

Kulturtilpasset kostveiledning til innvandrere fra Pakistan med diabetes mellitus type 2

Kandidatnummer: 403 & 505
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie
Emne 14B

Antall ord: 8 942
Dato: 12.04.21



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.21
<u>Tittel</u> Kulturtilpasset kostveiledning til innvandrere fra Pakistan med diabetes mellitus type 2	
<u>Problemstilling</u> På hvilke måter kan sykepleier gjennom kulturtilpasset kostveiledning påvirke kostholdet til innvandrere fra Pakistan med diabetes mellitus type 2?	
<u>Teoretisk perspektiv</u> Teorien danner kunnskapsgrunnlaget for diskusjon, og består av informasjon om diabetes mellitus type 2, pakistansk kosthold, kultur, kultursensitivitet og flerkulturell kompetanse og kulturtilpasset kostveiledning og kartlegging. Videre beskrives helsekompetanse og kommunehelsetjenesten samt bruk av tolketjenester. Til slutt beskrives sykepleierens veiledende og undervisende funksjon samt relevante juridiske og etiske aspekter.	
<u>Metode</u> Metoden som er brukt i oppgaven er litteratursøk. Det er innhentet data fra faglitteratur, forskningslitteratur fra databasene CINAHL og PubMed samt fagstoff fra helsefaglige nettsider. Metodekapittelet består av valg av fag- og forskningslitteratur, søkehistorikk (tabell 1), kildekritikk og etiske vurderinger. Til slutt presenteres forskningsresultatene (tabell 2).	
<u>Drøfting</u> I dette kapitlet diskuteres relevante resultater fra fag- og forskningslitteratur samt relevante etiske og juridiske aspekter for å besvare problemstillingen. Her diskuteres kulturtilpasset kartlegging og kostholdsendringer i lys av motivasjon samt helsekompetanse. Videre diskuteres kulturtilpasset kostveiledning, hvor kulturtilpassede kostråd, pårørende og sosiale aspekter og religion diskuteres ytterligere. Deretter diskuteres kultursensitiv kommunikasjon og bruk av tolk. Avslutningsvis diskuteres flerkulturell kompetanse i kommunehelsetjenesten.	
<u>Konklusjon</u> Kulturtilpasset informasjon og kostveiledning til innvandrere fra Pakistan med DM2 kan medføre en gunstig og varig kostholdsendring. Gruppeveiledning, informasjonsbrosjyrer på pasientens morsmål, tilgang på tolk eller helsepersonell som snakker pasientens morsmål, samt språk- og kulturtilpassede lyd- og bildematerialer har vist seg å være gode metoder for å utføre kulturtilpasset veiledning. Flerkulturelle ansattgrupper i kommunehelsetjenesten er en ressurs og kan bidra til økt respekt, forståelse og kunnskap om andre kulturer. Fag- og forskningslitteratur anvendt i oppgaven avdekker at sykepleiere har behov for økt flerkulturell kompetanse for å gi kulturtilpasset kostveiledning, noe kommunehelsetjenesten bør prioritere og opplære helsepersonell i framover.	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning og kontekst	2
1.4	Begrepsavklaring	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Diabetes mellitus type 2 – årsaker og risikofaktorer.....	4
2.2	Pakistansk kosthold	5
2.3	Kultur, kultursensitivitet og flerkulturell kompetanse	6
2.4	Kulturtilpasset kostveiledning og kartlegging	7
2.5	Helsekompetanse og hjemmetjenesten	8
2.6	Tolketjenester.....	9
2.7	Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon.....	10
2.8	Etiske og juridiske aspekter.....	11
3	Metode	12
3.1	Metodevalg	12
3.2	Valg av fag- og forskningslitteratur og søkehistorikk.....	12
3.3	Kildekritikk.....	14
3.4	Etisk vurdering	15
4	Presentasjon av forskningsresultater	17
5	Diskusjon.....	19
5.1	Kulturtilpasset kartlegging.....	19
5.1.1	Kulturtilpasset kostholdskartlegging.....	19
5.1.2	Kostholdsendringer og motivasjon.....	20
5.1.3	Helsekompetanse	21
5.2	Kulturtilpasset kostveiledning.....	22
5.2.1	Kulturtilpassede kostråd.....	22
5.2.2	Pårørende og sosiale aspekter.....	24
5.2.3	Religion	25
5.3	Kultursensitiv kommunikasjon og bruk av tolk	26
5.4	Flerkulturell kompetanse i kommunehelsetjenesten	28
5.4.1	Flerkulturell kompetanse	28

5.4.2	Flerspråklig helsepersonell.....	28
6	Avslutning	30
7	Referanseliste	31

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En kronikk i Dagens medisin belyste utfordringer i forbindelse med covid-19 pandemien og innvandrere fra Sør-Asia med diabetes mellitus type 2 (DM2). I Europa er innvandrere overrepresentert blant de som blir syke eller dør av covid-19. Underliggende sykdommer slik som DM2, kan være en av årsakene til dette. Covid-19 pandemien belyser et velkjent samfunnsproblem som helsemyndighetene må ta på alvor, samt prioritere ressurser til fremover (Engebretsen, 2020).

Samfunnsendringer de siste 20-30 årene har ført til en verdensomspennende diabetesepidemi, inkludert i Norge. Verdens helseorganisasjon regner DM2 som en av de største folkehelseutfordringene verden står overfor i det 21. århundre (Jenum, 2010, s.145). På verdensbasis beregnes det at 415 millioner har DM2, og at totalt 12 prosent av verdens helseutgifter brukes på sykdommen. Omtrent 216 000 lever med DM2 i Norge, men sannsynligvis eksisterer store mørketall (Stene & Gulseth, 2017). Gjennom de siste 50 årene har Norge blitt et mangfoldig samfunn, bestående av mennesker med ulike religioner, kulturer, etnisiteter og språk (Eriksen & Sajjad, 2020, s.19-23; Hanssen, 2017, s.15-19). En av de største minoritetsgruppene i Norge er pakistanere, og ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) bor det 20 372 innvandrere fra Pakistan i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2021). I Norge er DM2 spesielt utbredt blant innvandrere fra Pakistan, hvor 20 til 24 prosent i alderen 30 til 59 år har sykdommen. Dette er fire ganger så høyt som befolkningen for øvrig (Straiton et al., 2018).

Ved livsstilsendringer er det mulig å forebygge og redusere komplikasjoner av DM2 (Helsebiblioteket, 2018). Utfordringen for helsepersonell i møte med innvandrere med språk- og kulturutfordringer innebærer å formidle betydningen av livsstilsendringer, spesielt kosthold og fysisk aktivitet, på en kultursensitiv måte (Helsedirektoratet, 2019; Jenum, 2010, s.145). Dersom helsepersonell gir kulturtilpasset informasjon til innvandrere, kan dette bidra til økt helsekompetanse hos pasienten, samt bedre tilpasset pasientopplæring. Samtidig vil pasienten få større forutsetninger for å omgjøre veiledningen til handling (Bergsli & Hellne-Halvorsen, 2020; Jenum, 2010, s.145). På bakgrunn av dette er tema for oppgaven på hvilke

måter sykepleier gjennom kulturtilpasset kostveiledning kan påvirke kostholdet til pakistanske innvandrere med DM2.

1.2 Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling

Oppgavens hensikt er å belyse hvordan sykepleier i hjemmetjenesten kan gjennomføre kulturtilpasset kostveiledning, og hvordan dette kan påvirke kostholdet til innvandrere fra Pakistan med DM2. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling formulert:

På hvilke måter kan sykepleier gjennom kulturtilpasset kostveiledning påvirke kostholdet til innvandrere fra Pakistan med diabetes mellitus type 2?

1.3 Avgrensning og kontekst

Oppgaven avgrenses til pakistanske innvandrere med DM2 i Norge, og inkluderer voksne av begge kjønn fra 25 år og oppover, da anvendt forskningen inkluderer disse. Som følge av store forskjeller blant etniske minoritetsgrupper, er oppgaven avgrenset til pakistanere. Pakistanere er den største ikke-vestlige minoritetsgruppen i Oslo, og er dermed en svært relevant målgruppe (Helland-Kigen et al., 2012). Videre avgrenses oppgaven til kostholdsendringer, da mattradisjoner er en stor del av identiteten og kulturen til pakistanere og mennesker for øvrig. Kostholdsendringer er en viktig del av egenbehandlingen ved DM2, da kostholdet påvirker både blodsukkeret, kolesterolet og blodtrykket (Aakervik, 2000, s.33; Diabetesforbundet, 2021a). Pasienter med DM2 som bruker insulin, perorale medisiner og har kostregulert diabetes er inkludert, da forskningen brukt i oppgaven ikke skiller på dette.

Konteksten er satt til hjemmebaserte tjenester i primærhelsetjenesten. Blant innvandrere fra Pakistan er det i stor grad kultur for at familiemedlemmer tar vare på pasienten og deres personlige hygiene, matlaging og tilsyn. Både pårørende og pasient ønsker å bo sammen lengst mulig, og av de ulike helsetjenestene i Norge er det hjemmesykepleie som oftest etterspørres av voksne og eldre med etnisk minoritetsbakgrunn (Hanssen, 2017, s.152-153; Ingebretsen, 2011, s.114). Når det søkes om hjemmesykepleie er det som regel behov for bistand til blant annet medisiner, medisinsk teknisk utstyr og sårstell (Birkeland & Flovik, 2018, s.26).

1.4 Begrepsavklaring

Innvandrere defineres som: “personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre, og som har fire utenlandsfødte besteforeldre” (Stubberud & Eikeland, 2019, s.234).

Etniske minoritetsgrupper er i denne oppgaven brukt om innvandrere, og ikke nasjonale minoriteter, eksempelvis samer. Etnisitet innebærer kulturelle særtrekk i en folkegruppe i et land, og minoritet brukes om en folkegruppe som er i mindretall i landets befolkning (Kumar & Viken, 2010, s.12-13; Wæhle, 2018).

Sør-Asia er en region i Asia som blant annet består av Pakistan, India og Sri Lanka (FN-sambandet, 2018). Noe fag- og forskningslitteratur anvendt i oppgaven bruker dette begrepet.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Diabetes mellitus type 2 – årsaker og risikofaktorer

DM2 er en kronisk stoffskiftesykdom hvor kroppen ikke klarer å utnytte insulin, også kalt insulinresistens. Dette medfører glukoseoverskudd i blodet. Hormonet insulin produseres i bukspyttkjertelen og senker blodets glukoseinnhold. DM2 rammer oftest personer fra 40-års alderen, og forekomsten er økende i den vestlige verden. Dette skyldes en kombinasjon av arv og livsstil. Sykdommen har som regel et symptomfattig forløp. Mange lever dermed med uoppdaget DM2, og har allerede ved diagnositidspunktet utviklet komplikasjoner. Høyt blodsukker disponerer for forandringer i flere organer, men ses hovedsakelig i blodårene. Komplikasjoner ved DM2 deles inn i mikro- og makrovaskulære komplikasjoner.

Mikrovaskulære komplikasjoner innebærer forandringer i de små blodårene, spesielt i øyne, nyrer og nerver. Makrovaskulære komplikasjoner karakteriseres ved at kolesterol danner plakk som gjør blodårene trangere, og kan over tid gi iskemisk hjertesykdom, iskemisk hjernesykdom eller nedsatt sirkulasjon i føttene (Jenssen, 2016, s.388-397; Mosand & Stubberud, 2016, s.55-58).

