



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Evne til å utøve sykepleie i en interkulturell
interaksjon / Ability to provide nursing in an
intercultural interaction**

Agnieszka Miśkowicz og Lene Beate Helland Tomren

Totalt antall sider inkludert forsiden: 69

Molde, 05.04.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 05.04.2017

Antall ord: 10272

Forord

De ti bud

1. *Du skal være bevisst ditt eget verdigrunnlag.*

Det er:

Ditt verdigrunnlag er formet av din kulturbakgrunn og innvirker på dine valg i arbeid og fritid.

2. *Du skal ikke innbille deg at du er verdimesig nøytral.*

Det er:

Norsk kulturbakgrunn er ikke andre overlegen, men du skal ikke være redd for å gi til kjenne hva du selv står for.

3. *Du skal gi andre rett til å bruke sitt eget verdensbilde og sin egen sosiale referanseramme.*

Det er:

Alle må bruke sin egen referanseramme til å sortere og bedømme sine inntrykk.

Likevel skal du legge vekt på å bygge bro over kulturkløften ved å være villig til å lære om andre kulturer og motta impulser som inkorporeres i din egen kultur.

4. *Du skal ikke forutsette at mennesker fra andre kulturer kan like mye om de samme ting som du kan.*

Det er:

Det er stor forskjell fra kultur til kultur på hva som betraktes som viktig å ha kunnskap om og innsikt i.

5. *Du skal huske at alle leser dine ikke-verbale signaler.*

Det er:

Dine ikke-verbale signaler blir observert, tolket og mistolket, og de har ofte større troverdighet enn det du sier med ord.

6. *Du skal bruke tolk.*

Det er: Dersom du ikke er helt sikker på at du og din samtalepartner har et felles språk som begge behersker, er bruk av tolk helt nødvendig.

7. *Du skal sette av nok tid når du skal kommunisere med mennesker fra andre kulturer.*

Det er:

Utveksling av meninger tar lengre tid fordi dere bruker tolk og skal prøve å forstå hverandre ut fra forskjellig kulturelt ståsted.

8. *Du skal finne ut hvilken rolleforventning din utenlandske venn/nabo har til deg.*

Det er:

Roller og rolleforventninger varierer fra kultur til kultur, og for å kunne opptre med innlevelse, deltakelse og respekt må du finne fin rette rolle i forhold til den andre.

9. *Du skal stille krav til dine utenlandske venner/naboer som du gjør med dine norske, og ikke opptre som snillist.*

Det er:

Undervurdering av andre kulturer gir seg utslag i snillistisk atferd ovenfor mennesker med annen kulturbakgrunn. Det er rasisme og må unngås.

10. *Du skal huske at mennesker fra andre kulturer kan ha vansker med å forstå deg nettopp fordi du er norsk.*

Det er:

Det er ikke *bare* utlendinger som er sære.

(Referert fra Ole Mathis Hettas forelesning om interkulturell kommunikasjon, Universitet i Tromsø 31. Mars 2001. Sitert i Magelssen 2008, 197-198)

Sammendrag

Bakgrunn: Innvandringen til Norge har økt betraktelig, bare i 2011 og 2012 alene var det høyere innvandringsforekomst enn i hele perioden mellom 1976 og 1985. Dette fører til en økt samhandling mellom kulturer i helsevesenet. Målet til helse- og omsorgsdepartementet er at alle skal kunne benytte seg av helsetjenestene på lik linje, uavhengig av kulturell- og språklig bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Hensikt: Å belyse sykepleieres erfaringer i møte med fremmedkulturelle pasienter og deres pårørende.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på 12 forskningsartikler om det aktuelle temaet.

Resultat: Resultatene viser kommunikasjonsproblemer som den største utfordringen for sykepleierne, som gjorde det vanskelig å skape en trygg og tillitsfull relasjon. De kulturelle forskjellene viste store avvik i hvilke forventninger og holdninger sykepleiere og fremmedkulturelle pasienter hadde i sitt møte.

Konklusjon: Sykepleierne erfarte at det var utfordrende å utøve sykepleie til fremmedkulturelle pasienter, da de hadde forskjellige forståelsesrammer samt hadde minimale felles språkkunnskaper. Tolk ble i varierende grad brukt for å dempe disse utfordringene, men med variert utslag. Mennesker fra ulike kulturer har forskjellige forventninger, og den kulturelle kompetansen hos helsepersonell bør heves.

Nøkkelord: Fremmedkulturelle pasienter, innvandrere, interkulturell sykepleie, interkulturell kompetanse, kommunikasjonsutfordringer.

Abstract

Background: The immigration to Norway has increased dramatically the last years, in the years 2011 and 2012 alone, the number of immigrants were higher than between 1976 and 1985. This results in an increased encounter between cultures in the health care system. The aim for the Ministry of Health and Care Services is that everyone is supposed to be able to benefit from the health care system regardless of cultural background or language (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Purpose: To illuminate nurse's experiences in interactions with patients from foreign cultures and their next of kin.

Method: A systematic literary study based on 12 research papers that explore the topic.

Results: Results show communication difficulties as the biggest challenge for the nurses, because of difficulties in making safe and trustworthy relations. The cultural differences show major deviations in anticipations and attitudes nurses and patients had in their face-to-face meetings.

Conclusion: Nurses experienced challenges in practicing nursing to foreign cultural patients, due to their lack of mutual understanding and limited mutual language.

Interpreters was used to mitigate these challenges, but with varied outcomes. The deviating cultures resulted in different expectation, and the cultural competency among health care providers need improvement.

Keywords: Foreign cultural patients, immigrants, intercultural nursing, intercultural competency, communications challenges.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt	2
1.3	Problemstilling	2
2.0	Teori	3
2.1	Helsepersonells ansvar i møte med andre kulturer	3
2.2	Interkulturell sykepleie	3
2.3	Kultur	5
3.0	Metode	8
3.1	Datainnsamling	8
3.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
3.1.2	PIO-skjema.....	8
3.1.3	Databaser.....	9
3.1.4	Litteratursøk	9
3.2	Kvalitetsvurdering.....	10
3.3	Etiske hensyn	11
3.4	Analyse.....	12
4.0	Resultat	14
4.1	Kommunikasjonsutfordringer i helserelatert interaksjon.....	14
4.2	Kulturelle forskjeller hindrer godt samspill	16
4.3	Ulik forståelse av helse og sykdom skaper usikkerhet blant sykepleiere	18
4.4	Behov for økt kompetanse og mer ressurser	19
5.0	Diskusjon	21
5.1	Metodediskusjon	21
5.1.1	Datainnsamling	21
5.1.2	Kvalitetsvurdering.....	23
5.1.3	Analyse.....	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Språklige utfordringers konsekvenser for sykepleien	24
5.2.2	Kulturforskjellers påvirkning av sykepleieres arbeid	27
5.2.3	Sykepleieres møte med annen medisinsk forståelse	31
6.0	Konklusjon	33
6.1	Konsekvenser for praksis	33

6.2 Forslag til videre forskning	33
Litteraturliste	34
Litteraturliste	
Vedlegg 1 – Oversiktstabell over søkehistorikk	
Vedlegg 2 – Oversiktstabell over inkluderte artikler	

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge helse- og omsorgsdepartementet er målet at språklige- og kulturelle forskjeller ikke skal stå i veien for en likeverdig helsetjeneste for immigranter, på lik linje med etnisk norske. Det vil si at helsetjenestene må tilrettelegges for at alle skal ha lik mulighet for å nyttiggjøre seg av dette, uavhengig av bakgrunn. Derfor er det viktig at helsepersonell har den kunnskapen som er nødvendig for å yte denne typen helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Helse- og omsorgsdepartementet opprettet ”Nasjonalt kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse” (NAKMI) i 2003 som en ressurs for helsetjenestene og helsebaserte profesjonsstudier, herunder sykepleierutdanningen. NAKMI tar for seg forskning basert på etikk, språk og kommunikasjon for å øke den faglige kompetansen innen helsesektoren (Helse- og Omsorgsdepartementet 2013).

De siste årene har innvandringen til Norge økt betraktelig. I 2011 og 2012 alene var innvandringen høyere enn i perioden mellom 1976 og 1985. Majoriteten kommer fra EU/EØS-land, men også en stor andel kommer fra Asia, samt at innvandringen fra Afrika øker betraktelig. Dette fører til økt transkulturell samhandling i helsevesenet. I likhet med etnisk norske vil innvandrere i alle aldre kunne ha behov for helsehjelp, og da må helsepersonell ha den kulturelle kompetansen som kreves (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Nyere forskning viser at tilgjengelighet av ressurser som forskjellige typer tolketjenester er nødvendige for å gi god helsehjelp, men også utfordrende og tidkrevende (Ian, Nakamura-Florez og Lee 2016)

Vi vet at flerkulturell sykepleie vil bli mer og mer aktuelt i tiden fremover. Derfor har vi valgt å ta for oss sykepleieperspektivet i denne studien, basert på at vi som sykepleiere vil kunne komme i kontakt med pasienter fra andre kulturer. Disse pasientene trenger ikke å

ha de samme forståelsesrammene vi har, og vi ønsker derfor å belyse andre sykepleieres erfaringer slik at vi kan tilegne oss mer kunnskap innenfor temaet.

1.2 Hensikt

Hensikten med studien var å belyse sykepleieres erfaringer i møte med fremmedkulturelle pasienter og deres pårørende.

1.3 Problemstilling

Hvilke erfaringer har sykepleiere i møte med pasienter og pårørende fra andre kulturer?

2.0 Teori

2.1 Helsepersonells ansvar i møte med andre kulturer

Helsepersonell må være oppmerksom på at man er lovpålagt å gi pasienter og pårørende tilpasset informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Dette blir utdypet både i Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan; ”Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017” (Helse- og omsorgsdepartementet 2013), og i Helsedirektoratets oppdaterte ”Veileder for helsetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente” (Helsedirektoratet 2017).

Helsedirektoratets strategiplan tar for seg fakta om innvandrerbefolkningen og utfordringsbildet der helserelaterte, kulturelle og språklige utfordringer blir belyst. Samtidig blir helsepersonells kompetanseområde belyst i form av at helsepersonell skal ha kunnskap og kompetanse om helseutfordringene som er en følge av dette, for å kunne gi lik helsehjelp til alle (Helse- og Omsorgsdepartementet 2013).

”Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente” skal være et hjelpemiddel som bidrar til at disse gruppene migranter får den helsehjelpen de trenger (Magelssen 2008). Denne er oppdatert i januar 2017, og tar for seg de mange utfordringene som kan være aktuelle, og som helsepersonell skal være oppmerksomme på som blant annet; helsepersonells ansvar, som sier at helsepersonell har ansvar for å sikre at pasienten får god informasjon, samt pasienters rettigheter. Finansiering, journalføring og helseopplysninger, helseundersøkelser, samt helsetjenester og hva dette innebærer er temaer som blir beskrevet i veilederen, som også tar for seg psykososial oppfølging basert på pasientens behov med tanke på den enkeltes bakgrunn (Helsedirektoratet 2017).

2.2 Interkulturell sykepleie

Det fundamentale i sykepleierfaget er å kunne utøve god sykepleie til pasienter på bakgrunn av deres behov, dette innebærer å kunne kommunisere med pasient og pårørende.

Kommunikasjon er en utveksling av meningsfulle tegn, verbale eller nonverbale, mellom to eller flere parter. Problemet oppstår når de to eller flere parter ikke opererer med samme

tegn, eller at disse tegnene har ulik mening for hver av dem (Eide og Eide 2007). Denne situasjonen kan vi observere når folk med ulike kulturelle bakgrunner møter og vil utveksle mer eller mindre meningsfylte tegn. Dette kalles for den tverrkulturelle eller krysskulturelle kommunikasjonen (Eriksen og Sajjad 2015). Det som blir viktig i kommunikasjon med andre kulturer, er å være bevisst på at tegn og formidlingsformer kan være nyanserte og flertydige og kan føre til misforståelser, dersom man ikke forsøker å forstå disse forskjellene (Eide og Eide 2007). Pasienter som ikke forstår språket blir fort mistenksom, tilbakeholdne, og blir mer følsom overfor nonverbale uttrykk, og dermed kan de ofte feiltolke atferd (Hanssen 2011).

Hanssen (2011) skriver at språkproblemer er nevnt som en utfordring, mens åpenhet og vennlighet er nøkkelord for å knytte opp et bånd med den fremmedkulturelle pasienten. Videre skrives det at det å være vennlig mot pasienter fra en annen kultur ikke er tilstrekkelig, dersom pasienten ikke i tillegg får den nødvendige informasjonen som alle pasienter har rett på å få. Det blir også trukket frem maktbegrepet, der det blir beskrevet at sykepleieren må være bevisst seg at hennes kunnskaper og språkferdigheter setter henne i en maktposisjon overfor pasienten. Samtidig blir det også påpekt sykepleieres forhindrede muligheter til å møte behovene til fremmedkulturelle pasienter, noe som kan skape en følelse av mislykkethet hos sykepleieren. Dette kan føre til at pasienter som indirekte forårsaker denne følelsen vil bli upopulære for sykepleieren (Hanssen 2011).

