

Dersom kandidaten ønsker det, har han/hun tillatelse til å legge dette arket ved alle sine eksamensbesvarelser ved Høgskolen Stord/Haugesund.

<b>Leveringsfrist</b>	07.08.12
<b>Emnekode</b>	SYKHB3001
<b>Emnenavn</b>	Sykepleie, fagutvikling og forskning (Bachelor oppgave).
<b>Kandidatnummer</b>	1
<b>Antall ord</b>	9248
<b>Vurderingsdel:</b>	Hjemmeeksamen (konte)
<b>Vurderingstype:</b>	Bacheloroppgave

Stryk det som ikke passer!

Jeg er fremmedspråklig.

~~Jeg er dyslektiker.~~



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnekode: **SYKHB 3001**

Emnenavn: **Sykepleie, fagutvikling og forskning  
(Bachelor oppgave). Emne 5.**

Vurderingsform: **Hjemmeeksamen.**

Kandidatnummer: **1**

Leveringsfrist: **07.08.12.**

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: **Kontinuasjon.**

Veileder: **Arne Langøen**

Antall ord: 9248

# **Sykepleierens interkulturelle kompetanse på et somatisk sykehus.**

# Summary

**Background:** World globalization is a quickly developing phenomenon. Only in Norway by 01.01.2011 it was registered 600 900 immigrants. Nurses at the hospital get more patients from ethnic minorities than for example 50 years ago. Lack in understanding of cultural phenomena in nurse-patient relationship can bring misunderstandings and menace patient's safety feeling.

**Purpose:** This thesis is about intercultural competence of a nurse working at a somatic hospital. Here I am trying to spotlight on how nurse's intercultural competence can contribute to patient's safety feeling during his stay at a somatic hospital. The objective for this study is to get a perspective on relationship between a foreign patient and a native nurse. I try to find out how a minority patient experiences his hospitalization, which factors have negative effect on his safety feeling and what the nurse should be aware of to prevent such a situation.

**Method:** The method used in this project is a literature-study.

**Results and findings:** Nurse's intercultural competence is about having basic knowledge about patient's philosophy of life, his values and traditions included her willingness and ability to perform culturally sensitive care. It is also about respect towards the patient as a human and individual despite cultural differences. Patient's experience of being safe will increase if he feels being seen, heard, understood and accepted how he is and who he is while hospitalized. Key words: «intercultural competence», «intercultural nursing», «patient experience», «feel safe».

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Verdens globalisering utvikler seg ganske raskt, og migrasjon av befolkning øker. Bare i Norge var det registrert 600 900 innvandrere per 01. 01. 2011. Sykepleiere kommer i møte med pasienter som hører til etniske minoriteter, mye oftere enn for eksempel for 50 år siden. Manglende forståelse av kulturelle fenomener i sykepleie-pasient relasjoner kan føre til misforståelser og true pasientens opplevelse av trygghet.

**Hensikt:** Denne oppgaven handler om sykepleierens interkulturelle kompetanse på et somatisk sykehus. Idet setter jeg søkelyset på hvordan sykepleierens interkulturelle kompetanse kan bidra til at pasient med annen kulturelle bakgrunn skal oppleve trygghet ved innleggelse på et somatisk sykehus. Formålet med dette studiet er å skaffe oversikt over fenomenet utenlandsk pasient/innfødt sykepleier-forholdet. Jeg forsøker å finne ut hvordan en pasient fra landets minoritetsbefolkning opplever sin innleggelse på et sykehus, hvilke faktorer som påvirker hans opplevelse av trygghet negativt, og hva sykepleier må være bevisst på for å forebygge en slik situasjon.

**Metode:** Oppgavens metode er litteraturstudie.

**Resultater og funn:** Sykepleierens interkulturelle kompetanse innebærer det å ha grunnleggende kunnskaper om pasientens livssyn, verdier og tradisjoner, evne og vilje til å utføre kultursensitiv sykepleie. Dette handler også om å respektere sin pasient som menneske og individ tross kulturelle ulikheter. Det å se, høre, forstå og akseptere pasienten der han er og hans situasjon, kan bidra til opplevelse av trygghet ved innleggelse på et somatisk sykehus. Nøkkelord: «intercultural competence», «intercultural nursing», «patient experience», «feel safe».

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Statistikk.....	1
1.2	Tema og problemstilling.....	2
1.3	Hensikt.....	2
1.4	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	2
1.5	Avgrensing og presisering av problemstilling.....	3
1.6	Begrepsavklaring.....	3
2	Metode.....	7
2.1	Definisjon av metode.....	7
2.2	Kvantitative og kvalitative metoder.....	7
2.3	Litteraturstudie som metode.....	8
2.4	Litteratursøk og valg av litteratur.....	8
2.5	Presentasjon av artiklene.....	9
2.6	Faglige og etiske vurderinger.....	10
3	Teori.....	12
3.1	Kultur.....	12
3.1.1	«Disease» og «illness».....	13
3.1.2	Kulturrelativisme vs etnosentrisme.....	14
3.2	Sykepleieteoretisk perspektiv.....	14
3.2.1	J. Travelbee.....	14
3.2.2	M. Leininger.....	15
3.3	Trygghet og tillit.....	16
3.3.1	Trygghet.....	16
3.3.2	Tillit.....	17
3.4	Kommunikasjon.....	18
4	Drøfting.....	19
4.1	Kulturelle forskjeller og menneskemøtet.....	19
4.2	Kommunikasjonsbarriere.....	23
4.3	Pasientens opplevelse av trygghet.....	26
5	Avslutning.....	29
6	Litteraturliste.....	I
7	Vedlegg 1. Resymé av funn/resultat fra hver studie.....	VI
	A Successful Guide in Understanding Latino Immigrant Patients (Mc Guire, Garce-Palacio og Scarinci, 2012).....	VI

Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses’ experiences when meeting minority ethnic patients (Nielsen og Birkelund, 2008).....	VI
Health care provider and consumer understanding of cultural safety and cultural competency in health care: an Australian study (Johnstone og Kanitsaki, 2007).....	VI
8 Vedlegg 2. Systematisk litteraturstudie.....	VIII

# 1 Innledning

I denne delen av oppgaven skriver jeg om tema og problemstillingen, med begrunnelse og avgrensninger til mitt valg, jeg avklarer også hovedbegreper i oppgaven.

## 1.1 Statistikk

Per 01.01.2011 var det registrert 600 900 innvandrere bosatt i Norge, informerer Statistisk Sentralbyrå (2011). 100 000 av dem var norskfødte med innvandrerforeldre. Totalt antall innvandrere utgjør 12,2 prosent av befolkningen her i landet. Mangel på arbeidskraft og høy lønnsnivå sammenlignet med andre vest-europeiske land fører til økning av arbeidsmigrasjon til Norge. Dagens krigstilstand i mange land tvinger folk til å søke et bedre liv i Europa, inkludert Norge. Noen innvandrer på grunn av studier her i landet eller inngått ekteskap med en norsk statsborger. Statistisk Sentralbyrå (2011) rapporterer at innvandring i Norge har vært økende gjennom de siste 50 år og mest sannsynlig vil fortsette å øke i årene som kommer. Dette vil påvirke landet på mange områder: økonomi, politikk, arbeidsliv osv. Med tanke på økende kulturelle mangfold i det moderne norske samfunnet kommer det fram at sykepleierens interkulturelle kompetanse har stor betydning for å kunne utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999) for pasienter med forskjellig kulturelle bakgrunn. Innvandrere bor i alle landets kommuner (Statistisk Sentralbyrå, 2011). Det betyr at de fleste av nyutdannede sykepleiere minst en gang i sitt arbeidsliv kommer til å møte pasient med en annen kulturell bakgrunn enn seg selv. SSB (Statistisk Sentralbyrå) informerer at per i dag har fire av ti innvandrere bodd i Norge i 4 år eller mindre. Med andre ord, det er flere utlendinger i Norge som ikke har hatt nok tid til å bli integrert og assimilert i den norske kulturen. Alt dette gjør sykepleierens interkulturelle kompetanse til et viktig tema som trenger fordypning.



## 1.2 Tema og problemstilling

**Tema:** Sykepleierens interkulturelle kompetanse på et somatisk sykehus.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleierens interkulturelle kompetanse bidra til at pasient med annen kulturelle bakgrunn skal oppleve trygghet ved innleggelse på et somatisk sykehus?

## 1.3 Hensikt

Formålet med den undersøkelsen er å skaffe oversikt over utenlandsk pasient/innfødt sykepleier-forholdet. Siden forskningen er en del av bachelorutdanningen i sykepleie ved en norsk institusjon, vil prosjektets funn også vurderes i forhold til hvordan de kan brukes i Norge. I denne oppgaven forsøker jeg å finne ut hvordan en pasient fra landets minoritetsbefolkning opplever sin innleggelse på et sykehus, hvilke faktorer påvirker hans opplevelse av trygghet negativt, og hva sykepleier må være bevisst på for å forebygge en slik situasjon.

## 1.4 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Grunnen til at jeg valgte sykepleierens interkulturelle kompetanse som tema for min oppgave er interesse for å få innsikt i sykepleie i møte med pasient med et annet kulturell bakgrunn enn det sykepleieren har. For ett år siden var jeg utvekslingsstudent i et land som i flere år har hatt ganske åpent innvandringspolitikk. Der hadde jeg praksis på et sykehus og møtte pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Tross at pasientenes tilstand og diagnoser var ulike, observerte jeg fellestrekk i oppførselen av pasienter som kom fra samme land. Jeg selv også fikk være pasient i utlandet og kjenner til hvordan det er å være syk, ikke ha tilstrekkelig informasjon på det som skjer rundt meg og manglende språkkunnskap for å uttrykke meg selv. Alt dette har vekket min interesse for temaet, og jeg synes jeg har behov for kunnskap om interkulturell sykepleie for å kunne håndtere lignende situasjoner i mitt arbeidsliv på en forsvarlig måte.

## 1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven vil jeg fokusere meg på det sykepleier kan gjøre for at pasient med en annen kulturell bakgrunn enn hennes egen, skal føle seg trygg på sykehuset. Oppgaven setter søkelys på pasientens behov for trygghet, en av personens grunnleggende behov i fremmede omgivelser. Behovet kan bli forsterket av stress, sykdomsopplevelse og lite språkkunnskap.

Sykepleieren kommer i møte med utenlandske pasienter ved ulike typer helsetjeneste: hjemmesykepleie, somatiske sykehus, rehabilitering, psykiatri osv. Valget mitt ble sykepleie ved somatiske sykehus grunnet egen interesse for dette område. Oppgaven handler om den akuttinnlagte pasienten, og ikke belyser pasientsituasjon ved kronisk sykdom eller terminal omsorg. Jeg skal heller ikke gjennomgå sykepleierens møte med ungdoms-, rusmisbrukers, homoseksuell eller lignende subkultur, siden disse er oppfattende temaer i seg selv.

