

Kate Jitohan Imafidon Fehn (10170)
Stine Marie Mirasol Pettersen (10122)

Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser – med fokus på kommunikasjon?

Antall ord: 7607
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: May Ingvild V. Sollid
Juni 2023

Bacheloroppgave

Kate Jitohan Imafidon Fehn (10170)
Stine Marie Mirasol Pettersen (10122)

Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser – med fokus på kommunikasjon?

Antall ord: 7607
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: May Ingvild V. Sollid
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Ikke-vestlige minoritetsgrupper står overfor betydelige utfordringer knyttet til psykiske lidelser, med en høyere prevalens sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Sykepleiere vil møte denne pasientgruppen både innenfor kommune- og spesialisthelsetjenesten. Som sykepleier har de en plikt å formidle nødvendig informasjon og sikre at pasienten har forstått informasjonen som er gitt, med en bevissthet om kulturelle forskjeller og språkbarrierer.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke tiltak sykepleiere bør iverksette for å ivareta god kommunikasjon med ikke-vestlige minoritetsgrupper som lider av psykiske lidelser.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser – med fokus på kommunikasjon?

Metode: Oppgaven har brukt en litteraturstudie som metode basert på syv forskningsartikler.

Resultater: Vi kom frem til fire temaer som er med på å sikre god kommunikasjon mellom ikke-vestlig minoritetsgrupper med psykiske lidelser og sykepleier; bruk av tolk i klinisk praksis, behov for kulturelt tilpassede helsetjenester, rekruttering av helsepersonell med kulturell bakgrunn og kulturell kompetanse i klinisk praksis.

Konklusjon: Litteraturstudien belyser hvor viktig gode kommunikasjonstiltak er i møte med ikke-vestlig minoritetsgrupper med psykisk lidelse. Studien viser at relasjonsbygging, tillitsfull kommunikasjon og kulturkompetanse er essensielt for å forbedre sykepleiers evne til adekvat omsorg.

Nøkkelord: Psykiske lidelser, ikke-vestlig minoritetsgruppe, kommunikasjon, sykepleie og kulturell kompetanse.

Abstract

Background: Non-Western minority groups face significant challenges related to mental health disorders, with a higher prevalence compared to the majority population. Nurses will encounter this patient group in both primary and specialist health service. As nurses, they have an obligation to convey necessary information and ensure that the patient has understood the information provided, with an awareness of cultural differences and language barriers.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the measures that nurses should implement to ensure effective communication with non-Western minority groups suffering from mental health disorders.

Thesis question: How can nurses provide care for patients with a non-Western minority background who are affected by mental disorders – with a focus on communication?

Method: The study employed a literature review methodology, based on seven research articles.

Results: We identified four themes that contribute to ensuring effective communication between non-Western minority groups with mental disorders and nurses: the use of interpreters in clinical practice, the need for culturally tailored healthcare services, recruitment of healthcare professionals with cultural backgrounds, and cultural competence in clinical practice.

Conclusion: The literature review highlights the importance of effective communication strategies when interacting with non-Western minority groups with mental illness. The study demonstrates that building relationships, establishing trust, and cultural competence are essential to enhance nurses' ability to provide adequate care.

Keywords: Mental disorders, non-Western minority group, communication, nursing, and cultural competence.

Innhold

1.0	Introduksjon	6
1.1	<i>Introduksjon til tema</i>	6
2.0	Bakgrunn	7
2.1	<i>Begrepsavklaring</i>	7
2.2	<i>Stigma rundt psykisk lidelse</i>	7
2.3	<i>Kommunikasjon</i>	8
2.3.1	Personorientert kommunikasjon.....	8
2.3.2	Bruk av tolk	8
2.3.3	Relasjon og tillit	8
2.4	<i>Kulturell kompetanse</i>	9
2.5	<i>Yrkesetiske retningslinjer</i>	9
2.7	<i>Hensikt</i>	10
2.8	<i>Problemstilling</i>	10
3.0	Metode	11
3.1	<i>Fremgangsmåte for litteratursøk</i>	11
3.1.1	Kvalitative studier	11
3.1.2	Problemformulering	11
3.1.3	Valg av databaser og søkeord	12
3.1.4	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.2	<i>Kvalitetsvurdering og utvalgelse av forskningsartikler</i>	15
3.3	<i>Etiske overveielser</i>	16
3.4	<i>Analyse</i>	17
4.0	Resultater	21
4.1	<i>Presentasjon av resultater</i>	27
4.2	<i>Tolketjenester i klinisk praksis</i>	27
4.3	<i>Behov for kulturelt tilpassede helsetjenester</i>	27
4.4	<i>Rekruttering av helsepersonell med kulturell bakgrunn</i>	28
4.5	<i>Kulturell kompetanse i klinisk praksis</i>	29
5.0	Diskusjon	30
5.1	<i>Resultatdiskusjon</i>	30
5.1.1	Tolk i klinisk praksis	30
5.1.2	Rekruttering av helsepersonell med kulturell bakgrunn.....	31
5.1.3	Behovet for kulturelt tilpassede helsetjenester og kulturell kompetanse	32
5.2	<i>Metodediskusjon</i>	34
5.3	<i>Konklusjon</i>	35

Referanser 36

Tabeller

Tabell 3.1 PICO-skjema	12
Tabell 3.2 Søkeord	13
Tabell 3.3 Inklusjon- og eksklusjonsskjema	14
Tabell 3.4 PRISMA flytdiagram.....	16
Tabell 3.5 Tematisk analyse	18
Tabell 3.6 Tema	20
Tabell 4.1 Artikkelmatrise	22

1.0 Introduksjon

Psykiske lidelser utgjør en omfattende sykdomsgruppe som mange blir berørt av, enten direkte eller indirekte gjennom relasjoner med familiemedlemmer og venner. Forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen globalt. Psykiske lidelser utgjør også en betydelig dødelighetsbyrde, da personer med slike lidelser i gjennomsnitt dør 10 til 20 år tidligere enn befolkningen generelt (Elvestuen, 2022). Videre viser funn fra en nylig levekårsundersøkelse blant innvandrere at psykiske helseplager øker med alder hos innvandrere, i motsetning til den generelle befolkningen (Kumar et al., 2022).

1.1 Introduksjon til tema

I løpet av det siste tiåret har Norge opplevd en betydelig økning i antall innvandrere, og ifølge Statistisk sentralbyrå (2023) var det registrert 877 277 innvandrere og 213 810 norskfødte med innvandrerforeldre i 2023. Innvandrere utgjør en mangfoldig gruppe i Norge med ulik bakgrunn og ulike årsaker til innvandring. Ifølge Kumar et al. (2022) opplever innvandrere et høyere nivå av psykiske plager enn befolkningen generelt. Samtidig bruker innvandrere helsetjenester i mindre grad enn den øvrige befolkningen. Ulike kulturer har hver sin måte å forstå helse og sykdom på, og i tillegg har de forskjellige oppfatninger om hva som er adekvat helsehjelp (Popovic, 2020, s. 279).

Psykiske lidelser blant ikke-vestlige minoritetsgrupper er tabubelagt og skamfullt i flere minoritetsgrupper og deres miljø (Isachsen, 2022). Dette kan resultere i at minoritetsgrupper ikke tør å søke om hjelp fra helsetjenesten. Forskning viser at migranter kan oppleve dårligere helsehjelp sammenlignet med majoritetsgruppen innad i landene (Popovic, 2020, s. 278). Dette kan ha sammenheng med opplevelse av krig, flukt og tap. Det er også krevende å integrere seg i et nytt land og lære et nytt språk (Alpers, 2018, s. 27-28). Alle disse faktorene kan gi økt risiko for psykiske lidelser (NOU 2010:4). Da denne pasientgruppen allerede er utsatt, er det essensielt å kartlegge ulike tilbud de vil ha nytte av. Grunnet ulike utfordringer som mangel på kunnskap til helsetjenester, språkbarrierer og stigmatisering vil kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient være essensiell for å kartlegge pasientens behov.

Temaet for denne oppgaven er derfor psykisk helse blant ikke-vestlige minoritetsgrupper, og hvordan sykepleiere kan møte denne pasientgruppen. Dette temaet er svært relevant for dagens flerkulturelle samfunn, da sykepleiere vil møte pasienter med ikke-vestlig bakgrunn både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Oppgaven vil også belyse hvilke tiltak som bør iverksettes for at denne pasientgruppen skal oppleve trygghet i møte med helsetjenesten, med fokus på kommunikasjon. Det er derfor en viktig sykepleieroppgave å kunne utøve omsorg og behandling uavhengig av språk, kultur og livssyn (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s. 11-12).

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet skal vi avklare begrepene; «ikke-vestlig minoritetsgruppe», «psykisk lidelse» og «kulturrelativisme». Deretter vil relevant teori om stigma knyttet til psykiske lidelser bli presentert. I tillegg vil vi inkludere teori om kommunikasjon, tolk og relasjonsbygging. Videre har vi valgt å benytte studien utført av Ververda & Ismail (2017) som omhandler kulturell kompetanse. Til slutt vil vi presentere relevant lovverk som er relevant for vår litteraturstudie.

2.1 Begrepsavklaring

Ikke-vestlig minoritetsgruppe: Ikke-vestlig brukes om minoritetsgrupper fra alle land som ikke tilhører grupper i de vestlige landene. Det brukes også om individer som har likheter knyttet til sin kultur, etnisitet og religiøs bakgrunn og utgjør en minoritet i det landet de er bosatt i (Tjernshaugen, 2022).

Psykisk lidelse: Psykisk lidelse er en samlebetegnelse for tilstander som gir plagsomme psykiske symptomer over tid og redusert funksjon i dagliglivet eller arbeid. Grad av funksjonsnedsettelse varierer fra individ til individ, og noen pasienter kan oppleve alvorlige symptomer på tross av tidligere funksjonell kapasitet, mens andre kan ha færre symptomer som likevel begrenser deres evne til å fungere i dagliglivet. Endret atferd som kan observeres av andre er vanlig, spesielt ved alvorlige lidelser med svekket evne til å skille mellom ytre og indre virkelighet (Den norske legeforening, u.å.).

Kulturrelativisme: Kulturrelativisme går ut på å forstå alle kulturer og oppfatninger som likeverdige. Dette innebærer at alle samfunn må forstås ut fra egne premisser (Siverts & Johannessen, 2021).

2.2 Stigma rundt psykisk lidelse

Et eksempel på ikke-vestlig minoritetsgruppe kan være de fra Øst-Afrika. *Øst-Afrikanske* innvandrere som lider av psykisk lidelse står overfor ulike hindringer som frykt for eksklusjon, begrenset tilgang til informasjon og skepsis mot systemet. Disse barrierene spiller en avgjørende rolle for hvorfor denne befolkningsgruppen ikke velger å søke hjelp innenfor det norske helsesystemet for psykisk helse (Bergsagel, 2023).

