Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

# HUR MIGRANTER MED TYP 2-DIABETES MELLITUS UPPLEVER VÅRD I SINA NYA HEMLÄNDER

# HOW MIGRATED PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 EXPERIENCE CARE IN THEIR NEW HOME COUNTRIES

Examensarbete för specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot distriktssköterska och magisterexamen med huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Vårtermin 2024

Student: Sinisa Jazic

Handledare: Larsson, Margaretha

Examinator: Wilhsson, Marie

# SAMMANFATTNING


| | |
|---|---|
| Titel: | Hur migranter med typ 2-diabetes mellitus upplever vård i sina nya hemländer |
| Författare: | Sinisa Jazic |
| Institution: | Institutionen för Hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde |
| Program/kurs: | Examensarbete i omvårdnad - distriktssköterska A1E, OM806A |
| Handledare: | Larsson, Margaretha |
| Examinator: | Wilhsson Marie |
| Sidor: | 30 |
| Nyckelord: | Typ 2-diabetes, egenvård, erfarenheter, migranter, livsstil |


---


**SAMMANFATTNING**

**Bakgrund** Typ 2-diabetes är ett växande globalt folkhälsoproblem. På grund av migration runt om i världen, av olika orsaker, möter den migrerande befolkningen stora hinder för att få tillgång till informativ och praktisk behandling av god kvalitet för sin tidigare dolda eller nyligen diagnostiserade typ 2-diabetes.

**Syfte** Att beskriva hur migranter med diabetes mellitus typ 2 upplever hälso- och sjukvården i sitt nya hemland.

**Metod** Metasyntes baserad på 6 artiklar med kvalitativ design.

**Resultat** Fyra teman framkom från de inkluderade artiklarna: ekonomiska svårigheter och social isolering, bristande kunskap om sjukdomen typ 2-diabetes, emotionell stress inför nödvändiga livsstilsförändringar i samband med sjukdomen, kulturella och religiösa faktorer som hinder för livsstilsförändringar.

**Slutsats** De ekonomiska svårigheter och isolering som migranter upplever, liksom bristen på gemenskap med andra befolkningsgrupper, bidrar till att sjukdomen överskuggas av andra, enligt deras uppfattning, viktigare problem. Den låga utbildningsnivån som de flesta har från sina ursprungsländer leder till att de tillgriper alternativa behandlingsmetoder, vilket ofta leder till permanenta skador på deras hälsa.

# ABSTRACT

Title: How migrant people with diabetes mellitus type 2 experience care in their new home countries

Author: Sinisa Jazic

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master's degree Project in Nursing, 15 ECTS
ECTS

Supervisor: Larsson, Margaretha

Examiner: Wilhsson, Marie

Pages: 30

Keywords: Diabetes type 2, self-care, experiences, migrants or immigrants, lifestyle

**Background**: Diabetes Mellitus Type 2 is globally an increasing public health problem. Migrations around the world due to various reasons, the migrating population faces major obstacles to getting quality informative and practical treatment for their finally hidden or newly diagnosed Diabetes Mellitus Type 2.

**Purpose**: To describe how migrants with type 2 diabetes mellitus experience healthcare in their new home country.

**Method**: A meta-synthesis based on 6 articles with a qualitative design.

**Main results**: Four themes emerge from the included articles: Economic difficulties and social isolation, Lack of knowledge about the disease Diabetes Mellitus type 2, Emotional stress before necessary lifestyle changes in connection with the disease and the cultural and religious factors as obstacles to lifestyle changes.

**Conclusion**: Economic difficulties and isolation experienced by migrated people, absence of sense of community with other population, contribute to the disease being overshadowed by other, in their view, more important problems. Low level of education, which most have from their countries of origin, leads them to resort to alternative treatment methods, which often lead to permanent damage to their health.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## Innehåll

INTRODUKTION 8
BAKGRUND 8
Diabetes mellitus 8
Diabetes mellitus typ 1 8
Diabetes mellitus typ 2 9
Komplikationer av diabetes 9
Behandling och allmänna råd för diabetes 10
Att vara migrant 10
Distriktssköterskans roll och ansvar 11
Personcentrerad vård 12
PROBLEMFORMULERING 13
ÄNDAMÅL 13
METOD 14
Design 14
Urval 14
Inklusionskriterier 15
Datainsamling 15
Dataanalys 16
Etiska överväganden 16
RESULTAT 17
DISKUSSION 21
Metoddiskussion 21
Resultatdiskussion 22
Slutsats 23
Kliniska implikationer och förslag för utveckling av ämnet 23
REFERENSER 25
Bilaga 1 Sökmatris 29
Bilaga 2: Kvalitetsbedömningsinstrument 32
Bilaga 3: Matris över urval av artiklar för resultat 33

# INTRODUKTION

Diabetes mellitus representerar en av de snabbast växande folkhälsoutmaningarna globalt. Nuvarande uppskattningar tyder på att över 400 miljoner människor världen över lever med diabetes, även om den verkliga prevalensen kan vara högre på grund av odiagnostiserade fall. Omfattningen av denna epidemi fortsätter att expandera - nya data tyder på att antalet diagnostiserade fall har ökat med cirka tio miljoner på bara två år (Världshälsoorganisationen [WHO], 2021). Prognoser tyder på att den globala sjukdomsbördan kan öka med nästan 50 procent år 2045, vilket potentiellt kan drabba ytterligare 200 miljoner människor under en period av 27 år (WHO, 2021). Genom historien har människor migrerat i jakt på bättre levnadsförhållanden, utbildningsmöjligheter, sysselsättning och förbättrade framtidsutsikter för sina familjer. Men den omedelbara pressen att säkra grundläggande behov - tak över huvudet, mat och ekonomisk stabilitet - innebär ofta att hälsoproblem bland migrantbefolkningar nedprioriteras och identifieras först när de blir akuta (FN, Departement of Economic and Social Affairs, Population Division, 2024). Denna metasyntes syftar till att beskriva hur migranter med typ 2-diabetes mellitus upplever hälso- och sjukvård i sitt nya hemland.

# BAKGRUND

Bakgrundsavsnittet ger viktig kontext för att förstå typ 2-diabetes mellitus bland migrantbefolkningar, inklusive epidemiologiska data, kliniska egenskaper, behandlingsmetoder och det teoretiska ramverk som vägleder omvårdnad. Denna grund är avgörande för att undersöka hur migranter upplever diabetesvård i sina nya hemländer.

## Diabetes mellitus

Diabetes mellitus är en metabolisk sjukdom som kännetecknas av flera orsaker och kronisk hyperglykemi till följd av defekter i insulinsekretion, insulinverkan eller båda (Sarkar et al., 2019). Sjukdomen kan delas in i typ 1-diabetes och typ 2-diabetes, där cirka 90 % av alla diabetesfall världen över är typ 2-diabetes (WHO, 2021).
Globalt fortsätter diabetesbördan att öka. I Nordamerika och Karibien lever för närvarande 46 miljoner människor med sjukdomen, och prognosen är att antalet kommer att vara 62 miljoner år 2045. Europa har för närvarande 58 miljoner diabetiker, och år 2045 uppskattas det att det kommer att finnas 67 miljoner. Sydostasien har för närvarande 82 miljoner diabetiker, och prognosen är att detta antal kommer att öka till 151 miljoner år 2045, en ökning med 84 procent. Dödsfall direkt orsakade av typ 2-diabetes rapporterades vara 1,5 miljoner år 2019 (Världshälsoorganisationen, (WHO, 2021). Den ekonomiska effekten är betydande, med diabetesrelaterade samhällskostnader uppskattade till nästan 177,7 miljarder kronor, vilket förväntas öka med ytterligare 300 miljarder kronor fram till 2045 (Williams et al., 2020)..Även om typ 1-diabetes existerar som ett autoimmunt tillstånd som främst drabbar yngre individer och kräver livslång insulinbehandling, fokuserar denna översikt på typ 2-diabetes på grund av dess högre prevalens bland vuxna migrantbefolkningar och dess starka koppling till livsstilsfaktorer som kan påverkas av migrationserfarenheter (Reed et al., 2021).

## Typ 2-diabetes

Typ 2-diabetes mellitus (T2DM) är ett kroniskt metaboliskt tillstånd som kännetecknas av insulinresistens och otillräcklig insulinproduktion för att effektivt reglera blodsockernivåerna (Alberti et al., 2006). Ur ett omvårdnadsperspektiv är det viktigt att inse att T2DM ofta utvecklas gradvis, och tidiga symtom som trötthet, ökad törst, frekvent urinering, viktminskning och återkommande infektioner kan gå obemärkta eller missförstådda förbi (Dogba et al., 2018). Detta belyser vikten av snabb bedömning, patientutbildning och kulturellt lämplig kommunikation, särskilt bland sårbara befolkningsgrupper som migranter.

Initial behandling av typ 2-diabetes innebär vanligtvis icke-farmakologiska interventioner, särskilt kostförändringar och ökad fysisk aktivitet. Sjuksköterskor spelar en avgörande roll i att stödja beteendeförändringar genom livsstilsrådgivning och kontinuerlig motivation. Med tiden kan orala läkemedel sättas in, och i vissa fall kan insulinbehandling vara nödvändig om optimala blodsockernivåer inte kan upprätthållas på annat sätt (Ahlgren et al., 2004; Hunskår & Huvelius, 2015; Nouwen et al., 2011). Många individer med typ 2-diabetes uppvisar också modifierbara riskfaktorer associerade med metabolt syndrom, såsom fetma, stillasittande livsstil och högt blodtryck, vilket kräver en holistisk, personcentrerad vårdstrategi för att effektivt hantera (Hunskår & Huvelius, 2015). För migrantbefolkningar förvärras dessa utmaningar ofta av socioekonomiska barriärer, hälsokunskapsklyftor och kulturella övertygelser (Kyrou et al., 2020).

## Komplikationer vid diabetes

Typ 2-diabetes är ett progressivt, kroniskt tillstånd som medför en hög risk för långsiktiga komplikationer, vilket utgör en betydande utmaning inte bara för drabbade individer utan även för hälso- och sjukvårdssystemet. Den ekonomiska bördan av diabetes är betydande, med samhällskostnader relaterade till slutenvård, primärvård, läkemedel och specialisttjänster som ökade från cirka 5,5 miljarder kronor till 11,6 miljarder kronor mellan 2006 och 2014 (Nathanson et al., 2018). Sjuksköterskor står i frontlinjen för vården och spelar en avgörande roll i tidig upptäckt, förebyggande åtgärder och utbildning som syftar till att minimera dessa komplikationer (O'Flynn, 2022). Långvarig bristande glykemisk kontroll kan leda till mikrovaskulära komplikationer såsom retinopati, nefropati och neuropati. Till exempel kan njurskador så småningom resultera i behov av dialys eller transplantation, medan nervskador kan leda till diabetiska fotsår, vilka kan vara svåra att läka och i slutändan kan kräva amputation. Makrovaskulära komplikationer, såsom ateroskleros, ökar risken för hjärt-kärlsjukdom avsevärt - särskilt i kombination med andra modifierbara riskfaktorer såsom rökning, högt blodtryck och dyslipidemi (Socialstyrelsen, 2017). Sjuksköterskor har en nyckelroll i att hantera dessa riskfaktorer genom riktade hälsofrämjande åtgärder, patientcentrerad livsstilscoachning och stöd i följsamhet till medicinering (Pot et al., 2025).

En av de vanligaste och allvarligaste utmaningarna inom hälso- och sjukvården är behandling av diabetesfot. Denna komplikation uppstår ofta på grund av nedsatt perifer cirkulation och förlust av skyddande känsel, vilket gör tidig upptäckt och sårförebyggande åtgärder till en viktig uppgift inom hälso- och sjukvården. Regelbundna fotbedömningar, patientutbildning om fotvård och snabb sårbehandling är viktiga insatser (Eriksson & Eriksson, 2012).

