

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Kristin Rislien og Amanda Tronrud

Det flerkulturelle sykehuset

The multicultural hospital

Når pleien blir utfordret av forskjeller

When care is challenged by differences

Dato: 19.05.16

Antall ord: 9930

Abstrakt:

Innledning: Norge blir stadig et mer flerkulturelt land, og pasienter med en annen kulturbakgrunn blir derfor også en økende pasientgruppe i det norske helsevesenet. Når sykepleiere og fremmedspråklige møtes kan det oppstå utfordringer og misforståelser på tvers av kulturene. **Hensikt:** Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse kommunikative og kulturelle utfordringer sykepleiere står overfor i møte med fremmedspråklige pasienter i sykehus.

Metode: Det ble gjennomført en allmenn litteraturstudie, og søk i anerkjente databaser. Etter artikkelgranskningen ble det valgt ut 13 vitenskapelige artikler for å besvare studiens hensikt.

Resultat: Resultatet viser at to av de største utfordringene sykepleiere får i møte med fremmedspråklige er kommunikasjonsproblemer og kulturforskjeller. For å minske språkbarrieren kan tolk benyttes, noe sykepleiere har både positive og negative erfaringer med. Sykepleiere har mangel på kulturell kompetanse. Dette gir utfordringer i forhold til de kulturelle forskjeller som ulike ritualer, normer, atferd, kjønnsroller og regler. Bedre kulturell kompetanse er viktig for at sykepleierne lettere kan utøve helhetlig sykepleie. **Diskusjon:**

Kommunikasjonsbarrierer gir utfordringer i pleien og i relasjonsbyggingen. Kulturforskjellene gir sykepleieren utfordringer for å forstå pasienten. De har ulike kjønnsroller, sykdomsforståelse og forventninger til pleie og behandling. Sykepleiere trenger mer kunnskap om ulike kulturer. Kurs og fagdager på avdelingen må være et tilbud for å imøtekomme kulturell kompetanse.

Konklusjon: Sykepleiere opplevde ulike utfordringer i møte med fremmedspråklige pasienter. Dette var noe som påvirket deres evne til å utøve tilstrekkelig omsorg. For å imøtekomme og gi optimal omsorg må den kulturelle kompetansen økes, både under utdanning og i avdeling.

Nøkkelord: Kulturforskjeller, kommunikasjonsutfordringer, kulturell kompetanse, sykepleie, sykehus, fremmedspråklig

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON.....	1
1.1 BEGREPSAVKLARING.....	3
1.2 HENSIKT	3
2.0 METODE	3
2.1 Litteraturstudie som metode.....	3
2.2 Fremgangsmåte i søking av artikler	3
2.3 Inkludering og ekskluderingskriterier	4
2.4 Analyse	4
2.5 Ethiske vurderinger	5
3.0 RESULTAT.....	6
3.1 Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleieren og den fremmedspråklige pasient..	6
3.2 Bruk av tolk som hjelpemiddel.....	6
3.3 Kulturell atferd og ulikheter	7
3.4 Sykepleieres mangel på kulturell kompetanse	9
4.0 DISKUSJON	9
4.1 Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleieren og den fremmedspråklige pasient..	9
4.1.1 Flerkulturell kommunikasjon	9
4.1.2 Viktigheten med nonverbal kommunikasjon.....	10
4.1.3 Når språkforskjellen avgjør omsorgen	11
4.1.4 Formidling av informasjon	12
4.1.5 Tillit i det flerkulturelle møtet	13
4.2 Bruk av tolk som hjelpemiddel.....	15
4.2.1 Utfordringer med bruken av pårørende som tolk	16
4.3 Kulturell atferd og ulikheter	17
4.3.1 Kjønnroller	17
4.3.2 Smerteopplevelser	18
4.3.3 Religion og tro	19
4.3.4 Ulike sykdomsopplevelser.....	20
4.3.5 Pårørendes rolle	21
4.4 Sykepleieres mangel på kulturell kompetanse	23
5.0 METODEDISKUSJON.....	26
6.0 KONKLUSJON.....	27
7.0 LITTERATURLISTE.....	28
8.0 VEDLEGG	36
.....	55

1.0 INTRODUKSJON

Denne bacheloroppgaven tar opp sykepleierens utfordringer i møte med fremmedspråklige pasienter i sykehus. Det er valgt å skrive i et sykepleieperspektiv, da det er sykepleierens opplevelser og utfordringer det var ønskelig å fokusere på. Funnene i litteraturstudiet vil primært bli drøftet i lys av Leininger og Travelbees sykepleieteorier. Magelssen, Hanssen og Eide & Eide spiller også en sentral rolle i diskusjonen.

1. januar 2015 var det registrert 669 400 fremmedspråklige i Norge, som utgjør 10 % av Norges befolkning. Den største andelen fremmedspråklige kommer fra Polen, Sverige og Litauen (Statistisk sentralbyrå, 2016). Gjennom globalisering og innvandring fra ulike deler av verden, har det norske samfunnet blitt stadig mer mangfoldig og sammensatt. Norge blir også i økende grad et flerkulturelt samfunn på grunn av flyktningekrisen slik den har utviklet seg (Østby, 2015). Mennesker med en annen kulturell bakgrunn er derfor en pasientgruppe som øker i det norske helsevesenet (Rødal, 2012). Dette innebærer at sykepleiers arbeidshverdag inneholder et økende antall flerkulturelle møter (Lunde & Texmon, 2013). I situasjoner der det ikke fins fellesverdier og likheter blant kulturelle og etniske grupper kan det lett oppstå misforståelser. Misforståelser oppstår når sykepleier og pasient har ulikt kunnskapsgrunnlag, sykdomsforståelse og forventninger til helsesituasjonen (Rødal, 2012, Østby, 2015).

Uavhengig av kulturbakgrunn, religion og tilhørighet skal Norges helsetjeneste yte likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. Språk- og kulturforskjeller gir utfordringer i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Dermed blir det vanskeligere å yte gode helsetjenester. Liten kjennskap til pasientenes kulturelle bakgrunn fører lett til misforståelser. For det første kan det bli problematisk å behandle en person likeverdig når forståelsen av symptomer, medisiner og generelt grunnleggende sykdomsbegreper varierer fra etniske norske pasienter. For det andre må sykepleier mestre kulturelle tabubelagte områder og kulturregulerte behov uten å krenke pasientens krav om respekt og verdighet (Janbu, 2008).

Språk-, kjønn- og kulturforskjeller utfordrer sykepleieren. Helsepersonell er ansvarlig for å sikre kvalifisert tolk i den hensikt at informasjonen blir gitt og forstått slik den er tiltenkt (Helsedirektoratet, 2011). Kvalifisert tolk er helt avgjørende og en grunnleggende forutsetning for ivaretagelse av pasientens rettigheter (Helsedirektoratet, 2011). For at pasienten skal kunne medvirke i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester er det viktig at pasienten er riktig og godt informert. Det er lovfestet at *“Pasienten skal ha den*

informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen” (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001). Videre står det at “Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon” (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001).

Jo større kulturforskjeller, jo større utfordringer kan sykepleiere møte i arbeidshverdagen (Rødal, 2012). Kultur har ulike definisjoner. En av definisjonene er “de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn” (Magelssen, 2008). Et viktig poeng i denne definisjonen er at forskjeller mellom folkeslag ikke er medfødt. De skyldes derimot at mennesker som levde i ulike samfunn hadde skaffet seg andre ferdigheter og kunnskaper fordi samfunn og naturmiljø krevde det. Kultur er altså tillært og ikke medfødt (Eriksen, T.H., Sajjad, T. A., & Kutal, F., 2006).

Den fremmedspråklige pasienten kan ha et annet forhold til tro, atferd, språk, mat, klær, familie, smerte, sykdom og holdninger enn en etnisk norsk pasient (Magelssen, 2008). Disse aspektene kan føre til misforståelser og mistolkninger i møte mellom sykepleier og den fremmedspråklige pasient. Mange innvandrere oppsøker sine egne landsmenn i det nye landet de bosetter seg i. Ved å dele et fellesskap av samme kultur og språk, gir dette en følelse av tilhørighet. Av den grunn kan det medføre vanskeligheter med å integrere seg (Hanssen, 2005). Dette kan føre til at de distanserer seg fra den norske kulturen mer enn å bli integrert. Bakgrunnen og kulturen deres vil påvirke holdninger knyttet til sykdom, livsstil, liv og død. Denne utfordringen påvirker sykepleiers omsorgsutøvelse (Hanssen, 2011).

Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om ulike kulturer og om pasientens bakgrunn. Denne kunnskapen vil øke forståelsen for pasientens atferd og forventninger til helsehjelpen (Hanssen 2011). Sykepleiers omsorgsutøvelse skal ikke påvirkes av individets hudfarge, tro, kultur, nasjonalitet og bakgrunn. Menneskets tro, verdi, skikk og rettigheter skal være grunnlaget i omsorgen som gis (Norges Sykepleierforbund, 2011).

1.1 BEGREPSAVKLARING

Fremmedspråklig: Begrepet fremmedspråklig blir brukt i oppgaven. En fremmedspråklig pasient defineres i denne oppgaven som en person med innvandrerbakgrunn, og som har begrensede eller ingen norskkunnskaper.

Innvandrer: Personer født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandske besteforeldre. Innvandrere har på et tidspunkt flyttet til Norge.

Kulturell kompetanse: Beskrives som en prosess der man søker og innhenter en kunnskapsbase om ulike kulturelle grupper. Kompetanse er et individs evne til å utføre en oppgave på riktig måte. Kompetanse kan sees på som en kombinasjon av kunnskaper, ferdigheter og oppførsel brukt til å forbedre ytelse, eller evne til å utføre en gitt rolle.

Språkbarriere: Med dette menes et hinder for effektiv kommunikasjon. Dette oppstår når folk som snakker forskjellig språk forsøker å kommuniserer med hverandre.

1.2 HENSIKT

Hensikten med denne studien er å belyse kommunikative og kulturelle utfordringer sykepleiere står overfor i møte med fremmedspråklige pasienter i sykehus.

2.0 METODE

2.1 Litteraturstudie som metode

Metoden som er brukt i oppgaven er en allmenn litteraturstudie innenfor et valgt tema. En allmenn litteraturstudie innebærer at en beskriver og analyserer utvalgte studier, men sjelden på en systematisk måte. Hensikten med et litteraturstudie er å sammenstille en beskrivende bakgrunn som motiverer at et empirisk studie blir gjort, eller beskriver kunnskapsgrunnlaget i et bestemt område (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25).

2.2 Fremgangsmåte i søking av artikler

For å finne artikler ble det foretatt søk i ulike vitenskapelige databaser som Medline, SweMed+, PubMed og Science Direkt. Første steg ble en diskusjon rundt relevante søkeord.

Deretter ble det utført flere søk. Søkeordene ble endret underveis og tilslutt ble blant annet disse søkeordene benyttet: transcultural nursing, communication, cultural compency, qualitative research, nurse-patient-relation, interpretation, language barriers, refugees og ethnic groups. Vedlagt ligger en oversikt over søkestrategier (vedlegg 1).

Abstraktet ble kun lest dersom tittelen ble ansett som relevant for litteraturstudiets hensikt. Dersom abstraktet var relevant, ble artikkelen gransket i sin helhet. Det ble brukt to tabeller for gransking av forskningsartikler (vedlegg 4 og vedlegg 5). Artiklene som ble ansett som nyttig for oppgaven ble inkludert til senere bruk, mens artiklene som ikke var relevante ble forkastet. Totalt 13 artikler ble til slutt valgt. Vedlagt ligger en oversikt over inkluderte artikler (vedlegg 2).

2.3 Inkludering og ekskluderingskriterier

Litteraturstudien tar utgangspunkt fra sykepleieperspektivet. Valg av tema er kommunikasjon, kultur og sykepleierens kulturelle kompetanse. Fokuset er på pasienter som ikke deler samme språk og kultur som sykepleieren. For å avgrense oppgaven ble det fokusert på sykehusinnlagte, vokse pasienter, uansett sykdom og behandlingsforløp. Det er fokusert på begge kjønn på grunn av ulike roller. Målgruppen er først og fremst rettet mot innvandrere fra Midtøsten og nordlige Afrika. Tidsperioden ble avgrenset til 2005-2015. Likevel er tre av artiklene mer enn 10 år gamle, men ble inkludert på grunn av relevans for oppgaven.

