



Høgskulen på Vestlandet

SYKS390 Bacheloroppgave

SYKS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	117
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7872
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	6
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Innvandrere og behovet for kulturelt kompetente sykepleiere

Immigrants and their need for culturally competent nurses

Kandidatnummer 117

Bachelor i sykepleie

Fakultetet for helse og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Høgskulen på Vestlandet/ Campus Stord

Veileder Bente Kvilhaugsvik

Innleveringsdato: 10. mai 2024

Antall ord: 7 872

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Bakgrunn: En antar at antall innvandrere i Norge fortsatt vil øke, og behovet for sykepleiere som kan yte kultursensitiv sykepleie kommer derfor til å øke. Innvandrere kan utvikle dårlig mentale helse på grunn av risikofaktorer i migrasjonsprosessen. Dette regnes som et globalt problem som flere vertsland erfarer. Flere faktorer som for eksempel språkbarrierer, opplevelse av diskriminering og rasisme, kulturforskjeller og mangel på kompetanse hos helsepersonell hemmer innvandreres mulighet til å få likeverdig tilgang til helsetjenesten. Forskjellsbehandling i helsetjenesten fører til mistillit og kan føre til at innvandrere slutter med å oppsøke helsetjenesten.

Problemstilling: Hvordan kan heving av sykepleieres kulturelle kompetanse fremme tilfredshet med helsetjenestetilbudene for innvandrere som har stor psykisk belastning?

Metode: Litteraturstudie ble benyttet. CINAHL og PubMed ble brukt i søket etter relevante forskningsartikler, og relevant teori og pensum ble også benyttet.

Resultat: 4 artikler ble inkludert. En artikkel er en kvalitativ studie som tar for seg opplevelsene og perspektivene til både asylsøkere/flyktninger og helsepersonell innen mental helsetjeneste. De resterende artiklene er tverrsnittstudier. En av dem har fokus på kulturell kompetanse hos sykepleierstudenter, og de to andre artiklene diskuterer faktorer som påvirker innvandreres livskvalitet og tilfredshet med helsetjenesten.

Konklusjon: Helsepersonell har en tendens til å fokusere på fysiske symptomer, men innvandrere ønsker at helsepersonell også er bevisst på mental helsetilstand. Uansett hvilken del av migrasjonsprosessen en befinner seg i er alle faser i migrasjonen like belastende, og enkeltpersoners opplevelser i prosessen er ulike. Språkbarrierer og kulturforskjellene er hovedbarrierer som hemmer god kommunikasjon mellom innvandrere og helsepersonell. Adekvat bruk av kvalifisert tolk må vurderes etter situasjon, pasientens/pårørendes ønsker og sykepleieres faglige, juridiske og etiske skjønn. Kompetanseheving innen kultursensitiv sykepleie må skje både individuelt og på systemnivå. Undervisningsopplegg i kulturell kompetanse bør inneholde erfaringer fra innvandrere, og opplegget må være slik at studenter ser meningen med læringen.

Nøkkelord: Innvandrere/flyktninger, kultursensitiv sykepleie, pasienttilfredshet, mental helse

Abstract

Background: The number of immigrants in Norway is estimated to keep growing, and so will the demands for culturally competent nurses. Immigrants' mental health can be worsened by several factors in the process of migration. This is an issue many host countries experience. Factors such as language barrier, experiences of discrimination and racism, culture differences and a lack of competence among healthcare professionals inhibit immigrants from accessing adequate healthcare. Inequality in access to healthcare create distrust towards the healthcare system and can stop immigrants from seeking help.

Purpose: The research question is "How can raising nurses' cultural competence promote satisfaction with the health care services for immigrants with mental health issues?"

Method: This bachelor thesis is a literature study. It used the databases CINAHL and PubMed to find relevant articles. It also included theories and academic curriculum.

Results: 4 articles were included. One of the articles was a qualitative study which examined the experiences and perspectives on mental health care of both asylum seekers/refugees and health care professionals. The rest of the articles were cross-sectional studies. One of the articles had a focus on nurse students' cultural competence, and the other two articles discussed factors that can influence immigrants' quality of life and satisfaction towards the health care system.

Conclusion: Health care workers tend to focus on immigrants' physiological symptoms rather than their mental conditions. Each immigrant experiences a migration process in different ways, and each immigrant suffers from different level of psychological trauma. All phases in a migration process are just as traumatic for immigrants. Language barrier and culture differences are the main problems which hinder immigrants from having good conversations with health care workers. Adequate use of qualified interpreter must be considered depending on the situation, the patient's and family members wishes and the nurse's professional, judicial, and ethical judgement. Raising competence within culturally sensitive nursing must happen on both an individual and systemic level. Learning material for culturally sensitive nursing should include immigrants' authentic experiences which can enhance the learners' initiative and contribute to meaningful learning.

Keywords: Immigrants/refugees, culturally sensitive nursing, patient satisfaction, mental health

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Hensikt.....	2
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning.....	2
1.4 Begrepsavklaring	2
2.0 Teori	4
2.1 Leiningers teori om kulturell omsorg	4
2.2 Papadopoulos' modell for kulturelt kompetent helsepersonell	4
2.3 Kultursensitiv sykepleie	5
2.4 Menneskerettigheter	6
2.5 Belastninger ved migrasjon	6
2.6 Flyktninger som pasienter	6
3.0 Metode	7
3.1 Systematisk litteratursøk.....	7
3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	8
3.3 Kvalitetsvurdering av artikler.....	9
3.4 Forskningsetikk	9
4.0 Resultat	10
4.1 Cultural competency and mental health training for medical students: Learning from refugees and asylum seekers”	10

4.2 Exploring the Impact of Health Care Provider Cultural Competence on New Immigrant Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Canadian Newcomers”	11
4.3 The development of cultural competences in nursing students and their significance in shaping the future work environment: a pilot study”	12
4.4 Satisfaction with mental health treatment among patients with non-Western migrant background: a survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic”	13
5.0 Diskusjon	15
5.1 Innvandreres mentale helse og spesifikke behov	15
5.2 Språk og kultur som barrierer i helsetjenesten	17
5.3 Ivareta mangfoldet og se innvandrere som et unikt individ	19
5.4 Kompetanseheving innen kulturell kompetanse	21
6.0 Konklusjon	23
Referanser	24
Vedlegg I – Stikkord for tematikken	29
Vedlegg II - PICO-skjema og søkehistorikk for artikkel I og II	30
Vedlegg III - PICO-skjema og søkehistorikk for artikkel III og IV	31
Vedlegg IV – Detaljert søkehistorikk for artikkel III og IV	32
Vedlegg V - Litteratormatrise	34

1.0 Introduksjon

Antall innvandrere øker gradvis i Norge. SSB estimerer at antall innvandrere vil utgjøre en fjerdedel av den norske befolkningen i 2060. Dette inkluderer både selve innvandringen og norskfødte med innvandrerforeldre (Statistisk sentralbyrå. u.å.). Innvandrere kategoriseres etter årsaken til innvandringen, for eksempel, arbeid, familie, flukt eller utdanning (Statistisk sentralbyrå, 2023a). Når vi fokuserer på innvandrergruppen som har kommet på grunn av flukt etter den politiske uroen i Syria og krigen mellom Russland og Ukraina, hadde Norge mottatt totalt 27,400 syriske flyktninger ved inngangen til 2018 (Statistisk sentralbyrå, 2018) og totalt 29,300 ukrainske flykninger ved inngangen til 2023 (Statistisk sentralbyrå, 2023b). Når det gjelder flukt på grunn av klimaendringer har 376 milliarder mennesker hittil måttet forlate hjemmene sine, og en antar at antall klimaflykninger kommer til å øke (European Parliament, 2023).

Sykepleiere kommer derfor til å møte personer fra ulike land, med ulike kulturelle bakgrunner, i praksis i framtiden. Abebe et al. (2012, s.60) nevner at mental helse hos personer med innvandringsbakgrunn er en folkehelseutfordring i mange land. Når det gjelder de innvandrerne som kommer som asylsøkere eller flyktninger, er de ofte disponert for angst, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), psykose, depresjon, dissosiasjon og psykopatologi. Dette er på grunn av traumatiske hendelser som de har opplevd eller sett før innvandringen. Denne belastningen kommer i tillegg til utfordringer de opplever etter innvandring til vertslandet (Bemak & Chung, 2021, s.307). Innvandrergrupper som for eksempel arbeidsinnvandrere og ektefeller i internasjonale ekteskap kan også utvikle mental uhelse på grunn av utfordringer de møter etter innvandringen (Choi & La, 2019, s.449, 451-452), men har sjelden samme traumatiske bakgrunn.

Ifølge Helsedirektoratet har flykninger, familiegjenforente og andre med oppholdstillatelse i Norge fulle helserettigheter, så fremt personen skal bo i landet i mer enn 12 måneder (Helsedirektoratet, 2023b). Selv om rettigheten til god helsetjeneste er lovfestet også for innvandrerne, kan språkbarrierer, sosioøkonomiske problem, stigmatisering og dårlig integrering i samfunnet påvirke personer med innvandrerbakgrunn sin opplevelse av helsetjenesten. Folkehelseinstituttet (2022, s.1-3) forklarer at kulturelle barrierer kan føre til en opplevelse av diskriminering og rasisme hos personer med innvandrerbakgrunn. Mangel på kompetanse hos helsepersonell om vanlige helse- og levekårsutfordringer blant denne

pasientgruppen, i tillegg til fordommer og stereotype oppfatninger, samt språkbarrierer, er også risikofaktorer. Dette fører til at pasientgruppen ikke forstår sin egen helsetilstand korrekt, at de ikke nyttiggjør seg helsetilbud, og at de ikke får likeverdig behandling. De kan oppleve forsinkelse i å få riktig diagnose og behandling. Slike opplevelser kan etablere mistillit til helsetjenesten og føre til at personene slutter å oppsøke helsetjenesten.

Innvandrere framstår som en kompleks og til dels sårbar gruppe som helsepersonell må ha kunnskap om for å kunne yte kultursensitiv omsorg i sine tjenester. Av den grunn valgte jeg «Innvandrere og behovet for kulturelt kompetente sykepleiere» som overordnet tema for min bacheloroppgave.

1.1 Hensikt

Innvandrere kan bli utsatt for ulike belastningsfaktorer i ulik grad gjennom migrasjonsprosessen, og har en økt risiko for å utvikle mentale uhelse. Sykepleieres rolle i å forstå pasientgruppen kommer til å bli etterspurt, slik statistikken viser. Oppgaven undersøker derfor hvorvidt sykepleiere ved å ha god kulturell kompetanse kan bidra til en god opplevelse av helsetjenesten for innvandrere.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan heving av sykepleieres kulturelle kompetanse fremme tilfredshet med helsetjenestetilbudene for innvandrere som har stor psykisk belastning?»

