



BACHELOROPPGAVE:

FLERKULTURELL SYKEPLEIE

**PASIENTSIKKERHET NÅR PASIENT OG
SYKEPLEIER HAR ULIK KULTUR**

FORFATTERE: INGRID HAUG OG KRISTINE RUSTAD

HØGSKOLEN I GJØVIK
AVDELING FOR HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE

KULL: 12HBSPLH

Dato: 19.11.15

Sammendrag

Tittel:	Flerkulturell sykepleie – Pasientsikkerhet når pasient og sykepleier har ulik kultur	Dato : 19.11.15
Deltakere:	Ingrid Haug Kristine Rustad	
Veileder:	Bente Thyli	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord:	Pasientsikkerhet, flerkulturell sykepleie, minoritetspasient	
Antall sider/ord:	49/13672	Antall vedlegg: 0
Tilgjengelighet:	Åpen	
Bakgrunn:	Den økende innvandringen til Norge fører til at sykepleiere i sin yrkesutøvelse stadig møter flere pasienter med en annen kultur. Forskning viser at sykepleiernes kompetanse i møte med minoritetspasienter er mangelfull, og kan derfor utfordre pasientsikkerheten.	
Hensikt:	Hensikten med studien er å opparbeide kunnskap om hvordan sykepleieren kan bidra til å ivareta pasientsikkerheten hos minoritetspasienter med en annen kultur enn sykepleieren.	
Metode:	Det er benyttet litteraturstudie som metode. Videre er det foretatt et systematisk litteratursøk etter vitenskapelige forskningsartikler som kan bidra til å belyse studiens tema. fem artikler er inkludert.	
Resultat:	Basert på resultatene i de fem inkluderte artiklene ble det utformet en modell som viser hvordan sykepleieren kan oppnå pasientsikker flerkulturell sykepleie. Det ble identifisert tre hovedtemaer som er av betydning for pasientsikkerheten hos minoritetspasienter; verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter, kulturforståelse og brukermedvirkning. Oppmerksomhet på kulturforskjeller viser seg å være en grunnleggende komponent i alle de tre identifiserte temaene.	
Konklusjon:	Å være oppmerksom på at det foreligger kulturforskjeller viser seg å være en grunnleggende egenskap hos sykepleieren for å kunne ivareta pasientsikkerheten når pasienten har en annen kultur enn sykepleieren. Dette er et sentralt funn i alle de tre hovedtemaene i modellen.	

Abstract

Title:	Multicultural nursing – Patient safety when the patient and the nurse have different cultures.	Date : 19.11.15
Participants/	Ingrid Haug Kristine Rustad	
Supervisor(s)	Bente Thyli	
Employer:		
Keywords	Patient safety, multicultural nursing, minority patient	
Number of pages/words: 49/13672	Number of appendix: 0	Availability: Open
<p>Background: Nurses are constantly meeting patients with different cultures in their practice, as a result of an increase in immigration to Norway. Research shows that nurses have a lack in competence when working with minority patients. This might challenge patient safety.</p> <p>Aim: The aim of the study was to explore how nurses can increase patient safety when working with minority patients with a different culture.</p> <p>Method: A literature review was conducted using a systematic research for scientific researchpapers. Five papers which cover the theme of the study were included.</p> <p>Results: A model was identified based on the results of the included papers. The model is supposed to show how nurses can achieve patient safety when working with minority patients. Three major themes were identified to affect patient safety when working with minority patients; verbal and nonverbal communication skills, cultural understanding and patient participation. Awareness about the differences between people from different cultural backgrounds turns out to be a core component in the three themes.</p> <p>Conclusion: For nurses to be able to increase patient safety when working with minority patients, a basic skill turned out to be awareness of cultural differences. This is an important finding from the three major themes in the model.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
1. Innledning.....	5
2. Bakgrunn	6
2.1. Pasientsikkerhet	6
2.2. Kultur	8
2.3. Litteraturstudiets hensikt, problemstilling og relasjon til seksjonens forskningsområder ...	10
3. Metode	11
3.1. Etikk	17
3.2. Analyse	18
4. Resultater	19
4.1. Sammenstilling av resultater	24
4.1.1. Verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter	24
4.1.2. Kulturforståelse	25
4.1.3. Brukermedvirkning	26
5. Drøfting.....	28
5.1. Verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter	28
5.2. Kulturforståelse	32
5.3. Brukermedvirkning	36
5.4. Metodiske overveielser	39
6. Konklusjon	41
7. Litteraturliste	43

1. Innledning

Det er stadig økende innvandring til Norge. I 2015 er det registrert 669 380 innvandrere i Norge, med bakgrunn fra 222 ulike land. Dette bidrar til en endring i befolkningens sammensetning (Statistisk sentralbyrå 2015a). I dag finnes det ulike årsaker til innvandring i Norge. Statistikk publisert i januar 2015 viser at 43 % av alle ikke-nordiske innvandrere hadde arbeid som innvandringsgrunn i 2014, mens 14 % innvandret på grunn av flukt fra eget hjemland. Andre hyppige årsaker til innvandring var utdanning og familiegjenforeninger (Statistisk sentralbyrå 2015b). I dag sees en kraftig økning i antall asylsøkere (Utlendingsdirektoratet 2015).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 (1999) sier at hele landets befolkning skal ha lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet uansett bakgrunn. Blom (2011) viser likevel til at innvandringsbefolkningen i Norge har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen. Regjeringen har på grunn av denne forskjellen utarbeidet en nasjonal strategi for å øke kvaliteten og sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester, særlig med henblikk på landets innvandrerbefolkning. Et mål er økt fokus på kultur i de ulike helseprofesjonsutdanningene, deriblant sykepleie (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Den økende innvandringen til Norge fører til at sykepleiere i sin yrkesutøvelse stadig møter flere pasienter med en annen kultur (Hanssen 2011). Kulturforskjeller kan føre til uønskede hendelser mellom pasient og sykepleier, og det er viktig at sykepleieren har kompetanse til å redusere denne risikoen (Magelssen 2008; Hanssen 2011; Thorbjørnsrud 2012a). Harrison mfl. (1996) viser gjennom en studie at dersom sykepleier og pasient har samme kulturelle bakgrunn, foreligger det en bedre forståelse mellom sykepleier og pasient. Sykepleierens oppfatninger av pasientens helsetilstand samsvarer da i større grad med virkeligheten enn når sykepleier og pasient har ulik kulturell bakgrunn (Harrison mfl. 1996).

2. Bakgrunn

Etter at den amerikanske sykepleieren, antropologen og professoren Madeleine Leininger på siste halvdel av 1900-tallet grunnla begrepet transcultural nursing er flerkulturell sykepleie et internasjonalt tema det stadig rettes mer oppmerksomhet mot. Hun har utviklet sykepleieteori som har revolusjonert sykepleiepraksis til pasienter i flerkulturelle samfunn (Ray 2013). Likevel viser forskning på området at det er en utfordring for sykepleiere å møte pasienter som ikke har samme kulturelle bakgrunn som seg selv (Cioffi 2006). Studier utført i Nord-England viser at sykepleierene hadde vanskeligheter med å se sammenhengen mellom kultur og sykepleiepraksis, hvor et flertall mente at kulturforståelse ikke påvirket kvaliteten på omsorgen (Cortis 2004). Norske studier kan også bekrefte manglende kunnskaper hos sykepleieren knyttet til sykepleie ovenfor pasienten fra en annen kultur. En studie utført blant norske sykepleieledere i kommunehelsetjenesten i Norge kommer frem til at det er mangelfull kunnskap knyttet til sykepleie ovenfor den eldre innvandrerbefolkningen i landet (Thyli, Athlin og Hedelin 2007). Samtidig viser forskning også samme tendenser innen spesialisthelsetjenesten. Alpers og Hanssen (2014) har utført en studie blant sykepleiere i medisinske og psykiatriske avdelinger i Oslo, hvor resultater presenterer et tydelig behov for mer kompetanse. Utfordrende områder viste seg å være blant annet syn på sykdom og smerteuttrykk, i tillegg til kommunikasjon og samhandling med denne pasientgruppen. Det finnes også forskning som viser at innvanderne selv også finner møtet med helsevesenet utfordrende (Suurmond mfl. 2011). Et studie utført av Majumdar mfl. (2004) viser at opplæring av sykepleiere i momenter som angår kulturell kompetanse har positive effekter på pasientens helse og pasientens tilfredshet med omsorgen som blir gitt.

2.1. *Pasientsikkerhet*

Pasientsikkerhet er et stadig brukt og velkjent begrep, men ofte uten et klart avgrenset innhold. Helsepersonelloven § 1 (1999) sier at lovens hensikt er å bidra til kvalitet og sikkerhet i tjenester som ytes ovenfor pasienten, samt å skape tillit til helsepersonell. For at pasienten skal få tillit til sykepleieren og oppleve helsetjenesten som sikker, viser det seg at pasientsentrert omsorg og behandling er av betydning. Det fører til bedre kommunikasjon, som i sin tur kan bidra til at pasientens tilfredshet øker, og bekymringer reduseres

(Dwamena mfl. 2012) Videre viser dette seg å være en bidragsfaktor som reduserer risikoen for at pasienten ikke tar til seg de råd og tjenester som tilbys (Wolf mfl. 2008).

Aase (2015) beskriver at kvalitet er en viktig del av pasientsikkerhet. I Stortingsmelding nr. 10 er det fastslått at Norges helse- og omsorgstjenester skal være av god kvalitet, og det legges økt fokus på kunnskap og kompetanse, samtidig som de skal være tilgjengelig for hele landets befolkning uansett bakgrunn. (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). God kvalitet handler først og fremst om kompetanse til å foreta riktige beslutninger, gi god pleie og korrekt behandling (Sosial- og helsedirektoratet 2005). I den nasjonale strategien for årene 2005-2015 publisert av sosial- og helsedirektoratet (2005) legges det også vekt på kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell for å øke kvaliteten i helsearbeidet. I følge Patak mfl. (2009) påvirker både verbal og nonverbal og kommunikasjon pasientsikkerheten. Effektiv kommunikasjon bør vektlegges for å øke pasientens muligheter til å formidle sine tanker og meninger til sykepleieren, samt for å forsikre seg om at informasjonen som gis blir forstått på rett måte av begge parter (Patak mfl. 2010). Djuve og Pettersen (1998) kom i en studie frem til at kommunikasjonen mellom behandlingspersonell og minoritetspasienter var så mangelfull at den utgjorde en konstant risiko i behandlingen. Johnstone og Kanitsaki (2006) ønsker på sin side å øke bevisstheten på sammenhengen mellom språk, kultur og pasientsikkerhet, for å gi temaet en større plass i praksis. Økt fokus på dette vil i følge Johnstone og Kanitsaki (2006) øke pasientens sikkerhet i møte med helsevesenet, og dermed gi helsemessige gevinster for minoriteter. Dersom helsepersonell ikke forstår denne sammenhengen, kan det føre til at pasienter med minoritetsbakgrunn får redusert kvalitet på helsetjenester (Johnstone og Kanitsaki 2006).

Brukermedvirkning er også et begrep som i senere tid har blitt knyttet nærmere til pasientsikkerhetsbegrepet (Storm og Wiig 2015). For at sykepleietjenester skal være av god kvalitet er det en forutsetning at brukerens synspunkter og meninger påvirker tjenestene som gis (Bjørø og Kirkevold 2011). Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 (1999) gir pasientene rett til medvirkning og informasjon. Dette betyr at helsepersonell, inkludert sykepleiere skal sikre at pasienten kan delta i beslutninger som angår dem selv, og å sikre at pasienten kan få tilstrekkelig med informasjon til å få innsikt i egen helsesituasjon. Regjeringen skriver i Stortingsmelding nr. 10 at det er ønskelig å øke graden av brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten ved å bidra til at de i større grad får

muligheten til å delta i beslutninger som angår egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Videre vil dette i følge Helse- og omsorgsdepartementet (2012) bidra til bedre pasientresultater, i tillegg til økt trygghet, tilfredshet og livskvalitet for pasientene, som i sin tur er ønskede hendelser når det kommer til pasientens møte med helse- og omsorgstjenesten.

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleieren gjennom hele sin praksis ansvar for å utøve yrket på en forsvarlig måte, slik at pasientsikkerheten ivaretas (Norsk sykepleierforbund 2011). Pasientsikkerhet blir dermed noe mer enn å beskytte pasienter mot skader som oppstår på grunn av aktiv medisinsk behandling og prosedyrer, eller mangel på helsetilsyn og oppfølging. I dette litteraturstudiet vil pasientsikkerhetsbegrepet omhandle *å unngå uønskede hendelser*, som i følge Aase (2015) er en definisjon som bør få større oppmerksomhet i fremtiden.

2.2. Kultur

Litteraturstudiets teoretiske perspektiv handler om en bestemt måte å forstå begrepet kultur på. Kultur er et vidt begrep, og er forsøkt definert på utallige måter (Eriksen og Sajjad 2015). På folkemunnet kan kultur ofte bli et begrep som benyttes til å dele mennesker inn i grupper etter hvor de kommer fra, for deretter å forklare hvorfor de spiser en type rett, har en bestemt tro eller har på seg et spesielt klesplagg (Dahl 2013). Denne forståelsen vil det her tas avstand fra, da en slik forståelse åpner opp for generalisering og fordommer (Dahl 2013). Kultur vil derfor ikke forstås ut i fra pasientens behov i forhold til for eksempel mat eller religion. Menneskers kulturelle bakgrunn vil til en viss grad selvfølgelig bidra til å bestemme dette, men hvert enkelt menneske vil også utvikle disse trekkene på sin egen måte (Hanssen 2011). Det ville også være et endeløst arbeid for sykepleieren, dersom han eller hun skulle sette seg inn i hele verdens ulike tradisjoner og ritualer (Magelssen 2008).