I utvelgelsen var det ønskelig å finne flest mulig artikler som hadde overføringsverdi til norsk kultur og norske forhold. Hovedsakelig kommer forskningsartiklene fra Europa, men søket ble utvidet. 10 av 13 er fra Europa. Artiklene fra Australia og USA ble inkludert på grunn av deres relevans.

Begrepet "ikke-vestlig" ble ekskludert da dette kan oppleves stigmatiserende for noen grupper (Høydahl 2008). Derfor havnet valget om å bruke fremmedspråklige og innvandrere gjennom oppgaven som en definisjon på pasientgruppen.

2.4 Analyse

Analysen er inspirert av en manifest innholdsanalyse. Innholdsanalysen er preget av at forskeren på en systematisk og trinnvis måte klassifiserer data for enklere å kunne identifisere mønstre og temaer. Målet er å beskrive spesifikke fenomener. Alle innholdsanalyser har til

felles at man forsøker å lage en objektiv og systematisk beskrivelse av tekstinnholdet (Forsberg & Wengström, 2013). Analysen deles i fire trinn: Meningsbærende enheter ble identifisert i utvalget som er relevant for hensikten. Disse ble kodet og senere utviklet til subkategorier. Subkategoriene ble fundamentet til hovedkategoriene (vedlegg 3). Dette blir presentert som overskrifter i resultatdelen. Disse hovedkategoriene vil utgjøre grunnlaget for resultatet og diskusjonen:

- 1) Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleieren og den fremmedspråklige pasient
- 2) Bruk av tolk som hjelpemiddel
- 3) Kulturell atferd og ulikheter
- 4) Sykepleierens mangel på kulturell kompetanse

2.5 Etiske vurderinger

Et krav som ble stilt da det ble søkt artikler var at de skulle være vektlagt etiske betraktninger (Forsberg & Wengström, 2013, s. 151). I studier som involverer mennesker eller dyr, må forskning håndtere etiske problemer. Etikk kan være utfordrende da etiske krav noen ganger kommer i konflikt med ønsket om å produsere strenge bevis. På lik linje som man tar hensyn til etikk i sykepleieutøvelsen, skal en ta hensyn til etikk i forskning. Når mennesker blir brukt som forskningsdeltagere, må rettighetene deres sikres, spesielt når mennesker blir benyttet som kilde (Polit & Beck, 2012, s.150). Det er forbudt å plagiere andres arbeid (Forsberg & Wengström, 2013). Når det siteres fra teori blir det derfor henvist til kilde for å unngå plagiat.

I utvalget er det tre studier som ikke er godkjent av etisk komite, men i stedet er deltagerne anonyme. Skriftlig og muntlig samtykke ble innhentet for å sikre personens rettigheter.

3.0 RESULTAT

3.1 Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleieren og den fremmedspråklige pasient

En stor utfordring sykepleiere møter, er kommunikasjonsproblemer på grunn av ulike språk. Språkforståelsen gjør det vanskeligere for sykepleiere å skape relasjon med den fremmedspråklige pasienten. Dette påvirker tillitsforholdet (Høye og Severinsson, 2009). Konsekvensen av en slik barriere er at sykepleieren ikke får nok kunnskap om pasientens bakgrunn og historie (McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy, 2013).

Et annet problem sykepleiere møter var å overholde plikten til å gi informasjon på en forståelig måte. Bekymringen over dette problemet innebar ofte hvorvidt pasienten forsto informasjonen, spesielt i forhold til diagnose og behandling. Dårlig informasjon kan medføre at pasienten misforstår sin egen situasjon (Høye & Severinsson, 2009, Richardson, Thomas & Richardson, 2006). Språkforskjellene medfører i tillegg at pasientene ikke kunne uttrykke sine bekymringer og stille spørsmål (McCarthy et al., 2013).

Ved språkforskjeller må en finne andre metoder for å kommunisere når tolk ikke er tilgjengelig. Nonverbale verktøy som kan benyttes er tegnspråk, peking, enkle ordkort og gestikulering. For å sikre fullstendig forståelse av informasjonen er ikke nonverbale verktøy optimale. Selv om dette begrenser samtalen, viser det likevel interesse, tillit og omsorg (Richardson et al., 2006, McCarthy et al., 2013, Cioffi, 2002).

3.2 Bruk av tolk som hjelpemiddel

En utfordring med tolk var begrenset tilgjengelighet, spesielt på helg og natt, samt på kort varsel. Dette var et stort problem i akutte situasjoner (Richardson et al., 2006). Et annet problem var usikkerhet om hva tolken faktisk fortalte pasienter. Noen sykepleiere opplevde at tolken ikke tolket direkte eller endret betydningen av informasjonen som skulle oversettes. Et eksempel på dette var da pasienten skulle ha en samtale med sykepleier, via tolk. Hensikten med samtalen var at den syke pasienten skulle fortelle sine bekymringer om diagnosen. Problemet med samtalen var at tolken ikke oversatte direkte, og at sykepleier ikke visste akkurat hva som ble oversatt. Tolken tolket sykepleierens budskap med at pasienten ikke

hadde noe å bekymre seg for, når tilfellet var det motsatte. Slike situasjoner var ofte et problem i samarbeid med tolk (McCarthy et al., 2013, Richardson et al., 2006).

Tidsmangel var en faktor for at det ikke ble tilkalt tolk. Det ble brukt pårørende i stedet (McCarthy et al., 2013). Det førte til problemer med å overholde taushetsplikten (Richardson et al., 2006, Cioffi, 2002). En annen utfordring med pårørende som tolk var når pasient og pårørende kunne holde igjen viktig informasjon for å beskytte hverandre (Nielsen & Birkelund, 2009). En sykepleier fortalte *“I noen situasjoner der familiemedlemmer er tilstede, ble det følt at pårørende holdt tilbake informasjon og var redde for å fortelle hva som hadde skjedd”*. Videre fortalte sykepleieren at *“Det blir brukt enormt mye penger på tolketjenesten, og da er det lett å anvende familien når de er tilstede. Hvis en pasient snakker litt dansk pleier vi som regel å gestikulere oss frem i samtalen, i stedet for å tilkalle tolk”* (McCarthy et al., 2013).

I noen kulturer er det å bruke tolk et brudd på kulturens normer, spesielt når det er en mannlig tolk som skal formidle intime problemer for en kvinnelig pasient (Richardson et al., 2006). En annen kulturell norm er den muntlige tradisjonen med å spre budskap. Sykepleiere opplever ofte at fremmedspråklige pasienter uttrykte frykt for at tolken skal spre rykter til miljøet som pasienten omgås i. I slike tilfeller vil bruk av pårørende som tolk være en fordel da pasientene stoler på dem (Cioffi, 2002, Richardson et al., 2006, Nielsen & Birkelund, 2009).

3.3 Kulturell atferd og ulikheter

I studien til Richardson, Thomas og Richardson (2006) var den største utfordringen møtet med en fremmed atferd. Denne atferden besto av ukjent kroppsspråk og bevegelse, beskrevet som dramatisk, styrt av regler, ritualer og religion (Richardson et al., 2009, Dellenborg et al., 2012, Lundberg et al., 2005). Slik oppførsel gjorde det vanskelig for sykepleiere å vurdere pasientens tilstand på grunn av manglende kulturell kunnskap. Det er spesielt problematisk når sykepleier skal tolke pasientens symptomer i slike situasjoner. Konsekvensen av dette er at det lett kan oppstå misforståelser mellom sykepleier og den fremmedspråklige pasienten (Lundberg et al. 2005).

Et flertall av sykepleierne uttrykte at kjønnsforskjeller påvirket deres sykepleieutøvelse (Dellenborg et al., 2012, Høye & Severinsson, 2008, Lundberg et al., 2005). Mange har opplevd at pasienter nektet å motta behandling av det motsatte kjønn. Dette skapte frustrasjon

blant sykepleierne. De følte seg mindre respektert som profesjonelle (Simmelink, Lightfoot, Dube, Blevins & Lum, 2013).

I studien til Dellenborg et al. (2012) observerte sykepleierne at menn ofte er overhodet og “jernhånden” i familien. Det var mannen som skulle bestemme hva kvinnen og familien skulle få vite og gi uttrykk for. Dette ble et stort problem for sykepleierne. De beskrev flere episoder der de ikke visste om informasjonen som ble gitt ble forstått og meddelt til den kvinnelige pasienten (Dellenborg et al., 2012).

Erfaringer blant flere sykepleiere var at fremmedspråklige ofte uttrykte smerte annerledes. Pasientens smerteuttrykk ble opplevd som vanskelig å tolke, spesielt med tanke på troverdighet og reelt behov for smertelindrende (Høye & Severinsson, 2009, Nielsen & Birkelund, 2009, Lundberg, 2005). Utfordringen ble størst da sykepleierne måtte skjerme andre pasienter på grunn av høylytte smerteutbrudd (Nielsen & Birkelund, 2009).

Sykepleierne opplevde at pasientens religiøse tro påvirket deres sykdomsopplevelse og deres beslutning om en adekvat behandling (Richardson et al., 2006). Sykepleiere havnet jevnlig i ubehagelige situasjoner. Det oppsto utfordringer mellom praksiskunnskaper, respekt for pasienten og personlige meninger. Dette førte ofte til sinne, frustrasjon og tristhet blant sykepleierne, samt redsel for å miste tillit fra pasienten. Sykepleiere ble dermed konfrontert med egne følelser i et flerkulturelt møte (Dellenborg et al., 2012).

Pasienter fra fremmede kulturer har ofte en mer utvidet familiestruktur. Dette kan skape utfordringer på avdeling. Et eksempel var når pårørende kom i store antall (Høye & Severinsson, 2008, Høye & Severinsson, 2009, Lundberg et al., 2005, Nielsen & Birkelund, 2009). Problemet oppsto først og fremst når pårørendes tilstedeværelse ble et hinder for at sykepleier skulle kunne utføre sine prosedyrer. Sykepleiere rapporterte også at noen pårørende hadde mangel på respekt for avdelingens besøkstider. Sykepleierne aksepterte derimot at språkkunnskapene kan være et hinder for pårørendes forståelse (Høye & Severinsson, 2009).

Det er svært vanlig i flere kulturer at pårørende har ansvaret for matlaging (Simmelink et al., 2013). Det positive med dette er at pasientene er vant med andre matvarer og matvaner. Ved å spise kjent mat kan pasientene enklere opprettholde ernæringsstatusen. Problemer kan derimot oppstå i forbindelse med matlukt, og kan oppleves ubehagelig for andre pasienter (Lundberg, 2005, Nielsen & Birkelund, 2009).

3.4 Sykepleieres mangel på kulturell kompetanse

Mangel på kulturell kompetanse er det som oftest danner negativ adferd og stereotyper (Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen & Stronks, 2010). Kulturell kompetanse er å ha kjennskap til religion, kultur, språk og sosiale situasjoner. Dette er en forutsetning for å kunne utøve god omsorg. Disse kunnskapene kan bidra til å oppdage traumatiske hendelser tidligere i behandlingsforløpet og personlige problemer hos innvandrerpasienter (Ekblad, et al., 2000, Pergert et al., 2008).

Sykepleiere opplevde det som en utfordring at de hadde begrenset kunnskap om kulturelle og religiøse verdier. Videre viser resultatet at sykepleierne hadde lite opplæring om hvordan de skulle håndtere etnisk, religiøs og kulturelt mangfold (Høye & Severinsson, 2008, Richardson et al., 2006). Studien til Richardson et al. (2006) fortalte sykepleiere at de ønsket flere kurs, fagdager og mer undervisning omkring kommunikasjon med mennesker fra ulike kulturer. Flere sykepleiere uttrykte at det var et problem med for lite undervisning om kulturelle forskjeller i sykepleierstudiet. Kunnskapen om innvandrere kom gjennom aviser, tv, radio, reiser og kurs (Michaelsen, Krasnik, Nielsen, Norredam & Torres, 2004).

Noen sykepleiere uttrykte at selv om de hadde kjennskap til ulike kulturer, opplevde de allikevel utfordringer i møte med fremmedspråklige pasienter. Dette begrunnet de med at det var mange individuelle forskjeller innen hver enkelt kultur (Richardsson et al., 2006). Det er viktig å ha kulturell kompetanse for å skape en god relasjon, omstille seg til nye situasjoner, være fleksibel og kreativ i omsorgen (Suurmond et al., 2010).