En annen utfordring som sykepleiere kan møte når de utøver en interkulturell sykepleie går på forholdet til motsatt kjønn og forholdet til bluferdighet hos fremmedkulturelle pasienter. Fysisk berøring av motsatt kjønn eller omgang mellom kjønnene kan være forbudt i enkelte kulturer og religioner, og bør respekteres av helsepersonell. Dessuten bør sykepleier respektere at pasienten ønsker å bli stelt av pårørende, men ansvaret for at dette utføres riktig ligger hos sykepleieren. En trygg relasjon mellom sykepleier og pasienten bidrar til å overvinne problemer som oppstår på grunn av kjønn eller bluferdighet (Hanssen 2011).

Eriksen og Sajjad (2015) skriver at det som også kan vise seg utfordrende i utøvelsen av en interkulturell sykepleiere er ulik forståelse for sykdom og helse hos innvandrere. Folk fra andre kulturer har gjerne en helt annen erfaring med sykdom avhengig av både kultur, økonomi, kjønn, alder og helsetilstand. Videre skriver Eriksen og Sajjad (2015) at den

vestlige oppfatningen av sykdom og helse baserer seg på den vestlige biomedisinen; som bygger på universelle prinsipper. Ut i fra dette vil da oppfatningen av sykdom være den samme uansett hvor i verden man befinner seg. Selv om sykdommens fysiologi er lik uansett bakgrunn, og forutsetningene for sykdom er den samme, betyr ikke dette at alle ser på sykdom likt. Denne oppfatningen er på mange måter kulturelt betinget fordi man oppfatter det ut i fra egne erfaringer og hvordan man har blitt fortalt at det er eller skal være (Eriksen og Sajjad 2015).

Magelssen (2008) skriver at migrasjonshelse er et begrep som tar for seg den belastningen mange migranter opplever; både i tiden før, under og etter migrasjonen. Dette er veldig individuelt, men flyktninger med traumatiske stressreaksjoner i tiden før flukten, får også en økt stressreaksjon under flukten, samt at det ukjente dit man kommer kan skape stress. De fleste migranter opplever tap av tilhørighet når de kommer til et nytt land, der dette nye og ukjente blir potensielle stressfaktorer. Det man vet er at langvarig stress disponerer for økt sykkelighet, derfor utgjør dette en økt helserisiko (Magelssen 2008).

I Hanssen (2011) beskrives det en metode som heter kulturell datasamling, som er en systematisk gjennomgang av pasientens kunnskaper, holdninger, og helseatferd. Denne metoden bidrar til å bygge bro over forskjeller mellom sine egne og pasientens tanker og forventninger. Kulturell datasamling er første steg før man eventuelt vil begynne å endre pasientens helseatferd eller vil lære pasienten nye ferdigheter. I denne prosessen vil det være viktig at sykepleier viser respekt til pasientens sykdoms- og behandlingsforståelse, samt lytter til pasientens synspunkter. Samtidig oppfordres sykepleiere til å opprettholde en kritisk sans overfor sine egne sannheter og normer, fordi de ikke nødvendigvis er like gjeldende for medlemmer av andre etniske grupper. Samtidig må sykepleieren handle faglig forsvarlig og finne en balanse mellom respekt for pasientens religiøse og kulturelle overbevisninger, samt sine egne faglige og personlige overbevisninger (Hanssen 2011).

2.3 Kultur

Mange tenker at kultur er noe som folk fra samme land har til felles, og som er uforanderlig. Dette er det gamle, tradisjonelle synet på kultur, som fortsatt eksisterer i

litteraturen. Det nye synet tar hensyn til individuelle forskjeller blant mennesker, og menneskers rett til å velge hvilket liv de vil leve. Derfor bør kultur betraktes som en prosess, framfor å betrakte den som noe konstant og endelig (Hanssen 2005). Folk som lever i samme kulturelle verden vil ofte ha mye til felles – språk, religion, moralske normer og erfaringsverden. Kulturelle verdier og normer er lærte, ikke medfødte. For eksempel kan vi si at det at man trenger mat er et medfødt biologisk betinget behov, mens kulturen har lært oss når, hvordan og hva vi skal spise (Eriksen og Sajjad 2015). Kultur er lært og påvirket av ens oppvekstmiljø. Dette setter derfor dype spor i ens forståelse av omverdenen som igjen påvirker alle ens handlinger. Dette gjør at mennesket tar utgangspunkt i seg selv når de skal definere hva som er normaliteten (Brenna 2007).

”... Kultur kan altså betraktes som en slags *mental matrise for handling*; summen av alle de erfaringer, kunnskaper og verdier vi bærer med oss, og som vi handler på grunnlag av.” (Eriksen og Sajjad 2015, 41).

Kultur overføres fra generasjon til generasjon, men samtidig forandrer kulturen seg over tid, avhengig av hvilke påvirkningsfaktorer den utsettes for. Den multikulturelle verden skaper større muligheter for møter mellom mennesker fra fjerne deler av verden. Først ved dette møtet blir man bevisst på de kulturelle forskjellene – bevisst over sin egen etnisitet (Eriksen og Sajjad 2015).

”Etnisitet er opplevde kulturforskjeller som gjøres relevante i samhandling” (Eriksen og Sajjad 2015, 52).

Etnosentrisme og kulturel relativisme er to begreper som er sentrale i forståelsen av kultur der en etnosentrisk person verdsetter sin kultur høyest, og betrakter andre kulturer som gode eller mindre gode etterligninger av sin egen kultur. Kulturel relativisme er en motpol til etnosentrisme der andres kulturer blir sett på som likeverdige. Kulturel relativistiske holdninger vil godta at mennesker i andre kulturer utfører, selv de mest groteske handlinger, så lenge tanken bak er meningsfylt og god. Derfor er det ikke ønskelig med hverken en ren etnosentrisk eller kulturel relativistisk holdning, men heller en empatisk holdning for å forstå andre kulturer (Eriksen og Sajjad 2015).

Andre viktige begreper for å forstå omfanget av kulturbegrepet er individualisme og kollektivism, som er en form for sosial organisasjon; der individualisme er preget av at en selv er sentrum for sitt liv (Hanssen 2005). Kollektivism preges av at storfamiliens verdier settes høyest, og ens egne handlinger beror seg på lojalitet til storfamilien, og tar lite hensyn til egne holdninger og verdier (Eriksen og Sajjad 2015). Religion vil også være i nær sammenheng med kulturbegrepet, og vil i stor grad vil påvirke fortolkningen av en situasjon, og hvordan personen opplever å håndtere denne. Religion kan også gi trygghet og mening til lidelse, samt bidra til mestring av ulike situasjoner (Hanssen 2005).

3.0 Metode

Vi har gjennom arbeidet med vår litteraturstudie fulgt retningslinjene Høgskolen i Molde har utarbeidet i forbindelse med avsluttende bacheloreksamen i sykepleie; SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie (Michaelsen og Mundal 2016).

3.1 Datainnsamling

Basert på vårt tema for oppgaven gjorde vi tidlig et prøvesøk for å få et inntrykk av hvordan vi på en hensiktsmessig måte skulle formulere hensikt og problemstilling. Deretter dannet vi oss en oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt søkeord som vi strukturerte i et PIO-skjema i samråd med bibliotekar i forkant av de strukturerte søkene.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Sykepleieperspektiv
- Artikler av middels eller høy kvalitet
- Etske godkjente artikler
- Artikler fra 2006-2016

Eksklusjonskriterier:

- Artikler der sykepleieperspektivet ikke er isolert fra øvrig helsepersonell
- Sykepleiere som selv har innvandret til landet de jobber

3.1.2 PIO-skjema

Et PICO skjema består av fire komponenter: (P) Patient/problem – pasient/problem (I) Intervention – Intervensjon/tiltak (C) Comparison – sammenligning, (O) Outcome – resultat. PICO skjemaet deler opp problemstillingen og bidrar dermed til å strukturere den på en hensiktsmessig måte. Siden problemstillingen vår ikke sammenlignet noen tiltak, valgte vi bort (C) fordi intervensjonen som vi var interessert i, ikke skulle sammenlignes med en annen. (P) i vårt tilfelle ble ”etniske minoritets pasienter” eller ”ethnic minorities”. (I) skal inneholde et tiltak som man ønsker å vurdere, i vårt tilfelle brukte vi ”sykepleie” eller ”nurse/nursing” som tiltak. (O) som resultat ble da ”erfaringer” eller ”experiences” (Nortvedt et al. 2012).

3.1.3 Databaser

Vi startet med prøvesøk i Ovid Medline, da vi hadde mest kjennskap til denne databasen. Etter møte med bibliotekar fikk vi en liten innføring i blant annet Cinahl og Ovid PsycInfo. Disse tre databasene ble brukt i våre søk.

3.1.4 Litteratursøk

Før vi startet det systematiske søket fikk vi veiledning av bibliotekar som hjalp oss med å se på søkeordene vi hadde satt opp i PIO-skjemaet vårt, og hvilke av disse som var mest relevante. Dermed kom vi frem til følgende søkeord: Ethnic minorities (P), Nursing (I), Challenges / Experiences (O).

3.1.4.1 Ovid Medline og Ovid PsycInfo

Vi gjorde først to søk i Ovid Medline den 14.10.16. Søkeordene vi brukte var (P) ”ethnic minorities*” som ga oss meshtermene ”minority groups” og ”ethnic groups” som vi kombinerte med OR. Vi brukte også søkeordet ”immigrants*” der vi fikk ”undocumented immigrants” som foreslått meshterm, kombinert med OR. Deretter søkte vi på (I) ”nurs*” og kombinerte med meshtermen ”nursing” med OR. Det siste søkeordet vi brukte i det første søket var (O) ”experinence*” uten meshtermer. Det vi da gjorde var å kombinere alle søkeordene, med sine meshtermer, med AND for å få med ord fra alle søkene sammen, og vi inkluderte én artikkel fra søket (Vedlegg 1).

I det neste søket valgte vi å bruke de samme søkeordene men kombinere de to søkefrasene ”ethnic minorities*” og ”immigrants*” og deres meshtermer til en enkelt frase ved å bruke OR, for å få resultater med en av dem. Vi begrenset søket til artikler publisert fra 2011 til i dag, samt begrenset søket til dansk, engelsk, norsk eller svensk språk, der vi valgte å inkludere én artikkel (Vedlegg 1).

Deretter valgte vi å gjøre søk i Ovid PsycInfo, den 25.10.16, der vi brukte de samme søkeordene, meshtermer og begrensinger som i det andre søket i Ovid Medline, hvor vi inkluderte én artikkel (Vedlegg 1). Deretter valgte vi samme dag å gjøre et nytt søk hvor vi fjernet begrensingene for å få et bredere søkeresultat, samt vi erstattet søkeordet ”experinence*” med ”challenge*” da de samme titlene repeterte seg selv, her inkluderte vi én artikkel (Vedlegg 1).

I det neste søket i Ovid Medline, den 14.11.16, valgte vi å kombinere forskjellige søkeord fra de tidligere søkene i en ny kombinasjon. (P) "cultural competency.mp", "transcultural nursing", "cultural diversity" OR "cultural competency". AND (I) "nurs*" OR "nursing". AND (O) "experienc*" OR "challeng*". Med begrensning fra 2011 til i dag, samt begrenset språk til dansk, engelsk, norsk eller svensk og inkluderte tre artikler fra dette søket (Vedlegg 1).

I det siste søket i Ovid Medline, den 02.12.16, valgte vi å utvide tidsbegrensningene fra forrige søk til siste ti år, derfor begrenset vi søket fra 2006 – 2010, og valgte å inkludere 3 artikler fra dette søket (Vedlegg 1).

3.1.4.2 Cinahl

I det første søket i Cinahl, den 25.10.16, brukte vi søkeord: (P) ethnic minorities med meshterm; racial minorities, (I) nursing med meshterm; nurse or nursing care, (O) challenges med meshterm; barriers or difficulties. P, I og O ordene ble kombinert med AND, og vi inkluderte én artikkel (Vedlegg 1).

Ved det andre søket i Cinahl, den 02.12.16, brukte vi søkeord: (P): nurse med meshterm; nurses or nursing or nursing staff, (I): transcultural nursing med meshterm; cross cultural nursing, (O): challenges med meshterm; barriers or difficulties, samt søkeordet experiences kombinert med or. PIO ordene ble kombinert med AND, og begrenset publiseringsperioden fra 01.01.2011 til 31.12.2016 og språket til dansk, engelsk, norsk eller svensk, der vi inkludert én artikkel fra dette søket (Vedlegg 1).