Det er mange årsaker til at forekomsten av DM2 er høy blant innvandrere fra Pakistan. Personer med etnisk opprinnelse fra Pakistan og/eller med DM2 i nær familie er arvelig disponert for nedsatt glukosetoleranse (prediabetes) og insulinresistens (Diabetesforbundet, 2021c; Rekdal, 2011, s.317-320). Videre spiller kulturelle faktorer og miljø store roller. I Sør-Asia kan overvekt symbolisere god helse, status og velstand (Rekdal, 2011, s.317-320). Overvekt skyldes en kombinasjon av arvelige- og miljømessige faktorer, og disponerer for nedsatt glukosetoleranse og utvikling av DM2 (Diabetesforbundet, 2021a; Helsedirektoratet, 2010, s.10). Overvekt er utbredt blant pakistanske innvandrere i Norge, og mellom 20-40 prosent klassifiseres som overvektige (Folkehelseinstituttet, 2018; Vrålstad & Wiggen, 2017, s.204).

Migrasjon fra lav- og middelinntektsland til høyinntektsland medfører store forandringer i levekår og levemåte, og danner grunnlaget for vestliggjøring (Fevang & Moser, 2014, s.149). Vestliggjøring er et begrep som brukes om endrede kostvaner i retning av mat og drikke med høy kalorikonsentrasjon, i kombinasjon med mindre krav til fysisk aktivitet i samfunnet. Dette fører til økt risiko for overvekt og DM2 (Rekdal, 2011, s.317-320). Tilgjengelighet,

vertslandets matkultur, priser, arbeid, økonomi og familie er faktorer som er med på å forme nye matvaner (Fevang & Moser, 2014, s.149). Utdanning, jobb og økonomi påvirker pasientens levekår, livsstil, integrering og deltakelse i samfunnet (Vrålstad & Wiggen, 2017). I vestlige land som Norge er ofte kaloririke matvarer billigere enn kalorifattige. Dette kan medføre at lavinntektsfamilier har redusert mulighet til å forebygge overvekt og livsstilssykdommer. Lav utdanning og dårlig økonomi kan dermed påvirke utbredelsen av DM2 i vestlige land (Rekdal, 2011, s.320). En rapport fra SSB viser at rundt 25 prosent av menn og 60 prosent av kvinner fra Pakistan i alderen 18-66 år ikke hadde inntektsgivende arbeid, hvorav 26 prosent av begge kjønn oppgir språkproblemer som en av årsakene (Vrålstad & Wiggen, 2017).

2.2 Pakistansk kosthold

Det er store ulikheter i sosial status, utdanning og personlige ressurser blant innvandrere fra Pakistan. Dette skaper store individuelle og familiære forskjeller innenfor kultur, religion, tradisjoner, identitet og hvor integrert individet eller familien er i det norske samfunnet (Sortland, 2015, s.156).

Melk, te, vann og juice er vanlige drikkevarer blant pakistanere. Å tilsette sukker i teen, i tillegg til krydder som grønne kardemommefrø, nellik og kanel er også vanlig (Aakervik, 2000, s.85-88). Pakistansk mat er ofte sterk og fargerik, og krydder er en viktig ingrediens i kostholdet (Helsedirektoratet, 2016). Basisvarer i det pakistanske kostholdet består eksempelvis av ris, poteter, melk, linser, kjøtt, olje, smør, løk, tomater, ingefær og flere ulike kryddertyper. Innvandrere fra Pakistan spiser noe halal kjøtt, men vegetarkosten er dominerende i det daglige kostholdet. Rettene “potetraita” og “paratha” spises ofte til frokost og inneholder henholdsvis kokte poteter og lefser kjevlet inn med smør. Til lunsj og middag spiser mange lefsen “chapati”, og “aloo roti” som er fylt med blant annet poteter og grønnsaker. Ulike risretter brukes også mye, hvor rissorten basmati er mest brukt. Flere tilsetter store mengder olje i risen, i tillegg til krydder eller kjøtt som lam eller kylling (Aakervik, 2000, s.84-88).

Mange innvandrere fra Pakistan spiser ett eller to store måltider per dag, noe som er uheldig for å opprettholde et stabilt blodsukker (Larsen, 2000). Små og hyppige måltider anbefales for personer med DM2 (Helsedirektoratet, 2019). Basisvarer som poteter og ris kan

gi ugunstige konsekvenser for pasienter med DM2. Poteter er blant matvarene som gir størst blodsukkerstigning, og kokte poteter som spises varme gir høyere blodsukkerstigning enn kalde poteter (Diabetesforbundet, 2020). Forskning viser at hvit ris kan øke risikoen for å utvikle DM2, og ved inntak av hvit ris som basmati stiger blodsukkeret raskt (Hu et al., 2012; Mohan et al., 2014).

Mange innvandrere fra Pakistan viderefører mattradisjoner som tilhører høytider, fest og sosiale sammenkomster fra hjemlandet. Etter migrasjon har familiene mulighet til å spise dette oftere, da slike matvarer er forholdsvis billige i Norge. Det serveres ofte søtsaker og store måltider som inneholder mye fett og sukker (Fevang & Moser, 2014, s.149; Rekdal, 2011, s.320). Vestliggjøring påvirker kostholdet til innvandrere fra Pakistan, da inntaket av kaloririk mat, kjøtt, søte drikker og størrelsen på måltider øker (Aakervik, 2000, s.75; Rekdal, 2011, s.317-320). Videre er kostholdet preget av regler og tradisjoner innenfor Islam og høytiden ramadan. Det er ulike forbud av matvarer basert på om de er rene "halal" eller urene "haram", hvor halalkjøtt er slaktet på en spesiell måte under bønn (Aakervik, 2000, s.20). Ifølge Koranen skal muslimer faste fra soloppgang til solnedgang under ramadan. Det finnes flere unntak fra å faste, eksempelvis sykdom og lav eller høy alder. Personer med velregulert DM2 uten komplikasjoner, og som behandles med korttidsvirkende tabletter, kan faste dersom de blir undersøkt av helsepersonell i forkant av fasten (Larsen, 2000).

2.3 Kultur, kultursensitivitet og flerkulturell kompetanse

Norge er i dag et flerkulturelt samfunn, bestående av et kulturelt mangfold (Eriksen & Sajjad, 2020, s.19). Utviklingen er spesielt synlig i storbyene, hvor befolkningen består av flere ulike etnisiteter, religioner og kulturer. Sykepleiere må være i stand til å møte dette mangfoldet ved å tilpasse helsehjelpen til pasientenes kulturelle og språklige bakgrunn (Bergsli & Hellne-Halvorsen, 2020). Kulturbegrepet er komplekst, og involverer både menneskers tanker, følelser og handlinger. Kultur kan forstås som ideer, verdier, regler og normer som er videreformidlet fra én generasjon til den neste, og som kontinuerlig er i endring (Magelssen, 2008, s.53-55; Stubberud & Eikeland, 2019, s.234). Mennesker har ulike utgangspunkt, tradisjoner og historier som påvirker deres handlinger, og kultur er et fellesskap som deles med noen, men ikke alle (Dahl, 2013 s.42-43).

Kultursensitivitet innebærer å være forståelsesfull og å vise omtanke samt respektere og anerkjenne mennesker fra andre kulturer med ulike tradisjoner og atferd. Kommunikasjonen må tilpasses hver enkelt pasient utfra ulik kulturell bakgrunn og tilhørighet (Bergsli & Hellne-Halvorsen, 2020). Kultursensitivitet tar utgangspunkt i hvordan et budskap oppfattes eller blir meningsfylt for den målgruppen som ønskes å nå. Dette forutsetter at sykepleieren har god kunnskap om målgruppen med tanke på kultur og sosiale sammensetninger (Rekdal, 2011, s.322). Kultursensitiv kommunikasjon innebærer en gjensidig deltakelse hvor alle parter åpner seg og lærer om hverandre. Sykepleier er profesjonell part i relasjon med pasienten, og bør tilrettelegge for trygge rammer og gjensidig respekt (Magelssen, 2008, s.16-18). Kultursensitiv sykepleie anerkjenner at mennesker er forskjellige, men jobber samtidig med å finne likhetene i forskjellene. Dette vil medføre en relasjon preget av likeverd, gjensidig læring, balansert makt og integrering (Magelssen, 2009). Kultursensitivitet er en egenskap sykepleier bør inneha, og er nødvendig for å kunne gi kulturtilpasset veiledning.

Det kan oppleves utfordrende for sykepleier å møte pasienter med en annen kulturell bakgrunn, da det stiller krav til flerkulturell kompetanse samt evnen til å anvende kompetansen (Rødal, 2012; Stubberud & Eikeland, 2019, s.233). Flerkulturell kompetanse kan defineres som: “kunnskaper, ferdigheter og holdninger som utgangspunkt for samhandling og helsehjelp rettet mot mennesker på tvers av ulike språk og kulturer” (Stubberud & Eikeland, 2019, s.236). Flerkulturell kompetanse er viktig for å ivareta grunnleggende behov hos pasienter fra andre kulturer, og for at pasientene føler seg møtt med respekt og omsorg (Stubberud & Eikeland, 2019, s.236).

2.4 Kulturtilpasset kostveiledning og kartlegging

Kulturtilpasset kostveiledning til innvandrere fra Pakistan innebærer at sykepleier tar hensyn til og veileder utfra faktorer som utdanning, religion, måltidsvaner, matlagingsmetoder og andre forhold som har innflytelse på matvarevalg (Jacobsen & Bye, 2015, s.636-637).

Kulturtilpassede kostråd må også tilpasses pasientens individuelle matvaner, matpreferanser, det pakistanske kostholdet og mattradisjoner (Hempler et al, 2015; Rekdal, 2011, s.320). “En kulturell datasamling er en systematisk gjennomgang av pasientens tro, holdninger, kunnskaper og sykdomsatferd” (Hanssen, 2017, s.85). En slik datainnsamling gir sykepleier oversikt over pasientens behov og preferanser, noe som muliggjør kulturtilpasset

kostveiledning. En kulturell kartlegging består av tre faser, hvorav første fase kartlegger generelle data, som religion og foretrukket kommunikasjonsform. Fase to innebærer kartlegging av pasientens kulturelle og religiøse verdier, slik som kostrestriksjoner og helsekompetanse. I fase tre bør sykepleier innsamle detaljerte data om pasientens kosthold, hvem som lager maten og matens betydning for pasienten (Hanssen, 2017, s.85-86).

“En god ernæringspraksis innebærer at sykepleieren benytter seg av sykepleieprosessen ved å observere, vurdere, formulere målsettinger, iverksette tiltak og dokumentere pasientens ernæringsstatus” (Jacobsen & Bye, 2015, s.638). I hjemmetjenesten har sykepleier en gylden mulighet til å observere pasientens kosthold (Birkeland & Flovik, 2018, s.44). Ved observasjon kan sykepleier tilpasse kostveiledningen, samt gi konkrete råd tilpasset pasientens matvaner og preferanser. Sykepleier kan benytte en intervjuguide for å kartlegge pasientens kosthold, matvaner og helse. Spørsmålene kan blant annet innebære hva pasienten og familien spiser og drikker til de ulike måltidene og mellommåltider. Det er også relevant å vite hva som har endret seg i kostholdet siden pasienten kom til Norge, pasientens helseproblemer og pasientens egne forslag til bedret kosthold (Aakervik, 2000, s.72-74).

Pasientens motivasjon for endring er essensiell for å oppnå en vellykket veiledning og livsstilsendringer. Den transteoretiske modellen er en fasemodell som beskriver endringsprosesser, og pasienten kan plasseres i ulike faser knyttet til grad av motivasjon til endring (Eide & Eide, 2018, s.262-263). Ved hjelp av modellen kan sykepleier og pasient utforme en individuelt tilpasset plan for videre livsstilsendring, og reflektere rundt pasientens motivasjon for kostholdsendring.

