hendes første samtale er der meget, der fylder. Hun har længe været syg, og det har taget hårdt på familien. Hun døjer med både fysiske og psykiske smerter, som hun modtager medicin for. Hun føler, medicinen ødelægger hende, men hun kan omvendt ikke undvære den. Hun kom til Danmark på grund af krigen. Jedin ønsker brændende at få hjælp til at få det bedre, specielt på det psykiske plan. Hun er samtidig meget optaget af at få afklaret sin økonomiske situation. Sammen med koordinatoren aftales det indledningsvist at undersøge, hvordan Jedin kan blive hjulpet til en bedre psykisk sundhed, dels ved at hjælpe hende med at skabe afklaring med læger og relevante samarbejdspartnere, som Jedin både er og har været i kontakt med, siden hun kom til Danmark, og derefter at undersøge muligheden for at komme i et forløb hos en psykolog eller psykiater. Som forløbet skrider frem, opstår der imidlertid flere sideløbende problematikker, som Jedin behøver hjælp til. Den mest presserende værende hendes økonomi og sociale status, da hun pludselig oplever at blive tilkendt en førtidspension, som hun ikke selv er klar over, at hun er blevet indstillet til. Jedin ønsker fortsat at finde et arbejde, da hun ikke kan få familiens økonomi til at hænge sammen, hvilket samtidig påvirker hendes psykiske sundhed. Jedin har svært ved at forstå sit eget sagsforløb, og

koordinatoren aftaler med Jedin, at de i fællesskab skal skabe et overblik over Jedins økonomiske og arbejdsmæssige situation med henblik på at skabe ro i hendes liv. Men situationen viser sig vanskeligere end først antaget, og fra november 2010 arbejder den interkulturelle koordinator i fællesskab med Jedin på at skabe et overblik over og en løsning på Jedins situation gennem deltagelse i møder og kontakter med sagsbehandlere, jurister, jobkonsulenter, praktiksteder, pensionskontorer, læger m.m. inden Jedins forløb foreløbigt afsluttes i december 2012, hvor Jedin er kommet i fleksjob. Hun drømmer dog fortsat om at frigøre sig helt og få et job på normale vilkår. Hun har under forløbet desuden arbejdet med sin egen sundhed og tabt ca. 10 kg.

Forløb 2

Sharif er 47 år gammel og kommer fra Tyrkiet. Han har tre børn med sin nuværende kone og tre fra et tidligere ægteskab. Gennem 22 år har han arbejdet på en fabrik i Danmark, men en arbejdsulykke forrige år betyder, at Sharif nu er sygemeldt. Ved den første samtale er det skadens omfang og betydning for både Sharif og familien, som er i centrum. Sharif venter på afklaring på sin arbejdsskade, men oplever ofte at være i tvivl om, hvor langt sagen er og hvordan den forløber. Ofte bruges der fagudtryk, som Sharif ikke forstår, og ofte finder han det svært at forstå arbejdsgangen mellem de implicerede parter i hans sag. Sygemeldingen betyder, at fremtiden er usikker, både økonomisk og socialt. Sharif har svært ved at acceptere sin situation, og dette giver ofte anledning til problemer i familien,

både i forhold til at børnene og i forhold til Sharifs kone. Følelsen af at miste muligheden for at være mand og far i det daglige gør Sharif ked af det, og det påvirker både børn og kone. Økonomien er skrøbelig for familien efter Sharifs skade, og angsten for at miste deres hus nager Sharif. Af læger er Sharif blevet fortalt, at skaderne er permanente, og at han skal lære at leve med dem, men "det er svært, når livet ændrer sig så dramatisk", som han udtrykker det. Han føler, det er svært at acceptere situationen, og manglen på nogen at snakke med om situationen gør det hele sværere. Han skammer sig ved tanken om at gå på gaden uden at have et arbejde. Hvad vil folk ikke tænke, han er jo mørk i huden? Identiteten, som Sharif fandt i arbejdet, er væk, og det sociale netværk er blevet mindre i takt med, at hans situation er blevet forværret. Han føler sig isoleret.

I fællesskab med den interkulturelle koordinator aftaler Sharif, at han først og fremmest har brug for en at tale med om de følgevirkninger, som skaden har givet ham. Han ønsker hjælp til at lære at acceptere og håndtere smerten i forhold til sig selv og i forhold til sin familie. Derudover vil han gerne have hjælp til at forstå det sagsforløb, som udspiller sig i forbindelse med hans arbejdsskade. Fra april 2011 arbejder den interkulturelle koordinator i fællesskab med Sharif og hans familie med at skabe strategier, så han lærer at acceptere og mestre den situation, som hans arbejdsskade har medført, og familien lærer at mestre det at være pårørende til en person med kroniske smerter. Sideløbende arbejder den interkulturelle koordinator med at skabe et overblik over Sharifs sagsbe-

handlingsforløb gennem læsning af sagens papirer, deltagelse i møder og kontakt med sygedagpengeafdelingen, den praktiserende læge samt Center for Erhvervserfaring og Beskæftigelse. Forløbet afsluttes i maj 2012, hvor Sharif bliver tilkendt førtidspension, og hvor familien har erkendt, at Sharifs fysiske tilstand ikke ændres, men at man kan lære at leve med den, både som person og familie, hvilket har givet en større trivsel. Sharif er derudover begyndt at komme mere ud.

Dette er eksempler på individuelle forløb. Ser man på det samlede casemateriale for projektet, hvor interventionen har været et individuelt forløb, er det tydeligt, at differentieringen er stor. De individuelle forløb i projektet har således spændt over en forholdsvis bred palet af problematikker. Problematikker som eksempelvis:

- 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 aktivitets-tilbud.

- 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.

6.43 Ufordringer ved det individuelle forløb

Erfaringer fra projektet viser, at der i koordinatorernes arbejde med borgere i individuelle forløb nemt opstår en række dilemmaer, både med tilrettelæggelsen og gennemførelsen. Dilemmaer, som også ses illustreret i de ovennævnte forløbsbeskrivelser og som overordnet omhandler omfanget af forløbene i forhold til projektets design, herunder succeskriterierne for forløbene og stillingen til, hvor mange forløb den enkelte skal have og hvad man gør, når nye problematikker opstår, mens man arbejder sammen med borgeren. Dilemmaer når man er ved afslutningen af et forløb, og hverken er kommet i mål eller har steder at sende borgeren hen.

Omfanget af de individuelle forløb i projektet er som tidligere beskrevet normeret til to måneder, hvori seks timer er til rådighed til enten at hjælpe med at løse borgerens problematik eller at sørge for, at borgeren bliver sendt hen til den rette person eller institution, som vil kunne hjælpe med at løse problemet. Erfaringen viser imidlertid, at denne tidsramme hurtigt bliver udfordret, hvilket også ses eksemplificeret i de beskrevne cases. Årsagerne til denne udfordring er ikke entydig, men ofte viser det sig, at blot det at skabe et simpelt overblik over borgerens situation, som er årsagen til den prioriterede problematik, kan vise sig som en ganske omfattende opgave.

Erfaringen viser, at mange borgere er i hyppig kontakt med det offentlige system, både med specifikke sager placeret i enkelte forvaltninger, men også i sager, som går på tværs af forvaltninger. 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 til lige berører eksempelvis en arbejdsorienteret problematik, kobles denne gennemgang og kontakt med arbejdsmarkedssektoren og i visse situationer socialektoren.

At skabe kontakt og følge op medfører ofte mange telefoniske henvendelser til centrale aktører omkring borgeren og en stor mængde ventetid, førend de nødvendige dokumenter kan tilvejebringes. Derudover kommer

den konkrete ventetid, som opstår i de situationer, hvor sager skal viderebehandles som en del af forløbet. Ganske forventeligt medfører dette ventetid og måske et nyt behov, såfremt det der blev søgt om ikke bliver til-delt, og sagen således skal prøves igen. Dette betyder, at blot det at skabe det overblik, som er grundlaget for at komme videre til det konkrete arbejde, kræver en stor indsats, som erfaringen fra projektet har vist ofte ligger langt ud over de normerede seks timer. Som en koordinator udtrykker det:

Efter seks timer er jeg kun lige kommet igennem at læse borgernes papirer og få ringet til de nødvendige kontaktpersoner for at høre, hvad der er galt. (Koordinator 1)

Et anden central udfordring i forbindelse med prioriteringen er selve succeskriteriet for det individuelle forløb. At skulle arbejde med en borgerproblematik er som beskrevet ofte en balancegang mellem imødekommelsen af borgerens behov og pragmatiske hensyn i en verden med begrænsninger.

Ofte viser det sig dog, at selv i de sager, hvor koordinatoren nøje afmåler problematikken og blot vælger at gå ind i problematikken, som virker overskuelige i en ramme af projektforløbet, bliver succeskriteriet for det individuelle forløb svært at håndtere. Hvordan bør man som koordinator forholde sig til det at komme i mål, hvis den problematik, som man prioriterede med borgeren i samtalen, viser sig dybere end først antaget og med flere forgreninger, som alle kræver håndtering, inden

den oprindelige prioritering viser sig løst? Som beskrevet i kapitel 5 er udgangspunktet for mange af borgernes sundhedsproblematikker netop, at de opleves som værende sammensmeltede, og eksempler fra projektet viser da også, at koordinatorene konfronteres med denne situation, når de skal forsøge at løse udfordringer i de individuelle forløb. Der kræves ofte en multikomponent strategi med et dertil hørende øget tidsforbrug, som lægger pres på en koordinator med sideløbende opgaver, og som oven i købet har flere borgere i forløb på samme tid. En naturlig konsekvens af denne problematik er, at der i projektet ofte kommer en øvre ramme for, hvor mange borgere den enkelte koordinator kan have i forløb af gangen, såfremt den samlede opgaveportefølje ikke må vælte.

En beslægtet problematik er den udfordring, som ofte opstår i praksis, nemlig at borgernes fokus flytter sig i takt med, at deres problematikker bliver løst. Erfaringerne fra projektet viser således mange eksempler på, at når den prioriterede og centrale problematik i borgerens liv er klarlagt og måske endda løst, så løftes der et åg fra borgerens skuldre, men samtidig opstår der et nyt rum for de bekymringer, som måske gennem mange år har været sat til side.

Et eksempel herpå:

Said er 50 år gammel. Han har været diagnosticeret med kræft i næsen og gennemgået behandling herfor. Said er ifølge sine egne papirer kureret, hvilket han dog ved begyndelsen af sit individuelle forløb ikke er klar over. Han er angst for døden og for fremtiden

for hans familie. Gennem det individuelle forløb får koordinatoren klarlagt Saims situation og arbejder herefter med at gøre ham bevidst om hans helbredelse og efterfølgende kontrolforløb, at skabe kontakt med patientforeninger for mænd, som har gennemgået en kræftsygdom og endelig med at skabe ro i en familie under pres grundet faderens sygdom. Ved enden af Saims forløb er angsten for sygdommen reduceret, og familien har genfundet en struktur. Men i takt med, at angsten for døden forsvinder, kommer dagligdagens problemer igen op til overfladen, og Said oplever nu ved forløbets slutning en bekymring over sin og familiens økonomiske situation. Said oplever det svært at forstå kontanthjælpssystemet, og dette giver ham nye bekymringer.

Saims eksempel er langt fra enestående i projektet, og det viser en gennemgående problematik, som der som udgangspunkt ikke er fundet en endegyldig løsning på, nemlig hvornår man anser målet som opfyldt, og hvad man som koordinator gør i de situationer, hvor problematikker udvikler sig og nyt kommer til, imens man arbejder med borgeren. Hvornår og hvordan afslutter man en borger, der måske ikke selv føler, at vedkommende er klar til at blive afsluttet, uden at borgeren sidder tilbage med en følelse af at være blevet svigtet?

En tredje problematik, som kan opstå i forbindelse med gennemførelse af individuelle forløb, knytter sig til de situationer, hvor der ikke nødvendigvis er opstået noget nyt i forløbet, men hvor det heller ikke opleves, at man kan komme i mål med den prioritering, man i fællesskab lavede. En koordinator siger:

Hvad er det lige, vi gør med dem, vi ikke kan hjælpe nu og her, men som der heller ikke lige er nogen, vi kan sende videre til? (Koordinator 3)

Erfaringer fra projektet viser således, at der i forbindelse med gennemførelse af individuelle forløb opstår en særlig problematik i de tilfælde, hvor det, man prioriterede, ikke viser sig hverken at kunne løses eller sendes videre til en anden relevant fagperson. Denne problematik kan vise sig svær at håndtere for de koordinatore, som er gået ind i borgerens forløb. Hvornår bør man betragte et forløb som værende tilendebragt, hvis der ikke er et klart resultat at skimte i horisonten, og hvordan afslutter man i givet fald de borgere, som man ikke har kunnet rykke på en forsvarlig og etisk måde, enten fordi der ikke er et tilbud til rådighed, eller fordi det tilbud, der måske er, ikke vil tage imod den pågældende borger, eller borgeren måske ligefrem har været der før, uden tilbuddet har oplevet at kunne rykke borgeren? Denne problematik berører både koordinatoren og borgeren på et personligt plan.

Koordinatorerne har gennem projektet prøvet at imødekomme denne problematik, nogle ved at anlægge en vis distance til, hvilke problematikker man kan gå ind i og prioritere og deri vælge dem, man er sikker på, man kan komme i mål med. En koordinator siger:

Vi skal også kunne lukke den igen. Så hvis jeg lukker op for noget, så skal jeg også kunne lukke den igen.

Ja, så skal jeg være sikker på, at jeg ikke efterlader borgeren i en dårligere situation end før jeg kom. (Koordinator 1)

Andre koordinatore vælger at vurdere allerede i samtalen, om der overhovedet er en mulighed for at flytte på borgeren. I disse tilfælde vælger nogle koordinatore at sige nej til forløb til borgeren, såfremt denne virker urealistisk at flytte, dog under forudsætning af, at der er et sted at sende borgeren tilbage til. En koordinator udtrykker det sådan:

Men hvor de der ting, som de blev ved med at genfortælle, om at det i den grad var så væmmelige ting, at det var så overvældende, at jeg på ingen måde kunne se en vej ud af det. Med de redskaber og ressourcer jeg har. Jamen, så tænker jeg ikke, at det gavner hverken mig, borgeren eller samfundet eller nogen som helst andre, at de er i forløb hos mig. (Koordinator 4)

Denne strategi virker kun i de tilfælde, hvor der reelt er noget andet at sende borgeren tilbage til. Hvor meget man end forsøger kun at åbne det, der synes at kunne lukkes i samtalen, eller man reelt afviser at tage en borger, fordi han eller hun synes umulig at flytte på, da oplever flertallet af koordinatorene på et tidspunkt i løbet af projektet at sidde med en borger i forløb, for hvem der er blevet åbnet for noget, der ikke lader sig lukke, og der ej heller er tilbud, som borgeren kan sendes

videre til. For nogle koordinatører bliver afslutningen af et forløb et spørgsmål om at acceptere, at man ikke kommer i mål, og at man blot må finde en periode, hvor der er en ro i borgerens liv:

Fordi, jeg har jo haft det sådan, at jeg egentlig gerne ville have dem afsluttet i en periode. Hvor jeg tænker, altså livet fortsætter jo. Og der kommer problemer resten af livet. Men hvor man trods alt er et eller andet sted, hvor der er sådan lidt ro i en periode. Man kan sige, at hvis man er et oprørt hav i lang tid. At man i hvert fald ikke slipper dem, mens det stadigvæk er oprørt hav, men at der ligesom er lidt ro på.
(Koordinator 3)

Skønt der er arbejdet aktivt med at imødekomme denne problematik hos koordinatørerne, er der ikke et entydigt svar på løsningen af dette dilemma, hvor intet venter i den anden ende af forløbet. I nogle tilfælde bliver resultatet, at borgeren afsluttes. Dette efterlader borgeren i en sårbar situation, og situationen opleves også at tære på koordinatøren på et personligt plan. Dette vil blive behandlet i kapitel 7.