3.2 Kvalitetsvurdering

Vi foretok både individuelle kvalitetsvurderinger og fellesvurderinger av artiklene underveis i prosessen, og tok i bruk hjelpemidler i form av sjekklister og vurdering av tidsskriftets nivå.

Vi valgte å bruke Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Kunnskapssenteret 2014). Henholdsvis; sjekklister for

prevalensstudier og sjekkliste for kvalitative studier, da det var disse som var aktuelle for de valgte artiklene. Én artikkel hadde både kvalitative og kvantitative funn og der brukte vi begge sjekklistene. Dette gjorde vi individuelt før vi vurderte artiklene sammen. Deretter rangerte vi artiklene ut i fra poeng vi ga artiklene som tok utgangspunkt i sjekklistene vi brukte; ut fra poengsummen ble artiklene rangert til lav, middels eller høy kvalitet (Vedlegg 2). Dette gjorde vi ved å bruke spørsmålene i sjekklistene. Den kvalitative sjekklisten bestod av 10 spørsmål, og for hvert ja, ble det et poeng. 8-10 poeng ga høy kvalitet, 5-7 middels kvalitet og 0-4 var lav kvalitet. Vi gjorde det samme med sjekklisten for prevalensstudier som henholdsvis hadde 13 spørsmål, her ble 10-13 poeng rangert som høy kvalitet, 6-9 middels kvalitet og 0-5 var av lav kvalitet. Alle våre artikler ble vurdert til høy kvalitet.

Vi søkte også opp tidsskriftene artiklene var publisert i NSD og deres register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata) for å se om tidsskriftet er vitenskapelig og hvilket nivå det har (Vedlegg 2). For å være et vitenskapelig tidsskrift må det oppnå nivå 1 eller 2, der nivå 2 er det høyeste og er begrenset til de mest ledende i sine fagsammenhenger (Norsk senter for forskningsdata 2017).

3.3 Etiske hensyn

Under forskningsprosjekter må den som utfører studien ta hensyn til forskningsobjektene og deres integritet. De forskningsetiske vurderingene tas på bakgrunn av sårbarheten til personer som er direkte eller indirekte involvert inn i studien, samt ved å innhente et informert samtykke. (Halvorsen 2016)

Når informert samtykket er innhentet, er det viktig å være påpasselig med at forskningsobjektene privatliv blir ivaretatt og at den informasjonen han eller hun gir blir gjengitt korrekt (Jacobsen 2010).

I Jacobsen (2010) henvises det til en nettside hvor man kan finne nasjonale og regionale forskningsetiske råd. På denne nettsiden fant vi informasjon om Helsinkideklarasjonen; etiske retningslinjer for forskning innen medisin og helsefag som omfatter mennesker. Helsinkideklarasjonen anbefaler blant annet bruk av forskningsetiske komiteer som sørger

for at etiske kriteriene er oppfylt, samt at forskningen holder vitenskapelig god nok kvalitet. (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014)

Våre etiske vurderinger tok utgangspunkt i de etiske vurderingene som ble gjort i hver enkelt av forskningsartiklene som vi valgte å inkludere i studien vår. Alle de inkluderte artiklene har blitt godkjent av aktuelle etiske komitéer og/eller ved innhentet samtykke.

3.4 Analyse

Gjennom hele analyseprosessen er det viktig å jobbe systematisk, derfor har vi strukturert arbeidet vårt ved hjelp av Evans (2002) analyseprosess, som består av fire faser:

1. Samle forskningsartikler
2. Identifisere nøkkelfunn I hver enkelt studie
3. Relatere temaer
4. Beskrive fenomenet.

(Evans 2002, 25)

1. Samle forskningsartikler

Dette punktet starter hele analyseprosessen og forutsetter at man velger relevante databaser, samler opp et tilstrekkelig antall relevante artikler, som oppfyller forhåndsbestemte inklusjonskriterier. (Evans 2002)

For å oppfylle krav fra vår Høgskole måtte vi innhente 12-15 forskningsartikler. Vi valgte ut 12 forskningsartikler som var basert på våre inklusjonskriterier, og som var relevant for problemstillingen vår.

2. Identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie

For å identifisere hovedfunn i artiklene er det ifølge Evans (2002) viktig å lese forskningsartiklene flere ganger for å få et helhetlig bilde og mening av hver enkelt studie.

Først leste vi alle artiklene individuelt for å få kjennskap til artiklene og finne hovedfunnene, så gikk vi sammen og sammenlignet våre funn.

3. Relatere temaer på tvers av studier.

I denne fasen skal man gå gjennom hovedfunnene og forsøke å identifisere felles temaer som går igjen. Forskjeller mellom studier skal sammenlignes, legges opp mot hverandre i

form av kontraster, deretter skal lignende temaer identifiseres (Evans 2002).

Vi ga artiklene våre fargekoder og grupperte lignende funn fra hver artikkel sammen og lagde våre kategorier på bakgrunn av disse.

4. Beskrive fenomenet

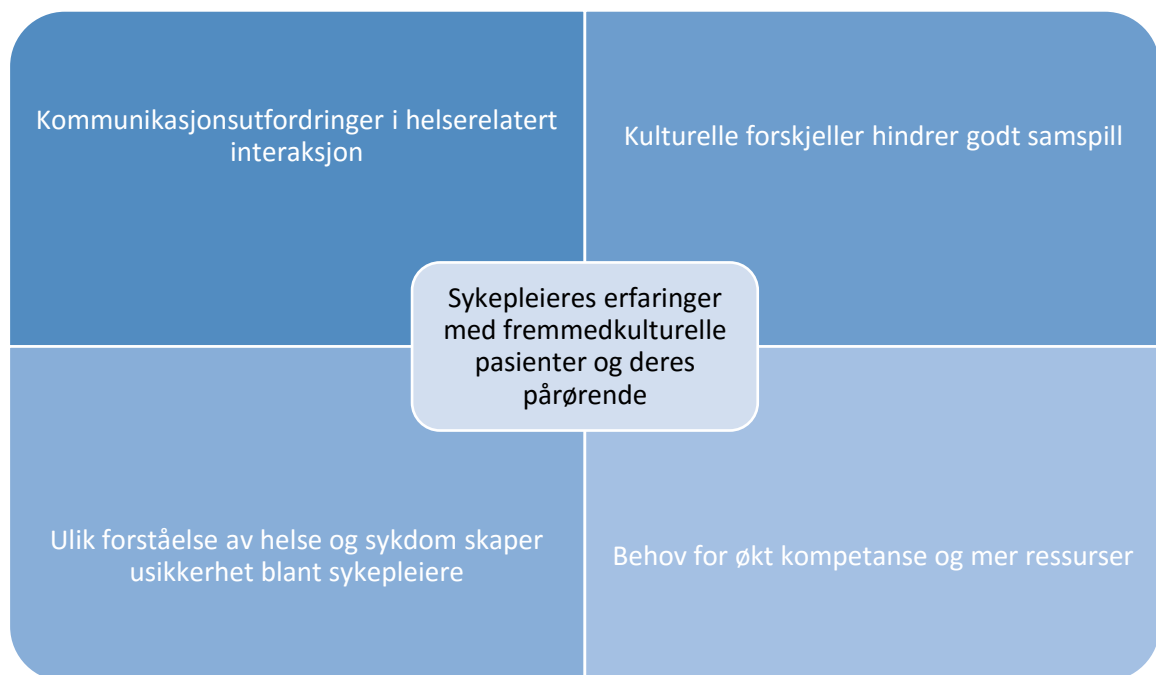
For å kunne etterprøve nøyaktigheten av kategoriens beskrivelse, kreves det at henvisninger til den opprinnelige studien finner sted. Funnene skal beskrive kategoriene og støttes med sitater fra den opprinnelige studien (Evans 2002).

Vi systematiserte funnene våre inn i relevante kategorier som vi da beskrev og underbygde med sitater fra originalstudiene. Og kom da fram til fire kategorier som vi vil presentere i resultatdelen.

4.0 Resultat

Vår analyse av artiklene ga oss fire hovedkategorier; 1) Kommunikasjonsutfordringer i helserelatert interaksjon, 2) Kulturelle forskjeller hindrer godt samspill, 3) Ulik forståelse av helse og sykdom skaper usikkerhet blant sykepleiere og 4) Behov for økt kompetanse og ressurser.

Fig. 4.1 Hovedtema som kom frem i studien.



4.1 Kommunikasjonsutfordringer i helserelatert interaksjon

Resultater viser at kommunikasjonsproblemer mellom sykepleiere og pasienter ble regnet som den største utfordringen (Amiri et al. 2016, Festini et al. 2009, Hart og Mareno 2013, Høye og Severinsson 2008, Jones 2008, Kalengayi et al. 2015, Nielsen og Birkelund 2009 og Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010). Manglende felles språkforståelse førte til gjensidig misforståelse (Amiri et al 2016, Festini et al. 2009 og Nielsen og Birkelund 2009).

”The language barrier was the primary issue and the first thing most of the participants talked about in the interviews when asked about the impact of culture on their care” (Jones 2008, 201).

Tillit og åpenhet ble sett på som avgjørende blant sykepleierne for relasjonsbyggingen med pasienten (Hart og Mareno 2013, Johnstone 2016, Samarasinghe, Severinsson og Arvidsson 2010 og Suurmond et al 2010). Dette ble utfordret på grunn av den manglende evnen til å kommunisere som vanskeliggjorde det å bli kjent med pasienten og oppnå en tillitsfull relasjon (Hart og Mareno 2013 og Jones 2008). Forståelsen av det mellomfamiliære forholdet ble hemmet som følge av kommunikasjonsutfordringene, samt tolking av de nonverbale signalene var også en utfordring for sykepleierne (Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010).

“Nurses spoke of the difficulty of connecting with patients and gaining trust within their provider-patient relationship.” (Hart og Mareno 2013, 2227).

Tolk var ofte brukt som hjelpemidler for å overkomme kommunikasjonsutfordringene (Festini et al. 2009, Johnstone et al. 2016, Hart og Mareno 2013, Høye og Severinsson 2008, Jones 2008, Kalengayi et al. 2015, Nielsen og Birkelund 2009, Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010 og Suurmond et al. 2010). Sykepleiere påpekte viktigheten av å bruke profesjonell tolk i noen av studiene (Kalengayi et al 2015 og Johnstone et al 2016). I andre studier ble familiemedlemmer ofte brukt som tolk (Festini et al. 2009, Høye og Severinsson 2008 og Jones 2008), mens sykepleiere i én studie valgte på grunn av økonomi å begrense bruken av profesjonell tolk og heller bruke familiemedlemmer som tolk (Nielsen og Birkelund 2009). Det var ikke ansett som riktig å bruke barn som tolk (Jones 2008, Nielsen og Birkelund 2009 og Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010). Sykepleiere benyttet seg også av arbeidskollegaer som kunne pasientens språk for å tolke når de hadde mulighet til dette (Høye og Severinsson 2008 og Jones 2008).

“If necessary they called for an authorized interpreter, as it was conceived as inappropriate for family members and children in particular to interpret” (Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010, 227).

Funn viser at det oppsto utfordringer i forbindelse med bruk av tolk (Festini et al. 2009, Kalengayi et al. 2015, Jones 2008 og Nielsen og Birkelund 2009). Utfordringer på bakgrunn av manglende tilgjengelighet ble trukket frem (Kalengayi et al. 2015, Festini et al. 2009, Jones 2008 og Nielsen og Birkelund 2009). Videre var det utfordrende å

koordinere pasientens pleiebehov med tilgjengeligheten av tolketjenester (Festini et al 2009).

Bruk av tolk ble ansett som både tidkrevende og komplisert (Kalengayi et al. 2015 og Jones 2008). På den ene siden kom det frem at det var stor usikkerhet vedrørende nøyaktigheten av slike oversettelser, men på den andre siden bidro tolkebruken til etablering av en relasjon mellom sykepleieren og pasienten (Jones 2008). Bruk av telefontolk ble også trukket frem (Kalengayi et al. 2015 og Jones 2008). Denne metoden å kommunisere på ble kritisert både på grunn av usikkerhet rundt nøyaktigheten av oversettelsen, men også på grunn av manglende personlig kontakt som førte til at pasienten var tilbaketrukket i forhold til å stille spørsmål (Jones 2008).

”When asked about her experiences with interpreters, a nurse angrily answered: A few are actually good. But, some are a total disaster. They interfere in the conversation somehow.” (Kalengayi et al. 2015, 6).

