

Eva Bakken-Berg
Joakim Rødseth Hval

Hvordan opplever sykepleier møtet med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn som er innlagt på sykehus?

Antall ord: 8595

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Mai 2019

Eva Bakken-Berg
Joakim Rødseth Hval

Hvordan opplever sykepleier møtet med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn som er innlagt på sykehus?

Antall ord: 8595

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Bakgrunn: Verdenssamfunnet så vel som det norske er i stadig endring. Det er 765 108 innvandrere i Norge og det stilles høye krav til samfunnets deltakere for en velfungerende sameksistens. I følge pasient- og brukerrettighetsloven har alle Norges innbyggere rett på likeverdig helsehjelp og derfor er det interessant å undersøke hvordan sykepleiere opplever møtet med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å undersøke sykepleiers opplevelser i møte med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn innlagt på sykehus.

Metode: Vi har gjennomført en systematisk litteraturstudie hvor vi har anvendt forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur for å belyse problemstillingen. Det systematiske litteratursøket resulterte i forskningsartikler hvorav syv var kvalitative og én med kombinert metode.

Resultat: Resultatene viser at sykepleiere opplever kunnskapsmangel og kommunikasjonsvansker i møte med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Videre opplevde de ressursmangel, der tid er hovedfaktor. Det ble også avdekket atferd- og holdningsutfordringer hos sykepleiere i form av fordommer og stereotypiske holdninger.

Konklusjon: Kulturell bevissthet, kunnskap og ferdigheter danner grunnlaget for kulturell kompetanse. Dette, sammen med en vilje til å oppsøke kulturelle møter og forsøke å lære av dette påvirker sykepleieres opplevelse i møte med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Den kulturelle kompetansen bidrar til økt trygghet, selvsikkerhet, gode relasjoner og følelsen av å yte god pleie. Til dette er det viktig å ha god tid.

Abstract

Background: The world society as well as the Norwegian society is in constant change. Today there are 746 700 immigrants in Norway and there are tough requirements for all participants in the Norwegian society for a well-functioning existence together. According to the Norwegian law for patient and healthcare users rights every citizen in Norway have the right to get equivalent healthcare and therefore it is interesting to explore how nurses experience the interactions with patients with non-western backgrounds.

Aim: The purpose of this assignment is to explore nurses' experiences in interacting with patients with a non-western background in hospitals.

Method: We have conducted a systematic literature study in which we have used research articles, curriculum literature and self-chosen literature to elucidate the research question. The systematic search for literature resulted in seven qualitative research articles and one mixed-method research article.

Result: The results show that nurses experience lack of knowledge and communication difficulties in the interaction with patients with non-western background. Furthermore, they experienced a shortage of resources, where time is the main factor. Behavioural- and attitude challenges were also identified in nurses considering prejudices and stereotypical attitudes.

Conclusion: Cultural awareness, knowledge and skill forms the basis of cultural competence. This, along with a willingness to seek out cultural encounters and seek to learn from it, affects nurses' experience in interacting with non-western patients. The cultural competence contributes to increased security, self-confidence, good relationships and the feeling of delivering quality care. To accomplish this, it is necessary to have adequate time.

Forord

Vi vil takke vår veileder Gerd Elisabeth Meyer Nordhus for god støtte og veiledning gjennom skrivingen av bacheloroppgaven.

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Bakgrunn	10
1.2	Studiens hensikt og problemstilling	10
1.3	Begrepsavklaring	11
1.4	Avgrensninger	11
1.5	Oppgavens videre oppbygging	11
2	Teori	12
2.1	Kulturkunnskap	12
2.2	Kulturell kompetent helsearbeid	12
2.3	Sykepleie og kommunikasjon	14
3	Metode	15
3.1	Beskrivelse av metode	15
3.2	Kvalitativ og kvantitativ metode	15
3.3	Datainnsamling	15
3.3.1	Søkehistorie	15
3.3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
3.4	Kvalitetsvurdering	16
3.5	Etiske hensyn	17
3.6	Analyse	17
4	Resultat	19
4.1	Behov for kulturkunnskap	19
4.2	Kommunikasjonsutfordringer	20
4.3	Mangel på ressurser	21
4.4	Holdninger og verdier	22
5	Diskusjon	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Kulturell kunnskap	24
5.2.2	Kommunikasjonsutfordringer	26
5.2.3	Mangel på ressurser	27
5.2.4	Holdninger og verdier	28
6	Konklusjon	30
	Referanser	31
	Vedlegg 1: Søkehistorikk	34
	Vedlegg 2: Litteratormatriser	36

1 Innledning

Denne oppgavens tema er hvordan sykepleiere opplever møtet med pasienter med ikke-vestlig kulturell og språklig bakgrunn. Vi har valgt å skrive oppgaven ut i fra et sykepleieperspektiv fordi vi ønsker å undersøke hvordan sykepleiere opplever eventuelle kulturelle- og språklige utfordringer.