Dessutom kan förekomsten av flera komplikationer avsevärt försämra en persons hälsorelaterade livskvalitet. Till exempel orsakar ihållande bensår inte bara fysisk smärta utan kan också leda till känslomässig stress, begränsad rörlighet och social tillbakadragenhet. Denna holistiska inverkan

belyser vikten av en vårdstrategi som tillgodoser både de fysiska och psykosociala behoven hos individer som lever med typ 2-diabetes (Bradbury & Price, 2011).

För migranter kan det vara ännu mer utmanande att hantera sådana komplikationer på grund av språkbarriärer, kulturella skillnader i symptomtolkning, begränsad tillgång till hälso- och sjukvård och bristande kunskap om förväntningar på egenvård i värdlandet (Förenta nationerna, Ekonomiska och sociala departementet, Befolkningsavdelningen, 2024).

## Behandling och allmänna råd för diabetes

Målet vid båda typerna av diabetes är att förebygga akuta eller sena komplikationer av sjukdomen samtidigt som livskvaliteten bibehålls (Hunskår & Huvelius, 2015). I Sverige ges diabetesvård huvudsakligen inom primärvården, där distriktssjuksköterskor spelar en central roll i patientutbildning, uppföljning och stöd för egenvård (Socialstyrelsen, 2018). De nationella riktlinjerna för diabetesvård betonar personcentrerade tillvägagångssätt och rättvis tillgång till behandling oavsett bakgrund eller social status (Socialstyrelsen, 2018).

Grunden för all diabetesbehandling är kosten. Rekommenderade dieter är den traditionella diabetesdieten, den måttligt lågkolhydratkosten och medelhavskosten var och en potentiellt modifierad för att inkludera livsmedel med lågt glykemiskt index (Socialstyrelsen, 2011). Målet är att ha god metabolisk kontroll, med en fördelning av näringsämnen som passar individen med diabetes. Enskilda livsmedel som grönsaker, frukt, fullkorn, fisk och nötter anses minska risken för hjärt-kärlsjukdom och dödlighet vid typ 2-diabetes mellitus. Det finns mycket forskning om hur mat, vikt och motion påverkar insulinkänsligheten (Bird & Hawley, 2017; Paquin et al., 2021).

Träning är en annan faktor som är viktig för att reglera diabetes. Fysisk aktivitet definieras som all kroppsrörelse där skelettmuskler drar ihop sig och leder till ökad energiförbrukning (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering [SBU], 2007). Fysisk aktivitet sänker blodsockernivåerna och leder till minskad kroppsvikt vilket i sin tur ökar insulinkänsligheten. Blodtryck och blodfettsnivåer påverkas positivt. Personer med diabetes bör helst gå i rask takt i 30 minuter varje dag (Hunskår & Huvelius, 2015).

## Att vara migrant

Migration är ett universellt fenomen som har funnits sedan mänsklighetens begynnelse. Medan ekonomiska motiv såsom att söka bättre levnadsvillkor, anställningsmöjligheter eller att fly fattigdom - är vanliga drivkrafter, drivs migration också av andra viktiga faktorer, inklusive konflikter, förföljelse, politisk instabilitet, familjeåterförening, utbildningsmöjligheter, miljökatastrofer och sökandet efter trygghet och säkerhet (Europaparlamentet, 2020). Migration är också ett socialt fenomen som påverkar människors liv och miljön. Termen migration är bred och flera olika synonymer används för människor som migrerar. Termerna baseras på vilken typ av process det är fråga om och orsakerna till sådan migration. Dessa termer inkluderar emigrant, invandrare, flykting (en person som är bosatt utanför sitt ursprungsland på grund av rädsla för förföljelse på grund av ras, religion, nationalitet, tillhörighet till en viss social grupp eller politisk åsikt) (Virupaksha et al., 2014). Det finns ingen universellt accepterad juridisk definition av en migrant. Liksom de flesta organisationer definierar Amnesty International migranter som människor som befinner sig utanför sitt hemland och som inte är flyktingar eller asylsökande

(Amnesty International, 2023). Idag finns det ungefär 1 miljard migranter globalt, ungefär 1 av 8 av världens befolkning. Dessa inkluderar 281 miljoner internationella migranter och 82,4 miljoner tvångsfördrivna personer (48 miljoner internflyktingar, 26,4 miljoner flyktingar, 4,1 miljoner asylsökande) (Världshälsoorganisationen, 2025). FN:s flyktingkommissariat (2023) uppskattar att det finns många miljoner statslösa människor globalt. Erfarenheterna av migration är en viktig faktor för hälsa och välbefinnande. (UNHCR, 2024).

Strävan efter ett bättre liv är enligt Benson et al. (2009), och kommer att fortsätta vara, en konsekvent drivande faktor för mänsklig migration. Migranter förklarar sin specifika flytt i efterhand och jämför fördelarna med värdsamhället, det långsamma livets tempo; relativa levnadskostnader, klimat- och hälsofördelar; en känsla av gemenskap med bristerna i hemmet, ökande brottslighet och arbetslöshet; brist på gemenskapsanda, högpressade livsstilar och låg livskvalitet. Dessutom är det tydligt (Benson et al., 2009) att med stigande levnadsstandard och ökande välstånd kan fler människor i den utvecklade världen göra välgrundade och ekonomiskt hållbara val om sina livsstilar. Detta underlättas också av mer flexibilitet i arbetslivet och i hur vi uppfattar våra liv, vilket förebådas av ökad reflexivitet. Det påpekas också att det fenomen de kallar livsstilsmigration uppstod som ett resultat av den globala utvecklingen under de senaste 50 eller 60 åren. Det relaterar specifikt till individers relativa ekonomiska privilegier i den utvecklade världen, och en mer allmän enkelhet eller rörelsefrihet (Benson et al., 2009).

Äldre migranter från låginkomstländer till höginkomstländer riskerar att uppleva dåliga hälsoutfall och har i flera vetenskapliga studier identifierats som särskilt sårbara. Äldre migranter står ofta inför en dubbel börda, såsom unika utmaningar som kan påverka deras allmänna hälsa och välbefinnande avsevärt (Dzando et al., 2024). Migranters uppfattning om funktionsnedsättning kan variera beroende på sociokulturella och individuella faktorer. Till exempel kan vissa kulturer se vissa tillstånd som andliga snarare än medicinska problem, medan individuella faktorer som tidigare vårderfarenheter eller familjens attityder till funktionsnedsättning kan forma dessa uppfattningar (Ran et al., 2021). Dessa övertygelser och erfarenheter kan påverka hälsoutfall och funktion genom psykologiska, beteendemässiga och fysiologiska vägar (Koban et al., 2021).

I takt med att den globala migrationen fortsätter att öka, fortsätter många migranter att flytta från låginkomstländer till höginkomstländer för arbete och humanitära ändamål. Befintliga migranter från låg- och medelinkomstländer (LMIC) höginkomstländer (HIC)-länder åldras och det finns en motsvarande ökning av efterfrågan på social omsorg och tjänster. (Dzando et al., 2024). Flyktingar och migranter är fortfarande bland de mest utsatta i samhället och möter ofta främlingsfientlighet; diskriminering; dåliga bostads-, levnads- och arbetsförhållanden; och otillräcklig tillgång till hälso- och sjukvård, trots frekventa fysiska och psykiska hälsoproblem (WHO, 2022). Migranter kan ha lämnat sitt land för att de vill arbeta, studera eller återförenas med familjen, till exempel. Andra behöver lämna på grund av fattigdom, politisk instabilitet, gängvåld, naturkatastrofer eller andra allvarliga omständigheter. Det är viktigt att förstå att även om migranter inte flyr förföljelse, har de fortfarande rätt att åtnjuta sina mänskliga rättigheter, oavsett deras status i det nya landet (De Haas, 2021).

## Distriktssköterskans roll och ansvar

Distriktssjuksköterskeförbundet (2019) beskriver att distriktssjuksköterskan ska kunna organisera och genomföra arbete med livsstilsförändringar såsom tobaksavvänjning, kostråd, fysisk aktivitet, alkoholmissbruk, stress, sömn och psykisk hälsa. Distriktssjuksköterskan ska stärka människors egna resurser i att leva med sjukdomen och utforma behandlingsåtgärder i dialog med personer med diabetes. Inom primärvården ska distriktssjuksköterskan ha den

kunskapsnivå som krävs för att minska och förebygga risker och komplikationer som kan uppstå vid diabetes (Daly et al, 2018). De nationella riktlinjerna för diabetesvård anger att ”behandling, vård och behandling ges och erbjuds på lika villkor för alla, oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social status, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning” (Socialstyrelsen, 2018, s. 1). Vidare anges (Socialstyrelsen, 2018) att personalen, utöver sin yrkeskunskap, även har personlig kompetens, vilket innefattar empatisk förmåga och förmåga att pedagogiskt känna igen och förklara tillstånd, orsaker och interventioner som kan leda till bättre hälsa och livskvalitet.

Det ökande antalet personer med typ 2-diabetes innebär att primärvården måste skapa nya, mer effektiva metoder för att arbeta med typ 2-diabetes. För att utveckla diabetesvården kommer det sannolikt att behövas ökad kunskap om distriktssjuksköterskans arbete inom primärvården. För utveckling av diabetesvården är det viktigt att distriktssjuksköterskan tar hänsyn till patientens individuella behov av stöd och kontinuitet samt egenkontroll av sjukdomen (Edwall, 2007). De flesta personer som diagnostiseras med typ 2-diabetes mellitus behöver vägledning i att hantera sin sjukdom och livsstil. Distriktssjuksköterskors vård av diabetespatienter inom primärvården spelar därför en viktig roll i hälsofrämjandet (David & Buxton, 2014). Distriktssjuksköterskan bör arbeta utifrån nationella riktlinjer som hälsosamtal om patientens sjukdomshistoria och psykosociala situation. (Olofsson & Wickman, 2023). Regelbundna kontroller är viktiga för välkontrollerad diabetes och har en positiv inverkan på patienternas sätt att leva med sjukdomen (Edwall, 2007). Distriktssjuksköterskan kan i hög grad påverka resultatet av diabetesvården genom sina omvårdnadsinsatser (David & Buxton, 2014). Det finns stora svårigheter och utmaningar i att arbeta med personer som inte förstår språket och har en annan syn på livet än vårdpersonalen. Utbildningsmässigt och medicinskt stöd hjälper diabetespatienter att bättre hantera sin sjukdom. Icke-verbal kommunikation, ögonkontakt eller tonfall kan ge tröst och leda till att patienter känner sig mindre oroliga. God kommunikation kan också förbättra självkänslan och egenmakten hos diabetespatienter (Mulder et al., 2015). Sjuksköterskan behöver bedöma patientens förmåga att kommunicera för att kunna ge god omvårdnad. En viktig aspekt är att tid avsätts för att möta patienten ansikte mot ansikte och uttrycka sig på ett tydligt språk som inte använder svåra ord. Starka språkbarriärer och sociala fördomar påverkar kommunikationen negativt och äventyrar kulturellt lämplig vård (Plaza del Pino et al., 2013).

## Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en vårdstrategi som sätter individen i centrum för alla vårdbeslut och processer, och ser dem som en aktiv partner snarare än en passiv mottagare av vård (Wilson & Hutchison, 2025). Denna metod betonar att förstå personens levda erfarenheter, värderingar, preferenser och personliga mål, och att använda denna förståelse för att vägleda alla aspekter av vårdplanering och utförande (Burgers et al., 2021). Komponenter som bör inkluderas i personcentrerade processer inkluderar genuint engagemang, gemensamt beslutsfattande och helhetsvård (Blomqvist et al., 2017). Alla dessa komponenter är nödvändiga att känna till och praktisera i yrkeslivet som distrikssjuksköterska som vårdar patienter med diabetes. Personcentrerad vård är av stor betydelse inom diabetesvården, där det förväntas att den vårdsökande personen ska stå i centrum, och att hen ska delta i alla beslut om vården av sin sjukdom (Edvardsson, 2012). I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (HSLF-FS 2017:30) ska vården vara jämlik och bidra till god hälsa för hela befolkningen. Jämlik vård innebär att behandling, vård och behandling ges på lika villkor för alla. Arbetet för jämlik vård är en fråga om kvalitet, patientsäkerhet och effektivt resursutnyttjande. Genom att lyssna på medarbetares, patienters och boendes behov och utmaningar, och ge stöd i det operativa arbetet, arbetar Kunskapscentrum för jämlik vård för en effektiv vård på lika villkor (VGR, 2023). Lika vård uppstår när hälso- och sjukvård erbjuds och fördelas på lika villkor till alla grupper i samhället

(Socialstyrelsen, 2019). Personer i behov av vård bör betraktas som människor med samma värde och rättigheter, oavsett personliga egenskaper och funktioner i samhället. Det innebär att vårdens kvalitet, såväl som prioritering och fördelning, inte bör påverkas av social status, inkomst, ålder eller livsstil. Vissa av dessa egenskaper kan dock påverka valet av vård och behandling. Två exempel på detta är biologisk ålders inverkan på effekten av behandlingar och ökade risker för komplikationer, vilket kan vara avgörande för valet av vård (Sandman & Kjellström, 2018).

# PROBLEMFORMULERING

Diabetes mellitus har länge varit en av de snabbast växande kroniska sjukdomarna globalt, med stora konsekvenser för individers fysiska och psykiska hälsa. För närvarande är cirka 129 miljoner människor världen över migranter, vilket utgör en betydande befolkning både ekonomiskt och socialt i sina värdländer. Denna stora befolkning står inför unika hälsoutmaningar när de navigerar i nya hälsovårdssystem samtidigt som de hanterar kroniska sjukdomar. Migranter kan uppleva typ 2-diabetes på flera sätt: vissa kan ha diagnostiserats tidigare i sina ursprungsländer och behöva fortsatt vård i sin nya miljö; andra kan ha odiagnostiserad diabetes eller prediabetes när de migrerar och får sin diagnos först efter ankomsten; ytterligare andra kan utveckla tillståndet efter migration på grund av livsstilsförändringar, stress eller andra faktorer som är förknippade med migrationsupplevelsen. Oavsett när diagnosen inträffar möter migranter med typ 2-diabetes tydliga hinder för att få tillgång till och engagera sig i hälso- och sjukvårdstjänster. Dessa barriärer är mångfacetterade och inkluderar språksvårigheter, kulturella skillnader i förståelsen av hälsa och sjukdom, begränsad hälsokunskap, socioekonomiska utmaningar, diskriminering och svårigheter att navigera i okända hälso- och sjukvårdssystem. Dessutom kan själva migrationsupplevelsen - med dess tillhörande stress, förändringar i kost och fysiska aktivitetsmönster, och potentiell förlust av sociala stödnätverk - komplicera egenvården vid diabetes. För distriktssjuksköterskor som arbetar inom primärvården är det viktigt att förstå dessa utmaningar för att kunna tillhandahålla effektiv, personcentrerad vård som motiverar och stödjer patienter mot en hälsosammare livsstil och förbättrad diabeteshantering. Trots den växande migrantbefolkningen och den ökande förekomsten av typ 2-diabetes finns det fortfarande begränsad syntetiserad kunskap om hur migranter själva upplever diabetesvård i sina nya hemländer. Att förstå deras levda erfarenheter, identifiera hinder för vård och identifiera faktorer som underlättar framgångsrik självhantering är avgörande för att utveckla kulturellt lämpliga interventioner och förbättra hälsoutfall. Denna kunskap gör det möjligt för distriktssjuksköterskor och annan vårdpersonal att minska hälsoskillnader, förebygga komplikationer och stödja migranter i att uppnå optimal diabeteskontroll och livskvalitet.

# SYFTE

Att beskriva hur migranter med diabetes mellitus typ 2 upplever hälso- och sjukvården i sitt nya hemland.

# METOD

Designen som använts i översikten är kvalitativ metasyntes. En metasyntes innebär att man analyserar resultaten från utvalda kvalitativa vetenskapliga artiklar att identifiera mönster och teman i olika studier. och bidrar därmed till utvecklingen av ny kunskap (Polit & Beck, 2021). En metasyntes är en systematisk litteratursammanställning av forskningsresultat från flera studier med en kvalitativ ansats till data. Ur ett hållbarhetsperspektiv är en metasyntes en resurseffektiv metod eftersom den utnyttjar och synliggör det forskningskapital som redan finns (König & Vielhaber, 2024). Malterud (2019) beskriver detta med termen "upcycling" av forskning. Denna process gör det möjligt för forskare att identifiera en fråga och sedan välja, bedöma och tematiskt analysera kvalitativa resultat som besvarar frågan (Erwin et al., 2011). Analysen baserades på principer från metaetnografi (Noblit & Hare, 1988), särskilt fokus på att identifiera nyckelbegrepp och teman i olika studier, även om ingen fullständig metaetnografisk översättning genomfördes.

Målet med en metasyntes är att systematiskt integrera och tolka mönster och insikter mellan kvalitativa studier samtidigt som integriteten i varje studie bevaras (Erwin et al., 2011). För att undersöka detta syfte genomfördes en syntes av kvalitativ forskning med hjälp av en induktiv metod. Den kvalitativa designen valdes eftersom dess yttersta mål är att öka förståelsen. Den valda designen kan bidra till ökad förståelse för patienters upplevelser. En integrerad syntes baserad på metasyntes är särskilt relevant när man försöker utveckla en heltäckande förståelse av ett specifikt fenomen genom att sammanföra resultat från flera studier (Henricson, 2012). Den integrerade informationen kan också möjliggöra bättre beslutsfattande inom evidensbaserad vård eftersom den belyser och reflekterar patientperspektivet (Korhonen et al., 2013).

## Urval

## Inklusions- och Exklusionskriterier

För att säkerställa ett fokuserat och relevant urval av studier fastställdes tydliga inklusions- och exklusionskriterier innan litteratursökningen.

**Inklusionskriterier:**

- Publicerad på engelska eller svenska
- Publicerad mellan 2014 och 2024
- Fokus på vuxna deltagare (≥18 år)
- Deltagare identifierade som migranter eller invandrare
- Fokus på typ 2-diabetes mellitus
- Kvalitativ studiedesign
- Utforskade erfarenheter, uppfattningar eller synpunkter relaterade till egenvård eller hälsovård för diabetes

**Exklusionsskriterier:**

- Studier som uteslutande fokuserar på typ 1-diabetes
- Kvantitativa eller blandade metodstudier där kvalitativa data inte kunde extraheras separat

- Studier som enbart fokuserar på vårdgivarperspektiv
- Studier som enbart fokuserar på förebyggande åtgärder i odiagnostiserade populationer
- Konferensabstrakter, ledare eller grå litteratur

**Sökstrategi och datainsamling**

Datainsamlingen påbörjades först efter att syftet var fullt fastställt för att säkerställa en systematisk och fokuserad sökning. Sökstrategin baserades på PEO-modellen (Population, Exposure, Outcome), ett ramverk utformat specifikt för kvalitativa forskningsfrågor (Karolinska Institutet, 2023). Enligt denna modell delades syftet in i tre komponenter: Population (migranter, vuxenpopulation), Exponering (diabetes mellitus typ 2) och Outcome (erfarenheter). Inledande sökningar genomfördes individuellt för varje komponent för att identifiera lämpliga ämnesrubriker och bedöma bredden av tillgänglig litteratur (se Tabell 1). Dessa individuella komponentsökningar gav ett stort antal resultat, vilket bekräftar behovet av systematisk kombination med hjälp av booleska operatorer. Dessa tre komponenter utgjorde grunden för tre sökblock som användes i olika databaser.

Tabell 1: PEO-ramverk

| | |
|---|---|
| **Befolkning** | Vuxenbefolkning (migranter) |
| **Exponering** | Diabetes mellitus typ 2 |
| **Resultat** | Upplevelser |

Systematiska sökningar genomfördes i fyra databaser: CINAHL, MEDLINE, Scopus och PubMed. Dessa databaser valdes ut eftersom de innehåller omfattande litteratur relaterad till omvårdnadsvetenskap, hälsa och medicin (Henricson, 2012). I varje databas identifierades databasspecifika ämnesrubriker (CINAHL-rubriker för CINAHL, MeSH-termer för MEDLINE och PubMed) och fritextnyckelord och kombinerades med hjälp av booleska operatorer (OCH, ELLER) för att skapa heltäckande söksträngar (se bilaga 1 för detaljerad sökstrategi). De kombinerade sökningarna i alla fyra databaserna gav totalt 122 poster. Efter att dubbletter hade tagits bort återstod 98 unika poster för titelgranskning. Tabell 2 visar sökkombinationer och resultat per databas.

Tabell 2: Enskilda söktermer testade

| Databas | Sökterm | Typ | Resultat |
|---|---|---|---|
| **CINAHL** | Diabetes typ 2 | CINAHL-rubrik | 233 277 |
| **CINAHL** | Uppleva | CINAHL-rubrik | 1 083 155 |
| **CINAHL** | Livsstil | CINAHL-rubrik | 152 389 |

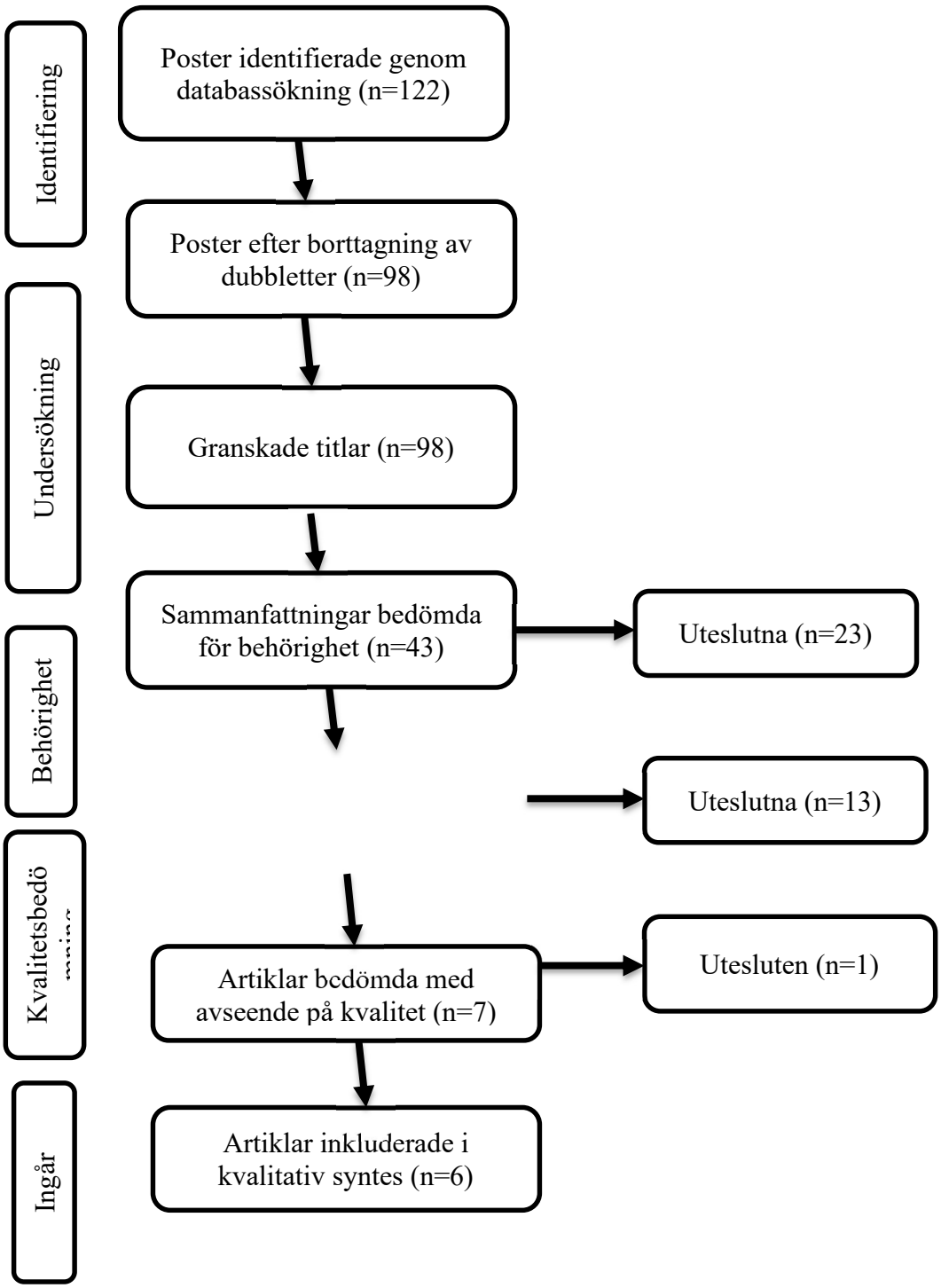
| | | | |
|---|---|---|---|
| **MEDLINE** | Diabetes mellitus typ 2 | MeSH-term | 112 896 |
| **MEDLINE** | Migranter eller invandrare | MeSH-term | 29 070 |
| **MEDLINE** | Livsstil | MeSH-term | 94 994 |

