

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Förutsättningar för att bedriva diabetesvård i
Tanzania.
En kvalitativ intervjustudie.

*Kristina Bergh & Linda Näslund
februari 2009*

Examensarbete 15 hp, C-nivå
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon
Handledare: Barbro Carlesson**

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att beskriva vilken uppfattning sjuksköterskor i Tanzania har om förutsättningarna för att bedriva diabetesvård. Studien genomfördes som en beskrivande kvalitativ intervjustudie. Ett icke-slumpmässigt strategiskt urval gjordes och fem sjuksköterskor deltog. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer och en manifest innehållsanalys gjordes på intervjutexterna. Resultatet visar på en ekonomisk situation med få resurser och tillgångar. Sjuksköterskorna är få och patienterna är många vilket gör att utbildningen och informationsbehovet hos patienterna inte alltid kan mötas. På sjukhuset finns det för lite blodsockermätare och det händer att det inte finns något insulin att tillgå. Den ekonomiska situationen för patienterna gör att de har svårt att få någon kontinuitet i både behandling och kontroller. Insulin är dyrt och alla har inte råd med det. De flesta har ingen blodsockermätare utan kontrollerar sitt blodsocker på klinik, vilket även det kostar pengar. Många har heller inte råd med en fullgod kost. Den ekonomiska situationen både för patienter och sjukvården gör diabetesvården svår.

Nyckelord: diabetes mellitus, nursing care, Africa

Abstract

The aim with this study was to describe what opinion nurses in Tanzania have on their condition to pursue diabetic care. The study was a descriptive, qualitative interview study. A non-random strategic sample was done and five nurses participated. Data was collected by semi-structured interviews and analyzed with a manifest content analysis. The result shows an economic situation with few resources and assets. The nurses were few and the patients were many which is a barrier in the education of the patients. At the hospital there is not enough glucose meters and sometimes there is no supply of insulin. The economic situation for the patients makes it hard to achieve some continuity regarding treatment and control. Insulin is expensive and not everyone can afford it. Most diabetic patients check their blood glucose at the hospital and that is not for free. Many of them can not even afford to follow a nutritious diet. The economic situation for both the patients and the health care makes the diabetic care difficult.

Keyword: diabetes mellitus, nursing care, Africa

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING

ABSTRACT

1 INTRODUKTION.....	1
1:1 SYFTE.....	3
1:2 FRÅGESTÄLLNING	3
2 METOD.....	4
2.1 DESIGN.....	4
2.2 URVAL OCH UNDERSÖKNINGSGRUPP	4
2.3 DATAINSAMLINGSMETOD	4
2.4 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	4
2.5 DATAANALYS.....	5
2.6 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	6
3 RESULTAT	7
3.1 EKONOMISKA MÖJLIGHETER.....	8
3.2 VÅRDENS RESURSER.....	8
3.2.1 <i>Diabetesvårdens organisation.....</i>	<i>8</i>
3.2.2 <i>Sjuksköterskornas utbildning</i>	<i>9</i>
3.2.3 <i>Tillgång till läkemedel och utrustning</i>	<i>9</i>
3.2.4 <i>Patientutbildning.....</i>	<i>11</i>
3.2.5 <i>Utvecklingen av diabetes.....</i>	<i>12</i>
3.3 PATIENTENS RESURSER.....	13
3.3.1 <i>Kost.....</i>	<i>13</i>
3.3.2 <i>Insulinbehandling och blodsockermätning</i>	<i>13</i>
3.3.3 <i>Komplikationer.....</i>	<i>15</i>
3. DISKUSSION	16
3.1 HUVUDRESULTAT.....	16
3.2 RESULTATDISKUSSION.....	16
3.3 METODDISKUSSION	19

REFERENSER	20
BILAGA 1	23
INTERVIEW GUIDE	23

1 Introduktion

Diabetes är ett växande globalt problem. Enligt uppskattningar som WHO gjort kommer förekomsten av diabetes mer än fördubblas från 171 miljoner år 2000 till 366 miljoner år 2030. Mest utsatta är utvecklingsländerna och i Afrika beräknas ökningen vara mer än dubbel, från ca 7 miljoner till ca 18 miljoner. I Tanzania beräknas antalet öka från 201,000 till 605,000, en nästan tredubbel ökning. I Sverige är siffrorna 292,000 med en ökning till 404,000 (WHO, 2007).

Antalet dödsfall relaterad till diabetes uppskattades år 2005 till 1,1 miljoner människor. De flesta av dödsfallen, 80 %, sker i låg- och medelinkomstländer. WHO (2007) uppskattar att dödsfall bland diabetiker kommer att öka med 50 % de närmsta 10 åren om ingenting görs. Under en 20-årsperiod i Sydafrika dog 43 % av deltagarna i en studie om diabetes och mortalitet. Medelåldern vid studiens start var 22 år och medelåldern bland de avlidna var 33 år (Gill, Huddle & Monkoe, 2005). En studie uppskattar att 1 av 10 dödsfall i åldern 35-64 i utvecklingsländer är relaterad till diabetes (Roglic et al, 2005). Urbanisation är vanligt i många utvecklingsländer och detta är en riskfaktor för att få diabetes (Bouguerra et al, 2007).

I Afrika utgör diabetes ett växande problem på flera nivåer. En studie visade att vårdpersonal i Moçambique och Zambia sällan träffar patienter med diabetes typ-1. Detta medför då att patienter många gånger får fel diagnos för att personalen har liten kunskap om sjukdomen och inte de rätta verktygen för att ställa en rätt diagnos (Beran, Yudkin & Courten, 2005).

Tillgången på insulin, medicinsk utrustning såsom blodsockermätare, sprutor och testremsor är ett problem. Bristen på insulin beror dels på dåliga ekonomiska resurser både inom hälsovård och bland patienter. Det existerar även problem med distributionen av insulinet på grund av bristande infrastruktur och med förvaringen av det, särskilt bland patienterna, då det ska förvaras kallt (Beran et al., 2005; Simpson, 2003).

