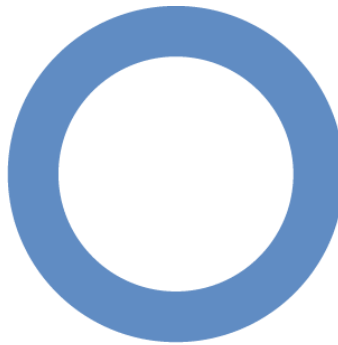


DIAKONHJEMMET HØYSKOLE

**Kandidatnummer: 110**

**Diabetes og innvandrere**

**Hvordan kan sykepleier i Norge bidra til at flere pasienter med diabetes type-2 fra ikke-vestlige land oppnår behandlingsmålene?**



---

Bacheloroppgave i sykepleie

Avdeling for sykepleierutdanning

Diakonhjemmet høyskole

Leveringsdato

**3. oktober 2013**

Oppgaven har 10 751 ord

## **Forord**

Dette er min bacheloroppgave i sykepleie ved Diakonhjemmet Høyskole. Prosessen med oppgaven har vært veldig spennende, spesielt møte med informantene ga meg inspirasjon til å fortsette å jobbe med diabetes og innvandrere.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder og til mine tre informanter.

## **Sammendrag**

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier i Norge bidra til at flere pasienter med diabetes type 2 fra ikke-vestlige land oppnår behandlingsmålene?

**Metode:** Semistrukturert kvalitativt intervju. Intervjuene er transkribert, analysert, bearbeidet og drøftet

**Funn:** De viktigste funnene er at kartlegging og arbeid med livsstilsendringer er avgjørende. Det er flere barrierer knyttet til kultur og religion som kan påvirke dette arbeidet.

**Drøfting:** Det er mange likheter mellom det som kommer fram i mine funn og i litteraturen. Det kommer likevel fram detaljer i intervjuene som var svært viktig for å konkludere.

**Konklusjon:** God kommunikasjon er avgjørende for en grundig kartlegging og for å få kommunisert livsstilsråd til pasienter fra ikke-vestlige land med diabetes 2, slik at behandlingsmålene kan oppnås. Det er barrierer knyttet til religion og kultur som kan være utfordrene i dette arbeidet.

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning .....	5
1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema.....	5
1.2 Forforståelse.....	6
1.3 Presentasjon og begrunnelse for valg av problemstilling .....	6
1.4 Begrepsavklaringer .....	8
2. Teori.....	9
2.1 Diabetes mellitus .....	9
2.2 Sykepleiers pedagogiske rolle og bruk av tolk.....	10
2.3 Folkehelse.....	11
2.4 Diabetesbehandling av ikke-vestlige innvandrere.....	11
3. Metode .....	12
3.1 Valg av metode .....	12
3.2 Valg av informanter.....	12
3.3 Intervjuguide.....	13
3.4 Ethiske og juridiske hensyn - Informert samtykke.....	13
3.5 Gjennomføring av intervjuene .....	13
3.6 Transkribering av intervjuene.....	14
3.7 Analyse, bearbeiding av funn og drøfting.....	14
3.8 Litteratur og teori.....	15
3.9 Svakheter ved metoden .....	16
4. Presentasjon av funn.....	16
4.1 Yrkesbakgrunn og motivasjon for jobben.....	16
4.2 Kartlegging og det første møtet.....	17
4.3 Pårørende som ressurs eller belastning og videre oppfølging.....	18
4.4 Formidling av råd for livsstilsendringer .....	18
4.5 Følelsen av å lykkes i rollen som diabetessykepleier.....	20
4.6 Barrierer knyttet til kultur og religion .....	21
4.7 Kvalitetssikring .....	23
4.8 Framtidig fokus .....	25
5. Drøfting .....	25
5.1 Kartlegging.....	26
5.2 Livsstilsendringer .....	28
5.3 Kvalitetsikring .....	32
6. Konklusjon .....	34
Referanser.....	35
Vedlegg.....	38

# 1. Innledning

## 1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema

Diabetes er en av våre største folkesykdommer. 375.000 personer i Norge har diabetes, 25.000 av disse har diabetes type 1, mens resten har diabetes type 2 (Diabetesforbundet 2013 (a)).

Temaet diabetes og innvandrere er svært aktuelt i Norge og det skal satses stort på dette framover. På Helse- og omsorgsdepartementet sine nettsider står det at det ble lansert en ny nasjonal strategi for innvandrerhelse i regi av helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre og barne-, likestillings- og inkluderingsminister Inga Marte Thorkildsen.

Det er en økt sykdomsrisiko for enkelte grupper og dagens kunnskaper om helsen til innvandrere er mangelfull. Visjonen er likeverdige helse- og omsorgstjenester til alle og dette utfordres av flere forhold, som blant annet språkproblemer og kulturelle forskjeller, sier Støre (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Innvandrere fra sørasiatiske land som India, Pakistan og Sri Lanka har betydelig høyere risiko for å utvikle diabetes og derav høyere diabetesforekomst enn etniske nordmenn og andre vesteuropeere, særlig utsatt er innvandrerkvinner fra sørasiatiske land. (Diabetesforbundet 2013 (b)).

I følge statistisk sentralbyrå sine tall fra 1. januar 2013 er det 593 300 innvandrere i Norge og 117 100 norskfødte med innvandrerforeldre. Til sammen er det en økning med 55 300 fra 2012. Til sammen er 231 872 av innvandrerne i Norge fra Asia inkl. Tyrkia (Statistisk sentralbyrå 2013).

Jeg har valgt å skrive om diabetes og innvandrere først og fremst fordi det har interessert meg helt fra jeg startet på sykepleiestudiene. Valgfag som internasjonal helse og fordypningsoppgaver i diabetes er noe jeg har valgt bevist under studietiden. Det faller seg helt naturlig for meg å skrive om dette i en bacheloroppgave da motivasjonen for feltet/temaet bare har blitt større etter hvert som jeg har satt meg mer inn i det. Jeg har et stort ønske om å jobbe med diabetes og det motiverer meg når jeg hører om stort behov for diabetessykepleiere og større behov for kunnskap om innvandrerhelse blant helsearbeidere.

## **1.2 Forforståelse**

Jo mer jeg lærer om innvandrere og diabetes, jo mer blir jeg klar over hvor komplekst det er. Sykdommen diabetes er kompleks i seg selv da den kan deles i flere underkategorier, for eksempel diabetes type 1 og 2, svangerskapsdiabetes og flere som jeg ikke ønsker å gå nærmere inn på i denne oppgaven. Sykdommen kan også oppleves svært forskjellig fra person til person. Når det kommer til innvandrere og diabetes, opplever jeg at mange kan ha større utfordringer enn den etnisk norske befolkningen når det kommer til å ta imot for eksempel råd om kosthold og generelle livsstilsråd. Dette på grunn av forhold som språkproblemer, kulturell arv, religion for å nevne noe. Jeg var selv i India og gjennomførte sykehuspraksis. En del av min praksis besto av råd om livsstilsendringer til pasienter med type 2 diabetes. En annen del av praksisen var folkehelse. Da dro jeg ut sammen med sykepleiere til forskjellige landsbyer og fulgte opp medisiner og kost til pasienter som var rammet av Hiv/Aids. Der fikk jeg oppleve hvor komplisert det kan være å formidle kunnskap og råd på en måte så mottaker oppfatter det slik det er ment. Jeg opplevde dette med analfabete pasienter fra landsbyen, men også med leger på sykehuset som er godt utdannet og til og med hadde venner fra hele verden. Dette fikk meg til å undre og ønske å lære mer om hvordan sykepleiere i Norge jobber for å få pasienter til å forstå informasjonen de gir slik at de oppnår så gode som mulig behandlingsmål.

## **1.3 Presentasjon og begrunnelse for valg av problemstilling**

Oppgavens problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier i Norge bidra til at flere pasienter med diabetes type 2 fra ikke-vestlige land oppnår behandlingsmålene?*

Med *bidra* menes her hvordan sykepleieren gjennom sitt arbeid kan påvirke pasienten til å gjennomføre tiltak som vil bedre sykdommen. For øvrige begrepsavklaringer se kapittel 1.4

Da det innledningsvis ble nevnt at diabetes er en av våre største folkesykdommer og at innvandrere, da spesielt fra fra sørasiatiske land, har høyest forekomst av diabetes, er det klart at dette er en sykdom man som helsearbeider vil møte på ofte og derfor bør vite mye om.

Det kommer fram i et intervju i Dagsavisen i 2012 med strategidirektør Thor Julsrud Berg i Helsedirektoratet, at kostnadene for diabetes ligger på anslagsvis 10 milliarder kroner i året, beregnet ut fra 2011 (Gravklev 2012). Det kommer videre fram at ved å satse mer på forebyggende helsetiltak kan denne kostnadsveksten bremses (Gravklev 2012).

Forebyggende helsetiltak kan gjøres på makronivå ved for eksempel å gjøre sunnere mat billigere. Likevel er det helsearbeiderne som møter pasientene og disse møtene vil være med på å avgjøre hvordan pasienter med diabetes type 2 velger å leve i forhold til kosthold og fysisk aktivitet, samt hvordan de forholder seg til den medikamentelle behandlingen av sykdommen. Jeg ønsker med problemstillingen jeg har valgt å gå dypere i hvordan disse møtene foregår. Jeg ser på dette som en svært viktig del av det å skulle bli sykepleier- å vite mer om diabetes som sykdom og i sammenheng med innvandrere.

Det er også en plikt at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører helseinstitusjonen unødig tidstap og utgifter (Helsepersonelloven §6). Det vil være tidstap dersom sykepleier ikke har satt seg godt nok inn i pasientens sykdom og kulturelle arv, da dette vil kunne utfordre etablering av tillit og kontakt mellom pasient og helsearbeider. Tid er penger og derfor vil det koste helseinstitusjonen unødige penger dersom møter mellom pasient og helsearbeider tar lenger tid enn nødvendig på grunn av manglende kunnskaper fra helsearbeiders side.

Videre står det i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.[...] Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Sett i lys av dette ser jeg problemstillingen som relevant da jeg forhåpentligvis vil lære mer om hvordan sykepleiere i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn tilpasser sin informasjon og veiledning på en måte som kan bidra til å oppnå behandlingsmålene på en effektiv måte og samtidig utføre godt omsorgsarbeid.

## **1.4 Begrepsavklaringer**

Det kan være flere definisjoner på mange av begrepene, men under beskrives de med den betydningen de har i denne oppgaven.

Behandlingsmål: Anbefalte målverdier i helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for diabetes (mer utdypet i kapittel 2.1: Diabetes mellitus).

Kultur: Et mye brukt kulturbegrep er Edward B. Tylors definisjon fra 1871 ”Kultur er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn.” (Tylor gjengitt etter Schackt 2012). I vår oppgave forutsetter vi at kultur er et begrep som ikke er statisk.

Etnisk gruppe: Gruppe som innenfor en større sosial enhet selv betrakter seg som en gruppe i forholdet til andre, og som også blir identifisert som en egen folkegruppe av andre (Somerfeldt 2012).

