



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|---|------------------------|--------------------------------------|
| Startdato: | 22-02-2021 09:00 | Termin: | 2021 VÅR |
| Sluttdato: | 21-04-2021 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått) |
| Eksamensform: | Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave | | |
| SIS-kode: | 203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 242 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Antall ord *: | 7997 |
| Engelsk tittel *: | The nurses encounter with the refugee |

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Gruppenavn: | (Anonymisert) |
| Gruppenummer: | 36 |
| Andre medlemmer i gruppen: | 258 |

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Sykepleierens møte med flyktningen

The nurses encounter with the refugee

Kandidatnummer 242 & 258

Bachelor i Sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 21.04.2021 kl.14

Antall ord: 7997

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Tittel: Sykepleiers møte med flyktningen

Bakgrunn for valg av tema: Temaet i denne bacheloroppgaven er sykepleierprofesjonen i møtet med flyktningene som pasient i Norge. Vi lever i en globalisert verden hvor mennesker krysser landegrenser i økende grad. Den kontinuerlige migrasjonen har ført til at Norge er blitt et flerkulturelt samfunn. Dette har konsekvenser for helse - og omsorgsetaten hvor det stilles økte krav til tjenestene. Noe av dette vil vi sette søkelyset på i denne oppgaven. Sykepleiere treffer flere pasienter med annen etnisk og kulturell bakgrunn i arbeidshverdagen. Nyere forskning viser at sykepleiere har manglende kompetanse innen kultursensitivitet i møte med flyktningen. Dette er en faktor som svekker behandlingstilbudet, i tillegg til utfordringer i kommunikasjonen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiers kompetanse innen kultursensitivitet og tverrkulturell kommunikasjon bidra til at møtet med helsetjenesten blir en positiv opplevelse for flyktningen?

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til at flyktninger føler seg ivaretatt tross kulturelle og språklige forskjeller.

Metode: Studiens metode er systematisk litteraturstudie som metode, med litteratursøk gjennom databasene Oria, Cinahl, Sykepleien, PubMed og Svemed. Studien benytter seks forskningsartikler og annen relevant litteratur i et sykepleieperspektiv.

Oppsummering av funn og konklusjon: Funn fra forskningsartiklene ble systematisert i fire hovedtema som utgjorde grunnlaget for drøftingen: (1) kulturell kompetanse og kunnskap, (2) relasjonell støtte, (3) kommunikasjon, (4) holdninger og verdier. Funn fra vår bachelor studie viser at manglende kulturell kompetanse blant sykepleiere hindret likeverdig helsebehandling av migrasjonspasienten. Sykepleier kan bidra til positive møter med migrasjonspasienter gjennom kompetanse i kultursensitivitet og fokus på tverrkulturell kommunikasjon, dette tilegnes gjennom en åpen, modig, kreativ og endringsvillig holdning hos sykepleier. Videre viste funnene at sykepleiere og sykepleierstudenter har kjennskap til kulturell kompetanse, men det er behov for større fokus i sykepleierutdanningen, i tillegg til erfaring og trening i å praktisere kultursensitiv sykepleie.

Nøkkelord: Transkulturell sykepleie, kultursensitivitet, kulturell kompetanse, relasjonell støtte, tverrkulturell kommunikasjon, holdninger

Abstract

Background: In this bachelor thesis we examine the challenges nurses experience in the encounter with the refugee patient in Norway. We live in a globalized world where people continuously are crossing borders. The migration has led Norway to become a multicultural society, which has consequences and demands for the health service. In this bachelor thesis, we highlight some of these challenges. Nurses meet several patients with different ethnic and cultural background in everyday work. Recent research has shown lack of competence in cultural sensitivity and communication in the nurses encounter with the refugee. This fact weakens the treatment of the patient, in addition to communication skills.

Title: The nurses' encounter with the refugee

Research question: How can nurses' competence in cultural sensitivity and cross-cultural communication contribute to the meeting with the health care service being a positive experience for the refugee?

Purpose: The purpose of this study is to examine how nurses can contribute to care in the encounter with refugees despite differences in culture and language.

Methodology: In this bachelor thesis, a systematic literature study has been used as a method. Relevant subjects and research literature are used. The thesis is based on six research articles, in addition to a nursing perspective and our own experiences to answer the research question.

Summary of findings and conclusion: Findings from the literature study were systematized into four main themes which were discussed: (1) cultural competence and knowledge, (2) relational support, (3) communication, (4) attitudes and values. The results from our bachelor thesis show that lack of cultural competence among nurses hindered equal health treatment of the migration patient. This could adversely affect the patient's care. Competence in cultural sensitivity and cross - cultural communication is acquired when nurses are open, courageous, creative and willing to change. Furthermore the results show

that nurses and students have knowledge of cultural competence, but there is a need for education training and willingness to practice cultural sensitive nursing.

Keywords: transcultural nursing, relational support, cross - cultural communication, culturally sensitive nursing , attitudes

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1.0 Innledning | 7 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans for praksis | 7 |
| 1.2 Teoretisk grunnlag..... | 8 |
| 1.2.1 Kulturell kompetanse | 8 |
| 1.2.2 Tverrkulturell kommunikasjon | 9 |
| 1.2.3 Mellommenneskelige forhold i sykepleierens møte med pasienten | 10 |
| 1.2.4 Lover og yrkesetiske retningslinjer..... | 11 |
| 1.3 Tidligere forskning og kunnskap | 12 |
| 1.4 Hensikt og problemstilling | 13 |
| 1.4.1 Avgrensning og presisering..... | 13 |
| 2.0 Metode | 14 |
| 2.1 Litteraturstudie som metode | 14 |
| 2.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier | 15 |
| 2.3 Søkeprosessen | 15 |
| 2.4 Metode- og kildekritikk | 19 |
| 2.5 Etiske overveielser..... | 20 |
| 3 Resultat og funn | 21 |
| 3.1 Presentasjon av forskningsartikler | 21 |
| 3.2 Hovedfunn | 24 |
| 3.2.1 Kulturell kompetanse og kunnskap | 24 |
| 3.2.2 Relasjonell støtte..... | 24 |
| 3.2.3 Kommunikasjon..... | 25 |
| 3.2.4 Holdninger og verdier..... | 25 |
| 4 Drøfting | 26 |
| 4.1 Har sykepleiere kulturell kompetanse?..... | 26 |
| 4.1.1 Kultursensitiv kompetanse | 26 |
| 4.1.2 Ulik forståelse og forventning..... | 28 |
| 4.2 Relasjonen mellom sykepleier og migrasjonspasienten | 29 |
| 4.2.1 Tillit..... | 29 |
| 4.2.2 Gjensidig forståelse og kontakt..... | 31 |
| 4.3 Kommunikasjonen mellom sykepleier og migrasjonspasienten..... | 31 |
| 4.3.1 Språkbarriere og samtykke | 31 |
| 4.3.2 Bruk av tolk | 32 |
| 4.3.3 Kreative kommunikasjonsmetoder | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4 Betydningen av sykepleiers holdninger og verdier | 35 |
| 4.4.1 Respekt og integritet | 35 |
| 4.4.2 Stereotypier og etnosentrisme | 36 |
| 5 Konklusjon..... | 37 |
| 7. Litteraturliste | 39 |
| 8. Vedlegg..... | 43 |
| Vedlegg 8.1: Relevante begrep..... | 43 |
| Vedlegg 8.2: Presentasjon av inkluderte forskningsartikler..... | 45 |
| Vedlegg 8.3: Eksempel på sjekklister ved kvalitativ studie..... | 53 |
| Vedlegg 8.4: Eksempel på sjekklister ved kvantitativ prevalensstudie | 57 |
| Vedlegg 8.5: Eksempel på sjekklister ved oversiktsstudie..... | 61 |
| | |
| Tabell 1: Søkehistorikk, treff og utvalgte artikler | 16 |

1.0 Innledning

Mennesker på flukt i verden har økt fra 68,5 millioner til 70,8 millioner siden 2019. Ettersom migrasjon fører til et mer etnisk og kulturelt samfunn, vil dette ha betydning for helse og omsorgstjenester. Å ta imot flyktninger er derfor noe helsevesenet i Norge bør være forberedt på (Varvin, 2020). I 2021 er det registrert 800 094 innvandrere i Norge, dette utgjør 14,8% av befolkningen. 238 281 av disse har flyktningbakgrunn (Statistisk sentralbyrå, 2021). En flyktning er en person med behov for beskyttelse utenfor hjemlandet. Flyktninger omfatter også familiemedlemmer med opphold i Norge. En innvandrer er imidlertid definert som en person født i utlandet, eller med foreldre som er født i utlandet og omfatter dermed både flyktninger og andre innvandringsgrupper (Folkehelseinstituttet, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans for praksis

Regjeringen ser økt sykdomsrisiko i enkelte innvandringsgrupper og behov for kunnskap innen forebygging, riktig diagnostisering og behandling. Hovedmålet med norsk helsetilbud er å fremme likeverdige helse og omsorgstjenester, parallelt skal det også tas utgangspunkt i individuelle forutsetninger og behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 4). Når flyktninger møter helsevesenet, skal lik helsehjelp og behandling dermed være en rettighet. Imidlertid kan de få dårligere tilbud enn majoritetsbefolkningen (Hanssen, 2019, s. 65; Alpers, 2018, s. 28). Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale strategiplan fra 2013-2017 påpeker at innvandreres helse varierer etter sosioøkonomiske faktorer, opprinnelsesland og innvandringsårsak (Helse og omsorgsdepartementet, 2013, s. 4). Det viser seg imidlertid at flyktninger har dårligere helseprofil enn andre innvandrere, samt hyppigere forekomst av psykiske plager enn majoritetsbefolkningen (Folkehelseinstituttet, 2018). Ventetid i asylmottak, opplevelse av tortur og krigsforbrytelser gir store påkjenninger. Flyktningens sykdomsbilde kan være sammensatt av psykiske og somatiske lidelser, og de fremstår dermed som en gruppe med særlige helseutfordringer (Varvin, 2020).

For å kommunisere med helsepersonell er norskkunnskaper avgjørende, mange flyktninger trenger derfor språklig tilrettelegging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s 30). For innvandrere som møter helsevesenet uten å kjenne språket og systemet, kan møtet

oppleves traumatisk. Manglende evne til kommunikasjon kan føre til sosial isolasjon. Dette forårsaker kulturelle konflikter og kan påvirke pasientens fysiske og psykiske helse gjennom et negativt selvbilde, manglende trygghetsfølelse og redusert mestringsevne. Kvaliteten på omsorgen og likeverdig medisinsk behandling kan svekkes (Hanssen, 2019, s. 33-34).

Sykepleierprofesjonen påvirkes ettersom det fins flere pasienter med annen etnisk kulturbakgrunn (Alpers 2018, s. 38). Det kan bli utfordrende å gi adekvat omsorg og behandling dersom sykepleier og pasient ikke forstår hverandre (Hanssen, 2019, s. 33).

Tverrkulturell kommunikasjon kan være et hjelpemiddel for å oppnå god sykepleie, da dette beskriver en kombinasjon av språklige og ikke – språklige uttrykk knyttet til etnisk, kulturell og sosial bakgrunn (Varvin, 2018, s. 43). Kulturell kompetanse, som beskriver kunnskap om kulturell variasjon og pasienters ulike oppfatninger av helse og sykdom, vil også kunne bidra til en kvalitetssikring av flyktingers/innvandreres helsetjenestetilbud (Alpers, 2018, s. 37).

Personlig kjenner vi til innvandrere som har opplevd at helsepersonell ikke tar kulturen deres på alvor. Dette opplevdes diskriminerende og hindret dem i å søke helsehjelp. Vår praksiserfaring viser også at manglende kulturkunnskap og språkbarriere skaper misforståelser. Dermed blir ikke menneskelige behov og rettigheter tilstrekkelig ivaretatt.

1.2 Teoretisk grunnlag

I dette delkapitlet presenteres tidligere kunnskap og teori innen kultursensitiv sykepleie, tverrkulturell kommunikasjon og mellommenneskelige forhold i sykepleie. Avslutningsvis presenteres aktuelle lover og retningslinjer.

1.2.1 Kulturell kompetanse

Alpers (2018) er opptatt av sykepleieres kompetansebehov i møte med flyktinger. Hun definerer sykepleie gjennom kompetanseaspektene kunnskap, ferdigheter, holdninger og verdier. De yrkesetiske retningslinjer belyser at sykepleie skal ytes uavhengig av hudfarge, trosoppfatning, kultur, nasjonalitet og etnisk bakgrunn. Disse holdningene og verdiene er

nødvendige for sykepleiers utvikling av kulturell kompetanse (Alpers, 2018, s. 30). Rødal (2012) hevder at sykepleierens mangel på kartlegging, kommunikasjonsutfordringer, kulturforståelse, negative holdninger og fordommer mot etnisiteten kan føre til dårligere behandling.

