



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-02-2018 09:00	<b>Termin:</b>	2018 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	26-04-2018 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	<b>Studiepoeng:</b>	12
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 503

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Kulturell kompetanse i møte med flyktninger og asylsøkere - En bro mellom sykepleiere og pasienter

**Antall ord \*:** 7884

**Navn på veileder \*:** Aina Skorpen

**Tro- og loverklæring \*:** Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

**KULTURELL KOMPETANSE I MØTE MED FLYKTNINGER  
OG ASYLSØKERE  
EN BRO MELLOM SYKEPLEIERE OG PASIENTER**

**CULTURAL COMPETENCY IN DEALING WITH REFUGEES  
AND ASYLUM SEEKERS  
A BRIDGE BETWEEN NURSES AND PATIENTS**

Kandidatnummer: 503

Bachelorgrad i sykepleie – studiested Stord

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Aina Skorpen

Innleveringsdato: 25.04.2018

# *Kulturell kompetanse i møte med flyktninger og asylsøkere*

*En bro mellom sykepleiere og pasienter*



*Foto: privat.*

*Utdanning: Bachelorgrad i sykepleie  
Avdeling: Høgskulen på Vestlandet, Stord 2017  
Antall ord: 7884*

# SAMMENDRAG

**Tittel:** Kulturell kompetanse - broen mellom sykepleier og pasient

**Bakgrunn for valg av tema:** De siste tiårene har det kommet flyktninger til Norge fra en rekke ulike land. Flyktninger og asylsøkere som pasientgruppe er sårbare, og kulturell kompetanse hos sykepleieren er helt essensielt i møte med dem. Mangel på kulturell kompetanse vil være til hinder for omsorg som sosial relasjon og individuell sykepleie.

**Problemstilling:** Hvordan kan den kulturelle kompetansen hos sykepleieren påvirke sykepleier-pasientrelasjonen, i møte med flyktninger og asylsøkere i hjemmet?

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilken betydning kulturell kompetanse har for relasjonen mellom pasient og sykepleier, og hvordan kulturell kompetanse kan brukes som et verktøy i pasientens hjem.

**Metode:** Litteraturstudie er brukt som metode. Innsamling av relevant forskning og faglitteratur er sammenfattet for å besvare problemstillingen.

**Resultat/funn:** Mangel på kulturell kompetanse kan få konsekvenser for flyktninger og asylsøkere som pasienter i form av at sykepleiere som skal yte omsorg ikke har den kunnskap og kompetanse som trengs. I utvikling av kulturell kompetanse er det viktig å tilegne seg kunnskap om deres bakgrunn, rettigheter, religion, og hvordan flukt påvirker helsen.

**Oppsummering/konklusjon:** Kulturell kompetanse vil gi en høyere grad av tilfredshet blant pasienter, og en bedret individuell omsorg. Kulturell kompetanse vil gi grunnlaget for en bærekraftig relasjon mellom sykepleier og pasient i hjemmet, og med det påvirke denne relasjonen i positiv retning.

**Nøkkelord:** Kulturell kompetanse, Sykepleie, Flyktninger, Asylsøkere

## **ABSTRACT**

**Title:** Cultural competency – the bridge between nurses and patients

**Background:** For the last decades there have been coming refugees to Norway from various countries. Refugees and asylum seekers as a patient group are vulnerable, and cultural competency of the nurse is essential in dealing with them. Lack of cultural competency will be a barrier to care as a social relation and individual care.

**Research question:** How can cultural competence of the nurse influence the nurse-patient relation, in dealing with refugees and asylum seekers at home?

**Aim:** The purpose of this literature study is to highlight the importance of cultural competency in the relation between nurse and patient, and how cultural competency can be used as a tool in the patients home.

**Method:** Literature study is used as a method. Collection of relevant research and literature is summarized to answer the research question.

**Findings:** Lack of cultural competence can have consequences for refugees and asylum seekers in the form of nurses who don't have the necessary knowledge or skills. In development of cultural competency it is important to acquire knowledge about their background, rights, religion, and how fleeing affects health.

**Conclusion:** Cultural competency of the nurse will give a higher satisfaction among patients, and improved individual care. Cultural competency will provide the basis for a sustainable relation between nurse and patient at home, which will positively influence this relationship.

**Keywords:** Cultural competency, Nursing, Refugees, Asylumseekers

## INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Tema og problemstilling.....	2
1.3	Hensikt.....	2
1.4	Avgrensing og presisering .....	2
2	TEORI.....	4
2.1	Sykepleieteori: Madeleine Leininger.....	4
2.2	Sykepleieteori: Kari Martinsen.....	5
2.3	Papadopoulus, Tilki og Taylors modell for tilegnelse og utvikling av kulturell kompetanse.....	6
2.4	Definisjoner .....	8
2.5	Flyktninger og asylsøkeres rett til helsehjelp .....	9
2.6	Den arabiske flyktningpasienten.....	10
2.6.1	Flyktningers bakgrunn.....	10
2.6.2	Sykdom, behandling og helsearbeid overfor muslimske pasienter .....	10
3	METODE.....	12
3.1	Litteraturstudie.....	12
3.2	Framgangsmåte for litteratursøk og valg av litteratur .....	12
3.2.1	Søk i databaser .....	13
3.2.2	Manuelt søk .....	15
3.3	Metodekritikk .....	15
3.3.1	Vurdering av egen oppgave.....	15
3.3.2	Etiske vurderinger .....	16
3.3.3	Kritisk vurdering av forskningsartikler .....	16
4	RESULTAT .....	17
4.1	Presentasjon av forskningslitteratur.....	17
4.1.1	«Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers»17	
4.1.2	How effective is cultural competence training on patient satisfaction?.....	18

4.1.3	Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: an exploratory study.....	19
4.1.4	Facing diversity under institutional constraints: challenging situations community nurses when providing care to ethnic minority patients.....	20
5	DISKUSJON .....	22
5.1	Kulturelt bevisst i møte med kulturell kunnskap .....	22
5.2	Kulturell kunnskap som inngangsport til kulturell sensitivitet .....	23
5.3	Kulturelt sensitiv på veien til å oppnå kulturell kompetanse.....	24
5.4	Kulturelt kompetent i møte med flyktninger og asylsøkere, en gevinst for begge parter .	25
6	AVSLUTNING .....	28
	LITTERATURLISTE .....	29

VEDLEGG 1 – Resultattabell

VEDLEGG 2 – Vurdering av kvalitativ metode: «cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers»

VEDLEGG 3 - Vurdering av oversiktsstudie «How effective is cultural competence training of health care providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature»

VEDLEGG 4 - vurdering av kvalitativ metode, “Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: an exploratory study”

VEDLEGG 5: vurdering av kvalitativ metode “Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients”

# 1 INNLEDNING

Norge er som flerkulturelt samfunn en hage med blomster fra hele verden, og som Kong Harald sa i en av sine taler i 2016 (Njerve, 2016):

Nordmenn har også innvandret fra Afghanistan, Pakistan og Polen, Sverige, Somalia og Syria. Mine besteforeldre innvandret fra Danmark og England for 110 år siden.

Det er ikke alltid så lett å si hvor vi er fra, hvilken nasjonalitet vi tilhører. Det vi kaller hjem, er der hjertet vårt er – og det kan ikke alltid plasseres innenfor landegrenser.

I desember 2015 stod jeg på strendene på den greske øya Lesbos for å ta imot båtflyktninger. I en av båtene kom Ahmed i land, og jeg kom i snakk med ham da jeg skulle vise ham veien til flyktningleiren Moria. Han viste bilder fra telefonen sin og sa: «They put me in prison because I refused to kill my brothers». Han viste bilder av en rygg dekket av arr etter knivstikk og brennmerker fra sigaretter. Han hadde nektet å bli med i militæret, og dermed havnet i et syrisk fengsel hvor han ble torturert. Han hadde verken sett konen eller barna sine på fem år.

I 2014 søkte 11480 personer om asyl i Norge. Året etter, i 2015, kom flyktningkrisen som resulterte i 31150 asylsøknader til Norge. De to senere årene har tallet på asylsøknader ligget på 3460 i 2016 og 3560 i 2017, noe som er en kraftig nedgang fra 2015 (Utlendingsdirektoratet). Selv om tallene de siste årene har gått ned, er dette ingen garanti for at det vil slutte å komme mennesker på flukt til Norge.

Mennesker som opplever trygghet og frihet som et privilegium, og ikke en selvfølge, trenger mer forståelse og omsorg enn de som tar det som en selvfølge. Dette er min påstand, og min oppfatning er at kulturell kompetanse er et verktøy for å kunne gi individuell omsorg og forståelse.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det som har engasjert meg til å ville skrive en oppgave om dette temaet, er mitt møte med flyktninger og asylsøkere som pasienter i praksis, og da jeg stod på den greske øya Lesbos i 2015 og tok i mot båtflyktninger. Flyktninger og asylsøkere er en sårbar pasientgruppe, og jeg har



opplevd flere ganger at sykepleierne er usikre rundt disse pasientene, og derfor unngår dem om mulig, noe som antagelig er et resultat av liten erfaring med pasientgruppen og lite kulturell kompetanse. Kulturell kompetanse er en nødvendighet i møte med pasienter fra andre kulturer, og mangel på dette vil være til hinder for omsorg som sosial relasjon og individuell sykepleie.