6.44 Hvad siger borgerne om de individuelle forløb?

I interview med borgere, som har gennemgået forløb, betones flere forskellige aspekter ved forløbene som værende af stor betydning.

Overblikket og brobyggeren

Fælles for flere af de borgere, der har været i individuelt forløb, er således oplevelsen af nyvundet overblik over en situation, som ellers var præget af kaos. Koordinatøren har med andre ord samlet trådene for borgeren gennem det individuelle forløb. Tit er dette blevet gjort gennem afdækning af borgernes ofte komplicerede sager, hvor netop kompleksiteten gør, at mange kontaktpersoner simultant er i spil, ofte med en stor mængde informationsmateriale tilknyttet. En søn til en borger fortæller om at have et individuelt forløb med en koordinator i forbindelse med faderens sygdom, hvor sønnen ofte har fungeret som mellemlid i en verden af lægefaglige udtryk:

Én 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. [...] jeg gik jo kun i skole og forstod ikke alt det, min far fik at vide"
(Said's søn)

Faderen tilføjer om det at modtage papirer og informationer om sygdom mv.:

Jeg kan ikke læse. Jeg kan ikke skrive. Jeg kan ingenting. Hvis der kommer nogen papirer, så jeg siger det til min kone og mine børn. Jeg kan ikke læse det. Så kommer koordinatøren, og hun har læst det og kan fortælle, hvor der er nogen problemer og hvor der ikke er. (Said)

Koordinatoren fungerer som en brobygger, der kan skabe forståelse af og overblik over, hvor borgeren er i sit forløb og hvor han eller hun skal videre hen. "En person, der kender systemet" (Sharif), som en borger udtrykker det.

Dette overblik mistes ofte grundet eksempelvis sproglige problemer, både i forhold til det danske sprog og den sundhedsfaglige diskurs. En mandlig borger fortæller om at have koordinatoren til at hjælpe med de svære udtryk, som ofte fører til misforståelser:

Det er en hjælp. En der sidder ved siden af mig. Et ekstra øre[...] Hvis der er noget, jeg, som jeg ikke har forstået. Som jeg er gået glip af. Så kan det være, hun forstår det.[...] Det kunne være mange ting. Jeg har lige haft besøg, og så kunne jeg spørge koordinatoren bagefter, hvad var det nu, det var, det betyder, det der? Altså, det var nogen, hvad skal man kalde det, det er nogen, hvad hedder det, lægeligt. Lægelige ting. Som jeg ikke kan forstå noget af det. Så kan koordinatoren fortælle mig mere, hvad hedder det, ja, udredt. Altså, der er jo mange ting. (Sharif)

Koordinatoren opleves som en, der kan hjælpe med den forvirring, som ofte opstår, når et fremmed sprog bliver koblet med både en svær eller uklar diagnose og et sideløbende sagsforløb. En kvindelig borger fortæller:

Jeg blev helt forvirret[...] Jeg fik også flere forskellige slags medicin, og der blev jeg også forvirret[...] [om breve fra kommunen] Fra kommunen og fra... mange ting. Alle steder, så, men jeg kan ikke rigtig læse sproget og forstå det hele. (An)

Kvinden beskriver hjælpen i en konkret situation:

Så koordinatoren, hun skrev det ned for mig. Et stykke papir, og så gav jeg min fysioterapeut det, og så fungerer det. (An)

For flere borgere betyder hjælpen også et overblik over, hvad sygdommen egentlig er for en størrelse. Koordinatoren opleves således som en støtte der kan give borgeren viden om, hvad sygdommen består i, hvilken behandling der kræves og hvor der i givet fald kan søges ekstra hjælp. "Hvis de lukker alle veje, så finder koordinatoren en anden"(Said) som en borger udtrykker det.

Et anerkendende øre og en stemme med tiden til rådighed

Men samtidig betones det anerkendende aspekt, som flere borgere har mødt hos koordinatoren i den periode, hvor de har været i individuelt forløb. En kvindelig borger fortæller, da hun spørges om, hvad hun har oplevet som den vigtigste hjælp ved det individuelle forløb sammen med koordinatoren:

Den måde hun viser, at hun forstår mig. Det er også en dejlig følelse. [...] En dejlig følelse af, at der er én der forstår og lytter. Gider godt at lytte. (An)

Koordinatoren udfylder rollen som den, som har tid til at lytte til de problematikker, som man sidder med, men som man ikke føler, man kan tale med sin familie om. En borger udtaler:

Jeg fandt ikke mennesker at snakke med. Hvis en eller anden har kræft, så, så skal de bruge mennesker at snakke med. Jeg kan ikke finde de mennesker. Hvem skal jeg snakke med? Min familie? Så fandt jeg koordinatoren, og hun snakkede med mig. [...] Dét [kræft] er svært at snakke med familien om. (Said)

En anden borger udtaler om dét at have en at snakke med om de svære ting:

Jeg kunne mærke, hun var en, man kunne stole på. Der skete jo ændringer i mit liv. Med min kone og jeg, f.eks. De ting vi har privat og sådan. Det var svært at snakke om. (Sharif)

For nogle borgere handler det individuelle forløb med koordinatoren om det frie rum, hvor anerkendelsen og tiden er til stede, fordi forløbet og koordinatoren netop ikke opleves som værende et rum med andre agendaer. En borger fortæller om forskellen på, hvad der kan tales om i det individuelle forløb set

i forhold til andre steder i det kommunale landskab:

Men der er en forskel[...] sagsbehandleren, sådan som jeg ser sagsbehandlere er de altid sådan nogen der bestemmer over nogen [...] med koordinatoren er det mere naturligt" (An)

Det individuelle forløb opleves således af flere borgere som værende en åben platform, hvor der ikke implicit er begrænsninger i forhold til, hvad man kan snakke om.

Den acceptskabende

Gennem de individuelle forløb oplever en del af borgerne, at koordinatorens arbejde med at skabe accept i forhold til den situation, borgeren befinder sig i, er meget væsentligt. Det skaber et alternativt fokus i en fortælling, som måske gennem en længere periode er kørt fast. En mandlig borger fortæller om, hvad han anser for at være noget af det vigtigste, koordinatoren har arbejdet med i det individuelle forløb:

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.

I skal hjælpe dem [borgere som er i en lignende situation] med at komme i gang, ja, komme videre med deres liv [...] At man ikke skal sidde fast. (Sharif)

En kvindelig borger udtaler:

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

Citaterne beskriver en accept af, at tingene ikke nødvendigvis bliver mærkbart bedre, men at der trods modgangen fortsat er et liv at leve i et fokus, der peger fremad.

En kvindelig borger udtaler om denne proces i det individuelle forløb:

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. (Hana)

Denne acceptskabende proces har for flere borgere i de individuelle forløb handlet om at erfare, at man ikke er alene og at der findes andre i samfundet med lignende problemer, hvis erfaringer og hjælp man kan trække på. I flere individuelle forløb har indholdet blandt andet været kontakt til eksempelvis patientforeninger. En borger udtaler:

Der er mange, der har de samme problemer. Så føler man sig ikke alene i verden.[...]Hun har det ligesom mig. Og hende den anden har noget andet. Det er rigtig spændende. Nogen er nøjagtig ligesom mig og andre er forskellige.[...]de har så mange forskellige ideer. (An)

De individuelle forløb opleves således at udfylde et bredt spektrum af behov for de deltagende borgere, som i visse situationer handler om støtte til skabelse af ydre orden, som kan skabe et overblik over borgerens situation, både for borgeren selv og for det system, som borgeren færdes i. Det handler også om evnen til at agere brobygger, både sprogligt og fagligt mellem borgeren og de relevante kontaktpersoner samt om støtte til konkrete handlinger.

For andre er der behov for støtte til skabelsen af indre orden og til at igangsætte erkendelsesprocesser, som den enkelte skal igennem. Denne støtte gives ved, at koordinatoren har tid til at lytte og anerkender borgerens fortælling, som borgeren selv oplever den. Koordinatoren må besidde evnen til at skabe forståelse, klarhed og accept hos borgeren i forhold til den situation, borgeren er i, og koordinatoren må være den, borgeren kan tale med om de svære ting i de situationer, hvor familie og socialt netværk ikke slår til. Dermed må koordinatoren være en person, der ikke nødvendigvis er bundet af andre dagsordener.

6.45 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.

6.46 Anbefalinger til det individuelle forløb

I forbindelse med afslutningen af projektet er der samlet en række anbefalinger til de individuelle forløb baseret på de erfaringer med planlægning og afholdelse af interkulturelle

individuelle forløb, som er gjort i projektperioden. Da forløbene har været kendetegnet ved at være meget forskellige, er anbefalingerne baseret på generelle betragtninger om forløbene.

Kendetegnende for det gode individuelle forløb er:

- At der indledningsvis skabes et overblik, både over borgerens situation og over hvilke mulige kontakter, borgeren allerede har til systemet.
- At der allerede ved påbegyndelsen foretages en fælles forventningsafstemning med fokus på at definere mål og midler, hvor borgeren også selv har en klar opgave i forløbet.
- At der, ud over konkrete opgaver, også arbejdes aktivt med borgerens mestringsevne, så basis for, at borgeren kan klare sig uden en koordinator, allerede etableres i forløbet.

6.5 Mere end et forløb?

Som tidligere beskrevet er der i projektet mulighed for at tilbyde enten et individuelt forløb, et gruppeforløb eller en kombination af begge. Erfaringer fra projektet viser, at det i mange tilfælde har været nødvendigt at tilbyde en kombination af et individuelt og et gruppebaseret forløb for at imødekomme den kompleksitet, som ofte er indeholdt i borgernes selvvalgte helbredsproblematikker, hvor eksempelvis en problematik omhandlende en dårligt reguleret type 2-diabetes smelter sammen med personlige pro-

blemer forårsaget af økonomi eller sociale forhold.

En koordinator siger:

"Det har simpelthen været nødvendigt for overhovedet at kunne flytte dem på et gruppeforløb, at vi ligesom ordnede det andet ved siden af" (Koordinator 1).

En fysioterapeut på et træningshold for etniske minoritetsmænd fortæller følgende efter at have haft et hold til træning i et par uger:

Jo mere vi træner, jo mere finder vi ud af, at det ikke er deres sygdom, der er problemet. De har jo alt muligt andet, som vi skal have gjort noget ved. Ensomhed og depression. (Sundhedsprofessionel)

Ofte opleves det, at ej heller kombinationen af forløb alene viser sig tilstrækkelig til at forbedre borgernes sundhedstilstand. Som beskrevet tidligere har der ofte blandt koordinatorerne været en fornemmelse af, at eksempelvis gruppeforløbene er blevet afsluttet, bedst som borgeren viste sig klar til at skabe en forandring. I disse situationer har kommunerne haft mulighed for at tilbyde den samme borger deltagelse i mere end ét gruppeforløb, hvad der har vist sig stor begejstring for. Det rejser dog spørgsmålet om, hvornår borgeren reelt kan afsluttes, og her vil det ofte kræve en klar målsætning i fællesskab mellem borger og koordinator for, hvornår man kan betragte et fælles forløb afsluttet. Dette gøres for at imødekomme den problematik, som også opstår i de individuelle forløb (se afsnit 6.33), som potentielt kan fortsætte i lange perioder uden ende. Et medlem af styregruppen på projektet udtalte om dét at ville nå i mål med borgerne: "At nå i mål handler om, hvornår man skal slippe dem videre til andre".

7. At være koordinator i tid og rum

Som det fremgår af projekterfaringerne i det indtil nu beskrevne, er det at være koordinator i projektet Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering en alsidig rolle. I dette kapitel skal vi se nærmere på koordinatoren, både som funktion og som et menneske, der har siddet i en praktisk kontekst. Denne rapport fokuserer primært på den praktiske daglige løsning af opgaverne fra koordinatorens perspektiv, som de har udfoldet sig i projektet, og deri også de udfordringer, som relaterer sig hertil. For et blik på koordinationens betingelser i et tværsektorielt perspektiv henvises til artiklen "Coordinating complex health problems: The practice of the narrative approach to coordinating public health for ethnic minority citizens in Denmark" (Terkildsen et al 2013 Workpaper), som fokuserer på koordination set i forhold til sektorielle grænser og på forholdet mellem ledelse og koordinator.

7.1 Koordinatoren i et organisatorisk perspektiv

Som beskrevet i kapitel 4 har tilgangen til forankring af den enkelte koordinator i de deltagende kommuner været forskellig. Dette ses eksempelvis i organiseringen af koordinatorfunktionen, hvor en enkelt kommune har valgt at integrere funktionen som en del af et team,

mens andre har valgt at lade funktionen være individuel. I nogle kommuner har koordinatoren haft koordinatorfunktionen som sin eneste opgave, mens koordinatoren i andre har haft den som en del af en bredere opgaveportefølje. I nogle kommuner har rekrutteringsplatformen været aftalt på forhånd, mens den i andre har skullet opdyrkes som en selvstændig opgave i projektperioden. Dette betyder, at projektet også viser forskellighed i forhold til de erfaringer og de udfordringer, som den enkelte koordinator har mødt i løbet af projektperioden i forhold til projektets overordnede design. I dette afsnit vil der blive fokuseret på koordinatorenes erfaringer og oplevelser af tiden og opgaverne i projektet set i en ramme af de normerede 10 timer. Ligeledes vil fokus være på oplevelsen og erfaringerne med forankringen af koordinatorfunktionen, enten i en teamstruktur eller som en individuel funktion, og på oplevelsen af den organisatoriske forankring i kommunen set i forhold til projektet.