Etnosentrisme oppstår når enkeltmennesker mener at egen tro, oppførsel og handlinger er å foretrekke og kan bli dominerende i mellommenneskelige relasjoner (Leininger, 2002, s. 50). Sykepleiere med kulturell kompetanse tar hensyn til kultur i vurderinger, er bevisst på egne verdier, oppfatninger, stereotypier og fordommer og tar avstand fra etnosentrisme (Alpers, 2018, s. 37). Ifølge Travelbee (1971/2014) er stereotypisering et resultat av generalisering og fører til at mennesker får «merkelapper». Menneskers fellestrekk blir styrende, reduserer særegenheter og gjør enkeltindividet generelle (Travelbee, 1971/2014, s. 31). Men alle mennesker er uerstattelige og unike, samtidig fremheves forskjeller på mennesker som følge av ulik livserfaring, noe som gjør oss mer ulike enn like (Travelbee, 1971/2014, s. 57).

Hanssen (2016, s. 101) presenterer begrepet "othering", eller annengjøring i sykepleier-pasient-forholdet, som oppstår når begge parter ser hverandre som "den andre" i stedet for "en av oss". Helsepersonell må trene opp handlingsberedskap ved å utvikle sine personlige og relasjonelle egenskaper i møte med flyktninger. Dersom sykepleier mangler bevissthet om egne stereotypier og fordommer overfor andre mennesker, kan dette bli en alvorlig barriere og utfordring for kulturelt kompetent pleie og handling (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s. 20).

1.2.2 Tverrkulturell kommunikasjon

Hanssen (2019, s. 33) definerer kommunikasjon som "utveksling av menings- eller betydningsinnhold mellom individer og grupper ved hjelp av et felles system eller symboler". Bakgrunn og persepsjon påvirker forståelse og tolkning av informasjon. Tverrkulturell kommunikasjon er når personer med ulik etnisk, kulturell og sosial bakgrunn samhandler (Varvin, 2018, s. 43). Jo større forskjeller det er på kultur og bakgrunn mellom kommuniserende parter, desto vanskeligere blir det å kommunisere. Travelbee (1971/2014,

s. 139-140) hevder at kommunikasjon er et verktøy som oppfyller sykepleierens mål og hensikt gjennom å bli kjent med den enkelte pasienten, og videre fastslå sykepleiebehovet. Dette kan hjelpe pasienten til å mestre sykdom (Travelbee, 1971/2014 s. 147).

Manglende språkkunnskaper hos flyktninger fører til utfordringer i kommunikasjonen. I situasjoner med sykdom, engstelse og svekket språkkompetanse, blir pasienten ekstra sårbar (Magelssen, 2008, s. 152). Bruk av tolk er derfor et nødvendig tiltak for å innhente opplysninger. Myndiggjøring av pasientens morsmål kan styrke selvbildet og mestringsevnen (Magelssen, 2008, s. 164). Myndighetene oppfordrer til bruk av tolk, og Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder (Meld. St. 29 (2012 - 2013), s. 53).

1.2.3 Mellommenneskelige forhold i sykepleierens møte med pasienten

Travelbee (1971/2014, s. 29) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess der et individ, en familie eller et samfunn får hjelp til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse.

(1.2.1). Det mellommenneskelige møtet innebærer fem stadier: (1) Det innledende møtet, (2) fremvekst av identiteter, (3 og 4) empati og sympati og (5) etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1971/2014, s. 172). Gjensidig deltakelse i en prosess der alle parter åpner seg er også et krav ved kultursensitiv kommunikasjon (Magelssen, 2008, s. 18).

I det innledende møtet danner pasient og sykepleier seg et bilde av hverandre og sykepleier viser interesse for pasienten som person. Uten dette kan omsorgen oppfattes upersonlig og overfladisk (Travelbee, 1971/2014, s. 188). Sykepleier må være observant og aktivt lytte til pasienten, i tillegg til å kartlegge og tilegne seg kunnskap om pasientens bakgrunn og kultur (Leininger, 2002, s. 49). Samtidig bør sykepleierens arbeidsoppgaver og forventninger til pasienten presenteres, noe som er ekstra viktig i møte med flyktninger (Magelssen, 2008, s. 18).

Sykepleiers overdrevne fokus på kulturforskjeller i det første møtet kan bli en utfordring som fører til annengjøring og distanse (Hanssen, 2016, s. 101). Det er viktig å huske på at det er mennesker, og ikke abstrakte forståelser av kultur som møtes (Debesay & Tschudi-Madsen,

2018, s. 17). En åpen og lyttende holdning utgjør grunnlaget for kultursensitiv kommunikasjon (Magelssen, 2008, s. 18).

Gjennom samvær og kommunikasjon etableres kontakt og «en fremvekst av identiteter» i fase 2, her brytes fordommer og stereotyper ned og relasjoner skapes. Sykepleier får kjennskap til personens historie og situasjon og pasienten ser sykepleier som et individ og ikke en av mange sykepleiere (Travelbee, 1971/2014, s. 186-187).

Fase 3 og 4 omhandler empati og sympati. Empati er avgjørende for å forstå pasientens indre opplevelser og ytre atferd. Empati resulterer i sympati, og et ønske om å hjelpe pasienten. Sykepleiers holdning og verbale kommunikasjon formidler dette til pasienten (Travelbee, 1971/2014, s. 201).

Den siste fasen, gjensidig forståelse og kontakt, er et resultat av prosessen i sin helhet. Her må sykepleier ha et ønske om, og tilstrekkelig kunnskap til å møte pasientens behov med konkrete tiltak. Pasienten har tillit til sykepleier og kommunikasjonen er god og åpen. (Travelbee, 1971/2014, 212). For å sikre helhetlig omsorg kan sykepleier, i samarbeid med pasienten, tilrettelegge, opprettholde eller oppheve tiltak (Leininger, 2002, s. 79).

1.2.4 Lover og yrkesetiske retningslinjer

Alle i Norge har ifølge loven like rettigheter til helsetjenester. Lovens bestemmelser skal blant annet fremme sosial trygghet og ivareta respekt, integritet og menneskeverd (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1 og §1-2). Sykepleiere skal gi likeverdig behandling uansett kulturbakgrunn. Ferdigheter med spesiell relevans for flyktninger er blant annet å «utøve forsvarlig og omsorgsfull sykepleie til pasienter tilpasset deres kulturelle og religiøse bakgrunn» (Alpers, 2018, s. 30).

Helsepersonell skal utføre arbeidet i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og omsorg (Helsepersonelloven, 2001, §4). Kunnskapsdepartementets rammeplan omtaler at sykepleiere skal kunne kommunisere med mennesker uavhengig av etnisitet, religiøs og kulturell bakgrunn (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4). Rammeplanen og yrkesetiske retningslinjer belyser at sykepleierrollen har et viktig og selvstendig ansvar innen

helsefremming, forebygging, behandling, rehabilitering og miljøterapeutiske sykepleietiltak (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4; Norsk sykepleierforbund 2019). Språkbarriere utfordrer sykepleier, da god kommunikasjon med pasienten er avgjørende for å gi tilstrekkelig informasjon, veiledning og forsvarlig omsorg.

Loven understreker pasienters rett til medvirkning om tilgjengelig og forsvarlig behandling ved undersøkelser (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Sykepleier skal fremme pasientens medvirkning i helsehjelp gjennom tilstrekkelig og tilpasset informasjon og samtidig sikre at pasienten forstår innholdet og betydningen av informasjonen (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Informasjonskravet øker ettersom pasienten trenger optimale forhold ved viktige helsevalg (Moelven, 2017, s. 161). Pasienten skal ha nødvendig informasjon og innsikt i egen behandling og undersøkelser, samtidig bivirkninger og risiko (Pasient og brukerrettighetsloven 1999 § 3-2). Informasjonen skal tilpasses individuelle forutsetninger som alder, erfaring, kultur og språklig bakgrunn (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). En utfordring for sykepleiere er når pasientens rett til informasjon og medvirkning begrenses av kommunikasjonsproblemer og evne til informert samtykke.

1.3 Tidligere forskning og kunnskap

Allerede på 1950- tallet så Leininger (2002) behovet for kulturell kompetanse innen sykepleie og presenterte begrepet "transkulturell sykepleie". Transkulturell sykepleie defineres som helhetlig omsorg på tvers av kulturer, der sykepleier har kompetanse til å hjelpe enkeltmennesker eller grupper til å vinne tilbake egen helse og trivsel (Leininger, 2002, s. 84). Hovedmålet med transkulturell sykepleie er tilrettelegging av omsorg tilpasset pasientens kulturelle forutsetninger, verdier og levesett, dette sikrer forsvarlig helsehjelp (Leininger, 2002, s. 45-46). Rødal (2012) etterlyser flerkulturell kompetanse hos sykepleiere. Leininger stilte spørsmål om vektlegging av kulturell kunnskap i sykepleierutdanningen for 60 år siden, men fremdeles er det et glemt sykepleiefaglig område (Rødal, 2012).

Magelssen (2008, s. 15) introduserte begrepet “kultursensitivitet” for første gang i 2002 og oppfordret til fokus på likheter fremfor forskjeller i kulturmøtene mellom sykepleier og pasient. Hun foreslår begrepet «kultursensitiv sykepleie» som et alternativ til «transkulturell sykepleie» ettersom Leininger i liten grad problematiserer kulturelle maktforhold og at kulturer er dynamiske, og ikke statiske. Med «sensitivitet» menes evnen til å forstå hensikten bak ord og handlinger. Personer med samme kulturbakgrunn forstår lettere den kontekstuelle meningen. For personer fra ulike kulturer gir samtalen forutsetninger for å tolke hverandre riktig. Dette fremmer gjensidig læring og integrering (Magelssen, 2009). Begrepet kultursensitivitet favner videre enn transkulturell sykepleie, og vil bli benyttet i oppgaven. Tidligere kunnskap om behovet for kulturell kompetanse hos sykepleier (Leininger, 2002, Magelssen, 2002/2008 og Rørdal 2012) samsvarer med funn fra forskning som framhever det samme i diskusjonen.

1.4 Hensikt og problemstilling

Med en økning i sammenblanding av ulike kulturer både globalt og nasjonalt, fremkommer en endring i krav til norsk helsetjeneste. Oppgaven søker å belyse hvordan sykepleier kan bidra til at flyktningen føler seg ivaretatt tross kulturelle og språklige forskjeller. Oppgavens hensikt blir dermed å undersøke følgende problemstilling;

Hvordan kan sykepleiers kompetanse innen kultursensitivitet og tverrkulturell kommunikasjon bidra til at møtet med helsetjenesten blir en positiv opplevelse for flyktningen?

1.4.1 Avgrensning og presisering

I oppgaven har vi valgt terminologi som omfatter både flyktninger og innvandrere som pasienter, under begrepet “migrasjonspasient”. Varvin (2018) bruker betegnelsen flyktningpasient, men vi velger begrepet migrasjonspasient (Alpers 2018), ettersom noen av informantene også inkluderer innvandrere. Viktige og relevante begreper utdypes videre i

kap 8.1. Samtidig vil vi presisere at vi konsentrerer oss om flyktninger, ettersom de har særlige helseutfordringer (1.1) og fordi problemstillingen er rettet mot kulturelle forskjeller og utøvelse av god sykepleie til denne pasientgruppen. Derfor ble tittelen *Sykepleiers møte med flyktningen* valgt til fordel for *Sykepleiers møte med migrasjonspasienten*.

Oppgavens fokus er flyktninger over 18 år. Studien inkluderer begge kjønn og er uavhengig av type institusjon, sykdom og behandlingsforløp ettersom vi undersøker hvordan sykepleier møter og forholder seg til flyktningen. Inkluderte artikler er rettet mot sykepleiere og migrasjonspasienter og er ikke avgrenset til kontinenter eller land (se 2.4).

2.0 Metode

Metode er et verktøy som benyttes til å samle inn data for å innhente ny kunnskap og belyse en problemstilling. (Dalland, 2018, s. 51-52). I kapittel 2 presenteres oppgavens metode, samt søkehistorikk, metode- og kildekritikk og etiske overveielser.

2.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven bruker litteraturstudie da metoden er mest relevant ettersom vi ønsker å formidle oppdatert kunnskap til leseren om det aktuelle tema (Thidemann, 2019, s. 78). Vi anvender eksisterende forskning, annen aktuell litteratur og gjennomgår disse systematisk for å besvare problemstillingen (Dalland, 2018, s. 207). Litteraturstudie karakteriseres med systematiske søk, kritisk gjennomgang og fordypning i litteraturen i et valgt problemområde eller emne (Forsberg & Wengstrøm, 2015, s. 30). Problemstillingen er avgrenset og presis, med beskrivelse av studiens hensikt, presentasjon av søkehistorikk, inklusjon- og eksklusjonskriterier, drøfting av resultat, bruk av relevant litteratur og en konklusjon som svarer på problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 80).