2.5 Helsekompetanse og hjemmetjenesten

Kartlegging av pasientens helsekompetanse er nyttig, da kunnskap om sykdom og helsefremmende tiltak tilknyttet livsstil varierer i stor grad blant pakistanske innvandrere i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet definerer helsekompetanse slik: “helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.4). Dette innebærer beslutninger om livsstilsvalg, forebyggende tiltak ved sykdom, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenester. Høy helsekompetanse er knyttet til god fysisk og psykisk helse. Lav helsekompetanse er helsepolitisk utfordrende, da

det er forbundet med dårligere helse, svakere oppfølging av egen sykdom og høyere helsetjenestekostnader. Helsekompetanse er blant annet knyttet til utdanning og livserfaringer, men påvirkes også av hvordan helseinformasjonen presenteres av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.5-9).

En av hjemmetjenestens og sykepleiers oppgaver innebærer å informere pasienten om tilgjengelige tilbud (Birkeland & Flovik, 2018, s.89-90). For å gi kulturtilpasset veiledning kan sykepleier benytte Diabetesforbundets filmer og informasjonsbrosjyrer som er utgitt på 18 språk (Fønhus et al., 2014). Frisklivssentraler i kommunene tilbyr gruppebasert, diagnosespesifikk informasjon og kulturtilpasset veiledning med mål om mestring av helseutfordringer og økt helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2019).

Eldre innvandrere er relativt usynlige i hjelpeapparatet, da de ofte blir ivaretatt av familien, og fordi de ikke alltid melder fra om sitt hjelpebehov. Flere eldre fra tradisjonelle kulturer verdsetter og er vant med familiebasert omsorg, i motsetning til den norske helsemodellen som er mer individrettet. Sykepleier må ta hensyn til og samarbeide med familien om omsorgen for pasienten, samtidig som sykepleieren må sikre pasienten adekvat og forsvarlig helsehjelp. Dersom pasienten samtykker, har pårørende også rett på helseinformasjon (Hanssen, 2017, s.152-153; Pasienten- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3).

2.6 Tolketjenester

Språk- og kulturforskjeller mellom helsepersonell og pasienter kan medføre kommunikasjonsproblemer (Heyn, 2015, s.386-387). Urdu er det offisielle språket i Pakistan, og flere av deltakerne i anvendt forskning har Urdu som morsmål (Kristiansen, 2020). I flere tilfeller er det behov for profesjonell tolk slik at kvalitetssikringen i pasientforløpet opprettholdes. Bruk av tolk anbefales av norske myndigheter da det kan være en forutsetning for adekvat helsehjelp (Dahl, 2013, s.171). Når pasienten ikke er i stand til å uttrykke seg kompetent på norsk, kan det påvirke både identiteten, selvfølelsen og opplevelsen av tilhørighet. Manglende språklig kompetanse kan også medføre frustrasjon, skam og sorg. Kommunen har ansvar for at primærhelsetjenesten har tilgang til kvalifisert tolkehjelp (Magelssen, 2008, s.150-152). Offentlige tolker har taushetsplikt og skal være upartiske. Tolken bør ikke være i familie med, eller politisk eller økonomisk tilknyttet pasienten. Bruk av familiemedlemmer som tolk er generelt ikke anbefalt, og bruk av barn er

særlig uheldig. For en helhetlig forståelse av nonverbale kommunikasjonsmåter, pragmatikk og kontekst, er det viktig at tolken kjenner pasientens kultur (Dahl, 2013, s.171; Heyn, 2015, s.386-387).

I møte med innvandrere fra Pakistan med DM2 i hjemmesykepleien er fremmøtetolking en viktig og relevant tjeneste. Dette innebærer at tolken er til stede under samtalen og oversetter direkte for pasient og sykepleier (Magelssen, 2008, s.154). Helsedirektoratet presiserer at helsepersonell har: “plikt til å vurdere behov for å bestille tolk med nødvendige kvalifikasjoner” (Helsedirektoratet, 2011, s.6). For å forebygge smittespredning som følge av covid-19 pandemien, har mange av tolkeoppdragene blitt endret fra fremmøtetolking til telefontolking (Kielland et al., 2020). Tolkingen foregår over telefon og etter samme prinsipper som ved fremmøtetolking (Magelssen, 2008, s.155-156). Skjermtolking er også et alternativ, og innebærer at tolk, pasient og helsepersonell kommuniserer via en skjerm hvor deltakerne ser hverandre (Tolkenett, u.å.).

2.7 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon

Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon er sentral i møte med innvandrere fra Pakistan med DM2 med behov for kulturtilpasset kostveiledning. Undervisning og veiledning involverer tilrettelegging for læring, utvikling og mestring hos pasient og/eller pårørende (Kristoffersen et al., 2016, s.19). Hensikten med å veilede og undervise en pasient om kosthold og DM2 er å styrke pasientens mestring og helsekompetanse gjennom refleksjon og læring (Tveiten, 2020, s.101). Empowerment defineres som: «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (Finbråten & Pettersen, 2009). Empowermentbegrepet ses ofte i sammenheng med mestring og brukermedvirkning, og innebærer myndiggjøring av pasienten (Eide & Eide, 2018, s.30). Sykepleier kan styrke pasientens empowerment gjennom undervisning og veiledning om håndtering av DM2, og ved kostråd tilpasset pasientens tradisjonelle og individuelle kosthold. Slik kan pasienten klare å ta selvstendige valg og overføre dette til ønskede handlinger og resultater (Tveiten, 2020, s.33-52).

2.8 Ethiske og juridiske aspekter

Den norske velferdsmodellen bygger på likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av religion, kultur og etnisitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likeverdige helsetjenester innebærer individuelt tilrettelagte tjenester som er like i forhold til tilgjengelighet, kvalitet og resultat (Helse og omsorgsdepartementet, 2013). Likestillings- og diskrimineringslovens formål er å hindre diskriminering på bakgrunn av etnisitet, religion og livssyn, og helse- og omsorgstjenestelovens formål innebærer å sikre et likeverdig helsetilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1; Likestillings- og diskrimineringsloven, 2019, §1).

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder alle innbyggere i Norge, og gir rettigheter til øyeblikkelig helsehjelp og nødvendige helsetjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1). § 3-1 gir pasienten rett til medvirkning, og tjenestetilbudet skal så langt det lar seg gjøre utformes sammen med pasienten. Videre omhandler § 3-2 pasientens rett til informasjon, slik at pasienten får innsikt i egen helsetilstand og helsehjelpen som gis. I følge § 3-5 skal informasjonen gis på en hensynsfull måte og tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, erfaringer, alder og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presiserer at grunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleiers ansvar om helsefremmende og forebyggende arbeid beskrives i punkt 2.1 og er relevant i møte med innvandrere med DM2. Punkt 2.4 omhandler sykepleiers ansvar for ivaretagelse av pasientens integritet og beskyttelse av sårbarhet. Dette er relevant i møte med etniske minoritetsgrupper som kan være sårbare med tanke på språk- og kulturforskjeller. Videre skal sykepleier ifølge punkt 2.5 fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser i forbindelse med egen helse. Dette ved at sykepleier gir tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikrer seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019).

3 Metode

3.1 Metodevalg

Metodevalg informerer om hvordan kunnskapen fremskaffes eller etterprøves (Dalland, 2020, s.53). Metoden benyttet i denne oppgaven er litteratursøk. Litteratursøk kjennetegnes av strukturert søking etter, kritisk vurdering og sammenlikning av litteratur innenfor valgt tema. Formålet er å finne relevant litteratur med høyt evidensnivå, og gjennom dette få en oversikt over hva som er beskrevet på fagfeltet. Dette gir leseren en oppdatert forståelse på det problemstillingen etterspør. For å belyse problemstillingen er det innhentet data fra eksisterende faglitteratur og forskning (Støren, 2013, s.38-39).

3.2 Valg av fag- og forskningslitteratur og søkehistorikk

Oppgavens troverdighet avhenger av et godt beskrevet og begrunnet kildegrunnlag. Det må derfor tydeliggjøres hvorfor en bestemt type litteratur er valgt, og hvordan utvalget er gjort (Dalland, 2020, s.143). For å belyse problemstillingen er det benyttet litteratur om DM2, pakistansk kosthold, hjemmetjenesten, kultursensitivitet, flerkulturell kompetanse, helsekompetanse og kommunikasjon. I tillegg refereres det til lovverk, sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, helsefaglige nettsider samt rapporter, nasjonale retningslinjer og veiledere i oppgaven.

Det ble søkt etter relevant forskning i databasene CINAHL og PubMed (Tabell 1). Disse databasene inneholder forskningsartikler om sykepleiefaget og medisin, og er mye brukt blant helsepersonell (Lovisenberg diakonale høgskole, 2021a). Etter avgrensning i søk og antall treff ble det gjort en gjennomgang av artikkeltreffene i databasene, og flere abstrakter ble gjennomgått og vurdert. Utvalget av aktuelle forskningsartikler ble gjort på bakgrunn av deres relevans for problemstillingen, abstrakt, overførbarhet til pasientgruppen og det norske helsevesenet samt forskningsartiklenes metode. Det ble valgt tre randomiserte kontrollerte studier av Baradaran et al. (2006), Johansen et al. (2009) og Helland-Kigen et al. (2012) samt tre kvalitative studier av Lawton et al. (2006), Hempler et al. (2015) og Abuelmagd et al. (2017). Dette for variasjon i vitenskapelige studiemetoder og for å få frem ulike perspektiver, synspunkt og resultater i oppgaven. En randomisert kontrollert studie er den beste forskningsmetoden når effekten av et tiltak skal undersøkes, og kvalitative forskningsmetoder

brukes for å undersøke menneskers følelser og erfaringer (Helsebiblioteket, 2016a; Helsebiblioteket, 2016b). Begge metodene er relevante for å svare på oppgavens problemstilling.

Tabell 1. Oversikt over litteratursøkene

Nr.	Søkeord	Database	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
1	“Diabetes Mellitus, Type 2” AND “Pakistan” AND “Qualitative Studies+”	CINAHL	2005 - 2020 Fagfellevurdert	9	“Diabetes service provision: a qualitative study of the experiences and views of Pakistani and Indian patients with Type 2 diabetes” (Lawton et al., 2006)
2	“Culture” AND “type 2 diabetes” AND “education” AND “multi-ethnic”	PubMed	2005 – 2020 Voksne (19+) Randomisert kontrollert studie	4	“A controlled trial of the effectiveness of a diabetes education programme in a multi-ethnic community in Glasgow” (Baradaran et al., 2006)
3	“Motivation” AND “type 2 diabetes” AND “Pakistan” AND “Norway” AND “Diet”	PubMed	2005 – 2020 Voksne (19+) Randomisert kontrollert studie	2	“Changes in food habits and motivation for healthy eating among Pakistani women living in Norway: results from the InnvaDiab-DEPLAN study” (Johansen et al., 2009)
4	“Diabetes Mellitus, Type 2” AND “Motivation+” AND “Pakistan”	CINAHL	2005-2020	3	“Maintenance of changes in food intake and motivation for healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention” (Helland-Kigen et al., 2012)
5	“Education” AND “Pakistani” AND “Type 2 diabetes” AND “Preferences”	PubMed	2005-2020	4	“Dietary education must fit into everyday life: a qualitative study of people with a Pakistani background and type 2 diabetes” (Hempler et al., 2015)

6	“Diabetes Mellitus, Type 2” AND “Immigrants+” AND “Pakistan”	CINAHL	2005- 2020 Fagfelle­vurdert	11	“Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway” (Abuelmagd et al., 2017)
---	--	--------	------------------------------------	----	--

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å vurdere og karakterisere forskningen som er funnet, og om den kan brukes til å belyse problemstillingen (Dalland, 2020, s.152). Artikkene som benyttes i oppgaven er vurdert med tanke på problemstillingens relevans. Det er en styrke at alle artiklene omhandler DM2, kosthold og innvandrere fra henholdsvis Pakistan og Sør-Asia. En svakhet er at ingen av artiklene tar for seg sykepleiers rolle i hjemmetjenesten i møte med pakistanske innvandrere med DM2. Majoriteten av resultatene i forskningsartikkene er likevel vurdert som overførbare til sykepleiere i hjemmetjenesten. Videre kan utvalget av pasienter være noe begrenset, da eksempelvis studien av Helland-Kigen et al. (2012) og Baradaran et al. (2006) opplevde det som vanskelig å rekruttere pakistanske innvandrere med DM2. Samtidig var frafallet i sistnevnte studie vurdert som høyt.