1.1 Bakgrunn

Av Europas befolkning er 48,7 % innvandrere og i Norge finnes det 746 700 innvandrere (14,1%) fra 221 land per 1. januar 2018 (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2018). Med et så stort antall innbyggere fra ulike kulturer med ulike språk og bakgrunner stilles det høyere krav til alle samfunnets deltagere for å oppnå en vellykket sameksistens. Fordi alle som bor i Norge har rett på likeverdig helsehjelp stilles det likeledes høyere krav til helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2011, § 2-1). Når vi har opplevd situasjoner i praksis der det har oppstått misforståelser mellom ikke-vestlig pasienter og sykepleier, har sykepleierne ofte vært usikre på hvordan de skal formidle hva de gjør og hvorfor de gjør det. Det er essensielt at pasientene mottar den omsorgen de fortjener, og det er dermed interessant å undersøke hvordan sykepleiere opplever interaksjonen med pasientene og i hvilken grad de lykkes med dette.

Bakgrunnen for valg av tema er våre egne opplevelser og interesser for temaet. Temaets aktualitet i dagens samfunn er også en faktor. Den økende globaliseringen og immigrasjonen bidrar i større grad til et multikulturelt samfunn, som i sin tur setter høyere krav til vellykket kommunikasjon og samvær. Dette gjelder ikke bare i samfunnet generelt, men også i helsevesenet. Vi har begge opplevd utfordringer i forbindelse med kulturforståelse gjennom praksisperiodene i vår sykepleierutdanning. Derfor er vi motivert av å undersøke de underliggende mekanismene.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Som nevnt ovenfor ønsker vi i denne oppgaven å undersøke og belyse sykepleieres opplevelser og erfaringer i møte med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Med utgangspunkt i dette lyder problemstillingen som følger:

«Hvordan opplever sykepleier møtet med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn som er innlagt på sykehus?»

1.3 Begrepsavklaring

I dette avsnittet vil vi ta for oss de sentrale begrepene i problemstillingen og avklare hvordan disse brukes og tolkes videre i oppgaven.

Ikke-vestlig:

Begrepet ikke-vestlig er et omstridt og komplisert begrep som kan være belastet med utilsiktede assosiasjoner. I denne oppgaven brukes likevel begrepet av mangel på et mer dekkende ord for enkelhetens skyld (SSB, 2008).

Pasienter med ikke-vestlig kulturell og språklig bakgrunn:

Med ikke-vestlig kulturell og språklig bakgrunn refererer vi til pasienter som hovedsakelig kommer fra ikke-vestlige land. De ikke-vestlige landene består av landene i Afrika, Latin-Amerika, Asia, Oseania utenom Australia og New Zealand og europeiske land utenfor EU/EØS (SSB, 2008). Når det gjelder den språklige bakgrunnen tar vi utgangspunkt i tilfeller hvor sykepleier og pasient ikke snakker samme språk.

1.4 Avgrensninger

I denne oppgaven har vi begrenset oss til kun å utforske sykepleieperspektivet, og inkludere voksne pasienter som er innlagt på somatisk avdeling.

1.5 Oppgavens videre oppbygging

For å forsøke å besvare problemstillingen vil vi i del 2 av oppgaven presentere relevant teori som oppgavens hoveddel senere vil drøftes ut ifra. Videre i del 3 vil vi ta for oss anvendt metode og redegjøre for hvordan vi gikk frem. Del 4 består av resultatdelen der vi presenterer funn fra de anvendte forskningsartiklene. Deretter følger en diskusjon av metode og resultat i del 5. Avslutningsvis følger en konklusjon som redegjør for og oppsummerer oppgavens funn, samt forslag til videre forskning.

2 Teori

I denne delen av oppgaven vil vi ta for oss relevant kunnskap rundt temaet vi har valgt. Dette innebærer en presentasjon av oppgavens sentrale begreper og teoretiske perspektiver som vil danne rammen for diskusjonen og underbygge funn fra empirisk forskning.