Ettersom oppgaven har sykepleier-/pasientperspektiv, vektlegges kvalitativ metode da den går i dybden og oppgir data som tar for seg personers meninger, opplevelser og erfaring. Samtidig har forskningen et subjektivt perspektiv som innebærer bearbeidelse og

analysering av tekster. Oppgaven inkluderer to kvantitative prevalensstudier (Priebe et al, 2011, Kaçan & Örsal, 2020), som oppgir målbar data i form av tall og prosent, der hjelpemidler som diagram og tabeller brukes for å fremlegge resultat (Dalland, 2018, s. 112).

2.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjør litteratursøk og begrenser mengden litteratur. I tillegg gjøres søket mer hensiktsmessig (Thidemann, 2019, s. 84). Oppgavens inklusjonskriterier er at artiklene er skrevet på norsk eller engelsk. Ettersom vi ønsker oppdatert kunnskap, har vi tatt utgangspunkt i artikler fra 2015-2021. Imidlertid har vi en artikkel fra 2011 (Priebe et al.) fordi vi mener funnene er høyst relevante.

2.3 Søkeprosessen

Vi startet med varierende søk i databaser som Oria, Sykepleien, PubMed, BMJ, Svemed+, google scholar og Cinahl. Først forsøkte vi norske søkeord for å gjøre oppgaven relevant for det norske helsevesen: «sykepleie, innvandrere, flyktninger, migrasjon og helse». Artikler fra dette søket ble ekskludert grunnet manglende relevans eller alder. Fra tidsskriftet Sykepleien inkluderte vi aktuelle fagartikler (Rødal 2012, Magelssen 2009) som teori i oppgaven, men færre forskningsartikler. Forskningsartikler med manglende fokus ble ekskludert.

Informasjons – og litteratursøk foregikk i flere omganger, fra bred emnesøking til problemformulering (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 115). Vi gikk dermed fra bred til snevrere søking.

Vi ønsket fokus på sykepleiers møte med flyktningen, noe vi fant flere resultater på i utenlandske artikler, og Alpers (2016). Derfor gikk vi videre til engelske søkeord som “nursing, health, migration, refugee, transcultural nursing, transcultural caring relationships, attitudes, mapping”. Dette resulterte i seks forskningsartikler. Søkehistorikk, treff og valgte artikler fremgår av tabell 1.

Tabell 1: Søkeshistorikk, treff og utvalgte artikler

| Dato | Database | Søkeord | Antall treff / avgrensing | Lest abstrakt | Inkludert |
|----------|----------|---|--|---------------|---|
| 15.02.21 | Cinahl | Transcultural nursing AND migration | 2016-2021 English Treff: 122 | 6 | - |
| 15.02.21 | Oria | transcultural caring patient relationships | Artikler 2016-2021 Engelsk Treff: 1050 | 10 | Nr. 5 Hemberg & Vilander, (2017). <i>Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture</i> |
| 15.02.21 | Oria | transcultural nursing patient relationships | Artikler 2016-2021 Engelsk Norsk Treff: 2238 | 5 | Nr. 9 Markey, Tilky & Taylor (2017). <i>Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds</i> |
| 15.02.21 | Oria | Mapping, transcultural | Artikler 2016-2021 | 2 | Nr. 2 |

| | | | | | |
|----------|------|--|---|---|--|
| | | nursing, refugee | (siste fem år) Engelsk Treff: 57 | | Robertshaw, Dhesi & Jones. (2017). <i>Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research</i> |
| 15.02.21 | Oria | Mapping, transcultural nursing, refugee | Artikler 2010 – 2021 (siste ti år) Engelsk Treff: 398 | 5 | Nr. 43 Priebe et al, (2011). <i>Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries</i> |
| 15.02.21 | Oria | Attitudes, transcultural nursing | Arikler Fag: sykepleie 2016-2021 Engelsk Treff: 2026 | 9 | Nr. 24: Kaçan & Örsal (2020). <i>Effects of Transcultural Nursing Education on the Professional Values, Empathic Skills, Cultural Sensitivity and Intelligence of Students.</i> |

| | | | | | |
|----------|--------------|--|--|----|---|
| 03.03.21 | Sykepleien | Sykepleie, flyktninger | 2015-2018 Fagutvikling, forskning Treff: 18 | 8 | Magelssen (2009). <i>Generell sykepleie: Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om vår virkelighetsoppfatning?</i> |
| 03.03.21 | Sykepleien | Sykepleie, innvandrere | 2007-2021 Fagutvikling, forskning Treff: 46 | 10 | Rødal (2012) <i>Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse</i> |
| 04.03.21 | BMJ Practice | Nursing, ethnic minorities, patient | Treff: 11 | 5 | - |
| 05.03.21 | Svemed+ | Sykepleie, innvandrere | Ethnic minorities Treff: 10 | 7 | - |
| 05.03.21 | Svemed + | Ethnic minority nursing | Treff: 24 | 5 | - |
| 06.04.21 | Cinahl | Nursing, ethnic minorities AND Patient | 2016-2021 English 19-44 years Europe Treff: 99 | 10 | - |

| | | | | | |
|----------------|--------|--|--|----|--|
| 10.03. 21 | Oria | Nursing, refugees | Artiker 2015-2021 Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk Nursing, transcultural nursing Treff: 1 098 | 11 | - |
| 24.03.20 21 | PubMed | Intercultural relationship, nursing AND immigrant | 5 years English Treff: 2 | 2 | Nr. 1 <i>Alpers (2016) Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study</i> |

2.4 Metode- og kildekritikk

Litteraturstudie forbindes med vurdering og karakteristik av litteraturen, i tillegg til fremleggelse av benyttede kriterier under utvelgelsen (Dalland, 2018, s. 158). For å sikre gyldighet ble det anvendt sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler (se eksempler i vedlegg 8.3, 8.4 & 8.5) (Helsebiblioteket, 2020). Forskningsartikler med IMRaD-struktur (introduksjon, metode, struktur, resultat og diskusjon) ble vektlagt da vitenskapelige artikler innen medisin og helsefag vanligvis benytter denne strukturen (Thidemann, 2019, s. 68). Metodens svakhet er forfatterens begrensede tilgang til relevant forskning og studier, og at forfatterens meninger kan påvirke utvalgt forskning. Dessuten kan forskere med lignende tema fremstille forskjellige vitenskapelige artikler og konklusjoner (Forsberg & Wengström,

2015, s. 26). Styrken er grunnlaget i allerede eksisterende litteratur rundt aktuelle tema, dette bidrar til å besvare problemstillingen med en hensiktsmessig og god oversikt (Thidemann, 2019, s. 78).

I oppgaven presenteres oppdatert teori. Travelbee (1971/2014) er eldre, men i oversatt versjon. Både denne og Leininger (2002) er inkludert i oppgaven ettersom de omhandler relevant sykepleieteori. Hovedsakelig bruker oppgaven primærkilder. En artikkel er litteraturstudie (Robertshaw et al., 2017), og dermed basert på tolkning av sekundærkilder. Sekundærkilder tolker andre kilder, og kan resultere i at funn og tolkninger er ulik primærkilden. Imidlertid kan sekundærkilder bidra til økt forståelse av primærkilder (Dalland. 2018, s. 162).

Svakheter ved vår studie er at utvalgte artikler er skrevet på engelsk og tolkning av resultater baseres dermed på vår oversettelse. Tross gode engelskkunnskaper, kan ikke mistolkning av diskusjon og resultater utelukkes. Vi har inkludert forskningsartikler fra Tyrkia (Kaçan & Örsal, 2020), Finland (Hemberg & Vilander, 2017) og Irland (Markey, et al, 2017). Landene kan ha ulik organisering av helsevesenet enn Norge, men vi mener likevel at forholdene og forutsetningene av funn i studien er overførbare, ettersom sykepleieres og pasienters perspektiv er i fokus og ikke systemene. Oppgaven inkluderer to forskningsartikler der troverdigheten begrenses av deltakere, Hemberg & Vilander (2017) og Alpers (2016) med ti deltakere. Dermed kan det reflekteres over om forskningen kan generaliseres. Vi har likevel inkludert disse da styrken ved artiklene ligger i deltakernes synspunkter og erfaringer og med relevante funn for problemstillingen.

2.5 Ethiske overveielser

Forskningsetikk omhandler etiske refleksjoner rundt utfordringer som kan fremkomme i arbeidet. Innhenting av kunnskap og forståelse fra forskning, skal ikke gå på andres bekostning. Integritet og velferd skal opprettholdes (Dalland, 2018 s. 235-236). Inkluderte artikler er godkjent av etisk komite, og overholder personvern og taushetsplikt. Samtidig var deltakelse frivillig, og deltakerne kunne trekke seg uten følende konsekvenser. Forfatter

tydeliggjøres ved bruk av kilder (Dalland, 2018, s. 168). For å støtte akademisk pålitelighet, anvendes APA 7th til referanse av kildene i teksten.

3 Resultat og funn

I kapittel 3.1 presenteres forskningsartiklene som utgjør oppgavens empiri. Relevante funn presenteres i 3.2. For mer detaljert presentasjon av artikler, vedlegg 8.2).

3.1 Presentasjon av forskningsartikler

Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study (Alpers, 2016)

Hensikt: Å studere faktorer som er med på å bygge tillit eller skape mistillit i møtet mellom helsepersonell og sykehusinnlagte etniske minoritetspasienter.

Metode: Kvalitativ studie med dybdeintervjuer, utført blant 10 voksne førstegenerasjonsinnvandrere fra afrikanske og asiatiske land, 6 kvinner og 4 menn.

Resultat: Mistillit kan oppstå ved forskjeller i trossystemer, verdier, oppfatninger og uttrykks og atferdsstil. Kulturell kompetanse er nødvendig for å skape tillit til innvandrerpasienter.

Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic background (Markey, et al., 2017)

Hensikt: Å utforske sykepleierstudenter og sykepleieres evne til å ivareta pasienter med annen kulturell, etnisk og språklig bakgrunn.

Metode: Kvalitativ metode med fokusgrupper (n: 10) og individuelle intervjuer (n: 30) med sykepleierstudenter og sykepleiere i Irland.

Resultat: Følelser av usikkerhet, manglende bevissthet på egen etnosentrisme og manglende kunnskap førte til at informantene møtte pasientene med unnvikelse, fremfor å møte pasientens behov på en kulturell måte.

Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries (Priebe et.al, 2011).

Hensikt: Å undersøke utfordringer hos helsepersonell som møter migrasjonspasienter, og oppfatning av god praksis.

Metode: Kvantitativ metode med semi- strukturerte intervjuer. Totalt 240 helsearbeidere fra 16 europeiske land deltok.

Resultat: Åtte faktorer hindret god praksis; Språkbarrierer, sosial isolasjon, traumatiske opplevelser, manglende kjennskap til helsevesenet, kulturelle forskjeller, ulik sykdomsforståelse og behandling, negative holdninger hos ansatte og pasienter. Samtidig manglende tilgang til medisinsk historie.

Faktorer for god praksis var; Organisatorisk fleksibilitet med tilstrekkelig tid, ressurser, gode tolketjenester, familiearbeid, sosiale tjenester, kulturell bevissthet blant personalet, utdanningsprogrammer og informasjonsmateriell for migranter. Samtidig positivt forhold til personalet.

Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research (Robertshaw et al., 2017).

Hensikt: Å undersøke utfordringer helsepersonell møter med flyktninger og asylsøkere i høyinntektsland

Metode: Britisk systematisk litteraturstudie, hvor 26 kvalitative forskningsartikler ble inkludert.

Resultat: Faktorer som påvirket praksis var tillitsforhold, kommunikasjon, kulturell forståelse, helse/sosiale forhold og tid. På systemnivå var det opplæring, profesjonell støtte, tverrfaglig samarbeid, organisering, ressurser og kapasitet.

Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture (Hemberg & Vilander, 2017).

Hensikt: Å undersøke hvordan kommunikasjon kan uttrykke omsorg når sykepleier og pasient har språkbarrierer.

Metode: Kvalitativ tilnærming der det ble utført spørreundersøkelse med åtte sykepleiere og to voksne pasienter.

Resultat: Bekreftende nærvær, åpenhet og mot til å møte nye utfordringer er grunnleggende for kommunikasjonen. Sykepleiere må respektere pasientens integritet og tilegne seg kulturkunnskap.

Effects of Transcultural Nursing Education on the Professional Values, Empathic Skills, Cultural Sensitivity and Intelligence of Students (Kaçan & Örsal, 2020).

Hensikt: Å undersøke effekten av transkulturell sykepleie på sykepleierstudenters profesjonelle verdier, empatiske evner, kultursensitivitet og intelligens.

Metode: Kvantitativ studie med 65 sykepleierstudenter som deltok på transkulturell kurs i 14 uker og 60 sykepleierstudenter som ikke deltok.

