



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY 301813 Sykepleie VI-del 2

En verden i endring - Samhandling mellom ikke-vestlige innvandrere og sykepleiere

4434

Veileder: Elisabeth Dahlborg Lyckhage

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Ord:8723

Innlevert Ålesund, 23.05.16

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Elisabeth Dahlborg Lyckhage

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato:

Forord

"The single biggest problem in communication is the illusion that it has taken place".

- George Bernard Shaw (1856-1959)

Sammendrag

Bakgrunn for tema: Sykepleiere opplever i økende grad møte med andre kulturer. Innvandring til Norge har økt med det dobbelte på bare ti år. Dette stiller nye krav til sykepleiere. Menneskers bakgrunn, kultur og erfaringer vil forme oss på mange måter. På samme måte som pasienter med minoritetsbakgrunn er formet av sine omgivelser, er norsk helsepersonell formet av våre omgivelser. Når forventninger og forståelse av helse og sykdom er forskjellig vil dette kunne skape barrierer og utfordringer i samhandling.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse kommunikasjon mellom ikke - vestlige innvandrere og sykepleiere, sett fra et sykeleierperspektiv.

Metode: Systematisk litteraturstudie av åtte forskningsartikler, både kvalitative og kvantitative.

Resultat: Sykepleiere samhandling med pasienter av minoritetsbakgrunn blir ofte preget av egne holdninger. Sykepleiere opplever utfordringer der de mener at pasientens overbevisninger går på bekostning av det de mener er helsemessig riktig. Sykepleiere har generelt for lite kunnskap om andre kulturer, men ønsker videre opplæring.

Konklusjon: Litteraturstudiet konkluderer med at sykepleiere har for liten kunnskap på dette feltet. Dette skaper usikre sykepleiere for en sårbar pasientgruppe. Det er et behov for mer undervisning om interkulturell kompetanse i grunnutdanningen, og hjelpemidler på arbeidsplasser. Samtidig må sykepleiere innse at alle situasjoner er ulike, noe som gjør det umulig å forberede seg på enhver situasjon og krever at sykepleiere må være sensitive, oppmerksomme og behandle hver pasient individuelt.

Nøkkelord: kulturell kompetanse, sykepleier, kommunikasjon, samhandling, pasient av minoritetsbakgrunn.

Background: Meetings between nurses and other cultures are increasing. During the last ten years the immigration to Norway has doubled. This means new challenges for the nurse. Peoples background, culture and experiences will shape us in many ways. In the same way patients from minority backgrounds are shaped by their environments, the norwegian healthcare personell are shaped by theirs. When expectations and understandings regarding health and diseases are different, it might cause barriers to be built and challenges regarding good interaction.

Purpose: The purpose of this study is to illuminate communication between non-western immigrants and nurses, seen from a nurses perspective.

Method: Systematic literature study of 8 research articles, both qualitative and quantitative.

Result: The nurses interaction with patients from a minority background are often shaped by their own presuppositions and attitudes. The nurse faces challenges when they experience that the patients convictions weighs heavier than what is medically sound. On a general level nurses have too little knowledge about other cultures, but they are willing to learn.

Conclusion: The literature study concludes with the fact that nurses have too little knowledge in this specific area - which results in insecure nurses working with a vulnerable group of patients. There is a need for more focus on intercultural competence in the primary education, as well as tools to help in the workplace. While this is true, the nurse also has to realise that every situation is unique in its own way, which makes it impossible to prepare for every single possible situation. This means that the nurse needs to be sensitive, alert and treat every patient individually.

Keywords: cultural competence, nurse, communication, interaction, ethnic minority patient.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstillingen	2
1.3 Hensikt med studien	2
1.4 Sentrale begreper	2
1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling	3
1.6 Oppgavens disposisjon.....	3
2. Teoribakgrunn.....	4
2.1 Innvandrere i helsetjenesten.....	4
2.2 Helseforståelse	4
2.2.1 Hälsolitteracitet.....	5
2.3 Kulturell kompetanse.....	5
2.3.1 Madeleine Leininger.....	5
2.4 Samhandling	5
2.4.1 Kategorisering og stereotyper	6
2.5 Kommunikasjon.....	7
2.5.1 Tolk.....	7
3. Metodebeskrivelse	10
3.1 Litteratursøk og datainnsamling.....	10
3.1.1 PICO-skjema.....	11
3.1.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	11
3.1.3 Databasesøk.....	12
3.2 Kvalitetsvurdering.....	13
3.3 Etske hensyn.....	13
3.4 Analyse	14
3.2.1 Nøkkelfunn:.....	15
4. Resultat	16
4.1 Kultur.....	16
4.1.1 Kulturelt tilpasset pleie.....	16
4.1.2 Fordommer	17
4.1.3 Smerteuttrykk.....	17
4.2 Språk.....	18

4.2.1 Språkbarrierer kan gi mangelfull informasjon	18
4.2.2 Kommunikasjonsverktøy	18
4.2.3 Bruk av tolk.....	18
4.3 Kunnskap	19
4.3.1 Ønske om mer informasjon	19
4.3.2 Læringsmetoder	19
5. Diskusjon	21
5.1 Metodediskusjon	21
5.2 Resultatdiskusjon	22
5.2.1 Kultur.....	22
5.2.2 Språk og kommunikasjon	24
5.2.3 Kulturell kompetanse.....	25
6. Konklusjon	28
7. Litteraturliste.....	29
Vedlegg 1: Søkehistorikk.....	1
Vedlegg 2: Litteraturmatriser.....	4

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleiere opplever trolig å arbeide med mennesker av minoritetsbakgrunner. Dette kan være besøkende, asylsøkere eller nye landsmenn (Hanssen, 2005, s. 15). I følge Statistisk sentralbyrå (2015) kom det i 2014 hele 70 030 innvandrere til Norge. Dette er nesten dobbelt så mange som for ti år siden, da var tallet 36 481. Av disse 70 030 menneskene er 22 342 fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS og 47 092 fra EU/EØS, USA, Canada, Australia og New Zealand, 538 er statsløse og 58 er uoppgitte. I 2015 var det i landet i alt 669 000 innvandrere, dette utgjorde 13 prosent av befolkningen. I tillegg er det 2,6 prosent andre generasjons innvandrere, norskfødte med innvandrerforeldre. I følge Østby og Ertsvåg (2005, s. 4) må vi ta konsekvensene av denne stadige utviklingen av vårt flerkulturelle samfunn.

Uansett har vi som helsepersonell, og vil i økende grad ha nytte av innsikt i andre kulturer og hvordan vi på best mulig måte kan tilby helhetlig pleie gjennom god samhandling.

Arbeidet med pasienter fra ulike land kan by på andre utfordringer enn når man jobber med etnisk norske pasienter. De grunnleggende behovene og behovene for behandling kan ofte være de samme på tvers av kulturer mens måten man forholder seg til, og ser på sykdommen kan være veldig ulik. Pasienters kultur, oppdragelse, historier og erfaringer vil være med å farge deres behov og forventninger. Hanssen (2005, s. 26) beskriver mennesket som tredelt; "kroppen", "selvet" og "det sosiale vesenet". Tankene vi har om disse tre delene vil variere fra land til land, og også innenfor landegrensene. Spesielt kan vi se at oppfatningen av sykdom og hvordan sykdom oppstår vil variere mellom landegrensene. Hva som har påvirket denne oppfatningen vil ha sterk sammenheng med utdanning, kulturell bakgrunn, personlige erfaringer og trossyn. På samme måte som pasienter fra andre kulturer vil være påvirket i ulike retninger, vil også norske sykepleiere og annet helsepersonell være påvirket i sitt syn på helse og sykdom. Dette kan føre til at sykepleiere føler seg usikre i samhandlingen med denne gruppen pasienter og at pasientene kjenner på at de ikke blir sett, hørt eller forstått (Hanssen, 2005, s. 15, 26 - 27, 41).

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleier bidra til god samhandling med ikke - vestlige innvandrere ved sykehus?

Jeg vil gjøre dette ved å samle erfaringer og kunnskap gjennom relevante studier, avdekke utfordringer og mangler for å kunne sette søkelyset på gode strategier og "nøkler" som kan være til hjelp i praksis.

1.3 Hensikt med studien

Hensikten med studien er å belyse kommunikasjon mellom ikke - vestlige innvandrere og sykepleiere, sett fra et sykepleierperspektiv.

1.4 Sentrale begreper

Relasjon kommer av det latinske ordet *relatio* som betyr nærvær mellom to gjenstander. Begrepet brukes gjerne om forhold eller forbindelse mellom mennesker (Eide og Eide, 2012, s.17).

Tolk er en person som gjengir på et annet språk det en person sier til en eller flere andre (Maciel, 2014).

Innvandrere er en person som flyttet fra et land til et annet med hensikt i å bosette seg permanent i det nye landet (Tønnessen, 2015).

Ikke-vestlige innvandrere er en innvandrere fra et ikke-vestlig land som omfatter følgende geografiske områder: Øst-Europa (før «jernetpeppets» fall), Asia (inkludert Tyrkia), Afrika, Asia og Sør- og Mellom-Amerika (Blom, 2006).

Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *comunicare* og betyr å ha forbindelse med, å delaktiggjøre noen andre i, å gjøre noe felles. Kommunikasjon er meningsfylte tegn som utvekslet mellom to eller flere parter (Eide og Eide, 2012, s.17).

Samhandling er vekselvirkende samspill eller handling mellom to eller flere personer (Noack, 2014).

Kulturell kompetanse er å ha kulturell bevissthet og sensitivitet, for å kunne arbeide effektivt og hensiktsmessig for å møte minoritetsbefolkningens behov (Kunningham mfl, 2002, referert i Viken og Magelessen, 2010, s.68).

1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling

For at jeg skal kunne gå i dybden i den aktuelle problemstillingen, er det nødvendig å presisere oppgaven for at den ikke skal bli for omfattende. Det vil alltid kunne være flere sider og aspekter innenfor den valgte problemstillingen. En avgrensning vil derfor gjøre oppgavens hensikt tydeligere (Forsberg og Wengstrøm, 2012, s. 70). I oppgaven fokuserer jeg kun på samhandlingen mellom pasient og sykepleier, og utelukker da annet helsepersonell. Jeg henter informasjon fra studier som i hovudsak foregår i et sykehusmiljø og ikke i primærhelsetjeneste eller pasientens hjem. For ikke å gå for dypt i detaljer tar jeg utgangspunkt i den "generelle pasienten" og deler derfor ikke opp i kjønn eller aldersgrupper. Jeg vil fokusere på samhandlingen sykepleiere har med ikke-vestlige innvandrere. Videre i teksten vil jeg likevel bruke litteratur om fremmedspråklige, fremmedkulturelle og pasienter med minoritetsbakgrunn. Dette begrunner jeg i at ikke-vestlige innvandrere i de fleste tilfeller er fremmedspråklige, fremmedkulturelle og av minoritetsbakgrunn.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i 6 deler i tillegg til litteraturliste som blir den 7. delen. I del 1 kommer en innledning med presentasjon av problemstilling med bakgrunn og avgrensning. I tillegg kommer en definering av begrep som vil bli brukt senere i oppgaven. Videre besvares oppgaven med fremlagt relevant teori i del 2. Del 3 er en metodedel hvor det blir gjort rede for innsamling av forskning, og analyse av funn blir fremlagt i del 4. Til slutt drøftes funnene opp mot teori i del 5, og munner ut i en konklusjon i del 6.