Det å kunne et annet språk var ansett som en positiv ferdighet som bidro til bedre kommunikasjon med pasienten (Festini et al. 2009, Hart og Maren 2013 og Jones 2008).

4.2 Kulturelle forskjeller hindrer godt samspill

Kulturelle forskjeller førte til at fremmedkulturelle pasienter viste annerledes atferd i ulike situasjoner, og hadde andre forventninger, oppfatninger og holdninger enn sykepleiere. Dette påvirket ofte arbeidsmønstrene til sykepleiere (Debesay et al. 2014, Festini et al. 2009, Hart og Maren 2013, Høye og Severinsson 2008, Johnstone et al 2016, Kalengayi et al. 2015, Nielsen og Birkelund 2009 og Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010).

A third, significant discovery in the survey deals with the fact that nurses experience that patients with minority ethnic background express a different cultural and social behaviour than Danish patients in other ways as well. (Nielsen og Birkelund 2009, 434).

I forbindelse med annerledes kulturell og sosial atferd, viste det seg at en type atferd var spesielt utfordrende. Store antall pårørende som kom samtidig for å besøke den syke

(Nielsen og Birkelund 2009; Høye og Severinsson 2008), samt manglende respekt for organisering av visittider (Høye og Severinsson 2008). Dette førte til stress blant sykepleiere, som var hindret i å gjøre sitt arbeid. De ble ofte tvunget til å begrense antall besøkende (Høye og Severinsson 2008).

Pleiesituasjoner var utfordrende for sykepleierne på grunn av sin usikkerhet angående den andres kulturelle normer. (Debesay et al. 2014, Festini et al. 2009 og Høye og Severinsson 2008). Sykepleiere var usikre i forhold til eksponering av pasienten, de sørget derfor for å holde pasienten tilstrekkelig tildekt for å ivareta respekten til pasienten og dens familie (Høye og Severinsson 2008). Noen sykepleiere kjente på frykt for å gjøre feil, eller krenke pasienter under instimstell (Debesay et al. 2014).

Forskjeller i holdninger hos både sykepleiere og pasienter var også en utfordring som forårsaket dårlige relasjoner (Festini et al. 2009, Hart og Mareno 2013, Høye og Severinsson 2008, Kalengayi et al. 2015 og Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010). Forskjell i holdninger var observerbare både hos sykepleiere og pasienter. Noen sykepleiere mente at innvandrere skulle tilpasse seg det livet som var i det landet de kom til (Hart og Mareno 2013 og Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010). Det ble også observert av sykepleiere at noen arbeidskollegaer hadde negative holdninger til innvandrere og at disse var preget av fordommer. Dette forhindret utøvelse av en kulturelt kompetent pleie (Hart og Mareno 2013 og Kalengayi et al. 2015).

Dårlige relasjoner var også preget av sykepleieres erfaringer rundt pasienters og pårørendes holdning i forholdt til kvinnerollen, noe som forårsaket ubehagelige situasjoner der sykepleiere opplevde manglende respekt og dårlig holdning fra pasienter og pårørende (Festini 2009, Høye og Severinsson 2008 og Kalengayi et al. 2015). På en annen side opplevde noen av sykepleiere at fremmedkulturelle pasienter var åpne, vennlige og takknemlige (Jones 2008).

“They felt they were in an inferior role in relation to the patriarchal families and physicians. At times the nurses perceived the lack of respect from diverse ethnic groups” (Høye og Severinsson 2008, 344).

Ulik oppfatning av tid påvirket også arbeidsmønsteret til sykepleierne, da pasientene viste en mye mer avslappet holdning til å være presise og til å holde avtaler. Innvandrere var

ofte forsinket til avtalte møter og brydde seg ikke om konsekvenser (Hart og Mareno 2013, Kalengayi et al. 2015). Dette ble beskrevet som en kulturelt betinget forskjell i oppfatning av tid (Kalengayi et al. 2015).

Ulikheter i mattradisjoner kunne av og til stride med hva som var medisinsk forsvarlig, eller at den maten som var tilgjengelig kunne stride i mot pasientens kulturelle og religiøse preferanser i forhold til mat (Festini et al. 2009, Nielsen og Birkelund 2009). Vansker i å yte helsehjelp i forbindelse med ernæring og matvaner var opplevd av noen sykepleiere (Festini et al. 2009). Hovedsakelig gikk dette på å nekte å spise en bestemt type mat på grunn av kulturelle og religiøse preferanser til fremmedkulturelle pasienter. Etske dilemmaer oppstod også, da pasientene ville faste under ramadan til tross for at sykepleiere vurderte det som medisinsk uforsvarlig i denne situasjonen (Festini et al. 2009). Noen sykepleiere opplevde det som problematisk at pårørende tok med seg mat på avdelingen da sterke matlukter kunne påvirke andre pasients velvære. Andre sykepleiere opplevde derimot det som positivt at pårørende tok med mat til den syke (Nielsen og Birkelund 2009).

4.3 Ulik forståelse av helse og sykdom skaper usikkerhet blant sykepleiere

Funnene viser at sykepleiere og pasientene hadde en ulik forståelse for sykdom og helse. (Alpers og Hanssen 2013, Nielsen og Birkelund 2009, Amiri et al. 2016, Kalengayi et al. 2015, Debesay et al. 2014, Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010)

Sykepleiere belyste manglende kunnskap om andre medisin- og behandlingsfilosofier enn det vestlige (Alpers og Hanssen 2013 og Hart og Mareno 2013). Sykepleiere syntes at det var utfordrende når pasientene ikke forståelse av at de kunne bære på en sykdom uten å ha symptomer på sykdommen (Kalengayi et al. 2015). Noen sykepleiere mente at lavt utdanningsnivå hos innvandrere, samt deres nedprioritering av egenhelse påvirket deres forståelse for sykdom og helse. Sykepleiere opplevde at innvandrere tolket tegn og symptomer på sykdom på en annen måte enn de selv gjorde ved samme sykdom (Amiri et al. 2015). Sykepleiere forteller om ulikt syn på aktivitet og rehabilitering i forbindelse med sykdom hos de fremmedkulturelle pasientene der egenomsorgsaktiviteter blir nedprioritert

av de fremmedkulturelle pasientene (Debesay et al. 2014 og Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010).

Vurdering av smerteintensitet var utfordrende, da pasienter fra enkelte kulturer kan være overdrivende med smerteuttrykk, mens i andre er dem mer tilbakeholdne med sine smerteuttrykk. (Alpers og Hanssen 2013, Nielsen og Birkelund 2009 og Festini et al. 2009) Sykepleiere beskriver at vurdering av smerte var vanskelig på grunnlag av annerledes smerteuttrykk hos de fremmedkulturelle pasientene, dette var ofte tilsynelatende overdrevet (Alpers og Hanssen 2013 og Nielsen og Birkelund 2009). Derimot opplevde noen sykepleiere at fremmedkulturelle pasienter var mer tilbakeholdne med sine smerteuttrykk (Festini et al. 2009).

“(...) nurses hold that many patients express pain in situation that the nurses do not perceive as particularly painful. Others have learned not to express pain.” (Alpers og Hanssen 2013, 1002).

4.4 Behov for økt kompetanse og mer ressurser

Manglende kulturellkunnskap og manglende ressurser forhindret sykepleiere i å utøve kulturelt kompetent sykepleie (Alpers og Hanssen 2013, Debesay et al. 2014, Hart og Mareno 2013, Høye og Severinsson 2008, Johnstone et al. 2016, Kalengayi et al. 2015, Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010 og Suurmond et al. 2010).

Manglende kunnskaper om kulturelle aspekter gjorde det utfordrende for sykepleiere å møte behovene til disse pasientene (Alpers og Hanssen 2013, Debesay et al. 2014, Hart og Mareno 2013, Høye og Severinsson 2008, Johnstone et al. 2016, Kalengayi et al. 2015 og Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010). Noen sykepleiere manglet kompetanse i hvordan å kommunisere godt gjennom tolketjenester (Alpers og Hanssen 2013).

Sykepleiere følte stort behov for å få økt sin interkulturelle kompetanse (Alpers og Hanssen 2013, Debesay et al. 2014, Hart og Mareno 2013, Johnstone et al. 2016, Kalengayi et al. 2015, og Suurmond et al. 2010).

Manglende ressurser bidro også til at utøvelsen av god interkulturell sykepleie ikke var tilfredstillende (Debesay et al. 2014, Hart og Mareno 2013, Kalengayi et al. 2015 og Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010). Sykepleiere beskriver det at mangel på ressurser gjaldt tid, økonomi og mangel på opplæring (hart og Mareno 2013). Det var

ressurskrevende med kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleier og pasienten, samt bruken av kostbare tolketjenester (Nielsen og Birkelund 2009 og Samarasinghe, Fridlund og Arvidsson 2010).

The focus group interviewees' lacked knowledge about a wide range of subjects, like how to communicate well through an interpreter, how to handle nursing care with families an small children present, and how to handle the fact that a woman is "circumcised". They also expressed lack of knowledge about various cultural expressions that may be important to the patient while in the hospital, for instance concerning the Muslim fast at Ramadan. (Alpers og Hanssen 2013, 1001).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere vår fremgangsmåte i arbeidet med studien i henhold til Høgskolen i Molde's retningslinjer for SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie (Michaelsen og Mundal 2016). Vi vil her trekke frem styrker og svakheter.

5.1.1 Datainnsamling

Etter å ha valgt tema, hensikt og problemstilling fokuserte vi på å sette oss noen inklusjons- og eksklusjonskriterier.

5.1.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte tidlig å ikke inkludere eller ekskludere noen aldersgrupper på bakgrunn av at vårt tema omfatter alle pasienter i aldersgrupper. Dette kan anses som en svakhet fordi vi får færre artikler å sammenligne på samme aldersgruppe, men vi får på samme tid en bredere forståelse av de erfaringer sykepleiere har.

Vi har heller ikke satt noen inklusjonskriterier i forhold til hvor i verden originalstudiene er utført. Grunnen til dette var at vi initialt fant en god del nordiske artikler fra nyere tid, men ikke nok i følge retningslinjene til Høgskolen i Molde (Michaelsen og Mundal 2016). Vi kunne da valgt å inkludere artikler fra Europa, men det er store forskjeller i oppbygningen av helsevesenet i forskjellige deler av Europa og derfor så vi ikke noen grunn til å begrense det til kun Europa.

Et av inklusjonskriteriene vi hadde var at sykepleierne i originalstudiene skulle være en del av majoritetsbefolkningen, altså ikke selv innvandret til landet de jobber, på bakgrunn av at disse sykepleierne ikke nødvendigvis har den samme kulturelle forståelsen som den majoritetsbefolkningen og de kulturelle erfaringene vi søkte, da ikke blir tydelige nok.

Vi har ikke valgt å velge ut spesifikke typer avdelinger eller institusjoner i vår studie på bakgrunn av at det ikke finnes nok spesifikk forskning av nyere tid på enkeltavdelinger eller –institusjoner.

5.1.1.2 PIO-skjema

PIO-skjemaet vårt var i utgangspunktet svært uoversiktlig og uten noen struktur. Det kunne egentlig ses på som et tankekart før vi fikk hjelp av bibliotekar til å strukturere og innsnevre søkeordene våre. Derfor ser vi på det som stryke at vi ikke begynte med de systematiske litteratursøkene før etter bibliotekarveiledningen, da vi hadde fått et godt utgangspunkt for søkeord.

5.1.1.3 Databaser og Litteratursøk

Vi har valgt å forholde oss til databasene Ovid Medline, Ovid PsycInfo og Cinahl. Dette kan ses på som både en svakhet og en stryke. Vi kan se på det som en svakhet ved at vi kunne funnet flere relevante artikler, dersom vi brukte flere databaser. Vi kan også se på det som en styrke ved at vi klarte å forholde oss til de samme søkeordene gjennom hele prosessen og vi lærte oss å utnytte søkefunksjonene i disse databasene på best mulig måte.

I henhold til vår problemstilling der vi ønsket svar på sykepleieres erfaringer, ble det naturlig at vi brukte ”erfaringer/experiences” som søkeord i søkeprosessen. Det vi så når vi begynte å foreta søkene våre var at meshtermer som ble foreslått gikk på ”utfordringer/challenges” i databasene, selv om vi utelukket denne meshtermen i det første søket i hver av de tre databasene så at en stor andel av artiklene fra søket hadde ”challenges” i titlene sine. Dette førte til at vi bestemte oss for å for å inkludere dette søkeordet i de videre søkene da utfordringer også er en erfaring, og vi valgte å søke etter artikler som omhandlet enten erfaringer eller utfordringer. Ved å velge en enten/eller mellom disse søkeordene utvidet vi søket vårt, uten å gå på bekostning av vårt opprinnelige søkeord som er mer i samsvar med problemstillingen vår.