I en studie gjord i Tanzania framgår det att lite tid ägnas åt att ge information och utbildning om diabetes till diabetespatienter. Många av diabetespatienterna hade dåliga kunskaper om sjukdomen. Mer än hälften visste exempelvis inte vad ett normalt blodsockervärde ska ligga på. Endast 12 % av diabetikerna i studien kontrollerade själva sitt blodsocker. Detta gjordes dock bara en gång i veckan. För de flesta var det vanligaste att det endast kontrollerades en gång i månaden och då på klinik (Simpson, 2003). En annan studie i Tanzania visar även den

samma tendens ifråga om dålig och oregelbunden blodsocker kontroll (Neuhann, Warter-Neuhann, Lyaruu & Msuya, 2002).

Problematiken med insulinbehandlingen är dubbelbottnad och handlar dels om tillgänglighet och dels om kostnaden. Även om det finns tillgängligt så har många inte råd att köpa insulin. Har patienterna de ekonomiska förutsättningarna så är det inte säkert att det finns att tillgå. Tillgängligheten varierar och är oregelbunden. Som en följd av detta blir insulinbehandlingen ofta avbruten (Simpson, 2003).

Den ekonomiska bördan för patienter med diabetes är överhängande och en stor del av den samlade familjeinkomsten går åt till vård och behandling för sjukdomen (Simpson, 2003). Många tillfrågade diabetespatienter i området runt Kilimanjaro i Tanzania menade att den kostnaden ständigt ledde till ekonomiska problem (Neuhann et al., 2002).

Diabetiker som lever i länder med knappa resurser och en egen knapp ekonomi möter extrema problem relaterad till sin sjukdom (Neuhann et al., 2002). I en studie om upplevd hälsa bland diabetiker i Tanzania respektive Sverige visade det sig att tanzanierna rapporterade en sämre upplevd hälsa än svenskarna. Dessutom jämfördes i samma studie diabetikerna med en jämförbar population i samma område utan diabetes, detta gjordes i både Tanzania och Sverige. I Tanzania rapporterade diabetikerna en sämre hälsa jämfört med resten av populationen. I Sverige fanns ingen märkbar skillnad mellan diabetiker och icke-diabetiker (Smide, Lukwale, Msoka & Wikblad, 2002). En annan studie visar på samma resultat gällande hälsorelaterad livskvalitet bland diabetiker och icke-diabetiker i Tanzania (Msoka, Lugina & Smide, 2006).

Sedan 2004 har det etablerats diabeteskliniker runt om i Tanzania. Utbildning av vårdpersonal om diabetes gavs i samband med satsningen samt ett ”start-kit” innehållande bl.a. blodsockermätare gavs varje klinik. Något år efter gjordes utvärderingar av projektet som visade på positiva trender. Dock finns det fortfarande brister gällande exempelvis utbildning och tillgänglig utrustning och medicin (Ramaiya, 2006). Egenvård är en viktig komponent i diabetesvården. Många diabetespatienter i Tanzania känner sig inte tillfredställda med denna bit på grund av otillräcklig utbildning om diabetes samt brist på insulin (Smide, Ekman, Wikblad, 2002).

För att kunna möta det växande problemet med diabetes har det poängterats att sjuksköterskan spelar en viktig roll i det arbetet (Hjelm, Mufunda, Nambozi & Kemp, 2003). En studie om diabetesvård på landsbygden i Sydafrika visar att utbildning ledd av sjuksköterskor skapar en bättre kontroll av blodsockret utan någon ändring i medicinering (Gill, Price, Shandut, Dedicoatt, Wilkinson, 2008).

Knappa resurser i vården, brist på insulin, bristande kunskaper om diabetes både hos patienter och hos vårdpersonal har betydelse för sjuksköterskan i arbetet med diabetespatienter. Tanzania har en befolkning på ca. 40 miljoner och är ett av de fattigaste länderna i världen. I landet finns det 13 292 sjuksköterskor vilket är 0,37 sjuksköterskor per 1000 invånare (WHO, 2006). Uppfattningar om hur det är att arbeta under sådana omständigheter är av intresse för att få en bredare och djupare förståelse för problematiken.

1:1 Syfte

Syftet med studien var att beskriva vilken uppfattning sjuksköterskor i Tanzania har om förutsättningarna för att bedriva diabetesvård.

1:2 Frågeställning

Vilken uppfattning har sjuksköterskor i Tanzania om förutsättningarna för att bedriva diabetesvård?

2 Metod

2.1 Design

Studien genomfördes som en beskrivande kvalitativ intervjustudie med en induktiv ansats (Polit & Beck, 2004).

2.2 Urval och undersökningsgrupp

Ett icke-slumpmässigt strategiskt urval gjordes. Undersökningsgruppen bestod av fem sjuksköterskor som arbetar på diabeteskliniken samt medicinavdelningen på Kilimanjaro Christian Medical Center (KCMC) i Moshi, Tanzania. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle prata flytande engelska samt vara från Tanzania.

Alla deltagare var kvinnor mellan 33 och 57 år. Den deltagare som arbetat längst som sjuksköterska hade arbetat i 35 år och den som arbetat kortast tid i nio år. Att inga manliga sjuksköterskor deltog i studien berodde på att inga män arbetade på diabeteskliniken respektive medicinavdelningen.

2.3 Datainsamlingsmetod

Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer. Intervjuguiden innehöll 16 frågor. Frågornas huvudsakliga innehåll handlade om sjuksköterskornas samt patienternas utbildning, hur vården fungerar, patienternas situation, resurser och utvecklingen av diabetes (Bilaga 1).

2.4 Tillvägagångssätt

Kontakt med rektor på sjuksköterskeskolan på Tumaini Universitet togs under februari månad 2008 ifrån Sverige där frågor om tillstånd och etisk prövning klargjordes. Inga tillstånd eller någon etisk prövning krävdes. På plats i Tanzania tog författaren kontakt med rektor på skolan som i sin tur kontaktade sjuksköterskekoordinatören på sjukhuset. Deltagarna förmedlades via koordinatören på sjukhuset. Författaren kontaktade respektive deltagare för en beskrivning av studien och dess syfte, samt få ett muntligt medgivande om de ville delta. Fem sjuksköterskor kontaktades från början via koordinatören och alla deltog.

