



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl. 14.00

Kandidatnr.: 552

Antall ord: 8955

Å forstå og bli forstått

En studie av mulige utfordringer i møte mellom sykepleier og pasienter med annen kulturell bakgrunn



Foto: privat

Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 8955

Haugesund 2017

Kull 2014

SAMMENDRAG

Tittel: Å forstå og bli forstått

Bakgrunn: Norge blir stadig mer flerkulturelt, og i januar 2017 utgjorde innvandrere 16 % av Norges befolkning. I helsevesenet møter en mennesker fra alle deler av verden. Det er viktig å se på hvilke utfordringer som kan ligge i møtet mellom sykepleiere og pasienter med annen kulturell bakgrunn, samt hvordan dette kan påvirke samhandlingen og relasjonen mellom dem.

Problemstilling: ”Hvilke utfordringer kan ligge i møtet mellom sykepleiere og pasienter med annen kulturell bakgrunn?”

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse mulige utfordringer som kan ligge i møte mellom sykepleier og pasient med annen kulturell bakgrunn, samt hvordan en kan møte utfordringene på en hensiktsmessig måte.

Metode: Systematisk litteraturstudie.

Funn: Språkbarrierer og ulik sykdomsforståelse er sentrale utfordringer i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn. Dette kan medføre usikkerhet, utrygghet og spenninger i relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Konklusjon: For å minske spenninger i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn kan man i større grad gjøre seg kjent med forskjellene mellom kulturene slik at man kan tilstrebe en individuell tilnærming. For å forstå og bli forstått kan man i større grad implementere kulturell bevissthet i utdanningen og tilstrebe å øke kulturell forståelse gjennom arbeidslivet.

Nøkkelord: Kulturell kompetanse, kulturell bevissthet, sykepleie, kommunikasjon, sykdomsforståelse, relasjon

ABSTRACT

Title: To understand and be understood

Background: Norway is becoming increasingly more multicultural, and in January 2017 immigrants accounted for 16 % of Norways population. In health care you meet people from all parts of the world. It is important to see what challenges may be considered in the meeting between nurses and patients with different cultural backgrounds, as well as how this may effect the interaction and hence the relationship between these parties.

Question: "What challenges may lie in the encounter between nurses and patients with different cultural backgrounds?"

Aim: The purpose of the assignment is to elucidate possible challenges that may be encountered between nurses and patients with different cultural backgrounds, and how one can meet these challenges appropriately.

Method: Systematic literature review.

Findings: Language barriers and different views of health and disease are key challenges in meeting patients from different cultural backgrounds. This can cause uncertainty, insecurity and tension in the relationship between nurse and patient.

Conclusions: In order to reduce tension in the face of patients with different cultural backgrounds, one can become more aware of the differences between cultures so that one can strive for an individual approach. In order to understand and be understood, one can more widely implement cultural awareness in education and strive to increase cultural understanding through working life.

Keywords: cultural competence, cultural awareness, nursing, communication, understanding of health and disease, relation

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	6
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Hensikt	7
1.3 Presentasjon av problemstilling	7
1.4 Avgrensing	7
2.0 Teoretisk perspektiv	8
2.1 Sykepleiefaglig teori	8
2.2 Kulturell kompetanse	9
2.3 Kultur og kommunikasjon	11
2.3.1 Profesjonell tolk	11
2.4 Sykdomsforståelse og smerteuttrykk	12
3.0 Metode	14
3.1 Litteraturstudie som metode	14
3.2 Litteratursøk og fremgangsmåte	14
3.2.1 Søketabell.....	16
3.3 Kildekritikk	17
3.4 Forskningsetikk	18
4.0 Resultat	18
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	19
4.1.1 ”Conversations through barriers of language and interpretation”	19
4.1.2 ”Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?”	19
4.1.3 ”Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses’ experiences when meeting minority ethnic patients”	20
4.1.4 ”Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study”	20
4.1.5 ”Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway – an exploratory study”	21
4.1.6 ”Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards”	21
4.2 Oppsummering av hovedfunn	22
5.0 Drøfting	23
5.1 Det flerkulturelle møtet – selverkjennelse	23
5.1.1 Kulturelle behov.....	26
5.2 Å forstå hverandre	26
5.2.1 Bruk av tolk.....	28
5.3 Sykdomstilnærming	30
6.0 Avslutning	32
7.0 Referanseliste	33
Vedlegg	37
Vedlegg 1: Eksempel på bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning	37

1.0 Introduksjon

Norge, i likhet med andre land i Europa, opplever endringer i befolkningens sammensetning. Det innvandrer mennesker til Norge fra så og si hele verden, og i januar 2017 utgjorde innvandrere og personer med foreldre som er innvandrere 16 % av Norges befolkning (statistisk sentralbyrå, 2017). Innvandring gir nye impulser, samt et kulturelt mangfold, men kan også by på utfordringer. Målet om likeverdig helsetjeneste til alle kan utfordres med tanke på språkbarrierer og kulturelle forskjeller. I Nasjonal Strategi om innvandreres helse (2013-2017) fremheves at man må legge til rette for økt kompetanse om innvandrergrupper helseutfordringer. Dette gjelder særlig de kulturelle og språklige utfordringene som viser seg i møter mellom helsevesenet og pasienter med annen kulturell bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Møtet med andre kulturer gjennom sykepleieryrket er et spennende tema, som har interessert meg over lengre tid. Interessen ble styrket etter utvekslingsstudier i Sør-Afrika. Praksisperioden i Sør-Afrika gjorde at jeg ble mer oppmerksom og nysgjerrig på betydningen av kulturelle forskjeller og kulturell kompetanse. Jeg fikk erfare å være den ”utenforstående” i møte med deres helsevesen. Jeg har også erfart gjennom praksis i Norge at manglende kulturell kompetanse og kunnskap om innvandrerpasienter fører til usikkerhet. Denne usikkerheten kan igjen påvirke hvordan møtet med helsevesenet oppleves. Det som skal være trygt kan oppleves som utrygt og fremmed.

En møter ulike kulturer over alt hvor helsehjelp ytes, noe som både er berikende og utfordrende. I mitt møte med et ukjent helsevesen tilegnet jeg meg ny kunnskap, både faglig og kulturelt. Samtidig som det var spennende og lærerikt bød det på mange utfordringer, både for meg, pasientene og sykepleierne jeg møtte. Vi snakket ikke samme språk, og hadde ulike forutsetninger og tilnærminger til sykepleie og det daglige livet. Å tilegne seg kunnskap i et bredere perspektiv er nyttig og verdifullt, men det kan være hensiktsmessig å tilegne seg denne kunnskapen i forkant av møtet. Mulighetene for å lære av hverandre på kryss av landegrensener og språklige barrierer er uendelige, men hvordan kan man sikre at man forstår og blir forstått?

1.2 Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke mulige utfordringer i møte med andre kulturer innen helsevesenet, samt belyse medvirkende komponenter og ulike tilnærminger for å sikre gjensidig forståelse og faglig forsvarlig utøvelse av sykepleie.

1.3 Presentasjon av problemstilling

”Hvilke utfordringer kan ligge i møtet mellom sykepleiere og pasienter med annen kulturell bakgrunn?”

1.4 Avgrensning

En kan møte pasienter og pårørende med en annen kulturell bakgrunn enn seg selv på alle områder innen helsevesenet, oppgaven omhandler derfor ikke en bestemt pasientgruppe. I og med at det er begrenset med litteratur og forskning på området, har jeg valgt å fokusere på mulige utfordringer knyttet til kommunikasjon og sykdomsforståelse. Jeg kunne også sett på kulturelle forskjeller og mulige utfordringer knyttet til betydning og utøvelse av tro/religion og matvaner. Jeg har avgrenset meg bort fra dette grunnet oppgavens omfang.

2.0 Teoretisk perspektiv

Jeg har vektlagt teorien til Joyce Travelbee samt annen aktuell litteratur som belyser og utfordrer valgt problemstilling.

2.1 Sykepleiefaglig teori

Joyce Travelbee og hennes syn på mennesket, kommunikasjon og gjensidig forståelse er relevant i forhold til valgt tema og problemstilling. Hun er opptatt av kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier og pasient og vektlegger likeverdige menneske-til-menneske forhold. Travelbee peker også på at kulturen en er en del av vil påvirke ens syn på sykdom og lidelse. Travelbee (1999, s. 29) har definert sykepleie slik:

” Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”.

Sykepleie innebærer møter mellom mennesker og det er sentralt å se på sykepleiers menneskesyn. En sykepleiers menneskesyn vil påvirke sykepleierens evne til å utføre sykepleie, samt påvirke atferden rundt pasienter og pårørende (Travelbee, 1999, s. 53- 54). Mennesker kan ha likhetstrekk, men alle mennesker er unike individer både ut i fra arv og miljø samt ut i fra livserfaringer de gjør seg. Hvis menneskenaturen hadde vært lik over hele verden hadde alle hatt de samme grunnleggende behovene, men en må gå ut i fra at kultur påvirker både behov og prioriteringer (Travelbee, 1999, s. 56- 57). Tross kulturelle og språklige barrierer har mennesker et felles språk, det å evne å forstå andres livserfaringer fordi en selv har gjort seg disse erfaringene. Man reagerer nødvendigvis ikke likt på delte erfaringer, men en kan til en viss grad forstå hvordan det oppleves (Travelbee, 1999, s. 58). Synet man har på menneskeverd påvirker vår oppfatning av mennesker og menneskelig atferd, samt hvilken verdi en tilegner hver enkelt person en møter. Kulturer kan påvirke hva man verdsetter, og hvordan man rangerer verdien på mennesker. En blir formet av kulturen man lever i, dermed også påvirket av hver enkelts kulturs verdiskala (Travelbee, 1999, s. 59- 60).