Religion: Er uttrykk for menneskenes holdning til det de anser for å være den egentlige virkelighet og de grunnleggende verdier i tilværelsen (Sky 2013)

Innvandrere: Person som flytter til et annet land med sikte på varig opphold. I statistiske sammenhenger i Norge betegner gjerne innvandrere en person som bor fast her i landet og som har to utenlandsfødte foreldre. Det skilles mellom *førstegenerasjonsinnvandrere* som er født i utlandet og har innvandret til Norge, og personer som er født i Norge med to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre som er født i utlandet, tidligere kalt *andregenerasjonsinnvandrere*. (Store norske leksikon 2012)

Ikke-vestlig innvandrere: Innvandrere fra land utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania (NOU 2011: 14: 32). Dette begrepet er ansett som foreldet av statistisk sentralbyrå, men anvendes likevel av mange offentlige instanser, for eks statens lånekasse. Jeg velger å bruke ikke-vestlige innvandrere da jeg mener det er beskrivende i min oppgave.

Livsstilsendringer: Endringer i livsførsel, i første rekke fysisk aktivitet og kosthold.

Fatalisme: Troen på at alt som skjer er forutbestemt og ikke kan avverges eller endres ved menneskets inngripen (Store norske leksikon 2009).



## 2. Teori

### 2.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus er en kronisk stoffskiftesykdom. Kjennetegnene for sykdommen er kronisk hyperglykemi (for høy glukosekonsentrasjon i blodet) og forstyrrelser i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen (Mosand og Stubberud 2010: 508). Årsaken til dette er mangel på hormonet insulin, eller at kroppen ikke klarer å utnytte insulinet riktig.

Sykdommen klassifiseres i fire kategorier (Mosand og Stubberud 2010: 508):

- type 1- diabetes
- type 2- diabetes
- spesielle diabetestyper
- svangerskapsdiabetes

Symptomer på sykdommen er vekttap, redusert allmenntilstand, økt vannlating og tørste (Jacobsen m. fl. 2010: 292). Urinveis-, og soppinfeksjoner i underlivet kan også opptre i forbindelse med debut av diabetes (Jacobsen m. fl. 2010: 292).

For å få påvist diabetes mellitus finnes det fastsatte kriterier. Vanligvis kan diagnosen stilles når glukosekonsentrasjonen i blodet er over 7,0 mmol/l i venøst plasma ved to fastende blodprøver (Jacobsen m. fl. 2010: 291).

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for behandling har formulert følgende anbefalte målverdier for pasienter med diabetes (Helsedirektoratet 2009):

Fysisk aktivitet: Minst 30 minutters rask gange eller tilsvarende moderat aktivitet daglig.

Røyking: 0

Vekt: minst 5-10% vekttap ved overvekt/fedme.

HbA1c: < 7,0 %

Plasma- glukose fastende: 4-6 mmol/l

Plasma- glukose ikke- fastende: 4-10 mmol/l

Blodtrykk: < 135/80 mmHg

serum-LDL-kolesterol: < 2,5 (1,8) mmol/l

Det er flere komplikasjoner forbundet med dårlig regulert blodsukker ved diabetes 2. Disse komplikasjonene kan unngås ved tidlig diagnostisering samt rask og god behandling. Diabetesbehandlingen har fire hjørnesteiner: motivasjon/ kunnskap, kost, fysisk aktivitet og eventuelle medisiner (Diabetesforbundet 2012).

## **2.2 Sykepleiers pedagogiske rolle og bruk av tolk**

Helsearbeidere utøver daglig pedagogisk arbeid (Dalland 2009: 18). Pedagogikk handler om at man reflekterer over egen praksis, og i hvilken grad det en gjør bidrar til at den hjelpsøkende mestrer hverdagen – forholdet mellom hjelper, hjelpsøkende og den utformingens situasjonen byr på (Dalland 2009: 26). Pedagogikk handler om å påvirke til endring gjennom handling. For å få til dette trengs innsikt i miljøet mennesket lever i og de forhold som påvirker levevilkår og muligheter for livsmestring (Dalland 2009: 19). En viktig oppgave for pedagogen er å fremheve likeverdigheten og få frem hvilke verdier den enkelte bringer inn i den pedagogiske situasjonen, samtidig som det er viktig at en er klar over at det ofte er et ulikt forhold mellom pedagog/hjelper og hjelpesøkende (Dalland 2009: 19).

En utfordring ved møte med mange ikke-vestlige pasienter kan være språket. Språket er en avgjørende faktor for å få en tilfredsstillende kommunikasjon og for å forhindre misforståelser i møte mellom sykepleier og pasient. Retten til tolk er nedfelt i flere lovverk (Viken og Magelssen 2010: 75-76). I tillegg til lovverket vil bruk av tolk føre til en effektivisering av helsetjenestene, samtidig som det er viktig av menneskelige hensyn (Viken og Magelssen 2010: 76). Familiemedlemmer brukes forholdsvis ofte som språklige hjelpere når man trenger hjelp tolk i helsevesenet (Viken og Magelssen 2010: 76). Pårørende kan ofte overta samtalen i stede for å tolke, og ofte har de heller ikke tilstrekkelig ordforråd til å få en kvalitetssikret kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, profesjonell tolk bør derfor benyttes (Viken og Magelssen 2010: 77)

### **2.3 Folkehelse**

”Folkehelse er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen.”  
(Kumar og Viken 2010: 12).

Et hovedfokus er forebyggende og helsefremmende arbeid, og det involverer mange sektorer i samfunnet (Kumar 2010: 51). Individens risiko for å få sykdom er utgangspunktet i det sykdomsforebyggende arbeidet (Kumar og Viken 2010: 24). Det sykdomsforebyggende arbeidet kan deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid (Kumar og Viken 2010: 25). Det betyr å forhindre sykdom, å avdekke sykdom, å hindre tilbakefall eller at en sykdom utvikler seg og å minske følgene av en sykdom (Mæland 2005 gjengitt etter Kumar og Viken 2010:25).

Utgangspunktet for helsefremmende strategier er at folk selv skal være med på å avgjøre hva som er best for dem. Det skal ikke bare fokuseres på sykdommer og problemer, men også ressurser. En teori som står sentralt i dette arbeidet er *empowerment*. På norsk oversettes det til bemyndigelse eller myndiggjøring (Viken og Nesje 2010: 210). Empowerment innebærer at helsearbeidere skal gi ifra seg noe av sin makt gjennom kunnskap til pasienten eller brukeren (Viken og Nesje 2010: 210). Kommunikasjonen mellom helsearbeidere og pasienter må være en dialog, ikke en monolog hvis man skal få til en slik brukermedvirkning (Viken og Nesje 2010: 210).

### **2.4 Diabetesbehandling av ikke-vestlige innvandrere.**

Når helsearbeidere møter pasienter fra ikke-vestlige land er det en del forhold som kan være annerledes enn ved møte med etnisk nordmenn. Mennesker fra ikke-vestlige land har en annen livshistorie enn nordmenn flest ved at de har levd store deler av sitt liv i et annet land. Sykdommer og helseproblemer som etniske minoriteter er vant med fra sitt hjemland kan være helt eller dels annerledes enn det vi er vant med i den norske befolkningen (Kumar 2010: 53). Forekomsten av for eksempel diabetes er høyere blant innvandrere fra det indiske subkontinent enn i den etnisk norske befolkningen (Hjellset m. fl. 2009: 101). Det er viktig å både anerkjenne det som er felles folkehelseutfordringer blant ikke-vestlige innvandrere og etnisk norske, men også ha forståelse for det som er annerledes.

## **3. Metode**

### **3.1 Valg av metode**

For å belyse problemstillingen valgte jeg intervju som metode. Ved å benytte meg av metoden semistrukturert kvalitativt intervju, vil jeg kunne gå i dybden på hvordan hver av de tre sykepleierne jobber. Samtidig ville jeg holde en viss struktur på intervjuet for å berøre alle spørsmålene og forholde meg til tidsrammen på 45- 60 minutter.

Ved å benytte meg av intervju som metode får jeg genuine data til min oppgave gjennom samtale som kommunikasjonsverktøy. Ved å ha i tankene det som blir belyst i Dalland (2007: kap. 7) om intervju, så mener jeg at denne metoden vil gi meg gode data som vil belyse min problemstilling på en faglig interessant måte. Jeg anser det som en fordel å kunne bruke intervju som metode og i tillegg kunne bruke flere av artiklene jeg allerede hadde funnet til teori- og drøftingsdelen av oppgaven.

### **3.2 Valg av informanter**

I boka, metode og oppgaveskriving for studenter av Dalland, står det at man ikke bør ha for mange informanter til et kvalitativt intervju da man skal gå i dybden (2007: 149). Mitt valg falt på tre informanter.

Ved å skulle velge ut tre diabetessykepleiere som jeg skulle intervju måtte jeg tenke gjennom hvem som i tillegg kunne ha kunnskaper og erfaringer om/med ikke-vestlige innvandrere. Dette vurderte jeg som nødvendig for å få data av relevans til oppgaven og som viktige inspirasjonskilder. I denne oppgaven har jeg dermed gjort et strategisk valg av informanter (Dalland 2007: 144).

Min første informant valgte jeg på bakgrunn av en anbefaling. Informant nummer to valgte jeg fordi jeg tidligere har vært i kontakt med institusjonen vedkomne jobber på. Min tredje informant valgte jeg på bakgrunn av funn på internett, hvor jeg fant interessante prosjekter vedkomne jobber med.

Informantene betegnes i denne oppgaven som hun. Uavhengig av kjønn.

### **3.3 Intervjuguide**

Min intervjuguide inneholder 10 spørsmål. I tillegg har jeg noen tilleggspunkter som jeg ønsket å få belyst i intervjuene. Disse punktene følger ikke med i intervjuguiden, men fungerte mer som stikkord til meg selv.

Spørsmålene ble formulert ut fra min forforståelse av temaet, artikler jeg hadde funnet og hovedsakelig for å få svar på min problemstilling.

### **3.4 Etiske og juridiske hensyn - Informert samtykke**

Informert samtykke ble gitt til enhetsledere og informanter for signering før intervju. I samtykket beskrev jeg det som var nødvendig for enhetsledere og informanter å vite for å kunne svare på om de ville stille til intervju eller ikke. Jeg ønsket også at de skulle få en enda bedre forståelse for mitt tema, problemstilling, formål, hvorfor jeg ønsket å intervju nettopp de, intervjumetode og ikke minst trygge de på løftet om anonymitet og deres mulighet til å trekke seg når som helst i prosessen. I tillegg skrev jeg kort om hvem jeg er, min motivasjon og spesifiserte for dem hva jeg var nysgjerrig på i forhold til intervjuet. Jeg la også ved intervjuguiden slik at de skulle få mulighet til å forberede seg litt dersom de skulle ønske det.

### **3.5 Gjennomføring av intervjuene**

Jeg hadde satt meg godt inn i informasjonen i Dalland om gjennomføring av intervju (2007: kap. 7). Jeg var bevisst forhold som å være presis, skape en god atmosfære og enes om en felles forståelse av intervjuprosessen. Alle intervjuene ble gjennomført på sykepleiernes kontor på sykehuset.