1.3 Avgrensning

Når det gjelder psykisk helse hos innvandrere, tenker jeg først og fremst på innvandrere som har opplevd alvorlige brudd på sine menneskerettigheter. Jeg har møtt personer som har flyktet fra Syria og Ukraina både i praksis og i privatlivet, og har brukt disse landene som eksempler på situasjoner der Norge har fått mange nye flyktninger. Jeg vil derfor fokusere på asylsøkere og flyktninger i denne oppgaven.

1.4 Begrepsavklaring

Kriser

Asylsøkere og flyktninger har opplevd mange belastningsfaktorer i løpet av migrasjonsprosessen. Mange kan ha opplevd en krise før de kom til vertslandet. Kriser er i litteraturen omtalt som plutselige og store belastninger som eksempelvis livstruende sykdom,

alvorlige ulykker, voldshandlinger, eller dødsfall og tap i nære relasjoner (Eide & Eide, 2017, s.49).

Kultur

En kultur skapes av måten en gruppe mennesker lever på. Dette inneholder både usynlige og synlige aspekter. De usynlige aspektene kan være tro, verdier, tanker, språk, kommunikasjon og normer. De synlige handler om skikker, kunst, musikk, klær og etikette (Papadopoulos, 2006, s.10). Kultur fungerer som et sett av uskrevne retningslinjer. En lærer om disse retningslinjene for å leve i sin sosiale gruppe eller i det samfunnet en befinner seg i. Alle som hører til samme kultur deler disse retningslinjene, og de forandrer seg også kontinuerlig (Holland, 2018a, s.6-7).

Kulturell kompetanse innen helsetjenesten

Kulturell kompetanse innen helsetjenesten handler om evnen til å tilby pleie til mennesker, og samtidig ta hensyn til at de har ulike verdisyn, tro, meninger og holdninger som dekker deres sosiale, kulturelle og språklige behov. Et kulturelt kompetent system innen helsetjenesten ivaretar kulturelle forskjeller, gjenkjenner mulige konsekvenser av kulturforskjellene, etterspør kunnskap om ulike kulturer og tilpasser tjenesten til den enkelte (American Hospital Association, 2024).

Resiliens

Norsk Psykologforening forklarer at «resiliens» har en lignende betydning som motstandsdyktighet (Norsk Psykologforening, 2020). Begrepet «resiliens» i Borge (2020) blir beskrevet som et fenomen der noen personer klarer seg uten hjelp, mens andre fungerer dårlig selv om begge gruppene har lidd av samme alvorlige påkjenninger. Wylie et al. (2020, s.69) forklarer begrepet som at personer med resiliens er de som kan komme seg igjen etter å ha opplevd vanskelige situasjoner. I psykisk helse anvendes begrepet slik at de som har dårligere resiliens utvikler alvorlig psykopatologi (Borge, 2020, s.295).

2.0 Teori

2.1 Leiningers teori om kulturell omsorg

Teorien «Culture care diversity and universality» ble etablert av Madeleine M. Leininger. Teorien er basert på teoretikerens erfaringer og observasjoner i sykepleiepraksis siden 1940-tallet, og teoretikeren har et antropologisk syn på kultur. Det er måten en gir pleie som er avgjørende for gjenoppbygging etter sykdom og vedlikehold av god helse og velvære. Sykepleiere som kan forstå og tilby kultursensitiv pleie til mennesker med ulike kulturell bakgrunn har blitt etterspurt i sykepleie og i all praksis i helsetjenesten (Leininger, 2006, s.1). Kulturell omsorg legger vekt på både kultur og omsorg som sentrale elementer i alle sykepleieprosesser; helbredelse, pleie og medisinsk praksis (Leininger, 2006, s.1-2). Formålet med teorien er at en skal oppdage, dokumentere, og forklare gjensidig avhengighet mellom omsorg og kultur, med de ulikheter og likheter som finnes mellom og/eller blant kulturer. Teorien er nå blitt en dominant sykepleieteori og anvendes til å gi transkulturell sykepleie i praksis (Leininger, 2006, s.3-4). I teorien om «Transcultural care diversity and universality» står individ, kultur og sykepleie sentralt i menneskelige omsorgsmønstre og sykepleiepraksiser. Teorien forteller at flere faktorer påvirker pleie, helse og sykepleie. Faktorene kan være forskjellige folkelige-, profesjonelle- og sykepleieverdier, tro og skikk i tillegg til normer. Denne forståelsen av mangfold og universalitet i transkulturell omsorg åpner opp for tre mulige positive omsorgstilnærminger. «Maintenance» vedlikeholder positiv helse og omsorg, «accommodation» handler om måter å tilpasse individuell helse og omsorg, «restructuring» handler om måter å endre helse og livsstil på måter som er meningsfulle for individet (Leininger, 1985, I: Holland, 2018b, s.36).

2.2 Papadopoulos' modell for kulturelt kompetent helsepersonell

Irena Papadopoulos har introdusert en modell for å utdanne kulturelt kompetent helsepersonell. Modellen består av fire faser; kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kulturell sensitivitet og kulturell kompetanse (Papadopoulos, 2006, s.9-10). **Kulturell bevissthet** handler om at en reflekterer og tenker om ens verdier og tro. At en forstår hvordan kulturell identitet er bygget opp og hvordan den påvirker andres måter å oppfatte helse og å ta avgjørelser i livet. Selv om en deler like verdier med andre betyr det ikke at en oppfatter verdiene likt. Flere faktorer, som for eksempel kjønn, alder, forskjellig kulturbakgrunn og forskjellige erfaringer, skaper subtile forskjeller. Disse små forskjellene definerer unikheter og

individualitet (Papadopoulos, 2006, s.11). Kultur påvirker individets livstil, identitet og den enkeltes relasjoner med andre både i samme kultur og i andre kulturer. **Kulturell kunnskap** skaffes ved å lære om kulturelt mangfold og likheter. Kunnskapen kan skaffes gjennom brede perspektiver som for eksempel antropologi, sosiologi, psykologi, biologi, sykepleie og medisin, da disse er viktige for å se både likheter og ulikheter blant kulturer (Papadopoulos, 2006, s.13). **Kulturell sensitivitet** handler om hvordan fagfolk utvikler gjensidige relasjoner med pasienter slik at det skapes likeverdig partnerskap som involverer tillit, aksept, respekt og tilrettelegging og forhandling. Maktbalanse er et kjent fenomen, da helsepersonell har kunnskap som representerer makt. Kultursensitiv omsorg oppnås ikke uten at en behandler pasienten som en likeverdig person (Papadopoulos, 2006, s.16-17). **Kulturell kompetanse** oppnås når en anvender bevissthet, kunnskap og sensitivitet i praksis. Det er enda bedre hvis en også har utviklet evner til å vurdere behov, klinisk diagnose og annen omsorgskompetanse. Det viktigste er at en erkjenner rasisme og andre former for diskriminering og undertrykkende praksiser, og at en kan utfordre seg selv til å takle disse (Papadopoulos, 2006, s.18). Papadopoulos (2006, s.11) mener at **kulturell kompetanse** er en prosess hvor en kontinuerlig utvikler og redefinerer ens evner til å tilby effektiv pleie som samtidig tar hensyn til pasientens tro, væremåte og kulturelle behov.

2.3 Kultursensitiv sykepleie

Det fins tre rammebetingelser for å kunne yte kultursensitiv sykepleie (Magelssen, 2008, s.18-23). **Gjensidig presentasjon** tar for seg at måten helsepersonell og pasienter tenker på ikke er universelt. Helsepersonell må ikke ta det for gitt at pasienter forstår og oppfatter ting, på samme måten som oss, inklusive hvordan helsevesenet er strukturert. Helsepersonells kommunikasjon kan avklare usikkerhet rundt hvem som er helsepersonell, hva som er ansvarsområdet til helsepersonell, hvordan arbeidsoppgavene er fordelt og hvilke forventinger helsepersonell har til pasienter. Det samme gjelder også for pasienter. Det blir lettere å samarbeide med pasienter om pasientene snakker åpent om hvordan de opplever situasjonen deres og hvordan de har håndtert utfordringer tidligere. Dette hjelper helsepersonell i å få oversikt over hvilke kunnskaper, verdier og handlingsmønstre pasientene har. Den andre rammebetingelsen er å **reducere etnosentrisme** og **øke kulturell relativisme**. Respekt for andre skapes av at en ikke prøver å måle og forstå de andre på våre premisser (mindre etnosentrisme) og at en heller prøver å forstå andre med den andres logikk og perspektiv (større kulturell relativisme). Disse to faktorene hjelper oss i å bli mer sensitive i dialogen som er absolutt nødvendig når en håndterer en vanskelig samtaletematikk i møte med pasienter. Den

siste rammebetingelsen handler om **kritisk refleksjon** om vår rolle, det vi har gjort i sykepleie og våre holdninger. Refleksjonen hjelper oss å stille spørsmål om hvorfor og hvordan uønskede hendelser har skjedd, og avlaster en fra frustrasjon eller utbrenthet som følge av arbeidsoppgaven (Magelssen, 2008, s.18-23). Refleksjonsarbeidet kalles *Praxis* som oversettes som «handling med innebygd refleksjon» (Vella, 1997, I: Magelssen, 2008, s.21).

2.4 Menneskerettigheter

Menneskerettighetene består av 30 artikler som beskytter menneskers basale rettigheter. FN har erklært at anerkjennelse av menneskes iboende verdighet og likestilling er umistelige rettigheter, og er basis for frihet, rettferdighet og fred i verden. Ignorering av, og forakt for menneskerettigheter, har ført til barbariske og umenneskelige hendelser. At den enkelte har tilgang til ytringsfrihet, religionsfrihet og frihet fra frykt og nød, er derfor grunnleggende rettigheter (The Office of the High Commissioner for Human Rights, u.å.).

2.5 Belastninger ved migrasjon

Selve migrasjonsprosessen kan påføre mennesker mange belastninger. Om en kan beholde god helse er avhengig av tilpasningsevne til utfordringer. I en slik prosess trenger en å beholde indre stabilitet, slik at en ikke mislykkes med tilpasningen. Dette kalles *allostase* (Aambø, 2021, s.106-107). Om en blir syk er sterkt knyttet til hvordan en mestrer utfordringer (Aambø, 2021, s.109).

2.6 Flyktninger som pasienter

Flyktninger kan feiltolke hva helsepersonell mener da flyktninger kan oppfatte sine plager og sykdom på en annen måte på grunn av kulturforskjell. Det kan derfor føre til uenigheter i hva som er beste behandling. Noen av flyktningene har erfaring med å besøke healere eller moske når en blir syk. I noen kulturer er sykdom omtalt som «det onde øyet». Helsepersonell må derfor være bevisst på at det finnes forskjellige oppfatninger av sykdom og helbredelse (Varvin, 2020, s.335). Martinsen (2006, s.54) forklarer at kultur er avgjørende for sykepleier-pasient-relasjonen. En sykepleier fra en kultur har forventninger til hvordan en pasient i samme kulturen reagerer på pleien sykepleieren gir. Pasienten har også forventninger til hvordan sykepleieren utøver pleien innen den kulturelle konteksten pasienten befinner seg i.