Psykisk lidelse er et stigmatiserende begrep for denne befolkningsgruppen. De frykter ekskludering fra både egen familie og etniske fellesskap. I tillegg er det en utbredt oppfatning om at rasisme kan påvirke behandlingsprosessen, spesielt når det gjelder gruppeterapi der medpasienter fra majoritetsgruppen kan fremme rasistiske holdninger. Noen opplever å være skeptisk til behandlingsmetoden når de ikke ser helsepersonell med annen kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen. Dette skyldes ofte en følelse av å være utenforstående i møte med helsetjenester som er konstruert med utgangspunkt i majoritetskulturen (Bergsagel, 2023).

Innenfor den somaliske kulturen i Norge eksisterer det ikke noen terminologi for psykiske lidelser. Det finnes for eksempel ingen begrep for depresjon, og en person blir heller klassifisert som enten frisk eller gal (Ververda & Ismail, 2017, s. 54).

2.3 Kommunikasjon

2.3.1 Personorientert kommunikasjon

Kommunikasjon ligger naturlig hos alle mennesker, enten det gjelder kommunikasjon gjennom tale eller kroppsspråk. God profesjonell kommunikasjon i helsesammenheng har et naturlig grunnlag i det rasjonelle, men ifølge Eide & Eide (2017, s. 16) bør kommunikasjonen også basere seg på noe mer. God profesjonell kommunikasjon bør være personorientert. Personorientert kommunikasjon baserer seg på at sykepleieren ikke ser den andre utelukkende som pasient, men som en *hel* person (Eide & Eide, 2017, s. 16). Det er derfor viktig å kartlegge pasientenes egne iboende ressurser, muligheter, verdier og individuelle ønsker knyttet til egen livssituasjon. Personorientert kommunikasjon går derfor ikke bare ut på at man aktivt lytter til pasientens tale eller kroppsspråk, men det legges også fokus på pasientens egne verdier. Det er derfor viktig å kartlegge hva pasienten personlig opplever som verdifullt og hvordan pasienten selv ser på sin egen helse. Det sentrale er altså å forstå hva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen. Eide & Eide (2017, s. 16) deler personorientert kommunikasjon inn i fire sentrale elementer:

- *Å anerkjenne pasientens perspektiv*
- *Å forstå pasientens psykososiale kontekst*
- *Å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier*
- *Å dele makt; det vil si å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der dette er mulig*

(Eide & Eide, 2017, s. 17)

2.3.2 Bruk av tolk

I kommunikasjon med pasienter som lider av psykiske lidelser, er det avgjørende å skape trygghet for å redusere angst (Hanssen, 2016, s. 94). Non-verbal kommunikasjon, som ansiktsuttrykk og berøring, kan være eksempler på tiltak som kan bidra til å etablere denne tryggheten (Hanssen, 2016, s. 94). På den annen side legges det vekt på at tolketjenester kun bør brukes i nødstilfeller, og at fokuset skal være på pasientens behov som individ, ikke bare på kulturen (Hanssen, 2016).

2.3.3 Relasjon og tillit

Et godt mellommenneskelig forhold er av stor betydning for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Kristoffersen & Nortvedt (2016) beskriver en relasjon slik; «... å stå i en relasjon til et annet menneske innebærer at vi selv også påvirkes av den andre personens situasjon» (s. 90). En slik påvirkning har betydning for hvordan vi forstår pasientens problem. Gjennom en god relasjon kan man oppnå tillit. Tillit er

grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon, og det kan åpne opp for dypere samtaler mellom pasient og sykepleier. Samtidig innebærer det at pasienten lettere kan vise mer av sin sårbarhet og fortelle om sine utfordringer (Eide & Eide, 2017, s. 26).

2.4 Kulturell kompetanse

Kulturell kompetanse innebærer det å ha kunnskap om og forståelse av ulike kulturer, ferdigheter, holdninger og verdier. Det er viktig at sykepleiere er bevisst på kulturell kompetanse for å kunne tilby kvalitetsbehandling og ivareta pasientenes behov på en adekvat og respektfull måte, uavhengig av deres kulturelle bakgrunn (Alpers, 2018, s.31-32).

Kulturkompetanse kan defineres som en kontinuerlig prosess for å utvikle og forbedre sin kompetanse i helsevesenet. Ververda & Ismail (2017, s. 57) anvender en modell for å oppnå kulturkompetanse ved å bruke Campinha-Bacotes modellen. Den består av fem punkter representert av ordet «ASKED» (awareness, skills, knowledge, encounters and desire). Modellen er utviklet for å hjelpe sykepleiere til å forstå hva kulturkompetanse innebærer og hvordan de kan oppnå eller forbedre kompetansen i møte med individer fra ulike kulturer. Spørsmålene i modellen tar opp kulturkompetanse i møte med flerkulturelle individer og kan sammenfattes som «Have I ASKED Myself The Right Questions?».

Kulturell kompetanse er avgjørende for sykepleieres evne til å kommunisere effektivt og levere adekvat omsorg til pasienter med innvandrerbakgrunn (Hanssen, 2016, s. 81). Dahl (2013) forklarer at vårt perspektiv på verden formes av våre personlige briller (Hanssen, 2016, s. 89). Det er derfor viktig å være oppmerksom på mellommenneskelige situasjoner og bruke intervjuer som et verktøy for å ivareta pasientens behov og kartlegge ulike utfordringer (Hanssen, 2016, s. 101).

2.5 Yrkesetiske retningslinjer

I yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren et ansvar å ivareta helse, trygghet og god pleie til pasienter. Sykepleier er pliktig til å sikre at pasienten mottar tilstrekkelig informasjon under behandling. Samtidig skal sykepleier ivareta verdighet og integritet i møte med ulike mennesker (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Brukermedvirkning innebærer at pasienten involveres i prosesser og beslutninger knyttet til deres egen behandling og omsorg. Hensikten er å sikre at pasientens behov blir møtt på en best mulig måte (Helsedirektoratet, 2017).

Pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 (1999) angir at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Helsepersonell skal så langt det lar seg gjøre sikre at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Tolkeloven er en fastslått lov som er viktig for å sikre likeverdige tjenester for alle, uavhengig av språklig og kulturell bakgrunn. Formålet er å sikre rettssikkerhet og forsvarlige hjelpetjenester for personer som ikke kan kommunisere tilstrekkelig. Loven skal sikre at tolker oppfyller en faglig forsvarlig standard (Tolkeloven, 2021, §1). Helsepersonell har et ansvar å informere pasienter om tolkeloven, samt har en plikt til å bruke tolk i praksis (Larsen, 2011, s. 6).

2.6 Interkulturell samhandling

For å oppnå et mer fruktbart samarbeid mellom sykepleiere og pasienter, kan det være nyttig å benytte seg av kulturell datasamling, der hensikten er å forstå pasientens behov i en sosiokulturell sammenheng (Hanssen, 2016, s. 98). Det er også viktig å være oppmerksom på at denne prosessen kan ta lengre tid når pasient og sykepleier ikke har samme grunnleggende forståelse av kroppens funksjoner og sykdommers opprinnelse (Hanssen, 2016, s. 99).

2.7 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke tiltak sykepleiere bør iverksette for å ivareta god kommunikasjon med ikke-vestlige minoritetsgrupper som lider av psykiske lidelser.

2.8 Problemstilling

På bakgrunn av hensikt har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier ivareta pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser – med fokus på kommunikasjon?

3.0 Metode

I dette kapittelet har vi benyttet oss av litteraturstudie som metode for å undersøke og analysere eksisterende kunnskap og forskning på vår problemstilling. En litteraturstudie er «definert som en omfattende studie og tolkning av litteratur som er relevant for et spesifikt spørsmål» (Aveyard, 2018, s. 2). Formålet med dette er å presentere en grundig analyse av problemstillingen som etterlater leseren en innsikt og forståelse av teksten. Dette inkluderer en detaljert fremstilling av relevant kunnskap og teori innenfor det aktuelle området, samt en begrunnelse for valg av metode og analyse. Målet er å gi leseren en helhetlig forståelse av problemstillingen og hvordan den har blitt undersøkt og besvart i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 74).

3.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

3.1.1 Kvalitative studier

Bacheloroppgaven har tatt en fundamentert tilnærming basert på en litteraturstudie som bygger på syv forskningsartikler. For å utføre litteratursøket har vi valgt å bruke studier med kvalitativ metode. Målet med de kvalitative metodene er å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan kvantifiseres eller måles. De artiklene som benytter seg av en kvalitativ metode er preget av en fleksibel tilnærming uten forhåndsbestemte svaralternativer. Forskerens nærhet til feltet og direkte kontakt med datainnsamlingen tar sikte på å fremme sammenheng og helhet i analysen (Dalland, 2018, s. 53).

3.1.2 Problemformulering

Før vi begynte prosessen med litteratursøk, dedikerte vi tid til å operasjonalisere vårt informasjonsbehov med det formål å utvikle en presis og søkbar problemstilling. Vi benyttet oss av rammeverket PICO-skjema (Thidemann, 2019, s. 84). I lys av at PICO primært er utviklet for kliniske effektspørsmål, fant vi det hensiktsmessig å utelate «comparison»-delen i skjemaet og heller inkludere en ekstra «P» for "problem" for å sikre at skjemaet var tilpasset vår problemstilling (Thidemann, 2019, s. 83). Vi anvendte PICO-skjemaet for å søke i ulike databaser som Pubmed og Cinahl. Inne på databasene fant vi også ut om ordene var et MeSH term eller keyword, såkalte emneord og tekstord (Thidemann, 2019, s. 86). På CINAHL-databasen ble emneordene kalt CINAHL subject heading og ble således oppført som "CH" i PICO-skjemaet.

Siden søket ble utført i internasjonale databaser, var det naturlig å anvende engelske søkeord. For å øke presisjonen ble også MeSH-termer benyttet for å oppnå forskjellige synonymer på engelsk. Noen av databasene inneholdt ikke standardiserte emneord, og det var derfor relevant å benytte synonymord (Helsebiblioteket, 2021). Eksempler på synonymord som ble anvendt inkluderer «ethnic group» og «ethnic minority». For å finne egnede artikler, krevde det en sammensetning med en rekke nøkkelord og synonymer. På grunnlag av dette ble den boolske søketeknikken benyttet. Ord som «AND», «OR» og «NOT» ble benyttet for å markere hvordan vi valgte søkeordene skulle kombineres (Helsebiblioteket, 2021).