2. Teoribakgrunn

I del to vil jeg legge fram relevant teori som et fundament for resten av studiet.

2.1 Innvandrere i helsetjenesten

Å jobbe med innvandrere kan være svært berikende og engasjerende. Vi kan lære mye om andre kulturer og levemåter. Men det kan også være svært utfordrende. Brunvatne (2006, s. 53) oppfordrer da til godt samarbeid og støtte mellom kolleger, og i mer utfordrende situasjoner vil det kunne være nødvendig med kvalifisert og jevnlig veiledning for helsepersonellet.

For å fremme et godt samarbeid med pasienten burde en sykepleier i første omgang akseptere og innse de eventuelle ulikhetene dem i mellom. Videre er det viktig at sykepleier respekterer pasientens holdninger og synspunkter, samtidig som man ikke nødvendigvis er enig (Hanssen, 2005, s. 42). I følge Per Bjørn Rekdal (2005, s. 28) må vi alminneliggjøre kunnskap om andre kulturer og kulturhistorier for å kunne akseptere det flerkulturelle samfunnet som normalt.

2.2 Helseforståelse

I følge forskere som Monsivais og McNeill (2007), More og Butow (2004) og Smedley (mfl., 2003) får ikke pasienter med minoritetsbakgrunn like god kvalitet på sin pleie som resten av befolkningen (Hanssen, 2013, s. 10). Dias (mfl. 2012, s. 2) hevder at forskjellen på behandlingskvaliteten kan settes i sammenheng med forventninger sykepleiere og pasienter har til omsorg, noe som vil være farget av deres kulturelle bakgrunn, holdninger og oppfatninger. Forståelsen av helse kan være ganske variert fra kultur til kultur. For sykepleieren vil det være nødvendig for å oppnå en god pleie at hun/han setter seg inn i den enkelte pasients forståelse av sammenheng mellom kropp og sykdom (Skytte, 2008, s. 92). I følge Hanssen (2013, s. 10) vil helsevesnets system være bygget opp rundt den kultur religion og overbevisning som finnes i det enkelte samfunnet. Dette vil igjen påvirke etiologi, altså læren om sykdommens opphav, og valget av behandlingsmetode som for eksempel benyttes ved et sykehus. Eksempelvis vil smertens åndelige og psykososiale sider til den enkelte pasienten, kunne overskygge annen kunnskap og erfaringer sykepleieren måtte sitte med (Barkwell, 2005, s. 457).

2.2.1 Hälsoletteracitet

Helseforståelse er godt beskrevet i et nyere svensk begrep; hälsolitteracitet. Dette er noe man behøver for å kunne vurdere kritisk, innhente, ta til seg og forstå informasjon om helse, kunne anvende kunnskap og være med å fremme egen helse. Nytt av hälsolitteracitet er å fremme autonomi slik at pasienter selv kan være med å ta beslutninger, og på sikt være med å utjevne sosiale ulikheter. Som helsepersonell er det viktig å være bevisst at graden av hälsolitteracitet kan variere i forhold til pasientens helsesituasjon, kultur og livssituasjon (Mårtenssån, 2013).

2.3 Kulturell kompetanse

Kulturer vil stadig endre seg. Om vi som sykepleiere hele tiden skal holde oss oppdaterte på ulike kulturer i en travel hverdag vil man fort kunne føle seg lammet over å skulle sette seg inn i hver enkelt pasients situasjon (Kai mfl., 2007, referert i Viken og Magelessen, 2010, s.68). Qureshi (2009) mener at kulturell sensitivitet og bevissthet overskygger generell kunnskap om ulike kulturer. I hver enkelt situasjon må sykepleieren trekke ut hva som er kulturbetinget, hva som er allmennmenneskelig og hva som er individuelt (Qureshi, 2009, referert i Viken og Magelessen, 2010, s.68).

2.3.1 Madeleine Leininger

Madeleine Leininger er en kjent sykepleier og antropolog. På 1950 tallet utviklet hun en modell kalt "Cultural Care Theory". I teorien legger hun vekt på at det både finnes likheter og ulikheter på tvers av folkegrupper og at vi må forstå disse for å kunne gi den beste behandlingen. Leininger mener at sykepleiere burde ha et innblikk i ulike kulturers syn på sykdom og helse, ved å sette seg inn i ulike kulturers økonomiske, sosiale, juridiske og tekniske aspekter for å kunne vurdere og tilpasse pleie til den enkelte pasienten. Denne teorien er i stor grad nyttig for sykepleiere. Den flytter fokuset fra at mennesker er et medlem av en fastlagt kulturell gruppe, som har like holdninger, tankesett og meninger, til det selvstendige individet, maktforskjeller og brukermedvirkning (Leinger, 1995, 2001, referert i Viken, B. og Magelessen, R., 2010, s.68).

2.4 Samhandling

Som regel er samhandling direkte kommunikasjon, men det trenger ikke bare å være i form av ord. Samhandling kan også være berøring, mimikk eller annen nonverbal kommunikasjon. Dette er et samspill mellom to eller flere tilstedeværende personer, men

det er ikke en nødvendighet at alle partene er likestilt. En part kan være den aktive mens den andre tar i mot (Noack, 2014).

2.4.1 Kategorisering og stereotyper

Å kategorisere mennesker ut i fra stereotyper kan både være til hjelp og nytte i samarbeid med pasienter, og det kan komme til å skade samhandlingen. Dahl (2006, s.25) forklarer stereotyper som en antagelse om en sosial gruppe. Disse antagelsene trenger ikke være sanne, de trenger heller ikke være direkte observert men gitt via andre. Stereotyper kan komme oss til nytte i møtet med en ukjent situasjon om vi bruker de bevisst. Når vi senere får mer informasjon, oppdager vi enkeltmennesket med sine preferanser og avvik, som gjør at vi ikke lenger handler etter stereotyper. Stereotyper vil være destruktivt om vi bruker de ubevisst eller ikke tar hensyn til individuelle ulikheter. I motsetning til fordommer som ikke så lett modifiseres, skal stereotyper også endres fortløpende når ny informasjon læres (Dahl, 2006, s.26 - 27).

Personer med etnosentrisk oppfatning setter seg selv eller sin gruppe og sine meninger som sentrum og det eneste rette. Motsetningen til etnosentrisme er kulturrelativisme. Med dette perspektivet er ikke vår egen livsførsel eller meninger noen standard, vi må dermed se ting ut i fra den andres perspektiv, noe som er svært nødvendig i interkulturell kommunikasjon (Dahl, 2006, s.28). Likevel hevder Dahl (2006, s.29) at et kulturrelativistisk syn alene ikke er heldig i praksis. Vi kan komme i situasjoner hvor vi må ta stilling til hva som er rett og galt. Om vi har et kulturrelativistisk syn alene, vil vi kunne forsvare at handlinger som for eksempel kvinnelig kjønnslemlestelse eller misshandling er rimelig med bakgrunn i at handlingene var fornuftig for de som utførte de. Alt blir altså relativt.

I samhandling med mennesker fra andre kulturer er det derfor viktig å se holdninger og utsagn ut i fra den andres perspektiv samtidig som vi ivaretar egne verdier og normer. Vi vil aldri kunne være helt verdinøytrale i møte med andre mennesker og det vil som sagt heller ikke være riktig. Det er derfor viktigere at vi er bevisste våre kulturelle og moralske verdier og holdninger.

2.5 Kommunikasjon

En persons verdier og normer vil være med å farge og påvirke hvordan man tolker ord, tegn og handlinger. Oppvekst, livssituasjon og kultur har vært med å forme disse verdiene og normene gjennom en lang sosialiseringssprosess, som gjør at de ikke lenger er bevisste for oss. Kommunikasjon kan ofte være uproblematisk i samhandling med likesinnede mennesker. I kjente miljøer og situasjoner kan vi dermed leve på en slags autopilot. Samtidig er det naturligvis ikke to som har akkurat den samme "bagasjen". Samfunnet vi lever i vil stadig endre seg og ulike kulturer møtes. Det er når vi glemmer dette, og antar at vår egen tankerekke og handlingsmønster er selvsagt, at det kan oppstå svikt i kommunikasjonen. I nye og ukjente miljøer må vi derfor koble ut denne "autopiloten" og over på manuell styring, noe som krever mer av oss (Dahl, 2006, s. 20 - 25).

Profesjonell kommunikasjon endrer seg noe fra dagligdags kommunikasjon. I arbeidslivet kommuniserer vi som yrkesutøvere og ikke som privatpersoner. Helsefaglig kommunikasjon burde i følge Eide og Eide (2012, s.18) alltid være hjelpende. Både faglig velbegrunnet og til hjelp for andre.

Språkbarrieren kan være det første hinderet man står ovenfor i kommunikasjon mellom sykepleier og en pasient med innvandrerbakgrunn. Men i mange tilfeller vil ikke bare felles ord være godt nok for en optimal kommunikasjon. I noen språk kan man for eksempel ha samme ord om flere ting eller betydningen kan være påvirket av hvilken sammenheng det blir brukt i (Hanssen, 2013, s 10).

I samarbeid med pasienter med minoritetsbakgrunn kan det være nødvendig med en mer utdypende og detaljert informasjon angående pleien som skal utføres. Itillegg må informasjonen også skreddersyes til den enkelte pasienten (Muircroft mfl., 2010, s. 119, referert i Hanssen, 2013, s. 12).

2.5.1 Tolk

For å kunne utføre helsetjenester på en forsvarlig måte har vi som ansatte i en offentlig tjeneste plikt og behov for bruk av tolk i situasjoner hvor pasienten er minoritetsspråklig. Nødvendigheten av tolk vil samtidig gå andre veien ved at pasienter som ikke forstår eller snakker norsk har krav på tilgang til informasjon og tjenester på lik linje med resten av befolkningen (Jareg og Pettersen, 2006). Å tolke handler like mye om å videreføre et

budskap fra en person til en annen og ikke bare en rekke med ord. Budskapet må fortolkes på en slik måte at mottakeren får den samme betydningen som det senderen vil gi (Hanssen, 2005, s 61).

En artikkel fra Statistisk Sentralbyrå (Lunde og Texmon, 2013, s. 45) som også var nevnt i innledningen, står det om utfordringer ved språkbarrierer. Norske leger, og jeg vil tenke at det samme gjelder for sykepleiere, hevder at språkvanskene blant innvandrere øker rissikoen for feildiagnostisering og feilbehandling.

Helsearbeidre kan ofte slurve i bruken av tolk. Og i følge Hanssen (2013, s. 12) er de mest brukt i samtaler med lege. Å bestille profesjonell tolk kan ofte ta tid og det kan virke lettvindt å heller bruke familiemedlemmer eller kolleger. Dette er dessverre som regel ikke tilfredsstillende. Tolkere bør både beherske tolketeknikk og medisinsk terminologi. Ved bruk av uprofesjonell tolk ender det ofte i frustrasjon eller man kan få langt mer alvorlige konsekvenser, enn ved bruk av profesjonell tolk. Selv om det brukes tid på å skaffe tolk, vil man ofte spare inn igjen tiden ved at kommunikasjonen går lettere og pasienten får hjelp til det aktuelle problemet (Brunvatne, 2006, s. 55-56). For å spare tid kan man heller ha pasientjournal der det er notert pasientens språk og behov for tolk lett tilgjengelig og lister over nummer til lokale tolkere og tolkefirmaer.