7.1.1 At være ansat som interkulturel koordinator med et timetal på 10 timer pr. uge

Udgangspunktet har, som beskrevet i kapitel 3, været en opgaveportefølje, som har skullet løses inden for ti timer pr. uge. Ser man nær-

mere på erfaringerne fra projektet, viser det sig dog hurtigt, at det i visse perioder i projektet, uafhængigt af den valgte kommunale forankringsmodel, har vist sig som en udfordrende opgave at løfte den interkulturelle koordinatorfunktion inden for de normerede ti timer. Skønt udfordringen med at overholde det normerede timeantal har været fælles for alle koordinatorene, har årsagerne hertil vist sig forskellige, alt efter hvor og hvordan den enkelte koordinator har været placeret, og alt efter hvilke aftaler, den enkelte kommune har lavet i relation til rekrutteringsplatform og undervisningshold ved projektets opstart.

Tid til at rekruttere: en åben eller fastlagt tilgang?

Ser man nærmere på de deltagende kommuner, har én kommune på forhånd lavet aftale om rekruttering med det lokale jobcenter som eneste rekrutteringsplatform, mens de resterende fire kommuner har ladet rekrutteringen være åben og dermed afhængig af de samarbejdsrelationer, som den enkelte koordinator har kunnet etablere i løbet af projektperioden.

Koordinatorernes erfaringer fra projektperioden viser, at denne opbygning har betydet, at koordinatorene i de fire kommuner med en åben rekrutteringsplatform har oplevet at måtte bruge mere tid, specielt i den opbyggende fase, på at være opsøgende i kommunen med henblik på at etablere uformelle samarbejder, der kan lede til rekruttering af borgere. Dette til forskel fra Holstebro kommune, hvor samarbejdet var etableret i en formel ramme ved projektstart. Erfaringer

fra projektet har desuden vist, at dette opsøgende arbejde med henblik på rekruttering ikke kun har været koncentreret i den indledende fase af projektet, men er fortsat gennem projektperioden i takt med, at uformelle samarbejder er ophørt, eller volumen fra de enkelte partnere er blevet for lavt, hvilket naturligt har beslaglagt ressourcer fra de resterende opgaver i koordinatorens portefølje.

Men hvor en åben tilgang til rekruttering kræver flere ressourcer til opsøgende arbejde, da kan den samtidigt være med til at sikre, at de borgere, som ikke allerede har en kontakt til systemet, også kan inkluderes. Omvendt kan en fastlagt tilgang til rekruttering spare ressourcer men samtidigt betyde, at visse borgere, som ellers kunne profitere af et tilbud, ekskluderes fra deltagelse.

Tid: undervisning, forløb og samtaler

Set i forhold til koordinatorens 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 normerede timeantal på 10 timer pr. uge. I et overordnet perspektiv hersker der enighed blandt koordinatorene om, at de 10 normerede timer pr. uge i projektet ofte kan være svære at få til at slå til i forhold til arbejdsopgaverne, som ligger i den interkulturelle koordinatorfunktion.

Årsagerne til et ofte øget tidsforbrug skal findes i en lang række af forskellige variable, og vigtigt at bemærke er ligeledes, at tidspresset i projektet ikke opleves som værende

konstant. Flere koordinatore udtaler således, at tidsforbruget i projektet ofte opleves at gå op og ned i takt med, at aktiviteter løber af stablen.

Aspekter som blandt andet har betydning for oplevelse af tidspres i forbindelse med undervisning, forløb og samtaler er antallet af individuelle forløb og kompleksiteten af de enkelte individuelle forløb samt antallet af interkulturelle, opfølgende og afsluttende samtaler og antallet af undervisningsforløb.

Ser man nærmere på ovenstående, kan pointerne synes at være ganske indlysende, men skønt antallet af borgere er en god parameter for, hvor stort et tidspres den enkelte koordinator føler i forbindelse med opgaveløsningen, er antallet ikke udslagsgivende alene. Et lavere antal betyder ikke nødvendigvis, at tiden føles adækvat. Som beskrevet i første punkt viser erfaringer fra projektet, at kompleksiteten i den enkelte borgers problematik ligeledes er udslagsgivende for, hvor stort tidspreset opleves at være i projektet.

Kapitel 6 demonstrerer, at særligt de individuelle forløb kan vise sig meget omfangsrige og indeholde en sådan kompleksitet, at megen tid må afsættes til disse. Oplever man som koordinator at have flere individuelle forløb på samme tid, kan tiden således hurtigt opleves knap, selvom antallet af borgere ikke nødvendigvis er højt.

Som beskrevet i kapitel 5 kan tidsforbruget til samtaler også variere kraftigt i forhold til andre faktorer end blot antal. En koordinator

beskriver situationer, hvor borgere indkaldes til samtale:

Jamen, udfordringerne der tænker jeg ligger i, altså, har man en interkulturel samtale på de halvanden time, der ligesom har været aftalen i det her projekt. Jamen, så går der jo halvanden time med samtalen. Inden skal man også lige have sendt et brev til brugeren eller have haft ringet eller på en eller anden måde have fået den her aftale i stand. Så kommer der måske et afbud. Så skal man lige have lavet en ny aftale. Så skal den dersens samtale jo renskrives, og for mit vedkommende skal der også laves en tilbagemelding til sagsbehandleren. Så er der faktisk gået næsten fem timer i den uge. Det tror jeg faktisk ikke er helt forkert, fordi så skal vi måske også lige have fat i borgeren igen.[...] Og den slags ting. Så rundt regnet tror jeg faktisk ikke, at det er helt forkert at sige, at der går en 4-5 timer for mit vedkommende, hver gang jeg har haft en interkulturel samtale. (Koordinator 4)

Gennemførelse af samtalerne med borgerne kan således hurtigt udvikle sig til at være tidskrævende i de tilfælde, hvor borgerne eksempelvis ikke møder op.

Undervisningen beslaglægger ligeledes tid i et forskelligt omfang. I nogle kommuner har koordinatorene som beskrevet været en

del af undervisningsteamet, mens de i andre kommuner har haft en mere administrativ rolle, idet et undervisningsteam har været ansvarlige for undervisningen, som det eksempelvis har været tilfældet i Holstebro kommune.

Koordinatoren er imidlertid ikke fritaget for at bruge tid i forbindelse med undervisningsforløbene, da der stadig har været opgaver for koordinatoren såsom at sikre overlevering til gruppeforløbene fra gang til gang og sørge for løbende sagsbehandling i forbindelse hermed.

Tid: at have en eller flere arbejdsopgaver ved siden af rollen som koordinator

For fire (Holstebro, Horsens, Aarhus & Herning) ud af fem kommuner har stillingen som koordinator været suppleret med en anden stillingsbetegnelse, betydende at de ti timer har skullet planlægges i et samspil med andre arbejdsopgaver.

Ud over den tidsmæssige udfordring som er beskrevet i forrige afsnit der både naturligt følger et gradvist forøget volumen af borgere mod slutningen af projektet samt graden af kompleksitet som opleves i forløbene hos de enkelte borgere, da opleves tidsudfordringen i projektet ligeledes at relatere sig til den måde hvorpå koordinatorrollen opleves at måtte dele sin tid mellem projektet her og andre arbejdsopgaver. "Følelsen af at have flere kasketter på samtidigt" (Koordinator 1 og Koordinator 5) som mere end én koordinator udtrykker det.

Blandt nogle koordinatorene opleves rollen således som værende tidsmæssigt udfordret, fordi koordinatorene ofte oplever at skulle kunne agere akut, når borgerne er der:

Lige pludselig sker der noget, hvor du skal agere lige her og nu. Det er ikke sådan at du bare lige kan styre det. Altså, det er for eksempel, der er brug for at jeg kommer ud til hende (borgeren). Jamen så måtte jeg lige tage en mandag og køre ud og snakke med hende. Og det er ligesom min tid er meget skemalagt. Så det der med at kunne lave pludselige akutte ting, som jeg ikke har lagt ind, er svært for mig. (Koordinator 5)

En anden koordinator fortæller om det at have en driftsfunktion ved siden af koordinatorfunktionen:

Jeg har hele tiden nogle opgaver, der trænger sig rigtig meget på, altså en drift, der skal køre her i huset, Og nogle medarbejdere der har nogle forventninger om, at jeg er her, når de har brug for det. Det gør, at jeg er nødt til at gå eller gemme mig væk for at få ro og samle tanker om det. Det gør det svært. (Koordinator 1)

Flere oplever således, at det netop er sammenhængen i borgerens forløb og fortælling, som kan synes svært at opretholde, når man

ofte må hoppe ud af den kontekst, man var i for at varetage en anden rolle:

Jeg har haft så mange roller i mit liv, her i det år her. Så man kan sige, at jeg skulle have lidt færre roller. Fordi, det er rigtigt, det er svært hele tiden at skifte fra - så er det det ene, der fylder, og så er det noget andet, der fylder. Så jeg har haft for mange roller i mit arbejdsliv. Det har været udfordrende og lige hårdt for mig, kan man sige. Men det er jo ikke projektets skyld. (Koordinator 5)

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 aspektet med den tidsmæssige udfordring ikke som værende så presserende som i de øvrige kommuner. Koordinatoren udtaler om netop friheden ved ikke at skulle vandre ind og ud af projektet i perioder, herunder muligheden for at kunne blive i tankegangen:

Jamen det har været godt, jeg har ikke skullet tænke på, hvordan jeg har prioriteret min tid. Og hele tiden det der med, at selvfølgelig skal man skifte dagsorden, alt efter hvad man går til. Men jeg har ikke tænkt som nu [en af de andre koordinators], der lige pludselig skulle være hjemmehjælpsleder, ikke også. Jeg har kunnet bruge den tid på det her job. Så det har været super.

7.12 At være koordinator: teamopbygning versus individuel opbygning

Erfaringerne fra projektet viser, at valget af forankringen af koordinatorfunktionen værende enten som en del af et team, som det ses i Holstebro kommune eller som en individuel funktion, som det ses i Aarhus, Horsens, Randers og Herning kommuner, har haft en betydning, dels for opgaveløsningen som helhed, men også i forhold til de udfordringer, som hver enkelt koordinator er blevet konfronteret med i løbet af projektperioden. Disse handler blandt andet om evnen til at kunne få relevant sparring i takt med, at problematikker opstår, evnen til nemmere at kunne overkomme en bred vifte af arbejdsopgaver og dermed tillade et mindre pres på den enkelte koordinator samt udfordringer i forhold til at bevare overblikket, når man ikke selv arbejder med borgeren.

At have fælles aktier i borgerne, at få sparring i de relevante situationer og sikre, at viden integreres

I både de fælles og i de individuelle samtaler med koordinatorene igennem projektperioden viser der sig et mønster for de kommuner, hvor koordinatoren har været forankret som en individuel funktion. I Dette mønster kan koordinatorfunktionen opleves som værende udfordrende, fordi man som koordinator ofte oplever at sidde alene med planlægningen af arbejdsopgaver og arbejdet med at flytte på borgernes sundhedsproblematikker. En koordinator, der har været placeret i en individuel funktion, fortæller om arbejdet som koordinator:

"Jeg synes, jeg har haft det alene. Jeg synes, det er ensomt job" (Koordinator 2).

Adspurgt hvori ensomheden består, svarer koordinatoren:

Altså, ved at jeg ikke sådan i min hverdag kunne sådan sige: Hvordan skal vi nu gribe den her ting an? Eller skal vi gøre det på den her måde eller? Ikke også? Altså, der er ikke nogen, der har haft aktier i mine borgere, ud over mig selv, vel. (Koordinator 2)

En anden koordinator tilføjer om det at have funktionen alene:

Jeg har da sommetider sådan tænkt, hvad søren gør jeg lige her? Og der kunne det jo være en fordel at have en sparringspartner. Altså, det har jeg jo ikke haft.[...]Én der arbejdede med det samme, tror jeg. Altså, vi har haft vores videokonferencer, men det er jo ikke sådan én, man lige skrivebordssnakker med. Altså, jeg har somme tider kunnet vende nogle ting med min kollega. Min chef. Fordi hun har en enorm viden om Kommunen. (Koordinator 1)

Skønt erfaringer fra projektet viser, at der har været stor bevågenhed omkring koordinatorfunktionen i alle deltagende kommuner, er opfattelsen blandt flere koordinatore, at rollen som koordinator i de kommuner, hvor

funktionen har været individuelt forankret, alligevel til tider har kunnet føles som en ensom funktion. Koordinatorerne i disse kommuner har selv i løbet af projektperioden opsøgt samarbejdspartnere, både internt i deres egen organisation, eksempelvis kolleger og deres egen ledelse, men også eksternt i forhold til eksempelvis andre kommunale forvaltninger eller ressourcpersoner, som har kunnet agere sparringspartnere i de situationer, hvor det har vist sig nødvendigt.

Koordinatorerne har derudover kunnet opnå sparring gennem de andre koordinatore i projektet og gennem projektledelsen, men dette har imidlertid ikke fjernet følelsen af at være overvejende eneansvarlig for projektet og dermed også at være den eneste, som reelt opleves "at have aktier" i borgerne, som en koordinator siger.

Anderledes forholder det sig i Holstebro kommune, hvor koordinatoren var forankret som en del af et team. Om det at være en del af et team udtaler koordinatoren:

Altså det handler lidt om, at der er nogen, der ved hvad man laver[...] Bare det, at jeg ikke føler, jeg sidder på en ø lidt for mig selv og kører mit eget løb.

Koordinatoren betoner følelsen af at være en del af et fællesskab i form af et team med specifikt fokus på målgruppen og lægger vægt på oplevelsen af at have kolleger, der forstår, hvad det er man siger, fordi man har "en fælles referenceramme" at tale ud fra,

som koordinatoren udtrykker det. Derudover fremhæver koordinatoren følelsen af ikke at sidde alene, ikke mindst i situationer, hvor der er behov for sparring i forhold til arbejdet med borgernes udfordringer:

Altså, vi har det der fællesskab omkring det. At der er nogen, man kan spørge. Det her det er godt nok lige svært, men hvad er det lige jeg stiller op med det? [...] Jamen så bruger jeg jo teamet.

Denne sparring, som ikke behøves opsøgt eksternt, men som er fast til rådighed, handler ikke mindst om muligheden for at få set på igangværende borgerforløb med forskellige faglige briller.

Erfaringer fra projektet viser, at teamkonstruktionen derudover tillader en spredning af arbejdsopgaverne, der betyder, at koordinatoren oplever følelsen af at have mere råderum i forhold til, hvor mange aktiviteter man har kunnet tilbyde i løbet af projektperioden set i forhold til projektets design. Da teamets tidsforbrug i den forbindelse ikke været afholdt af projektet, men er blevet finansieret lokalt i den enkelte kommune, har de ti timer i projektet kunnet reserveres til udvalgte kerneopgaver for koordinatoren.