I forhold til søkeordet vårt ”ethnic minorities”, så var vi klar over at dette muligens var et litt for spesifikt søkeord, så vi valgte å bruke meshtermer for dette søkeordet, som varierte i de forskjellige databasene. Dette er en svakhet vi er klar over, og vi burde ha vært mer systematiske i håndteringen av dette, da ved å bruke meshtermer vi valgte, som søkeord i de ulike databasene. Vi prøvde dette i de kommende søkene så godt det lot seg gjøre, men enkelte søkeord ga flere treff i en database enn i en annen, derfor har vi valgt å ikke gå

tilbake å gjøre helt identiske søke i de ulike databasene, men var hele tiden bevisste på å bruke relevante meshtermer i henhold til hensikten vår.

5.1.2 Kvalitetsvurdering

Vi tok utgangspunkt i sjekklister til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret 2014) når vi skulle begynne kvalitetsvurderingen av artiklene vi ønsket å inkludere. Da vi brukte sjekklister for kvalitative studier og for prevalensstudier brukte vi et poengsystem for å dele inn artiklene i lav, middels eller høy kvalitet. Disse sjekklister tar for seg spørsmål som er viktige for å få fram om man kan stole på resultatene i artiklene, og har med spørsmål som omhandler fremgangsmåten for forskningen, blant annet; datainnsamling, analysen av arbeidet, underbygning av funn og etiske vurderinger.

De etiske vurderingene vi tok baserer seg på de som ble gjort av forskerne bak hver enkelt studie. Det ble klart presisert at et informert samtykke ble innhentet av deltakerne eller at studiene ble godkjent av en etisk komité. Vi gjorde også noen vurderinger basert på skjønn; i og med at vår litteraturstudie baserer seg på forskning som har hatt sykepleier- og helsepersonellperspektiv, og ikke pasienter eller pårørendeperspektiv og derfor er ikke intervjuobjektene en sårbar gruppe, derfor har vi valgt å bruke forskningen i vår studie, så lenge informert samtykke er innhentet dersom den ikke var godkjent av en etisk komité.

5.1.3 Analyse

Etter å ha innhentet et akseptabelt antall forskningsartikler, satte vi oss ned og fordelte artiklene mellom oss, og individuelt delte de inn i aktuelle eller ikke aktuelle artikler basert på hovedfunnene fra artiklene. Deretter gikk vi igjennom funnene fra artiklene og inkluderte artikler i studien. Dette ble en tidkrevende del av analysen. Vi endte i utgangspunktet med 15 artikler i denne fasen av arbeidet, men valgte å ekskludere 3 av disse fordi vi ikke klarte å trekke ut funnene fra artiklene fordi de var noe uklare. Når vi hadde innhentet nok artikler i følge retningslinjene fra Høgskolen i Molde, satte vi oss ned hver for oss og gikk igjennom hver artikkel og innhentet nye funn. Dette valgte vi å gjøre individuelt for å sammenligne de funnene vi fant for å se om vi hadde den samme forståelsen for innholdet i artiklene. Dette ser vi på som en styrke da vi kom fram til den samme forståelsen for de fleste funnene. De funnene vi var litt usikre på brukte vi ekstra tid på å sette oss inn i for å sørge for lik forståelse for budskapet.

Vi satte så i gang med å finne funn på tvers av studiene og kategorisere disse, dette ble på noen områder utfordrende fordi flere av funnene kunne inngå i flere av kategoriene. Vi valgte å fargekode funnene fra artiklene for så å putte de som passet sammen, i hver sine kategorier. Vi valgte å se hvordan fordelingen av funn utartet seg før vi valgte å navngi kategoriene, som henholdsvis ble; Kommunikasjon, kulturelle forskjeller, sykdom, helse og forståelse samt kompetanse og ressurser.

Etter å ha kategorisert funnene begynte vi å syntetisere funnene på tvers av artiklene for å danne en overordnet forståelse av disse. Vi valgte å ikke ha med noen underkategorier på bakgrunn av dette utfordret arbeidet med syntetiseringen.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere våre funn opp mot aktuell teori og egne erfaringer. Vi har valgt hovedsakelig å fokusere på språklige utfordringer og kultur opp mot god interkulturell sykepleie. Viktige funn som omhandler kompetanse og ressurser har vi valgt å trekke inn i diskusjonen under de andre overskriftene da disse underbygger relevante funn fra de foreliggende kategoriene.

5.2.1 Språklige utfordringers konsekvenser for sykepleien

I vår studie så vi at manglende felles språkforståelse mellom sykepleier og pasient, førte til misforståelser som førte til ytterligere utfordringer. Muligheten til å skape en god og tillitsfull pasient-sykepleier-relasjon blir redusert. Dette blir underbygget av Eriksen og Sajjad (2015) som forklarer at tegn er noe som må tolkes, og at de er flertydige og kan for eksempel være en grimase, et ord, en setning eller gest. Det å kjenne ordenes innhold er ofte ikke tilstrekkelig til å forstå alt det som den andre vil formidle. Måter man kan kommuniserer på er ulike, og at meningen av de ulike signalene man sender når man kommuniserer kan være forskjellige (Eide og Eide 2007 og Eriksen og Sajjad 2015).

Tolkningen av det verbale språket, selv om det er oversatt, kan være utfordrende på grunn av kulturelle forskjeller og individuelle tolkninger av det som blir fortalt. Dette støttes av Eriksen og Sajjad (2015) som tar for seg de verbale uttrykkene, som kan ha forskjellig mening i forskjellige kulturer. Som for eksempel at; ”Ja” kan bety ”nei” i noen samfunn,

fordi det er ansett som respektløst og uhøflig å si nei direkte til den man prater med. Kroppsspråket som følger med de verbale uttrykkene må derfor observeres nøye, for å få en bedre forståelse for innholdet av budskapet (Eriksen og Sajjad 2015). Studien vår viser at sykepleiere synes det er vanskelig å skulle tolke de nonverbale signalene pasientene sender. Det nonverbale språket har mer rom for individuelle tolkninger enn det verbale har, Eriksen og Sajjad (2015) viser til at hoderisting som vi er vant med at betyr ”nei”, i andre deler av verden, kan bety ”ja”. Derfor er ikke nødvendig, og heller ikke mulig å kjenne til alle de forskjellige kulturelle uttrykksformene, men å være bevisst på at de kan være nyanserte og flertydige. Dette vil kunne føre til misforståelser, dersom vi ikke aktivt prøver å forstå hva som gjemmer seg bak disse kulturelle tegnene (Eide og Eide 2007).

Sykepleiere er, sammen med øvrig helsepersonell, avhengige av informasjon fra pasienten for å kunne gi den helsehjelpen som er nødvendig. Det kliniske blikket alene er ikke nok til å få fullstendig oversikt over sykdomsbildet (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Helsepersonell må også være oppmerksom at vi har et lovpålagt ansvar til å gi alle pasienter tilpasset informasjon og forsikre oss om at denne informasjonen er forstått av pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personalet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-5, 1999)

I våre funn fra forskningsartiklene kommer det fram at sykepleiere benyttet seg ofte av tolk til å kommunisere med pasientene, men at kvaliteten og tilgjengeligheten av tolketjenester varierte. Disse påstandene er støttet av strategiplanen som er utgitt av helse- og omsorgsdepartementet, som ser at behov for bruk av tolk i helsetjenesten er stort, men også ser at mangel på kvalifiserte tolk i helsetjenesten er en utfordring. (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Egne erfaringer fra praksis med fremmedspråklige pasienter har vært variert, tolk har vært brukt på flere måter. Tolk i form av familie eller venner som har bedre norskkunnskaper har vært observert, men også telefontolk fra forskjellige tolkeselskaper. Vi har vært i

kontakt med fremmedspråklige pasienter ved flere avdelinger og institusjoner, og har sett forskjellige måter å gå frem på. På sengepost har vi erfaring av at profesjonell tolketjeneste sjeldent blir brukt, men at pårørende oftere blir brukt som tolk, og at dette er utfordrende på grunn av avansert språk hos helsepersonell. Erfaringer fra poliklinikk er at det som oftest blir bestilt profesjonell telefontolk. Det vi har merket oss er at flere telefontolker ikke har god forståelse for medisinsk språk, og at helsepersonell bruker et for avansert språk i samtalene. Noen tolker er flinke til å spørre opp igjen om de er usikker på hva, eller hvordan, de skal formidle noe videre. I noen tilfeller virker svarene mer utydelige i forhold til spørsmålene som ble stilt og det er da mer usikkert om budskapet er gjengitt tilstrekkelig. Dette samsvarer med våre funn der sykepleierne fortalte om stor usikkerhet rundt nøyaktigheten av oversettelser.

Det å skulle bruke tolketjenester på en god og hensiktsmessig måte krever at helsepersonell får god opplæring i bruk av tolk, og at tolkene er kvalifiserte (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Dette kommer også frem i Helsedirektoratets veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente (2017). Våre funn viser store forskjeller i hvor mye det ble lagt vekt på bruk av profesjonell tolk, noen var konsekvente i å påpeke viktigheten av profesjonell tolk, mens andre la størst vekt på økonomiske prinsipper og begrenset bruken av tolk mest mulig da tolketjenester er svært kostbare. Helse- og omsorgsdepartementet skriver at dersom man ikke bruker tolketjenestene på tross av at disse er kostbare, vil den totale kostnaden være mye høyere dersom pasienten ikke får tilstrekkelig god behandling som følge av dårlig kommunikasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Det vi ser på av egne erfaringer som utfordrende med å bruke telefontolk, er at den kan bli mangelfull på bakgrunn av at den som tolker ikke har mulighet til å se kroppsspråket til deltakerne av samtalen, og dermed kan viktige nonverbale tegn som har betydning for bekreftelse av forståelsen oversees. Dette samsvarer med funnet vårt der telefontolk ble kritisert av sykepleiere i studien vår, både på bakgrunn av at usikkerheten rundt gjengivelsen av budskapet, men også på grunn av den manglende personlige kontakten, da dette også kan gjøre pasienten mer tilbaketrukket.

Studien vår viser, på samme måte som våre erfaringer, at familiemedlemmer ble brukt som tolk i flere tilfeller, men at det ikke var akseptabelt å bruke barn i tolkesammenheng. I

Helsedirektoratets veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (2011) vises det til at hverken barn, familiemedlemmer eller helsepersonell skal brukes som tolk. Barn og øvrige familiemedlemmer skal ikke brukes på bakgrunn av at viktig informasjon ikke nødvendigvis når fram, og helsetilbudet blir dårligere. Heller ikke helsepersonell med minoritetsbakgrunn skal fungere som tolk på bakgrunn av at dennes rolle blir uklar, og tolke kvalifikasjoner mangler. I krevende situasjoner kan helsepersonell tolke for å hjelpe til dersom det ikke er mulig og oppdrive kvalifisert tolk (Helsedirektoratet 2011). Dette er motstridene fra vårt funn hvor sykepleiere med flerspråklig kompetanse ble sett på som positivt og en fordel i relasjonsbyggingen med pasienten, og dermed skapte en enklere og mer effektiv interaksjon med mellom sykepleier og pasient.

Det at vi i praksis har sett flere tilfeller der familiemedlemmer er brukt som tolk over kvalifiserte tolketjenester, kan blant annet være et resultat av at det er for lite fokus på tolkebruk i helsetjenestene lokalt, basert på at vi også har vært i institusjoner der det har vært brukt kvalifiserte tolker konsekvent. Helse- og omsorgsdepartementet (2013) sier i sin strategiplan om innvandreres helse at det er for dårlig opplæring i bruk av tolk blant helsepersonell i Norge.

5.2.2 Kulturforskjellers påvirkning av sykepleieres arbeid

Hanssen (2011) og Brenna (2007) skriver om at sykepleiere må være kritiske overfor sin egen oppfatning av hva som er normalt, da dette er et relativt begrep, som er avhengig av kulturen man lever i. De sosiale og kulturelle normene vi har lært, vil være normale for oss, og de er grunnlaget for våre avgjørelser og handlinger. Det som ett menneske anser som riktig, trenger ikke nødvendigvis å være riktig for ett annet menneske. Derfor vil det være veldig viktig for helsepersonell å være åpen for kulturelle ulikheter og ikke betrakte sine egne normer og verdier som de eneste gjeldende. Samtidig legger Hanssen (2011) vekt på å være forsiktig med å akseptere ulikheter som er utenfor forsvarlighetsgrenser og ikke akseptere absolutt alt, men heller klare å finne en balanse mellom respekt for pasientens religiøse og kulturelle overbevisninger og sine egne faglige og personlige overbevisninger. Våre funn viser at fordommer og negative holdninger hos sykepleiere førte til at de ikke klarte å utøve kulturelt kompetent sykepleie. De ville at fremmedkulturelle pasienter skulle tilpasse seg de normene som var gjeldende i det landet de kom til, noe som tyder på at ikke alle sykepleiere hadde klart å finne en balanse mellom

respekt til pasientens egne ønsker og verdier og sine egne overbevisninger. Dette blir betegnet som etnosentrisme, som forklares ved at man verdsetter sin egen kultur høyest og tar utgangspunkt i den, når man vurderer hva som er normalt og rett (Eriksen og Sajjad 2015).