Det finnes tre typer tolk, tilstedetolk, telefontolk og skjermtolk. Tilstedetolk er vanligvis det beste, men det er også det dyreste og i noen situasjoner ønsker pasienten av diskresjonsårsaker at man benytter telefontolk fra et annet sted av landet. Telefontolk kan også være lettere og raskere å få tak i, men det kreves at sykehuset skaffer gode høyttalere. Skjermtolk kan ta med seg det gode fra de to sistnevnte men kan virke negativt om pleier og pasient kommuniserer mer med skjermen enn hverandre (Brunvatne, 2006, s.58).

Hensyn en må ta ved bruk av tolk er at pasienten aksepterer tolken. Brunvatne (2006) sier at hennes erfaringer tilsier at det er lurt å lytte til pasientens ønsker. I situasjoner hvor tolk og pasient kommer fra etniske grupper med en fiendtlig historie kan det bli vanskelig med et godt samarbeid, på tross av at tolken arbeider profesjonelt. Andre omstendigheter kan være i overgrepssaker eller ved gynekologiske problemer hvor man burde ta hensyn til kjønn (Brunvatne, 2006, s.59).

Som sagt blir det ofte benyttet familiemedlemmer som tolk. Noe som kan være problematisk med uprofesjonelle tolker kan være at de mangler dekkende kunnskap om hvordan systemet i det norske helsevesenet fungerer, og/ eller at de kan være uenig i hvilke detaljer som er nødvendig eller passende å oversette (Spence 1999; Hanssen, 2002, 2005, 2010, referert i Hanssen, 2013, s. 12).

2.5.1.1 Lovverk som regulerer bruk av tolk

FNs rasediskrimineringskonvensjon fra 1965 handler om avskaffelse av alle former for rasediskriminering. Blant annet Norge bandt seg til denne avtalen. Dette innebærer at landet har en politikk som opphever en hver form for forskjellsbehandling, noe bruk av tolk kan være med å fremme (Jareg og Pettersen, 2006).

I følge forvaltningsloven (1967, § 11) har alle forvaltningsorganer i stat og kommune veiledningsplikt. Dette betyr at parten som skal bli gitt informasjonen får dette på et språk de forstår.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) plikter oss også til bruk av tolk. I § 3-1 står det at pasienten har rett til å kunne påvirke sin behandling. I § 3-2 står det at pasienten har rett på den informasjonen som er nødvendig for å få en oversikt over sin tilstand, den helsehjelpen som blir gitt og mulige bivirkninger eller risikoer ved behandlingen. I § 3-5 står det om informasjonens form. Dette skal sikre at pasienten faktisk mottar og forstår innholdet i informasjonen som blir gitt. Dette blir også underbygget i

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) i § 3-11. Pasient- og brukerrettighetsloven sikrer at det er helsepersonellet sitt ansvar at pasient og bruker har mottatt og forstått informasjonen som blir gitt, noe som presiserer at det er vårt ansvar å skaffe tolk, ikke pasientens.

3. Metodebeskrivelse

En metode er noe vi i denne sammenhengen benytter oss av for å finne svar på en utvalgt problemstilling. Dalland (2012, s. 111) beskriver metode som et redskap vi benytter oss av for å innhente og etterprøve kunnskap. I følge Forsberg og Wengstrøm er en litteraturstudie en samling av data fra allerede utførte erfaringsbaserte studier, som er satt sammen til en helhet. Formålet er å finne relevant forskning som kan ligge til grunn for forbedringer i klinisk virksomhet. Det finnes ingen regler for hvor mange studier som burde inkluderes i en litteraturstudie. Det mest gunstige er selvfølgelig å inkludere all relevant forskning innenfor det bestemte temaet, men av praktiske grunner er ikke dette bestandig mulig (Forsberg og Wengstrøm 2013, s.30). Denne studien vil i hovudsak være basert på 8 forskningsartikler, og jeg vil bruke stegene beskrevet av Forsberg og Wegstrøm (2013, s. 31-32) for en god litteraturstudie.

3.1 Litteratursøk og datainnsamling

For å finne gode søkeord benyttet jeg meg av PICO metoden. Forkortelsen beskriver ulike punkt som til sammen utgjør et skjema som jeg fylte ut basert på problemstillingen. Dette hjalp meg til å se hvilke ord jeg kunne benytte i søkeprosessen. Kontrollgruppe punktet (C) ble ikke benyttet, siden jeg ikke mente dette var vesentlig i denne sammenhengen. AND og OR forklarer hvordan jeg benyttet søkeordene i sammenheng med hverandre. (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s.70,71). Dette vil også beskrives bedre videre i teksten.

P: Pasient/population (hvem)

Sykepleier/pasient

I: Intervention (hva)

Samhandling

C:Control (kontrollgruppe)

O: Outcome (utfall/resultat)

Utfordringer

3.1.1 PICO-skjema

Hvem	Hva	Kontrollgruppe	Utfall/Resultat	
Sykepleier/pasient	Samhandling		Utfordringer	O R
<ul style="list-style-type: none"> • Nurse • Hospital nurse • Non-western immigrant • Ethnic minority patients • Immigrant patients • Hospital patients • Ethnic minoritys 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication • Intercultural communication • Patient-provider communication • Transcultural nursing • Cross-cultural communicatoin • Nurse communication • Culturally competent nursing care 		<ul style="list-style-type: none"> • Barriers • Nurse education • Challenges • Negative emotions • Culturally competent • Barriers in communication • Culturale barriers 	
AND				

3.1.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å lettere kunne finne akkurat det jeg var ute etter, satte jeg opp noen kriterier som ville spesifisere søkene.

Inklusjonskriterier:

Studien må være fra 2008 eller nyere.

Artiklene må ha en IMRAD struktur.

Artikelen skal være sykepleierfaglig forankret.

Artiklene må være referebedømt.

Artiklene må ha publiseringsnivå 1 eller 2.

Artiklene må være etisk vurdert.

Studien skal være fra et sykepleierperspektiv.

Eksklusjonskriterier:

Studien skal ikke ha et pasient eller pårørendeperspektiv.

Studien kan ikke være eldre enn fra 2008.

Studien skal ikke være utført i et ikke-vestlig land.

3.1.3 Databasesøk

Jeg prøvde meg litt fram med ulike databaser, men i hovudsak var det Science Direct og CINAHL som ble brukt. Jeg valgte CINAHL av den grunn at jeg har gjennomgått et kurs for søk ved denne monitoren. Science Direct ble valgt fordi den hadde ett ryddigt søkefelt og det var lett å finne fram på siden. I søkeprosessen benyttet jeg meg av ordene jeg satte inn i PICO skjemaet. Jeg fant også nye ord underveis i søkeprosessen under "keywords" i artikkler jeg hadde plukket ut og ordsamensettinger som kom som forslag i søkefeltet. Det var mulig å velge flere søkeord ved hjelp av de boolske søkeoperatørene AND eller OR i søkefeltet. OR gav et videre søk, man finner da artikkler som inneholder et av søkeordene. Jeg fant det derfor lettere å presisere søket ved å velge AND. Ved å velge AND søkte jeg på artikkler som inneholdt begge eller alle tre av søkeordene jeg brukte. Jeg prøvde i hovudsak å velge ord fra ulike kolonner i PICO skjemaet med AND som bindeledd. Jeg avgrenset søkene mine ved å velge artikkler som var nyere enn fra 2008, de måtte være på engelsk og de måtte være forskningsartikler. I tillegg avgrenset jeg i noen tilfeller etter geografi, emner og "Publication title", for å få et spissere søk. For å plukke ut artikkler leste jeg først tittelen, om tittelen var av interesse, leste jeg "Abstract". Etter søk i databaser satt jeg med 15 artikkler ser jeg leste hele teksten. Deretter plukket jeg ut de 8 beste, som kunne belyse problemstillingen fra ulike vinkler, og inneholdt faktorer som ville være med å kunne trekke en konklusjon av studien.

Det har lenge vært store uenigheter om den kvantitative eller den kvalitative forskningen er best. Mens den kvantitative forskningen baseres på at virkeligheten finnes utenfor og fritt fra individet, baseres den kvalitative forskningen på at virkeligheten er sosialt konstruert og avhengig av individet. Det er nå en enighet i at det er forskningsspørsmålet som må avgjøre hvilken metode som vil være best. Innenfor mitt søkefelt fant jeg gode artikkler i hovudsak fra kvalitativ forskningsmetode. Ved å inkludere begge deler vil temaet bli belyst fra ulike vinkler (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 56-57). Denne studien vil baseres på kvalitativ og noe kvantitativ forskning.

Søkehistorikk vil komme som vedlegg 1.

3.2 Kvalitetsvurdering

For å vurdere kvaliteten av forskningen som jeg benyttet i min litteraturstudie, var et av kriteriene at de måtte være publisert i et tidsskrift med krediteringsnivå 1 eller 2 i NSD (Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste). Ved at artikkene er i NSD sin Database for statistikk om høyere utdanning, betyr at de også er fagfellevurdert. Dette sjekket jeg før jeg plukket ut de 15 mest relevante artikkene.

Det at artikkelen jeg bruker ikke er for gammel vil være med å styrke evidensen til forskningen (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 116). Når jeg søkte på artikler valgte jeg derfor å begrense søket til forskning som var nyere enn fra 2008. 2 av de 15 artikkene jeg først hadde plukket var eldre enn dette, og de ble derfor ekskludert.

Problemstillingen min er vinklet fra et sykepleiefaglig perspektiv, innenfor sykehusets vegger. 4 av de 15 artiklene ble ekskludert fordi de ble vinklet fra legers perspektiv, hadde utgangspunkt i primærhelsetjenesten eller hjemmetjenesten, eller at det var snakk om kommunikasjon mellom sykepleiere og ikke mellom sykepleier og pasient. Jeg har allikevel gjort noen unntak. En av artiklene jeg har inkludert i studiet blir utført av sykepleiere i hjemmetjenesten. Jeg mener at denne var relevant fordi den er ny, den er fra Norge og den belyser godt samhandling mellom sykepleiere og minoritetsbefolkningen. En annen artikkel omhandler konsultasjoner med leger. Denne artikkelen er også norsk og belyser nyttige faktorer som påvirker samhandling ved språkbarrierer. I andre artikler igjen, kan arbeidsplass være udefinert eller at studien består av både sykepleiere og annet helsepersonell. Jeg har inkludert disse studiene fordi de kommer med relevant kunnskap som vil bli presentert senere i oppgaven (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 115-116).

3.3 Etiske hensyn

I en litteraturstudie er det krav om at studiene som inkluderes er godkjent av Etisk komité. Alle de 8 artikkene som er inkludert i studien er derfor sjekket for dette og alle studiene opplyser om at informasjon er anonymisert.