Set over hele projektperioden viser erfaringerne, at forankringen i en teamstruktur, hvor både viden om borgerne samt om samarbejdspartnere deles, er med til at modvirke sårbarheden i koordinatorfunktionen, der ellers nemt kan opstå, når der skabes et projekt, hvor viden og kompetencer koncentrerer hos

netop én central person. I praksis har dette blandt andet vist sig i forbindelse med den løbende udskiftning af koordinatore i projektperioden. Som beskrevet har alle kommuner på nær én oplevet at skifte koordinator i løbet af projektperioden, og netop skiftet har medført, at det ofte blev oplevet som værende en hård transitionsperiode for den nye koordinator. Skønt cases er blevet gemt, og der er blevet arbejdet med at levere viden fra den afdgående koordinator til den nye, så viser projektet, at koordinatoren som var forankret i et team var mindre udfordret af denne problematik.

At forankre koordinationen og dermed arbejde med målgruppen i et team stiller imidlertid krav til intern kommunikation og planlægning. "Hvem gør hvad og hvorfor og hvordan", som koordinatoren selv beskriver det. I takt med, at flere faste arbejdsopgaver kan uddeles i teamet, stiger samtidig behovet for at sikre, at der fortsat er et centralt overblik over de enkelte borgers forløb, deres samtaler og en generel opfølgning i forbindelse med tilbage rapporteringen til arbejdsmarkedssektoren. Erfaringen viser, at anvendelsen af en koordinator forankret i en teamstruktur således må tage højde for den ekstra interne koordinerende dimension, som følger i kølvandet på de arbejdsopgaver, som ikke er placeret hos koordinatoren selv.

7.13 At koordinere i et ofte tværsektorielt felt

Fælles for alle koordinatorene i projektet er, at de i høj grad har oplevet at skulle samarbejde på et tværsektorielt plan. Oplevelsen

og udfordringerne ved at skulle håndtere et koordinerende arbejde med komplekse sundhedsforløb på tværs af sektorielle grænser er nøjere beskrevet i artiklen "Coordinating complex health problems: The practice of the narrative approach to coordinating public health for ethnic minority citizens in Denmark" (Ter-kildsen et. al 2013 Workpaper) og der for vil kun udvalgte pointer blive nævnt i denne rapport.

Fælles for erfaringerne fra projektet er, at koordinatoren hurtigt bliver afhængig af et velfungerende tværsektorielt samarbejde, når borgerens sundhedsproblematikker ikke længere blot begrænser sig til traditionelle biomedicinske problematikker, men, som vist i kapitel 5, opleves simultant at indeholde elementer af økonomiske, sociale samt psykologiske og fysiologiske forhold.

Samtidig viser det sig i praksis ofte som en krævende opgave at etablere og vedligeholde tværsektorielle forbindelser, som det ses i praksis i det præsenterede individuelle forløb (bilag 4), hvor mange kontakter skal opdyrkes, før koordinatoren finder en vej gennem systemet, ofte med et stort tidsforbrug som resultat.

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

arbejdere fra socialsektoren og fra arbejdsmarkedssektoren. I forbindelse med den anden afholdte interkulturelle medarbejderdag blev der i fællesskab arbejdet med at udpege udfordringer 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 en oplevelse 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 lykkes.

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 eksplicite kommunikationen omkring borgeren og gøre borgeren til et fælles projekt.
- At de fysiske møder løbende 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 alle-

rede 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.

Erfaringer viser at denne form for organisering kan være med til at sikre en tættere forståelse af hinandens arbejde med den fælles målgruppe, herunder en bedre forståelse af, hvilke muligheder og begrænsninger der er indeholdt i de enkelte sektorer. Samtidig opleves den fælles organisering at give et forum, hvor eventuelle forskelligheder og udfordringer grundet forskellig praksis kan italesættes, så de ikke blot behandles på et frontmedarbejderniveau, men på et ledelsesmæssigt niveau, hvilket muliggør et fælles ledelsesmæssigt blik på arbejdet med målgruppen. Et blik, som erfaringerne viser ofte opleves at gøre det daglige koordinerende arbejde omkring borgerne på tværs af sektorielle skel lettere i praksis på frontmedarbejderniveau.

Erfaringerne fra det formaliserede tværsektorielle samarbejde i Holstebro viser dog

samtidig, at en væsentlig præmis for det succesfulde samarbejde på tværs af sektorer afhænger af en konstant igangværende dialog om succeskriterierne for det fælles arbejde, da en manglende opmærksomhed på fælles succeskriterier ellers kan lede til frustration i det praktiske arbejde. I Holstebro kommune er der løbende blevet arbejdet med netop dette.

7.2 Koordinatoren i et personligt perspektiv

Ud over de udfordringer, som opstår på baggrund af forskellige tilgange til forankring af koordinatorposten som funktion, viser erfaringer fra projektet, at koordinatorrollen også kan vise sig krævende på det menneskelige plan, når udgangspunktet er et dybdegående arbejde med andres livsfortællinger på godt og ondt.

7.2.1 At være i en fortælling og et liv som professionel og samtidig et menneske: grænser

Som beskrevet i publikationen "En narrativ tilgang til sundhed" (Terkildsen & Wittrup 2013) bygger den narrative tilgang på et fælles skabende rum, hvor både den, der lytter og den, der fortæller i fællesskab er med til at skabe en fortælling. Hvor bevågenheden omkring brugen af samtaler som metode til at afdekke etniske minoriteters problemer ofte med god grund er på at skærme borgeren mod at oprippe gamle traumer, er der mindre bevågenhed på den person, der lytter til fortællingen. Erfaringer fra projektperioden

viser, at temaet som omhandler at undgå at re-traumatisere borgere i projektet, har fyldt meget. Erfaringerne viser samtidig, at det at være i en andens ofte traumatiske fortælling og bruge sig selv som et redskab har påvirket projektets koordinatore, om end i forskelligt omfang. En koordinator svarer på spørgsmålet, om der var ting, som borgerne havde svært ved at fortælle om: "Næh, det synes jeg egentlig ikke. Altså, der har været ting, der er svære at høre på" (Koordinator 5).

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 problematik, som i høj grad handler om koordinatorenes egne definerede grænser for det private og det professionelle.

For nogle af koordinatorene har denne grænsedragning ikke på forhånd været ekspliciteret i forhold til samtalerne, og disse har i løbet af projektperioden oplevet følelsen af at bære fortællingen videre i eget liv og har oplevet det hårdt at komme videre fra disse samtaler, som pludselig blev oplevet at have en plads uden for arbejdstiden.

En koordinator fortæller:

Altså, hvor den historie, den borger fortæller, er så indlevende og så fyldig for borgeren selv, at jeg bliver trukket med ind i den. Hvor jeg bliver – ja, jeg bliver jo ikke traumatiseret af den, men der er jo noget sekundær traumatisering, hver gang man

har en samtale med en borger, der er traumatiseret. (Koordinator 4)

Koordinatoren fortsætter om det at komme hjem fra en sådan samtale:

Det var sådan, at særligt den enes fortælling begyndte jeg simpelthen at drømme om, om natten. Altså, det var børn, der var slået og jeg ved ikke hvad. Det kunne jeg ikke – og børn der var efterladt i hjemlandet og den slags ting. Når det først begynder at være noget, jeg drømmer om natten, altså i form af mareridt og den slags ting, så tænker jeg, nej det dur ikke. (Koordinator 4)

Grænsen i samtalen kan til tider opleves hård, 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. At være mor kan således være en glimrende platform for at skabe fællesskab og forståelse i en fortælling, men det åbner samtidig for det potentielle dilemma, som netop er beskrevet, hvis ikke der opretholdes en professionel distance til moderskabet i den fortælling, man er en del af.

Dilemmaet opleves ikke lige stort af alle koordinatore i projektet. Skønt koordinatorene alle oplever at blive påvirket af fortællinger-

ne, så vælger nogle helt eksplicit at skabe en distance til fortællingerne som værende et professionelt domæne, en distance, som ofte bygger på en faglig erfaring med det at sidde i svære situationer.

En koordinator udtaler om fortællinger, der kommet med hjem:

Ja det har jeg, men det er ikke sådan, at det har ødelagt min nat-søvn. Men mere, at det har kørt lidt i baghovedet.[...]Altså, jeg har også arbejdet med syge og døende i mange, mange år, og man kan ikke overleve i det her, hvis man ikke kan lukke af. Altså, jeg har også arbejdet på intensiv, hvor vi jo så død og alvorlig sygdom hver eneste dag, og hvis ikke man kan lægge det fra sig, når man går hjem, så kan man ikke arbejde i det. (Koordinator 1)

En anden koordinator betoner sin strategi som en differentiering mellem det at kunne anerkende en tragedie og det at ville overtage den: "Anerkendelse for, at det faktisk er pinefuldt at være der, samtidigt med at det faktisk er deres opgave at komme ud af det" (Koordinator 3).

Uanset tilgang har det vist sig vigtigt i projektperioden at anerkende, at fortællingerne har potentialet til at sætte sig fast hos den enkelte koordinator, og at det i den forbindelse er vigtigt at have et sted at diskutere denne problematik, hvis den skulle opstå. Dette vil blive belyst nærmere senere i dette afsnit.

Fortællingerne i sig selv er ikke det eneste sted, hvor det kan vise sig svært at være koordinator. Andre dilemmaer, som handler om den menneskelige følelse af at svigte og blive svigtet, når man som koordinator arbejder med sårbare etniske minoriteter med komplekse sundhedsproblematikker, har vist sig i løbet af projektperioden.

7.22 At føle at man svigter

I kapitel 6 nævnes situationer, hvor der undervejs ikke viser sig hverken fremgang eller steder at gå hen, når en afslutning på et forløb nødvendigvis nærmer sig i horisonten. Denne situation skaber ikke blot et tomrum for borgeren, som måske ikke oplever at komme i mål, den opleves også i visse situationer som værende kilden til frustration hos den enkelte koordinator. En frustration, der opleves at stille den enkelte koordinator i et personligt dilemma.

Ganske som det at gå ind i en andens fortælling, i fællesskab med denne prioritere i udfordringerne og sammen kigge på en fælles intervention, som skal rykke denne problematik mod en større klarhed kan skabe en følelse af fælles succes for både borger og koordinator, så kan uafklaretheden mod slutningen af et forløb opleves som et personligt svigt hos den koordinator, som sammen med borgeren gik ind i fortællingen med henblik på at hjælpe. Blandt flere koordinators opleves den fælles fortælling som værende en stærk tillid, der vises fra den enkelte borger, og deri opstår nemt en følelse af forpligtelse, som kan munde ud i en personlig frustration,

såfremt man som koordinator ikke føler, at man kan returnere den tillid, der er blevet vist.

En koordinator fortæller:

Der hvor jeg synes, det har været rigtig svært, når jeg kom hjem, det er, når det, der er problemet, er, der er ingen der kan hjælpe med det. Det er når kommunen ikke har det, der skal til. Sygehuset og den praktiserende læge ikke har det der skal til. Netværket ikke har det der skal til. Det er mennesker, der er... på grund af noget, de har været udsat for, har mistet tilliden til andre mennesker. Og så kommer der andre mennesker, der skal, der skal hjælpe dem, og de [borgerne] viser dem tillid og åbner sig over for dem i første hug, og så er man ikke sikker på, man kan hjælpe dem. Det synes jeg, det er urimelige vilkår, ja. (Koordinator 3)

En anden koordinator tilføjer om det at føle, at man ikke kunne give det, borgeren havde brug for:

Så føler man sig utilstrækkelig. Jeg har ikke kunnet komme med nogen ting som – hvor jeg tænker, at det kunne hjælpe dig i dit liv [...] Men jeg tror, at det er en del af at være sygeplejerske, det at man hele tiden skal kunne komme med løsninger. Kunne

behandle, så tingene på den ene eller anden måde bliver bedre. Så når man møder situationer, hvor man ikke kan det, så kan jeg godt føle mig utilstrækkelig. (Koordinator 5)

En tredje koordinator tilføjer:

"Et eller andet sted kommer jeg til at holde af dem, fordi jeg er så tæt på dem" (Koordinator 4).

Følelsen af utilstrækkelighed forstærkes, hvis borgeren tilbydes noget, som han eller hun ikke ønsker at tage imod.

En koordinator fortæller om en borger, hvis mand har problemer med sygdom. Manden har tidligere været i et forløb:

Men nogen gange har jeg fanget hende, hvor jeg så forsøger at ville snakke med hende om hendes mands sygdom. Men hun ignorerer det hele tiden, og det synes jeg er svært. Vil hun da bare tage imod den viden, jeg kan give hende, så jeg kan hjælpe hende videre. (Koordinator 2)

Som ovenstående erfaringer fra projektet viser, kan det nære arbejde med borgerne i praksis nemt lægge et pres på den enkelte koordinator, hvis ikke der fra begyndelsen er formuleret en meget klar grænse for den personlige forpligtelse. En grænse, som i dette projekt i perioder blandt nogle koordinators har været oplevet som flydende grundet pro-

jektets status som udviklingsprojekt, hvilket implicit giver et behov for at følge sager så langt, som de overhovedet kan følges for at dokumentere, hvori udfordringerne for den enkelte består.

Udfordringerne, som er nævnt i de to foregående afsnit, er løbende blevet behandlet i projektperioden. Erfaringerne fra projektet viser, at det uanset tilgang og personlighed kan være svært helt at undgå i forskellig grad at blive konfronteret med ovenstående udfordringer, når rammen er den narrative tilgang, som den er i projektet. Erfaringerne viser således, at adgangen til faglig og kollegial sparring er vigtig for den enkelte koordinator, hvis udfordringerne skulle melde sig.

I projektet har de deltagende koordinators gennem projektperioden haft åben adgang til sparring fra projektledelsen samt sparring fra de øvrige koordinators i forbindelse med afholdelsen af netværksmøder og videokonferencer, og derudover har koordinators i forskellig grad benyttet sig af lokal sparring i form kolleger og netværk, om end sparringen ikke nødvendigvis har været af formaliseret karakter. Erfaringer fra projektet viser, at skønt sparringen generelt har været oplevet som positiv i projektet, så ville der med fordel kunne etableres en lokal supervisionsordning for i endnu højere grad at imødekomme de problematikker, som er beskrevet ovenfor.

7.3 At være koordinator i et netværk: sparring i projektet

Gennem hele projektperioden har der som tidligere beskrevet været afholdt netværksmøder for de kommunale koordinators.

Netværksmøderne har været suppleret af et online password-beskyttet diskussionsforum, hvor sager har kunnet tages op i løbet af projektperioden, dog uden brug af personfølsomme oplysninger, og hvor refleksioner og eksempler på generelle tilbud i de enkelte kommuner har kunnet lægges frem til fælles diskussion. Brugen af dette internetforum, Wiki, er dog dalet i takt med projektets fremskridt, da det har været oplevet som værende svært at afsætte tid til. Internetsiden har derfor primært været anvendt som et opbevaringssted for projektets metoder, relevante pædagogiske materialer samt artikler omkring arbejdet med etniske minoriteters sundhed. Efter forespørgsel fra de interkulturelle koordinators er der i 2012 tilføjet videokonferencer i de måneder i projektet, hvor der ikke har været afholdt netværksmøder. Dermed har koordinators som udgangspunkt haft et fælles diskussionsforum én gang om måneden. Dagsorden til de enkelte videokonferencemøder er blevet udarbejdet af koordinators fra gang til gang.