Intervjuerna genomfördes på sjukhuset, på sjuksköterskans arbetsplats. I de fall det gick gjordes intervjuerna i ett enskilt rum.

Bandspelare användes vid intervjuerna. Intervjuerna tog ca 30-60 minuter och ägde rum under våren 2008.

Intervjuerna genomfördes av en av författarna, som under våren 2008 var i Tanzania på verksamhetsförlagd utbildning.

2.5 Dataanalys

Varje intervju transkriberades och en manifest innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004) gjordes på intervjutexterna. Transkriberingen och dataanalysen gjordes av båda författarna tillsammans. Intervjutexterna lästes flera gånger av författarna för att få en helhetsuppfattning av innehållet. Meningsenheter valdes ut och jämfördes. Meningsenheter med liknande innebörd fördes samman för att sedan kondenseras. Vidare analys genomfördes och efter gemensamt innehåll sattes dessa in i kategorier och subkategorier. Även ett övergripande tema identifierades under analysen. Figur 1 visar hur analysprocessen gått till.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Subkategori	Kategori
Because, it needs a lot of money to... I mean to fight it....to make it. Because you need to go to hospital, you need the money for treatment, you need money for at least you could have diet. If you are not... If you could not be sick in diabetes you could eat everything that you can afford but then....if you...you want to eat as you used to eat before you got sick. You will also always run into hyperglycemia. That you will eat too much carbohydrates.....and then if you are not carefull then always your bloodsugar will rise up.	Att ha diabetes är kostsamt. Maten kostar. Att ha den kosthållning man hade innan sjukdomen leder ofta till hyperglykemi då den innehåller för mycket kolhydrater.	Kost	Patientens resurser

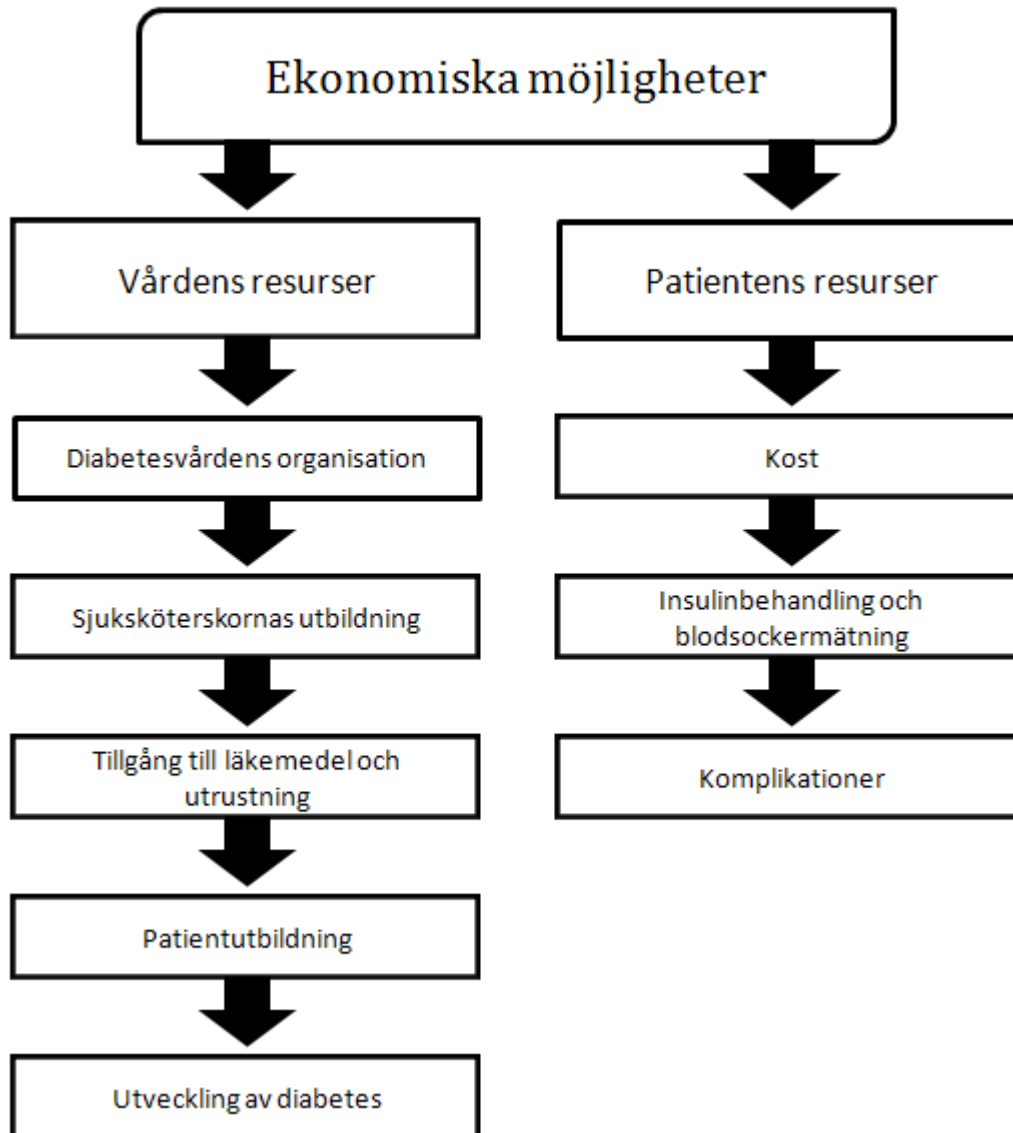
Tabell 1: analyschema

2.6 Forskningsetiska överväganden

Förfrågan om eventuell etisk prövning gjordes i samband med första kontakten med rektorn för sjuksköterskeutbildningen, som även sitter med i den etiska kommittén. Någon etisk prövning krävdes inte då detta ej ansågs vara någon större forskningsstudie. Information om syftet med studien gavs muntligt till deltagarna. Samtidigt gavs information om att deltagandet var frivilligt och att deltagarna när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att det innebar något negativt för deltagarna. Vidare informerades att uppgifter och information om deltagarna kommer att behandlas konfidentiellt så att ingen enskild person kan pekats ut i resultatredovisningen.

