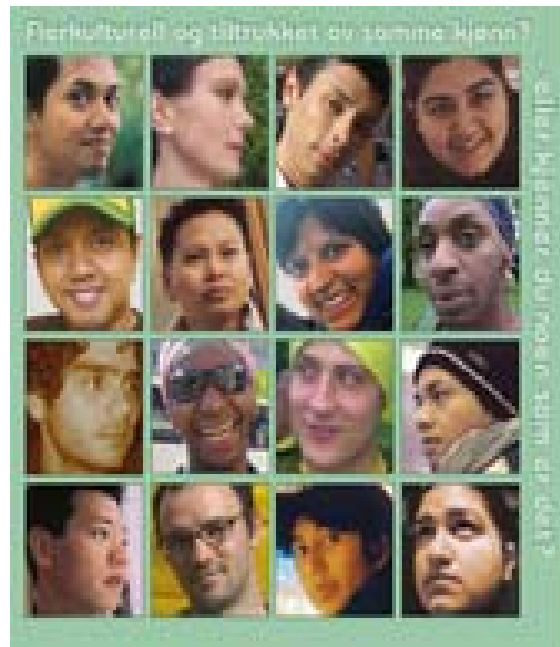


SYKEPLEIE TIL INNVANDRERE

”Hvordan møter sykepleier pasienter med minoritetsbakgrunn som har nyoppdaga diabetes type 2?



Bacheloroppgave i sykepleieutdanningen

ved Høgskolen Stord/ Haugesund,

avd. Haugesund, våren 2008

SYKHB008

Antall ord: 11916

Kandidatnr: 71 og 93

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1. 0 INNLEDNING | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 Begrunnelse for valg av tema | 1 |
| 1.3 Presentasjon av problemstillingen | 2 |
| 1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen | 2 |
| 2.0 TEORI | 4 |
| 2.1 ICN - International Council of Nurses | 4 |
| 2.2 Hva er sykepleie? | 4 |
| 2.2.1 Menneskesyn | 4 |
| 2.2.2 Sykdomsbegrepet og kulturbetinget oppfatninger av sykdom | 5 |
| 2.2.3 Etablering av et menneske- til- menneske- forhold | 5 |
| 2.3 Kommunikasjon, det viktige redskapet | 9 |
| 2.3.1 Er tverrkulturell kommunikasjon annerledes? | 10 |
| 2.4 Flerkulturell sykepleie | 12 |
| 2.4.1 Et flerkulturelt samfunn og kulturbegrepet | 12 |
| 2.4.2 Kulturforskjeller og kulturforståelse | 14 |
| 2.4.3 Sykdomsforståelse i forskjellige kulturer | 14 |
| 2.4.4 Helsearbeid – behandling på tvers av kulturelle grenser | 15 |
| 2.5 Sykepleierens pedagogiske funksjon | 17 |
| 2.5.1 Sykepleierens pedagogiske funksjon og ulike syn på læring | 17 |
| 2.5.3 Å legge forholdene til rette for læring og mestring | 18 |
| 2.5.4 Undervisning og veiledning | 19 |
| 2.6 Juridisk og etisk sykepleie | 21 |
| 2.6.2 Pasientrettigheter, undervisning og gjeldende lovverk | 21 |
| 2.6.3 Helsepersonell og gjeldende lovverk | 23 |
| 2.6.4 Sykepleieetikk - forholdet mellom juss og etikk | 23 |
| 3.0 METODE | 25 |
| 3.1 Definisjon av metodebegrepet | 25 |
| 3.2 Valgt metode | 25 |
| 3.3 Innhenting og bearbeiding av data | 27 |
| 3.4 Kildekritikk | 28 |
| 3.5 Etske aspekter ved gjennomføring av oppgaven | 30 |
| 4.0 PRESENTASJON AV UTVALGTE FORSKNINGS ARTIKLER | 31 |
| 5.0 DRØFTING | 33 |
| 5.1 Kommunikasjon, det viktige redskapet | 33 |
| 5.1.1 Er tverrkulturell kommunikasjon annerledes? | 34 |
| 5.1.2 Bruk av tolk | 34 |
| 5.2 Flerkulturell sykepleie | 37 |
| 5.2.1 Sykdomsoppfatning | 37 |
| 5.2.2 Livsstil – matvaner og fysisk aktivitet | 38 |
| 5.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon | 40 |
| 5.4 Juridisk og etisk sykepleie | 42 |
| 6.0 KONKLUSJON | 44 |
| Litteraturliste | 46 |
| Vedlegg | 50 |

1. 0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ca. 130.000 mennesker i Norge har diagnosen diabetes. 80 % av disse er pasienter med diabetes type 2. En ser en stor økning både i Norge og ellers i verden av forekomsten av diabetes type 2. Denne økningen forventes å bli enda større i årene som kommer (Mosand og Førstund, 2007). Europeiske studier tyder dessuten på at like mange kan ha udiagnostisert diabetes (Birkeland m. fl., 2004).

I undersøkelsen ”Mosjon på Romsås” (2000) som er en intervensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk befolkning i Oslo øst, kommer det frem at hele 14, 3 % av mennene og 27, 5 % av kvinnene som deltok i undersøkelsen fra det indiske subkontinentet hadde type 2- diabetes. Ser vi på forekomsten hos etniske nordmenn som var 7, 2 % hos menn og 3, 3 % hos kvinner, er det helt klart at diabetes opptrer hyppigere hos innvandrere fra Sør- Asia enn ellers i bakgrunnspopulasjonen.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Diabetes er en kronisk sykdom som vi begge har erfaring med fra praksis. Vi vet at denne diagnosen krever nært samarbeid med den enkelte pasient, forståelse for egen situasjon og ikke minst vilje til å ta ansvar for egen sykdom.

Vi gjorde litteratursøk og hadde fokus på undervisning og veiledning. Da så vi den store utfordringen det kan være å møte minoritetsgrupper med denne diagnosen. Kulturelle aspekter og kommunikasjonsproblemer kan forhindre den enkelte pasient å få den helsehjelpen den har krav på (Helsepersonelloven § 4, 1999).

1.3 Presentasjon av problemstillingen

”Hvordan møter sykepleier pasienter med minoritetsbakgrunn som har nyoppdaga diabetes type 2?

1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Hovedfokuset vårt ligger i hvordan vi møter og forholder oss til den enkelte innvadrer når de oppsøker helsehjelp og hvilken oppfølging de får.

Oppgaven vil ikke inneholde så mye om diabetes sykdommen. Grunnen til dette er at vi vil fokusere på kommunikasjon, kultur, pedagogikk og juridiske i møte med den som søker helsehjelp.

Vi valgte allikevel å begrense problemstillingen til diabetes. Det gir oppgaven en avgrensning, noe som gjør det enklere å finne aktuell litteratur.

Data fra ulike undersøkelser gjort i både Norge og andre vestlige land viser at forekomsten av diabetes er høyere blant innvandrere enn hos den vestlige majoriteten. Disse dataene gjorde det interessant for oss, da vi gjerne ville finne ut hvorfor det er slik og hvordan helsevesenet møter denne pasientgruppen.

Da oppgaven ikke er direkte rette mot selve sykdommen diabetes, kan den nok være relevant og til hjelp for annet helsepersonell som møter minoritetsgrupper med andre kroniske sykdommer.

Frøyshov Larsen (2000) skriver at siden diabetes er en kronisk sykdom, er det viktig at det foreligger et kontinuerlig og informert samarbeid mellom pasient og behandler for at resultatet skal bli vellykket. Innvandrergupper, i likhet med nordmenn, viser store variasjoner med hensyn til utdanning, sosiale forhold og kultur. Dette kan by på kulturelle barrierer i møte med disse.

Diabetes kan føre til senkomplikasjoner (Mosand og Førstund, 2007). Dette er noe vi ikke legger vekt på, da det blir for tidkrevende og omfattende. I tillegg har vi en begrenset ordmengde.

Vi omtaler innvandrere, ikke-vestlige, minoritet og pasienten synonymt, samt sykepleier, helsehjelp og behandler synonymt. Dette er gjort bevisst, da det i ulike sammenhenger passer bedre med det ene begrepet kontra det andre.

2.0 TEORI

2.1 ICN - *International Council of Nurses*

Behovet for sykepleie er universelt. Fundamentet i sykepleien er å vise respekt for menneskerettighetene. Dette inkluderer respekt for alle kulturer, retten til å leve og ta egne valg og å behandle alle mennesker med lik verdighet.

Sykepleier skal respektere alle uansett alder, hudfarge, rase, kultur, kjønn, legning, nasjonalitet, trosretning og politisk syn, eller sosial status og rang. Sykepleier skal yte hjelp til individer, familier og samfunnet og skal kunne samarbeide tverrfaglig med relevante parter (Fritt oversatt fra The ICN code of ethics for nurses, 2005).

Denne kodeksen har mange likhetstrekk med Joyce Travelbee, som vi bruker i denne oppgaven.

2.2 *Hva er sykepleie?*

Joyce Travelbee definerer sykepleie som;

”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (2001, s. 29).

Hun kommenterer at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, da sykepleie alltid på en direkte eller indirekte måte dreier seg om mennesker (Travelbee, 2001).

2.2.1 **Menneskesyn**

Travelbee (2001) ser på hvert enkelte menneske som et unikt individ, da det er enestående og uerstattelig. De store forskjellene mellom mennesker kan forklares ut i fra ulike livserfaringer samt arv og miljø. Hun bruker sitatet ”mennesker er mer forskjellige enn de er like” (s. 57)

som en rettesnor for å unngå å anta at den hun møter er lik seg selv. Da vil hun ikke dømme andre ut i fra hva hun selv vil og ikke vil gjøre.

2.2.2 Sykdomsbegrepet og kulturbetinget oppfatninger av sykdom

Selv om alle mennesker er ulike og unike, finnes det mange likhetstrekk mellom dem. Alle mennesker vil i løpet av livet stå ovenfor en eller annen form for sykdom eller lidelse. Som sykepleier vil en møte disse menneskene. Sykepleien som gis avhenger av den enkelte sykepleiers menneskesyn og hvilken sykdomsoppfattelse hun har. Direkte skriver Travelbee (2001), ” *kvaliteten ved sykepleieomsorgen til hver enkelt syk person er primært bestemt av sykepleierens forståelse av sykdom, lidelse og død. Sykepleierens egne åndelige verdier, hennes livssyn, menneskesyn og syn på sykdom og lidelse vil være avgjørende for i hvilke grad hun makter å hjelpe den syke til å finne mening eller ikke mening i disse situasjonene*” (s. 83).

Travelbee (2001) har ingen egen definisjon på selve sykdomsbegrepet, men er opptatt av hvordan hver enkelt opplever det å være syk. Denne opplevelsen påvirkes av enkeltindividets oppfatning av sykdom, og her er kultur et sentralt begrep.

2.2.3 Etablering av et menneske- til- menneske- forhold

Travelbee (2001) tar avstand fra generalisering av pasienter og sykepleiere. Hun misliker når mennesker tilslutter seg grupper, da enkeltindivider da lett oppfattes som en helhet. Sykepleie er en mellommenneskelig prosess, og er det viktig at det opprettes et *menneske- til- menneske- forhold*. Slike forhold er vanskelig å etablere mellom roller, da dette er en prosess som krever at en ser hverandre som individer. Å se på den andre som en unik person kan bidra til at eventuelle fordommer brytes ned, og det skapes rom for å etablere gode relasjoner. Prosessen har 5 ulike faser: Det innledende møte, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

Vi har valgt å skrive litt om de ulike fasene i denne prosessen, da dette kan støtte opp under funnene i drøftingsdelen og bidra til å komme fram til et svar på vår problemstilling.