Resultat: Kurs i transkulturell sykepleie kan øke profesjonelle verdier, empati, kultursensitivitet og intelligens blant studenter.

3.2 Hovedfunn

På grunnlag av funn fra artiklene i 4.1 vil vi presentere hovedtemaene: Kulturell kompetanse og kunnskap, relasjonell støtte, kommunikasjon, holdninger og verdier.

3.2.1 Kulturell kompetanse og kunnskap

Temaet kulturell kompetanse og kunnskap ble funnet i alle artiklene. Kaçan & Örsal (2020) og Robertshaw et al. (2017) viser til nødvendigheten av kurs og opplæring i transkulturell sykepleie. Markey et al. (2017) tydeliggjør at sykepleierstudenter og sykepleieres manglende kulturelle kunnskap, usikkerhet og vilje til å søke kunnskap fører til færre oppklarende spørsmål om bakgrunnen og tilstanden til pasienten. Dette kunne påvirke vurdering og sikkerhet. I Robertshaw et al. (2017) og Priebe et al. (2011) ble utfordringer i forhold til kjønn, avgjørelser, tabubelagte tema, tidsforståelse og avtaler nevnt. Videre er innhenting av kunnskap og forståelse for pasientens kultur, samtidig pasientens kunnskap om egen helse og helsevesenet vesentlig for å tilrettelegge for kulturell omsorg. Dette gjorde helsepersonellet velegnet til å stille nøyaktigere diagnoser, passende behandlinger og samtidig dekke pasientens behov for sykepleie og kulturell forståelse. Hemberg & Vilander (2017) peker på nødvendigheten av gjensidig respekt for kultur og integritet mellom pasient og sykepleier. Alpers (2016) hevder at generell faglig og kulturell kompetanse kreves for å bygge tillit til denne pasientgruppen. Høye og urealistiske forventninger til helsepersonell er felles funn hos Robertshaw et al. (2017), Priebe et al. (2011) og Alpers (2016).

3.2.2 Relasjonell støtte

Temaet relasjonell støtte ble funnet i fem artikler. Robertshaw et al. (2017) viste viktigheten av kontinuitet i behandling. Interesse for bakgrunn og å anerkjenne behov førte til sterke relasjoner. Relasjonen ble truet der flyktningen forvekslet helsepersonell med innvandringsmyndigheter. Derfor bør helsearbeideren presentere seg slik at flyktningen føler trygghet. Alpers (2016) og Priebe et al. (2011) belyser at flyktningers tidligere erfaring kunne

medføre frykt for og mistillit til helsepersonell. Negative holdninger hos helsepersonell kunne forsterke dette og skade sykepleier-pasient-relasjonen. Priebe et al. (2011) og Hemberg & Vilander (2017) understreker betydningen av kjærlighet, åpenhet, integritet og et bekreftende nærvær ved språkbarriere. Samtidig bør sykepleier være modig og kreativ i relasjonen. Alpers (2016) advarer mot at "othering" kan virke negativt på tillitsbygging. Markey et al. (2017) og Priebe et al. (2011) belyser at kulturell kunnskap og en positiv, stabil relasjon fremmer god praksis og likeverdig behandling.

3.2.3 Kommunikasjon

Temaet kommunikasjon ble funnet i fem artikler. Språk- og kommunikasjonsproblemer som barriere i møte med flyktningene kommer frem i 4 artikler (Priebe et.al 2011; Hemberg & Vilander 2017; Robertshaw et al. 2017; Alpers 2016). Helsearbeider uttrykte bekymring over at manglende språkkunnskaper hos flyktningen kunne føre til misforståelser og fare for feildiagnostisering der fysiske undersøkelser og diagnostiske tester kunne bli brukt som kompensasjon (Priebe, et.al, 2011). Språkbarrieren stod i veien for omsorgen da det ble vanskelig for sykepleier og sikre at pasienten fikk nødvendig informasjon. Begrenset tilgang til tolketjenester resulterte i bruk av familie som tolker, hvilket ikke er å foretrekke. (Priebe et.al, 2011; Robertshaw et al. 2017). Kaçan & Örsal (2020) presenterer empati og kulturell intelligens som avgjørende egenskaper innen kultursensitiv og tverrkulturell kommunikasjon. Hemberg & Vilander (2017) hevder at sykepleiers oppmuntring bidrar til aksept i situasjonen og sykdommen. Det er sykepleiers ansvar å bygge relasjon, og et smil er en god begynnelse. Misforståelse i verbal – og nonverbal kommunikasjon fremkommer i Alpers (2016), der informantene viser eksempler på hvordan kulturelle forskjeller kan forstyrre kommunikasjonen og føre til misforståelser.

3.2.4 Holdninger og verdier

Temaet holdninger og verdier ble funnet i fem artikler. Kaçan & Örsal (2020), fant at sykepleierstudenter på avgangsåret med undervisning i transkulturell sykepleie forbedret

holdninger overfor flyktninger. Fordommer ble redusert og kultursensitivitet og empati økte. I Markey et al. (2017) & Priebe et al. (2011) viste funnene at informantene ble usikre og uvillige til å finne svar ved tilfeller som angikk pasienten. Fravær av kulturell kompetanse og manglende vilje til å søke kunnskap, forårsaket negative holdninger i sykepleier-pasientforholdet og hindret god praksis. Hemberg & Vilander (2017) hevder at åpenhet og mot til å møte utfordringer er nødvendig for å tilegne seg kulturell kompetanse. Alpers (2016) diskuterer hvordan manglende kulturell kompetanse og negative holdninger svekker kommunikasjonen, men at negative holdninger kan endres ved positive erfaringer og skape forståelse og tillit.

4 Drøfting

Først når sykepleier viser interesse for hvordan individuelle personligheter, erfaringer, kunnskaper, sosial og økonomisk situasjon påvirker behandlingen, kan helsearbeid kalles kompetent (Hanssen, 2019, s. 53). Utfordringer i kommunikasjon og manglende kulturell kompetanse hos helsepersonell kan nemlig medføre dårligere omsorg, behandling og resultater. Dessuten blir ikke kulturell kunnskap prioritert blant helsepersonell (Hanssen, 2019, s. 33; Røldal, 2012).

I dette kapitlet drøftes funn i lys av teori for å besvare problemstillingen om hvordan sykepleiers kompetanse innen kultursensitivitet og tverrkulturell kommunikasjon kan bidra til positivt møte med flyktningen.

4.1 Har sykepleiere kulturell kompetanse?

4.1.1 Kultursensitiv kompetanse

For å forbedre kultursensitivitet hos studenter, anbefaler Kaçan & Örsal (2020) kurs i transkulturell sykepleie som en del av pensum. Funn viste at kultursensitiv kompetanse økte med kurs og trening. Nettopp mer undervisning i kulturell kompetanse og kulturell tilpasset

omsorg er det Rødal (2012) etterlyser i sykepleierutdanningen. Det er for liten kulturell bevissthet blant helsepersonell, noe som støtter synet på viktigheten av undervisning i kultursensitiv sykepleie i utdanningen. Ifølge Magelssen (2009) er kultursensitivitet essensielt i møte med flyktningen. Både Leininger (2002) og Alpers (2018) er opptatt av hvordan omsorg kan tilpasses pasienten kulturelt, ettersom omsorg er essensen i sykepleieryrket (Leininger, 2002, s. 45; Alpers, 2018, s. 37).

Funn i Priebe et al (2011) nevner kjønnsorganer som tabubelagte tema det er vanskelig å kommunisere med migrasjonspasienter om. Her kan kultursensitiv tilnærming hjelpe. Men hvordan kan kultursensitivitet komme til uttrykk i omsorgen? Magelssen (2009) oppfordrer til økt innsats fra sykepleier til å lytte, lære og få tak i meningen bak det konkrete. Hun gir eksempler på ulik praksis i kulturer, som kjønnslemlestelse. Personer med samme kulturbakgrunn vil umiddelbart forstå meningen bak praksisen, mens en norsk sykepleier vil stille seg uforstående. I slike tilfeller er samtalen mellom sykepleier og migrasjonspasienter avgjørende. Gjennom å finne et felles utgangspunkt, eksempelvis helseskadelig praksis, kan en komme fram til felles forståelse (Magelssen, 2009). I lys av teori og forskning vil vi argumentere for at tilegning av kultursensitiv kunnskap skjer når sykepleier er nysgjerrig og fryktløs. For å bli kjent med pasientens bakgrunn, må sykepleier våge å stille spørsmål, også de ubehagelige. Dette fordrer en god relasjon (4.2).

Funn fra Markey et al. (2017) viser at informantene, både studenter og sykepleiere, mente det var lettere med oppklarende spørsmål om bakgrunn og tilstand til de irske pasientene enn til migrasjonspasienter da de fryktet å blitt sett på som uvitende. Videre viser forskningen at manglende kulturell kompetanse gjorde at informantene opplevde usikkerhet i møte med migrasjonspasienter. Samtidig øker faren for forskjellsbehandling og feil når kultursensitiv kunnskap mangler. Det er nemlig enklere for sykepleier å stille spørsmål og kommunisere med pasienter fra sin egen kultur (Magelssen 2009). Både Markey et al. (2017) og Priebe et al. (2011) viser til behandlingsformer som kan være kulturelt utfordrende for pasienten grunnet religion, eksempelvis blodoverføringer og psykoterapi. Sykepleiestudenter hos Markey et al. (2017) etterlyser mer kulturell kompetanse i møte med slike utfordringer. Vi støtter Rødals (2012) begrunnelse for kulturell kompetanse som en nødvendighet i

forberedelse til sykepleieryrket og eventuell praksis i utlandet. Priebe et al. (2011) hevder at kulturell bevissthet hos stab er en komponent for god praksis.

4.1.2 Ulik forståelse og forventning

Problematiske faktorer for flyktningen kan være liten kunnskap om helsesystemet og sykdomsbehandling i landet de migrerer til (Robertshaw et al. 2017; Priebe et al., 2011). Flyktningene benyttet ikke tjenester, grunnet uvitenhet om tilbudene. Funn som dette viser nødvendigheten av at helsepersonell reflekterer over at den norske organiseringen av helsetjenester ikke er universell (Magelssen, 2008, s. 18). Kunnskap om helsesystemet kan formidles til flyktningen gjennom tolk (se 4.3.1). Ettersom migrasjonspasientens kunnskap om helsesystemet kan være mangelfull, oppfordrer Magelssen (2008) til tydelig presentasjon av arbeidsoppgaver og forventninger fra sykepleier til pasienten, noe som inngår i rammebetingelsene for kultursensitiv sykepleie (Magelssen, 2008, s. 18).

Ulike forventninger kom også fram som funn hos Priebe et.al (2011) og Alpers (2016). I tillegg til mangel på kunnskap hadde flyktningene noen ganger urealistiske forventninger til helsepersonells kapasitet og rolle. Dersom migrasjonspasientene ble spurt om egne tanker om situasjonen, tolket de dette som tegn på manglende autoritet og kompetanse hos legen (Alpers, 2016). Imidlertid satte enkelte informanter pris på likeverdige tilnærming. Rødal (2012) viser til den flate arbeidsstrukturen i Norge som en kulturell barriere som kan være utfordrende for flyktningen å forstå. En informant fra Alpers (2016) unngikk å se autoriteter i øynene ettersom det var respektløst i deres kultur. For sykepleiere fra Norge, kan dette oppleves som et tegn på unnnvikende atferd. Men kunnskap om høflighet og respekt er kulturelt betinget (Rødal, 2012).

Imidlertid er gjensidig respekt for hverandres kulturer et tema hos Hemberg & Vilander (2017). Forfatterne viser til tidligere forskning som peker på sykepleiers ansvar for å respektere pasientens kultur og verdighet, men i denne studien hevdes det at grunnlaget for en god relasjon må gå begge veier. Travelbee (1971/2014) kaller dette "fremvekst av

identiteter" (1.2.3). Sykepleier blir kjent med pasientens historie, og pasient ser sykepleier som et individ (Travelbee 1971/2014, s. 186 - 187). Magelssen (2008) sier seg enig i at en gjensidig deltakelse er et krav for kultursensitiv kommunikasjon (Magelssen, 2008, s. 18).

På bakgrunn av teori og funn fra artikler kan vi konkludere med at sykepleiere og sykepleiestudenter har kjennskap til kulturell kompetanse. Men ifølge Debesay & Tschudi-Madsen (2018, s. 20) er kultursensitivitet en ferdighet som trenes opp gjennom utvikling av personlige og relasjonelle egenskaper. Vi vil argumentere for det samme. Som en informant hos Markey et al. (2017) uttrykte: "Å lære om kulturen er én ting, men å virkelig bry seg noe annet". Slik Rødal (2012) reflekterer, finnes det ikke enkle løsninger. Sykepleier utvikler kulturell kompetanse gjennom å være åpen om sin uvitenhet og å innta en spørrende holdning.