Tabell 3.1 PICO-skjema

P	P	I	O	
Patient	Problem	Intervention	Outcome	
Minority group (MH)	Taboo (MH)			
Minority groups (MH) (CH)	Taboos (MH)	Communication (CH)	Illness perception (kw)	
Ethnic group (MH)	Stigma (CH)	Nursing role (CH)	Cultural Competence (MH) (CH)	
Ethnic groups (MH)	Social stigma (MH)	Nurses role (MH)	Cultural Diversity (MH) (CH)	
Ethnic minority (kw)	Mental health (CH)	Cultural Awareness (kw)	Professional-Patient Relations (CH)	
Immigrant (MH)	Mental disorders (MH) (CH)	Cultural sensitivity (CH)		
Immigrants (MH) (CH)				
Non-western immigrants (kw)				
AND				

3.1.3 Valg av databaser og søkeord

Litteratursøket ble utført ved å bruke to forskjellige databaser som er relevant for medisin og helsefag. Dermed ble Cinahl og PubMed valgt som de primære databasene for å gjennomføre litteratursøket med empirisk forskning. Valget av CINAHL og PubMed skyldes hovedsakelig at disse databasene er internasjonale og inneholder engelskspråklig litteratur. CINAHL er anerkjent innenfor sykepleieforskning og PubMed er anerkjent innenfor medisin og helse.

Vi benyttet søkeordene som ble utledet fra PICO-skjemaet for å søke etter relevante artikler i de to databasene. For å kombinere disse søkeordene, brukte vi boolske søketeknikk, som vist i tabell 3.1. Vi brukte OR-operatoren på alle søkeordene under hver kolonne som «Patient», «Problem», «Intervention» og «Outcome». Videre kombinerte vi de søkeordene for hver kolonne av PPIO med AND, som illustrert med piler i tabell 3.1. Denne søkeprosessen resulterte i totalt 661 treff på CINAHL, hvorav tre artikler ble valgt ut. På PubMed fikk vi totalt 182 treff, hvorav fire artikler ble valgt ut for videre analyse.

Tabell 3.2 Søkeord

Database	Søkeord	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl 13.04.2023	("Minority group" OR (MH "Minority Groups") OR "minority groups" OR "Ethnic group" OR (MH "Ethnic Groups+") OR "Ethnic groups" OR "Ethnic minority" OR "Immigrant" OR (MH "Immigrants+") OR "Immigrants" OR "Non-western immigrants") AND ("Taboo" OR "Taboos" OR (MH "Stigma") OR "stigma" OR "Social stigma" OR (MH "Mental Health") OR "Mental health" OR (MH "Mental Disorders+") OR "Mental disorders") AND ((MH "Communication+") OR "Communication" OR "Nurses role" OR (MH "Nursing Role") OR "Nursing Role" OR "Cultural awareness" OR (MH "Cultural Sensitivity") OR "Cultural sensitivity") AND ("Illness perception" OR (MH "Cultural Competence") OR "Cultural competence" OR (MH "Cultural Diversity") OR "Cultural diversity" OR (MH "Professional-Patient Relations+") OR "Professional-patient relations")	661	3 (A, B, C)
Pubmed 13.04.2023	(Minority group[MeSH Terms] OR Minority group[Text Word] OR Minority groups[MeSH Terms] OR Minority groups[Text Word] OR Ethnic group[MeSH Terms] OR Ethnic group[Text Word] OR Ethnic groups[MeSH Terms] OR Ethnic groups[Text Word] OR Ethnic minority[Text Word] OR Immigrant[MeSH Terms] OR Immigrant[Text Word] OR Immigrants[MeSH Terms] OR Immigrants[Text Word] OR Non-western immigrants[Text Word]) AND (Taboo[MeSH Terms] OR Taboo[Text Word] OR Taboos[MeSH Terms] OR Taboos[Text Word] OR Stigma[Text Word] OR Social stigma[MeSH Terms] OR Social stigma[Text Word] OR Mental health[Text Word] OR Mental disorders[MeSH Terms] OR Mental disorders[Text Word]) AND (Communication[Text Word] OR Nurses role[MeSH Terms] OR Nurses role[Text Word] OR Nursing role[Text Word] OR Cultural awareness[Text Word] OR Cultural sensitivity[Text Word]) AND (Illness perception[Text Word] OR Cultural competence[MeSH Terms] OR Cultural competence[Text Word] OR Cultural diversity[MeSH Terms] OR Cultural diversity[Text Word] OR Professional-Patient Relations[Text Word])	182	4 (D, E, F, G)
Inkluderte artikler:			
<p>A. Roth, M., Lahti, M., Lahti, M., Gustafsson, N., Berg, J., Kaitala, E., & Kuosmanen, L. (2022). Non-European immigrants' self-described strategies for mental health promotion and perceptions of Finnish mental health services: A qualitative descriptive analysis. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>, 58(4), 3016-3023</p> <p>B. Simkhada, B., Vahdaninia, M., vanTeijlingen, E., & Blunt, H. (2021). Cultural issues on accessing mental health services in Nepali and Iranian migrants communities in the UK. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 30(6), 1610-1619</p> <p>C. Liu, C.-H., Meeuwesen, L., Wesel, F. V., & Ingleby, D. (2015). Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. <i>Transcultural Psychiatry</i>, 52(3), 331-352</p>			

- D. Sandhu, S., Bjerre, N.V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Jensen, N.K., Lamkaddem, M., Puigpino's i Riera, R., Ko'sa, Z., Wihlman, U., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 105-116
- E. Wamwayi, M.O., Cope, V., & Murray, M. (2019). Service gaps related to culturally appropriate mental health care for African immigrants. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1113-1121
- F. Cross, W. M. & Bloomer, M. J. (2010). Extending boundaries: Clinical Communication with culturally and linguistically diverse mental health clients and carers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(4), 268-277
- G. Mollah, T. N., Antoniadis, J., Lafeer, F. I., & Brijnath, B. (2018). How do mental health practitioners operationalise cultural competency in everyday practice? A qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 480-480

3.1.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er en sentral del av et systematisk litteratursøk, da de gir mulighet for å avgrense og prioritere de mest relevante studiene (Thidemann, 2019, s. 106). Som en viktig del av denne prosessen, kan et kriterieskjema benyttes for å gi strukturert og omfattende dokumentasjon av inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er brukt i litteratursøket. Dette skjemaet bidrar til å sikre at den valgte litteraturen oppfyller de spesifikke kriteriene for inklusjon, samtidig som det dokumenterer prosessen på en systematisk måte. Dette er avgjørende for å sikre nøyaktighet og pålitelighet av resultatene i forskning (Aveyard, 2018, s. 92).

Tabell 3.3 Inklusjon- og eksklusjonsskjema

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter diagnostisert med en eller flere psykiske lidelser	Pasienter med somatiske lidelser
Pasienter med ikke-vestlige minoritetsbakgrunn	Pasienter med nevrologiske lidelser
Pasienter over 18år	Pasienter yngre enn 18år
Artikler på norsk og engelsk	Andre språk
Begge kjønn	Studier som ikke følger forskningsetiske retningslinjer
Sykepleieperspektiv	
Pasientperspektiv	
Alle tilgjengelige artikler	

Våre søk i ulike databaser resulterte i flere relevante artikler i forhold til problemstillingen. For å sikre relevans til oppgavens hensikt ble det satt spesifikke inklusjons- og eksklusjonskriterier, slik at studiene skulle omhandle psykiske lidelser blant personer med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn. Vi har valgt å ikke begrense årstall på artiklene, ettersom det ble ansett som upassende å avgrense søket grunnet manglende forskning knyttet til problemstillingen. Videre påpekte flere av artiklene behovet for ytterligere forskning på området. Dermed ble det bestemt at inklusjonskriteriene ikke skulle avgrenses for å kunne inkludere all relevant forskning rundt temaet.

Etter en grundig utvelgelsesprosess ble syv artikler valgt ut, hvorav fire ble skrevet i Europa og tre i Australia. Til tross for geografiske og kulturelle forskjeller, vurderte vi disse landene som sammenlignbare. Siden oppgaven omhandler psykiske lidelser, var det ønskelig å undersøke forskjellige ikke-vestlige minoritetsmiljøer og deres syn på psykisk helsevern. Derfor tar artiklene utgangspunkt iblant annet det afrikanske og asiatiske miljøet, samt flere andre ikke-vestlige minoritetsmiljøer. I tillegg ble artiklene valgt ut i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier, hvor artikler som ikke oppfylte disse kriteriene, ble utelatt fra utvalget.

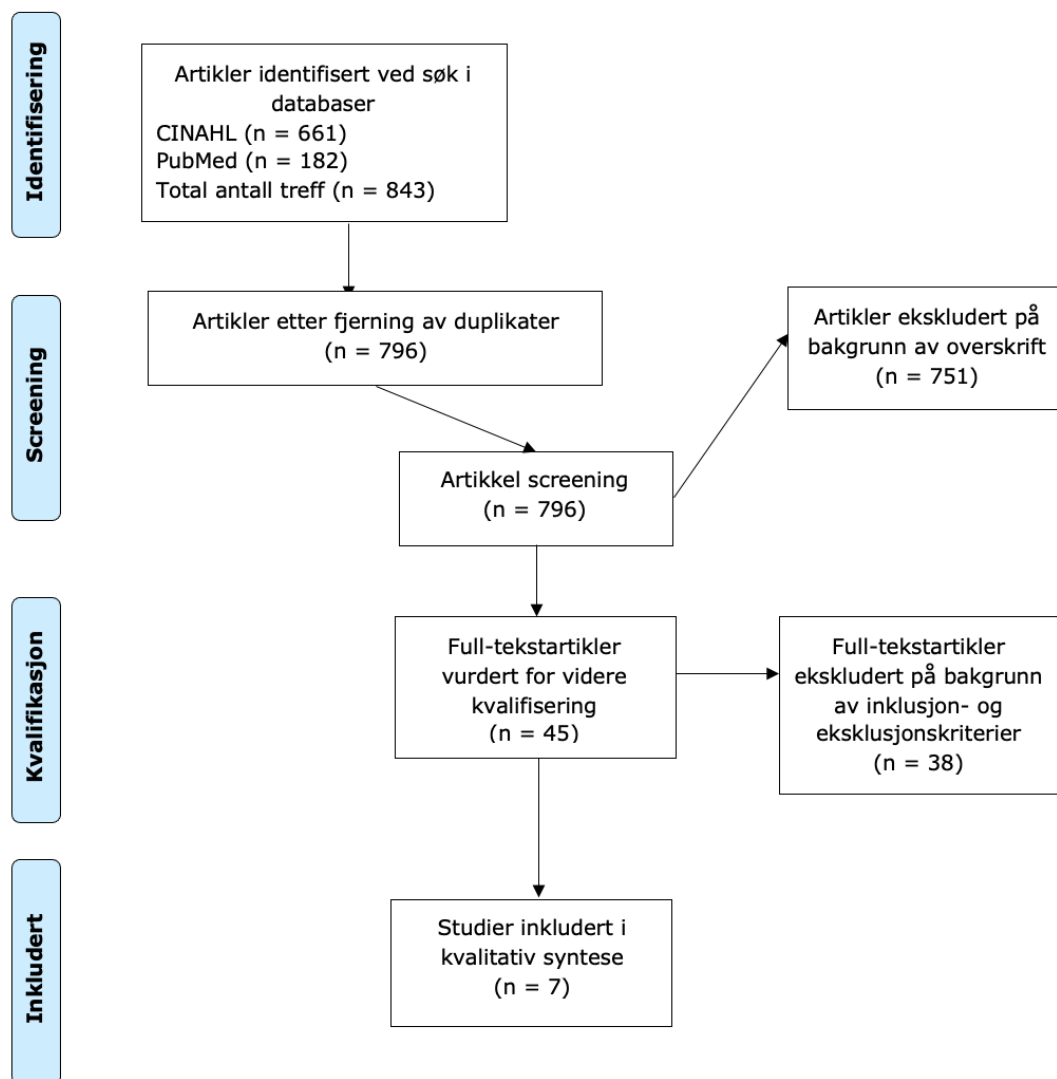
3.2 Kvalitetsvurdering og utvelgelse av forskningsartikler

I seleksjonsprosessen av forskningsartikler for denne litteraturstudien, ble to kriterier spesielt vektlagt: i) om artiklene kunne bidra til å besvare problemstillingen, og ii) om de oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre (Tabell 3.3). I henhold til Helsebibliotekets anbefalinger er det essensielt å utøve kritisk tenkning i vurderingen av forskningsartikler og ikke bruke resultatene fra forskningen ukritisk. For å sikre en systematisk tilnærming til vurdering av relevante artikler, har vi benyttet sjekklisten for kvalitative studier, ettersom artiklene bruker kvalitativ metode (Helsebiblioteket, 2021). Tabell 4.1 i resultatkapittelet viser detaljer om vår anvendelse av sjekklisten for kvalitative studier i form av en artikkelmatrise.