Det innledende møte

På dette stadiet kjenner ikke sykepleier og pasient hverandre, og de vil derfor danne seg et bilde av hverandre ut i fra generalisering. I det innledende møte vil begge partene få et første inntrykk av hverandre. Første inntrykket er umiddelbar vurdering av ulike faktorer som den andres væremåte, handlinger og språk. Utfordringen til sykepleieren er å se pasienten som han er og interessere seg i pasienten som person. Dersom denne evnen ikke er til stedet hos sykepleieren vil omsorgen bli mekanisk, upersonlig og overfladisk (Travelbee, 2001)

Fremvekst av identiteter

Etter hvert som sykepleier og pasient kommuniserer og bruker tid sammen vil deres identitet komme mer frem og det vil etableres et kontaktforhold. Stereotype holdninger og fordommer blir brutt ned. Sykepleieren vil da kunne se individet og dens særegne opplevelser, samt pasienten vil se sykepleieren som person og ikke som alle andre sykepleiere (Travelbee, 2001).

Empati

Travelbee (2001, s. 135-136) definerer empati som; ”evnen til å trenge inn, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da”. Empati er viktig for å forstå pasienters indre opplevelse og ytre atferd. Et forhold mellom to individer vil bli forandret når det har oppstått empatisk forståelse mellom dem. Empatisk forståelse er ikke kontinuerlig, men det kan oppleves i øyeblikk og enkeltsituasjoner.

Sympati

Sympati er et resultat av den empatiske prosessen og er knyttet opp til et ønske om å hjelpe pasienten. Dette ønsket oppstår når en i empati prosessen ser og forsør pasienten. Når en uttrykker sympati ovenfor en pasient formidler sykepleieren at en bryr seg og at en er engasjert. Pasienten oppfatter sympati når sykepleieren formidler dette gjennom sin holdning og væremåte, ved verbal og non- verbal kommunikasjon (Travelbee, 2001).

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

Dette er den siste fasen og denne er et resultat av det som har skjedd tidligere i prosessen. For at prosessen skal komme til dette stadiet er det avhengig av sykepleieren har et ønske om å hjelpe pasienten og at hun har kunnskap og evne til å iverksette tiltak som avdekker pasientens behov. Nå har pasienten fått tillit til sykepleieren og de kommuniserer åpent. På

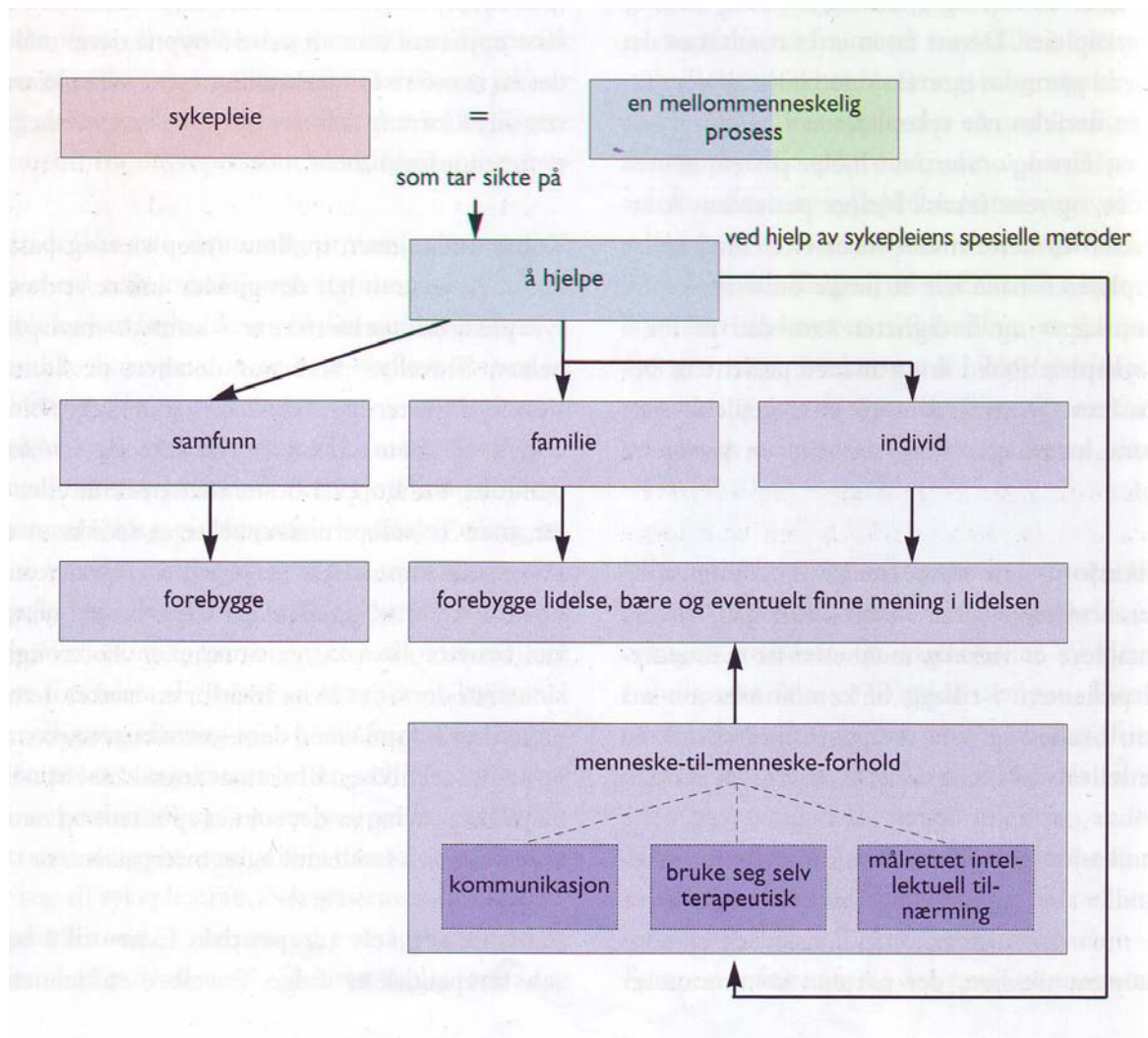
dette stadiet kan sykepleieren komme med direkte tiltak som møter pasientens behov (Travelbee, 2001).

For å etablere et menneske- til- menneske- forhold nevner Travelbee (2001) 3 ulike hjelpemidler. Disse er følgende:

Kommunikasjon er et viktig redskap sykepleier har i møte med den enkelte pasient. For å etablere et menneske- til- menneske- forhold er det en forutsetning at sykepleieren er bevisst på sin måte å kommunisere på. Det er en gjensidig prosess mellom sykepleier og pasient hvor en formidler tanker og opplevelser til hverandre (Travelbee, 2001).

Å bruke seg selv terapeutisk er i følge Travelbee (2001) et kjennetegn hos den profesjonelle sykepleieren. En terapeutisk tilnærming vil si at en bruker sin personlighet i samhandling med den aktuelle pasienten. Hele hensikten er å hjelpe pasienten til å lindre eller redusere hans plager, slik at det skjer en ønsket forandring i pasientens tilstand.

En målrettet intellektuell tilnærming fra sykepleieren vil hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon og eventuelt finne en mening med den. Ved hjelp av sine ferdigheter og kunnskap vil sykepleieren gjennom en systematisk tilnærming finne frem til pasientens behov for sykepleie og hvordan hun kan møte han på en best mulig måte (Travelbee, 2001).



2.3 Kommunikasjon, det viktige redskapet

Gjennom kommunikasjon prøver avsender å formidle et budskap til en mottaker ved hjelp av ord, kroppsspråk og atferd. Hensikten er at budskapet som avsenderen formidler skal nå mottakeren (Dahl, 2001).

Hovedhensikten med kommunikasjon i denne oppgaven er å gjøre sykepleieren mest mulig kjent med pasienten, slik at hun bli i stand til å imøtekomme hans behov for pleie og hjelp (Travelbee, 2001).

Det kan lett oppstå missforståelser når en kommuniserer, da avsender og mottaker har ulike måter og tolke ting på. Derfor kan det være nyttig for avsenderen og være bevisst på mottakerens tilbakemelding, da denne kan gi tegn på hvordan mottakeren forstår budskapet. Her snakker en om verbal og nonverbal kommunikasjon. Når en observerer denne tilbakemeldingen kan det være lettere for avsenderen å justere sin melding underveis, slik at det ikke oppstår unødvendige missforståelser (Dahl, 2001).

I denne oppgaven er det den profesjonelle kommunikasjonen som står i fokus. Profesjonell kommunikasjon fremmer sykepleieryrkets formål i bred forstand og den er egnet til å ivareta pasienter på en god måte. Rollen vi har som sykepleier innebærer en hjelpende funksjon for pasientene vi møter i kraft av vår faglige kompetanse og posisjon (henviser til punkt 1.0)(Eide og Eide, 2004).

Praktiske kommunikasjonsferdigheter er hensiktsmessig å bruke i de ulike kommunikasjonssituasjonene. Disse ferdighetene kan være hjelpende, støttende og problemløsende (Eide og Eide, 2004).

På samme måte som Joyce Travelbee (2001) bemerker at hver enkelt pasient er unik, understreker Eide og Eide (2004) at hver bruker er forskjellig og har forskjellige behov.

Disse kommunikasjonsferdighetene bør sykepleier beherske i møte med pasienten:

- å lytte til den andre
- å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
- å skape gode og likeverdige relasjoner
- å møte den andres behov og ønsker på en god måte
- å stimulere den andres ressurser og muligheter
- å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
- å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
- å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
- å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
- å samarbeide om å finne frem til gode løsninger (Eide og Eide, 2004).

2.3.1 Er tverrkulturell kommunikasjon annerledes?

Kulturelle forskjeller kan være betydelige hos de ulike pasientene vi møter, særlig når vi prater om innvadrer grupper. Foruten kulturelle forskjeller er det også store individuelle forskjeller som det er viktig å være klar over for å gi den enkelte tilstrekkelig helsehjelp. Utfordringen for en sykepleier blir derfor å omstille seg foran et hvert møte med en ny pasient og leve seg inn i den enkeltes unike situasjon og fortolkningsrammer (henviser til punkt 1.2) (Eide og Eide, 2004)

Dahl (2001, s. 32) sier at; ” *interkulturell kommunikasjon er kommunikasjon mellom mennesker med ulik kulturell bakgrunn*”.

En kan stille seg spørsmål om hva en kan definere som ulik kultur bakgrunn.

En forutsetning for å kommunisere med en pasient er at en forstår den andres språk. Felles kulturelle referanser og forutsetninger kan gjøre kommunikasjonen optimal. I møte med pasienter fra minoritetspopulasjoner er det derfor nødvendig å leve seg inn i den andres verden, gjøre seg kjent med den andres tegn og koder og skape trygghet som fører til at pasienten klarer å stole på en som hjelper (Eide og Eide, 2004).

Ulik kulturbakgrunn gjør at vi oppfatter ting ulikt, da man preges svært mye av den kulturen man er vokst inn i. Dette er grunnen til at tverrkulturell kommunikasjon er mer kompleks enn kommunikasjon som foregår mellom parter fra samme kultur rammer.

Eksempler på dette er for eksempel ord og begreper. Noen land uttrykker seg mest gjennom verbal kommunikasjon, mens andre bruker mindre ord og mer kroppsspråk. Noen land bruker også samlebegreper for ulike sykdommer som kan gjøre det vanskelig for en helsearbeider i Norge å forstå. Ulike måter å bruke språket på kan derfor skape misforståelser og gjøre det vanskelig å skape trygghet (Eide og Eide, 2004).

Nonverbal kommunikasjonskoder er også ulike hos mennesker fra ulike kulturer. Da en som sykepleier er den profesjonelle i møte med ulike pasientgrupper, kreves det derfor at en er bevisst på ulikheter hos ulike pasientgrupper. Uttrykk for sinne, angst, sorg og latter kan være forskjellig hos mange (Eide og Eide, 2004).