## **1.2 Tema og problemstilling**

Temaet jeg har valgt for min litteraturstudie omhandler kulturell kompetanse i sykepleie til pasienter som er flyktninger eller asylsøkere.

Problemstilling:

*Hvordan kan den kulturelle kompetansen hos sykepleieren påvirke sykepleier-pasientrelasjonen, i møte med flyktninger og asylsøkere i hjemmet?*

## **1.3 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilken betydning kulturell kompetanse har for relasjonen mellom pasient og sykepleier, og hvordan kulturell kompetanse kan brukes som et verktøy i brobyggingen i pasientens hjem. Møtet med pasienter fra ulike kulturer er en realitet i det norske helsevesen, og denne pasientgruppen kommer trolig til å øke i omfang. Ved å gjennomføre en litteraturstudie med denne problemstillingen ønsker jeg å belyse viktigheten av kulturell kompetanse og kulturelt kompetent helsearbeid.

## **1.4 Avgrensning og presisering**

For å avgrense problemstillingen har jeg valgt å konsentrere meg om målgruppen voksne flyktninger og asylsøkere i hjemmet. En asylsøker er en person som har meldt seg til politiet for å søke asyl. Personer som har søkt om asyl blir betegnet som asylsøkere fram til søknaden er behandlet, da går personen fra betegnelsen asylsøker til å bli kalt flyktning (Forente Nasjoner, 2018). Jeg har valgt å avgrense pasientgruppen til krigsflyktninger og asylsøkere fra arabiske land. Begrepet kulturell kompetanse, som jeg har brukt i min problemstilling, er et begrep med mange

definisjoner, men i denne oppgaven forholder jeg meg til Ingrid Hanssens (2005,s.25) definisjon på kulturelt kompetent helsearbeid:

Helsearbeid der det utvises varhet overfor den den variasjonsbredde man kan finne av menneskelige erfaringer og reaksjoner ut i fra personlighet, utdanning, sosial og økonomisk situasjon, etnisitet og kulturbakgrunn, for å nevne noe. Kulturelt kompetent helsearbeid bygger på forståelse for hvordan forskjeller på disse og andre områder kan påvirke menneskers reaksjoner og den pleie og behandling som gis.

## 2 TEORI

### 2.1 Sykepleieteori: Madeleine Leininger

Madeleine Leininger er sett på som den transkulturelle sykepleiens mor, og var den som startet utviklingen av Culture Care Diversity and Universality-teorien sent på 40-tallet. Hennes arbeid har etablert transkulturell sykepleie som et aktuelt område innenfor sykepleie. Hun tar utgangspunkt i kulturell omsorg, og at omsorg er kjernen i sykepleie. Hun belyser at omsorg er antatt å være distinkt, dominant, samlende og sentralt i sykepleiefokuset.

Sunrise-modellen er også utviklet av Leininger, og hører til i teorien om transkulturell sykepleie. Modellen tar for seg ulike faktorer som påvirker menneskers miljø, språk og etnohistorie, og som derfor kan påvirke utfallet av omsorgsresultatet. Modellen presenterer også tre ulike handlingsalternativer for å gi kulturell og holistisk sykepleie; å opprettholde, å tilpasse eller å omskape. «Å opprettholde» vil si at en ivaretar pasientens verdier og oppfatninger, og ved «å tilpasse» menes at en bør tilpasse omsorgen og sykepleien til den pasienten eller gruppen en skal yte omsorg til. «Å omskape» vil si at sykepleier sammen med pasient har en gjensidig beslutningsprosess om tilpassede sykepleietiltak som kan gi bedret helse og velvære (Sagar, 2012, s.1-4).

Leininger presenterer transkulturell sykepleie som «et formelt studie- og praksisfelt hvor det fokuseres på kulturelt betingede omsorgsverdier, forestillinger og handlingsmønstre blant individer/grupper fra bestemte kulturer, i den hensikt å kunne gi kulturelt tilpasset omsorg til folk». (Magelssen, 2004).

## 2.2 Sykepleieteori: Kari Martinsen

Kari Martinsen er en av få nordiske sykepleieteoretikere, og har gjennom mange år utviklet sin omsorgsteori. Hun har gjennom sine ideer hatt stor innflytelse på den norske og skandinaviske utviklingen av sykepleiefaget. Teorien hennes sier at omsorg er sykepleierens svar på menneskets avhengighet til hverandre. Hun fremhever også omsorgen som et ontologisk fenomen, som vil si at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (Kirkevold 2014, s.168-169).

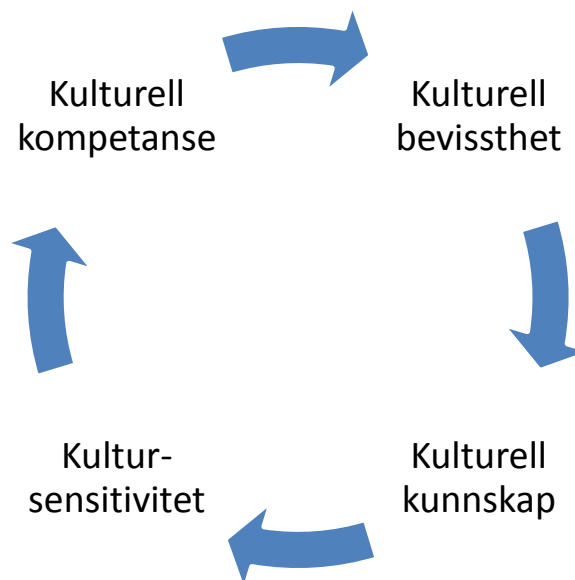
Alle mennesker er i følge Martinsen avhengig av andre, fordi det alltid vil være en del av ens liv som er overlatt til andre, på en eller annen måte. Hun vektlegger også menneskers likeverd, og framhever at et hvert menneske uavhengig av status, ytelse og andre ytre kjennetegn når som helst kan komme i en situasjon der det kan trenge hjelp fra andre.

Når Martinsen skal klargjøre sitt syn på sykepleie som yrkesmessig omsorgsarbeid tar hun utgangspunkt i et ikke-fagspesifikt omsorgsbegrep. Hun mener at det som kjennetegner omsorg er en etisk appell som utgår fra et menneske til et annet gjennom de spontane livsytringene, og at det er på dette faktum omsorgsetikken hviler. Hun mener også at omsorgen har noen fundamentale kvaliteter, blant disse omsorg som sosial relasjon, som vil si at den bygger på fellesskap og solidaritet til andre. I disse kvalitetene er det også nevnt at dersom omsorgen skal være ekte, må en forholde seg til den andre ut fra en holdning.

Martinsen har også uttalt seg om hvilken kunnskap som er sentral i sykepleien. Her sier hun at kunnskap som bygger på sanselig forståelse, altså den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen er de mest sentrale. I følge Martinsen blir den erfaringsbaserte kunnskapen utviklet gjennom erfaring og refleksjon gjennom opplevde praktiske situasjoner (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s.247-258).

Papadopoulus, Tilki og Taylors modell for tilegnelse og utvikling av kulturell kompetanse  
Irena Papadopoulus, Mary Tilki og Gina Taylor utviklet en modell for tilegnelse og utvikling av kulturell kompetanse i 1994. Modellens underbyggende verdier er basert på menneskerettigheter, sosialpolitiske system, interkulturelle forhold, menneskelig etikk og menneskelig omsorg. Alle individer har en iboende verdighet i seg selv, i tillegg til de delte menneskelige verdier som kjærlighet, frihet, rettferdighet, utvikling, liv, helse og trygghet. Videre ser de på alle mennesker som kulturelle individer. De definerer kultur som en levemåte delt av en gruppe mennesker som inkluderer tro, verdier, ideer, språk, kommunikasjon, normer, i tillegg til de mer synlige faktorene som skikker, kunst, musikk og klær (Papadopoulus, 2006, s.10).

Modellen innebærer fire steg for hvordan kulturell kompetanse kan tilegnes: Kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kultursensitivitet og kulturell kompetanse. Å bruke denne modellen som en sirkel kan være misvisende, da en sirkel vil gå tilbake til utgangspunktet istedenfor å fordre til videre utvikling. Modellen bør derfor heller brukes som en spiral, ettersom en med en sirkel aldri vil kunne få en total forståelse av andres kulturer og leve- og tenkesett, men heller en opparbeidelse av varhet for andres oppfattelse av sannhet og toleranse av annerledeshet (Ingstad, 2013, s. 118).



Papadopoulus, Tilki og Taylors modell for tilegnelse av kulturell kompetanse (Ingstad, 2013, s.117).

Kulturell bevissthet:

Kulturell bevissthet er det første steget i modellen, som begynner med at en må granske og være bevisst egne personlige verdier, normer og tro. En enkel måte å beskrive det på er at våre prinsipper for hvordan vi skal leve livene våre, ta avgjørelser og vurderinger ligger i vårt norm- og verdigrunnlag. Dersom en er bevisst eget norm- og verdigrunnlag kan en også bli bevisst for ens forutinntatte holdninger og fordommer (Papadopoulus, 2006, s.11-13).