De valgte artiklene ble basert på om de var fagfellevurdert, relevant til problemstillingen og om de var vitenskapelige artikler. Vi har derfor lagd en PRISME-skjema som var til hjelp for å systematisere søket (Tabell 3.4). Begrepet «innvandrere» ble brukt i alle de valgte artiklene, en artikkel brukte «etnisk minoritetsgruppe» og en annen brukte ikke-vestlig minoritetsgruppe. I problemstillingen valgte vi å bruke begrepet «ikke-vestlig minoritetsgruppe».

Tre av artiklene ble valgt ut fra et sykepleieperspektiv, med inkludering av andre helsepersonell. Disse studiene kan argumentere for problemstillingen og har en sykepleiefaglig relevans, spesielt når Norge er et flerkulturelt land og kultur stadig er i endring (NOU 2010:4). Sykepleiere vil alltid møte pasienter med ikke-vestlig bakgrunn i helsetjenestene, og kunnskapen som presenteres i disse artiklene vil derfor være svært relevant for sykepleiere.

Tabell 3.4 PRISMA flytdiagram



(Moher et al., 2009)

3.3 Etiske overveielser

Ifølge Dalland (2018, s. 235-236) så handler etiske overveielser om å gjøre bevisste valg som tar hensyn til de etiske konsekvensene av ens handlinger. I tillegg er det viktig å følge etiske retningslinjer for å beskytte deltakerne i studiene, samt sikre pålitelighet og validitet i datainnsamlingen og ivareta integriteten til forskningsprosessen. En annen forutsetning for valg av forskningsrapporter ble også å se på forskernes egen tilnærming til temaet, hvor kulturrelativistisk syn har vært i fokus. Dette er forskning som har blitt vurdert av en etisk komité og fått etisk godkjenning fra ulike universiteter. Alle deltakerne i forskningen har signert samtykke og fått informasjon både skriftlig og muntlig. Forskingen som ble brukt til å danne denne oppgaven er basert på forskning fra kvalitative studier.

3.4 Analyse

Vi har valgt å presentere fremgangsmåten for analysearbeidet vårt i form av en tematisk analysemodell, inspirert av Aveyard (2018). I det første trinnet av modellen, «Identifying themes», gikk vi direkte til resultatdelen i hver av de syv forskningsartiklene og identifiserte hovedfunnene. Vi laget så en tabell (Tabell 3.4) der vi inkluderte temaene som var tydelige i hver artikkel, sammen med hvilken artikkel hvert tema var hentet fra. Vi oppdaget at noen temaer var gjennomgående i alle artiklene, mens andre temaer bare gjaldt for noen artikler. Tabellen var nyttig for å kunne visualisere mønstre fra resultatdelen av artiklene (Aveyard, 2018, s. 142).

I det andre trinnet, «Developing your themes», slo vi sammen temaer med samme innhold fra ulike artikler, og grupperte dem sammen under samme temaoverskrift ved å bruke «cut and paste» metoden (Aveyard, 2018, s. 142).

Deretter gikk vi videre til trinn tre, «Discussion of the strength of evidence», hvor vi vurderte og sammenlignet bevisene fra de ulike artiklene. Vi valgte de artiklene som hadde sterkest bevis, og vurderte kvaliteten på alle syv artiklene før vi valgte ut de mest relevante artiklene for videre analyse (Tabell 4.1).

I det fjerde trinnet, «Naming your themes», fortsatte vi å utvikle og raffinere våre valgte temaer, og laget en ny tabell (Tabell 3.5) som inneholdt de endelige temaoverskriftene. Vi startet med midlertidige navn på temaene, men etter å ha fått en dybdeforståelse av artiklene, fant vi passende navn for hvert tema (Aveyard, 2018, s. 143). I Tabell 3.5, oppsummerte vi informasjonen fra Tabell 3.4 og navnga temaene, samt listet hvilke artikler som var relevante for hvert tema.

Tabell 3.5 Tematisk analyse

Roth (2022)	Simkhada (2021)	Liu (2015)	Sandhu (2013)	Wamwavi (2019)	Cross (2010)	Mollah (2018)
		Bedre tolketjenester er nødvendig for å hindre kommunikasjonsbarrierer. Det var mange kinesiske immigranter som ikke var klar over tilgjengeligheten av tolketjenestene	Utfordringer knyttet til språkbarrierer krevde organisatorisk tilrettelegging av profesjonelle og godt opplærte tolker		Helsepersonell benytter tolk for å initiere relasjoner og utvikle forståelse for pasientene. Det var hensiktsmessig å bruke tolk de første par månedene	Tilgang og evne til å bruke tolketjenester var fundamentalt for å utføre deres rolle som helsepersonell. Imidlertid ble bruken av språktjenester også sett på som tidkrevende, arbeidskrevende og til tider unøyaktig
Minoritetsgrupper kan ha behov for helsetjenester som er tilpasset deres kulturelle bakgrunn og verdier			Å involvere pasientene i utviklingen av kulturelt tilpassede helsetjeneste sikrer at tjenestene er tilpasset deres behov og ønsker	Det er behov for mer kulturelt tilpassede tilbud innen psykisk helsevern for minoritetsgrupper	Tilpassede helsetjenester kan føre til bedre kommunikasjon og forståelse mellom pasienter og helsepersonell	Kulturelt tilpassede i helsetjenester er viktig for å sikre at pasienter får den beste oppfølgingen og behandlingen

Psykiske helsetjenester bør rekruttere ansatte med innvandrere bakgrunn	Deltakere opplevde det gunstig å få hjelp av helsepersonell med lignende kulturell bakgrunn	Ansette flere helsepersonell med kinesisk bakgrunn for å redusere språklige og kulturelle barrierer				
						Sykepleiere bør ha en bevissthet om kulturell kompetanse og aktivt jobbe med å utvikle og forbedre denne kompetansen for å kunne ivareta pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser

Tabell 3.6 Tema

Tolketjenester i klinisk praksis	Behov for kulturelt tilpassede helsetjenester	Rekruttering av helsepersonell med kulturellbakgrunn	Kulturell kompetanse i klinisk praksis
Liu (2015)	Roth (2022)	Roth (2022)	Mollah (2018)
Sandhu (2013)	Sandhu (2013)	Simkhada (2021)	
Cross (2010)	Wamwavi (2019)	Liu (2015)	
Mollah (2018)	Cross (2010)		
	Mollah (2018)		

4.0 Resultater

Resultatkapitlet presenterer de inkluderte artiklene og analyser av materialet som ble utført for å oppnå funnene. Dette kapitlet legger grunnlaget for den videre drøftingen av funnene i oppgaven, i tråd med Dallands (2018, s. 46) beskrivelse av forskningsprosessen. Artiklene nummerert i alfabetisk rekkefølge henvises til *Tabell 3.2*.

Tabell 4.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Metode	Resultat	Relevans for problemstilling og kvalitetsvurdering
<p>A)</p>	<p>Hensikten er å skaffe kunnskap som kan benyttes for å støtte den mentale helsen til immigrasjonsbefolkningen i Finland. Disse forskningsspørsmålene ble undersøkt:</p> <p>I) Hvilke faktorer fremmer mental helse blant ikke-europeisk innvandrerbefolkning i Finland?</p> <p>II) Hvordan ser ikke-europeiske innvandrere i Finland på psykiske helsetjenester?</p>	<p>Kvalitativ studiedesign. Det ble benyttet semistrukturerte individuelle intervjuer og fellesintervjuer.</p>	<p>Deltakerne foretrekker ikke-profesjonell hjelp og utvikler egne strategier for å fremme sin mentale helse. Deltakerne ønsket mer fleksible og tilpassede tjenester som tar hensyn til innvandreres behov og kultur. Det ble også ønsket rekruttering av helsepersonell fra innvandrerbefolkningen og mulighet til å få tilgang til mental helsehjelp på sitt morsmål.</p>	<p>Artikkelen er relevant for å gi helsepersonell en bedre forståelse av kulturelle og strukturelle barrierer som kan hindre minoritetspasienter i å søke hjelp og hvordan de kan tilpasse sine tilbud for å møte pasientenes behov. Etiske betraktninger er vurdert. Deltakerne mottok skriftlig og muntlig informasjon om studien og ga informert samtykke før de deltok.</p>
<p>B)</p>	<p>Studien utforsker forholdet mellom kultur og tilgang til psykisk helsetjenester blant nepalske og iranske migranter i Storbritannia, da begge samfunnene er lite studert.</p>	<p>Studien har tatt i bruk en kvalitativ tilnærming, hvor forskerne har hentet data fra 21 dybdeintervjuer som ble gjennomført på tre ulike språk; nepali, engelsk og farsi. For å sikre en bedre forståelse av deltakernes erfaringer og oppfatninger.</p>	<p>Kulturelle faktorer som hindrer tilgang til psykisk helsetjenester inkluderer stigmatisering, manglende kunnskap om helsetjenester, kommunikasjonsbarrierer, kulturelle normer, og tro som alternativ behandling. Mangelfull opplæring og kunnskap om kulturelle ulikheter blant helsepersonell påvirker også tilgangen til psykisk helsetjenester. Migranter kan ha</p>	<p>Artikkelen er relevant da den bidrar til økt forståelse av kommunikasjonsutfordringer mellom helsepersonell og pasienter med minoritetsbakgrunn, og hvordan man kan tilpasse kommunikasjonen. Forskerne inkluderte både menn og kvinner fra Nepali og iransk bakgrunn som hadde erfaring med psykisk helsehjelp i Storbritannia. Etiske betraktninger er vurdert. Før</p>