Andre nonverbale kommunikasjonsmetoder som vi må reflektere over er stemmeklang, stemmevolum og tonefall, blick og øyekontakt, hodebevegelser, kroppsbevegelser og kroppsstilling, personlig rom og samhandlingsavstand, fysisk berøring og kroppsspråk (Hanssen, 2004).

En forutsetning for å kunne hjelpe disse er derfor å tilegne seg kunnskap om deres bakgrunn, koder og tegn (Eide og Eide, 2004). En vil da se det enkelte individet og det unike med en hver pasient (Travelbee, 2001).

En ser store forskjeller på verdier og idealer i ulike kulturer og dette er helt klart en risiko for feiltolkninger og misforståelser. Et eksempel på dette er at lydighet og lojalitet til familien er i mange kulturer høye idealer, mens her i Norge kan slik oppførsel feiltolkes og være uttrykk for overdreven avhengighet, usunn underkastelse og personlig svakhet. Statushierarkier finnes i mange kulturer, noe som gjør det nødvendig for en profesjonell helper å oppdage og forstå disse ulikhetene for å avdekke behov hos den enkelte pasient (Eide og Eide, 2004).

2.4 Flerkulturell sykepleie

I følge Leninger kan flerkulturell sykepleie defineres slik: ”En hverdagslig helsepraksis med fokus på kulturelle behandlingsmetoder både når det kommer til psyko- somatisk behandling, omsorg, helse og sykdomsmønster hos mennesker, med respekt for likheter og forskjeller i pasientenes kulturelle verdier, trosretninger og væremåte. Hovedmål er å sørge for kulturell overensstemmelse, samt godt utviklet og kompetent sykepleie til mennesker fra forskjellige kulturer” (Fritt oversatt fra Papadopoulos, 2006 s. 8).

2.4.1 Et flerkulturelt samfunn og kulturbegrepet

Ser en på antropologiens forståelse av kultur i forbindelse med det menneskelige samfunn, er det karakteristiske for et samfunn er at medlemmene har et visst forhold til hverandre, en viss grad av felles interesser, identitet, verdier og gjensidige forventninger (Magelssen, 2002).

Antropolog Roger Keesinger definerer kultur slik:

”Kultur er et system av kunnskap, ideer, verdier, regler som ligger bak hva vi gjør og som uttrykkes gjennom det vi gjør” (Brodtkorb s. 214, 2004)

Med kultur som en livsform tenker man kultur som en fellesnevner på en gruppes måte å leve på, trossystemer, normer, skikker, verdier og ritualer. Setter en denne kulturforståelsen opp mot tanken på at kultur er et handlingsskjema, en felles tenkemåte mennesker innad i kulturen tilegner seg som et medlem av gruppen, og som gjenspeiles i handlinger, får man det som sosialantropologien definerer som kultur (Brodtkorb, 2004).

I menneskers kultur regnes de aspektene som er tillært og fremdyrket over tid gjennom sosialiseringprosessen. Menneskers livserfaringer reflekteres i ens kultur. Kultur er allment, da alle mennesker er del av et samfunn. Innenfor en kultur er det ofte en rekke samfunn som danner egne kulturer. Det er enkelt å krysse kulturgrenser når en beveger seg i det sosiale landskapet. Forstår en kulturbegrepet ut ifra dette ser man at det ikke bare er i forbindelse med innvandrerpasienter en bør tenke på kultur og kulturforskjeller, men at det foreligger kulturforskjeller mellom mennesker, også når de har samme etniske opphav (Magelssen, 2002). Norge er et samfunn bygd opp av flere kulturer og etniske grupper (Hanssen, 2002).

En etnisk gruppe beskrives som en mindre gruppe mennesker, minoritet, som har forskjellig opprinnelse og som betrakter seg selv som kulturelt forskjellig fra majoriteten (Eriksen, 2002).

I Norge finnes også ulike etniske grupper, som for eksempel samene og kvenene, som er en del av den norske befolkningen (Hanssen, 2002). I Norge lever det over 200 000 mennesker som er født i et annet land. Halvparten av disse har bakgrunn fra Vest- Europa eller Nord- Amerika. Disse ansees og oppfattes vanligvis ikke som innvandrere, selv om de i realiteten er det på lik linje med dem som har et mer utypisk hvit utseende (Eriksen, 2002).

Innvandringsdebatten er høyaktuell. Innvandring til Norge startet som en jevn strøm arbeidere som kom til landet for å jobbe (Eriksen, 2002). Disse kom fra land hvor det rådet fattigdom og dårligere levekår, og ble sett på som en ressurs for de raskt voksende industrilandene (Papadopoulos, 2006). I senere tid har strømmen av innvandrere som kommer til landet økt fordi de flykter fra sitt eget hjemland. Samtidig har ikke Norge det samme behovet for utenlandsk arbeidskraft som tidligere. Fremmedfrykt bygger ofte på vår redselen om at minoriteter skal komme til landet og ta ifra oss noe, for eksempel arbeid eller penger i form av å ”snylte” på staten. Andre er redde for at de skal komme inn med sin kultur og påvirke oss. Dette fører til en skepsis i den norske urbefolkningene og medfører at gapet mellom ulike kulturer og at kulturforskjellene vokser (Eriksen, 2002).

2.4.2 Kulturforskjeller og kulturforståelse

”Kultur er det motsatte av natur” (Eriksen og Sørheim s. 38, 1994).

Travelbee sier: Som sykepleier er det nødvendig å ha fokus på kulturforskjellene, dersom en ønsker å forstå pasienten, uansett nordmann eller innvandrer. Hvis en ikke har fokus på dette blir det umulig å forstå at mennesker har likheter og forskjeller, og derfor vanskelig å gi hver enkelt den hjelpen de har behov for (Eriksen og Sørheim, 1994).

Anatomisk sett er alle mennesker ”støpt i samme formen”. Ser en bort i fra anatomien derimot, er alle mennesker unike og forskjellige. Noen av disse forskjellene kan vi betegne som kulturelle. Innen for en kultur kan mennesker ha mye til felles, som språk, religion, normer og moral. Når en vokser opp i et likt miljø, vil en ofte ha de samme normene for skikk og bruk, like verdier og likt syn på hva som er rett og galt. Motsatt vil mennesker oppvokst i forskjellige miljøer ha forskjellig syn på dette. Dette skaper kulturforskjeller (Eriksen og Sørheim, 1994).

Når mennesker immigrerer til Norge, vil de nye omgivelsene påvirke dem i større eller mindre grad, allikevel beholder de fleste på de grunnverdiene de har med seg (Hanssen, 2005). Dette er det viktig at vi som sykepleierer ikke glemmer.

2.4.3 Sykdomsforståelse i forskjellige kulturer

I et flerkulturelt samfunn vil de forskjellige gruppene ha ulikt syn på sykdom og derfor forskjellige behov i møte med helsevesenet. Dette kan føre til at forventninger og atferd hos pasienten ikke samsvarer med den helsepersonellet har (Hanssen, 2004).

Enhver kulturell gruppe har sin egen forståelse og teori som forklarer hva sykdom er (Hanssen, 2004). Ser en på kultur som noe tillært, noe som føres gjennom generasjoner, er det enkelt å forstå at ulik bakgrunn kan by på problemer. Da særlig i forbindelse med sykdom og sykdomsopplevelse (Eriksen, 2002). Forskjellige kulturer byr på ulike livssyn. Dette kan omfatte både religion og ideologier. Som sykepleier er det viktig å akseptere at mennesker har forskjellig sykdomsforståelse, og derfor ulike behov i forhold til behandling. Et sykdomssyn

vil gi en spesifikk sykdomsatferd, og dette bunner i den kulturelle bakgrunnen til pasienten (Hanssen, 2004).

Flere studier viser at mellom folkegrupper og innad i en og samme gruppe finnes det forskjellige oppfatninger om kroppen, dens behov, hva som er sykdom og hvilken behandling som er adekvat for hver enkelt (Brodtkorb, 2004). Pasientens kroppsoppfatning kan gi mange svar på hvilken forståelse han har av sykdom. Noen kulturer ser på sykdom som en straff fra Gud, noen mener det skyldes en ubalanse mellom yin og yang mens andre igjen tror det er å være besatt av onde ånder (Hanssen, 20004). En kan si at kroppsforståelse, og dermed sykdomsforståelse er en konsekvens av vår kultur, og dette må helsearbeidere ta hensyn til (Brodtkorb, 2004).

2.4.4 Helsearbeid – behandling på tvers av kulturelle grenser.

Som nevnt er helse- sykdom - og kroppsoppfatning forankret i vår kulturelle bakgrunn. Som sykepleier vil en møte på mennesker fra ulike kulturer hver dag. I tillegg representerer ofte kategorien helsearbeidere/ sykepleierer sin egen kultur. Et eksempel på dette kan være det profesjonelle språket en benytter i jobbsammenheng (Austveg, 1994). Denne språkbruken kan oppleves vanskelig å forstå for en vanlig nordmann, og vil forståelig nok skaper langt større komplikasjoner for som ikke snakker flytende norsk.

Austveg sin erfaring er at helsearbeidere er redde for å bli kalt rasistiske. Rasisme er et ord som gir hver enkelt en assosiasjon, men i hovedsak er rasisme en opplevelse og hva en legger i ordet individuelt. Alt i alt dreier det seg om å holde avstand til andre raser uansett årsak. Rase er et begrep som har med synlige biologiske forskjeller å gjøre. Allikevel benyttes ordet også i forbindelse med sosiale og kulturelle enheter. Rasisme kan defineres som at sosiale forhold og maktforhold tar utgangspunkt i biologien. Når flere kulturer møtes og store kulturforskjeller oppstår, vil det før eller siden oppstå en kulturkollisjon, men disse sammentreffene og forskjellene er mer påfallende når ”den andre” kulturen er farget (Austveg, 1994).

Det er rasisme i behandlingstilbud dersom det påvises at fargede får mindre eller dårligere tilbud enn hvite (Austveg, 1994). Dette er en felle det er lett å gå i dersom holdninger hos sykepleier baserer seg på fordommer en allerede har til utlendinger.

Fordommer kan føre til at kontakten mellom behandler og pasient blokkeres, og utfallet blir dårlig kommunikasjon og manglende forståelse. Det er viktig å arbeide med egne fordommer i møte med fremmede kulturer. Dette kan gjøres gjennom å tilegne seg ny kunnskap, nye erfaringer, men også ved gå inn i seg selv og ta opp egne holdninger. Å se hele pasienten og se bort ifra ”flyktning- stempelet” er vesentlig for å overvinne fordommer (Austveg, 1994).

Pasientens oppfatning av sykdom og behandling samsvarer ikke alltid med helsearbeiderens oppfatning. Det kan oppstå kommunikasjonsproblemer som gjør innvandrere lettere offer for stigmatiseringer som at de er vanskelige pasienter. Innvandrere vil konstant være i en tilpasningsprosess til sitt nye hjemland. Å havne i en helseinstitusjon kan være en påkjenning da dette krever at en må tilpasse seg pasientrollen og sykehuskulturen. Dersom personalets syn på helse, sykdom og behandling ikke samsvarer med pasientens, vil et sykehusopphold raskt virke som enda en påkjenning og kanskje føre til ytterligere kultursjokk. Dette igjen kan ha sterk innvirkning på pasientens oppførsel og væremåte og pasientens oppførsel kan oppleves som atypisk i forhold til andre pasienter (Hanssen, 2005).