**Urvalsprocess**

Urvalsprocessen följde en systematisk metod i flera steg, vilket illustreras i figur 1 Alla 98 titlar granskades för potentiell relevans för studiens syfte. Efter titelgranskningen bedömdes 43 abstrakt vara potentiellt relevanta och lästes i sin helhet. Av dessa exkluderades 23 på abstraktsnivå eftersom de inte behandlade migranters erfarenheter av diabetesvård, fokuserade på typ 1-diabetes eller berörde vårdgivares perspektiv snarare än patientupplevelser.

De återstående 20 artiklarna hämtades för fulltextgranskning. Under fulltextgranskningen exkluderades 13 artiklar av följande skäl: sju fokuserade inte tillräckligt på levda erfarenheter av diabetesvård; tre var kvantitativa studier; två fokuserade på prevention snarare än sjukdomshantering; och en var inte tillgänglig på engelska eller svenska. Detta lämnade 7 artiklar för kvalitetsbedömning.

Figur 1: PRISMA-flödesschema




## Kvalitetsbedömning

Kvalitetsbedömningen genomfördes med hjälp av Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research (Lockwood et al., 2015). Detta instrument utvärderar metodologisk noggrannhet utifrån tio kriterier, inklusive forskningsfrågans tydlighet,

metodologins lämplighet, datainsamlingsmetoder, dataanalys, tolkning av resultat och etiska överväganden (bilaga 2).

Eftersom de utvalda artiklarna utgör grunden för syntesen var det viktigt att de uppvisade hög metodologisk kvalitet, även om detta i sig inte garanterar rika fynd (Malterud, 2019). Varje artikel bedömdes oberoende utifrån alla tio kriterier. Ett minimikrav för inkludering var att studierna måste ha fått etiskt godkännande från en lämplig etikprövningsnämnd, eftersom detta är grundläggande för att skydda deltagarnas rättigheter och säkerställa forskningsintegritet.

Av de 7 utvärderade artiklarna exkluderades en på grund av otillräcklig metodologisk detaljrikedom i analysavsnittet, vilket gjorde det svårt att utvärdera resultatens tillförlitlighet. De återstående 6 artiklarna uppfyllde alla kraven för etiskt godkännande och uppnådde tillräckligt höga poäng utöver kvalitetskriterierna för att inkluderas i metasyntesen. Alla sex artiklar uppvisade tydliga syften, lämplig kvalitativ metod, adekvata datainsamlingsprocedurer, systematisk analys och tillräcklig presentation av resultaten för att uppfylla granskningssyftet. Varje artikel bedömdes oberoende av författaren med hjälp av JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research, och alla kvalitetsbedömningar dokumenterades. En sammanfattning av resultaten från kvalitetsbedömningen presenteras i bilaga 3.

## Dataanalys

För att få en tolkning av det studerade fenomenet i enlighet med syftet genomfördes en metaetnografisk analys utformad av Noblit och Hare (1988). Metaetnografin innefattar sju överlappande steg som upprepas allt eftersom syntesarbetet fortskrider (Noblit & Hare, 1988; Polit & Beck, 2021). Först definierades intresseområdet - hur migranter med typ 2-diabetes mellitus upplever hälso- och sjukvård. Därefter valdes sex kvalitativa studier som uppfyllde Inklusionskriterier ut genom en strukturerad sökning och kvalitetsbedömning. Dessa studier lästes flera gånger för att säkerställa förtrogenhet, och meningsfullt innehåll relevant för syftet lyftes fram. Under den jämförande analysen identifierades likheter och skillnader i de erfarenheter som beskrivs i studierna. Viktiga begrepp och metaforer som "social isolering", "kulturella barriärer" och "emotionell belastning" noterades. Dessa grupperades sedan i bredare tematiska kategorier. Genom en iterativ syntesprocess utvecklades fyra övergripande teman som representerar en ny tolkningsmässig förståelse av det studerade fenomenet. Dessa teman går utöver de enskilda studierna för att avslöja hur ekonomiska, sociala, kulturella och psykologiska faktorer samverkar i att forma hälso- och sjukvårdserfarenheter bland migranter med diabetes. De syntetiserade resultaten gav en sammanhängande berättelse som informerar både klinisk praxis och policyöverväganden för kulturellt kompetent diabetesvård. För att illustrera den analytiska processen presenteras i tabell 3 ett exempel på hur rådata från enskilda studier successivt abstraherades till teman.

Tabell 3: Exempel på analytisk process från data till tema

| **Ursprungliga studieresultat** | **Första ordningens begrepp** | **Andra ordningens tolkning** | **Syntetiserat tema** |
|---|---|---|---|
| "Att ha typ 2-diabetes kräver mycket arbete och pengar" (Magny-Normilus, 2021) | Ekonomiska hinder för medicineringföl jsamhet | Ekonomiska begränsningar begränsar tillgången till behandling | **Ekonomiska svårigheter och social isolering** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| "Ibland måste jag välja mellan mat och medicin" (Kindarara et al., 2017) | Konkurrerande prioriteringar på grund av fattigdom | | |
| "De flesta invandrare klagade över bristen på en social miljö" (Biyikli, 2017) | Social isolering i ett nytt land | Förlust av sociala stödnätverk förvärrar hälsoutmaningar | |
| "Jag glömmer inte om jag är hemma, men ibland (glömmer jag) när jag besöker någon" (Abuelmagd et al., 2019) | Brist på socialt stöd | | |
| "De arbetar för sin familj oavsett om de är sjuka eller inte," (Shahab et al., 2018) | Försenad tillgång till vård | Begränsad förståelse för sjukdom och behandling | **Bristande kunskap om typ 2-diabetes mellitus** |

## Etiska överväganden

Artiklarna som inkluderades i analysen har etiskt godkännande av en etikkommitté. Etiska överväganden är att skydda människors integritet, självbestämmande och värderingar, och att säkerställa att ingen skadas till följd av en studie (Kjellström, 2017; Polit & Beck, 2021). Det var viktigt att visa ärlighet och integritet i arbetet, att inte plagiera, fabricera eller förvränga någon annans arbete, resultat eller metoder (Kjellström, 2017; Polit & Beck, 2021; Vetenskapsrådet, 2017). Ärlighet och integritet var grundläggande värden i denna vetenskapliga forskning. Oärlighet som plagiat, det vill säga att avsiktligt tillskriva sig själv en text publicerad av någon annan, är ett exempel på forskningsfusk (Kjellström, 2017). I denna studie har målet varit att vara tydlig med källhänvisningar och att korrekt ange referenser till textinnehållet i studierna. En gemensam etisk kod har skapats där juridiskt, etiskt och professionellt ansvar beskrivs genom fyra vägledande principer: tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvarsskyldighet (Vetenskapsrådet, 2022). Förförståelse, det vill säga att ha teoretisk kunskap om och tidigare erfarenheter av ett ämne och hur det hanteras, kan avgöra trovärdigheten hos en kvalitativ litteraturöversikt. Det finns olika uppfattningar om huruvida tidigare kunskap och erfarenhet bör användas i ett arbete eller inte. Omedvetna tolkningar kan göras baserat på egna erfarenheter. Motsatsen, att istället använda sin tidigare förståelse, kan leda till djupare förståelse och ny kunskap (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Akademisk och praktisk erfarenhet inom omvårdnad, särskilt i interkulturella vårdmiljöer, har format författarens förståelse för de utmaningar som migranter som lever med typ 2-diabetes mellitus står inför. I huvudsak tog författaren hand om patienter med typ 2-diabetes och upplevde de utmaningar de går igenom. Har vidare erfarenhet av när socioekonomiska förhållanden, kulturella övertygelser och språkbarriärer möter varandra och påverkar hälsobeteenden och vårderfarenheter. Denna förståelse har bidragit till att vägleda tolkningen av de utvalda studierna, med känslighet för både individuella och strukturella faktorer som påverkar migranters förmåga att få tillgång till och engagera sig i sinn egen vård.

# RESULTAT

Resultatet visar återkommande mönster hur migranter med typ 2-diabetes upplever vård i sina nya hemländer. Genom metaetnografisk analys identifierades fyra huvudteman som återspeglar både strukturella och interpersonella faktorer som påverkar vården. Dessa teman är: (1) Ekonomiska svårigheter och social isolering, (2) Bristande kunskap om typ 2-diabetes, (3) Emotionell stress inför nödvändiga livsstilsförändringar i samband med sjukdomen, och (4) Erfarenheter av diskriminering och marginalisering.

## Ekonomiska svårigheter och social isolering

Flera aspekter påverkar äldre personer som har migrerat vad gäller vård, behandling och uppföljning av typ 2-diabetes i det nya hemlandet som ekonomiska svårigheter som påverkar migranters förmåga eller vilja att behandla sin sjukdom (Choi et al. 2017; Kindarara et al. 2017; Magny-Normilus 2021). Migrerat från länder med utbredd fattigdom och låg utbildningsnivå prioriterade oftare bort det som var positivt för deras hälsa (Abuelmagd et al., 2019; Choi et al., 2018; Gültekin, 2017; Kindarara et al., 2017; Magny-Normilus et al., 2021; Shahab et al., 2019).