Kulturforskjeller i sykehuskontekst er et omfattende tema. I litteraturen snakker man både om forholdet mellom pleiepersonell med ulikt kulturell bakgrunn, leder/ansatte-forhold, sykepleier/pasient forhold og lignende. Jeg har valgt å konsentrere meg kun om pasient/sykepleier forholdet siden jeg er begrenset i tid og antall ord. Oppgaven handler om pasientens opplevelse av sykehusopphold generelt, og skal ikke beskrive nøyaktig hva sykepleieutøvelse i møte med hver enkelte etniske minoritet i det enkelte landet kan innebære.

Pårørendes rolle i noen kulturer har større betydning enn i andre. Jeg kommer til å nevne dette i oppgaven, men skal ikke fokusere meg så mye på det.

## 1.6 Begrepsavklaring

**Migrasjon** betyr vandring. **Migranter** er personer som flytter inn- og ut fra et land til et annet på grunn av arbeid, studier, familieforening osv (Sørheim, 2002).

**Assimilere** betyr «å omvende seg» til den dominerende etniske identiteten. **Integrere** handler om å få anledning til å delta som et fullverdig samfunnsmedlem uten å tvinges til fullstendig assimilasjon (Eriksen, 2002).

**Emisk** = kulturspesifikk. Det å ha emisk tilnærming betyr å se kulturen innenfra, å se den med øynene av lokal befolkningen. Begrepet er mye brukt innen sosialvitenskap, som for eksempel antropologi, sosiologi og lignende (Leininger, 2001).

**Kongruent** = samsvarende. **Inkongruent** – ikke samsvarende.

**Generisk** = folkelig

**Globalisering** er en prosess der ulike samfunn påvirker hverandre kulturelt sett, økonomisk, politisk, religiøst, kommunikasjonsmessig og etter hvert blir nokså like (Wæhle, 2011).

Mennesket har alltid vært på jakt etter et bedre liv: Enten for mange hundre år siden da man var nødt til å finne mer fruktbar territorier for å kunne overleve, eller i dag når det er bare å ta et fly til en annen del av verden og begynne et nytt liv der. Med det samme bringer man sin kultur og livserfaring i det nye samfunnet. Naboland påvirker hverandre med sine kulturer. Media gjør at folk i store byer over hele verden tenker nokså likt. Verden blir stadig «mindre» (Bøhn og Dypedahl, 2009) og forskjeller mellom ulike verdensdeler forsvinner sakt, men sikker. Sykepleie i hele verden fokuserer seg mer og mer om holistisk menneskesyn, der både kropp, sinn og ånd sees på som deler av menneskets velvære. I denne globaliseringen innen sykepleie legger vi mer vekt på å gi sin pasient allmenn opplevelse av helse (Ray, 2010).

**Sykepleier** = en person med nødvendig faglige kompetanse i sykepleie, har ansvar for helsehjelpen hun utfører, er godkjent av staten og representerer livssyn, normer og verdier av majoritetsbefolkning i sitt land, eksempelvis norsk eller skandinavisk. I denne kommende teksten vil sykepleieren også nevnes som «hun» for enkelhets skyld.

**Pasienter med en annen kulturell bakgrunn** = en person som har andre normer, verdier og/eller et annet livssyn enn sykepleieren, og er innlagt på et somatisk sykehus og har behov for sykepleie hjelp. Med dette mener jeg personer som representerer minoritetsbefolkning i sitt land (for eksempel Norge), innvandrere fra ikke-skandinaviske land, norskfødte med to innvandrerforeldre og turister. Omtales også som «han», «innvandrer» og «pasient».

Jeg omtaler ikke pasienter fra Danmark, Sverige og Norge som representanter av helt forskjellige kulturer, siden disse land har påvirket hverandre betydelig gjennom flere

hundreår og har et likt system av «koder». Språket anses heller ikke som en barriere. Små misforståelse relaterte til språk og tradisjoner kan oppstå, men de vil ikke føre til like alvorlige konsekvenser for pasientens trygghet som i tilfelle av mer forskjellige kulturer.

**Innvandrere** = personer født i utlandet av to ikke-norske foreldre og som har immigrert til Norge selv, og de som er født i Norge av to ikke-norske. Alle innvandrere er gruppert etter verdensdeler de kommer fra, slik at tidligere begrep «vestlig» og «ikke-vestlig» går ut av bruk (Statistisk Sentralbyrå, 2008). Det er fortsatt en del forfattere som snakker om den «ikke-vestlige» pasienten. For å unngå misforståelser knyttet til begrepet, deler jeg ikke personer omtalt i min oppgave etter deres opprinnelsesland/verdensdel. Alle «ikke-norske» vil jeg kalle for innvandrere.

**Interkulturell sykepleie**. I litteraturen finnes det flere ord for å beskrive møte mellom minst to forskjellige kulturer. Begrepene interkulturell, tverrkulturell og flerkulturell brukes så ofte i dagens medier at blir sett på som ekvivalente. Men det er de ikke. Eriksen (2002) anbefaler å bruke begrepet «flerkulturell» når vi snakker om to eller flere kulturer. I min oppgave skal jeg bruke begrepet flerkulturell/multikulturell kun til å beskrive ulik kulturell bakgrunn. Siden formålet med denne oppgaven ikke er å identifisere forskjeller mellom to kulturer og sammenligne dem, men å se deres samspill i sykehussetting, har jeg valgt begrepet *interkulturell*. Dette er en direkte oversettelse fra engelsk «intercultural» som i Webster's Dictionary (1979) betyr «*between or among different cultures or ethnic groups*». Jeg finner støtte hos Hanssen (2010) som selv bruker begrepet «interkulturell sykepleie» når hun beskriver relasjoner mellom norske sykepleiere og pasienter fra andre etniske grupper.

**Kulturell trygghet** (engelsk «cultural safety») = kulturell element ved sykepleie som handler om å ha et sosialpolitisk innblikk i pasientens kulturelle forhold og la ham bevare sine kulturelle særpreg (Claus og Viken, 2004). Kulturell trygghet er resultat av en personlig prosess hos sykepleieren, etter at hun først har skaffet seg kulturell bevissthet («cultural awareness») og kultursensitivitet («cultural sensitivity») (Nursing Council, 2005). Å ha kulturell bevissthet dreier seg om at sykepleier er klar over at det finnes ulike måter å forstå og se verden på grunnet menneskets ulike følelsesmessige, sosiale, politiske forhold man lever i. Etter hvert kommer sykepleieren til å reflektere over egne holdninger, livserfaring og hvordan dette kan påvirke hennes møte med andre. Dette kalles for kultursensitivitet.

Kulturell trygghet er siste steg i denne prosessen og det handler om at pasientens livssyn og hans oppfatning av virkelighet blir tatt som utgangspunktet for sykepleietiltak. Sykepleierens kulturelle trygghet formidles i hennes yrkesutøvelse og fører til at pasientens individuelle behov blir ivaretatt (Claus og Viken, 2004).

**Kultursensitiv sykepleie** = sykepleiehjelp med fokus på kulturelle forhold. Dens kjennetegn er formidling av trygghet og vektlegging på kommunikasjon. Uansett pasientens kulturelle, etniske eller religiøse bakgrunn, skal han bli møtt på en mest mulig respektfull og likeverdig nivå (Magelssen, 2008).

## 2 Metode

I denne delen av oppgaven snakker jeg om hva forskningsmetode er. Her kommer jeg også til å snakke om litteraturstudie som metode, fordeler og ulemper ved å bruke den. Jeg beskriver min framgangsmåte i søkeprosessen, samt hvilke databaser og søkeord jeg har anvendt for å finne et svar på problemstillingen min. Presentasjon av aktuelle forskninger, kildekritikk og etiske vurderinger kommer i slutten av kapitlet.

### 2.1 Definisjon av metode.

Metode er den måten vi velger å skaffe oss nødvendige data på, for å kunne belyse et bestemt faglig spørsmål (Dalland, 2008).

### 2.2 Kvantitative og kvalitative metoder

*Kvantitativ metode* brukes når forskeren vil finne årsakssammenhenger. Her anvender man deduktiv tenkning (fra det generelle til det spesielle) og tar utgangspunkt i en teori basert på allerede aksepterte teorier og prinsipper, forskerens egne erfaringer og tidligere litteraturstudier innen et bestemt område (Olsson og Sörensen, 2009). Formål med forskningen skal være klart definerte og teorien skal formuleres i testbare hypoteser. For at metoden skal vise mer objektive resultater, er det viktig at mange informanter deltar. Resultatene av undersøkelsen generaliseres ved hjelp av statistikk.

*Kvalitativ metode* baseres på induktiv tenkning, - det vil si at man tar utgangspunktet i det spesielle og prøver å generalisere det (Malterud, 2011). Her må man «gå i dybden» for å finne et svar på sin problemstilling. Olsson og Sörensen (2009) klassifiserer kvalitative undersøkelser som holistiske, det vil si at forskeren ser fenomenet som kompleks av flere sosiale faktorer. Søkelys settes på det *hvordan* fenomenet oppleves og *hvilken sammenheng* dette har med menneskets andre livserfaringer. Her velges helhetstenkning fremfor det å ha fokus på foreteelses enkelte deler. Den typen forskningsmetode karakteriseres med et lavt antall informanter.

Den som forsker på en bestemt problemstilling må velge om han skal anvende kvalitativ eller kvantitativ metode, eller man må bruke begge deler for å få tilstrekkelig oversikt av temaet.

### 2.3 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en form for forskningsmetode på likt nivå med alle andre. Den består av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode (Olsson og Sørensen, 2009). Litteraturstudie finnes i flere form, som for eksempel en systematisk litteraturstudie, en oversiktlitteraturstudie og en metaanalyse (Forsberg og Wengström, 2008). I denne oppgaven satser jeg på litteraturstudie fordi den tilsvarer mest rammene for bacheloroppgaven (Læreplan for emne 5, 2011). Det å utføre en systematisk litteraturstudie betyr å identifisere, velge, vurdere og analysere forskning man vurderer som relevant for å finne et svar på problemstillingen, og så drøfte resultatene med den allerede eksisterende bakgrunns litteratur for å finne svar på den aktuelle problemstillingen (Olsson og Sørensen, 2009). Fordelen med den systematiske litteraturstudien som forskningsmetode er at nødvendige forskningsartikler og faglitteratur innen et temaområde er tilgjengelige, og man kan finne fram i en problemstilling på ganske korte tid. Ulempen med den metoden er at man ikke kan skaffe en oversikt over all mulig litteratur innen et problemområde og derfor må være selektiv i utvalget. Forskjellige forskere som har valgt forskjellige vitenskapelige artikler til sin litteraturstudie, kan komme frem med forskjellige svar på samme problemstillingen (Forsberg og Wengström, 2008). Det er også fare for å finne sekundærartikler og dermed ikke komme fram med en «ny» kunnskap innen området (Dalland, 2008).