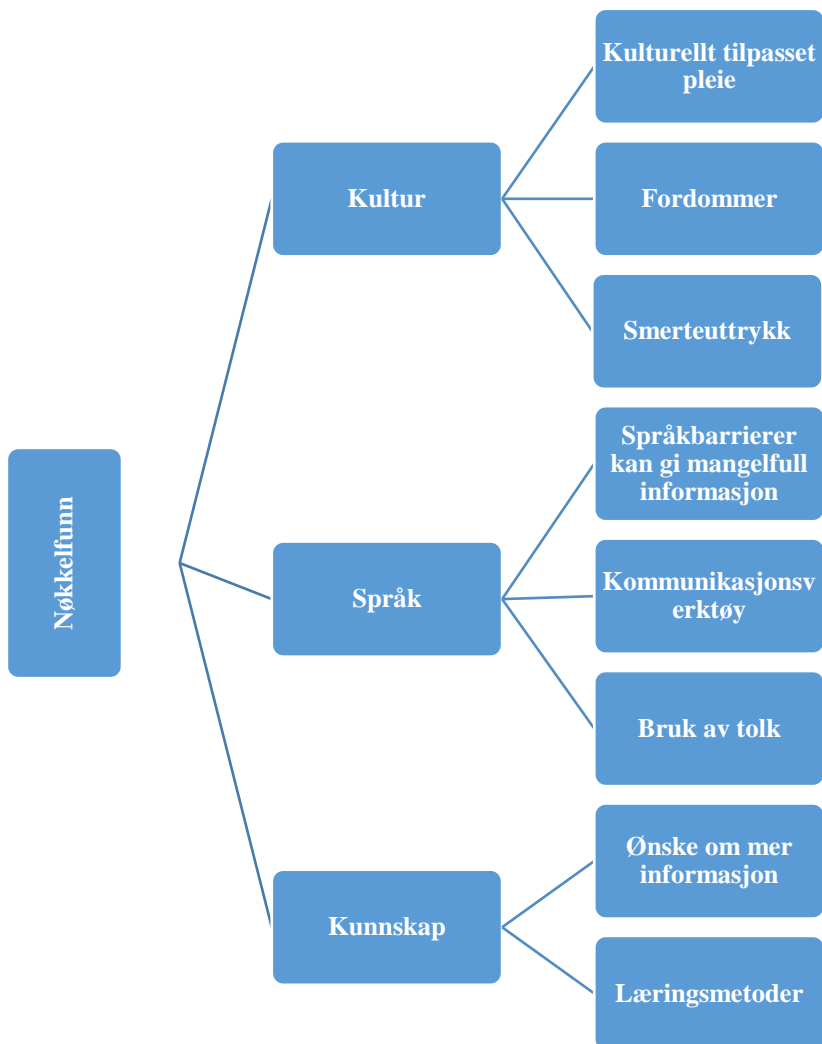
Det vil være etisk riktig å inkludere artikler som har ulike syn på spørsmålet jeg jobber med. Jeg har derfor ikke lagt noen føringer med tanke på syn i søkene (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 69-70).

3.4 Analyse

Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 166) beskriver analyse som å dele opp forskningen i mindre deler og granske de hver for seg, for deretter å sette funnene sammen til en syntese. Jeg benyttet meg av stegene for en systematisk litteraturoversikt. I denne type analyse kan jeg ta i bruk studier av både kvalitative og kvantitative metoder (Friberg, 2012, s 134).

Det første jeg gjorde var å sette meg godt inn i de 8 tekstene hver for seg. Jeg gjorde dette ved å lese gjennom tekstene flere ganger og satte artikkene inn i litteraturmatriser som vil komme som vedlegg 2. Det neste jeg gjorde var å beskrive hva de enkelte tekstene handlet om og trakk ut relevant funn. Deretter prøvde jeg å sette funnene inn under tre hovedtemaer som gjentok seg i alle artikkene. Jeg gjorde dette ved å bruke fargekoder som jeg uthevet den delen av teksten som omhandlet et spesielt tema. Til slutt satte jeg de uthevede funnene sammen til et enkelt dokument som inneholdt hovedfunn i tre kategorier (Friberg, 2012, s.140 - 142).

3.2.1 Nøkkelfunn:



4. Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere de tre hovedgruppene av nøkkelfunn.

4.1 Kultur

Sykepleiere erfarer at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, har en annen sosial og kulturell væremåte enn andre pasienter (Nielsen og Birkelund, 2009, s. 434), samt en annen måte å forholde seg til og se på sykdom og helse (Alpers og Hanssen, 2014, s. 1001).

4.1.1 Kulturelt tilpasset pleie

I samhandling med pasienter og pårørende fra ulike kulturer, kan det oppstå misforståelser og uenigheter i forhold til pleie (Debesay mfl., 2014, s. 2111). Mennesker fra land utenfor den vestlige delen av verden kan ofte ha et annerledes og mer kollektivistisk syn enn det som er typisk for den vestlige delen av verden. Et eksempel på dette er at familiene til pasienten blir involvert på en helt annen måte. De kan komme med egen mat til pasienten, og ofte kommer de i store flokker samtidig (Nielsen og Birkelund, 2009, s. 434-435). Fra sykepleierens perspektiv kan det være nødvendig med rolige omgivelser for at pasienten skal kunne bli bedre, mens fra pasientens perspektiv kan det være et stort ønske og en selvfølgelige å ha storfamilien rundt seg (Debesay mfl. 2014, s. 2112). Et annet eksempel er at sykepleiere kan ha en forventning til at pasient og eventuelt pårørende tar del i avgjørelser, mens en pasient fra et kollektivistisk samfunn kan forvente at sykepleieren alene vet den rette avgjørelsen (Hendson mfl., 2014, s. 21).

Sykepleiere kan føle seg utrygge og usikre, spesielt i intime situasjoner der de ikke vet om de trækker over pasientens integritetsgrenser. En slik situasjon kan være vanskelig nok med en fra samme kultur, og blir derfor svært utfordrende når helsepersonellet i tillegg må ta forhåndsregler i forhold til ukjente kulturer og livssyn (Debesay mfl., 2014, s. 2110-2111). De kan også føle på utrygghet i situasjoner hvor det blir tatt avgjørelser på bakgrunn av religion, eller som i et av tilfellene hvor en sykepleier beskriver at en person fra pasientens trossamfunn kom til sykehuset på bestemte tidspunkt for å ta avgjørelser i forhold til behandling (Hendson mfl., 2014, s. 21 - 22).

Andre kulturelle aspekter som kan komme til hinder er tidsperspektiv. Dette kan for eksempel gjøre at pasienter kommer for sent til avtalte møter og kanskje ikke tenker at dette er noe problem (Hart og Mareno, 2015, s. 2227).

En studie fra 2010 viser også til et annet aspekt ved kulturelt tilpasset pleie. Kosthold kan være ulikt fra kultur til kultur, og gjerne i situasjoner hvor pasienten har et religiøst livssyn. Samtidig er det viktig å huske at ikke alle med samme livssyn har de samme levereglene (Jirwe mfl, 2010, s. 439).

4.1.2 Fordommer

Det finnes fortsatt store variasjoner i hvordan innvandrere blir tatt i mot i et land. Disse fordommene kan komme til hinder for åpenhet til nye kulturer. (Hart og Mareno, 2013, s. 2227). Det vil også variere hvorvidt helsepersonell ønsker å krysse de kulturelle barrierene (Jirwe, 2010, s. 441). En sykepleier sa det på denne måten: "Jeg bryr meg ikke om hvem du er eller hvor du er fra. Om du kommer til USA, må du tilpasse deg oss, vi tilpasser oss ikke deg" (Hart og Mareno, 2013, s. 2228).

Fordommer og kategorisering beveger seg ikke bare på tvers av kulturer. Det kan også bevege seg på tvers av kjønn. Det viser seg at pasienter av utenlandsk opprinnelse har lettere for å åpne seg i konsultasjoner med kvinnelige leger (Kale, 2011, s. 328).

4.1.3 Smerteuttrykk

Et fenomen som gjentar seg i samarbeid med utenlandske pasienter er at de ofte kan ha en annen måte å uttrykke smerte på. Sykepleiere opplever at pasienter med minoritetsbakgrunn kan uttrykke smerte mye sterkere og oftere enn resten av pasientgruppen (Nielsen og Birkelund, 2009, s. 434; Alpers og Hanssen, 2014, s. 1001). Mens det i andre tilfeller kan det være det motsatte. I en norsk studie viste det seg at hele 90 % av deltakerne syntes det var vanskelig å vurde smerten til pasientene med minoritetsbakgrunn (Alpers og Hanssen, 2014, s. 1001-1002). Noen sykepleiere kaller dette "etnisk smerte". De tror det kan ha en sammenheng med mangel på kunnskap om hvordan kropp og behandling fungerer. Smerteopplevelse vil alltid være individuelt, men sykepleierene er redde for at det i slike situasjoner kan se ut som sterkere smerter enn det faktisk er (Nielsen og Birkelund, 2009, s. 434.)

4.2 Språk

I følge en dansk studie fra 2009 (Nielsen og Birkelund, s. 433) er språkbarrierer hovedproblemet til dårlig kommunikasjon, og språk er noe av det første helsepersonell tenker på i møtet med fremmedspråklige pasienter. Helsepersonell mener at språk og kommunikasjonsbarrierer kan påvirke pleien i en dårlig retning (Jirve mfl, 2010, s. 438; Hendson mfl., 2015, s. 22). Det kan være vanskelig å vinne tillit og skape et godt pasient-sykepleierforhold ved språkbarrierer (Hart og Mareno, 2013, s 2227).

4.2.1 Språkbarrierer kan gi mangelfull informasjon

Studier viser at mange pasienter som ikke snakker flytende norsk ikke får med seg det helsepersonellet informerer om og at dette bekymrer sykepleierne (Jirwe, 2010, s. 438; Kale, 2011, s. 328). Dette blir også gjenkjent i en annen undersøkelse som trekker fram forvilelsen til sykepleierne når pårørende ikke forstår at deres barn er døende. I noen tilfeller er det også usikkert om pasienten nikker av forståelse eller bare fordi de har innsett at de ikke kommer til å forstå (Hendson mfl., 2015, s. 22; Nielsen og Birkelund, 2009, s. 434). I tillegg viser studier at pasienter med dårlig norsktale i mindre grad gir uttrykk for bekymringer enn de med bedre norsk tale (Jirwe, 2010, s. 439; Kale, 2011, s. 328).

4.2.2 Kommunikasjonsverktøy

Sykepleiere hevder å ha liten eller ingen tilgang til datatjenester som kan bistå i kommunikasjonssvikt. De ønsker for eksempel hjelpemidler som en samling av informasjon om ulike kulturer (Hendson mfl., 2015, s. 24) eller en datatjeneste som kan oversette mellom seg selv og pasienten, men at begrenset tid og penger er noe av årsaken til mangelen (Hart og Mareno, 2013, s. 2227-2228).

4.2.3 Bruk av tolk

Sykepleiere prøver ofte å begrense bruken av tolk, og innrømmer å benytte familiemedlemmer, og til og med barn til å oversette mellom seg og pasienten (Jirwe mfl, 2010, s. 440; Hendson mfl., 2015, s. 22). Mangelen på bruk av tolk kan i noen situasjoner komme av at pasientene kan føle på ubehag med en fremmed person til stede under samtaler (Hendson mfl., 2015, s. 22). Noen mener det er utfordrende å kommunisere tilfredsstillende og bygge et trygt fundament for åpenhet og tillit gjennom en tolk (Hart og Mareno, 2013, s 2227), mens andre føler på irritasjon over at innvandrere som har bodd i landet i 15 -20 år fortsatt trenger tolk. I tillegg kan det være svært vanskelig å få tak i en

tolk til alle døgnets tider og det er store kostnader for sykehuset (Nielsen og Birkelund, 2009, s. 434). Samtidig mener mange at bruk av tolk gir den beste formen for kommunikasjon i situasjoner hvor pleier og pasient ikke har felles språk. I enkelte tilfeller er helsepersonellet urolige for at familietolk er selektiv i oversettelsen (Jirwe mfl., 2010, s. 439), noe som kan ha bakgrunn i at enkelte pårørende kan være uenige i at en syk og døende pasient skal få den informasjonen helsepersonellet er pliktig til å gi (Debesay mfl., 2014, s. 2112).