3.0 Metode

En metode i en oppgave er tilnærminger en bruker for å samle inn informasjon og kunnskap. Den innhentede informasjonen og kunnskapen skal belyse en problemstilling. Metoden må beskrives så presist som mulig slik at andre kan etterprøve og komme til samme resultat (Thidemann, 2019, s.74). En kvantitativ metode kan benyttes når en har en problemstilling som kan besvares på bakgrunn av tallmaterialer. For eksempel kan problemstillingen inneholde et spørrende pronomen som *Hvor mye?* og *Hvor ofte?* En kvantitativ metode egner seg når en vil hente kunnskap i bredde og objektive data, som for eksempel, representative oversikter, fordelinger, frekvenser og årsak. En kvalitativ metode kan benyttes når en har en problemstilling som har fokus på forståelse i et fenomen. *Hva betyr...? Hvordan foregår...?* og *Hvordan oppleves...?* kan være spørrende pronomener i en problemstilling. En kvalitativ metode egner seg når en vil hente kunnskap i dybde. En bør derfor velge intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse som datasamling slik at en kan finne meningssammenhenger i fenomenet (Thidemann, 2019, s.75-76).

Ifølge Thidemann (2019, s.77-78) er en litteraturstudie en systematisk prosess der en henter inn skriftlige kilder, vurderer kildene kritisk og sammenfatter dem. Med denne metoden kan en vise oppdaterte kunnskap innen problemstillingen en etterspør, og hvordan en har kommet fram til svaret på problemstillingen. Jeg belyser problemstillingen min ved å benytte litteratursøk og finne relevante internasjonale forskningsartikler.

3.1 Systematisk litteratursøk

For å arbeide med litteratursøk fulgte jeg trinnene forklart av Thidemann (2019, s.82-90), der PICO er et hjelpemiddel. PICO representerer; P: Population/pasient/problem, I: Intervensjon, C: Comparison og O: Outcome. PICO er en nyttig måte å søke relevante litteratur da stikkordene i PICO representerer problemstillingen (Thidemann, 2019, s.82-83). Jeg innsnevret stikkordene på engelsk for å fylle ut et PICO-skjema, som er beskrevet i trinn 1. Jeg brukte PICO-skjemaet til aktuelle søk. Valg av databaser står som trinn 2 i arbeidsprosessen, og både CINAHL og PubMed ble benyttet i mine søk. Databasene er sykepleiefaglig oppdatert, og en har derfor muligheter til å finne nyere forskningsartikler.

Søkeordene skal inneholde enten **emneord** og/eller **tekstord** (Thidemann, 2019, 86). For eksempel brukte jeg bare emneord i søket med CINAHL. **Emneord** er standardiserte begreper i databaser, knyttet til spesifikke dokumenter, og beskriver innholdet i dokumenter som for eksempel artikler, bøker og andre publikasjoner. **Tekstord** er ikke knyttet til spesifikke

standardiserte begreper i databasene. En kan søke på ord slik de står i for eksempel artiklens tittel, forfatterens sammendrag og forfatterens egne stikkord. **Tekstord** kalles av den grunn også fritekst. At en benytter søkeord som passer til emneordsystemet til databasen er en fordel. Dette er fordi en kan bruke emneordene som søkeord i databasen (Thidemann, 2019, s.85-86). Flere synonymer ble brukt i søket. Disse synonymene ble kombinert ved å benytte funksjonen. For eksempel inkluderte jeg «cultural competence» OR «cultural sensitivity» OR «transcultural care» som et stikkord. Dette er en søkestrategi som utvider søkearealet i et stikkord og gir en potensielt flere treff innen stikkordet. «AND» ble brukt mellom søkeordene for å avgrense antall treff. For eksempel skrev jeg («immigrants» OR «refugees») AND («cultural competence» OR «cultural sensitivity» OR «transcultural care») AND «mental health». På den måten kan en koble søkeordene med forskjellige grupper fra PICO-skjema. Søkestrategien er forklart i detalj i trinn 4 i arbeidsprosessen (Thidemann, 2019, s.87).

Som trinn 5 vurderte jeg artiklene ved å se gjennom titler og å lese gjennom sammendrag. Her er det viktig å justere søkeordene om en ikke finner artikler som kan være relevante for ens problemstilling (Thidemann, 2019, s.88). Søkestrategien bør dokumenteres slik beskrevet i trinn 6. Dette gir leseren muligheter til å evaluere kvaliteten av søket og eventuelt prøve å søke opp samme resultat (Thidemann, 2019, s.89). Stikkord for tematikken, PICO-skjema og søkehistorikk er vist i vedlegg I, II, III og IV.

3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Forskningsartiklene fra begge databasene ble begrenset til tidsperioden 2019 til 2024 for å hente nyere forskning. Først ble de følgende stikkordene i tittel brukt som eksklusjonskriterier.

- Kjønnseksklusive studier, enten bare kvinner eller bare menn
- Studier med fokus på barn
- Annet språk enn engelsk
- Fokus på spesifikke sykdommer eller tilstander
- Helse eller mental helse blant innvandrere generelt
- Ikke relevans for kulturell kompetanse

Når det gjelder innvandrerguppen ble artikler som hadde stikkord «asylsøkere» og/eller «flyktninger» i tittelen automatisk inkludert etter at de andre eksklusjonskriteriene ovenfor var vurdert. Men arbeidsinnvandrere og innvandrere som har kommet på grunn av internasjonalt

ekteskap ble utelukket. To av forskningsartiklene ble inkludert selv om de ikke spesifiserte hvilke innvandrergupper de hadde studert. Disse to artiklene ble inkludert da de var veldig relevante for temaet kulturell kompetanse. De diskuterer hva som påvirker innvandreres livskvalitet som følge av opplevelser med helsetjenesten og hva som fremmer tilfredshet med helsetjenesten.

3.3 Kvalitetsvurdering av artikler

Forskningsartikler en finner må vurderes kritisk selv om de er publisert i godt ansette tidsskrifter. Denne prosessen gjør at en tenker gjennom om forskningsartiklene er til å stole på (Folkehelseinstituttet, 2018). For å arbeide med kritisk vurdering av forskningsartiklene jeg valgte brukte jeg sjekklister som passet på studiedesignet til hver artikkel (Folkehelseinstituttet, 2021). Etter at forskningsartiklene ble kritisk vurdert lagde jeg litteratormatrise for hver artikkel. Oversikt over tittel, forfatter(e), hensikt, metode, resultat og konklusjon er tilgjengelig i Vedlegg V.

3.4 Forskningsetikk

Om forskingen tok etisk hensyn til studiedeltakerne ble også vektlagt i prosessen med kvalitetsvurdering. Dalland (2020, s.167-169) forklarer at forskningens problemstilling, forskningsmetode, og hvordan forskningen drøftet og dokumenterte funnene er relevante med tanke på etiske hensyn. Ingen av delene i en forskningsprosess må påføre skade eller unødvendige belastninger på studiedeltakerne.

4.0 Resultat

4.1 Cultural competency and mental health training for medical students: Learning from refugees and asylum seekers”

Av Silver, C, Williams, S & Forty, L. (2023). Health Education Journal.

Hensikt: Hensikten med studien til Silver et al. (2023) var å studere mental helse og opplevelsen av helsetjenesten blant asylsøkere og flyktninger. I tillegg ville artikkelen reflektere rundt behovet for fremtidig opplæring i kulturell kompetanse blant studenter innen helse og omsorg på bachelornivå og blant yrkesaktivt helsepersonell.

Metode: Studien er kvalitativ. 7 flyktninger/asylsøkere og 9 helsepersonell ble delt i separate fokusgrupper. Dataene ble analysert med «reflexive thematic analysis».

Resultat: Både traumatiske hendelser fra pre-migrasjon og utfordringer etter migrasjonen påvirket pasientenes mentale helse, og mange av pasientene led av depresjon, angst, stress og PTSD. Jo lengre pasientene hadde bodd i vertslandet, desto mer var symptomene knyttet til depresjon, mens blant de som hadde bodd kortere var det PTSD som gjorde at en fikk mentale plager. Lang ventetid på grunn av dårlig tilgjengelighet eller sosioøkonomiske ulikheter forverret pasientenes tilstand. Mangel på språkkompetanse og kulturforskjeller var en stor faktor som påvirket kommunikasjonen mellom pasienten og helsepersonell. Helsepersonell hadde ofte ikke tilgang til tolk og endte derfor opp med å bruke familiemedlemmer. Familiemedlemmer som hadde en tolkefunksjon formidlet nødvendigvis ikke pasientens ønsker til helsepersonell på den måten pasienten ønsket. Språkbarrieren førte til at pasientene brukte ikke-verbal kommunikasjon i noen tilfeller. Noen kulturer har ikke samme begrep innen mental helse som oss i den vestlige kulturen. At helsepersonell ikke var klare over hvilke typer tjenester som er tilgjengelige for denne pasientgruppen, og utfordringer knyttet til språk, hemmet de gode opplevelsene til pasientgruppen. Pasientgruppen etablerte mistillit til helsepersonell når helsepersonell ikke trodde på det de sa. Dette virket negativt på kommunikasjon mellom helsepersonell og pasientene.

Konklusjon: Studien framhever at kompetanseheving i kulturell kompetanse hos helsepersonell er bare en av komponentene som må til for å forbedre mentale helseutfall blant asylsøkere og flyktninger. Reform på systemnivå bør også skje for å støtte en bredere positiv endring.

Forskningsetikk: Etisk vurdert av «Cardiff University School of Medicine Research Ethics Committee».

4.2 Exploring the Impact of Health Care Provider Cultural Competence on New Immigrant Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Canadian Newcomers”

Av Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S. & Pfaff, K. (2021). Journal of Transcultural Nursing.

Hensikt: Hensikten med studien er å studere flyktningers perspektiv på helsepersonells kulturelle kompetanse og hvordan kulturell kompetanse hos helsepersonell påvirker flyktningenes livskvalitet.

Metode: En tverrsnittstudie ble benyttet. Studien benyttet en spørreundersøkelse der 117 innvandrere ble inkludert. Kulturell kompetanse hos helsepersonell ble målt ved et system som heter «the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Cultural Competency». Spørsmålene hadde 5 kategorier, a) pasient-helsepersonell kommunikasjon, b) komplementære og alternative medisiner, c) erfaring med diskriminering på grunn av rase, etnisitet, helseforsikring eller språk, d) erfaringer med å ha mistillit eller mistro, og e) språklig kompetanse og tilgjengelighet til språktjeneste. For å måle deltakernes velvære brukte studien et instrument som hadde 4 kategorier for livskvalitet. De var a) fysisk helse, b) psykisk helse, c) sosialt nettverk og d) miljø. Dataene ble analysert med «the Statistical Package for the Social Sciences Version 22 software».