### 2.4 Litteratursøk og valg av litteratur

Formålet med litteratursøk er å finne relevant kunnskap om egen hensikt, forskningsspørsmål eller problemstilling. Forskeren skal være kritisk ved valg av søkemotorer, søkeord og avgrensninger, fordi dette vil påvirke resultater (funn). Litteraturstudie skal utføres systematisk skal ha en god søkestrategi. Bjørk og Solhaug (2008) anbefaler å søke i flere databaser for å få best mulig oversikt i litteraturen som finnes angående forskerens problemområde.

For å finne bakgrunns litteratur for dette studiet ble Bibsys-database anvendt. Aktuelle avgrensninger: bøker (trykt format) AND alle biblioteker. I utgangspunktet ble det valgt å bruke nyeste utgaver og ikke vurdere litteraturen trykt før 2005. Søkemotoren viste ikke så

mange resultater og søkekriteriene måtte utvides til året 2000. Når det gjelder teoretiske modeller (Travelbee, 1999; Leininger, 2001; Maslow 1970; Ray, 2010), var «årstallskriterien» ikke brukt. Ifølge I. Hanssen (2010) moderne teorier blir ikke bedre enn de gamle kun fordi de er «nyere». Søkeord «nurs\*», «intercultural competence», «research», «flerkulturell», «Leininger», «patient experience» og «\*cultural» viste seg å være mest effektive i mitt litteratursøk. Detaljert informasjon ordkombinasjoner jeg brukte for litteratursøket kan leseren finne i Vedlegg 2.

## 2.5 Presentasjon av artiklene

I dette kapittel presenterer jeg de viktigst forskningsartiklene jeg har brukt i denne litteraturstudien. Hver av dem inneholder tittel, forfatter(e), kort om metode og hensikt. For resyme av hver artikkel se Vedlegg 1.

### **A Successful Guide in Understanding Latino Immigrant Patients (Mc Guire, Garce-Palacio og Scarinci, 2012)**

Kvantitativ studie. Antall informanter: 515. Hensikten med studie var å utstyre helsepersonell i USA med kulturell kompetanse om tradisjoner, overtro og forventninger til helsesystem blant latin-amerikanske befolkningen i grensestater med Latin Amerika. Undervisningen var basert på vanlige undervisninger, nettbaserte kurs og en DVD-film som var designet for å gjøre helsepersonell i USA bedre forberedt til et møte med den minoritetsgruppa. Spørreundersøkelse var utført før og etter opplæringen. Helsepersonell som har gjennomført kurset har fått bedre forståelse av hvilke utfordringer de kan komme i møte med grunnet pasientgruppas kulturelle bakgrunn.



### **Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a**

#### **qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients (Nielsen og Birkelund, 2008).**

Kvalitativ studie. Intervju som forskningsmetode var kombinert med observasjoner og analysert ut fra fenomenologisk metode. Antall informanter: 4. Hensikten med studie var å undersøke sykepleiernes erfaring innen pleie av pasienter fra etniske minoritetsgrupper i Danmark.

#### **Health care provider and consumer understanding of cultural safety and cultural competency in health care: an Australian study (Johnstone og Kanitsaki, 2007).**

Kvalitativ undersøkelse. 145 deltakere (både helsepersonell og brukere) fra 17 forskjellige helseinstitusjoner ble intervjuet for å finne ut hvordan begge sider forstår kulturelt kompetent pleie. Sted: Victoria, Australia.

## **2.6 Faglige og etiske vurderinger**

Formålet med forskningen er å skaffe økt kunnskap om verden vi lever i og bidra til dens positive forandringer (Olsson og Sörensen, 2009). Enhver vitenskapelig forskning skal ikke utsette mennesker for fysisk eller psykisk smerte/ubehag (Helsinki Declaration, 2008). Det stilles krav om anonymisering, konfidensialitet og taushetsplikt ved utføring av en undersøkelse. Deltakerne av undersøkelsen har krav på å bli på forhånd informert om prosjektet, - dens formål, fremgangsmåte, nytteverdi og eventuelle risikofaktorer knyttet til deltakelsen. I Norge må man få godkjent sin forskningsprosjekt av Den regionale komiteen for medisinsk forskningsetikk (REK) før prosessen settes i gang (Olsson og Sörensen, 2009). For dette litteraturstudiet har jeg gått gjennom pensum- og fagbøker for å skaffe seg teoretisk grunnlag til artikkelsøket. Etter å ha fått oversikt over bakgrunns litteratur innen temaområdet, kom det bedre forståelse av temaet og dets flere dimensjoner har dukket opp. Jeg har vært nøye med å gjengi funnene på en mest mulig korrekte måte og referere til

forfatteren(e) i delene av oppgaven der hun har brukt deres ideer. På den måten sikret man fravær av plagiat i denne litteraturstudien.

### 3 Teori

Formålet med dette kapittelet er å skaffe oversikt over bakgrunns litteratur relevant for min problemstilling.

Her snakker jeg om hvilke faktorer påvirker sykepleieutøvelse i en flerkulturell kontekst, hva er interkulturell kompetanse og hvordan man kan bruke den for å tilrettelegge sykepleier-pasient-forholdet i på et somatisk sykehus på en best mulig måte.

#### 3.1 Kultur

Før man begynner å snakke om interkulturell kompetanse, er det viktig finne ut hva kultur egentlig er. Kultur er et utvidet begrep, mye omdiskutert av både antropologer og sykepleieteoretiker. Eriksen (2001) skriver at i begynnelsen av 1950-tallet var det opp til 162 ulike definisjoner av begrepet «kultur» i antropologi.

Magelssen (2008) definerer kultur som noe allmennmenneskelig vi alle hører til: «*Kultur er de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn*» (s. 45). Det vil si at vi alle er kulturbærere og ikke kan snakke om «min» eller «din» kultur. Hver enkelte har sin egen kulturell bakgrunn som påvirker hans livssyn, tro, religion, matvaner og lignende. Samtidig er det opp til mennesket selv å godta iboende tradisjoner eller adoptere/skape nye. Med andre ord, kultur er ikke noe konstant, og kan eksistere kun i setting av «*relasjoner mellom (etniske) grupper*» (Hanssen, 2003, s.5).

Grunnlegger av interkulturell sykepleie Madeleine Leininger (2001) definerer kultur som «*the learned, shared, and transmitted values, beliefs, norms, and life ways of a particular group that guides their thinking, decisions, and actions in patterned ways*» (s.47). For Leininger er kulturen noe fast, lite dynamisk og hører til en gruppe mennesker bosatt innen bestemte geografiske grenser. På den måten kan vi snakke om flere kulturer.

En australsk sykepleieforsker Nina Bruni (sitert i Hanssen, 2010) kritiserer Leiningers (2001) definisjon av kultur og mener at den er altfor omfattende med mangel på klasse- og kjønnsvariabler. Dette fører til at representanter fra den samme etniske gruppen blir sett på som helt like, og som resultat fokuserer man seg mer om forskjeller mellom folkegrupper enn om det som er likt mellom deres representanter. Norsk antropolog Unni Wikan (1995)

skriver at i Norge finnes det tendens til å bruke ordet «kultur» som en modell for å forstå «dem» som en homogen gruppe produsert av «deres kultur», mens de norske anses som individer med egen personlighet.

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i Leiningers (2001) forståelse av kultur som individets adferdsmønster lært av andre representanter i sosiokulturell gruppe. Jeg er enig i at kunnskaper, verdier, vaner og livsstil kan forandre seg gjennom generasjoner. Allikevel finnes det noe «faste» kulturelle elementer som gjenstår i flere generasjoner. Blant disse finner vi individets oppfatning av helse, sykdom og helsehjelp.

### 3.1.1 «Disease» og «illness».

«Disease», «illness» og «sickness» er alle tre engelske ord som på norsk betyr «sykdom» (ordnett.no). Begrepet «sickness» forklares av Merriam-Webster Medical Dictionary ([www.merriam-webster.com](http://www.merriam-webster.com)) som «a specific disease» eller “the condition of being ill”. I interkulturellsykepleierrelatert litteratur omtales det ikke ofte, derfor vil jeg fokusere meg mer om “illness”- og «disease»- begreper som etter min mening er mer relatert til oppgavens problemstilling.

Fra barndom av lærer vi oss å uttrykke symptomer og finne ut hvilke av dem har større betydning enn andre. Hanssen hevder at både subjektive opplevelser og objektive symptomer er en kulturell kategori, og er avhengig av menneskets oppfatning av sykdomsårsaken. For eksempel depresjon i Kina anses som en somatisk sykdom, mens i Norge er det en psykisk opplevelse (Kleinmann, i Hanssen, 2010). Pasientens syn på sykdom og helbredelse påvirker hans forventninger til behandlingen han får. For sykepleieren er det viktig å kunne akseptere kulturelle ulikheter i pasientens oppfatninger og forventninger til behandlingen. Det er viktig å finne felles løsninger i en situasjon der kulturelle forventninger kolliderer og usikkerheten kan oppstå.

«Illness» dreier seg om den subjektive psykologiske opplevelsen av det å være syk. «Illness»- opplevelsen utformes av «*personlige, sosiale og kulturelle reaksjoner på «disease» og [...] er avhengig av personens forståelse av seg selv og verden»* (Hanssen, 2010, s29). På den måten kan man oppleve «illness» uten å ha fått en bestemt diagnose og uten å være syk i den vestlige medisinske forståelsen.

«Disease» handler om en observerbare biologiske eller psykologiske prosess eller tilstand ved sykdom. Den har sine røtter i den vestlige biomedisinens filosofi om at «målbare kroppslige fenomener» regnes som mer sanne enn de mentale eller de åndelige. Her vektlegges det målbare symptomer for å sette en diagnose. Menneske anses ikke som «syk» opp til kriteriene for «disease» er møtt. I andre deler av verden kan det være andre måter å forklare sykdom på, og derfor kan «illness»- opplevelsen oppfattes som like viktig for diagnostiseringsprosessen som de objektive tegnene. Idet vil pasient med en annen kulturell bakgrunn forvente at den vestlige behandleren vil ta seg god tid til å høre på pasientens beskrivelse av sykdomshistorie og hans opplevelser. Skandinaviske «rett-på-sak-orienterte» helsepersonell vil da oppleves av pasienten som avvisende (Hanssen, 2010).