Derimot vil det legges vekt på kulturel relativisme, som også er litteraturstudiets teoretiske perspektiv. Kulturel relativisme handler om aksept og respekt for andre kulturer. Begrepet sier at alle kulturer er likeverdige, og at alle har noe å lære av hverandre (Eriksen og Sajjad 2015). Et totalt kulturel relativistisk syn vil på den andre siden akseptere alt som kan relateres til kultur, og man vil kunne risikere å mene at for eksempel voldelige ritualer er akseptabelt

(Eriksen og Sajjad 2015). Studien søker derfor ikke et totalt kulturel relativistisk syn, men en kulturel relativistisk tilnærming. Videre handler kulturel relativisme om å se andre ut fra *deres* perspektiv fremfor sitt eget. Dette innebærer at sykepleieren må være bevisst på at det å vokse opp i en bestemt kultur fører med seg bestemte normer og verdier (Magelssen 2008). Det er også viktig å merke seg at en god kulturforståelse ikke bare handler om å forstå andre, men også om å forstå seg selv i samspill med andre (Thorbjørnsrud 2012a).

I følge Eriksen og Sajjad (2015) er kultur medfødt og tillært, samtidig som den stadig er i endring. En felles kultur gir en felles oppfatning av hva som er rett og galt å gjøre i en sosial kontekst. Hvordan man tenker, snakker og handler i en bestemt situasjon ligger i underbevisstheden og praktiseres med en selvfølge. Først når man møter mennesker med en annen kultur enn seg selv legger man merke til forskjellene, og man blir mer bevisst kulturens rolle (Eriksen 2010). Hvordan vi tolker andre og opplever situasjoner rundt oss avhenger i høyeste grad av vår kultur. Kultur kan derfor beskrives som et sett med briller hver enkelt ser verden i gjennom. Kultur er på denne måten ikke bundet til et bestemt sted, men det er noe mennesket har med seg (Dahl 2013). Bare i Norge har vi tusentalls av ulike kulturer, som for eksempel ungdomskultur, voksenkultur, bykultur og bygdekultur. Misforståelser på tvers av kulturer kan derfor like gjerne oppstå mellom mennesker fra samme nasjon, som mellom mennesker fra to ulike land. Likevel øker sannsynligheten for at to mennesker har større kulturell avstand fra hverandre, dersom de tilhører to ulike samfunn med større geografisk avstand (Dahl 2013). Derfor vil fokus i denne studien rettes mot at kulturforskjellen har opphav i to ulike land, derav begrepet minoritetspasient. Når sykepleieren møter minoritetspasienten, vil kommunikasjon åpenbart bli en utfordring dersom de ikke kan kommunisere på et felles språk. Dersom de kan snakke et felles språk, kan kommunikasjon likevel by på utfordringer, nettopp på grunn av kulturforskjellene som foreligger (Dahl 2013).

Kropp, helse og sykdom oppfattes i følge Thorbjørnsrud (2012b) ofte som noe universelt, og måten vi forstår og tolker de på anses derfor som like. Det viser seg derimot at det innenfor ulike kulturer foreligger ulike måter for å forstå hvordan kropp, helse og sykdom fungerer. Når kroppen ikke lenger fungerer som den skal, har man i mange kulturer en egen oppfatning om hvilke årsaker som kan ligge bak. På samme måte er det ofte gitte behandlingsmåter for de ulike årsakene (Thorbjørnsrud 2012b). En tilstand som regnes for å

være helsefremkallende i en kultur, kan anses som usunt i en annen kultur (Eriksen og Sajjad 2015). Studier viser at ulike syn på helse og sykdom er utfordrende for sykepleiere, da de ofte syntes å se at pasienten handlet irrasjonelt og hadde vanskeligheter med å forstå hvorfor pasienten handlet på denne måten (Lampley mfl. 2008). Den medisinske antropologen og psykiateren Arthur Kleinman utviklet en teori om hvorfor mennesker har ulike forklaringsmodeller på sykdom allerede på 1980-tallet. Det var også et mål å bevisstgjøre helsepersonell, inkludert sykepleieren på betydningen av god forståelse for at mennesker med en annen kulturell bakgrunn kan oppfatte og tolke sykdom på en annen måte enn hva man selv er vant med (Kleinman 1980). Eksempelvis kan dette dreie seg om at sykepleieren ønsker å informere pasienten om at han skal faste til operasjon dagen etter, men pasientens syn på helse og sykdom samsvarer ikke med et redusert matinntak. Pasienten forstår derfor ikke budskapet, og spiser til tross for operasjon.

2.3. Litteraturstudiets hensikt, problemstilling og relasjon til seksjonens forskningsområder

Det er vesentlig at sykepleieren i dagens Norge, hvor det kulturelle mangfoldet stadig øker, innehar kunnskap som kan ivareta pasientsikker sykepleie til pasienten fra en annen kultur. Studien har et avgrenset kultursyn og et avgrenset krav til hvem pasienten med en annen kultur er. Pasienten betegnes som voksen og i en alder på 18 år eller eldre, har opprinnelse fra et annet land enn sykepleieren, og kan tilsynelatende kommunisere på et felles språk med sykepleieren. Det er fokus på de mellommenneskelige prosessene mellom pasienten og sykepleieren, hvor hensikten er å samle forskning som kan belyse hvilke kunnskaper, egenskaper og ferdigheter som bør foreligge hos sykepleieren for at pasientsikkerheten hos denne pasientgruppen skal ivaretas.

Litteraturstudiets problemstilling er: Hvordan kan sykepleieren ivareta pasientsikkerheten når pasienten har en annen kultur enn sykepleieren?

Høgskolen i Gjøvik, avdeling for helse, omsorg og sykepleie driver forskning innenfor områdene profesjonskompetanse og kvalitet i sykepleie (Lillemoen 2015). Dette litteraturstudiet relateres til forskningsområdet kvalitet i sykepleie.

3. Metode

En vitenskapelig metode er et verktøy som brukes til å forske på et bestemt område. Hvilken metode som benyttes avhenger av forskningsspørsmålet, altså hva en ønsker å finne svar på (Polit og Beck 2014). For å besvare denne problemstillingen er det benyttet litteraturstudie som metode. Et litteraturstudie vil si å samle sammen og oppsummere tidligere publisert forskning innen et avgrenset område. Et litteraturstudie kommer derfor ikke med ny kunnskap, men gjør det mulig å belyse allerede eksisterende kunnskap fra et annet perspektiv (Aveyard 2014). Ved å benytte seg av tidligere publisert forskning er det mulig å sette sammen mange brikker til en helhet. Litteraturstudier kan dermed bidra til å skape større validitet enn det én enkelt forskningsstudie kan gjøre alene (Aveyard 2014). Siden sykepleiere i sin yrkespraksis har et personlig ansvar for å hele tiden oppdatere seg på utviklingen av faget (Norsk sykepleierforbund 2011), er litteraturstudier et nyttig verktøy til å skaffe seg sammenfattet forskningsbasert kunnskap. Å oppdatere seg på forskningsbasert kunnskap danner grunnlaget for kravet om kunnskapsbasert praksis (Polit og Beck 2014).

Før man utfører et litteraturstudie bør det legitimeres. Det vil si å finne frem til faglitteratur og forskning, eller dokumenter som stortingsmeldinger og lover som underbygger at spørsmålet som søkes besvart har relevans for dagens praksis (Bjørk og Solhaug 2013). Her kan det være hensiktsmessig å fortrinnsvis benytte primærkilder, da primærkilder er den originale kilden. Hvis man velger å benytte sekundærkilder skal man være klar over at stoffet man ønsker å benytte kan ha blitt formidlet på en annen måte enn det primærkilden ønsket å formidle (Erikson 2010). Litteraturstudier inneholder derfor som oftest primærkilder.

I søket etter relevant faglitteratur ble det foretatt søk i Oria. Oria er en felles søkekatalog for de aller fleste fag- og forskningsbibliotek i Norge. Det ble benyttet søkeord som pasientsikkerhet, kulturforskjeller, flerkulturell sykepleie og minoritetshelse. Noen av søkeordene resulterte i et stort antall treff, og søket ble derfor avgrenset til litteratur som ikke er eldre enn fra år 2000. Det har ikke blitt benyttet eldre faglitteratur enn dette, da det har blitt stilt krav til at litteraturen skal være oppdatert i forhold til dagens forskningsbilde. Det er gjort unntak for litteratur fra sentrale personer innen valgte tema, som for eksempel Arthur Kleinman. I følge Erikson (2010) er faglitteratur ofte sekundærlitteratur og har en

rekke henvisninger til publikasjoner innen forskning. Derfor er forskningen enkelte ganger hentet frem via bokens litteraturliste og søkt opp i Google Scholar, slik at det var mulig å se hvor godt påstander er underbygd. Det ble også gjort direkte søk i lovdata for å hente frem relevante norske lover og forskrifter. For å finne frem til relevante stortingsmeldinger, nasjonale strategier og andre førende dokumenter publisert av regjeringen ble det også gjort søk inne på regjeringens nettside. Det er også foretatt søk i databaser etter relevant forskning som kan bidra til å bekrefte eller avkrefte funn både i litteraturen og i litteraturstudiets resultatdel.

For å skape et litteraturstudie med validitet er det viktig å foreta et grundig og systematisk søk i relevante databaser, slik at leseren kan stole på at forskningen som er inkludert er den mest relevante til å besvare problemstillingen, og at viktig forskning ikke har uteblitt (Polit og Beck 2014). For å sikre dette er det hensiktsmessig å finne frem til gode søkeord som dekker store deler av ønsket tema. I tillegg vil utforming av inklusjons- og eksklusjonskriterier basert på studiens tema bidra til å skape systematikk, og en stødig avgrenset kurs i søket etter vitenskapelige artikler (Aveyard 2014). For å sikre at forskningen er av kvalitet er det viktig at forskningen som vurderes anvendt møtes med kritisk tenkning. Kritisk tenkning handler om å tolke, analysere og evaluere det man leser, for å kunne resonnerer seg frem til om innholdet er av god nok kvalitet til å basere sin praksis på (Granum, Opsahl og Solvoll 2012). Polit og Beck (2014) presenterer også åpenhet som en viktig egenskap når man skal gjennomføre et litteraturstudie, slik at man ikke har en forutinntatt formening om hva resultatet av litteraturstudiet skal inneholde. Det ville i verste fall føre til at den som gjennomfører litteraturstudiet bevisst eller ubevisst siler ut viktig forskning i søkeprosessen. Forskningen som inkluderes i litteraturstudiet skal videre analyseres, sammenfattes og drøftes i lys av litteraturstudiets teoretiske perspektiv, før den til slutt danner grunnlag for litteraturstudiets konklusjon (Aveyard 2014).

For å komme i gang med et systematisk søk etter vitenskapelige artikler ble det benyttet et PICO-skjema. Et PICO-skjema kan fungere som et hjelpemiddel til å dele opp problemstillingen i kategorier etter hvem spørsmålet dreier seg om, hvilke tiltak man er interessert i å undersøke, hvilke alternative tiltak som finnes, og hvilke resultater man er interessert i (Forsberg og Wengström 2013). Dette bidro til å skape en systematikk da gode

og relevante søkeord skulle letes opp. Før søkeordene ble endelige, ble det dobbeltsjekket at de fantes som MeSH-termer eller emneord i de respektive databasene som ble benyttet, da hver enkelt artikkel er merket med et slikt nøkkelord som gjør den søkbar (Forsberg og Wengström 2013). Søkeordene som til slutt ble benyttet er gruppert inn i tre kategorier ut i fra problemstillingens hovedtemaer, hvor noen er tilnærmet like, avhengig av de ulike databasenes MeSH-termer eller emneord.

Hvordan kan sykepleieren¹ ivareta pasientsikkerheten² når pasienten har en annen kultur³ enn sykepleieren?

1. Transcultural nursing, intercultural healthcare.
2. Patient safety, cultural safety, cultural competence, culturally competent care, communication competence.
3. Ethnic disparities, transcultural health, multicultural society.

For å skape en systematikk i søkeprosessen ble det satt opp inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse er basert på studiens problemstilling, og bidrar i følge Aveyard (2014) til å holde en stødig kurs i søket etter vitenskapelige artikler.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Fagfellevurdert forskning publisert i et tidsskrift med et vitenskapelig nivå.• Artikkelen er publisert på engelsk eller norsk.• Informantene er voksne personer i en alder på 18 år eller eldre.• Omhandler pasientsikkerhet og områder som med stor sannsynlighet har betydning for pasientsikkerhet.• Pasienten har en annen kultur enn sykepleieren.• Kulturforskjellene mellom sykepleieren	<ul style="list-style-type: none">• Informantene betegnes som barn.• Det foreligger ikke kulturelle forskjeller mellom sykepleieren og pasienten.• Et stort fokus på kulturelle behov relatert til faktorer som for eksempel mat, religion og klær.• Sykepleier og pasient snakker ikke et felles språk.• Et stort fokus på tolk og tolketjenester.

<p>og pasienten foreligger som resultat av to ulike nasjonaliteter.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sykepleier og pasient kan tilsynelatende kommunisere på samme språk.	
--	--

Inklusjonskriteriene sier at forskningen skal være publisert på norsk eller engelsk, i tillegg til å ha gjennomgått en prosess i forhold til kvalitetssikring, i henhold til fagfelleevaluering og publikasjon i et vitenskapelig tidsskrift. Videre baserer inklusjons- og eksklusjonskriteriene seg på faktorer som skal være til stede mellom sykepleier og pasient. Det er et inklusjonskriterie at sykepleieren og pasienten tilsynelatende kan kommunisere på et felles språk, som i praksis kan bety norsk, engelsk eller et annet språk pasienten og sykepleieren har felles. Implisitt vil det bety at tolk og tolketjenester ikke vil være naturlig å trekke inn. Derfor er studier med fokus på tolk og tolketjenester et eksklusjonskriterie. Derimot er det et inklusjonskriterie at sykepleieren og pasienten skal ha ulik kulturell bakgrunn. Med kulturell bakgrunn menes det ikke kulturelle behov som kan relateres til religion, antrekk eller måltider, og forskning med fokus på dette er derfor ekskludert. Inklusjonskriteriet som omhandler ulik kulturell bakgrunn har fokus på det mellommenneskelige aspektet, og det er her pasientsikkerhetsbegrepet vil trekkes inn. Det er derfor inkludert vitenskapelige artikler med fokus på komponenter som med stor sannsynlighet har relasjon til pasientsikkerhet etter litteraturstudiets definisjon, i møte med pasienter fra en annen kultur. Forskning med fokus på pasientsikkerhet uten at det foreligger kulturelle forskjeller i møtet mellom sykepleier og pasient er ekskludert. Det er også fokus på at sykepleieren utøver sykepleie ovenfor en voksen person, i en alder på 18 år eller eldre. Dette fordi det med stor sannsynlighet kan antas at samhandling mellom sykepleier og barn bør inneholde andre komponenter for at pasientsikkerheten skal kunne ivaretas.