Ser man nærmere på koordinatorsnes erfaringer med at være i et netværk, spores der en udtalt tilfredshed, både med det interkulturelle netværk og de dertil hørende møder. Netværket, som koordinatorsne har været en del af, har i løbet af projekt perioden vist sig at være en vigtig platform for koordina-

torerne. Erfaringer fra koordinatorene viser, at netværket har givet følelsen af at have et sted, hvor man kunne få inspiration til den daglige praksis, og samtidig få bekræftelse og sparring, når sagerne viste sig særligt komplekse, ikke blot på et fagligt, men også et personligt plan.

En koordinator udtaler om det at være i en fast netværksgruppe:

Dejligt at høre, at der også var andre der, der tænkte: Det her det kan jeg overhovedet ikke finde ud af. Og så kunne vi i fællesskab finde ud, at det kunne vi måske godt alligevel. (Koordinator 4)

En anden koordinator tilføjer om det faglige perspektiv:

Så det synes jeg, at jeg har rigtig meget glæde af. Jeg har især haft - altså i forhold til at tænke fremad, rigtig meget glæde af det arbejde, de andre laver. Hvor jeg tænker, at det giver rigtig meget mening at prøve at arbejde, som hun gør. (Koordinator 5)

Som beskrevet har netværket ikke kun tilvejebragt faglig sparring. Det har ligeledes fungeret som et forum, hvor også sammensmeltningen af faglige og mere personlige udfordringer i forhold til det at koordinere komplekse forløb for borgere har kunnet diskuteres.

En koordinator udtaler:

Jamen, det har bestemt været rart at møde nogen, der arbejder med det samme. Og høre nogle af deres historier og også finde ud af, jamen altså, de har heller ikke kunnet frelse alt og alle, havde jeg nær sagt. Altså, nogle af de ting, der har været svært for mig, det er også noget af det, der har været svært for de andre, ikke. (Koordinator 1)

En anden koordinator tilføjer enigt:

"Når vi har været sammen, så har det simpelthen været livlinen" (Koordinator 3).

For flere af koordinatorene har netværket med andre ord ikke blot udfyldt en faglig sparringsrolle, men også en personlig sparringsrolle i mange af de situationer, hvor det har været oplevet som svært at sidde med en konkret borgercase.

Skønt netværket i forbindelse med netværksmøderne og videokonferencerne har ageret som et væsentligt sparringsforum for koordinatorene, hvor man har kunnet spejle sig i hinandens praksis og søge støtte til udfordringer, som er fundet svære, så opleves der fortsatte udfordringer ved netværket i det daglige arbejde. Nogle koordinators betoner følelsen af at mangle en "hotline" til hinanden i en travl dagligdag, når der ikke er netværksmøder eller videokonferencer i kalenderen. Et perspektiv, man med fordel kunne arbejde med at videreudvikle.

Selvom netværket har vist sig at fungere som både en personlig og faglig sparringsplatform, og koordinatorene derudover har kunnet sparre løbende med projektledelsen både telefonisk og gennem deltagelse i forløb i kommunerne, så efterspørges der stadig blandt koordinatorene en mere formaliseret supervision i forhold til den daglige praksis, som med fordel ville kunne tænkes ind allerede fra projektets start.

Som beskrevet tidligere er der i løbet af projektperioden blevet indføjet videokonferencer for at mindske tiden mellem at koordinatorene møder hinanden. Skønt der har været stort tilfredshed med brugen af videokonferencer, foretrækkes fysiske møder, da de opleves at give en større følelse af fællesskab end de møder, hvor man, skønt man kan se hinanden, er adskilt geografisk.

8. Et epidemiologisk blik på borgernes sundhed

8.1 Selvvurderet helbred og funktionsevne

For at måle effekten af de forløb, der er tiltælagt for borgerne i Interkulturel Sundhedsfremme & Rehabilitering, har borgerne udfyldt et spørgeskema omhandlende selvvurderet helbred og funktionsevne ved sundhedsforløbets start og afslutning samt ni måneder efter afslutning. Spørgeskemaerne har været tilgængelige på dansk og i en sprogversioneret udgave 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 udfyldning af skemaerne kunnet få hjælp og støtte af den interkulturelle koordinator.

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

8.11 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand. Menneskers egen vurdering af deres helbredstilstand er et væsentligt mål for en befolkning eller målgruppes helbredstilstand.

Selvvurderet helbred kan betragtes som personens opsummering af en række helbredsforhold, der ikke beskrives udtømmende ved en opstilling 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 netop dokumenteret, at personer med dårligt selvvurderet helbred har øget risiko for en række kroniske sygdomme og derfor øget risiko for brug af sundhedsvæsenet, 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 (Idler & Benyamini 1997). 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 ikke blot de sundhedsmæssige, men også de sociale og arbejdsmæssige forhold, som er skitseret ovenfor.

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

Skalaer	Lavest mulige score	Højest mulige score
Fysisk funktion (PF)	Er meget begrænset i udførelsen af almindelige fysiske aktiviteter, så som at støvsuge, cykle og gå op ad trapper	Udfører almindelige fysiske aktiviteter, så som at støvsuge, cykle og gå op ad trapper
Fysisk betingede begrænsninger (RP)	Har problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål pga. det fysiske helbred	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller andre daglige gøremål pga. det fysiske helbred
Fysisk smerte (BP)	Har smerter som vanskeliggør daglige gøremål meget	Er ikke begrænset af smerter
Alment helbred (GH)	Vurderer sit eget helbred som dårligt	Vurderer sit eget helbred som fremragende
Energi (VT)	Har ingen energi	Er fuld af energi
Social funktion (SF)	Har svært ved at se andre mennesker pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer	Har ingen problemer med at se andre mennesker pga. fysiske eller følelsesmæssige helbredsproblemer
Psykisk betingede begrænsninger (RE)	Har svært ved at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer	Har ingen problemer med at udføre sit arbejde eller daglige gøremål pga. følelsesmæssige problemer
Psykisk trivsel (MH)	Føler sig trist til mode og anspændt hele tiden	Føler sig rolig, afslappet og glad hele tiden

Tabel 1: Skalaer i SF-12

8.12 Fysisk og psykisk funktionsevne

Fysisk og psykisk funktionsevne er målt ved Short Form 12 Health Survey, version 2 (SF-12). SF-12 er et generisk, det vil sige et ikke-sygdomsspecifikt, mål, der beskriver helbredsrelateret livskvalitet og funktionsevne. SF-12 er udviklet i USA og efterfølgende valideret i en række lande, herunder Danmark.

SF-12 består af 12 spørgsmål, der sammenfattes i otte skalaer. De otte skalaer beskriver fysiske, psykiske og sociale sider af livskvalitet og funktionsevne. Tilsammen tegner de en funktionsprofil af en person eller en gruppe. SF-12 er en kortere version af SF-36. SF-12 indeholder grundlæggende de samme informationer som SF-36, blot målt med en mindre grad af præcision.

Fire skalaer beskriver fysisk funktionsevne og den generelle helbredstilstand. Det er skalaerne Fysisk funktion, Fysisk betingede begrænsninger, Fysisk smerte og Alment helbred. Fire skalaer beskriver psykisk og social funktionsevne og den psykiske helbredstilstand. Det er skalaerne Energi, Social funktion, Psykisk betingede begrænsninger og

Psykisk trivsel. De otte skalaer er beskrevet i tabel 1.

For hver af de otte skalaer udregnes en score (0-100) for den enkelte respondent. Det vurderes, om der er sket en ændring for hver af de otte skalaer på baggrund af en signifikant test.

8.2 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 2 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 3 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.

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 2: Andel der har besvaret spørgeskemaet ved de 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 for-

løbene 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 5 eller flere børn. En overvægt af deltagerne er af tyrkisk, somalisk, srilankansk eller libanesisk herkomst.

	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

Table 3: Frafaldstabel

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.

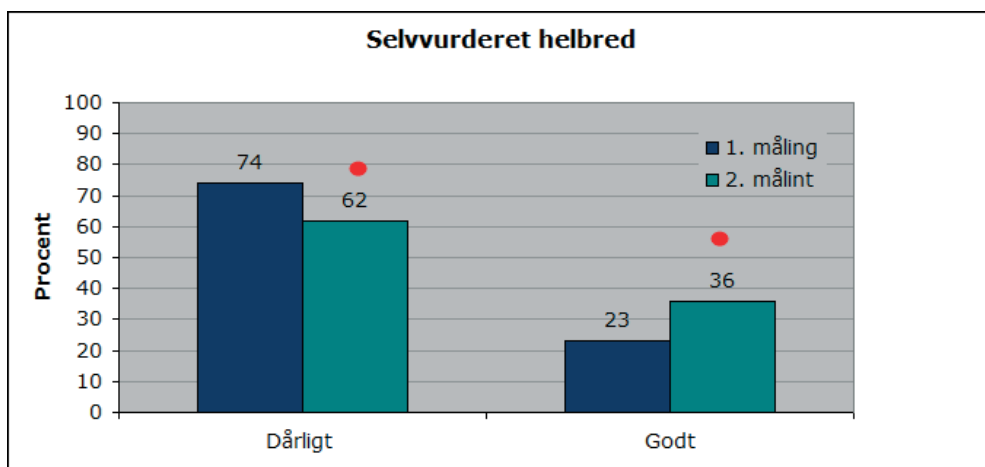
For at kunne udarbejde en effektevaluering er det nødvendigt med minimum to målinger. Det er derfor valgt, at de deltagere, som indgår i analyserne, er de 98 personer, som har besvaret første og anden måling.

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.

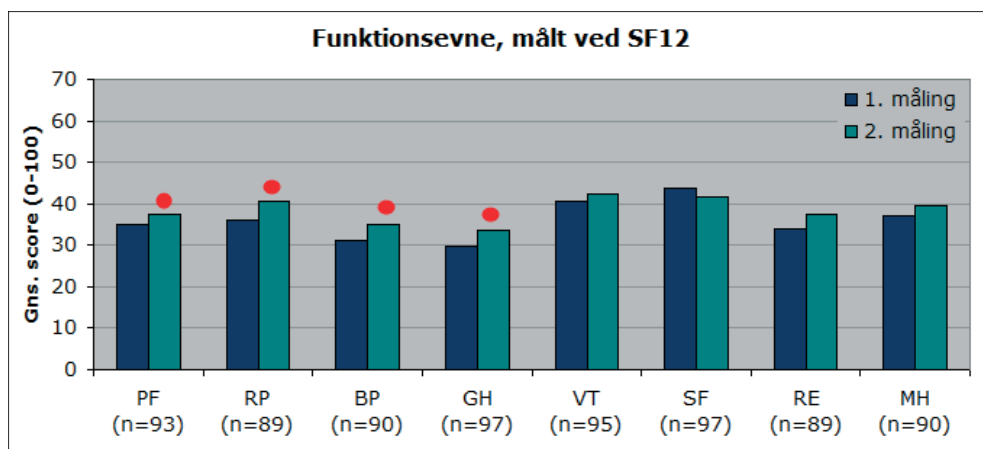
8.3 Referencegruppe

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

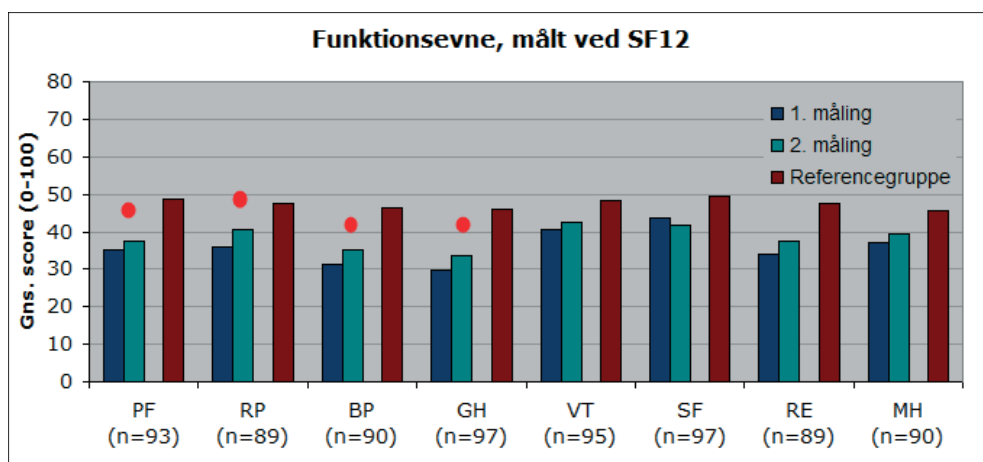
Som referencegruppe anvendes data fra den eneste eksisterende sundhedsprofil for etniske minoriteter. Sundhedsprofilen er baseret på data fra en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse til indvandrere fra Eksjugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet samt efterkom- mere af 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.



Figur 1: Selvvrderet 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

8.4 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 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 betingede begrænsninger (RP), Fysisk smerte (BP) og Alment helbred (GH).

I figur 3 indgår referencegruppen ligeledes i figuren, som ellers indeholder 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.

8.5 Resultaterne sammenfattet

Ser man sammenfattende på resultaterne fra projektet, kan en signifikant forbedring af borgernes selv vurderede helbredstilstand 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. Udover den signifikante forbedring af selv vurderet helbred og fysisk funktionsevne ses samtidigt en tendens der peger mod en generel forbedring af borgernes psykiske funktionsevne. Sam-

menholder man resultaterne med projektets udgangspunkt, kan man konkludere, at projektets formål om at forbedre deltageres 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 selv vurderet helbredstilstand, 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.

8.6 Borgere, der forsvandt ud af projektet – hvad skete der?

Ser vi deskriptivt nærmere på de deltagere som er forsvundet ud af projektet i projektperioden, kan vi konstatere flere forskellige årsager til dette frafald. Nogle borgere har i løbet af forløbene skiftet telefonnummer og er således kontaktmæssigt forsvundet fra

projektet, og selv efter brevmæssig kontakt har det ofte ikke været muligt at få reetableret kontakten. Nogle borgere har aftalt tid til samtale, men er ikke mødt op, og selv efter gentagne forsøg på at afholde den opfølgende samtale er borgeren udeblevet uden begrundelse. Andre borgere er flyttet fra kommunen i projektperioden. En enkelt borger er forsvundet ud af projektet, men er siden dukket op igen, dog nu med en fremskreden demens. Ser man samlet på denne gruppe kan man dog konstatere at disse borgere udgår en lille del af den samlede gruppe. Det samlede frafald er 14 %, hvilket må betegnes som tilfredsstillende.