### 3.1.2 Kulturrelativisme vs etnosentrisme

**Etnosentrisme** handler om å se andre sine tradisjoner og verdier i lyset av sin egen kultur. Personen anser sitt eget livssyn, egne tradisjoner og verdier som «rette» og alle andre måter å forstå verden på som «feil». **Kulturrelativisme** er det motsatte til etnosentrisme i at man forstår andre ut i fra deres egne premisser. Begge fenomener er ikke bra i sin «ren form» (Magelssen, 2004; Magelssen, 2008). Rasisme kan være et eksempel på sterk etnosentrisme, mens ren kulturrelativisme vil oppmuntre folk til kvinnelig omskjæring og annet helseskadelig og tradisjonsbetinget praksis. For at god kommunikasjon mellom to individer med forskjellige kulturelle bakgrunn skal fungere, er det viktig å være mindre etnosentrisk og mer kulturrelativistisk.

## 3.2 Sykepleieteoretisk perspektiv

I denne oppgaven ser jeg på den valgte problemstillingen i lyset av J. Travelbee (1999) og M. Leininger (2001) sine sykepleieteorier.

### 3.2.1 J. Travelbee

Joyce Travelbee (1999) ser på sykepleie som et menneske-til-menneske-forhold, der sykepleieren kan bruke seg selv på en terapeutisk måte. Hun ser det unike i det allmennmenneskelige hos pasienten. «*Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk*» (s41), - skriver hun. Det er også viktig at både sykepleier og pasient oppfattes av hverandre som

enkelte individer, «totalt forskjellige fra alle andre» (s.42). God kommunikasjon og sykepleierens ansvar for utvikling av forholdet blir av en stor betydning her. Travelbee påpeker at det menneske-til-menneske-forhold tilsvarer ikke venneforhold. Hun begrunner det slik at i venneforhold er partenes behov like viktige, mens i menneske-til-menneske-forhold fokuserer man om sykepleiebehovene hos pasienten, tross at sykepleierens behov også kan påvirke situasjonen. Sykepleieren er forpliktet til å ivareta pasientens sykepleiebehov og «å stadig finne nye måter å hjelpe pasienten på». Sykepleieren kan vanligvis ikke velge sin pasient som i venneforhold, og må derfor akseptere pasienten selv om hun ikke liker han som person. Den minimale nærheten finner allikevel sted i menneske-til-menneske-forhold ved at pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt. Om pasient og sykepleier vil utvikle nærheten videre er opptil dem to.

Travelbee sin sykepleieteori virker å være nødvendig for å få et rett syn på interkulturell kommunikasjon som oppstår mellom sykepleier og pasient. Her kommer det også fram hva som skal til for å etablere tillitsforhold mellom sykepleier og pasient som igjen fremmer pasientens opplevelse av trygghet.

### 3.2.2 M. Leininger

Dr. Madeleine Leininger (2001) var den første som snakket om interkulturell sykepleie og definerte den som «*et formelt studie- og praksisfelt hvor det fokuseres på kulturelt betingede omsorgsverdier, forestillinger og handlingsmønstre blant individer/grupper fra bestemte kulturer, i den hensikt å kunne gi kulturelt tilpasset omsorg til folk*» (s 10). Hennes teori «Cultural Care Diversity and Universality» handler om at forståelsen av omsorg og pleie varierer fra kultur til kultur. Det finnes også noe felles trekk i det grunnleggende, noe som er felles for alle mennesker uavhengig kultur.

Leininger (2001) ser på omsorg som et sentralbegrep i sykepleie. Omsorg skal baseres både på menneskets biologiske, psykososiale, sosiologiske og kulturelle særtrekk. Leininger kaller en slik tilnærming for et "biopsychosociocultural" perspektiv. Hver enkelt pasient har rett på kulturell kongruent, sensitiv, trygg og hensiktsmessig omsorg. For å gjøre dette mulig, trenger man å få oversikt over kulturelt baserte likheter og forskjeller som finnes innen omsorgen.

### 3.3 Trygghet og tillit

Lov om Helsepersonell (1999, paragraf 4) hevder at alt arbeid som utføres av helsepersonell skal stå i samsvar med gjeldene krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Trygghet og tillit er viktige faktorer av omsorgsfull hjelp.

#### 3.3.1 Trygghet

*«Trygghet kan være noe vi lengter etter, uten helt å kunne sette ord på det. Noe som kan gi oss ro i tilværelset». (Thorsen, 2006, s22)*

Trygghet er viktig i et menneskets liv. Det er et velkjent fenomen for alle, men kan forstås forskjellig av hver enkelte. Anderssen-Segesten (1991) refererer et svensk begrep «trygghet» til engelske «security», «safety», «confidence», «certainty» and «trust».

Trygghet blir ofte sett på som et behov (Maslow, 1970; Travelbee, 1999). Maslow (1970) i sin behovspyramide setter individets behov for trygghet («safety needs») som nest viktigste etter fysiologiske behov som mat, drikke, respirasjon, søvn og lignende. Travelbee (1999) nevner behov for trygghet som en av menneskets 14 grunnleggende behov.

Sykepleieteoretiker Segesten (1994), går enda lengre i sin forståelse av trygghet. Idet snakker hun om trygghet i tre dimensjoner: trygghet som en *følelse, indre og ytre trygghet*. I den oppgaven omtaler jeg de formene av trygghet jeg anser som aktuelle for min problemstilling.

*Følelsen av trygghet* ble beskrevet av informantene i Segestens (1994) undersøkelse som balanse, varme, glede, lykke, harmoni, sjelefred, fotfeste, tillit, hvile, ro og energifrigjøring.

*Miljøtrygghet* handler om omgivelsen et menneske befinner seg i, - enten trygge eller truende (Segestens, 1994). For en norsk pasient med en kronisk sykdom vil sykehusomgivelser oppleves som trygge, da man vet at han vil få nødvendig helsehjelp når det trengs, og all utstyr og helsespesialister er tilgjengelige. For en utenlandsk pasient som ikke kan språket, ikke kjenner til koder, har dårlig eller ingen erfaring med helsevesen i dette landet og i tillegg opplever en livskrise i form av en akutt sykdom, vil samme sykehusmiljøet virke utrygg.

Når vi snakker om *relasjonstrygghet*, er nære relasjoner det handler om. Segestens (1994) informanter understreker viktigheten av å ha venner og familien, noen som kan hjelpe til, når det trengs. For at man skal oppleve relasjonstrygghet, må han bli møtt med et smil, respekt og blir sett, hørt og trodd. Særtrekk ved relasjonstrygghet er åpenhet, gjensidighet, forståelse, felles mål, ærlighet, aksept og evne til å nå hverandre. Både Thorsen (2006) og Segesten (1994) skriver at den som gir relasjonstrygghet er ofte beskrevet som rolig, varm, hyggelig og sikker. Det er også viktig at sykepleier er klar over egen sårbarhet og har kontroll på den, når hun møter pasienten. Thorsen (2006) skriver om at sykepleier som ikke er bevisst på sin relasjonstrygghet, vil fokusere seg på å dekke sine egne trygghetsbehov når hun kommer i møte med pasient.

*Kunnskaps- og kontrolltrygghet* handler om å ha kunnskap, vite hva som forventes av personen i den konkrete situasjonen, hvem har hvilken rolle og skape seg oversikt «der og da» (Segesten, 1994). I sykehuskontekst kan vi formidle kunnskaps- og kontrolltrygghet ved å gi beskjed, informere/undervise pasienten om behandlingen eller undersøkelser han skal gjennom.

Trygghet er ikke noe vi kan skape hos de andre. Allikevel kan vi se etter hva vi kan gjøre for at andre vil komme til å oppleve trygghet (Thorsen, 2006).

### 3.3.2 Tillit

*«... loven skal bidra til å skape et tillitsforhold mellom pasient og helsearbeider, og at pasienter skal oppleve respekt i forhold til eget liv og integritet»*

(Pasientrettighetsloven, 1999).

Tillit er noe som kan oppstå spontant når to mennesker møtes, men er ikke en selvfølge. Det er opp til den enkelte å ønske å vise tillit og å ha vilje til å ta den imot. Ved å vise tillit viser man sin sårbarhet. Tilliten må være gjensidig for å åpne veien til åpenhet i et forhold mellom to mennesker. Et slikt forhold basert på tillit kan etter hvert føre til opplevelse av trygghet. I en situasjon der en viser tillit og den andre ignorerer hans signaler, kan fravær av gjensidighet ødelegge opplevelsen av trygghet, (Henriksen og Aarflot, 2002).

Det er forskjell mellom tilliten man har til venner og tilliten man har til sykepleier. Den siste handler om at pasienten først og fremst stoler på sykepleierens kompetanse og kunnskapen



hun har. Etter hvert når pasienten opplever å bli tatt på alvor, vil menneske-til-menneske forhold utvikle seg og tillit vil oppstå som en viktig del av den prosessen (Helseth og Nortvedt, 2002). Travelbee (1999) påstår at tillit er en viktig verdi i alle menneske-til-menneske forhold. For å kunne utøve tillit, må man våge å sette seg i den andre sin situasjon og forstå hvilke behov den andre har.

### 3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan være verbal og nonverbal (Dahl, 2001). Når innleggelse skjer akutt og uforventet, pasienten har dårlige norskferdigheter, man ikke får tak i tolk og kommunikasjon med pasienten «der og da» har stor betydning for å kunne tilby ham den nødvendige helsehjelpen, skifter man automatisk til nonverbal kommunikasjon. «Der og da», i en stressituasjon, kan vi fort glemme om at kroppsspråk og andre nonverbale signaler ikke nødvendigvis betyr det samme for pasienten som for oss. Da kan vi forverre pasientens opplevelse av stressituasjonen, i noen tilfeller påføre ham emosjonell skade.

Lov om pasientrettigheter (1999) i paragraf 3-5 hevder at «Informasjonen skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn» og at «helsepersonell skal sikre at pasienten forstår informasjonen som gis, så langt det lar seg gjøre». For å muliggjøre det pasientrettet for en fremmedspråklig pasient, er bruk av tolketjenesten nødvendig. Dette bekreftes i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv (2004) angående pasientrettighetsloven: *«i de tilfeller hvor pasienten er fremmedspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk»*.

## 4 Drøfting

I dette kapittelet forsøker jeg å finne et svar på det hvordan sykepleierens interkulturelle kompetanse kan bidra til opplevelse av trygghet hos en pasient med en annen kulturelle bakgrunn som er innlagt på et somatisk sykehus. Problemstillingen anses i lyset av Leiningers (2001) teori om interkulturell sykepleie og Travelbees teori om menneske-til-menneske-forhold. For å finne et svar på min problemstilling drøfter jeg aktuell forskning opp mot teori presentert i bakgrunns litteraturen og mot mine egne erfaringer. De funn jeg anser som relevante for min problemstilling har jeg delt i tre hovedtema:

- Kulturelle forskjeller og menneskemøtet;
- Kommunikasjonsbarrierer;
- Pasientens opplevelse av trygghet.