#### Kulturell kunnskap

Kulturell kunnskap handler om å tilegne seg kunnskap om andre kulturer. Det er mange måter å oppnå kulturell kunnskap på, som for eksempel fra antropologi, sosiologi, psykologi, biologi, sykepleie, medisin og kunst. Kulturell kunnskap vil bidra til at en ikke bare ser pasienten gjennom ens eget perspektiv, men kan søke å forstå adferd og behov ut fra pasientens perspektiv(Papadopoulus, 2006, s.13-16).

#### Kultursensitivitet

Kultursensitivitet handler om å klare å erkjenne, akseptere og respektere pasienter og medarbeidere som unike individer med unike behov. Å være sensitiv for andre kulturer er svært viktig når det kommer til interkulturell kommunikasjon. I denne kommunikasjonen vil en være avhengig av at begge parter jobber mot å klare å forstå hverandre, noe som krever tillit fra begge hold. I tillegg vil det være nødvendig å kunne kjenne til andre kulturers normer og regler for kommunikasjon (Papadopoulus, 2006, s.16-17).

#### Kulturell kompetanse

For å kunne nå det fjerde steget i modellen, kulturell kompetanse, kreves tilegnelse av de tidligere stegene *bevissthet, kunnskap og sensitivitet*. Kulturell kompetanse anvendes sammen med de tidligere steg og fagkunnskap for å kunne gi individuell omsorg, og for å kunne vurdere behov, diagnoser og andre individuelle omsorgstiltak. En annen viktig komponent i utviklingen på dette stadiet er å kunne identifisere og adressere rasisme og diskriminering (Papadopoulus, 2006, s.18).

## 2.3 Definisjoner

### **Flyktning**

De Forente Nasjoner (FN) definerer flyktninger ut fra tre kriterier i flyktningkonvensjonen. Disse kriteriene går ut på at en må være utenfor eget hjemland, at en ikke kan eller tør få beskyttelse i eller returnere til eget land, grunnet frykt for forfølgelse på bakgrunn av rase, religion, nasjonalitet, medlemskap i sosial gruppe eller meninger i hjemlandet. Personer som har flyktet må søke asyl i et annet land. I de statene som har signert flyktningkonvensjonen betegnes en som asylsøker fram til en har fått asylsøknaden behandlet. Deretter blir en betegnet som flyktning (Forente Nasjoner, 2018). Norge har signert flyktningkonvensjonen, og Utlendingsdirektoratet (UDI) definerer en flyktning som en person som fyller kravene for å få asyl i Norge. Kravene som definerer om en har rett på asyl i Norge er de samme kriteriene for å kunne definere en person som flyktning etter FNs flyktningkonvensjon (utlendingsdirektoratet).

### **Asylsøker**

Utlendingsdirektoratet har en klar definisjon på hvem som kan kalles for asylsøker. En asylsøker er en som har kommet til Norge og har meldt seg til politiet for å søke asyl. Fram til en har fått endelig vedtak på sin søknad om asyl, kalles en for asylsøker, og dersom en får vedtak om opphold blir en ikke lenger kalt asylsøker, men flyktning. Dersom en får avslag på søknaden, må personen forlate Norge (utlendingsdirektoratet).

## 2.4 Flyktninger og asylsøkeres rett til helsehjelp

Både flyktninger og asylsøkere har rett på helsehjelp i Norge, men det er ulikt i hvilken grad dette er gjeldende. En flyktning har fulle helserettigheter etter lov om pasient og brukerrettigheters kapittel 2 (rett til helse- og omsorgstjenester og transport), som beskriver rettigheter til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a-2-1b). For asylsøkere gjelder *Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket*. Denne forskriften fastslår at det kun er personer med lovlig opphold, eller fast opphold som vil si at det har vart eller er ment til å vare i minst 12 måneder, som har fulle rettigheter til helsehjelp (forskrift om tjenester til personer uten fast opphold, 2011, §2). Det er også beskrevet rettigheter knyttet til rett til øyeblikkelig helsehjelp. Dette er helsehjelp som ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterk funksjonsnedsettelse, alvorlig skade eller sterke smerter. Dette gjelder også psykisk helsevern dersom personen er i fare for egen eller andres helse, nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, svangerskapsavbrudd, smittevernhjelp eller helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelse er opphørt (forskrift om tjenester til personer uten fast opphold, 2011, §5). Det står også spesifikt i denne forskriften at asylsøkere som er i statlig mottak, eller som har tilbud om opphold i mottak, ikke har krav på omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven §2-1a andre ledd, med mindre det foreligger egen avtale mellom kommunen og utlendingsmyndighetene. Dette betyr at asylsøkere i mottak ikke har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (forskrift om tjenester til personer uten fast opphold, 2011, §6).

I FNs verdenserklæring for menneskerettigheter som gjelder for alle mennesker i verden, står det i artikkel 1 at alle mennesker er født frie med det samme menneskeverd og rettigheter. I artikkel 3 står det skrevet at ethvert menneske har rett til liv, frihet og personlig sikkerhet (forente nasjoner).



## 2.5 Den arabiske flyktningpasienten

### 2.5.1 *Flyktingers bakgrunn*

Flyktingers bakgrunn vil i stor grad variere. De kan komme fra land med krig, borgerkrig eller undertrykkelse, og i noen land herjer paramilitære grupper som destruerer kjernen i et fungerende samfunn. Noen blir fordrevet, og andre kommer i en situasjon hvor de ser seg nødt til å flykte. Flyktinger fra slike land kan fortelle forferdelige historier om å ha bevitnet drap på nære familiemedlemmer, voldsomme krigshandlinger, voldtekt, atskillelse fra familie, tortur eller andre overgrep forbundet med massakre og fengsling (Varvin, 2015, s.31-33). Flukten i seg selv kan være kort og udramatisk, eller langvarig og farefull. Det er også flere forhold som kan påvirke utfallet av flukten. Dette kan være situasjonen en flykter fra, om det er borgerkrig, internasjonal krig, politisk forfølgelse, trusler fra paramilitære grupper, hvordan flyktningkonvensjonen blir tolket, om en er avhengig av menneskesmuglere, med mer (Varvin, 2015, s. 39).

### 2.5.2 *Sykdom, behandling og helsearbeid overfor muslimske pasienter*

Islam har forskjellige medisinske tradisjoner, som tolker sykdom og sykdomsforståelse på varierende måter. Noe som går igjen i de forskjellige medisinske tradisjonene er at religionen og sykdommen går tett sammen. Noen tror at sykdom er Guds straff for synder, mens andre kan tro at sykdom og lidelse er en slags bot for synder en får vasket bort gjennom prøvelser og motgang, som setter tålmodighet og utholdenhet på prøve. Noen kan også tro at for stor veksling mellom kulde og varme eller onde krefter eller ånder kan være årsak til sykdom (Hanssen, 2005, s.166-169).

I følge den tradisjonelle islamske tenkningen er den medisinske vitenskapen basert på kunnskaper om profetens sunnhetsforskrifter. Til tross for dette vil stort sett ikke muslimer motsette seg intervensjoner fra leger eller annet helsepersonell. Det finnes ulike tradisjoner for behandling innenfor islam, på samme måten som det er ulike måter å tolke sykdom. Selv om mange tror på guds helbredende kraft er de fleste også kjent med den vestlige biomedisinen, og mange velger å kombinere disse. (Hanssen, 2005, s.172-173).

På grunn av de muslimske restriksjonene mot samvær og berøring mellom menn og kvinner som ikke er i familie eller slekt, bør en tilstrebe at helsepersonell og pasient er av samme kjønn, så langt dette er mulig. Dersom pasienten er fra en patriarkalsk familiebakgrunn vil det i mange tilfeller en mann (eks. ektemann, far, bror) sammen med den kvinnelige pasienten, som vil svare for henne. Det vil i disse tilfellene ikke svare seg å be mannen om å gå, da dette kan skape usikkerhet, frykt og følelsen av å ikke bli respektert av verken mannen eller pasienten. En bør heller på et senere tidspunkt prøve å snakke med pasienten når mannen ikke er til stede, for å forsikre seg om at alle svar gitt av mannen stemmer. Dersom en kan få et godt forhold til mannen som er med pasienten kan en oppnå at pasienten og mannen føler seg ivaretatt og trygg, og en kan kunne være med kvinnen alene på et senere tidspunkt med mannens velsignelse (Hanssen, 2005, s.177-179).

### **3 METODE**

Dalland (2012, s. 112) definerer metode som redskapet i møtet med det vi ønsker å undersøke. Metoden som redskap hjelper oss å samle inn de dataene som vi trenger til undersøkelsen vår. I dette kapitlet vil jeg presentere metoden for denne oppgaven, samt andre metoder for datinnsamling og undersøkelser.

#### **3.1 Litteraturstudie**

I følge Høgskulen på Vestlandets «retningslinjer for bacheloroppgave i sjukepleie» skal oppgaven skrives som en litteraturstudie. En litteraturstudie oppsummeres av Thidemann (2015, s. 79) som en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere kilder vil si å samle inn litteratur, kritisk vurdere og til slutt sammenfatte det hele. Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en god og oppdatert forståelse på den kunnskapen som problemstillingen eller temaet litteraturstudien etterspør.