2.1 Kulturkunnskap

Kultur er et sammensatt begrep som det er vanskelig å definere. Det blir ofte brukt om noe som er uforanderlig og permanent, og som folk fra samme land har til felles (Hanssen, 2007, s. 15). Videre uttrykker Hanssen (2007, s. 15) at denne definisjonen ikke tar hensyn til at kultur også kan være dynamisk og foranderlig. Dette kan eksempelvis forekomme når mennesker fra andre kulturer kommer i kontakt med en allerede etablert kultur. Akkulturasjonen som dermed oppstår kan føre til at man blir påvirket av andre kulturers ideer, verdier og vaner, og at livssyn og ideologi kan endres. Dette synet på kultur legger til rette for en mer dynamisk forståelse av begrepet. Kultur kan dermed anses som en prosess som skapes og formes gjennom menneskers daglige liv. Det er også viktig å ta høyde for individuelle forskjeller mellom mennesker i samme kultur og at kultur dermed ikke kan brukes som oppskrift for atferd (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 41).

Etnosentrisme og kulturel relativisme er to sentrale begreper i behandlingen av kulturforståelse som begrep. En etnosentrisk person er av den oppfatning at egen kulturs holdninger og verdier er de beste eller eneste akseptable. Et kulturel relativistisk perspektiv går ut på at alle mennesker tolker, oppfatter og forstår virkeligheten ut fra sin egen kulturelle erfaringsbakgrunn. Dette innebærer at alle samfunn må forstås ut fra dets egne premisser. Stereotypier er antakelser om en sosial gruppe eller medlemmene i gruppen. Det er ofte enkle generaliseringer om mennesker av grupper som har enkelte fellestrekk. Antakelsene er ofte via mellommenn og ikke som egne observasjoner (Dahl, 2013, s. 67).

2.2 Kulturell kompetent helsearbeid

En ukjent kulturell bakgrunn kan bidra til at sykepleiere opplever det som utfordrende å pleie pasienter (Hanssen, 2007, s. 83). Fordi de vanlige premissene for mellommenneskelig forståelse mellom sykepleier og pasient ikke ligger til rette, kan det være vanskeligere å vurdere, forstå og behandle pasienten. Noen sykepleiere kan også, bevisst eller ubevisst, tilegne pasienten stereotypier som resultat av at hun/han har vansker med å forholde seg til vestlig behandlingspraksis. Dette kan resultere i at sykepleiere får en oppfatning av pasienten som vanskelig. Ifølge Hanssen (2007, s. 85) kan det ikke forventes at sykepleier skal ha kjennskap til alle aspekter ved de ulike kulturene. Kompetent kulturelt helsearbeid er forståelse på områder som kan påvirke

menneskers reaksjoner og den pleie og behandling som gis (Hanssen, 2007, s. 25).

Dr. Josepha Campinha-Bacote utviklet en modell som helsearbeidere kan bruke som verktøy for å utvikle og iverksette kompetent kulturell omsorg. Modellen anser kulturell kompetanse for å være en kontinuerlig prosess hvor helsepersonell stadig søker å oppnå evnen til å arbeide effektivt innenfor pasienters kulturelle rammeverk og kontekst (Campinha-Bacote, 2002). Modellen består av fem hovedkomponenter som i fellesskap bidrar til kulturell kompetanse og som videre bidrar til kompetent kulturell omsorg.

Kulturell bevissthet handler om å utforske egen kulturbakgrunn. Dette involverer å erkjenne sine ulikheter, fordommer og antagelser om forskjellige individer. Uten å være klar over innflytelsen egne kulturelle verdier kan ha på andre, kan det være en risiko for at man påfører sine oppfatninger, verdier og atferdsmønstre på andre.

Kulturell kunnskap går ut på å søke og tilegne seg kunnskap om ulike kulturer for å forstå mer av pasientens egen sykdomsforståelse og hvordan det kan være atferdskontrollerende.

Kulturell ferdighet er evnen til å utføre en relevant kulturell datasamling om pasientens problem og behov.

Kulturelle møter er prosessen som oppmuntrer helsearbeideren til aktivt å gå inn i situasjoner der man møter flerkulturelle utfordringer. Dette vil gi en utviklende og erfaringsbasert kunnskap som gradvis vil skape et mer nyansert og kulturellrelativistisk syn.

Kulturell vilje er helsearbeiderens motivasjon til å ville i stedet for å måtte engasjere seg for å utvikle sin kulturelle kompetanse og gi god omsorg.