8.7 At måle sundhed blandt sårbare målgrupper – metodiske udfordringer

Skønt projektet således målrettet har arbejdet med at måle på borgernes sundhed både før og efter den fælles prioriterede indsats ved hjælp af spørgeskemaer, og med støtte fra både tolk og koordinator, såfremt det viser sig nødvendigt, så viser erfaringerne fra projektet, at det at anvende standardiserede og validerede spørgeskemaer blandt målgruppen har været en større udfordring end først antaget. Dette skønt SF-12 tidligere er anvendt med stor succes blandt etniske minoriteter i forbindelse med den etniske sundhedsprofil. Udfordringerne ved anvendelsen af spørgeskemaerne falder inden for en række forskellige kategorier, men viser samlet et billede af et område med et stort potentiale for en videre udvikling, såfremt man ønsker at opnå en større viden om etniske minorite-

ters sundhed. Udfordringerne ved dataindsamlingen spænder bredt.

Sproglige udfordringer tæller som den væsentligste af udfordringerne ved anvendelsen af selvvurderede helbredsskemaer (SF12) i projektet. Erfaringer fra projektet viser, at mange borgere finder sproget svært tilgængeligt i spørgeskemaerne. Dels drejer udfordringerne sig om enkelte ord, som synes svære at forstå, svarkategorierne, som synes komplekse, når de er graduerede, og dels opfattes længden af nogle af spørgsmålene som værende hæmmende for borgernes evne til at svare på spørgeskemaerne.

En koordinator fortæller:

Jeg har oplevet, når jeg har snakket med folk (den narrative samtale), som jeg kender rigtig godt, når de så skal udfylde den. Så udfylder de den omvendt.[...] (eksempel på en borger på et hold) Der står han har det super godt, hvor han har det elendigt. (Koordinator 3)

Udfordringerne har været søgt imødekommet ved hjælp af brugen af tolke, brugen af sprogversionerede spørgeskemaer samt ved brugen af koordinatoren som en støttefunktion ved udfyldelse af spørgeskemaerne.

Brugen af tolkene har dog ikke elimineret udfordringerne ved brug af spørgeskemaerne. Flere tolke har i løbet af projektperioden meddelt, at de fandt skemaerne svære at oversætte fra dansk til det sprog, de var indkaldt til at tolke på. Flere tolke meddelte, at det specielt blev oplevet svært at oversætte de lange spørgsmål, hvorimod de kor-

te spørgsmål var lettere tilgængelige. Flere tolke fandt spørgsmålene abstrakte, hvilket gav dem udfordringer, når de skulle forsøge at konkretisere de oversatte spørgsmål for borgeren: "Det er altså ret svært det her! Jeg har haft dem med hjemme og vise til folk, som er født i Danmark, og de syntes også, de var svære. Når de skal oversættes, bliver det ikke nemmere", som en tolk pludselig udbryder, mens hun sidder med en ældre dame og gennemgår et SF-12-skema.

Hvorvidt spørgeskemaerne reelt er for svære, kan denne undersøgelse ikke svare på, blot må det konstateres, at skønt tolke støtter i udfyldelsen af skemaerne, viser brugen af SF-12 sig stadig som en kompliceret affære.

Brug af tolke har desuden været forhindret i de tilfælde, hvor borgeren af personlige årsager ikke har ønsket at have en sådan til stede som beskrevet i kapitel 5.

For at imødekomme den sproglige udfordring er der som beskrevet tidligere i projektet anvendt sprogversionerede spørgeskemaer.

Skønt dette klart har øget muligheden for en sikker besvarelse hos udvalgte borgere, så gælder det langt fra alle borgere. Flere borgere har vist sig at have svært ved at læse deres eget sprog og har således stadig været afhængige af enten tolke eller koordinatoren til at besvare spørgeskemaet. Nogle koordinører har oplevet, at tolkene havde svært ved eksempelvis at læse det skrevne sprog i spørgeskemaerne. Sprogversionerede skemaer har derudover ikke været tilgængelige på alle sprog i løbet af projektperioden.

For koordinørerne er udfordringerne

med spørgeskemaernes lange spørgsmål for søgt imødekommet gennem ekstra støtte til udfyldelse ofte med forsøg på at konkretisere abstrakte betegnelser. I praksis har det betydet, at koordinørerne ofte har måttet stille mange uddybende spørgsmål for at få borgeren til at forstå det oprindelige spørgsmål.

Som eksempel har spørgsmålet "I de seneste fire uger, hvor stor en del af tiden har du udført arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt end du plejer på grund af følelsesmæssige problemer som eksempelvis angst eller depression?" flere gange i praksis skulle følges op af koordinatoren med eksempler på, hvad daglige aktiviteter eksempelvis kunne være og hvad spørgsmålet mente med "omhyggeligt". Præsenteret for fem graduerede svarkategorier har koordinatoren ofte igen været nødt til at give eksempler på, hvad distinktionen mellem svarene 1) hele tiden, 2) det meste af tiden, 3) noget af tiden, 4) lidt af tiden og 5) på intet tidspunkt kunne betyde i en konkret praksis ved f.eks. at erstatte de abstrakte begreber arbejde og aktiviteter med konkrete eksempler som tøjvask og madlavning.

Skønt dette har gjort det muligt for nogle borgere at besvare spørgeskemaet, har det samtidig skabt en metodisk problematik, idet man kan spørge, om borgerne i disse har svaret på de samme spørgsmål?

At bruge spørgeskemaerne som en afslutning på en narrativ samtale er blevet oplevet som både værende udfordrende, men samtidig også som noget, der har kunnet bringe nye perspektiver på banen i forhold til at få en indsigt i den enkelte borgers liv.

Brugen af spørgeskemaerne har været udfordrende, fordi spørgeskemaets placering i slutningen af samtalen i mange tilfælde har betydet, at borgerne ofte er "møre efter en lang samtale", som en koordinator udtrykker det (Koordinator 4), og derfor måske ikke har tålmodigheden eller energien til at gennemføre spørgeskemaet. Koordinatorerne har i disse situationer været nødt til at gennemføre spørgeskemaet ved en senere lejlighed. Nogle koordinators har oplevet, at spørgsmål om fysisk og psykisk helbred har følt som en negligering af det narrative, man netop har bygget op omkring fremtiden og ressourcer. Som om det positive rum, der lige var bygget op med borgeren omhandlende håb og ønsker, igen blev væltet med et fokus på udfordringer i hverdagen.

Andre har omvendt oplevet, at SF-12 og spørgsmål om baggrundsoplysninger har igangsat en ny refleksion, som måske har manglet i løbet af narrativet. At spørgeskemaet har været med til at bringe nye perspektiver frem, som efterfølgende har kunnet tages op og arbejdes med.

Manglende overensstemmelse mellem det, der fortælles i narrativet og det, der svares i det efterfølgende spørgeskema, har også for nogle været anledningen til at starte en

snak, som ellers forinden havde vist sig svær at starte, som en koordinator udtrykker det:

Der er nogle borgere, hvor det ikke har været så nemt at trække noget ud af dem i løbet af samtalen, og man så kommer med et meget konkret skema. Hvis nu borgeren siger (i samtalen), jamen det går fint (...) men når man så besvarer spørgeskemaet, jamen hvor tit har du så været trist inden for de sidste fire uger, og borgeren så svarer hele tiden, så går det jo ikke fint. Så er det jo, man kan spørge ind (...) så på den måde kan de være en samtale-åbner. (Koordinator 4)

For de mere ressourcestærke borgere i projektet, hvor borgerens beherskelse af det danske sprog har været bedre, har udfordringerne ved brugen af SF-12 været mindre end i de beskrevne eksempler ovenfor.

Samlet peger erfaringerne fra projektet på, at der eksisterer et behov for, at der arbejdes videre med metodiske redskaber, som i endnu højere grad vil sikre, at etniske minoriteter kan deltage i sundhedsmålinger baseret på spørgeskemaer.

9. 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 rapport 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 interaktioner med verden. En dimension, som ikke blot er nødvendig at erkende i et overordnet perspektiv, men som samtidig fordrer en reel borgerinvolvering på borgernes 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 borgernes 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. Projektet 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 narrativ, 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 socialektoren. 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.

Litteraturliste

- Antonovsky, Aaron (2000) "Helbredets Mysterium", Hans Reitzels Forlag.
- Barth, Fredrik (1985) "Balinese Worlds", The University of Chicago Press.
- Bruner, Jerome (2004) Life as Narrative. *Social Research*, 71(3, "Social Research" at Seventy), pp. 691-710.
- Folmann, N.B. & T. Jørgensen (2006) *Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet – et registerstudie*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Geertz, Clifford (2000) "The interpretation of cultures", Basic Books.
- Grøn, Lone (2007). *Krop og hverdag i forandring. Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdag*. Vejle Amt.
- Horsdal, Marianne (1999) "Livets fortællinger – en bog om livshistorier og identitet", Borgens Forlag.
- Idler, E.L. & Benyamini Y. (1997) "Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies". *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21-37.
- Jackson, Michael (2006) "The Politics of Storytelling. Violence, Transgression and Intersubjectivity" Museum, Tusculanum Press.
- Jacobsen, E.T. et.al. (2004) *Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen – rapport fra et pilotprojekt*. København: DSI.
- Jensen T.K., Johnsen T.J. 2000. *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus: Philosophia.
- Jöhnke, Steffen (1995) "Hvis Kultur?", København: Hiv-Danmark.
- Kleinman, A., (1981). *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Lilledal, Inger-Marie C. "Fortællinger om forældreskab – på tværs af kultur og etnicitet" UFC Børn og Unge 2004.
- Lock, Margaret; Nguyen Vihn-Kim., 2010. *An anthropology of biomedicine*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Mattingly, Cheryl (2005) "Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi" i *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* årg. 2, nr 2.
- Mattingly, Cheryl (1998) "Healing Dramas and Clinical Plots. The narrative structure of Experience", Cambridge University Press.
- Marselisborgcentret (2004) "Rehabilitering i Danmark: hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" Marselisborgcentret, Aarhus.

-
- Mogensen, Hanne O. (2005) "Det Narrative Omdrejningspunkt", i *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* årg. 2, nr. 2.
- Nielsen, S.S., & Krasnik, A., (2010) 'Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: A systematic review' *International Journal of Public Health*, 55: 357-71.
- Nielsen, Annette S.; Mogensen, Hanne O. (2007) "Kultur møder i Sundhedsvæsenet – migration, kategorisering og kompleksitet" i *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* årg. 4, nr. 7.
- Nielsen, Annette.S. (2005) *Smertelige erfaringer – en antropologisk analyse af migrantkvinders fortællinger om sygdom, marginalisering og diskursivt hegemoni*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab.
- Ochs, Elinor.; Capps, Lisa., (1996). Narrating the Self. *Annual Review of Anthropology*, 25, pp. pp. 19-43.
- Ochs, Elinor.; Capps, Lisa, (2001) "Living Narrative. Creating Lives in Everyday Storytelling" Harvard University Press.
- Peacock, James L.; Holland, Dorothy C.(1993) "The Narrated Self: Lifestories in Process" *Ethos*, Vol. 21 nr.4 pp.367-383.
- Risør, M.B. (2005). "Sundhedsfremme og forebyggelse". I: *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 3.
- Risør, M.B. 2003. "Practical Reasoning as Everyday Knowledge – Health, Risk and Lifestyle in Health Promotion and the Everyday Life of Pregnant Smokers". I. *FOLK*, vol. 45.
- Schulze, S. et. al. (2007) *Etniske minoriteters oplevelser i mødet med det danske sygehus*. København: Region Hovedstaden.
- Seeberg, Jens (1996) "Det er nok noget kulturelt" *Sygeplejersken* ed.33 30-33.
- Singhammer, John (2008) *Etniske minoriteters sundhed*. Center for Folkesundhed:Region Midtjylland.
- Steffen, Vibeke. (red.). (2007): *Sundhedens veje – grundbog i sundhedsantropologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Terkildsen, Morten & Wittrup, Inge (2013) "En narrativ tilgang til sundhed", *Folkesundhed & Kvalitetsudvikling*, Region Midtjylland.
- Terkildsen, Morten; Wittrup, Inge; Bureau, Viola (2013) "Coordinating complex health problems: The practice of the narrative approach to coordinating public health for ethnic minority citizens in Denmark", Workpaper.
- Wittrup, I (2008) *InterMultiFemina – en antropologisk analyse af etniske minoritetskvinders narrativer om sundhed og trivsel*. Århus: Region Midtjylland.
- WHO (1947) Constitution of the World Health Organization. Chronicle of the World Health Organization, Annex 1. WHO, 1947.

Bilag 1 SF12

011150

Selvurderet helbred og funktionsevne

Nu stiller jeg nogle spørgsmål om forhold som kan have betydning for dit helbred
Det første spørgsmål er om dit helbred lige nu.

1. Generelt, vil du sige at dit helbred er:?

(Læs svar kategorierne op...)

- Fremragende 1
- Vældig godt 2
- Godt 3
- Mindre godt 4
- Dårligt 5

2. Begrænser dit helbred dig i at udføre lettere aktiviteter som f.eks. at flytte et bord eller støvsuge?

(Til int: Hvis IP nævner at han/hun ikke udfører aktiviteten – spørg da om det er pga. helbredsproblemer)

- Ja, meget begrænset 1
- Ja, lidt begrænset 2
- Nej, slet ikke begrænset 3

3. Begrænser dit helbred dig i at gå flere etager op ad trapper?

(Til int: Hvis IP nævner at han/hun ikke udfører aktiviteten – spørg da om det er pga. helbredsproblemer)

- Ja, meget begrænset 1
- Ja, lidt begrænset 2
- Nej, slet ikke begrænset 3

1

I de næste to spørgsmål vil jeg spørge om dit fysiske helbred og dine daglige aktiviteter indenfor de seneste 4 uger

4. Indenfor de seneste 4 uger, hvor stor en del af tiden har du nået mindre end du gerne ville på grund af dit fysiske helbred?

(Læs svar kategorierne op...)

- Hele tiden 1
- Det meste af tiden 2
- Noget af tiden 3
- Lidt af tiden 4
- På intet tidspunkt 5

5. Hvor stor en del af tiden indenfor de seneste 4 uger har du været begrænset i dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?

(Læs svar kategorierne op...)

- Hele tiden 1
- Det meste af tiden 2
- Noget af tiden 3
- Lidt af tiden 4
- På intet tidspunkt 5

I de næste tre spørgsmål vil jeg spørge om dine følelser og dine daglige aktiviteter indenfor de seneste 4 uger

6. I de seneste 4 uger, hvor stor en del af tiden har du nået mindre end du gerne ville på grund af følelsesmæssige problemer som f. eks depression eller angst?

(Læs svar kategorierne op...)