2.5 Sykepleierens pedagogiske funksjon

2.5.1 Sykepleierens pedagogiske funksjon og ulike syn på læring

I følge rammeplan for sykepleierutdanning (2004) skal den ferdig utdanna sykepleier ha handlingskompetanse til å;

- informere, undervise og veilede pasienter og pårørende om problemer og behov som oppstår ved sykdom, lidelse og død
- drive helseopplysning og forebyggende arbeid
- undervise og veilede medarbeidere og studenter

Harald Rørvik (1994, s. 18) definerer begrep pedagogikk slik: *”Pedagogikk er læra om forholdet mellom pedagog, målgruppe og innhold”*.

Tveiten (2000, s. 23) sier at sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer; *”alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvaret for, som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger”*.

Hensikten med den pedagogiske funksjonen for en sykepleier er å hjelpe pasienter til å utvikle mestring eller videreutvikle mestring. Pedagogen, som her er sykepleieren, skal legge til rette for at målene til pasienten skal nås. Å legge til rette for dette kan være å undervise, informere og veilede (Tveiten, 2000).

Alle mennesker lærer på ulike måter. En kan stille seg spørsmål om læringen foregår i sosiale settinger, inne i hodet til den enkelte og om hvilke faktorer som hemmer og fremmer læring (Tveiten, 2000).

Rørvik (1994, s. 50) definerer læring som; *” relativt varige forandringer av opplevelse og atferd etter interaksjon med miljøet eller etter skapende tenking”*.

Læring fører til en forandring hos personen som mottar den aktuelle undervisningen, veiledningen osv. (Tveiten, 2000).

Det har siden 1970- årene vært et kognitivt syn på læring. De siste tiårene har dette synet blitt en del kritisert, ettersom det har en ensidig individualsentrering. De sosiale og kulturelle aspektene er blitt for lite vektlagt. Det sosiokulturelle synet på læring har flyttet fokuset bort fra den primære individuelle prosessen, og er mer opptatt av samhandlingen, da interaksjon og samhandling er grunnleggende for at læring skal skje. En kan med andre ord si at læring er både en individuell, kulturell og en sosial prosess (Tveiten, 2000).

Sykepleierens rolle innenfor det sosiokulturelle læringsyn vil derfor være å være en god formidler av læringen som skal gis, skape et godt og trygt miljø rundt selve læringssituasjonen og gi god veiledning som forutsetter kunnskap om kulturelle forskjeller (Granum, 2003).

2.5.3 Å legge forholdene til rette for læring og mestring

Prosesen med å legge forholdene til rette for å oppnå læring, kalles for undervisningsprosessen. Hvem en ønsker å nå er av stor betydning for valg av metode og hvordan denne gjennomføres. Kontekst og situasjonelle forhold har også betydning. Hva vet personen fra før? Hvilke læreforutsetninger har han? Uansett, er det hele tiden viktig å ha den enkelte personen/gruppen i fokus, slik at undervisningsprosessen ikke blir selvsentrert om den som underviser (Tveiten, 2000).

Skal undervisningen foregå i grupper eller individuelt? Det kan være hensiktsmessig å vurdere dette ut i fra personens og gruppens kriterier. Forskning viser ulike resultater på hva som er mest hensiktsmessig, da det kan være vanskelig å vurdere da slik forskning er komplisert (Tveiten, 2000). Burr og Gradwell m.fl. (sitert i Tveiten, 2000 s. 50) sier at; ”*å veilede og undervise pasienter med kroniske lidelser i grupper har vist seg å ha positiv effekt på pasientenes helsefremmende atferd*”.

Dette kan være relevant for oss i forhold til vår problemstilling, da diabetes er en kronisk lidelse. Dette kan virke skremmende på pasienten, da han mest sannsynlig blir nødt til å endre mange vaner i livet sitt. Som sykepleier er det derfor viktig å få disse forandringene til å virke gjennomførbare (Naidoo og Wills, 2005).

Ulike faktorer kan påvirke personen og situasjonen når en skal lære nye ting. Disse kan både fremme og hemme læring. Angst og smerte kan for eksempel være faktorer som hindrer en å nyttiggjøre seg av undervisning og veiledning som blir gitt (Tveiten, 2001).

Travelbee (2001) sier at er det viktig en møte den aktuelle pasienten hvor han er, ved å være oppmerksom på hva som opptar ham og hvordan han har det.

En bør også tenke på hvilket tidspunkt en velger og på varigheten av undervisningen, da konsentrasjon er en faktor som betyr mye i forhold til utbytte av læring. Oppfølging med videre undervisning og veiledning bør også vurderes i forhold til når og hvor osv. (Tveiten, 2000).

Naidoo og Wills (2005) bekrefter mye av det som Tveiten (2000) skriver over. Foruten momentene som er nevnt over sier de også noe om å gjøre undervisningen relevant for den enkelte pasient. På denne måten vil pasienten få en opplevelse av at undervisningen angår meg og at det finnes flere som meg med de samme problemene.

2.5.4 Undervisning og veiledning

I følge Tanum (1998) kan en definere undervisning som formidling av kunnskap.

Dette kan være en snever definisjon, men den er allikevel grei når vi sammenligner den med veiledningsdefinisjonen under (henviser til punkt 2.5.5)(Tveiten, 2000).

Veiledning og undervisning er ikke helt det samme, da veiledning ikke kan planlegges i like stor grad som undervisning. Når en underviser formidler en direkte kunnskap til den aktuelle pasienten, mens når en veileder tilstreber en at pasienten skal finne svaret selv. I en undervisningssituasjon med en pasient som har nyoppdaga diabetes er hele hensikten at den skal tilegne seg kunnskapen som sykepleieren gir for å lære seg å mestre sin situasjon. Utfordringen til sykepleieren vil være å gjøre dette på en hensiktsmessig måte, slik at pasienten kan nyttiggjøre seg av kunnskapen (henviser til punkt 2.5.1)(Tveiten, 2000).

I følge Tanum (1998) kan en definere veiledning som å lede på rett vei, hjelpe med råd og opplysninger, anvise, forklare og orientere.

Handal og Lauvås sier at veiledning er; *”betydningsfull, profesjonell assistanse i individers og grupperes læring og utvikling og veiledning er et supplement til annen pedagogisk virksomhet”* (sitert i Tveiten 2000, s. 65).

Sykepleieren som veileder kan sees på som profesjonell assistanse og skal ha kompetanse nok til å kunne gi veiledning til aktuelle pasienter (henviser til punkt 2.5.1)(Tveiten, 2000).

Definisjonen over viser at veiledning har et faglig ståsted, med klare mål og verdier.

Veiledning skjer mellom veileder og den som veiledes og det kreves en dialog dem imellom.

Veiledning forutsetter dessuten at veileder tar utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse, slik at veilederen kan legge til rette for at den andre selv oppdager, lærer og ser hva som er aktuelle handlinger for seg (Tveiten, 2000).

Foruten dette er interesse for emnet en skal veilede i en forutsetning, kunnskap om nye behandlingsmetoder og kjennskap til ny forskning som foreligger (Graue, 2005).

2.6 Juridisk og etisk sykepleie

I løpet av den senere tid har sykepleieres ansvarsområder økt i omfang og det stilles større krav til sykepleieprofesjon. En følge av dette økte ansvaret er at sykepleieryrket i større grad nå enn tidligere blir regulert gjennom lovgivning (Molven, 2006).

Helsepersonelloven er sykepleiers profesjonslov og omtaler sykepleierrollen slik:

Sykepleieren har et selvstendig ansvar for sykepleiefunksjonen i helsetjenesten.

Sykepleiefunksjonen består av helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak overfor syke pasienter som har behov for pleie og omsorg (Helsepersonelloven, 1999).

2.6.2 Pasientrettigheter, undervisning og gjeldende lovverk

Som en ser er sykepleier underlagt norsk lov når det gjelder utførelse av profesjon. Pasienter har flere rettigheter når de blir syke. Disse lovene er nedfelt i lov om pasientrettigheter (1999). Denne loven sier noe om pasientens rettigheter på alle plan. Alt fra hvem loven angår, til hvem som har krav på transport til retten til medvirkning og informasjon. Loven angår alle pasienter uansett forutsetning så juridisk sett er sykepleier lovpålagt å behandle alle pasienter likt.

Pasientrettighetsloven ble vedtatt og gjort gjeldende fra 1. januar 2001. Lovens formål er:

Å bidra til å sikre hele befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet ved å gi pasienten rettigheter overfor helsevesenet, samt å bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten og ivareta respekten for den enkelte pasientens menneskeverd og integritet (Pasientrettighetsloven, 1999).

Så hva sier loven om pasientens rett til undervisning og informasjon? Og hvilke kriterier ligger til grunn for hva slags informasjon pasienten skal få og hvordan skal den gis? En ser at loven skal styrke pasientens rettslige sikkerhet på alle plan, også når det gjelder informasjon og medvirkning. Dette må settes i forhold til sykepleiers informasjonsplikt. Når en person har

en rettighet, for eksempel pasientens rett til informasjon, har en annen person en motsvarende plikt til å utføre dette, for eksempel helsepersonells plikt til å informere (Granum, 2003).

I helsepersonelloven § 10 står dette om å gi informasjon til pasienten:

Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter første punkt gis av den som helseinstitusjonen utpeker. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten til informasjon (Helsepersonelloven, 1999).

I pasientrettighetsloven § 3-2 Pasientens rett til informasjon står det: Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i den helsehjelpen en mottar. Det vil si informasjon om behandling, pleie, omsorg, diagnostikk og/eller undersøkelser. Pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasientrettighetsloven, 1999).

Videre står det noe om hvordan informasjonen skal gis i § 3-5. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte (Pasientrettighetsloven, 1999).

Pasienten har krav på informasjon om egen helsetilstand og innhold i den sykepleien som tilbys og ytes. Det er sykepleiers plikt å opplyse pasienten, samt å forsikre seg om at pasienten forstår informasjonen som blir gitt (Granum, 2003).

I pasientrettighetsloven står det videre at helsepersonellet som til enhver tid er i kontakt med pasienten, har plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål. Det skal i tillegg utpekes en person i helseinstitusjonen som er ansvarlig for at pasienten faktisk får informasjon og at informasjonen er god nok. Pasienten kan henvende seg til denne personen for å få fullstendig informasjon (Mølven, 2006).

2.6.3 Helsepersonell og gjeldende lovverk

Helsepersonelloven er nedfelte lover som har til formål å bidra til pasientenes sikkerhet. Den skal sikre god kvalitet i helsetjenesten, samt bidrar til å skape tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Loven gjelder alle helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge.

Helsepersonelloven sier i § 4 dette om forsvarlig sykepleie:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfullhjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner og arbeidets karakter. Videre står det at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvise pasienten videre dersom det er nødvendig og lar seg gjøre. Det bør finnes et tverrfaglig samarbeid mellom de involverte instanser (Helsepersonelloven, 1999).

Som nevnt ovenfor er helsepersonellovens § 10, som belyser helsepersonellens oppgave å informere pasienter, en relevant lov for vår problemstilling. Vi ser at pasientene har en lovfestet rett til å bli informert i Pasientrettighetsloven § 3-2. § 3-3 sier også noe om informasjon til pasientens pårørende.

Denne loven sier at dersom pasienten samtykker til det, eller forholdene tilsier det, skal nærmeste pårørende informeres om pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som ytes (Pasientrettighetsloven, 1999).

2.6.4 Sykepleieetikk - forholdet mellom juss og etikk

Vi ser her at vi er lovpålagt å informere pasienten og besvare spørsmål. Så hvordan kan etikk knyttes opp mot dette? I pliktetikken er plikter og rettigheter sentrale begreper. Grunnbegrepet i pliktetikken er ”å gjøre det rette”. Dette skal gjenspeile våre handlinger ovenfor andre. Setter en pliktetikk høyt i møte med mennesker fra andre nasjoner, bør sykepleier da vise dette gjennom hvordan vi møter pasienten, hvilket kroppsspråk vi bruker, holdningene våre i forkant av møtet, hvilke persepsjoner vi har og hvilket ståsted vi har som enkeltindivider (Natvig, 2000).