Punktene i modellen er gjensidig avhengig av hverandre og uansett når prosessen inngås må alle bli tatt opp. Modellen krever at helsepersonell ser på det å være kulturelt kompetent som noe man blir og ikke er (Campinha-Bacote, 2002).

2.3 Sykepleie og kommunikasjon

I Eide & Eide (2016, s. 17) forklares kommunikasjon som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Å lytte aktivt og kommunisere klart er en forutsetning for å identifisere hva situasjonen krever og å forebygge uheldige valg og dårlige løsninger. Hvis kommunikasjonen er dårlig eller mangelfull, kan det oppstå fare for profesjonelle feil og mangler (Eide & Eide, 2016, s. 21). Kommunikasjon skiller i to grupper, verbal- og nonverbal kommunikasjon. Verbale kommunikasjonsferdigheter kan være å stille spørsmål og oppmuntre pasienten til å snakke, mens nonverbal kommunikasjon er knyttet til øyekontakt, kroppsholdninger og fysiske berøringer (Eide & Eide, 2016, s. 23-24). Sykepleier vil kunne oppleve å ikke ha samme språk som pasienten, derfor kan det være nødvendig å kommunisere via en profesjonell tolk. Det er sykepleieren sitt ansvar å sørge for at kommunikasjonen fungerer, at det skapes kontakt mellom sykepleier-pasient og at viktig informasjon kommer fram og blir oppfattet (Eide & Eide, 2016, s. 86).

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee forholder seg til ethvert menneske som uerstattelig og enestående. Videre påpeker Travelbee at den kulturen personen tilhører vil ha betydning for vedkommendes sykdom- og helseoppfatning. Sykepleiedefinisjonen til Travelbee bygger på et eksistensialistisk menneskesyn der lidelse og smerte er en del av et menneskets liv. Sykepleie består dermed av å hjelpe den syke til å finne mening i situasjonen som skjer gjennom å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2011, s. 216).

3 Metode

Metode sier noe om hvordan vi skal gå frem, hvordan informasjonen vi samler inn skal analyseres, og hva den kan fortelle oss om den sosiale virkeligheten vi undersøker (Dalland, 2014, s. 112). I denne delen av oppgaven følger dermed en gjennomgang av hvordan vi har gjort dette.

3.1 Beskrivelse av metode

Vår oppgave baserer seg på en systematisk litteraturstudie. Hensikten med dette er å få svar på en problemstilling innenfor et avgrenset område. Ifølge Forsberg & Wengstrøm (2015, s. 26) defineres systematisk litteraturstudie som et formulerende spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, vurdere, velge og analysere relevant forskning. Vår oppgave består henholdsvis av pensumlitteratur, faglitteratur og åtte forskningsartikler.

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Ifølge Dalland (2014, s. 112) bidrar både kvalitative og kvantitative metoder på hver sin måte til bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Den kvalitative metoden fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle, mens den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter. I vår oppgave har vi brukt kvalitative forskningsartikler og én kombinert metode. Vi har valgt å bruke kvalitative forskningsartikler for å belyse sammenhenger, helheter og forståelser i problemstillingen, som kvalitativ forskning muliggjør.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Søkehistorie

I oktober 2018 ble førsteutkastet av problemstillingen utarbeidet, og søkeprosessen etter forskningsartikler begynte. Vi begynte å søke etter de mest sentrale ordene i problemstillingen, «Ethnic minorities», «Ethnic minorities or Ethnic groups», «Nursing care» og «Cultural competence or Intercultural competence» i flere databaser. Etter forsøk med flere kombinasjoner endte søket med «Nursing care» og «Cultural competence», hvilket gjorde at vi fant fem relevante artikler i Cinahl Complete og én i ProQuest. De to siste artiklene ble funnet som hånd søk i tidligere bacheloroppgaver med tilsvarende tema.

I slutten av april 2019 valgte vi å gjøre noen endringer på problemstillingen og måtte bytte ut fire forskningsartikler da de ikke lenger var relevante. Fire av artiklene som ble beholdt kom fra søket i Cinahl Complete. I likhet med det tidligere søket brukte vi søkeordene «Nursing care» og «Cultural competence». Dette søket i Cinahl Complete resulterte i funn av to relevante artikler til den nye problemstillingen. Den tredje forskningsartikkelen fant vi i SveMed+ med de samme søkeordene, og den siste ble funnet fra et håndstøk i en tidligere bacheloroppgave med tilsvarende tema.