I et sykepleiefaglig perspektiv er det relevant å vurdere de ulike forskningsartikkelenes overførbarhet til pasientgruppen i oppgaven og det norske helsevesenet. Overførbarhet dreier seg om funnene i forskningen er aktuelle utover utvalget og konteksten, og om de er relevante og anvendbare i andre situasjoner (Drageset & Ellingsen, 2011). Tre av de inkluderte studiene er gjennomført i Norge, to i Storbritannia og én i Danmark. Helsevesenet i Norge, Storbritannia og Danmark er for det meste offentlig finansiert, landene ligger i geografisk nærhet, og innbyggerne har tilgang på gratis helsehjelp (Kristiansen & Pedersen, 2000; Tikkanen et al., 2020). Studiene kan derfor anses som overførbare til oppgaven, pasientgruppen og det norske helsevesenet. Det er en styrke at alle artiklene er fagfelle­vurdert, noe som betyr at artikkelen er vurdert og godkjent av to eller tre upartiske og anonyme eksperter innenfor fagfeltet. Artiklene er dermed grundig vurdert og kvalitetssikret (Utdanningsforskning, 2016). Videre er alle inkluderte artikler skrevet på engelsk. Ved oversettelse er det risiko for feiltolkning av funn og resultater, samt at enkelte detaljer kan ha blitt oversett.

Å vurdere studienes publiseringsdato er relevant, da fagkunnskap kan bli udatert dersom fagområdet stadig er i utvikling (Dalland, 2020, s.155). Det ble først gjennomført søk på artikler <10 år, men funnene var begrenset og utenfor relevans til oppgavens tematikk. Grensen ble økt til <15 år, og flere aktuelle artikler ble funnet. Halvparten av artiklene anvendt i oppgaven er over ti år gamle, og deres kliniske relevans kan derfor være utdatert. Likevel er forskningsresultatene fra artiklene som er mellom 10 og 15 år i tråd med resultatene i nyere artikler, og det antas at forskningen fortsatt har verdi i dag. Fagbøker anvendt i oppgaven er også en blanding av gammel (>10 år) og nyere (<10 år) faglitteratur. Variasjonen i publikasjonsdato av faglitteratur og forskning understreker behovet for mer forskning innenfor kultursensitivitet, kulturtilpasset veiledning og innvandrerhelse.

En primærkilde vil si den opprinnelige utgaven av en tekst, og en sekundærkilde vil si en oversatt utgave av eller omtale av primærkilden (Dalland, 2020, s.156). Det bør tilstrebes å benytte primærkilden, og det er i hovedsak forsøkt å bruke primærkilder i denne oppgaven. I noen tilfeller er det benyttet sekundærkilder grunnet mangel på tilgang til litteratur. Sekundærkildene er vurdert som troverdige da stoffet er bekreftet i flere kilder.

3.4 Etisk vurdering

Forskningsetikk innebærer å ivareta personvernet til deltakerne, og at forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt ikke skjer på bekostning av en persons integritet og velferd (Dalland, 2020, s.168). Artikkelen av Abuelmagd et al. (2017) er godkjent av Norsk senter for forskningsdata og artikkelen av Johansen et al. (2009) er godkjent av Datatilsynet. Begge artiklene er godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Artiklene av Johansen et al. (2009), Helland-Kigen et al. (2012) og Hempler et al. (2015) følger Helsinkideklarasjonen. Videre er artikkelen til Baradaran et al. (2006) godkjent av en regional forskningsetisk komite i Glasgow. Lawton et al. (2006) har skrevet flere artikler fra samme studie, hvor studien er etisk godkjent av "Lothian Research Ethics Committee". Alle artiklene oppgir at deltakerne har levert skriftlig, informert samtykke til deltakelse og datainnsamling. Ingen forfattere oppgir interessekonflikter i sine respektive studier (Sykepleiernes samarbeid i Norden, 2003, s.9)

Korrekt kildehenvisning viser akademiske verdier som åpenhet, etterprøvbarehet, vitenskapelig redelighet og kritisk diskusjon (Dalland, 2020, s.139). Lovisenberg diakonale høgskoles

retningslinjer for korrekt referering er fulgt i oppgaven, og oppgaven følger APA 7th (Lovisenberg diakonale høgskole, 2021b).

4 Presentasjon av forskningsresultater

Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven presenteres i kronologisk rekkefølge i tabell 2. Deltakerne i studien til Lawton et al. (2006) vektla at de mislikte bruk av tolk, og at de ønsket flerspråklig helsepersonell for direkte samtale om behandlingen av DM2. Funnene i studien til Baradaran et al. (2006) viser at et kulturtilpasset utdanningsprogram kan ha effekt for økte kunnskaper, holdninger og praktisk utførelse i forbindelse med DM2 blant innvandrere fra Sør-Asia. Studien til Johansen et al. (2009) viser at kulturtilpasset informasjon og undervisning har potensiale for gunstige, men små forandringer i kostholdet til norsk-pakistanske kvinner med DM2. Oppfølgingsstudien til Johansen et al. (2009) utført av Helland-Kigen et al. (2012) viser at den kulturtilpassede informasjonen og undervisningen gitt til intervensjonsgruppen i første studie, kan medføre langvarig opprettholdelse av de gunstige kostholdsendringene. Deltakerne i studien til Hempler et al. (2015) opplevde prosessen med å integrere og anvende kostholdsveiledningen som utfordrende, og ønsket kostveiledning som var mer tilpasset deres hverdag, levemåte og kultur. Funnene i studien til Abuelmagd et al. (2017) viser at innvandrerkvinner fra Pakistan har behov for økt kunnskap om DM2, da de hadde utilstrekkelig kontroll over livsstil, medisiner og sykdommen. Flere hadde språkutfordringer, og rapporterte behov for hjelp til å forstå informasjon på norsk.

Tabell 2. Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M & Hallowell, N. (2006).	Diabetes service provision: a qualitative study of the experiences and views of Pakistani and Indian patients living with Type 2 diabetes.	<i>Diabetic Medicine</i>	Å utforske pakistanske og indiske pasienters erfaringer, og syn på diabetiske tjenester. For å kunne informere om utviklingen av kultursensitive tjenester.	Kvalitativ datainnsamling gjennom intervju. 23 pakistanske og 9 indiske pasienter med DM2 fra Edinburgh, Scotland deltok.	Deltakerne uttrykte taknemmelighet over gratis helsetjenester, og la vekt på fysiske undersøkelser. De mislikte bruk av tolk og etterspurte flerspråklige helsepersonell.
2	Baradaran, H. R., Knill-Jones, R. P., Wallia, S. & Rodgers, A. (2006).	A controlled trial of the effectiveness of a diabetes education programme in a multi-ethnic community in Glasgow.	<i>BMC Public Health</i>	Å utvikle et kulturelt tilpasset utdanningsprogram for personer med DM2 fra Sør-Asia, og undersøke om det har effekt.	Kvantitativ metode, og randomisert kontrollert studie med 144 deltakere.	Et kulturtilpasset utdanningsprogram kan ha effekt for å øke kunnskapen, holdninger og praktisk utførelse.

3	Johansen, K. S., Bjørge, B., Hjellset, V. T., Holmboe-Ottesen, G., Råberg, M. & Wandel, M. (2009).	Changes in food habits and motivation for healthy eating among Pakistani women living in Norway: results from the InnvaDiab-DEPLAN study.	<i>Public Health Nutrition</i>	Presentere effekten av en intervensjons studie om pakistanske kvinners intensjoner om å endre kostholdet og kostholdsendringene som ble gjort.	Kvantitativ datainnsamling gjennom spørreskjema om kosthold. 198 kvinner deltok og ble randomisert i intervensjons- og kontrollgrupper.	Kulturtilpasset informasjon og undervisning har potensialet til å endre norsk-pakistanske kvinners intensjoner om å få et sunnere kosthold og indusere noen gunstige, men små forandringer i kostholdet.
4	Helland-Kigen, K. M., Kjøllesdal, M. K. R., Hjellset, V. T., Bjørge, B., Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2012).	Maintenance of changes in food intake and motivation for healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention.	<i>Public Health Nutrition</i>	Å undersøke vedlikehold av endringer av matinntak og motivasjon til sunn mat ved oppfølging etter en livsstilsintervensjon blant pakistanske innvandrerkvinner i Oslo, Norge.	Kvantitativ datainnsamling gjennom spørreskjema. 198 kvinner ble inkludert, og randomisert i intervensjons- og kontrollgrupper.	Kulturtilpasset informasjon og undervisning har potensialet til å endre matadferden blant pakistanske innvandrerkvinner samt føre til langvarig opprettholdelse av disse gunstige kostholdsendringene.
5	Hempler, N. F., Nicic, S., Ewers, B. & Willaing, I. (2015).	Dietary education must fit into everyday life: a qualitative study of people with a Pakistani background and type 2 diabetes.	<i>Patient Preference and Adherence</i>	Utforske deltakere med pakistansk bakgrunn sine perspektiver og erfaringer med kostholds undervisning for diabetes type 2 i Danmark.	Kvalitativ metode med dybdeintervjuer. 12 deltakere med pakistansk bakgrunn og diabetes type 2 hadde fått diettundervisning og ble intervjuet.	Deltakerne opplevde prosessen med å integrere og anvende kostholdsveiledningen som utfordrende i hverdagen. De ønsket at den var mer tilpasset deres hverdag, levemåte og kultur.
6	Abuelmagd, W., Håkonsen, H., Mahmood, K. Q-u-A., Taghizadeh, N. & Toverud, E-L. (2017).	Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway.	<i>Journal of Immigrant and Minority Health</i>	Å vurdere hvordan pakistanske kvinner med diabetes type 2 opplever å leve med sykdommen, og hvordan de responderer på livsstil og medisinsk informasjon.	Kvalitativ metode med pilotintervju. 120 pakistanske kvinner ble intervjuet med 64 lukkede og 16 åpne spørsmål.	Deltakerne viste utilstrekkelig kontroll over DM2 i forhold til livsstil, komorbiditet og medisiner. Faktorer som lite lese- og skriveferdigheter og kulturelle faktorer ser ut til å utfordre etterlevelsen av livsstils- og medisinsk informasjon.

5 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres relevante resultater fra fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen:

På hvilke måter kan sykepleier gjennom kulturtilpasset kostveiledning påvirke kostholdet til innvandrere fra Pakistan med diabetes mellitus type 2?