4.3 Kunnskap

En av utfordringene når det gjelder kultur, er at det finnes så store mangfold. Det er utfordrende for sykepleierne å holde seg oppdatert om alle kulturer til enhver tid. I tillegg finnes det også variasjoner innenfor en og samme gruppe (Hart og Mareno, 2013, s. 2226-2227; Hendson, 2015, s. 24).

4.3.1 Ønske om mer informasjon

I en Norsk studie fra 2014 kommer det fram at sykepleiere har et sterkt ønske om å lære mer om arbeid med etniske minoritetsgrupper og flere studier viser at de per i dag ikke har tilstrekkelig kunnskap og at de derfor føler seg usikre i arbeidet (Debesay mfl., 2014, s. 2111-2113; Alpers og Hanssen, 2014, s. 1001). Mange sykepleiere føler at de ikke får utført optimal og tilstrekkelig pleie i situasjoner med kommunikasjonssvikt. De har et ønske om å forstå innvanderens perspektiv og sette seg inn i deres situasjon (Hendson mfl., 2015, s. 22-24), og studier viser at kunnskap om tverrkulturelle utfordringer vil påvirke pleien. Kunnskap om andre kulturer hjelper også pleierne til å forstå og godta hvorfor enkelte pasienter handler som de gjør, noe som igjen påvirker helsepersonellens trygghetsfølelse og selvtillit i arbeidet (Jirwe, 2010, s. 441).

4.3.2 Læringsmetoder

Noen mener at det å lære i praksis av andre med mer kunnskap på dette området, er den beste metoden å tilegne seg ny kunnskap og at det ikke er mulig å undervise i kulturell sensitivitet. Andre mener at sykepleierutdanningen burde inneholde mer lære om interkulturell kommunikasjon (Hart og Mareno, 2013, s. 2227). En norsk studie viser at det er manglende læringstilbud om dette emnet (Alpers og Hanssen, 2014, s. 1002).

Videreutdanning, kursing eller informasjonsmøter med tidligere pasienter som kan fortelle

om erfaringer, er også nevnt blant sykepleiere som en god kilde til læring (Alpers og Hanssen, 2014, s. 1002; Hendson, 2015, s. 24).

5. Diskusjon

Dette kapittelet er delt i to hoveddeler; metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil jeg kritisk vurderer innsamling av data. I resultatdiskusjonen vil jeg trekke fram de ulike funnene i artikkene og sette de opp mot innholdet i teorikapittelet.

5.1 Metodediskusjon

Jeg startet oppgaven med å skrive teorikapittelet. Jeg hentet hoveddelen av teorien fra pensumlitteratur fra sosiologi og metode i sykepleierfaget, og litteratur jeg fikk anbefalt av veileder. I tillegg søkte jeg opp originalkilder fra overnevnte, og på den måten fant jeg enda mer relevant litteratur. Skulle jeg ha gjort studien på nytt ville jeg først ha funnet forskning for så å skrive teorigrunnlaget (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s.31-32). Jeg tror dette sparer en for mye unødvendig arbeid.

Metodedelen har et utgangspunkt i boken *Att göra systematiska litteraturstudier* av Forsberg og Wengstrøm. I tillegg har jeg hatt god nytte av samtale med veileder, andre lærere og medstudenter.

Søkeprosessen ble i første omgang noe tilfeldig, og ikke veldig strukturert. Inklusjons og eksklusjonskriteriene var nokså lett å sette opp på grunn av kriterier fra skolens side. Det var derimot utfordrende å finne de riktige søkeordene. Ved hjelp av PICO skjema og søkestrategier beskrevet av Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 70-71, 79-80) ble søkeprosessen mer strukturert og jeg fant mer av det jeg lette etter.

Jeg endret litt på problemstillingen underveis, fra først å omhandle samhandling ved sengepost til å omhandle samhandling ved sykehus. Jeg gjorde dette da det ble vanskelig å finne nok forskning kun ved sengepost.

I analysedelen var jeg først innenfor metasyntese som er beskrevet av Wegstrøm og Forsberg (2013, s. 167). Etter veiledning endret jeg dette til stegene for en systematisk litteraturoversikt beskrevet av Friberg (2012, s.140 - 142). Her kunne jeg benytte meg av både kvantitativ og kvalitativ forskning i motsetning til en metasyntese som kun skal innebære kvalitativ studie.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kultur

Brunvatne (2006, s.53) belyser både den utfordrende siden av et tverrkulturelt arbeid, og at arbeid på tvers av kulturer har en positiv effekt. Dette underbygges av forskning. Et tverrkulturelt arbeid kan være med å teste og utvikle tålmodigheten til pleierne, det kan gjøre de mer oppmerksomme på egne handlinger og væremåte (Ian mfl., 2015, s. 259). Studier viser også at en positiv holdning kan gjøre kommunikasjonen lettere (Jirwe, 2010, s. 441).

I Norge vil sykehus og andre helseinstitusjoner være påvirket av vår kultur, våre livssyn og tankemåter, på samme måte som det i andre land vil være påvirket av deres kultur(Barkwell, 2005, s. 457). Konsekvensene av dette vil vise seg i praksis på sykehuset ved at en norsk helsearbeiders forståelse av helse, sykdom og forventninger til helsepersonell kan være ulik en som kommer fra et annet land (Skytte, 2008,s. 92). Dette viser seg på mange måter igjen i forskning hvor sykepleiere refererer til utfordringer i forhold til både væremåte og forventninger, og i tanker om helse og helsepersonell (Nielsen og Birkelund, 2009, s. 434; Alpers og Hanssen, 2014, s. 1001). Det kommer også fram ulike praktiske eksempler som tilpassing av kost (Jirwe mfl, 2010, s. 439) og utfordringer med ulike tidsperspektiv (Hart og Mareno, 2015, s 2227) og intimgrenser (Debesay mfl., 2014, s. 2110-2111). I praksis vil derfor konsekvensene kunne være ekstra utfordringer for helsepersonalet, noe som også Brunvatne understøtter. Hun sier at når en person har behov for helsehjelp og er i en fremmed kultur, vil det trolig kunne oppstå tilleggsutfordringer med bakgrunn i at to kulturer kommer sammen (Brunvatne, 2006, s. 53). Jeg tenker at samtidig som dette skaper utfordringer og utrygghet for oss, må vi også huske at på den andre siden finnes det et enkeltindivid som trolig kjenner på en enda sterkere utrygghet og redsel. I slike situasjoner tenker jeg at en av våre største oppgaver er å fremme trygghet i form av varsomhet, ydmykhet og sensitivitet (Hendson mfl., 2015, s. 23).

I samhandling med pasienter og pårørende fra andre kulturer, kan det oppstå missforståelser og uenigheter i forhold til pleie (Debesay mfl., 2014, s. 2111). Mennesker fra land utenfor den vestlige delen av verden kan ofte ha et annerledes og mer kollektivistisk syn. Dette vil ha konsekvenser i praksis ved at sykepleiere må bryte med

vante mønstre og tilpasse seg jobben på tvers av kulturer (Debesay mfl., 2014, s. 2110). Hanssen (2005, s. 42) utdyper dette ved at det vil være viktig å akseptere ulikhetene og respektere den bakgrunnen pasienten kommer fra, og de holdningene og tankene dette har ført med seg.

En etnosentrisk oppfatning er lite gunstig om man skal oppnå god tverrkulturell samhandling. Dette innebærer at vi ser ned på andre kulturelle væremåter og tenker at vår egen oppfatning er den eneste sanne (Dahl, 2006, s. 28). Mye tyder på at vi alle har former for fordommer, bevisst eller ubevisst (Hart og Mareno, 2012, s. 2227; Hart og Mareno, 2013, s. 2228) Samtidig kan samhandling på tvers av kulturer virke positivt. Sykepleiere kommer ut av komforsonen og strekker tålmodighetsgrenser, noe som gjør oss til bedre sykepleiere. Dette gjør at sykepleiere lærer både om andre kulturer, men også om sin egen (Ian mfl, 2016, s. 259).

Sykepleiere synes det er utfordrende å skulle godta enkelte måter andre kulturer håndterer utfordrende situasjoner på, når de mener dette kan gå på bekostning av pasientens beste (Debesay mfl. 2014, s. 2112; Hendson mfl., 2014, s. 21 - 22). Samtidig som vi må endre tankegangen vår og respektere andres verdier og meninger, mener Dahl (2006, s.29) at det heller ikke er heldig å ha et rent kulturel relativistisk syn. Da dette kan gjøre at vi tenker at alt er relativt, og ingenting er rett eller galt.

Å kategorisere mennesker ut i fra stereotyper kan vise seg å være både heldig og mindre heldig (Dahl, 2006, s. 25). På den ene siden kan det hjelpe oss å tilrettelegge for pasienter med et annet livssyn, men det kan også virke negativt om antagelsene våre ikke stemmer med virkeligheten (Jirwe mfl., 2010, s.439). Dahl (2006, s. 25) presiserer også at antagelser ikke nødvendigvis er sanne. Et eksempel på at det kan være uheldig av helsearbeidere å trekke konklusjoner ut i fra hvilken kultur pasienten kommer fra, er at mange kulturer har en veldig overdreven måte å uttrykke smerte på, sett fra et vestlig perspektiv (Nielsen og Birkelund, 2009, s. 434; Alpers og Hanssen, 2014, s. 1001) mens andre kulturer ikke gir noe uttrykk ved smerte (Alpers og Hanssen, 2014, s. 1001-1002). Konsekvensene av dette vil være at det blir vanskelig å kunne hjelpe pasienter med smertelindring når vi ikke vet om vi kan stole på om det pasienten uttrykker er reelt. Jeg har selv opplevd dette flere ganger i praksis. Det har da vært vanskelig å ikke trekke konklusjoner basert på erfaringer i stedet for å håndtere situasjonene individuelt.

5.2.2 Språk og kommunikasjon

Samhandling skjer ikke bare i form av ord (Noack, 2014). Hanssen (2013, s.10) mener allikevel at språk kan bli den første barrieren i samhandling med utenlandske pasienter. Dette viste seg også i forskning hvor sykepleiere hevdet at ulike språk er en stor barriere til god pleie (Jirve mfl, 2010, s. 438; Hart og Mareno, 2013, s 2227; Hendson mfl., 2015, s. 22). Igjen påvirker dette praksis på den måten at sykepleier må kommunisere på en enda tydeligere måte enn med pasienter som snakker samme språk. Ahlstrøm mfl (2015) trekker fram ulike råd for å senke barrierern mellom sykepleier og pasient. Det første er å forklare tydelig ved å utelate spesielle helserelaterte begrep og forkortelser, i tillegg til å forklare hva det innebærer for pasienten. Det andre er å poengtere det som er det viktigste i budskapet og gjenta dette. Et tredje råd er å oppfordre til å stille spørsmål ved å spørre pasienten om hvilke spørsmål han har.

Jareg og Pettersen (2006) mener at pasienter av minoritetsbakgrunn har krav på den samme informasjonen som resten av befolkningen. Likevel viser det seg at mange pasienter ikke får med seg det pleierne sier på grunn av mangel på språk forståelse (Jirwe, 2010, s. 438; Kale, 2011, s. 328). Dette kan i verste tilfelle få store konsekvenser i praksis da enkle missforståelser kan føre til feilbehandling. Muircroft med flere (2010, s.119) presiserer også at det da kan være nødvendig å gjenta informasjon flere ganger for å sikre seg at pasienten har fått med seg det man informerer eller spør om. Samtidig viser studie at flere sykepleiere kjenner på fortvilelse og usikkerhet når de misstenker at pasienten ikke forstår selv om de gi uttrykk for det (Nielsen og Birkelund, 2009, s. 434). Ahlstrøm med flere (2015) utdyper dette i en film om hvordan helsepersonell kan hjelpe pasienten mot bedre helsepersonell. Hun mener helsepersonalet må ta ansvar for at pasienten har fått med seg og forstått innholdet i budskapet man gir. Dette kan gjøres ved å be pasienten gjenta det man nettopp har sagt.