I løpet av søkeprosessen har vi søkt i databasene Cinahl Complete, Medline, PubMed, SveMed+ og ProQuest Health & Medicine. Det er imidlertid kun søk i Cinahl Complete og SveMed+ som har frembrakt artikler vi har tatt i bruk. Cinahl Complete er en database som er spesialisert innenfor sykepleieforskning, herunder pleie, fysioterapi og ergoterapi (Forsberg & Wengström, 2015, s. 65). SveMed+ er en bred database som omfatter helseforskning og som inneholder både skandinaviske og engelske forskningsartikler (Forsberg & Wengström, 2015, s. 67). Viser til vedlagt oversikt over søkehistorikk.

3.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1

Oversikt over inklusjons-/eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleieperspektiv	Pasient- og pårørendeperspektiv
Sykehus	Sykehjem, hjemmesykepleie og psykiatri
IMRaD-struktur	Barn
Nordiske- og engelske språk	
Etisk vurdert	
Artikler etter 2013	
Voksne pasienter	
Ikke-vestlige pasienter	

3.4 Kvalitetsvurdering

For å fastslå at en kilde er pålitelig er det viktig å være kildekritisk. Dette innebærer å kritisk vurdere og karakterisere kildene som brukes (Dalland & Trygstad, 2014, s. 67). Vi startet kvalitetsvurderingen med å undersøke om artiklene brukte IMRaD-strukturen. For å forsikre oss om at vi kun brukte fagfellevurderte forskningsartikler, ble artiklene kvalitetssikret ved bruk av Norsk Senter for Forskningsdata (2019). Samtlige forskningsartikler ble vurdert til nivå «1» eller «2» som er kravet for at tidsskriftet godkjennes. Deretter kryssjekket vi artiklene med sjekklister hentet fra helsebiblioteket.

Seks av artiklene er publisert i perioden 2013-2018, mens to ble publisert i 2009 og 2010. Viser til vedlagt litteratormatriser.

3.5 Etiske hensyn

Forskningsetikk beskrives av Dalland (2014, s. 96) som å ivareta personvernet og sikre forskningsresultatenes troverdighet. Videre påpeker Dalland at det har blitt etablert flere forskningsetiske komiteer for å ivareta både enkeltpersoners og samfunnets interesser (Dalland, 2014, s. 96). Komiteenes oppgave er å gi veiledning og råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etiske verdier og normer. I forkant av en publisering skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra en av komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Dalland, 2014, s. 98). I denne oppgaven er samtlige forskningsartikler etisk vurdert i tråd med de overnevnte kravene.

3.6 Analyse

Dalland (2014, s. 144) beskriver analyse som et granskingsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle. I denne oppgaven har vi valgt å ta i bruk Evans (2002, s. 24) fire faser som forklarer hvordan analysen tar form.

Fase én - Innsamling av datamateriale

Datamaterialet som brukes i denne oppgaven er åtte forskningsartikler som ble samlet inn via systematisk litteratursøk, slik det beskrives i punkt 3.3.1. Videre foregikk innsamlingen av forskningsartiklene slik det refereres til i punkt 3.3, 3.4 og 3.5.

Fase to - Identifisere nøkkelfunn

Ifølge Evans (2002, s. 25) er det viktig at man leser grundig gjennom artiklene flere ganger for å utvikle en helhetsforståelse. Vi begynte å lese forskningsartiklene sammen før vi deretter leste de individuelt flere ganger for å forsikre oss om at vi ikke gikk glipp av sentrale funn. Vi nummererte artiklene fra 1-8 for å skape en bedre oversikt. Deretter skrev vi et sammendrag fra hver artikkel med en oversikt over sentrale funn slik at vi enklere kunne sammenligne disse.

Fase tre - Sammenligning av funn

Under arbeidet med fase tre identifiserte vi de relevante temaene som belyste problemstillingen, og plasserte artiklenes hovedfunn herunder. Ved å gjøre dette ble vi oppmerksomme på både likheter og ulikheter i artiklene. For å lettere identifisere hva disse var tok vi i bruk fargekoder der hver farge representerte hvert sitt tema. Ut ifra dette lagde vi en ny oversikt som gjorde det mulig å kategorisere og sammenligne artiklene med utgangspunkt i nøkkelfunn.

Fase fire - Beskrive fenomenet

I fase fire beskrives fenomenet artiklene tar for seg. Ifølge Evans (2002, s. 25) gjøres dette ved å trekke frem hovedfunn som støttes opp med sitater eller eksempler fra forskningsartiklene. I resultatdelen vil vi derfor i tråd med dette presentere fire temaer som vil belyse oppgavens problemstilling.