5.1 Kulturtilpasset kartlegging

I dette kapitlet diskuteres kulturtilpasset kostholdskartlegging, kostholdsendringer og helsekompetanse i lys av teori og forskning.

5.1.1 Kulturtilpasset kostholdskartlegging

Kulturtilpasset kostveiledning vil i første omgang innebære en kartlegging av pasientens ernæringsstatus og matvaner (Birkeland & Flovik, 2018, s.135). Sykepleier kan gjennom dialog med pasienten og spørsmål gjennom intervju eller spørreskjema, danne grunnlaget for kulturtilpassede kostholdsråd (Aakervik, 2000, s.72; Birkeland & Flovik, 2018, s.141-142). Samtidig kan sykepleier i hjemmetjenesten se hvilke matvarer som finnes i husholdningen med tillatelse fra pasienten. Resultater fra intervju og observasjon gir sykepleier et bilde av pasientens kosthold, hva pasienten foretrekker og hva pasienten kan unnvære. Sykepleier kan benytte fasene i kulturell datasamling for å kartlegge pasientens matpreferanser og kultur. Dermed blir sykepleier kjent med pasientens behov, og får innsikt i pasientens verdier, holdninger og oppfatninger (Hanssen, 2017, s.85). Helsedirektoratet (2021) anbefaler i nasjonale faglige retningslinjer for diabetes, at sykepleier vektlegger det positive med pasientens kosthold, og bygger videre på dette i kostveiledningen. I en intervensjonsstudie av Baradaran et al. (2006) ble et spørreskjema utformet for å kartlegge og lage en baseline av deltakernes kunnskaper, holdninger og praksis tilknyttet DM2. Resultatene ble brukt for å skape et kulturtilpasset veiledningsprogram til intervensjonsgruppen. Etter intervensjonen fikk intervensjonsgruppen og kontrollgruppen samme spørreskjema på nytt, slik at effekten av kulturtilpasset veiledning kunne vurderes. Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen viste økt kunnskap, samt bedre holdninger og

praksis tilknyttet DM2, og forskjellen på resultatene mellom gruppene var minimal. Dette kan tyde på at spørreskjema om og kartlegging av kostholdet til innvandrere fra Pakistan med DM2 kan medføre økt bevissthet rundt DM2, da deltakerne i kontrollgruppen kan ha blitt motiverte og tatt initiativ til kostholdsendringer på egenhånd. Dette samsvarer med faglitteratur som viser at kartleggingsintervju kan medføre økt bevisstgjøring rundt eget kosthold (Aakervik, 2000, s.72; Birkeland & Flovik, 2018, s.141-142). Forskning viser at spørsmål tilknyttet kunnskap om DM2 og kosthold kan medføre økt bevissthet hos pasienten, noe sykepleier i hjemmetjenesten kan benytte. Svarene danner grunnlaget for hvordan sykepleier kan gi kulturtilpasset og individuell kostveiledning.

5.1.2 Kostholdsendringer og motivasjon

Kostholdsendringer er en kompleks og utfordrende prosess, og pasientens motivasjon er viktig for å lykkes (Aas, 2011, s.139). I en intervensjonsstudie fra Norge ble den transteoretiske modellen anvendt slik at pasientene kunne vurdere hvor i endringsprosessen de var i forhold til motivasjon for kostholdsendringer. Underveis i studien var selvrapportert motivasjon for å forandre kostholdet større blant de pakistanske kvinnene i intervensjonsgruppen, enn hos kontrollgruppen. Dette kan ha sammenheng med at intervensjonsgruppen mottok kulturtilpassede kostholdsråd, noe som kan medføre økt motivasjon for videre kostholdsending. Intervensjonsgruppen viste gunstige kostholdsendringer etter intervensjonen sammenliknet med kontrollgruppen (Johansen et al., 2009). Sykepleier kan benytte den transteoretiske modellen for å kartlegge pasientens motivasjon for kostholdsending, da forskningen viser at grad av motivasjon kan indikere effekten pakistanske innvandrere vil ha av kulturtilpasset kostveiledning (Johansen et al, 2009). Dette støttes av Helsedirektoratets veileder som beskriver motivasjon sammen med opplevelse av mestring og sosial støtte som svært viktig for å lykkes med atferdsendringer (Helsedirektoratet, 2019).

Sykepleier bør styrke pasientens empowerment ved bruk av sin veiledende funksjon, da dette legger et godt grunnlag for pasientens mestring og brukervedvirkning. En oppfølgingsstudie til Johansen et al. (2009) viste at kulturtilpasset informasjon med fokus på empowerment ga gode forutsetninger for vedvarende kostholdsendringer blant innvandrere fra Pakistan med DM2. Intervensjonene fokuserte på kulturtilpasset veiledning og empowerment, gjennom dialog og deltakelse. Målet var å trygge, motivere og bistå deltakerne i å nå sine mål. Fokuset

var rettet mot at deltakerne skulle se de positive effektene av livsstilsendringer i samarbeid med familiene sine (Helland-Kigen et al., 2012). På bakgrunn av dette kan sykepleier kartlegge og ta hensyn til pasientens motivasjon for kostholdsendringer, og motivere til dette gjennom å være forståelsesfull og respektfull (Aas, 2011, s.139). Sykepleier kan også motivere pasienten til deltagelse i diabetesforbundets tilrettelagte motivasjonsgrupper for pasienter med innvandrerbakgrunn og DM2. I disse gruppene fokuseres det blant annet på kosthold, motivasjon og fysisk aktivitet (Fønhus et al., 2014).

5.1.3 Helsekompetanse

Forskning viser at flere pakistanske innvandrere tror at blodsukkeret reflekterer deres velvære, og at stress og bekymringer har negative effekter på blodsukkeret (Hempler et al., 2015). Lawton et al. (2006) fant i en studie at noen av deltakerne mente det var “Guds vilje” at de hadde fått DM2, og at komplikasjoner tilknyttet sykdommen var forhåndsbestemt og uunngåelig. Mange hadde en passiv holdning til egen sykdom og helse, og mente at de ikke kunne hindre sykdomsutvikling. Dette viser at forståelsen for helse og sykdom er ulik i norsk- og pakistansk kultur, hvor religion spiller en større rolle blant pakistanske innvandrere (Hanssen, 2017, s.166). Lav helsekompetanse er knyttet til dårlig helse og dårlig oppfølging av egen sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.5-9). Derfor er det viktig at sykepleier kartlegger og tilpasser veiledningen etter pasientens helsekompetanse og kunnskap om sykdommen. Sykepleier bør informere pasienten om at komplikasjoner kan forebygges gjennom eksempelvis et sunnere kosthold, hvor pasienten selv er den største bidragsyteren. Ved å formidle dette på en kultursensitiv måte, kan sykepleier øke pasientens mestring og motivasjon til kostholdsendringer. Utdanning, arbeid og lønn har sammenheng med grad av helsekompetanse, kosthold og overvekt (Rekdal, 2011, s.320; Vrålstad & Wiggen, 2017). Forskning gjennomført i Norge, understøtter dette. De fant at rundt 50 prosent av innvandrere fra Pakistan hadde 1-10 års utdanning, og rundt 27 prosent var analfabeter. Sistnevnte rapporterte dårligere kunnskap om DM2 og dårligere helse enn deltakerne med høyere utdanning (>10 år). Samtidig rapporterte en tredjedel dårlig til veldig dårlig helse, hvor majoriteten av disse var analfabeter (Abuelmagd et al., 2017, s.850). Kulturtilpasset kostveiledning som også er tilpasset pasientens livssituasjon, utdanning og helsekompetanse har stor sannsynlighet for positive effekter når det gjelder kostholdsendringer blant innvandrere fra Pakistan (Fagerli et al., 2005; Johansen et al., 2009).

5.2 Kulturtilpasset kostveiledning

I dette kapitlet diskuteres kulturtilpassede kostråd, kostveiledning ved sosiale sammenkomster, inkludering av pårørende, samt kostråd spesielt tilknyttet religion. Dette på bakgrunn av forskningsfunn og faglitteratur.

5.2.1 Kulturtilpassede kostråd

Undervisning og veiledning til pakistanske innvandrere bidrar til helsefremming, samt økt helsekompetanse, mestring og egenbehandling av sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.9). Behovet for kostveiledning blant innvandrere fra Pakistan er stort, og tydeliggjøres av forskning gjennomført i Norge av Abuelmagd et al. (2017). I studien rapporterte halvparten av pakistanske innvandrere i Norge med DM2 lite kunnskap om sykdommen. Majoriteten av deltakerne spiste uten å tenke på kostråd, og spiste én til tre store måltider hver dag. Dette til tross for at nasjonale kostanbefalinger for pasienter med DM2 er å spise små og hyppige måltider fire til fem ganger om dagen (Abuelmagd et al., 2017, s.848-852; Helsedirektoratet, 2019). I en dansk studie uttrykte pakistanske innvandrere derimot at de hadde god kunnskap om et sunt kosthold og sunne matvarer. Utfordringen var å overføre denne kunnskapen i daglig praksis, da mottatt kostveiledning ikke var tilpasset deres tradisjonelle kosthold og smakspreferanser. Deltakerne opplevde at veiledningen tok utgangspunkt i det danske kostholdet, noe de beskrev som kjedelig og smakløst. Videre ønsket deltakerne at helsepersonell ga bedre veiledning i hvordan å lage smakfull og sunn mat tilpasset deres smakspreferanser og kultur (Hempler et al., 2015). Også i Norge har kostholdsrådene vært tilpasset den etnisk norske populasjonen, noe som gjør det utfordrende for helsepersonell når de skal gi kostråd til innvandrere fra Pakistan (Fagerli et al., 2005). Denne forskningen tydeliggjør behovet for at kostveiledningen er kulturtilpasset. Sykepleier må ta hensyn til pasientens individuelle smakspreferanser og matkultur, eksempelvis ved å foreslå en sunnere type olje og mindre porsjoner. På denne måten kan smaksforskjellene minskes og pasienten kan fortsatt spise tradisjonell og smaksrik mat, og samtidig opprettholde sunne kostholdsvalg som er gunstig for DM2. Hempler et al. (2015) fant derimot at deltakerne i deres studie ikke mente det var anvendelig i dagliglivet med mindre porsjoner. Dersom pakistanske innvandrere ikke mottar kulturtilpasset kostveiledning

viser forskning at de har mindre sannsynlighet for å følge de kostrådene som sykepleier gir (Fagerli et al., 2005; Hempler et al., 2015).

I intervensjonsstudien til Johansen et al. (2009) mottok deltakerne gruppeveiledning om kosthold med kulturtilpassede lyd- og bildematerialer. De ble oppfordret til å delta i diskusjon i grupper, og mottok i tillegg individuelle kostråd basert på blodprøvesvar. Deltakerne ble anbefalt å endre sukkerinntaket og raffinerte karbohydrater ved å erstatte ris, poteter og kjøtt med fet fisk, grønnsaker, frukt, bønner og linser (Johansen et al., 2009). Dette er mat som kan passe inn i deres tradisjonelle kosthold og som har lav glykemisk belastning på blodsukkeret. På denne måten kan pasientene oppnå et mer stabilt blodsukker gjennom døgnet (Sortland, 2015, s.204). Deltakerne fikk også tips om å endre type fett fra smør, margarin og vegetabilsk olje til rapsolje. Etter intervensjonsstudien rapporterte deltakerne i intervensjonsgruppen økt inntak av frukt og grønnsaker, og redusert inntak av sukkerholdige drikker, rødt kjøtt, hvitt brød og fete meieriprodukter. I tillegg hadde flere erstattet vegetabilsk olje med rapsolje (Johansen et al., 2009). Selvrapporing har flere ulemper, blant annet kan deltakere underrapportere eller overrapporterte for å tilfredsstille forskerne. Dette må tas i betraktning ved vurdering av resultatene. Funnene underbygges likevel av en oppfølgingsstudie av studien til Johansen et al. (2009) to til tre år etter avsluttet intervensjon. Oppfølgingsstudien fant at kulturtilpasset kostveiledning har potensiale til vedvarende gunstige kostholdsendringer hos pakistanske innvandrere (Helland-Kigen et al, 2012). Denne forskningen viser at sykepleier gjennom gruppeveiledning, individuell veiledning, konkrete kostråd og bruk av kulturtilpassede lyd- og bildematerialer kan påvirke kostholdet til innvandrere fra Pakistan positivt over lengre tid.