4.2 Relasjonen mellom sykepleier og migrasjonspasienten

I delkapittel 1.2.3 viser vi til prosessen med tillitsbygging mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 1971/2014, s. 172). Fase (1) det første møtet og (2) fremvekst av identiteter diskuteres i kapittel 4.1 i lys av kultursensitiv teori. De gjenstående fasene (empati, sympati og felles forståelse) er relevante i drøftingen av relasjonen som skapes mellom sykepleier og migrasjonspasient.

4.2.1 Tillit

Funn i Hemberg & Vilander (2017) og Alpers (2016) viser at manglende kulturell kompetanse hos helsepersonell kan skape mistillit og skepsis i sykepleier-pasient-forholdet, altså annengjøring hos begge parter. Hanssen (2016, s. 101) sier seg enig i at annengjøring fører til avstand i relasjonen. Annengjøring kan oppstå bevisst eller ubevisst og bidra til å fremme ulikheter fremfor likheter hos hverandre (Hemberg & Vilander, 2017). Derfor er Magelssen (2009) opptatt av finne likheter i forskjellene og ta utgangspunkt i fellestrekkene.

Kaçan & Örsal (2020) belyser at en avgjørende del av kultursensitivitet og tverrkulturell kommunikasjon, er empati, definert som evnen til å se hendelser eller opplevelser fra andres perspektiv. Dette stemmer med Travelbees (1971/2014, s. 201) syn på empati som avgjørende for å forstå pasientens opplevelser og atferd. Empati utgjør en av fasene i tillitsbygging, det resulterer i sympati og et ønske om å hjelpe pasienten. Magelssen (2008) relaterer empati til sensitivitet og hevder at empatiske gjensvar bygger på komponentene medfølelse og faglig innsikt (Magelssen, 2008, s. 17).

Robertshaw et al. (2017) støtter funn hos Hemberg & Vilander (2017) og Kaçan & Örsal (2020) som understreker betydningen av medfølelse og empati i møte med fremmedkulturelle pasienter. Dette kan forebygge negative opplevelser hos pasienten, slik vi finner eksempler på hos Alpers (2016). Hun påpeker at helsepersonellets manglende evne til å forstå migrasjonspasientens situasjon, kan føre til at de føler seg oversett og omgitt av likegyldige mennesker. Alpers (2016) støtter funn i Priebe et al. (2011) der migrasjonspasientene som opplevde negativ diskriminering og rasisme fra helsepersonell, unngikk helsevesenet. Dette kan føre til mistillit og skape problemer i forholdet, som kan bli vanskelig å overvinne, slik situasjonen var for innvandrerne vi kjenner til (1.1). Derfor er vår overbevisning at empati utgjør en viktig del av kultursensitiv sykepleie for å bygge tillit. Alpers (2016) understreker at brobygging tar tid, det samme gjør tillit.

Hemberg & Vilander (2017) hevder at for å redusere disse problemene må sykepleier se pasientens perspektiv og fokusere på individet. En bekjent i tenårene fortalte helsesykepleier at hun bidro mye hjemme, noe som opplevdes tungt. Helsesykepleier sendte bekymringsmelding til barnevernet, uten forståelse for at dette er vanlig i tenåringens kultur. Dette skapte frykt og konflikter som medførte at vedkommende ikke søkte hjelp vedrørende sin psykiske helse. For at migrasjonspasienten skal føle seg trygg i å dele sine kulturelle hemmeligheter, bør sykepleieren unngå ekspertrollen og i stedet fokusere på pasienten som ekspert på egen situasjon, lytte aktivt, reflektere og se situasjonen fra pasientens perspektiv (Leininger, 2002, s. 135). I eksempelet over hadde det vært mer hensiktsmessig om sykepleier drøftet tiltak med pasienten før barnevernet ble kontaktet. Alpers (2016) sier seg enig i Robertshaw et al. (2017) som tydeliggjør tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient for å kunne tilby migrasjonspasienter effektiv omsorg.

4.2.2 Gjensidig forståelse og kontakt

Funn hos Markey et al. (2017) viste at når studenter og sykepleiere fokuserer på ulikheter, annengjør de migrasjonspasienten og skaper distanse i relasjonen. Travelbee (1971/2014, s. 31) advarer mot å generalisere og gruppere mennesker da det reduserer fokuset på det særegne individet.

Hanssen (2019, s. 53) støtter funn i Hemberg & Vilander (2017) som hevder at ved å bli kjent med mennesket, kan sykepleieren få innsikt i hvordan den kulturelle bakgrunnen former pasienten. Gjennom fantasi, innsikt og forståelse kan sykepleier vise omsorg ut fra pasientens spesifikke behov på en faglig, fornuftig og hensiktsmessig måte og snakke åpent om forskjeller i hverandres kultur (Hanssen, 2016, s. 100). Der forventninger og oppfatninger kolliderer, bør sykepleier akseptere ulikhetene (Hanssen, 2019, s. 31). Dette stemmer med funn i Alpers (2016). Sykepleier kan være uenig, men finne løsninger i samarbeid med pasienten. Travelbee (1971/2014, s. 212) viser til gjensidig tillit og forståelse i siste fase av tillitsbygging. På dette stadiet har sykepleier oppnådd kunnskapen til å hjelpe med riktige tiltak.

Priebe et al. (2011) påpeker at holdningsendringer er avgjørende for relasjonsbygging mellom sykepleier og migrasjonspasienten. I kapittel 4.2 har vi vist at tillit, empati og gjensidig forståelse (4.2.1) er nødvendig for denne relasjonen (4.2.2).

4.3 Kommunikasjonen mellom sykepleier og migrasjonspasienten

4.3.1 Språkbarriere og samtykke

Språk og kommunikasjonsproblemer ble et gjennomgående tema i funn der sykepleierne uttrykte bekymring for migrasjonspasientenes manglende evne til å kommunisere. Det medførte risiko for misforståelser og feildiagnostiseringer, og ble kompensert med mer kompliserte prosedyrer (Priebe et al., 2011; Robertshaw et al. 2017).

Funn i Robertshaw et al. (2017) belyste at språkbarrieren hindret samtykke fordi pasienten kanskje ikke forstår informasjonen. Sykepleieren kan uvitende praktisere tvang når pasienten hindres i å motta nødvendig informasjon og mangler muligheten til å uttrykke behov. I tillegg til lovpålagt krav om pasientens rett til tilpasset informasjon, er det også nedfelt i sykepleiers yrkesetiske retningslinjer. Dette har bakgrunn i pasientens rett til å medvirke i egen helsehjelp (se kap 1.2.4). Når migrasjonspasienten ikke kan språket, blir det vanskeligere å innhente systeminformasjon, i tillegg til å kommunisere behov, preferanser og ønsker (Hanssen, 2019, s. 74). Magelssen (2009) etterlyser en problematisering av maktforholdet i Leiningers framstilling av kultur. Maktposisjonen forsterkes ved språk- og kulturbarriere, noe sykepleier må være oppmerksom på. Autonomien begrenses ettersom rom for informert samtykke mangler, noe migrasjonspasienten har rett til (Hanssen, 2019, s. 78).

4.3.1 Bruk av tolk

Hemberg & Vilander (2017) hevder at det er viktig å delta likestilt i diskusjoner om sin egen omsorgsplan for å oppleve tilknytning og verdighet. De understreker kontinuerlig informasjon som avgjørende for å etablere tillit mellom sykepleier og pasient i kulturell omsorg. I praksis gjorde språkbarrieren det problematisk å forstå pasientens behov, preferanser og grenser. Dette medførte følelse av å ikke strekke til som pleier, i tillegg til frustrasjon hos begge parter på grunn av misforståelser. Tolk er nødvendig for å innhente nøyaktig informasjon om pasienten. Samtidig bidrar tolk til bedre selvbilde i situasjonen (Magelssen, 2008, s. 164). Funn knytter kommunikasjonsproblemer til språk og begrensede tolketjenester, som er avgjørende for god kommunikasjon med migrasjonspasienter. Tolketjenester betrygget sykepleierne med at pasienten oppfattet nødvendig informasjon

(Priebe et al., 2011; Robertshaw et al. 2017). Hanssen (2019, s. 74) belyser bruk av profesjonelle tolker som et vesentlig hjelpemiddel for å fremme pasientens autonomi.

Med tolk kunne pasienten stille spørsmål, få helseinformasjon og forklaringer fra sykepleieren. Dette gir pasientene større grad av trygghet og aksept til tross for språkbarriere (Hemberg & Vilander, 2017). Slik vi ser det er tolketjenester et viktig hjelpemiddel som fremmer selvbestemmelse og god kommunikasjon mellom sykepleier og migrasjonspasienten. På den andre siden er det viktig å være oppmerksom på at å trekke inn et tredje ledd kan medføre flere kommunikasjonsutfordringer. Vi sier oss enig med Hanssen (2019, s. 48) som hevder at bruk av profesjonelle tolker er det beste alternativet ettersom de er nøytrale, saklige og oversetter direkte.

Funn i Priebe et.al (2011) viser at i mange tilfeller var profesjonelle tolker fra samme samfunn som pasienten. Hanssen (2019, s. 45-46) støtter funn i Priebe et al. (2011) & Robertshaw et al. (2017) der mangel på tolker skapte forsinkelser og omorganiseringer, og løsningen ble at barn, familiemedlemmer og bekjente tolket. Bruk av tolker i nær relasjon til pasienten er problematisk fordi sykepleieren ikke vet hva som blir oversatt, tolken ønsker å skjerme pasienten eller pasienten blir flau. Dessuten kunne tolker fra samfunnet og familiemedlemmer sensurere informasjon eller legge til egne synspunkter i kommunikasjonen. Dermed kunne ikke sykepleieren vite hva som ble oversatt. På en side vil tolkens kjennskap til pasienten fremme forståelse, samtidig kan det oppstå problemer ved vanskelige og konfidensielle tema. Leininger (2002, s. 128) foreslår at sykepleieren har samtale med tolken på forhånd, der sykepleieren belyser hva som skal tolkes og hvorfor. Bekjente og familiemedlemmer er uegnet som tolker da de ikke har nok kunnskap om det norske samfunnet og helsevesen, i tillegg kan de utelukke informasjon (Hanssen, 2019, s. 45). Dessuten er barn ikke modne for ansvaret (Magelssen, 2008, s. 163).

Selv ser vi tvetydig på bruk av familiemedlemmer og bekjente som tolk, da vi på en side har forståelse for beleilighet med enkle løsninger i en travel arbeidsdag. Samtidig er dette tvilsomt ettersom sykepleier har et rettslig ansvar om å sikre at pasienten mottar nødvendig og riktig informasjon (1.2.4). Pasienten har også rett til å godkjenne hva som blir kommunisert til familiemedlemmer og bekjente (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3). Vi anser dette som rettigheter sykepleier ikke kan garantere ved bruk av

familiemedlemmer og bekjente som tolk. Familiemedlemmer bør kun brukes i akutte tilfeller. Uten oppmøtetolk bør sykepleier bruke profesjonelle tolketjenester gjennom skype eller telefon. Dette sikrer dessuten anonymitet Hanssen (2019, s. 49).

4.3.2 Kreative kommunikasjonsmetoder

Funn fra Hemberg & Vilander (2017) og Priebe et al (2011) viser at i tilfeller med språkbarrierer, brukte sykepleierne hjelpemidler som ansiktsuttrykk, bevegelser, tegninger, fotografier og tegnspråk. Erfaringer fra vår praksis viste at sykepleiere var redde for å kommunisere med pasienten ved språkbarriere. Dette opplevdes problematisk da pasienten blir isolert og den eneste kontakten pasienten får, er med tolk eller familie tilstede. Dette truer migrasjonspasientens rett til likeverdig helsehjelp (1.2.4). Den profesjonelle sykepleieren bruker kommunikasjon kreativt for å kartlegge og ivareta behov. Dette kommuniserer godhet, omsorg og trygghet slik at pasienten, tross språkbarrieren, føler seg sett og anerkjent (Travelbee, 1971/2014, s. 136-137). Dette synet støttes av Hemberg & Vilander (2017) med tanke på bekreftende nærvær som viktig for kommunikasjonen og begrepet "creative courage", oversatt til kreativt mot, der sykepleieren bruker egne ferdigheter kreativt i kommunikasjonen. Leininger (2002, s. 126) hevder at non-verbal kommunikasjon blir særlig viktig når sykepleier og pasient ikke kan kommunisere verbalt. Pasienten oppfatter nemlig sykepleiers hensikter gjennom både verbal og non-verbal kommunikasjon (Travelbee 1971/2014 s. 147).