#### **3.2 Framgangsmåte for litteratursøk og valg av litteratur**

For å besvare problemstillingen har jeg brukt forskjellige søkemetoder. Jeg har gjort søk i databaser som jeg har funnet gjennom HVL sine biblioteksider og helsebiblioteket.no, i tillegg til manuelt søk. Søkedatabasene som ble brukt er Cinahl, Cochrane og Pubmed. Jeg har også søkt i andre databaser som sykepleien forskning og svemed. Søkeordene som er brukt er nursing, asylum seekers, refugees, cultural competence, health care, transcultural og Norway. Jeg har ikke brukt de samme søkeordene i alle databasene, det kommer frem av tabellene under hvilke ord og fremgangsmåte jeg har brukt i de forskjellige databasene. Jeg har avgrenset søk etter full tekst, og i søkene som ble gjort i cochrane og pubmed avgrenset jeg også til publiseringsdato fra de siste ti år.

### 3.2.1 Søk i databaser

#### 3.2.1.1 Søk nr. 1

Søk i Cinahl 15.01.18			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Nursing AND asylumseekers	Full text	77
S2	Nursing AND refugees	Full text	128
S3	Nursing AND asylum seekers or refugees	Full text	133
S4	Nursing AND cultural competence	Full text	95
S5	Nursing AND asylum seekers or refugees AND cultural competence	Full text	8
S6	Cultural competence AND refugees	Full text	38
S7	S6 AND arab	Full text	0

I dette søket valgte jeg ut artikkelen «*Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers*» av Strijk, Meijel og Gamel. Jeg valgte denne artikkelen fordi den hadde en tydelig IMRAD-struktur, og var relevant for mitt tema og min problemstilling.

#### 3.2.1.2 Søk nr. 2

Søk i Cochrane 28.02.18			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Nursing AND asylum seekers	Full text	1
S2	Nursing AND asylumseekers or refugees	Full text	198
S3	S2 AND hospital	Full text	16
S4	S2 AND Cultural competence	Full text	3
S4	Nursing AND cultural competence	Full text	14
S5	Cultural competence	Full text	104

S6	S5 AND refugees	Full text + publisert 20070101-20173112	2
S7	S4 AND healthcare	Full text + publisert 20070101-20173112	124

Søk I Cochrane ga ingen resultater som jeg ville bruke. Jeg ville ikke bruke noen av artiklene som kom opp i disse søkene fordi de enten ikke var relevant for min problemstilling, eller fordi de var utdatert eller ikke vestlige og derfor ikke kan brukes i denne kontekst. Mange av resultatene var også artikler som omhandlet psykiatri, som ikke er i relevant kontekst til min problemstilling.

### 3.2.1.3 Søk nr. 3

<b>Søk i Pubmed 28.02.18</b>			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Asylum seekers		10803
S2	Asylum seekers AND nursing		861
S3	Cultural competence		9141
S4	Cultural competence AND nursing		2749
S5	S4 AND S1		47
S6	S4 AND S1	Full text, publisert:2007-2017	29
S7	S3 AND S1	Full text, publisert:2007-2017	147
S8	S7 AND norway	Full text, publisert:2007-2017	10
S9	Transcultural AND nursing	Full text, publisert:2007-2017	691
S10	Transcultural AND nursing AND Norway	Full text, publisert:2007-2017	7

I dette søket valgte jeg ut to artikler. Ved søk S6 valgte jeg ut “*cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers*” av Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen og Stronks. Jeg valgte denne fordi den omhandlet kulturell kompetanse, og erfaringer fra sykepleiere som

arbeider med asylsøkere. Videre i dette søket valgte jeg ut «*Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients*» av Debesay, Harsløf, Rechel og Vike. Denne valgte jeg fordi den har tydelig IMRAD-struktur, er vurdert av etisk komite, og fordi den er basert på studier gjort i Norge og på norske forhold.

### **3.2.2 Manuelt søk**

Manuelt søk kan for eksempel gjøres ved å se på referanselisten til kapitler som har vært på pensumlista, se på referansene til en oversiktstudie, eller ved å se hvilke kilder som har vært brukt i andre bacheloroppgaver eller masteroppgaver (Thidemann 2015, s.83). Jeg har gjort manuelt søk ved å se på artikler som har ligget under «lignende artikler» i Pubmed, jeg har sett på referanselisten i bøker og kompendier som har vært på pensumlisten, og jeg har sett på tidligere skrevne bacheloroppgaver med tema som har omhandlet asylsøkere, flyktninger og kulturell kompetanse. Under «lignende artikler» i Pubmed har jeg funnet artikkelen «*How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature*» skrevet av Grovere og Grovere. Denne har jeg valgt å bruke i oppgaven, fordi studiens hensikt med å finne ut hvilken effekt kulturell kompetanse har på pasientene og deres tilfredshet ikke kommer fram i noen av de andre artiklene som er inkludert i oppgaven. Manuelt søk har også gjort at jeg blant andre har funnet boken til Irena Papadopoulus, *Transcultural health and social care* (2006), og Sverre Varvins bok *Flukt og eksil* (2015).

## **3.3 Metodekritikk**

### **3.3.1 Vurdering av egen oppgave**

I mine søk etter litteratur har jeg bevisst prøvd å unngå å ta med artikler og faglitteratur som går spesifikt på sykdommer og aldersgrupper som er tydelig utenfor den voksne pasient (for eksempel psykiatri, barn og eldre). Jeg har forsøkt å kun inkludere studier som omhandler effekten av kulturell kompetanse, tilegnelse av kulturell kompetanse og kulturell kompetanse blant sykepleiere. Det er en mulighet for at resultatet eller konklusjonen i denne studien hadde blitt noe

annerledes dersom jeg hadde valgt artikler om barn eller eldre, eller for eksempel psykiatri eller svangerskap. Grunnen til at jeg har valgt slik jeg har gjort er for at ikke fokuset i studien skal tas bort fra kulturell kompetanse som begrep og verktøy.

### ***3.3.2 Ethiske vurderinger***

Forskningsetikk handler om planlegging, rapportering og gjennomføring av forskning. Det skal handle om troverdigheten av forskningsresultatene, og å ivareta personvernet (Dalland, 2014, s.96). Når en planlegger og søker etter forskning til en litteraturstudie er det etiske overveielser som må tas hensyn til. Det å gjøre en undersøkelse innebærer å ta på seg et ansvar for institusjoner, pasienter og samfunn. Det er derfor en del kontrollspørsmål som en bør se på rettet mot etiske utfordringer i forbindelse med det å skrive en oppgave. Disse etiske kontrollspørsmålene handler blant annet om anonymisering av data, informasjon til intervjuobjekt, at det skal være frivillig å delta i studien, og at det ikke skal ligge avhengighetsforhold til grunn som kan påvirke intervjuobjektene samtykke (Dalland, 2014, s.109). Jeg har i denne studien vært opptatt av å se etter etiske overveielser i utvelgelse av forskning, dette spesielt fordi at tre av fire artikler er kvalitative, og inneholder intervju. To av de fire artiklene som er inkludert i studien har gått gjennom etisk komite. Oversiktsstudien som er inkludert er ikke gjennomgått av etisk komite, da forfatterne ikke så dette nødvendig på grunn av metode. I alle de kvalitative artiklene som er inkludert er det lagt vekt på at intervjuobjektene skal ha blitt godt informert på forhånd, og har tatt et frivillig, informert valg om å delta.

### ***3.3.3 Kritisk vurdering av forskningsartikler***

Jeg har besøkt folkehelseinstituttets nettsider og funnet sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler. Sjekklister er utfylt, og ligger som vedlegg til oppgaven. Jeg har fulgt punktene i sjekklister for å vurdere om artiklene jeg har inkludert holder den kvaliteten som sjekklister stiller krav til og om de er relevante for min problemstilling. Jeg har gjennom hesebiblioteket og HVLs nettsider funnet gyldige databaser for søk etter helsefaglige og sykepleiefaglige artikler. Jeg har lagt stor vekt på at forskningsartiklene skal være gyldige med tanke på tidspunkt for publisering, og at resultatene skal være tydelige og anvendbare. Jeg har forsøkt å finne artikler med IMRAD-struktur, og har forkastet artikler som ikke har en tydelig resultat- og metodedel.

## 4 RESULTAT

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene av søk etter forskning.

### 4.1 Presentasjon av forskningslitteratur

Her vil jeg presentere de fire forskningsartiklene jeg har funnet for å belyse ulike forhold ved min problemstilling, før jeg bruker dem videre i drøftingsdelen i bacheloroppgaven.

#### 4.1.1 «*Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers*»

**Forfattere:** Jeanine Suurmond, Conny Seeleman, Ines Rupp, Simone Goosen og Karien Stronks.

**År:** 2010

**Tilgjengelighet:** Nurse Education Today

**Type artikkel:** Kvalitativ

Denne nederlandske studien utført av Suurmond et al. (2010) omhandler hvordan sykepleiere og spesialsykepleiere som arbeider med helsetjenester til asylsøkere på asylmottak vurderer kulturell kompetanse som viktig for å gi individuell sykepleie og hvilke kvaliteter innenfor kulturell kompetanse de finner som viktig og nødvendig. Problemstillingen går også inn på hvorvidt opplæring og utdanning innenfor kulturell kompetanse kan være med på å forbedre deres kvalitet på sykepleien, og om de kan finne noe i sine resultater som kan tilføyes i denne opplæringen.