- Hele tiden 1
- Det meste af tiden 2
- Noget af tiden 3
- Lidt af tiden 4
- På intet tidspunkt 5

2

131

7. I de seneste 4 uger, hvor stor en del af tiden har du udført dit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt end du plejer på grund af følelsesmæssige problemer som f. eks depression eller angst?

(Læs svar kategorierne op...)

- Hele tiden 1
- Det meste af tiden 2
- Noget af tiden 3
- Lidt af tiden 4
- På intet tidspunkt 5

8. Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysiske smerter vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde udenfor hjemmet og husarbejde)?

(Læs svar kategorierne op...)

- Slet ikke 1
- Lidt 2
- Noget 3
- En hel del 4
- Virkelig meget 5

De næste spørgsmål handler om hvordan du har haft det følelsesmæssigt indenfor de seneste 4 uger

9. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du følt dig rolig og afslappet?

(Læs kun svar kategorierne op hvis det er nødvendigt...)

- Hele tiden 1
- Det meste af tiden 2
- Noget af tiden 3
- Lidt af tiden 4
- På intet tidspunkt 5

10. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du været fuld af energi?

(Læs **kun** svar kategorierne op hvis det er nødvendigt...)

- Hele tiden 1
- Det meste af tiden 2
- Noget af tiden 3
- Lidt af tiden 4
- På intet tidspunkt 5

11. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du følt dig trist til mode?

(Læs **kun** svar kategorierne op hvis det er nødvendigt...)

- Hele tiden 1
- Det meste af tiden 2
- Noget af tiden 3
- Lidt af tiden 4
- På intet tidspunkt 5

12. Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

(Læs svar kategorierne op....)

- Hele tiden 1
- Det meste af tiden 2
- Noget af tiden 3
- Lidt af tiden 4
- På intet tidspunkt 5

Bilag 2 Baggrundsoplysninger

Supplerende baggrundsoplysninger

1. Hvor mange år har du boet i Danmark? _____ år

2. Hvor mange års uddannelse har du fra skoler?

	I Danmark	Udenfor Danmark
Har ikke gået i skole	—	—
1 til 7 år	—	—
8 til 10 år	—	—
11 til 13 år	—	—
14 til 16 år	—	—
17 år eller mere	—	—

3. Har du fuldført en erhvervsuddannelse?

	I Danmark	Udenfor Danmark
Har ikke fuldført uddannelse	—	—
Et eller flere kortere kurser	—	—
Faglært inden for håndværk, handel, kontor m.v.	—	—
Kort videregående uddannelse, under 3 år	—	—
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år	—	—
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år	—	—
Anden uddannelse	—	—

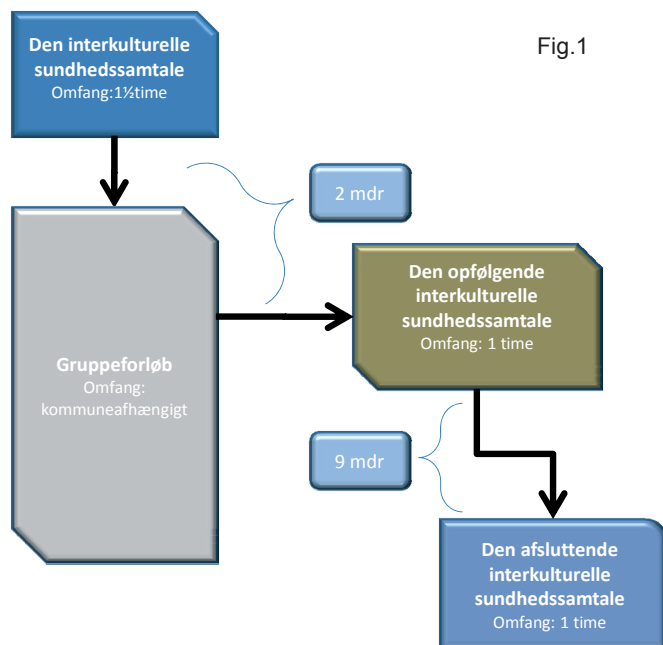
Skriv hvilken

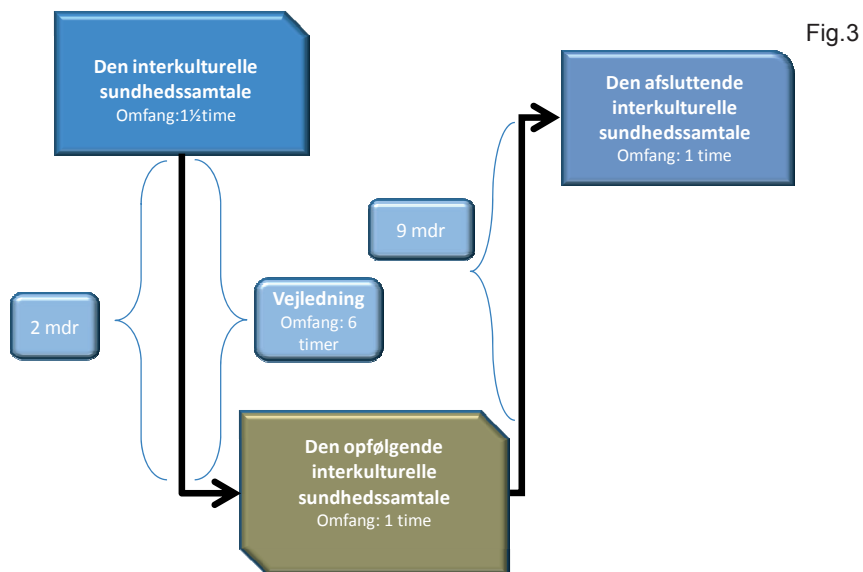
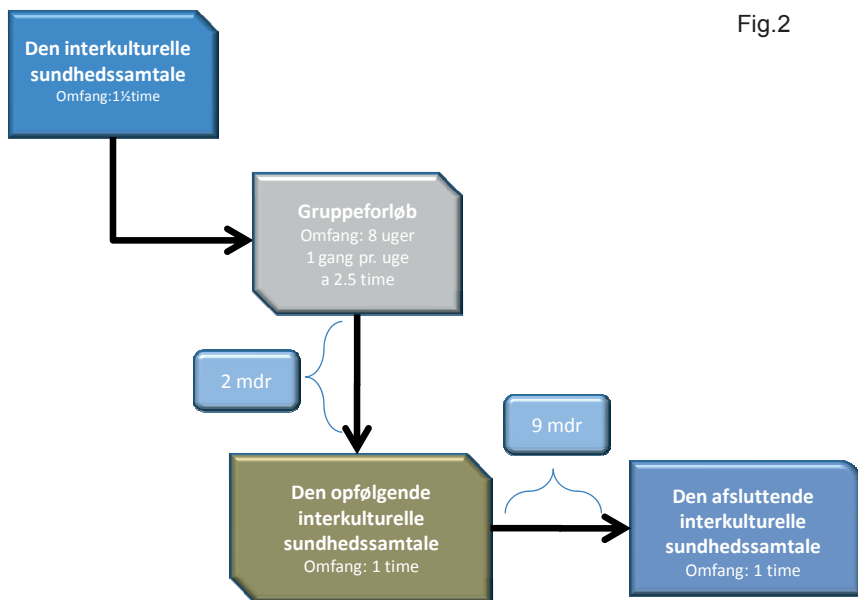
4. Hvor mange hjemmeboende børn har du? _____

5. Har du inden for det seneste år haft det vanskeligt på grund af nogle af de følgende forhold?

	Ja	Nej
Din økonomi	—	—
Din boligsituation	—	—
Forhold på dit arbejde	—	—
Arbejdsløshed	—	—
Sygdom hos dig selv	—	—
Sygdom hos partner, familie eller nære venner	—	—
Dødsfald i familien eller en ven	—	—
Nogen i din familie har været udsat for en ulykke	—	—
Du har været udsat for en ulykke	—	—
Adskillelse af familie	—	—
Skilsmisse	—	—
Nogen i din familie har været udsat for vold eller trusler om vold	—	—
Du har været udsat for vold eller trusler om vold	—	—

Bilag 3 Forløbsmodeller





Bilag 4 Et individuelt forløb

23. november 2010: den interkulturelle sundhedssamtale

Jedin er 46 år og kommer fra Balkan. Ved sin første samtale er der meget, der fylder for Jedin. Hun har længe været syg, og det har taget hårdt på familien. Hun døjer med både fysiske og psykiske smerter, som hun modtager medicin for. Hun føler medicinen ødelægger hende, men hun kan omvendt ikke undvære den. Hun kom til Danmark som flygtning, oplyser hun selv. Jedin ønsker brændende at få hjælp til at få det bedre, specielt på det psykiske plan. Det aftales at koordinatoren undersøger muligheden for at følge med Jedin til læge med henblik på, om hun kan få en henvisning til enten psykolog eller psykiater. Det aftales at følge op efter jul.

5. januar 2011

Jeg ringer med henblik på opfølgning. Jedin er ikke afklaret endnu. Vi aftaler, at jeg arbejder videre med hendes sagsbehandler og kontakter hende om 3 uger.

24. januar 2011

Jeg taler med Jedins sagsbehandler, der fortæller, at Jedin i 2008 var i behandlingsforløb på RTC. Det blev dog vurderet, at hun ikke profiterede, da hun ikke helt forstod, at der skulle gøres en egen indsats. Har PTSD-reaktioner.

Har gået ved psykiater, men sagsbehandler ved ikke om hun stadig går der.

Kontakter Jedin og tilbyder hende deltagelse på et gruppeforløb, hvor søvn, træthed og afspænding er på programmet.

Oplever efterfølgende, at hun profiterer meget af forløbet. Indkalder hende til opfølgende sundhedssamtale d.14. juni, men hun møder ikke op. Indkalder igen til samtale d. 28, men Jedin møder igen ikke op.

9. august 2011:

opfølgende sundhedssamtale

Jedin virker meget nedtrykt. Har fået et brev fra sagsbehandleren, der tilkender hende førtidspension. Hun siger, hun aldrig selv har sagt ja til ansøgningen. Siger, hun ikke har været til samtale, men at der står i brevet, at læge og psykiater vurderer, hun ikke kan arbejde. "Men jeg har ikke fået lov at prøve", siger hun. I papirerne står, at hun ikke er kommet som flygtning, men som familiesammenført.

Vi aftaler, at jeg vil hjælpe med at sagen/afgørelsen bliver taget op igen, og Jedin vil komme med brevet, hvor afgørelsen er beskrevet. Jedin har aldrig været i en arbejdsprøvning. Jedin skal kontakte lægen om hun evt. kan hjælpe med at ændre afgørelsen på pensions sagen, da hun selv mener, hun godt vil kun-

ne arbejde. Når jeg har modtaget afgørelsen, vil jeg kontakte sagsbehandler og få en aftale i stand – Jedin vil gerne i en arbejdsprøvning med henblik på noget fast arbejde.

15. august 2011

Jeg har modtaget alle papirerne og kan se, at pensionen er bevilliget fra den 1. juli og svarfristen for indgivelse af klage er overskredet. Jeg forsøger at få fat på sagsbehandler, men hun er ikke længere ansat. Får efter lang tids søgen et nyt navn, som jeg ringer til og sender mail til uden resultat. Jeg ved ikke hvad jeg skal gøre nu.

Kontakter en socialrådgiver i Sundhedshuset. Hun fortæller, at man godt kan arbejde sideløbende med man får pension.

17. august 2011

Jeg har i dag fået fat på Jedins sagsbehandler. Jeg forklarer situationen. Hun virker uforstående, da Jedin for kort tid siden har godkendt ressourceprofilen. Vil dog gerne mødes med os, og vi aftaler møde til den 29. august kl. 11.30 på sagsbehandlers kontor.

22. august 2011

Jedin kommer som aftalt. Har i dag sin mand med, som jeg hilser på, men han vil ikke med ind til samtale. Jedin virker også i dag opgivende og trist. Hun fortæller, at hun har været ved læge og psykiater, som begge har sagt til hende, at hun skal være glad for, at hun har fået en pension, og sagsbehandlerne vil blive sure, hvis hun ikke tager imod. Jeg fortæller, at jeg har fået en aftale med jobcenteret til den 29. august kl. 11.30, det er Jedin glad for. Jeg fortæller, at sagsbehandler undrer sig over, at hun

ikke er tilfreds, dersom hun har godkendt ressourceprofilen. Jeg fortæller, at hun godt kan have arbejde ved siden af sin førtidspension, men at der selvfølgelig er et økonomisk loft, hvilket hun forstår – samtidig er der mulighed for at søge økonomisk støtte efter § 27a i aktivloven. Jedin fortæller, at hun har afleveret alle papirerne, men har ikke fået en afgørelse.

Planen for mødet er:

- Begrundelse for afgørelse og tilkendelse af førtidspension.
- Ønske om aktivering – Jedin tænker over, hvad hun kunne tænke af jobmulighed med henblik på evt. fleksjob.
- Afgørelsen af § 27a.
- Økonomi ved familiens samlede arbejde.
- Jedin kender nogle andre familier, der har fået fuld pension, selvom de ikke har boet længere i DK end Jedins familie, og de får ikke brøk pension.

Jeg udleverer noget materiale fra www.borger.dk om førtidspension m.m.

Sluttelig fortæller Jedin, at hun havde det rigtig dårligt i fredags med voldsom hovedpine og stivhed i arme og hænder. Vagtlæge tilså hende, dersom han i første omgang troede, at det var en blodprop i hjernen, men heldigvis var det et voldsomt migræneanfald – skal til egen læge i morgen.

Hun siger selv, at hun føler sig meget presset pga. pensionssagen og har også hovedpine i dag. Vi taler om, om der er nogle øvelser fra dagen med afspænding, hun kan lave – hun kan ikke helt huske dem, og vi repeterer sammen.

Vi aftaler, at vi mødes ved jobcenteret den 29. august. Jedin er glad for, at jeg vil hjælpe, da der ikke er andre der kan/vil.

29. august 2011

Vi mødes som aftalt ved sagsbehandler, som siger, at hun stadig er uforstående over for mødet og hvorfor Jedin ikke er tilfreds med afgørelsen.

Jeg siger, at der er flere aspekter i denne sag:

- Jedin er ikke blevet tilbudt en arbejdsprøvnin
- Familiens økonomi er mærkbart ændret fra 9.600 kr. i kontanthjælp til 4.400 kr. i førtidspension.
- Har før sommerferien søgt om et økonomisk supplement, men har intet hørt.

Sagsbehandler spørger Jedin, hvilket job hun kunne tænke sig at blive afprøvet i, og det ved hun ikke rigtigt. Jeg siger, at hun tidligere har nævnt børneområdet, hvorved Jedin siger, at det vil hun gerne – kunne give andre børn den omsorg og kærlighed, hun ikke formåede at give sine egne børn.

Vi taler om det problematiske. Når man har mange tanker, der fylder, er det ikke altid sagen at gå derhjemme alene, men en god idé at være sammen med andre, så tankerne brydes.