Resultat: Deltakerne kom fra ulike land hvorav nesten halvparten var fra Syria og Irak. Majoriteten av besvarelsene var fra kvinner. Opplevelsen av å bli diskriminert, at en har høyere utdanning, og også at en har flere barn var alle faktorer som hadde en negativ assosiasjon med helserelatert livskvalitet. Tillit til helsepersonell viste en positiv assosiasjon med psykisk helse. Større antall barn og økende alder hadde en negativ assosiasjon med fysisk helse. Opplevelsen av å bli diskriminert og at en har høyere utdanning hadde en negativ assosiasjon med det psykiske aspektet av livskvalitet. Bruk av tolk hadde et positivt utfall i miljørelatert helse, mens opplevelsen av diskriminering førte til negative utfall.

Konklusjon: Tillit til helsepersonell generelt samt tolkebruk og opplevelser av å bli diskriminert var faktorer som hadde en sterk assosiasjon med helserelatert livskvalitet hos

innvandrere. I tillegg hadde alder, utdanning og antall barn en sterk effekt. Studien konkluderer med at å forstå perspektivet til innvandrere hjelper helsepersonell å fremme livskvalitet og å redusere ulikhet i tilgang til helsetjenesten, og det bidrar til integrering i samfunnet.

Forskningsetikk: Etisk vurdert av «the University of Windsor's Research Ethics Board».

4.3 The development of cultural competences in nursing students and their significance in shaping the future work environment: a pilot study”

Av Ličen, S. & Prosen, M. (2023). BMC Medical Education.

Hensikt: I 2014 ble transkulturell sykepleie lagt til læreplanen for bachelorstudenter i Slovenia. Hensikten med studien er å analysere og vurdere kulturelt kompetansenivå hos sykepleierstudenter 10 år etter innføringen av transkulturell sykepleie i studieprogrammet i Slovenia.

Metode: En tverrsnittstudie ble benyttet. 180 sykepleierstudenter på bachelornivå i Slovenia ble inkludert. Spørreundersøkelsen ble sendt gjennom epost. «Cultural Competence Assessment Tool (CCATool)» ble brukt for undersøkelsen. Den inneholdte fire variabler; kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kulturell sensitivitet og kulturelle ferdigheter, hentet fra teorien til Papadopoulos. I tillegg til de fire variablene ble visual analogue skala (VAS) brukt slik at studentene kunne vurdere seg selv. For å utforske hva som kjennetegnet studentene og deres erfaringer med kulturelt mangfold og deres forståelse av transkulturell omsorg ble 3 forskningsspørsmål formulert. Forskningsspørsmålene var; a) I hvilken grad demonstrerer studentene kulturell kompetanse? b) Hvor forskjellig er selvvardert skåring og objektiv skåring på delskala i CCATool? c) Hvordan definerer demografiske og andre sosiale faktorer det kulturelle kompetansenivået til studentene, og hva forskjeller kan en se mellom dem?

Resultat: Sykepleierstudentene viste generelt høyt nivå av kulturell kompetanse. De skåret særlig høyt på kulturell bevissthet. Kulturell sensitivitet er et område med et forbedringspotensial. Det var en betydelig forskjell mellom studentenes subjektive skåring og objektive skåring på kulturell bevissthet. Studentene undervurderte deres egen kompetanse i kulturell bevissthet. Når det gjald kulturell sensitivitet var studentenes subjektive skåring betydelig høyere enn det studentene faktisk skåret objektivt. Studentene som ble født utenfor

Slovenia skåret høyere på kulturell kunnskap enn de som ble født i Slovenia. Studentene som bodde i forstadsområde eller landsby viste høyere kulturell kompetanse enn de som bodde i byen, men dette hadde ikke en statistisk signifikans. Studentene som hadde hatt et utenlandsopphold i mer enn 6 måneder viste høyere kulturell kompetanse enn de som ikke hadde vært på et slikt opphold. Det var ikke en statistisk signifikans mellom høyt resultat på kulturell kompetanse og at studentene hadde foreldrene fra et annet land og/eller slektninger som bodde i utlandet.

Konklusjon: Resultatet av studien viser rom for forbedring særlig i kulturell sensitivitet blant sykepleierstudentene som deltok. Resultatet viser også en sammenheng mellom demografiske og sosiale variabler, og kulturell kompetanse. Studien gir en pekepinn på hvordan læringsopplegget og helsetjenesten i fremtiden bør bli.

Forskningsetikk: Etisk vurdert av «the National Medical Ethics Committee of the Republic of Slovenia».

4.4 Satisfaction with mental health treatment among patients with non-Western migrant background: a survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic”

Av Lindberg, L.G, Mundy, S.S, Kristiansen, M, Johansen, K.S. & Carlsson, J. (2019). The European Journal of Public Health.

Hensikt: Hensikt med denne studien var å beskrive ikke-vestlige innvandreres opplevelse med mental helsetjeneste blant de som fikk behandling for PTSD og depresjon på the Competence Centre for Transcultural Psychiatry (CTP). Studien ville også belyse om det var behandlingsrelaterte faktorer som var knyttet til pasienttilfredshet i behandling generelt.

Metode: En tverrsnittstudie ble benyttet. Et spørreskjema ble sent til 896 personer, hvorav 686 svar møtte inklusjonskriteriene. Deltakerne fikk spørreskjemaet etter sin siste behandlingstime. Spørreskjemaet ble utviklet av CTP og var basert på litteraturgjennomgang om tilfredshetsundersøkelsene fra andre danske mentale helsetjenester og kliniske erfaringer med den multikulturelle befolkningen.

Resultat: 82,6% av deltakerne svarte at de stort sett var fornøyde med behandlingen. Flere av deltakerne fikk psykiatrisk eller psykoterapeutisk behandling, eller hadde tidligere blitt innlagt på psykiatrisk sykehus. Halvparten av deltakerne fikk tolk for behandlingstimen. De fleste opplevde at de var forstått kulturelt og at behandlingen hadde effekt. De fikk også god nok

informasjon om deres sykdommer og behandling. Deltakerne viste høy tilfredshet med terapeutisk allianse og kontakten de hadde med helsepersonell. Mindre enn halvparten av deltakerne svarte imidlertid at de hadde forbedring i tilstanden/situasjonen etter avsluttet behandling. Deltakerne som hadde en opplevelse av forbedring i sin helse og situasjon viste høyere tilfredshet med behandlingen. Behandlingstilfredshet var sterkt knyttet til om helsepersonell viste forståelse og respekt for pasientens kulturelle bakgrunn. Resultatene hadde ikke en statistisk signifikans mellom alder og kjønn, men kvinnelige deltakerne viste høyere tilfredshet.

Konklusjon: Studien viser at både pasientens opplevelser av forbedring i psykiske symptomer og forbedring i funksjon, samt måten helsepersonell møter pasientene, er avgjørende for pasienttilfredshet.

Funnene i denne studien samsvarer med funnene fra tidligere forskning som har vist en sammenheng mellom kulturell forståelse og pasienttilfredshet. Funnene viser et behov for å vurdere opplæring i feltet, helsepolitikk og praksiser i helsetjenesten.

Forskningsetikk: Etisk vurdert av «the National Committee on Health Research Ethics i Danmark».

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte problemstillingen «Hvordan kan heving av sykepleieres kulturelle kompetanse fremme tilfredshet med helsetjenestetilbudene for innvandrere som har stor psykisk belastning?» opp mot teori og resultatene fra de inkluderte forskningsartiklene.

5.1 Innvandreres mentale helse og spesifikke behov

Asylsøkere og flyktninger har ofte kompliserte psykiske belastninger på grunn av selve innvandringsprosessen. Flyktninger kan ha blitt utsatt for traumatiske hendelser som for eksempel seksuelle overgrep og/eller ekstrem vold selv om det internasjonalt er erklært at ingen skal være utsatt for tortur eller umenneskelig/nedverdiggende behandling/avstraffelse (United Nations, 1948, artikkel 5). Slike opplevelser før de har kommet til et nytt land er både fysisk og psykisk belastende. Alle mennesker har retten til en levestandard som vedlikeholder ens og familiens helse og velvære (United Nations, 1948, artikkel 25), men innvandrere møter mange utfordringer for eksempel knyttet til språk, arbeidsledighet og diskriminering i tilpascningsfasen i nytt land (Bemak & Chung, 2021, s.307). Dette virker negativt på deres helse og velvære. I tillegg belastes denne pasientgruppen av frykten for å miste flyktningstatus og å bli sendt til hjemlandet og også av bekymring for familien som kanskje er igjen i hjemlandet (Silver et al., 2023, s. 712-713). En ansatt fra helsetjenesten fra studien til Silver et al. (2023, s. 712) beskriver at asylsøkere og flyktninger lever med PTSD som komorbiditet, sammen med andre psykiske plager som for eksempel depresjon, stress og/eller angst. Både asylsøkerne/flyktningene og helsepersonellet fra den samme studien mener at både traumatiske opplevelser før innvandringen og utfordringer etter innvandringen er like avgjørende for den mentale helsen til denne pasientgruppen (Silver et al., 2023, s. 712). Her er det viktig å være bevisst på at det ikke bare er en av delene av innvandringsprosessen som belaster denne pasientgruppen mest, men at alle faser knyttet til migrasjonen er like belastende. Det er derfor et problem at helsepersonell ofte ender opp med å se pasientgruppen ensidig. De fokuserer mest på fysiske symptomer og ser ikke den mentale tilstanden til pasientene (Silver et al., 2023, s. 714). Selv om fokusområdet til helsepersonell fortsatt bør være både symptomreduksjon og forbedring i funksjon (Lindberg et al., 2019 s.704), bør pasientgruppens migrasjonsbakgrunn ikke undervurderes, og den skal ikke vurderes fragmentert. En må inkludere hele innvandringsprosessen i vurderingen en gjør.

En viktig del av dette er å forstå pasientens spesifikke behov og ressurser. Her bør det understrekes at en må prøve å forstå disse fra pasientens perspektiv og samtidig avstå fra å forstå fenomenene på ens egne premisser. En bør med andre ord prøve å unngå etnosentrisme og heller anlegge et kulturrelativistisk perspektiv som diskutert i 2.3. Jeg har opplevd at helsepersonell i psykisk helse ofte fokuserte på hva som ga pasienten håp og styrke, men denne tenkningen om resiliens kan være forskjellige fra kultur til kultur. Atari-Khan et al. (2021, s.236-238) forklarer at begrepet «resiliens» blir brukt ulikt i den vestlige delen av verden og blant de syriske flyktningene. Vår vestlige tenking om resiliens hos flyktninger er knyttet til positive utfall av psykisk helse, der familie og sosialt nettverk er sett på som en ressurs. I motsetning til det teorien om resiliens påstår uttrykte noen syriske flyktninger fortsatt stor sorg og tap der sosialt nettverk og kontakt med familie i Syria ikke nødvendigvis virker å hjelpe alle flytninger. Derimot ga anerkjennelse av situasjonen deres en følelse av lettelse. Tro eller identitet som muslim har gitt noen flyktninger følelse av lettelse, håp, stryke og selvfølelse (Atari-Khan et al., 2021, s.236-238). At en har kunnskap om at det fins forskjellige måter å tenke om resiliens kan fremme effektiv terapeutisk samtale og samarbeid fra pasientene. Det er viktig å tilpasse tilnærmingen i omsorg og oppfølging av helse for innvandrere slik at det er meningsfullt for dem å bruke helsetjenesten og endre deres helsetilstand som diskutert i 2.1. Dette kan resultere i positive helseutfall blant innvandrere. Det er derfor kunnskapsnivå og bevissthet blant helsepersonell knyttet til kulturforskjell i oppfatning av konsept og perspektiv innen psykisk helse må økes. Både kunnskap og bevissthet må ta hensyn til pasientens helseoppfatning og religion (Silver et al., 2023, s. 716).