Denne studien er en kvalitativ studie, hvor en parallell trianguleringsmetode er brukt ved at de har sendt ut spørreskjema i tillegg til intervjuer. 89 spørreskjema utfylt av sykepleiere er inkludert i studien, og gruppeintervjuer ble gjennomført med til sammen 36 sykepleiere.

Forskerne fant ved analyse av intervjuene ut at sykepleierne fant disse punktene viktig ved medisinsk pasientkontakt:

- Kunnskap om den politiske situasjonen i asylsøkerens hjemland
- Kunnskap om vanlige sykdommer i asylsøkerens hjemland
- Kunnskap om hvordan det å være på flukt kan påvirke helsen
- Bevissthet om lovens kontekst angående asylsøkere i nåværende land



- Ferdigheter til å kunne forklare helsesystemet i nåværende land

Bortsett fra den kulturelle kompetansen som gikk spesifikt på de overnevnte punktene viser studien til at generell kulturell kompetanse i form av blant annet evnen til å bruke tolketjenester og evnen til å kunne snakke med asylsøkeren om personlige tema og traumatiske opplevelser sett på som viktig i arbeidet med asylsøkere. Forfatterne av studien konkluderer med at kulturell kompetanse i form av det som er beskrevet over er viktig kunnskap som kan bidra til å utvikle utdanning og opplæring for helsepersonell i kulturell kompetanse og i arbeid med asylsøkere.

#### ***4.1.2 How effective is cultural competence training on patient satisfaction?***

**Forfattere:** Linda Grovere og Ephraim M. Grovere

**År:** 2016

**Tilgjengelighet:** Worldviews on evidence-based nursing

**Type artikkel:** Oversiktstudie

Dette er en systematisk oversiktsstudie som har som formål og problemstilling å finne ut om opplæring i kulturell kompetanse hos helsepersonell forbedrer tilfredshet hos pasienter med minoritetsbakgrunn. Syv studier er inkludert, hvorav seks av studiene som er tatt med viser økt kulturell kompetanse der hvor det er satt inn tiltak for å lære opp helsepersonell. I fem av de inkluderte studiene ble det viste stor sammenheng mellom intervensjon i form av opplæring i kulturell kompetanse og økt pasienttilfredshet. Alle artiklene som er inkludert er av samme metodisk tilnærming og fagfelleurdert. For å inkludere studien hadde forfatterne som kriterie at opplæring i kulturell kompetanse skulle være intervensjon, og pasient-tilfredshet skulle være utfallet.

Resultatene viser at det var en sammenheng mellom opplæring i kulturell kompetanse og den helsehjelpen som helsepersonellet ga. Dette ble satt i sammenheng med at pasientene fikk individualisert helsehjelp, noe som førte til større tilfredshet blant pasientene. Forfatterne konkluderer med at det til tross for variabler i de inkluderte studienes resultater er en klar sammenheng mellom opplæring i kulturell kompetanse og pasienttilfredshet. De konkluderer også med at dette er en kostnadseffektiv intervensjon som kan ha stor effekt, men at det er behov for

verktøy som kan måle denne effekten og standardisert kursing/opplæring i kulturell kompetanse for å kunne måle effekten av intervensjonen bedre.

Studiens forfattere (Grovere og Grovere, 2016) er amerikanske, og har derfor satt problemstilling og hensikten med studien inn i en amerikansk kontekst med et helsesystem som er annerledes enn det norske. Dette har lite å si for utfall og konklusjon i studien, og hemmer ikke bruk av studien til mitt formål.

#### ***4.1.3 Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: an exploratory study***

**Forfattere:** Patricia J.M. Strijk, Berno van Meijel og Claudia J. Gamel

**År:** 2010

**Tilgjengelighet:** Perspectives in psychiatric care

**Type artikkel:** kvalitativ

Dette er en kvalitativ studie som har som formål å finne ut hvilke fysiske og sosiale behov traumatiserte flyktninger og asylsøkere har. Forfatterne av denne studien har intervjuet flyktninger og asylsøkere som er under behandling (døgnbehandling og poliklinisk) for psykiske lidelser. Ved bruk av trianguleringsmetode har de benyttet spørreskjema i tillegg til dybdeintervjuer, for at pasientene selv skulle kunne fortelle sine historier og uttrykke sine behov med egne ord. Utvalget bestod av 30 pasienter, hvorav 20 menn og 10 kvinner som besvarte spørreskjemaene. Alle som deltok på spørreskjema ble invitert til å delta på dybdeintervju, hvor 8 pasienter ble med videre på dybdeintervju.

Resultatene fra spørreskjema er presentert i tabell i studien, og diskutert opp mot besvarelser fra dybdeintervjuene som er presentert for seg. Resultatene fra spørreskjema er i stor grad brukt for å underbygge resultatene fra dybdeintervjuene. Studien viser at pasientene i stor grad opplever ensomhet og sorg over sitt tidligere liv før flukten. En kan også se ut i fra resultatene av dybdeintervjuene og spørreskjemaene at pasientene savner daglig arbeid og aktivitet, og at praktiske problemer som omhandler økonomi og levesituasjon under asylsøknadsprosess påvirker

deres opplevde livskvalitet. Mange av disse pasientene sliter også med alvorlige psykiatriske- og traumerelaterte problemer.

Forfatterne av studien konkluderer med at en ved bruk av denne typen spørreskjema spesielt utviklet for flyktninger og asylsøkere kan gjøre det lettere å få tilgang på deres individuelle behov, og tilpasse sykepleien etter disse. Et eksempel på dette er at det under studien ble avdekket at flere av pasientene hadde vansker med å sove på natten på grunn av redsel, tanker og angst og at de sov mye på dagtid fordi det føltes tryggere. Kunnskapen fra denne studien gjør det mulig å fange opp og forebygge denne typen problemer hos denne pasientgruppen.

#### ***4.1.4 Facing diversity under institutional constraints: challenging situations community nurses when providing care to ethnic minority patients***

**Forfattere:** Jonas Debesay, Ivan Harsløf, Bernd Rechel og Halvard Vike

**År:** 2014

**Tilgjengelighet:** Journal of advanced nursing

**Type artikkel:** kvalitativ

Dette er en kvalitativ studie med formål om å utforske og forstå hvilke utfordringer sykepleiere i den kommunale hjemmesykepleien støter på i møte med etniske minoritetspasienter. Forfatterne har som mål å forstå hvorfor disse situasjonene oppstår, metoden er derfor med en hermeneutisk tilnærming. Utvalget består av 19 sykepleiere, hvorav 17 kvinner og 2 menn. Disse hadde alle vært borti denne pasientgruppen, og hadde jobbet i hjemmesykepleien i alt fra 1 til 17 år. Resultatene er funnet ved intervju, og er deretter kategorisert, kodet og analysert. Studien viser at det er spesielt tre aspekter hvor sykepleierne møter utfordringer; sykepleie ved intim omsorg, sykepleie ved rehabilitering (eksempel med rehabilitering etter slag er trukket fram i studien) og sykepleie ved livets slutt.

Flere utdrag fra intervjuene er tatt med i studien, og viser at sykepleierne møter utfordringer spesielt ved religion og kultur når det kommer til disse pasientene. Mange av sykepleierne fortalte at de var svært usikre når de for eksempel måtte avbryte en bønn for å gi medisin, eller når de skulle stille kroppen til pasientene. De var redde for å ikke respektere deres religion, eller for å være respektløse

ovenfor deres kultur. Grunnen for denne usikkerheten ble forklart med liten kunnskap om pasientenes kultur, skikker og religion. De forklarte også at de var i tvil om hva de skulle gjøre når de pårørende ville behandle pasienten slik de var vant med i sine hjemland. Et eksempel på dette var at pårørende gjerne kunne mene at en som hadde fått slag skulle hvile istedenfor å rehabiliteres, slik som sykepleieren var instruert til å hjelpe til med. Døden ble også et problem for mange sykepleiere i møte med den døende pasientens pårørende. Disse sykepleierne forklarte at de pårørende ikke ville at den døendes siste lidelser skulle lindres, da de mente at det var å blande seg inn i guds planer for pasientens død.

Studien konkluderer med at denne typen utfordringer kan løses med opplæring i kulturell kompetanse, og at disse utfordringene kunne skyldes lite erfaring fra etniske minoritetspasienter hos sykepleierne. Sykepleierne som ble intervjuet uttrykket at opplæring i kulturell kompetanse og kunnskap om fremmede kulturer var noe de ønsket seg, men at de ikke var blitt tilbudt dette på sin arbeidsplass. Kunnskapen fra denne studien underbygger behovet for kulturell kompetanse i sykepleie, og viser hvilke konsekvenser mangel på kulturell kompetanse har for sykepleiere og sykepleieutøvelsen.