Jeg gjorde det også klart for informanten at det var et semistrukturert intervju slik at hun ikke skulle føle seg bundet til rekkefølgen av spørsmålene. I tillegg fortalte jeg at jeg var åpen for å ta opp nye temaer dersom hun skulle komme på noe annet utenom intervjuguiden.

Lydopptaker ble benyttet, og det var ingen innvendinger mot dette.

Under intervjuet lot jeg informantene styre samtalen og rekkefølgen i spørsmålene så lang det lot seg gjøre. Av og til grep jeg inn og stilte et nytt spørsmål da det enten falt seg helt naturlig

etter en stillepause, eller hvis jeg anså at samtalen måtte styres mer inn på det jeg ønsket å belyse og få svar på min problemstilling. Jeg var under hele intervjuet bevisst viktigheten av å være nøytral ovenfor de svarene informantene kom med. Jeg sørget så langt det lot seg gjøre at alle spørsmålene i intervjuguiden ble besvart. På de spørsmålene eller temaene jeg ønsket enda mer utdypning ba jeg om det. Jeg var hele tiden oppmerksom på og forsøkte å formulere meg så lite veiledende som mulig.

Når jeg stoppet lydopptakeren, var jeg bevisst på å avslutte på en høflig og naturlig måte.

### ***3.6 Transkribering av intervjuene***

Jeg har skrevet ut intervjuene ved å bruke en mellomting av ord-for-ord- transkribering og å bearbeide teksten (Dalland 2007: 175). Jeg har valgt å transkribere så tett opp til ordlyden som mulig for å beholde det muntlige preget og stemningen over intervjuet, men har likevel utelukket noen muntlige ord og ordlyder for eksempel ”em”, ”liksom” og gjentakelser der jeg har vurdert det som irrelevant i konteksten. Jeg markerer i teksten hvor informant eller intervjuer smiler eller ler. Annet kroppsspråk har jeg utelatt fra transkriberinga da jeg ikke har sett betydningen av det i forhold til konteksten i intervjuet.

Jeg har kalt mine tre informanter for DS 1, DS 2 og DS 3. DS står for diabetessykepleier.

### ***3.7 Analyse, bearbeiding av funn og drøfting***

Jeg startet forberedelsene med analyseprosessen før intervjuene fant sted, ved å overveie hvordan type intervju jeg skulle benytte meg av og hvilke spørsmål.

Det første jeg gjorde etter at intervjuene var gjennomført og transkribert, var å lese gjennom ett og ett intervju for å gjøre meg opp et hovedinntrykk. Hovedinntrykkene skrev jeg ned i et eget dokument for å ha gjennom analyse- og tolkningsprosessen. Jeg opprettet et nytt dokument med spørsmålene og sorterte jeg det som jeg mente hørte til de ulike spørsmålene. Slik jobbet jeg meg gjennom de tre intervjuene slik at jeg skulle få en oversikt over alle svarene mine plassert under riktig spørsmål. Jeg hadde et eget dokument for hvert intervju. Jeg brukte fargekoder for å holde orden og oversikt over arbeidet.

Mange av svarene jeg fikk, kunne passe under flere av spørsmålene. For eksempel dukket det opp mange temaer i intervjuene som var knyttet til barrierer av kulturell betydning. Dette er temaer som hovedsakelig handler om språk og kommunikasjon samt kosthold og fysisk aktivitet. Under analyseprosessen valgte jeg å lime inn alt som hadde med barrierer å gjøre under tilhørende spørsmål 7. De barrierene som omhandlet temaene i noen av de andre spørsmålene limte jeg også inn under gjeldende spørsmål. Alt som ble limt inn flere steder markerte jeg med egen fargekode og overskrift med hvilket spørsmål de opprinnelig hørte innunder.

Under hvert spørsmål med svar i de tre dokumentene mine noterte jeg det sentrale temaet med noen eksempler som jeg ønsket å ha med meg videre i prosessen. Disse sentrale temaene klippet jeg ut og limte inn et nytt dokument under de tilhørende spørsmålene. Jeg valgte å utelate svarene fra spørsmål 3- videre oppfølging og plasserte det innunder spørsmål 5 om fysisk aktivitet og kostholdsendringer da det er en naturlig og stor del av videre behandling av diabetes type 2. Det resterende av svar på spørsmål 3 var av organisatorisk betydning og jeg vurderte dette til ikke relevant for min problemstilling og grunnet oppgavens ordramme ble dette ikke med videre i prosessen. Det jeg satt igjen med er presentert under funn i denne oppgaven.

Videre i drøftingen opprettet jeg temaene kartlegging, livsstilsråd og kvalitetssikring, da jeg anser dette som sentrale temaer som spørsmålene naturlig kan drøftes under, og som på best måte svarte på min problemstilling.

### **3.8 Litteratur og teori**

Temaene i teoridelen er valgt fordi det anses som nødvendig å belyse disse temaene for å få en "rød tråd" i oppgaven, samt å sette meg inn i relevant litteratur. Det er naturlig å ha med en faktadel om diabetes mellitus, videre så jeg behov for å fokusere på folkehelse både generelt, og spesielt i henhold til diabetes. Jeg ville videre belyse sykepleierens pedagogiske rolle og utfordringene knyttet til behandling av diabetes blant ikke-vestlige innvandrere for å bygge opp om mine funn og videre drøfting av dette.

Jeg fant flere artikler som jeg anså som passende og god til min oppgave. Jeg brukte hovedsakelig databasene BIBSYS, CINAHL, PubMed samt Google Scholar. Søkeord som ”diabetes AND immigrants”, ”diabetes type 2 AND pakistaniborn immigrants”, ”diabetes type 2 AND adherence”. Jeg har også brukt en rekke relevante bøker på norsk. Noen av bøkene søkte jeg opp gjennom skolens database BIBSYS og lånte med meg hjem. Andre er fagbøker jeg selv har anskaffet meg da det har vært, og noe fortsatt er, pensum gjennom sykepleiestudiet. Jeg har også fått noen artikler fra diabetessykepleier 1.

### **3.9 Svakheter ved metoden**

På grunn av den åpne problemstillingen stilte jeg åpne spørsmål til informantene, jeg satt dermed igjen med svært mye data som måtte transkriberes, analyseres og drøftes. Tatt i betraktning min ordramme på 10 000 +/- 10% ord ble fort åpenbart at mye ikke kunne bli med i denne oppgaven selv om det er av stor interesse. Jeg sitter likevel igjen med mye informasjon og lærdom som jeg vil ta med meg videre.

Jeg kunne valgt å benytte spørreskjema til de tre informantene, men da hadde jeg ikke fått de utdypende svarene som jeg var ute etter.

## **4 Presentasjon av funn**

### **4.1 Yrkesbakgrunn og motivasjon for jobben**

**- Hva var det som fikk deg til å begynne å jobbe med diabetes og innvandrere fra ikke-vestlige land?**

De beskriver det å jobbe med innvandrere som spennende og rikt på utfordringer. Alle de tre sykepleierne har lang erfaring i arbeidet med diabetes og ikke-vestlige innvandrere. Det er dels tilfeldig og dels bevisst at de nå jobber med diabetes og innvandrere.

*”Det å se at rådene og veiledningen jeg gir hjelper pasientene slik at de får et bedre liv, det motiverer meg.”*, sier DS 3.

Av hensyn til anonymisering, går det ikke nærmere inn på detaljer om yrkesbakgrunn.



## 4.2 Kartlegging og det første møtet

### - Hvordan foregår det første møte med pasienten og hva er din rolle?

Viktigheten av god kartlegging av pasientene er noe som alle de tre diabetessykepleierne legger stor vekt på. Ingen av dem bruker skjema i forbindelse med kartleggingen.

*”Jeg er så skeptisk til skjemaer. Men i litteraturen så var det mange forslag til dette med skjemaer.”*, sier DS 1. Hun forteller om functional health literacy (FHL), som innebærer at man har vanskeligheter med å lese helseinformasjon. Det innebærer også at man har problemer med å huske navn på medisiner og huske hvorfor man tok de, sier DS 1.

*”Jeg har ikke tenkt over det før jeg leste artikkelen, og først da tenkte jeg tilbake på mine møter med pasienter hvor dette kan ha preget behandlingen. Det er noe jeg kjenner igjen.”*, sier DS 1.

DS 2 bruker samtale som verktøy for å bli kjent og videre i behandlingen. Hun sier at mange innvandrere oppfatter ord og begreper helt annerledes enn det hun legger i det. DS 2 sier at de har egen tolkesentral på sykehuset. *”Jeg bruker alltid profesjonell tolk.”*, sier DS 2.

DS 1 sier at det kan virke pressende og skremmende for en pasient å få et skjema med mange spørsmål ved første møtet. *”Å bruke tid er viktig!”*, sier hun. *”Det er ikke alle som ønsker å gi ut all personlig og privat informasjon med en gang. Det kommer ofte gradvis.”*, sier DS 1.

*”Analfabetisme er noe som de fleste ønsker å skjule [...] for det er noe de skammer seg for. De kan derfor ha lært seg å så vidt skrive sitt eget navn, og på det kan man komme ganske langt.”*, sier DS 1.

*”Før reiste vi hjem til pasientene for å bli kjent med deres kultur og hvordan de levde.”*, sier DS 2. Hun sier at de ikke gjør det nå, men at de fortsatt bruker erfaringene i kursene.

DS 3 sier at hun ønsker at pasientene skal få fortelle sin historie mest mulig selv når han/hun kommer. *”Det kommer ikke en pakistansk dame inn døra. Det kommer en pasient med diabetes, og så må man ta det derfra.”*, sier DS 3.

På spørsmål om diabetessykepleier 3 møter på mange pasienter som er analfabeter svarer hun:

*"Ja, og det her med tallforståelse [...] når man ikke vet at fem er lavere enn tyve. Og når de ikke kan skrive er det vanskelig å forholde seg til en blodsukkerdagbok.", sier DS 3*

Det er viktig å kartlegge pasientens dagligliv; hos hvem har de støtte, hva de synes er utfordrende, sier DS 1. DS 1 sier videre at det er viktig at DS er ærlig, viser ekte interesse og forståelse for at det er vanskelig å for eksempel legge om kosten.

DS 1 sier at hun lenge har ønsket seg psykolog på avdelingen, fordi hun opplever at mange pasienter sliter psykisk. *"Det er opplest og vedtatt at depresjon kan ha sammenheng med dårlig regulert blodsukker.",* sier DS 3.

### **4.3 Pårørende som ressurs eller belastning og videre oppfølging**

#### **- Har sykehuset noen tilbud til pårørende? Blir de inkludert på noen måte?**

DS 1 uttrykker viktigheten av å inkludere pårørende tidlig da det kan øke deres forståelse for sykdommen og dens nødvendighet for livsstilsendringer. DS 1 sier også at man kan bruke barn til å motivere foreldrene til et sunt kosthold ved å øke bevisstheten om at diabetes er arvelig.

DS 2 Opplever at pårørende er mer en ressurs enn en belastning.