Når det gjelder å møte mentale helseutfordringer blant flyktninger, er helsepersonells holdning og relasjonsarbeid veldig viktig. Helsepersonells holdning og relasjonen mellom helsepersonell og pasient påvirker pasientens opplevelser og tilfredshet i møte med helsetjenesten. Ifølge Zghal et al. (2021, s.513) skåret pasientene den mentale helsen sin høyere desto mer tillit en hadde til helsepersonell. Flere faktorer kan føre til mistillit hos innvandrere. Noen av de som jobber i helsetjenesten kan oppleve det ukomfortabelt å snakke om den traumatiske historien flyktninger har opplevd (Bhatia & Wallace, 2007, s.2-6; Silver et al., 2023, s. 717), og noen av dem tror ikke på hva pasienten fortalte om traumatiske hendelser (Silver et al., 2023, s. 714). Silver et al. (2023, s.714) viser at helsepersonell som ikke trodde på pasienten endte opp med dårlig terapeutisk kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonellet. Pasienten kan i en slik situasjon oppleve at ens historie ikke blir tatt på alvor og dermed ikke blir validert (Silver et al., 2023, s. 714). Det å få lyttet til pasientens

historie er derimot et stort steg i det terapeutiske arbeidet da pasientgruppen kan være ukomfortable med å dele erfaringene deres på grunn av sosialt og kulturelt stigma (Bemak & Chung, 2021, s.314). Kombinasjonen av aktiv lytting til pasientgruppen og god terapeutisk kommunikasjon kommer til å fremme at den enkelte får adekvat behandling. Det er derfor essensielt at helsepersonell blir særlig oppmerksomme på sensitive opplysninger eller erfaringer og viser anerkjennelse og respekt.

5.2 Språk og kultur som barrierer i helsetjenesten

En annen utfordring i møte mellom helsetjenesten og innvandrere er ofte språk- og kulturbarrierer. Dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og innvandrere skyldes ofte språkproblematikk og kulturforskjeller. Ved mangel på språkkompetanse kan pasienten i større grad uttrykke seg ikke-verbalt i samtalen (Silver et al., 2023, s. 714). Ikke-verbal kommunikasjon løser ikke kommunikasjonsproblemet, og kan heller forsterke kommunikasjonsproblematikk. Dette på grunn av at ikke-verbale tegn kan bli misforstått grunnet kulturforskjeller i hvordan en uttrykker seg med ikke-verbalt språk. Begrensningen i verbal kommunikasjon fører ofte til at helsepersonell bare blir oppmerksomme på det de tydelig ser. Dette kan føre til misnøye blant pasientgruppen fordi helsepersonell ikke oppdager deres mentale plager, et problem som ble belyst i studien til Silver et al. (2023, s. 714). Når det gjelder oppfatning av psykiske lidelser oppfatter ikke alle pasienter en psykisk lidelse på samme måte som majoriteten i Norge gjør. Som diskutert i 2.6 er dette særlig viktig når en møter personer fra en annen kultur (Varvin, 2020, s.335). Noen innvandrere forstår ikke diagnosene på psykiske lidelser fordi konseptet ikke eksisterer på deres språk (Silver et al., 2023, s. 713).

Problemer som er knyttet til kommunikasjon og kulturforskjeller i oppfatning av psykiske lidelser kan unngås av at helsepersonell skaffer seg kvalifisert tolk for den som trenger det i god tid. Offentlige organer må bruke kvalifisert tolk på en fornuftig måte slik at de kan tilby faglig forsvarlig hjelp og tjeneste til den som trenger det (Tolkeloven, 2022, §6).

Helsedirektoratet (2023a) tilbyr brosjyrer som forklarer rettigheten pasienten har i forhold til tolkebruk i møte med helsetjenesten. Brosjyrer eksisterer på mange ulike språk, men det kan virke som om det er lite bruk av kvalifisert tolk blant pasienter med innvandrerbakgrunn.

Folkehelseinstituttet (2022) poengterer utfordringene som følge av manglende kompetanse hos helsepersonell i forhold til tolkebruk. I tillegg til loven som helsepersonell må holde seg til har flere studier vist positive sider av å bruke tolk. Zghal et al. (2021, s.511-512) har vist at

bruk av tolk hadde påvirket innvandrernes miljørelaterte livskvalitet på en positiv måte, og litt mindre enn halvparten av innvandrerne i studien hadde uttrykt behov for tolk i helsetjenesten. Flere studier har vist at tolkebruk forbedret kvaliteten av og pasients tilgang til helsetjeneste. (Jacobs et al., 2004, s.867; Karliner et al., 2007, s.743-748; Zghal et al., 2021, s.512).

Selv om det eksisterer en lov om tolkebruk og selv om forskning har vist fordeler med tolkebruk i helsetjenesten, bruker helsetjenesten for sjelden kvalifisert tolk (Proba samfunnsanalyse, 2023, s.6). Dette skyldes faktorer på både system- og individnivå. På systemnivå kan lite tilgjengelighet til kvalifisert tolk og stramt tolkebudsjettt hindre pasienten i å få en tolkefaglig kompetent person (Bregård, 2024, s.60-61; Hanssen & Alpers, 2010, s.12; Proba samfunnsanalyse, 2023, s.44-45). Holdningen til den enkelte helsepersonell kan også føre til underbruk av tolk. En tenker for eksempel at det ikke er behov for tolk da prosedyren er kortvarig (Bregård, 2024, s.61; Proba samfunnsanalyse, 2023, s.54-56). Et annet eksempel på slike holdninger kan være at en tenker språkbarrierer som en del av arbeidshverdagen og har dermed høyere terskel for å bruke tolk (Bregård, 2024, s.61).

Noen innvandrere foretrekker at familien er til stede i møte med helsepersonell og at familiemedlemmer engasjerer seg i samtalen som tolk. Det er flere faktorer som kan gjøre pasienten skeptisk mot tolken og usikker på om pasienten kan tro på tolken. Pasienter kan føle det ukomfortabelt å snakke med en tolk som kommer fra landet som har politisk konflikt med det landet pasientene kommer fra (Bhatia & Wallace, 2007, s.4; Bregård, 2024, s.60-61; Hanssen & Alpers, 2010, s.8). Variasjon i dialekter kan også hindre pasienter i å være positive til å bruke tolk (Silver et al., 2023 s.713).

Bruk av familiemedlem som tolk kan være en fordel for helsetjenesten. Helsepersonell sparer tid på å finne og bestille tolk da familien er fysisk til stede. Men det er viktig å være klar over konsekvenser av å bruke familiemedlemmer som tolk. Bemak & Chung (2021, s.308) forklarer at endring i familiær dynamikk kan oppstå som følge av at barn får en tolkefunksjon. Endringen skjer etter innvandringen da barn ofte lærer både språket og de nye kulturelle normene raskere. Foreldrene som ikke kan språket, blir avhengig av barnet når de møter for eksempel helsepersonell. Uro på grunn av endring i familiært hierarki kan føre til en følelse av avmakt, og kan komme i konflikt med den kulturelle identiteten til noen innvandrere (Bemak & Chung, 2021, s.307-308).

Familiemedlem kan heller ikke alltid representere pasientens behov da problemet formidles fra et annet perspektiv enn pasientens. At familiemedlem er fysisk til stede gir ikke rom for en

privat samtale. Noen pasienter kan skjule det de faktisk vil konsultere helsepersonell om fordi de ikke vil bekymre familiemedlemmet (Silver et. al., 2023, s. 713).

Det er derfor flere problemstillinger rundt språk og kommunikasjon som helsepersonell må være bevisst. Den enkelte pasient kan ha ulike preferanser til hvordan pasienten vil møte helsepersonell og dermed ulike forventinger til hvordan helsepersonell respekterer preferansen, som diskutert i 2.6 (Martinsen, 2006, s.54). Selv om en bør ta inn pasientens og familiens ønsker i avgjørelsen om det er nødvendig å bruke kvalifisert tolk må det juridiske, faglige og etiske ansvaret som sykepleier komme fram.

Når en bruker kvalifisert tolk er det flere ting en bør ha i bakhodet. En må etablere en terapeutisk relasjon i tidlig fase ved å lære flyktninger om mental helse. En må forklare hva som er en terapeutisk relasjon, hva som er forventet i behandlingen, hva som skjer, hva typer spørsmål og tilbakemeldinger en kommer til å få, og hva rolle en behandler og en pasient har i løpet av behandlingen. Arbeidet er viktig for å skape tillit og empati, men ikke minst er det viktig fordi flyktninger generelt ikke har erfaring med vestlig praksis rundt mental helse (Bemak & Chung, 2021, s.313).

5.3 Ivareta mangfoldet og se innvandrere som et unikt individ

Et tredje poeng når helsepersonell møter personer med innvandrerbakgrunn er at det er en tendens til å se dem som en homogen pasientgruppe. Lindberg et al. (2019, s.700) påpeker imidlertid at innvandrere er en heterogen gruppe, men med mange lignende utfordringer med tanke på sosial likestilling. Hver enkel innvandrer er et unikt menneske med ulik etnisk, sosial, kulturell og religiøs bakgrunn. En av innvandrerne fra studien til Silver et al. (2023, s. 714-715) uttrykte at hver innvandrer hadde individuelle behov og ønsker. Slikt mangfold blant pasientgruppen krever at helsepersonell yter personrettet omsorg. Kombinasjonen av person-sentrert omsorg og pasientmedvirkning gir bedre pasienttilfredshet for både somatisk og psykisk helsetjeneste (Batbaatar et al., 2017, s.92-94; Coulter & Jenkinson, 2005, s.357-360; Eliacin et al., 2015, s.24-25; Joosten et al., 2008, s.223-224; Lindberg et al., 2019, s.704). En må derfor tilpasse sykepleie til den enkelte pasient og oppmuntre pasienten til å være i en del av hele prosessen, inkludert informasjonsarbeidet, behandlingen og oppfølgingen. Pasientmedvirkning spiller en viktig rolle i å bygge ned strukturelle barrierer og å fremme likeverdige tilgang til helsetjenesten (Folkehelseinstituttet, 2022, s.4). Sammen med respekt for ulik etnisk, sosial, kulturell og religiøs bakgrunn er inkludering av den enkelte

pasient med innvandrerbakgrunn i tjenesten en nøkkel for å ivareta pasientgruppens mangfold.