Et annet av våre funn viser at manglende kulturell kunnskap forhindret sykepleiere i å utøve kulturelt kompetent sykepleie og i møte behovene til de fremmedkulturelle pasientene. Det kan kanskje antas da at mangel på kompetanse hos sykepleiere kan være årsaken til at sykepleiere ikke alltid klarer å bygge relasjoner som bygger på respekt. Helse- og omsorgsdepartementet (2013) oppfordrer helsepersonell til å øke sin kulturkompetanse. Helsepersonell bør ha kunnskap og kompetanse om særskilte helseutfordringer hos ulike grupper mennesker og om hvilke barrierer som eksisterer for at alle tilbys likeverdige helsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor opprettet NAKMI, som er et godt hjelpemiddel for blant annet helsepersonell. Målet for NAKMI er å skape og formidle forskningsbasert kunnskap som kan fremme god helse og likeverdige helse- og omsorgstjenester for innvandrere. (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Våre funn viser at dårlige relasjoner var også preget av sykepleieres erfaringer rundt pasienters og pårørendes holdning i forhold til kvinnerollen, noe som forårsaket ubehagelige situasjoner der sykepleiere opplevde manglende respekt og dårlig holdning fra pasienter og pårørende, samtidig viser funnene at dette ikke gjelder alle pasienter. Brenna (2007) skriver at i strenge kulturer, der kvinners rettigheter fortsatt er betydelig redusert i forhold til mens rettigheter, er det å være lydige mot menn, være tildekket og det å vise bluferdighet er sterkt forventede egenskaper hos kvinner. Eriksen og Sajjad (2015) skriver at tildekking av kroppen, adekvat oppførsel, bruk av blikket og hvordan man skal forholde seg til det motsatte kjønn er eksempler på kjønnssegregering, som er betegnet som atskillelse mellom kjønnene og regler for sosialt liv. Regler for hvordan man skal forholde seg til det motsatte kjønn, vil i praksis komme til syne for eksempel ved at motsatte kjønn ikke har lov til å håndhils hverandre, eller at menn og kvinner som ikke er slektninger ikke kan omgås sammen. (Eriksen og Sajjad 2015). Sykepleiere som vil møte fremmedkulturelle pasienter som vil nekte å håndhils eller prate med sykepleieren fordi hun er ei kvinne, kan oppleves nedverdiggende. Brenna (2007) skriver at kulturelle normer i den kulturen man er vokst opp i setter dype spor. Funnene våre viser art manglende kunnskaper om kulturelle aspekter påvirket hvilken måte pasienten ble møtt på.

Ut ifra dette vil det å ha kjennskap til normer som gjelder i andre kulturer og religioner, kanskje gjøre det lettere å kunne forstå at det ikke er noe personlig, men at det heller er en holdning som er solid forankret i kulturen.

Christine Rødal (2012) har skrevet en fagartikkel om ulike utfordringer som sykepleiere står ovenfor i møte med fremmedkulturelle pasienter. Et av dilemmaene som hun har opplevd i praksis går på vilje til å dekke behov for trygghet hos de fremmedkulturelle pasientene ved å respektere deres behov for nærhet av sin familie, men dette vil ofte føre til utrygghet hos andre pasienter som vil kanskje oppleve det som skremmende at store antall fremmedspråklige personer er på avdelingen. Derfor står en sykepleier ovenfor et dilemma – hensyn til trygghet hos de fremmedkulturelle pasienter eller hensyn til andre pasienter og personalet, som blir forstyrret av uro på avdelingen. Det som Rødal beskriver i sin fagartikkel blir også underbygd av våre funn, som beskriver akkurat samme dilemma. Funnene våre viser at sykepleiere ble ofte tvunget til å begrense antall besøkende, noe som ikke var så enkelt ifølge Rødal. Hun opplevde at innføring av strenge visittider og begrensning av antall pårørende til bare de nærmeste, var vanskelig å gjennomføre i praksis.

Forskjellene i oppfatning av familie beskrives i Hansen (2005) samt Eriksen og Sajjad (2015). De sammenligner kollektivism og individualisme, som begge er en form for organisering av en familie. Kollektivism er den typen som er mest vanlig for innvandrere fra de ikke vestlige land. Den store familien gir individet trygghet, følelse av tilhørighet og identitet. Det er tette bånd mellom familiemedlemmer av den store familien, og lojalitet er et viktig begrep her (Hanssen 2005). Sykepleiere må derfor være bevisst seg hvor viktig rolle familien kan ha for noen fremmedkulturelle pasienter. Christine Rødal (2012) skriver også om etnosentrisme og kulturrelativisme. Hun foreslår å finne et synspunkt midt i mellom de to begrepene når sykepleiere opplever et slikt dilemma i praksis. Dette støttes også av Eriksen og Sajjad (2015). Rødal foretrekker en åpen og individuell tilnærming som baserer seg på undring og respekt til sosiale og kulturelle normer i de fremmedkulturelle familiene. Hun understreker samtidig at vi ikke skal godta alt, men heller foreta valg som kan begrunnes både faglig og etisk. Denne tilnærmingen blir også støttet i Hanssen (2011).

Ifølge sykepleiere i studien vår, ble pleiesituasjoner også opplevd som utfordrende på

bakgrunn av kulturelle normer til de fremmedkulturelle pasientene. Forbud mot fysisk berøring av motsatt kjønn i andre kulturer bør respekteres av helsepersonell og ønsket om å bli stelt av pårørende bør også respekteres, men ansvaret for at dette blir gjort riktig ligger hos sykepleieren skriver Hanssen (2011). Dette er støttet av Helse- og omsorgsdepartementet (2013) som sier at det bør så langt det er mulig tilrettelegges for at behandlingen skal skje av en pasienten har tillit til. Samtidig vil forhold til bluferdighet hos de fremmedkulturelle pasientene være vesentlig for helsearbeidere å vite noe om, da dette kan føre til at individet kan føle seg krenket i stellesituasjoner. Brenna (2007) skriver at så langt det lar seg gjøre bør en kvinnelig pasient få en kvinnelig helsearbeider, og kroppen skal ikke blottgjøres mer enn nødvendig. Det fremkommer av våre funn at sykepleiere var varsomme i stellesituasjoner, da de tok hensyn til å holde pasienten tildekt og når de reflekterte rundt det at deres feil kunne føre til at pasienten ble krenket under intimstell.

Ulik oppfatning av tid er et annet funn i studien vår. Denne ulikheten belyser Hanssen (2005) som skriver at oppfatning av tid kan bli forskjellig i ulike kulturer og at det er ulike måter å dele menneskers tidsoppfatning på, og hvordan tid strukturerer deres daglige liv. Den ene inndelingen består av fortidsmennesker, nåtidsmennesker og framtidsmennesker. Mange etniske minoritetspasienter vil være nåtidsorienterte mennesker, som verdsetter mellommenneskelig omgang og velvære framfor det å planlegge møter langt fram i tid. De vestlige samfunn vil stort sett være de fortidsorienterte mennesker, som liker å planlegge fremtiden og holde avtaler (Hanssen 2005). Dette bekreftes av våre funn, da forskjellen i oppfatning av tid ble vurdert som kulturelt betinget. Denne kunnskapen gir en større forståelse for hvor ulik prioritering andre kulturer kan ha. Helse og omsorgsdepartementet (2013) skriver at helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om ulike kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere en likeverdig helse og omsorgstjeneste.

Vi har opplevd dette i vår egen praksis, at pasienter med fremmedkulturelle bakgrunn kan ofte vise en avslappet holdning i forhold til det å være presist. Dette har dessverre forårsaket situasjoner som var preget av en gjensidig frustrasjon, og at pasientene har tapt eller fikk utsatt sitt helsetilbud. Sykepleiere bør tilstrebe på tross av kulturelle forskjeller, at alle skal få lik tilgang til helse- og omsorgstjenester (Helse og omsorgsdepartementet 2013). Våre funn tyder på at manglende kunnskap om kulturelle aspekter er en utfordring, og at behov for mer kompetanse trengs. Fra egen praksis har vi erfaring at det ikke alltid

vil være så enkelt å tilpasse seg de kulturelle forskjellene, men ved å forstå grunnlaget for disse, vil man ha et godt utgangspunkt i å finne gode løsninger sammen med pasienten.

Mattradisjoner, kan også utfordre interaksjonen mellom den fremmedkulturelle pasienten og sykepleiere. Dette fremkommer av våre funn. Eriksen og Sajjad (2015) skriver at mat er ikke det samme som ernæring. Ernæring skal dekke våre fysiologiske behov, mens mat er et kulturelt begrep, derfor må mat ses i en økonomisk-, sosial- og kulturell kontekst. Det er derfor viktig å vite hvilken mening mat og spising har for forskjellige individer.

En syk person bør få mat som han er vant til og som han mener er bra og sunt for ham. Dette vil gi mennesket mening og styrke i den sårbare situasjonen, og på denne måten unngår vi at individets grunnleggende verdier blir krenket (Eriksen og Sajjad 2015). Funnene våre viser at ikke alltid ønske om å få den maten som pasienten ønsket ble oppfylt, da dette kunne stride med det som var medisinsk forsvarlig eller med hensyn til andre pasienter. Helse og omsorgsdepartementet (2013) skriver at en grunnleggende oppgave for sykehusene er å legge til rette for at pasienten får i seg næringsrik kost, men at mange helseinstitusjoner er ikke tilrettelagt enda, til å kunne tilby mat som oppfyller kulturelle krav i de ulike kulturer og religioner.

5.2.3 Sykepleieres møte med annen medisinsk forståelse

Eriksen og Sajjad (2015) skriver at de vestlige samfunn baserer sin kunnskap om sykdom på de vestlige biomedisinske prinsippene, som kanskje ikke er like gjeldende i andre samfunn. I tillegg, legges det vekt på at kultur, har stor innvirkning på hvordan sykdom og helse forklares. Det at pasientene og sykepleiere ikke hadde samme forståelse for sykdom og helse blir bekreftet av våre funn.

Hanssen (2016) som skriver at ethvert samfunn har utviklet sin egen kunnskap om hvordan og hvorfor en sykdom oppstår, hvilke behandlingsmetoder som er effektive, og hvor vi oppsøker hjelp når vi blir syke. Hun beskriver også ulike eksempler på sykdomsforklaringer som folk har i ulike samfunn og ulike medisinske systemer, slike som vestlig biomedisin, kinesisk medisin, hinduistisk ayurveda-medisin. Sykepleiere i studien vår innrømte at de manglet kunnskap om de andre medisin- og behandlingsfilosofier enn det vestlige. På bakgrunn av dette, tenker vi derfor at helsepersonell bør utforske hvilke tanker pasienten har rundt sin sykdom, da våre funn avdekker i tillegg at prioritering for helse og utdanningsnivå kan ha noe å si for forståelse av sykdom hos innvandrere.

Kulturell datainnsamling foreslått av Hanssen (2011) kan være et godt hjelpemiddel i dette tilfellet.

Våre funn viser også at noen innvandrere kan ha en tendens til å nedprioritere rehabilitering og egenomsorgsaktiviteter. Dette tas opp av Hanssen (2016) som skriver at i noen samfunn legges det mer vekt på å pleie og å bli pleid enn på egenomsorg. Kollektivism kan også bli en forklaring på denne situasjonen, da det er tette bånd mellom familiemedlemmer av den store familien, og de viser mye mer omsorg og avhengighet overfor hverandre enn det som kan observeres i de familiene som er preget av individualisme (Eriksen og Sajjad 2015).

Gjennom en åpen dialog og kartlegging av pasientens forventninger, samt sykepleieres bevisste holdning til de kulturelle forskjellene kan bidra til et bedre samarbeid mellom pasienten og sykepleieren. Hanssen (2011) foreslår bruk av «kulturelle forhandlinger» som en metode, når behandlingssmessige årsaker krever at pasienten endrer helseatferd eller lærer nye ferdigheter som bryter med pasientens tradisjonelle syn på helse, sykdom og behandling. Dette kan være et godt hjelpemiddel for sykepleiere som står ovenfor dilemmaer der de både vil respektere pasientens sykdomssyn og oppfylle sine plikter. Det vil være viktig for sykepleieren å handle faglig forsvarlig, men samtidig at hun viser respekt og lytter til pasientens forståelse for sykdom og helse.