Helsepersonellovens § 21: Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om på grunn av deres yrke som helsepersonell.

Taushetsplikten er knyttet til sykepleiers funksjon og ikke tittel. Hvis sykepleier som privatperson får greie på noe om andres sykdom eller andre personlige opplysninger, er hun ikke underlagt den juridiske plikten til å tie, men her kommer hver enkelte sykepleiers yrkesetiske normer inn. Hva som kommer fram i minoritetspasientens møte med sykepleier og tolketjenesten er taushetsbelagt og pasienten skal kunne stole på at informasjonen forblir konfidensiell (Mølven, 2003).

I Helsepersonellovens § 22 står det at dersom informasjon skal gis til andre enn pasienten selv må helsepersonell ha pasienten samtykke til dette. Hvis pasienten ikke ønsker å ha pårørende tilstede eller at pårørende skal informeres må dette aksepteres. Selv om dette kan stride imot sykepleiers pliktetikk og ønske om å gjøre det rette.

3.0 METODE

3.1 Definisjon av metodebegrepet

I følge Tranøy (sitert i Dalland 2007, s. 81) er metode;

”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”.

3.2 Valgt metode

For å kunne belyse vår problemstilling har vi valgt å benytte oss av en litteraturstudie. Dette er en studie som baserer seg på undersøkelser og forskning gjort av andre, som går i dybden på et bestemt tema. De studiene vi bruker skal gi oss mange opplysninger om få, men utvalgte undersøkelsesenheter. Det er helt nødvendig at de dataene som samles inn er nært knyttet til problemstillingen for å skape en sammenheng og helhet i det ferdige resultatet (Dalland, 2007). Styrken i en litteraturstudie er at den gir mange opplysninger om få enheter og fokuserer ofte på det unike (Ollson og Sörensen, 2003).

Det som vi bør være obs på i en litteraturstudie er at den bygger på funn som allerede er gjort av andre, hvor forfatterens persepsjoner vil være med på å forme resultatet av litteraturen. Dataen i artiklene kommer fra en liten populasjonsgruppe i motsetning til for eksempel en kvantitativ artikkel. Vi bør derfor tenke på dette når vi vurderer artiklenes validitet, om denne er adekvat nok til å kunne brukes i oppgaven (Dalland, 2007).

Som nevnt over, bør resultatene samsvare med virkeligheten. Det vil si at resultatet av hva en tenker og er kommet fram til skal kunne testets gjennom konfrontasjon med virkeligheten. En skal kunne gå tilbake i litteraturen en har benyttet seg av for å få svar på ting en lurer på, eller som virker uklare (Dalland, 2007).

Litteraturstudie baserer seg på kjent litteratur nedfelt av ulike forfattere, som omhandler samme tema. Vi mener denne metoden hjelper oss å komme nærmere målet vi har satt oss,

nemmelig gi oss svar på problemstillingen: Hvordan møter sykepleier pasienter med minoritetsbakgrunn som har nyoppdaga diabetes type 2? Det finnes allerede en mengde litteratur og studier som omhandler valgt tema, og vårt valg av metode skal lede oss inn i en prosess for å velge ut den litteraturen som er relevant for oss og denne oppgaven. Vår informasjonskilde er derfor litteratur. Den litteraturen vi velger skal gi oss tilstrekkelig data til å komme fram til en god løsning (Dalland, 2007).

Da vi søkte etter litteratur om valgt tema, fant vi en rekke artikler vi mener både er gode og relevante for oss. Allikevel kunne et kvalitativt intervju med for eksempel to sykepleiere og to innvandrere pasienter gitt oss enda mer reelle data enn artikler skrevet av fagpersonell, da vi da hadde oppsøkt primærkilden. Dette valgte vi allikevel bort tidlig i prosessen da vi så vår begrensning i forhold til hvor tid - og ressurs - krevende det er å lage og gjennomføre et godt intervju (Dalland, 2007).

Vi bygger vår oppgave i hovedsak på kvalitative forskningsartikler, men ser også behov for å vise til noe kvantitativ litteratur, da vi føler det er nødvendig å vise til både tall og statistikker for å kunne skape et reelt bilde av problemstillingens omfang. Dette for å belyse hvilke utfordringer vi som sykepleiere står ovenfor. Både når det gjelder sykdommens utbredelse blant denne gruppen og hvilket voksende problem det er, samt for å kunne sette oss inn i samhandling mellom sykepleiere og innvandrere og den enkeltes opplevelse av hvordan det er å bli tatt i mot av det norske helsevesenet. For å kunne skape helhet i oppgaven føler vi det er nødvendig å bygge studie på både kvalitative og kvantitative metoder, selv om oppgaven er en litteraturstudie.

3.3 Innhenting og bearbeiding av data

Det første vi gjorde i vårt litteratursøk, var å søke etter aktuelle bøker på biblioteket. På BIBSYS fant vi en del bøker om diabetes, mestring av sykdommen, livskvalitet, kommunikasjon, pedagogikk, kulturelle utfordringer og om innvandring. Vi fant mange bøker vi kunne bruke i forhold til vår problemstilling og mange av bøkene syntes å være gode kilder.

Vi hadde satt en grense på at den litteraturen vi fant ikke skulle være eldre enn 10 år. De fleste bøkene vi har brukt er derfor skrevet innenfor en tidsramme fra 1997-2008. Allikevel har vi valgt å bruke noe litteratur som går lengre tilbake i tid enn 10 år, da vi finner innholdet i dem relevant for vår problemstilling, samt at det ikke finnes tilsvarende materiale av nyere dato (for eksempel Rørvik 1994 og Austveg 1994).

For å finne ytterligere litteratur om den nyeste og mest aktuelle forskningen har vi valgt å benytte en del artikler. Vi søkte hovedsakelig i helsefaglige databaser som; Cochrane, Norart, Ovid Medline og SveMed. Foruten disse brukte vi også Tidsskriftet for den Norske legeforening. Vi fant mange aktuelle artikler, selv om få av dem gav direkte svar på vår problemstilling. Søkeordene vi brukte var; Diabetes mellitus, type 2 diabetes, pasient, innvandring, etnisk, ikke vestlig, kultur, livskvalitet, mestring, kommunikasjon, pedagogikk, pasientundervisning, sykepleie, kulturell sykepleie, flerkulturell pedagogikk, helse og empowerment.

De fleste artiklene vi fant var kvalitative, mens noen var også kvantitative. Søkeordene vi brukte skrev vi både på norsk, engelsk og på svensk. Vi fikk flere hundre, til tider flere tusen treff på de ulike søkemotorene, så vi måtte sette sammen de ulike søkeordene for å begrense antallet (se vedlegg 1). Vi brukte mye tid på å lese gjennom de ulike artiklene som vi syntes var mest relevant til vår problemstilling. Etter vi hadde lest dem, måtte vi igjen begrense funnene, da det var utrolig mye litteratur å finne. Den litteraturen vi sitter igjen med nå og som vi vil bruke i denne oppgaven synes vi er både gyldig, holdbar og av betydelig relevans for vår problemstilling.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å stille seg kritisk til den litteraturen en benytter, samt og vurderer den aktuelle litteraturens relevans og gyldighet for den gitte problemstillingen (Dalland, 2007). Vi har gjennom hele prosessen forsøkt å være faglig kritisk i utvelgelsen av litteratur, samt kritiske til litteraturens validitet.

Som nevnt ovenfor finnes det mye litteratur om vårt emne, både i lærebøker, fagbøker og artikler. Vi har brukt flere pensumbøker, og de andre bøkene vi har brukt er skrevet av anerkjente forfattere, og vi anser disse som gode kilder.

Søkemotorene vi har brukt til å finne artikler er et bevisst valgt, da samtlige presenterer vitenskapelige tidsskrifter. Alle disse artiklene gjennomgår en fagfellevurdering, noe som forteller oss at de er nøye vurdert og godkjent av eksperter innen for fagområdet (Dalland, 2007).

Vi har vært nøye med å vurdere den beskrevne metoden som er brukt i de artiklene vi har valgt å ta i bruk i dette studiet. Metoden gir oss et bilde på litteraturens validitet og om denne litteraturen da er aktuell for å besvare vår problemstilling.

Blant all den litteraturen vi har lest igjennom fant vi ingen bøker eller artikler som gav oss direkte svar på vår problemstilling. Den brukte litteraturen er derfor valgt på bakgrunn av at den inneholder tema som kan knyttet direkte opp til vår problemstilling. Litteraturen vi har brukt inneholder mye om de ulike kulturelle forskjellene, kommunikasjonsproblemene som kan oppstå, hvordan en møter dem og hvordan en kan legge opp et undervisningsopplegg for etniske minoritetsgrupper. Vi fant lite om hvordan disse gruppene opplevde undervisningen og om de i det hele tatt forstod det som ble sagt, noe som vi gjerne skulle hatt mer av. Det stod også lite om det juridiske og det etiske aspektet, noe som i grunn er oppsiktsvekkende, da vi i forhold til lover og regler er pliktet til å gi pasienter tilstrekkelig med informasjon og undervisning.

Vi kan være kritiske til om denne litteraturen da kan benyttes i vår oppgave. Det som er spennende er at den litteraturen vi har funnet bruker mye av de samme perspektivene som vi har beskrevet i teoridelen, særlig det kulturelle og det pedagogiske perspektivet. Allikevel er dette interessant at litteraturen ikke gir oss et direkte svar, da dette gir oss mulighet til å finne

svaret gjennom den litteraturen som er tilgjengelig. Problemstillingen vil derfor kunne sees i ulike perspektiver (for eksempel kulturperspektivet, kommunikasjonsperspektivet og det juridiske perspektivet).

Som tidligere nevnt har vi vært bevisste i valget av å bruke litteratur, både bøker og artikler, som ikke er eldre enn 10år. Allikevel ser vi at noen av bøkene og flere artikler bygger på primærkilder som er eldre enn 10 år. Grunnen til at vi allikevel velger å bruke disse, er at de er såpass relevante for vår problemstilling og at vi ikke har funnet annen litteratur om det aktuelle tema som denne litteraturen beskriver. Vi har vært kritiske til denne litteraturen da den ikke baserer seg på den nyeste og mest aktuelle forskningen. Da vi allikevel ikke har funnet annen litteratur av nyere dato, anser vi denne som gyldig og god nok.

Vi har gått inn for å bare bruke primærkilder i oppgaven. Det har bydd på lite problemer, da den litteraturen vi har funnet i form av både bøker og artikler har vært tilgjengelig som primærlitteratur. Den ene artikkelen som vi har brukt, kan vi nok ikke kalle primærlitteratur da det er en protokoll som enda er under bearbeiding, men som skal bli et oversiktsstudiet når det er ferdig utarbeidet (henviser til; Robles m.fl. 2008). Vi har allikevel valgt å bruke denne, da den inneholder mange momenter som underbygger det vi har funnet i de andre artiklene som brukes i oppgaven.

3.5 Etiske aspekter ved gjennomføring av oppgaven

Etikk dreier seg om moralske holdninger og normene for en god måte å leve på. Etikken skal veilede og hjelpe oss til å ta riktige vurderinger før vi tar valg og beslutninger.

Forskningsetikk er ikke annerledes enn etikken som vi bruker i dagliglivet, da det egentlig ikke er noe grunnlag å skille de spesifikke etikksjangrene.