4.0 DISKUSJON

4.1 Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleieren og den fremmedspråklige pasient

4.1.1 Flerkulturell kommunikasjon

Resultatet viser utfordringer innenfor fortolkning og gjensidig forståelse. Ulikheter innenfor kultur kan være store, spesielt i forhold til språk, normer og verdier. På tvers av kultur- og språkgrenser kan kommunikasjonen gi utfordringer nettopp når det gjelder gjensidig

forståelse. Kommunikasjon mellom kulturer skal ikke nødvendigvis kreve andre ferdigheter enn innenfor samme kultur. Som sykepleier er det viktig å ha innsikt i andres språk og kultur. Selv om kulturforskjellene kan være store er det de individuelle behovene som anerkjennelse, omsorg og respekt felles for de fleste. Det er viktig å ha evnen til å kunne unngå fordommer og stereotyper. Dette innebærer å sette seg inn i andres situasjon, på tross av ulik kulturell bakgrunn (Eide & Eide, 2007).

Resultater viser kommunikasjonsproblemer i form av at pasienten ikke får muligheten til å uttrykke egne tanker, følelser og behov. Dette kan føre til at personen blir sosialt isolert. For det første vil en pasient med et fremmed språk ha vanskeligheter med å formidle sykdom, angst og smerter. For det andre vil det begrense forståelsen med å oppfatte informasjonen som blir gitt. For det tredje vil det også påvirke evnen til å mestre stress og forandringer i omgivelsen, som igjen kan ha negativ innvirkning psykisk og fysisk. Språket til innvandrere blir et hinder for å skape et sosialt nettverk. Hverdagens samhandling krever derfor mye energi og tankearbeid. Denne samhandlingen kan for noen være så problematisk at de også på denne måten ender med å isolere seg fra samfunnet og fremmede mennesker (Hanssen, 2011).

Tiltak for å mestre kommunikasjonsutfordringer er at sykepleieren bruker tolk og kartlegger forståelsen av språk. Sykepleier bør i tillegg unngå ja og nei spørsmål og heller bruke spørsmål som må besvares med fullstendige setninger. Dette gir muligheten til å få innsikt i pasientens forståelse og språkkunnskaper (Hanssen, 2011, Eide & Eide, 2007). Flaathens studie (2009) viser at flere sykepleiere håndterte kommunikasjonsutfordringer ved å be pårørende lage ordliste. Sykepleierne prøvde å hilse på pasientens språk, og la stor vekt på eget kroppsspråk for å oppnå forståelse og kontakt. Dette vil bidra til å skape en relasjon. Sykepleiers oppgave er ifølge Travelbee (2005) å anerkjenne pasienten som et unikt individ, utvikle et menneske- til menneske forhold, for dermed å møte behovene til pasienten. Slik oppfylles sykepleiers hensikt (Travelbee, 2005).

4.1.2 Viktigheten med nonverbal kommunikasjon

Resultatet viser en utfordring ved at nonverbal kommunikasjon begrenser samtalen. Nonverbal kommunikasjon innebærer ulike bevegelser, kroppsholdning, øyekontakt og ansiktsuttrykk. Det nonverbale er like avgjørende som det verbale i forståelsen av den andre parten. Omtrent 70 % av vår kommunikasjon består av nonverbale signaler, som er med på å skape relasjoner. Signalene er viktige i forhold til relasjonsbygging mellom pasient og

sykepleier. Ved at sykepleierne viser at de vil hjelpe, vil pasienten få en følelse av trygghet og ivaretagelse. De ulike uttrykksformene avslører ofte spontane reaksjoner, som gir rom for fortolking og feiltolking (Eide & Eide, 2011).

Sykepleieren må identifisere pasientens problem før det kan løses. Det som kjennetegner god omsorg er å bruke god tid med pasienten. Dette er nødvendig for å få til en god dialog slik at pasienten føler seg respektert og at riktig pleie og behandling blir iverksatt (Flaathen, 2009). Resultater viser at flere sykepleiere tok seg tid til å bruke ordkort, bilder, peking og kroppsspråk når de ikke hadde felles språk. Eide og Eide (2011) hevder at en kan komme langt ved bruke tid, lytte til pasienten, bruke kroppsspråket og tegne. Hvis meningen med kommunikasjonen er å berolige pasienten, viser sykepleier omsorg med å snakke med et rolig toneleie. Det nonverbale språket kan berolige og formidle trygghet ved at sykepleieren viser tålmodighet og tilstedeværelse (Eide & Eide, 2011).

Den nonverbale kommunikasjonens signaler og uttrykk har ulik betydning i de forskjellige kulturene. Nonverbale tolkninger er vanskelig når man ikke kjenner kulturen (Flaathen, 2009). På den ene siden kan dette skape misforståelser, mistolkninger og følelsen av ikke å bli respektert. Et eksempel på nonverbal misforståelse er å vise en ring formet av tommel og pekefinger. Dette kan tolkes som “bra” og “alt i orden”, til “verdiløs” og “penger” ut i fra hvilken kultur du kommer fra (Burgoon et al., 1996 gjengitt i Eide & Eide, 2011). Et annet eksempel er å peke mot tinningen med pekefingeren. Dette kan signalisere dumhet, men kan også tolkes som en annen person sin høye IQ (Eriksen og Sørheim 2006, gjengitt i Eide & Eide, 2011). På den andre siden er nonverbale signaler universelle. Dette gjelder spesielt signaler om trussel og følelser som angst, sorg og sinne. Selv ved kommunikasjonsvanskeligheter, er det mulig å oppfatte hverandres følelser som redsel, sinne og frykt (Eide & Eide, 2011).

4.1.3 Når språkforskjellen avgjør omsorgen

Resultatet viser at flertallet av sykepleierne opplevde kommunikasjonsproblemer i møte med språkforskjeller, som påvirket deres omsorgsutøvelse. Dette gir konsekvenser i form av at pasientene ikke får uttrykt seg og sykepleiere kan misoppfatte pasientens behov (Hanssen 2005). Magelssen (2008) påpeker at helsearbeidere og pasienter med innvandrerbakgrunn strever når de møter hverandre. All samhandling med pasienten gir sykepleieren muligheten til å skape en relasjon og til å ivareta grunnleggende behov. Dette blir utfordret i det

flerkulturelle møte. Sykepleierens holdninger avgjør kvaliteten på handlingene som blir utført (Travelbee, 2005). Travelbee legger spesielt vekt på viktigheten med gjensidig kommunikasjon, der begge parter deltar aktivt i forståelsen. Kommunikasjon bidrar til omsorgsutøvelse, både gjennom verbale og nonverbale verktøy. Hva som formidles i samhandlingen gir kunnskap som kan ha betydning for begge parter. Dette påvirker graden av mellommenneskelig nærhet. Disse utsagnene viser viktigheten av en gjensidig forståelse, som kan være utfordrende i et fremmedspråklig møte. For å kunne yte god omsorg er det nødvendig at sykepleier forstår ulike kulturelle verdier hos fremmedspråklige pasienter (Travelbee, 2005). Når sykepleier og pasient ikke deler samme språk, er det viktig at sykepleiere kjenner til ulike kommunikasjonsverktøy. I følge Travelbee (2005) er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskap for å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasientene. Sykepleiere bør derfor være bevisst på kommunikasjonsverktøy som valg av ord, tonefall, berøring og kroppsspråk. Denne typen kommunikasjon gjør at sykepleier blir kjent med pasienten som person og dermed danner en relasjon (Travelbee, 2005, Eide & Eide, 2013, Kristoffersen, 2011). Etter funnene i resultatet kan man stille seg spørsmålet om Travelbees teori faktisk er oppnåelig i et flerkulturelt møte.

Leininger hevder at essensen i sykepleie er omsorg. Det gir verdighet til mennesker og inspirerer mennesker til både å bli frisk og hjelpe andre. Hennes teori om transkulturell sykepleie fokuserer på hva det er å bry seg. Faktorer i sykepleiepraksis er hvordan en best kan ivareta dem som trenger pleie og omsorg. Transkulturell sykepleie bygger på «Culture Care Theory». Denne belyser omsorgsforskjeller og likheter i ulike samfunn. Sykepleiere bør anvende denne teorien for å ha kunnskap om hvilke faktorer som kan påvirke omsorgsresultatet (Leininger & McFarland, 2006).

4.1.4 Formidling av informasjon

En stor utfordring er å gi tilstrekkelig informasjon til fremmedspråklige pasienter. I resultatet kommer det frem at sykepleierne opplevde bekymring i forhold til å overholde sin informasjonsplikt. Videre viser funnene at når informasjonen ikke blir gitt på en forståelig måte, misforsto pasientene sin sykdomssituasjon. Pasient og brukerrettighetsloven (2001) plikter sykepleiere til å gi informasjonen på en forståelig måte. For at sykepleier skal kunne ivareta pasientens autonomi må pasienten få den informasjonen man har rett på (Kristoffersen og Nordtvedt 2011). En kan definere å informere som «å underrette, gi informasjon eller

opplysninger om noe til noen» (Kristoffersen 2011). Helsedirektoratet (2011) påpeker at det må benyttes tolk for å gi tilstrekkelig informasjon til fremmedspråklige pasienter. Det vil medføre at sykepleiere overholder sin informasjonsplikt (Helsedirektoratet, 2011).

Eide & Eide (2013) forklarer viktigheten med å tilpasse informasjonen. Pasienten skal både høre, forstå og huske det som er nødvendig. Samtidig skal pasienten oppleve å bli ivaretatt på en god måte. Dette krever omtanke og forberedelser fra sykepleieren. utfordringer oppstår når pasientene misforstår. Ulikhetene i pasient og sykepleierens kultur vanskeliggjør kommunikasjonen (Hanssen, 2005). For å unngå misforståelser er det nødvendig med tillitt. Ved språkforskjeller kan sykepleieren oppsummere og sammenfatte samtalen til slutt. Dette er avgjørende for at pasienten skal forstå og oppfatte innholdet, som styrker tillitsforholdet (Eide & Eide, 2013).

4.1.5 Tillit i det flerkulturelle møtet

Resultatet viser at språkforskjeller gjør det vanskeligere å skape tillit mellom den fremmedspråklige pasienten og sykepleieren. Når en relasjon dannes baseres det på tillit. Kommunikasjon er et viktig middel for å skape en menneske-til-menneske-relasjon, som igjen er middelet til å virkeliggjøre sykepleierens formål (Eide & Eide, 2013). En sykepleier skal ha evnen til å bry seg, uten å være en hjelper uten grenser. Tillit bygges like sterkt av nei som av ja. Tillit følges av klare grenser for pasientens forventninger (Fugleli, 2015). Travelbee ser på sykepleie som en interaksjonsprosess, med fokus på å utvikle sykepleie-pasient relasjon. Teorien går ut på å etablere et menneske-til-menneske forhold. Den bygger på humanistiske holdninger, der mennesket står sentralt. Hun hevder også sykepleieren må ha forståelse for mennesket hun møter, for å kunne utøve god sykepleie. Interaksjonsprosessen består av fem stadier som er avgjørende for å utvikle forholdet mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2005).

- 1) Det innledende møtet. Dette er basert på førsteinntrykk, der sykepleieren observerer, vurderer og trekker slutninger om pasienten. Denne fasen vil være preget av begges førsteinntrykk, samt tidligere erfaringer i tilsvarende situasjoner.
- 2) Fremvekst av identiteter. Her begynner sykepleieren og pasienten å etablere relasjon til hverandre. Det er viktig at sykepleieren blir bevisst på oppfattelsen av pasienten og ikke trekker beslutninger ut ifra fordommer.

- 3) Empati. Travelbee definerer empati som evnen til å gå inn, ta del i og forstå et annet individs aktuelle tilstand. Hvis sykepleieren har fordommer mot en fremmed kultur, kan det gjøre det vanskeligere å utvikle empati til pasienten. Derfor blir dette stadiet spesielt viktig.
- 4) Sympati. Travelbee definerer sympati som en holdning eller innstilling og en måte å føle og tenke på. Dette innebærer kommunikasjon med pasienten og en personlig omtanke og interesse.
- 5) Gjensidig forståelse og kontakt. Travelbee beskriver denne fasen som en dynamisk og mangefasettert prosess basert på gjensidig tillit. Det er en prosess som er meningsfull for begge parter. Dette innebærer en menneske-til-menneske relasjon som er grunnlaget for å oppfylle sykepleierens oppgave.