## 5 DISKUSJON

Jeg vil i dette kapittelet diskutere problemstillingen i lys av resultater, og videre diskutere dette opp mot teorien jeg har funnet. Jeg vil sette opp diskusjonen etter de fire stegene i Papadopoulus, Tilki og Taylors modell for tilegnelse av kulturell kompetanse. For å sette diskusjonen i en kontekst har jeg laget et illustrert case:

Sara er en syrisk flyktning, som har flyktet gjennom Europa og har kommet til Norge for å søke asyl sammen med sin bror og et av sine tre barn. Hun er 32 år, og snakker kun arabisk. Hun engster seg mye for de to andre barna og hennes yngre søster som fortsatt bor i syria.

Hun har nå ankommet et asylmottak i en liten kommune, hvor hun bor mens hun venter på svar på sin søknad. Sara har høyt blodtrykk, og har diabetes som reguleres gjennom tabletter.

Problemstilling:

«Hvordan kan den kulturelle kompetansen hos sykepleieren påvirke sykepleier-pasientrelasjonen, i møte med flyktninger og asylsøkere i hjemmet?»

### 5.1 Kulturelt bevisst i møte med kulturell kunnskap

Det første stadiet i veien mot å bli kulturelt kompetent ligger hos en selv. I følge Papadopoulus (2006, s.11-13) må en granske egne personlige normer og verdier for å kunne bli bevisst ens forutinntatte holdninger og fordommer. Det første møtet med asylsøkeren Sara kan gå to helt forskjellige veier som påvirkes av om en er bevisst ens egne holdninger eller ikke. Debesay, Harsløf, Rechel og Vike (2014) har gjort en kvalitativ studie på hvilke utfordringer sykepleiere i hjemmesykepleien møter i sitt arbeid med etniske minoritetspasienter, og hvorfor disse utfordringene oppstår. De konkluderte med at sykepleiernes utfordringer skyldtes lav kulturell kompetanse og lite erfaring med pasientgruppen. På en annen side kunne det vært interessant å sett på sykepleierne var bevisst forutinntatte fordommer og holdninger i møte med pasientene, og om de var bevisst sine egne normer og verdier i møte med den andres kultur.

Dersom en skal følge Kari Martinsens teori må en forholde seg til den andre ut i fra en holdning, dersom omsorgen skal være ekte (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2016, s.247-258). Om en er

kulturelt bevisst, kan en også være klar over forutinntatte holdninger og fordommer en har allerede ved inngangen til det første møtet med Sara. I min praksis i hjemmesykepleien så jeg at sykepleieren i møte med en asylsøker var redd og usikker. Da jeg snakket med sykepleieren om dette i ettertid, sa hun at hun følte seg utrygg på asylmottaket, og at hun ikke følte hun klarte å kommunisere med pasienten. Jeg var selv svært nysgjerrig på pasienten og mottaket, og var bevisst på at jeg skulle være åpen for nye mennesker og utfordringer. Fordi jeg hadde interessert meg for denne pasientgruppen i lengre tid hadde jeg litt kunnskap om deres bakgrunn og forutsetninger for kommunikasjon med pasienten.

Hvis jeg ser til min egen prosess i å bli kulturelt kompetent, vil jeg si at jeg har gått frem og tilbake mellom de to stegene som er å bli kulturelt bevisst og kulturell kunnskap. Etterhvert som jeg har tilegnet meg kulturell kunnskap, har jeg blitt mer bevisst for holdninger og fordommer jeg har hatt. Noen fordommer ble oppløst etterhvert som jeg har tilegnet meg kulturell kunnskap, og nye holdninger har oppstått. Når en har kommet så langt i prosessen for å bli kulturelt kompetent at en har oppnådd kulturell bevissthet, vil en gjerne også begynne å bli nysgjerrig på den andres kultur, og en står på neste steg i modellen som er kulturell kunnskap.

## **5.2 Kulturell kunnskap som inngangsport til kulturell sensitivitet**

I følge Papadopoulus (2006, s.13-16) handler kulturell kunnskap om å tilegne seg kunnskap om andre kulturer. Via kulturell kunnskap vil en ikke bare se pasienten ut fra eget perspektiv, men ut fra pasientens perspektiv søke å forstå behov og adferd. Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen og Stronks (2010) gjennomførte en kvalitativ studie blant sykepleiere som jobbet med asylsøkere og flyktninger for å forsøke å trekke ut hvilke komponenter innenfor kulturell kompetanse de ser som nødvendige i arbeid med denne pasientgruppen. Det de blant annet fant var at det var nødvendig med kunnskap om den politiske situasjonen i deres hjemland, om vanlige sykdommer i landet de kommer fra, og om hvordan flukt kan påvirke helsen.

For å gå dypere inn i hvordan flukt kan påvirke helsen; ifølge Varvin (2015, s. 39) kan flukten være kort og udramatisk, eller lang og farefull. Det hele avhenger av hvilket land de kommer fra, hva slags liv de har levd tidligere og situasjonen de flykter fra. Hvordan flukt kan påvirke helsen er godt dokumentert i Strijk, Meijel og Gamels (2011) kvalitative studie blant flyktninger og

asylsøkere. Studien gikk ut på å finne pasientgruppens fysiske og sosiale behov, og resultatene fra studien viste at pasientene opplevde ensomhet og sorg over sitt tidligere liv i hjemlandet, i tillegg til at de savnet daglig arbeid og meningsfull aktivitet. Det var også andre praktiske faktorer som økonomi og bosituasjon som truet deres livskvalitet.

Jeg tolker ikke studien til Strijk et al. (2011) som en motsetning til studien utført av Suurmond et al. (2010), men snarere en utbrodering av kunnskap om hvilke utfordringer det innebærer for et menneske å måtte flykte fra sitt hjemland og etablere seg på nytt. Som tidligere nevnt har studien blant sykepleiere i hjemmesykepleien konkludert med at sykepleierne har for lite kunnskap og erfaring med flyktninger og asylsøkere som pasientgruppe, og ifølge Kari Martinsen er det den kunnskapen som bygger på sanselig forståelse, den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen, som er den mest sentrale i sykepleien (Kristoffersen et al., 2016, s. 247-258). På den annen side er det ifølge Papadopoulus mange måter å tilegne seg kulturell kunnskap, som via antropologi, biologi, medisin og sykepleie for å nevne noen. Når en har nok kulturell kunnskap til å begynne å se pasienten gjennom dens eget perspektiv, beveger vi oss over på neste steg i modellen: kultursensitivitet.

### **5.3 Kulturelt sensitiv på veien til å oppnå kulturell kompetanse**

Sykepleierne i studien av Debesay et al.(2014) var sensitive ovenfor pasienten i dens hjem, men jeg vil påstå at de hadde ikke kunnskap om hvorfor eller hva de var sensitive for. I følge Papadopoulus (2006, s. 16-17) handler kultursensitivitet om å klare og erkjenne, akseptere og respektere pasienter og medarbeidere som unike individer med unike behov. Det vil i tillegg være nødvendig å kjenne til andre kulturers normer og regler for kommunikasjon. Sykepleierne i studien til Debesay et. al.(2014) aksepterte og respekterte pasientenes individuelle behov, men deres mangel på kunnskap om deres kultur, skikker og religion gjorde dem usikre og utrygge på kommunikasjon og yrkesutøvelse overfor pasienten.

Det første vi lærer om sykepleie i hjemmet er at når en trer inn i noens hjem beveger en seg inn i deres private sfære og territorium, og en skal ha respekt for pasienten og akseptere dens autonomi. Hvis vi ser på asylsøkeren Sara fra det illustrerte caset som eksempel vil det være nødvendig å vite om normer for kommunikasjon dersom hun tilhører det tradisjonelle Islam, og er fra

patriarkalsk familiebakgrunn (Hanssen, 2005, s.177-179). I slike tilfeller vil det muligens ikke være akseptert at en mannlig sykepleier kommer for å hjelpe henne i stell, uten brorens velsignelse. Kommunikasjonen mellom helsepersonell og Sara vil også gå gjennom broren, og det vil ikke svare seg å snakke direkte med Sara som pasient uten at det er opparbeidet et tillitsforhold mellom helsepersonellet og hennes bror. Kultursensitivitet er spesielt viktig her, med tanke på at vi i denne kontekst befinner oss i pasientens hjem.

På den andre siden vil jeg ta sykepleierne i studien til Debesay et. al.(2014) i forsvar, og si at det vanskelig å vite hvordan en skal adressere pasienten eller situasjonen for øvrig, uten kunnskap om den aktuelle pasients bakgrunn. Selv stod jeg i en situasjon i praksis med en arabisk pasient hvor jeg i første omgang kun hadde kontakt med kvinnen. Hun kom rett fra en keisersnittoperasjon til oppvåkningsrommet, og ektemannen var sammen med barnet på fødeavdelingen. Da mannen kom ble jeg usikker på hvem av dem jeg skulle adressere, og endte opp med å adressere dem begge to i kommunikasjon og informering ved undersøkelse og behandling av kvinnen. Det var en annen faktor ved deres bakgrunn som jeg var oppmerksom på i behandlingen av denne familien – de hadde tidligere mistet et barn i krig, og hadde et som var funksjonshemmet av samme årsak. På grunn av min kunnskap om deres bakgrunn, kunne jeg da være mer forsiktig i kommunikasjonen, og være forberedt på mulige reaksjoner og følelser fra pasientens side.