### 4.1 Kulturelle forskjeller og menneskemøtet

*«Vi er ikke alene, men vi lever sammen med andre, avhengig av hverandre, forskjellige fra hverandre» (Henriksen og Aarflot, 2006, side 157).*

Når vi snakker om innvandrere i Norge, et bilde av flyktninger som trenger mat og ullteppe, dukker opp foran mange. Av ukjente grunner tenker vi ikke med en gang på mange intelligente innvandrere med høy utdannelse som bor i Norge. Magelssen (2008) forklarer dette med at i et land der befolkningen har stort sett vært homogen i de siste hundre år, er det lettvis å dele folk i «vi» og «de». Ofte blir «vi» sett på som enkle individer helt forskjellige fra hverandre, og med «de» menes det absolutt alle innvandrere uansett kjønn og nasjonalitet. Etter min mening er en slik fordeling av folk i «vi» og «de» ikke helt etisk, siden «de» ikke egentlig danner en homogen gruppe både med tanke på utseende, språk, livssyn, religion og så videre. Forskjellene kan skyldes både landet pasienten kommer fra, om han er fra by eller landsbygd samt hvilket utdanningsnivå han har. Brunvatne (2006) skriver at ut fra disse kriteriene kan man finne mye større forskjeller mellom personer fra samme land enn det man kan finne i Norge. Det å kunne se menneske bak pasienten, og ikke en av «dem» er avgjørende for videre utvikling av forhold mellom sykepleier og den utenlandske pasienten på sykehuset.

Hver av oss representerer den kulturen vi har vokst opp i, ifølge M. Leininger (2001). Som tidligere beskrevet i oppgaven, er vi på en måte produkt av vår kultur. Fra barndommen av lærer vi oss hva som er sunt, fint eller godt, vi lærer oss foreldene sin tro, verdier, vaner og måten å forstå verden på. Vi tar det for gitt og tror at alle mennesker i verden tenker lik oss. Når to mennesker fra ulike kulturer møtes og finner ut at de har ulike meninger «helt vanlige ting», vil det være naturlig at hver av dem vil anse sin mening som den eneste rette. La oss tenke at de disse to møtes i en sykehussetting, der en av dem er sykepleier og den andre er pasient. Sykepleieren er den som har nødvendig kompetanse for å hjelpe pasienten.

I møte med andre skal vi være klare over at den andre ikke er som vi selv. Det som gjelder for oss, gjelder nødvendigvis ikke for den andre personen tross at vi har mye felles. Tanken om at alle er helt like kan føre til at vi som sykepleierne kan overse det som er spesielt ved hver enkelte pasient vi møter. Denne holdningen kan føre til at behandlingen vi tilbyr kan oppleves som invaderende. For å kunne tilby pasienten den hjelpen han har behov for, må vi ha forståelse for visse kulturelle forhold. Vi trenger ikke å kunne alt om helseforhold i landet pasienten kommer fra. Det viktig å spørre/lete etter det hvordan pasienten oppfatter sin egen situasjon. Det vil fort bli lite forståelse mellom helsepersonell opptatt av antibiotika resistens og pasient sikker på at sykdommen skyldes trolldom. Når sykepleier møter pasienten med interesse for hans forståelse av sin situasjon, vil det være lettere for ham å fortelle om den (Brunvatne, 2006).

Betyr det at sykepleier må kunne detaljer om hver enkelte kultur? Dette vil være urealistisk. La oss drøfte om dette er nødvendig heller. I hvert land finnes det statistikk om hvor mange innvandrere bor der, samt hvilke land kommer det flest turister fra. Det er ikke hensiktsmessig å kreve fra sykepleiere at de skal kunne mye om kulturen til et land som sjelden eller aldri kommer det turister fra. Norsk statistikk rapporterer at det bor 67 300 polakker, 34 800 svensker og 23 700 tyskere her i landet (SSB, 2012). Ut fra disse tall kan vi si at norske sykepleiere har behov for å få et innblikk i de vanligste kulturelle særtrekk i disse kulturer, da pasientene fra disse minoritetsgrupper kommer sykepleiere til å møte flest ved norske sykehus.

Alle mennesker er forskjellige, men egentlig veldig like også. Vi kan ha ulik hudfarge, frisyre, klær, matvaner, tradisjoner og snakke forskjellige språk. Allikevel har vi mye felles: Vi alle blir

født, alle blir forelsket, alle kan oppleve tap, frustrasjon, eller bli syk. Når jeg kommer inn på rommet til en utenlandsk pasient som ikke snakker norsk, smiler, er vennlig og viser respekt i alt jeg gjør, kan han oppfatte at jeg vil ham vel. Konkrete bevegelser og tegn har ulik betydning i ulike kulturer og derfor kan misforståes like lett som det verbale språket. Men uansett språket og kulturen vi har vokst opp i, er det ganske enkelt å se om personen vi snakker med har enten positiv eller negativ holdning mot oss.

Vi lærer å respektere pasienten som menneske når vi alltid er bevisst på og stadig reflekterer over egne holdninger og sensitivitet for andre sin kultur. I tillegg til det må sykepleieren ha *vilje* til å se mennesket i pasienten og *evne* til å vise den viljen (Magelssen, 2008). Pasient med en annen kulturell bakgrunn har behov for kulturell kongruent omsorg (Leininger, 2001). Mangel på kulturell relativistisk holdning hos sykepleieren vil hindre hennes evne til å vise empati og det samme med etablering av en god relasjon (Dahl, 2001).

Idet vi snakker om behov for økt kunnskap blant sykepleiere om kulturen til Norges største minoritetsgrupper, kommer det fram et naturlig spørsmål: Trenger vi å legge inn undervisningen om kulturelle særtrekk av de største minoritetsgrupper her i landet i programmet ved sykepleieskoler? Et slikt tiltak kan være effektivt for de sykepleiestudenter som tar utdanning nå. Men statens innvandringspolitikk er i stadig forandring, samt at det kan være store forskjeller i antall innvandrere i hver kommune, - som for eksempel i Oslo der 23 % av hele befolkningen er innvandrere og i Rindal i Møre og Romsdal samt Beiarn i Nordland, der antall innvandrere ligger under 2 % (SSB, 2012). Etter min mening vil det være mest hensiktsmessig å organisere kurs og konferanser om interkulturell sykepleie med fokus på kulturelle særtrekk av kommunens største minoritetsgrupper. Et lignende prosjekt var utført av A. A. Mc Guire, I. C. Garce-Palacio, og I. C. Scarinci (2012). Utgangspunktet for deres forskning var statistikken som viste at den største minoritetsgruppen i USA var innvandrere fra Latin Amerika. To tredjedeler av disse bodde i California, Texas, Florida, og New York, - noe som gjorde at helsepersonell fra disse statene møtte kulturell-relaterte utfordringer i arbeid med hispaniske pasienter oftere enn i andre stater. Statistikken viste også at helse blant representanter av den minoritetsgruppa var noe verre enn blant andre amerikanske borgere. Det var flere grunner til dette, fra innvandrernes lite kjennskap til amerikanske helsesystemet og uvitenhet om hvor de kunne få helsehjelp til språkbarriere og lite kulturell kompetanse blant helsepersonell. Da antall hispaniske innvandrere drastisk økte i Alabama,

var det sannsynlig at helsepersonell ville møte samme utfordringer som allerede eksisterte i andre stater. For å bedre situasjonen hadde en gruppe forskere laget en undervisning i form av både vanlige kurs, nettbaserte kurs og DVD for helsepersonell der de hispaniske viktigste kulturelle særtrekk, deres «health-care-seeking pattern» og fordommer i forhold til amerikansk helsesystem var beskrevet. Helsepersonell som deltok i prosjektet rapporterer at de har fått bedre forståelse av kulturen til deres hispaniske pasienter, og dermed økt kulturbevissthet. Etter min mening vil Helse-Fonna og norske kommuner også ha nytte av å lage et lignende prosjekt.

I undersøkelsen til Mc Guire, Garce-Palacio, og Scarinci (2012) nevner man at hispaniske befolkninger hadde flere fordommer i forhold til amerikansk helsesystem. Vi som jobber i helsevesen har også en del fordommer vi ikke er bevisst om. Hva ser vi med en gang vi kommer inn på et pasientrom der det ligger en utenlandsk pasient? Øynene ufrivillig legger merke til pasientens «uvanlige» ansiktstrekk, hudfarge, frisyre og klær. Tanken om at pasienten «ikke er som oss» setter seg fast uten at vi er bevisste på det. Den tanken kan påvirke sykepleierens holdninger og handlinger. Ønske om å hjelpe og opplevelse av for lite kjennskap til pasientens kultur fører til at sykepleier kan oppleve sykepleiehjelp hun utfører som ikke god nok, samt føle seg delvis hjelpeløs.

For å unngå negative opplevelser hos begge sider, og vise pasienten nødvendig omsorg, må sykepleier være bevisst over sine fordommer angående andre kulturer. Stortingsmelding nr 25 (2005-2006, s. 39) påstår at «kvalitativt gode tjenester må formidle omsorg både gjennom handling og holdning». Når vi snakker om sykepleiernes interkulturelle kompetanse og hvordan den påvirker pasientens opplevelse av trygghet, er det sykepleierens handlinger vi fokuserer oss mest på. Jeg tror at utvikling av sykepleiernes holdning til utvikling av deres egen interkulturelle kompetanse er også viktig. Mange sykepleiere i Norge ikke opplever behov for utvikling av deres interkulturelle kompetanse fordi flere av dem ikke hørt om hvor viktig den er. Undersøkelsen til Johnstone og Kanitsaki (2007) viser at selve tilstedeværelse av flere kulturer samfunnet, som for eksempel i Australia, fører ikke automatisk til sykepleiernes økt interesse til interkulturell sykepleie.

## 4.2 Kommunikasjonsbarriere

Mennesker er sosiale vesener. Vi alle har behov for å uttrykke oss og kommunisere med andre. Ved hjelp av kommunikasjon etableres det kontakt mellom mennesker og dannes rom for videre utvikling av deres forhold. Et forhold mellom sykepleier og pasient begynner når disse to ser hverandre og hilser på hverandre første gang de møtes. Det oppstår kommunikasjon mellom pleier og pasient i form av blick (nonverbal kommunikasjon) og ord de sier til hverandre (verbal kommunikasjon). Om det oppstår verken verbal eller nonverbal kommunikasjon, det vil si at den ene ikke hører på og ikke ser den andre, oppstår det en barriere for utvikling av sykepleie-pasient og menneske-til-menneske forhold, beskrevet av Travelbee (1999).

Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg, respekt for den enkelte sitt liv, verdighet, og rett på grunnleggende menneskerettigheter, skriver NSF (2011). Eide og Eide (2008) hevder at «god kommunikasjon med pasienten og pårørende er avgjørende for at de yrkesetiske retningslinjer blir mulige til å gjennomføres (s.34)». Samme tanken finner støtte av Magelssen (2004) da hun sier at god kommunikasjon gjør det lettere å gi pasienten nødvendig informasjon, tilpasse et pleieopplegg og formidler trygghet til pasienten.

En av våre viktigste kommunikasjonsmidler er det verbale språket vårt. Det første verbale språket man lærer i sitt liv er hans morsmål. Morsmål er et språk vi kan så godt at vi kan uttrykke våre tankenyanser uten å konsentrere seg om ord eller grammatiske konstruksjoner. Det er vanskelig å forestille hva ville skje om noen hadde "tatt vekk" fra oss språket vårt. Plutselig hadde vi ikke kunnet fortelle andre hvem vi var og hva vi hadde på hjertet.

Ut fra min egen erfaring med norske sykepleiere og en undersøkelse utført av Nielsen og Birkelund (2008), kan jeg si at skandinaviske sykepleiere ofte har en etnosentrisk holdning og store forventninger til språk og kulturkunnskaper blant innvandrerpasienter innlagt på sykehuset. Deres irritasjon skyldes stor tidsforbruk på pleie av utenlandske pasienter grunnet kommunikasjonsproblemer, samt at noen sykepleiere tenker som en i undersøkelsen til Nielsen og Birkelund: *«I get extremely irritated about people, who have ived down here for 15–20 years, and need an interpreter (s.434).»* En slik reaksjon er

forståelig når man tenker etnosentrisk. Dahl (2001) anbefaler ikke å trekke for raske konklusjoner i forhold til innvandrerpasienter som har behov for tolk. Deres dårlige språkferdigheter kan skyldes flere forhold enn ren motvilje til å lære språket. Først og fremst finnes det stor forskjell mellom bruk av morsmålet i kommunikasjonen og det å snakke et språk man har lært og i voksen alder. Når vi snakker morsmålet sitt, fokuserer vi oss om å kunne formidle tankene sine til samtalepartner på en mest forståelig måte, mens ved bruk av andre språk må man bruke all energi til å finne de rette ord, samt ikke gjøre grammatiske og fonetiske feil. Noen opplever at det er flaut å gjøre feil mens de snakker, og derfor foretrekker de å si minst mulig for å unngå en ubehagelig situasjon.

Personlig har jeg truffet flere voksne flyktning fra utviklingsland som aldri har gått på skole. I Norge måtte de ta språkopplæring for voksne. Et menneske som i hele sitt liv har lært seg kun det praktiske, som for eksempel husarbeid, jordbruk og lignende, vil oppleve språkopplæring som vanskelig. Noen av disse kan få mindre utbytte av samme språkundervisning enn de som har fullført grunnskoleutdanning. Et annet eksempel er immigranter flytter til et annet land i høy alder, da deres evne til å lære språket er svært nedsatt, noe som fører til at etter 10 års opphold i landet trenger de fortsatt tolk for å kommunisere med helsepersonell.

Bruken av en profesjonell tolk i samtale med pasient virker å være mest fornuftig måte å kommunisere med en utenlandsk pasient på (Pasientrettighetsloven, 1999; Sosial- og helsedirektoratets rundskriv, 2004), for da opptrer pasienten som individ som har og er i stand til å formidle sine tanker og verdier. Tolken sørger også for at det blir en bedre kvalitetssikring av informasjonen pasienten får, samt han skaper trygge rammer rundt samtalen mellom pasient og helsepersonell, hevder Magelssen (2004). I praksis blir tolk oftest tilkalt kun ved alvorlige tilfeller, når legen sier at det er behov for tolk (Nielsen og Birkelund, 2008). Bruk av telefontolk i helsevesen er noe mer vanlig i det siste. Ut fra min egen erfaring kan jeg si at oftest er det pårørende som er tilgjengelig på pasientrommet mesteparten av tida og kan tolke for sitt familiemedlem. Dahl (2001) anbefaler ikke å bruke familiemedlemmer for tolkning i situasjoner der alvorlige meldinger skal formidles til pasienten, fordi i noen kulturer vil familiemedlemmer forsøke å «beskytte» pasienten fra «dårlige nyheter» som helsepersonell formidler. En annen ulempe ved bruk av pårørende for tolkning er at helsepersonell ikke alltid kan være sikker på at familiemedlem selv forstår det

som blir sagt, og misforståelser kan oppstå. I tilfeller der verken tolk eller familie er tilgjengelig i selve situasjonen, må sykepleier være «kreativ» og finne andre måter å kommunisere med pasienten på, som for eksempel å lage et to-språklig ordlista med de viktigste ord og uttrykk, eller bruke bilder for å kommunisere.

Magelssen (2004) skriver at et viktig aspekt ved sykepleie er å kunne sette seg inn i hvordan pasienter har det og opplever ulike situasjoner. Det finnes flere likheter ved det nonverbale språket, som sykepleier kan ha nytte av. Eide og Eide (2007) hevder at følelser, for eksempel redsel og fortvilelse, er noe som oppfattes tross kommunikasjonsbarrierer. Forståelse av at pasienten er redd kan gi sykepleier et utgangspunkt for å hjelpe ham. Ved hjelp av oppmerksomhet kan hun formidle vennlighet, omsorg, interesse og respekt nonverbalt, og på denne måten formidle ham opplevelse av trygghet. Hanssen (2010) skriver at det er hovedsakelig ansiktet som viser følelser, og ansiktsuttrykk er hovedsakelig like over hele verden. Ifra min egen erfaring kan jeg si at man kan komme langt ved hjelp av smil og vennlig stemmens klang, for da skapes det en god atmosfære.

Uansett om sykepleier og pasient kommuniserer verbalt eller nonverbalt, er det pasient og hans familie som skal være «objekt» av kommunikasjonen, skriver Magelssen (2008). Dette finner støtte i Travelbee (1999) sin sykepleieteori, det hun påstår at pasientens behov står sentralt i pasient-sykepleier relasjoner tross at sykepleierens behov også kan påvirke situasjonen. L. Mancuso (2011) kaller en slik tilnærming for «patient-centered» og påpeker at den sterkt knyttet til sykepleierens interkulturelle kompetanse, da både pasientens og sykepleierens oppførsel er et produkt av deres kultur.

Det forventes at sykepleier skal være kulturell bevisst (Nursing Council, 2005; Claus og Viken, 2004) når det gjelder kommunikasjon med utenlandske pasienter, siden både verbale og nonverbale uttrykk ikke nødvendigvis har samme betydning i ulike kulturer. Mange signaler vi sender til hverandre er kulturspesifikke, tross at vi kan oppleve dem som allmenngyldige, hevder Hanssen (2003). Mange misforståelser kan være unngått om sykepleier er oppmerksom og sensitiv overfor kulturelle ulikheter. Jo færre misforståelse som oppstår mellom pasient og sykepleier, desto mer trygg vil forholdet oppleves av pasienten.



### 4.3 Pasientens opplevelse av trygghet

*«Vi kan ikke skape trygghet, men vi kan gjøre noe for at andre skal oppleve den»*

(Thorsen, 2006, s.126).

I denne oppgaven holder jeg på å finne ut hvordan sykepleierens interkulturelle kompetanse kan øke pasientens opplevelse av trygghet ved somatiske sykehus. Tidligere i dette kapittelet har jeg drøftet hvordan fravær av et felles språk og kommunikasjonsbarriere kan gjøre opprettholdning av tillitsforhold mellom sykepleier og pasient til en komplisert prosess, noe som finner støtte hos Nielsen og Birkelund (2008). Begreper trygghet og tillit var tidligere beskrevet i kapittel 3.3 av denne oppgaven. I teoridelen nevnes det at trygghet og tillit er sentrale begrep i forståelsen av omsorg. Omsorg er et begrep som står sentralt i sykepleie og baseres på menneskets biologiske, psykososiale, sosiologiske og kulturelle særtrekk, skriver M. Leininger (2001). Hun hevder også at forståelse av omsorg varierer fra kultur til kultur. Om vi sier at hver pasient har rett på nødvendig helsehjelp og omsorg, uansett rase og kjønn (Helsepersonelloven, 1999), må vi forstå at helsehjelpen han får skal være like god (Johnstone og Kanitsaki, 2007), det vil si kulturell kongruent, sensitiv og hensiktsmessig (Leininger, 2001).

Som det var tidligere nevnt i dette kapittelet, står begrepene trygghet og tillit sentralt i forståelsen av omsorg. Henriksen og Aarflot (2002) skriver at å det å vise tillit betyr å vise sin sårbarhet. Når tillitten er gjensidig, det vil si at både sykepleier og pasient viser sin sårbarhet, åpner den veier til åpenhet. Om sykepleier ignorerer «tillitssignaler» fra pasienten, kan dette fraværet av gjensidighet ødelegge pasientens opplevelse av trygghet. Segesten (1994) bekrefter at tillit er en avgjørende faktor som fører til følelse av trygghet hos pasienten. Både hun og Thorsen (2006) snakker også om miljø-, relasjons-, kunnskaps-, og kontrolltrygghet. Jeg synes at det er nødvendig å ta alle disse med i diskusjon om sykepleierens interkulturelle kompetanse og pasientens opplevelse av trygghet.

Ifølge Segesten (1994) handler miljøtrygghet om trygge eller truende omgivelser. Jeg kan foreslå at en pasient med innvandrers bakgrunn, uten kjennskap til koder og regler, og uten nødvendige språkferdigheter vil oppleve en norsk sykehusavdeling som et truende miljø, -

ikke med tanke på at han kan få et fysisk skade der, men gjerne fordi hele situasjonen vil belaste hans psykiske helse. Dette bør sykepleiere huske og ved hjelp av kulturelt kongruent omsorg få pasienten til å oppleve sykehusomgivelser som trygge.