I alle møter mellom sykepleier og pasient foregår det kommunikasjon, både gjennom samtaler, atferd, ansiktsuttrykk og holdninger. All interaksjon med pasienten gir sykepleieren grunnlag for å bli kjent med pasienten og etablere et menneske-til-menneske forhold. En forutsetning er at partene forstår hverandre, og når relasjonen styrkes gjennom gjensidig forståelse kan sykepleieren forstå de individuelle behovene pasienten har. Man skiller også mellom verbal og non-verbal kommunikasjon, det verbale er det muntlige og skriftlige og det non-verbale er når en kommuniserer ved hjelp av ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Det non-verbale brukes ofte sammen med det verbale, man kan si en ting men gi uttrykk for det motsatte ved bruk av gester og holdninger (Travelbee, 1999, s. 135- 139).

2.2 Kulturell kompetanse

Alle steder helsehjelp ytes kan en som sykepleier møte flerkulturelle pasienter. Som sykepleier kan det oppleves som utfordrende å gi sykepleie til pasienter med en annen etnisk opprinnelse enn seg selv, blant annet på grunn av utfordringer i forhold til kommunikasjon, sykdomsforståelse, forståelse for vestlig medisin, holdninger til yrkesgruppe samt oppfattelse og forståelse for gjeldende regler og normer. Begrepet *flerkulturell* kan brukes i mange sammenhenger og oppfattes på ulike måter, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet beskriver det slik: ”flerkulturell – eller tokulturell – beskriver mennesker som har bakgrunn fra flere kulturer” (sitert i Stubberud & Eikeland, 2013, s. 216).

Kultur kan være ideer, verdier og normer som går fra en generasjon til den neste. Kultur kan også være verdier og kunnskaper en tilegner seg når en er medlem av et samfunn. Mennesker blir påvirket av den kulturelle gruppen de tilhører, enten det dreier seg om etnisitet, religion eller geografi, det påvirker måten man tenker på og gir oss oppfatninger av hvordan verden fungerer (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 216).

Kultur er ikke forbeholdt etniske minoriteter, både helsepersonell og pasienter er bærere av kultur og bringer sin kultur inn i møtet med hverandre. Kultur kan være en utfordring, men en skal ikke bruke begrepet kultur ukritisk om alt folk gjør og sier. Kultur er likevel en mulighet når handlinger skal forklares. En skal respektere andres kultur, særlig i arbeid med forskjellige mennesker. Det er likevel viktig å være bevisst på at all kultur ikke nødvendigvis

er helsebringende. Kulturelle praksiser kan føre til både velvære og lidelse, noe som igjen medfører at helsepersonell må forholde seg til begrepet kultur og det det innebærer. I tilfeller hvor kulturen ikke er helsebringende, bør en sammen med pasienten utforske aktuelle alternativer. En skal altså respektere pasienten, uavhengig av kultur, men en skal ikke ukritisk akseptere all kulturell praksis som kan gi lidelse eller som påvirker helsen negativt (Viken & Magelssen, 2010, s. 60-61). Kunnskap om kultur vil ikke alene bidra til at man forstår alle aspektene ved en person, men en har gjerne en bedre forutsetning for å sikre et godt gjensidig samarbeid. Kultur er noe som stadig er i endring, og som skapes med de erfaringene en tilegner seg. Innenfor en kulturkrets vil en finne individuelle forskjeller der i blant ulike meninger, holdninger og verdier. Man har alle ulike tolkninger, noe som gjør at en ikke nødvendigvis kan forutsi hva individer tenker og gjør basert på kjennskap til generell kulturell bakgrunn (Viken & Magelssen, 2010, s. 60-62).

Det er to begreper som er relevante i et flerkulturelt møte; etnosentrisme og kulturel relativisme. Etnosentrisme er når en setter egen kultur som en standard andre måles ut i fra. Ved å være bevisst på egen kultur samtidig som en respekterer andres verdier og handlinger vil en fremstå som mindre etnosentrisk. Ved å ha en kulturel relativistisk holdning vurderer man andres verdier og handlinger ut fra situasjonen de er i. En forstår den andre ut i fra deres perspektiv, samt at man ikke nødvendigvis trenger å være enig i det en forstår (Viken & Magelssen, 2010, s. 62). Helse- og omsorgsdepartementet (2010) påpeker viktigheten av å øke helsepersonells kompetanse i flerkulturell forståelse. Kulturell kompetanse kan forstås som kunnskaper, ferdigheter og holdninger for samhandling med mennesker på tvers av språk og kulturer. Det er forventet at helsepersonell skal vise respekt for ulike kulturer, samt bruke kunnskapen når en yter helsehjelp til flerkulturelle pasienter (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 217- 218).

Det kan ligge forutinntatthet i møter mellom sykepleiere og pasienter med annen kulturell bakgrunn. Dette kan begrense innholdet og kvaliteten i møter og relasjoner. Det er sentralt å se på betydningen av stereotyper, uttrykk for antakelser man har om noen. Stereotypisering innebærer at man kategoriserer mennesker eller grupper av mennesker basert på enkle generaliseringer. På bakgrunn av antakelser kan man i møte med en person, eller en gruppe mennesker, risikere å kun observere det man forventer å se fremfor å se og forstå det som ikke underbygger stereotypien. En forutsetning for å oppnå en god relasjon og gjensidig forståelse er å være åpen for at stereotypiseringer kan være beskrivende men ikke et faktum (Dahl, 2013, s. 66-68).

2.3 Kultur og kommunikasjon

Kommunikasjon er utveksling av informasjon, en prosess som skjer mellom to eller flere parter. Kommunikasjon avhenger av at det både er en sender og en mottaker, samt gjensidig forståelse. Kommunikasjon kan også foregå ved tegn som ansiktsuttrykk og fysiske gester, og tegnene kan ha ulik betydning for partene. Non verbal kommunikasjon som dette tolkes av mottakeren, og forståelsen samsvarer ikke nødvendigvis med det senderen mente å uttrykke bevisst eller ubevisst (Hylland Eriksen & Arntsen Sajjad, 2015, s. 123- 124).

Kulturelle forskjeller påvirker kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell, interaksjonen kan være mangelfull og en har ikke tid til å samhandle og bygge relasjon med pasienten. Det kan også lettere oppstå misforståelser som medfører at pasienten ikke forstår informasjonen som gis, og av den grunn kan pasienten utvikle utrygghet og mistillit til helsepersonellet. Dette kan igjen føre til negative konsekvenser av den medisinske behandlingen og samarbeidet videre. Dårlig kommunikasjon kan også føre til at pleien som gis kan oppleves upersonlig og mekanisk, og når kommunikasjonen er mangelfull blir en ikke tilstrekkelig kjent med pasienten og dens individuelle behov for sykepleie. En god og adekvat kommunikasjon kan fremme pasientens kompetanse og delaktighet i behandlingen, samt opplevelse av mestring (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 224- 225).

Når man kommuniserer tverrkulturelt kan man fokusere på det en har til felles, men fortsatt vedkjenne at det er forskjeller. I møte mellom to ulike kulturer er det like fullt to mennesker som møtes. Når en kommer til et nytt land med et annet språk mister en sin språklige kompetanse, noe som for mange er et betydelig tap. Språk i seg selv representerer evne til å formidle, evne til å uttrykke, evne til å påvirke, evne til interaksjon samt at språk og veltalenhet i seg selv kan være prestisjefyllt. Å miste sin språklige kompetanse kan være skambelagt, og en kan bli usikker på seg selv. En kan oppleve begrensninger i hverdagen som en konsekvens av begrenset språk. Man kan føle seg ekstra sårbar i situasjoner som involverer sykdom og behov for behandling (Viken & Magelssen, 2010, s. 72-74).

2.3.1 Profesjonell tolk

Bruk av profesjonell tolk med innvandrere kan være med på å opprettholde et positivt selvbilde, gi økt mestring og mulighet for å kunne uttrykke seg med veltalenhet. Bruk av tolk vil også kvalitetssikre omsorgsarbeidet vi yter. I forvaltningsloven (1970) §11 står det at offentlig ansatte har veiledningsplikt, og i §17 at en har utrednings- og informasjonsplikt. Videre står det i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) at alle som bor eller oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig helsehjelp, at en skal gi den som søker helsehjelp alle opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Informasjonen skal være tilrettelagt for mottakerens individuelle forutsetninger, der i blant erfaringer og kultur- og språkbakgrunn. Hvis en ikke gir minoritetsspråklige samme mulighet som norsktalende til å forstå informasjonen som gis kan det føre til diskriminering, noe som er forbudt i følge menneskerettsloven av 1999 (Viken & Magelssen, 2010, s. 75-76).