Ulik måte å uttrykke smerte på i ulike kulturer, vil utfordre sykepleieres mulighet til å vurdere alvorlighetsgraden av en sykdom. Dette er bekreftet av våre funn. Hanssen (2005) støtter dette, ved å skrive at smerteuttrykk kan variere fra kultur til kultur, og derfor kan dette utfordre helsearbeiderens evne til å vurdere intensiteten av dem. Situasjonen blir ytterligere utfordret av språkproblemer og av dårlig smertelokalisasjon. Alt dette kan bidra til at helsearbeidere ikke tror på pasienten, noe som i sin tur kan forårsake irritasjon hos pasienten. Våre funn viser at noen fremmedkulturelle pasienter kan bli tilsynelatende overdrevet med sine smerteuttrykk. Hanssen (2005) skriver at årsaken til at pasienten overdramatiserer sine smerter kan ofte skyldes at pasienten føler seg mistrodd og avvist.

6.0 Konklusjon

Hensikten vår var å identifisere sykepleieres erfaringer i møte med pasienter og pårørende fra andre kulturer. Våre funn viser at det er utfordrende for sykepleiere å skulle utøve god sykepleie til pasienter fra andre kulturer, på grunn av store kulturelle forskjeller som gir ulik forståelse mellom sykepleier og pasient i den situasjonen der de møtes. Den ulike forståelsen for sykdom og helse, samt tilgangen til kunnskap, skaper en konflikt i samhandlingen. Samtidig er også kommunikasjonen vesentlig i denne samhandlingen, og når man ikke har et felles språk blir denne ytterligere utfordret. Tolk blir i denne sammenheng trukket fram, men omfanget av bruk varierer veldig, og kvaliteten på tolkingen er i flere situasjoner uklar. Manglende kulturell kompetanse sammen med manglende ressurser så vi som et gjentakende problem gjennom vår studie. Vi ser at til tross for at alle skal ha lik tilgang på helsetjenester, er ikke dette mulig så lenge kommunikasjon og kultur er en hindring.

6.1 Konsekvenser for praksis

Kommunikasjonsutfordringer, sett i sammenheng med ulik medisinsk forståelse og kulturelle forskjeller gir store utfordringer for helsetilbudet til fremmedkulturelle pasienter. Pasienten og helsepersonellet kan ha ulik forståelse for hvilke opplysninger som er viktigst i forbindelse med sykdom. Dette kan i ytterste konsekvens føre til at pasienten blir feilbehandlet, eller i verste fall ha fatale følger, grunnet mangelfull utveksling av viktige opplysninger rundt pasientens sykdomsforløp. Manglende ressurser og kompetanse kan føre til at det blir mindre vektlagt blant helsepersonell å forsikre seg om at opplysningene som blir utvekslet er riktige.

Det er derfor viktig å se utfordringene i sammenheng, for selv om man kan legge til rette for at disse utfordringene blir løst hver for seg, betyr det ikke at man kjenner hele bildet.

6.2 Forslag til videre forskning

Vi ønsker oss mer forskning på hvilken type kulturell kompetanse som er hensiktsmessig for å utøve god interkulturell sykepleie, og hvordan denne kompetansen bør heves. Samt mer forskning på kommunikasjonshjelpemidler og utvikling av disse.

Litteraturliste

- Alpers, Lise-Merete og Ingrid Hanssen. 2013. "Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency." *Nurse Education Today*. 34(2014): 999-1004.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>
- Amiri, Rana, Abbas Heydari, Nahid Dehghan-Nayeri, Abou Ali Vedadhir og Hossein Kareshki. 2016. "Challenges of transcultural caring among health workers in Mashhad-Iran: A qualitative study." *Global Journal of Health Science*. 8(7): 203-211.
<http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n7p203>
- Brenna, Rihel Loveleen. 2007. *Marasim*. Kristiansand: HøyskoleForlaget
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2014. "Helsinkideklarasjonen". Lest 08.03.2017.
<https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Debesay, Jonas, Ivan Harsløf, Bernd Rechel og Halvard Vike. 2014. "Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients." *Journal of Advanced Nursing*. 70(9): 2107-2116.
<http://dx.doi.org/10.1111/jan.12369>
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eriksen, Thomas Hylland og Torunn Arntsen Sajjad. 2015. *Kulturforskjeller I praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced nursing* 2.vol 20: 22-26.
<http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

- Festini, Filippo, Stella Focardi, Sofia Bisogni, Claudia Mannini og Stella Neri. 2009. "Providing transcultural to children and parents: An exploratory study from Italy." *Journal of Nursing Scholarship*. 41: 220-227.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x>
- Halvorsen, Kristin. 2016. "Hvordan kan vi vurdere forskningen". I *Sykepleien*, red. Barth Tholens og Marit Leegard, 38-62. Oslo: Sykepleien Forskning.
- Hanssen, Ingrid. 2005. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, Ingrid. 2011. "Interkulturell sykepleie" I *Grunnleggende sykepleie, Bind 1, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Red. Eli-Anne Skaug, 135-157. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hanssen, Ingrid. 2016. "Sykepleie i et flerkulturelt samfunn" I *Grunnleggende sykepleie, Bind 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Red. Gro Hjelmeland Grimsbø, 81-103. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hart, Patricia L. og Nicole Mareno. 2013. "Cultural challenges and barriers through the voices of nurses." *Journal of Clinical Nursing*. 23: 2223-2233.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12500>
- Helsedirektoratet. 2009. "Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk". Lest 14.10.2016.
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk>
- Helsedirektoratet. 2017. "Veileder for heletilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente IS-1022".
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. "Likeverdige helse- og omsorgstjenester: god helse for alle Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017"
https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

- Høye, Sevald og Elisabeth Severinsson. 2008. "Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study" *Intensive and Critical Care Nursing*. 24, 338-348.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2008.03.007>
- Ian, Cody, Elizabeth Nakamura-Florez og Young-Me Lee. 2016. "Registered nurses' experiences with caring for non-English speaking patients." *Applied Nursing Research* 30: 257-260.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.009>
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johnstone, Megan-Jane, Alison M. Hutchinson, Bernice, Redlet og Helen Rawson. 2016. "Nursing roles and strategies in End-of-Life decision making concerning elderly immigrants admitted to acute care hospitals: An Australian study. *Journal of Transcultural nursing*. 27(5): 471-479.
<http://dx.doi.org/10.1177/1043659615582088>
- Jones, Sharon M. 2008. "Emergency nurses' caring experiences with Mexican American patients." *Journal of emergency nursing*. 34:3 199-204.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2007.05.009>
- Kalengayi, Faustine K. Nkulu, Anna-Karin Hurtig, Annika Nordstrand, Clas Ahlm og Aeth M Ahlberg. 2015. "It is a dilemma: perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants." *Global Health Action*. 8: (page number not for citations purpose).
<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27903>
- Kunnskapssenteret.no. 2014. "Sjekklister for vurdering av forskningsartikler." Endret: 20.01.2017
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Magelssen, Ragnhild. 2008. *Kultursensitivitet: Om å finne likehetene I forskjellene*. Oslo: Akribe AS

- Michaelsen, Ragnhild og Ingunn Mundal. 2016. SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie, retningslinjer. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for Helse- og Sosialfag
- Nielsen, Ben og Regnar Birkelund. 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* 23(3), 431-437.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x>
- Norsk senter for forskningsdata. 2017. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler."
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim, Liv Merete Reinar. 2012. *Jobb kunnskapsbasert!*. Oslo: Akribe
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. *Lov av 02. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rødal, Christine. 2012. "Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse" *Sykepleien* 4: 76-79.
- Samrasinghe, K., B. Frilund og B. Arvidsson. 2010. "Primary health care nurses` promotion of involuntary migrant families` health." *International Nursing Review*. 57: 224-231.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00790.x>
- Suurmond, Jeanine, Conny Seeleman, Ines Rupp, Simone Goosen og Karien Stronks. 2010. "Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers" *Nurse Education Today*. 30: 821-826.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006>

Vedlegg 1 – Oversiktstabell over søkehistorikk

Søkeord	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstract s	Leste artikle r	Inkluderte artikler
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities*	14.10.16	Ovid Medline	65497	0	0	0
Undocumented imigrants or immigrants*	14.10.16	Ovid Medline	16875	0	0	0
Nursing or nurs*	14.10.16	Ovid Medline	584849	0	0	0
Experience*	14.10.16	Ovid Medline	746401	0	0	0
Minority groups or ethnic groups pr ethnic minorities* AND undocumented immigrants or immigrants* AND nursing or nurs* AND experience*	14.10.16	Ovid Medline	14	3	1	1 ”Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for communtiy nurses when providing care to ethnic minorities”
Minority groups or ethnic groups or ethnic	14.10.16	Ovid Medline	80543	0	0	0

minorities* or undocumented immigrants or immigrants*						
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities* or undocumented immigrants or immigrants* AND nursing or nurs* AND experience*	14.10.16	Ovid Medline	525	0	0	0
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities* or undocumented immigrants or immigrants* AND nursing or nurs* AND experience* Begrenset til år 2011 - current	14.10.16	Ovid Medline	173	0	0	0
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities* or	14.10.16	Ovid Medline	164	10	4	1 ”Caring ethnic minority patients: A mixed method

undocumented immigrants or immigrants* AND nursing or nurs* AND experience* Begrenset til år 2011 – current Begrenset til Dansk, engelsk, norsk eller svensk						study of nurses' self-assessment of cultural competency”
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities*	25.10.16	Ovid PsycInfo	15189	0	0	0
Undocumented immigrants og immigrants*	25.10.16	Ovid PsycInfo	11242	0	0	0
Nursing og nurs*	25.10.16	Ovid PsycInfo	57549	0	0	0
Experience*	25.10.16	Ovid PsycInfo	357606	0	0	0
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities* OR Undocumented immigrants og immigrants*	25.10.16	Ovid PsycInfo	25565	0	0	0
Minority	25.10.16	Ovid	145	0	0	0

groups or ethnic groups or ethnic minorities* OR Undocumented immigrants og immigrants* AND Nursing og nurs* AND Experience*		PsycInfo				
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities* OR Undocumented immigrants og immigrants* AND Nursing og nurs* AND Experience* Begrenset til år 2011 - current	25.10.16	Ovid PsycInfo	75	0	0	0
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities* OR Undocumented immigrants og immigrants* AND Nursing og nurs* AND	25.10.16	Ovid PsycInfo	75	3	2	1 ”Nursing roles and strategies in end-of-life decision making concerning elderly immigrants admitted to

Experience* Begrenset til år 2011 – current Begrenset til dansk, engelsk, norsk, svensk						acute care hopstils: An Australian study”
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities*	25.10.16	Ovid PsycInfo	15189	0	0	0
Undocumented immigrants og immigrants*	25.10.16	Ovid PsycInfo	11242	0	0	0
Nursing og nurs*	25.10.16	Ovid PsycInfo	57549	0	0	0
Challenge*	25.10.16	Ovid PsycInfo	133235	0	0	0
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities* OR Undocumented immigrants og immigrants*	25.10.16	Ovid PsycInfo	25565	0	0	0
Minority groups or ethnic groups or ethnic minorities* OR Undocumented immigrants og	25.10.16	Ovid PsycInfo	84	1	1	1 ”intensive care nurses’ encounters with multicultural families in Norway: An

immigrants* AND Nursing og nurs* AND Challenge*						exploratory study”
(ethnic minorities or racial minorities) AND (nursing or nurse or nursing care) AND (challenges or barriers or difficulties)	25.10.201 6	CINAHL	152	16	5	1 ”Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses` experiences when meeting minority ethnic patients.”
Transcultural nursing or cultural competency.m p or cultural diversity or cultural competency	14.11.16	Ovid Medline	17624	0	0	0
Nurs* or nursing	14.11.16	Ovid Medline	615841	0	0	0
Experienc*	14.11.16	Ovid Medline	830089	0	0	0
Challeng*	14.11.16	Ovid Medline	524875	0	0	0
Experience** OR challeng*	14.11.16	Ovid Medline	131179 0	0	0	0
Transcultural	14.11.16	Ovid	1696	0	0	0

nursing or cultural competency.m p or cultural diversity or cultural competency AND Nurs* or nursing AND Experience** OR challeng*		Medline				
Transcultural nursing or cultural competency.m p or cultural diversity or cultural competency AND Nurs* or nursing AND Experience** OR challeng* begrenset til 2011- current	14.11.16	Ovid Medline	403	0	0	0
Transcultural nursing or cultural competency.m p or cultural diversity or cultural competency	14.11.16	Ovid Medline	390	19	8	3 ”Challenges of transcultural caring among health workers in Mashhad- Iran: A Qualitative