3 Resultat

Resultatet kommer att presenteras utifrån de teman, kategorier och subkategorier som hittades under analysen. Ett övergripande tema, två kategorier med fem respektive tre subkategorier påträffades. Nedan visas vilka kategorier och subkategorier som framkom under analysen.



3.1 Ekonomiska möjligheter

Tanzania är ett av de fattigaste länderna i världen och fattigdomen drabbar då även sjukvården. Vården är inte gratis i Tanzania. Patienterna får betala för all vård, behandling och läkemedel. Sjuksköterskorna är underbemannade och att utbilda sig till sjuksköterska är förhållandevis dyrt. Den ekonomiska situationen påverkar alla led i vårdkedjan. Sjukvården har dåliga resurser och patienterna har inte ekonomi nog att tillgodose sitt vårdbehov.

I denna studie var det ekonomin som tydligast påverkade diabetesvården på olika plan. Detta kommer att beskrivas vidare.

3.2 Vårdens resurser

3.2.1 Diabetesvårdens organisation

Diabeteskliniken är öppen tre dagar i veckan och har en sjuksköterska anställd på heltid. Dit kan patienterna komma för att få testa sitt blodsocker, få undervisning och information. Kliniken har endast ett litet rum till förfogande. Tidigare hade de även ett annat rum avsett för just utbildning av patienter men detta används idag till något annat. Utbildningen anses ha sådan betydelse att trots brist på utrymme så försöker sjuksköterskorna efter bästa förmåga att bedriva utbildning. Det finns även broschyrer där patienten kan läsa om diabetes, komplikationer, kost etc. Dessa är dock inte gratis, pengarna behövs för att trycka nya broschyrer.

En dag i veckan är avsatt endast för barn med diabetes. För barnen är diabetesvården gratis och de får även insulin utan kostnad till skillnad från de vuxna. HbA1c är även det gratis för barnen medan det är stor kostnad för de vuxna och ingenting som görs på kliniken då varken patienten eller sjukhuset har de resurserna.

På de flesta avdelningar finns en specialistutbildad diabetessjuksköterska. Dessa har det övergripande ansvaret för att patienten med diabetes får kunskap och information om sin sjukdom, eller vad hon eller han bör göra för att undvika komplikationer. Dock råder det en brist på sjuksköterskor och det händer att patienter skrivs ut ifrån avdelningarna utan att ha fått tillräckligt med kunskap och utbildning. Det finns ett stort behov av att informera och utbilda patienten om sin sjukdom men tidsbrist och underbemanning gör att det inte alltid går

att möta det behovet. Resultatet blir att patienterna skrivs ut och sedan kommer tillbaka med svåra komplikationer.

3.2.2 Sjuksköterskornas utbildning

Alla sjuksköterskor har någon form av diabetesutbildning, andra har en mer djupare specialistutbildning. Sjuksköterskorna anser dock att deras utbildning inte alltid är adekvat, teknologin och utvecklingen går framåt och det gäller att ta del av ny information för att kunna ge en bra vård

“Because most of the technology changes so we have to update. We need more and more ...I mean the world is changing, we have to go with the technology and new informations”

Mycket av den nya informationen är upp till sjuksköterskorna själva att söka antingen genom Internet, böcker, tidskrifter eller ifrån andra medarbetare. Varje vecka ges en fortlöpande utbildning för sjuksköterskor av sjuksköterskor från olika avdelningar. När sjuksköterskorna från diabeteskliniken håller i utbildningen presenteras ny forskning om diabetes.

“The treatment mostly we get it from the doctor’s. And other information also we have to search in the internet, when we get time we read in books and get more information. // We have continues education program for the nurses every Tuesday in the morning. We work on it in different deaprtments... So much of the information also we normally get it from the diabetic clinic nurses. They come to present the new issues they have gained from there.”

3.2.3 Tillgång till läkemedel och utrustning

Mediciner, blodsockermätare och testremsor finns. All nödvändig utrustning finns på sjukhuset. Däremot så är det kvantitet som saknas. På medicinavdelningen finns det endast en blodsockermätare. Diabetespatienterna är många till antal och en blodsockermätare anses inte vara tillräckligt. Däremot händer det att insulinet på sjukhuset tar slut men då finns det att köpa på något av apoteken inne i staden för patienterna. Dock är priset mycket högre där än vad det är på sjukhuset, det är nästan det dubbla. Ofta finns insulin att tillgå igen efter några

dagar upp till en vecka.

"...we face problems in that, the equipment...the glucometer itself...we can have diabetic patients, 15 of them. And checking random bloodglucose, or perhaps fasting bloodglucose for all the patients in the morning using the one glucometer. It delays work also."

I och med att många av patienterna inte har någon egen blodsockermätare så förloras mycket av den information som hade behövts i vården. Svårigheten ligger i att det inte finns någon dokumentation eller information om hur blodsockernivåerna har legat. Läkarna kan få det svårt att bestämma insulindosen då denna information saknas och många gånger får de gissa sig till en lämplig dosering.

"But for us it's difficult. Even when the patient reports to the hospital. You tell him that...'how is your bloodsugar going, is it going up or low?'. He is unable to state out because he doesn't have the documentation, he doesn't have any information which gives us...if the bloodsugar is low or high. For those with glucometer they can state out. // But here it's difficult to judge. If you are a doctor it's difficult to judge the dose because the patient himself hasn't had the information on the insulin...yeah, on the bloodsugar. "

Uppföljning av patienterna i deras hemmiljö saknas men är något som hade varit önskvärt. Dock fattas resurser för att kunna åka på hembesök. Vidare finns det heller inget samarbete med andra instanser inom hälso- och sjukvården som skulle kunna underlätta uppföljningen. Många av patienterna bor långt bort på landsbygden vilket gör att de inte lätt tar sig till sjukhuset och kontakten med sjukvården blir för gles.