En annen form for trygghet er relasjonstrygghet. Den handler om å ha en person som kan hjelpe til når det trengs. Informantene i Segesten (1994) sin studie refererte dette til det å ha venner og familie i nærheten. Om vi sammenligner Segestens definisjon av relasjonstrygghet og sykepleiefunksjoner, kommer det fram at i sykehussetting er sykepleier «den som kan hjelpe til når det trengs». Ut fra Travelbee (1999) sin utsagn om at det er sykepleier som har ansvar for at forhold mellom sykepleier og pasient skal utvikles så lenge pasient har behov for sykepleiehjelp, kan vi si at sykepleier er den som har ansvar for at pasienten skal oppleve relasjonstrygghet. Her vil det være naturlig å spørre hvordan hun kan få det til. Informanter i studie til Segesten (1994) beskrev personer de knyttet til opplevelse av relasjonstrygghet som rolige, varme, hyggelige og sikre. Disse møter den andre med et smil og respekt, ser dem, hører dem, tror dem og tar dem på alvor. Ut fra dette kan vi foreslå at sykepleier som møter pasienter med «et smil og respekt, ser dem, hører dem, tror dem og tar dem på alvor» tross deres «annerledeshet» og eventuelle dårlige språkferdigheter, vil formidle relasjonstrygghet gjennom sine holdninger og handlinger. For å formidle relasjonstrygghet, bør sykepleier gi beskjed til pasienten og informere ham når sykepleier skal utføre en sykepleieprosedyre. For eksempel, når sykepleier skal legge in en perifer venekanyler, kan hun vise respekt for pasienten ved å informere ham om at nå skal hun stikke ham og kommentere alt hun gjør. Til og med pasienten som ikke kan språket og dermed ikke kan forstå noe av det hun sier, vil sette pris på at sykepleier tar ham på alvor og respekterer ham som et menneske og et individ på lik linje med andre. Dersom sykepleieren ikke ønsker å kommunisere med pasienten under prosedyren, vil det ikke påføre en stor helsemessig skade, men kan øke fremmedhet og usikkerhet for begge parter, tror jeg.

Før et forhold begynner, er det nødvendig at to personer møtes. Når en person som trenger sykepleiehjelp og en person som kan tilby den hjelpen møtes, kaller vi det for det innledende møtet der sykepleier-pasient forhold oppstår (Travelbee, 1999). Her er det viktig med klar rollefordeling. Kjennskapet til rollene kan danne et grunnlag for trygghet, men ivaretagelse av den personlige dimensjonen, det vil si bruken av oss selv, er også nødvendig for at pasient virkelig skal oppleve trygghet (Thorsen, 2006). Ved det innledende møtet (Travelbee, 1999)

finnes det fremmedhet mellom sykepleier og pasient. For å overvinne den fremmedheten mellom personer er det viktig at pasienten forholder seg til sykepleieren som noe mer enn bare en som setter sprøyter og gir piller, samt at sykepleieren forholder seg til pasienten som til noen mer enn en diagnose (Thorsen, 2006).

Det er viktig å være bevisst på rollefordeling i pasient/sykepleier-møte. Sykepleieren befinner seg på sin vanlige arbeidsplass og pasientens sykdom og dens forløp kan være «typisk», en av mange sykepleieren møter hver dag. Pasienten befinner seg i en situasjon der han i en viss grad ikke har kontroll over noe eller ikke mestrer noe. Derfor er han pasient. Vi alle opplever sykdom («illness») på ulike måter tross at diagnosen («disease») er lik alle andre. Det er viktig at sykepleieren utfordrer seg til å forstå den andres måte å være pasient på (Henriksen og Aarflot, 2002). Både sykepleier og pasient er enkle individer, helt ulike fra alle andre. Begge har sin egen personlighet, egne system av verdier og representerer sin egen kultur. Menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 1999) mellom sykepleier og pasient kan ikke opprettholdes uten at begge parter forstår det som var nevnt øverst i teksten.

## 5 Avslutning

Verdens globalisering utvikler seg ganske raskt, og migrasjon av befolkning øker. Sykepleiere på sykehus møter flere pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn deres egen.

Manglende forståelse av kulturbetinget fenomener i sykepleie-pasient relasjoner kan føre til ubehagelige opplevelser hos begge parter, og kan til og med virke skadelig i akutsituasjoner.

Trygghet er en av menneskets grunnleggende behov og har stor betydning for pasientens opplevelse av sykdom, sykehusopphold og effektivitet av helsehjelp han får. Sykepleie rettet mot multikulturell pasientgruppe kan innebære store utfordringer grunnet forskjellige livssyn, system av koder og verdier.

Formålet med denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleierens interkulturelle kompetanse kan bidra til at pasient med annen kulturelle bakgrunn skal oppleve trygghet ved innleggelse på et somatisk sykehus. Person med minoritetskulturell bakgrunn som er innlagt på et sykehus befinner seg i en ganske sårbar situasjon, der både selve sykdommen, sykehusinnleggelsen, eventuelle utilstrekkelige språkferdigheter og hans «annerledeshet» fra resten av pasienter og personalet kan svekke hans opplevelse av trygghet. Møtet mellom pasient og sykepleier kan oppleves som vanskelig av begge parter.

Det viser seg å være urealistisk å forvente at sykepleieren skal ha detaljerte kunnskaper om hver enkelte kultur. Allikevel bør sykepleieren ha oversikt i forhold til livssyn, verdier og tradisjoner hos minoritetsgrupper i hennes kommune, da det er stor sannsynlighet at personer med den kulturelle bakgrunnen kommer til å bli innlagt på det lokalet sykehuset.

Sykepleierens interkulturelle kompetanse hjelper henne å være mer bevisst på egen kulturelle bakgrunn og egne fordommer hun har vedrørende andre kulturer. I møte med pasient fra minoritetsbefolkningen vil hun lettere anse ham som individ og ikke som en av «dem». Dette vil muliggjøre menneske-til-menneske forhold mellom pasient og sykepleier.

Når sykepleieren opplever kulturell trygghet, vil hun være flinkere til å kommunisere tross språklige barrierer. Hennes bevissthet på nonverbal kommunikasjon i ulike minoritetsgrupper samt kulturelle holdninger vil minke antall misforståelser med pasienten. Likevel når det gjelder informasjonsmøter der det er viktig at pasienten forstår all

informasjon, anbefales det bruk av en profesjonell tolk med nødvendig kulturell kompetanse.

Sykepleierens interkulturelle kompetanse innebærer det å ha grunnleggende kunnskaper om pasientens livssyn, verdier og tradisjoner, evne og vilje til å utføre kultursensitiv sykepleie. Dette handler også om å respektere sin pasient som menneske og individ tross kulturelle ulikheter. Det å se, høre, forstå og akseptere pasienten der han er og som han er, vil bidra til hans opplevelse av trygghet ved innleggelse på et somatisk sykehus. Sykepleieren vil kunne formidle trygghet til pasienten kun når hun selv er kulturtrygg, utfører kultursensitiv sykepleie, er bevisst på at det finnes kulturelle forskjeller, og er i stand til å utføre kulturell kongruent sykepleiehjelp.

## 6 Litteraturliste

1. Andersson-Segesten, K. (1991). Patients' experience of uncertainty in illness in two intensive coronary care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 5 (1) sider 43-47.
2. Baaring, I. (2008). Tolkning, tolkeetikk og vilkår for professionens udøvelse. I: *Samtaler med tolk i udredning, behandling og rådgivning*. Jessen, T. Baaring, I. og Hetmar, T. (red.). København: Frydenlund.
3. Bachelorutdanning i sykepleie (2011). *Læreplan for emne 5: Forskning og fagutvikling*. SYKSB 3001. Studiested Stord og Haugesund.
4. Bennett, M. (1998). *Intercultural Communication: A Current Perspective: Basic Concepts of Intercultural Communication*. Yarmouth, Me: Intercultural Press.
5. Burnard, P. og Gill, P. (2009). *Culture, Communication and Nursing*. Harlow: Pearson Education
6. Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressursbok*. Oslo: Akribe AS.
7. Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
8. Bøhn, H. og Dypedahl, M. (2009). *Veien til interkulturell kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.
9. Claus, I.B. og Viken, B. (2004). Generell sykepleie: Sykepleie og kulturell trygghet. I: *Sykepleien*, 92(07), sider 40-43.
10. Dahl, Ø. (2001). *Møter mellom mennesker: Interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
11. Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving fro studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

12. Debesay, J. (2008). Flerkulturell sykepleie: Fra utsikt til innsikt. I: A. M. Otterstad (red.). *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold – fra utsikt til innsikt*. Oslo: Universitetsforlaget.
13. Douglas, M. K. Pierce, J. U. Rosenkoetter, M. Pacquiao, D. Callister, L.C., Hattar-Pollara, M. [...] og Purnell, L. (2011). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. *Journal of Transcultural Nursing*. 22 (4), sider 317–333.
14. Eide, H. og Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
15. Eriksen, T. H. (2001). *Små steder - store spørsmål. Innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
16. Eriksen, T. H. (2002). Tilhørighet og integrasjon i multietniske samfunn. I: H.E. Eriksen (red.) *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
17. Eriksen, T. H. og Sajjad, T. A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
18. Fife, A. (2005). *Tverrkulturell kommunikasjon*. Oslo: Yrkeslitteratur.
19. Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
20. Hansen, I. (2003). An Intercultural Nursing Perspective on Autonomy. *Nursing Ethics*. 11 (1). sider 28- 41.
21. Hanssen, I. (2010). *Facing Differences. Ethical challenges in intercultural nursing*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & Co. KG.
22. Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006). Stortingsmelding nr 25. Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. Hentet 12. januar 2011 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/Stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>

23. Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 8* Hentet 12. januar 2011 fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>
24. Helseth, S. og Nortvedt, F. (2002). Om tillit. I: I.T. Bjørk, S. Helseth og Nortvedt, F. (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk
25. Helsinki Declaration (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subject*. Edinburgh: World Medical Association
26. Henriksen, J. O. og Aarflot, H. M. (2002). Å møte en annen. I: I.T. Bjørk, S. Helseth og Nortvedt, F. (red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
27. Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden? - om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
28. Johnstone, M.-J. og Kanitsaki, O. (2007). Health care provider and consumer understanding of cultural safety and cultural competency in health care: an Australian. *Journal of Cultural Diversity*, Vol. 14, No. 2, 96-105.
29. Kunnskapsforlaget (2012). "*Disease*". Hentet den 3. februar 2012 fra <http://ordnett.no/search?search=disease&lang=en>
30. Kunnskapsforlaget (2012). "*Illness*". Hentet den 3. februar 2012 fra <http://ordnett.no/search?search=disease&lang=en>
31. Kunnskapsforlaget (2012). "*Sickness*". Hentet den 3. februar 2012 fra <http://ordnett.no/search?search=disease&lang=en>
32. Leininger, M. (2001). The Theory of Culture Care Diversity and Universality. I: M. Leininger (red.). *Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
33. Magelssen, R. (2004). Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om vår virkelighetsoppfatning? *Sykepleien*, 92 (01), s 43-47.
34. Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe.



35. Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlag.
36. Mancuso, L. (2011). A Customized, Integrated Approach to Cultural Competence Education. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27 (4), sider 170-180.
37. Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. London: Harper & Row.
38. Mc Guire, A. A. Garce-Palacio, I. C. og Scarinci, I. C. (2012). A Successful Guide in Understanding Latino Immigrant Patients. An Aid for Health Care Professionals. *Fam Community Health*, 35 (1), sider 76–84
39. Nissen-Meyer, M. Shuja, A. L. og Sletnes, T. (Red.) (2008). *Likeverdig helsetjeneste?: Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. Oslo: Den norske legeforening.
40. Nielsen, B. og Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses’ experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23; sider 431–437.
41. NSF. Norsk Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
42. Nursing Council of New Zealand (2005). *Guidelines for cultural safety the treaty of Waitangi and Maori health in nursing education and practice*. New Zealand: Wellington.
43. Olsson H. og Sörensen S. (2009). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
44. Page, A. (red.)(2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work of Nurses*. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Washington: National Academies Press.
45. Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter. Hentet den 10. februar 2012 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>
46. Ray, M. A. (2010). *Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

47. Segesten, K. (1994). *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K & K Segesten Förlag.
48. "Sickness" (2012). Hentet den 3. februar 2012 fra <http://www.merriam-webster.com/medical/sickness>
49. Statistisk Sentralbyrå (2011). *Innvandring og innvandrere*. Hentet 12. januar 2012 fra <http://www.ssb.no/innvandring/>
50. Statistisk Sentralbyrå (2008). *Ny innvandrerguppering*. Hentet 12. januar 2012 fra <http://www.ssb.no/vis/vis/omssb/1gangspubl/art-2008-10-14-01.html>
51. Statistisk Sentralbyrå (2012). *Flest innvandrere fra de nye EU-landene*. Hentet 1.juni 2012 fra <http://www.ssb.no/innvbef/>
52. Sørheim, T. A. (2002). Innvandrere i Norge. I: H.E. Eriksen (red.) *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
53. Thorsen, R. (2006). Trygghet. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie* (bind 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
54. Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Pensumtjeneste.
55. U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Office of Minority Health (OMH) (2007). *National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS)*. Hentet den 15. Februar 2012 fra <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=15>
56. Webster's New Twentieth Century Dictionary of the English Language (1979), 2<sup>nd</sup> ed. *Intercultural*. New York: Simon & Shuster.
57. Wikan, U. (1995). *Mot en ny norsk underklasse: innvandrere, kultur og integrasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
58. Wæhle, E. (2011). *Globalisering*. I: Store norske leksikon. Hentet den 29. januar 2012 fra <http://snl.no/globalisering>

## 7 Vedlegg 1. Resymé av funn/resultat fra hver studie

### **A Successful Guide in Understanding Latino Immigrant Patients (Mc Guire, Garce-Palacio og Scarinci, 2012)**

Resultatene: Kunnskaper hos helsepersonell (sykepleiere, fysioterapeuter osv) om hvilke utfordringer de kan i møte med når de behandler hispaniske pasienter, har økt betydelig. Dette bekrefter spørreundersøkelsen som ble utført før og etter deltakerne har gjennomgått undervisningen. Helsepersonell har fått bedre forståelse om at pasienters holdninger til sykdom er ofte kulturbetinget. Samarbeid mellom den som utfører helsehjelp og den som får den vil være mer effektiv når begge parter forstår hverandres system av verdier.

### **Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients (Nielsen og Birkelund, 2008).**

Forskningen viser at danske sykepleiere stadig opplever møte med utenlandske pasienter som vanskelig. Det største problemet for danske sykepleiere kan være pasientens utilstrekkelige språkkunnskaper. Språkvansker skaper barriere i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og dermed fører til at det blir vanskelig å opprettholde tillitsforhold med pasienten. Behov for bruk av en profesjonell tolk er tydelig, mener sykepleiere. Forskningen viser at pasientens opplevelse av/reaksjon på smerte har noe med pasientens kulturelle bakgrunn å gjøre. Pasientens ernæring bør vurderes ut fra sosialt og kulturelt perspektiv.

### **Health care provider and consumer understanding of cultural safety and cultural competency in health care: an Australian study (Johnstone og Kanitsaki, 2007).**

Undersøkelsen viser at de fleste som jobber i helsevesenet i den multikulturelle Australia har aldri hørt om begrepet kulturell kompetanse før de deltok i prosjektet. Formålet med kulturell kompetanse hos helsepersonell er å sikre at pasienter med forskjellige minoritetsgrupper kan få like god helsehjelp som den dominerende befolkningen i landet. Landets helsesystem er ikke god nok hvis *alle* pasienter ikke kan få like godt tilbud.

Forskerne mener at helsepersonell i Australia har utilstrekkelig kulturell kompetanse og dette bør man jobbe videre med for å øke helsenivået generelt blant minoritetsgrupper.

## 8 Vedlegg 2. Systematisk litteraturstudie

Her kan leseren finne framgangsmåten ved systematisk litteratursøk som ble utført for å finne et svar på den aktuelle problemstillingen. I tabellene nede kan leseren finne søkeord og avgrensinger brukt til artikkelsøket. I utgangspunktet ville forfatteren avgrense antall funn til max. 10 stykker før hun skulle gå gjennom resultatene, men forskjellige ordkombinasjoner resulterte flere ganger i funn av de samme artikler som ved andre ordkombinasjoner. Derfor var man nødt til å utvide litteratursøket og sjekke alle funn da deres antall var mindre enn 50.

### Cochrane

(søket utført 26.01.2012)

Søkeord	Avgrensning (Limits)	Resultat (antall artikler)	Relevante funn
Foreign AND patient	All the Cochrane Library AND Keywords	6	0
Safety needs AND patient		0	
Safe AND patient		1	0
Intercultural	All the Cochrane Library AND Keywords AND Clinical Trial	6	1
Transcultural		29	0
*cultural AND nurs* AND safety	All the Cochrane Library AND Search all text AND Clinical Trial	4	0
*cultural AND nurs*		120	
*cultural AND nurs* AND patient		64	

*cultural AND nurs* AND safety AND patient AND feel safe		0	
*cultural AND nurs* AND safety AND patient AND safe		1	0
*cultural AND nurs* AND patient AND stress		2	1
*cultural AND patient AND stress		9	0
*cultural AND communication AND stress		2	0
*cultural AND communication AND nurs*		10	1

Medline (søket utført 24.01.2012)

Søkeord	Avgrensning (Limits)	Resultat (antall artikler)	Relevante funn
Cultural AND communication AND nurse		483	
Stress AND patient		22458	

Cultural AND communication AND nurse AND stress AND patient		9	1
Transcultural AND communication AND stress		14	4

## SveMed+

(søket utført 23.01.2012 og 26.01.2012)

Søkeord	Avgrensning (Limits)	Resultat (antall artikler)	Relevante funn
Safety needs	Peer reviewed AND Full text AND English AND Swedish	22	0
Cultural communication	None	184	
Cultural communication	Peer reviewed AND Full text AND English AND Swedish	59	
Cultural communication AND nursing		10	3
Minority AND Norway		7	0
*cultural AND Norway		0	0

Cultural AND Norway		143	
Cultural AND Norway AND nurse-patient	None	6	
Cultural AND Norway AND nurse-patient	Peer reviewed AND Full text AND English AND Swedish	1	0
Cultural AND Norway AND care		12	1
Cultural AND Norway AND competency		7	0
Norway		3827	
Norway AND patient safety		5	0
Norway AND patient AND foreign		2	0
Norway AND transcultural		1	0
Norway AND somatic hospital		545	
Norway AND somatic hospital AND nursing OR nurs* OR nurse		0	
Norway AND hospital AND nurse		60	
Norway AND hospital AND nurse		0	



AND immigrant*			
Norway AND hospital AND nurse AND culture		2	0
Norway AND hospital AND nurse AND transcultural		0	
Norway AND hospital AND support		12	0
Norway AND minority AND ethic		0	
Minority AND ethic		0	0
Minority		38	0
Intercultural		2	0
Transcultural		9	3
Cross-cultural		64	
Cross-cultural AND adults		42	3

## CINAHL

(søket utført 23.01, 25.01 og 26.01.2012)

Søkeord	Avgrensning (Limits)	Resultat (antall artikler)	Relevante funn
*cultural AND communication AND nursing	Limiters: PDF full text AND peer reviewed AND abstract available AND Full text AND references available AND find all my search terms AND year 2000- 2011  Search mode: Fins all my search terms	179	
*cultural AND communication AND nursing	Limiters: PDF full text AND peer reviewed AND abstract available AND Full text AND references available AND find all my search terms AND year 2000- 2011 AND academic journals  Search mode: Fins all my search terms	179	
*cultural AND communication AND nursing AND patient		86	
*cultural AND communication AND nursing AND patient AND safe*		10	2
*cultural AND safety AND nursing AND asylum		0	
*cultural AND safe* AND		3	0

Norway			
*cultural AND Norway		23	2
Safety needs	Limiters: Full text AND references available AND any author is nurse AND age group: all adult AND PDF  Expanders: also research within the full text of the articles  Search mode: Fins all my search terms	278	
Safety needs AND nurs*		276	
Safety needs AND nurs* AND cultural (?)		84	
Safety needs AND nurs* AND minority		32	2
Safety needs AND Norway AND minority		2	0
Safety needs AND culturally aware		18	0
Stress AND culturally aware AND language		20	1
Stress AND nurs* AND cultural		190	

Stress AND nurs* AND cultural AND safe		49	3
Competence AND nurs* AND cultural AND safe		30	1
Competence AND nurs* AND cultural AND feel safe		20	1
Nurs* AND cultural competence AND patient experience		68	
Nurs* AND cultural competence AND patient experience AND Norway		7	1
Nurs* AND cultural conflict AND patient experience AND Norway		10	3
Nursing care AND cultural conflict AND patient experience AND Norway		10	3
Nursing care AND cultural diversity AND patient experience AND Norway		3	3
Nursing care AND cultural diversity AND patient experience AND Norway AND competence		2	2

(Article): “Professional and Cultural Conflicts for Intensive Care Nurses”	Find similar	5514	
	Find similar AND full text AND references available	1033	
	Find similar AND full text AND references available AND <u>Publication:</u> Journal of Cultural Diversity AND Southern Online Journal of Nursing Research AND Journal of Clinical Nursing	75	
	Find similar AND full text AND references available AND <u>Publication:</u> Journal of Cultural Diversity AND Southern Online Journal of Nursing Research AND Journal of Clinical Nursing AND  <u>Subject Major Heading:</u> cultural competence, cultural sensitivity, cultural diversity, culture values, immigrants, minority groups, transcultural care, patient attitudes, advanced nursing practice.	48	
	Find similar AND full text AND references available AND <u>Publication:</u> Journal of Cultural Diversity AND Southern Online Journal of Nursing Research AND Journal of Clinical Nursing	10	1

	<p>AND</p> <p><u>Subject Major Heading:</u> cultural competence, cultural sensitivity, cultural diversity, culture values, immigrants, minority groups, transcultural care, patient attitudes, advanced nursing practice. AND</p> <p><u>Refine your results:</u></p> <p>Full text AND references available</p>		
--	--	--	--