I sammenhenger hvor det er hensiktsmessig og nødvendig med tolk benyttes ofte familiemedlemmer, noe som kan sees på som naturlig samtidig kan det medføre at de tar over samtalen og ikke nødvendigvis innehar det nødvendige ordforrådet. For å sikre seg at pasienten mottar riktig informasjon, og at informasjonen som gis blir forstått, bør en bruke profesjonelle tolketjenester. Selv om mange har et relativt godt ordforråd i daglig sammenheng kan en oppleve utfordringer når en skal snakke om helse og sykdom, ikke minst kan den språklige kompetansen svekkes i en ukjent situasjon, gjerne med økt stress og smerteuttrykk. For å kvalitetssikre arbeidet en gjør, og for å kunne gi pasientene det de har krav på, skal en bruke profesjonell tolk der det er nødvendig. Bruk av tolk blir mer tilgjengelig ved gode rutiner (Viken & Magelssen, 2010, s. 76-78).

2.4 Sykdomsforståelse og smerteuttrykk

Individuelle oppfatninger av helse påvirkes av livsoppfatninger og verdier, så vel som kulturelle og sosiale forhold (Mæland, 2010, s. 24). Miljø og omgivelser kan påvirke helsen vår. Noen faktorer er av biologisk, fysisk og kjemisk natur mens andre er knyttet til sosiale og kulturelle forhold. Miljøet en er i preger menneskers oppfatninger, reaksjoner og handlinger (Mæland, 2010, s. 28).

Kulturell bakgrunn påvirker hvordan man oppfatter helse og sykdom. Når en samarbeider med ulik kulturell bakgrunn er god dialog viktig, men parters ulike bakgrunn kan komplisere

en gjensidig forståelse (Viken & Magelssen, 2010, s. 59). Medisinsk antropolog og psykiater Arthur Kleinman deler helseomsorgssystemet inn i tre sektorer: familiesektoren, den folkelige sektoren og den profesjonelle sektoren. Han mener helseomsorgssystemene har en viss felles struktur, men ser på de ulike forklaringene man har på sykdom og behandling.

Familiesektoren består av familier og det sosiale. Denne sektoren er preget av lokale kunnskaper og verdier i utøvelse av helseomsorg. Den folkelige sektoren representerer behandlere i kontakt med overnaturlige krefter. Begge disse kategoriene har nær tilknytning til lokal kultur og virkelighetsoppfatning. I dette kan det ligge behandlende metoder som plantemedisin, fysiske øvelser og religiøs- og ikke-religiøs helbredelse (Viken & Magelssen, 2010, s. 62- 64). I alle samfunn, både utenfor og innad i Norge, er det en viss kultur for alternative behandlingsformer. Den siste sektoren, den profesjonelle sektoren, representerer helsearbeidere med formell faglig kompetanse. I Norge er det biomedisinen som utgjør det autoriserte profesjonelle helsesystemet. I flerkulturelle samfunn når helsearbeidere og pasienter møtes, kan det bli uenighet om gjeldende virkelighetsforståelse. Ofte vil en ha ulike forklaringer på sykdom, men ha et felles ønske om god helse. Når en har et felles mål kan man uavhengig av ulike forklaringer på årsaken til sykdom finne en felles tilnærming mot et felles mål, og på den måten samarbeide selv ved ulike oppfatninger (Viken & Magelssen, 2010, s. 64- 67).

Opplevelse av smerte er individuelt, og kan variere fra person til person. Det er viktig å anerkjenne pasientens smerteopplevelse og pasientens uttrykk for smerte da det er utgangspunktet for smertelindrende tiltak. Den kulturelle bakgrunnen kan påvirke smerteopplevelsen, samt hvordan man uttrykker smerte. Forståelse av smerte kan også være kulturelt betinget. Å vurdere en pasients smerte kan ta utgangspunkt i utsagn fra pasienten, kroppsspråk, vitale målinger samt smertekartleggingsverktøy. I ulike kulturer er det ulike måter å håndtere smerte på, det kan være en stoisk væremåte eller en mer ekspressiv væremåte. Kulturelle forskjeller kan sees ved ulike begreper og responser på smerte, og en utfordring ved eksempelvis bruk av smertekartleggingsverktøy kan være å sikre forståelse fra pasienten. Hvis en ikke forstår hverandre er sjansen stor for at det vil få negative konsekvenser for pasienten i den grad at en ikke er tilstrekkelig smertelindret (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 230- 231).

3.0 Metode

Sosiolog Vilhelm Aubert definerer metode som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Videre sier han at et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

3.1 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie som tar utgangspunkt i allerede utførte skriftlige kilder, noe som forutsetter at det er et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som er relevant for den aktuelle problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26).

Mulrow og Oxman definerer systematisk litteraturstudie som ”et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning” (sitert i Forsberg & Wengström, 2013, s. 27). I en litteraturstudie samler en, og oppsummerer, tidligere publisert forskning innen et avgrenset område. En presenterer derfor ikke ny kunnskap, men muliggjør å belyse eksisterende kunnskap fra et annet perspektiv (Aveyard, 2014). I denne oppgaven har jeg brukt seks artikler som på hver sin måte tilfører kunnskap om valgt problemstilling. De har ulike innfallsvinkler, dermed belyser de temaet fra flere perspektiver.

3.2 Litteratursøk og fremgangsmåte

Etter å ha valgt tema begynte jeg å undersøke relevant pensum- og annen litteratur. Søk ble hovedsakelig gjort i Oria. Oria er en søkekatalog for fag- og forskning tilgjengelig via biblioteket til HVL. I starten av søkeprosessen ble det foretatt åpne søk for å få en oversikt. Jeg avgrenset videre søkeord og kombinasjoner for å begrense antall treff, samt vinkle det enda nærmere valgt tema. På denne måten fant jeg litteratur og forskning jeg mener belyser valgt problemstilling. Søk ble utført i databaser for helsefag, hovedsakelig CINAHL. Jeg har foretatt søk i andre databaser som Cochrane og SveMed+ og, men i CINAHL fikk jeg flest relevante søkeresultater. Jeg har også gjort søk på internett for å få en bredere forståelse for emnet, eksempelvis i ”Google Scholar” og Sykepleien forskning. I følge Dalland & Tygstad

(2012, s.65) er internett en viktig informasjonskilde, men en forutsetning for at det brukes på en forsvarlig måte er at en kan vise til den eller de som har skrevet teksten.

Det var relativt greit å finne relevante forskningsartikler når jeg søkte med spesifikke søkeord og benyttet meg av avgrensninger for å filtrere søket mitt. Den ene artikkelen er fra 2003. I den forstand forskning er ferskvare kan den anses som gammel. Da jeg ikke anser innholdet som utdatert og den er relevant for min problemstilling er den inkludert. I prosessen med å velge forskningsartikler har hver artikkel blitt lest gjentatte ganger. På denne måten har jeg gjort meg kjent med innholdet, sikret forståelse, sett på hensikten med studien og videre om den var relevant for min oppgave. I leseprosessen har jeg markert korte ord som beskriver artikkelens innhold. Artikkelen ble videre sammenlignet ut fra de markerte ordene, de som kunne være med på å belyse problemstillingen på en hensiktsmessig måte ble tatt med videre i litteraturstudiet. Disse stikkordene la videre grunnlaget for hovedtemaene oppgaven tar for seg. Temaene har underkategorier, henger sammen og er med på å belyse valgt tema og problemstilling fra ulike perspektiver. Stikkordene jeg vektla var: kommunikasjon, språkbarrierer, kulturell kompetanse, smerteuttrykk, relasjon og sykdomsforståelse. For å skape systematikk i søkeprosessen gjorde jeg meg tanker om hva jeg skulle inkludere og ekskludere. Jeg var åpen for forskning som omhandlet alle aldre og kjønn, men det måtte være ulik kulturell bakgrunn mellom sykepleier og pasient. Jeg avgrenset til Europa, men var åpen for andre geografiske områder så lenge det var sammenlignbart med Norge.

Oppgaven bygger på både kvalitative og kvantitative studier. De kvalitative har som hensikt å fange meninger og opplevelser som ikke er målbare. De kvantitative gir data som er målbare og er ment for å formidle det gjennomsnittlige (Dalland, 2012, s. 112-113). I tillegg til dette bygger studien på en delphi- studie, som er basert på ekspertuttalelser innen gitt fagområde.