Tabell 2

Oversikt over hovedtemaenes forekomst i artiklene.

Hovedtema	Artikkelnummer
Behov for kulturkunnskap	1,2,3,4,5,6,8
Kommunikasjonsutfordringer	1,2,3,4,6,7,8
Mangel på ressurser	3,5,7,8
Holdninger og verdier	3,5,7,8

4 Resultat

I dette kapittelet presenteres resultatene fra forskningsartiklene. Resultatene er delt inn i fire temaer som belyser oppgavens problemstilling.

4.1 Behov for kulturkunnskap

Flere av forskningsartiklene påpeker at sykepleiere opplever mangel på kulturell kunnskap i møte med pasienter fra andre kulturer. Funnene til Alpers & Hansen (2014, s. 1001) viser at 44 % av sykepleiere oppgir at de ikke har nok kulturell kunnskap. Watts et al. (2017, s. 86), Markey, Tilki & Taylor (2018, s. 262) og Hart & Mareno (2013, s. 2227) viser også til lignende funn der sykepleiere opplever mangel på kulturell kunnskap i møte med pasienter fra andre kulturer. Ifølge Watts et al. (2018, s. 5-6) oppgir flertallet av sykepleierne at de har lite eller ingen formell kursing i kulturell kompetanse og/eller i håndtering av pasienter fra andre kulturer. «This survey really opened up my eyes to how little I know about cultural competence. There needs to be a much greater emphasis in nursing school» (Hart & Mareno, 2013, s. 2227).

Funn i studiene til Alpers & Hanssen (2014, s. 1001), Nielsen & Birkelund (2008, s. 434) og Watts et al. (2017, s. 86) viser at sykepleiere manglet kunnskap på områder som utførelse av god sykepleie med pasientens familie og barn tilstede, kommunikasjon ved hjelp av tolk, og ulike kulturelle fenomener og uttrykk. Slike fenomener kan ifølge Watts et al. (2017, s. 87) være palliativ omsorg, kjønnsrelaterte problemer og familiens rolle og pasientens autonomi. Mange sykepleiere opplever også at de mangler kunnskap om sykdom- og behandlingsfilosofier og smerteuttrykk i andre kulturer. Flere sykepleiere i Nielsen & Birkelund (2009, s. 434) erfarte at pasienter fra andre kulturer uttrykker smerte på en sterkere måte enn det sykepleierne er vant til. I samme studie antar sykepleierne at pasientene har en tendens til å overdrive smerte, og sykepleierne har dermed vanskeligheter med å vurdere alvorlighetsgraden av smerteutbruddene (Nielsen & Birkelund, 2009, s. 434). Lignende funn foreligger i studiet til Alpers & Hanssen (2014, s. 1001) der sykepleierne påpekte at det å vurdere smerte hos pasienter fra andre kulturer var vanskelig fordi de uttrykte det annerledes enn de var vant til.

Sykepleierne i studiet til Hart & Mareno (2013, s. 2226-2227) og Watts et al. (2018, s. 6) oppgir at det er utfordrende å lære seg å forstå den enkeltes kultur på grunn av det brede kulturelle mangfoldet sykepleier må forholde seg til. Dette førte til at sykepleierne opplevde utfordringer i å tilegne seg kulturell lærdom og huske hver enkelt kulturs preferanser og oppfatninger (Hart & Mareno, 2013, s. 2227).

Watts et al. (2017, s. 86) og Markey et al. (2018, s. 262) fremhever at sykepleierne viser mangel på kunnskap og ekspertise overfor pasientene. Dette førte til at sykepleierne opplevde angst, usikkerhet og hjelpeløshet. Flere av sykepleierne opplevde ubehag ved å stille pasientene spørsmål om deres kulturelle og religiøse bakgrunn. Derfor unngikk de å stille spørsmål på grunn av dette og av frykt for å vise at de manglet kunnskap (Markey et al., 2018, s. 262). Funn i studiene til Watts et al. (2017, s. 86) påpeker videre at flere sykepleiere opplever at pasienter med ikke-vestlig bakgrunn mottar mindre psykososial støtte og omsorg. Dette begrunnes med at det ikke er like lett å gjenkjenne følelsene til pasientene når sykepleierne ikke kjenner til kulturen, og i situasjoner hvor det kan være vanskelig å tolke emosjonelle tegn. Et lignende funn i studiet til Jirwe, Gerrish & Emami (2010, s. 439) viser at normal sosial omgang kan påvirkes negativt av språk, og kan føre til mekanisk og upersonlig sykepleie.