			ulike preferanser for psykisk helsetjenester, og det kan være utfordrende å finne passende tjenester som tar hensyn til deres kulturelle bakgrunn og språk.	intervjuene ble gjennomført, ga alle deltakerne informert samtykke, og sitatene ble kun identifisert med koder for å ivareta konfidensialiteten til deltakerne.
c)	Studien undersøke hvorfor etniske kinesere i Nederland ikke benytter seg av psykiske helsetjenester i samme grad som den nederlandske befolkningen.	Kvalitativ studiedesign. Studien bruker en «snowball teknikk» for å rekruttere deltakere, og totalt ble 23 respondenter intervjuet på deres foretrukne språk (14 på mandarin, 4 på kantonesiske, 4 på nederlandsk, og 1 på engelsk). Intervjuet baserte seg på en semistrukturert dybdeintervju.	Kinesisk immigranter i Nederland unngår å søke psykisk hjelp grunnet stigma knyttet til psykiske problemer, mangel på kunnskap og informasjon om psykisk helse og helsetjenester, språkbarrierer og manglende tillitt til helsetjenestene og deres helsepersonell. Mange opplevde også at kulturelle forskjeller mellom seg selv og helsepersonell gjorde det vanskelig å kommunisere om psykisk helse og forståelse av sykdom. Det er et behov for å tilpasse psykiske helsetjenester til minoritetskulturer for å sikre at disse tjenestene blir mer tilgjengelige og effektive for alle befolkningsgrupper.	Artikkelen øker bevisstheten om å tilpasse psykisk helsehjelp til minoritetskulturer. Som sykepleier er det viktig å ta hensyn til kulturelle forskjeller under kommunikasjonen. Det er også nødvendig å tilpasse helsetjenestene for alle befolkningsgrupper. Ethiske betraktninger er vurdert. Utvalget inkluderte både menn og kvinner, og deltakerne var rekruttert fra ulike sosioøkonomiske bakgrunner og med forskjellige utdanningsnivåer for å sikre variasjon i perspektivene.

D)	Hensikten med denne studien er å utforske erfaringene til helsepersonell som arbeider innenfor psykiatri for pasienter med innvandrerbakgrunn. Til tross for omfattende forskning på innvandreres erfaringer med psykisk helsehjelp i visse europeiske land, har det vært begrenset forskning på hvordan helsepersonell opplever å yte tjenester til innvandrere. Formålet med studien var å øke forståelsen av utfordringene med å tilby psykisk helsehjelp til innvandrere, og å identifisere områder der det kan være behov for tilpasninger av tjenestene.	Kvalitativ forskningsmetode som gjennomførte 48 semistrukturerte intervjuer med helsepersonell fra 16 europeiske land. Intervjuene ble transkribert og analysert ved hjelp av tematisk analyse for å identifisere og utforske erfaringer, utfordringer og mulige løsninger knyttet til å yte psykisk helsehjelp til innvandrere.	Resultatene av forskningen indikerer at helsepersonell opplever ulike utfordringer når de behandler innvandrere. Blant annet feildiagnostisering, utfordringer med å skape tillitt og risiko for marginalisering. Helsepersonell møter også praktiske utfordringer, som å finne tolk eller tilpasse behandlingsmetoder til ulike kulturelle bakgrunner. Artikkelen peker på behovet for bedre opplæring av psykisk helsepersonell og for å tilpasse psykisk helsehjelp til minoritetskulturer.	Artikkelen tar for seg en undersøkelse utført i 16 europeiske land, som omhandler helsepersonells erfaringer med å gi psykisk helsehjelp til innvandrere. Studien bidrar til å identifisere utfordringer og områder for forbedring i tilbudet av psykisk helsetjenester til innvandrere i Europa. Det ble innhentet etisk godkjenning i Portugal gjennom University Hospital S. João. I alle andre land var det ikke påkrevet noen etisk vurdering da ingen pasientdata ble registrert.
E)	Hensikten er å etablere et kunnskapsbasert omsorgstilbud til pasienter med afrikansk bakgrunn.	Semistrukturerte intervjuer med åpne spørsmål. Det ble gjennomført tematisk analyse som er en metode for å identifisere, analysere og tolke ulike temaer som finnes i kvalitative data.	Hovedfunn i denne studien viser at kulturelt upassende omsorg for immigrant- og flykning pasienter fortsetter å forekomme til tross for utallige oppfordringer om å ha kulturelt kompetente strategier på plass innen helsetjenesten. Respondentene i studien understreket behovet for mer kulturelt tilpasset opplæring for helsepersonell, mer tilgjengelige og tilpassede psykisk	Det ble identifisert syv temaer fra deltakernes svar; utilstrekkelige tolketjenester, mangel på kulturell bevissthet i opplæring av ansatte, manglende kobling med andre tjenester, uoppfylte åndelige behov, bruk av ansatte/familie som tolk, tilbudet av kulturelt upassende informasjon, og utilstrekkelige kulturelt passende retningslinjer. Temaene er relevant for våres

			helsetjenester, og forbedret kommunikasjon og samarbeid mellom innvandrere og helsepersonell.	tematisk analyse. Etske betraktninger er vurdert.
F)	Hensikten med denne studien er å utforske de utfordringene som helsepersonell i psykiatrien står overfor når de kommuniserer med og gir psykisk helsehjelp til personer fra CALD-samfunn (Culturally and Linguistically Diverse). Spesielt fokuserer studien på hvordan klinikere muliggjør at deres klienter fra CALD-samfunn kan åpne seg om personlig, intim og noen ganger tabubelagt informasjon, med det formål å bidra til diagnostisering, behandling og langvarig håndtering av psykiske lidelser.	Kvalitativ studiedesign. Det ble benyttet fokusgruppeintervjuer.	To hovedfunn ble identifisert i studien: respekt og kulturforståelse. Helsepersonell rapporterte å ha benyttet forskjellige metoder for å kommunisere med respekt for pasienters kultur. Bruk av tolk ble sett på som en løsning for å adressere utfordringene knyttet til tverrkulturell vurdering, behandling og omsorg, og for å forbedre kommunikasjonen. For å kunne kommunisere effektivt og ta veloverveide beslutninger var det også hensiktsmessig å forstå familiens sentrale rolle i kommunikasjon og beslutningsprosesser, samt pasienters kulturelle tro og verdier. Det var også observert at kvinner hadde lavere åpenhet mot mannlige helsepersonell, og at noen pasienter foretrakk å ha helsepersonell av samme kjønn. Videre var det viktig for helsepersonell å ha kulturforståelse og kunnskap om familiære forskjeller, stereotyper, tanker om psykisk lidelse og behovet for å være troverdig.	Artikkelen tar spesielt for seg hvordan klinikerne kan kommunisere med respekt og oppmuntre til åpenhet og tillit hos pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Dette er en viktig faktor da kommunikasjon og kulturelle forskjeller kan påvirke behandlingsutfallet og opplevelsen av omsorg og støtte. Etske betraktninger er vurdert.

<p>G)</p>	<p>Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hvordan helsepersonell i Australia operasjonaliserer kulturell kompetanse i deres daglige praksis.</p>	<p>Artikkelen bruker en kvalitativ metode. Datainnsamlingen ble gjort ved å utføre dybdeintervjuer med 20 helsepersonell i psykiatrien som jobber med innvandrerpasienter. Deres forståelse og erfaringer med kulturelt kompetent omsorg ble utforsket. Dataene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.</p>	<p>Forskerne fant ut at begrepet kulturell kompetanse ble tolket på forskjellige måter og at det var ingen entydig definisjon. Det var ikke alltid klart hvordan kulturell kompetanse skulle brukes i praksis. Tolk ble ansett som et viktig hjelpemiddel for å løse kommunikasjonsproblemer som kan oppstå på grunn av språklige og kulturelle forskjeller. Begrenset tilgang til tolk og organisatorisk likegyldighet ble identifisert som hindringer for å fremme kulturell kompetanse, mens organisatorisk støtte, personlig motivasjon og profesjonell motstandskraft ble viktige faktorer for å opprettholde kulturell kompetanse i hverdagspraksis.</p>	<p>Artikkelen fokuserer på psykisk helseomsorg for innvandrere og undersøker hvordan helsepersonell forstår og praktiserer kulturell kompetanse i klinisk praksis. Etske betraktninger er vurdert.</p>
------------------	---	--	--	--

4.1 Presentasjon av resultater

Med utgangspunkt i en tematisk analyse (Aveyard, 2018) av syv inkluderte studier, ble det identifisert fire ulike temaer som beskriver hvordan sykepleiere i form av kommunikasjon kan bidra til å fremme psykisk helse blant pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn.

4.2 Tolketjenester i klinisk praksis

Hovedfunnene fra fire av artiklene viser at profesjonelle tolker brukes i samhandling med kulturelle pasienter i helsetjenesten for å hindre kommunikasjons- og kulturbarrierer (Liu et al., 2015; Sandhu et al., 2013; Cross & Bloomer, 2010; Mollah et al., 2018).

Pasientene ønsket selv en bedre tolketjeneste for å hindre kommunikasjonsbarrierer mellom helsepersonell og pasienten selv. Imidlertid var det lite kunnskap om tolketjenester blant det kinesiske miljøet i Nederland, da det var vanlig å bruke familie som tolk for pasienten (Liu et al., 2015, s. 344-355).

Innvandrere med begrensede språkkunnskaper i det nasjonale språket, som søker hjelp innenfor psykisk helsevern, har behov for en tolk til å oversette under konsultasjoner. Non-verbal kommunikasjon er ofte uunngåelig i slike tilfeller, noe som gjør det vanskelig å vurdere symptomenes alvorlighetsgrad (Sandhu, 2013, s. 109). Studien indikerer også at enkelte immigranter kan oppleve utfordringer med å ha tillit til tolketjenester, særlig dersom tolken kommer fra samme lokalsamfunn eller sosiale gruppe. Dette kan være en viktig faktor å ta i betraktning ved implementering av tolketjenester i klinisk praksis, da manglende tillit til tolker kan ha betydelige negative konsekvenser for samhandling mellom helsepersonell og pasienter (Sandhu et al., 2013, s. 111). En annen studie antyder at bruk av tolk kan bidra til å løse noen av problemene knyttet til tverrkulturell vurdering, behandling og omsorg, og kan også hjelpe med kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell. Imidlertid viste studien at tolkebruk ble vanligvis avsluttet etter at et visst nivå av kommunikasjon og relasjon hadde blitt etablert (Cross & Bloomer, 2010, s. 272-273).

Tydelig kommunikasjon er en nøkkelkomponent for å kunne gi kulturelt kompetent omsorg. Imidlertid ble bruk av tolketjenester også identifisert som en tids- og ressurskrevende prosess som noen ganger førte til unøyaktigheter, misforståelser og vanskeligheter med å samarbeide med tolken. Helsepersonell opplevde også en følelse av utilfredshet, idet de ikke alltid var sikre på om deres innsats var til hjelp eller om kommunikasjonen var forstått. Denne usikkerheten skyldtes ofte en kombinasjon av egne ferdigheter, tolkens evner og pasientens forståelse (Mollah et al., 2018, s. 6).