3.2.1 Søketablell

Database & dato for søk:	Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:	Valgt artikkel:
CINAHL 14/1-17	Communication <i>AND</i> Cultural diversity <i>AND</i> Language barrier	Full text Year 2010 – 2017 Europe	3	4.1. <i>Conversation through barriers of language and interpretation</i> Kvalitativ studie
CINAHL 8/1-17	Transcultural <i>AND</i> Nursing <i>AND</i> Cultural needs	Full text Year 2000 – 2017 Europe	30	4.2. <i>Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?</i> Kvantitativ studie
CINAHL 7/3-17	Minority ethnic <i>AND</i> Communication <i>AND</i> Nursing	Full text Year 2005 – 2017 Europe	10	4.3 <i>Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses’ experience when meeting minority ethnic patients</i> Kvalitativ studie
CINAHL 13/2-17	Cultural competence <i>AND</i> Nursing <i>AND</i> Multicultural	Full text Year 2005 – 2017	24	4.4 <i>Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study</i> Delphi studie
CINAHL 9/3-17	Community health nursing <i>AND</i> Migrant	Full text Year 2005 – 2017 Europe	10	4.5 <i>Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway – an exploratory study</i> Kvalitativ og kvantitativ studie
CINAHL 16/3-17	Culturally diverse <i>AND</i> Interaction	Full text Year 2005 – 2017	8	4.6 <i>Culturally diverse patient- nurse interactions on acute care wards</i> Kvalitativ studie

3.3 Kildekritikk

Til alle kilder i en tekst stilles det krav til hvordan en bruker dem, vurderer dem og refererer til dem. Når en har en kilde må den vurderes i forhold til kvalitet og hvorvidt den er relevant. Kildekritikk er å være kritisk til valgt kildemateriale, samt at en kan begrunne relevans og reflektere i forhold til problemstilling (Dalland & Trygstad, 2012, s. 63, 72).

For å vurdere forskningen jeg benytter meg av kan det være hensiktsmessig å se om de har IMRAD-struktur, som de fleste vitenskapelige artikler har. IMRAD er forkortelse for: **I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat og (**A**nd) **D**iskusjon. En kan også benytte seg av ulike sjekklister, blant annet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, slik at en lettere kan vurdere artikkelen kritisk (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 69).

Kildene i denne oppgaven er hentet fra godkjente databaser gjennom HVLs bibliotek. Jeg har vurdert artiklene i forhold til IMRAD-struktur og kunnskapssenterets (2017) sjekklister (vedlegg nr.1). I følge Dalland (2012, s. 73-74) skal man gjøre rede for kildene sine, slik at man kan overbevise leseren om at det er tilstrekkelig for å svare på problemstilling. Tre essensielle punkter i denne prosessen er gyldighet, holdbarhet og relevans.

Kildens gyldighet: Kildene jeg bruker er gyldige fordi funnene er overførbare/kan gjelde for andre enn de som blir spurt i studiene jeg redegjør for og diskuterer. Temaene i artiklene dreier seg om sykepleie til pasienter med annen kulturell bakgrunn. Dette er et tema med økt fokus, og som kan tenkes å komme mer i fokus i årene som kommer. Det er et samtidsaktuelt tema, omdiskutert i media og aktuelt å forske på nettopp fordi det er et felt som krever økt bevissthet, forståelse, kunnskap og kompetanse.

Kildens holdbarhet: Kildene i oppgaven er fra godkjente databaser i HVLs bibliotek. Jeg har brukt kunnskapssenterets sjekklister for kvalitativ forskning og sjekklister for randomisert kontrollert studie for å vurdere artiklene i forhold til hensikt, metode, resultat, etiske overveielser og referanseliste (Kunnskapssenteret, 2017).

Kildens relevans: Artiklene har på hver sin måte relevans for oppgaven. McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy belyser møtet med ulike kulturelle bakgrunner fra sykepleiers perspektiv. Studien vektlegger kommunikasjon og bruk av tolketjenester. Narayanasamy belyser kulturell

kompetanse, samt utførelse i praksis med tanke på pasientens kulturelle behov. Nielsen & Birkelund ser på erfaring med utøvelse av sykepleie til pasienter med annen etnisk bakgrunn, og peker på utfordringer blant annet i forhold til kommunikasjon og ulike smerteuttrykk. Jirwe, Gerrish, Keeney & Emami undersøker hva fagpersoner innen helsefag vektlegger ved kulturell kompetanse, og presenterer aktuelle komponenter. Thyli, Athlin & Hedelin belyser temaet fra et kommunehelsetjeneste perspektiv og Cioffi fra et spesialisthelsetjeneste perspektiv.

3.4 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler om planleggingen, utførelsen og rapporteringen av enhver forskning, slik at den ivaretar personvern og sikrer troverdighet (Dalland, 2012, s. 96).

I arbeidet med en systematisk litteraturstudie bør det tas hensyn til hvilke etiske overveielser som er utført. Det bør vektlegges forskning som er godkjent av en etiske komité, der det har blitt utført grundige etiske vurderinger (Forsberg & Wengström, 2013, s. 69).

Oppgavens kildehenvisninger følger APA-standard, som sikrer at en kan finne tilbake til kildene jeg har brukt. Gjennom sjekklister har jeg vurdert hvordan artiklene jeg har valgt ut er forskningsetiske, samt at jeg i litteraturstudiet gjengir anvendt forskning så korrekt som mulig. Det er også tatt etiske hensyn i forhold til at ord og uttrykk er valgt med respekt for mennesker og kultur.

4.0 Resultat

Her vil jeg presentere de valgte artiklene. For å gjøre det mest mulig oversiktlig for leseren presenteres de med tittel, forfatter, årstall, hensikt, metode og funn.

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

4.1.1 "Conversations through barriers of language and interpretation"

Forfattere: McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M.M. & Tuohy, D.

Årstall: 2013

Hensikt: Å undersøke irske sykepleieres møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn. Hovedfokus på kommunikasjon og bruk av tolk.

Metode: Kvalitativ studie. Studien ble utført med intervju og spørreundersøkelse av syv sykepleiere fra ulike helseforetak. Deltakerne ble på forhånd informert om studiens hensikt, og svarene anonymisert. Godkjent av etisk komité.

Funn: Det kom frem at noe sykepleierene synes det var utfordrende å forstå pasientene og gjøre seg forstått. Utfallet ble at de ikke følte de fikk gitt helhetlig sykepleie. De synes bruk av tolk var viktig, men at den praktiske gjennomføringen var både tidkrevende og vanskelig. Familiemedlemmer av pasienten ble først brukt som tolk der det var mulig, men sykepleierne var usikre på om informasjonen som ble gitt var fullstendig. Utfordringen ved bruk av tolk handlet først og fremst om sykepleiers erfaring med det og at det noen steder var vanskelig å få tak i, samt at de ikke alltid følte tolken formulerte de medisinske ordene riktig.

4.1.2 "Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?"

Forfatter: Narayanasamy, A.

Årstall: 2003

Hensikt: Å undersøke sykepleieres ivaretagelse av pasienters kulturelle behov på en kultursensitiv måte.

Metode: Kvantitativ studie. Studien ble utført som en spørsmålsundersøkelse. 200 britiske sykepleiere fra ulike helseforetak ble invitert, hvorav 126 deltok. Svarene er anonymisert. Godkjent av etisk komité.

Funn: Studien sier hva sykepleiere tenker om kulturell kompetanse og belyser erfaringene de har med det. Mange mener kulturelle behov blir møtt, samtidig som de påpeker

kommunikasjon som en særlig utfordring. Det fremkommer også at flertallet ønsker mer fokus på og erfaring i kulturell kompetanse.

4.1.3 "Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients"

Forfattere: Nielsen, B. & Birkelund, R.

Årstall: 2009

Hensikt: Å undersøke sykepleieres erfaring med pleie til pasienter med annen etnisk bakgrunn.

Metode: Kvalitativ studie. Intervju av fire sykepleiere på samme sykehusavdeling samt observasjoner av relevante situasjoner. Alle deltakerne ble informert om studiens hensikt både skriftlig og muntlig. Deltakelse var frivillig, og en kunne når som helst trekke seg fra studien. Både deltakere og sted er anonymisert.

Funn: Studien viser at sykepleiere i stor grad fokuserer på utfordringer knyttet til kommunikasjon, smerteuttrykk og kulturelle forskjeller i møte med pasienter med annen etnisk bakgrunn. Studien påpeker at kulturelle forskjeller og utfordringer ikke nødvendigvis ene og alene kan løses av sykepleierne selv. Utfordringene som vektlegges av sykepleierne er språkbarrierer og kommunikasjon, samt ulike smerteuttrykk. Disse faktorene kan påvirke relasjonen mellom pasient og sykepleier.

4.1.4 "Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study"

Forfattere: Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S. & Emami, A.

Årstall: 2009

Hensikt: Å identifisere kjernekomponentene i kulturell kompetanse.

Metode: Delphi-studie. Basert på ekspertuttalelser i gitt fagområde. Utvalget består av åtte sykepleiere, åtte forskere og åtte forelesere innen sykepleie. Studien ble utført i fire omganger ved kvalitative intervjuer. Intervjuene ble analysert, og dannet på bakgrunn av kategorier og påstander utgangspunkt for et kvantitativt spørreskjema. I de resterende omgangene ble spørreskjemaene besvart individuelt. Hvis enighet rundt en påstand fikk over 75 % ble den

inkludert som en komponent. 118 påstander ble inkludert, og 18 ekskludert. Godkjent av etisk komité.

Funn: Resultatene ble delt inn i fem hovedkategorier. Disse fem kategoriene ble ansett som viktige komponenter for å tilegne seg kulturell kompetanse; kultursensitivitet, kulturell forståelse, kulturelle møter, forståelse for helse- og sykdom samt sosiale-og kulturelle sammenhenger. Herunder betydning av å være bevisst på egne holdninger og verdier, bevissthet av hvordan kultur former identitet, språklige- og kommunikative ferdigheter og hvordan religion, familiære og sosiale aspekter påvirker identitet og sykdomsforståelse

4.1.5 ”Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway – an exploratory study”

Forfattere: Thyli, B., Athlin, E. & Hedelin, B.