*"Uansett land er oftest kvinnen sjefen på kjøkkenet. Hvis mannen har diabetes og må legge om sin kost, så er det kvinnene diabetessykepleierne først og fremst må nå ut til i og med de lager maten. Vi har erfart at det ikke nytter å si til mannen at han skal gå hjem til kona si og be ho lage annerledes mat.",* sier DS 2.

DS 3 opplever at det er veldig varierende om pårørende blir en ressurs eller en belastning å ha med. Det er åpent for pårørende på kursene, men til nå har det ikke vært noen der, sier DS 3.

### **4.4 Formidling av råd for livsstilsendringer**

#### **- Hvordan vektlegger du fysisk aktivitet og kosthold i ditt arbeid med pasienten?**

*"Kost og mosjon er selve basen i behandlingen. Ingen tablett kan gjøre samme nytte, sier jeg til pasientene. Noen ganger tester vi ut i flere måneder med bare livsstilsendringer.",* sier DS 1.

*”Jeg kartlegger hva de spiser ved å spørre. Mange av de pasientene jeg har hatt hos meg har spist sunnere mat enn mange etnisk nordmenn. Bortsett fra at de bruker veldig mye olje. Jeg spesifiserer hvor mye olje de skal bruke med antall spiseskjeer. Det er ernæringsfysiologen som går enda mer i dybden på mat og kosthold.”, sier DS 2.*

DS 3 sier at ho formidler til pasienten at det man kan påvirke selv, er hva man spiser og aktiviteten man gjør.

*”Vi setter opp noen få mål som er gjennomførbare og målbare slik at de ikke tar helt av som mange gjør. Noen skal starte med alt på en gang, tømme alle skap for sukker osv, og så varer det bare i to uker.”, sier DS 3.*

*”Samtidig så tror jeg at det er litt vanskelig med å skulle bli bedt bort til venner og slikt. når det blir servert cola og søte kaker, så kan de ikke si nei, det er uhøffelig.”, sier DS 3.*

DS 1 legger vekt på viktigheten av at pasientene kan beholde tradisjonell mat og at de skal følge med på blodsukkeret når de spiser ulike varer:

*”Når pasienten spør meg om de kan spise forskjellige matvarer, så svarer jeg at de får prøve det ut og se hvordan det påvirker blodsukkeret. Da følger jeg de opp i denne prosessen. Jeg ber de se på det som en detektivjobb; finne ut hva de kan spise eller hva de kan gjøre som ikke påvirker blodsukkeret så mye. Jeg spesifiserer at blodsukkeret helst ikke skal stige mer enn 3-4 mmol/l etter et måltid.”, sier DS 1.*

Alle de tre sykepleierne trekker fram at de opplever at pasientene fra ikke-vestlige land har et annet forhold til fysisk aktivitet. DS 1 legger videre vekt på at det bør opprettes treningstilbud som er tilpasset innvandrernes behov i forhold til deres kultur.

*”Innvandringspasienter har en helt annen oppfattelse av hva fysisk aktivitet er. Hva gjør du når du beveger deg? Ja hvor går du rundt? spør jeg. I stua? Ja i stua og på kjøkkenet svarer de da kanskje. Det å be en innvandrer kvinne født i for eksempel 47 om å trene, det er liksom litt sånn "hva trene"? " hva snakker du om?" Hvis en kvinne i den alderen har en sønn som kan kjøre bil, så er han en dårlig sønn hvis han ikke kjører henne.”, sier DS 2.*

*”Jeg legger også vekt på at man ikke må gå på treningsstudio, som for mange er en barriere. Jeg sier at de må gjøre det de liker å gjøre, og det kan være helt gratis som å gå tur. Alt er bedre enn ingenting.”, sier DS 3.*

#### **4.5 Følelsen av å lykkes i rollen som diabetessykepleier**

**- Hva skal til for at du føler at du har lykkes i din rolle som diabetessykepleier i møte med pasienten?**

DS 1 sier ho har skrudd ned litt på forventingene til meg selv.

*”Før tenkte jeg nok at alle må komme innunder den rette HbA1c, det rette blodtrykket, den rette vekta, rette midjemålet, ja alt som skulle være riktig. Nå synes jeg egentlig at hvis man får til en litt annerledes måte å tenke på hos pasientene slik at de blir litt mer bevist - slik at pasienten blir litt mer aktiv, tar egne valg og at noe er forbedret i forhold til blodsukker reguleringen. Da tenker jeg at det er bra, det er et skritt i riktig retning, og så behøver det ikke å være perfekt. Perfekt betyr vel at alt er innenfor referanseverdiene og det tror jeg er vanskelig.”, sier DS 1.*

DS 2 trekker fram konkrete mål med blodsukkernivået.

*”Hvis vi klarer å få blodsukkeret ned slik at det ikke lengre er skadelig, eller at det i hvertfall kan ligge jevnt ved hjelp av litt insulin, da tenker jeg at vi diabetessykepleierne kan være fornøyd med det. Så hvis langtidsblodsukkeret er rundt 8, da tenker jeg at det er bra.”, sier DS 2.*

DS 3 legger også vekt på reduksjon i blodsukkeret og at de lære seg å måle dette selv.

*”Det er jo det med blodsukkermålinger. Jeg ønsker at de skal måle blodsukkeret sitt og bli kjent med hvordan det endrer seg i forhold til maten de spiser. Vi følger jo også opp langtidsblodsukkerert. Det at de kommer til oss og viser at blodsukkermålingene deres går nedover. det at vi ser at de tar medisinene sine og vi ser at det vi jobber med har vært med på å gjøre en forskjell i positiv retning, det føles godt for meg.”, sier DS 3.*

#### **4.6 Barrierer knyttet til kultur og religion**

##### **- Opplever du at det er barrierer knyttet til etnisitet, kultur og religion som kan påvirke kommunikasjonen mellom deg og pasienten?**

De tre sykepleierne har en noe forskjellig erfaring med fatalisme.

*”Jeg opplever ikke at det er så mange som ser på sykdommen som en straff fra Gud, men mer som noe som er forutbestemt på forhånd. Det er noe som er bestemt ovenfra. Jeg synes mange har en lett fatalistisk holdning som ”sånn ble det, sånn er det og det er ikke så mye jeg kan få gjort med det nå”. Men ved å snakke litt om effekter og hvor mye positivt de kan få gjort med sykdommen på egenhånd bare ved slike enkle ting som kost og mosjon, så tror jeg at det for mange er litt håp faktisk.”, sier DS 1.*

*”Det gjør at det er veldig tungt for en helsearbeider å påvirke pasienten til å legge om livstilen sin. Vi er jo utstyrt med fornuft, som jeg prøver å si. Og det er vel Guds vilje at du skal passe på kroppen din pleier jeg å si. Den er en gave fra Gud så den må du stelle godt med, så hos noen kan det oppfattes positivt hvis jeg griper inn på den måten.”, sier DS 2.*

På spørsmål om pasientene har en fatalistisk holdning til livet der livet og døden er forutbestemt svarer DS 3 at det er sjeldent.

DS 2 nevner at mange kvinner er analfabeter, samt at det er mange andre barrierer, spesielt for første generasjons innvandrere for å komme seg til behandling og veiledning.

*”Det er også en barriere blant første generasjons innvandrere for å komme seg hit. Om vinteren er det for kaldt, og det er mørkt og glatt. De har aldri tatt trikk og de vet ikke hvordan man gjør det. Det er mange slike fysiske barrierer. Alt dette ser vi mindre av etter hvert som de blir mer etablert i det norske samfunnet.”, sier DS 2.*

DS 2 sier videre at det er mange av pasientene som ikke har noe forhold til kronisk sykdom og har et annet forhold til alder.

*”Det er også mange av pasientene som ikke har noe forhold til kronisk sykdom, for i mange av de landene de kommer i fra har ikke noe særlig tilbud til kronisk syke.”, sier DS 2.*

*”Ja er du 58 år- da kan du egentlig bare sette deg i gyngestolen.”, sier DS 2.*

Når det gjelder sykdom og tabu og at pasienten ikke vil snakke om sykdommen svarer DS 3 at det er et sjeldent hun opplever dette.

*”For både tamilske, pakistanske og somaliske som er den største gruppen, så har de nesten alle diabetes. Slik at det er mer kollektivt å ha diabetes.”, sier DS 3.*

Faste er et annet tema diabetessykepleierne tar opp. Alle diabetessykepleierne sier at de råder alle som går på insulin til ikke å faste. Likevel er det mange som gjør det.

*”Det er bedre for meg og pasienten at jeg blir fortalt at han velger å gjøre det- slik at vi kan samarbeide om best mulige døgndoser.”, sier DS 1.*

*”Ja, erfaringen er at noen blir mye bedre i sin diabetes i fasten, mens andre blir mye verre. Det kan gå begge veier.”, sier DS 2.*

*”Det fungerer ikke spesielt bra. Enten blir blodsukkeret fryktelig høyt eller veldig lavt. Det svinger veldig.”, sier DS 3.*

Når det gjelder ønsker fra pasientene om at diabetessykepleierne skal være mer autoritære, som er vanlig i mange ikke-vestlige land, vs autonomitet og selvbestemmelse svarer DS 1 at det er personavhengig.

*”Det finnes de som foretrekker å bli fortalt akkurat hva de skal gjøre, det er oftest menn. Er selv blitt oppdratt i mer dialogbasert hjem, og foretrekker det slik.”, sier DS 1.*

DS2 beskriver at hun er mer konkret og forteller hvordan ting skal gjøres når det kommer til medisiner som for eksempel insulin. *”Det kan kanskje kalles å være autoritær.”*, sier DS 2.

Når det gjelder behov for tolk sier DS 2 og 3 at ikke lar pårørende være tolk, eller prøver å unngå dette. *”Vi har alltid en profesjonell tolk. Vi har egen tolketjeneste her på sykehuset.”*, sier DS 2.

*”Det er ikke ideelt å bruke pårørende som tolk og jeg prøver å unngå det. Likevel hender det at fastlegen ikke har skrevet at det behøves tolk i henvisningen. Da må jeg prøve å gjøre det beste ut av situasjonen. Det er bedre å få litt hjelp av pårørende, enn å ikke få snakket i det hele tatt. Men jeg får ikke kvalitetssikret det som blir sagt.”*, sier DS 3

DS 2 sier at hun føler at hun får en god kontakt med pasientene når ho bruker tolk, men at det tar lengre tid. *”Når man skal tolke må man alltid ha korte, presise setninger for å få de rette svarene. Ingen ordtak eller ironi.”*, sier DS 2 videre.

DS 3 sier at de bruker tolk på kursene som de holder for diabetespasientene fra ikke-vestlige land.

*”Vi har med tolk og og kurs holdes på tamilsk, somali og urdu. Det har vært en stor suksess. Det er først og fremst førstegenerasjons innvandrere som møter opp, i og med at de andre kan såpass godt norsk at de kan gå på de kursene på sykehuset. Så det blir jo et tilbud for de som er dårligst stilt i forhold til språk og ressurser generelt.”*, sier DS 3.