AND Nurs* or nursing AND Experience** OR challeng* begrenset til 2011- current Begrenset til dansk, engelsk norsk eller svenk						Study” ”Cultural challenges and barriers through the voices of nurses” ”It is a dilemma’: perspectives of nurse practitioners on health screeninh of newly arrived migrants”
Transcultural nursing OR cultural competency.m p OR Cultural diversity OR Cultural competency	02.12.16	Ovid Medline	17653	0	0	0
Nurs* OR Nursing	02.12.16	Ovid Medline	616301	0	0	0
Experience*	02.12.16	Ovid Medline	831396	0	0	0
Challeng*	02.12.16	Ovid Medline	525997	0	0	0
Experience* or Challeng*	02.12.16	Ovid Medline	131410 8	0	0	0
Transcultural	02.12.16	Ovid	1702	0	0	0

nursing OR cultural competency.m p OR Cultural diversity OR Cultural competency AND Nurs* OR Nursing AND Experience* or Challeng*		Medline				
Transcultural nursing OR cultural competency.m p OR Cultural diversity OR Cultural competency AND Nurs* OR Nursing AND Experience* or Challeng* Begrenset til 2006- 2010	02.12.16	Ovid Medline	517	0	0	0
Transcultural nursing OR cultural competency.m p OR Cultural diversity OR	02.12.16	Ovid Medline	511	48	11	3 “Providing transcultural to children and parents: an exploratory

<p>Cultural competency AND Nurs* OR Nursing AND Experience* or Challeng* Begrenset til 2006- 2010 Begrenset til dansk, engelsk, norsk eller svensk</p>						<p>study from Italy” “Cultural competency among nurs practitoners working with asylum seekers” “Primary health care nurses’ promotion of involuuntary migrant families”</p>
<p>(nurse or nurses or nursing or nursing staff or nurse practitioners) AND (transcultural nursing or transcultural nursing care or cross cultural nursing) AND (challenges or barriers or difficulties or experiences) Begrenset til</p>	02.12.16	Cinahl	168	12	4	<p>1 “Emergency nurses caring experiences with mexican american patients”</p>

publiseringsdat o 01.01.2006- 31.12.2010. Begrænset til Dansk, Engelsk, Norsk, Svensk.						
--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 2 – Oversiktstabell over inkluderte artikler

	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode / instrument	Deltakere / frfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Vurdering av kvalitet
Artikkel 1	Alpers, Lise- Merete, Ingrid Hanssen 2013 Norge ”Nurse Education Today”	Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses’ self- assessment of cultural competency	Utforske hvordan sykepleiere i medisinske og psykiatriske avdelinger vurderer egen kulturell kompetanse	Blandet kvalitativt og kvantitativt design.	245 deltakere	Manglende kunnskap om Kommunikasjon <ul style="list-style-type: none"> • Utøve god sykepleie med familie og barn tilstede Ikkevestlig sykdomslære og biomedisin <ul style="list-style-type: none"> • Behov for innsikt Smerter, somatisering av psykiske smerter	Godkjent av personvernombu d ved deltakende sykehus samt seksjons- /enhetsleder til deltakende avdelinger. Informert samtykket ble innhentet fra deltakere.	Vurdert til høy kvalitet. Kvalitetssikret ved hjelp av to sjekklister fra kunnskapssentere t (sjekklister for kvalitativ studie og sjekklister for prevelensstudie). Nivå 1 på publiseringskanal er.
Artikkel 2	Amiri, Rana, Abbas	Challenges of transcultural	Utforske erfaringer til	Kvalitativt design.	15 deltagere	Kommunikasjonsbarri erer.	Godkjent av en etisk komité.	Vurdert til høy kvalitet

Heydari, Nahid Dehghan-Nayeri, Abou Ali Vedadhir, Hosein Kareshki 2016 Iran "Global Journal of Health Science"	caring among health workers in Mashhad-Iran: A qualitative study	helsepersonel I som tar seg av immigranter I Mashhad-Iran.			Innvandrere manglet tillitt til helsepersonell. Innadvendhet hos immigranter hemmet kommunikasjon Problemer med behandling i intime sfærer. Gradering ut ifra kjønn.	Informert samtykket ble innhentet fra deltakere.	Nivå 1 på publiseringskanaler.
--	--	--	--	--	---	--	--------------------------------

Artikkel 3	Debesay, Jonas, Ivan Harsløf, Bernd Rechel, Halvard Vike 2014 Norge "Journal of Advanced Nursing"	Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minorities	Utforske utfordringene kommunale sykepleiere står ovenfor i hjemmesykepleie til etniske minoritetspasienter.	Kvalitativt design.	19 deltakere; 17 kvinner 2 menn	Utfordringer relatert til pleie og stell Motstridende oppfatninger av aktivitet og rehabilitering Forskjellige måter og forstå og takle døden på Behov for økt kulturell kompetanse	Godkjent av "Norwegian social science data service". Samtykke innhentet fra administrasjon i deltakende distrikt Informert samtykket ble innhentet fra deltakere.	Vurdert til høy kvalitet Nivå 2 på publiseringskanaler.
Artikkel 4	Festini, Filippo, Stella Focardi, Sofia Bisogni,	Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from	Undersøke holdninger og problemer møtt av italienske sykepleiere,	Kvalitativt design.	129 deltagere.	78% av deltagerne erfarte utfordringer i ytelse av helsehjelp til fremmedkulturelle pasienter og deres pårørende.	Godkjent av en etisk komité. Hver deltaker ble bedt personlig om å delta i	Vurdert til høy kvalitet Nivå 2 på publiseringskanaler.

	<p>Claudia Mannini 2009 Italia "Journal of Nursing Scholarship"</p>	<p>Italy.</p>	<p>når de gir pleie til fremmedkulturelle barn og deres familier ved en pediatrik avdeling.</p>			<p>Utfordringene gjaldt: Språk og kommunikasjon, ernæring, matvaner, hygiene.</p> <p>Smerteuttrykkene og krisereaksjoner var annerledes enn de som deltagere møtte hos meioritetsbefolkninger.</p> <p>Nedverdiggjøring pga. kjønn ble også møtt.</p>	<p>forskningsprosjektet. Utfylt spørreskjema ble betraktet som et samtykke.</p>	
--	---	---------------	---	--	--	--	---	--

Artikkel 5	Hart, Patricia L., Nicole Mareno 2013 USA "Journal of Clinical Nursing"	Cultural challenges and barriers through the voices of nurses	Oppdage og beskrive utfordringer og barrierer opplevd av sykepleiere gjennom utøvelse av kulturelt kompetent pleie i sine dagligdagse møter med pasienter fra forskjellige populasjoner.	Kvalitativt design + beskrivende tverssnitsstudie.	374 deltagere	Enorme mengder forskjellige kulturer skaper utfordringer i læring om hver av dem. Forskjeller innenfor ei og samme etnisk gruppe. Manglende kunnskap blant arbeidskollega. Annen oppfatning for tid hos innvandrere. Manglende ressurser. Språkbarrierer	Godkjent av en etisk komité. Informert samtykket ble innhentet fra deltakere.	Vurdert til høy kvalitet Nivå 2 på publiseringskanaler.
------------	---	---	--	--	---------------	--	---	--

Artikkel 6	Høye, Sevald, Elisabeth Severinsson 2008 Norge ”Intensive and Critical Care Nursing”	Intensive care nurses’ encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study	Utforske sykepleieres persepsjoner av sine møter med flerkulturelle familier i intensivavdelinger i norske sykehus.	Kvalitativt design.	16 deltakere.	Innvirkning på sykepleieres arbeidsmetoder. Kommunikasjons problemer. Utfordrende kriserespons. Gradering ut ifra kjønn.	Godkjent av en etisk komité. Informert og skriftlig samtykket ble innhentet fra deltakere.	Vurdert til høy kvalitet Nivå 1 på publiseringskanaler.
Artikkel 7	Johnstone, Megan-Jane, Alison M. Hutchinson, Bernice Redley, Helen Rawson 2016	Nursing Roles and Strategies in end-of-life decision making concerning elderly immigrant admitted to	Utforske utfordringene sykepleiere møter i end-of-life – omsorg for eldre immigranter i Australia	Kvalitativt design.	22 deltakere	Manglende formelle læringssituasjoner og muligheter. Noen hadde manglende evne til å forstå det kulturelle aspektet rundt alvorlig sykdom og død.	Godkjent av en etisk komité. Informert samtykket ble innhentet fra deltakere.	Vurdert til høy kvalitet Nivå 1 på publiseringskanaler.

	Australia "Journal of Transcultural Nursing"	acute care hospitals: An Australian study				Andre forventninger til sykepleierrollen fra de fremmedkulturelle pasientene og deres pårørende.		
Artikkel 8	Jones, Sharon M. 2008 USA "Journal of emergency nursing"	Emergency nurses' caring experiences with Mexican American patients.	Forstå erfaringer til sykepleiere som jobber i akuttmottak når de gir pleie til meksikanske amerikanske pasienter.	Kvalitativt design	5 deltagere	Språkbarrierer var det største problemet. Tolketjenester – fordeler og ulemper. Begrenset kulturell kompetanse blant personalet.	Godkjent av en etisk komité. Kravene for forskning på mennesker ble oppfylt.	Vurdert til høy kvalitet Nivå 1 på publiseringskanal er.
Artikkel 9	Kalengayi, Faustine K. Nkulu, Anna-	"It is a dilemma": perspectives of	Utforske helsepersonel ls erfaringer I	Kvalitativt design.	15 deltagere	Ulikheter i forventninger og opplevelser mellom	Godkjent av en etisk komité.	Vurdert til høy kvalitet

	<p>karin Hurtig, Annika Nordstrand, Clas Ahlm, Beth M.Ahlberg. 2015 Sverige ”Global Health Action”</p>	<p>nurse practitioners on health screen of newly arrived migrants</p>	<p>screening av nyankomne innvandrere til å generere en ny kunnskap som kan anvendes innen politikk og klinisk praksis.</p>			<p>sykepleiere og immigranter. Gradering ut ifra kjønn. En annen tidsopfatning. Manglende kompetanse og opplæring om andre kulturer. Manglende ressurser og tidspresse. Språkbarrierer og kritikk til tolketjenester.</p>	<p>Informert samtykket ble innhentet fra deltakere.</p>	<p>Nivå 1 på publiseringskanal er.</p>
--	--	---	---	--	--	---	---	--

Artikkel 10	Nielsen, Ben, Regner Birkelund 2009 Danmark "scandinavian Journal of Caring Science"	Minority ethnic patients in the danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients	Utforske sykepleieres erfaringer i utøvelse av sykepleie til pasienter med minoritetsbakgrunn	Kvalitativt design.	4 deltakere	Språkbarrierer var ansett som mest problematiske. Forskjeller i uttrykk for smerte utfordret vurdering for smertebehandling. Forskjeller i matvaner og samfunnsforskjeller.	Informert samtykket ble innhentet fra deltakere.	Vurdert til høy kvalitet Nivå 2 på publiseringskanaler.
Artikkel 11	Samarasinghe, Kerstin, B. Fridlund, B. Arvidsson 2010, Sverige, "International	Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health.	Målet med denne studien var å beskrive folkehelsearbeid av svenske primærsykeple	Kvalitativt design	34 deltagere	Manglende kulturell kompetanse og behov for mer opplæring. Utvikling av et tillitsforhold var ansett som avgjørende i	Godkjent av en etisk komité. Informert samtykket ble innhentet fra deltakere.	Vurdert til høy kvalitet Nivå 1 på publiseringskanaler.

	Council of Nurses”		eieres med flyktning-familier som er i kulturell overgang.			<p>sykepleier-pasient relasjon.</p> <p>Utfordringer i forbindelse med å stille delikate spørsmål, samt kartlegging av pasientens forventninger, som kunne ofte avvike fra det som kunne forventes av det svenske helsevesenet.</p>		
--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--

Artikkel 12	Suurmond, Jeanine, Conny Seelman, Ines Rupp, Simone Goosen, Karien Stronks 2010	Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers.	Undersøke kulturell kompetanse som var ansett som viktig av sykepleiere som jobber med asylsøkere.	Kvalitativt design	Spørreskjema: 89 deltagere, 36 av dem deltok i gruppeintervjuer	Behov for økt kulturell kompetanse. Viktigheten av en dypere innsikt i pasientens sammensatte situasjon. Viktigheten av å kjenne til pasientenes forventninger til helsevesenet. Ulike ferdigheter hos sykepleier førte til utvikling av et tillitsfullrelasjon med innvandrere. Behov for forbedring av kulturell kompetanse.	.Godkjent av "the Community Health Services for Asylum Seekers" Informert samtykket ble innhentet fra deltakere.	Vurdert til høy kvalitet Nivå 1 på publiseringskanaler.
-------------	--	--	--	--------------------	---	--	---	--