Hanssen (2005) hevder at omsorgen blir utfordret når ulike kulturer møtes, når kommunikasjonen blir et hinder. Etter funnene i resultatet er det åpenbart at disse stadiene, spesielt det siste, blir utfordret i et flerkulturelt møte. Det kan oppleves umulig å oppnå god sykepleie når humanistiske holdninger er så ulike. Det er vanskelig å oppnå tillit når sykepleier og pasient er på ulikt ståsted. I det voksende flerkulturelle samfunnet vil det bli en økende utfordring å oppnå god sykepleie, fordi det er spesielt vanskelig når religion, vaner, kjønnsroller, skikker og tradisjoner er så forskjellige. Interaksjonen blir satt på prøve når kommunikasjonen er et hinder.

Når et menneske blir sykt innebærer det et tap av tillit til kroppen, funksjonsevnen og fremtiden. Dermed er det desto viktigere med tillit til helsetjenesten. Hvis pasienten ikke har tillit til sykepleieren, er det vanskelig å stole på den informasjonen som blir gitt. Konsekvensen av dette er at vedkommende ikke samtykker (Hummelvoll, 2012). For å skape tillit i det flerkulturelle møtet er det først og fremst viktig at sykepleieren presenterer seg med tittel og forteller om oppgaver og ansvar. Det er ingen selvfølge at pasienten kjenner til sykepleierens rolle i det norske helsevesenet. For det andre bør sykepleieren gi pasienten muligheten til å fortelle om seg selv og sine forventninger til sykehusoppholdet. Dette bidrar til å bygge et tillitsforhold. På denne måten kan sykepleier avklare hvilke språkkunnskaper pasienten har, og hvilke ønsker som er sentralt for å utføre individuell omsorg og sykepleie (Magelssen, 2008). Fordelen med tillit er at det kan forebygge misforståelser og konflikt mellom sykepleier og pasient (Hummelvoll, 2012).

4.2 Bruk av tolk som hjelpemiddel

Resultatet viser sykepleiernes usikkerhet om informasjonen som tolken ga var rett og tilstrekkelig. Tolken skal i utgangspunktet oversette ord for ord, og ikke tolke budskapet fra sykepleieren (Hanssen, 2005, Helsedirektoratet, 2011). Likevel oppstår det situasjoner der budskapet blir misforstått på grunn av tolkens og pasientens manglende forståelse. Det er enkelte av tolkene som ikke har tilstrekkelige språkferdigheter og sosial kunnskap til å utføre tolkingen på en god måte (Hanssen, 2005). For å utføre en god tolkesamtale er det en forutsetning at sykepleier og tolken planlegger samtalen på forhånd (Helsedirektoratet, 2011).

Resultatet viser at tolkene ofte ikke har tilstrekkelig kunnskap til å overgi informasjon og beskjeder. Dette medfører at sykepleiere ikke overholder sin informasjonsplikt. Mangel på medisinsk fagkunnskap resulterer i at tolkene ofte ikke ønsker å utføre oversettelsen.

Helsepersonell er utdannet til å overbringe informasjon og beskjeder, hvilket en tolk ikke er har lik opplæring i. Likevel må tolk benyttes (Hanssen, 2005).

Når sykepleierne skal innhente opplysninger og kunnskap om pasienten, er den beste måten å prate direkte til personen. I tilfeller der et felles språk mangler blir datainnsamlingen kvalitetssikret gjennom å skape trygge rammer med en profesjonell tolk. Å la pasienten komme til ordet bidrar til en følelse av trygghet og det å føle seg hørt. God sykepleie innebærer å forsikre seg om at pasienten har forstått den informasjonen og kunnskapen som ble gitt. Dette sikrer individuell pleie (Magelssen, 2008, Travelbee, 2005, Eide & Eide, 2013).

For at innvandrerpasienten skal ha kjennskap til helsetjenesten og rettighetene til tolk, bør informasjonsmateriell gjøres lettere tilgjengelig på hver avdeling. Slik kunnskapsportal bør inneholde flerspråklig og brukervennlig informasjon om helse, helsetjenester og regelverk. Dette er med på å tilrettelegge for likeverdige tjenester (Janbu, 2008).

Likeverdige tjenester av god kvalitet forutsetter tilrettelagt informasjon og kommunikasjon ved hjelp av tolk. Selv om retten til tolk ikke står eksplisitt i lovverket, er det en grunnleggende og avgjørende forutsetning for at pasientens rettigheter og sykepleierens plikter overholdes (Helsedirektoratet, 2011). Den norske pasientrettighetsloven sier: «§ 3-5. *Informasjonens form: Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal.*» Når det ikke blir brukt tolk for

oversette, blir loven brutt. Sykepleiere uttrykker bekymring for dette. Resultatet viser at de ser seg nødt til å anvende pårørende som tolk, selv om de er klar over at oversettelsen ikke er tilstrekkelig. Dette byr også på utfordringer med taushetsplikten (Helsepersonelloven, 2001).

Den europeiske kommisjon mot rasisme og intoleranse la fram i en landrapport fra 2009 der norske myndigheter blir bedt om å prioritere tilgjengeligheten til og hyppigere bruk av kvalifisert tolk i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2011). Hvis det innføres en finansiering av tolkekonsultasjoner i sykehus som er uavhengig av driftsbudsjettet, vil tolkebruk lettere integreres som en naturlig del av helsetjenesten (Janbu, 2008).

Resultatet viser utfordringer i forhold til tilgjengelighet på tolk. Sykepleiere opplever det å avtale og planlegge samarbeidet som tidskrevende i en travel jobbhverdag. Helsepersonell etterlyser gode retningslinjer og rutiner på avdelingen for riktig bruk av tolk (Kale, gjengitt i/etter Helsedirektoratet, 2011). Styrking av tolketjenester og lett tilgjengelig brukervennlig informasjon er derfor nødvendig (Janbu, 2008). Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten tilrettelegger slik at sykepleiere får nødvendig opplæring i tolkebruk. Optimal opplæring bidrar til bedre flyt i samarbeidet og mindre tidskrevende planlegging. Opplæring vil også bidra til bedre kjennskap i de plikter sykepleierne står ovenfor. Pliktene innebærer: 1. Å vurdere behovet for tolk. 2. Ansvar for å informere pasienten om muligheten til å benytte seg av tolk. 3. Et ansvar for å informere pasient om klagemulighet når tolken ikke har vært tilfredsstillende. Å ha kunnskapen om riktig bruk av tolk er vesentlig for best mulig ressursutnyttelse av tolketjenesten. Bruk av tolk er avgjørende for å sikre optimal pasientomsorg når kommunikasjonen svikter (Helsedirektoratet, 2011).

4.2.1 Utfordringer med bruken av pårørende som tolk

Resultatet viser at begrenset tilgang på tolk medfører at pårørende blir brukt som tolk. Flere sykepleiere opplever at pasienten kan bli fornærmet når han eller hun blir tilbudt tolk. Pasienten mener at hun/han får en bekreftelse på at de ikke behersker språket godt nok (Hanssen, 2005). Pårørende som tolk fører til usikkerhet blant sykepleierne om pasienten får den riktige informasjonen. Sykepleierne opplever at pårørende filtrerer informasjon de gir. Pårørende som tolk er en enklere løsning, men dette fører med seg flere problemstillinger. For det første så har ikke pårørende den samme kvalifikasjonen som en tolk, og heller ikke den samme forståelsen av medisinsk fagtenkning. Selv om pårørende forstår ordene kan budskapet misforstås (Kristoffersen, 2011). For det andre byr det på utfordringer når pasient

og pårørende ser det som sin oppgave å skjerme hverandre fra triste beskjeder. Men det kan være en fordel å bruke pårørende som tolk da disse kjenner pasienten best og dermed fremmer trygghet (Kristoffersen, 2011).

I følge pasient og brukerrettighetsloven (2001) skal pårørende kun ha informasjon om pasientens helsetilstand om det er gitt samtykke. Det vil si at det er opp til pasienten hvilken informasjon som skal meddeles til pårørende. Dermed bryter sykepleierne loven ved å bruke pårørende som tolk uten å få godkjenning av pasienten først (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001). Det er sykepleiernes sitt ansvar å sørge for at familiemedlemmer ikke blir brukt som tolk, selv om dette er et ønske fra pasienten. I slike situasjoner kan det skyldes at pasienten har mangel på informasjon eller kunnskap om egne rettigheter, tolkens rolle og tjenestetilbudet. På grunn av disse utfordringene skal ikke pårørende brukes som tolk (Helsedirektoratet 2011).

4.3 Kulturell atferd og ulikheter

4.3.1 Kjønnroller

I flere kulturer er det strenge regler for omgang med det motsatte kjønn, og i noen tilfeller kan fysisk kontakt være forbudt. Skandinaviske jenter omgås gutter på en helt annen måte enn det som er passende i for eksempel Pakistan eller Hellas. Kulturens rollemønstre og atferdsregler læres gjennom oppdragelsen. Roller og regler for atferd uttrykkes vanligvis ikke eksplisitt, og kan dermed være vanskelig å forholde seg til for utenforstående. Enhver som flytter fra en kultur til en annen bringer med seg sin fortid, erfaringer og kulturell bagasje. Eksempelvis sier islamsk lov at det ikke skal forekomme fysisk kontakt mellom en kvinne og mann som ikke er hennes ektemann, far, bror eller sønn. Enkelte muslimer har derfor fordommer overfor sykepleiere, da arbeidet inneholder fysisk kontakt med det motsatte kjønn (Hanssen, 2005).

Resultatet viser at pasienter nekter å motta behandling av det motsatte kjønn. Et tiltak er å tilrettelegge for at kvinnelige innvandrere får kvinnelige sykepleiere. Dette er ofte praktisk vanskelig, da også mange etniske norske kvinner ønsker kvinnelige sykepleiere. Det kan oppleves urettferdig å prioritere en gruppe fremfor en annen (Hanssen, 2005). En studie i Sykepleien viser at flere sykepleiere opplevde at pasientene ble vant til å ha pleiere av det motsatte kjønn. Et eksempel var når en pasient som ønsket å være tildekket etterhvert tok av seg undertøyet i dusjen (Flaathen, 2009). Flaathen fortsetter *“En sykepleier fortalte om en*

svært traumatisk erfaring fra et besøk på sykehuset fordi legen var mann; Det var tydelig at hun ikke ville at han skulle se lyskebrokket hennes... Jeg så at det var forferdelig for henne å kle av seg for en mann... Hun prøvde å holde skjørtet slik at det ikke skulle komme for langt ned... Det var ingen god opplevelse". I slike tilfeller bør det tilrettelegges med en samtale i forkant med pasienten. Pasienten bør få informasjon om at legen som kommer på visitt er mann. Pasienten får da muligheten til å uttrykke sine behov og bekymringer. Slik kan sykepleieren eventuelt forebygge uheldige situasjoner som dette eksempelet (Flaathen, 2009).

Resultatet viser at sykepleier møter utfordringer når mannen kunne oppleves dominerende. Dersom en muslimsk kvinne oppholder seg utenfor familiens hjem, sier tradisjonen at hun alltid skal følges av en mann. Mannen som følger kvinnen vil vanligvis svare på spørsmål som blir rettet til henne. Det er mannen som skal bestemme hva kvinnen skal få vite og gi uttrykk for. Det skaper problemer for sykepleieren da de ikke vet om informasjonen er gitt og forstått når ektemannen er tolk. Sykepleier kommer i slike tilfeller i konflikt mellom å respektere kulturforskjellene, og ikke handle etter norsk lov. Norsk lovverk tar ikke hensyn til slike fremmedkulturelle normer da pasientene i Norge har rett til informasjon, medvirkning og innsikt i egen situasjon (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001).

4.3.2 Smerteopplevelser

Resultatet viser at pasientens smerteuttrykk ble opplevd som vanskelig å tolke, spesielt i forhold til deres troverdighet og det reelle behov for smertelindrende. Smerte defineres som en subjektiv opplevelse. Kirkevold (2008) definerer smerte som «smerte er det pasienten sier den er og eksisterer når pasienten opplever smerte». Det er lett for sykepleiere å mistro pasienter som uttrykker smerte annerledes (Hanssen, 2005). Smerter ved et sårstell vil for eksempel i skandinavisk kultur ofte uttrykkes i stillhet, mens i andre kulturer uttrykkes høylytt. Ved språkbarrierer kan pasienten føle engstelse og utrygghet. Pasienten vil da ofte uttrykke smerte dramatisk for å søke oppmerksomhet (Hanssen, 2011). Smerteopplevelse er individuelt, men det er når smerte uttrykkes annerledes enn det som er vanlig i majoritetsgruppen at de blir vanskelige å tolke, observere og behandle (Hanssen, 2005).