"I was thinking that, the most important thing is to follow this patients at home and see hoe they are doing. // But no, we can not afford to visit our patients, some of them are staying very far and also the hospital can not provide us with transport. So we can not meet them at their respective areas."

3.2.4 Patientutbildning

Det alla sjuksköterskor är överens om är att utbildningen till patienten är det viktigaste i vården av diabetiker, de menar att om patienten ska må bra så måste de ha kunskap om deras sjukdom och kunna se vikten av läkemedelsbehandlingen.

”The very important thing is education. Education is more important even more than drugs. If you want your...the people...with diabetes, to go well with their disease the most thing is the education. To know their disease. To know how they are supposed to take care of themselves. To know the most important, what is the importance of taking drugs. Not to stop drugs. It is very important.”

Utbildningen handlar dels om att kunna känna till symtom på hyper- och hypoglykemi. Sjuksköterskan tar också upp viktiga aspekter så som att sköta sina fötter för att undvika att få sår, att själv injicera sitt insulin, vikten av motion och hur komplikationer undviks.

”To know their disease ,how to take care of the feet how to prevent them from getting wounds. The patient most know the signs and symptoms of hypoglycemia, the hyperglycemia...so...and to be aware with, to go to the hospital soon.”

Många patienter bor på landsbygden och lever på den mat som odlas där. Därför är det viktigt att veta vad som odlas i det område där patienten bor. Utifrån det utbildas patienten i vad hon eller han bör äta eller inte äta.

“And then we are looking at the specific areas where the patient is coming from what other food or crops wich are grown in particular area so we can eduate the patient in such way that she know what to eat and what to avoid”

”The patients in the ward they need education .Nobody can talk with the patients. Sometime the patients will be discharged ..no education about how to inject insulin. So they come with uncontrolled diabetes.”

3.2.5 Utvecklingen av diabetes

Gemensamt för alla sjuksköterskor är synen på utvecklingen av diabetes i Tanzania. Diabetes ökar hos befolkningen och det märks inom vården. Diabetespatienterna har blivit flera och trycket på sjukvården har ökat. Diabeteskliniken har idag mer än dubbelt så många patienter än för ca 10 år sedan. Detta i förhållande till att kliniken bara har en sjuksköterska som jobbar heltid där gör arbetsbördan stor och det skulle behövas fler sjuksköterskor.

”In fact my view is that the diabetes is increasing. Very much increasing. Because when we, back in 1996, when we started the clinic we hardly have... we started with small amount of... I mean small numbers of patients. But now a days you come to clinic, 40 patients... In a day. And previously we took about 20, 20 in a day or less than that. But now a days you find that the clinic is full.”

Anledningen till den stora ökningen tror många beror på förändrade kostvanor och en förändrad livsstil. Befolkningen äter en annan sorts mat och lever ett mer västerländskt influerat liv idag. Oavsett anledningen så ökar diabetes och det börjar bli ett stort problem. De höga omkostnaderna för diabetiker gör att även dödligheten hos diabetiker ökar. Insulin är för dyrt och de ekonomiska resurserna räcker inte till. En önskan finns att staten ska gå in och hjälpa till, eller att det ska finnas donatorer eller organisationer som ekonomiskt kan bistå med detta, som det gör för exempelvis både HIV/AIDS och TBC.

”And for the diabetic, it’s increasing and the death is increasing because of the ...people don’t manage to buy the insulin. That’s the mayor problem, yeah. The poverty. So perhaps the goverment could intervene and give the free medicin and perhaps it could reduce. And people could live longer. Because people are dying now and then...Very young people. We experience very young people for the diabetic ketoacidosis.”

3.3 Patientens resurser

3.3.1 Kost

Kosten är en viktig aspekt för diabetiker och något som alla sjuksköterskorna tar upp. De undervisar om vikten av att äta regelbundet och att äta en fullgod kost. Fast i en kontext där fattigdomen är utbredd är teori och praktik inte alltid förenliga. Trots att patienterna har kunskap om kostens betydelse går det inte alltid att följa de riktlinjer som finns när de ekonomiska förutsättningarna inte tillåter det. Att ha samma kosthållning som innan sjukdomen leder ofta till hyperglykemi då den innehåller för mycket kolhydrater. Många jobbar ute på fälten från morgon till kväll och har ingenting eller endast gröt att äta under dagen. Många familjer har inte råd att äta tre gånger om dagen utan äter kanske bara två gånger. Detta är inte tillräckligt för en diabetiker och det vet de själva om men de har ingen annan valmöjlighet.

”So they say that you are teaching us this but we can not afford to have this. Because we are poor, we can not afford to have... We have to go to the farmers, they have to go to the field from morning to...until evening. They are in the field, they have nothing to eat in the field. So it's really difficult.”

3.3.2 Insulinbehandling och blodsockermätning

I Tanzania är insulin förhållandevis dyrt för patienterna och detta visar sig på flera plan. Bristen på pengar ses som ett av de största problemen när det gäller läkemedelsbehandlingen, då särskilt insulinbehandling. Om en patient vid utskrivning från sjukhuset inte har pengar att köpa insulin för kan de via den sociala myndighet som finns på sjukhuset få hjälp med detta. Patienterna lämnar in en ansökan och kan då få insulin med sig hem. Dock handlar det om ca en ampull insulin som de får. När detta är slut får de själva stå för kostnaden. Problemet med detta är att många inte har råd att köpa mer insulin. Flera av sjuksköterskorna poängterar att patienterna försöker sitt bästa för att kunna köpa och ta sitt insulin. Antingen lånar de pengar eller säljer något de har hemma. Återkommande är även att patienterna sparar eller reducerar insulindosen så att den ska räcka längre. Detta gör då att blodsockernivåerna stiger och i värsta fall kan det sluta med att personen får en ketoacidosis.