Aveyard (2014) påpeker at søk i flere ulike databaser ofte er nødvendig for å finne artiklene som besvarer problemstillingen på best mulig måte. Det er derfor foretatt og utprøvd søk i følgende databaser: Ovid Nursing, Cinahl Complete, PubMed, Embase, Medline, Sage Journals, Science Direct og SveMed+. Etter hvert viste databasene Ovid Nursing, Cinahl

Complete og PubMed seg å inneholde mest relevant forskning i forhold til denne problemstillingen, og det ble derfor foretatt et grundigere søk i disse. Det ble også foretatt direkte søk i Journal of Transcultural Nursing. Etter hvert som relevant forskning dukket opp ble også siteringsfunksjonen i Google Scholar brukt til å søke opp publikasjoner innen samme kategori, for ikke å miste eventuell relevant forskning også her. Underveis har alle søk blitt dokumentert. Dette for å unngå dobbeltsøk og for å sikre at det ikke ble mistet viktig forskning. Søkene ble utført i september og oktober i 2015.

I databasene ble søkeordene kombinert ved å benytte AND i mellom. Under søkeprosessen var det fokus på å finne forskning av nyere dato, publisert i løpet av de siste ti årene. Dersom artiklene ikke var tilgjengelig i fulltekst, ble de søkt opp ved hjelp av Google Scholar. Artikler ble inkludert og ekskludert ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene som hadde blitt satt. For å kontrollere om artikkelen var fagfellevurdert og om den hadde et vitenskapelig nivå ble tidsskriftets navn eller ISSN-nummer søkt opp i database om statistikk for høgere utdanning (DBH). DBH er en søkedatabase som er utarbeidet for å blant annet kunne bidra til å kontrollere om tidsskrifter og forlag er av god kvalitet. Det ble lest overskrifter og mange abstract, i tillegg til at enkelte artikler også ble lest igjennom. Dette for å få et bedre grunnlag til å sammenligne da artikler skulle inkluderes og ekskluderes. Søkeprosessen presenteres i en matrise nedenfor.

Søkeord	Database	Avgrensning av søk i forhold til tidsrom	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste artikler	Inkludert artikkel
1. Patient safety 2. Ethnic disparities	Cinahl	2005-2015	1 AND 2	11	3	2	Explaining ethnic disparities in patient safety: A qualitative analysis
1. Transcultural health 2. Culturally competent care	Journal of Trans-cultural Nursing	2005-2015	1 AND 2	50	5	2	Guiding the process of culturally competent care with Hispanic patients

1. Cultural safety 2. Transcultural nursing	PubMed	2005-2015	1 AND 2	43	5	1	Senior nurses' perceptions of cultural safety in an acute clinical practice area
1. Intercultural healthcare 2. Communication competence	Science Direct	2005-2015	1 AND 2	4	3	2	Intercultural communication competence in the healthcare context
1. Cultural competence 2. Multicultural society	Cinahl	2005-2015	1 AND 2	37	3	1	Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study

For å finne studier som besvarer problemstillingen på best mulig måte, har fokus blitt rettet både mot kvalitative og kvantitative studier.

Kvalitative studier er forskning som går i dybden på et bestemt område. Å gå i dybden innebærer å skaffe data som sier noe utover det rent objektive og tellbare. Dette kan dreie seg om følelser, opplevelser eller tanker om et bestemt tema (Polit og Beck 2014). Verktøyet til datainnsamling i kvalitative studier er ofte åpne intervjuer eller deltakende observasjon. Antall informanter er ofte begrenset for at datamaterialet skal bli håndterbart (Polit og Beck 2014). Derfor er dette studier som kan bidra til å besvare problemstillingen, da de gjør det mulig å trekke frem pasientens opplevelser og tanker rundt foreksempel brukermedvirkning knyttet til pasientsikkerhet. Det kan også være hensiktsmessig å finne frem til studier som sier noe om sykepleierens opplevelser og erfaringer rundt pasientsikkerhet når det kommer til sykepleie ovenfor denne pasientgruppen.

Kvantitative metoder har ofte mange flere informanter, og samler inn data som kan tallfestes (Polit og Beck 2014). I følge Polit og Beck (2014) er vanlig metode til

datainnsamling spørreundersøkelser med lukkede spørsmål, der informanten for eksempel krysser av på ja eller nei, eller tallfester en påstand på en skala. Denne metoden har ofte spesifikke variabler, og kan for eksempel ha til hensikt å måle sammenhengen mellom to faktorer. For å beholde en objektiv tilnærming distanserer forskeren seg fra informantene, og forskeren blir forhindret fra å skape sitt eget inntrykk av hva informanten tenker og mener (Polit og Beck 2014). Kvantitative studier kan derfor bidra til å besvare problemstillingen for eksempel i form av å trekke en sammenheng mellom en spesifikk egenskap ved sykepleieren, og om denne påvirker pasientsikkerheten i negativ eller positiv retning.

3.1. Etikk

Når en medisinsk studie som omfatter mennesker skal gjennomføres, finnes det etiske retningslinjer forskeren må forholde seg til (Polit og Beck 2014). Disse etiske retningslinjene er nedfelt i blant annet Helsinkideklarasjonen og skal sikre at forskningen utføres på etisk forsvarlig vis. Helsinkideklarasjonen har til sammen 37 etiske punkter forskeren må ta hensyn til når studien skal utføres. Disse punktene sier blant annet at forskningen skal sette deltakernes helse, velvære og rettigheter i sentrum. Forskningen skal utøves med respekt, og ikke på noen måte skade mennesker. Menneskene som deltar skal være informert om hvordan forskningen skal foregå, og de skal delta av egen fri vilje. Deltakerne har også rett til å når som helst trekke seg (World Medical Association 2015). I følge Polit og Beck (2014) skal forskningen vurderes av etiske komiteer i forhold til disse etiske punktene før den kan gjennomføres og publiseres. Forskningen som er benyttet i dette litteraturstudiet er dermed allerede kritisk gransket i forhold til etiske prinsipper. Forskningsartikkelens metodekapittel er likevel lest med et kritisk blikk på etiske overveielser før de ble inkludert i litteraturstudiet.

Det er også tatt visse etiske hensyn under utarbeidelsen av dette litteraturstudiet. Under utarbeidelsen av problemstillingen var det stor visshet om at temaet potensielt kan berøre andre på en negativ måte. Det er derfor lagt stor vekt på å velge ord og uttrykk med respekt for menneskers identitet og kultur. I følge Forsberg og Wengström (2013) er det også av stor betydning at inkluderte forskningsartikler forsøkes å gjengis så korrekt som mulig. Dersom man under utførelsen av et litteraturstudie venter resultater om slik at de i større grad

støtter sin hypotese enn de i virkeligheten gjør, vil det bryte med etiske prinsipper. Det er derfor i dette litteraturstudiet lagt stor vekt på å gjengi forskningen så korrekt som mulig, også under analyseprosessen. I teksten er det også bevisst brukt hyppige kildehenvisninger til forfattere av inkludert forskningsmaterieell, slik at det ikke i noen sammenheng skal fremstå som om andre får æren for deres arbeid.

3.2. Analyse

I analyseprosessen har hver enkelt forskningsartikkel blitt lest individuelt, gjentatte ganger. Deretter har innholdet blitt presentert muntlig ovenfor alle deltakere i analyseprosessen. Dette for å bli godt kjent med materialet, og for å forsikre at innholdet og resultatet i forskningsartikkelen er forstått på rett måte, slik forskerne hadde til hensikt å presentere det (Aveyard 2014). Det har også i denne prosessen blitt lagt vekt på kritisk lesing. Kritisk lesing bidrar til å være klar over både styrker og svakheter ved studien (Aveyard 2014). Videre er det blitt foretatt en såkalt tematisk analyse. Dette innebærer at teksten underveis i leseprosessen merkes med korte, enkle ord som beskriver dens innhold. Dette har dannet grunnlaget for koding av materialet. Kodingen vil i følge Forsberg og Wengström (2013) innebære å dele materialet fra resultatene opp i mindre deler. Etter hvert som alt materialet er kodet, har kodene som er ansett som gode til å besvare problemstillingen blitt trukket ut og bevart videre i litteraturstudiet. Videre har disse utvalgte kodene blitt samlet i overordnede grupper. Dette for å kunne gjøre dataene anvendbare til litteraturstudet (Forsberg og Wengström 2013). Etter hvert som materialet ble bearbeidet har gruppene blitt til tre navngitte temaer som viser seg å være gjensidig avhengig av hverandre. De tre temaene har hver sine underkategorier. Det er også identifisert ett tema som viser seg å være av grunnleggende betydning. Alle funnene er sammenfattet i en modell som viser hvordan sykepleieren kan utøve flerkulturell sykepleie på en måte som ivaretar pasientsikkerheten. Modellen skal fungere som et forslag til hvordan sykepleieren kan ivareta pasientsikkerheten i praksis, når pasienten har en annen kultur enn sykepleieren.

4. Resultater

Artikkelens fulle referanse	Suurmond, J., E. Uiters, M. Bruijine, K. Stronks og M.L. Essink-Bot (2010) Explaining ethnic disparities in patient safety: A qualitative analysis. I: <i>American Journal of Public Health</i> . 100(1), s.113-117.
Hensikt	Å undersøke hva som karakteriserer pleie og behandling av immigranter i sykehus, for å skape en bedre forståelse for prosessen som ligger til grunn for etniske forskjeller når det kommer til pasientsikkerhet.
Metode	Studien er kvalitativ. Det er utført semistrukturerte intervjuer av 12 helsearbeidere i Nederland som jobber med pasienter med innvandringsbakgrunn i sykehus. Det ble på forhånd formulert tre hovedspørsmål. Dataene ble samlet over en periode på fem måneder mellom 2008 og 2009. Det ble gjort opptak av alle intervjuene. Dataene ble analysert i en kvalitativ tematisk analyse.
Resultat	Det ble identifisert tre hovedtemaer som utfordrer pasientsikkerheten ovenfor immigrantene. <ul style="list-style-type: none">○ Upassende respons i møte med pasientens objektive egenskaper, som språk og genetiske egenskaper. Flere av deltakerne la frem situasjoner hvor manglende språkkunnskaper førte til pasientskade.○ Misforståelser mellom helsepersonell og pasient på grunn av ulikt syn på helse og sykdom. Helsepersonell beskrev at kultur ofte bidrar til at immigranter responderer på uventede måter. Det kunne dreie seg om å ikke fullføre behandling selv om pasienten gir uttrykk for å ha forstått informasjonen.○ Manglende behandling på grunn av fordommer og stereotyper av immigranter som pasienter. Dette innebar blant annet at pasienter ikke fikk tilstrekkelig smertelindring postoperativt, fordi helsepersonell hadde en forestilling om at pasienten fra denne kulturen uttrykte mer smerte enn det som var realiteten.
Notater	- Studiens informanter er ikke bare sykepleiere, men også andre helsearbeidere ansatt i sykehus. - Pasientsikkerhetsbegrepet er forstått ut i fra WHO's definisjon.
Relevans for studien	Studien identifiserer situasjoner i sykehus som utfordrer pasientsikkerheten ovenfor immigranter. Å være bevisst på disse faktorene kan øke sykepleierens evne til å ivareta pasientsikkerheten i møte med denne pasientgruppen.

Artikkelens fulle referanse	Sobel, L., E. Sawin (2014) Guiding the process of culturally competent care with hispanic patients. I: <i>Journal of Transcultural Nursing</i> [online]. URL: http://tcn.sagepub.com/content/early/2014/11/18/1043659614558452.full.pdf+html (30.09.2015)
Hensikt	Å utforske hvilke sykepleiehandlinger som fører til kulturell kompetent omsorg ovenfor latinamerikanske pasienter.
Metode	Studien har brukt en kvalitativ, såkalt grounded theory metode. Utvalget bestod av 26 latinamerikanske deltakere. Deltakerne var både menn og kvinner fra Mexico, Colombia, Guatemala og Honduras. Studien inkluderte i tillegg medlemmer fra en organisasjon kalt lay health promoters (LHPs) som jobber for å øke standarden på helsetjenester for minoriteter. Dataene ble samlet av to sykepleiere gjennom seks semistrukturerte fokusgruppeintervjuer. Intervjuene varte i 1-2 timer og foregikk i lokaler bestemt av deltakerne. Det ble gjort opptak av hvert intervju. Forfatterne brukte programvaren NVivo 9 til å analysere de innsamlede dataene.
Resultater	<p>Hovedfunnet i studien omhandler en samhörighet mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleiehandlinger som påvirker denne samhörigheten i positiv retning viser seg å være at sykepleieren viser interesse for pasientens språk, men at sykepleierens nonverbale oppførsel i pleiesituasjonen var av større betydning. Dersom sykepleieren viste en tilstedeværelse, godhet, hadde et godt håndlag og ga sin fulle oppmerksomhet bidro dette til en større samhörighet. Det ble også identifisert to undertemaer som påvirket samhörigheten.</p> <ul style="list-style-type: none">○ "Opp til deg" påvirket positivt. Deltakerne satte det høyt å kunne være i stand til å ta ansvar for egen helse. Det viste seg å være av stor betydning at man til enhver tid hadde nok informasjon om egen eller familiemedlemmets helsetilstand. For å sikre dette viste det seg å være viktig å stille mange spørsmål og å be sykepleieren om å snakke sakte. Det kom også frem at mange av deltakerne glemte at de hadde rett til å foreta egne valg i møte med helsevesenet.○ "Prisgitt systemet" påvirket negativt. Det beskrives en opplevelse av sårbarhet og maktesløshet i møte med helsesystemet. Deltakerne beskrev kommunikasjon, i tillegg til frykt for diskriminering og vanskeligheter med å forstå systemet som utfordrende områder. Det ble særlig trukket frem at sykepleiere ofte trodde pasientene kunne språket godt dersom de kunne noe av det, i tillegg til at samme kroppsspråk kan bety forskjellige ting i ulike kulturer. De synes det er vanskelig å forstå hvordan helsesystemet er bygget opp, vite hvem sykepleieren er og hva de ulike rollene kan hjelpe med.
Notater	<ul style="list-style-type: none">- Tar for seg <i>en</i> gruppe minoriteter.- Tolk er tilstede når dataene samles inn.
Relevans for studien	Lite fokus på tolketjenester i resultatdelen. Minoritetspasientenes synspunkt kan bidra til å skape en forståelse for hvordan sykepleieren kan øke pasientens trygghet og tilfredshet, for dermed å kunne unngå uønskede hendelser.