Mange av studiene påpeker at når sykepleierne får læring og kunnskap om pasienter fra andre kulturer, opplever sykepleierne i større grad trygghet og blir mer selvsikre i møte med pasientene (Alpers & Hanssen, 2014, s. 1001; Watts et al., 2017, s. 86; Markey et al., 2018, s. 263; Watts et al., 2018, s. 6). Dette påpekes også i Jirwe et al. (2010, s. 441) der sykepleierstudenters økte forståelse av forskjellige kulturelle normer og tradisjoner, bidro til en bevisstgjørelse av at pasienter oppfører seg forskjellig og har ulike verdenssyn. Videre oppga sykepleierstudentene at økt kulturell kunnskap ga mer selvsikkerhet til å håndtere ukjente situasjoner som i sin tur bidro til bedre kommunikasjon. Sykepleierne i Hart & Marenò (2013, s. 2227) satte dette ytterligere på spissen i sin vektlegging av kunnskap om forskjellige kulturer som nødvendig for å kunne yte helhetlig sykepleie og gi tilstrekkelig kulturell omsorg til pasientene. I Jirwe et al. (2010, s. 441) påpekes det imidlertid at dette kun er ønskelig inntil et visst punkt fordi kulturell kunnskap og ønske om å vise kulturelle hensyn kan lede til kategorisering av pasienter og at det individuelle perspektivet kan bli glemt. Det understrekes at man som sykepleier derfor må være bevisst på at ikke all atferd kan attribueres til kultur, men at individuelle forskjeller også kan være en faktor «There are individual differences and cultural differences, but the individual ones are more important» (Jirwe et al., 2010, s. 441).

4.2 Kommunikasjonsutfordringer

Flere av sykepleierne i forskningsartiklene opplever kommunikasjonsutfordringer med pasienter fra andre kulturer (Alpers & Hanssen, 2014, s. 1001; Watts et al., 2017, s. 86; Nielsen & Birkelund, 2009, s. 433, Watts et al., 2018, s. 4; Taylor et al., 2013, s. 37; Hart & Marenò, 2013, s. 2227; Jirwe, Gerrish & Emami, 2010, s. 438). Sykepleierstudentene i Jirwe et al. (2010, s. 438) anser effektiv kommunikasjon som fundamentet for et vellykket møte med pasienter fra andre kulturer. Når sykepleierstudentene klarte å etablere tilfredsstillende kommunikasjon var de i større grad fornøyde med pleien de ga. Til kontrast beskrev de møtet og pleien som utilfredsstillende når kommunikasjon manglet «... You miss so much when you don't have a way to communicate, communication is prerequisite for good nursing care» Jirwe et al. (2010, s. 439).

I studiet til Watts et al. (2017, s. 86) og Taylor et al. (2013, s. 37) rapporterte flere sykepleiere at språkbarrierer har en negativ innvirkning på kommunikasjon. Taylor et al. (2013, s. 39) viser til språkbarrierer som den største hindringen til å få nødvendig medisinsk- og personlig informasjon fra pasienten. I studiet til Hart & Mareno (2013, s. 2227) oppga sykepleierne at språkbarrierer var en utfordring i forhold til relasjons- og tillitsbygging i sykepleier-pasientforholdet. Lignende funn fremkommer også i Nielsen & Birkelund (2009, s. 433), Watts et al. (2018, s. 4) og Jirwe et al. (2010, s. 438) der sykepleierne anså språkforskjeller som et stort problem og utfordringene begrenset mengden og kvaliteten på informasjonen de fikk formidlet.

Flere av sykepleierne i forskningsartiklene delte lignende erfaringer i forhold til bruken av tolketjenester. Studiet til Watts et al. (2018, s. 4) og Jirwe et al. (2010, s. 439) viste at flertallet av sykepleierne verdsatte tolketjenestene og opplevde at det hadde en positiv innvirkning på møtet med pasienten. Nielsen & Birkelund (2009, s. 434) og Jirwe et al. (2010, s. 440) viser imidlertid at sykepleiere prøvde å begrense bruken av tolketjenester og heller brukte familiemedlemmer som tolk. Dette begrunnes med at det var dyrt og vanskelig å få tilgang på. Bruken av familiemedlemmer og barn som tolk oppfattes både positivt og negativt. På den ene siden bidrar det til å overkomme språkbarrieren, men det kan likevel være problematisk i den forstand at det kan hindre forholdet mellom sykepleier og pasient. Lignende funn er også tilstede i studien til Watts et al. (2018, s. 4) der sykepleierne opplevde mangel på tilgang til tolketjenester og uttrykte bekymring i bruken av familiemedlemmer som tolk. Sykepleiestudentene i Jirwe et al. (2010, s. 439) uttrykte at de ofte var redd for å kommunisere feil i møte med ikke-vestlig pasienter. De påpekte at de ofte var engstelige og noen ganger unngikk samhandling med pasientene fordi de ville unngå å fornærme dem. Denne frykten var størst når sykepleierstudentene kom i ukjente pasientsituasjoner, som for eksempel en ukjent kultur eller oppførsel de ikke visste hvordan de skulle takle. I Taylor et al. (2013, s. 40) nevner sykepleiere kulturelle faktorer som religion og frykt for å fornærme pasienter som barrierer til å gi god sykepleie.