Hva som påvirker ens livskvalitet er også individuelt. Opplevelse av diskriminering, det å ha flere barn og også det at en har høyere utdanning er assosiert negativt med generell livskvalitet blant innvandrere (Zghal et al., 2021, s.511). Folkehelseinstituttet (2022, s.1-2) forklarer konsekvenser som følge av diskriminering, men oppfatning av når man blir diskriminert varierer fra person til person. Noen kan føle at de blir avvist når helsepersonell ikke har tid for dem (Alpers, 2017, S.77). Dette kan trolig være på grunn av kulturforskjeller. Barn ble beskrevet som en stressor for innvandrerforeldre i funnet til Zghal et al. (2021, s.511). Dette problematiserer funnet til Atari-Khan et al. (2021, s.252-254) da barn beskrives som resiliensen til innvandrerforeldre. Dette forklares ved at foreldrene med barn opplever situasjonen sin lettere sammenlignet med andre innvandreres situasjon der noen fortsatt har sitt barn i hjemlandet, eller noen som i verste tilfelle har mistet sitt barn under krisen eller migrasjonsprosessen (Atari-Khan et al., 2021, s.252-254). Zghal et al. (2021, s.513) bruker annen litteratur for å argumentere for at barn kan være en stressor for foreldre. Det er psykisk, økonomisk og emosjonelt belastende å ha barn særlig når foreldrene er yngre (Margolis & MyRskylä, 2011, s.30, 45-46; Zghal et al., 2021, s.513). Dette kan forklare utfordrende situasjoner som innvandrerforeldre kan oppleve i vertslandet. Det kan være slitsomt å tenke på sikkerhet og velvære for barn, og å kunne klare seg økonomisk samtidig som man må takle travle hverdager.

Høyere utdanning kan for noen av de ansatte i helsetjenesten bli assosiert med et positivt utfall. For noen innvandrere kan arbeidsledighet og lav stillingsprosent i det nye arbeidsmarkedet derimot utvikle frustrasjon da en kanskje hadde høyere utdanning og klarte seg økonomisk i opprinnelseslandet.

Faktorer knyttet til utfordringer etter innvandringen påvirker hverandre. For eksempel er «arbeidsledighet eller lav stillingsprosent» en negativ faktor på livskvalitet, som tidligere nevnt, som gjør innvandreres situasjonen i det nye landet komplisert. Dette kan i sin tur gjøre det vanskeligere for dem å tilpasse seg til en ny kultur eller et nytt miljø. Men dette varierer fra person til person (Atari-Khan et al., 2021, s.257-261; Bemak & Chung, 2021, s.316). Variasjon i hvordan en tilpasser seg til det nye landet forklares med at alle har forskjellige måter å utvikle resiliens og tilpasningsevne til å benytte nye mestringsstrategier etter innvandringen. I tillegg har konseptet *allostase* fra Aambø (2021, s.106-107), diskutert i 2.5,

relevans når en snakker om resiliens hos innvandrere. Alle må ha noen form for indre stabilitet for å holde seg fysisk og psykisk frisk. Dette varierer trolig fra person til person.

Hva som påvirker ens mentale tilstand og helse samt livskvalitet varierer veldig fra person til person og fra situasjon til situasjon, og påvirkes tilsynelatende av ens historie/bakgrunn, situasjon, tilpasningsevne og helse. Disse er viktige faktorer som skaper mangfoldet i denne pasientgruppen. Det er derfor viktig å se innvandrere som individ og å vurdere de nåværende behovene til personen. Lauderdale (2018, 14:56) forklarer at kulturell kompetanse ikke handler om etnisitet eller nasjonalitet. Det er et kontinuerlig spørsmål en må stille seg selv, og en må tenke på hvordan en tar vare på de som ikke er som deg. Denne profesjonelle holdningen er kanskje det viktigste uansett hvem en møter i helsetjenesten, da slikt mangfold også finnes blant personer som deler samme kultur.

5.4 Kompetanseheving innen kulturell kompetanse

Så langt i diskusjonen har vi sett på tre utfordringer, innvandreres spesifikke behov, språk- og kulturbarrierer, og innvandreres mangfold. En del av svaret på alle disse utfordringene ligger i sykepleiernes kompetanse. Et viktig poeng fra artikkelen til Ličen & Prosen (2023, s.5-6) er at sykepleierstudentene i studien hadde en tendens til å feilvurdere sin kulturelle kompetanse, og forfatterne identifiserte et forbedringspotensial når det gjelder kulturell sensitivitet. De identifiserer også flere faktorer som muligens fremmer kulturell kunnskap. En av variablene som ble trukket fram var utenlandsopphold. I studien til Ličen & Prosen (2023, s.6) hadde studentene som hadde bodd i utlandet i mer enn 6 måneder høyere kulturell kompetanse. I studien ble det ikke gjort rede for i hvilken sammenheng studentene hadde utenlandsoppholdet i mer enn 6 måneder. Studenter har ofte en sjanse til å reise til utlandet for utveksling som en del av studieprogrammet, og jeg tenker at utveksling kanskje har positive effekter på ens utvikling av kulturelle kompetanse. Utveksling er også en enkel måte å utsette en for andre kulturer. Jeg har selv vært på utveksling i forbindelse med et annet studieprogram. I løpet av utenlandsoppholdet mitt møtte jeg mange som hadde ulike verdier og forskjellige perspektiver. Det viste meg at mine verdier ikke nødvendigvis var rette, og at ingen spesifikk kultur er bedre enn de andre. Jeg har også blitt mer åpen og tålmodig for ulikheter i måten jeg og andre fra en annen kultur tenker på. Dette er på grunn av at jeg har begynt å forstå at folk som deler samme kultur som min tenker på forskjellige måter. Det finnes også ulikhet og unikheter i en kultur. Opplevelsene i løpet av utvekslingen har utvidet mine perspektiver på andre kulturer. Dette er trolig ikke noe en kan oppleve uten å reise til et

nytt land og bli eksponert for en annen kultur. En får lite mulighet til å sammenligne egne verdier i landet du bor i da majoriteten har samme kultur som en. Dette kan kanskje forklare at studentene som hadde foreldrene fra et annet land ikke hadde en statistisk signifikant høyere skår på kulturelt kompetansenivå (Ličen & Prosen, 2023, s.6).

Kompetanseheving kan ikke gjennomføres bare på et individuelt nivå. En må også være klar over at det fins rom for forbedring i kulturell kompetanse på systemnivå (Zghal et al., 2021, s.514). En må kunne kritisk reflektere rundt hvordan helsetjenesten er bygd opp i lys av sammenhengen mellom innvandreres helse og rasisme, diskriminering og fordommer. Dette kompetanseløftet må skje i alle yrkesgrupper (Folkehelseinstituttet, 2022, s.3). Behovet for kulturell kompetanse hos helsepersonell innen mental helse har fått lite oppmerksomhet i de fleste nordiske land (Ekblad & Kastrup, 2013, s.850&852; Lindberg et al., 2019, s.704).

Kompetansebygning på bachelor- og masternivå bør derfor prioriteres for å kunne yte personsentrert-omsorg for alle pasientene uansett hvilket land de kommer fra (Lindberg et al., 2019, s.704; Renzaho et al., 2013, s.264-267). Bygging av kulturell kompetanse må baseres på ekte menneskelige erfaringer og kan ikke læres utelukkende fra nettstudier. Arbeidet med kulturell kompetanse bør også være en obligatorisk del av studie. Det kan være en fordel for både studenter/helsepersonell og flyktninger å møtes fysisk. Det er verdifullt for dem som vil lærer om flyktninger å møte flyktninger og å lytte på ekte erfaringer et menneske har gjennomgått. Dette kan gi positive utfall for flyktningene da fysiske møter gir opplevelsen av å bli sett og lyttet til, og kan åpne for pasientinvolvering (Silver et. al., 2023, s. 715).

Opplæringen knyttet til kulturell kompetanse må ha gode læringsstrategier slik at den får aktive deltakere. For eksempel bør debriefing inneholde klare mål og deltakerne må være bevisste på dem (Biles, 2020, s.24; Zghal et al., 2021, s.513-514). Når en introduserer slike læringsmuligheter er det viktig å evaluere forbedringsarbeidet (Ličen & Prosen, 2023, s.8) fordi kultur forandrer seg hele tiden (Holland, 2018a, s.7).

6.0 Konklusjon

Denne oppgaven har belyst problemstillingen min ved å diskutere hovedutfordringer i møte med innvandrere. Den første utfordringen en må være forberedt på er at både asylsøkere og flyktninger kan ha gjennomgått traumatiserende migrasjonsprosesser, men prosessen oppleves på forskjellig måter og belaster den enkelte i ulik grad. En må ikke bare se på fysiske symptomer, men en må heller se dem helhetlig og vurdere individets behov. Språk- og kulturbarrierer ble diskutert som den andre utfordringen. En må bli flinkere til å vurdere om en bør bruke kvalifisert tolk i hver situasjon. En må samtidig ha i bakhodet at innvandrere ofte ikke har samme oppfatning av konsept knyttet til mentale helse. Det tredje poenget handlet om innvandreres ulike behov og ønsker i forhold til helsetjenesten. Sykepleie må tilpasses til hver enkel innvandrer og bør ta utgangspunkt i hvordan en kan gi adekvat sykepleie til personer som ikke er som seg. Kompetanse på å håndtere slike situasjoner på en kultursensitiv måte fremmer at pasientgruppen får adekvat behandling i lys av både pasientsikkerhet og pasienttilfredshet og dermed bidrar til livskvaliteten til innvandrere.

Denne oppgaven har viktige implikasjoner for praksis. Funnene i oppgaven poengterer viktigheten av kontinuerlig kompetanseheving innen kulturell kompetanse på både systemnivå og individuelt nivå. Det er ønskelig at utdanningsinstitusjonene tilbyr sykepleierstudenter flere læringsmuligheter om tema innvandrere og mentale helse. Læringsmomenter kan inneholde sammenhengen mellom generell mentale helse og migrasjonsprosessen, problemstillinger i møte med denne pasientgruppen og praksis der en kan få møte pasientgruppen. På individuelt nivå håper jeg at flere sykepleierstudenter vurderer å reise på utveksling og få bred erfaring innen kultursensitiv sykepleie. Kultur forandrer seg hele tiden, og kompetansehevingen skal derfor være kontinuerlig. Det er viktig å gi opplæringsmuligheter til også sykepleiere i yrket, og at dette ikke bare begrenses til utdanningen.

Til sist vil jeg nevne at en vurderer innvandrere helhetlig som en unik og ulik person skaper respekt for denne pasientgruppen og en god terapeutisk relasjon. Denne holdningen kan også anvendes når en møter personer med annen innvandrerbakgrunn som ikke ble omtalt i denne oppgaven. God kultursensitiv sykepleie bygger på gjensidig menneskelig respekt fra både pasient og sykepleier, og kultursensitiv sykepleie handler derfor mest av alt om å se mer enn bare kulturen.