Når en begynner å kunne se, akseptere og respektere sammenhengen i det store bildet rundt pasienten på bakgrunn av kulturell bevissthet og kulturell kunnskap, begynner en å bevege seg over til å bli kulturelt kompetent, det siste stadiet i modellen.

#### **5.4 Kulturelt kompetent i møte med flyktninger og asylsøkere, en gevinst for begge parter**

Martinsen fremhever at en av omsorgens kvaliteter er omsorg som sosial relasjon, at det bygger på fellesskap og solidaritet til andre. Min tolkning av begrepet er at en relasjon skapes i det øyeblikket to mennesker møtes. Martinsen beskriver også omsorgen som et avhengighetsforhold mellom to personer, sykepleieren og pasienten. Så hvordan kan kulturell kompetanse påvirke sykepleierens relasjon med flyktninger og asylsøkeres i deres hjem? I min diskusjon har jeg diskutert i prosessen med å tilegne seg kulturell kompetanse, og ved hjelp av forskningsartikler funnet flere sider og



effekter ved den kulturelle kompetansen, samt konsekvensene ved dens uteblivelse. Leininger presenterer i sin modell tre ulike handlingsalternativer når det kommer til kulturell holistisk sykepleie, hvorpå en av disse er å omskape – som betyr at sykepleier sammen med pasient har en gjensidig beslutningsprosess om tilpassede sykepleietiltak. Jeg vil påstå at en ikke kan oppnå dette samarbeidet med et tilfredsstillende utfall uten kulturell kompetanse.

Ahmed, som ble omtalt i innledningen, Sara i det illustrerte caset i drøftingen, kvinnen jeg møtte etter keisersnitt i praksis – er alle i følge det første artikkel i FNs verdenserklæring født frie med samme menneskeverd og rettigheter. De har ifølge den samme erklæringen, som det står i tredje artikkel, rett til liv, frihet og personlig sikkerhet. Jeg har i denne litteraturstudien presentert flere definisjoner på kulturell kompetanse og kulturelt kompetent helsearbeid. Det de alle har felles er at de bygger på menneskets iboende verdighet og menneskerettigheter.

Selv om flyktninger og asylsøkere har rettigheter som mennesker, er deres rettigheter som pasient i Norge underlagt norske lover og forskrifter. En asylsøker har ikke de samme rettighetene som en flyktning, da en asylsøkers rettigheter er regulert av forskrift om rett til helse—og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Det vil si at dersom Sara fra det illustrerte caset ikke har vært i Norge i tolv måneder, har hun ikke de fulle rettighetene på helsehjelp slik som personer som er betegnet som flyktninger har. Det hun har rett på er helsehjelp som ikke kan vente. Dersom hun skulle være så uheldig at hun utvikler komplikasjoner med sin diabetes eller høye blodtrykk, vil hun altså ikke ha rett på helsehjelp før det har kommet til det punktet at komplikasjonene er så alvorlig at det er fare for sterke smerter, alvorlig skade, funksjonsnedsettelse eller nært forestående død.

Det som derimot ikke er underlagt norske lover og forskrifter er pasientens opplevelse av kulturell kompetanse, og sykepleierens ønske om å gi individuell omsorg for den enkelte pasient. En studie av Grovere og Grovere (2016) undersøkte pasientens tilfredshet som resultat av kursing blant personalet. Studien viste at pasienter i kontakt med sykepleiere som hadde kursing i kulturell kompetanse utviste større grad av tilfredshet hos de interkulturelle pasientene. Forfatterne av studien satte dette i sammenheng med at de fikk individualisert helsehjelp. Det vi derimot ser i studien av Debesay et al.(2014) er at det er sykepleierne som ikke er tilfredse og møter på utfordringer. Det er konkludert med at sykepleierne hadde for lite erfaring med pasientgruppen, og

kursing i kulturell kompetanse – noe de selv også etterspurte. For å trekke en linje mellom disse to studiene kan vi se at kulturell kompetanse hos sykepleieren er til gevinst for begge parter, og en viktig faktor for individuell sykepleie.

## 6 AVSLUTNING

Det er fort gjort å misforstå noe en har liten kunnskap om. Kulturell kompetanse handler ikke om at en skal lære seg alt om alle kulturer, eller sympatisere med religiøse ståsted som en ikke identifiserer seg med. Flyktninger og asylsøkere har også lett for å bli misforstått for å ha intensjoner som de ikke har, eller for å være noe de ikke er. Og det er nettopp derfor kulturell kompetanse i møtet med denne pasientgruppen er så ubeskrivelig viktig verktøy for sykepleieren i et relasjonsskapende arbeid.

Prosessen med å tilegne seg kulturell kompetanse går som tidligere nevnt over fire stadier, hvor en blir kjent med andre kulturer på forskjellige måter gjennom å erfare, lære og respektere andre kulturer. Jeg er i likhet med Martinsen under den oppfatning at alle mennesker skal behandles likt, uansett forskjeller. Men; det er som norsk sykepleier lettere å få en god relasjon til etnisk norske pasienter enn pasienter som er flyktninger og asylsøkere, av den enkle grunn at vi kjenner og tilhører samme kultur. Hensikten med denne litteraturstudien er å finne ut hvordan den kulturelle kompetansen hos sykepleieren kan påvirke sykepleier-pasientrelasjonen i møte med flyktninger og asylsøkere i hjemmet.

Jeg vil konkludere med at en ved hjelp av kulturell kompetanse kan tilstrebe å nå en bærekraftig relasjon med en pasient som er flyktning eller asylsøker, og at den kulturelle kompetansen vil påvirke denne relasjonen positivt, ved å berike sykepleierens forutsetning for å gi kulturelt kompetent omsorg. En vil som sykepleier ha større mulighet til å imøtekomme og samarbeide med pasientene dersom en går gjennom de fire stadiene i modellen.

En av flere refleksjoner jeg sitter med etter arbeidet med dette temaet er at det å si at en er fullstendig kulturelt kompetent vil være på høyde med å si at en er utlært som sykepleier eller menneske. Jeg er under den oppfatning at det er umulig. Jeg undrer meg også over kulturell kompetanse som verktøy i samfunnsbildet. Dersom en hadde hatt en omfattende kompetanseheving blant helsepersonell, kunne ringvirkningene av dette ført til større forståelse for pasientgruppen i samfunnet?

## LITTERATURLISTE

- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B. & Vike, H. (2014). Facing diversity in institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Journal of advanced nursing*, 70 (9), 2107-2116. doi: 10.1111/jan.12369
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forente Nasjoner. (2018). *Flyktninger*. Hentet fra <https://www.fn.no/Tema/Flyktninger>
- Forente Nasjoner. (2018). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold. (2011). Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket m.v. av 16. desember 2011 nr.1255. hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>
- Grovere, L. & Grovere, E. M. (2016). How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature. *Worldviews evidence-based nursing*, 6, 402-410. doi: 10.1111/wvn.12176
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleietorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.). 2014. *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Magelssen, R (2004) *Generell sykepleie: Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om virkelighetsoppfatning?* Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/generell-sykepleie-hva-sier-begrepet-transkulturell-sykepleie-om-var>
- Njerne, H.S. (2016, 1.september). Kongens tale: Nordmenn er trøndere, innvandrere, tro på Gud og Allah og liker Grieg og Kygo. *Aftenposten*. Hentet fra [https://www.aftenposten.no/norge/i/aLJX5/Kongens-tale-Nordmenn-er-trondere - innvandrere -tror-pa-Gud-og-Allah-og-liker-Grieg-og-Kygo](https://www.aftenposten.no/norge/i/aLJX5/Kongens-tale-Nordmenn-er-trondere-innvandrere-tror-pa-Gud-og-Allah-og-liker-Grieg-og-Kygo)
- Papadopoulus, I. (Red.). (2006). *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners*. Philadelphia: Elseviers health sciences rights department.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2.juli 1999 nr. 63. hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sagar, P.L. (2012). *Transcultural nursing theory and models : application in nursing education, practice, and administration*. New York: Springer Pub.Co.
- Strijk, P. J. M., Meijel, B.V. & Gamel, C. J. (2011). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: an exploratory study. *Perspectives in psychiatric care*, 47, 48-55. doi: 10.11/j.1744-6163.2010.00270.x
- Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S. & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse education today*, 30, 821-826. doi: 10.1016/j.nedt.2010.03.006
- Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: universitetsforlaget
- Utlendingsdirektoratet. *Asylsøker*. Hentet fra <https://www.udi.no/ord-og-begreper/asylsoker/>
- Utlendingsdirektoratet. *Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn(2014)*. Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn-2014/>

Utlendingsdirektoratet. *Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn 2015*. Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn/>

Utlendingsdirektoratet. *Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn (2016)*. Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn-2016/>

Utlendingsdirektoratet. *Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn (2017)*. Hentet fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn-2017/>

Utlendingsdirektoratet. *Flyktning*. Hentet fra <https://www.udi.no/ord-og-begreper/flyktning/>