#### **4.7 Kvalitetssikring**

##### **- Hvordan forsikrer du deg om at pasienten forstår det du formidler?**

*”Da er det å sjekke med kontrollspørsmål en måte å gjøre det på. Av og til skriver jeg en liten huskelapp om noe vi har blitt enige om. Da ber jeg ofte pasienten lese huskelappen vi skriver på kontoret mitt før han går for å forsikre meg om at det er*

*skrevet på en forsvarlig måte. Og da får jeg ganske tydelig bekreftet om det er forståelig for pasienten eller ikke.”, sier DS 1.*

*”Jeg prøver å spørre tilbake- jeg ber de fortelle meg hva jeg har fortalt de. Eks: hvor mye insulin skal du sette? Hva skjer hvis du får lavt blodsukker? Hvordan merker du det?”, sier DS 2?*

*”Kroppsspråk avslører mye om ting de forstår eller ikke. Jeg kan i hvertfall lese litt ut fra ansiktet deres og kroppsspråket om de forstår det jeg sier til de. Noen sier jo ja uansett, men likevel så synes jeg at jeg kan ane når det er noen som ikke forstå noe.”, sier DS 3.*

**- Hvordan forsikrer du deg om at du forstår det pasienten formidler?**

*”Det må jeg innrømme helt ærlig, det forsikrer jeg meg ikke om. Det burde jeg. Jeg bare tror at jeg kan stole på meg selv og det burde jeg jo ikke. For det er ikke sikkert at jeg har skjønt det på den måten som pasienten mente det på.”, sier DS 1.*

*”Nei, det er ikke alltid lett. Jeg hører jo med tolken om hva pasienten mener, og om det jeg sier er riktig oppfattelse av det pasienten har formidlet. Så får de diskutere litt. Derfor tar det også en time, når jeg har tolk tilstede- nettopp fordi vi må forsikre oss om at det ikke oppstår misforståelser. Spesielt de første 2-3 gangene, før jeg har blitt kjent med pasienten, krever det ekstra forsikring om at budskapet er oppfattet av mottaker slik det er ment av den som snakker.”, sier DS 2.*

*”Det kan jeg aldri være helt sikker på. Det hender at jeg sier at nå setter vi en strek for denne gang, så avtaler vi en time hvor det kommer tolk. For når man har tolk kan man stille kontrollspørsmål hele veien, ikke sant. Da ber jeg for eksempel pasienten skru på insulinpinner for å vise hvor mange enheter insulin de skal sette [...]”, sier DS 3.*



## 4.8 Framtidig fokus

- Hvis du skal trekke fram ett budskap som du føler er veldig viktig å formidle til andre helsearbeidere i forhold til diabetes og innvandrere fra ikke-vestlige land, hva vil det være?

*”Det er komplekst men hvis jeg skal trekke fram en ting så er det at alle mennesker er forskjellige og [...] har litt forskjellige behov. Det går derfor ikke an å ha en standard måte å undervise på som dekker alle mennesker. En må tilpasse seg til det mennesket en har foran seg og den situasjonen vedkommende er i akkurat da”, sier DS 1.*

*” [...] det å se pasienten og høre hva de har å si, det er det viktigste og det som jeg tror vi mangler mest av. Hvis man lytter til det pasienten har å fortelle oss, så kommer man mye lengre enn hvis vi bare dundrer på med vårt.”, sier DS 2.*

*”Det å bruke tolk der det er dårlige språkkunnskaper. Og det å gi konkrete råd til diabetespasienten. Ikke vær redd for å spørre pasienten – hva er det egentlig du mener med det? Og en ting til: det kommer ikke en pakistansk kvinne inn døra. Det kommer en kvinne som har diabetes og så får man ta det derfra.”, sier DS 3.*

## 5 Drøfting

I alle de tre intervjuene kommer det fram at sykepleierne mener det er viktig å hele tiden ha i bakhodet at innvandrere ikke er en homogen gruppe. Det skjer ofte at man omtaler innvandrere som “de” og den øvrige befolkning som “vi” eller “oss”. Oppgavens meningen er ikke å markere et tydelig skille mellom noen befolkningsgrupper. Ønsket er ikke ene og alene å fokusere på forskjeller mellom ”oss” og ”dem”. ”Likevel vil en anerkjennelse av bare det som er felles uten forståelsen av det som er annerledes, føre til et ”A4”- helsetilbud som konsekvent uoppmerksomt i forhold til forskjeller.” (Kumar 2010: 53). Ved å finne ut hva som er annerledes for innvandrere, vil man kunne øke kunnskapen og forståelsen for dem som mennesker og deres situasjon- og forhåpentligvis bidra til et bedre og tilpasset helsetilbud. I intervjuene kommer det fram mye som ikke bare gjelder for innvandrere, men like mye den øvrige befolkning. Det primære i en tverrkulturell kommunikasjonsprosess er å fokusere på det man har felles, uten å neglisjere at det foreligger forskjeller (Sørheim 1995 gjengitt etter

Kumar 2010:72). Når det er sagt så er oppgavens hensikt å avdekke hvordan sykepleier kan bidra til at flere innvandrere skal oppnå behandlingsmålene. På bakgrunn av denne og oppgavens ordramme så kommer jeg til å trekke fram de funnene som belyser det som er spesielt for et møte mellom en sykepleier og en pasient fra ikke-vestlige land.

## **5.1 Kartlegging**

En viktig del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet er å få formidlet kunnskap og bevisstgjøring av pasientene (Kumar 2010: 53).

Det å skulle formidle kunnskap til en pasient som kommer fra et ikke-vestlig land er veldig annerledes sier de tre diabetessykepleierne i intervjuene. Mange innvandrere har ikke de samme forutsetningene for å ta til seg kunnskap som den øvrige befolkning. I Norge er helselære en del av pensum som alle elever skal lære. Med dette vet de aller fleste norske pasienter hva en nyre er. De vil også ha en viss anelse av hva det vil si å spise sunt eller hva som ligger i ordet “trening”.

Flere med etnisk minoritetsbakgrunn kommer fra muntlige kulturer og kan derfor ha problemer med skriftlig informasjon (Kumar 2010: 53). Det kommer fram i det ene intervjuet (DS 1) at analfabeter skammer seg over å ikke beherske et skriftspråk og prøver å skjule det.

Språkvanskene flere har er ikke bare knyttet til selve oversettelsen av språk, men også at det som kommuniseres ikke oppfattes i en kontekst (Kumar 2010: 53). Mange med ikke-vestlige innvandrere vil derfor ha behov for tilpasset informasjon for å oppleve at råd og veiledning er forståelige og relevant for de (Kumar 2010: 53). Alle sykepleierne sier de bruker samtale og dialog med pasienten som kommunikasjonsverktøy for å bli kjent. På den måten får pasienten fortalt sin historie og de har et utgangspunkt å jobbe med. I to av intervjuene kommer det tydelig fram viktigheten av å bruke profesjonell tolk. (DS 2 og 3). En tolk vil kunne oversette språket men også bidra til å unngå misforståelser slik at det som blir sagt blir oppfattet i riktig kontekst. Det kan være med å øke pasientens selvbilde.

Det kommer fram i intervjuene at mange av pasientene med etnisk minoritetsbakgrunn har dårlig selvbilde, spesielt kvinner. Det kan ha sammenheng med sosioøkonomiske årsaker, som at færre har utdanning og en jobb utenfor hjemmet og at flere kvinner er avhengige av

mannen sin på mange områder. Mange pasienter er deprimerte og lite motiverte for å gjøre endringer som vil kunne bedre deres diabetes. Internasjonal migrasjon innebærer en fysisk og psykososial belastning for mennesket. Mange ikke-vestlige pasienter har måttet reise fra noe kjent til noe helt ukjent. De fleste av disse menneskene føler sterkt på psykososiale forandringer som tap av kulturell identitet og yrkesstatus, tap av evne til å forstå de sosiale normene, tap av slektninger og tap av kjent miljø (Kumar 2010: 30). Alle tap fører til økt stressnivå (Hauff og Vaglum 1997 gjengitt i Kumar 2010: 30). "Når vi er stresset, synker den språklige kompetansen." (Viken og Magelssen 2010: 77). DS 2 sier i intervjuet: "Jo mer kulturtrofaste pasientene er, jo mindre kan de om Norge". En sykepleier bør legge til rette for at ikke pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn skal føle på høyere barrierer i forhold til helsevesenet enn det som allerede eksisterer. En måte å gjøre det på er å skaffe tolk. Tillit er vesentlig for å kunne etablere en god kontakt, som igjen er avgjørende for å kartlegge pasientens ressurser og utfordringer. For at man skal få til et konstruktivt samarbeid er god kommunikasjon en forutsetning. Med konstruktivt samarbeid menes, i denne konteksten, et samarbeid som vil gagne både pasient og sykepleier, og at samarbeidet er både løsningsorientert og framtidsrettet. Min mening er at dette vil kunne bli en "vinn-vinn" situasjon. Pasient vil oppnå bedre fysisk og forhåpentligvis psykisk helse. Sykepleier vil kunne bruke sine erfaringer fra møtet med denne pasienten i sine framtidige møter med andre mennesker i en sårbar situasjon. Det vil også kunne vises positivt i et samfunnsøkonomisk perspektiv, da videre oppfølging og behandling av pasienten vil koste mindre enn det det ville ha gjort dersom man skulle ha behandlet senkomplikasjoner.

Pasientens rett til bruk av tolk, er nedfelt i flere lovverk. Studier viser at skreddersydde individuelle konsultasjoner koster mer på kort sikt, men er trolig mer kostnadseffektivt på lang sikt (Gage m.fl. 2004).

Livsløpsperspektiv er et aspekt ved folkehelsen (Kumar 2010:30). Det innebærer at enkeltindividers helse kan være knyttet til påkjenninger de har vært utsatt for tidligere i livet. Det å skulle tilpasse seg nye omgivelser kan være medvirkende årsak til dårlig helse og sykdom (Kumar 2010:30). Den mentale helsen til innvandrere kan være et tegn på dette da mange har høy forekomst av depresjon (Hauff og Vaglum 1997 gjengitt i Kumar 2010:30). Det er viktig at sykepleier er bevisst hvilken påkjenning det å migrere kan ha for pasientens psykiske tilstand. Både DS 1 og DS 3 forteller i intervjuene at det er knyttet mange

utfordringer til det at flere pasienter sliter psykisk. DS 3 sier at mange pasienter er så syke både fysisk og psykisk at de ikke har noe som helst motivasjon til å gjøre endringer i livet sitt.

DS 1 forteller at de har hatt en periode nå med et prøveprosjekt med en psykolog på avdelingen. Hun sier at tilbakemeldingene fra pasientene hun har henvist, har gjort inntrykk. Psykologene avdekket depresjoner og annet som en psykolog må ta seg av. Etter å ha hatt 2-4 behandlinger, har pasientene beskrevet at det har vært lettere å leve med og forholde seg til sin diabetes ved at de har motivasjon til å gjøre livsstilsendringer.