Helsepersonell har i følge både Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Forvaltningsloven (1967, § 11) plikt til å anskaffe tolk om det er nødvendig. I tillegg kommer det fram i studier at sykepleiere mener at tolk er den beste løsningen i mange tilfeller ved språkbarrierer. Likevel vil mange begrense bruken og heller benytte famiemedlemmer til å tolke (Jirwe mfl, 2010, s. 440; Hendson mfl., 2015, s. 22). Brunvatne (2006, s. 55) sier at bruk av familietolk i de fleste tilfeller ikke vil være godt

nok. I slike situasjoner kan det i enkelte tilfeller oppstå uenighet i hva som er riktig å oversette (Spence 1999; Hanssen, 2002, 2005, 2010 referert i Hanssen, 2013, s. 12). Dette bekreftes i en studie der det kommer fram at sykepleiere er engstlige for at familietolker kan være selektive i oversettelsen (Jirwe mfl., 2010, s. 439). Men det er ikke bare fordi pasientene ikke forstår, at vi burde bli flinkere i bruken av profesjonell tolk. De fleste nordmenn behersker engelsk, men jeg har selv erfaring i at vi kanskje ikke er så gode som vi tenker. I dette tilfellet skulle en kollega forklare på engelsk hva som skulle foregå ved innleggelse av urinkateter til en pasient. Det hele endte med en skrekkslagen pasient som fikk forklart at han skulle få en "snake" (slange) inn i urinrøret.

Å anskaffe tolk kan i enkelte situasjoner være tidkrevende og i tillegg by på ekstra utgifter (Brunvatne 2006, s. 55). Dette viser seg også igjen i forskning, hvor sykepleiere er bekymret for hvor mye tid det vil gå med til alt arbeidet rundt bruk av tolk (Hart og Mareno, 2013, s. 2227). Dette vil i praksis ikke bare ha økonomiske konsekvenser, men det kan også få konsekvenser for andre pasienter som kan få mindre av helsepersonals tid. Brunvatne (2006, s. 56-58) hevder likevel at man kan spare inn igjen tiden ved å forberede seg med å ha telefonnummere til tolker lett tilgjengelig og at det vil være tidsbesparende når kommunikasjonen går lettere og man slipper unødige missforståelser.

I følge Hanssen (2005, s. 61) krever man ikke bare at tolken skal oversette en rekke ord men at han eller hun skal videreføre et budskap slik at betydningen vil være lik for både sender og mottaker. I tillegg er det viktig for et godt samarbeid at pasient og tolk må kunne ha gjensidig respekt og at pasienten må føle seg trygg (Brunvatne, 2006, s. 59). Konsekvensene ved bruk av tolk kan være at kommunikasjonen kan bli noe upersonlig og at man mister litt av det gode i sykepleier-pasient forholdet (Hart og Mareno, 2013, s. 2227).

5.2.3 Kulturell kompetanse

Det er store utfordringer i å holde seg kulturelt oppdatert til en hver tid. Dette er tidkrevende og det er stort mangfold og store variasjonene innen hver folkegruppe (Hart og Mareno, 2013, s. 2226-2227; Hendson, 2015, s. 24). Mangelen på kunnskap fører til usikre pleiere i møte med en sårbar pasientgruppe (Debesay mfl., 2014, s.2111). At kulturer endrer seg med tiden gjør det heller ikke lettere. Kai (mfl., 2007, referert i Viken og Magelessen, 2010, s.68) mener at konsekvensen av alt dette arbeidet og vanskeligheten

ved det, kan føre til at helsepersonell kjenner på en handlingslammelse og utrygghet. Dette viser seg også igjen i forskning hvor sykepleiere kjenner at de mangler evnen til å utføre optimal og tilstrekkelig pleie i samhandling med pasienter med minoritetsbakgrunn (Hendson mfl., 2015, s.22). Leininger trekker også fram disse ulikhetene i sin *Culturale Care Theory*, hun mener at å forstå at det faktisk også er ulikheter innen en og samme kultur, vil hjelpe i utførelsen av pleie (Leinger, 1995, 2001 referert i Viken og Magelessen, 2010, s.68).

Felles for mye forskning er at sykepleiere mangler kunnskap om et tverrkulturelt arbeid og at de ønsker å bli tryggere på dette (Debesay mfl., 2014, s. 2111- 2113; Alpers og Hanssen, 2014, s. 1001). Det kommer også fram at sykepleiere har etterspurt denne kunnskapen, men at det enda ikke har kommet noen tilbud. I et sitat fra en sykepleier kommer det også fram hvor hun hentet informasjon fra.

Vi har spurt om opplæring. Vi kunne tenke oss å ha en form for undervisning om hvordan vi håndterer ikke-etnisk norske pasienter. Alikevel har jeg enda ikke blitt tilbudt noen kursing. Jeg leser i avisene og jeg ser nyheter. Jeg prøver å lese ulike bøker som omhandler andre kulturer (Debesay mfl., 2014, s. 2113).

For å kunne tilby individuell pleie må sykepleie ha kunnskap om pasientens kultur. Faktorer som kulturens økonomi, tenkemåter og juridiske aspekter vil være med å påvirke behov og forventninger. Sykepleiere har et ønske om å sette seg inn i og forstå pasientenes ståsted fra deres kulturelle perspektiv (Hendson mfl., 2015, s. 24). Quereshi (2009, s. 120) understreker dette; "En kultursensitiv innstilling oppnås ved å bli klar over og erkjenne at ens egen referanseramme bare er en av flere mulige".

Helsepersonell har noe sprikende ønsker og tanker om hvordan dette kan løses på best måte. Mens noen mener at grunnutdanningen for sykepleiere burde inneholde mer om temaet, mener andre at ren undervisning vil være mangelfullt, og at det er gjennom praksis og veiledning man lærer best (Hart og Mareno, 2013, s. 2227). Om vi mener at svaret alene ligger i mer undervisning om andre kulturer i grunnutdanningen, tror jeg at konsekvensen av dette fraskriver oss noe av ansvaret med å tilegne oss den kunnskapen vi har behov for å kunne. I følge Brunvatne er nøkkelen til en bedre samhandling med pasienter med minoritetsbakgrunn, et godt samarbeid med kolleger og jevnlig kvalifisert

veiledning (Brunvatne, 2006, s. 53). Dette underbygges også i forskning hvor sykepleiere uttrykker et ønske om både mer interkulturell undervisning i grunnutdanningen, veiledning i praksis (Alpers og Hanssen, 2014, s. 1002) og hjelpemidler på arbeidsplassen (Hendson, 2015, s. 24).

Kulturell kunnskap øker kvaliteten på pleien ved at sykepleiere lettere kan sette seg inn i, og møte pasientens behov (Hendson mfl., 2015, s. 24). Selv om kulturell kunnskap er nyttig kan det også være lett å kategorisere pasientene en møter innenfor de ulike kulturelle gruppene (Jirwe mfl., 2010, s.441). Personer vil ikke alltid ta med seg meninger og synspunkter fra det store mangfoldet. Det vil være noen faktorer som er kulturelt betinget, noe som er allmenmenneskelig og noe som vil være individuelt for den enkelte pasienten (Qureshi, 2009, referert i Viken og Magelessen, 2010, s.68). Vi må derfor sammen med den kulturelle kunnskapen ha et fokus på enkeltmennesket i den aktuelle situasjonen (Leinger, 1995, 2001, referert i Viken og Magelessen, 2010, s.68).

6. Konklusjon

Hensikten med studien var å belyse kommunikasjon mellom ikke - vestlige innvandrere og sykepleiere, sett fra et sykepleierperspektiv.

Konklusjonen er at sykepleiere generelt har manglende kunnskap og erfaring på dette feltet. Samhandling med denne pasientgruppen har flere ulike aspekter. Noen sykepleiere sitter med gode erfaringer mens andre er skeptiske og har dårlige erfaringer. Felles er at både språkbarrierer og kulturelle normer og regler er et stort hinder i de fleste tilfellene. Dette er et utfordrende arbeid og det finnes heller ingen fasit på hvordan oppnå god samhandling med pasienter fra en annen kultur. Llikevel kommer vi langt ved å erkjenne ulikhetene, innse at "min" sannhet ikke alltid er den eneste rette, og være åpne for ny informasjon og alternative perspektiver.

En sykepleier kan gå langt for å møte pasientens behov i form av tileigning av kunnskap. Men det viser seg å være tilnærmet umulig å sikre seg all kunnskapen man trenger. Mye av utfordringen kunne derfor blitt lettet om kulturell kompetanse hadde hatt en større del i grunnutdanningen for sykepleiere. Tilgjengelige hjelpemidler på arbeidsplassen og økt bruk av tolk, vil også kunne hjelpe sykepleiere i arbeidsdagen. Samtidig vil en hver situasjon være ulik, da både mennesker og kulturer alltid byr på variasjoner innen samme folkegruppe. En kombinasjon mellom en grunnleggende kulturell kompetanse, erfaring og det å prøve å finne ut hva hvert enkelt menneskes behov er, ved nettopp å se pasienten som et enkeltmenneske, vil til sammen utruste sykepleiere. Dette mener jeg er nøkkelen til god samhandling mellom ikke - vestlige innvandrere og sykepleiere.

Det finnes noe forskning på dette feltet, men jeg tror at både pasienter og sykepleiere kan dra nytte av videre forskning da denne problemstillingen i økende grad vil være aktuell. Samtidig som jeg mener det er sykepleierens ansvar å innhente nødvendig informasjon, tenker jeg også at det hadde vært gunstig med en større kulturell kompetanse fra grunnutdanningen.

Til slutt er det også viktig å poengtere at sykepleiere må være ydmyke og innse at dette er en utfordrende oppgave. Vi kan unngå mye frustrasjon og følelse av maktesløshet om vi våger å være tålmodige med oss selv og bruker kollegafellesskapet til støtte og veiledning.