Artikkelens fulle referanse	Gibson, D. og M. Zhong (2005) Intercultural communication competence in the healthcare context. <i>I: International Journal of Intercultural Relations</i> . 29(5), 621-634.
Hensikt	Studien har to hensikter: <ol style="list-style-type: none">1. Å undersøke om empati, erfaringer med ulike kulturer og flerspråklig kompetanse påvirker helsepersonells kompetanse til å kommunisere med pasienter fra en annen kultur2. Å undersøke om helsepersonellens oppfatninger om sin egen evne til å kommunisere med pasienter fra en annen kultur samsvarer med pasientenes oppfatninger.
Metode	Studien er kvantitativ, og bruker spørreundersøkelser som verktøy til å samle data. Informantene bestod av 91 pasienter og 45 helsearbeidere. Informantgruppen bestående av helsepersonell omfatter alle med pasientkontakt, som leger, sykepleiere, medisinske assistenter og administrative assistenter. Pasientene var latinamerikanere, kaukasier, afrikansk-amerikanere og innfødte amerikanere. Deltakerne var både kvinner og menn, og i en alder på 18 - 61 år. Studien finner sted i seks ulike helseinstitusjoner i USA. Det ble sendt ut ulike spørreskjemaer til de to gruppene informanter, hvor de skulle rangere påstander på en skala fra 1 (svært uenig) til 5 (svært enig). Dataene ble analysert ved hjelp av Pearson korrelasjonskoeffisient og variasjonsanalyse (ANOVA).
Resultater	Resultatene viser at det er en positiv relasjon mellom empati og helsepersonells kompetanse til å kommunisere med pasienter fra en annen kultur. Det viser deg at empati dekker hele 20 % av kompetansen til å kommunisere med pasienter fra en annen kultur. Pasientene mente også at empati spilte en stor rolle når det kommer til kommunikasjon på tvers av kulturer. Helsepersonellet anså seg selv som kompetente til å kommunisere på tvers av kulturer når de kunne snakke flere språk. Dette ble avkreftet da det viste seg å ikke ha noen sammenheng. Det er derimot en vesentlig sammenheng mellom helsepersonellens erfaringer med ulike kulturer og deres kompetanse til å kommunisere på tvers av kulturer. Det er også kommet frem til at helsepersonell anså seg selv som mer kompetente til å kommunisere på tvers av kulturer enn hva pasienten oppfattet.
Notater	Studiens helsepersonell er ikke bare sykepleiere, men også andre helsearbeidere.
Relevans for studien	Studien avdekker viktige mellommenneskelige forhold mellom helsearbeider og pasient i interkulturell kommunikasjon. Det er sannsynlig å anta at denne kunnskapen kan overføres til sykepleieren og styrke sykepleierens kommunikasjonskompetanse på tvers av kulturer, for dermed å kunne unngå uønskede hendelser.

Artikkelens fulle referanse	Jirwe, M., K. Gerrish, S. Keeney og A. Emami (2009) Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. <i>I: Journal of Clinical Nursing</i> . 18(18), s. 2622-2634.
Hensikt	Studiens hensikt er å identifisere kjernekomponentene ved kulturell kompetanse, fra et svensk perspektiv.
Metode	Studien har brukt Delphi-metoden, som er designet for å sammenfatte ekspertuttalelser. Studiens utvalg består av åtte sykepleiere fra praksisfeltet, åtte forelesere og åtte forskere innen sykepleie. Det var et krav at deltakerne skulle ha erfaring, og arbeidet med temaet innen sitt respektive felt. Studien ble utført i fire omganger. Det ble først utført kvalitative semistrukturerte intervjuer, per telefon og ansikt til ansikt i 20-45 minutter. Deltakerne ble bedt om å identifisere kunnskap, ferdigheter og holdninger som påkreves hos sykepleieren når de møter pasienter med en annen kultur enn seg selv. Det ble gjort opptak av intervjuene. De innsamlede dataene ble ved hjelp av innholdsanalyse delt inn i 5 kategorier fordelt på til sammen 137 påstander som til sammen dannet grunnlag for et kvantitativt spørreskjema. I andre, tredje og fjerde omgang ble spørreskjemaene sendt ut til deltakerne og fullført individuelt, der viktigheten av hver påstand skulle rangeres på en skala fra 1-7. Dersom over 75% av deltakerne var enige i at en påstand var viktig, ble den inkludert som en komponent i kulturell kompetanse ved sykepleie. Påstandene deltakerne ikke var enige om, ble samlet og sendt ut for ny evaluering som foregikk på samme vis. Til slutt ble 118 påstander inkludert, mens 19 ble ekskludert.
Resultater	Studiens resultater er kategorisert inn i fem områder: <u>Kultursensitivitet:</u> Tar for seg sykepleierens personlige egenskaper og holdninger. Resultater viser at sykepleieren skal ha medfølelse, empati, respekt, fleksibilitet og å være åpen for forskjeller. Sykepleiere må også være bevisst på deres egne fordommer, stereotypiske holdninger og deres egen kultur. <u>Kulturell forståelse:</u> Sykepleieren er bevisst den kulturelle forskjellen, og har en forståelse for hvordan kultur former identitet. Resultater viser også at kulturell forståelse innebærer kjennskap til pasientens etniske og kulturelle identitet. <u>Kulturelle møter:</u> Bevissthet på faktorer som påvirker møter på tvers av kulturer. Personlige ferdigheter som viste seg å være nødvendige er språk- og kommunikasjonsferdigheter. <u>Forståelse for helse og sykdom:</u> Forståelse for hvordan pasienters oppfatninger om helse og sykdom påvirker hvordan de handler i møte med sykdom. Det viste seg også å være viktig å inneha en forståelse for hvordan tidligere opplevelser og erfaringer med helsetjenesten kan påvirke pasientens preferanser. <u>Sosiale og kulturelle sammenhenger:</u> Kunnskap om hvordan religion og spiritualitet, kjønn, familiære og sosiale aspekter, ernæring, utdanningsbakgrunn, yrke og økonomisk status påvirker pasientens identitet og reaksjon i møte med sykdom.
Notater	- Studien er utført i Sverige, som kan styrke overførbareheten til Norge og norske kompetansekrav. - Påstandene baserer seg på ekspertuttalelser.

Relevans for studien	Kompetanse anses som et viktig ledd i pasientsikkerhet, og kulturell kompetanse kan med stor sannsynlighet hjelpe sykepleieren til å ivareta pasientsikkerheten når pasienten har en annen kultur.
Artikkelens fulle referanse	Richardson, S., T. Williams, A. Finlay og M. Farrell (2009) Senior nurses' perceptions of cultural safety in acute clinical practice area. <i>I: Nursing praxis in New Zealand</i> . 25(3), 27-36.
Hensikt	Hensikten med studien er å belyse hvilke oppfatninger og holdninger en gruppe erfarne sykepleiere med respekt for temaet har i forhold til kulturell trygghet, og hvilket forhold de mener det har til klinisk praksis.
Metode	Studien inneholder både kvantitative og kvalitative metoder. Det brukes spørreundersøkelser med åpne spørsmål for å samle kvalitative data. Ni erfarne sykepleiere (seks kvinner og tre menn) som arbeidet i en akuttavdeling i New Zealand fullførte spørreundersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til deltakerene og fullført individuelt. Seks av deltakerene hadde mer enn 16 års erfaring innen faget, og ingen deltakere hadde under seks års erfaring. Det ble brukt tematisk analyse for å analysere dataene fra spørreundersøkelsene.
Resultater	Da sykepleierne skulle definere kulturell trygghet var det fokus på faktorer som behov for å reflektere rundt egen kultur og tro, å gjenkjenne kulturelle behov hos pasienten, respektere alt som gjør en person unik, og å jobbe i partnerskap med pasienten for å ikke gjøre dem maktesløse. Kilden til sykepleierenes kunnskap om kulturell trygghet ble for det meste identifisert som formell sykepleiefaglig utdanning på et lavere eller høyere nivå. Tre oppga at de ikke hadde mottatt noen form for formell undervisning. Åtte av ni sykepleiere mente at kulturell trygghet var viktig i deres praksis, både ovenfor pasienten, pasientens familie og for sykepleieren selv. Flere mente at kulturell trygghet var viktig for at minoritetspasienten skal føle seg trygg i møte med helsevesenet, og at negative opplevelser kan føre til avslag i pleie og behandling. Sju av ni deltakere kunne referere til eksempler på pasientsituasjoner hvor prinsipper i kulturell trygghet var tatt i bruk. Det var varierende svar på om de mente at kulturell trygghet burde bli en større del av grunnutdanningen i sykepleie. Noen var positive, mens andre var negative til denne påstanden.
Notater	<ul style="list-style-type: none">- Studiens beskrivelse av begrepet kulturell trygghet er nært knyttet opp mot denne studiens forståelse av kultur knyttet til pasientsikkerhet.- Studien er utført med en liten gruppe sykepleiere i akuttavdelinger, og det er naturlig å stille spørsmål ved om dette utvalget er representativt til å anvendes i et bredere perspektiv.
Relevans for studien	Studien slår sammen begrepene kultur og trygghet. Sykepleiere med respekt for temaet og erfaring innen feltet kan bidra til å besvare hvordan sykepleieren kan ivareta trygg og sikker tjeneste ovenfor pasienten med en annen kultur.

4.1. Sammenstilling av resultater

Under vil resultatene fra artiklene over presenteres i temaer identifisert under analysen. Punkter som ikke er ansett som relevante til å besvare problemstillingen er luket ut, og punkter som anses som gode til å besvare problemstillingen er gruppert inn i overordnede temaer etter innhold. Resultater fra relevante områder kan bli grundigere beskrevet under enn i matrisen til den respektive forskningsartikkel.

Det er en fellesnevner i de inkluderte studiene at sykepleieren først og fremst må være oppmerksom på at det foreligger kulturelle forskjeller i møtet med pasienten fra en annen kultur. Jirwe mfl. (2009) legger dette inn som en komponent under kultursensitivitet, mens deltakerne i Richardson mfl. (2009) beskriver oppmerksomhet på kulturforskjeller som en komponent innenfor kulturell trygghet. Resultater fra Sobel og Sawin (2014) problematiserer liten oppmerksomhet på kulturforskjeller gjennom for eksempel liten kjennskap til systemet og rettigheter knyttet til dette. Resultater fra Suurmond mfl. (2010) viser også at liten oppmerksomhet på ulikt syn på helse og sykdom som følge av kulturforskjeller utfordret pasientsikkerheten, samtidig som Gibson og Zhong (2005) viser at interkulturell erfaring øker oppmerksomheten på ulike kulturer og anses som positivt. Oppmerksomhet på kulturforskjeller viser seg derfor å være en grunnleggende og gjennomgående komponent, som trekkes nærmere frem under hvert enkelt tema i drøftingen.

4.1.1. Verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter

For at sykepleieren skal kunne gi trygg og sikker omsorg til pasienter fra en annen kultur viser det seg at kommunikasjonsferdigheter er en viktig komponent. Jirwe mfl. (2009) peker både på verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter. Når det kommer til de nonverbale ferdighetene kommer det frem at det er viktig at sykepleieren er bevisst sitt eget kroppsspråk da det kan gjøre en forskjell i møtet mellom to mennesker fra ulike kulturer. Sobel og Sawin (2014) viser også hvordan kroppsspråk og tegn kan bety ulike ting i ulike kulturer. Sobel og Sawin (2014) kommer videre frem til at nonverbal kommunikasjon bidro til samhørighet mellom pasientgruppen og sykepleiere, i større grad enn verbal

kommunikasjon. Å ta seg god tid, uttrykke tålmodighet, godhet, ha et godt håndlag og å sørge for å gi pasienten sin fulle oppmerksomhet viser seg å være av stor betydning. Videre viser resultater at sykepleiere ofte tar det som en selvfølge at pasienter forstår alt som blir sagt dersom de kan snakke litt av språket, og at pasientgruppen kunne ha språkbarrierer som økte følelsen av maktesløshet (Sobel og Sawin 2014). Samtidig er det også kommet frem til at det styrker pasientens tillitt til sykepleieren dersom han eller hun viser interesse for å lære noen ord av deres språk. Suurmond (2010) kommer frem til at misforståelser på grunn av språk utfordrer pasientsikkerheten, og at sykepleiere opplever det som vanskelig å informere pasienter på grunn av språkbarrierer. Samtidig kommer Jirwe mfl. (2009) frem til viktigheten av at sykepleieren forsikrer seg om at pasienten forstår informasjonen som blir gitt, og at det foreligger en gjensidig forståelse. At sykepleieren tar seg god tid, lytter aktivt og er oppmerksom på nonverbal kommunikasjon er viktig (Jirwe mfl. 2009), i tillegg til å snakke sakte og tydelig (Sobel og Sawin 2014). Gibson og Zhong (2005) identifiserer empati som en primærkomponent innen interkulturell kommunikasjonskompetanse, og at god interkulturell kommunikasjonskompetanse ses tydelig hos sykepleiere som viser empati. Videre sees det også en betydelig sammenheng mellom erfaring fra andre kulturer, økt kulturforståelse og interkulturell kommunikasjonskompetanse (Gibson og Zhong 2005).