I en definisjon av kultur er det viktig å framheve at begrepet er dynamisk og i stadig endring. Det er et godt utgangspunkt for folkehelsearbeid med ulike etniske grupper (Kumar 2010:13). Det er kanskje av hensyn til ressurser at helsearbeidere på lærings og mestringssenteret (LMS) , som en av DS jobber ved , har sluttet å reise hjem til innvandrerfamilier. Likevel kan man stille seg spørsmålet om ressursene det koster vil veie opp for det det gagnar sykehuset i form av helsegevinst hos pasientene. Eller kanskje de observasjonene fra hjemmene de besøkte ikke kan fungere som en modell for hva som gjelder hos pasientene generelt. Så kan man stille seg spørsmålet om hva i familiekulturen og deres levesett som har forandret seg fra den gangen de dro hjem til pasientene og som kanskje kunne hatt betydning for møtet med nye kursdeltakere.

## **5.2 Livsstilsendringer**

Tærtærforebyggende arbeid betyr å hindre videre utvikling av sykdom og minske følgene av den (Mæland 2005 gjengitt i Kumar 2010:25). Det er en stor del av sykepleieres jobb og er aktuelt i forhold til de som allerede har fått diagnosen diabetes. Et sunt kosthold og fysisk aktivitet er selve basisen i diabetesbehandling og må til for å kunne oppnå helsedirektoratets anbefalte målverdier. Noen pasienter må også gå på medisiner., men ofte prøves det ut med livsstilsendringer først. For at veiledning av livsstilsendringer skal ha noen effekt, forutsettes det at de involverte kommuniserer med hverandre på en måte slik at alle forstår.

Sykepleier må påvirke pasienten til å endre gjennom å handle. Mange ikke-vestlige innvandrere har en tro om at medisiner kan løse alt. Pasienten behøver å kjenne på en indre

motivasjon for å gjøre livsstilsendringer. For dette behøves kunnskaper om viktigheten av kosthold og fysisk aktivitet.

En barriere sykepleiere kan møte på i forhold til å skulle påvirke innvandrere til endring er fatalistiske holdninger. Å ha en fatalistisk holdning betyr å tro og mene at alt i livet er forutbestemt. DS 1 forteller i intervjuet om en pasient som sa at samme dag som han ble født så ble det bestemt når han skulle dø. For noen kan det være religiøs tro om at Gud bestemmer hva som skal skje, mens andre kan ha en litt mer holdning som at det som skjer- det skjer. – og at det er ikke så mye de kan få gjort med det. DS 2 forteller i intervjuet at slike holdninger kan være umulig å påvirke. Likevel opplever hun blant noen at det hjelper å snakke om kroppen som en gave fra Gud, og at Gud ønsker at man skal passe på det man har fått.

Forskjellig oppfattelse av alder kan også påvirke pasientenes motivasjon til å endre livsstil. For noen betyr 50 år og oppover å være gammel. Å utvikle sykdom er noe som følger med det å bli gammel og som mange aksepterer uten å tenke noe mer over det. Sykepleier må etter beste evne forsøke å motivere pasienter med slik oppfattelse av alder til å tenke annerledes. For man kan leve et liv med mindre sykdom og smerter selv om man har passert 50 år.

Utgangspunktet for helsefremmende strategier er at folk selv skal være med på å avgjøre hva som er best for dem. I litteraturen blir det diskutert hvorvidt pasienter fra ikke-vestlige land ønsker at helsearbeiderne skal være mer autoritære i møte med pasientene (Fagerli m. fl. 2005: 360). Norges fokus på selvstendighet og selvbestemmelse kan for mange virke forvirrende. Mange sykepleierne i Norge kan være så redde for å krenke pasienten slik at deres råd kan oppfattes diffuse (Fagerli m. fl. 2005: 360). DS 3 sier at hun må ha klar tale og være veldig konkret når hun skal lære opp pasienter om medisiner. Mens når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet så legger hun opp til mer dialogbasert kommunikasjon

### **Kosthold:**

Tradisjonell mat kan være en måte å bekrefte egne verdier, normer og identitet (Eriksen og Sajjad 2011: 242). Det er viktig at sykepleier tar utgangspunkt i hva som er pasientenes daglige matvaner og ønsker. Man kommer ingen vei med å snakke i vei om havregrøt og knekkebrød hvis det er noe pasienten ikke spiser. DS 1 pleier å be pasientene ta bilde av hvert måltid gjennom en dag. Da har hun og pasienten et utgangspunkt og det vil kunne bli lettere å komme i gang med samtale rundt maten. På den måten får også diabetessykepleier et innblikk

i hva maten består av, hvor mye og hvor mange måltider. Mange innvandrere spiser mye som er sunt og det er viktig å fokusere på. Pasienten skal ikke føle at alt ved han eller hennes liv er feil.

Det å spørre om pasienten handler all mat i butikken eller om de lager mye selv er nyttig informasjon for å vite hvordan å vinkle inn rådene sier DS 3. Sykepleier kan oppfordre til å spise mer av den sunne maten og mindre av det usunne.

Mat kan bety kultur i mye større grad enn det betyr for nordmenn flest. Fastemåneden ramadan er det mange muslimer som forholder seg til. Det kan by på mange utfordringer for både pasient og diabetessykepleier. Helsedirektoratet har laget noen råd til fastende muslimer i samarbeid med Islamsk Råd Norge (IRN) og Diabetsforbundet (Helsedirektoratet 2013). Mange muslimer velger uansett å faste. Religion og kultur er for mange noe som stikker veldig dypt. Sykepleiere kan informere pasienter om faste og dens konsekvenser samt sørge for at informasjonen er forstått. Noe mer kan bli vanskelig å gjøre når tvang aldri er et alternativ.

Visuelle virkemidler kan være effektivt i arbeidet med livsstilsendringer. DS 3 forteller om kursene hun er med å undervise i, hvor de viser fram forskjellige typer ris. De har også med forskjellige typer mel slik at pasientene kan få kjenne og se på de ulike sortene. Pasientene blir fortalt hva som er de sunneste alternativene. Hovedfokuset med kursene er at alt skal formidles helt enkelt, men at det er viktig at pasientene også forstår hvorfor det er sunt og viktig å prioritere. DS 1 trekker fram i intervjuet at flere pasienter har spurt hvorfor de ikke skal spise hvit ris, når det smaker bedre og er billigere.

Det at pasientene får en forståelse av hvordan kosthold kan virke inn på blodsukkeret er viktig for deres motivasjon. Det å oppfordre pasientene til å leke litt detektiver og prøve å finne ut av mat som ikke gir så høy blodsukkerstigning kan være effektivt. Det er viktig at pasienter blir klar over all den maten de fortsatt kan spise og ikke fokusere for mye på alt man helst skal holde seg unna.

Det å gjøre det klart for pasientene hva som er anbefalte målverdier er viktig slik at de har noe å forholde seg til. Men å sette opp en HbA1c på  $<7\%$  med én gang kan kanskje virke u hensiktsmessig. Sykepleier må kjenne pasientenes historie, utfordringer og ressurser og sette opp mål ut fra det og ut fra hva pasienten tenker.

Nesten på samme måte som denne oppgaven har beskrevet begrepsavklaringer, er det viktig å forklare hva som menes med forskjellige ord og begreper for mange innvandrere. Det er i alle fall viktig å være bevisst at ikke alt er selvsagt å forstå. Eksempler på dette er når en sykepleier formidler til en pasient at man kan spise litt hvit ris. Hva betyr litt? Mange innvandrere har et enormt forbruk av olje til matlaging, slik at det å be en pasient bruke mindre olje, kan fortsatt bety at det brukes olje i store mengder. Det å bruke målenheter som desiliter og liter- er heller ikke kjent for alle innvandrere. Når man skal formidle bruken av olje kan man bruke en spiseskje og forklare at det skal brukes så og så mange av denne størrelsen skje og gjerne vise den fram. Mengde ris kan konkretiseres med for eksempel hvor stor plass den skal ta på tallerkenen fra bildet som pasienten har tatt.

Det er viktig å fokusere på pasientens ressurser. For mange innvandrere kan pårørende være en ressurs. Det å inkludere pårørende i konsultasjoner kan føre til forståelse for pasientens sykdom og viktigheten av å legge om kostholdet. Diabetessykepleierne erfarer at det nesten er umulig for mannen å be kona om å lage sunnere mat, men at kona viser større forståelse etter å ha snakket med diabetessykepleier. Det er også effektivt å bruke barna til pasientene som motivasjon. Det er viktig å forklare hva som er årsakene til at man utvikler diabetes type 2 da mange kan ha helt andre oppfatninger av risikofaktorer. Kunnskap er ikke nok for å få til en adferdsendring, det må fokuseres på sammenhenger mellom sykdomsutfall og risikofaktorer som kan endres (Kumar 2010: 54). Mange innvandrere er veldig interessert i å leve sunt, spesielt når det gjelder barna deres kommer det fram i intervjuene.

### **Fysisk aktivitet:**

En annen viktig del av behandlingen av type 2 diabetes er fysisk aktivitet. For mange innvandrere er det knyttet mange barrierer til dette. Det er viktig å se på barrierene som utfordringer og ikke som problemer, og at det kan tilrettelegges bare man er bevisst. I intervjuene kommer det fram flere eksempler på at mange innvandrere legger noe helt annet i det å trene. Det at noen innvandrere tror at det er farlig hvis pulsen øker og derfor ikke går i trapper eller trener, er et godt eksempel på noe som er viktig å få oppklart tidlig. Det er ikke mulig for en sykepleier å vite om alle mulige oppfatninger pasientene kan ha. Men ved å være bevisst at det som for "oss" kan virke så enkelt og selvsagt at det blir helt banalt, kan for mange andre være uforståelig eller oppfattes helt annerledes. Hvordan sykepleieren formulerer seg for å finne ut av om pasienten trener kan gjøres på mange måter for å unngå

slike misforståelser. Det kan være lurt å bruke spørreord som hvordan, hvor eller hva for å unngå å få ja og nei- svar. Man kan også spørre om pasienten kan fortelle litt om hva de tenker om det å trene. Å bytte ut ordet ”trene” med for eksempel mosjon, bevegelse eller aktivitet kan også oppfattes mer forståelig.

Det at det koster penger å gå på treningssenter og at de ikke er tilrettelagt for mange med en annen kultur, kan være noen barrierer innvandrere møter på. Spesielt for kvinner som i mange kulturer må dekke seg til mer enn det som er vanlig på treningssenter. Sykepleier kan formidle andre tilbud til pasientene og legge vekt på at man ikke må gå på treningssenter for å trene. Det å gå en tur er helt gratis og godt for kroppen. Diabetesforbundet har også egne motivasjonsgrupper for innvandrere hvor pasienter møtes over en tid, går turer og lager mat sammen (Diabetesforbundet 2013 (c)). Kulturelle forventninger som at kvinnen skal være hjemme, laget mat og ta seg av barna veier for mange kvinner sterkt. Det å prioritere tid på seg selv til for eksempel trening er ikke sosialt og kulturelt akseptert (Lawton m.fl. 2001).