4.3 Behov for kulturelt tilpassede helsetjenester

Funnene fra Roth et al. (2022), Sandhu et al. (2013), Mollah et al. (2018), Cross & Bloomer (2010) og Wamwawi et al. (2019) understreker betydningen av kulturelt tilpassede helsetjenester. En finsk studie indikerer at pasientene selv håpet på mer fleksibilitet og tilpasning av tjenester for mental helse i forhold til innvandrernes behov. Videre var det også et behov for allsidig informasjon, inkludert informasjon om forskjellen mellom mental helse og religion, kvinners rettigheter og evnen til å ta egne valg, i tillegg til generell informasjon. For å imøtekomme disse behovene er det

nødvendig at helsepersonell besitter tilstrekkelig kunnskap om disse temaene og tar tiltak for å tilpasse helsetjenestene til de kulturelle behovene til pasientene (Roth et al., 2022, s. 3020).

Wamwawi et al. (2019, s. 1117) indikerer at helsepersonell opplever at det mangler helsetjenester som er spesielt tilpasset afrikanske innvandrere i Australia, til tross for befolkningsøkningen av denne pasientgruppen. De rapporterte også at informasjon som gis innen psykisk helsevern ikke er kulturelt tilpassede, ettersom all informasjon kun blir gitt på engelsk. Videre føler helsepersonell ofte at de misforstår pasienter og gir tjenester av dårlig kvalitet til pasienter med ulike kulturelle bakgrunner. Dermed mener helsepersonell at informasjon bør gis på flere forskjellige språk for å møte behovene til denne mangfoldige pasientgruppen.

Cross & Bloomer (2010, s. 273-274) presenterer strategier for å øke kulturtilpassede helsetjenester ved å ta hensyn til familieroller og kjønnsforskjeller, og ved å ha forståelse for kultur, familiære forskjeller, stereotypier og oppfatninger om psykisk helse. Slike temaer bør være i fokus når helsepersonell kommuniserer med pasienter med ulik kulturell og språklig bakgrunn. Helsepersonell har sett det som viktig å avsette tid til å forstå hvem som spiller en stor rolle i pasientens familie. Dette er spesielt viktig da noen kulturer gir en overordnet rolle i familien, som bestemmer hva som er best for familien når det gjelder å få psykisk hjelp. Ifølge Cross & Bloomer (2010) bør helsepersonell hovedsakelig observere familien og begrense sine egne uttalelser (s. 173). I motsetning til dette, anbefaler Sandhu et al. (2013) at helsepersonell bør inkludere familien mer i behandlingsprosessen, da familiemedlemmer ofte sitter på viktig informasjon som kan være til nytte for å forstå pasientens situasjon bedre (s. 110).

En sykepleier beskrev hvordan de i deres daglige praksis fulgte tre ulike epistemologiske tilnærminger, som ble klassifisert som prosedyrer. Prosedyretilnærmingen var en forsiktig tilnærming og hadde en klart definert «riktig» og «feil» metode. Den «riktige» metoden innebar først å skaffe seg fakta om kulturelle skikker eller tro, for deretter å respektere og arbeide med det. Metoden som var «feil» innebar å stille pasienten nærgående spørsmål som kunne være fornærmende, eller å bli fornærmet dersom pasienten ikke overholdt australske skikker i daglige interaksjoner, som for eksempel å nekte å håndhvilse på en person av motsatt kjønn på grunn av tro (Mollah et al., 2018, s. 4).

4.4 Rekruttering av helsepersonell med kulturell bakgrunn

Ansettelse av helsepersonell med kulturell bakgrunn var et tema i Roth et al. (2022), Simkhada et al. (2021) og Liu et al. (2015). Ansettelse av flere kinesiske helsearbeidere ble identifisert som et tiltak for å redusere både språklige og kulturelle barrierer, spesielt for den eldre generasjonen (Liu et al., 2015, s. 345). Videre kan det oppmuntre til åpenhet om personlige vanskeligheter. En nepalsk kvinnelig deltaker uttrykte hvor nyttig og støttende det var å få psykisk helsehjelp av helsepersonell med asiatiske bakgrunn, og hvordan hun hadde hatt en god opplevelse med hjelpen hun fikk. Deltakeren opplevde at helsepersonell med samme kulturelle bakgrunn ville kunne forstå litt bedre hvordan depresjon blir behandlet i deres kultur, da det var lettere å dele personlige erfaringer (Simkhada et al., 2021, s. 1614).

I den finske studien antyder resultatene fra den tematiske analysen at det også bør ansettes medlemmer fra innvandrerbefolkningen i tjenestene for mental helse. Videre ønsket innvandrerne å kunne få tilgang til helsetjenester for mental helse på sitt eget morsmål, da det å snakke via tolk ble oppfattet som ubehagelig (Roth et al., 2022, s. 3020).

4.5 Kulturell kompetanse i klinisk praksis

Mollah et al. (2018) sine funn handler om betydningen av kulturell kompetanse i klinisk praksis. Deltakerne understreker betydningen av å ha en kultur som verdsetter mangfold, og hvordan dette kan oppnås ved at ledere demonstrerer verdien av kulturelt mangfold og oppmuntrer alle ansatte, inkludert praktikere, administratorer og støttepersonell. Videre blir det påpekt at opplæring i kulturell kompetanse til alle ansatte er viktig for å institusjonalisere kulturell kompetanse (Mollah et al., 2018, s. 6).

Studien beskriver også betydningen av samarbeid med eksterne organisasjoner og tjenester for å gi best mulig omsorg til pasientene, spesielt fordi innvandrerpasienter ofte har ulike og komplekse behov. For å bryte ned stigma knyttet til psykisk helse og fremme terapeutiske relasjoner, var det også viktig å bygge broer mellom klinikken og det lokale innvandrersamfunnet. Artikkelen understreker imidlertid at ikke alle organisasjoner deltakerne jobbet med, var støttende, og at det var utfordringer knyttet til kulturelt kompetent omsorg, inkludert mangel på ressurser og kolleger med fordomsfulle holdninger. For å utvikle og opprettholde kulturell kompetanse, ble personlig motivasjon og profesjonell motstandskraft identifisert som viktige faktorer (Mollah et al., 2018, s. 7-8).

5.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet vil være todelt, hvor vi presenterer resultatdiskusjon og metodediskusjon. Under «resultatdiskusjon» vil vi utforske funn fra forskning og litteratur, og belyse vår egen forståelse av temaet. I underkapittelet «metodediskusjon» vil vi presentere hvorfor kvalitativ metode har lagt grunnlaget for forskningen brukt i oppgaven, og avsluttes med styrker og svakheter.

5.1 Resultatdiskusjon

Vi har undersøkt hvilke tiltak som bør igangsettes for å ha god kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn. Vi fant syv studier som kan belyse problemstillingen. Vi identifiserte fire forskjellige temaer som kan si noe om hvilke tiltak som er aktuelle: tolk i klinisk praksis, behovet for kulturelt tilpassede helsetjenester, rekruttering av helsepersonell med kulturell bakgrunn og kulturell kompetanse i klinisk praksis.

5.1.1 Tolk i klinisk praksis

Bruken av tolketjenester i klinisk praksis er av stor betydning for å sikre god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser. Likevel er det flere faktorer som påvirker oppfatningen om bruk av tolk, både fra pasienters og helsepersonells perspektiv (Liu et al., 2015; Sandhu et al., 2013; Cross & Bloomer, 2010; Mollah et al., 2018).

Pasienters oppfatninger om bruk av tolk varierer, og det er viktig å forstå og anerkjenne disse forskjellene. Studier viser at pasienter med kinesisk bakgrunn uttrykker et ønske om forbedrede tolketjenester, mens andre pasienter kan ha mistillit til tolken. Psykisk lidelse er et stigmatiserende begrep for flere ikke-vestlige minoritetsgrupper. En studie indikerer at mistillit oppstår dersom tolken kommer fra samme sosiale gruppe eller lokalsamfunn (Sandhu et al., 2013, s. 111). Dette kan henge sammen med hva Øst-afrikanske innvandrere forteller angående psykiske lidelser og dette er nemlig et stigmatiserende begrep som ikke snakkes høyt om. De frykter å bli ekskludert fra egen familie eller etniske fellesskap (Bergsagel, 2023). På den måten kan det oppstå negative konsekvenser hvis tolken er kjent med pasienten eller familiens bakgrunn.

Likevel er etablering av en forbedret tolketjeneste og informasjon til pasienter om tolketjenester nødvendig. Det er en betydelig mangel på kunnskap om tolketjenester blant det kinesiske miljøet i Nederland, hvor denne befolkningsgruppen tradisjonelt har benyttet seg av familiemedlemmer som tolker (Liu et al., 2015, s. 344-355). På en annen side, strider en slik praksis imot Tolkeloven i Norge. Tolkeloven pålegger helsepersonell å informere pasienter om bruk av tolk og aktivt benytte tolketjenester i sin praksis (Larsen, 2011, s. 6). Hovedformålet med denne loven er å sikre at tolkene opprettholder en standard som er faglig forsvarlig (Tolkeloven, 2021, §1). Sykepleiere i Norge har et juridisk ansvar for å utøve omsorg. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven

§3-5 (1999) er helsepersonell pålagt å sikre at pasientene har forstått innholdet og betydningen av den informasjonen de mottar.

Fra helsepersonellens perspektiv er det også ulike synspunkter når det gjelder bruken av tolk. Noen helsepersonell foretrekker å benytte tolk kun i begynnelsen av behandlingen for å etablere en relasjon (Cross & Bloomer, 2010, s. 272-273). Et godt mellommenneskelig forhold er avgjørende for sykepleier-pasient-relasjonen, og det bør ikke undervurderes. Relasjon innebærer å stå i forbindelse med et annet menneske og at vi også påvirkes av den andre personens situasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90). Dette understreker betydningen av å etablere en god relasjon for å bygge tillit, som er fundamentalt for effektiv mellommenneskelig kommunikasjon. Gjennom etablering av tillit kan pasienten åpne seg opp og dele sine utfordringer og sårbarheter med sykepleieren (Eide & Eide, 2017, s. 26). I samme studie fremheves viktigheten av personsentrert kommunikasjon, som innebærer å se det enkelte menneske (s. 16). Andre helsepersonell ser på tolk som en prosess som krever mye tid og ressurser. Dette kan potensielt påvirke kvaliteten på kommunikasjonen og den helhetlige omsorgen som tilbys til pasienter (Cross & Bloomer, 2010; Mollah et al., 2018).