Referanser

- Aambø, A. (2021). *Innvandrerens helse og helsetjenestens ansvar*. Cappelen Damm akademisk.
- Abebe, D.S, Lien, L & Hjelde, K.H. (2012). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *J Immigrant Minority Health*, 16(1), 60–67. DOI 10.1007/s10903-012-9745-9
- Alpers, L-M. (2017). *Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter*. [Doktorgradsavhandling]. Oslomet. Open Digital Archive. Hentet fra: <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/5019>
- American Hospital Association. (2024). Becoming a culturally competent health care organization. <https://www.aha.org/ahahret-guides/2013-06-18-becoming-culturally-competent-health-care-organization>
- Atari-Khan, R, Covington, A.H, Gerstein, L.H, Herz, H, Varner, B.R, Brasfield, C, Shurigar, B, Hinnenkamp, S.F, Devia, M, Barrera, S & Deogracias-Schleich, A. (2021). Concepts of resilience among trauma-exposed Syrian refugees. *The counseling psychologist*, 49(2), 233-268. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0011000020970522>
- Batbaatar, E, Dorjdagva, J, Luvsannyam, A, Savino, M.M & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*, 137(2), 89-101. doi:10.1177/1757913916634136.
- Bemak, F & Chung, R.C. (2021). Contemporary Refugees: Issues, Challenges, and a Culturally Responsive Intervention Model for Effective Practice. *The Counseling Psychologist*, 49(2), 305-324. <https://doi.org/10.1177/0011000020972182>
- Bhatia, R & Wallace, P. (2007). Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: A qualitative study. *Biomed Central Family Practice*, 8(48). doi:10.1186/1471-2296-8-48
- Biles, J. (2020). Cultural competence in healthcare: Our learning from 2017-2020 will shape our future. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 26(11), 20-25. https://anmj.org.au/wp-content/uploads/2020/07/UPDATED_ANMJ-JUL-SEP-2020.pdf
- Borge, A.I.H. Resiliens og psykiske lidelser. I Gonzalez, M.T. (Red.). (2020). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utgave, 3. opplag, s.295-300). Gyldendal.
- Bregård, I.M. (2024). Tolk i helsetjenesten redder liv. *Sykepleien*, 01/2024, 58-63.
- Choi, S-I & La, S. (2019). Multicultural Counseling in South Korea: Exploration and Development of Culture-Specific Competence Indicators. *The Counseling Psychologist*, 47(3), 444-472. <https://doi.org/10.1177/0011000019873338>

- Coulter, A & Jenkinson, C. (2005). European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health*, 15(4), 355-360. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki004>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. Utg.). Gyldendal Akademisk.
- Ekblad, S & Kastrup, M.C. (2013). Current research in transcultural psychiatry in the Nordic countries. *Transcult Psychiatry*, 50(6), 841-57. doi: 10.1177/1363461513511181.
- Eliacin, J, Salyers, M.P, Kukla, M & Matthias, M.S. (2015). Patients' understanding of shared decision making in a mental health setting. *Qualitative Health Research*, 25(5). <http://dx.doi.org/10.1177/1049732314551060>
- European Parliament. (2023, 05. oktober). *The concept of 'climate refugee': Towards a possible definition*. Think Tank European Parliament. [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI\(2021\)698753](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2021)698753)
- Folkehelseinstituttet. (2018, 11. desember). 4. *Kritisk vurdering*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 17. september). 4.1 *Sjekklister*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 02. desember). *Innspill til Regjeringens handlingsplan mot rasisme og diskriminering*. (22/03914). Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/contentassets/a2e14d27891247cebd775d823818aaa5/22.03914_inns-pill-regjeringens-handlingsplan-mot-rasisme-og-diskriminering.pdf
- Hanssen, I & Alpers, L-M. (2010). Interpreters in intercultural health care settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of Intercultural Communication*, 10(2), 1-17. <https://doi.org/10.36923/jicc.v20i2.500>
- Helsedirektoratet. (2023a, 06. februar). *Tolk for deg som er pasient i helsetjenesten – Rett til informasjon på ditt språk* [Brosjyre]. <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/tolk-for-deg-som-er-pasient-i-helsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2023b, 21. desember). 1. *Rettigheter, ansvar, organisering*. Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/rettigheter-ansvar-organisering>
- Holland, K. (2018a). Culture, race and ethnicity: Exploring the concepts. I Holland, K. (Red.). *Cultural awareness in nursing and health care – An introductory text* (3. utg, s.1-21).

- Holland, K. (2018b). Cultural care: Knowledge and skills for implementation in practice. I Holland, K. (Red.). *Cultural awareness in nursing and health care – An introductory text* (3. utg, s.23-48).
- Jacobs, E.A, Shepard, D.S, Suaya, J.A & Stone, E.L. (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *Am J Public Health, 94*(5), 866-9. doi: 10.2105/ajph.94.5.866.
- Joosten, E.A, DeFuentes-Merillas, L, de Weert, G.H, Sensky, T, van der Staak, C.P & de Jong, C.A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom, 77*(4), 219-26. doi: 10.1159/000126073.
- Karliner, L.S, Jacobs, E.A, Chen, A.H & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res, 42*(2), 727-54. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x.
- Lauderdale, J. (2018, 3, desember). Becoming a culturally competent nurse by Johnson & Johnson Nursing [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=r62Zp99U67Y>
- Leininger, M.M. & McFarland, M.R. (2006). *Culture care diversity and universality* (2. Utg.). Jones and Bartlett publishers.
- Ličen, S. & Prosen, M. (2023). The development of cultural competences in nursing students and their significance in shaping the future work environment: a pilot study. *BMC Medical Education, 23*(819). <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04800-5>
- Lindberg, L.G, Mundy, S.S, Kristiansen, M, Johansen, K.S. & Carlsson, J. (2019). Satisfaction with mental health treatment among patients with non-Western migrant background: a survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic. *The European Journal of Public Health, 29*(4), 700-705. doi:10.1093/eurpub/ckz090
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet – Om å finne likhetene i forskjellene* (2. Utg.). Akribe as.
- Margolis, R. & MyRskylä, M. (2011). A global perspective on happiness and fertility. *Population and Development Review, 37*(1), 29-56. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00389.x>
- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Akribe as.
- Norsk psykologforening. (2020, 25. mars). *Hva er resiliens?*. Publikum. <https://www.psykologforeningen.no/publikum/videoer-om-psykisk-helse/videoer-om-livsutfordringer/hva-er-resiliens>
- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Elsevier.

- Proba samfunnsanalyse. (2023). Kartlegging av retningslinjer og erfaringer med bestilling og bruk av tolk i helse- og omsorgssektoren. Hentet fra:
<https://proba.no/rapport/kartlegging-av-retningslinjer-og-erfaringer-med-bruk-av-tolk-i-helse-og-omsorgssektoren/>
(nedlastet 12.03.2024)
- Renzaho, A.M, Romios, P, Crock, C & Sønderlund, A.L. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care--a systematic review of the literature. *Int J Qual Health Care*, 25(3), 261-9. doi: 10.1093/intqhc/mzt006.
- Statistisk sentralbyrå. (2018, 6. juli). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra Syria*. Befolkning.
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre-fra-syria>
- Statistisk sentralbyrå. (2023a, 5. juli). *Innvandrere etter innvandringsgrunn*.
<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-etter-innvandringsgrunn>
- Statistisk sentralbyrå. (2023b, 5. juli). *Nesten åtte av ti nyankomne flyktninger er fra Ukraina*. Personer med flyktningbakgrunn.
<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn/artikler/nesten-atte-av-ti-nyankomne-flyktninger-er-fra-ukraina>
- Statistisk sentralbyrå. (u.å.). *Framskrevet folkemengde i 2060*. Innvandring.
<https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrer/faktaside/innvandring>
- Silver, C, Williams, S & Forty, L. (2023). Cultural competency and mental health training for medical students: Learning from refugees and asylum seekers. *Health Education Journal*, 82(6), 708-721. <https://doi.org/10.1177/00178969231182104>
- The Office of the High Commissioner for Human Rights. (u.å.). Universal declaration of Human Right. <https://www.standup4humanrights.org/en/declaration.html>
- Thidemann, I.J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tolkeloven. (2022). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk (LOV.2021-06-11-79)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79>
- United Nations. (1948). The Universal Declaration of Human Rights (UDHR).
<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Varvin, S. (2020). Flyktning og psykisk helse. I Gonzalez, M.T. (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.331-338). Gyldendal.
- Wylie, L, Corrado, A.M, Edwards, N, Benlamri, M & Monroy, D.E.M. (2020). Reframing resilience: Strengthening continuity of patient care to improve the mental health of

immigrants and refugees. *International journal of mental health nursing*, 29, 69-79. doi: 10.1111/inm.12650

Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S. & Pfaff, K. (2021). Exploring the Impact of Health Care Provider Cultural Competence on New Immigrant Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Canadian Newcomers. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 508-517. [10.1177/1043659620967441](https://doi.org/10.1177/1043659620967441)

Vedlegg I – Stikkord for tematikken

Stikkord

Norsk	Engelsk
Innvandrere/flyktninger	Immigrants/refugees
Kriser	Traumatic experiences/trauma
Kultursensitiv sykepleie	Culture sensitive nursing/culturally sensitive care
Multikulturell sykepleie	Multicultural nursing
Opplevelse av helsetjeneste	Experience of health care system
Tilfredshet	(Patient) satisfaction
Psykisk helse/Psykisk helsevern	Mental health services/Psychiatric care/Psychiatric nursing care
Livskvalitet	Quality of life

Vedlegg II - PICO-skjema og søkehistorikk for artikkel I og II

PICO-skjema

P	I	C	O
Refugees/ immigrants	Cultural competence/culturally sensitive care/culture sensitive nursing		(Better) Mental health

Søkehistorikk til forskningsartikkel I og II

Database: CINHAL 7. februar, 2024

Søk nr.	Søkeord/kombinasjoner	Avgrensinger	Tallet på treff
S1	Immigrants*exp.		17 610
S2	Refugees*exp.		9 380
S3	S1 OR S2		25 875
S4	Cultural competence*exp.		12 041
S5	Cultural sensitivity *exp.		8 091
S6	Transcultural care*exp.		3 366
S7	S4 OR S5 OR S6		21 056
S8	Mental health*exp.		59 538
S9	S3 AND S7 AND S8		81
S10	S3 AND S7 AND S8	Tidsbegrensning (2019-2024)	37

Mp.=tekstord, exp.=emneord

På bakgrunn av dette søket ble disse artiklene valgt ut:

I: Silver, C, Williams, S & Forty, L. (2023). Cultural competency and mental health training for medical students: Learning from refugees and asylum seekers. *Health Education Journal*, 82(6), 708-721. <https://doi.org/10.1177/00178969231182104>

II: Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S. & Pfaff, K. (2021). Exploring the Impact of Health Care Provider Cultural Competence on New Immigrant Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Canadian Newcomers. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 508-517. [10.1177/1043659620967441](https://doi.org/10.1177/1043659620967441)

Vedlegg III - PICO-skjema og søkehistorikk for artikkel III og IV

PICO-skjema

P	I	C	O
Refugees/ immigrants	Cultural competence/transcultural care		Patient satisfaction

Søkehistorikk til forskningsartikkel III og IV

Database: PubMed 7. februar, 2024

Søk nr.	Søkeord/kombinasjoner	Avgrensinger	Tallet på treff
S1	Immigrants		63 066
S2	Refugees		19 826
S3	S1 OR S2		78 231
S4	Cultural competence		13 874
S5	Transcultural care		3 018
S6	S4 OR S5		16 277
S7	Patient satisfaction		165 061
S8	S3 AND S6 AND S7		117
S9	S3 AND S6 AND S7	Tidsbegrensning (2019-2024)	22

Søkeordene var ikke spesifisert om de er emneord eller tekstord fordi denne databasen ikke lar en skille disse. Databasen har en funksjon der den automatisk separerer søkeord, for eksempel «Cultural competence» hentes som «culture» og «competence» i tillegg til «cultural competence» som et stikkord. Skjermbilder av søkehistorikk er derfor vist i Vedlegg IV for mer detaljer om søket.