Da vi gjennom forskning har som mål å finne nye kunnskap og innsikt, er det viktig at vi ikke lar dette gå ut over andre personers integritet og velferd (Dalland, 2007). Vi har underveis i oppgaveskrivningen vært bevisst på det etiske aspektet. Vi har gjort så godt vi kan i forhold til å bruke kilder og henvisninger rett, slik at den aktuelle forfatteren får æren for det som den har skrevet. Oppgaven kommer helt klart til å bli påvirket av vår måte å skrive og tolke data på, allikevel har vi vært bevisste på å ikke tilegne eller trekke i fra noe fra den litteraturen vi har brukt.

4.0 PRESENTASJON AV UTVALGTE FORSKNINGSG ARTIKLER

Shane- McWhorter, Laura and Lynda H. Odera (2007) *Importance of cultural issues in managing a patient with diabetes.*

Dette er en artikkel som setter fokus på hvordan diabetes pasientens kulturelle bakgrunn påvirker pasientens sykdomsforståelse og mestering av kronisk lidelse. Artikkelen belyser også hvor viktig det er at behandler tar hensyn til de kulturelle forskjellene og viser forståelse for at mennesker har ulik oppfatning av sykdom og helse. Artikkelen tar utgangspunkt i en kvinne med latin- amerikansk bakgrunn, og viser hvilken oppfatning hun har av å leve med diabetes, kontra den medisinske virkeligheten. Artikkelen setter også fokus på hvordan samarbeid med pasient, god informasjon og kartlegging av problemområder kan føre til god kommunikasjon mellom behandler og pasient, samt føre til en enklere hverdag for pasienten.

Hill, Jillian (2006) *Management of diabetes in South Asian communities in the UK.*

Denne artikkelen diskuterer de spesifikke utfordringene og problemene som kan oppstå i møte med diabetespasienter fra Sør- Asia i UK. Artikkelen setter fokus på denne folkegruppen, da den utgjør en betydelig stor del av de som er rammet av diabetes type 2 i UK. Det er 6 ganger mer utbredt med diabetes blant denne folkegruppen enn hos den vanlige brite. I tillegg rammer diabetes denne folkegruppen i en yngre alder, og de er også mer utsatt for sen komplikasjoner som følge av sykdom enn andre. Artikkelen viser også hvordan kulturell bakgrunn virker inn på sykdomsforståelse og hvilke kulturelle hensyn en bør ta i møte med denne pasientgruppen.

Y. Robles m.fl. (2008) *Health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups (Protocol).*

Rapporten bygger på tall hentet fra Storbritannia, og viser hvor stor forskjell det er i prevalens av diabetes blant den engelske befolkningen i forhold til visse etniske samfunn. Disse funnene samsvarer med lignende undersøkelser gjort i resten av Europa, også Skandinavia og USA, Diabetes er mer utbredt i visse etniske grupper enn i befolkningen flest.

Undersøkelsen har pågått siden 1997. De som deltar i studiet er pasienter med diabetes mellitus type 2 med minoritetsbakgrunn. Undersøkelsen inkluderer mennesker fra alle samfunnslag og klasser.

Frøyshov Larsen, Ingegerd (2000) *Diabetes hos ikke-vestlige innvandrere*.

Forfatteren er overlege og jobber på Lovisenberg Diakonale Sykehus. I denne artikkelen deler hun sine erfaringer og sin kunnskap om hvordan sykehuset jobber for å møte etniske pasienter på en adekvat måte. En stor andel av pasientene på dette sykehuset er pakistanske, og hun understreker viktighet av kommunikasjonsferdigheter og kulturforståelse i møte med disse.

Abate, Nicola & Manisha Chandalia (2006) *Ethnicity, type 2 diabetes & migrant Asian Indians*.

Hovedhensikten med denne studien er å gi leseren en oversikt over årsaker til at etniske minoriteter fra Sør-Asia har høyere risiko for å utvikle diabetes type 2 enn majoriteten i USA. De trekker frem de kulturelle forskjellene, samt økt genetisk disposisjon som de største faktorene for denne utviklingen.

Snoek (2000) *Barriers to good glycaemic control: the patient's perspective*.

Denne artikkelen beskriver en studie over hvilke barrierer som hemmer pasienter med diabetes type 2, til å oppnå god blodsukkerkontroll. Han nevner livsstil, undervisning, psykologi og pasientens miljø som de ulike barrierene. Han skriver om hvor viktig god kommunikasjon er og at denne er avgjørende for at den aktuelle pasienten skal se og forstå behandlingsregimet som behandleren anbefaler han.

5.0 DRØFTING

Vi har valgt å drøfte funna fra forskningsartiklene som er presentert over (henviser til punkt 4.0) opp i mot de ulike perspektivene som vi har presentert i teoristudiet vårt.

5.1 Kommunikasjon, det viktige redskapet

Vi nevnte i teoridelen at kommunikasjon er et viktig redskap i møte med innvandrere, for å gi adekvat behandling til pasienter med diabetes type 2.

Abate og Chandalia (2006) skriver at mange av årsakene til at type 2- diabetes er så utbredt hos etniske grupper, skyldes mangelfull kommunikasjon i det forebyggende arbeid mot denne livsstils sykdommen. Mangelfull skrift- og språkforståelse gjør det vanskelig å motta helseinformasjon og opplysning, noe som gjør det vanskelig for dem å endre livsstil og vaner. Dette blir også bekreftet av Frøyshov Larsen (2000) da hun skriver at god kommunikasjon om livsstilsendring er nødvendig i det forebyggende arbeidet mot utvikling av sykdommen og sen komplikasjoner.

Funnene i Frøyshov Larsen (2000) sin artikkel; ” Diabetes hos ikke- vestlige innvandrere” bekrefter mye av det som vi har skrevet i teoridelen om viktigheten av god kommunikasjon (henviser til punkt 2.2.3 og 2.3). Diabetes er en kronisk sykdom som er avhengig av kontinuerlig informasjon og samarbeid for å oppnå et vellykka resultat. Innledende, allerede ved første konsultasjon, er det viktig å skaffe seg god informasjon om pasienters bakgrunn for å etablere en best mulig kommunikasjon slik at en kan møte deres behov for helsehjelp. Det en ikke må glemme her, er at den kunnskapen vi tilegner oss om de ulike etniske gruppene ikke tar hensyn til individuelle forskjeller innad i disse gruppene.

Dette kan dermed føre til stereotypisering, noe som er uheldig for oss som sykepleiere da vi skal møte hver pasient som et unikt individ (Travelbee, 2001).

5.1.1 Er tverrkulturell kommunikasjon annerledes?

Frøyshov Larsen (2000) sier videre at det er store forskjeller med hensyn til utdanning, sosiale forhold og kultur, samt store klasseforskjeller hos ulike innvandrergupper. Derfor er det svært viktig og nødvendig å finne frem til måter å kommunisere på som passer den aktuelle pasienten eller pasientgruppen.

Språkforståelse henger ofte sammen med de ulike forskjellene som nevnt over. Jillian Hill (2006) sin erfaring er at etniske pasienter med lav skrift- og språkforståelse av sitt eget morsmål kan ha større problemer med å motta informasjon og undervisning om diabetes enn de med god språkforståelse.

Robles m. fl (2008) viser til en undersøkelse gjort blant innvandrere i Storbritannia med diabetes, som viser at de generelt har lite kunnskap om sykdommen. De vet lite om hvordan en mestrer sykdommen og hvilket helsetilbud som eksisterer.

Forfatteren stilte seg undrende til dette, da de i utgangspunktet har samme tilgang og rett til helsehjelp. Undersøkelsen viser videre at mennesker med etnisk bakgrunn som ikke behersker språket, vil ha enda større problemer med å oppsøke helsehjelp da dette vil være et hinder for kommunikasjon med helseapparatet.

Da er det gjerne ikke så rart at disse gruppene unnlater å oppsøke helsevesenet, og det forklarer også hvorfor de ikke vet så mye om sykdommen generelt. Funnene fra de 3 ulike artiklene over forteller oss derfor at tverrkulturell kommunikasjon er annerledes, og at det kreves forståelse og kunnskap av oss som sykepleiere for å møte denne pasientgruppen på en adekvat måte.

5.1.2 Bruk av tolk

Ut i fra teorien (henviser til punkt 2.2 og 2.3) og fra funna i forskningsartiklene vi har valgt å bruke, ser vi helt klart viktigheten av tolketjenesten og hvor avgjørende bruk av tolk kan være for å møte den aktuelle pasienten på en god og forsvarlig måte.

Ut i fra egne erfaringer fra praksis, stiller vi oss kritiske til om innvadrer pasienter faktisk får den hjelpen de har krav på i form av tolketjenesten. Vi har opplevd at det kan være vanskelig å få tak i tolk som prater det aktuelle språket som pasienten, og det er tidkrevende og gå til anskaffelse av dette. Tolketjenesten kan bare nås på dagtid og det er ofte ventetid på å få den aktuelle tolken på telefonen eller til den aktuelle avdelingen på sykehuset.

Som nevnt i punkt 2.3.1 i teoridelen er det nødvendig å snakke samme språk for å kunne kommunisere med hverandre. En kan oppleve situasjoner der pasienten ikke kan prate norsk, da er det nødvendig å kommunisere ved hjelp av andre (Eide og Eide, 2004). I følge Hill (2006) er forståelse av sin egen sykdom og tilstand avgjørende for mestring av sykdommen. Hun sier videre at dette kan være vanskelig når pasienten ikke prater det aktuelle språket.

Det er lettere å undervurdere behovet for tolk enn å overvurdere det. Tolken bør ikke bare kjenne språket til den aktuelle pasienten, men det er også en fordel at den kjenner til kulturen. Da kan en kjenne igjen nonverbale kommunikasjonsmåter som en ellers lett kan overse eller feiltolke. En god tolk er derfor ikke bare tospråklig, men tokulturell (Dahl, 2001).

I pasientrettighetsloven § 3-2 står det at helsepersonellet som er i kontakt med pasienten, har plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål. Det skal i tillegg utpekes en person i helseinstitusjonen som er ansvarlig for at pasienten faktisk får informasjon og at informasjonen er god nok. Vi ser her at vi er lovpålagt å informere pasienten ved hjelp av undervisning og veiledning og ved å besvare spørsmål.

Dahl (2001) sier at en bør unngå å bruke familiemedlemmer som tolk, da mange etniske grupper har ulike tradisjonelle tabuer. Blottlegging av disse foran familiemedlemmer kan være krenkende.

Frøyshov Larsen (2000) støtter også dette synet, da hun sier at tolken bør være en person som har både avstand fra pasienten og tidligere erfaringer som medisinsk tolk.

Frøyshov Larsen (2000) bemerker viktigheten av å bruke tolketjenesten, i hvert fall ved én av de første konsultasjonene, selv om pasienten prater og forstår godt norsk. Hun begrunner dette med at medisinske uttrykk kan være vanskelige å oversette samt den generelle forståelsen blir mest optimal ved å bruke tolk dersom det er nødvendig.

Det finnes tolketjeneste ved sykehusene her i Norge. Da tolketjenesten er underlagt de samme lovene om taushetsplikt som helsepersonell, kan dette være til stor hjelp (Eriksen, 2002). En må allikevel tenke på kulturelle forskjeller som nevnt i punkt 2.4.2 her, da det for noen pasienter og deres familier kan oppleves truende og nedverdiggende å bruke tolk. Dette gjelder særlig når det er snakk om personlig og fortrolig informasjon og tabubelagte temaer (Eide og Eide, 2004).

Ut i fra det som er skrevet over kan vi helt klart si at bruk av tolk er viktig. Det er også av betydning at tolken er profesjonell, samtidig som pasienten må føle en viss fortrolighet til han og til oss som sykepleiere i den aktuelle situasjonen.

5.2 Flerkulturell sykepleie

Frøyshov Larsen (2000) sier at livsstilen til innvadrer pasienter, deres kunnskap og sykdomsoppfatning ofte er forskjellig fra vår. Det er derfor en fordel at helsepersonell besitter kunnskap om innvandrers levesett, slik at rådene og opplæringen som blir gitt samsvarer med innvandrerens egen kultur.