For å vurdere og følge opp pasienter med smerter, er det viktig med dokumentasjon. Journalnotater bør beskrives detaljert slik at man kan sammenligne smerten fra dag til dag. Det er utviklet ulike kartleggingsverktøy for å registrere og måle smerter. En grundig og nøyaktig smertekartlegging danner grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere tiltak.

Slik får pasienten en individuell tilpasset smertebehandling (Almås, Stubberud & Grønseth, 2011). Flere skjemaer er internasjonale og kan være effektivt når språket blir et hinder for uttrykksmåten. Slike verktøy kan være medisinske undersøkelser, smerteintensitet og funksjonsnivå. Andre verktøy er skjemaer som VAS, Brief Pain Inventory (BPI), kroppskart og ESAS (Bondevik & Nygaard, 2012, Kirkevold, 2008).

4.3.3 Religion og tro

Resultatet viser at sykepleiere uttrykte usikkerhet ved å måtte forholde seg til ulike religioner. Pasientens tro påvirker deres erfaring og kunnskap som igjen påvirker holdninger og forventninger til sykdom og behandling. Sykepleierne uttrykker frustrasjon over hvordan de skal forholde seg til dette. Dersom pasient og sykepleier kommer fra ulike helse og behandlingssystemer og har andre sykdomsforklaringer, hevder Hanssen (2005) at det kan føre til misforståelser. “Sykdom er ikke bare en fysisk tilstand, men har også en symbolsk betydning, et personlig meningsinnhold, sterkt påvirket av religiøs og/eller kulturell bakgrunn, utdanning og erfaringer, noe som i stor grad påvirker hvilke valg en person gjør for å ivareta sin helse, og hvem vedkommende velger å søke hjelp hos når han eller hun blir syk.” (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011, s. 139).

Religion har generelt stor betydning for mange mennesker, og gudstjeneste- og bønn er viktig for både kristne, jøder og muslimer. Muslimske pasienter som ønsker å be, kan oppfattes som en utfordring for personalet da de skal be fem ganger om dagen på et rent og rolig sted. De som ikke klarer å vaske seg selv, trenger hjelp til dette. Resultatet viser at det kan oppfattes tidskrevende av sykepleiere. Det skal derimot være mulig å skape gode rutiner på dette feltet ved litt velvilje fra sykepleierens side. Dialog med pasient og pårørende vil være et viktig redskap for at sykepleier kan tilrettelegge for bønn (Hanssen, 2014, s. 47).

Virginia Henderson og Joyce Travelbee beskriver åndelig omsorg som en del av helhetlig omsorg. Det handler om å hjelpe pasienten til å dyrke sin tro når dette er viktig for ham og når pasienten selv ikke har krefter til det. Lovverket slår også fast at sykepleier har plikt til å respektere pasientens tro og skikker og til å gi faglig forsvarlig omsorgsfull hjelp. Henderson peker på at religionsutøvelse har ekstra betydning ved sykdom (Henderson gjengitt i/etter Schmidt, 2009). Det er viktig at sykepleier respekterer pasientens åndelige behov i enhver situasjon. Travelbee (2005) understreker hvor viktig det er å bruke seg selv for å bli kjent med pasienten og se pasientens behov. God observasjon og kommunikasjon er en forutsetning for

å legge til rette slik at pasienten får dekket sine religiøse behov. For å tilrettelegge for åndelig omsorg kan sykepleier stille seg spørsmål som “har vi oppfattet pasientens behov?” eller “har vi tolket pasienten riktig?”. Sykepleier må også ha kjennskap til lokale prester og representanter for andre trossamfunn for å tilfredsstillende åndelige behov (Schmidt, 2009).

4.3.4 Ulike sykdomsopplevelser

Resultatet viser at sykepleierne har manglende kunnskaper om innvandrerpatientenes sykdomsforståelse. Selv om det er flere likheter i etniske grupper, har innvandrere ofte andre sykdommer og en ulik sykdomsforståelse enn etniske nordmenn. Et eksempel på dette er at muslimske pasienter kan nekte å motta livsviktig behandling, hvis mannen i familien ikke godtar det. Hanssen (2011) forteller om en kvinnelig pasient fra De forente arabiske stater som ikke kunne opereres, for hennes far eller ektemann nektet mannlige leger å berøre henne. Det er derfor vesentlig med et faglig kunnskapsløft for at pasientens møte med helsetjenesten skal bli best mulig. Et tiltak er å lage en kunnskapsportal for sykepleiere som inneholder oppdatert kunnskap om land, kultur, religion og helse som er lett tilgjengelig på avdelingen (Janbu, 2008).

Forståelse av sykdom utgjør et viktig aspekt ved helsesystemet. Et slikt system bygger på de ulike kunnskapene som utvikles i samfunnet om hvordan og hvorfor sykdom oppstår, med tilhørende metoder for behandling. Slik får pasienter forventninger om behandlingen og tiltakene som blir iverksatt (Kristoffersen et al., 2011). Travelbee (2005) hevder at sykepleierens fokus på pasientens opplevelse av sykdom er viktigere enn å fokusere på den medisinske diagnosen. En sykepleier kan ikke vite hvordan den enkelte pasient opplever sykdommen før pasienten får uttrykt sine meninger (Travelbee, 2005). Dersom pasient og sykepleier ikke deler samme kultur og har svært ulike sykdomsforklaringer, kan det gjøre behandlingen vanskeligere. Pasienten kan ha følelsen av å bli møtt av et helseteam som ikke er i stand til å hjelpe. Og helseteamet kan iverksette vestlig behandling og bruke teknologi som virker fremmed, skremmende og ubegripelig for en pasient fra en annen kultur. For å møte pasienten best mulig er det derfor vesentlig at sykepleieren kjenner til de sykdomsforklaringene som finnes rundt om i verden, og som ikke kan sammenlignes med vestlig moderne medisinsk tenkning.

Eksempel på sykdomsforklaringer er å være i ubalanse i naturen, ubalanse mellom yin og yang, straff fra gud, magi, djevel og åndebesettelse eller kropp uten sjel. Ved at sykepleier har

kunnskaper om slike sykdomsforklaringer, kan ulike tiltak være nyttig som behandling. For å behandle en pasient som tror på kropp uten sjel, kan pasienten bli deprimert, likegyldig og urolig. En behandling til denne pasienten må være å tro at sjelen vender tilbake dit den kom fra. Hvis sykepleier har slike kunnskaper blir det enklere å møte individets behov på deres nivå (Hanssen, 2005).

“Enhver sykdom eller skade er en trussel mot en selv, og måten den syke personen oppfatter sin sykdom på, er viktigere enn noen helsearbeiders kategoriseringssystem. En helsearbeider kan ikke vite hvordan individet oppfatter sin sykdom før helsearbeiderens drøfter dette med individet og får fra ham de meningene han knytter til sin tilstand.” (Kirkvold, 2009)

En av Leiningers handlingsmetoder er å forhandle med pasienten. Metoden kan brukes når pasient og sykepleier ikke deler samme sykdomsforståelse. Ved å gå inn i forhandling kan en forsøke å tilpasse pasientens syn på helse (Leininger, 2002). Hvis sykepleier møter en muslimsk pasient, kan sykepleieren forsøke å forklare at selv om liv og helse ligger i Allahs hender, har pasienten fått et spillerom innenfor dette. Slik viser sykepleieren respekt over pasientens tro og syn, samtidig som sykepleier viser tilpasning til den medisinske situasjonen. Å gjøre situasjonen forståelig og kjent for pasienten, er det mye lettere å få pasienten til å følge behandlingsopplegget (Hanssen, 2005, Leininger, 2002). Norsk helsevesen har allerede erfaring med religioner som Jehovas vitner. Disse motsier seg blodtransfusjon og hjerte-lunge-maskin dersom den inneholder fremmed blod. Gis denne type behandling mot pasientens vilje, kan reaksjonen bli så voldsom at pasienten påføres ekstra lidelse (Hanssen, 2005).

I en kulturell forhandling med pasienten må sykepleier begrunne sine beslutninger, vurderinger og tiltak etisk og faglig. I en kompleks situasjon med kulturelle forhandlinger kan slike begrunnelser hjelpe sykepleieren. Det er viktig å kunne vike fra egne subjektive erfaringer, slik at frustrasjon og følelse av avmakt ikke oppstår. Forhandlinger blir mer objektive når det begrunnes ut ifra teori og forskning. Kulturelle forhandlinger innebærer med andre ord respekt for ulike syn. Det må inneha en etisk og faglig begrunnelse til for å avgjøre hvilket syn som skal vektlegges (Leiningers, 2002, Hanssen, 2005).

4.3.5 Pårørendes rolle

Resultatet viser at det oppstår utfordringer når innvandrerpasienter får besøk. Sykepleierne opplevde frustrasjon rundt den utvidede familiestrukturen og besøksrutiner til pasienter.

Omsorgen sykepleierne ønsker å gi blir hindret av mange besøkende (Hanssen, 2005). Flere fremmedspråklige pasienter stammer fra et kollektivt samfunn, mens nordiske pasienter verdsetter individualisme. Det individuelle initiativet, autonomi, uavhengighet og privatliv er sentralt i et individualistisk samfunn. Verdien er å ivareta seg selv og den nærmeste familie. I motsetning til dette står kollektiv identitet, følelsesmessig avhengighet og solidaritet overfor storfamilien sentralt i kollektivismen (Hanssen, 2011). Til forskjell fra vestlig kultur, forventer mange innvandrere å ha pårørende rundt seg hele tiden. Pårørendes rolle har en viktigere betydning ved at familien utgjør et fellesskap som har et pliktansvar i å ivareta pasientens omsorg (Hanssen, 2005). Nettopp dette er et viktig funn i litteraturstudiet: Innvandrerfamilier føler seg tryggere når de ikke er borte fra hverandre i møte med kriser som sykdom og sykehusinnleggelse.

Videre viser resultatene at pårørendes atferd og besøksvaner ble ansett som et forstyrrende element for andre innlagte pasienter og i det kliniske miljøet. Det er sykepleierens plikt å ta beslutninger om besøkstider til pasientenes beste. Når slike beslutninger tas kan det oppstå konflikt med pårørende. På den ene siden er det sykepleierens plikt å tilrettelegge for pårørendes ønsker og behov. På den andre siden er det også deres plikt til å kontrollere det kliniske miljøet og ta hensyn til andre pasienter. Dette kan bli et etisk dilemma. Selv om sykepleiere må vise omtanke og respekt til pårørende, er det likevel deres hovedoppgave å ha pasienten og dens behov i fokus (Hanssen, 2005).

Et annet funn er at innvandrere har mindre matlyst på sykehus på grunn av ukjente matvarer og kosthold. I noen kulturer er det pårørendes oppgave å bringe mat til pasienten på sykehuset. Flere studier viser at dette er et problem. For det første kan maten lukte sterkt, noe som kan oppleves ubehagelig for andre pasienter. For det andre er ofte pasientene innlagt på dobbeltrom. Dermed kan matlukt påvirke nabopasienten. Mat er ikke bare en forutsetning for fysisk velbefinnende og god helse, men også vesentlig for den psykososiale helsen og opplevelse av livskvalitet. For å unngå ubehag hos andre pasienter kan man flytte pasienten til et eget besøksrom når det skal spises medbrakt, sterkt luktende mat. Hvis det er mulig, kan pasienten bo på enerom (Hanssen, 2005).

Flere kulturer har strenge regler for hvilke matvarer som er forbudte. Sykepleiere opplever ofte pasienter med en annen kulturell bakgrunn som er engstelige for å spise sykehusmat. Dette kan by på utfordringer for sykepleiere som ikke har god nok kunnskap om hva pasienten av kulturelle eller religiøse grunner ikke kan spise. Det kan påvirke tillitsforholdet

til pasienten. Eksempler på matvarer som man må være oppmerksomme på av religiøse grunner er: Både islam og jødedommen har strenge regler om hvilke kjøttyper de kan spise. Islamsk diettforskrifter er strenge og nært knyttet til reglene for rent og urent. Flere sykehus kan gjøre som Lovisenberg diakonale sykehus, som tilbyr halal-mat laget av muslimske kokker. Religiøse jøder er koschere og kan ikke blande kjøtt og melkeprodukter. Innen buddhismen er det vanlig å være veganer. Jehovas vitner kan ikke spise blodholdig mat. Dette er noen faktorer som påvirker deres kosthold på sykehus. Det kreves at sykepleiere har godt samarbeid med sykehusets diettkjøkken (Hanssen, 2005).