Ekonomiska begränsningar framstod som ett betydande hinder för effektiv diabetesbehandling. Deltagarna uttryckte oro över kostnaderna i samband med mediciner, vårdbesök och att upprätthålla en hälsosam kost. Många insåg vikten av att följa medicineringen men fann det svårt att ha råd med ordinerade behandlingar, och vissa rapporterade att de var tvungna att avstå från insulin eller andra mediciner på grund av kostnaden. Den ekonomiska pressen inkluderade även den högre kostnaden för näringsrika livsmedel som rekommenderas för diabetesbehandling. Stora familjestrukturer intensifierade ytterligare det ekonomiska trycket, vilket tvingade många migranter att prioritera billig, energirik mat framför hälsosammare alternativ. Denna ekonomiska verklighet påverkade direkt självhanteringen av diabetes, eftersom konsekvent tillgång till näringsrika livsmedel är avgörande för att upprätthålla stabila blodsockernivåer. Kulturella sedvänjor samverkade också med ekonomiska begränsningar till exempel att inte skära bort fett från kött vilket ses som slösaktigt i vissa kulturer. Detta bidrog till en kost med högt innehåll av mättat fett, vilket kan förvärra insulinresistens och komplicera diabeteskontrollen (Magny-Normilus et al., 2021; Shahab et al., 2018).

Sociala aspekter beskrivs som viktiga för egenvård vid typ 2-diabetes, men migranter upplever ofta social isolering och svårigheter att hitta gemenskaper att tillhöra i sitt nya hemland. Känslan av isolering och att inte tillhöra den gemenskap som det nya landet ger upphov till att stärka sina kulturella, sociala eller religiösa band. Detta återspeglas i deras syn på sin egen hälsa, vilket innebär att egenvården inte prioriterades (Choi et al 2017; Kindarara et al 2017; Magny-Normilus 2021). Social isolering på grund av begränsade språkkunskaper och en uppfattning att de inte skulle stanna i sitt nya hemland gjorde det svårt för dem att engagera sig i den hälsovård som erbjudas samt att anamma nya hälsovanor (Magny-Normilus et al., 2021).
Separation från familjen och begränsat socialt stöd bidrog till depression och andra psykiska problem, vilket ytterligare komplicerade diabetesvården (Abuelmagd et al., 2019). Kinesiska migranter i Australien tenderade att i hög grad förlita sig på varandra för hälsorelaterad rådgivning på grund av starka kollektivistiska värderingar och bristande förtroende för vanliga hälsovårdssystem (Biykli, 2017). Även om detta sociala stöd erbjöd emotionell tröst, kunde det leda till att fel information gavs vilket bidrog till att tillgång till professionell diabetesvård dröjde (Choi et al., 2017). Migranters upplevelser av vård formas inte bara av kliniska möten utan också

av emotionella och sociala faktorer som isolering, osäkerhet och beroende av informella stödnätverk (Biykli, 2017; Choi et al., 2017).

## Bristande kunskap om typ 2-diabetes mellitus

Begränsad förståelse för typ 2-diabetes framstod som ett betydande hinder för snabb diagnos och effektiv sjukdomshantering bland migranter. Äldre migrantkvinnor identifierades som särskilt sårbara och fick ofta sin diabetesdiagnos först efter att symtomen hade blivit ohanterliga på grund av bristande medvetenhet om vad typ 2-diabetes är, hur den utvecklas och konsekvenserna av obehandlade symtom. Många deltagare hade begränsad eller felaktig förståelse av sjukdomen, vilket avsevärt försämrade deras förmåga att hantera tillståndet effektivt, och kulturella och religiösa normer prioriterades ofta framför biomedicinska råd, vilket ledde till försenade medicinska insatser och låg nivå av sjukdomskunskap. Felaktig tolkning av symtom bidrog ytterligare till diagnostiska förseningar, eftersom klassiska diabetessymtom såsom trötthet, huvudvärk och muntorrhet ofta tillskrevs depression, stress eller andra icke-medicinska orsaker snarare än att erkännas som indikatorer på diabetes. Denna förvirring illustrerade hur djupt sammanflätade emotionellt välbefinnande och fysisk hälsa är bland migrantbefolkningar, och hur psykologisk stress kan maskera fysisk sjukdom. Dessutom påverkade kulturella faktorer som stolthet och beteendet att söka hjälp, där vissa migranter upplevde känslor av skam och personligt misslyckande när de ställdes inför en diabetesdiagnos (Biykli, 2017; Shahab et al., 2018).

Traditionella botemedel såsom örtteer som tros sänka blodsockret illustrerar också klyftan mellan biomedicinsk kunskap och kulturell hälsopraxis. Dessa metoder, även om de var kulturellt meningsfulla, saknade ofta klinisk effektivitet. Migranter kan ha svårighet i att förstå sjukvårdsinformation eftersom de ofta saknar grundläggande hälsokunskaper. Det behövs kulturellt anpassade diabetesutbildningar som gör mer än att informera. Det är viktigt att skapa förtroende, övervinna övertygelser och stödja långsiktigt hälsoengagemang (Biykli, 2017; Shahab et al., 2018).

## Emotionell stress inför nödvändiga livsstilsförändringar

Att leva med typ 2-diabetes rapporterades som känslomässigt utmanande bland migranter, där deltagarna beskrev ett spektrum av känslomässiga reaktioner, allt från rädsla och sorg till ihållande ångest. Rädsla för långsiktiga komplikationer framstod som en primär källa till ångest, och det ständiga behovet av att övervaka blodsockernivåerna och justera matintaget förstärkte den känslomässiga bördan. De nödvändiga livsstilsförändringarna inklusive kostrestriktioner och ökad fysisk aktivitet upplevdes som särskilt svåra, särskilt när de stred mot etablerade kulturella matvanor och sociala rutiner. Trots regelbunden medicinering och blodsockermätning beskrev många deltagare fysisk aktivitet som meningslösa och kostförändringar som överväldigande. Stress var inte bara kopplad till typ 2-diabetes utan också till bredare psykosociala sammanhang, inklusive migrationsrelaterade stressfaktorer som språkbarriärer, osäkerhet om juridisk status, arbetslöshet och separation från familjen. Förekomsten av vanliga samsjukligheter som hypertoni och hyperlipidemi förvärrade ytterligare de känslomässiga reaktionerna, där deltagarna tolkade dessa som kumulativa stressfaktorer som resulterade i sämre hälsa och ytterligare begränsad autonomi. Även om allmänläkare beskrevs som pålitliga informationskällor, förblev den känslomässiga bördan betydande, vilket återspeglar diagnosens störande inverkan på migranters livskvalitet när de anpassade sig till sitt nya hemland (Abuelmagd et al., 2019; Kindarara et al., 2017).

Stigma framträdde som ett betydande emotionellt och kulturellt hinder i vissa samhällen som bland samoanska migranter i Australien som ofta valde att dölja sin diabetesdiagnos på grund av rädsla för att skada familjens stolthet och sociala status (Shahab et al., 2018).

Den känslomässiga upplevelsen av att leva med typ 2-diabetes bland migranter präglades av flera stressfaktorer som rädsla för komplikationer, svårigheter att genomföra livsstilsförändringar, sjukdomsrelaterat stigma och migrationsrelaterade psykosociala utmaningar skapade tillsammans en betydande känslomässig belastning. Vårdpersonalens stöd i att hantera sjukdomen lindrade ofta en del av den emotionella stressen och gjorde det möjligt för patienter att engagera sig i egenvård (Abuelmagd et al., 2019; Kindarara et al., 2017; Shahab et al., 2018).

## Erfarenheter av diskriminering och marginalisering

Erfarenheter av diskriminering och marginalisering framstod som kritiska hinder för effektiv diabetesvård. Deltagarna beskrivet att de upplever ett socialt tryck till att anpassa sig till kulturella förväntningar kring mat, särskilt under religiösa och gemensamma sammankomster, där vägran att konsumera traditionell kaloririk mat ofta tolkades som respektlöst. Många kände sig oförmögna att uttrycka hälsoproblem av rädsla för social utestängning, vilket skapade spänningar mellan sjukdomshantering och kulturell tillhörighet. Religiösa institutioner motarbetar nya kostvanor som skiljer sig från den egna kulturen på grund av djupt rotad rädsla för att inte kunna upprätthålla religiös, identitet och tradition. Dessutom kolliderade västerländska hälsovårdsmodeller som betonade individuellt ansvar ofta med kollektivistiska värderingar, där vissa deltagare föredrog traditionella behandlingar, vilket visar på skillnaderna mellan tillgängliga tjänster och kulturellt accepterade metoder (Choi et al., 2017; Magny-Normilus et al., 2021; Shahab et al., 2018).

Ett parallellt exempel framträder i erfarenheterna från kinesiska migranter i Australien, som står inför en annan men lika komplex form av marginalisering som är rotad i kollektivistiska värderingar och traditionella hälsoövertygelser (Choi et al., 2017). Choi menar att västerländska modeller för diabetesvård, som betonar individuellt ansvar och biomedicinsk hantering, ofta kolliderar med den kollektivistiska inriktningen i kinesiska samhällen. Vissa deltagare föredrog traditionella behandlingar som inte stöds av klinisk evidens, vilket avslöjar en klyfta mellan tillgängliga hälsovårdstjänster och kulturellt accepterade metoder. Bristen på kulturellt lämplig vård marginaliserar ytterligare dessa individer, eftersom deras behov och övertygelser förblir okända inom den vanliga hälsovården. Choi drar slutsatsen att en omformning av diabetesvården för att tillgodose kollektiva värderingar skulle kunna minska denna marginalisering och förbättra hälsoutfallen. (Choi et al., 2017).

Andlighet framträdde också som både en hanteringsmekanism och en källa till gemenskapsstyrka bland haitiska migranter i USA. Deltagarna kopplade konsekvent sin förmåga att hantera typ 2-diabetes till sin tro på Gud och stöd från religiösa gemenskaper (Magny-Normilus et al., 2021). För många gav bön och gemensamma trosutövningar inte bara emotionell lättnad utan också en känsla av handlingskraft i hanteringen av kronisk sjukdom. Emellertid kan beroendet av enbart andligt stöd också återspegla ett systemiskt misslyckande med att tillhandahålla kulturellt känslig och tillgänglig vård. Där vanliga tjänster är otillräckliga kan marginaliserade grupper vända sig inåt och förlita sig på andliga nätverk för att fylla tomrummet, ibland på bekostnad av adekvat medicinskt stöd (Magny-Normilus et al., 2021).

I olika migrantgrupper manifesterades erfarenheter av diskriminering och marginalisering genom spänningar mellan hälsobehov och kulturella förväntningar. Migranter upplever en social press att anpassa sig till traditionella matvanor trots hälsorisker. De upplevde att hälso- och

sjukvårdssystem inte kunde möta kollektivistiska värderingar och kulturella övertygelser, och fick istället förlitade sig till andliga och religiösa gemenskaper. Dessa erfarenheter belyser hur hantering av diabetes sammanflätas med kulturell identitet, samhällstillhörighet och social acceptans (Choi et al., 2017; Magny-Normilus et al., 2021; Shahab et al., 2018).

## Resultatsammanfattning

Sammanfattningsvis visar de sex inkluderade studierna att migranter med typ 2-diabetes mellitus stöter på ett komplext samspel mellan ekonomiska, kulturella, sociala och emotionella utmaningar när de hanterar sin sjukdom inom nya hälso- och sjukvårdssystem. Ekonomiska svårigheter och isolering prioriteras ofta framför hälsa, medan kulturella och religiösa traditioner formar kostvanor och påverkar engagemanget i egenvård. Begränsad hälsokunskap, språkbarriärer och erfarenheter av diskriminering komplicerar ytterligare tillgången till och förtroendet för hälso- och sjukvård. Trots dessa hinder beskrev vissa migranter stödjande möten med vårdpersonal som hjälpte dem att utveckla strategier, vilket understryker vikten av kulturell kompetens och personcentrerad omvårdnad. Sammantaget belyser resultaten att diabetesvård för migranter inte bara handlar om biomedicinska behov utan också de bredare sociala, kulturella och strukturella faktorer som formar deras dagliga liv.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Indikatorer på god vetenskaplig kvalitet i kvalitativ forskning inkluderar trovärdighet, pålitlighet, verifierbarhet och överförbarhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017; Mårtensson & Fridlund, 2017). I denna metasyntes har samtliga begrepp beaktats och diskuteras nedan.