4.1.2. Kulturforståelse

Jirwe mfl. (2009) kommer frem til at en viktig komponent ved kulturell kompetanse hos sykepleieren er å inneha kulturell forståelse, og forståelse for hvordan kultur former identitet. Richardson mfl. (2009) kommer også frem til at sykepleieren må reflektere rundt sin egen kultur og tro for å kunne utøve kulturell trygghet. I studien gjort av Suurmond mfl. (2010) viser resultatene at det oppsto misforståelser mellom helsepersonell og pasienter på grunn av ulikt syn på helse og sykdom, og sykepleierne opplevde at pasienter handlet irrasjonelt, og på måter som ikke var forventet. Jirwe mfl. (2009) kommer også frem til at sykepleieren bør ha en forståelse for at pasientens kulturelle bakgrunn påvirker hvordan de handler i møte med sykdom. Dette bekreftes også av Richardson mfl. (2009) som kommer frem til at kulturell trygghet baserer seg på at sykepleieren viser forståelse for hvordan sosiale og spirituelle faktorer samt bakgrunn påvirker deres syn og handlinger. Suurmond mfl. (2010) kommer videre frem til at helsepersonellet i studiet også hadde en generell

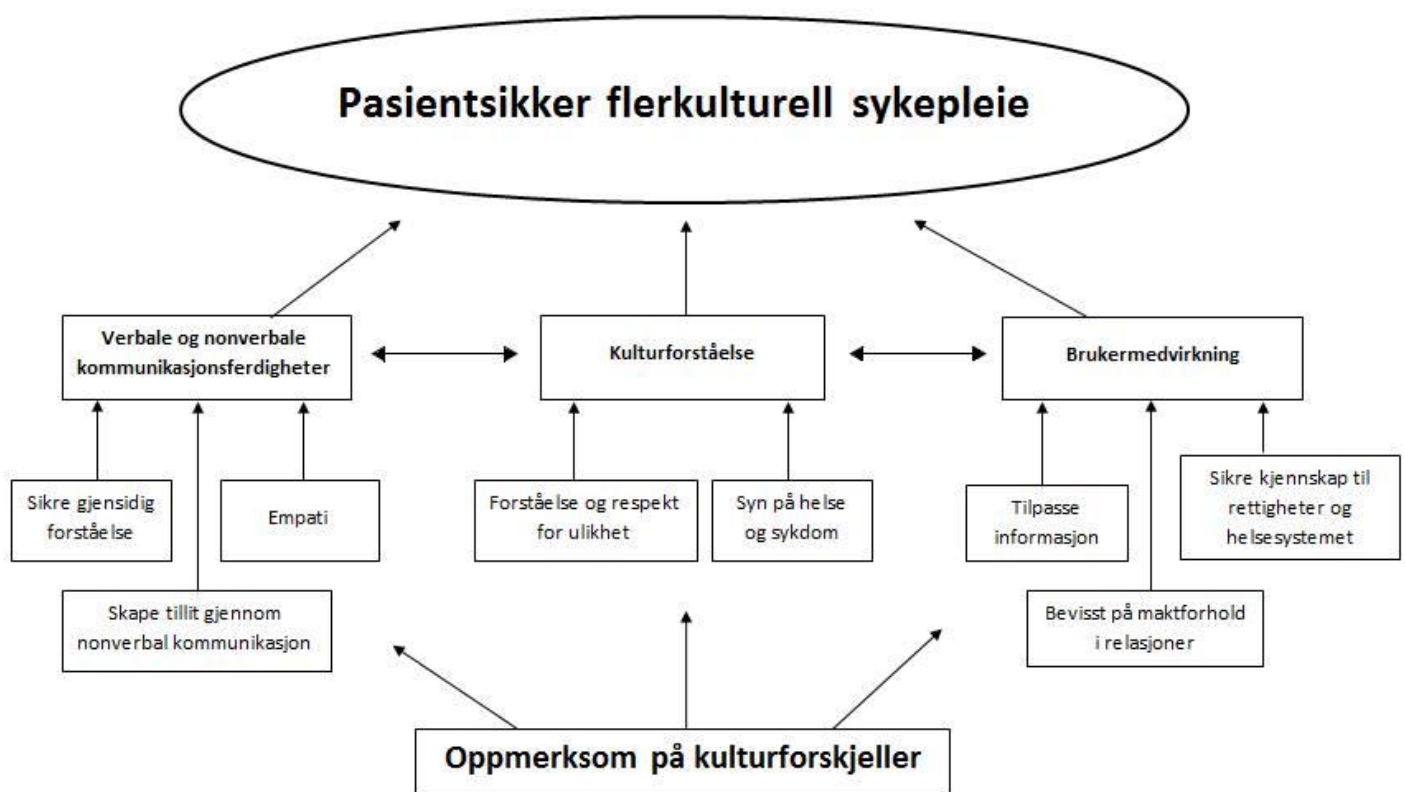
oppfatning om at pasienter med en annen kultur uttrykker smerte på en sterkere og mer dramatisk måte, hvor en slik oppfatning førte til at situasjoner ble undervurdert. Resultater fra Sobel og Sawin (2014) viser at pasientene er bekymret for å bli diskriminert eller utnyttet på bakgrunn av deres kulturelle bakgrunn. Suurmond mfl. (2010) trekker frem at upassende handlinger fra helsepersonellens side er med på å utfordre pasientsikkerheten i møtet med minoritetspasienten. Jirwe mfl. (2008) trekker frem kultursensitivitet som en viktig komponent i kulturell kompetanse. Dette viser seg å handle om personlige egenskaper og selvbevissthet. Personlige egenskaper omfatter evnen til å vise respekt for mennesker med en annen kultur, evnen til å reflektere og å ha selvtilliten til å møte mennesker fra en annen kultur. Selvbevissthet er i studien sammenfattet til å omhandle blant annet å være klar over bakgrunnsfaktorene som har formet ens egne kulturelle oppfatninger og fordommer, være klar over faren ved å anse sin egen kultur som rett i møte med pasienter med en annen kultur, og å være bevisst sitt eget syn på helse og sykdom (Jirwe mfl. 2009). Richardson mfl. (2009) kommer frem til at sykepleierens forståelse og respekt for alt som gjør pasienten unik er viktig for å skape kulturell trygghet, og viser seg å være viktig for at pasienten med en annen kultur skal føle seg trygg i møte med helsetjenesten.

4.1.3. Brukermedvirkning

Sobel og Sawin (2014) bidrar med resultater som viser at pasientgruppen opplevde en følelse av sårbarhet og maktesløshet i møtet med helsesystemet fordi de hadde vanskeligheter med å forstå hvordan det er bygget opp. Det viste seg også å være en utfordring å vite hvilken yrkesgruppe som kunne hjelpe dem med hva, og at det derfor ble ansett som positivt dersom sykepleieren presenterte seg selv (Sobel og Sawin 2014). For å skape kulturell trygghet er det også i følge Richardson mfl. (2009) viktig at sykepleieren jobber på lag med pasienten, for ikke å umyndiggjøre vedkommende. Videre viser resultater at dersom sykepleieren bevisst er klar over sin posisjon og makten som er til stede i sykepleierrollen, er det av stor betydning for at pasient og pårørende skal kunne inkluderes i avgjørelser som tas. Igjen viser dette seg å påvirke pasientens tilfredshet i møte med sykepleieren. Det er også kommet frem til at negative opplevelser kan føre til at minoritetspasienter nekter nåværende eller fremtidig behandling som følge av mistillit (Richardson mfl. 2009). I følge Sobel og Sawin (2014) setter minoritetsgruppen i studien det

å kunne ta ansvar for egen helse høyt, både i og utenfor sykehus. Likevel viser det seg at denne minoritetsgruppen har lett for å glemme at man har rett til å foreta egne valg i møte med helsevesenet. For å motvirke en følelse av maktesløshet i møte med sykepleieren, kom det frem at denne minoritetsgruppen kontinuerlig arbeidet for å skaffe seg informasjon om sin egen eller familiemedlemmets sykdom og helsetilstand (Sobel og Sawin 2014). Jirwe mfl. (2008) kommer frem til at det er viktig å tilpasse informasjonen som gis til minoritetspasienten, slik at sykepleieren kan forsikre seg om at han eller hun forstår. Sobel og Sawin (2014) presenterer også resultater som peker på at minoritetsgruppen anså det som svært viktig å føle at man får støtte og blir hørt i møte med sykepleieren.

4.1.4. Modell



5. Drøfting

Hvordan kan sykepleieren ivareta pasientsikkerheten når pasienten har en annen kultur enn sykepleieren?

Under vil de inkluderte resultatene drøftes opp mot relevant forskning, faglitteratur og litteraturstudiets teoretiske perspektiv, kulturel relativisme. Det vil være fokus på hvordan resultatene påvirker og har betydning for sykepleierens praksis. Kapittelet er systematisert etter tre identifiserte hovedtemaer i modellen presentert over. Til slutt vil det trekkes frem en kritisk vurdering av metodiske og etiske overveielser, samt av anvendt litteratur.

5.1. Verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter

I følge Gibson og Zhong (2005) er interkulturell kommunikasjonskompetanse av stor betydning i møte med pasienter med en annen kultur. Videre identifiseres det at interkulturell erfaring påvirker kommunikasjonskompetansen i stor grad, som også gjør at kommunikasjonskompetanse henger sammen med kulturforståelse. Samtidig kommer det frem at helsepersonell trodde de hadde høyere interkulturell kommunikasjonskompetanse enn hva pasientene opplevde. Helsepersonell som var tospråklige hadde ikke nødvendigvis høyere interkulturell kommunikasjonskompetanse enn helsepersonell som bare kunne snakke ett språk (Gibson og Zhong 2005). Kommunikasjon blir ofte forbundet med språk (Eriksen og Sajjad 2015), og det er derfor naturlig å trekke konklusjonen at språk også er det viktigste når sykepleier møter minoritetspasienter. Det viser seg at både verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter er sentralt i samhandling med minoritetspasienter, men at det verbale ikke nødvendigvis dreier seg om at språket er engelsk, norsk eller spansk. Under vil det verbale og nonverbale diskuteres hovedsakelig adskilt, men i praksis vil begge deler sannsynligvis foregå samtidig.

Ett funn i de inkluderte studiene er viktigheten av å sikre en gjensidig forståelse for å kunne ivareta pasientsikkerheten til denne pasientgruppen. Dette er kunnskaper som naturligvis også vil være sentrale da sykepleieren skal tilpasse informasjonen som gis for å sikre brukermedvirkning hos denne pasientgruppen. Resultater viser at sykepleiere ofte antar at

pasienter forstår alt som blir sagt, dersom de tilsynelatende gjør seg forstått på språket (Sobel og Sawin 2014). Slike antakelser utfordrer pasientsikkerheten ved at pasienten kan misforstå eller ikke oppfatte informasjon som gis, hvilket kan føre til at uønskede hendelser oppstår. Sykepleieren må derfor være bevisst på at det foreligger kulturforskjeller. Det er i følge Sobel og Sawin (2014) viktig at sykepleieren snakker sakte og tydelig med pauser, er tålmodig, viser forståelse og lytter aktivt. Det vil samtidig være en fordel at helsepersonell, inkludert sykepleiere stiller kontrollspørsmål for å sikre at pasienten har forstått informasjonen korrekt (Den Norske Legeforening 2008). For å kunne sikre en gjensidig forståelse foreligger det også et behov for bevissthet ved at tegn og kroppsspråk ofte er flertydig, særlig mellom mennesker fra ulike kultur (Dahl 2013). Resultater kommer også frem til dette, da en del av kulturell kompetanse viser seg å innebære oppmerksomhet på at tegn og kroppsspråk kan bety forskjellige ting i ulike kulturer, og samtidig ha en forståelse for dette (Jirwe mfl. 2009). Eksempelvis kan dette dreie seg om ninking, som naturligvis kan tolkes som en bekreftelse på at personen du snakker med forstår eller er enig i det du sier. Den Norske Legeforening (2008) belyser utfordringen ved at pasienter kan nikke og si ja selv om de ikke forstår informasjonen som gis. Deltakerne i Sobel og Sawin (2014) forklarte hvordan ninking i deres kultur var et tegn på respekt. Videre beskrev de hvordan sykepleiere mistolket dette og gikk ut ifra at det var en gjensidig forståelse, selv om deltakerne ikke hadde oppfattet hva som ble sagt. På denne måten kan viktig informasjon utebli, og uønskede hendelser kan oppstå slik at pasientsikkerheten utfordres. Dersom sykepleieren har en kulturell relativistisk tilnærming ville det være ønskelig å forstå pasientens måte å kommunisere på ut fra hans eller hennes kultur. For eksempel et ønske om å forstå hvorfor pasienten nikker ut i fra pasientens kulturelle bakgrunn, og ikke ukritisk ta det for gitt at det betyr det samme i alle kulturer. Kulturell relativismen kan på den andre siden bidra til at kulturforskjeller som for eksempel språk til en viss grad blir mindre tydelige, da språk gjerne knyttes til et avgrenset geografisk område. Kulturell relativismen ønsker ikke å trekke opp tydelige skiller mellom kulturer, men betegner den som noe flytende (Magelssen 2008). Det vil være naturlig å anta at man med en slik tilnærming risikerer å utøve et tankemønster hvor det ikke foreligger faktiske forskjeller mellom mennesker fra ulike kulturer på grunn av landegrensler, slik som språk. En kulturell relativistisk tilnærming kan derfor føre til at uønskede hendelser oppstår, nettopp på grunn av at sykepleieren ikke er oppmerksom på denne reelle faktoren.