7. Litteraturliste

- Ahlstrøm, K., Green, C., Kempenaar, J. og Hamilton, L. (2015) *Fakta - Hälsolitteracitet* [Internett]. Göteborg: Hälsolitteracitet. Tilgjengelig fra: <http://www.halsolitteracitet.se/fakta> [Lest 23. februar 2016].
- Alpers, L.M. og Hanssen, I. (2013) Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*, 34, s. 999- 1004.
- Barkwell, D. (2005) Cancer pain: voices of the Ojibway people. *J Pain Symptom Manage* [Internett], 30(5), s. 454-464. Tilgjengelig fra: http://ac.els-cdn.com/S088539240500391X/1-s2.0-S088539240500391X-main.pdf?_tid=4c2661de-deeb-11e5-abab-00000aab0f26&acdnat=1456753968_5a1a0aedc2f856a92a1aba7cd3ea7ef1 [Lest 23. februar 2016].
- Blom, S. (2006) Befolkningsutviklingen i Oslo i årene 1998-2003 - Flere innvandrere, færre nordmenn. *Samfunnsspeilet* [Internett], 2006/4. Tilgjengelig fra: <http://ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrere-faerre-nordmenn> [Lest 23. februar 2016].
- Brunvatne, R. (2006) *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cunningham, P.B., Foster, S.L. og Henggeler, S.W. (2002) The Elusive Concept of Cultural Competence. *Children's Services: Social Policy, Research and Practice* 5 (3), s. 231-243. Referert i: Viken, B. og Magelessen, R (2010) Ulike tilnærminger til helsearbeid i flerkulturelle samfunn. I: Kumar, B. N. og Viken, B. red. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahl, Ø. (2001) *Møter mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B. og Vike, H. (2014) Facing diversity under institutional constraints: Challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*, 70(9), s. 2107-2116.
- Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H. og Martins, M.O. (2012) Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *HumanResourcesforHealth* [Internett], 10 (14), s. 1-6. Tilgjengelig fra:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3422994/pdf/1478-4491-10-14.pdf>
[Lest 20.februar 2016].
- Eide, H. og Eide, T. (2012) *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Friberg, F. (2012) Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg, F., Segesten, K., Östlundh, L. og Lyckhage, E.D.red. *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB, s. 133- 143
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utgave. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forvaltningsloven. *Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker*.
- Hanssen, I. (2002) Facing Differentness. Ethical challenges in intercultural nursing [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo. Hanssen, I. (2013) Kommunikasjon på tvers av kulturer, *Sykepleien. no*[Internett], 1, s. 10-15. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13kr1_annen_kulturell_bakgrunn_1561.pdf [Lest 17.februar 2016].
- Hanssen, I.(2005) Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hanssen, I. (2005) Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Revidert utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. Referert i: Hanssen, I. (2013) Kommunikasjon på tvers av kulturer, *Sykepleien. no*[Internett], 1, s. 10-15. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13kr1_annen_kulturell_bakgrunn_1561.pdf [Lest 17.februar 2016].
- Hanssen, I. (2010) Interpreters in intercultural health care settings. *Journal of Intercultural Communication*. Referert i: Hanssen, I. (2013) Kommunikasjon på tvers av kulturer, *Sykepleien. no*[Internett], 1, s. 10-15. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13kr1_annen_kulturell_bakgrunn_1561.pdf [Lest 17.februar 2016].
- Hanssen, I. (2013) Kommunikasjon på tvers av kulturer, *Sykepleien. no*[Internett], 1, s. 10-15. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13kr1_annen_kulturell_bakgrunn_1561.pdf [Lest 17.februar 2016].
- Hart, P.L. og Mareno, N.(2013) Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical nursing*, 23, s. 2223 - 2233.
- Hendson, L., Reis, M. D. og Nicholas, D. B. (2014) Health Care Providers' Perspectives of Providing Culturally Competent Care in the NICU. *Jognn*, 44, s. 17-27.

- Ian, C., Nakamura-Florez, E. og Lee, Y.M. (2015) Registered nurses' experiences with caring for non-English Speaking patients. *Applied Nursing Research*, 30, s. 257-260.
- Jareg, K. og Pettersen, Z. (2006) *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jirwe, M., Gerrish, K. og Emami, A. (2010) Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, s. 436 - 434.
- Kai, J., Beavan, J., Faull, C., Dodson, L., Gill, P. og Beigton, A. (2007) Professional Uncertainty and Disempowerment Responding to Ethnic Diversity in Health Care: A Qualitative Study. *PLoS Medicine* 4 (11), s. 775. Referert i: Viken, B. og Magelessen, R (2010) Ulike tilnærminger til helsearbeid i flerkulturelle samfunn. I: Kumar, B. N. og Viken, B. red. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kale, E., Finset, A., Eikeland, H.L., Gulbrandsen, P. (2011) Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: An exploratory study. *Patient Education and Counseling*, 84, s. 325 - 331.
- Leinger, M. (2001) *Cultural Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. Referert i: Viken, B. og Magelessen, R (2010) Ulike tilnærminger til helsearbeid i flerkulturelle samfunn. I: Kumar, B. N. og Viken, B. red. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Leinger, M. (1995) *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. (2. utg.) New York: McGraw-Hill. Referert i: Viken, B. og Magelessen, R (2010) Ulike tilnærminger til helsearbeid i flerkulturelle samfunn. I: Kumar, B. N. og Viken, B. red. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lunde, E.S. og Texmon, I.S. (2013) Innvanderers bruk av fastlegjetjenesten - Innvanderers møte med fastlegen. *Samfunnsspeilet* [Internett], 2013/5. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/151656?_ts=142b310ec20 [Lest 19. februar 2016].
- Maciel, M.J. (2014) *Tolk, Store Norske Leksikon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/tolk> [Lest 20. februar 2016].
- Muircroft, M., McKimm, J., William, L. og MacLeod RD. (2010) A New Zealand perspective on palliative care for Maori, *Journal of Palliative Care* [Internett],

- 26(1), s. 54-58. Tilgjengelig fra:
<http://search.proquest.com/docview/749642685/fulltextPDF/1C5D8D3758484C38PQ/1?accountid=12870> [Lest 17.februar 2016].
- Mårtenssån, L. (2013) *Hälsolitteracitet* [Internett]. Göteborg: Hälsolitteracitet.
Tilgjengelig fra: <http://www.halsolitteracitet.se/> [Lest 23. februar 2016].
- Nielsen, B. og Birkelund, R. (2008) Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, s. 431–437.
- Noack, T. (2014) Samhandling, *Store Norske Leksikon*, [Internett]. Tilgjengelig fra:
<https://snl.no/samhandling> [Lest 28. februar 2016].
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.
- Rekdal, P.B. (2005) Kompetanseoppbygging for et multikulturelt normalsamfunn. I:
Rekdal, P.B. red. *Kompetanseoppbygging i et multikulturelt normalsamfunn*. Oslo:
ABM utvikling, s. 6 - 38.
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- Statistisk Sentralbyrå (2015) *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere* [Internett]. Oslo:
Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall> [Lest 15. januar 2016].
- Spence, D. (1999) *Prejudice, Paradox and Possibility. Nursing People from Cultures Other than One's Own* [doktoravhandling]. New Zealand: School of Health Sciences, Massey University. Referert i: Hanssen, I. (2013) Kommunikasjon på tvers av kulturer, *Sykepleien. no*[Internett], 1, s. 10-15. Tilgjengelig fra:
https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13kr1_annen_kulturell_bakgrunn_1561.pdf [Lest 17.februar 2016].
- Tønnessen, M. (2015) Innvandrere, *Store Norske Leksikon*[Internett]. Tilgjengelig fra:
<https://snl.no/innvandrere>.
- Viken, B. og Magelessen, R. (2010) Ulike tilnærminger til helsearbeid i flerkulturelle samfunn. I: Kumar, B. N. og Viken, B. red. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Quereshi, N.A. (2009) Kultursensitivitet i profesjonell yrkesutøvelse. I: Eide, K. red. *Over profesjonelle barrierer. Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 206-228.

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
<p>Hospital nurse og Culturally competent nursing care</p> <p>Topics: patient, health, nurse, unite state, cultural, care, cultural competence</p>	20.01.16	Sciense Direct	421	8	1	<p>1: Health Care Providers' Perspectives of Providing Culturally Competent Care in the NICU</p> <p>2: Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency</p> <p>3: Registered nurses' experiences with caring for non-English speaking patients</p>

Nurse communication og Ethnic minorities	20.02.16	Cinahl	3	2	1	4: Minority ethnic patients in the Danish healthcare system - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients
Nurse og Cross-cultural communication	23.02.16	Cinahl	12	4	2	5: Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters
Cultural barriers Og Nurse Narrow by Geographic: Canada, Continental Europe, Australia & New Zealand, Uk & Ireland, Europe, USA	25.02.16	Cinahl	41	2	1	6: Cultural challenges and barriers through the voices of nurses

Immigrant patient og Norway	25.02.16	Cinahl	7	4	3	<p>7: Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: An exploratory study.</p> <p>8: Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients.</p>
-----------------------------	----------	--------	---	---	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vedlegg 2: Litteraturmatriser

1. Litteraturmatrise: Health Care Providers' Perspectives of Providing Culturally Competent Care in the NICU

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	Relevans for min oppgave?
Hendson, L., Reis, M. D. og Nicholas, D. B (2014) Health Care Providers' Perspectives of Providing Culturally Competent Care in the NICU. <i>Jognn</i> , 44, s. 17-27.	Hensikten med studien var å kartlegge samhandling mellom helsepersonell og familier med innvandrerbakgrunn ved en neonatal avdeling.	Culture/cultural competence grounded theory, Health care professionals, Immigrants/migrants, NICU, Relationships, Patient-provider.	<p>Utvalg: 58 helsepersonell av 9 ulike grupper deltok i undersøkelsen, av disse var 62 % sykepleiere.</p> <p>Datainnsamling: Dataen ble innsamlet ved hjelp av semi-strukturerte intervju i 7 ulike fokusgrupper. Her kunne deltakerne fortelle erfaringer</p> <p>Analyse: Det ble tatt lydopptak av fokusgruppene og deretter transkribert før analysen. I analysen ble NIVO-programvare benyttet som analyserer kvalitativ data.</p>	<p>Helsepersonellet beskrev samhandlingen med familier med innvandrerbakgrunn som skjøre. Ulikhetene i språk, tro og overbevisninger var med på å skape barrierer. Hendelser som påvirker som spesielt ble påvirket av den skjøre samhandlingen var krise, beslutningstaking og overgangen til hjem.</p> <p>Helsepersonellet hadde også en rekke strategier som hjalp dem i arbeidet med disse familiene. Blant annet følte de et felles ønske om å forstå hverandres perspektiv, de hadde empati for innvandrerfamiliene, de verdsette kulturell informasjon og de så nytten i relasjonsbygging.</p>	<p>Studien er relevant for min oppgave ved at den inneholder en rekke hovedgrupper som skiller seg ut som spesielt utfordrende i samhandling med pasienter med innvandrerbakgrunn.</p> <p>Studien belyser også erfaringer som kan være til hjelp for en forbedret praksis.</p>

2. Litteratormatrise: Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Alpers, L.M. og Hanssen, I. (2013) Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. <i>Nurse Education Today</i> , 34, s. 999- 1004.	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere ved medisinsk og psykiatrisk avdeling vurderer sin kompetanse i arbeidet med pasienter med minoritetsbakgrunn. Temaene ved undersøkelsen var interkulturell kunnskap, kunnskap om medisinske tradisjoner, ulikheter Ved sykdomsårsaker og vurdering av symptomer. Temaene ble vurdert i forhold til sykepleiernes ansenitet.	Ethnic minority Patients, Cultural competency, Pain assessment	Utvalg: Deltakerne i undersøkelsen var 145 sykepleiere ved medisinsk avdeling og 100 sykepleiere ved psykiatrisk avdeling. Datainnsamling: Tre fokusgruppeintervju ble gjennomført før det ble utviklet et spørreskjema med en måleskala som kalles Likert. Spørreskjemaet inneholdt seks emner og totalt 35 uttalelser. Analyse: SPSS was ble brukt analysen av den kvantitative dataen, altså informasjonen fra intervjuene og hermeneutisk tematisk analyse ble brukt ved den kvalitative dataen fra spørreskjemaene.	Resultatene viser at både sykepleiere fra medisinske avdelinger og psykiatriske avdelinger mangler kunnskap utover den vestlige sykdoms og behandlingsfilosofien. Deltakerne syntes også at symptomvurdering var vanskelig. Funnene viser også at deltakerne ble tilbudt liten eller ingen videreutdanning og ansenitet hadde liten betydning for sykepleiernes kunnskap. Konklusjonen av studien ble at erfaring alene dekker ikke et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for interkulturell symptomvurdering og kulturellt tilpasset pleie og behandling. Grunnutdanning, videre utdanning, kurs, tilbakemeldinger, og tilgang til relevant informasjon er nødvendig i tillegg til refleksjon av klinisk praksis.	Studien er relevant for oppgaven fordi den trekker fram ulike områder hvor sykepleier ikke strekker til med kun grunnutdanning. Det blir også belyst en rekke gode retningslinjer for hvordan sykepleiere kan oppgradere sin kunnskap om samhandling og pleie til pasienter med minoritetsbakgrunn.