Trovärdighet avser hur väl resultaten representerar det studerade fenomenet. För att stärka trovärdigheten valdes de inkluderade studierna noggrant ut med hjälp av tydliga inklusionskriterier, med fokus på vuxna med migrationserfarenhet som lever med typ 2-diabetes. Alla inkluderade studier publicerades inom de senaste tio åren relevansen och stärker resultatens trovärdighet (Polit & Beck, 2021). Att upprepade gånger återvända till de ursprungliga studierna under syntesen ökade också trovärdigheten genom att säkerställa att de utvecklade teman var väl förankrade i data (Bondas & Hall, 2007; Noblit & Hare, 1988).

Tillförlitlighet innebär datas stabilitet över tid och mellan olika förhållanden. I denna studie stärktes tillförlitligheten genom att ge en transparent beskrivning av sökprocessen, inklusive användning av både ämnestermer och fritextsökningar i flera databaser (Cinahl, Medline, PubMed och Scopus). Booleska operatorer och MeSH-termer tillämpades systematiskt för att säkerställa enhetlighet i sökandet (Willman et al., 2011). Detaljerad dokumentation av varje steg i urvals- och analysprocessen, inklusive fullständiga söksträngar gör studien spårbar och gör det möjligt för andra forskare att följa samma procedur, vilket ökar tillförlitligheten (Forsberg & Wengström, 2015). Alla sex studier genomgick kvalitetsbedömning med hjälp av JBI-QARI-verktyget, vilket säkerställde att etiskt godkännande och metodologisk stringens fanns (Johanna Briggs Institute, 2017). Användningen av ett oberoende kvalitetsbedömningsinstrument (JBI-QARI) stöder neutralitet och noggrannhet (Johanna Briggs Institute, 2017).

Bekräftbarhet avser i vilken utsträckning resultaten formas av deltagarna snarare än av forskarens förförståelse. Detta uppnåddes genom att använda en etablerad metaetnografisk metod (Noblit & Hare, 1988) som betonar att hålla sig nära deltagarnas egna ord och metaforer under syntesen. Förförståelse och professionell omvårdnadserfarenhet erkändes som möjliga faktorer som påverkade tolkningen, men strategier som systematisk jämförelse mellan studier och frekvent hänvisning till originaltexterna användes för att minimera subjektiv bias (Malterud, 2019).

Överförbarhet avser huruvida resultaten kan tillämpas i andra sammanhang. Resultaten av denna metasyntes är potentiellt överförbara eftersom de inkluderade studierna representerar migranter från olika kulturella bakgrunder (till exempel haitiska, turkiska, kurdiska, samoanska, kinesiska och afrikanska befolkningar söder om Sahara) och genomfördes i olika värdländer (Europa, Nordamerika och Australien). Sådan variation stärker möjligheten att tillämpa resultaten på bredare sammanhang (Erwin et al., 2011). En begränsning är dock att endast studier publicerade på engelska inkluderades, vilket kan ha exkluderat kulturellt viktiga perspektiv från icke-engelsktalande sammanhang.

Genom att systematiskt tillämpa strategier för att öka trovärdighet, pålitlighet, verifierbarhet och överförbarhet, syftade denna metasyntes till att upprätthålla principerna för vetenskaplig kvalitet i kvalitativ forskning. Även om utmaningar kvarstår vad gäller språkliga begränsningar och tolkningskomplexitet bidrog den strukturerade användningen av Noblit och Hares (1988) metaetnografiska ramverk och bedömningsverktyget JBI-QARI till en transparent och tillförlitlig syntes.

## Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva hur migranter med typ 2-diabetes mellitus upplever vården i sitt nya hemland. Resultaten belyser hur kulturella traditioner, diskriminering, hälsokunskap och ekonomiska begränsningar samverkar och påverkar diabetesvården för migranter. Dessa resultat bygger vidare på bakgrunden, där migration beskrevs som ett fenomen förknippat med social sårbarhet, kulturell förskjutning och begränsad tillgång till rättvis hälso- och sjukvård (WHO, 2022; Virupaksha et al., 2014). I linje med tidigare litteratur betonar diskussionen att distriktssjuksköterskan har en central roll i att överbrygga dessa klyftor genom kulturellt kompetenta, personcentrerade och resursmedvetna vårdstrategier.

### Kulturella och sociala normer som hinder för livsstilsförändring

Resultaten visade att starka kulturella traditioner, särskilt gällande kost och kollektiv identitet, kan hindra antagandet av rekommenderade livsstilsförändringar bland migranter. Detta överensstämmer med resultat från Mulder et al. (2015), som framhöll att sjuksköterskor ofta kämpar med att ge effektiv kostvägledning när patienters kulturella matnormer strider mot medicinska råd. På liknande sätt menar Alberti et al. (2006) att effektiv diabeteshantering kräver individualiserade vårdplaner som tar hänsyn till kulturella preferenser. Dessa studier stöder idén att kulturellt lämpliga interventioner är avgörande, särskilt för kostförändringar, som ofta är inbäddade i identitet och familjeritualer. Vidare betonar Edvardsson (2012) att personcentrerad vård en viktig strategi för att främja beteendeförändringmåste börja med att förstå dessa djupt rotade kulturella sedvänjor snarare än att åsidosätta dem med biomedicinsk logik. För distriktssjuksköterskan innebär detta att anta ett tillvägagångssätt som bygger på dialog och kulturell ödmjukhet, där sjuksköterskan utforskar matvanor, traditioner och övertygelser tillsammans med patienten för att hitta realistiska kompromisser. Detta förstärker behovet av att utbilda vårdpersonal i att utforska kulturella värderingar och matvanor genom öppen dialog med patienter. Utan denna förståelse kan välmenande rekommendationer uppfattas som meningslösa vilket ytterligare minskar engagemanget i egenvård för diabetes.

### Erfarenheter av diskriminering och marginalisering

Deltagarna i de granskade studierna beskrev att de kände sig utestängda från hälso- och sjukvård, vilket avskräckte dem från att söka professionell vård. Detta återspeglar resultaten från Plaza del Pino et al. (2013), som studerade sjuksköterske-patientinteraktioner med marockanska migranter och fann att språkliga och kulturella missförstånd ofta ledde till misstro och uppfattningar om diskriminering. Dessa hinder kan urholka terapeutiska relationer och förstärka marginalisering. I ett bredare folkhälsosammanhang rapporterar Virupaksha et al. (2014) att migranter ofta möter social stigmatisering och systemiska orättvisor som påverkar både deras psykiska hälsa och vilja att få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster. Att ta itu med sådan marginalisering kräver utbildning av vårdpersonal inte bara i kulturell kompetens utan också i strategier för att motverka fördomar. Migranter kan internalisera diskriminerande erfarenheter, vilket leder till att de helt undviker hälso- och sjukvård, även för allvarliga kroniska sjukdomar. Att skapa inkluderande och respektfulla hälso- och sjukvårdsmiljöer kan bidra till att återuppbygga förtroende och förbättra långsiktiga hälsoutfall för marginaliserade befolkningsgrupper. (Phillips, 2016). Ur ett omvårdnadsperspektiv ansvarar distriktssjuksköterskan för att främja jämlik vård i linje med svenska nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2017). Genom att arbeta relationellt och visa empati kan sjuksköterskan motverka effekterna av diskriminering och skapa en terapeutisk allians och tillit som uppmuntrar migranter att söka och lita på vård.

**Begränsad hälsokunskap och kommunikationshinder**

Bristande medvetenhet om diabetes och dess symtom framkom i resultaten, särskilt bland äldre migrantkvinnor. Detta överensstämmer med resultaten från Dogba et al. (2018), som undersökte patienters och vårdgivares prioriteringar inom diabetesvård och lyfte fram den avgörande rollen av hälsokunskap för att uppnå bättre resultat. Dessutom genomförde Lindh et al. (2011) en studie i Sverige och fann att patienter med låg hälsokunskap var mindre benägna att delta i dialog eller ställa frågor under konsultationer, vilket minskade effektiviteten av vårdplaner. Detta belyser vikten av att justera inte bara informationsinnehållet utan också hur informationen levereras - till exempel genom visuella hjälpmedel, översättare eller kulturellt anpassat utbildningsmaterial - för att förbättra förståelse och följsamhet. Förbättrade kommunikationsstrategier kan ge patienterna möjlighet att ta en mer aktiv roll i hanteringen av sitt tillstånd. Riktade hälsoupplysningskampanjer i samhällsmiljöer, såsom kulturcentrum eller religiösa institutioner, kan också bidra till att överbrygga läskunnighetsklyftor hos migrantbefolkningar (Zhou et al., 2024).

Resultaten visade att kulturella normer, erfarenheter av diskriminering och begränsad hälsokunskap avsevärt påverkar kvaliteten på den diabetesvård som migranter får. Migranters starka koppling till traditionella kostvanor kan fungera som ett hinder för att anta en hälsosammare livsstil om inte hälsoinsatser är kulturellt lämpliga och levereras med känslighet. Erfarenheter av marginalisering inom hälso- och sjukvårdssystem avskräcker ytterligare migranter från att söka professionellt stöd, vilket belyser det akuta behovet av inkluderande och partisk medvetna hälso- och sjukvårdsmiljöer. Dessutom leder bristen på tillgänglig och begriplig hälsoinformation till försenad diagnos och dålig sjukdomshantering, särskilt bland äldre vuxna med begränsad formell utbildning. (Edvardsson, 2012; Mulder et al., 2015). Sammantaget understryker dessa resultat vikten av kulturellt kompetent, personcentrerad vård som är lyhörd för både de sociala realiteterna och de individuella behoven hos migrantbefolkningar med typ 2-diabetes mellitus.

En ytterligare dimension som framkom i resultaten är den ekonomiska belastningen som är förknippad med att hantera diabetes i ett nytt land. Migranter har ofta svårt att ha råd med mediciner, hälsosam mat eller regelbundna vårdbesök (Magny-Normilus et al., 2021). Denna ekonomiska svårighet innebär att även när kunskap och motivation finns, begränsar ekonomiska begränsningar möjligheten att följa medicinska rekommendationer. För distriktssjuksköterskan belyser detta vikten av att erkänna patienters ekonomiska verklighet och anpassa vårdrekommendationer till vad som är genomförbart i praktiken till exempel genom att föreslå prisvärda kostalternativ, koppla patienter till sociala resurser eller förespråka subventionerade läkemedel.

## Slutsats

Kostvanor är viktiga traditioner bland migrantgrupper av vuxna runt om i världen. Social identifikation och en känsla av tillhörighet till en gemenskap är några av de andra faktorer som är avgörande när man fattar viktiga beslut gällande den egna hälsan och behandlingen av typ 2-diabetes mellitus. Dessa hinder hindrar vårdpersonal från att ge individualiserad, personcentrerad vård till migrerande patienter. Det är svårt att få en person och patient att känna sig som sin egen individ med sina egna behov. Som vårdpersonal är det viktigt att vara medveten om att migranter kan vara starkt bundna av olika förbud, religiösa och kulturella budskap som begränsar deras uppfattningsförmåga och handlingsförmåga. En förlust av identitet upplevdes när traditioner behövde förändras och anpassas till att leva med sjukdomen diabetes mellitus typ 2. Skamkänslor för sjukdomen upplevdes, deltagarna ville hellre dölja sin sjukdom än att förlora sin heder och sin plats i en stark, sammansvetsad gemenskap. Brist på tillräckligt omvårdnadsstöd frustrerade patienter och skapade negativa känslor kring deras vård. Ekonomiska svårigheter och isolering

som migranter upplever, liksom bristande gemenskap med andra befolkningsgrupper, bidrar till att sjukdomen överskuggas av andra, enligt deras uppfattning, viktigare problem. Den låga utbildningsnivån som de flesta har från sina ursprungsländer leder till att de tillgriper alternativa behandlingsmetoder, vilket ofta leder till permanenta skador på deras hälsa. För distriktssjuksköterskor understryker dessa resultat vikten av att ge kulturellt anpassad personcentrerad vård som tar hänsyn till patienters traditioner, ekonomiska begränsningar och sociala omständigheter. Distriktssjuksköterskan har en nyckelposition för att erbjuda vägledning, bygga förtroende och anpassa rekommendationer så att de är både medicinskt sunda och realistiskt uppnåeliga för migranter. Genom att agera både som vårdgivare och kulturell medlare kan distriktssjuksköterskan bidra till att minska känslor av isolering, stödja hälsosammare livsstilsval och säkerställa att migrant patienter med typ 2-diabetes mellitus får lika och värdig vård.