### **5.3 Kvalitetsikring**

En viktig og helt avgjørende sykepleieroppgave er kvalitetssikring av tjenestene og kommunikasjonen. Sykepleier må etter beste evne påse at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient oppfattes på den måten den er ment. Ellers mister rådene og veiledningen sin kraft. I tilfeller hvor man har med medisiner, sykdom og menneskers liv kan det faktisk bety liv eller død. Dersom en pasient svarer ”ja” på at han/hun har forstått hvor mye insulin som skal settes, men at det bare er av ren skjær høflighet, kan få store konsekvenser. Det kommer fram i intervjuene at de tre sykepleierne har flere metoder de bruker for å forsikre seg om at pasienten har forstått det de har fortalt eller demonstrert. Det er heller litt mer diffuse svar og usikkerhet rundt hvordan de forsikrer seg om at de har forstått det pasienten har sagt. Det er helt klart at dette kan være utfordrende. Kanskje denne måten å kvalitetssikre er uklar for mange. Det kunne vært interessant å funnet noen studier som gikk nettopp på om pasienter føler seg forstått. Det er helt klart mest fokus på om pasientene forstår det helsearbeider har sagt. Det kan hende at ved å få mer kunnskap om dette, vil man spare tid da kanskje pasientene føler at det er uhøflig å fortelle helsearbeider at det ikke var det de sa eller mente og derfor ikke tør å ta det opp.



Min erfaring fra praksis i India var å få ”ja” som svar til så å si alt av spørsmål. Ja’ene virket så overbevisende med deres ansiktsuttrykk. Etter hvert fant jeg ut at mange nikkete med hodet og sa ja fordi de kommuniserte at de lyttet til meg. Andre ganger ønsket de kanskje å være høflige, eller tok en sjanse på at ja passet seg. Erfaringen rikere har gjort meg bevisst at kommunikasjon både verbalt og nonverbalt kan være så annerledes enn hva man er vant med.

DS 1 sier at hun er skeptisk til bruken av skjemaer og brosjyrer. Hun sier at det er fordi hun av erfaring har funnet ut at pasientene ikke tar til seg kunnskapen slik den er ment. Det kan være mange årsaker til det, som analfabetisme og andre språkbarrierer som tidligere nevnt.

DS 1 forteller i denne sammenhengen om en artikkel som har gjort inntrykk på henne. Den handler om ”functional health literacy” (FHL). På norsk kan dette oversettes med funksjonell leseforståelse av helseinformasjon. Ren leseevne går utenom dette begrepet. FHL sier noe om pasientens evne til å fungere i møter med helsevesenet, med forståelse av skriftlig helsemateriell og tallforståelse. Dette kan på mange måter påvirke pasientens evne til å håndtere sin sykdom som det kommer fram i en artikkel om FHL (Schillinger m. fl. 2003: 83). Pasienter med lav FHL kan ha problemer med å lese informasjonsbrosjyrer og etiketten på medisinboksen, tolke sine blodsuktermålinger samt å huske timeavtaler for å nevne noe (Schillinger m. fl. 2003: 83). Det framkommer i artikkelen at lav FHL også kan ha sammenheng med vanskeligheter med å ta til seg og bearbeide muntlig informasjon (Schillinger m. fl. 2003: 84).

Lav FHL ses ofte hos pasienter som har lav forståelse av sykdom og oftere hos de som har et annet syn- og tro på helse som kan forstyrre etterlevelsen, altså evnen til å forholde seg til anbefalte råd og tiltak for å bedre sykdommen. Lav FHL har også sammenheng med dårlig helse og hyppige besøk hos helsevesenet. Det kommer fram i ”The Oslo immigrant health profile” at selvrapportert god helse forekom i større del hos den norske befolkningen enn blant innvandrerne. Innvandrerne hadde også større bruk av helsetjenester enn den øvrige befolkning (Kumar 2008)

I artikkelen om FHL som DS 1 refererer til, kommer det fram at ved at helsearbeider stiller kontrollspørsmål for å forsikre seg om at pasienten har forstått kan oppklare mye og dermed unngå mange misforståelser. Kontrollspørsmål og ved å be pasienten gjenta og forklare det som har blitt sagt eller demonstrert, har sammenheng med betydelig redusert HbA1c

(Schillinger m.fl. 2003). Artikkelen oppfordrer helsearbeidere til å kartlegge pasienters FHL og da spesielt pasienter med diabetes (Schillinger m.fl. 2003).

Kvalitetssikring av informasjon er svært viktig, da det er avgjørende at pasientene har forstått informasjon og veiledning som har blitt gitt. Mange helsearbeidere unngår å stille kontrollspørsmål, av frykt for å bruke for lang tid på møtet med pasienten. Helsepersonell som stilte kontrollspørsmål brukte likevel ikke lenger tid enn de som ikke gjorde det i følge Schillinger m.fl. (2003).

Det sykepleier skal fokusere på- er å unngå misforståelser som det er så mange av, men som er unødvendige.

## **6 Konklusjon**

Temaet diabetes og ikke-vestlige innvandrere er svært aktuelt i Norge. Det er viktig å ha i bakhodet at innvandrere ikke er en homogen gruppe. Det er viktig at man ikke bare fokuserer på forskjeller mellom "oss! og "dem". Samtidig er det viktig å ha en forståelse av det som er annerledes, hvis ikke vil det føre til et helsetilbud som er konsekvent uoppmerksomt på forskjeller. Det å finne ut hva som er annerledes for innvandrere, vil kunne øke kunnskapen og forståelsen for dem som mennesker og deres situasjon- og forhåpentligvis bidra til et bedre og tilpasset helsetilbud.

Diabetessykepleierens oppgaver i møte med ikke-vestlige innvandrere er mange og komplekse. Mine funn belyser viktigheten av god kommunikasjon som grunnmur for videre samarbeid mellom pasient og diabetessykepleier. Funnene viser videre viktigheten av at en grundig kartlegging, fokus på livsstilsråd og kvalitetssikring er de viktigste elementene som må til for at sykepleiere i Norge skal kunne bidra til at pasienter fra ikke-vestlige land med diabetes 2 oppnår behandlingsmålene. Det kommer videre fram at det er barrierer knyttet til religion og kultur som kan være utfordrene for kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Det er viktig med kunnskap om disse barrierene blant diabetessykepleierne slik at arbeidet med ikke-vestlige pasienter blir mest mulig kostnadseffektivt og at viktige omsorgsbehov ivaretas.

## Referanser

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademiske.

Dalland, O. (2009). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Revidert utg. Oslo: Gyldendal akademiske.

Diabetesforbundet (2013) (a). *Fakta om diabetes*. Hentet 1. oktober 2013 fra: [http://diabetes.no/no/Om\\_diabetes/](http://diabetes.no/no/Om_diabetes/)

Diabetesforbundet (2013) (b). *Innvandrere*. Hentet 1. oktober 2013 fra: [http://www.diabetes.no/Innvandrere.b7C\\_wlbSYL.ips](http://www.diabetes.no/Innvandrere.b7C_wlbSYL.ips)

Diabetesforbundet 2013 (c). *Motivasjonsgrupper for personer med innvandrerbakgrunn*. Hentet 2. oktober 2013 fra: [http://www.diabetes.no/Motivasjonsgrupper+for+personer+med+innvandrerbakgrunn.b7C\\_wlvQX3.ips](http://www.diabetes.no/Motivasjonsgrupper+for+personer+med+innvandrerbakgrunn.b7C_wlvQX3.ips)

Diabetesforbundet (2012). *Behandling*. Hentet 1. oktober 2013 fra: <http://www.diabetes.no/Behandling.9UFRjQ5M.ips>

Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal akademiske.

Fagerli, R. A., Lien, M. E., Botten, G. S. & Wandel, M. (2005). Role dilemmas among health-workers in cross-cultural patient encounters around dietary advice. *Scandinavian Journal of Public Health* 33: 360-369.

Gage, H., Hampson, S., Skinner, T. C., Hart, J., Storey, L., Foxcroft, D., Kimber, A., Cradock, S. & NcEville, E. A. (2004). Educational and psychosocial programs for adolescents with diabetes: approaches, outcoms and cost-effectiveness. *Patient Education and Counseling* 53: 333-346.

Gravklev, B.R. (2012). *Samfunn*. Hentet 1. oktober 2013 fra: <http://www.dagsavisen.no/samfunn/diabetes-koster-norge-10-milliarder/>

Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Ny nasjonal strategi for innvandreres helse*. Hentet 1. oktober 2013 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2013/helse--og-omsorgsminister-lanserte-strat.html?id=733869>

Helsedirektoratet (2013). *Råd til fastende muslimer*. Hentet 2. oktober 2013 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/innvandrerhelse/om-innvandrerhelse/ramadan/Sider/rad-om-faste-i-ramadan-til-helsepersonell.aspx>

Helsedirektoratet (2009). *Diabetes – Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet 2. oktober 2013 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Sider/default.aspx>

- Hjellset, V. T., Bjørge, B., Eriksen, H. R. & Høstmark, A. T. (2009). Risk Factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Imigrants: The InvaDiab-DEPLAN Study on Pakistani Imigrant Women Living in Oslo, Norway. *J Imigrant Minority Health* 13: 101-110.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2010). *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kjøllestad, M. K. R., Hjellset, V. T., Bjørge, B., Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2010). Barriers to healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. *Scandinavian Journal of Public Health* 38(Suppl 5): 52-59.
- Kumar, B. N. & Viken, B. (2010). Innledning. I: Kumar, B. N. & Viken, B. (red.). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kumar, B. N. (2010). Migrasjon, etnisitet og helse. I: Kumar, B. N. & Viken, B. (red.). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kumar, B. N., Grøtvedt, L., Meyer, H., Sjøgaard, A. J. & Strand, B. H. (2008). *The Oslo Imigrant Health Profile*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Rapport 2008: 7.
- Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M. & Hallowell, N. (2001). 'I can't do any serious exercise': barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes. *Health education research: theory and practice* 16 (3): 373-381.
- Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- NOU 2011: 14. *Bedre integrering. Mål, strategi, tiltak*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter*.
- Schackt, J. (2012). *Kultur*. Store norske leksikon. Hentet 1. oktober 2013 fra: <http://snl.no/kultur>
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C. & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop. Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy. *ARCH INTERN MED* 163: 83-90.
- Sky, J. (2013). *Religion*. Store norske leksikon. Hentet 1. oktober 2013 fra: <http://snl.no/religion>
- Somerfeldt, A. (2012). *Etnisk gruppe*. Store norske leksikon. Hentet 1. oktober 2013 fra: [http://snl.no/etnisk\\_gruppe](http://snl.no/etnisk_gruppe)
- Statistisk sentralbyrå (2013). *Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre, 1. januar 2013*. Hentet 1. oktober 2013 fra: <http://www.ssb.no/innvbef/>
- Store norske leksikon (2012). *Innvandrer*. Store norske leksikon. Hentet 1. oktober 2013 fra: <http://snl.no/innvandrer>
- Store norske leksikon (2009). *Fatalisme*. Store norske leksikon. Hentet 1. oktober 2013 fra: <http://snl.no/fatalisme>

Viken, B. & Magelsen R. (2010). Kulturelle forskjeller og dialog I: Kumar, B. N. & Viken, B. (red.). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Viken, B. & Nesje, R. (2010). Familier og helsefremmende arbeid. I: Kumar, B. N. & Viken, B. (red.). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Intervjuguide.

#### Intervjuguide

Hvordan kan sykepleier i Norge bidra til at flere pasienter med diabetes type-2 fra ikke-vestlige land oppnår behandlingsmålene?