Det kommer frem i flere av resultatstudiene at språkbarrierer er et av de største problemene sykepleiere møter når de arbeider med minoritetspasienter, og at pasienten mange ganger utelater å fortelle om noe fordi han eller hun er redd for å uttrykke seg feil (Suurmond mfl. 2010; Sobel og Sawin 2014). For både sin egen og pasientens del trekker Viken og Magelssen (2010) frem Torunn Arntsen Sørheims fokus på viktigheten av å se bort fra ulikhetene, og å fokusere på det man har felles. På grunn av språkbarrierer har både sykepleiere og minoritetspasienter opplevd misforståelser eller uønskede hendelser (Sobel og Sawin 2014). Misforståelser på grunn av språkbarrierer viser seg å være et sentralt problem når sykepleiere møter minoritetspasienter (Suurmond mfl. 2010), og kan bidra til å forhindre en gjensidig forståelse. Dersom språkbarrierer er tilstede mellom pasient og sykepleier, må sykepleieren forsikre seg om at det foreligger en gjensidig forståelse (Jirwe mfl. 2009), og å trygge pasienten på at det er greit å ikke kunne språket flytende. Resultater viser også at det vil være hensiktsmessig å kartlegge hvor mye av språket pasienten egentlig kan (Jirwe mfl. 2009). Annen forskning viser at det i mange situasjoner forekommer stress og angst hos sykepleieren når det kommer til interkulturell kommunikasjon, og at stress hos sykepleieren påvirker den interkulturelle kommunikasjonskompetansen i negativ retning (Ulrey og Amason 2001). Dette viser at det foreligger barrierer begge veier, og indikerer et mulig behov for mer opplæring av sykepleieren for å kunne ha kapasitet til å ivareta pasientsikkerheten.

Det viser seg at god omsorg ikke avhenger av at pasient og sykepleier snakker samme språk, men av sykepleierens kroppsspråk og tilstedeværelse, der nonverbale kommunikasjonsferdigheter bidrar til en bedre relasjon og større tillitt enn verbale kommunikasjonsferdigheter (Sobel og Sawin 2014). I følge Jirwe mfl. (2009) er det vesentlig at sykepleieren forstår viktigheten av å skape en tillitsfull relasjon med pasienten fra en annen kultur. Deltakerne i Sobel og Sawin (2014) beskriver gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter som å uttrykke snillhet og tålmodighet, ha et godt håndlag og å vie sin fulle oppmerksomhet til pasienten. Jirwe mfl. (2009) belyser viktigheten av å bruke god tid i møte med minoritetspasienter, samtidig som Sobel og Sawin (2014) trekker frem viktigheten av å vise at man har tid i sin nonverbale væremåte. Dette kan for eksempel være å sette seg ned for å snakke med pasienten for å vise at man har tid, samtidig som man med

ansikt, blick og kanskje en varm hånd på skulderen kan vise at man virkelig ønsker pasientens beste. Den Norske Legeforening (2008) legger også frem at språk og kommunikasjon er faktorer som bidrar til at møter med minoritetspasienter faktisk krever mer tid. Resultater viser at minoritetspasienter føler at sykepleiere bruker for lite tid på dem og at de føler seg oversett på grunn av forskjellene som foreligger (Sobel og Sawin 2014). At sykepleieren gir uttrykk for å ha det travelt bidrar i følge Sobel og Sawin (2014) til at pasientene føler seg til bry, og videre ikke tør å stille spørsmål dersom det er noe de ikke har forstått. Dette vil føre til uønskede hendelser hvor pasienter ikke føler de får den tiden de har krav på, samtidig som misforståelser mellom pasient og sykepleier kan oppstå. Dersom sykepleiere er oppmerksom på kulturforskjellen som foreligger, og på grunnlag av dette sørger for å bruke nok tid og vie sin fulle oppmerksomhet til minoritetspasienten, bidrar det til å skape en tillitsfull relasjon der pasienten kan åpne seg til tross for kulturforskjellene som foreligger. På den andre siden kan det være vanskelig for sykepleiere å sette av ekstra tid til minoritetspasienter på grunn av den økende effektiviseringen i arbeidshverdagen (Teng, Hsiao og Chou 2010). Resultater viser også at det er positivt for relasjonen mellom minoritetspasienter og sykepleiere dersom sykepleieren forsøker å lære noen ord av språket til pasientene (Sobel og Sawin 2014). Dette gir i følge Sobel og Sawin (2014) pasienten et inntrykk av at sykepleieren er interessert i pasientens kultur og bakgrunn, som bidrar til å skape tillitt. Å vise interesse er i følge Jirwe mfl. (2009) en sentral komponent i kulturelle møter. Å vise interesse er også en måte å vise at man aksepterer og respekterer andre kulturer på, og har derfor en direkte link til kulturforståelse, hvilket er ett ledd i modellen presentert over. I et kulturel relativistisk perspektiv er det sannsynlig å anta at dette også anses som positivt, da sykepleieren vil være åpen for de språklige forskjellene, og ser bort fra eventuelle fordommer eller stereotypier relatert til språk.

Resultater fra Gibson og Zhong (2005) viser at hele 20 % av den optimale interkulturelle kommunikasjonskompetansen består av empati. Empati handler om å ha evnen til å identifisere og å sette seg inn i andres følelsesmessige tilstand (Malt 2015). Empati vil dermed også bli en form for nonverbal kommunikasjon. Det viser seg at egenskaper som å lytte aktivt samt å kunne sette seg inn i pasientens situasjon fører til at helsepersonell, inkludert sykepleieren anses som motiverte, kunnskapsrike og effektive. Videre viser resultatene at helsepersonell med disse egenskapene har høyere interkulturell

kommunikasjonskompetanse enn helsepersonell som ikke innehar de (Gibson og Zhong 2005). Dette samstemmer også med resultater fra Sobel og Sawin (2014) som kommer frem til at empati er en viktig faktor for å oppnå en bedre forståelse og samhørighet mellom sykepleieren og pasienten fra en annen kultur. Det er i følge Jirwe mfl. (2009) viktig at sykepleieren innehar evnen til å vise empati. Empati er en egenskap som bidrar til å vise at sykepleieren behandler alle likt, uavhengig av hvilken kultur pasienten har (Jirwe mfl. 2009). I et kulturel relativistisk perspektiv kan dette relateres til at sykepleieren anser alle mennesker som likeverdige, og inderlig ønsker å forstå pasienten fra sitt ståsted uavhengig av de kulturelle forskjellene som foreligger. Dermed øker sannsynligheten for at sykepleieren kan ivareta pasientsikkerheten ved å behandle alle pasienter likt uansett kultur og bakgrunn.

5.2. Kulturforståelse

Resultater sier at sykepleieren bør inneha kulturell forståelse i møtet med pasienten med en annen kultur, og kunnskap om hvordan det former etnisk og kulturell identitet. Dette innebærer blant annet å være klar over at det er individuelle forskjeller mellom mennesker fra samme kultur, og likheter mellom mennesker fra ulike kulturer. Resultater viser også at sykepleieren bør være oppmerksom på at det ikke trekkes konklusjoner om en pasient på bakgrunn av en annen (Jirwe mfl. 2009). Et kulturel relativistisk tankemønster vil delvis støtte dette resultatet, da kulturel relativismen setter respekt, likeverd og en forståelse om at alle mennesker tolker, oppfatter og forstår virkeligheten ut fra sin egen kulturelle erfaringsbakgrunn i sentrum (Siverts og Johannessen 2013). Thorbjørnsrud (2012b) legger også vekt på at det innenfor ulike kulturer foreligger bestemte måter å forstå hvordan kroppen fungerer på, og at det med dette følger et bestemt syn på helse og sykdom i tillegg til et sett med oppfatninger om hvordan sykdommen kan kureres. Dersom sykepleieren møter minoritetspasienten med et kulturel relativistisk syn, vil dette innebære at sykepleieren respekterer pasientens syn på sykdom som følge av kulturen. Samtidig vil sykepleieren likestille synet med egne oppfatninger. I et kulturel relativistisk perspektiv vil også sykepleieren inneha en forståelse for hvorfor pasienten utfører de handlingene han eller hun gjør på bakgrunn av sykdommen, og ha en forståelse for hvorfor pasienten har det synet han eller hun har. Mennesker tenker og handler på bakgrunn av deres kultur og tro, men samtidig skriver Eriksen og Sajjad (2015) også at deres kultur og tro ikke gjør det mulig å forutse

hvordan menneskene skal handle. Det er derfor viktig at sykepleieren er klar over at to mennesker fra samme kultur ikke nødvendigvis tenker eller handler på samme måte (Jirwe mfl. 2009).

Resultater viser at ulikt syn på helse og sykdom kan utfordre pasientsikkerheten, da misforståelser eller feiltolkninger mellom pasient og sykepleier kan oppstå, og at sykepleiere i enkelte situasjoner kan oppfatte pasientens handlingsmønstre som irrasjonelle (Suurmond mfl. 2010). Kunnskap om sykdom og helse i kulturell sammenheng er også et sentralt funn hos Jirwe mfl. (2009). Suurmond mfl. (2010) kan presentere i et eksempel der moren til et afro-karibisk barn på seks måneder valgte å gi barnet urter i stedet for antibiotika, til tross for god informasjon om viktigheten, der moren også bekreftet dette. Viken og Magelssen (2010) trekker på den andre siden frem et eksempel der en annen kultur praktiserer omskjæring av kvinner. Som profesjonell bør sykepleieren ta ansvar for å stille et kritisk spørsmål ved om pasientens kultur er helsebringende (Viken og Magelssen 2010), da uteblitt antibiotika i nødvendige tilfeller kan føre til alvorlig og livstruende sykdom, og omskjæring av kvinner kan påvirke kvinnens reproduktive helse i negativ retning. Dette vil stride mot et kulturellrelativistisk tankemønster, da sykepleieren i disse scenarioene ikke likestiller sin kulturelle bakgrunn og sitt syn på helse og sykdom med pasientens, men i stedet velger å ta stilling til situasjonen på en måte som i følge vitenskapen fremmer pasientens helse, og sørger for en pasientsikker helsetjeneste. Det vil likevel være mulig å både forstå og respektere pasientens syn og ritualer, selv om man ikke ukritisk aksepterer dem. Kanskje kan oppmerksomhet på pasientens kulturelle bakgrunn og syn på helse og sykdom hjelpe sykepleieren til å tidlig fange opp pasientens oppfatninger, slik at misforståelser kan oppklares og uønskede hendelser kan forebygges tidlig i et forløp? Og kanskje vil pasienten lettere forstå dersom sykepleieren møter han eller hun med respekt for deres syn? Eriksen og Sajjad (2015) skriver at det kan være en fordel dersom helsearbeidere får svar på pasientens preferanser via pasienten selv. Ved å for eksempel opplyse pasienten om at du gjennom erfaring har opplevd at enkelte pasienter har visse preferanser, så kan man påfølgende spørre etter hva vedkommende på bakgrunn av sin kultur foretrekker (Eriksen og Sajjad 2015). Her vil det fortrinnsvis også være nyttig med både kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om brukermedvirkning.

Sobel og Sawin (2014) kommer frem til resultater som viser at minoritetsgruppen inkludert i studien uttrykte en frykt for å bli diskriminert i møtet med sykepleieren. Denne bekymringen kunne være så sterk at de lot være å dra på sykehuset. Begrepet kultursensitiv sykepleie er et funn fra Jirwe mfl. (2008), og tar for seg sykepleierens personlige egenskaper og selvbevissthet. Det handler om sykepleierens evne til å vise respekt, åpenhet for kulturelle forskjeller og evnen til å reflektere, i tillegg til bevissthet rundt faren ved fordommer og å anse sin egen kultur som mer rett fremfor andre kulturer. Dette støttes også av Magelssen (2008) som mener at kultursensitivitet er veien mot trygg og sikker sykepleie ovenfor pasienter fra en annen kultur. Dette i motsetning til Ramsden som i sin teori bare mener det er et steg på veien til kulturell trygghet (Viken og Magelssen 2010). Resultater fra Jirwe mfl. (2008) viser også at kulturell kompetanse hos sykepleieren inneholder flere elementer enn kultursensitivitet. På en annen side viser nyere forskning at kultursensitivitet skaper stress hos sykepleieren i arbeid med pasienter med utenlandsk opprinnelse, og at det på grunnlag av dette er behov for mer opplæring blant sykepleiere for å redusere denne påkjennelsen (Uzun og Sevinç 2015). Det vil også være naturlig å anta at sykepleierens utrygghet i situasjonen kan påvirke omsorgen i negativ retning, og øke faren for at uønskede hendelser oppstår, da resultater fra Jirwe mfl. (2008) trekker frem selvtillitt som en viktig egenskap i møtet med pasienten fra en annen kultur.

Suurmond mfl. (2010) kommer frem til resultater som viser at upassende handlinger i møte med pasientens objektive egenskaper som språk og hudfarge påvirket pasientsikkerheten, i tillegg til at fordommer og stereotypier av pasienten bidro til at smerte ikke ble tatt på alvor. Dahl (2013) skriver at fordommer og stereotypier ofte er oppfatninger vi har av andre mennesker gjennom andre kilder enn personlig erfaring, og som slett ikke behøver å stemme i et virkelig møte med dem. Det er også vist at negative forventninger og oppfatninger av pasienten fra en annen kultur påvirker kvaliteten på omsorgen som gis i negativ retning, og danner grunnlag for forskjellsbehandling (Ryn 2002). For eksempel, som resultater viser, har helsepersonell i studien en stereotypisk oppfatning av at pasienter fra en ukjent kultur uttrykker at smerten er mer intens enn den i realiteten er (Suurmond mfl. 2010). En slik oppfatning vil i stor grad øke risikoen for at sykepleieren undervurderer symptomer eller underbehandler smerte på et unødvendig grunnlag. Sykepleieren bør derfor inneha kulturforståelse, og å være oppmerksom på pasientens kultur. Det er også fare for at

pasienten utsettes for bevisst eller ubevisst diskriminering, der sykepleieren kan risikere å stå ansvarlig for at pasientens tillitt til helsevesenet svekkes og at pasienten som følge av negative opplevelser avstår fra pleie og behandling, slik resultater viser (Richardson mfl. 2009). Dette er holdninger og handlinger som i stor grad kan gi opphav til uønskede hendelser, og bryter derfor både med pasientsikkerheten og med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund 2011).