Årstall: 2007

Hensikt: Å undersøke utøvelse av sykepleie i kommunehelsetjeneste til eldre ikke-vestlige pasienter og mulige utfordringer.

Metode: Kvalitativ og kvantitativ studie. Data ble samlet inn ved spørreundersøkelser fra avdelingsledere på sykehjemsavdelinger. 18 av 22 deltakere valgte å delta. Det ble foretatt innholdsanalyse av åpne spørsmål og data ble vurdert manuelt. Det ble gitt informasjon om studiens hensikt på forhånd og svarene er anonymisert. Godkjent av etisk komité.

Funn: Kommunehelsetjeneste til ikke-vestlige pasienter ble beskrevet som krevende. Utfordringene ble delt inn i fire hoveddeler: språkbarrierer, familieinvolvering, mangelfull kulturell kompetanse og behov for videre utvikling. Økt bevissthet og opplæring rundt de aktuelle utfordringene knyttet til flerkulturell sykepleie ble påpekt som faktorer for å tilrettelegge for kulturell kompetanse. Dataene gav begrensede resultater, men indikerte mangler i forhold til systematiske verktøy for kulturell omsorg.

4.1.6 ”Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards”

Forfatter: Cioffi, J.

Årstall: 2006

Hensikt: Å utforske sykepleiere og pasienter med annen kulturell bakgrunns erfaring med pasient-sykepleier relasjon på en akuttavdeling. Studien tar for seg problemstillingen fra begge parter perspektiv.

Metode: Kvalitativ studie. Åtte sykepleiere og pasienter deltok. Både sykepleierne og pasientene ble intervjuet individuelt, intervjuet bestod av åpne spørsmål med rom for å snakke fritt rundt emnet. Deltakerne ble informert om studiens hensikt og fremgangsmåte, deltakelse var valgfritt og anonymisert. Godkjent av etisk komité.

Funn: Studien viser til tre hovedtemaer innenfor utfordringer i relasjonen: gjensidig spenning, vedkjenne forskjeller og økt bevissthet. Det fremkommer en tydelig spenning mellom begge parter, særlig rundt forventningene en har til hverandre og bevissthet rundt kulturelle og særlig språklige forskjeller. Økt kompetanse og bevissthet rundt kulturell kompetanse samt kulturelle forskjeller kan være med på å bedre relasjonen mellom sykepleier og pasient i korte tidsrom.

4.2 Oppsummering av hovedfunn

Artiklene belyser kulturell kompetanse og utfordringer knyttet til kulturelle forskjeller.

Funnene viser at det å vedkjenne seg kulturelle forskjeller er en viktig komponent i kulturell kompetanse- og forståelse. Samtidig som en er bevisst på at kultur er med å forme identitet må en også være bevisst på egne holdninger og verdier knyttet til egen kultur.

Gjennomgående i artiklene er utfordringer knyttet til språkbarrierer og kommunikasjon, videre viser det også at ulik oppfatning av sykdom og helse kan by på utfordringer.

Utfordringene kan påvirke relasjonen mellom pasient og sykepleier, når en ikke snakker samme språk kan tilnærmingen ofte vise seg å bli mekanisk og lite personlig. En individuell tilnærming kan gjør samhandlingen tryggere for pasienten, samtidig som det er viktig at begge parter anerkjenner de kulturelle forskjellene. Funnene i artiklene gir grunnlaget for den videre drøftingen. Drøftingen vil ta for seg betydningen av bevissthet rundt kulturelle forskjeller og behov, samt utfordringer knyttet til kommunikasjon og sykdomsforståelse.

5.0 Drøfting

Problemstillingen i oppgaven er hvilke utfordringer som kan ligge i møtet mellom sykepleier og pasient med annen kulturell bakgrunn. Med stadig økende innvandring opplever man et rikere kulturelt mangfold i samfunnet. Dette kan medføre utfordringer i sykepleieutøvelsen. På den ene siden skal sykepleiere i følge Travelbee fremme likeverd og kommunikasjon i samarbeid med pasienten. På den andre siden møter de språkbarrierer og kulturforskjeller som utfordrer denne interaksjonen. Hvordan man ser andre mennesker og hvilke verdier man tilegner dem kommer til uttrykk i sykepleien man utøver. Samtidig som man er bevisst på den andre parten viser forskningsartiklene til viktigheten ved en kulturel relativistisk tilnærming der en er bevisst på egne holdninger og verdier samt hvordan man forholder seg til egen kultur. For å kunne skape en relasjon og et menneske-til-menneske forhold er kommunikasjon en viktig faktor, en forutsetning er da at man forstår hverandre.

Jeg kommer til å drøfte problemstillingen opp mot relevant litteratur, valgte forskningsartikler og andre studier som jeg har redegjort for og som belyser temaet. Jeg har valgt å drøfte funnene under tre hovedpunkter. Herunder betydningen av selverkjennelse, kommunikasjon og sykdomsforståelse og hvilke utfordringer samt muligheter disse elementene genererer for sykepleieren i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn.

5.1 Det flerkulturelle møtet – selverkjennelse

Jirwe, Gerrish, Keeney & Emami (2009) viser at holdninger knyttet til egen kultur er en medvirkende komponent i vår kulturell kompetanse. Som helsearbeider møter man mennesker med ulik bakgrunn og kultur, noe som kan føre til konflikter og etiske dilemmaer. Slike situasjoner kan særlig tenkes å oppstå når sykepleier og pasient har ulike verdier og oppfatninger og lite kjennskap til de kulturelle forskjellene dem i mellom. Når man jobber med mennesker med ulik opprinnelse må man ha kunnskap om kultur. Før man forsøker å forstå andres kultur må man være bevisst på sin egen kultur (Taylor et al., 2011).

Spenninger i relasjonen mellom sykepleiere og pasienter med annen kulturell bakgrunn grunner ofte i gjensidig usikkerhet. Cioffi (2006) viser til at usikkerheten ofte er knyttet til hvilke forventninger man har til hverandre. Det er derfor viktig å erkjenne at det er forskjeller mellom kulturene og øke bevisstheten rundt hvilken betydning kulturelle forskjeller kan

medføre. Det byr på en ekstra utfordring om sykepleiere går inn i møtet med en etnosentrisk holdning. Da blir ens egen kultur det ”riktige”, og utfordringene i møtet blir forklart med det ulike, ukjente og ikke norske ved pasientens kultur. I et flerkulturelt møte er det hensiktsmessig med en kulturel relativistisk tilnærming. I et kulturel relativistisk perspektiv har man ikke en bestemt formening om pasienten på forhånd, man tolker utsagn og handlinger i forhold til sammenheng og situasjon. En må gå inn i møtet med selvinnsikt, en må kjenne egne verdier og normer, samtidig som man er empatisk og åpen i møte med pasienten. En må se, lytte og lære mest mulig om pasienten gjennom pasientens fortellinger, forutsetninger og tilnærminger (Dahl, 2013, s. 73-74).

Min praksisperiode i Sør-Afrika ble et møte med et helsevesen og en sykepleieutøvelse som på mange måter var ulik den jeg har møtt i praksis her hjemme. Praksis fant sted i en kultur veldig ulik min egen, og hverdagen som sykepleierstudent ble et møte med kulturelle forskjeller både knyttet til utøvelsen av sykepleie og forventningene fra pasientene. Det var lett å tenke at alt er bedre i Norge, at vår kunnskap og våre metoder er mer oppdatert og dermed mer faglig forsvarlige. Samtidig hadde deres utøvelse kvaliteter ved seg gjennom erfaringer, rutiner og ressurser som jeg først så når jeg la fra meg de forutinntatte holdningene. Vi var blant annet på en travel akuttavdeling hvor antall pasienter ikke samsvarte med bemanningen. Sykepleierne tok seg god tid til pauser, dette til tross for at ingen avløste dem. Dette var det lett å stille seg kritisk til, men en sykepleier sa til meg at hvis hun var utslitt og ikke tenkte på seg selv kunne hun i hvert fall ikke utøve god og forsvarlig sykepleie. Det ble lettere for meg å forstå at de tok seg tid til pauser når jeg fikk en begrunnelse som sa noe om deres arbeidshverdag. Dette underbygger at antakelser, stereotypier, man har om noen eller noe ikke nødvendigvis representerer hvordan noe faktisk er.