5.2.1 Sykdomsoppfatning

Er det slik at sykdomsoppfatningen i kulturen kan påvirke hvordan innvandrerpasienter mestrer sin sykdom?

Shane Mc-Worther og Odera (2007) sier at alle kulturer vil ha sin egen oppfatning av hva sykdom er, hvorfor den rammer, hva som er adekvat behandling og hvordan sykdommen best kan mestres. Det er vesentlig at vi som helsearbeidere er følsomme overfor de ulike sykdomsoppfatningene som eksisterer i hver enkelt etniske gruppe. Jillian Hill (2006) sier det viser seg at minoritetsgrupper har dobbel så lav sykdomsinnsikt og forståelse som populasjonen i den vestlige verden. Særlig kvinner har et svakt utgangspunkt, da flere har lav- eller manglende utdanning. Dette er noe vi som helsearbeidere må ta hensyn til i møte med denne pasientgruppen.

Videre sier Jillian Hill (2006) at i etniske grupper eksisterer det en kultur hvor kjønnsforskjeller er mer utbredt. For eksempel i de asiatiske landene er det en fakta at asiatiske gutter sin skoleundervisning inneholder mer helseopplysning enn den gjør hos jentene. Asiatiske menn har derfor et bedre utgangspunkt for å forstå og mestre sin egen helsesituasjon.

Setter en disse litteraturstudiene opp mot det som er skrevet i teoristudiet (henviser til punkt 2.4) ser en at de forskjellige kulturene, med sine sykdomsoppfatninger, kjønnsrollemønstre og opplæringsvaner gir noen individer i gruppen, da særlig kvinner, et dårligere utgangspunkt for å kunne forstå og mestre sykdom. En ser her at sykepleier må være oppmerksom på kulturforskjellene i møte med innvandrerpasienter, da særlig innvandrerkvinner.

5.2.2 Livsstil – matvaner og fysisk aktivitet

I artikkelen til Shane Mc-Worther og Odera (2007) kommer mange av de kulturelle forskjellene frem.

Matvanene hos intervjuobjektet i artikkelen er svært forskjellig fra de vi er vant til i den vestlige verden. Pasienters syn på hva et måltid innebærer og består av varierer, og kvinnen i denne artikkelen regner kun de ”stor” måltidene, lunsj og middag, som gjeldende. Hun ser ikke på frokost, mellommåltider og kvelds som fullverdige måltider, og forstår derfor ikke hvorfor hun skal ta hensyn til hva hun spiser da, i forhold til sin diabetes. Hun har fått kostholdsundervisning i forbindelse med sykdom, men hun har oppfattet det hun lærte her for gjeldende kun når det snakkes om det hun karakteriseres som måltider. Her ser en at denne kvinnen sin livsstilsvaner får konsekvenser for måten hun lever med diabetes.

Kan årsaken til den høye utbredelsen av type-2 diabetes ha årsak i de kulturelle forskjellene? I Shane-McWorteh og Odera (2007) sin studie støtter de opp om teorien at etniske grupper viser seg å være mer utsatt for denne livsstil sykdommen enn andre. I tillegg til sterke arvelige genetiske forhold, viser det seg også at kulturelle forhold som livsstil, kosthold og mentalitet er faktorer som spiller inn.

Så hvorfor er det slik? Videre i studiet viser Shane Mc-Worther og Odera (2007) til at i den Latin- Amerikanske kulturen finnes det andre spisevane og tilberedelsesmetode av råvarer enn det vi i den vestlige verden har. Inntak av frityrstekt mat er høy, samt at hverdagsrettene deres består av flere tomme karbohydrater enn det vi er vant til i vår hverdagskost. Jillian Hill (2006) bekrefter at dette også er tilfellet i de sørasiatiske landene, da de i flere av disse kulturene spiser mer usunt og uregelmessig, samt er i mindre fysisk aktivitet. Røyking som en del av mannskulturen, viser seg også å være mer utbredt blant dette folkeslaget.

Mattradisjoner, som er en stor del av kulturbildet, innebærer mye fet, sukkerholdig og ferdigbehandlet mat. Mat er i større grad er en viktig del av deres sosiale liv og kultur, enn det vi opplever i den vestlige verden.

Et intervju utført av Bisell m.fl (2004) hvor intervjuobjektene var diabetes pasienter med etnisk bakgrunn, viser at en av de største utfordringene disse pasientene møter på er de nødvendige kostholds forandringer for å holde blodsukkernivået nede.

Kan kulturforskjeller være et hinder i behandlingen av diabetes type 2 hos innvandrerpatienter?

Også dette beskriver Jillian Hill (2006) i sin artikkel. Hennes erfaring er at pasientene hun møter på ikke har til vane og forteller andre enn sine aller nærmeste om sin medisinske tilstand. Mattradisjoner er igjen en viktig tema, da det i flere sørasiatiske kulturer er vanlig å innta måltider sammen med andre, i grupper. Det vil bli sett på som uhøflig å takke nei til den maten en blir tilbudt. I tillegg er den tradisjonelle maten en del av deres identitet, så å få spesiallaget mat, tilberedt med hensyn til diabetes, kan også føre til at pasienten isoleres fra den sosiale gruppen.

Fysisk aktivitet er en viktig del av behandling og forebygging av diabetes. Gjennomføring av dette kan imidlertid by på problemer, særlig hos muslimske kvinner, da det ikke eksisterer mange treningstilbud tilrettelagt kun for kvinner. Kulturens kvinnesyn krever at kvinner skal dekke seg til offentlig. For innvandrere kan språkbarrieren og mangelfull kommunikasjon også føre til problemer, da store deler av de organiserte aktivitetene foregår på morsmålet til det landet en er i. Dårlig språkforståelse kan gjøre det vanskelig for pasienten å delta i et treningsprogram, noe som fører til at de vegrer seg for å oppsøke treningstilbudene (Hill, 2006).

Riktig kosthold og fysisk aktivitet er to vesentlige faktorer i diabetes type 2- behandlingen, og en ser at innvandrerpatienter kan få problemer med å ta hensyn til dette ut i fra kultursynet de har.

5.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Granum (2003) sier at det ut i fra erfaring er stort behov for pasientundervisning i praksisfeltet. Dessverre viser det seg at helsepersonell innehar begrensende kunnskap om ulike undervisningsstrategier og dette preger resultatet av den undervisningen som faktisk blir gitt.

Er undervisningen og veiledningen som blir gitt til etniske pasienter med diabetes type 2 tilfredsstillende?

I Følge Snoke (2000) kan undervisning i stor grad påvirke utfallet til den enkelte pasients mestring av diabetes sykdommen. Jillian Hill (2006) sier at alle pasienter med diabetes bør ha denne samme mulighet til å få strukturert og hensiktsmessig undervisning, slik at de kan mestre en hverdag med denne livsstilssykdommen.

Snoke (2000) mener at for å gi innvandrere pasienter en best mulig undervisning, er det av betydning at vi vet i hvor stor grad de oppfatter det som blir formidlet til dem. Han presiserer 4 ulike punkter som kan gi oss et inntrykk om den undervisningen vi har gitt er blitt forstått. Dette er; pasientens kompetanse om selve sykdommen, pasientens oppførsel og mestringsferdigheter, pasientens holdning i forhold til livsstilsendringer som må gjøres og pasientens blodsukker kontroll.

Robles (2008) sier at det ikke finnes bevis i form av forskning, på at helseopplysning til etniske grupper har effekt. En vet heller ikke hvilke type undervisning som er hensiktsmessig. Vi synes dette er oppsiktsvekkende og stiller oss spørrende til om det nåværende opplæringsopplegget er adekvat nok?

Dette tema er høyst aktuelt, og land som; Australia, New Zealand, USA, Canada, Sør Afrika, Sveits og Vest-Europa driver nå forskning på hvilken pedagogisk tilnærming en bør ha til etniske pasienter med diabetes type 2 (Robles, 2008).

I teoridelen nevnte vi at en undersøkelse gjort av Burr og Gradwell m.fl. (sitert i Tveiten, 2000) har kommet frem til at gruppeundervisning av pasienter med kroniske lidelser kan ha positiv effekt på deres helsefremmende atferd.

Frøyshov Larsen (2007) har også denne erfaringen om gruppeundervisning på Lovisenberg Diakonale Sykehus. Selv om slike grupper er ressurskrevende, er det svært lærerikt for både pasientene som deltar og for personellet som bidrar. Missforståelser blir ryddet av vegen og personellet får en bedre forståelse av deltakernes kultur. I disse gruppene legges det stor vekt på deling av erfaringer og diskusjon om den kunnskapen som formidles av helsepersonellet. Sykepleieren får da et innblikk i hva som er blitt oppfattet og en får også en pekepinne på deltakernes sykdomsforståelse. Et viktig moment er å tenke på gruppeinndeling, slik at denne ikke motstrider deltakernes kulturelle kjønnsroller og normer.

Videre sier hun at selv om deres erfaring fra gruppeundervisning er god, må en ikke glemme at det er svært viktig at den enkelte pasient også får personlig oppfølging uten om dette.

Dette bekrefter det som vi tidligere skrev i teoridelen (henviser til punkt 2.2.2 og 2.3).

5.4 Juridisk og etisk sykepleie

Vi henviser til pasientrettighetsloven (1999) § 3-2 og § 3-5. Vi stiller oss kritiske til om denne loven blir fulgt i praksis.

I Bisell m.fl. (2004) kommer de fram til at hovedinntrykket hos majoriteten av intervjuobjektene, som er menn, var positive til den informasjonen de hadde fått i forbindelse med den første konsultasjonen. De hadde lite å utsette på helsearbeiderens framgangsmåte og viste stor forståelse for den informasjonen de hadde mottatt. Både informasjon om hvordan livsstils endring, kosthold og mosjon kan bidra til å holde et akseptabelt blodsukkernivå samt forebygge sen komplikasjoner og forhindre at det blir nødvendig med medikamentell behandling, ble mottatt og forstått. Disse pasientene kunne i ettertid av konsultasjonen referere til samtalen, for å begrunne hvorfor de hadde endret livsstil osv.

Ut ifra denne undersøkelsen ser en at pasientene er fornøyd med informasjonen de har mottatt og måten den er blitt gitt på. Kan en derfor anta at § 3-2 er gjennomførbar og blir fulgt?

Shane-McWorther og Odera (2007) viser derimot til at annet resultat. I deres studie, hvor intervjuobjektet er en kvinne, finnes det mange bevis på at informasjonen hun har mottatt ikke er tilstrekkelig for at hun skal kunne mestre sykdommen sin. Den viser også at pasientens sykdomsforståelse er lav, men at informasjonen hun har mottatt ikke er blitt gitt ut ifra denne kvinnens ståsted. Et eksempel verdt å nevne er; da hun blir informert om at en konsekvens ved å ikke vise hensyn til sykdommen gjennom livsstils endringer, kan gjøre det nødvendig å måtte regulere blodsukkeret medikamentelt, reagerer hun med å si at diabetesmedisiner er skadelig. Hennes erfaring med denne typen medisiner er at den har ført til både blindhet, amputasjoner av lem og hjertesykdom. Her ser en at mangelfull informasjon fra helsevesenet samt lav sykdomsforståelse hos pasienten har ført til at hun tror medisinene har ført til nettopp det vi som helsearbeidere vet er utbredte sen komplikasjoner ved ubehandlet diabetes.

Denne studien viser at informasjon og undervisning ikke er blitt gitt i samsvar med pasientrettighetsloven (1999) § 3-2, da pasienten ikke har fått den informasjonen hun trenger for å ha tilstrekkelig sykdomsinnsikt. Også § 3-5 er ikke blitt fulgt, da fagpersonen ikke har

sikret seg at pasienten forstår innholdet i informasjonen. Resultatet i denne studien er ikke ukjent for oss, men hvorfor er det slik?