Funn viser at bekreftende tilstedeværelse for pasienter under lidelse er ekstra viktig når sykepleier og pasient ikke snakker samme språk (Hemberg & Vilander, 2017). I møte med en migrasjonspasient viste praksis at selv om vi ikke snakket samme språk, kunne vi kommunisere gjennom bilder, lyder, ansiktsuttrykk, bevegelser, berøring og tegn. Ved smerter eller engstelse var pasienten takknemlig for tilstedeværelsen. Å lære enkle ord på pasientens språk, i tillegg til å ha en ordliste med nødvendige ord, opplevdes svært nyttig. Etter vår mening vil det trygge pasienten dersom sykepleier forsøker å kommunisere til tross for språkbarrieren. Selv om det er viktig å forstå pasienten verbalt, vil vi påstå at det er fordelaktig at sykepleier etablerer god kontakt med migrasjonspasienten, som er i en sårbar

situasjon. Jo mindre kontroll over situasjonen, desto større behov for at menneskene rundt kommuniserer trygghet (Hanssen, 2019, s. 65). Imidlertid kan verbal og non-verbal kommunikasjon også skape misforståelser og svekke tillitsbygging grunnet kulturelle forskjeller (Alpers, 2016). Leininger (2002, s. 10) forklarer at kulturer har varierende tolkning av verbale og non-verbale uttrykk. Sykepleier bør være bevisst på dette og søke kunnskap.

I kapittel 4.3.1 belyses tolk som et viktig hjelpemiddel i kommunikasjonen. Selv om det kan være vanskelig å kommunisere med pasienten via tredjepart, blir informasjonen tydeligere på et språk han forstår godt (Alpers 2016; Hemberg & Vilander 2017). Kreative kommunikasjonsformer og bekreftende nærvær (5.3.2) kan benyttes i tillegg til tolk.

4.4 Betydningen av sykepleiers holdninger og verdier

4.4.1 Respekt og integritet

Hemberg & Vilander (2017) argumenterer for integritet og respekt som viktig i møte med kulturelle og åndelige behov. Sykepleier kan vise respekt ved å oppmuntre migrasjonspasienten til å uttrykke sine behov, noe som bygger tillit (4.2.1). En voksen informant i samme studie uttrykte at gjennom integritet og respekt fikk han best pleie.

Hos Kaçan & Örsal (2020) viste funn at kurs i transkulturell sykepleie økte sykepleierstudentenes engasjement for profesjonen og dens verdier. Pasient og brukerrettighetsloven (1999, §1-1 og §1-2) og yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019) poengterer at det er sykepleiers oppgave å ivareta respekt, integritet og menneskeverd. Disse verdiene og holdningene overfor pasienten må ligge til grunn for profesjonen, og er en forutsetning for å kunne bygge kulturell kompetanse (Alpers, 2018). Leininger (2002, s. 81) hevder at sykepleier og pasient sammen kan iverksette gode tiltak gjennom helhetlig kartlegging. Rødal (2012) sier seg enig, og peker på helhetlig sykepleie som et nøkkelbegrep. Vi får helhetlig innsikt når pasienten forteller om seg selv og sin bakgrunn (Magelssen, 2008, s. 19). Både Travelbee (1971/2014) og Magelssen (2009)

nevner personlige møter og samtaler som forutsetning for å bli kjent og vise gjensidig respekt. Vi støtter deres syn og tror det kan føre til holdningsendringer hos sykepleier.

4.4.2 Stereotypier og etnosentrisme

Priebe et.al (2011) og Alpers (2016) hevder at negative holdninger mellom sykepleier og pasient hindrer god praksis. En opplevelse fra praksis kan illustrere dette: En pasient med sterke smerter fikk ikke smertestillende ettersom sykepleiers holdning var at "menn fra Afrika overreagerer, derfor er det vanskelig å vite hvor sterke smerter pasienten har". Når sykepleieren har forutinntatte holdninger overfor en gruppe pasienter, kan atferden påvirkes og forhindre god relasjon til pasienten. Det blir problematisk å anerkjenne pasienten som et unikt individ, og kommunikasjonen svikter. Dette skyldes ofte at sykepleieren har visse stereotypier og forutinntatte oppfatninger om pasienten (Travelbee, 1971/2014, s. 158).

Imidlertid kan dette endres gjennom positive og personlige erfaringer (Priebe et al. 2011; Alpers 2016). Blant informantene hos Markey et al. (2017) hadde studenter og sykepleiere bevisste og ubevisste holdninger til etnosentrisme, noe de begrunnet med at de hadde for liten erfaring med flyktninger. Selv om de fryktet å være rasistiske overfor migrasjonspasienten, fortalte de om holdninger hjemmefra som ikke oppmuntret til integrering. De var opptatt av åpenhet, men bakgrunn og manglende erfaring hindret dem. Funnene fra Kaçan & Örsal (2020) viste at studenter som hadde fått kursing i kultursensitiv sykepleie, bedret holdningene overfor migrasjonspasienten, uansett kulturell bakgrunn.

I delkapittelet 1.2.1 viser vi til at sykepleiere med kulturell kompetanse tar avstand fra etnosentrisme og er bevisst på egne stereotypier og fordommer (Alpers, 2018, s. 37). Leininger (2002, s. 50-51) sier seg enig og hevder at sykepleiers stereotypier og fordommer kan bli en alvorlig barriere for kulturell kompetent omsorg. Vi sier oss enig med Alpers

(2018, s. 38) som hevder at det ikke finnes noe alternativ til kulturell kunnskap. Den er nødvendig for sykepleiers holdninger og verdier i møte med flyktningen.

5 Konklusjon

Avslutningsvis oppsummerer vi vår fremgang i forsøk på å besvare problemstillingen gjennom teori, funn og drøfting. Vi ønsker også å dele refleksjoner og anbefalinger.

Hvordan kan sykepleiers kompetanse innen kultursensitivitet og tverrkulturell kommunikasjon bidra til at møtet med helsetjenesten blir en positiv opplevelse for flyktningen?

Motivasjonen for å skrive denne bacheloroppgaven var et ønske om mer kunnskap innen kulturell kompetanse i møte med flyktningen. Gjennom litteraturstudie som metode presenteres seks artikler som utgjør oppgavens funn (3.1). Ved drøfting har vi prøvd å vise hvordan økt kultursensitivitet kan gjøre sykepleier mer kulturelt kompetent i møte med migrasjonspasienten (4.1). Videre viser vi til hvordan en likeverdig relasjon kan utvikles og hvilke forhold som er viktige i møte med flyktningen (4.2). For å lykkes med kommunikasjon, kan sykepleier være kreativ og benytte non – verbal kommunikasjon, i tillegg til bruk av tolk (4.3). Egne fordommer og stereotypier må bevisst brytes ned og sykepleier må aktivt jobbe med egne holdninger og verdier (4.4).

På bakgrunn av forhold nevnt over, konkluderer vi med at kompetanse i kultursensitivitet og tverrkulturell kommunikasjon tilegnes gjennom åpenhet, mot, kreativitet og endringsvilje. Med åpenhet mener vi at sykepleier må være nysgjerrig på flyktningens bakgrunn og kultur. Det er viktig å ha en utforskende holdning, men mennesket må i fokus, ikke kulturen. En modig sykepleier stiller oppklarende spørsmål og viser samtidig interesse for å bygge relasjon. Kreativitet anvendes i kommunikasjonen i tillegg til bruk av profesjonelle tolker. Vi

har sett at mange av utfordringene kan løses med tydelig kommunikasjon, selv ved språkbarriere. Sist, men ikke minst, viser sykepleier endringsvilje i forhold til egne holdninger og verdier og tar avstand fra etnosentrisme. Med disse ferdighetene mener vi sykepleier er rustet slik at møtet med helsevesenet blir en positiv opplevelse for flyktningen.

Verdiene i sykepleieryrket er nedfelt i yrkesretningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019) og vi kan lett tenke at respekten for individet og migrasjonspasienten er en selvfølge. Det samme gjelder betydningen av kjærlighet og omsorg som grunnlaget for relasjonen (4.2.1). Samtidig viser teori og forskning at det er lettere å forholde seg til likheter enn forskjeller og at etnosentriske og stereotypiske holdninger hindrer sykepleier i en rettferdig praksis (4.4). Funnene som overrasket oss mest, var at holdninger og manglende bevissthet hos sykepleier skapte de største utfordringene.

Vi kan ikke forvente at sykepleiere skal ha kunnskap om alle kulturer og religioner, men vår oppfordring og anbefaling til kollegaer er å vise interesse og nysgjerrighet overfor migrasjonspasienten, med de yrkesetiske retningslinjene som et solid fundament. Kultursensitiv kompetanse oppnås gjennom kulturelle møter, refleksjon og erfaring (4.1, 4.2). Kulturkunnskap på pensum er en begynnelse og en bevisstgjøring. Men selve kompetansen opparbeides gjennom kontinuerlig trening på praksisfeltet og kan dermed impliseres i Norge, som et flerkulturelt samfunn.

På bakgrunn av oppgavens funn og vår egen overbevisning, anbefaler vi tydeligere bevissthet rundt kulturelle forskjeller i helsebehov, ikke bare som et tema innen samfunnsvitenskapelige emner, men også i praksis. Kunnskap om ulike innvandringsgrupper er en fordel. For å imøtekomme behovet for kulturell kompetanse på praksisfeltet, kan praksisplasser i utlandet tilbys i større grad. Dette vil være hensiktsmessig for sykepleieutøvelse i et flerkulturelt samfunn (1.1).

7. Litteraturliste

Alpers, L.M (2018). Sykepleieres kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (Red). Migrasjon, helse og profesjon. Gyldendal Akademisk

Alpers L.M. (2016). Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nurs Ethics*. 25(3), 313-323. 10.1177/0969733016652449.

Debesay, J. & Tschudi-Madsen (2018). Migrasjonens betydning for profesjonsutøvelse i helsetjenesten. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (Red). Migrasjon, helse og profesjon. Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2018). Metode og oppgaveskriving. (6. utgave). Gyldendal norsk forlag.

Folkehelseinstituttet. (2018). Helse i innvandrerbefolkningen.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier. Natur & Kultur.

Hemberg, J.A.V. & Vilander, S. (2017): Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31(4), s. 822-829. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12403>

Hanssen, I. (2019). Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. (4. utg) Gyldendal Akademisk

- Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I Kristoffersen N.J., Nortvedt F., & Skaug, E. (Red). Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. (3. utgave). Gyldendal norsk forlag
- Helse og omsorgsdepartementet.(2013). Nasjonal strategi om innvandrers helse 2013-2017. https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsepersonelloven (2001). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§1>
- Helsepersonelloven (2001). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- Helsepersonelloven (2001). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>
- Kaçan, C.Y & Örsal, Ö. (2020). Effects of Transcultural Nursing Education on the Professional Values, Empathic Skills, Cultural Sensitivity and Intelligence of Students. *Journal of Community Health Nursing*. 37 (2), s. 65-76. 10.1080/07370016.2020.1736374
- Kunnskapsdepartementet .(2018). Rammepå for sykepleierutdanning. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Leininger, M. (2002). Part 1. The theory of culture care and the ethnonursing research method. I Leininger, M. & McFarland, M. R. Transcultural Nursing: Concepts, theories, research & practice. (3. Utg). McGraw-Hill.

Leininger, M. (2002). Essential transcultural nursing care concepts, principles, examples, and policy statements. I Leininger, M. & McFarland, M. R. *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research & practice*. (3. Utg). McGraw-Hill.

Leininger, M (2002). Culture care assessments for congruent competency practices. I Leininger, M. & McFarland, M. R. *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research & practice*. (3. Utg). McGraw-Hill.

Leininger, M. (2002). Transcultural nursing and globalization of health care: Importance, focus and historical aspects. I Leininger, M. & McFarland, M. R. *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research & practice*. (3. Utg). McGraw-Hill.

Magelssen, R. (2008). Kultursensitivitet. Om å finne likheter i forskjellene. Akribe.

Magelssen, R. (2009). Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om vår virkelighetsoppfatning?. *Sykepleien*. 92(1). s. 43-47. 10.4220/sykepleiens.2004.0015

Markey, K., Tilki, M., & Taylor, G. (2017). Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. *Journal of Clinical nursing*. 27 (1-2). 259-268. 10.1111/jocn.13926

Meld. St. 29 (2012 - 2013). Morgendagens omsorg. Helse - og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Moelven, O. (2017) *Sykepleie og Jus*. (5. utgave). Gyldendal Norsk forlag.

Norsk Sykepleierforbund (NSF 2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R.P., Attila, S., Soares, J.J., Stankunas, M., Stabmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., Bogic, M.(2011). *Good practice in health care*

for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 11(187). Artikkel 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>

Robertshaw, L., Dhesi, S., & Jones, L.L. (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMJ Open*. 7 (8): Artikkel e015981. [10.1136/bmjopen-2017-015981](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015981)

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2013). Den gode oppgaven. Fagbokforlaget.