## Kliniska implikationer och förslag för utveckling av ämnet

Denna metasyntes visar att migranter med typ 2-diabetes mellitus möter betydande kulturella, sociala, ekonomiska och utbildningsmässiga hinder i mötet med hälso- och sjukvård. Dessa resultat är av betydelse för distriktssjuksköterskor, som behöver utveckla en större kunskap och färdighet för att möta denna gruppens behov. Bättre och bredare expertis behövs för att säkerställa att kommunikationen och vårdmöten mellan migranter och distriktssjuksköterskor är så bra som möjligt och ger bästa möjliga vård. Distriktssjuksköterskor behöver vara mer öppna för olika kulturer och traditioner för att förstå, förmedla information, ta hänsyn till och anpassa vården till den person de möter. Individuellt anpassad vård kräver kunskap om individens kulturella bakgrund och livssituation för att sjuksköterskan ska kunna uppnå omvårdnadsmålen. Att enbart fokusera på medicinsk behandling bör undvikas, individer med typ 2-diabetes mellitus behöver mer omfattande stöd och resurser från vårdpersonal för att hantera de livsstilsförändringar som krävs för typ 2-diabetes mellitus.

Ytterligare forskning behövs för att beskriva hur människors kulturella bakgrund och kopplingar till traditioner kan interagera med hur medicinska och omvårdnadsinsatser uppfattas och tillämpas av personer som har migrerat och lever med diagnosen typ 2-diabetes mellitus. Baserat på individens erfarenheter och ursprung kan vården bli mer personcentrerad för migranter med typ 2-diabetes mellitus

## REFERENSER

* Abuelmagd, W., Osman, B. B., Håkonsen, H., Jenum, A. K., & Toverud, E. L. (2019). Experiences of Kurdish immigrants with the management of type 2 diabetes: A qualitative study from Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 37*(3), 345–352. https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639911

Ahlgren, S. S., Shultz, J. A., Massey, L. K., Hicks, B. C., Wysham, B. C., & Wysham, C. (2004). Development of a preliminary diabetes dietary satisfaction and outcomes measure for patients with type 2 diabetes. *Quality of Life Research, 13*(4), 819–832. https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000021694.59992.a1

Amnesty International. (2023). *Who is a refugee, asylum seeker or migrant?* https://www.amnesty.se/vara-rattighetsfragor/flyktingar-och-migranter/flyktingar-och-ratten-att-soka-asyl/vem-ar-flykting-asylsokande-eller-migrant/

Barroso, J., Gollop, C. J., Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P. F., & Collins, L. J. (2003). The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. *Western Journal of Nursing Research, 25(2),* 153–178. https://doi.org/10.1177/0193945902250032

Benson, M., & O'Reilly, K. (2009). Migration and the search for a better way of life: A critical exploration of lifestyle migration. *The Sociological Review, 57(4),* 608–625. https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2009.01864.x

*Biyikli Gültekin, E. (2017). Difficulties in health care for female Turkish immigrants with type 2 diabetes: A qualitative study in Vienna. *Wiener Klinische Wochenschrift,* 129(9–10), 337–344. https://doi.org/10.1007/s00508-017-1190-2

Blomqvist, K., Edberg, A. K., Bravell, M. E., & Wijk, H. (2017). *Omvårdnad & äldre*. Studentlitteratur.

Bondas, T., & Hall, E. O. C. (2007). Challenges in approaching metasynthesis research. *Qualitative Health Research*, *17(1),* 113–121. https://doi.org/10.1177/1049732306295879

Bradbury, S. E., & Price, P. (2011). Diabetic foot ulcer pain: The hidden burden (Part two). EWMA Journal, 11(2), 25–37.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative *Research in Psychology, 3(2),* 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

*Choi, T. S. T., Walker, K. Z., & Palermo, C. (2018). Diabetes management in a foreign country: A case study on Chinese Australians. *Health & Social Care in the Community, 26(2),* e225–e232. https://doi.org/10.1111/hsc.12501

Daly, M. B., Arroll, B., & Scragg, R. K. R. (2018). Diabetes knowledge of primary health care and specialist nurses in a major urban area. *Journal of Clinical Nursing*, *28(1–2*), 125–137. https://doi.org/10.1111/jocn.14684

Davies, A. F., & Buxton, C. (2015). Professional nurses' knowledge level on type II diabetes mellitus at selected teaching and training hospitals in the central region of Ghana. *Journal of Nursing & Care, 4(229).* https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000229

Distriktssjuksköterskeförbundet. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå – distriktssjuksköterska.*

Dogba, M. J., Dipankui, M. T., Chipenda Dansokho, S., Légaré, F., & Witteman, H. O. (2018). Diabetes-related complications: Which research topics matter to diverse patients and caregivers? *Health Expectations, 21(2),* 549–559. https://doi.org/10.1111/hex.12649

Donaghue, K., Marcovecchio, M., Wadwa, R., Chew, E., Wong, T., Calliari, L., Zabeen, B., Salem, M., & Craig, M. (2018). Microvascular and macrovascular complications in children and adolescents. *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines* 2018.

Dzando, G., Ward, P., Gesesew, H. A., Tyndall, J., & Ambagtsheer, R. C. (2024). Prevalence, perceptions and experiences of frailty among older migrants from low- and middle-income countries to high-income countries: A systematic mixed-methods review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 121, 105360. https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105360

Edvardsson, D., Ekwall, A., Hällgren Graneheim, U., Meidell, L., & Norberg, A. (2010). *Personcentrerad omvårdnad: I teori och praktik*. Studentlitteratur.

Edwall, L., Helström, A., & Danielsson, E. (2007). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing, 17(6),* 772–781. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning* (2:a uppl.). Studentlitteratur.

Erwin, J. E., Brotherson, M. J., & Summers, J. A. (2011). Understanding qualitative metasynthesis: Issues and opportunities in early childhood intervention research. *Journal of Early Intervention, 33(3),* 186–200. https://doi.org/10.1177/1053815111425493

Europaparlamentet. (1 juli 2020). *Utforska migrationsorsaker: varför människor migrerar.* Europaparlamentet. Www.europarl.europa.eu.https://www.europarl.europa.eu/topics/en/article/20200624STO81906/exploring-migration-causes-why-people-migrate

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Conducting systematic literature reviews: evaluation, analysis and presentation of nursing research*. (4th ed.). Nature & Culture.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (3:e uppl.). Studentlitteratur.

Hunskår, S., & Hovelius, B. (2015). *Allmänmedicin* (2:a uppl.). Studentlitteratur AB.

Karolinska Institutet. (October 31, 2023). *Systematic literature review as a thesis*. https://kib.ki.se/soka-vardera/systematic-reviews/systematic- literature review-as-thesis

*Kindarara, DM, McEwen, MM, Crist, JD, & Loescher, LJ (2017). Health-Illness Transition Experiences with Type 2 Diabetes Self-management of Sub-Saharan African Immigrants in the United States. *The Diabetes educator, 43*(5), 506-518. https://doi.org/10.1177/0145721717724725

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-80). Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2023). Tematisk analys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom hälsovetenskaperna* (3:e uppl., s. 313-331). Studentlitteratur.

Koban, L., Gianaros, P. J., Kober, H., & Wager, T. D. (2021). The self in context: brain systems linking mental and physical health. *Nature Reviews Neuroscience*, *22*(5), 309-322.

Konig, K., & Vielhaber, M. (2024). Incorporating Lightweight Design and Design for Sustainability in Product Development-A Meta-Synthesis Based on a Systematic Literature Review. *DS 130: Proceedings of NordDesign 2024, Reykjavik, Iceland, 12th-14th August 2024*, 751-760.

Korhonen, A., Hakulinen, T., Jylha, V., & Holopainen, A. (2013). Meta-synthesis and evidence-based health care - a method for systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(4): PP 1027-34

Kristensson, A. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur.

Kyrou, I., Tsigos, C., Mavrogianni, C., Cardon, G., Van Stappen, V., Latomme, J., ... & Manios, Y. (2020). Sociodemographic and lifestyle-related risk factors for identifying vulnerable groups for type 2 diabetes: a narrative review with emphasis on data from Europe. *BMC endocrine disorders*, *20*(Suppl 1), 134.

lberti, KG, Zimmet, P., & Shaw, J. (2006). Metabolic syndrome--a newworld-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation.*Diabetic medicine: Journal of the British Diabetic Association,*23(5), 469-480. https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x.

Lindh, A., Lagging, E., Jörgensen, L. & Lohm, L. (2011) More dialogue, participation and responsibility are desired in diabetes care. Survey among diabetes patients in Stockholm. *Läkartidningen, 5 volume 108.* http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/15901/LKT1105s203_206.pdf

Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *JBI Evidence Implementation*, *13*(3), 179-187.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219-234). Studentlitteratur.

*Magny-Normilus, C., Whittemore, R., Wexler, DJ, Schnipper, JL, Nunez-Smith, M., & Fu, MR (2021). Barriers to Type 2 Diabetes Management Among Older Adult Haitian Immigrants. *The science of diabetes self-management and care, 47*(5), 382-390. https://doi.org/10.1177/26350106211040435

Malterud, K. (2019). *Qualitative metasynthesis: A research method for medicine and health sciences.* Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429026348.

Mulder BC., Lokhorst AM., Rutten GE. & van Woerkum CM. (2015). "Effective Nurse Communication with Type 2 Diabetes Patients: A Review." Western Journal of Nursing Research: *An International Forum for Communicating Nursing Research, vol. 37, no. 8*, pp. 1100-31.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbeten. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Studentlitteratur.

Mulder BC., Lokhorst AM., Rutten GE. & van Woerkum CM. (2015). "Effective Nurse Communication with Type 2 Diabetes Patients: A Review." Western Journal of Nursing Research: *An International Forum for Communicating Nursing Research*, vol. 37, no. 8, pp. 1100-31.

Nathanson, D., Sabale, U., Eriksson, J., Nyström, X., Norhammar, A., Olsson, U. & Bodegård, J. (2018). Healthcare Cost Development in a Type 2 Diabetes Patient Population on Glucose-Lowering Drug Treatment: A Nationwide Observational Study 2006-2014. *Pharmacoeconomics Open, 2, 393-402*. doi: https://doi.org/10.1007/s41669-017-0063-y

National Board of Health and Welfare (2019). *Equal care*. Stockholm: National Board of Health and Welfare.https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-vard-ochomsorg/jamlik-vard/ [2022-03-31]

Noblit, GW, & Hare RD (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Newbury Park, CA: Sage

O'Flynn, S. (2022). Nurses' role in diabetes management and prevention in community care. *British journal of community nursing*, *27*(8), 374-376.

Paquin, J., Lagacé, J. C., Brochu, M., & Dionne, I. J. (2021). Exercising for insulin sensitivity-is there a mechanistic relationship with quantitative changes in skeletal muscle mass?. *Frontiers in Physiology*, *12*, 656909.