Som profesjonell har sykepleieren ansvar for å unngå at uønskede hendelser oppstår. Dersom man bevisst eller ubevisst allerede innehar fordommer og stereotypier av personer med en annen kultur, skriver Dahl (2013) at sannsynligheten reduseres for at disse kan endres. I følge forskning kan ubevisst diskriminering oppstå som følge av mangelfull kulturforståelse (Cioffi 2006). Det kan derfor være nyttig å tilnærme seg feltet fra et kulturell relativistisk perspektiv, da fordommer og stereotypier i stor grad utfordrer kulturell relativismen. Her foreligger et kultursyn som ikke gjør det mulig å rangere en kultur som mer riktig enn den andre. For er det slik at mennesker fra en kultur gir uttrykk for smerte på en mer rett måte enn den andre? Og hvordan uttrykkes smerte egentlig rett? Dette drar oss også tilbake til utgangspunktet, der resultater sier at sykepleieren først og fremst må være bevisst sin egen kultur og sine egne oppfatninger i møte med denne pasientgruppen (Jirwe mfl. 2008; Richardson mfl. 2009; Sobel og Sawin 2014). Selv om vi ikke liker å innrømme det, er det mest trolig ønsketenkning dersom alle mennesker, inkludert sykepleiere skulle være helt fordomsfrie. Derimot er det som resultatene viser, viktig at sykepleieren er klar over dem, og at dersom de bevisst reflekteres over kan det redusere faren for at uønskede hendelser oppstår. Dette vil i større grad bidra til at sykepleieren tilnærmer seg kulturell relativismen, da det vil foreligge respekt og forståelse for hvorfor pasienten uttrykker smerte på den måten han eller hun gjør, og sykepleieren vil være mer bevisst på at sin egen kultur ikke settes høyere enn pasientens. På den måten øker sannsynligheten for at sykepleieren vil ta pasientens smerte på alvor, og pasientsikkerheten vil i større grad ivaretas. Annen forskning viser også at minoritetspasienten ofte kan inneha et stort fokus på at sykepleieren er annerledes enn seg selv, og kan føle en form for diskriminering uten at det i realiteten foreligger (Cioffi 2006).

5.3. Brukermedvirkning

Resultater indikerer et behov for at sykepleieren sikrer denne pasientgruppens kjennskap til egne rettigheter i møte med helsesystemet for å kunne ivareta pasientsikkerheten.

Resultater fra Sobel og Sawin (2014) viser at pasientgruppen ofte føler at de må følge sykepleierens råd og tips selv om de ikke er enige i disse. Det kan tyde på at pasientgruppen ikke er viten om sine rettigheter i møte med helsevesenet. Dette kan for eksempel dreie seg om pasientens rett til å medvirkning når valg som angår deres egen helse skal foretas (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Det er derfor viktig at sykepleieren er oppmerksom på kulturforskjellene som foreligger, og at det ikke tas for gitt at pasienten er klar over hva han eller hun har rett på. Som Eriksen og Sajjad (2015) skriver, er kultur blant annet tillært kunnskap om hvordan samfunnet fungerer. Dersom pasienten har en kulturell bakgrunn fra et samfunn der det ikke foreligger rettigheter i forhold til medvirkning bør sykepleieren være ekstra oppmerksom på dette. Det kan for eksempel dreie seg om en pasient som har utviklet anemi, og det er rekvirert blodtransfusjon. Men det sykepleieren ikke vet er at pasientens kultur strider i mot det å få tilført blodprodukter. Kanskje tier pasienten og går med på blodtransfusjonen fordi han ikke er klar over sine rettigheter, og unngår helsevesenet i fremtiden som følge? Eller sies det i fra? I noen tilfeller er den medisinske nødvendigheten av en blodtransfusjon ikke diskuterbar, samtidig som det i andre tilfeller kanskje kunne ha vært andre behandlingsmetoder som kunne ha ført til et like godt resultat. Dersom sykepleieren i samarbeid med sitt team hadde informert pasienten om de ulike mulighetene som finnes, og inkludert pasienten da valg av behandlingsmetode skal foretas, foreligger det større muligheter for å oppnå tillitt, tilfredshet og et godt resultat, samtidig som uønskede hendelser kan forebygges på grunnlag av dette (Storm og Wiig 2015). Likevel kan det problematiseres da brukermedvirkning hos denne pasientgruppen i følge Johnstone og Kanitsaki (2009) krever høy kulturell kompetanse av helsepersonell for å kunne være pasientsikker. Som diskutert over, har mennesker på tvers av kulturer ofte ulike syn på helse og sykdom. Dersom pasienten ønsker å medvirke i situasjonen på en måte som subjektivt sett oppfattes som sikker, behøver valget reelt sett ikke nødvendigvis å være helsebringende. Dette drar oss tilbake til viktigheten av at sykepleieren innehar kulturforståelse, slik modellen viser. At sykepleieren har et kulturell relativistisk perspektiv kan bidra positivt, da kulturell relativisme omhandler å akseptere og respektere andre kulturer,

herunder å forstå hvordan kulturen former deres tanker og handlinger, som i sin tur vil bidra til å unngå uønskede hendelser da sykepleieren forsøker å tilnærme seg pasienten fra pasientens perspektiv. Dersom sykepleieren reflekterer over hva det er ved kulturen som former pasientens preferanser er det tenkelig at det i større grad fører til brukermedvirkning.

Når det gjelder pasientgruppens kjennskap til systemet viser resultater at denne pasientgruppen føler sårbarhet og maktesløshet i møte med helsesystemet (Sobel og Sawin 2014). Det uttrykkes en uvitenhet om hvordan helsesystemet fungerer og er bygget opp, samtidig som pasientgruppen ikke forstår hvilken instans eller yrkesgruppe som kan hjelpe dem med hva. Selv om dette ofte kan være en felles komponent for de fleste pasienter, følte denne pasientgruppen at informasjonen ble fraholdt de på grunn av deres bakgrunn. Dette kan redusere tjenestens tilgjengelighet for denne pasientgruppen, og utfordrer derfor innholdet i stortingsmelding 10 som sier at helsetjenestene skal være tilgjengelig til hele landets befolkning uansett bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Som modellen viser, bør sykepleieren først og fremst være oppmerksom på at det foreligger kulturforskjeller i møtet med minoritetspasienten og pasienten fra en annen kultur. Dersom sykepleieren er bevisst dette, vil det også øke sannsynligheten for at det foreligger oppmerksomhet på at helsesystemer på tvers av landegrensener ofte ikke er like. Dette kan bidra til å unngå uønskede hendelser da pasienten blir opplyst om hvordan han eller hun kan navigere seg frem for å skaffe nødvendige helsetjenester. Resultater viser derfor at det er av stor betydning at sykepleieren presenterer seg selv, samtidig som sykepleieren formidler hva han eller hun kan hjelpe med (Sobel og Sawin 2014). Dette kan bidra til at minoritetspasienten føler seg tryggere i møte med helsetjenesten, og uønskede hendelser kan dermed unngås. Annen forskning kan også bekrefte dette. Bade mfl. (2008) undersøkte hvilke faktorer som fører til misnøye med helsetjenesten hos minoritetspasienter, hvor et sentralt funn er misforståelser og mangel på informasjon om helsesystemet, samt mistillit til helsepersonell. At minoritetspasienter for eksempel ikke vet hvor eller til hvem de skal henvende seg for ulike symptomer eller plager, kan i verste fall føre til håpløshet og mistillit ovenfor helsetjenesten. Dette kan føre til at uønskede hendelser oppstår, slik at pasientsikkerheten utfordres. En kulturel relativistisk tilnærming kan, som tidligere nevnt,

forhindre sykepleierens bevissthet på at helsesystemet kan være ulikt på tvers av landegrensene, og dermed unnlate å gi minoritetspasienten viktig informasjon.

For å motvirke følelsen av maktesløshet viste det seg at pasienten selv tok initiativ til å stille mange spørsmål, i tillegg til å ta med familien i møte med sykepleieren. Dette fordi de følte behov for å være sin egen advokat, for å til enhver tid kunne inneha nok informasjon om egen helse, og om hva som vil skje videre i forløpet (Sobel og Sawin 2014). For at sykepleieren i større grad skal kunne dekke denne pasientgruppens informasjonsbehov kan det være nyttig med kommunikasjonsferdigheter som er omtalt tidligere. Dersom minoritetspasienten ikke forstår informasjonen som gis slik den var ment å forstås, utfordrer dette pasientsikkerheten. Dette kan for eksempel handle om at sykepleieren forsøker å formidle at pasienten skal unngå søt mat. Søt mat betyr ikke nødvendigvis det samme på andre språk som det gjør på sykepleierens språk, og minoritetspasienten kan tolke dette som å unngå mat som smaker søtt, for eksempel gulrot. Det er derfor viktig at sykepleieren er oppmerksom på de kulturelle forskjellene, og sørger for å tilpasse informasjonen som gis (Ayub og Hopen 2008). I eksempelet over kan sykepleieren unngå uønskede hendelser ved å for eksempel gi pasienten en brosjyre på pasientens morsmål, selv om pasienten tilsynelatende forstår informasjonen som blir gitt, da kulturen i seg selv kan føre til misforståelser (Dahl 2013). Det vil også være hensiktsmessig å ha et visst innblikk i pasientens kunnskapsnivå, og tilpasse informasjonen deretter. Sykepleieren må også kunne ta stilling til om det eventuelt er indikasjoner for tolk, da tolken kan inneha den samme kulturelle bakgrunnen som pasienten, og en bedre indirekte forståelse for hva det snakkes om.

Richardson mfl. (2009) trekker frem viktigheten av at sykepleieren er bevisst på maktforholdet i relasjonen mellom pasient og sykepleier, og at sykepleieren jobber på lag med pasienten for ikke å umyndiggjøre vedkommende. Dersom sykepleieren er bevisst på sin posisjon og makten som er tilstede i sykepleierrollen vil det bidra til kulturell trygghet ved at pasient og pårørende skal kunne inkluderes i avgjørelser som tas (Richardson mfl. 2009). Dette bekreftes også av sykepleieteoretikeren Irihapeti Ramsden, som er grunnleggeren av begrepet kulturell trygghet, og peker i følge Viken og Magelssen (2010) på at den viktigste komponenten i hennes teori er sykepleierens ansvar for å skape tillitt slik at det kan dannes

en likeverdig relasjon. Her kan det også fortrinnsvis være hensiktsmessig med både oppmerksomhet på kulturforskjeller, kulturforståelse, og kommunikasjonsferdigheter som vist i modellen, da nonverbal kommunikasjon kan bidra til å skape tillitt, og kulturforståelse kan bidra til at sykepleieren ikke umyndiggjør pasienten på bakgrunn av pasientens kultur, og øker sannsynligheten for at pasienten i større grad blir inkludert i beslutninger som tas. Dette er også i tråd med kulturelismen, som ikke gjør det mulig å rangere en kultur over en annen (Eriksen og Sajjad 2015), og vil derfor påvirke maktforholdet mellom minoritetspasienten og sykepleieren i positiv retning. At sykepleieren anser pasienten som likeverdig kan bidra til at pasienten blir inkludert i avgjørelser som angår egen helse slik at pasienten føler seg tryggere. Videre resultater fra Sobel og Sawin (2014) viser at det er viktig for minoritetspasientene å føle at de blir hørt, og at sykepleieren støtter dem. Det er derfor viktig at sykepleieren lytter aktivt og gir minoritetspasienten muligheten til å selv fortelle hva han eller hun tenker (Sobel og Sawin 2014). Richardson mfl. (2009) viser at en negativ opplevelse i møte med helsevesenet kan føre til at pasienter med en annen kultur lar være å oppsøke helsevesenet ved senere anledninger, hvilket utfordrer pasientsikkerheten dersom pasienten ikke får nødvendig helsehjelp.

5.4. Metodiske overveielser

Det er tydelig at det i dagens praksis er utfordrende for sykepleiere å møte pasienter med en annen kultur enn seg selv (Cortis 2004; Cioffi 2006; Thyli, Athlin og Hedelin 2007; Alpers og Hanssen 2014). Oppmerksomheten i dagens forskning rettes i økende grad mot at dette er utfordrende for pasientsikkerheten (Rosse 2012). For å finne svar på problemstillingen er det derfor søkt etter forskning som i følge studier, litteraturen og meldinger fra stortinget og regjeringen har betydning for pasientsikkerhet. Dette kan imidlertid være en svakhet ved studien da forskeren ikke nødvendigvis har forsket primært med tanke på pasientsikkerhet i alle inkluderte forskningsartikler. Innholdet i begrepet pasientsikkerhet i dette litteraturstudiet kan også være preget av en norsk forståelse på grunn av at norsk litteratur og norske nasjonalt førende dokumenter er benyttet til å utforme en definisjon.

Litteraturstudiet har et avgrenset syn på kultur, et avgrenset krav til hvem pasienten fra en annen kultur er, og en klar definisjon på pasientsikkerhet. Resultater kan likevel synes å

omfavne et bredt område med tanke på pasientsikker flerkulturell sykepleie til minoritetspasienter, og kan trekkes frem som en svakhet ved studien. Et flertall av de inkluderte studiene kommer hver for seg frem til at temaene i modellen er av betydning for problemstillingen. For eksempel vil kommunikasjon, kulturforståelse og brukermedvirkning i følge resultatartiklene ofte være gjensidig avhengig av hverandre. På grunn av temaenes nære relasjon er det derfor tatt en beslutning om å ikke foreta ytterligere begrensninger av problemstillingen, da det helhetlige synet kan svekkes, og sammenhengen kan bli mindre tydelig.