Rødal, C. (2012). Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse. *Sykepleien*;100(4):(76-79). [10.4220/sykepleiens.2012.0028](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0028)

Statistisk sentralbyrå. (2021). Landbakgrunn for innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre i Norge. 2021. <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§1-1>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§1-2>

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>

Thidemann, I.J. (2019). Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter (2. utg.). Universitetsforlaget

Travelbee, J. (2014). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. (Thorbjørnsen, K.M, Overs.). Gyldendal Norsk forlag. (Opprinnelig utgitt 1971).

Varvin, S. (2018) Flyktningers psykiske helse. Universitetsforlaget.

Varvin, S. (2020, 17. 03). På flukt. Tidsskriftet Norsk Legeforening. Utgave 4. doi:
10.4045/tidsskr.20.0141

8. Vedlegg

Vedlegg 8.1: Relevante begrep

| | |
|-----------------------------|--|
| Flyktning | Flyktning er en person med behov for beskyttelse i Norge, fordi personen ikke kan returnere til hjemlandet. Personer med flyktningbakgrunn omfatter flyktninger og familiemedlemmer av flyktninger som har fått opphold i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). |
| Innvandrere | Personer født i utlandet, og som også har foreldre som er født i utlandet. Innvandrerbefolkningen omfatter både innvandrere og personer som er født i Norge med to innvandrerforeldre (Folkehelseinstituttet, 2018). |
| Kulturell kompetanse | Kulturell kompetanse innen sykepleie vil henge nøye sammen med begrepet «transkulturell sykepleie», men Alpers (2018) deler begrepet inn i kunnskaper, ferdigheter, holdninger og verdier og viser til kulturspesifikk kompetanse innenfor disse kompetanseområdene. |
| Kultursensitivitet | Kultursensitivitet er en anerkjennelse av kulturelle forskjeller blant mennesker, men likevel evne til å finne det felles |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | menneskelige og erkjenne likheter bak forskjellene (Magelssen, 2008, s.14). |
| Migrasjonspasient | Varvin (2018) bruker betegnelsen flyktningpasient for flyktingen som pasient, men vi har valgt å bruke betegnelsen "migrasjonspasient" (Alpers 2016), ettersom valgte forskningsartikler omhandler både flyktinger og innvandrere. |
| Transkulturell sykepleie | Helhetlig omsorg som går på tvers av kulturer, der sykepleier har kompetanse til å hjelpe enkeltmennesker eller individgrupper til å bevare, kontrollere eller vinne tilbake egen helse og trivsel, møte funksjonshemninger, død eller andre forhold på en hensiktsmessig måte (Leininger 2002, s. 84). |
| Tverrkulturell kommunikasjon | Kommunikasjon er en kombinasjon av språklige og ikke – språklige uttrykk knyttet til vår etniske, kulturelle og sosiale bakgrunn (Varvin, 2018, s. 43). Tverr - betyr «på tvers av», og tverrkulturell dermed «på tvers av kulturer». «Tverrkulturell kommunikasjon» er når personer med ulik etnisk, kulturell og sosial bakgrunn samhandler. |

Vedlegg 8.2: Presentasjon av inkluderte forskningsartikler

| Artikkel | Hensikt | Metode og datasamling | Utvalg | Funn/Resultat |
|--|---|---|--|---|
| Alpers (2016) Distrust and patient in intercultural healthcare: A qualitative interview study | Å studere faktorer som er med på å bygge tillit eller skape mistillit i møtet mellom helsepersonell og sykehusinnlagte etniske minoritetspasient er. I tillegg studeres de dynamiske kompleksiteten som ligger i prosessen av "othering". | Kvalitativ studie med beskrivende design. Dybdeintervjuer ble utført med. | Utvalget er 10 førstegenerasjonsinnvandrere fra Afrikanske og Asiatiske land. 6 kvinner og 4 menn mellom 32 til 85 år | Mistillit og andre hendelser kan oppstå av forskjeller i trossystemer, verdier, oppfatninger og uttrykks og atferdsstil. "Othering", er en gjensidig opplevelse i møte med mellom etniske minoriteter og helsepersonell, og dette virker negativt på tillitsbygging. Ved siden av å ha generell faglig kompetanse og dyktighet, kreves også kulturell kompetanse for å kunne skape tillit |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | til pasienter med annen kultur. |
| <p>Artikkel 2: Markey, Tilki, & Taylor (2017): Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic background</p> | <p>Hensikten med denne studien fra Irland er å utforske både sykepleiestudentene og autoriserte sykepleieres evne til å ivareta pasienter med annen kulturell, etnisk og språklig bakgrunn.</p> <p>Studien ønsker å høre historiene, erfaringene og holdningen til sykepleierne. Samtidig utforske hvordan dette kan påvirke fremtidig klinisk praksis og hvilken betydning det har for sykepleierene, sykepleierutdanningene, sykepleierledere og ledere.</p> | <p>Kvalitativ studie hvor sykepleiere og sykepleierstudenter ble intervjuet i fokusgrupper og individuelt vedrørende kultursensitivitet</p> <p>Strukturerte intervjuer ble brukt for å undersøke personlige synspunkter, holdninger og erfaringer, i tillegg til spørsmål som dukket opp under fokusgrupper.</p> <p>Data ble samlet inn gjennom en kombinasjon av 10 fokusgrupper og 30</p> <p>Det ble brukt en databasert utviklingsteori (grounded theory) for å utforske fremdrift gjennom konstant komparativ analyse og teoretisk koding.</p> | <p>Totalt var det 452 sykepleierstudenter som var kvalifiserte til å delta.</p> <p>Åtte av fokusgruppen var sykepleiestudenter, to grupper fra hvert av årene i den fireårige sykepleierutdanningen. Dette ble sett på som hensiktsmessig for å se studentenes perspektiver fra ulike stadier i utviklingen. To av fokusgruppene var profesjonelle sykepleiere som arbeidet i akuttavdelingen ved sykehuset der flere av studentene hadde klinisk praksis.</p> | <p>Både studenter og sykepleiere følte seg usikre i møte med den flerkulturelle pasienten. Mangel på kunnskap førte til at informantene møtte pasientene med unnvikelse og mindre engasjement i stedet for å møte behovene på en kulturelt passende måte. Sykepleiere og studenter viste bevissthet rundt etnosentrisme og stereotyper, men unnskyldte seg med at de ikke var vant til mange ulike kulturer.</p> <p>Funn viste manglende engasjement i å utforske tro, verdier og ønsker fra pasienter fra forskjellige kulturer. Sykepleiere må utvikle seg; motet til å stille spørsmålstegn ved og tenke kritisk om praksis, er et middel til å navigere seg gjennom uklarhetene de</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------|
| | | | | opplever på daglig basis. |
|--|--|--|--|---------------------------|

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <p>Artikkel 3: Priebe et.al (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries</p> | <p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke utfordringer og problemer som møtte helsearbeidere som utøver helsehjelp til flyktninger, og hva de anså som god praksis for å løse problemene eller en eventuell negativ innvirkning på omsorgen.</p> | <p>Kvantitativ metode med semi-strukturerte intervjuer. Intervjuene med helsepersonell inneholdt åpne spørsmål. Svarene ble analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse.</p> | <p>240 helsepersonell fra 16 europeiske land som har stor andel innvandrerbefolkning; I hvert land var det; Ni helsepersonell fra primærhelsetjenester, tre fra sykehusavdelinger og akuttmottak og tre fra psykiske helsetjenester, som delte synspunkter og erfaringer med å gi omsorg for førstegenerasjons innvandrerpopulasjoner.</p> | <p>Åtte typer problemer og syv komponenter av god praksis ble identifisert som representerer alle uttalelsene i intervjuene. De åtte problemene var: Språkbarrierer, vanskeligheter med å ordne omsorg for migranter uten helsedekning, sosial deprivasjon og traumatiske opplevelser, manglende kjennskap til helsevesenet, kulturelle forskjeller, ulik forståelse av sykdom og behandling, negative holdninger blant ansatte og pasienter, og manglende tilgang til medisinsk historie. Komponentene for god praksis og for å overvinne eller begrense disse problemene var; Organisatorisk fleksibilitet med tilstrekkelig tid og ressurser, gode tolketjenester, arbeid med familier og sosiale tjenester, kulturell bevissthet om</p> |
|--|--|---|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>personalet, utdanningsprogrammer og informasjonsmateriell for migranter, positivt og stabilt forhold til personalet, og klare retningslinjer for omsorgsrettighetene til forskjellige migrantgrupper. Problemer og gode pleiekomponenter var like i alle de tre avdelingstypene.</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <p>Artikkel 4: Robertshaw, Dhesi & Jones, (2017). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research.</p> | <p>Hensikten med denne studien var å tematisk syntetiserer primære kvalitative studier som undersøker utfordringer helsepersonell i primærhelsetjenesten møter når de skal behandle pasienter som er flyktninger og asylsøkere i høyinntekts-land.</p> | <p>Britisk oversiktsstudie med kvalitativ fokus for å forstå oppfatninger og erfaringer med helsetjenester. Datasamling gjøres ved søk i MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL og Web of Science. Kvalitetsvurdering ved hjelp av verktøyet Critical Appraisal Skills.</p> <p>Temasyntese ble gjennomført for å få frem hovedtemaer og analytiske forklaringer. Elleve tema ble tolket og analysert i tre hovedtema: (1) møte med helsevesenet: pålitelig relasjon, kommunikasjon, kulturell forståelse, helse - og sosiale forhold, tid, (2) helsevesenet som system: trening og veiledning, profesjonell støtte, samarbeid med andre tjenester, organisering, ressurser og kapasitet. (3) Asyl og gjenbosetting</p> | <p>Kvalitative data hentet for denne syntesen ble hentet fra 357 deltakere med et samlet utvalg på 194 sykepleiere, 35 jordmødre og 128 leger.</p> <p>De 26 inkluderte artiklene var basert på 21 primærstudier, hvorav 19 var kvalitative studier og 2 var blandede metoder.</p> <p>Ni artikler var fra Australia, syv fra Storbritannia, tre fra Nederland og en fra Danmark, Sveits, New Zealand, Sverige, USA, Irland og Canada.</p> <p>Pasientene beskrives som 'flyktninger' i 11 artikler, 'asylsøkere' i 6 artikler, 'flyktninger og asylsøkere' i 5 artikler, 'av flyktningbakgrunn' i 3 artikler og 'ufrivillige migranter' i 1 artikkel.</p> | <p>Funnene viser utfordringer og forslag til tilrettelegging ved ulike forhold. For helsepersonell var det fem sammenhengende faktorer som påvirket praksis, tillitsforhold, kommunikasjon, kulturell forståelse, helse/sosiale forhold og tid. På systemnivå var de fem områdene opplæring, profesjonell støtte, samarbeid med andre tjenester, organisering, ressurser og kapasitet. Avslutningsvis anbefales det at kunnskapen som er kommet fram over forhold som utfordrer og forslag til hva som kan tilrettelegges for en bedre praksis blir lagt merke til.</p> |
|---|--|---|---|---|

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>Artikkel 5: Hemberg & Vilander (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture.</p> | <p>Hensikten var å utforske hvordan kommunikasjon kan uttrykke omsorg selv om sykepleier og pasient ikke deler samme språk. Studien ønsker å få dypere forståelse av tverrkulturelle omsorgsforhold og kommunikasjon</p> <p>Forskningsspørsmålet var: Hva kjennetegner kommunikasjonen i en omsorgsfellesskap der sykepleier og pasienter ikke snakker samme språk?</p> | <p>Studien benytter en hermeneutisk kvalitativ tilnærming, som betyr at forskerne analyserte dataene med åpenhet slik at aktuelle forhold ble synliggjort.</p> <p>Spørreundersøkelsesintervju med sykepleiere og voksne fra annen kultur..</p> <p>Spørreskjemaene inneholdt åpne, kvalitative spørsmål. Slik at deltakerne fritt kunne uttrykke sine tanker om tverrkulturell omsorg og kommunikasjon.</p> <p>Spørreskjemaene var anonymiserte og konfidensielle</p> <p>Dataanalysen ble gjennomført ved å kategorisere dataene i hovedtemaer, og lese mellom linjene for å avdekke skjulte meninger, derav temaer for kategorier.</p> | <p>I studien deltok åtte sykepleiere fra et av de største sentralsykehusene i Finland og to voksne fra en annen kultur.</p> <p>De to voksne som deltok hadde tidligere vært pasienter på det samme sykehuset som de åtte sykepleierne jobbet på.</p> <p>Sykepleierne snakket finsk, og de to voksne deltakerne engelsk.</p> | <p>Resultatene viser at et bekreftende nærvær er essensielt for fellesskap og at kreativt mot er grunnleggende for kommunikasjonen. Med kreativt mot konkluderes det med at sykepleiere må være åpne og ha mot til å møte nye utfordringer. Det er nødvendig for sykepleier å respektere pasientens integritet, men også å tilegne seg kunnskap om kulturell kompetanse. Videre forskning innen dette området bør fokusere på rollen som pårørende innen tverrkulturell omsorg og på hvordan ledelse kan bidra til å forbedre kulturell kompetanse innen helseorganisasjoner.</p> |
|--|---|--|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <p>Artikkel 6:</p> <p>Kaçan & Örsal, 2020. Effects of Transcultural Nursing Education on the Professional Values, Empathic Skills, Cultural Sensitivity and Intelligence of Students.</p> | <p>En tyrkisk studie med hensikt å undersøke effekten av transkulturell sykepleie for sykepleiestudentene vedrørende profesjonelle verdier, empatiske evner, kultursensitivitet og intelligens.</p> | <p>Kvantitativ metode utført som kvasi-eksperimentell studie med en kontrollgruppe.</p> <p>Sosiodemografisk spørreskjema ble brukt som kartlegger kjønn og videregående skole.</p> <p>Profesjonelle verdier måles gjennom Nurses professional value scale (NPVS-R)</p> <p>Det ble brukt en empatisk ferdighetsskala i B-form (ESS-B) utformet av Dokemen.</p> <p>Interkulturell sensitivitetsskala (ISS) ble oversatt til Tyrkisk og brukt for å kartlegge interkulturell følsomhetsnivå hos deltakerene.</p> | <p>Utvalget i studiet var sammensatt av 125 andreårsstudenter under sykepleierutdanning.</p> <p>Utvalget ble dermed delt i to der 65 studenter var deltakere på transkulturell kurs 2 timer i uken, i 14 uker, og 60 studenter som ikke hadde meldt seg på kurset.</p> | <p>Funnene viste at sykepleierstudentene som deltok på transkulturell kurs hadde høyere skår på spørsmål enn sykepleierstudentene som ikke deltok. Konklusjonen ble dermed at transkulturell sykepleie kurs er en effektiv metode for å øke profesjonelle verdier, empati, kultursensitivitet og intelligens blant studenter.</p> |
|---|---|---|--|---|