Phillips, A. (2016). Supporting patients with type 1 diabetes. *British Journal of Nursing, 25*(6), 330-334 5p

Plaza Del Pino FJ., Soriano E. & Higginbottom GM. (2013). "Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography." *BMC nursing, vol. 12*.

Polit, DF & Beck, TC (2021). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (11th ed.). Wolters Clusters.

Polit, DF, & Beck CT (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Pot, C. H., Hietbrink, E. A., & Laverman, G. D. (2025). Implementing Lifestyle Counselling Into Secondary Type 2 Diabetes Care: Perspectives From Diabetes Nurses. *Nursing Open*, *12*(4), e70183.

Reed, J., Bain, S., & Kanamarlapudi, V. (2021). A review of current trends with type 2 diabetes epidemiology, aetiology, pathogenesis, treatments and future perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 3567-3602.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: etik för vårdens yrken* (2:a uppl.). Studentlitteratur.

Sarkar, B. K., Akter, R., Das, J., Das, A., Modak, P., Halder, S., Sarkar, A. P. & Kundu, S. K. (2019). Diabetes mellitus: A comprehensive review. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry*, *8*(6), 2362-2371.

*Shahab, Y., Alofivae-Doorbinnia, O., Reath, J., MacMillan, F., Simmons, D., McBride, K., & Abbott, P. (2019). Samoan migrants' perspectives on diabetes: A qualitative study. *Health promotion journal of Australia: official journal of the Australian Association of Health Promotion Professionals, 30(3),* 317-323. https://doi.org/10.1002/hpja.240

Smart CE, Annan F, Higgins LA, Jelleryd E, Lopez M, Acerini CL. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Nutritional management in children and adolescents with diabetes. *Pediatrician Diabetes*. 2018 Oct;19 Suppl. 27:136-154. doi: 10.1111/pedi.12738. PMID: 30062718.

The Swedish National Board for Medical Evaluation, (2014) *Evaluation of methods in healthcare: a handbook*. Elanders Sverige AB.

UNHCR. (2024). *Global Report 2024 | UNHCR*. UNHCR. https://www.unhcr.org/publications/global-report-2024

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *International migration and sustainable development* (Megatrends 3). https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2024_megatrends3-international_migration.pdf

Virupaksha, HG, Kumar, A., & Nirmala, BP (2014). Migration and mental health: An interface. *Journal of natural science, biology, and medicine, 5*(2), 233-239. https://doi.org/10.4103/0976-9668.136141

Williams, R., Karuranga, S., Malanda, B., Saeedi, P., Basit, A., Besançon, S., Bommer, C., Esteghamati, A., Ogurtsova, K., Zhang, P., & Colagiuri, S. (2020). Global and regional estimates and projections of diabetes-related health expenditure: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. *Diabetes research and clinical practice*, *162*, 108072.

Wilson, G., & Hutchison, J. S. (2025). In pursuit of a person-centered approach to care delivery: A qualitative descriptive study of the patient experience of a long-term condition's clinic in general practice. *Qualitative Health Research*, *35*(6), 680-696.

World Health Organization. (2025). *Refugee and migrant health*. https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health

Zhou, S., Ogunjesa, B. A., & Raj, M. (2024). Mental Health Outcomes of Immigrant- and US-Born Caregivers: California Health Interview Survey, 2019-2020. *American Journal of Public Health*, 114, 189-199. https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.2105/AJPH.2023.307396

## Bilaga 1 Sökmatris

| DATABASER | SÖKKOMBINATIONER 1-4 | | | | SPARAD | NEDLADDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Cinahl | 86 469 | 636 | 183 | 32 | 28 | 16 |
| MedLine | 230 877 | 1 018 | 237 | 41 | 15 | 9 |
| Scopus | 1008 484 | 1784 | 191 | 35 | 0 | 0 |
| PubMed | 142 285 | 141 | 26 | 14 | 2 | 2 |
| Cinahl (MH “Diabetes type 2”) | 233 277 | | | | | |
| Cinahl (MH “Experience”) | 1 083 155 | | | | | |
| Cinahl (MH “Lifestyle”) | 152 389 | | | | | |
| Medline "Diabetes mellitus type 2" (Mesh) | 112 896 | | | | | |
| Medline "Migrants or immigrants" "(Mesh) | 29 070 | | | | | |
| Medline "Lifestyle" (Mesh) | 94 994 | | | | | |
| Totalt | | 3579 | 637 | 122 | 35 | 27 |

## SÖKORDSKOMBINATIONER

1. Diabetes Mellitus type 2. Denna sökterm användes initialt för att identifiera den allmänna litteraturmängden relaterad till sjukdomen. Den lägger grunden genom att omfatta ett brett spektrum av studier, kliniska riktlinjer och folkhälsolitteratur, och ger sammanhang till själva tillståndet.

2. Diabetes Mellitus type 2 (diabetes type 2 or diabetes mellitus AND (migrants or immigrants). Denna kombination begränsar fokus genom att koppla sjukdomen till en specifik befolkningsgrupp (migranter/invandrare). Det hjälper till att identifiera studier som diskuterar hur migrationsstatus påverkar prevalensen, hanteringen eller utmaningarna i samband med typ 2-diabetes.

3. Diabetes Mellitus type 2 (diabetes type 2 or diabetes mellitus AND (migrants or immigrants AND (experiences or perceptions or attitudes or views). Detta lager förfinar ytterligare sökningen till kvalitativa studier eller de med patientcentrerat fokus. Det filtrerar effektivt fram forskning som utforskar hur migranter förstår och navigerar i sitt tillstånd, snarare än rent kliniska eller epidemiologiska studier.

4.Diabetes Mellitus type 2 (diabetes type 2 or diabetes mellitus AND (migrants or immigrants AND (experiences or perceptions or attitudes or views) AND (Lifestyle). Denna sista nivå riktar sig till litteratur som inte bara diskuterar migranters erfarenheter utan även kopplar dessa erfarenheter specifikt till livsstilsfaktorer (kost, motion, vanor) som är avgörande för att hantera typ 2-diabetes. Den stöder de teman som finns i din metasyntes gällande kulturella och religiösa matvanor, sociala vanor och livsstilsbegränsningar.

## Bilaga 2: Kvalitetsbedömningsinstrumen

### JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

| | Yes | No | Unclear | Not Applicable |
|---|---|---|---|---|
| 1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Are participants, and their voices, adequately represented? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Overall appraisal: ☐ Include ☐ Exclude ☐ Seek further info. ☐

Comments (Including reason for exclusion)

_____

_____

_____

Copyright © The Joanna Briggs Institute 2014

## Bilaga 3: Matris över urval av artiklar

| Författare | Titel | Metod | Resultat | Kvalitet |
|---|---|---|---|---|
| Magny-Normilus C, Whittemore R, Wexler DJ, Schnipper JL, Nunez-Smith M, Fu MR. (2021) | Barriers to Type 2 Diabetes Management Among Older Adult Haitian Immigrants. Sci Diabetes Self Manage Care. | Beskrivande kvalitativ metod Semistrukturerade intervjuer med 20 haitiska invandrare som deltog i USA | Äldre haitiska invandrare rapporterade att typ 2-diabetes påverkade alla aspekter av deras liv. Ekonomiska svårigheter och social isolering beskrevs som de främsta hindren för att hantera sjukdomen, vilket tvingade dem att välja mellan grundläggande behov och vård, och ibland fick de avstå från mediciner eller undvika att söka medicinsk hjälp. De uppfattade att skapandet och upprätthållandet av gott samhällsstöd var avgörande för egenvård vid typ 2-diabetes. | Hög kvalitet |
| Elif Biyikli Gültekin. (2017) | Difficulties in health care for female Turkish immigrants with type 2 diabetes: a qualitative study in Vienna | En kvalitativ fenomenologisk design användes med ett urval av 13 deltagare rekryterade från de turkiska moskéerna i Wien.<br>Semistrukturerade intervjuer | Det svåraste för deltagarna var att förändra sina matvanor vid typ 2-diabetes på grund av den turkiska matkulturen. Resultaten från denna studie kan användas av vårdgivare för att öka förståelsen för turkiska invandrare och typ 2-diabetes. | Hög kvalitet |
| Abuelmagd, W.; Osman, BB; Haakonsen, H.; Jenum, AK; Toverud, EL (2019) | Experiences of Kurdish immigrants with the management of type 2 diabetes: a qualitative study from Norway. | En kvalitativ studie med fokusgruppsintervjuer<br>Semistrukturerade intervjuer | Deltagarna betonade att det är känslomässigt mycket utmanande att leva med typ 2-diabetes, främst på grund av rädsla för möjliga komplikationer. De uppgav att de följer sina läkemedel och kontrollerar blodsockret i tillfredsställande utsträckning. Majoriteten av deltagarna berättade att de hade gjort förändringar i sin kost, även om det var svårt. Däremot ägnades fysisk aktivitet endast minimal uppmärksamhet. Deltagarnas huvudsakliga informationskälla var allmänläkare, och de flesta var nöjda med den information de fått om sin sjukdom och dess hantering. | Hög kvalitet |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Shahab, Yasin;Alofivae-Doorbinnia, Olataga; 1Reath, Jennifer;MacMillan, Freya;Simmons, David;McBride, Kate;Abbott, Penelope;Alofivae-Doorbinnia, Olataga(2019) | Samoan migrants' perspectives on diabetes: A qualitative study | Induktiv tematisk analys genomfördes med hjälp av en konstruktivistisk grounded theory-metod. Semistrukturerade intervjuer | Tjugo deltagare, i åldrarna 36–67 år, intervjuades. Majoriteten var män (n = 13) och samtliga var invandrare till Australien. Deltagarna rapporterade en rad hinder för tidig upptäckt och egenvård vid diabetes, bland annat kostvanor som är vanliga i deras kultur samt kyrkans och religionens roll. De identifierade att stolthet över sitt arv och sin roll inom familjen kunde utgöra ett hinder för vård, men också erbjuda en möjlighet för hälsofrämjande insatser. | Hög kvalitet |
| Choi, Tammie ST; 1Walker, Karen Z.; 1Palermo, Claire(2018) | Diabetes management in a foreign land: A case study on Chinese Australians. | Tematisk analys med mönstermatchning användes för dataanalysen Deltagarobservationer och kvalitativa intervjuer | Kinesiska migranter verkade uppleva flera hinder för att få tillgång till Australiens diabetesvård, förvärrat av en oöverensstämmelse mellan kinesiska patienters förväntningar och de tillgängliga tjänsterna. Kinesiska patienter föreföll vara kollektivt inriktade och förlita sig på vänner för diabetesvård. Även om vårdpersonal uppfattades som en källa till pålitlig hälsoinformation, gav de ofta inte fortlöpande stöd. | Hög kvalitet |
| Kindarara, Desire M. McEwen, Marylyn M. Crist, Janice D. Loescher, Lois J.(2017) | Health-Illness Transition Experiences with Type 2 Diabetes Self-management of Sub-Saharan African Immigrants in the United States. | En kvalitativ beskrivande metod Semistrukturerade djupintervjuer | Vårdpersonal bör ha kunskap om egenskaperna och förhållandena i övergången mellan hälsa och sjukdom. Denna förståelse är nödvändig för att skapa en grund som underlättar en hälsosam anpassning till övergången vid typ 2-diabetes, vilket kräver utveckling och behärskning av nya färdigheter för att få kontroll över sjukdomen. Kulturanpassade insatser behöver utvecklas för att minska hinder och uppmuntra egenvård i den dagliga hanteringen av typ 2-diabetes hos invandrare från Subsahariska Afrika. | Hög kvalitet |