For å tilegne seg kulturell kompetanse er det viktig å erkjenne kulturelle forskjeller, og måten de er med på å påvirke mennesker man møter (Jirwe et al., 2009). I praksis vil en blanding av det etnosentriske og det kulturel relativistiske være hensiktsmessig. Det viktigste er at man gjennom å være åpen for andres verdier og holdninger skaper rom for samhandling og dermed kan nå felles mål (Dahl, 2013, 2.74-75). Kulturel relativisme krever innsats fra begge parter for å komme frem til felles målsetninger og verdier. Man må forsøke å forstå den andre, uten at man nødvendigvis må bli enige. Ved gjensidig respekt for hverandre kan man se forskjellig på en sak, men anerkjenne hverandres syn. I møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn

må man evne å se utenfor sin egen virkelighet, slik at man kan skape en mer symmetrisk dialog. Det kan gjøre det lettere å snakke *med* hverandre, fremfor å kun snakke *til* hverandre. Samtalen kan da i større grad bygge på trygghet og respekt, noe som igjen gir rom for å se likheter der en ellers kun ser forskjeller (Magelssen, 2008, s. 20-21). Gjennom egne erfaringer har jeg møtt situasjoner som utfordret mine egne verdier og holdninger. Hvis man tillater det kan det gi rom for ettertanke og refleksjon, som gjør at man kan utvide egne perspektiver. I Sør-Afrika er det ofte pårørende som tar seg av sine syke familiemedlemmer, også på sykehus. Når vi tilbød oss å hjelpe ble de først usikre deretter takknemlige.

Utfordringer og konflikter i det flerkulturelle møtet oppstår ofte når man blir konfrontert med det motsatte av det som er kjent, kjært og trygt for en. I følge Nielsen & Birkelund (2009) kan det å møte ulikhetene gi oss et innblikk i og forståelse av andre kulturers normer og verdier, samtidig som det også kan oppstå frustrasjon. Samtidig som man tilstreber en kulturrelativistisk holdning er det viktig være kritisk til pasientens tilnærming dersom den ikke er helsebringende. En skal være kritisk, men det er forskjell på å møte pasienten med skepsis basert på egen forforståelse og å være skeptisk når man blir forklart den andre partens tilnærming. En åpen holdning gir rom for å være mottakelig, alt trenger ikke nødvendigvis å endre seg til noe positivt men det kan gi økt innsikt og forståelse for andres handlinger. Et godt samarbeid er mulig der det er rom for ulikheter og alternative perspektiver. Hvordan vi ser ting påvirkes av kulturen vår, samfunnet vi lever i og individuelle oppfatninger. Disse faktorene vil også påvirke hvordan vi tolker ting, noe som igjen tilsier at en må ta hensyn til disse faktorene når en skal tolke hva som blir sagt og gjort (Nielsen & Birkelund, 2009).

En kan legge til rette for et godt og gjensidig samarbeid ved å møte det fremmede med åpenhet og likeverd; ”verdighet er å bli sett og godtatt som deg, med din Gud, din hud, dine skikker, din væremåte” (Per Fugelli sitert i Høye, 2017). Som sykepleier skal en møte alle med respekt, og en bør være åpen også for det som er fremmed (Travelbee, 1999, s. 57). En kulturrelativistisk holdning legger til rette for det. Utfordringen blir å balansere det kulturrelativistiske opp mot de normene og reglene en som sykepleier er underlagt. Man tilstreber å utøve sykepleie etter pasienters ønsker og behov, men det skal også være faglig forsvarlig.

5.1.1 Kulturelle behov

Kulturelle behov kan omhandle alt fra tro, daglige rutiner og sosiale forhold. For å kunne møte pasienters kulturelle behov må en anerkjenne at de er der (Narayanasamy, 2003). I Thyli, Athlin & Hedelin (2007) fremkommer det at pårørende kan være en ekstra utfordring. Samtidig som noen opplevde det som utfordrende, så noen på de pårørende som en ressurs. I hjemmesykepleie opplevde sykepleierne ofte at yngre familiemedlemmer ble satt til å ta seg av eldre familiemedlemmer. Også i Cioffi (2006) påpekes det at familiebesøk og involvering byr på utfordringer, og er en situasjon hvor det lett kan oppstå spenning. Pasientene på sin side uttrykker at å ha familie rundt seg skaper trygghet, og at det oppleves som en ressurs i forhold til språk og andre vanskeligheter som kan oppstå i et ukjent miljø. Sykepleierne på sin side sliter med å finne balansen mellom hensynet til andre pasienter samtidig som man skal ivareta de pasientene som ønsker å ha familien rundt seg. Det oppleves også som en utfordring når pasient og familie snakker sitt språk, noe som kan skape avstand mellom helsepersonell og pasient. Dette kan tenkes å oppleves likt motsatt også. I følge Stubberud & Eikeland (2013, s. 226) kan pasienter føle at de blir oversett hvis sykepleier henvender seg direkte til pårørende, særlig hvis pårørende snakker bedre norsk eller engelsk enn pasienten selv. Det er viktig at pasienten selv blir inkludert, og at en blir enig om hvilken rolle de pårørende skal ha slik at pasienten ikke mister kontroll over egen situasjon. Å ha familie rundt seg kan fremme mestring, og i mange kulturer forventes det at familiemedlemmer tar seg av de syke. Å ha familie rundt seg kan spille en viktig rolle i omsorgen for pasienten, samtidig som det kan bli en utfordring i forhold til visittider og normer på avdelingen (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 233). Utfordringen ligger i å finne en balanse, slik at både pasienter som har behov for familie rundt seg og andre pasienter som ønsker ro og hvile blir ivaretatt.

5.2 Å forstå hverandre

Det å prate sammen og forstå hverandre uten felles språk er en utfordring i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn. De språklige barrierene gjør kommunikasjon og gjensidig forståelse utfordrende for begge parter. McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy (2013) viser til sykepleiernes frustrasjon over å ikke forstå, samt usikkerheten på om de selv blir forstått. Sykepleierne uttrykker at de mangler innsikt i historien til pasientene, at de ikke får et oversiktlig bilde over hvem pasienten er og dermed føler at de ikke får gitt individuelt

tilpasset pleie. I Thyli et al. (2007) uttrykkes det også frustrasjon og bekymring for språklige barrierer og tidsbruken dette krever. I Narayanasamys (2003) blir kommunikasjon pekt på som en utfordring som påvirker behandling og behandlingstid. Utfordringene som oppstår i møtet mellom sykepleier og pasient med annen kulturell bakgrunn grunner ofte i at man har ulikt språk, der ord og begreper kan ha forskjellig mening.

I Nielsen & Birkelund (2009) forklarer sykepleierne at de prøver å forstå og gjøre seg forstått. De uttrykker frustrasjon over at de må bruke ekstra tid hos pasienter som ikke snakker samme språk, samtidig som de påpeker at de behandler dem med likeverd og respekt. De bekymrer seg for at tidsbruken skal gå utover de resterende pasientene de har ansvar for. Artikkelen til Jirwe et al. (2009) hevder at språklig forståelse og kommunikative ferdigheter er en av kjernekomponentene i kulturell kompetanse.

Kommunikasjon avhenger av gjensidig forståelse og ved språkbarrierer er det større rom for at det oppstår misforståelser. Hvis pasienten ikke føler at de blir sett og hørt, samt at de ikke greier å uttrykke seg, kan det skape utrygghet og mistillit til helsepersonell og behandling. Travelbee vektlegger likeverd i samhandling mellom pasient og sykepleier, og at forhold utvikles gjennom kommunikasjon der erfaringer og opplevelser blir delt. Rødal (2012) beskriver hvordan det oppleves å være den ukjente i forhold til språk og kultur, og viktigheten av å sette seg inn i språket samt de kulturelle normene. Hanssen (2013) påpeker at det ikke nødvendigvis er tilstrekkelig å forstå ord for å forstå budskapet, like ord kan ha forskjellig betydning i ulike sammenhenger og når de som bruker ordene har ulik kulturell bakgrunn. Kommunikasjon vil heller ikke ha stor betydning om mottakeren ikke forstår hva man sier. Store forskjeller i kultur, tenkning og personlig kommunikasjonsstil vil gi større fare for at partene i dialogen tolker det som blir formidlet forskjellig. Det er viktig at informasjon og undervisning blir tilrettelagt ut fra pasientens forutsetninger.

For sykepleiere er det ofte nettopp språkbarrieren som gjør det utfordrende å ha sykepleieansvar for flerkulturelle pasienter. Kommunikasjonen er krevende og vanskelig å skape en relasjon (Nielsen & Birkelund, 2009). Når sykepleiere kommuniserer med pasienter er det såkalt hjelpende kommunikasjon. Det er et faglig verktøy for å kartlegge pasientens ønsker og behov. Hjelpende kommunikasjon er med på å skape tillit og trygghet, samt at pasienten føler seg inkludert og ivaretatt. Kommunikasjonen er anerkjennende, en formidler et budskap på en forståelig måte samt at man lytter aktivt. Pasientrettet

kommunikasjon handler om å fremme pasientens perspektiv, nå felles mål ut i fra pasientens verdier samt gi pasienten makt og myndighet der det er forsvarlig. For å kunne utøve hjelpende kommunikasjon må relasjonen mellom sykepleier og pasient bygge på likeverd. Sykepleier må observere og tolke både verbale og non-verbale uttrykk, samtidig som en må åpne opp for nye perspektiver (Eide & Eide, 2007, s. 20-21).