Vedlegg 8.3: Eksempel på sjekkliste ved kvalitativ studie

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Kritisk vurdering av:

Alpers, I. (2016) *Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study*.

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Formålet med studien er å undersøke faktorer som er med på å bygge tillitt eller skape mistillit i møte mellom helsepersonell og etniske minoritetspasienter i sykehus, I tillegg til å studere dynamikken som ligger i begrepet "othering". Studien ønsker å undersøke dette da tillitt er avgjørende for å få til et effektivt helsepersonell-pasient-forhold, og dermed også betydning for behandlingsresultater. Kulturelle og språklige forskjeller kan gjøre det vanskelig å bygge et tillitsfullt forhold. Problemstillingen " Hvordan opplever afrikanske og asiatiske førstegenerasjons innvandrerpasienter omsorgen de får, og hva skaper mistillit?" er relevant for studien

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Ja, ettersom studien ønsker å belyse flyktningers erfaringer med norske helsepersonell.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien bruker en beskrivende og utforskende design, ved hjelp av kvalitative intervjuer for å frem informantenes erfaringer og opplevelser.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Artikkelen gjør tydelig rede for utvalgsstrategi, og begrunner utvalg av deltakere godt, i tillegg til å beskrive karakteristika ved deltakere. For eksempel, startet med 29 potensielle informanter med innvandrerbakgrunn, som ble til 10 utvalgte. Informantene er 6 kvinner og 4 menn i alderen 32-85 år, som har bodd i Norge i 6-40 år. Disse er voksne fra Asiatiske eller Afrikanske land som tidligere har vært pasienter i et sykehus i Oslo. Deltakerne ble intervjuet 1–3 måneder etter det siste sykehusoppholdet, noen hjemme og noen på sykehuset.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Ja, studien bruker en beskrivende og utforskende design, ved hjelp av kvalitative dybdeintervjuer der informanter ble oppfordret til å kommunisere fritt og i eget tempo. Litteratursøk ble utført ved hjelp av ulike databaser som Medline og CINAHL, med Søkeord som 'othering', 'tillit', 'mistillit', 'etniske minoritetspasienter' og 'kommunikasjon' i forskjellige kombinasjoner på engelsk og skandinaviske språk. Intervjuene ble analysert på en hermeneutiske måte. Metoden er konstant under studien, med lydopptak, som ble transkribert. Studien begrunner analyse og valg, i tillegg til tolkning og forståelse av data.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Forskingen beskriver bakgrunnsforhold, for eksempel at egen bakgrunn og forkunnskaper kan påvirke forståelse og tolkning av data, samtidig ble det brukt tolk i fire av intervjuene. Intervjuene hadde kanskje blitt mer rikere dersom informantene snakket morsmålet sitt, men at de var i stand til å kommunisere egne erfaringer og synspunkter godt. Studien begrunner analyse og valg, i tillegg til tolkning og forståelse av data.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien er godkjent av sykehuset forskningen ble utført hos. Alle deltakere mottok informasjonsbrev, og profesjonelle tolker ringte dem som snakket dårlig norsk for å forklare studiens formål og prosedyre. Det ble informert om at deltakelse er frivillig og at å ikke delta ikke vil ha noen konsekvenser for dem ved sykehuset. Deltakere signerte et skjema for informert samtykke, konfidensialitet ble opprettholdt gjennom studien, og lydopptak ble slettet etter transkripsjon. Transkripsjonen ble lagret etter etiske retningslinjer.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Det kommer frem at lydopptak på 61 min per informant, ble transkribert til 181 sider med data, som videre ble analysert etter hermeneutisk metode. Intervjuene ble analysert etter den hermeneutiske metoden til Brinkmann, med tre analytiske sammenhenger som overlapper hverandre: Hva sier denne intervjuobjektet? Hvordan forstår jeg hva som blir sagt? Hvordan kan dette tolkes i lys av teoretisk kunnskap. Dette utdypes ikke videre. Studien viser derimot at det tilstrekkelig data for å underbygge funn, og sammenheng mellom funn og kategorier, og presenterer motstridende data.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Funn og resultater er klart presentert i tre hovedkategorier; Vurdering av helsepersonellens kompetanse, Forståelser/misforståelser og Informasjonsgivende og kommunikasjonsstiler. Videre blir funnene diskutert sammen med andre kilder, i fire hovedtema; Forforståelser, andre og personlige opplevelser, Epistemisk asymmetri og kulturelle forskjeller, Vestlig versus tradisjonell asymmetrisk kommunikasjon og Verbal / ikke-verbale uttrykksmåter.

Funnene er diskutert opp til problemstillingen, og viser tilstrekkelig diskusjon både for og mot forskerens argumenter. Forskningen diskuterer oppgavens troverdigheten etter begrensninger som er antall deltakerer (n: 10).

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Studien diskuterer studiens bidrag i forhold til eksisterende kunnskap og forståelse, og vurderer dem opp mot dagens praksis og forskning. Studien setter spørsmål på om funn kan generaliseres, men begrunner med den kan da styrken ligger informantenes erfaringer og opplevelser. Funnene i studien får frem at tillit som en viktig brobygger i møtet mellom helsepersonell og pasienter med etnisk minoritet. Kulturell kompetanse er nødvendig i helsepersonell, som må bygge et tillitsfullt forhold til pasienter fra en annen kultur enn sin egen, og det er en viktig faktor innen faglig kompetanse. Selv om det ikke gir klinikere en veiledning om hvordan man skal handle i spesifikke mellommenneskelige omgivelser, hjelper kulturell kompetanse til å fjerne misforståelser og skape et åpent sinn, og det gir helsepersonell kunnskapen til å stille relevante spørsmål angående etniske minoritetspasienters behov, oppfatninger og ønsker. Videre kan kulturell kompetanse hjelpe klinikere til å utvikle en indre tillit som utstråler pålitelighet.

Vedlegg 8.4: Eksempel på sjekkliste ved kvantitativ prevalensstudie

Artikkel: Priebe et al. (2011) *Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries*

Kritisk vurdering - prevalensstudie

INNLEDENDE SPØRSMÅL

| | | | |
|--|--|---------------------------------|------------------------------|
| 1. Er problemstillingen i studien klart formulert? | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |
| 2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet? | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

| | | | |
|--|--|---------------------------------|------------------------------|
| 3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? <i>TIPS:</i> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |
| 4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? <i>TIPS:</i> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |

Kritisk vurdering - prevalensstudie

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS:</i> Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p> | <p>Ja <input type="radio"/></p> | <p>Uklart <input checked="" type="radio"/></p> | <p>Nei <input type="radio"/></p> |
| <p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p> | <p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart <input type="radio"/></p> | <p>Nei <input type="radio"/></p> |
| <p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p> | <p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart <input type="radio"/></p> | <p>Nei <input type="radio"/></p> |
| <p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p> | <p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart <input type="radio"/></p> | <p>Nei <input type="radio"/></p> |
| <p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p> | <p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> | <p>Uklart <input type="radio"/></p> | <p>Nei <input type="radio"/></p> |

HVA FORTELLER RESULTATENE?

| | |
|--|---|
| <p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Hva er hovedkonklusjonen?</i> <i>Kan du oppsummere resultatene i én setning?</i></p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?</i> <i>Er det oppgitt p-verdier?</i></p> | <p>Åtte problemer som hindret praksis var: Språkbarrierer, vanskeligheter med å ordne omsorg for migranter uten helsedekning, sosial deprivasjon og traumatiske opplevelser, manglende kjennskap til helsevesenet, kulturelle forskjeller, ulik forståelse av sykdom og behandling, negative holdninger blant ansatte og pasienter, og manglende tilgang til medisinsk historie.</p> <p>Komponentene for god praksis og for å overvinne eller begrense disse problemene var; Organisatorisk fleksibilitet med tilstrekkelig tid og ressurser, gode tolketjenester, arbeid med familier og sosiale tjenester, kulturell bevissthet om personalet, utdanningsprogrammer og informasjonsmateriell for migranter, positivt og stabilt forhold til personalet, og klare retningslinjer for omsorgsrettighetene til forskjellige migrantgrupper. Problemer og gode pleiekomponenter var like i alle de tre avdelingstypene.</p> <p>Resultatene kan være påvirket av at forskerene kan ha vært selektiv i utvalget, og har fokusert på helsearbeidere som har interesse for migranter. Samtidig måtter intervjuene oversettes til Engelsk.</p> |
|--|---|

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

| | | | |
|--|---|--|-------------------------------------|
| 11. Kan resultatene overføres til praksis? | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |
| 12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? <i>TIPS: Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i> | Ja <input checked="" type="radio"/> | Uklart <input type="radio"/> | Nei <input type="radio"/> |

Vedlegg 8.5: Eksempel på sjekkliste ved oversiktsstudie

Kritisk vurdering av:

Robertshaw, Dhesi & Jones. (2017). *Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research*

Del A: Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Formålet med studien er å tematisk syntetisere primære kvalitative studier som utforsker utfordringer og tilretteleggere for helsepersonell som gir primærhelsetjenester for flyktninger og asylsøkere i høyinntektsland. Tilretteleggere (tiltak) presenteres og sammenlignes klart i studien, samtidig som utfall vurderes.

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Studien ønsker å søke etter erfaringer hos helsepersonell i kvalitative studier, og viser til studier med relevans knyttet til formål. Studievalg ble utført av to forskere ved bruk av forhåndsspesifiserte utvalgsriterier.

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Gjennom søk i MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL og Web of Science, gjorde studien systematiske søk med søkeord som kvalitativ forskning, primærhelsepersonell, flyktninger og asylsøkere. En av kriteriene i studien var at alle artiklene er skrevet på engelsk.

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

Datautvinning og kvalitetsvurdering ble utført ved hjelp av verktøyet Critical Appraisal Skills Program, som er et anbefalt vurderingsprogram ved kritisk vurdering av artikler. Vurderingen ble gjort av to forskere.

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien inkluderer en tematisk syntese, som gjøres rede for. Studien forklarer utførte sammenligninger tydelig, der resultatene og vurderinger kommer klart frem.

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?

6. Hva er resultatene?

Kommentar: Hovedkonklusjonen kommer tydelig frem i artikkelen. Resultatene belyser at helsepersonell som tilbyr primærhelsetjenester for flyktninger og asylsøkere, opplever mange utfordringer og tilretteleggere; ved flyktningen møte med helsetjenesten, miljøet i helsevesenet, og i bredere sammenheng med asyl- og bosettingspolitikk og prosessen. Utfordringene og tilretteleggerne som er identifisert i denne gjennomgangen kan informere om praksis og politikk som forbedrer kvaliteten på helsetjenester og minimerer ulikheter i helsevesenet for flyktninger og asylsøkere.

8. Hvor presise er resultatene?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

9. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Utvalget i studien er helsepersonell, som fremtidig sykepleier vil resultatene i studien kunne bli representativ for videre praksis, i møte med flyktninger.

10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

11. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: Studien veier opp praktiske og organisatoriske ulemper i stor grad, både for helsepersonellet og pasienten.