” So you may find that sometimes, if they don't have money they will reduce the dose... Or he will sell some of the items or maybe a chicken or whatever she has or he has at home, so that he will get some money for buying the drugs.”

“So when the...he thinks that the bloodsugar is very low, he can skip that dose thinking that...oh, I'm going to preserve this dose for the future.// So in preservation of that one the bloodsugar goes up...and when the medication is finished and he is not able to afford to buy the new one...so the bloodsugar rise up and he ends up with diabetic ketoacidosis.”

Ett stort problem för diabetikerna är kontinuiteten i läkemedelsbehandlingen. Den höga kostnaden samt att insulin inte alltid finns tillgängligt hos apoteket på sjukhuset gör att patienterna inte kan ta sitt insulin kontinuerligt. Många av diabetespatienterna kommer till sjukhuset med för högt blodsocker relaterat till att de inte har råd att köpa insulin.

” The insulin it cost much. The patients they can not manage to buy the insulin. // So when they are coming to the special care everytime, everytime due to high bloodglucose. Because of no insulin.”

Att ha kontroll över sitt blodsocker är ett annat problem som många diabetiker står inför. De flesta har ej tillgång till en egen blodsockermätare då även detta är en kostnad som de inte har råd med. För att få sitt blodsocker testat måste diabetikerna besöka sjukhuset. Även detta kostar och vanligen görs bara en koll i veckan eller en varannan vecka. Detta anses inte tillräckligt och gör det givetvis svårt att ha kontroll över blodsockernivåerna. De som har råd med både insulin och blodsockermätare har inte mycket av komplikationer men för de som inte har pengar kan det vara svårt.

” Even the glucometer, the bloodsugar, to check with the glucometer here. It's 2000 tsh just checking once. And for those who can not afford... It is a lot of money. It should not be a disease of the poor people.”

3.3.3 Komplikationer

Bristen på pengar leder till en läkemedelsbehandling och ett kostintag som är bristfälligt. Detta i sin tur resulterar i komplikationer som följd. Till intensivvårdsavdelningen kommer många patienter med ketoacidosis. Utgången är många gånger döden. Sjukvården kostar pengar och de som inte har några väntar med att ta sig till sjukhus. När patienterna kommer med för högt blodsocker upptäcks att de redan har en komplikation som exempelvis fotgangrän, njur- eller leverskador. Problemet är att patienterna inte kan ha kontroll över sitt blodsocker och hålla det inom normala nivåer. Vanligt är även att många söker vård så pass sent att amputation är enda utvägen.

"...for the most time they stay in...at home with the wound without taking care of it, they neglect to go the hospital. So they end up with amputation."

3. Diskussion

3.1 Huvudresultat

Sjuksköterskans förutsättningar för att bedriva diabetesvård präglas av en ekonomisk situation med få resurser och tillgångar. Det är få sjuksköterskor och mycket patienter. Utbildning av patienter anses viktigt men för lite sjuksköterskor och för lite utrymme försvårar.

Sjuksköterskornas egna utbildning om diabetes ansågs inte helt adekvat utan de måste själva söka information om ny forskning och liknande. Utrustning som blodsockermätare, testremсор och sprutor finns på sjukhuset men det finns för lite av det, särskilt blodsockermätare.

Läkemedel finns oftast att tillgå men det händer att insulinet tar slut. Den ekonomiska situationen för patienterna gör att de inte kan äta en fullgod kost och inte har råd med sin insulinbehandling. De flesta har heller inte råd med egen blodsockermätare utan kontrollerar sitt blodsocker på sjukhuset. Det kostar pengar och vanligtvis gör patienterna en koll en gång i veckan eller varannan vecka. Den ekonomiska situationen gör både kontinuiteten i behandlingen och vårdbesöken bristfälliga.

3.2 Resultatdiskussion

I Afrika utgör diabetes ett allt större problem. Urbanisering och en förändrad livsstil är bidragande orsaker till ökningen i utvecklingsländer. ”Coca-colanization” är ett uttryck för en process i utvecklingsländer där en ”modern” västerländsk livsstil ersätter ett mer traditionellt sätt att leva. I detta ingår urbaniseringen, en förändrad kost och mindre fysisk aktivitet (Zimmet, 2000; Zimmet, McCarty, de-Courten, 1997; Maletnlema, 2002).

I många utvecklingsländer är insulintillgången låg och kostnaden hög. I ett annat östafrikanskt land, Malawi, kostade en månads insulinbehandling 19,6 dagslöner (Mendis *et al*, 2007).

Kostnaden för insulin var ett betydande problem även i denna studie och patienter kunde reducera insulindosen så den skulle räcka längre. En annan studie från Tanzania visade att insulinbehandlade diabetiker hade en sämre hälsa än andra diabetiker (Smide, Whiting, Mugusi, Felten, Wikblad, 1999). Tillgången på insulin på sjukhuset i denna studie var bristfällig och detta har visat sig vara fallet även i andra undersökningar i låginkomstländer (Beran *et al*, 2005; Alberti, Boudriga, Nabli, 2007; Mendis *et al*, 2007). Om insulinet var slut på sjukhuset kunde patienterna köpa det hos privata aktörer inne i staden. Priset hos dessa var

mycket högre än det på sjukhuset. Att det förhåller sig på detta vis är något som är vanligt även i andra utvecklingsländer och det kan resultera i att patienter går obehandlade (Mendis *et al*, 2007). Förutom insulinkostnaden fanns det andra omkostnader för patienten. Att testa sitt blodsocker, göra andra kontroller och besök på sjukhus kostade pengar. Resor för de som hade lång väg till sjukhuset och maten kostade. I Tunisien, ett medel/låginkomstland, påverkade ekonomin diabetiker på liknande sätt. Den dåliga ekonomin utgjorde ett hinder för patienternas vård på flera plan och påverkade besök och resor till sjukhus för kontroller, köp av mediciner samt kosthållningen (Alberti *et al*, 2007).