Basert på våre funn angående bruk av tolketjenester og pasientens rett til forståelig kommunikasjon, er det tydelig at dette behovet kanskje ikke blir imøtekommet hos alle pasienter i dag. Dette peker på behovet for implementering av tiltak for å sikre en mer helhetlig tilnærming til tolketjenester og kommunikasjon i klinisk praksis. Det er viktig å erkjenne at manglende tilgang til adekvate tolketjenester kan ha alvorlige konsekvenser for pasienters helse og behandling, spesielt hvis familiemedlemmer blir brukt som tolker (Liu et al., 2015, s. 355). Det er også viktig å understreke at det ofte ikke er etisk forsvarlig å informere familiemedlemmer om pasientens psykiske lidelser, da dette er et stigmatisert tema blant ikke-vestlige minoritetsgrupper (Bergsagel, 2023). Vi synes heller ikke noe om å informere pårørende under 18 år om pasientens psykiske lidelser.

I praksis har vi erfart at tolketjenester blir lite brukt på grunn av manglende opplæring og forståelse rundt bestilling av tolk og prosedyrene knyttet til dette. Derfor er det nødvendig å anerkjenne at ulike pasientgrupper kan ha ulike behov og oppfatninger når det gjelder tolking, og dette krever en kultursensitiv tilnærming for å imøtekomme behovene på en adekvat måte (Liu et al., 2015 & Sandhu et al., 2013). For eksempel tilby opplæring for helsepersonell og informasjon til både helsepersonell og pasienter om viktigheten av tolketjenester. Det er også viktig å utvikle retningslinjer og rutiner som sikrer en konsekvent og effektiv bruk av tolk i klinisk praksis (Larsen, 2011, s.6). Videre, basert på vår erfaring, har vi observert at helsepersonell ofte bestiller tolk før de informerer pasienten. Vi opplever det hensiktsmessig å informere pasienten om bruk av tolk og tilhørende informasjon før man tar i bruk tolketjenester. Dette er for å unngå ubehagelige situasjoner der pasientene opplever at informasjon om deres helse blir eksponert for samfunnet de er en del av. Pasientens rett til brukermedvirkning skal alltid respekteres, og alle avgjørelser bør tas opp med vedkommende først (Helsedirektoratet, 2022).

5.1.2 Rekruttering av helsepersonell med kulturell bakgrunn

Andre studier viser at ansettelse av helsepersonell fra samme kultur kan bidra til å redusere språklige og kulturelle barrierer, spesielt for eldre pasienter. Det kan også skape en tryggere atmosfære for åpenhet om personlige vanskeligheter og bedre

forståelse av kulturelle perspektiver på psykisk helse (Roth et al., 2022; Simkhada et al., 2021; Liu et al., 2015).

Poenget med å iverksette dette tiltaket er å redusere språklige og kulturelle barrierer, og å oppmuntre til åpenhet om personlige vanskeligheter. På en side kan en felles sykdomsforståelse, som er kulturelt betinget, føre til en mer tilpasset behandling for pasienten. En utfordring ved dette tiltaket kan være stigma knyttet til sosiokulturelle oppfatninger om psykisk helse, som også kan påvirke sykepleierens holdninger. Et eksempel på dette kan være anerkjennelse av psykisk helse. Ververda & Ismail (2017, s. 54) undersøkte psykisk helse i den norsk-somaliske kulturen. Det ble funnet ut at innenfor den somaliske kulturen i Norge eksisterer det ikke noen terminologi for psykiske lidelser. Det finnes for eksempel ingen begrep for depresjon, og en person blir heller klassifisert som enten frisk eller gal (Ververda & Ismail, 2017, s. 54).

Psykisk lidelse er altså et stigmatiserende begrep for denne befolkningsgruppen. De frykter ekskludering fra både egen familie og etniske fellesskap, og kan være skeptiske til å åpne seg opp for sykepleiere med lik kulturell bakgrunn. Det kom derimot også frem en utbredt oppfatning om at rasisme kan påvirke behandlingsprosessen, spesielt når det gjelder gruppeterapi der medpasienter fra majoritetsgruppen kan fremme rasistiske holdninger. Noen opplever å være skeptisk til behandlingsmetoden når de ikke ser helsepersonell med annen kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen. Dette skyldes ofte en følelse av å være utenforstående i møte med helsetjenester som er konstruert med utgangspunkt i majoritetskulturen (Bergsagel, 2023). Tiltaket om å ansette helsepersonell med lik kulturell bakgrunn som pasientene er ikke gyldig i alle tilfeller.

I lys av det komplekse landskapet med kulturelle perspektiver og individuelle behov innenfor helsevesenet, er det tydelig at ansettelse av helsepersonell med lik kulturell bakgrunn som pasientene er et tiltak som krever nøye vurdering og tilpasning. Selv om det kan være fordeler med å redusere språklige og kulturelle barrierer, må man også være oppmerksom på stigma og ulike oppfatninger om psykisk helse. For å fremme likeverdige og tilpassede helsetjenester må vi derfor også vektlegge kulturell kompetanse blant helsepersonell, åpenhet for kulturelle forhandlinger og individuell tilpasning av omsorgsprosessen. Dette krever kontinuerlig refleksjon, læring og tilpasning for å sikre at pasientenes behov blir ivaretatt på en adekvat og respektfull måte, uavhengig av deres kulturelle bakgrunn.

5.1.3 Behovet for kulturelt tilpassede helsetjenester og kulturell kompetanse

Kulturelt tilpassede helsetjenester og kulturell kompetanse spiller en essensiell rolle i å sikre effektivt helsetilbud og imøtekomme behovene til ulike kulturelle grupper. Forskningsstudier av Roth et al. (2022), Sandhu et al. (2013), Mollah et al. (2018), Cross & Bloomer (2010) og Wamwawi et al. (2019), har påpekt betydningen av å tilpasse helsetjenestene til pasienters kulturelle behov. Disse funnene understreker behovet for økt kunnskap blant helsepersonell når det gjelder kultur og implementering av strategier som kan møte behovene til en mangfoldig pasientpopulasjon.

Det kommer frem i forskning og litteratur at både helsepersonell og pasienter opplever at informasjonen som gis ikke er kulturelt tilpasset. Et eksempel fra forskningen er at

skriftlig informasjon som gis er skrevet på majoritetsspråket i landet eller engelsk. Hovedfunnet er fokusert på forståelsen av kultur, og at kulturell kompetanse er avgjørende for å yte likeverdige helsetjenester. Når det er sagt er det mennesket som er i hovedfokus, og ikke kulturen (Hanssen, 2016, s. 100). Mollah et al., (2018) gjennomførte en metode som innebar å innhente fakta om ulike skikker i ulike kulturer. Ved å innhente slik fakta kan det bli lettere å forstå pasientens grunnlag for egen sykdomsforståelse. Sykepleiere bør likevel være varsomme for å behandle alle pasienter fra en kultur, eller et land, helt likt. For å skape kulturelt tilpassede helsetjenester er det derfor viktig å finne balansen mellom fagkunnskap, faktaopplysninger og personlig overbevisning. Å sette søkelys på pasientens kultur fremfor pasienten som en person kan derfor bli en barriere for pasientens behandling (Hanssen, 2016, s. 101).

Poenget med å diskutere dette er å belyse hvor viktig det er at kulturelle tilpassede helsetjenester ikke bare setter fokus på sykepleierens egen kjernekompetanse av normer innad i kulturer, men at sykepleieren selv må jobbe med egne holdninger og stereotypier. Mennesker innad i en kultur kan fortsatt være svært ulike, og det kan derfor være vanskelig å spesifikt tilpasse helsetjenestene. Det bør rettes mer fokus på personorientert kommunikasjon for å bygge tillit mellom pasient og sykepleier (Eide & Eide, 2017, s.16).

Et tiltak for å gjøre samarbeidet mellom sykepleier og pasienter mer fruktbart kalles kulturell datasamling (Hanssen, 2016, s. 98). Denne metoden presenteres som en systematisk gjennomgang av pasientens kunnskaper, holdninger og helseatferd, med fokus på å forstå pasientens behov i den sosiokulturelle sammenhengen de befinner seg i (Hanssen, 2016, s. 98). Det bør fokuseres på at datainnsamlingen kan ta lengre tid grunnet kommunikasjonsutfordringer, og tilrettelegge for dette. Sykepleieren må altså hente inn spesifikk informasjon direkte fra pasienten, og kulturelle normer innad i kulturer kan ikke generaliseres.

For å oppnå kulturell kompetanse i møte med flerkulturelle individer, kan modellen "ASKED" av Campinha-Bacotes være til hjelp (Ververda & Ismail, 2017, s. 57). Modellen består av fem punkter som representeres av ordet "ASKED" (awareness, skills, knowledge, encounters, and desire) og gir sykepleiere veiledning i å forstå og forbedre sin kompetanse i møte med pasienter fra ulike kulturer. Det er viktig at sykepleiere er bevisst på kulturell kompetanse for å kunne tilby kvalitetsbehandling og ivareta pasientenes behov på en adekvat og respektfull måte, uavhengig av deres kulturelle bakgrunn (Alpers, 2018, s. 31-32). Kulturell kompetanse innebærer å ha kunnskap om og forståelse av ulike kulturer, samt å utvikle ferdigheter, holdninger og verdier som er nødvendige for effektiv kommunikasjon og omsorg. Dette bidrar til å bygge broer over eventuelle motsetninger og avdekke misoppfatninger. Ved å anvende kulturell datasamling og ta i bruk pasientens egne kunnskaper og holdninger, kan sykepleiere skape en mer helhetlig og individuelt tilpasset omsorgsprosess. Hanssen (2016) legger fokus på kulturelle forhandlinger og legger frem en definisjon beskrevet slik:

“å oversette og behandle kunnskap, veiledning og trossystemer fra en gruppe til en annen”.

(Chalanda 1995, s. 19).

I lys av betydningen av kulturelt tilpassede helsetjenester og kulturell kompetanse for å sikre likeverdig og effektiv behandling av pasienter med ulike kulturelle bakgrunner, er det avgjørende at sykepleiere fortsetter å utvikle sin kunnskap, ferdigheter og holdninger

på dette området (Alpers, 2018, s.31-32). Skal slike forhandlinger lykkes må det som tidligere nevnt legges fokus på pasientens egen sykdomsforståelse, og en kulturell datasamling må ligge til grunn (Hanssen, 2016, s. 98). Det er viktig å anerkjenne at kultur er en kompleks og individuell dimensjon som ikke kan generaliseres, og at det krever en personorientert tilnærming. Pasientens forståelse og forventninger knyttet til sykdom og behandling kan skille seg fra sykepleierens. Behandling og pleie må derfor forklares og begrunnes mer grunnleggende enn ovenfor majoritetsbefolkningen i landet. Igjen bør sykepleieren ha forståelse for at dette kan ta lengre tid, enn når pasient og sykepleier har samme grunnleggende forståelse av kroppens funksjoner og sykdommers opprinnelse (Hanssen, 2016, s. 99).