Sagsbehandler siger, at man godt må tjene nogle penge ved siden af førtidspensionen, og et skånejob kunne være en mulighed – hun vil lade sagen gå videre til en jobkonsulent. Det vil være en god idé, at vi selv prøver at finde en praktikplads – jeg vil kontakte en børnehave.

Sagsbehandler vender tilbage til førtidspensionen og siger, at Jedin jo har fået alle papirerne tilsendt. Hertil svarer Jedin: "ja, det er rigtigt, men jeg vidste ikke helt, hvad det betød". Jeg siger, at det måske kunne have været en god idé at have indkaldt Jedin til møde, hvor sagen blev gennemgået.

Sagsbehandler vil undersøge, hvorfor der ikke er kommet en afgørelse på det økonomiske supplement. Hun vil give Jedin besked i dag.

Efter mødet spørger Jedin, hvad et skånejob er, hvilket jeg forklarer.

Vi aftaler at tale sammen den 30. august ved 13-tiden.

30. august 2011

Jedin har hørt fra sagsbehandler, men hun havde ikke fundet ud af noget vedrørende økonomi.

Vi aftaler, at jeg arbejder videre med at finde praktikplads i en børnehave. Jedin vil gerne arbejde i nærheden af sin bolig.

2. september 2011

Jeg ringer til Jedin og fortæller, at det ikke er lykkedes at finde en plads endnu. Grunden er, at man ikke ønsker en medarbejder, der bor i institutionens lokalområde. Der er en kommunal politik.

Jedin siger lidt skuffet: "ja, der er nok ikke nogen, der vil have mig". Jeg siger at vi kan prøve arbejdspladser, der er lidt længere væk. Jedin siger, at hun vil tænke over det.

5. september 2011

Jeg kontakter alligevel endnu en børnehave, og vi aftaler møde den 12. september. Beskeden giver jeg til Jedin – hun vil tænke over det og vil ringe den 6. september.

Jedin fortæller, at hun har fået afslag på økonomisk supplement, da hun og hendes mand tjener for meget tilsammen. Ønsket er at vende tilbage til kontanthjælp. Jeg siger, at det formentlig ikke er muligt.

7. september 2011

Jedin ringede ikke den 6., så jeg kontakter hende i dag, og hun kommer på mandag. Vi aftaler at mødes ved børnehaven. Jeg oplever at Jedins humør er bedre i dag.

12. september 2011

Vi mødes som aftalt i børnehaven og bliver budt velkommen af lederen, som kort fortæller om institutionen. Hun fortæller, at der er travlt i børnehaven og at Jedin i starten vil være træt.

Lederen spørger om jobkonsulenterne er inde over arbejdsprøvningen, og vi fortæller, at sagsbehandler sagde, at det ville være en god idé selv at finde praktikplads. Børnehaven vil gerne have Jedin i praktik, men formalia skal være i orden inden af hensyn til eventuelle arbejdsskader.

Vi taler om timeantal, og lederen siger, at 15 timer om ugen er ok i begyndelsen, men ikke mindre af hensyn til børnene. Jedin siger, at det er ok og hun gerne vil prøve.

Vi aftaler, at jeg kontakter jobcenteret 13. september.

13. september 2011

Jeg bliver kontaktet af jobcenteret vedrørende en samtale med Jedin, hvor jobcentret bl.a. vil fortælle om mulighederne for at have arbejde ved siden af førtidspension.

Vi aftaler møde den 26. september kl. 11. 00, jeg har givet Jedin besked og sendt et brev. Jeg oplevede, at Jedin blev glad for aftalen.

26. september 2011

Jeg mødes i dag med Jedin på jobcenteret. Vores sagsbehandler er meget lyttende og undrer sig over pensionssagens afgørelse. Vi fortæller om praktikpladsen, og jobkonsulenten vil i dag lave bevilling til virksomhedspraktik. Jedin fortæller, at hun er ked af, at hun har fået tildelt pension. Sagsbehandleren siger, at efter 1-2 måneder vil han lave en opfølgning på praktikforløbet og lave en beskrivelse, og hvis det går rigtig godt, vil han forespørge sin leder om indstilling til fleksjob. Jedins øjne stråler.

Med hensyn til pensionsafgørelsen vil jobkonsulenten kontakte sagsbehandleren, fordi han undrer sig over, at Jedin er tildelt brøkpension, da der blev lavet en nødlov for visse grupper af etniske minoriteter.

Da vi går fra mødet siger Jedin, at hun føler, at hun har et lille håb.

27. september 2011

Jeg taler med jobkonsulenten, der siger, at det er aftalt, at Jedin begynder i børnehaven mandag den 3. oktober, og han vil besøge hende tirsdag.

Min aftale med Jedin er, at jeg ringer om 14 dage, men at hun jo altid kan ringe til mig.

20. oktober 2011

Jeg ringer som aftalt til Jedin. Hun fortæller, at det går rigtig godt, og hun har efterårsferie. Jedin fortæller, at man også er glade for hende i børnehaven, og hun har fået det godt.

29. november 2011

Der er i dag opfølgingsmøde i børnehaven sammen med jobkonsulenten, lederen, Jedin og jeg.

Jeg møder Jedin og får et knus, og hun ser fantastisk ud. Hun er blevet klippet og har farvet sit hår, og der er virkelig liv i hendes øjne.

Jedin har lavet kaffe, og hun fortæller, at hun er stadig glad for at være i børnehaven. Lederen fortæller, at de også synes, det fungerer rigtig godt med Jedin. Hun møder hver dag og er fuld af energi, børnene er glade for hende og det samme med forældrene. Hun var i børnehaven i går til kl. 16, da der var et forældrearrangement.

Vi taler om mulighederne for at forlænge praktikperioden med yderligere 3 måneder, hvilket sagsbehandler og institution mener er en god idé.

Jedin øger sit timetal til 25 timer ugentligt fra den 1. december.

Vi taler igen om hendes pension, og jeg lover at undersøge, om det er rigtig med brøkpension, idet Jedin fortæller, at hun er flygtet fra sit hjemland.

8. december 2011

Jeg kontakter Indvandrermedicinsk Klinik i Odense og taler med en, der fortæller, at når Jedin er kommet til Danmark under denne nødlov, vil hun kun være berettiget til brøkpension.

Sygeplejersken opfordrer mig til at tale med stedets socialrådgiver. Jeg ringer mandag.

13. december 2011

Jeg har talt med endnu en socialrådgiver om Jedins sag. Hun ved ikke noget om opholdstilladelser, men vi taler om Jedins førtidspension. Hun siger, at det kunne være en god idé at vente med at kontakte sagsbehandler/jobkonsulent, før Jedin er på ca. 25 timer ugentlig. Hun er sikker på, at så vil sagen kunne tages op på ny, og et fleksjob vil eventuelt kunne bevilliges.

Jeg kontakter pensionskontoret og siger, at jeg undrer mig over, at Jedin ikke har flygtningestatus. Hun undersøger sagen og siger, at i hendes papir står der, at hun har fået opholdstilladelse efter § 9 om familiesammenføring.

Jeg ringer til Jedin og siger, at jeg gerne vil låne hendes papir om opholdstilladelse, og vi aftaler, at jeg henter det i børnehaven mandag.

Jeg har af en anden etnisk koordinator fået navn og telefonnr. på en jurist i den frivillige rådgivning hos Center for Positiv Integration.

2. januar 2012

Jeg har i dag talt med juristen angående Jedins situation. Han siger, dersom hun er tilkendt

permanent opholdstilladelse, tror han ikke at det kan ændres, men selvfølgelig, hvis ønsker det, vil han gerne se på hendes sag. Jeg spørger, hvorfor nogle personer der er flygtet fra Balkan har fået opholdstilladelse efter nødlov, mens andre har flygtningestatus? Det kan han ikke svare på, før han ser deres papirer.

Jeg kontaktes af daginstitutionen, der fortæller, at Jedin stopper i børnehaven, da hun har fået en anden praktik.

Jeg kontakter Jedin, der fortæller, at hun skal begynde som medhjælper i en kantine, og det er hun glad for, da der måske er mulighed for et fast job.

13. februar 2012

Jedin kommer i dag som aftalt. Jeg fortæller, hvad jeg har talt med juristen om, og at juristen er sikker på, at de gerne vil have taget deres sag op til en juridisk vurdering. Hun vil komme med deres papir den 21. februar.

Jedin fortæller om sit nye arbejde, og hun er meget glad for det. Hun har fået en god modtagelse, og hendes nærmeste kollega er meget hjælpsom, og de er meget glade for hende.

Den 15. februar er der samtale med chefen og jobkonsulenten, hvor der skal tales om fast arbejde. Jedin fortæller, at hun ikke håber, hun kun får 50 kr. i timen, for hendes kollega mener, at det er 100 kr. Jedin har selv kontaktet sin jobkonsulent, der fortæller, at hun kun må tjene 30.000 kr. ved siden af sin pension.

Jeg har set lidt på lovteksten, men jeg vil kontakte pensionsafdelingen angående den rette beregning.

14. februar 2012

Jeg kontakter pensionsafdelingen, som laver en beregning. Ca. 30.000 er det beløb, Jedin må tjene, inden hun bliver trukket i pension. Pensionsafdelingen fortæller endvidere, at Jedin kun må arbejde 12-14 timer ugentligt. Hvis hun arbejder mere, kan/skal pensionen tages op til en ny vurdering. Jedin informeres.

5. marts 2012

Jedin har haft møde med jobkonsulenten og sin chef. Jedin er ansat i skånejob fra 1. marts og tre måneder frem, hvorefter det skal vurderes, om hun evt. kan få fleksjob.

Jedin er ked af, hun kun får 50 kr. i timen i de næste tre måneder, dog er det ca. 3300 kr. udbetalt.

I tilfælde af, at reglerne for fleksjob ændres, har jobkonsulenten lovet at fremskynde hendes sag.

14. marts 2012

Jedin har tilvejebragt familiens papir vedr. opholdstilladelse. Jeg taler med juristen i flygtningenævnet og aftaler, at jeg scanner papirerne til ham. Dette er gjort i dag.

Jedin har det ikke så godt og kommer først til samtale den 20. marts kl. 14.00.

20. marts 2012

Jedin fortæller, at hun ikke har det så godt. Hun siger, at da hun var i praktik ude i virksomheden gik det rigtig godt, "men efter jeg er kommet i skånejob er det blevet svært for mig".

Jeg spørger hvordan.

"Jeg har ikke længere en fast arbejdstid, nogle dage møder jeg kl. 6.00 og bliver kørt ud på sprogcenteret, hvor jeg skal gøre rent en time, derefter køres jeg tilbage til firmaet og kan vente 2-3 timer uden at have noget at lave – jeg venter bare, og så bliver jeg atter kørt til en anden arbejdsplads, hvor jeg så skal gøre rent. Jeg har ingen kolleger længere.

I dag er jeg mødt kl. 6 og har først fået fri kl. 14.00 og får kun betaling for de timer, jeg arbejder, og det er i dag fire timer. Jeg føler jeg bliver udnyttet."

Vi aftaler, at jeg kontakter jobkonsulenten og sætter ham ind i situationen.

21. marts 2012

Jeg ringer til jobkonsulenten og fortæller om situationen, og han synes heller ikke det er korrekt. Han vil besøge Jedin på arbejdspladsen den 22. og tage en snak med Jedin.

26. marts 2012

Jeg ringer til jobkonsulenten, som fortæller, at han har tilbudt Jedin arbejde i et supermarked, men hun vil gerne se tiden an til efter påske og så der have en samtale med arbejdsgiver, for hun kunne rigtig godt lide at være i kantinen.

Jobkonsulenten finder en tid efter påske.

Der er desuden kommet svar fra den frivillige juridiske rådgivning hos Center for Positiv Integration, og det ser ud til at det vil være udsigtsløst at behandle sagen som en flygtningesag grundet særloven.

9. maj 2012

Jeg skal i dag mødes med jobkonsulenten og Jedin hos hendes arbejdsgiver.

Jedin fortæller, at hun ikke kan klare at arbejde ni timer dagligt, selvom der er pauser imellem.

Jedin vil helst være i kantinen ved et andet firma. Lederen samt den person, Jedin arbejder tættest sammen med, er meget glade for hende og håber, at hun kan få job der.

Jedin mener, at hun kan klare 25 timer om ugen, og det aftales, at Jedin fra den 10. maj skal være i kantinen og oplæres, da den faste person gerne vil holde med at arbejde (er 70 år). Det vil afprøves i perioden til den 13. juni, hvor der skal tages endelig stilling til fleksjob.

Jeg bliver kontaktet af Jedin kl. 21.00, hvor hun fortæller, at hun fortsat skal arbejde med skiftende arbejdspladser indtil den 13. juni, og dette er ikke aftalen. Jeg lover at kontakte jobkonsulenten næste dag, og han vil efterfølgende tage kontakt med arbejdsgiver.

14. maj 2012

Jobkonsulenten har talt med arbejdsgiver, som vil give Jedin en ny plan.

Der afventes stadig bevilling af fleksjob.

Jobkonsulenten fortæller, at nu er fleksjobbet på trapperne.

Jedin vil blive indkaldt til møde, hvor hendes ressourcer skal vurderes.

10. august 2012

Vi mødes hos sagsbehandler på ydelseskontoret.

Jedin fortæller om de forandringer, der er sket med hende, hvilket sagsbehandler er glad for at høre. Samtalen slutter, hvor Jedin efterfølgende vil modtage brev, som hun skal drøfte med jobkonsulenten.

September 2012

Jedin har fået tilkendt et fleksjob og er meget glad for denne beslutning.

Hun deltager i september i et møde i sundheds- og ældreudvalget, hvor hun fortæller om de erfaringer, hun har gjort i forbindelse med projektet. Alle er overraskede over, hvad det har flyttet hos hende.

18. december 2012 Afsluttende samtale

Fleksjobbet har vist sig hårdt, og Jedin har flere uoverenstemmelser med sin chef. Hun er dog glad for at være kommet i arbejde.

Skønt hun nu er i fleksjob, er drømmen fortsat at komme i et rigtigt arbejde, hvor hun også vil kunne bruge sine kvalifikationer. Jedin læste økonomi på universitetet, men så kom krigen. Det aftales, at hun skal prøve at undersøge, om årene på universitet kan godkendes i Danmark, og om jobkonsulenten kan finde noget tættere på hendes kvalifikationer. Familielivet går godt, og hun glæder sig til studenterfest for sin datter til sommer. Hun kunne ikke deltage i sønnens, da hun var syg og lå i sengen på daværende tidspunkt. Jedin siger, hun har tabt ca. 10 kg siden forløbet gik i gang, og hun er blevet mere bevidst om at passe på sig selv. De skal se og opleve en glad mor, siger hun.

Jedin er ked af, at forløbet er slut, det er svært, for det har hjulpet at have én at ringe til. Forløbet er slut.

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