Ekonomi för patienter och för sjukhusen försvårar en mer patientnära och kontinuerlig vård. I denna studie framkommer det att det finns önskemål om en uppsökande verksamhet där sjuksköterskorna skulle kunna besöka patienter i deras hem. Ingen sådan verksamhet eller någon egentlig uppföljning eller samarbete med andra instanser fanns. Kontinuiteten i vården försvåras ytterligare av att många patienter bor långt bort och att resorna samt besöken på sjukhuset kostar. En uppföljning av patienterna har visat ge en bättre blodsockerkontroll och skapa ett bättre hälsobeteende (Wong, Mok, Chan, Tsang, 2005). En annan studie visar även den på vikten av kontinuitet i vården och hur det ger en god diabeteskontroll (Mainous, Koopman, Gill, Baker, Pearson, 2004).

Patientutbildning var återkommande den faktor som sjuksköterskorna ansåg vara en av de viktigaste i diabetesvården och ibland även viktigare än mediciner. Patienter med låg utbildningsnivå tenderar att få en mer svårreglerad diabetes (van de Sande, Dippenaar, Rutten, 2007). Flertalet studier påvisar vikten av både utbildning och uppföljning för att förbättra och upprätthålla normala blodsockernivåer. En Sydafrikansk studie visar på en positiv relation mellan information/patientutbildning och blodsockerkontroll, dessutom fanns det även en positiv relation mellan att få informationen från en sjuksköterska eller inte (van de Sande *et al*, 2007). McPherson, Smith, Powers och Zuckermans (2008) studie visar att det finns ett samband mellan god blodsockerkontroll och kunskap om sin läkemedelsbehandling. Utbildning och uppföljning förbättrar den fysiska aktiviteten och leder till bättre blodsockernivåer och bättre hälsa (Allen, Fain, Braun, Chipkin, 2008). En bättre kontroll, ett förbättrat och bibehållet HbA1c har även en ekonomisk betydelse genom att det minskar vårdkostnaden för patienterna (Wagner *et al*, 2001). Dock återkommer alltid den ekonomiska

delen som ett hinder i vården i denna studie. HbA1c testas endast på barn på sjukhuset, inte på vuxna då det kostar alldeles för mycket. Detta är även vanligt förekommande i andra utvecklingsländer (Alberti *et al*, 2007).

Underbemanning på sjukhuset skapade brister i patientutbildningen. Patienter kunde bli utskrivna utan att få tillräckligt med information eller utbildning om diabetes och detta resulterade i att de kunde komma tillbaka med komplikationer. Mer än 60 % av diabetespatienterna i Tanzania har problem med sina fötter jämfört med 35 % i Sverige och väldigt få av diabetespatienterna i Tanzania inspekterar själva sina fötter. Det finns även ett större intresse av att få mer utbildning om fotvård i Tanzania än i Sverige (Smide, Wikblad, 2000). Vidare har diabetiker i Tanzania en sämre hälsa och stöter på mer problem i arbetet eller andra dagliga aktiviteter jämfört med andra (Smide *et al*, 1999).

För lite sjuksköterskor och läkare i kombination med en hög arbetsbörda och mycket patienter gör givetvis det svårt att bedriva en bra vård. Detta, som mycket annat, ser ut på samma sätt i andra utvecklingsländer (Alberti *et al*, 2007).

Som visats i denna studie och i andra studier från utvecklingsländer har ekonomin en betydande roll för diabetesvården. Vård finns att tillgå men knappa resurser för patienterna gör kontinuiteten bristfällig och därmed försvårar det även sjuksköterskornas arbete. Förutsättningarna försvåras ytterligare av personalbrist, brist på utrustning och utrymme. Kunskapen finns men ekonomin är det största hindret i vården.

3.3 Metoddiskussion

Studien var av kvalitativ karaktär. Ett icke-slumpmässigt strategiskt urval gjordes där sjuksköterskor som arbetade på medicinavdelningen samt på diabeteskliniken valdes ut och tillfrågades. Detta gjordes tillsammans med en koordinator på sjukhuset. Inklusionskriterierna var att de skulle prata flytande engelska samt komma från Tanzania. Att deltagarna skulle komma från Tanzania ansåg författarna vara av värde då de förmodligen besitter en djupare kunskap om situationen i landet, samt vet hur sociala och kulturella faktorer inverkar. Att engelska var ett krav berodde på att kommunikationen underlättades och att ingen tolk behövdes. Endast kvinnor deltog i studien och detta för att det inte fanns några män som arbetade på respektive avdelning.

Semi-strukturerade intervjuer var att föredra då det fanns vissa områden som skulle täckas samtidigt som möjligheten att ställa följdfrågor fanns. Intervjuerna ägde rum på sjukhuset, på respektive sjuksköterskas arbetsplats. I den mån det gick så hölls intervjuerna så avskilt som möjligt. Dock hade det varit att föredra att hålla de på någon annan plats då det ofta var stökigt och mycket folk i närheten.

Transkriberingen och dataanalysen gjordes tillsammans av båda författarna.