Sykepleier kan blant annet gi råd til pasienten om å erstatte kaloririke matvare som ris, poteter og kjøtt, med fet fisk, grønnsaker, bønner, linser og frukt slik som i studien til Johansen et al. (2009). Faglitteratur anbefaler også å redusere disse matvarene og erstatte dem med sunnere alternativer som kikerter, bønner og linser. Dette er matvarer som tradisjonelt er hyppig brukt i det pakistanske kostholdet, men som har blitt erstattet med andre usunne matvarer etter immigrasjon til Norge (Aakervik, 2000, s.75). Sykepleier kan formidle disse kulturtilpassede kostrådene gjennom blant annet Diabetesforbundets informasjonsfilmer og informasjonsbrosjyrer på urdu. I tillegg kan sykepleier henvise pasienter til frisklivssentraler i kommunen, som tilbyr kulturtilpasset gruppeveiledning for livsstilsendring. Frisklivssentraler er også en viktig sosial arena og er et godt integreringstilbud (Helsedirektoratet, 2019).

5.2.2 Pårørende og sosiale aspekter

Flere studier har funnet viktigheten av å inkludere pårørende i kostveiledningen og kostholdsendingene til pakistanske innvandrere med DM2 (Hempler et al., 2015; Sohal et al., 2015, s.9). Dette er i tråd med blant annet Pasient og brukerrettighetsloven (1999), Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2019) og Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes (Helsedirektoratet, 2021). Hempler et al. (2015) fant at støtte fra venner og familie var viktig for å opprettholde sunne kostholdsendinger etter mottatt kostveiledning. Støtten handlet blant annet om samtaler, dagligvareinnkjøp og matlaging. Flere av deltakerne levde i husholdninger bestående av tre generasjoner og hadde nære familiemedlemmer med DM2. Sunn mat ble dermed ansett som viktig for hele familien. Sykepleier bør anbefale husholdningen å spise lik mat, slik at det blir lettere for pasienten å etterleve kostrådene. Dette vil trolig være enklere om kostrådene er kulturtilpasset, noe flere studier viser (Helland-Kigen et al., 2012; Hempler et al, 2015; Johansen, et al., 2009). Å etterfølge kostrådene vil dessuten ha positiv effekt på helsen til hele husholdningen, noe som sykepleier bør vektlegge ved kostveiledning til pasient og pårørende (Folkehelseinstituttet, 2017). Mange kvinnelige innvandrere fra Pakistan er hjemmeværende, og har som regel ansvar for matlaging og husarbeid (Jacobsen & Bye, 2015, s.636-637). Av den grunn er det viktig at sykepleier kartlegger hvem som lager mat i familien, for å kunne inkludere dem i kostveiledningen (Hanssen, 2017, s.86).

Sykepleier kan videre anbefale pasienten å snakke med nære venner og familie om utfordringer tilknyttet kostholdsendinger, da dette kan styrke pasientens etterlevelse av kulturtilpassede kostråd (Folkehelseinstituttet, 2017). Studien til Hempler et al. (2015) fant at dette kan være utfordrende, da flere opplevde diabetes som tabubelagt. Det var uvanlig blant disse å snakke med andre enn nære familiemedlemmer om sykdommen. I hjemmesykepleien skjer svært mye på pasientens og pårørendes premisser, og det er viktig at sykepleier også ivaretar pasientens rett til medvirkning (Birkeland & Flovik, 2018, s.80-81; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Sykepleieren skal respektere, samhandle og inkludere pårørende, men ved interessekonflikt mellom pasient og pårørende skal pasientens behov alltid prioriteres (Norsk sykepleierforbund, 2019). Kostholdet til pasientens familie kan påvirke pasientens kosthold både positivt og negativt, noe som understøtter viktigheten av at sykepleier også inkluderer pårørende i kulturtilpasset kostveiledning.

Mat er en viktig religions-, kultur- og tradisjonsbærer samt en viktig del av identiteten for mange. Etter migrasjon får tradisjonell mat ofte enda dypere mening (Jacobsen & Bye, 2015, s.637). Forskning viser at pakistanske kvinner opplevde et sosialt press for både å servere og spise søtsaker og søte drinker, da dette knyttes til gjestfrihet. Dette kan være med på å vanskeliggjøre kostholdsendringer (Helland-Kigen et al., 2012). I tillegg viser forskning av Hempler et al. (2015) at flere innvandrere fra Pakistan med DM2 opplevde det som vanskelig å være gjest. Deltakerne følte seg presset til å vise respekt og til å spise maten som ble servert, selv om maten ikke var bra for sykdommen. Det ble etterlyst helsepersonell med mer kunnskap og forståelse for viktigheten av deltakelse i sosiale sammenkomster, og de dilemmaene dette medfører for pasientens DM2. På bakgrunn av dette bør sykepleier aktivt lytte til pasientens problemstillinger, og gi kulturtilpassede råd om håndtering av slike situasjoner. Sykepleier kan eksempelvis råde pasientene til å spise små porsjoner og forsyne seg én gang (Diabetesforbundet, 2021a). På denne måten vil sykepleier ivareta pasientens kultur og tradisjon om gjestfrihet, samt hvordan være en respektfull gjest, uten at dette vil påvirke kostholdet på en negativ måte.

5.2.3 Religion

For mange muslimer er det viktig å overholde fasten under fastemånedens ramadan (Aakervik, 2000, s.20). Ifølge forskning av Hempler et al. (2015) opplevde flere deltakere det som utfordrende å ikke faste under ramadan. En av deltakerne følte seg ekskludert fra det muslimske samfunnet da han ikke fastet grunnet DM2. I tillegg viser annen forskning at mange ikke tok medisinene sine som forskrevet under ramadan. Dette kan skyldes at medisiner kan inneholde gelatin fra gris, samt at deltakerne hadde mottatt lite informasjon fra helsepersonell om risikoen ved å ikke ta medisiner (Abuelmagd et al., 2017, s.850-851). Å faste kan være svært farlig dersom pasienten bruker insulin. Dersom pasienten likevel insisterer på å faste bør sykepleier gi skriftlig tilpasset informasjon om fare for hypoglykemi og forverring av sykdommen, samt oppfordre til hyppig måling av blodsukker (Larsen, 2000). Ifølge Diabetesforbundet tror mange muslimer at å måle blodsukker betyr at de bryter fasten, noe som ikke stemmer. Det er derfor viktig at sykepleier også tilpasser kostholdsinformasjonen i forbindelse med ramadan, og informerer om at å måle blodsukker ikke medfører at fasten brystes. Videre kan sykepleier vise til Diabetesforbundets brosjyrer og faktaark på ulike språk som Urdu. Disse inneholder nyttig informasjon om blant annet DM2

og ramadan (Diabetesforbundet, 2021b). Sykepleier bør anbefale pasienten å spise variert og sunt, spesielt i løpet av ramadan, da overspising og inntak av usunn mat etter solnedgang bidrar til et ustabil blodsukker. For et mer stabilt blodsukker gjennom dagen kan sykepleier anbefale pasienten å spise ett måltid før soloppgang (Diabetesforbundet, 2021d). Kulturtilpasset kostveiledning inkluderer også at kostrådene tilpasse utfra pasientens religion, som blant annet innebærer at sykepleier tar hensyn til religiøse tradisjoner, høytider og føringer. Slik kan både pasientens blodsukker og tro ivaretas på en god måte (Jacobsen & Bye, 2015, s.636-637).

5.3 Kultursensitiv kommunikasjon og bruk av tolk

Bruk av tolk er en viktig del av å gi kulturtilpasset kostveiledning, da mange innvandrere fra Pakistan har utfordringer med å forstå norsk. Dette understøttes av forskning gjennomført i Norge med innvandrere fra Pakistan. Deltakerne hadde i gjennomsnitt bodd i Norge i 29 år, men to tredjedeler hadde likevel behov for å bli intervjuet på sitt morsmål Urdu. Majoriteten hadde problemer med å forstå skriftlig og muntlig informasjon gitt på norsk. Studiet konkluderte med at dette kan ha sammenheng med dårlig blodsukkerkontroll, dårlig medisinsk etterlevelse og liten forståelse for DM2 (Abuelmagd et al., 2017). Dette understreker viktigheten av at pasienten forstår informasjonen som formidles om kosthold og DM2. Tolk er ofte er nødvendig for at sykepleier kan gi kulturtilpasset kostveiledning, og sykepleiers tilpassede kostråd være forståelig for begge parter (Bergsli & Hellne-Halvorsen, 2020; Dahl, 2013, s.171). Forskning viser at behovet for kultursensitiv sykepleie og kulturforståelse blant helsepersonell er stort. Samtidig vil pakistanske innvandrere i større grad vil følge kostrådene om de blir formidlet på en kultursensitiv måte. Dersom sykepleier utøver kultursensitiv kommunikasjon gir det større forutsetninger for at relasjonen med pasient preges av likeverd, integrering og gjensidig læring (Bergsli & Hellne-Halvorsen, 2020; Sohal et al., 2015).

Ifølge forskning fra Storbritannia har innvandrere fra Pakistan svært ulike erfaringer og meninger om bruk av tolk. Flere beskrev det som en kilde til engstelse og frustrasjon å være avhengige av tolk. Deltakerne i studien opplevde også et press om å begrense antall spørsmål og svar til helsepersonell, da de fikk inntrykk av at både den profesjonelle tolken og helsepersonellet hadde dårlig tid. Dette medførte at deltakerne forlot konsultasjonene med

ubesvarte spørsmål og bekymringer. Videre uttrykte deltakerne bekymring ved bruk av familiemedlemmer som tolk. De opplevde at informasjon ble tilpasset, redigert og tapt når kommunikasjonen med helsepersonell gikk via et familiemedlem (Lawton et al, 2006). Dette støttes av faglitteratur som presiserer at kvaliteten på familietolker varierer i stor grad, og at faktorer som nødvendig vokabular og samfunnsmessig forståelse spiller inn (Hanssen, 2017, s.61). Ved bruk av familietolker kan dermed kvaliteten av sykepleiers kostveiledning og informasjonsformidling variere, og det kan være utfordrende for sykepleier å sikre at informasjonen er forstått og formidlet korrekt til pasienten. Pasientens rett på informasjon tilpasset pasientens språk og kultur kan i så måte være truet, noe som er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven, samt understøttet av sykepleiers yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 (Norsk sykepleierforbund, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2 & §3-5). Ved kulturtilpasset veiledning og bruk av tolk, må sykepleier være oppmerksom på utfordringene som følger med. Sykepleier må vurdere fortløpende om pasienten har forstått det som ble tolket, og vurdere om det er behov for ny tolkesamtale for å oppklare misforståelser eller sikre at informasjonen er forstått.