På bakgrunn av dette søket ble disse artiklene valgt ut:

III: Ličen, S. & Prosen, M. (2023). The development of cultural competences in nursing students and their significance in shaping the future work environment: a pilot study. *BMC Medical Education*, 23(819). <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04800-5>

IV: Lindberg, L.G, Mundy, S.S, Kristiansen, M, Johansen, K.S. & Carlsson, J. (2019). Satisfaction with mental health treatment among patients with non-Western migrant background: a survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic. *The European Journal of Public Health*, 29(4), 700-705. doi:10.1093/eurpub/ckz090

Vedlegg IV – Detaljert søkehistorikk for artikkel III og IV

History and Search Details				Download	Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#2	...	∨	<p>Search: (((immigrants OR (refugees)) AND (cultural competence)) OR (transcultural care)) AND (patient satisfaction)</p> <p>Filters: from 2019 - 2024</p> <p>((("emigrants and immigrants"[MeSH Terms] OR "emigrants"[All Fields] AND "immigrants"[All Fields]) OR "emigrants and immigrants"[All Fields] OR "immigrant"[All Fields] OR "immigrants"[All Fields] OR "emigration and immigration"[MeSH Terms] OR ("emigration"[All Fields] AND "immigration"[All Fields]) OR "emigration and immigration"[All Fields] OR "immigration"[All Fields] OR "immigrations"[All Fields] OR "immigrant s"[All Fields] OR "immigrate"[All Fields] OR "immigrated"[All Fields] OR "immigrates"[All Fields] OR "immigrating"[All Fields] OR ("refugee s"[All Fields] OR "refugees"[MeSH Terms] OR "refugees"[All Fields] OR "refugee"[All Fields])) AND ("cultural competency"[MeSH Terms] OR ("cultural"[All Fields] AND "competency"[All Fields]) OR "cultural competency"[All Fields] OR ("cultural"[All Fields] AND "competence"[All Fields]) OR "cultural competence"[All Fields])) OR ("transcultural"[All Fields] OR "transculturalism"[All Fields] OR "transculturally"[All Fields] OR "transculturation"[All Fields]) AND "care"[All Fields])) AND ("patient satisfaction"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "patient satisfaction"[All Fields])) AND (2019:2024[pdat])</p>	22	15:04:05

Translations

immigrants: "emigrants and immigrants"[MeSH Terms] OR ("emigrants"[All Fields] AND "immigrants"[All Fields]) OR "emigrants and immigrants"[All Fields] OR "immigrant"[All Fields] OR "immigrants"[All Fields] OR "emigration and immigration"[MeSH Terms] OR ("emigration"[All Fields] AND "immigration"[All Fields]) OR "emigration and immigration"[All Fields] OR "immigration"[All Fields] OR "immigrations"[All Fields] OR "immigrant's"[All Fields] OR "immigrate"[All Fields] OR "immigrated"[All Fields] OR "immigrates"[All Fields] OR "immigrating"[All Fields] OR "immigration's"[All Fields]

refugees: "refugee's"[All Fields] OR "refugees"[MeSH Terms] OR "refugees"[All Fields] OR "refugee"[All Fields]

cultural competence: "cultural competency"[MeSH Terms] OR ("cultural"[All Fields] AND "competency"[All Fields]) OR "cultural competency"[All Fields] OR ("cultural"[All Fields] AND "competence"[All Fields]) OR "cultural competence"[All Fields]

transcultural: "transcultural"[All Fields] OR "transculturalism"[All Fields] OR "transculturally"[All Fields] OR "transculturation"[All Fields]

patient satisfaction: "patient satisfaction"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "satisfaction"[All Fields]) OR "patient satisfaction"[All Fields]

Vedlegg V - Litteratormatrise

Artikkel I:

Tittel og forfatter	Cultural competency and mental health training for medical students: Learning from refugees and asylum seekers Silver, C, Williams, S & Forty, L. 2023
Hensikt	Å studere mental helse og opplevelser av bruk av helsetjeneste hos asylsøkere og flyktninger samt å tenke om behov for opplæring i kulturell kompetanse i bachelornivå.
Metode	16 asylsøkere, flyktninger og helsepersonell ble inkludert i focus groups. En gruppe for asylsøkere/flyktninger og den andre for helsepersonell.
Resultat	De fant at asylsøkere og flyktninger hadde spesifikke behov for mental helse. At det er barrierer som hindrer effektiv behandling/pleie til asylsøkere og flyktninger. De fant også at det er nødvendig med autentiske lærings situasjoner for studenter innen helse.
Konklusjon	Det må skje endringer på systemnivå når det gjelder kulturell kompetanse. Opplæringen i kulturell kompetanse må være autentisk og obligatorisk. Det er læringsrikt å lære om ekte erfaringer til pasientgruppen, og ikke noe fra nettstudier. Utdanning og opplæring på dette feltet er viktig for å forebygge at pasientgruppen ikke faller utenfor helsetjenesten.
Kommentar	Etisk vurdert av Cardiff University School of Medicine Research Ethics Committee. Studien har klare problemstillinger og ble gjennomført ved å skape trygt miljø for begge gruppene. Har beskrivelsen av konkrete eksempler på temaene.

Artikkel II:

Tittel og forfatter	Exploring the Impact of Health Care Provider Cultural Competence on New Immigrant Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Canadian Newcomers Zghal, A., El-Masri, M., McMurphy, S. & Pfaff, K. 2021
Hensikt	Å studere perspektivet til flyktninger i forhold til helsepersonell sin kulturelle kompetanse og hvordan kulturell kompetanse virker på flyktingenes livskvalitet.

Metode	Undersøkelse ble sendt til 117 innvandrere.
Resultat	Opplevelsen av diskriminering påvirker negativt på generell livskvalitet, og psykiske, sosiale og miljømessig områder hos innvandrerne.
Konklusjon	Studien fant at tre variabler har signifikans for opplevelsen av ens livskvalitet. De er opplevelser av diskriminering, bruk av tolk og tillit til helsepersonell. I tillegg kan alder, utdanning og antall barn påvirke innvandreres helserelaterte livskvalitet. At en bedre forstår innvandreres perspektiver har potensialer for å forbedre livskvalitet, å redusere ulikheter i helsetjenesten og å fremme innvandreres og deres familiers integrering i samfunnet.
Kommentar	Etisk vurdert av the University of Windsor's Research Ethics Board. Studien kategoriserer ikke om innvandrerne var asylsøkere, flyktninger eller andre typer innvandrere. Men halvparten av innvandrerne var fra Syria eller Irak.

Artikkel III:

Tittel og forfatter	The development of cultural competences in nursing students and their significance in shaping the future work environment: a pilot study Ličen, S. & Prosen, M. 2023
Hensikt	Å vurdere kulturell kompetansenivået hos sykepleierstudenter 10 år etter introduksjon av transkulturell sykepleie i studieprogram i Slovenia.
Metode	Studien er basert på cross-sectional design. 180 sykepleierstudenter ble inkludert i datasamlingen på nettet. Cultural Competence Assessment Tool (CCATool) ble brukt for undersøkelsen.
Resultat	Studentene viste høyt nivå av kulturell kompetanse, men hadde forbedringspotensial på kultur sensitivitet. Det var en betydelig gap mellom subjektiv skåring og objektiv skåring når det gjelder kultur kunnskap hos studentene som hadde utenlandsopphold mer enn 6 måneder og de som ikke hadde.
Konklusjon	Studentene hadde høyt nivå av kulturell kompetanse, men hadde rom for forbedring i kulturell sensitivitet. Det fins demografiske og sosiale variabler som påvirker ens kulturell kompetanse. Funnene kan tas inn når utdanningsinstitusjoner utvikler sine studieprogram.
Kommentar	Etisk vurdert av the National Medical Ethics Committee of the Republic of Slovenia. Studien har klare problemstillinger. Studien

	diskuterer også sosiale determinanter som kan påvirke kulturell kompetanse hos studentene. Studien beskriver samtidig svake sider. Undersøkelsen kan inneholde bias og mangle nøyaktighet i svarene. Studiekohorten representerer ikke landet.
--	--

Artikkel IV:

Tittel og forfatter	Satisfaction with mental health treatment among patients with non-Western migrant background: a survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic Lindberg, L.G, Mundy, S.S, Kristiansen, M, Johansen, K.S. & Carlsson, J 2019
Hensikt	Det er få studie om tilfredshet i mental helsetjeneste blant ikke-vestlige innvandrere. Hensikt med denne studien er; å beskrive i hvilken grad er ikke-vestlige innvandrere tilfreds med mental helsetjenesten i the Competence Centre for Transcultural Psychiatry. Den søker også å studere om det er behandlingsrelaterte faktorer, som ble svart på i undersøkelsen, knyttet til generell pasienttilfredshet i behandling.
Metode	En tverrsnittstudie. Undersøkelsen om pasienttilfredshet ble sent til 896 deltakere.
Resultat	686 deltakere var med på undersøkelsen som ble telt som 76,6% i svarprosent. Halvparten av deltakerne fikk tolk i behandlingstimen. 82,6% av deltakerne svarte at de generelt sett er fornøyde med behandlingen da de fleste opplevd at de var forstått kulturelt og at behandlingen hadde effekt og at de fikk adekvat informasjon om deres sykdommer og behandling. Kombinasjon av reduksjon i mentale symptomer og forbedring i funksjonen samt oppmerksomhet på pasientenes ulike helsebekymringer og sosiale/kulturell behov bør fortsatt være et fokusområde av helsepersonell når en deltar i behandling av pasientgruppen.
Konklusjon	Kombinasjon av reduksjon i mentale symptomer og forbedring i funksjonen samt oppmerksomhet på pasientenes ulike helsebekymringer og sosiale/kulturell behov bør fortsatt være et fokusområde for helsepersonell når en deltar i behandling av pasientgruppen.
Kommentar	Etisk vurdert av the National Committee on Health Research Ethics, og studiedataene ble behandlet etter den danske loven om databeskyttelse. Majoriteten av studieobjektene som ikke ble

	inkludert var unge menn som hadde bodd i Danmark kortere enn de som svarte på undersøkelsen.
--	--