3. Litteratormatrise: Registered nurses' experiences with caring for non-English Speaking patients.

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Ian, C., Nakamura-Florez, E. og Lee, Y.M. (2015) Registered nurses' experiences with caring for non-English Speaking patients. <i>Applied Nursing Research</i> , 30, s. 257-260	Hensikten med studien var å avdekke og studere sykepleieres erfaringer i samarbeid med pasienter som ikke snakker samme språk. I tillegg til å forstå hvordan disse erfaringene påvirket deres kliniske arbeid.	Nurses' experiences, Nurses' perceptions, Non-English speaking patients, Culturally competent care.	Utvalg: Deltakerne var i hovudsak sykepleiere som jobbet på et pediatrik sykehus. sykepleierne måtte minimum ha 12 måneders erfaring og hatt samhandling med en pasient som ikke snakket samme språk innen den siste måneden Datainnsamling: Dataen ble samlet inn ved bruk av et spørreskjema i tillegg til åpne spørsmål. Analyse:	Resultatene av forskningen var varierte. En god del av deltakerne var generelt negative til samarbeid med pasienter med ulikt språk, mens den andre delen var positive. Det var i hovedsak to temaer som viste seg å være prekære, tilgjengeligheten av ressurser og det andre hovedtemaet var endringer i sykepleiepraksisen.	Denne studien er relevant for min oppgave fordi den belyser sykepleieres utfordringer i en tverrspråklig samhandling. Studien avdekker flere sider av utfordringene, noe som gjør den pålitelig.

4. Litteratormatrise: Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses’ experiences when meeting minority ethnic patients.

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Nielsen, B. og Birkelund, R. (2008) Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses’ experiences when meeting minority ethnic patients. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 23, s. 431–437.	Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer i arbeid med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, og med dette være med å utvikle et grunnlag for god sykepleie. Informasjonen var ment å komme til fordel både for sykepleierne og pasientene.	Minority ethnic, Denmark, Nurses, Attitudes, Phenomenology, Communication, Caring.	Utvalg: Deltakerne i studien var 4 sykepleiere med etnisk Dansk opprinnelse og minimum 5 års sykepleie erfaring Datainnsamling: Dataen ble samlet inn ved kvalitative intervju. I tillegg ble sykepleierne observert i praksis ved sykehuset de jobbet på. Målet var å observere sykepleierne i samhandling med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Hensikten var å se situasjonene fra sykepleierens ståsted. Analyse: Dataen ble analysert med en fenomenologisk metodikk utviklet av Malterud, K. - Kvalitative metoder i medisinsk forskning	Funnene gav tre ulike situasjoner som skilte seg ut; Kommunikasjonsproblemer: Sykepleierne kunne uttrykke irritasjon hos pasienter som ikke snakket eller forsto dansk. sykepleierne Følte at de brukte så mye tid på kommunikasjon hos disse pasientene at de andre pasientene fikk mindre tid. Sykepleierne gav også uttrykk for at de brukte lite profesjonelle tolker. Smerte hos pasienten: sykepleierne følte at pasientene med minoritetsbakgrunn uttrykte smerte på en sterkere måte enn de var vant med fra danske pasienter. Måltider: Sykepleierne erfarte at måltider og matvanene til denne pasientgruppen var mye annerledes enn hos danske pasienter. Et eksempel var at mange slektninger tok med seg mat med sterke lukter som kunne forstyrre de andre pasientene.	Studien belyser ulike utfordringer som kan oppstå i samhandling mellom sykepleier og pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Studien er både basert på samtale med sykepleier men også observasjoner, noe jeg tenker gir studien mer tyngde. Studien ble utført i Danmark, noe som kan gjøre funnene meget relevante for praksis i Norge.

5. Litteratormatrise: Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Jirwe, M., Gerrish, K. og Emami, A. (2010) Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> , 24, s. 436 - 434.	Målet med denne kvalitative studien var å utforske sykepleiestudenters erfaringer med kommunikasjon i møte med pasienter fra andre kulturer.	Student nurses, nurse education, Framework, Approach, Communication, Cross-cultural communication, Cross-cultural care encounter, Multicultural, Cultural competence.	<p>Utvalg: 10 sykepleiestudenter var med i undersøkelsen, fem av studentene var svenske og fem hadde utenlandsk bakgrunn.</p> <p>Datainnssamling: Semistrukturerte intervju ble holdt med deltakerne som på forhånd hadde tatt et kurs i transkulturell sykepleie og hatt erfaring med arbeid i et multikulturelt miljø.</p> <p>Analyse: Det ble tatt lydopptak av intervjuene, for så å transkribere de og deretter analysert i Framework approach.</p>	<p>Resultatene fra undersøkelsen var i hovudsak fire temaer: konseptualisere tverrkulturelle møter med pasienter, kommunikasjonsvansker, kommunikasjonsstrategier og faktorer som påvirker kommunikasjonen.</p> <p>Studentene erfarte at det var ekstra utfordrende i kommunikasjon med pasienter som ikke snakket deres språk. Dette førte til en mekanisk og lite personlig pleie hvor de følte seg usikre og redde for å gjøre feil.</p> <p>Studentene benyttet ulike kreative metoder for å bryte kommunikasjonsbarrierene. Blant annet familietolk og nonverbal kommunikasjon.</p> <p>Andre faktorer som påvirket kommunikasjonen var studentenes holdning og livserfaring.</p>	Denne studien er relevant for min oppgave ved at den trekker fram en rekke utfordringer ved kommunikasjon men pasienter med ulik kultur og eller språk.

6. Litteratormatrise: Cultural challenges and barriers through the voices of nurses

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Hart, P.L. og Maren, N.(2013) Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. <i>Journal of Clinical nursing</i> , 23, s. 2223 - 2233.	Sykepleiere er i dag utfordret i deres arbeid ved å skulle utføre kulturelt kompetent omsorg til en mangfoldig pasientgruppe. Denne studien vil finne ut og beskrive sykepleierens oppfatning til disse utfordringene og barrierene de møter i løpet av en arbeidsdag.	Barriers, Challenges, Culturally Competent Care, Nurses, Qualitative	Utvalg: 2000, sykepleiere i en stat sør-øst i USA fikk mulighet til å delta i undersøkelsen, derav var det 374 som deltok. Ca. halvparten jobbet i sykehus Datainnsamling: Datainnsamlingen besto av en kvalitativ og en kvantitativ del. Del 1 besto av to åpne spørsmål som var sendt til deltakerne. Her fikk sykepleierne svare på sin oppfatning av utfordringer og barrierer i forhold til temaet i tillegg til å komme med tanker om hvordan dette kunne bli bedre. I tillegg skulle deltakerne svare på et større spørreskjema som var del to av datasamlingen. Analyse: NIVIVO er en programvare designet til å håndtere kvalitativ data ble benyttet i analysen.	Konklusjonen av studien er at en beskrivelse av sykepleieres oppfatning av utfordringer og barrierer i å utføre kulturelt tilpasset pleie, er første steget i å kunne forbedre pleie i praksis. Deltakerne ville også poengtere at utfordringene hadde en sammenheng med mangel på resurser til å dekke en kulturelt tilpasset pleie, stor kulturell variasjon i pasientgruppen og fordommer.	Artikkelen er relevant for min oppgave fordi den tar for seg ulike faktorer som berører hvordan samhandling med pasienter fra ulike kulturer kan bli bedre. Den viser også hvordan denne problemstillingen er i dag.

7. Litteratormatrise: Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: An exploratory study

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Kale, E., Finset, A., Eikeland, H.L., Gulbrandsen, P. (2011) Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: An exploratory study. <i>Patient Education and Counseling</i> , 84, s. 325 - 331.	Hensikten med studien var å identifisere potensielle barrierer ved kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere ved å sammenligne hyppigheten av emosjonelle tegn og bekymringer, i tillegg til legens respons under konsultasjonen, mellom etniske norske og innvandrere i en generell sykehus setting.	Intercultural communication, Patient-provider communication, Hospital patients, Immigrant patients, Cues, Concerns, Negative emotions.	Første gangs-, oppfølgings- og sengepostkonsultasjoner ble evaluert ved bruk av Verona Coding Definitions of Emotional Sequences og Verona codes for Provider Responses. Utvalg: Deltakerne i undersøkelsen besto av 56 pasienter der 30 var innvandrere og 26 var etnisk norske, i tillegg til 27 norske eller skandinaviske leger.	Det ble ikke funnet nevneverdige forskjeller i hyppighet i tegn og bekymringer mellom innvandrere og norske pasienter. Allikevel oppdaget de at pasienter med god språkferdighet uttrykte oftere bekymringer sammenlignet med innvandrerne med språkproblemer og de etniske norske. I tillegg var det flere kvinnelige pasienter som uttrykte bekymringer enn menn. Konklusjonen i studien blir at språkferdigheter avgjør hyppigheten i uttrykking av tegn og bekymringer hos pasienter som er innvandrere.	Studien viser indikasjoner som belyser hva som kan være med på å bestemme kvaliteten på kommunikasjonen med utenlandske pasienter i sykehus.

8 Facing diversity under institutional constraints: Challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients

Referanse	Studiens hensikt/mål/ Problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B. og Vike, H. (2014) Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. <i>Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship</i> , 70(9), s. 2107-2116.	Hensikten med studien er å forstå sykepleieres utfordringer i utøvelsen av hjemmehjelp til etnisk minoriteter i Norge.	Diversity, Front-line worker, Home care, Institutional constraints, Transcultural nursing.	<p>Utvalg: Deltakerne i undersøkelsen var 19 sykepleiere</p> <p>Datainnssamling: Datainnssamlingen var et kvalitativt typtgående, semi-strukturert intervju som varte i rundt en time.</p> <p>Analyse: Det ble tatt lydopptak av intervjuene før de ble transkribert. Deretter ble dataen kodet ved hjelp av NVivo, så ble den tematisk innholdsanalysert og til slutt ble innholdet satt sammen i ulike kategorier.</p>	<p>Resultatet av oppgaven var tre hovedfunn.</p> <p>Det første var at sykepleierne var usikre i intime settinger. De var redde for å krysse grenser basert på pasientens kultur eller religion.</p> <p>Det andre var utfordringer i rehabilitering etter slag. Mens sykepleieren mente det var nødvendig og nyttig med en rask rehabilitering, mente pasient og pårørende at det var nødvendig med hvile.</p> <p>Det siste var utfordringer i forhold til palliative pasienter. Sykepleieren hadde et ønske om å være åpen med pasientene, mens pårørende av religiøse årsaker ønsket å skjerme pasienten for dette.</p>	Studien er først og fremst relevant for min oppgave fordi den er gjort i Norge og er av nyere dato. Den er også relevant fordi den på en ryddig måte trekker ut tre utfordringer der sykeleiere trenger mer kunnskap for å kunne bedre samhandlingen med pasienter med innvandrerbakgrunn.