4.4 Sykepleieres mangel på kulturell kompetanse

Resultatet viser at mangel på kulturell kompetanse danner negativ atferd og stereotypier. Stereotypier kan forklares med at man generaliserer en gruppe på et lite utvalg mennesker. Når noe er ukjent vil et menneske ha behov for å kategorisere. Dette kan skape fordommer. Thorbjørnsrud (2009) forklarer at gjennom å kategorisere vil en miste både læreevne og fleksibilitet. Samhandling mellom pasient og sykepleier vil derfor bli vanskelig. Det er viktig å erkjenne at dannelsen av stereotypier er en grunnleggende menneskelig prosess. Profesjonalitet må innebære en kontinuerlig refleksjon rundt egne stereotypier.

Kulturelt tilpasset omsorg er god sykepleie. Selv om kulturforskjellene er store er det behovene for å bli lyttet til, respektert og møtt med anerkjennelse som er viktigst. For det første må en sykepleier unngå fordommer og heller sette seg inn i den andres situasjon. Det er derfor avgjørende for å utøve god sykepleie (Travelbee, 2005, Eide & Eide, 2013). For det andre er det også viktig å ha evnen til selvinnsikt. Det bidrar til å legge fra seg dømmende holdninger og reaksjoner, som kan hindre et godt samspill mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2005).

Resultatet viser at sykepleiere opplevde det som et problem å ha begrensede kunnskaper om religion, kultur og språk. Sykepleiere etterlyser spesielt bredere kunnskap om de krav og forventninger fremmedspråklige pasienter har til egen familie og til sykehuset, tolketjenesten og sykdomsforståelser. Med slik kunnskap kan sykepleiere lettere innfri pasientens ønsker og behov. Denne kompetansen kan hjelpe sykepleiere med å skape bedre relasjon med den fremmedspråklige pasienten og utøve kulturelt tilpasset omsorg. I helsevesenet vil det alltid være en mulighet for å møte pasienter og pårørende med en annen kulturell bakgrunn. Det vil gi sykepleieren en ekstra utfordring i arbeidet, da det blir stilt krav til økt kulturell

kompetanse. Det er derfor viktig at sykepleierne viser sentrale verdier som respekt, verdighet, omsorg og kunnskap i møte med en fremmedspråklig pasient (Rødal, 2008).

Videre viser funnene at flere sykepleiere uttrykte at de hadde innhentet kunnskap gjennom media og egen kontakt med fremmedspråklige pasienter. Få sykepleiere bekreftet å ha innhentet kulturell kunnskap gjennom studiet til tross for målene i rammeplanen for sykepleierutdanningen. I rammeplanen vektlegges det å kunne kommunisere med mennesker med ulik religiøs, kulturell og etnisk bakgrunn. Det er også fokus på hvordan mennesker forholder seg til hverandre i ulike samfunn og kulturer. Kunnskapsdepartementet (2008) hevder at sykepleierutdanningen skal utvikle en flerkulturell forståelse av sykdom og helse.

Resultatet viser at det var mangel på opplæring i forhold til å håndtere etnisk, religiøst og kulturelt mangfold i utdanningen. I en studie kom det frem ulike tiltak for å møte en slik utfordring. Et eksempel på dette er kulturell kompetanseopplæring. Dette går ut på å praktisere kommunikasjonsferdigheter med samfunnets fremmedspråklige under sykepleierutdanningen. Det er også nødvendig at utdanningen fokuserer mer på religion og kultur (Giger, Davidhizar, Purnell, Harden, Phillips, Strickland, 2007). Utenlandspraksis blir sett på som ett av flere virkemidler til å heve kvaliteten på høyere utdanning i Norge. Praksis i andre kulturer er en metode som styrker sykepleierstudentenes kulturelle sensitivitet og kompetanse (Rødal, 2008). Studier viser at terskelen for å ta ansvaret for en fremmedkulturell pasient er lavere ved sykepleiere som har vært i utenlandspraksis (Myhre, 2010). I tillegg til kulturell kompetanse i utdanningen, er det desto viktigere at det er kurs og fagdager i hver avdeling for å opprettholde og utvikle kulturell kompetanse blant ansatte. Slik forebygges problemer i et flerkulturelt møte. Gode retningslinjer og lett tilgjengelig informasjon vil hjelpe sykepleieren til å opprettholde sine plikter (Høgskolelektorer, 2009). Leininger (2005) stilte allerede på 1950 tallet spørsmål ved manglende vektlegging av kulturell kunnskap i sykepleierutdannelsen. 66 år senere stiller man fortsatt det samme spørsmålet (Rødal, 2008).

God omsorg til pasienter avhenger av at sykepleier har forståelse i de ulike verdiene hos mennesker fra ulike kulturer. Denne kunnskapen kreves for å ta gode avgjørelser for å hjelpe pasienter fra en annen kultur (Leininger & McFarland, 2006). Leininger hevder at det er kulturer som var det mest omfattende og bredeste, helhetlige og universelle trekket ved mennesker. Hun hevder videre at nøkkelen til å tilegne seg ny kunnskap, er kunnskapen om kulturell omsorg, verdier, holdninger og levemåte. Samtidig er det viktig å være bevisst på egne verdier og holdninger (Leininger & McFarland, 2006). Leininger mener at sykepleiere

skal fungere som kulturelle meglere. Derfor er det viktig å ha god kunnskap om pasientens kultur, behov og livsstil. Det er også vesentlig at sykepleieren har kunnskaper om de faktorer som påvirker dette. Leiningers teori "Culture Care Theory" bygger på transkulturell sykepleie. Denne teorien erkjenner de faktorer som påvirker omsorgsutøvelsen, og baseres på tilegnelsen av kunnskap om pasientens kulturelle særtrekk. Slike faktorer er kulturelle og sosiale, samt språk, miljø og virkelighetsoppfatning. Teorien sikter på å sammenligne kulturene i forhold til tro, verdier og helsesystemer. Slik kan en danne seg et grunnlag for kulturell kunnskap. Leiningers mener i tillegg at det er utfordrende for sykepleiere å utøve helhetlig, terapeutisk og meningsfull omsorg av god kvalitet, uten å ha kunnskaper eller ferdigheter innenfor transkulturell sykepleie (Leininger & McFarland, 2006). Som en veiviser for sykepleietenkning har Leininger utviklet «Sunrise»-modellen. Dette er et nyttig verktøy for å virkeliggjøre helhetlig sykepleie. I følge denne modellen har transkulturell sykepleie tre handlingsalternativer: (1) å opprettholde, (2) å tilpasse eller (3) å omskape sykepleien og/eller pasientens kultur. Ved å følge modellen kan omsorgen som blir gitt bidra til å opprettholde helse eller til å møte uferhet og død på en respektfull og individuell måte. Den kan brukes som bro mellom sykepleier og pasientens ulike syn på helse og sykdom (Leininger, 2002, Magelssen, 2009). En annen modell er «The Iceberg Concept of Culture». Modellen viser synlig og usynlig kultur gjennom å sammenligne dette med et isfjell. Et eksempel på kultur som er synlig for andre er klær, mat og språk. Den usynlige kulturen, som symboliserer fjellet under vann, kan være uskrevede regler, sykdomsforståelse, øyekontakt, holdninger, ansiktsuttrykk, barneoppdragelse og tidsperspektiv. Ved å ha kjennskap til dette, kan sykepleier få en større forståelse for fremmede kulturer (Leininger, 2002).

Leiningers teori påpeker at det er umulig for sykepleiere å kjenne til alle aspekter ved kulturene som fins verden over. På bakgrunn av dette bør det utvikles metoder for å tilegne seg kulturell kunnskap om pasienter på sykehus. Dette kan gjøres ved at sykepleieren gjør en systematisk kulturell datasamling av pasientene. En slik datasamling kan være å gjennomgå deres kunnskaper, holdninger og helseatferd. Ved å kunne se pasientenes behov ut ifra sosiokulturell bakgrunn, er det enklere å utøve helhetlig omsorg (Leininger, 2002, Hanssen, 2005, Magelssen, 2009). I følge Hansen (2005) er det avgjørende å ha en forståelse av pasientens forventninger til sykdom, helse og behandling for å lykkes med pleien. Det er likevel vesentlig å trekke frem at kunnskaper om hver enkeltes sine kulturelle særtrekk alene ikke er tilstrekkelig for å utøve helhetlig sykepleie og god samhandling med innvandrerpasienten. Leininger trekker frem sykepleiernes holdninger. Først når sykepleiere

utvikler bevissthet til egne holdninger og kunnskap om egen kultur, kan en enklere få økt kunnskap om andre kulturer (Leininger, 2002).

5.0 METODEDISKUSJON

Bacheloroppgaven ble påbegynt med lite kunnskap om både tema og søkestrategier. Det siste året har det vært mye oppmerksomhet rundt flyktningekrisen i media. Det vakte stor nysgjerrighet. Ønsket var derfor å finne ut hvordan sykepleiere kan ivareta og møte fremmedkulturelles behov i helsevesenet. Vi innså raskt at det var et stort og omfattende tema. Det hadde vært tidsbesparende å visst dette på forhånd.

Det anses som en styrke at litteratursøket er gjort i flere anerkjente databaser. Funn i de fleste studiene er overførbart til norsk helsevesen. Dette gjør resultatene i oppgaven troverdige. Det er ansett som en styrke at fleste artiklene er skandinaviske med anerkjente forfattere. For å komme frem til meningsbærende enheter, ble det gjort en fargekoding ved gransking av artiklene. Det er ansett som en styrke ved bruk av systematisk fargekoding, da dette ga en god oversikt over tema og resultater. For å diskutere relevante funn er det brukt anerkjente teoretikere som er relevant for oppgavens tema. Temaene kultur og kommunikasjon er store temaer som kunne vært to egne oppgaver. Likevel ansees det som en styrke at begge temaene blir presentert, da de drar paralleller mellom hverandre.

På bakgrunn av egen mangel på kjennskap til å søke artikler og uvissheten rundt gode søkeord, ble denne prosessen tidskrevende. Dette resulterte i mindre antall funn, og kan være en svakhet. Med mer erfaring kunne søket blitt utført mer systematisk. Ved å ha et bedre ordforråd i engelsk, og bedre kjennskap til synonymer på fagspråk, kunne søkeprosessen blitt mer effektiv. Innholdet i studiene kan ha mistet sin opprinnelige betydning ved oversetting, hvilket anses som en svakhet. Funnene ble derfor satt i sammenheng med andre funn for å eliminere oversettingsfeil i størst mulig grad. Artiklene som er med i studien har funn som bekreftes av andre artikler. En konsekvens av dette er at drøftingen av funnene har bidratt til et forholdsvis ensformig resultat. Det er derfor viktig å være oppmerksom på at funnene kan bidra til utvikling av stereotyper om fremmedspråklige pasienter. Dette kan anses som en svakhet med oppgaven. Det var ønskelig fra starten av å belyse oppgaven opp mot Madeleine Leiningers teorier. På grunn av manglende engelskkunnskaper og kjennskap til hennes teorier ble det brukt mye tid på dette. Dette medførte mer bruk av kjente teoretikere der teoriene var på norsk.

Med mer tid og ressurser kunne det vært aktuelt å dra inn pasientperspektivet i diskusjonen. Et pasientperspektiv kunne ha illustrert en annen side ved utfordringene. Det kunne derfor ha vært spennende å ha hatt med artikler fra pasientens ståsted for å få en bedre forståelse av deres møte med det norske helsevesenet. Dette ville ha gitt en mer helhet i oppgaven. Læringen fra litteraturstudien har økt vår nysgjerrighet rundt hvordan sykepleiere håndterer utfordringene som blir presentert i funnene.

6.0 KONKLUSJON

Litteraturstudien viser utfordringer innenfor flere områder: kommunikasjon, tolketjenesten, kulturforskjeller og mangel på kulturell kunnskap.