Referenser

- Alberti, H., Boudriga, N., Nabli, M. (2007). Primary care management of diabetes in a low/middle income country: A multi-method, qualitative study of barriers and facilitators to care. *BMC Family practice* 8; 63
- Allen, N.A., Fain, J.A., Braun, B., Chipkin, S.R.(2008). Continuous glucose Monitoring counselling improves physical activity behaviours of individuals' with Type 2 diabetes: A Randomized clinical trial. *Diabetes research and clinical Practice* 80, 371-379.
- Beran, D., Yudkin, J.S., De Courten, M. (2005). Access to Care for Patients With Insulin- Requiring Diabetes in Developing Countries: Case studies of Mozambique and Zambia. *Diabetes Care*, 28(9), 2136-2140.
- Bouguerra, R., Alberti, H., Salem, L.B., Rayana, C.B., Atti, J.E., Gaigi, S., et al. (2007). The global diabetes pandemic: the Tunisian experience. *European Journal of Clinical Nutrition*. 61, 160-165.
- Gill, G.V., Huddle, K.R.L., Monkoe, G. (2005). Long-term (20 years) outcome and mortality of type 1 diabetic patients in Soweto, South Africa. *Diabetic Medicine*. 22, 1642-1646.
- Gill, G.V., Price, C., Shandut, D., Dedicoatt, M., Wilkinson, D. (2008). Clinical care and Delivery. An effective system of nurse-led diabetes care in rural Africa. *Diabetic Medicine*. 25, 606-64.
- Hjelm, K., Mufunda, E., Nambozi, G., Kemp, J. (2003). Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 424-434.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educator Today*, 24, 105-112.
- Mainous, A.G., Koopman, R.J., Gill, J.M., Baker, R., Perion, W.S. (2004). Relationship Between Continuity of care and diabetes control: Evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American journal of public health*, Vol 94, no1
- Maletnlema, T.N.A. (2002) Tanzanian perspective on the nutrition transition and its Implications for health. *Public health nutrition* 5 (1A), 163-16.
- Mc Pherson, M.L., Smith, S.W., Powers, A., Zuckerman, I.H. (2008). Association between Diabetes patient's knowledge about mediations and their blood glucose control. *Research in social and administrative Pharmacy* 4, 37-45

- Mendis, S., Fukino, K., Cameron, A., Laing, R., Filipe, A., Khatib, O., *et al* (2007). The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low- and middle-income countries. *Bulletin of the world health organization* ,85(4) 279-288.
- Msoka, A., Lugina, H., Smide, B. (2006). Assessment of health-related quality of life in people with diabetes and people without diabetes in Tanzania. *European Diabetes Nursing*, 3(1), 34-39.
- Neuhann, H.F., Warter-Neuhann, C., Lyaruu, L., Msuya, L. (2002). Diabetes care in Kilimanjaro region: clinical presentation and problems of patients of the diabetic clinic at the regional referral hospital-an inventory before structured interventioned. *Diabetic Medicine*, 19, 509-513.
- Polit, D., Beck, C.T. (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Ramaiya, K. (2006). Setting up diabetes clinics in Tanzania. *Pract Diab Int*, 23(8), 339-340.
- Roglic, G., Unwin, N., Bennett, P.H., Mathers, C., Tuomiletho, J., Nag, S., *et al*. (2005). The burden of mortality attributable to diabetes. *Diabetes Care*, vol. 28, number 9. 2130-2135.
- Simpson, K. (2003). Diabetes in Tanzania: insulin supply and availability. *J R Coll Physicians Edinburg*, 33, 181-201.
- Smide, B., Whiting, D., Mugusi, F., Felten, L., Wikblad, K.(1999). Self-perceived health in Urban diabetes patients in Tanzania. *East African Medical Journal*. 76 (2) 67-70.
- Smide, B. (2000). *Self-Care, Foot Problems and Health in Tanzanian Diabetic Patients and Comparisons with Matched Swedish Diabetic Patients*. Doktorsavhandling, Uppsala Universitet, Faculty of Medicine.
- Smide, B., Lukwale, J., Msoka, A., Wikblad, K. (2002). Self-reported health and glycaemic control in Tanzanian and Swedish diabetic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 182-191.
- Smide, B., Ekman, L., Wikblad, K. (2002). Diabetes self-care and educational needs in Tanzanian and Swedish diabetic patients – A cross-cultural study. *Tropical Doctor*. 32(4) 212-6.

- van de Sande, M., Dippenaar, H., Ruhen, G.E.H.,M. (2007). The relationship between patient education and glycaemic control in a South African township. *Primary care diabetes* 87-91.
- Wagner, D.H., Sandhu, N., Newton, K.M., McCalloch, D.K., Ramsey, S.D., Grothaws, L.C. (2001). Effect of improved glycemic control on health care costs and Utilization. *Jama January 10 vol 285. No.2* 182-189.
- WHO (2006) Fact Sheets http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/Tanzania.pdf
- WHO (2007) Fact sheets. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- WHO (2007). Prevalence of diabetes. Country and regional data.
http://www.who.int/diabetes/facts/world_figure/en/index.html
- Wong, F.K.Y., Mok, M.P.H., Chan, T., Tsang, M.W. (2005). Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 50(4) 391-402.
- Zimmet, P., McCarty, D.J., De-Curten, M.P.(1997). The global epidemiology of non-insulin dependent diabetes mellitus and metabolic syndrome. *Journal of diabetes complications* 11, 60-68.
- Zimmet, P. (2002) Globalization, coca-colonization and the chronic disease epidemic: can the Doomsday scenario be averted? *Journal of internal Medicine* 247, 301-310.

Bilaga 1

Interview guide

Age?

Year of diploma degree?

Further education?

Education in diabetes?

Years working in diabetes care?

What kind of patients come to the clinic?

Recently diagnosed, complicated to treat..?

What are the patients offered when they come to the clinic?

What kind of information is available to the patients?

Are there any special educational programs available to the patients? How are they designed?

Any practical training? Injection techniques, how to monitor blood glucose.

How often are they in contact with the health care?

To what extent can the patients manage their own care?

Do the patients monitor their blood glucose at home or at the clinic? How often?

What does the costs look like for the patients?

What is the biggest problem for patients with diabetes?

What do you consider the most important things in the work with diabetes patients?

Do you consider your education adequate?

How do you get new and more information about diabetes and treatment?

Is it provided by the hospital? Are there any courses available to nurses?

Is there any collaboration between nurses, doctors and other medical staff outside the hospital concerning patients with diabetes? If so, how does it work?

Do you consider the resources and supplies available at the hospital enough to take care of the diabetes patients?

Describe your view of the development of diabetes in Tanzania?

Do you consider diabetes as a growing problem in Tanzania?

What is your goal of good diabetes care for patients?

What can you do to reach this goal?