Covid-19 pandemien har gjort pasienter med innvandrerbakgrunn ekstra sårbare, noe som blant annet skyldes sosiale ulikheter i helse. Det har fremkommet at viktig informasjon om pandemien ikke har nådd alle i samfunnet, og at informasjonsformidling til innvandrere generelt har blitt mer utfordrende. Dette kan skyldes dårlige rutiner for oversettelse og bruk av tolk, samt lite målrettet informasjonsarbeid til innvandrere. Under pandemien har telefontolking og skjermtolkning blitt vanligere, noe som kan redusere kvaliteten på tolkingen (Kielland et al., 2020). Telefontolking byr på flere utfordringer som dårlig lyd kvalitet, også grunnet smittevernsutstyr, samt at tolken mister muligheten til å lese ansiktet og kroppsspråket til pasienten. Derimot er telefontolking å foretrekke dersom pasienten ønsker å være anonym (Kielland et al., 2020; Magelssen, 2008, s.155-156). Ved skjermtolking får tolken bedre mulighet til å observere pasientens nonverbale kommunikasjonsmåter. Skjermtolking krever likevel godt teknisk utstyr hos både tolken og hjemmetjenesten (Tolkenett, u.å.; Tolketjenesten AS, u.å.). Dersom en gruppe mennesker ikke mottar tilstrekkelig og adekvat informasjon, kan dette true deres rett på likeverdige helsetjenester. I tillegg kan det true retten til innsikt i helsetilstand og helsehjelpen som gis (Helse og omsorgsdepartementet 2013; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Samtidig er ikke helsetjenestene i Skandinavia godt nok tilrettelagt med tanke på ulike kulturer, religioner og språk, noe som også truer ideologien og lovverk om likeverdige helsetjenester (Hanssen,

2017, s.152-153). Etniske minoritetsgrupper er sårbare grunnet språkproblemer, noe sykepleier må anerkjenne. Sykepleier er pliktig til å benytte tolk, og må derfor gjøre dette i situasjoner det anses som uforsvarlig uten (Helsedirektoratet, 2011, s.6). Utfordringene tilknyttet informasjonsformidling ved bruk av tolk er med på å vanskeliggjøre sykepleiers kostveiledning, og kan påvirke kvaliteten av veiledningen som gis. Dette kan igjen medføre at pasienten ikke vil ha like gode forutsetninger for å etterleve kulturtilpassede kostråd.

5.4 Flerkulturell kompetanse i kommunehelsetjenesten

I dette kapitlet diskuteres behovet for flerkulturell kompetanse og flerspråklig helsepersonell i lys av fag- og forskningslitteratur.

5.4.1 Flerkulturell kompetanse

Behovet for økt flerkulturell kompetanse blant helsepersonell er stort, og understøttes av flere studier (Hempler et al., 2015; Sohal et al., 2015). I studien til Hempler et al. (2015) opplevde flere av deltakerne at helsepersonell hadde utilstrekkelig kunnskap om deres kultur og matpreferanser. Studien konkluderer med at helsepersonell som tilbyr kostveiledning har behov for økt kunnskap og ferdigheter om kultursensitiv sykepleie til innvandrere fra Pakistan med DM2 (Hempler et al., 2015). I tillegg oppleves det utfordrende for mange sykepleiere å yte sykepleie til pasienter med annen etnisk opprinnelse grunnet manglende flerkulturell kompetanse (Fønhus et al., 2014; Stubberud & Eikeland, 2019, s.236). Dette støttes av forskning av Albuemagd et al. (2017). Dersom kommunehelsetjenesten tilrettelegger for økt flerkulturell kompetanse, vil pasienter med ulike etnisiteter og kulturell bakgrunn ivaretas i større grad. I tillegg vil sykepleiere få forsterket sin kultursensitivitet, samt økt kunnskap om ulike kulturer. I tilfeller hvor helsepersonell med flerkulturell kompetanse har utøvd kultursensitiv omsorg har pasientene følt seg mer ivaretatt (Bergli & Hellne-Halvorsen, 2020; Sohal et al., 2015).

5.4.2 Flerspråklig helsepersonell

Majoriteten av deltakerne i studien til Lawton et al. (2006) ønsket kulturtilpasset informasjon fra helsepersonell som snakket deres morsmål. Om helsepersonellet i tillegg tilhørte og forsto

kulturen, opplevde deltakerne å motta kultursensitive råd som andre ikke kunne gi dem. Likevel var det noen positive sider med helsepersonell som ikke snakket samme språk og ikke var fra samme kultur som deltakerne. De trengte ikke å ta hensyn til purdah, som er det muslimske prinsippet om adskillelse mellom kjønnene. Purdah innebærer blant annet at kvinner må dekke seg til og ikke kan ha kontakt med menn utenom familien (Lawton et al., 2006; Vogt, 2018). Flere deltakere i studien oppga det som ukomfortabelt med helsepersonell av motsatt kjønn, men fra samme kultur. En deltaker oppgav at han ble sjenert og ikke spurte om det han lurte på (Lawton et al., 2006). Dette viser at innvandrere fra Pakistan har ulike preferanser når det kommer til om de ønsker helsepersonell som snakker deres morsmål eller ikke. Dersom avdelingen har en flerkulturell ansattgruppe, kan det på bakgrunn av dette være nyttig å spørre hva pasienten foretrekker. Dermed kan sykepleier ta hensyn til pasientens individuelle ønsker, noe som vil gjøre det lettere å opparbeide et tillitsforhold som igjen kan medføre god kulturtilpasset kostveiledning. Pasienten må likevel gjøres oppmerksom på at det ikke alltid er mulig å tilfredsstille deres ønske om helsepersonellens kultur- og språkbakgrunn, da bemanning, kompetanse og tilgjengelighet kan være avgjørende (Birkeland & Flovik, 2018, s.94-95).

En kartleggingsrapport om omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn i kommehelsetjenesten, hevder at en flerkulturell ansattgruppe er en styrke og ressurs. I store og sentrale kommuner som Oslo, er ofte en større andel av innbyggerne innvandrere. Det vil dermed også være flere ansatte og pasienter med innvandrerbakgrunn i kommehelsetjenesten. En flerkulturell ansattgruppe kan bidra til økt kunnskap om kultur og språk. Dette kan medføre en gjensidig forståelse og anerkjennelse for ulike holdninger og erfaringer blant ansatte, og i møte med pasienter. Imidlertid er det noen utfordringer knyttet til en flerkulturell ansattgruppe. Dette er hovedsakelig språkutfordringer, samt at en kan jobbe utfra ulike faglige standarder og retningslinjer (Ingebretsen, 2011, s.71-72, 116, 137). Et forslag for å øke flerkulturell kompetanse hos ansatte er å danne flerkulturelle team, gjennomføre kurs og veiledning (Ingebretsen, 2011, s.25). Økt flerkulturell kompetanse i kommehelsetjenesten, som økt kunnskap og forståelse om matkultur, religion og tradisjoner, kan medføre at innvandrere fra Pakistan i større grad føler seg møtt, sett og forstått. Dette gir sykepleier bedre forutsetninger for å utøve kultursensitiv kommunikasjon, som kan føre til en bedre relasjon med pasient og gjensidig respekt (Magelssen, 2008, s.16-18). Dette kan igjen styrke sykepleiers mulighet til å gi god kulturtilpasset kostveiledning, da det kan være lettere å imøtekomme pasientens behov.

6 Avslutning

Sykepleier kan påvirke kostholdet til innvandrere fra Pakistan med DM2 på flere ulike måter. Kulturtilpasset kostveiledning innebærer en kartlegging av pasientens kosthold, motivasjon og helsekompetanse. Dette kan sykepleier gjøre ved bruk av kulturell datasamling, intervju, spørreskjema, observasjon og transteoretisk modell. Kartleggingen danner grunnlaget for individuell og kulturtilpasset kostveiledning, og forskning viser at dette kan medføre økt bevissthet rundt DM2 og kosthold hos pasienten. Sykepleier bør ta utgangspunkt i det pakistanske kostholdet ved kulturtilpasset kostveiledning. Sykepleier kan blant annet anbefale å erstatte ris, poteter og kjøtt med fet fisk, grønnsaker, frukt, bønner og linser som har lav glykemisk belastning på blodsukkeret. Forskning viser at sykepleier kan påvirke kostholdet til innvandrere fra Pakistan positivt over lengre tid gjennom individuell veiledning og bruk av kulturtilpassede lyd- og bildematerialer. Sykepleier kan henvise til gruppeveiledning gjennom Diabetesforbundet og Frisklivssentraler i kommunen, som er tilpasset innvandrere med DM2, samt tilby informasjonsbrosjyrer på pasientens morsmål. Det er viktig at sykepleier inkluderer pårørende i kulturtilpasset kostveiledning, da forskning viser at pasientens familie kan påvirke kostholdet både positivt og negativt. Flere muslimer med DM2 vil faste under ramadan, noe sykepleier må ta hensyn til og tilpasse kostveiledningen etter. Sykepleier kan gi konkrete råd slik som inntak av ett måltid før soloppgang, eller å unngå overspising og store måltider etter solnedgang. Slik kan både pasientens blodsukker og tro ivaretas på en god måte.

Bruk av tolk er en viktig del av kulturtilpasset kostveiledning, da mange innvandrere fra Pakistan har utfordringer med å forstå norsk. Det er flere utfordringer ved bruk av tolk, slik som dårlige rutiner for bruk av tolk, dårlig kvalitet på telefon- og skjermtolking, mulighet for anonymitet og bruk av familiemedlemmer som tolk. Dette kan vanskeliggjøre sykepleiers arbeid med å gi kulturtilpassede kostråd, samt pasientens forutsetninger for å forstå og følge kostrådene. Flerkulturelle ansattgrupper i kommunehelsetjenesten er en ressurs og kan bidra til økt respekt, forståelse og kunnskap om andre kulturer. Fag- og forskningslitteratur anvendt i oppgaven avdekker at sykepleiere har behov for økt flerkulturell kompetanse, som vil styrke sykepleiers mulighet til å gi god kulturtilpasset kostveiledning. Kultursensitivitet er en egenskap sykepleier bør inneha, og er nødvendig for å kunne gi kulturtilpasset veiledning. Kommunehelsetjenesten bør prioritere dette, og fremover fokusere på å lære opp helsepersonell i flerkulturell kompetanse.