Nielsen & Birkelund (2009) peker på de ulike måtene en uttrykker seg på, eksempelvis i forhold til smerter. I Narayanasamy (2003) er også språkbarrierer fremtredende, ikke bare det verbale også de non-verbale signalene vi sender og mottar. En må være bevisst på signalene vi sender gjennom mimikk, gestikulering og øyekontakt. Eide & Eide (2007, s. 198-199) beskriver non-verbal kommunikasjon som et responderende språk. Det er en kommunikasjonsmåte man ikke alltid er bevisst på, men som kan si mer enn ord. Hvilken tone man sier noe i, samt kroppsspråk, viser hva man oppfatter og forstår. Man kan tolke mye ut i fra blick og mimikk, samtidig må det påpekes at det man fortolker ikke nødvendigvis stemmer. Hvordan vi signaliserer gjennom vårt non-verbale språk gir en formening om hvor interesserte vi er, om vi lytter aktivt eller om vi er uengasjerte. God non-verbal kommunikasjon kjennetegnes ved øyekontakt, at en er åpen og mottagende samt at en bekrefter det en oppfatter. Det er samtidig viktig å være bevisst på at også uttrykk av følelser kan være kulturelt betinget, mimikk og kroppsspråk kan ha ulik betydning fra kultur til kultur (Dahl, 2013, s. 179-181). Gjennom utvekslingsstudiene opplevde jeg frustrasjon over å ikke ha felles språk. En kunne se kulturelle forskjeller i non-verbale uttrykk, det var eksempelvis vanlig å himle med øynene og sukke høylytt direkte til pasienter. Samtidig som det bød på utfordringer opplevde jeg også at det var nettopp gjennom non-verbale uttrykk at jeg fikk kontakt med pasientene.

5.2.1 Bruk av tolk

I McCarthy et al. (2013) undersøker de utfordringer ved kommunikasjon, samt bruk av tolketjenester. Deltakerne uttrykte at de syntes bruk av tolk var et viktig tiltak, men at de først og fremst brukte familiemedlemmer som oversettere. Utfordringen med å bruke familiemedlemmer var om informasjonen de fikk og om det som ble videreformidlet var riktig. De syntes bruk av profesjonelle tolketjenester var praktisk vanskelig å gjennomføre,

grunnet tilgjengelighet og mangel på prosedyrer rundt dette. I Narayanasamy (2003) vises det til kulturelle behov og hvordan de blir møtt, der i blant kommunikasjon og språklige behov. I en interaksjon hvor partene snakker ulike språk og derfor ikke kommuniserer hensiktsmessig kan dette påvirke pasientens diagnostikk, behandling og pleie. Bruk av familiemedlemmer som tolk kan være problematisk for begge parter. Opplysninger kan være sensitive, og man vet ikke om den som oversetter har en egen oppfattelse av situasjonen som påvirker oversettelsen. Thyli et al. (2007) viser også til kommunikasjon og språkbarrierer som utfordrende. Tross dette ble profesjonell tolk aldri benyttet, grunnet usikkerhet til hvordan tolketjenestene var organisert i kommunehelsetjenesten.

I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (2016, §3-5) har pasienter krav på tilstrekkelig informasjon om sin tilstand og behandling slik at de får innsikt i tilstand og hjelpen de mottar. Loven sier videre at informasjonen skal være individuelt tilpasset i forhold til forutsetninger, alder og kultur- og språkbakgrunn. Det stilles også krav til at helsepersonellet sikrer seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som blir gitt. Hanssen (2013) sier at familiemedlemmer i minst mulig grad bør benyttes som tolk grunnet deres kunnskap om norsk helsevesen, samt at det kan tenkes at de velger ut hva de oversetter og hvilken informasjon som blir formidlet til pasienten. I Kumar & Viken (2010, s 76-78) kom det frem i en spørreundersøkelse at i 66% av tilfellene tolk var nødvendig brukte en primært familiemedlemmer. Grunnene til at en ikke benytter seg av profesjonelle tolketjenester kan være mange, og en av grunnene er manglende rutiner. Tiltak for å gjøre tolk mer tilgjengelig kan være kartlegging av språk pasientene snakker, samt at en vet hvor og hvordan en bestiller tolk. Det kan tenkes at gode rutiner for bestilling og bruk av tolketjenester kan føre til at det blir enklere å utføre i praksis, og dermed at en i større grad benytter seg av tilbudet. Samtidig som bruk av tolk kan være utfordrende og tidkrevende er dette noe pasientene har krav på. Bruk av profesjonell tolke kan kvalitetssikre sykepleien man utøver.

Å bruke familiemedlemmer som tolk kan på den ene siden være praktisk og ønskelig av pasienten selv. Men på den andre siden bør pårørende få være nettopp pårørende. Dette er særlig viktig å ta hensyn til når en bruker barn som oversettere. Det kan være vanskelig å avklare de ulike rollene, og hvor skillet går når man både skal fungere som

tolk og pårørende.

5.3 Sykdomstilnærming

I Nielsen & Birkelund (2009) vises det til at en har ulike måter å uttrykke smerte på, samt hvordan man oppfatter det. Når smerter blir uttrykt mer høylytt og ekspressivt enn hva en er vant med kan en oppfatte det negativt. Man kan tenke at pasienten overdriver, selv om man som sykepleier er bevisst på at alle har ulik smerteopplevelse. Egne holdninger til smerter vil påvirke hvordan man forstår og oppfatter andres smerteuttrykk. Dette kan påvirke om man tar pasienten seriøst. En motsetning er de som undertrykker smertene med en stoisk uttrykksmåte. Uttrykk for smerter og følelser er ofte kulturelt betinget. I noen kulturer blir det ansett som positivt å holde ut i smertene uten å uttrykke dem noe særlig, mens i andre kulturer er det positivt å uttrykke smerter tidligst mulig. Samtidig som smerteuttrykk kan være kulturelt betinget er det alltid individuelle forskjeller i hvordan smerte og sykdom oppleves samt uttrykkes. Jirwe et al. (2009) peker på forståelse for helse og sykdom som en av kjernekomponentene i kulturell kompetanse. Pasienters tidligere erfaringer samt deres forståelse for sykdom kan påvirke hvordan de reagerer.

I Thyli et al. (2007) fremkommer det at pleie til pasienter med annen kulturell bakgrunn er utfordrende nettopp fordi en har ulik tilnærming og forståelse for helse og sykdom. Cioffi (2006) peker på viktigheten av å være bevisst på forskjellene, og vedkjenne forskjellene, også ved forståelse av sykdom og behandling. Kulturelle forskjeller påvirker også hvordan en forklarer årsaker til dårlig helse, hvilken behandling en tror på og hvem en søker hjelp hos når en er syk (Viken & Magelssen, 2010, s. 62). Kultur vil også påvirke hvordan en forebygger og behandler sykdom, og hva sykepleie er. Kultur påvirker hvordan en reagerer, og når en søker helsehjelp. Når mennesker migrerer tar de med seg sin kultur og forståelse av sykdom, helse og sykepleie. Kulturelle forskjeller gjør at den som søker og den som gir helsehjelp kan ha ulik oppfatning av hva det innebærer og hvilken hjelp som kreves. Som helsepersonell er det en utfordring å tilpasse sykepleien som gis slik at den er akseptabel, en bør derfor være bevisst på hvordan kultur og etnisitet påvirker personens helse og sykdomsforståelse (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 216-217).

Det er viktig å sette seg inn i pasientens egen forståelse av situasjonen, samtidig skal en som sykepleier representere det som er faglig forsvarlig. Dette gjelder både behandlende tiltak og veiledning og informasjon. Det er en utfordring å møte pasientens behov samtidig som en skal sørge for at pasienten får sikker og adekvat behandling. En må tilstrebe en relasjon bygget på respekt og tillit slik at en sammen kan jobbe mot et felles mål. Ofte grunner alternative behandlingsmåter i religion og trosretning. En kan i den grad det er mulig legge til rette for at visse ritualer blir ivaretatt samtidig som en informerer og veileder i trygg og sikker behandling. I noen kulturer er det overnaturlige forklaringen på sykdom, noe som utfordrer vår biomedisinske forståelse. En utfordring blir å finne en felles tilnærming, noe som muliggjøres med et felles mål om god helse. Hanssen (2013) sier at det er viktig å tenke over hvilken sykdomsforståelse en selv har, og forstå at alle andre ikke nødvendigvis har den samme forståelsen. Å bli møtt av et ukjent helsevesen som bygger på en annen sykdomsforståelse og behandlingsmåte enn man er vant til kan oppleves utrygt og skremmende. Hvis pasienten og dens pårørende ikke har kunnskap om, eller forståelse for, biomedisinsk vitenskap vil de heller ikke forstå det en forsøker å kommunisere. Dette kan igjen påvirke pasientveiledning og behandlingsresultat.

I Thyli et al. (2007) viser funn at manglende kunnskap og forståelse for andres kulturer skaper usikkerhet hos sykepleierne. Hos noen blir kulturell kompetanse sett på som ”nok” et krav til kunnskap hos sykepleiere, og det dannes da en passiv holdning til det. Samtidig som flerkulturell kunnskap ble sett på som vanskelig ble det også etterlyst økende fokus på det. I McCarthy et al. (2013) uttrykte en deltaker frustrasjon over å ikke forstå pasientens behov: ”du ønsker å hjelpe, men du vet ikke hvor du skal begynne”. Narayanasamy (2003) påpeker at det ikke er mulig å bli ekspert i alle kulturer, men at en som sykepleier må ha et ønske om å forstå det pasientene en møter opplever og forklarer oss. En passiv holdning kan gjøre en mindre mottakelig for ny kunnskap. En negativ holdning som utgangspunkt kan resultere i en tendens til å problematisere mer enn nødvendig.