Varvin, S. (2015). *Flukt og eksil*. Oslo: Universitetsforlaget

## VEDLEGG 1 – Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers	Finne ut om sykepleierne som jobber med asylsøkere finner sin kulturelle kompetanse tilstrekkelig i møte med asylsøkernes behov, og hvilken kulturelle kompetanse som behøves.	Kvalitativ. Metodetriangulering ved parallell undersøkelse, først spørreskjema, så intervjuer	89 spørreskjema utfylt av sykepleiere i tillegg til gruppeintervju med til sammen 36 sykepleiere	Utvalget i denne studien finner det viktig som en del av kulturell kompetanse å ha kunnskap om den politiske situasjonen i landet de kommer fra, om hvordan flukt påvirker helsen, sykdommer som er vanlig i landene de kommer fra, og evnen til å kunne snakke om vanskelige og traumatiske tema, og evnen til å forklare helsesystemet i mottakslandet.
How effective is cultural competence training of health care providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature	Å finne ut hvilken effekt opplæring i kulturell kompetanse hos helsepersonell har på å forbedre tilfredshet hos pasienter med minoritetsbakgrunn.	Systematisk oversiktsstudie, innsamling av data gjennom relevante databaser og søkestrategier	7 studier inkludert.	Studien fant at det var en sammenheng mellom opplæring i kulturell kompetanse hos helsepersonell og tilfredshet hos mottagerne av helsetjenester. De fant også en sammenheng mellom opplæring i kulturell kompetanse og kvaliteten på helsepersonellens evne til å gi kulturelt kompetent sykepleie

<p>Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study</p>	<p>Å finne og beskrive fysiske og sosiale behov hos voksne, traumatiserte flyktninger og asylsøkere.</p>	<p>Kvalitativ. Metodetriangulering ved parallell undersøkelse. Først spørreskjema med rangerte svaralternativer, deretter intervju.</p>	<p>Utvalget bestod av 30 personer som besvarte spørreskjema (20 menn, 10 kvinner), og 8 personer som var med på kvalitative intervju.</p>	
<p>Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients</p>	<p>å utforske hvilke utfordringer sykepleiere i kommunal hjemmesykepleie møter i arbeid med etniske minoritetspasienter.</p>	<p>Kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming</p>	<p>19 sykepleiere, hvorav 17 kvinner og 2 menn</p>	<p>Tre kritiske aspekt utmerket seg i sykepleierens møte med etniske minoritetspasienter: intim omsorg, sykepleie ved rehabilitering og sykepleie ved livets slutt.</p>



**VEDLEGG 2 sjekkliste av kvalitativ metode “cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers”**

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	<b>JA</b>
<b>2. Er kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</b>	<b>JA</b>
<b>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</b>	<b>JA</b>
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b>	<b>JA</b>
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b>	<b>JA</b>
<b>6. Går det fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig, rimelig?</b>	<b>Kommentar:</b> Analysen av dataene er gjort kvalitativt, og det er presisert at det ikke var meningen å inkludere svar fra intervjuene i utgangspunktet, da intervjuene ikke gikk spesifikt på kulturell kompetanse. Likevel så har de inkludert data fra intervjuene, da utvalget spontant har dratt inn kulturell kompetanse i sine svar i intervjuene. Mønstre i dataene er identifisert og kategorisert.
<b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b>	<b>NEI</b>
<b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b>	<b>JA</b>
<b>9. Er etiske forhold vurdert?</b>	<b>Kommentar:</b> Det ble vurdert at det ikke var relevant å få denne studien vurdert av etisk kommite, da det ikke var pasienter eller mottagere av helsetjenester som ble intervjuet. De som ble intervjuet ble informert om studien, og deres identitet og svar på spørreskjema og intervju ble anonymisert.
<b>10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b>	<b>JA</b>
<b>11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b>	<b>Kommentar:</b> Resultatene gir innsikt i hvilke kvaliteter, evner og kunnskaper som behøves i arbeid med asylsøkere, og det konkluderes med at funnene i denne studien kan brukes i utdanning og opplæring i kulturell kompetanse.

**VEDLEGG 3 Sjekkliste av oversiktsstudie «How effective is cultural competence training of health care providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of litterature»**

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	<b>JA</b>
<b>2. Søkte forfatterne etter relevante type studier?</b>	<b>JA</b>
<b>3. Er det sannsynlig at viktige og relevante enkeltstudier er funnet?</b>	<b>Kommentar:</b> Forfatterne av studien har oppgitt og referert sin søkestrategi og prosess. Det er også oppgitt hvilke databaser som er brukt, hvilket er relevante. Forfatterne har kun søkt etter engelske artikler.
<b>4. Er kvaliteten på de inkluderte tilstrekkelig vurdert?</b>	<b>JA</b>
<b>5. Dersom resultater fra de inkluderte studiene er kombinert statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig/forsvarlig?</b>	<b>Kommentar:</b> I denne studien har de summert resultatene i en metaanalyse, noe som er hensiktsmessig for å sammenligne resultatene fra de utvalgte studiene til denne problemstillingen. Selv om de er analysert og sammenliknet i tabell kommer resultatene fra enkeltstudiene klart fram, og variasjonene i de ulike studiene er diskutert.
<b>6. Hva forteller resultatene?</b>	<b>Kommentar:</b> Resultatene viser at det var en sammenheng mellom opplæring i kulturell kompetanse og den helsehjelpen som helsepersonellet ga. Dette ble satt i sammenheng med at pasientene fikk individualisert helsehjelp, noe som førte til større tilfredshet blant pasientene.
<b>7. Hvor presise er resultatene?</b>	<b>JA</b>
<b>8. kan resultatene overføres til praksis?</b>	<b>JA</b>
<b>9. ble alle viktige utfallsmål vurdert?</b>	<b>JA</b>
<b>10. Er fordelene verdt ulemper og kostnader?</b>	<b>JA</b>

**VEDLEGG 4 vurdering av kvalitativ metode, “Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: an exploratory study”**

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	<b>JA</b>
<b>2. Er kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</b>	<b>JA</b>
<b>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</b>	<b>Kommentar:</b> Metoden som er brukt er triangulering, og spørreskjema og intervjumetode og analyse er godt beskrevet.
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b>	<b>JA</b>
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b>	<b>Kommentar:</b> Metode er godt beskrevet allerede i sammendraget. Metoden som er brukt er en trianguleringsmetode hvor en har brukt spørreskjema, i tillegg til kvalitative dybdeintervju. Spørreskjemaet er godt beskrevet, og er utviklet spesielt for psykiatriske pasienter. Dybdeintervjuene er en videreutviklet versjon av spørreskjemaet, med åpne spørsmål og mulighet til å gi gode og omfattende besvarelser.
<b>6. Går det fram hvordan analysen ble gjennomført?Er fortolkningen av data forståelig, tydelig, rimelig?</b>	<b>JA</b>
<b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b>	<b>JA</b>
<b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b>	<b>JA</b>
<b>9. Er etiske forhold vurdert?</b>	<b>Kommentar:</b> Pasientene som fikk tilbud om å være med i studien ble informert på forhånd, og studien er forklart for deltagerne. Studien er ikke forelagt etisk komite.
<b>10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b>	<b>JA</b>
<b>11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b>	<b>Kommentar:</b> Resultatene fra denne studien er svært nyttig, da den belyser hvilke behov flyktninger og asylsøkere har. I og med at dette er beskrevet av pasientgruppen selv kan disse brukes til å forstå dem bedre, og gi dem et mer tilpasset behandlingstilbud.

**VEDLEGG 5: vurdering av kvalitativ metode “Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients”**

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	<b>JA</b>
<b>2. Er kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</b>	<b>Kommentar:</b> Her er det brukt kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming. Denne metoden er hensiktsmessig for studiens problemstilling, da forfatterne av studien ønsker å finne ut og forstå hvilke utfordringer sykepleierne møter på i hjemmebasert sykepleie til etniske minoritetspasienter.
<b>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</b>	<b>JA</b>
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b>	<b>Kommentar:</b> Utvalget som er tatt med er fra fire distrikter i Oslo, nettop fordi det var nødvendig med høy tetthet av etniske minoritetspasienter. Utvalget bestod av 19 sykepleiere, hvorav 17 var kvinner og 2 var menn.
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b>	<b>JA</b>
<b>6. Går det fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig, rimelig?</b>	<b>JA</b>
<b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b>	<b>JA</b>
<b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b>	<b>JA</b>
<b>9. Er etiske forhold vurdert?</b>	<b>Kommentar:</b> Etiske forhold er vurdert, og studien ble godkjent på forhånd av etisk komite i tillegg til kommunen.
<b>10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b>	<b>Kommentar:</b> Hovedfunnene viser at det er spesielt tre aspekter som forfatterne av studien finner som kritisk. Disse tre aspektene går ut på å gi intim omsorg, sykepleie ved rehabilitering (rehabilitering etter slag er et av eksemplene) og sykepleie ved livets slutt. Funnene

	er diskutert med det opprinnelige formålet med studien.
<b>11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b>	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Studien konkluderer med at det trengs opplæring i kulturell kompetanse for at sykepleierne bedre skal kunne takle situasjoner som oppstår i møte med etniske minoritetspasienter. Kunnskapen fra denne studien underbygger behovet for kulturell kompetanse, og viser hvilke konsekvenser mangel på kulturell kompetanse har for sykepleier og sykepleieutøvelsen.</p>