7 Referanseliste

- Aakervik, G. (2000). *Innvandring helse og mat*. Almater forlag AS.
- Aas, A-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I Skafjeld, A. & Graune, M. (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling* (s.123-146). Akribe.
- Abuelmagd, E., Håkonsen, H., Mahmood, K. Q-u-A., Taghizadeh, N. & Toverud, E-L. (2017). Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway. *Journal of Immigrant Minority Health*, 2018(20), 848-853. [10.1007/s10903-017-0622-4](https://doi.org/10.1007/s10903-017-0622-4)
- Baradaran, H. R., Knill-Jones, R. P., Wallia, S. & Rodgers, A. (2006). A controlled trial of the effectiveness of a diabetes education programme in a multi-ethnic community in Glasgow. *BMC Public Health*, 2006, 6:134. [10.1186/1471-2458-6-134](https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-134)
- Bergsli, O. & Hellne-Halvorsen, E.B. (2020). Kvinner med innvandrerbakgrunn og deres møte med helsearbeidere. *Scandinavian Journal of Vocations in Development*, 5(1), 22-45. <https://doi.org/10.7577/sjvd.3137>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. Utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker* (3. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. Utg.). Gyldendal.
- Diabetesforbundet. (2020, 08. desember). *Potet, pasta og blodsukkerstigning ved diabetes?* <https://www.diabetes.no/felles/leksikon/p/potet/>
- Diabetesforbundet. (2021a, 18. januar). *Kostanbefalinger til deg med type 2*. <https://www.diabetes.no/kosthold/maltid-og-mat/kostanbefalinger-til-deg-med-type-2/>
- Diabetesforbundet. (2021b, 01. mars). *Råd for helsepersonell om fasten i Ramadan ved diabetes*. <https://www.diabetes.no/for-helsepersonell/nyheter-for-helsepersonell/fasten-i-ramadan-ved-diabetes/>
- Diabetesforbundet. (2021c, 11. mars). *Nedsatt glukosetoleranse*. <https://www.diabetes.no/hva-er-diabetes/typer-diabetes/nedsatt-glukosetoleranse/>

- Diabetesforbundet. (2021d, 17. mars). *Urdu*. <https://www.diabetes.no/mer/pa-flere-sprak/innvandrere/sprak/urdu/>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011, 1. februar) *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju*. <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/skape-data-fra-kvalitativt-forskningsintervju?fbclid=IwAR1GFCBRXMB4VbLazjcm7TsP8CVKFXzoiucpwD6Cc1foh4N-C-VzLGmuwTk>
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. Utg.). Gyldendal.
- Engebretsen, M. (2020, 21. juni). *Vi må ta diabetes hos innvandrere mer alvorlig*. Dagens medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/06/21/vi-ma-ta-diabetes-hos-innvandrere-mer-alvorlig/>
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis*. (7. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fagerli, R. A., Lien, M. E. & Wandel, M. (2005) Experience of dietary advice among Pakistani-born persons with type 2 diabetes in Oslo. *Appetite*, 295-304. [10.1016/j.appet.2005.07.003](https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.07.003)
- Fevang, M.B & Moser, T. (2014). Kosthold. I. U. S. G (Red.), *Folkehelse i et norsk perspektiv* (s. 136-157). Gyldendal Akademisk.
- Finbråten, H. S. & Pettersen, S. (2009, 17. Mars). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien Fagutvikling*, 2009;97(5):(60-63). [10.4220/sykepleiens.2009.0009](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0009)
- FN-sambandet (2018, 2. august). *Sør-Asia*. <https://www.fn.no/Land/Regioner/Asia/Soer-Asia>
- Folkehelseinstituttet. (2017, 20. desember). *Hvordan hjelpe et familiemedlem med diabetes?* <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-generelt/diabetes-hjelp-et-familiemedlem/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). *Helse i innvandrerbefolkningen*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/#overvekt-og-fedme>
- Fønhus, M. S., Munthe-Kaas, H. M & Mosdøl, A. (2014, 28. November). *Diabetes type 2 – er kulturelt tilpasset pasientopplæring effektivt?* FHI. <https://www.fhi.no/publ/2014/diabetes-type-2---er-kulturelt-tilpasset-pasientopplaring-effektivt/>
- Hanssen, I. (2017). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. Utg.). Gyldendal Akademisk.

- Helland-Kigen, K. M., Kjøllesdal, M. K. R., Hjellset, V. T., Bjørge, B., Holmboe-Ottesen, G. & Wandel, M. (2012) Maintenance of changes in food intake and motivation for healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. *Public Health Nutrition*, 16:(1), 113-122. <https://doi.org/10.1017/S1368980012002790>[Opens in a new window]
- Hempler, N. F., Nacic, S., Ewers, B. & Willaing, I. (2015). Dietary education must fit into everyday life: a qualitative study of people with a Pakistani background and type 2 diabetes. *Patient Preference and Adherence*, 2015:9 347-354. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S77380>
- Helsebiblioteket. (2016a, 07. juni). *Randomisert kontrollert undersøkelse – RCT*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/rct>
- Helsebiblioteket. (2016b, 07. juni). *Kvalitativ metode*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Helsebiblioteket (2018, 4. desember). *Diabetes type 2 – selvhjelp*. <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/alle-brosjyrer/diabetes-selvhjelp>
- Helsedirektoratet. (2011, september). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/ _attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2016, 15. november). *Hvordan tilpasse maten til matkultur i ulike land*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/religiose-og-kulturelle-kostholdshensyn/hvordan-tilpasse-maten-til-matkultur-i-ulike-land#referere>
- Helsedirektoratet. (2019, mars). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler->

[etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20-%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20-%20Veileder.pdf/attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:7023a76f4bd9c308a42e2690ca995615f9c191f8/Kommunale%20frisklivssentraler%20-%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20-%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes)

Helsedirektoratet. (2021, 16.

mars). *Diabetes*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 19. August) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for*

alle. https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, 3. juni). *Meld. St. 34*

<https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i*

befolkningen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*

m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli

forstått. I Grov, E. K. Holter, I. M. (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. utg, s. 363-395). Cappelen Damm Akademisk.

Hu, E. A., Pan, A., Malik, V. & Sun, Q. (2012). White rice consumption and risk of type 2

diabetes: meta-analysis and systematic review. *BMJ* 2012:344:1454. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1454>

Ingebretsen, R. (2011). *Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn. En kartlegging i norske kommuner* (NOVA rapport NR

28/11). https://seniorporten.no/dokumenter/NOVA_omsorgstjenester_minoriteter.306247.pdf

Jacobsen, E. L. & Bye, A. (2015) Ernæring. I E. K. Grov & I. M. Holter

(Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 1* (5. Utg., s. 588-618). Cappelen Damm Akademisk.

- Jenssen, T. (2016) Diabetes mellitus. I Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling* (s.388-399). Gyldendal Akademisk.
- Jenum, A. K. (2010). Diabetesepidemien og sosiale forskjeller. I Kumar, B. N. & Viken. B. (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s.127-145). Fagbokforlaget.
- Johansen, K. S., Bjørge, B., Hjellset, V. T., Holmboe-Ottesen, G., Råberg, M. & Wandel, M. (2009). Changes in food habits and motivation for healthy eating among Pakistani women living in Norway: results from the InnvaDiab-DEPLAN study. *Public Health Nutrition*, 13(6): 858-867. <https://doi.org/10.1017/S1368980009992047>
- Kielland, M. G., Hasle, C. H., Fløtten, K. J. Ø. & Haraldstad, K. (2020, 19. November). *Rapport fra samtaler med helsepersonell om særlig sårbare pasienter under Covid-19 pandemien 2020*. <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Rapport%20fra%20samtaler%20med%20helsepersonell%20om%20særlig%20sårbar%20pasienter%20under%20Covid-19%20pandemien%202020.pdf>
- Kristiansen, I. S. & Pedersen, K. M. (2000, 30. Juni) *Helsevesenet i de nordiske land – er likhetene større enn ulikhetene?* <https://tidsskriftet.no/2000/06/tema/helsevesenet-i-de-nordiske-land-er-likhetene-storre-enn-ulikhetene?fbclid=IwAR2EqcgzRmAhu1sMfs95rapCf-cs4Njb2tAaRbgvqNW7qcaHtaigIy4TWTA>
- Kristiansen, K. (2020, 2. juli). *Språk i Pakistan*. Store norske leksikon. https://snl.no/Spr%C3%A5k_i_Pakistan
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A & Grimsbø, G.H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N, J. Kristoffersen., F, Nortvedt., E, A. Skaug & G, H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3. Utg., s.15-27). Gyldendal akademisk.
- Kumar, B. N. & Viken, B. (Red.). (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Fagbokforlaget.
- Larsen, I. F. (2000, 9. desember). *Diabetes hos ikke-vestlige innvandrere*. Tidsskriftet. Den norske legeförening. <https://tidsskriftet.no/2000/09/tema/diabetes-hos-ikke-vestlige-innvandrere>
- Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M & Hallowell, N. (2006). Diabetes service provision: a qualitative study of the experiences and views of Pakistani and Indian patients living with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 23, 1003-1007, 2006. [10.1111/j.1464-5491.2006.01922.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01922.x)

- Likestillings- og diskrimineringsloven (2019). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (LOV-2019-06-21-57). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
- Lovisenberg diakonale høyskole. (2021a, 25. februar). *Databaser og nettressurser*. <https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>
- Lovisenberg diakonale høyskole. (2021b, 25. februar). *Retningslinjer for oppgaveskriving - Referanser og referanseliste*. <https://ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving/retningslinjer-for-oppgaveskriving-referanser-og-referanseliste>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet – Om å finne likhetene i forskjellene* (2. Utg). Akribe.
- Magelssen, R. (2009, 5. mars). *Generell sykepleie: Hva sier begrepet “transkulturell sykepleie” om vår virkelighetsoppfatning?* <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/generell-sykepleie-hva-sier-begrepet-transkulturell-sykepleie-om-var>
- Mohan, V., Spiegelman, D., Sudha, V., Gayathri, R., Hong, B., Praseena, K., Anjana, R. M., Wedick, N. M., Arumugan, K., Malik, V., Ramachandran, S., Bai, M. R., Henry, J. K., Hu, F. B., Willett, W. & Krishnasway, K. (2014). Effect of Brown Rice, White Rice, and Brown Rice with Legumes on Blood Glucose and Insulin Responses in Overweight Asian Indians: A Randomized Controlled Trial. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 16:5. <https://doi.org/10.1089/dia.2013.0259>
- Mosand, R. D. & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (5. Utg., s. 51-82). Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rekdal, O. B. (2011). Type 2-diabetes i et globalt og kulturelt perspektiv. I Skafjeld, A. & Graune, M. (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling* (s.316-326). Akribe.
- Rødal, C. (2012, 29. mars). *Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse*. <https://sykepleien.no/forskning/2012/03/sykepleiere-trenger-flerkulturell-kompetanse>

- Sohal, T., Sohal, P., King-Shier, K. M. & Khan, N. A. (2015). Barriers and Facilitators for Type-2 Diabetes Management in South Asians: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 10(9). [10.1371/journal.pone.0136202](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136202)
- Sortland, K. (2015). *Ernæring - mer enn mat og drikke* (5. utgave.). Fagbokforlaget.
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Fakta om innvandring*. SSB <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Stene, L. C. M. & Gulseth, H. L. (2017) Diabetes i Norge. *FHI*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Straiton, M. L., Arnesen, T. M. & Reneflot, A. (2018). Helse i innvandrerbefolkningen. *FHI*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
- Stubberud, D-G. & Eikeland, A. (2019) Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. Utg., s. 233-257). Gyldendal.
- Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. Utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Sykepleiernes samarbeid i Norden. (2003). Etske retningslinjer for sykepleierforskning i Norden. *Vård i Norden*. 4/20033(70)
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A. & Wharton, G. A. (2020, 5. juni). *International Health Care System Profiles: England*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>
- Tolkenett (u.å.). *Skjerm- og videotolkning*. <https://tolkenett.no/tolketjenester/skjerm-og-videotolkning/>
- Tolketjenesten AS (u.å.). *Skjermtolk*. <https://tolke-tjenesten.no/Tolketjenester/tolking-skjerm>
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk – Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. Utg.). Fagbokforlaget.
- Utdanningsforskning. (2016, 15. April). *Hva er en fagfelleverdert artikkel?* <https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hvaer-fagfelleverdert-artikkel/>
- Vogt, K. (2018, 20. Februar). *Purdah*. <https://snl.no/purdah>

Vrålstad, S. & Wiggen, K. S. (2017, 12. Desember). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Reports 2017/13). <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/309211?ts=177710adf90>

Wæhle, E. (2018, 22. august). *Minoritet*. <https://snl.no/minoritet>