Vår erfaring etter praksis på endokrinologisk avdeling i forhold til hvordan pasientrettighetslovens (1999) § 3-2 og § 3-5 blir overholdt og fulgt, er at informasjonen tilnærmet lik alltid blir gitt i samsvar med § 3-2, men at alle pasienter uansett forutsetning og sykdomsforståelse får den samme informasjonen i forbindelse med nyopplaget diabetes. Fulle avdelinger og liten tid gjør det vanskelig for helsepersonellet å legge opp et undervisningstilbud som er skreddersydd hver enkelt pasient, da særlig de med annen etnisk bakgrunn. I dag har pasientene få, helst færrest mulig, liggedøgn på sykehus, noe som gjør det vanskelig å sikre at pasienten får god oppfølging. Det gjør det vanskelig å sikre seg at pasienten forstår hva som blir sagt. Vi har også erfart at når språkbarrieren blir stor, har enkelte sykepleiere lett for å gi opp. Tolketjenesten er her en mulighet, men dette (henviser til Kap 5.1.2) lar seg ikke alltid gjennomføre. Vår erfaring er derfor at helsepersonell følge pasientrettighetslovens § 3-2, men at det er vanskelig å kontrollere at § 3-5 blir overholdt.

I lys av dette, kan en undre seg over om helsepersonelloven (1999) § 1 blir fulgt. Loven skal sikre god kvalitet i helsetilbudet, men kan det karakteriseres som god kvalitet når noen ”faller utenfor systemet” på grunn av sin etniske tilhørighet? Henviser også til § 4 -2. Kan en kalle sykepleien som blir gitt til disse folkegruppene forsvarlig?. Dette er spørsmål som faller tilbake på oss som sykepleiere.

Frøyshov Larsen (2000) understreker at våre egne holdninger danner grunnlag for hvordan vi møter innvandrerpasienter. Bakgrunnskunnskap om gruppen er et viktig redskap for å kunne gi pasienten et kvalitetssikkert tilbud.

6.0 KONKLUSJON

I oppgaven har vi prøvd å finne svar på vår problemstillingen; ”Hvordan møter sykepleier pasienter med minoritetsbakgrunn som ha nyopplaget diabetes type 2?”. Denne problemstillingen kan tolkes på to måter. Enten hvordan sykepleier møter disse pasientene i realiteten, eller hvordan en bør møte disse pasientene i teorien. Vi har med overlegg valgt å formulere problemstillingen slik, da vi i teoristudiet ville fokusere på hvordan innvandrerpasienter bør møtes av helsevesenet for å oppnå et adekvat tilbud. I drøftingen har vi stilt oss spørsmål til om dette blir gjort i realiteten, og hvilke endringer som må til for at det skal være mulig å gjennomføre funnene vi kom fram til i teoristudiet.

Som oppsummering kan vi si at i møte med innvandrerpasienter er det viktig at sykepleier besitter gode pedagogiske kunnskaper for å skape grunnlag for dialog. Dette innebærer at en må kunne lære fra seg og undervise på en adekvat måte, samt kjenne til og kunne benytte seg av forskjellige undervisningsmetoder. For å oppnå dette må det dannes grunnlag for kommunikasjon. God kommunikasjon lar seg vanskelig gjennomføre dersom sykepleier ikke er klar over de kulturelle forskjellen som eksisterer og har kjennskap til disse. Kommunikasjon krever også at sykepleier er individfokusert. God kommunikasjon er vesentlig når en møter innvandrerpasienter, selv om det krever større innsats hos begge parter, da språkforståelsen hos pasienten kan være lav.

Funnene i drøftingsartiklene vise derimot at helsevesenet ikke alltid klarer å oppnå dette. Tilbudet flere innvandrerpasienter mottar er ikke godt nok for at pasienten skal kunne mestre egen sykdom. Manglende språkforståelse, eller annerledes sykdomsoppfatning får konsekvenser for utfall av behandlingen. Helsevesenet har manglende kompetanse om pasientens kultur, undervisning og kommunikasjon generelt for å møte dem på en adekvat måte.

Vi ser også at helsejussen støtter opp om de funnene vi gjorde. Dette gjelder særlig pasientrettighetsloven, som konkretiserer pasientens krav på god og adekvat undervisning og informasjon om egen helse. Vi kom fram til at hvis vi som sykepleier ikke tar hensyn til alt dette i møte med denne pasientgruppen, vil vi heller ikke kunne gi pasienten den behandlingen og det tilbudet som kreves når en har nyopplaget diabetes type 2.

Tross disse funna, fant vi heldigvis ut at dette problemet stadig blir tatt mer på alvor og mange land driver nå og arbeider for å finne et undervisningsopplegg som kan brukes i møte med minoritets pasienter som har nyoppdaga diabetes. Forhåpentligvis vil dette føre til økt kompetanse og kunnskap hos den enkelte sykepleier som møter denne pasientgruppen, slik at en kan møte dem på en best mulig måte.

Arbeidet med denne oppgaven har vært veldig interessant og vi har tilegnet oss mye kunnskap om valgt tema. Håper vi har klart å formidle dette til de aktuelle leserne av studiet.

Litteraturliste

Abate, Nicola and Manisha Chandalia (2007) Ethnicity, type 2 diabetes & migrant Asian Indians. In: *Indian J Med Res* 125, p. 251-258. Tilgjengelig fra:

<http://www.icmr.nic.in/ijmr/2007/March/0304.pdf> [lest 15.01.2008]

Austeveg, Berit (1994). ”Helsearbeid og innvandrere - mangfold, sunnhet og sykdom”. Oslo, Universitetsforlaget

Cutilli, Carolyne C. (2006) Do your patient understand? Providing culturally congruent patient education. In: *Orthopaedic Nursing*, vol. 25, nr. 3, p. 218-224. Tilgjengelig fra:

<http://www.nursingcenter.com/pdf.asp> [lest 02.02.2008]

Dahl, Øyvind (2001) Å forstå og bli forstått, Prosess og tegn, Kultur og kommunikasjon. I: *Møter mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*, s. 15-33, 35-52, 55-78.

Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, s. 31-178 og 232-283.

Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, Tom og Hilde Eide (2004) *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*, s. 15-101, 124-232 og 275-282.

Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Eriksen, Thomas Hylland (red.)(2002) Det multietniske samfunn. I: *Flerkulturell forståelse*, s. 9-21.

Oslo, Universitetsforlaget

Eriksen, Thomas Hylland (red.)(2002) Kultur, kommunikasjon og makt. I: *Flerkulturell forståelse*, s.57-72.

Oslo, Universitetsforlaget

Eriksen, Thomas Hylland og Torunn Arntsen Sørheim (1994). *Kulturforskjeller i praksis- perspektiv på det flerkulturelle Norge*”.

Oslo, Gyldendal Norske Forlag.

Frøyshov Larsen, Ingegerd (2000) Diabetes hos ikke-vestlige innvandrere. I: Tidsskriftet for den Norske legeforening, 120: 2804- 6 utg. Tilgjengelig fra:

http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=183279 [lest 28.01.2008]

Graue, Marit (2005) Individualisert undervisning og veiledning. I: å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring, red. E. Gjengedal og B. R. Hanestad, s. 286-298.

Oslo, Cappelens Forlag AS

Granum, Vigdis (2003) Om sykepleierens undervisningsfunksjon og konsekvenser for sykepleierrollen. I: *Praktisk pasientundervisning*, s. 13-21 og 40-49.

Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*, paragraf 4,10, 21 og 23. Tilgjengelig fra: Lovdata [lest 22.01.2008]

Hill, Jillian (2006) Management of diabetes in South Asian communities in the UK. In: *Nursing Standard* 20, 25, p. 57-64. Tilgjengelig fra:

<http://www.nursing-standard.co.uk/archives/ns/vol20-25/pdfs/v20n25p5764.pdf> [lest 15.01.2008]

Magelssen, Ragnhild(2002) *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*, s. 57-103.

Oslo, Akribe Forlag

Molven, Olav(2006) *Helsejus*, s. 19-24, 57-64, 65-77, 117-134, 145-154.

Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Mosand, Reidunn D. og Aud J. Førstund (2007) Sykepleie til pasienter med forandringer i den endokrine pankreasfunksjonen. I: *Klinisk sykepleie 2*, red. H. Almås, s. 899-928.

Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Naidoo, Jennie and Jane Wills (2007) Information, undervisning och kommunikation. I: *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*, s.219- 240.

Danmark, Narayana Press

Natvig, Randi-Susanne(2000) *Sykepleie-ETIKK*.

Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Norges Idrettshøgskole(2005) *MoRo " Mosjon på Romsås" – en intervensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk befolkning i Oslo øst*, s. 9-43.

Oslo, Norges Idrettshøgskole

Olsson, Henny og Stefan Sörensen (2003)Kvalitativ respektive kvantitativ forskningsstrategi. I: *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*, s. 66-79.

Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Papadopoulos, Irena (red.) (2006) The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. In: *Transcultural Health and Social Care*, s. 7-24.

London, Elsevier Limited

Ringdal, Kristen (2001) Forskningsetikk. I: *Enhet og mangfold*, s. 85-102.

Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Robles, Y m.fl. (2008) Health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, Issue 1. Art. No.: CD006424.

DOI: 10.1002/14651858.CD006424

Rørvik, Harald (1994) Oversikt av disiplinen og utvikling med hovedvekt på læring. I: *Læring og utvikling. Det pedagogiske oppdraget*, s. 17-23 og 49-65.

Oslo, Universitetsforlaget AS

Shane-McWhorter, Laura and Lynda H. Oderda (2007) Importance of cultural issues in managing a patient with diabetes. In: *The consultant pharmacist*, vol. 22, nr. 5, s. 431-437.

Tilgjengelig fra: Ovid Medline [lest 02.02.2008]

Snoke, FJ (2000) Barriers to good glycaemic control: the patient's perspective. In: International Journal of Obesity, nr. 24, suppl 3, s. 12-20. Tilgjengelig fra: <http://www.nature.com/ijo/journal/v24/n3s/abs/0801421a.html> [lest 28.01.2008]

Sørheim, Torunn Arntsen (2002) Innvandrene i Norge. I: *Flerkulturell forståelse*, s.188-212. Oslo, Universitetsforlaget

Travelbee, Joyce(2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten, Sidsel (2002) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, s. 93-126 og 127-164. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Vedlegg

Vedlegg 1:

Search for: 3 and 21

Results: 1-10

Database: Ovid MEDLINE(R) <1950 to January Week 5 2008>

Search Strategy:

- 1 exp Diabetes Mellitus, Type 2/ (47209)
- 2 exp Education/ (457940)
- 3 exp Transcultural Nursing/ (2504)
- 4 exp Health Education/ (102250)
- 5 exp "Quality of Life"/ (64603)
- 6 exp Adult/ (4100844)
- 7 exp Diabetes Mellitus/ (217790)
- 8 exp Patient Participation/ (11994)
- 9 exp Health Education/ (102250)
- 10 exp "Emigrants and Immigrants"/ed [Education] (6)
- 11 exp Ethnic Groups/ (75742)
- 12 from 11 keep 1-10 (10)
- 13 1 and 2 (1562)
- 14 3 and 13 (9)
- 15 1 and 3 and 4 (8)
- 16 3 and 9 and 10 (0)
- 17 exp Communication/ (248242)
- 18 11 and 17 (3962)
- 19 1 and 18 (32)
- 20 from 19 keep 1-10 (10)
- 21 9 and 17 (8297)
- 22 10 and 21 (0)
- 23 3 and 21 (37)
- 24 from 23 keep 1-10 (10)