Språkbarrieren er et hinder for å sikre optimal forståelse av informasjon. For å overkomme denne barrieren, er det avgjørende å bruke kvalifisert tolk. Problemene var flere i samarbeid med tolk, og kan være et resultat av sykepleierens mangel på kunnskap og opplæring i bruk av tolketjenesten. På grunn av tid og manglende tilgjengelighet ble pårørende ofte brukt som tolk. Kulturell atferd og fremmede religioner ga flere utfordringer, først og fremst i forhold til pasientens sykdomsforståelse og kjønnsforskjeller. Disse utfordringene kan relateres til pasientenes kulturelle bakgrunn og mangel på integrering. Pårørendes tilstedeværelse var også et problem, da det kunne hindre sykepleiere i å utføre sine prosedyrer. Sykepleierens mangel på kulturell kunnskap gjorde det vanskeligere å utøve helhetlig omsorg. For å kunne ivareta denne økende pasientgruppen, er det vesentlig at det må tilføres økt kunnskap og kompetanse om fremmedkulturelles møte med det norske helsevesenet i sykepleierfaget.

Kultur er en vesentlig faktor i omsorgsutøvelsen, men mennesket skal være i hovedfokus. Et menneske er mer enn sin kulturelle identitet. Sykepleiere skal se hver enkelt pasient som et unikt individ, ikke bare et medlem av en gruppe. Ved å erkjenne likheter til tross for forskjeller, vil det skape en atmosfære med likeverd, gjensidig læring og integrering.

7.0 LITTERATURLISTE

Almås, H., Stubberud, D.G., & Grønseth, R. (2011). *Klinisk Sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Aplers, L., & Hanssen, I. (2008). *Sykepleiers kompetanse om etnisk minoritetspasienter*. Oslo: Klinikk for medisin, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Bondevik, M., & Nygaard, H.A. (2012). *Tverrfaglig Geriatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Brataas, H., & Steen-Olsen, T (red). (2003). *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. Høgskole Forlaget, NORWEGIAN ACADEMIC PRESS

Brataas, H., Skimmeli, M. & Steen-Olsen, T(red). (2003). Helse, omsorg og tverrkulturell kommunikasjon. I Brataas, H., & Steen-Olsen, T(Red.), *Kvalitet i samspill; Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell* (s. 122-126). Høgskole Forlaget, NORWEGIAN ACADEMIC PRESS

Cioffe, J. (2002). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: Nurses' experiences. *International Journal Of Nursing Studies*, 20(4),299-306. Hentet 23.10.15 fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748902000895>

Dellenborg, L., Skott, C., & Jakobsson, E. (2012). Transcultural Encounters in a Medical Ward in Sweden: Experiences of Health Care Practitioners. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(4), 342-350. DOI: 10.1177/1043659612451258

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: Reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal og Advanced Nursing*, 31(3), 623-630. Hentet 23.10.15 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718882>

Flaathen, E.K. (2009). Kultursensiv sykepleie: Eldre, pleietrengende, innvandrere som ikke snakker norsk, byr på sykepleiefaglige utfordringer. *Sykepleien*, 94(7),52-53. DOI: 10.4220/sykepleiens.2006.0014

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analysis och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.

Fugleli, P. (2015). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien*. Hentet 02.04.16 fra <https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>

Giger, J., Davidhizar, R., Purnell, L., Harden, J.T., Phillips, J. & Strickland, O. (2007). American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minorities and Other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2)95-102. DOI: 10.1177/1043659606298618

Hanssen,I.(2005). Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. (3.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Hanssen, I. (2011) Interkulturell Sykepleie, i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s.136-159). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hanssen, I. (2014). Fra gammel til geriatrisk pasient. I K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff & M. Kirkvold (red.), *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s. 47). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk: for ledere og personell i helse og omsorgstjenestene*. Hentet 26.02.16 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>

Helsepersonelloven (2001). (2016.01.januar). *Lov om Helsepersonell: Taushetsplikt og opplysningsplikt*. Hentet 08.03.16 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- ikke stykkesvis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Høgskolelektorer. (2009). Utvekslingsstudenter i norsk sykepleierutdanning: Prosjekt internasjonale praksisplasser har gjort det lettere å være utvekslingsstudent ved Høgskolen i Østfold. *Sykepleien*, 96(5):62-66. DOI: 10:4220/sykepleiens.2008.0006

Høydahl, E. (2008). *Innvandrerbegreper i statistikken: Vestlig og ikke-vestlig-ord som ble for store og gikk ut på dato*. Hentet 02.03.16 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato>

Høye, S., & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(24), 338-

348. Hentet 23.10.15 fra <http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397%2808%2900034-7/abstract>

Høye, S., & Severinsson, E. (2009). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 66(4), 858-867. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x

Janbu, T. (2008). Likeverdig Helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. *Den Norske Legeforening*. Hentet 01.04.16 fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/26887/Likeverdig%20helsetjeneste%20-%20Om%20helsetjenester%20til%20ikke-vestlige%20innvandrere%20%28Pdf%29.pdf>

Kirkevold, M. (2009). *Sykepleierteorier: analyse og evaluering*. Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M., Brodtkorb, M. og Ranhoff, A.H. (2008) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk

Kristoffersen, N.J. & Nordtvedt, F. (2011). Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E-A. Skaug. (Red.), *Grunnleggende Sykepleie, Bind 1 - Sykepleiernes grunnlag, rolle og ansvar*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (2011). *Grunnleggende Sykepleie, Bind 1 - Sykepleiernes grunnlag, rolle og ansvar*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanningen*. Hentet 08.03.16 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Leininger, M.M., & McFarland, M.R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

Lunde, E.S & Texmon, I. (2013) *Innvandrerens bruk av fastlegetjenesten*. Hentet 13.januar 2016 fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/innvanderens-mote-med-fastlegen>

Nielsen, B., & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses’ experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(23), 431-437. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x

Nordahl, H. (2008). Kulturkunnskap inn i sykepleien. *Sykepleien*, 6 (11) 60-64. Hentet 08.03.16 fra <https://sykepleien.no/forskning/2008/09/kulturkunnskap-inn-i-sykepleien>

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Hentet 02.03.16 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Magelssen, R.(2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. (2.utg.) Akribe.

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

Michaelsen, J.J., Krasnik, A., Nielsen, A.S., Norredam, M., & Torres, A. M. (2004). Health professionals’ knowledge, attitudes, and experiences in relation to immigrant patients: A questionnaire study at a Danish hospital. *Taylor & Francis healthsciences*, 20(32), 287-295. DOI: 10.1080/14034940310022223

McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M.M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22(6), 335-339. Hentet 23.10.15 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23901452>

Myhre, K. (2010). Utveksling gir uttelling: Sykepleiere opplever at den erfaringen og kunnskapen de får gjennom studieopphold i utlandet kommer til nytte i arbeidslivet. *Sykepleien*: 98(09),46-48. DOI: 10.4220/sykepleiens.2010.0086

Pergert, P., Ekblad, S., Enskær, K., & Bjørk, O.(2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationships – Tools discovered though interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing*, 20(12), 35-43. DOI: 10.1016/j.ejon.2007.07.006

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Richardson, A., Thomas, V.N., & Richardson, A. (2006). Rediced to nods og smiles: Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*, 20(10), 93-101. DOI: 10.1016/j.ejon.2005.05.002

Rødal, C. (2012). Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse. *Sykepleien*, 100(4)76-79. DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0028

Schjødl, B., Haugen, D.F., Straume M., & Værholm, R. (2008). Familien. I S.Kaasa (Red.), *Palliasjon - Nordisk Lærebok*. (s. 148). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Schmidt, H. (2009). Pasient med religiøse behov: Jeg hadde en gang gammel pasient. *Sykepleien*, 95(7),64-65. DOI: 10.4220/sykepleiens.2007.0046

Sheryl, M., & Ness, R. N. (2009). Pain Expression in the Perioperative Period: Insights from a Focus Group of Somali Women. *Pain Management Nursing*, 10(2), 65-75. Hentet 23.10.15 fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904208001057>

Simmelink, J., Lightfoot, E., Dube, A., Blevins, J., & Lum, T. (2013). Understanding the Health Beliefs and Practices of East African Refugees. *Am J Health Behav*, 37(2), 155-161. DOI: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.37.2.2>

Statistisk Sentralbyrå. (2015). *Innvandrere*. Hentet 13.01.16 fra <https://www.ssb.no/ajax/ordforklaring?key=185986&sprak=no>

Statistisk Sentralbyrå. (2015). *Nøkkeltakk for innvandring og innvandrere*. Hentet 13.01.16 fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall>

Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K.(2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, 20(30), 821-826. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.03.006

Torbjørnsrud, B. (2009). Kulturelle fortolkningsrammer. I E. Brodtkorb, & M. Rudkåsa (Red.) *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Vannebo, B.I., Hundal, A.K., Sjøblom, L.M., Loeng, S., Corneil, M.K., Galdal, S., og Murbræck. (2013). *Veiledning til akademisk skriving ved HiNT*. Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). (2015, 01.11) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 25.02.16 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Østby, L. (2015). *Flyktninger i Norge*. Hentet 02.02.16 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/flyktninger-i-norge>

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1: Oversikt over søkestrategier

Dato	Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
23.10 .15	Science Direkt	2000-2015, overskrift skal inneholde ord som health, nurse eller pasient.	Communicating, Cultural nurses, Experiences	3619	26	9	4	1
23.10 .15	SveMed (Google Scholar)		Sykepleie til innvandrere	7	6	1	1	1
23.10 .15	Pubmed	Abstact 1995-current	Cultural challenges, End- of-life care, Reflection	5	2	3	2	1
23.10 .15	Medline	Abstract	Emigration and immigration, Communication barriers, Adult, Health knowledge	20	4	1	1	1
22.10 .15	Medline	Abstrakt	Communication, Communiaction barriors,	18	9	4	3	3

			Communication health, Cultural competency, Diversity, Quantitative research, Transcultural nursing					
22.10 .15	Medline	Abstract	Communication barriers, Hospital	12	7	3	1	1
23.10 .15	Medline	Abstract	Nurse-patient-relationship, Cultural diversity, Experiences	41	33	3	2	2
23.10 .15	Medline	Abstract 2010-2015	Communication, Interpretation, Language barrier, Communication barriers	75	58	5	2	1
23.10 .15	Medline	Abstract 2005-current	Ethnic groups, Nurse-patient-relation, Cultural	13	10	2	1	1

			characteristics					
25.10 .15	Medline	Abstract 2010-current	Knowledge, Health attitudes, Health knowledge, Practice, transcultural nursing, Cross- cultural comparison, Culture, Education, Nursing, Attitude to health, Attitudes to death, Health personnel, Refugees	60	52	3	2	1

Utvalg 1: lest artiklernes tittel

Utvalg 2: lest artiklernes abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkelen valgt ut for gransking og vurdering

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere/ år/land/ tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ intervensjon /instrument	Deltagere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentarer i forhold til kvalitet
Cioffi 2002 Australia International Journal of Nursing Studies	Å undersøke hvordan sykepleiere opplever å jobbe med multikulturelle pasienter, med tanke på kommunikasjon.	Kvalitativ Intervju	23 sykepleiere, hvorav 12 var jordmødre og 11 var sykepleiere	Det var ikke tilgang på tolk hele tiden. Sykepleierne opplevde usikkerhet om pasienten har forstått informasjonen. På sykehuset hadde de tospråklige helsearbeidere som var til hjelp med å tolke.	Godkjent av The University of Western Sidney Human Research Ethics Committees og The Western Sidney Area Health Service Human Research Ethics Committees Anonymitet
Nielsen, Krasnik, Michaelsen, Nørredam og Torres 2004	Å kartlegge helsepersonellets vurderinger av og erfaringer med innvandrerpasiente r, med hovedblikk på utvikling av opplæringstiltak.	Kvantitativ studie Spørreskjema	1012 helsepersonel l, blant annet leger og helseassistente r, 58 stykker svarte	Leger, sykepleiere og helsefagarbeid ere hadde ulike oppfatninger i møte med innvandrere. Jo eldre de var, jo	Godkjent av vitenskapsetiske komitesystem