Tidsramme: 45-60 minutter.

1. Hva var det som fikk deg til å begynne å jobbe med diabetes og innvandrere fra ikke-vestlige land?
2. Hvordan foregår det første møte med pasienten og hva er din rolle?
3. Har sykehuset noen tilbud til pårørende? Blir de inkludert på noen måte?
4. Kan du si noe om hvordan videre oppfølging av pasienten foregår og hva er din rolle?
5. Hvordan vektlegger du fysisk aktivitet og kosthold i ditt arbeid med pasienten?

Hva gjør du da?

6. Hva skal til for at du føler at du har lyktes i din rolle som diabetessykepleier i møte med pasienten?
7. Opplever du at det er barrierer knyttet til etnisitet, kultur og religion som kan påvirke kommunikasjonen mellom deg og pasienten?

I tilfelle ja, kan du si noe om det?

8. Hvordan forsikrer du deg om at pasienten forstår det du formidler?
9. Hvordan forsikrer du deg om at du forstår det pasienten formidler?
10. Hvis du skal trekke fram ett budskap som du føler er veldig viktig å formidle til andre helsearbeidere i forhold til diabetes og innvandrere fra ikke-vestlige land, hva vil det være?

Vedlegg 2: Innformert samtykke til enhetsleder.

Til: [redacted] Enhetsleder ved [redacted]  
[redacted]



Informert samtykke

Ved Diakonhjemmet høgskole, Institutt for sykepleie og helse har sykepleiestudentene en bacheloroppgave som avsluttende eksamen i sykepleie. I den forbindelse trenger de hjelp av informanter innen det området de studerer.

Jeg, [redacted], har valgt å bruke intervju som metode i min oppgave, og i den forbindelse trenger jeg informanter å intervju. Mitt tema i bacheloroppgaven er "diabetes og ikke-vestlige innvandrere.

Inne på [redacted] sine nettsider, leste jeg om et [redacted] prosjekt med tittelen [redacted] hvor fokuset var på pasienter med innvandrerbakgrunn. Dette prosjektet er noe jeg ønsker å lære mer om. I tillegg ønsker jeg å lære mer om hvordan diabetessykepleier på en poliklinikk med høy forekomst av pasienter med innvandrerbakgrunn jobber. Derfor kontaktet jeg diabetessykepleier, [redacted] på [redacted] ved [redacted] hvor du er avdelingsleder. Vi har avtalt at jeg skal få intervju henne, [redacted]. Intervjuet vil vare 45-60 minutter. Med dette ønsker jeg sitt samtykke for å kunne gjennomføre intervjuet.

Jeg har helt siden jeg startet på utdannelsen interessert meg for diabetes. Internasjonal helse og tverrkulturell kommunikasjon har vært temaer og fag jeg har valgt å fordype meg i.

### **Bacheloroppgaven har følgende problemstilling:**

Hvordan kan sykepleier i Norge bidra til at flere pasienter med diabetes type-2 fra ikke-vestlige land oppnår behandlingsmålene?

"Ikke- vestlige land" er i utgangspunktet et foreldet uttrykk og grupperinger etter verdensdeler eller opprinnelsesland har overtatt. Jeg velger likevel å anvende "ikke-vestlige" i teksten da det fortsatt blir brukt i skriftlig materiell fra offentlige instanser, som blant annet helsedirektoratet.

"Ikke- vestlige land " blir definert av regjeringen som Afrika, Asia, Sør og Mellom Amerika og Oceania.

Med behandlingsmål menes helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer med anbefalinger om forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes.

I flere artikler jeg har lest kommer det fram hvor komplisert det kan være å forstå kostholdsråd gitt av sykepleiere og leger i forbindelse med behandling av diabetes.

Artiklene kommer med flere eksempler på dette og understreker viktigheten av at helsearbeidere setter seg godt inn i pasientenes etnisitet, religion og kultur. Det nevnes i samtlige artikler at det er viktig å gi kostholdsråd som er tilpasset pasientens matkultur- og vaner og at man forsikrer seg om at pasienten oppfatter informasjonen slik den er ment.

For å svare på problemstillingen i bacheloroppgaven ønsker jeg å intervju sykepleiere med kompetanse og erfaring i veiledning av pasienter med type-2 diabetes fra ikke-vestlige land.

Jeg kommer til å benytte lydopptaker under intervjuet. Dette vil bli slettet når dataanalysen er ferdigbehandlet.

Alle personopplysninger som kommer frem i forbindelse med bacheloroppgaven, vil bli behandlet etter bestemmelser gitt i konsesjon fra Datatilsynet, jfr. §9 i Lov om personregister m.m. Opplysningene som gis, vil bli anonymisert og brukt slik at det ikke vil være mulig for andre enn den som arbeider med oppgaven å føre opplysninger tilbake til bestemte personer. Det presiseres at sykepleiestudenter har taushetsplikt.

Det vil ikke bli ført kartotek over data som er personidentifiserbare.



For ytterligere informasjon, kan du/dere kontakte meg på tlf [redacted] eller email [redacted]

Jeg svarer gledelig på spørsmål.

Diakonhjemmet høgskole, dato: [redacted]

[redacted]

Student

[redacted]

Veileder, tittel

## Erklæring om informert samtykke

Jeg har mottatt og forstått den informasjon jeg har fått om bacheloroppgaven og forespørselen om å delta med informasjon i undersøkelsen. Jeg godkjenner at de opplysninger jeg gir i samtale blir brukt slik det blir beskrevet ovenfor.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Selv om enheten velger å delta kan den trekke seg underveis og be om å få slettet alle opplysninger som vedgår den.

Med Vennlig Hilsen

██████████

Student, Diakonhjemmet høgskole

Jeg har som leder mottatt skriftlig informasjon om bacheloroppgaven og er kjent med hensikten. Jeg er kjent med rettigheter knyttet til frivillighet og enhetens rett til å trekke seg i perioden prosjektet/ oppgaven foregår.

Som enhetsleder samtykker jeg herved at ██████████ stiller opp til intervju i forbindelse med bacheloroppgaven min som omhandler ikke-vestlige innvandrere med diabetes type-2.

Sted: ██████████ Dato: ██████████ Underskrift: ██████████

### Vedlegg 3: Informert samtykke til innformant.

Til: [REDACTED], diabetessykepleier ved [REDACTED]  
[REDACTED]



Informert samtykke

Ved Diakonhjemmet høgskole, Institutt for sykepleie og helse har sykepleiestudentene en bacheloroppgave som avsluttende eksamen i sykepleie. I den forbindelse trenger de hjelp av informanter innen det området de studerer.

#### **Bacheloroppgaven har følgende problemstilling:**

Hvordan kan sykepleier i Norge bidra til at flere pasienter med diabetes type-2 fra ikke-vestlige land oppnår behandlingsmålene?

"Ikke- vestlige land" er i utgangspunktet et foreldet uttrykk og grupperinger etter verdensdeler eller opprinnelsesland har overtatt. Jeg velger likevel å anvende "ikke-vestlige" i teksten da det fortsatt blir brukt i skriftlig materiell fra offentlige instanser, som blant annet helsedirektoratet.

"Ikke- vestlige land " blir definert av regjeringen som Afrika, Asia, Sør og Mellom Amerika og Oceania.

Med behandlingsmål menes helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer med anbefalinger om forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes.

Jeg startet med et ønske om å skrive en bacheloroppgave som tar for seg pasienter med diabetes og deres opplevelse av det norske helsevesen. Litteratursøk gjort på norske helsearbeideres kostholdsråd til pakistanske innvandrere i Oslo, kommer det fram at det er mange forhold som påvirker, blant annet etnisk, kulturell og religiøs bakgrunn. Noen artikler tar for seg konkrete episoder, hvor pakistanske innvandrere i Oslo og helsearbeidere har opplevd misforståelser ift. informasjon og veiledning som har blitt gitt. Mange pasienter rapporterer å være utilfreds med måten norske helsearbeidere forholder seg til dem og deres sykdom på. Språk kan være en barriere, og ord og uttrykk kan tolkes på mange måter. Dette viser seg ofte å være en utfordring i kommunikasjonen mellom helsearbeidere og pasienter.

En episode beskriver dette godt: ( ikke direkte sitert).

En norsk helsearbeider sitter sammen med en pasient fra Pakistan og snakker om kostholdsråd ift. pasientens diabetes. Pasienten snakker svært godt norsk. Helsearbeideren sier til pasienten at hun kan spise litt av alt, og at man ikke behøver å ha noe "nei-mat", bare man spiser med måte. "Et tips kan være å spise halve porsjoner".

Pasienten rapporterer til intervjuer som kartlegger pasientenes opplevelse av kostholdsrådene: "jeg forstår ikke, hjemme i Pakistan sier legen min at jeg ikke skal spise noe ris, eller sukker i det hele tatt. Jeg vet at min lege i Pakistan er kjempedyktig og jeg stoler på han. Mens i Norge sier de det motsatte, nemlig at jeg kan spise alt, bare jeg spiser med måte. Men hva betyr egentlig "med måte"?? Og halve porsjoner? Hvis jeg da spiser en halv banan, en halv appelsin, et halvt eple, en halv mango, så blir jo det mye til sammen..? Betyr dette at min pakistanske lege tar feil? Hvem kan jeg stole på, når det blir gitt så mange ulike råd om en og samme sykdom"?

Denne episoden er et eksempel på hvor komplisert det er å gi kostholdsråd og artikkelen oppfordrer helsearbeidere til sette seg godt inn i pasientenes språkkunnskaper, forutsetninger for å forstå og matkultur. På bakgrunn av litteratursøk sitter jeg igjen med problemstillingen min. Jeg har et ønske om å intervju tre diabetessykepleiere, deriblant deg.

Alle personopplysninger som kommer frem i forbindelse med bacheloroppgaven, vil bli behandlet etter bestemmelser gitt i konsesjon fra Datatilsynet, jfr. §9 i Lov om personregister m.m. Opplysningene som gis, vil bli anonymisert og brukt slik at det ikke vil være mulig for andre enn den som arbeider med oppgaven å føre opplysninger tilbake til bestemte personer. Det presiseres at sykepleiestudenter har taushetsplikt.

Det vil ikke bli ført kartotek over data som er personidentifiserbare.

For ytterligere informasjon, kan du/dere kontakte meg på tlf: [REDACTED] eller mail: [REDACTED]

Jeg svarer gledelig på spørsmål.

Jeg vil ta lydopptak under intervjuet og dette vil bli slettet når dataanalysen er ferdigbehandlet.

Diakonhjemmet høgskole, dato: [REDACTED]

[REDACTED]

Student

[REDACTED]

Veileder, tittel

Erklæring om informert samtykke

Jeg har mottatt og forstått den informasjon jeg har fått om bacheloroppgaven og forespørselen om å delta med informasjon i undersøkelsen. Jeg godkjenner at de opplysninger jeg gir i samtale blir brukt slik det blir beskrevet ovenfor.

Min deltakelse er frivillig. Jeg kan når som helst trekke meg som informant.

Dato: [REDACTED]

[REDACTED]

Underskrift fra informant