Fokuset er rettet mot mellommenneskelige prosesser som foregår mellom sykepleieren og pasienten fra en annen kultur, og det er derfor ikke presisert hvor dette møtet finner sted. Det mellommenneskelige vil være til stede uavhengig av om møtet skjer i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Sykepleieren møter i dag pasienter fra en annen kultur i alle av helsevesenets instanser, hvor pasientsikkerhet anses som å være en viktig komponent uansett hvor dette møtet finner sted. Det er bevisst valgt å ikke legge fokus på tolk og tolketjenester, da dette i dag er etablerte tjenester som bør være tilgjengelig for sykepleieren dersom de søkes.

Noe av litteraturen som er anvendt er av eldre dato, hvilket kan være en svakhet ved studien da den ikke er oppdatert i forhold til nyere forskning. Med et kritisk blikk ble litteraturen likevel anvendt da litteraturen viste seg å være relevant i dagens forskning, samtidig som den syntes å være relevant for studien. Det er samtidig inkludert et flertall av forskning og litteratur av nyere dato, som bidrar til å skape innovasjon og nytenkning.

Når det kommer til forskningsetiske overveielser er det brukt mye tid på oversettelse og analysering av de inkluderte artiklene. Hovedresultatene fra hver enkelt artikkel er trukket ut og forsøkt gjengitt så korrekt som mulig. Det foreligger likevel en risiko for feil i oversettelser og tolkninger da studiene er publisert på engelsk.

6. Konklusjon

Hvordan kan sykepleieren ivareta pasientsikkerheten når pasienten har en annen kultur enn sykepleieren?

Det ble identifisert tre hovedtemaer som er av betydning for pasientsikkerheten hos minoritetspasienter; verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter, kulturforståelse og brukermedvirkning. Oppmerksomhet på kulturforskjeller viser seg å være en grunnleggende komponent i alle de tre identifiserte temaene. Disse temaene er av stor betydning for å kunne ivareta pasientsikkerheten når pasienten har en annen kultur enn sykepleieren. Et kulturell relativistisk perspektiv hos sykepleieren kan i mange situasjoner bidra til å respektere og akseptere pasientens kultur, selv om kulturell relativismen også på noen punkter kan utfordre pasientsikkerheten.

Oppmerksomhet på kulturforskjeller har vist seg å være en sentral komponent som må være tilstede for at sykepleieren skal kunne oppnå gode verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter. For at sykepleieren skal kunne oppnå gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er det viktig å for eksempel uttrykke snillhet og tålmodighet, ha et godt håndlag og å vie sin fulle oppmerksomhet til pasienten for kunne skape tillitt. Tillitt viser seg å bidra til å skape en god opplevelse. Negative opplevelser anses som et uønsket hendelse, og viser seg å kunne føre til at pasienten lar være å oppsøke helsetjenesten ved senere anledninger. Det er også kommet frem til at sykepleieren bør sette av nok tid til møtet med pasienten fra en annen kultur for å kunne ivareta pasientsikkerheten. Videre er det kommet frem til at verbale kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren kan bidra til å sikre gjensidig forståelse gjennom å snakke sakte og tydelig med pauser, vise forståelse og lytte aktivt. Dersom det ikke foreligger en gjensidig forståelse kan misforståelser og uønskede hendelser oppstå. Det foreligger også et behov for å være bevisst på at tegn og kroppsspråk ofte er flertydig. Resultater viser også at empati har en betydelig sammenheng med interkulturell kommunikasjonskompetanse.

En god kulturforståelse avhenger først og fremst av at sykepleieren er oppmerksom på kulturforskjeller for å kunne ivareta pasientsikkerheten hos pasienten fra en annen kultur. En

god kulturforståelse innebærer sykepleierens evne til å ha forståelse og respekt for ulikhet og kulturelle forskjeller, og innebærer blant annet oppmerksomhet på egne stereotypier og fordommer i tillegg til å respektere alt som gjør en person unik. Det er også identifisert risiko for brudd på pasientsikkerheten på grunn av ulikt syn på helse og sykdom, og det viser seg derfor at sykepleieren må reflektere kritisk over dette.

For at sykepleieren skal kunne sikre brukermedvirkning er det også kommet frem til at sykepleieren først og fremst må være oppmerksom på kulturforskjeller. Det er kommet frem til at sykepleieren bør sikre pasientens kjennskap til helsesystemet og rettigheter knyttet til dette. Videre er det kommet frem til at sykepleieren må tilpasse informasjonen ved å forstå at begreper på tvers av kulturer kan ha ulik betydning. Derfor kan det være hensiktsmessig å gi pasienten informasjon på eget morsmål. Til slutt er det viktig at sykepleieren er bevisst maktforholdet i relasjonen til pasienten fra en annen kultur for å kunne danne en likeverdig relasjon.

De fem inkluderte studiene representerer kun et lite utvalg av området, og kan dermed ikke gi en generell karakteristikk på hvordan pasientsikker flerkulturell sykepleie skal foregå. Det identifiseres også et behov for at området trenger mer forskning direkte knyttet til pasientsikkerhet.

7. Litteraturliste

Aase, K. (2015) Introduksjon. I: Aase, K. (2015) *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget, s.13-21.

Alpers, L. M. og I. Hanssen (2014) Caring for ethnic minority patients. A mixed method study of nurses' assesment of cultural competency. I: *Nurse education today*. 34(6), s. 999-1004.

Aveyard, H. (2014) *Doing a litterature review in health and social care*. Berkshire: Open university press.

Ayub, S. og L. Hopen (2008) *Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring* [online]. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. URL: http://mestring.no/wp-content/uploads/2013/01/Minoritetsbakgrunn_og_pasientoppl%C3%A6ring_mars_2008.pdf (10.11.2015).

Bade, E., J. Evertsen, S. Smiley og I. Banerjee (2008) Navigating the Health Care System: A view from the Urban Medically Underserved. I: *Wisconsin Medical Journal*. 107(8), s. 374-379.

Bjørk, I. T. og M. Solhaug (2013) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Bjørø, K. og M. Kirkevold (2011) Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 343-380.

Blom, S. (2011) *Dårligere helse blant innvandrerne* [online]. Oslo: Statistisk sentralbyrå. URL: www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/daarligere-helse-blant-innvandrerne (28.09.2015).

Cioffi, J. (2006) Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards. I: *International Journal of Nursing Practice* [online]. 12(6), s. 319-325. URL:

http://www.researchgate.net/profile/Jane_Cioffi/publication/6624449_Culturally_diverse_patient--nurse_interactions_on_acute_care_wards/links/0fcfd5092edaed14dd000000.pdf

(22.10.2015)

Cortis, J. (2004) Meeting the needs of minority ethnic patients. I: *Journal of Advanced Nursing*. 48(1), s. 51-58.

Dahl, Ø. (2013) *Møter mellom mennesker. Innføring i interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Den Norske Legeforening (2008) *Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. Oslo: Den Norske Legeforening.

Djuve, A. og H. Pettersen (1998) *Syk og misforstått? En kartlegging av erfaringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål sykehus* [online]. Oslo: Fafo. URL: http://www.fafo.no/media/com_netsukii/607.pdf (17.11.15)

Dwamena, F., M. Holmes-Rovner, C. M. Gauden, S. Jorgenson, G. Sadigh, A. Sikorskii, S. Lewin, R. C. Smith, J. Coffey, A. Olomu og M. Beasley (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review). I: *The Cochrane library* [online]. 12, s. 1-180. URL: <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD003267.pdf> (27.10.15)

Eriksen, T. H. (2010) *Samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eriksen, T. H. og T. A. Sajjad (2015) *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Erikson, M. (2010) *Riktig kildebruk. Kunsten å referere og sitere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

Gibson, D. og M. Zhong (2005) Intercultural communication competence in the healthcare context. I: *International Journal of Intercultural Relations*. 29(5), 621-634.

Granum, V., G. Opsahl og B. A. Solvoll (2012) Hva kjennetegner kritisk tenkning? I: *Sykepleien forskning*. 1(7), s. 76-84.

Hanssen, I. (2011) Interkulturell sykepleie. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal, s. 135 - 160.

Harrison, A., A. Busabir, A. Al-Kaabi og H. Al-awadi (1996) Does sharing a mother-tongue affect how closely patients and nurses agree when rating the patient's pain, worry and knowledge? I: *Journal of Advanced Nursing*. 24(2), s. 229-235.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. St.meld. nr 10 (2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017* [online]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. URL:
https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf (28.09.2015).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* [online]. Lovdata. URL:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (17.11.15)

Jirwe, M., K. Gerrish, S. Keeney og A. Emami (2009) Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. I: *Journal of Clinical Nursing*. 18(18), s. 2622-2634.

Johnstone, M. J. og O. Kanitsaki (2006) Culture, language, and patient safety: making the link. I: *International Journal for Quality in Health Care*. 18(5), s. 383-388.

Johnstone, M. J. og O. Kanitsaki (2009) Engaging patients as safety partners: Some considerations for ensuring a culturally and linguistically appropriate approach. I: *Health Policy*. 90(1), s. 1-7.

Kleinman, A. (1980) *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Lampley, T., K. Little, R. Beck-Little og Y. Xu (2008) Cultural Competence of North Carolina Nurses: A Journey From Novice to Expert. I: *Home Health Care Management & Practice*. 20(6), s. 454-461.

Lillemoen, M. (2015) *Forskningsområde klinisk sykepleie* [online]. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (18.10.2015)

Magelssen, R. (2008) *Kultursensitivitet*. Oslo: Akribe AS.

Majumdar, B., G. Browne, J. Roberts og B. Carpio (2004) Effect of cultural sensitivity training on health care provider attitudes and patient outcomes. I: *Journal of Nursing Scholarship*. 36(2), s. 161-166.

Malt, U. (2015) *Empati* [online]. Oslo: Store Norske Leksikon. URL: <https://snl.no/empati> (10.11.15)

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. Oslo: Norsk sykepleierforbund. URL: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (28.09.2015)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven> (28.09.2015)

Patak, L., A. Wilson-Stronks, J. Costello, R. Kleinpell, E. Henneman, C. Person og M. Happ (2009) Improving patient-provider communication: A call to action. I: *Journal of Nursing Administration*. 39(9), s. 372-376.

Polit, D. F. og C. T. Beck (2014) *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Ray, M. (2013) Madeleine M. Leininger, 1925-2012. I: *Qualitative Health Research*. 23(1), s. 142-144.

Richardson, S., T. Williams, A. Finlay og M. Farrell (2009) Senior nurses' perceptions of cultural safety in acute clinical practice area [online]. I: *Nursing praxis in New Zealand*. 25(3), 27-36.

Rosse, F., M. Brujine, C. Wagner, K. Stronks og M.L. Essink-Bot (2012) Design of a prospective cohort study to assess ethnic inequalities in patient safety in hospital care using mixed methods. I: *BMC Health Services Research*. 12(450), s. 1-11.

Ryn, M. (2002) Research on the provider contribution to race/ethnicity disparities in medical care. I: *Medical care*. 40(1), s. 140-151.

Siverts, H. og S. F. Johannessen (2013) *Kulturrelativisme* [online]. Oslo: Store Norske Leksikon. URL: <https://snl.no/kulturrelativisme> (17.11.15).

Sobel, L. og E. Sawin (2014) Guiding the process of culturally competent care with hispanic patients. I: *Journal of Transcultural Nursing* [online]. URL: <http://tcn.sagepub.com/content/early/2014/11/18/1043659614558452.full.pdf+html> (30.09.2015)

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbering i sosial- og helsetjenesten 2005-2015* [online]. Oslo: Helsedirektoratet. URL: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015> (30.09.2015)

Statistisk sentralbyrå (2015a) *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2015* [online]. Oslo: Statistisk sentralbyrå. URL: www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef (28.09.2015).

Statistisk sentralbyrå (2015b) *Innvandrere etter innvandringsgrunn, 1. januar 2015* [online]. Oslo: Statistisk sentralbyrå. URL: <http://ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn> (17.11.15)

Storm, M. og S. Wiig (2015) Pasientperspektivet og sikkerhet. I: Aase, K. (2015) *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget, s.62-73.

Suurmond, J., E. Uiters, M. Bruijine, K. Stronks og M.L. Essink-Bot (2010) Explaining ethnic disparities in patient safety: A qualitative analysis. I: *American Journal of Public Health*. 100(S1), s.113-117.

Suurmond, J., E. Uiters, M. Bruijne, K. Stronks og M. L. Essink-Bot (2011) Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. I: *BMC health services research* [online]. 11(10) 1-8. URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/10/> (23.10.2015).

Teng, C., F. Hsiao og T. Chou (2010) Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. I: *Journal of Nursing Management*. 18(3), s. 275-284.

Thorbjørnsrud, B. (2012a) Kulturelle fortolkningsrammer. I: Brodtkorb, E. og M. Rugkåsa (red.) *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal.

Thorbjørnsrud, B. (2012b) Kultur, helse og sykdom. I: Brodtkorb, R. og M. Rugkåsa (red.) *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal.

Thyli, B., E. Athlin og B. Hedelin (2007) Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway - and exploratory study. I: *International Journal of Older People Nursing*. 2(1), s. 45-51.

Ulrey, K. og P. Amason (2001) Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress and anxiety. I: *Health Communication*. 13(4), s. 449-463.

Utlendingsdirektoratet (2015) *Asylsøkere etter statsborgerskap og måned (2015)* [online]. Oslo: Utlendingsdirektoratet. URL: <http://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/> (18.11.2015)

Uzun, Ö. og S. Sevinç (2015) The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. I: *Journal of Clinical Nursing* [online]. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12982/epdf> (10.11.2015)

Emnenavn: Bacheloroppgave
Navn: Ingrid Haug og Kristine Rustad

Emnekode: SPL 3903
Kull: 12HBSPLH

Viken, B. og R. Magelssen (2010) Kulturelle forskjeller og dialog. I: Kumar, B. N. og B. Viken (red.) *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 59 - 80.

Wolf, D. M., L. Lehman, R. Quinlin, T. Zullo, og L. Hoffmann (2008) Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *I: Journal of Nursing Care Quality*. 23(4), s. 316-321.

World Medical Association (2015) *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. [online]. URL:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (17.11.15)