6.0 Avslutning

Samfunnet rundt oss er i stadig endring. Innvandring fører mennesker og kulturer tettere sammen. Denne utviklingen kan innebære utfordringer for sykepleiere i møte med mennesker i behov av helsehjelp med annen kulturell bakgrunn. Hensikten med litteraturstudiet var å se på hvilke utfordringer som kan ligge i dette møtet.

Funn viser, uavhengig av hvor studiene er utført, at kommunikasjon og forståelse er en utfordring. Når man snakker ulike språk blir tilnærmingen til hverandre og den helsemessige problemstillingen mer utfordrende. Det samme gjelder ulik forståelse av helse- og sykdom. For å overkomme språklige barrierer må man benytte seg av verktøyene man har tilgjengelige. Eksempelvis må man bli flinkere til å bruke profesjonelle tolketjenester fremfor familiemedlemmer. For å forstå pasientens sykdomsforståelse og smerteuttrykk må man ta seg tid til å bli kjent med pasientens bakgrunn. Har man ulik forståelse kan dette føre til at det man informerer om ikke blir forstått, noe som kan påvirke pasientens opplevelse av trygghet samt behandlingsresultat.

Kulturell kompetanse er av betydning i dette møtet. Det forventes ikke at en skal sette seg inn i alle de ulike kulturene som er representert hos pasienter en møter. Men en bør kunne forvente at sykepleiere har et ønske om å forstå, og samarbeide med pasienten for å danne en gjensidig forståelse. Utfordringen kan ligge i allerede eksisterende holdninger, samt hvilken kunnskap det forventes at en tilegner seg i løpet av studietiden. Kulturell kompetanse er en omdiskutert kunnskap, er det noe som kan læres eller bygger den først og fremst på erfaringer?

Kulturell kompetanse og kulturell bevissthet er aktuelle temaer når det gjelder innhold og kvalitet i sykepleieutøvelsen i dagens samfunn. Derfor er det viktig å undersøke betydningen av kultur i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn. Samtidig finnes det eksisterende kunnskap som fremkommer i ulike studier og litteratur som er anvendbart i dagens samfunn. Utfordringen ligger i å implementere den kunnskapen og de erfaringene man har gjort seg gjennom utdanning og praksis i arbeidslivet.

7.0 Referanseliste

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care*. Berkshire: Open University Press

Cioffi, J. (2006). *Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards*. International journal of nursing practice, 12.2006, 12(6): 319-325. Hentet 16. Mars 2017 fra:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106240829&site=ehost-live>

Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker – innføring i interkulturell kommunikasjon*. (2. Utg., 1. Oppl.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O. & Trygstad, H. (2012) *Kilder og kildekritikk*. I O. Dalland *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utg. S. 63-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Davidhizar, R. & Giger, J. N. (2004). *A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse*. Hentet 18. Mars 2017 fra:
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.hsh.no/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106741618&site=ehost-live>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg, C. & Wengström, F. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

- Forvaltningsloven. (1970). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. Hentet 13. April 2017 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10/KAPITTEL_11#KAPITTEL_11
- Hanssen, I. (2013). *Kommunikasjon på tvers av kulturer*. Hentet 18. Februar 2017 fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13kr1_annen_kulturell_bakgrunn_1561.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013, 19. August). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle*. Hentet 27. Mars 2017 fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet 13. April 2017 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Høye, S. (2017). *Norske sykepleieres møte med annerledeshet*. Hentet 12. Januar 2017 fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/01/norske-sykepleieres-mote-med-annerledeshet>
- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S. & Emami, A. (2009). *Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study*. Hentet 13. Februar 2017 fra: *Journal of Clinical Nursing*, 09.2009, 18(18): 2622- 2634. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x>
- Kunnskapssenteret. (2017, 20. Januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 2. Mars 2017 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet – om å finne likheten i forskjellene*. (2. Utg., 1. Oppl.). Oslo: Akribe AS
- Magelssen, R. (2009). *Generell sykepleie: hva sier begrepet "transkulturell sykepleie" om vår virkelighetsoppfatning?* Hentet 5. Mars 2017 fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/generell-sykepleie-hva-sier-begrepet-transkulturell-sykepleie-om-var>

- McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M. & Tuohy, D. (2013). *Conversations through barriers of language and interpretation*. British journal of nursing 22(6): 335-339. Hentet 14. Januar 2017 fra:
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.hsh.no/login.aspx?direct=true&db=c8h&bquery=conversations+through+barriers+of+language+AND+interpretation&type=0&site=ehost-live>
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett*. Hentet 14. April 2017 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid – folkehelse i teori og praksis*. (3. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Narayanasamy, A. (2002). *Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?* British journal of nursing 12(3): 185-194. Hentet 8. Januar 2017 fra:
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.hsh.no/login.aspx?direct=true&db=c8h&bquery=transcultural+nursing+how+%26quot%3bd%26quot%3b+nurses+respond+to+cultural+needs&type=0&site=ehost-live>
- Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). *Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients*. Scandinavian Journal of caring sciences, 09.2009, 23(3): 431-437. Hentet 7. Mars 2017 fra:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105412404&site=ehost-live>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 13. April 2017 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Rødal, C. (2012). *Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse*. Hentet 21. Januar 2017 fra: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/848793.pdf>
- Statistisk Sentralbyrå (2017, 27. Mars). *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*. Hentet 8. Mars 2017 fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>
- Stubberud, D. G. & Eikeland, A. (2013). *Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter*. I D. G. Stubberud (Red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1. Utg. S. 215- 240). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Taylor, G., Papadopoulos, I., Dudau, V., Maerten, M., Peltegova, A. & Ziegler, M. (2011). *Intercultural education of nurses and health professionals in Europe*. Hentet 23. Mars 2017 fra: *International Nursing Review*, 06.2011, 58 (2): 188-195. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1111/j.1466-7657.2011.00892.x>
- Thyli, B., Athlin, E. & Hedelin, B. (2007). *Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway – an exploratory study*. *International journal of older people nursing*, 03.2007, 2(1): 45-51. Hentet 9. Mars 2017 fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106119111&site=ehost-live>
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Viken, B. & Magelssen, R. (2010). *Kulturelle forskjeller og dialog*. I B. Viken (Red.) & B. N. Kumar. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. (1. Utg., s. 59- 80). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Vedlegg

Vedlegg 1: Eksempel på bruk av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning

Innledende spørsmål: (artikkel 4.1)	(Ja, uklart, nei. Kommentar)
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja. Hensikten med studien er tydelig beskrevet. Hensikten er å kartlegge sykepleieres erfaringer med å gi sykepleie til pasienter med annen kulturell bakgrunn, med hovedfokus på kommunikasjon og bruk av tolk.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja. Studien beskriver sykepleieres egne erfaringer, med rom for refleksjon. Sitater er tatt med i studien.
Kan du stole på resultatene? (artikkel 4.1)	(ja, uklart, nei. Kommentar)
3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja. Utvalg, datainnsamling og dataanalyse er beskrevet og begrunnet. Kvalitativ metode er hensiktsmessig når man ønsker å beskrive og undersøke betydningen av personlige erfaringer.
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja. Studien ble utført med intervju og spørreundersøkelse av syv sykepleiere fra ulike helseforetak. Deltakerne ble invitert gjennom plakater på arbeidssted, 7 av 23 deltok. Inklusjonskriterier var at en måtte være sykepleier og ha jobbet med pasienter med annen kulturell bakgrunn.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja. Dataene ble samlet inn ved intervjuer: først med et åpent spørsmål som gav rom for dialog og refleksjon, samt et semistrukturert intervju. Settingen for intervjuene var et nøytralt sted, som sikret anonymitet samt gav rom for dialog med deltaker.
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja. Dataanalysen, ”thematic analysis”, er beskrevet i eget avsnitt. Det er sammenheng mellom data og konklusjon.

7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja. Forskerens faglige bakgrunn blir presentert.
8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	Ja. Tidligere forskning på dette området blir brukt for å støtte studien.
9. Er etiske forhold vurdert?	Ja. Frivillig deltakelse. Deltakerne ble informert om studiens hensikt og deres bidrag anonymisert. Studien er godkjent av etisk komite (University of Limerick research ethics committee).

Hva er resultatene?	(artikkel 4.1)
10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Ja. Hovedfunnene kommer klart frem. Det sykepleierne så på som særlig utfordrende var å forstå samt å gjøre seg forstått. De synes bruk av tolk var viktig, men at den praktiske gjennomføringen var tidkrevende og vanskelig. Familiemedlemmer ble ofte brukt som tolk, noe som resulterte i at de var usikre på om informasjonen som ble gitt og mottatt var korrekt. Sykepleierne påpekte også viktigheten av kulturell kompetanse.
11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Relevans?	Studien påpeker kulturell kompetanse i sykepleieryrket, samt erfaringer ved kommunikasjon. Studien påpeker også viktigheten av bruk av profesjonelle tolketjenester, samt peker på utfordringer ved dette i praksis. Fokus på kommunikasjon og kulturell kompetanse er relevant ifht. valgt problemstilling.