Ved å lytte til pasientens perspektiv og bygge tillit gjennom respekt for deres kulturelle bakgrunn, kan sykepleiere skape et mer helhetlig og individuelt tilpasset omsorgsforløp. Samtidig er det viktig at sykepleiere kontinuerlig reflekterer over sine egne holdninger og stereotyper, og jobber aktivt med å forbedre sin kulturelle kompetanse. I fremtiden bør det legges vekt på opplæring og bevisstgjøring om kulturell kompetanse i helsevesenet, slik at sykepleiere og annet helsepersonell er rustet til å møte utfordringene som følger med en stadig mer mangfoldig pasientpopulasjon (Mollah et al., 2018, s. 6). Ved å bygge broer over eventuelle motsetninger, avdekke misoppfatninger og implementere kulturelt tilpassede tiltak, kan vi sikre at alle pasienter får tilgang til omsorg og behandling av høy kvalitet, uavhengig av deres kulturelle bakgrunn. I sum er arbeidet med kulturelt tilpassede helsetjenester og kulturell kompetanse en kontinuerlig prosess som krever engasjement, refleksjon og læring. Ved å fortsette å utvikle vår forståelse og evne til å møte pasienters kulturelle behov på en adekvat og respektfull måte, kan vi bidra til å skape et helsevesen som er inkluderende, sensitivt og effektivt for alle.

5.2 Metodediskusjon

Det var hensiktsmessig for oss å finne svar på vår problemstilling gjennom ulike kvalitative forskningsartikler av flere grunner. Pasientgruppen vi undersøker kan ha utfordringer med å tolke spesifikke spørsmål, som brukes i kvantitativ metode, grunnet språkutfordringer. Gjennom arbeidet med oppgaven måtte vi ta i betraktning at målgruppen kan ha utfordringer med å beskrive sin situasjon utfyllende, som for eksempel brukes i kvantitative studier. Vi valgte derfor å utelukke forskning fra denne tilnærmingen.

Ved bruk av en kvalitativ metode får sykepleieren anledning til å gå mer i dybden på pasientenes egne erfaringer og opplevelser. Gjennom kvalitativ metode fikk vi helhetlig inntrykk av pasientens egen forståelse for psykisk helse. Forskingen som er brukt i oppgaven baserte seg på intervjuer og dialog med pasientene. På denne måten kan sykepleiere og pasienter bygge en sterkere relasjon og oppnå tillit.

En styrke med denne litteraturstudien er at alle artiklene er mellom 2013-2022. Da vi i utgangspunktet ikke valgte å avgrense oss for tidsperiode fordi vi tenkte at det var begrenset med forskning om valgt tema. Vi ser også at det er en potensiell svakhet å ikke ha inkludert eldre artikler enn 2013, for å få et bredere historisk perspektiv og vurdere muligheten for å oppdatere litteraturgjennomgangen våres med nyere forskning. Med tanke på at kultur alltid er i endring, men på en annen side så vi for oss at det ikke

hadde vært noen store endringer rundt omsorg for den ikke-vestlige minoritetsgruppen med psykiske lidelser.

En annen styrke med artiklene er at alle syv er kvalitative studier. Vi valgte derfor å bruke Aveyard (2018) sin metode av tematisk analyse for å analysere temaene i resultatkapittelet for videre diskusjon. På den måten blir det en rød tråd gjennom litteraturstudien.

Vi valgte to spesifikke databaser som vi var kjent med fra tidligere og som var anbefalt av skolens bibliotek. Imidlertid kan dette valget betraktes som en potensiell svakhet, da det å utføre søk i flere databaser kunne ha resultert i et bredere utvalg av relevante artikler. Ved å begrense søket til et begrenset antall databaser kan det være en risiko for å gå glipp av relevant forskningslitteratur som ligger utenfor disse databasene. I søket etter artikler rettet mot ikke-vestlige minoritetsgrupper, ble det ikke funnet noen artikler som direkte brukte dette uttrykket. Imidlertid, etter nærmere undersøkelse av den etniske bakgrunnen for de inkluderte deltakerne, ble det observert at de stammet fra ikke-vestlige land. I sykepleiersperspektivet ble ikke-vestlige pasienter diskutert basert på sykepleierens erfaringer, og i pasientperspektivet ble deltakere inkludert med bakgrunn fra ikke-vestlige land. Selv om uttrykket "ikke-vestlig minoritetsgruppe" ikke ble eksplisitt brukt, er det en erkjennelse av at deltakerne og konteksten i studiene er relevant for temaet.

Gjennom skriveprosessen av oppgaven ble det oppnådd betydelig læring. Hvis vi skulle ha gjort oppgaven på nytt, ville vi sannsynligvis vært strengere med bruken av spesifikke søkeord og forsøkt å utvide søket til flere databaser. Dette kunne ha bidratt til et bredere spekter av relevant forskningslitteratur.

5.3 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har vi undersøkt hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn som lider av psykiske lidelser, med spesielt fokus på kommunikasjon. Forskning viser at det finnes variasjoner i hvilke tiltak som kan iverksettes for å best mulig ivareta denne pasientgruppen. For å oppnå en helhetlig tilnærming til tolketjenester i klinisk praksis er det avgjørende å implementere tiltak som opplæring for helsepersonell, utvikling av retningslinjer og rutiner, samt respekt for pasientenes rett til brukermedvirkning. En annen viktig faktor for å redusere språklige og kulturelle barrierer og skape en trygg atmosfære for åpenhet om personlige vanskeligheter, er ansettelse av helsepersonell med lik kulturell bakgrunn som pasientene. Likevel må man være oppmerksom på stigma knyttet til psykisk helse og ulike oppfatninger om dette i ulike kulturer. For å sikre effektivt helsetilbud og imøtekomme behovene til ulike kulturelle grupper er det viktig å iverksette kulturelt tilpassede helsetjenester og utvikle kulturell kompetanse blant helsepersonell. Dette krever en personorientert tilnærming, hvor sykepleiere lytter til pasientens perspektiv, bygger tillit og respekterer deres kulturelle bakgrunn. Våre funn kan bidra til å forstå kompleksiteten rundt kommunikasjon med ikke-vestlige minoritetspasienter som lider av psykiske lidelser. Likevel er det behov for videre forskning på dette temaet for å utdype ytterligere kunnskap og forbedre tilnærmingen til denne pasientgruppen.

Referanser

- Alpers, L.-M. (2018). Sykepleiers kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I J. Debesay, & C. Tschudi-Madsen (Red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 26-43). Gyldendal Akademisk.
- Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. (4. utg.). Open University Press.
- Bergsagel, I. (2023, 3. april). – *Jeg måtte jo finne ut av det selv*. Sykepleien. Hentet 11. mai fra <https://sykepleien.no/2023/04/innvandrere-med-rusproblemer-sliter-med-tilgang-til-helsetjenester>
- Cross, W. M. & Bloomer, M. J. (2010). Extending boundaries: Clinical Communication with culturally and linguistically diverse mental health clients and carers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(4), 268-277. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00667.x>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal.
- Debesay, J., & Tschudi-Madsen, C. (2018). Migrasjonens betydning for profesjonsutøvelse i helsetjenesten. I J. Debesay, & C. Tschudi-Madsen (Red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 11-25). Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforeningen. (u.å.). *Vanlige spørsmål og svar om psykiske lidelser*. Hentet 4. mai 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/om-psykiske-lidelser/sporsmal-og-svar-om-psykiske-lidelser/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Elvestuen, T. (2022, 20. juni). *WHO om psykisk helse i ny rapport: Stort behov og utilstrekkelig respons*. FN-sambandet. Hentet 13. mai 2023 fra <https://www.fn.no/nyheter/who-om-psykisk-helse-i-ny-rapport-stort-behov-og-utilstrekkelig-respons>
- Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 81-103). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Sjekklistor*. Hentet 14. april 2023 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2022, 15. desember). *Brukermedvirkning*. Hentet 12. mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning#brukermedvirkninger-enlovfestetrettighet>
- Isachsen, B. H. (2022, 29. august). *Vil ha større mangfold blant psykologer: - Må erkjennes som et kritisk problem*. Dagens Medisin. Hentet 13. mai fra <https://www.dagensmedisin.no/jobb-og-utdanning-norsk-psykologforening-psykiatri/vil-ha-storre-mangfold-blant-psykologer-ma-erkjennes-som-et-kritisk-problem/276947>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 89-138). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kumar, B. M., Bruun T., Indseth T., Hussaini, L., Labberton, A. S., Ali W. A., Syse, A., Olsen, A. O., Quereshi, S. A., Bærug, A. B. & Straiton M. L. (2022, 26. august). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. Folkehelseinstituttet. Hentet 4. mai 2023 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn>
- Larsen, B.-I. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Helsedirektoratet. Hentet 12. mai fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>
- Liu, C-H., Meeuwesen, L., Wesel, F. V., & Ingleby, D. (2015). Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study. *Transcultural Psychiatry*, 52(3), 331-352. <https://doi.org/10.1177/1363461514557887>
- Mollah, T. N., Antoniadou, J., Laffey, F. I., & Brijnath, B. (2018). How do mental health practitioners operationalise cultural competency in everyday practice? A qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3296-2>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 4. mai fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- NOU 2010:4. (2010). Mangfold og mestring— Flerspråklige barn, unge og voksne i opplæringsystemet. Kunnskapsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2010-7/id606151/?ch=4>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Popovic, Z. (2020). Innvandrerhelse og postmigrasjonsvansker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 17(4), 277-286.
<https://doi.org/10.1111/inm.12622><https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2020-04-0>
- Roth, M., Lahti, M., Lahti, M., Gustafsson, N., Berg, J., Kaitala, E., & Kuosmanen, L. (2022). Non-European immigrants' self-described strategies for mental health promotion and perceptions of Finnish mental health services: A qualitative descriptive analysis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 3016-3023.
<https://doi.org/10.1111/ppc.13096>
- Sandhu, S., Bjerre, N.V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Jensen, N.K., Lamkaddem, M., Puigpinós i Riera, R., Kósa, Z., Wihlman, U., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Priebe, S. (2013). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 105-116. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0528-3>
- Simkhada, B., Vahdaninia, M., vanTeijlingen, E., & Blunt, H. (2021). Cultural issues on accessing mental health services in Nepali and Iranian migrants communities in the UK. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(6), 1610-1619.
<https://doi.org/10.1111/inm.12913>
- Siverts, H. & Johannessen, S. F. (2021, 26. januar). *Kulturrelativisme*. Store norske leksikon. Hentet 4.mai 2023 fra: <https://snl.no/kulturrelativisme>
- Statistisk sentralbyrå. (2023). *Fakta om innvandring*. Hentet 24.april 2023 fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tjernshaugen, A. (2022, 30. mars). *Ikke-vestlig*. Store norske leksikon. Hentet 11.mai 2023 fra <https://snl.no/ikke-vestlig>
- Ververda, J. & Ismail, N. (2017). Har ikke ord for depresjon. *Sykepleien*, 105(1), 54-57.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59772>

Wamwayi, M.O., Cope, V., & Murray, M. (2019). Service gaps related to culturally appropriate mental health care for African immigrants. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1113-1121. <https://doi.org/10.1111/inm.12622>