Danmark				mer utfordrende syntes de kommunikasjonen var.	
Taylor og Francis - healthsciences					
Ekblad, Marttila og Emilsson	Å samle refleksjoner etter undervisning, og å få kunnskap fra erfaringer, der de har jobbet med multikulturelle pasienter.	Kvantitativ studie Refleksjon etter undervisning	76 sykepleiere delt inn i tre grupper	Nonverbal og verbal kommunikasjon er viktige problemstillinger som blir sett på i det flerkulturelle helsevesenet. Sykepleierne ønsket opplæring i skikker og ritualer innen ulike kulturer.	Godkjent av The Karolinska Institutet's Regional Research Ethic Committee
1999					
Sverige					
Journal of Advanced Nursing					
Simmelink, Lightfoot, Dube, Blevins og Lum	Å utforske hvordan oppfatninger flyktningene hadde av helse og helsetjenester, og hvordan de fikk informasjon om	Kvalitativ og kvantitativ studie Intervju via e-post, telefonsamta	13 helsepersonell og samfunnsledere	Forebygging og behandling av sykdom ble praktisert med religion. Informasjon om helse, medisin og behandling var	Godkjent av Minnesota's Institutional Review Board
2013					

USA Am J Health Behave	dette.	le og intervju.		ikke noe de fikk informasjon om i aviser, men på bygda og i sammenkomst er.	
Sheryl 2009 USA Pain Management Nursing	Hensikten med studien var å belyse smerteopplevelser i ulike kulturer.	Kvalitativ studie	Fire kvinner over 18 år som snakket engelsk.	Noen av smerteuttrykke ne er unike for den Somaliske kulturen. Mens andre smerteuttrykk er naturlig for mennesket. Smerteuttrykk påvirkes av personlige opplevelser, kultur og tro.	Alle kvinnene godkjente å delta. Anonymitet og taushetsbelagt.
Høye og Severinsson 2008 Norge	Hensikten med denne studien var å belyse sykepleiernes perspektiv i møte med flerkulturelle familier.	Kvalitativ studie Gruppetinter vju	16 intensiv sykepleiere	Sykepleierne følte det som en stressfaktor at pasientene fikk så mye besøk, de prøvde å sette regler men ble møtt av lite	Godkjent av Regional Committee for Medical Research Ethics in Norway

ELSEVIER				respekt.	
Dellenborg, Skott og Jakobsson 2012 Sverige Journal of Transcultural Nursing	Å undersøke opplevelsene til helsepersonell i møte med flerkulturelle pasienter og deres forslag til forbedringer	En kvalitativ studie Gruppeinter vju Observasjon	Rundt 70 deltagere Sykepleiere, leger, assistenter 11 ulike grupper	Ulikheter innenfor kjønnsfordelin g, manerer, holdninger, følelser, verdier, status, skikker, atferd og emosjonell respons	Anonymitet og taushetsplikt.
Pergert, Ekblad, Enskär og Björk 2008 Sverige European Journal of Oncology	Å undersøke hvordan helsepersonell løser hindringer som oppstår i møte med innvandrerpasiente r i pediatrik onkologisk avdeling.	Kvalitativ studie Datainnsaml ing Intervju	35 deltakere Sykepleiere og leger	For at helsepersonell skal få bedre transkulturell kompetanse og kunne gi transkulturell omsorg trengs det kunnskaper rundt religion, kultur, språk og sosiale situasjoner.	Godkjent av Ethical Research Committee

Nursing					
Høye og Severinsson 2009 Norge Journal of Advanced Nursing	Å undersøke intensivsykepleieres opplevelser av konflikter knyttet til praktiske situasjoner når de møter flerkulturelle familier av kritisk syke pasienter	Kvalitativ studie Intervju	16 intensivsykepleiere	Sykepleiere opplevde utfordringer i møte med pårørende, kulturell atferd og normer, samt å formidle tilstrekkelig og forståelig informasjon	Godkjent av etisk komite.
Richardson, Thomas og Richardson 2006 England European Journal of Oncology Nursing	Å undersøke hvilke opplevelser helsepersonellet har i møte med kreftpasienter med innvandrerbakgrunn	Kvalitativ studie Intervju med fokusgruppene	28 fagfolk innenfor kreftavdelingen, der 22 er sykepleiere	Utfordringer knyttet til språk og gjensidig forståelse, samarbeid og bruk av tolk, kulturelle ulikheter og mangel på kulturell kunnskap	Godkjent av etisk komite
McCarthy, Cassidy,	Å undersøke sykepleieres	Kvalitativ studie	23 sykepleierstu	Sykepleierne opplevde	Godkjent av etisk komite

Graham og Tuohy 2013 Irland British Journal of Nursing	utfordringer og opplevelser til språkbarrierer og bruk av tolk	Intervju	denter, fem sykepleiere, to psykiatrisk sykepleiere	språkbarrierer og utfordringer knyttet til bruk av familiemedlemmer som tolk og bruk av profesjonell tolk.	Skriftlig samtykke Anonymitet
Nielsen og Birkelund 2009 Danmark Scandinavian Journal of Caring Studies	Å undersøke sykepleieres opplevelser i møte med pasienter som har etnisk minoritetsbakgrunn.	Kvalitativ studie Observasjon Intervju	Fire sykepleiere	Sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til kommunikasjonsbarrierer, holdninger, etisk smerte, kulturforskjeller, matvaner og sosial atferd	Samtykke gitt både skriftlig og muntlig Anonymisert
Suurmond, Seeleman, Rupp, Goosen og Stronks	Å undersøke om sykepleiere har tilstrekkelig kulturell kompetanse for å	Kvalitativ og kvantitativ studie	89 sykepleiere utførte spørreskjema	Innsikt i kulturell kompetanse kan bidra til å utvikle relatert	Anonymitet.

2010	møte asylsøkeres grunnleggende behov.	Intervju		utdanning og opplæring for helsepersonell som arbeider med asylsøkere.	
Nederland		Spørreskjema			
Nurse Education Today					

Vedlegg 3: Analyse

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Hovedkategori
<p>Artikkel 1</p> <p>Mange helsearbeidere kan to språk. Dette er en stor fordel, det hjelper sykepleierne å skreddersy omsorgen og få dekket pasientenes behov. Ved alvorlig sykdom, mye følelser og spenninger, er det en fordel å ha sykepleiere fordi de kan roe ned situasjonen.</p> <p>Når det ikke er tilgang på</p>	<p>På grunn av språkbarriere blir det mangelfull forståelse av informasjon.</p> <p>Det er vanskelig å vite hvor mye pasienten har forstått.</p> <p>Den største utfordringen i møte med pasienter fra ulike kulturer er kommunikasjon og språkforskjeller.</p> <p>Kommunikasjonsutfordringer påvirker relasjonsbygging</p>	<p>Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleieren og den fremmedspråklige pasient</p>

<p>tolk, er det flere sykepleiere som lærte seg ord og uttrykk av sine pasienter som de kunne.</p> <p>Sykepleiere bruker også tegnspråk, peking og gestikulering for å gjøre seg forstått. Noen ganger får de familien til å lage et ark med vanlige ord som man kan peke på. Eksempel: mat, drikke, do, luft osv.</p> <p>Artikkel 3</p> <p>Verbal og nonverbal kommunikasjon er viktige problemstillinger.</p> <p>Misforståelser kan oppstå selv om pasient og sykepleier har samme språk. Sykepleierne følte frustrasjon fordi de ikke kunne hjelpe på grunn av språkbarriere.</p> <p>Artikkel 10</p> <p>Mange forstår ikke informasjonen de får.</p> <p>Mangel på kunnskap om språk fører til at pasienter ikke forstår diagnoser, og</p>	<p>mellom sykepleier og pasient.</p> <p>Kommunikasjonsutfordringer fører til usikre og frustrerte sykepleiere.</p> <p>Verbal og nonverbal kommunikasjon er viktige problemstillinger.</p> <p>Sykepleiere har informasjonsplikt.</p> <p>Hjelper ikke med skriftlig informasjon da mange innvandrere er analfabeter.</p>	
--	--	--

<p>dette påvirker behandlingen.</p> <p>Nonverbal kommunikasjon: holde pasientens hender, stryke, kroppskontakt.</p> <p>Manglende kommunikasjon påvirker relasjonsbygging. Ofte kan sykepleierne føle at pasientene bare nikker og smiler uten at sykepleierne vet om de har forstått eller ikke.</p> <p>Ofte opplevde sykepleierne at det ikke hjalp å gi skriftlig informasjon, fordi informasjonen ikke var på deres språk, samt at mange innvandrere er analfabetikere.</p> <p>Artikkel 9</p> <p>Pasienter og familie har rett på informasjon på en forståelig og tilstrekkelig måte.</p> <p>Sykepleiere som deltok i undersøkelsen fortalte at kommunikasjon er ofte en utfordring på grunn av språkbarrierer og kulturforskjeller.</p> <p>I mange tilfeller må</p>		
---	--	--

<p>informasjonen bli gitt gjennom ektemann eller mannlige familiemedlemmer som er overhode i familien. Ofte gir dette flere utfordringer. Det gir sikkerhet om informasjonen er forstått. Det kan ofte oppstå konflikt at mannen enten ikke gir all informasjon til sykepleier eller ikke forteller den informasjonen han får av pasienten. Noen ganger har heller ikke mannen fortalt fulle sannheten til den kvinnelige pasienten.</p> <p>Artikkel 7</p> <p>Noen sykepleiere opplevde at enkelte innvandrere nektet å prate svensk, til tross for kunnskapsrik forståelse i språket. Dette tvinger personalet til å prate engelsk. En faktor som kan gi usikkerhet og ubehag til personalet.</p> <p>Artikkel 11</p> <p>Å ikke forstå pasienten</p>		
--	--	--

<p>opplevde sykepleiere som vanskelig, og dette hadde innvirkning på sykepleierens evne til å få med seg detaljert informasjon om pasienten.</p> <p>For å skape en god relasjon blir ofte nonverbal kommunikasjon brukt. Det blir ord, tegn og kroppsspråk. Non verbal kommunikasjon begrenser samtalen, men viser interesse, tillitt og omsorg.</p> <p>Artikkel 12</p> <p>Det er et stort problem at innvandrere ikke behersker eller prater landets språk.</p> <p>Er ikke alltid lett å skjønne hvor mye de forstår.</p> <p>Sykepleiere ble ofte frustrert, fordi omsorg og behandling tar mye lengre tid sammenlignet med å jobbe med pasienter som snakker samme språk.</p> <p>Sykepleiere behandler innvandrere med respekt, men når det blir travelt blir tid et irritasjonsmoment.</p> <p>Språkbarriere gir mindre tid</p>		
---	--	--

til å utøve omsorg til andre pasienter.

Artikkel 4

I ulike kulturer spres viktig informasjon muntlig gjennom venner, familier og naboer.

Viktig informasjon blir delt både på formelle og uformelle sammenkomster, som bryllup, begravelser, moskeer, kirker, kafeer og butikk.

Ofte blir informasjonen delt gjennom lokale og religiøse ledere, samt de eldste.

Med den muntlige tradisjonen blir det spredt kunnskap angående medisin og behandling. Hvis noen har hatt gode resultater fra dette, vil hele samfunnet finne ut om dette etter kort tid. Dette blir ikke annonsert noen plasser, men går muntlig.

I kulturer der noen av folket snakker eller forstår engelsk, vil de lese aviser og nyhetskilder. På denne måten kan informasjonen bli gitt til venner og familie som ikke

kan engelsk.		
--------------	--	--

Vedlegg 4: Mal for gransking av forskningsartikler

Tabell Vurdering av forskningsartikler.

Vurdering av forskningsartikkel

Artikkel nr

Tittel _____

Hovedområde _____

Forfatter/e _____

Land _____ Språk _____ År _____

Type studie _____

Original _____ Review _____ Annet _____

Vedlegg 5: Artikkelgranskning/vurdering

Artikkelgranskning/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Dato:.....

Titel:.....

Forfattere:.....

.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....

.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon
Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
Randomisert Kontrollert
Intervensjon Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydlig avgrensing/Problemformulering?	Ja	Nei
Er perspektiv/kontekst presentert?	Ja	Nei
Finns et etisk resonnement?	Ja	Nei
Er utvalget relevant?	Ja	Nei
Er forsøkspersonene vel beskrevet?	Ja	Nei
Er metoden tydelig beskrevet?	Ja	Nei
Kommunisierbarhet: Er resultatet klart beskrevet?	Ja	Nei
Gyldighet: Er resultatet logist, forståelig, i overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttigt?	Ja	Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervensjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metod Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse.....
.....
.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering:.....