4.3 Mangel på ressurser

I studiet til Hart & Mareno (2013, s. 2227) ga sykepleierne uttrykk for at det var mangel på ressurser til å tilegne seg kunnskap og dermed også å kunne yte god kulturell omsorg. Videre uttrykte sykepleierne at de ikke hadde nok tid til å tilegne seg kunnskap om de forskjellige kulturene samtidig som at de skal rekke å utføre hverdagslige gjøremål på jobb. Mangel på tid, penger og kursing ble trukket frem som de mest sentrale hindringene for å kunne gi kompetent kulturell omsorg.

Å bruke mer tid med pasienter fra andre kulturer bidro til at sykepleierne i Watts et al. (2017, s. 87) opplevde det enklere å overkomme språkbarrierer. De foreslo derfor at det burde legges til rette for at sykepleiere får mer tid til å overkomme disse. Viktigheten av at det vies tilstrekkelig med tid fremgikk også i studiet til Jirwe et al. (2010, s. 440) der etablering av effektiv kommunikasjon ble ansett som krevende i tilfeller der sykepleier og pasient ikke hadde felles språk. Forhastede interaksjoner mellom sykepleiere og ikke-vestlige pasienter ble antatt å lede til uønskede og lite tilfredsstillende utfall.

I studiet til Nielsen & Birkelund (2009, s. 433) karakteriseres språkbarrierer som ressurskrevende, og sykepleierne opplevde å bruke mer tid på pasienter som ikke snakket deres språk. For noen sykepleiere kunne dette være et irritasjonsmoment fordi det gikk ut over tiden de hadde til rådighet hos andre pasienter. I tråd med dette fant Taylor et al. (2013, s. 41) at sykepleierne opplevde at det tok lengre tid å gi omsorg til pasienter med lite eller ingen engelskspråklige ferdigheter. Håndteringen av disse pasientene kunne derfor også føre til økt arbeidsmengde og økte kostnader, eksempelvis i forbindelse med tolk. Sykepleierne i Watts et al. (2018, s. 4) rapporterte også å bruke mer tid på ikke-vestlige pasienter fordi de måtte ta i bruk strategier slik som relasjonsbygging og mer grundig kommunikasjon, som å spørre om bakgrunnen til pasientene. Videre opplevde sykepleierne at bruk av tolketjenester og oppfølging av pasientene etter møtene var tidkrevende.

4.4 Holdninger og verdier

I Markey et al. (2018, s. 263) ga sykepleierne konsekvent uttrykk for å være klar over bevisste eller ubevisste etnosentriske holdninger, verdier og stereotypier, til tross for å ha en oppfatning om at slike holdninger ikke gjorde situasjonen bedre for pasientene. Videre bidro dette til økt usikkerhet blant sykepleierne. Eksempler på kulturelle stereotypiske holdninger hos sykepleierne kom til uttrykk gjennom bruk av avstandsskapende ord som «de» og «dem».

Sykepleierne i Jirwe et al. (2010, s. 440-441) fant det lettere å håndtere kommunikasjonsvansker når de hadde en positiv tilnærming og kunnskap om kulturforskjeller. Videre påpekes det at sykepleiernes holdninger til å overkomme kommunikasjonsutfordringer varierte «If you take your time and are interested in the patient then you can understand them» (Jirwe et al., 2010, s. 441).

Forekomsten av fordommer og antagelser varierte hos sykepleierne i Hart & Marenò (2013, s. 2228). Noen av sykepleierne mente at pasienter fra ikke-vestlige land burde tilpasse seg vertslandets kultur og at vertslandet ikke trengte å tilpasse seg dem. Det ble også trukket frem at fordommer fremdeles er tilstede og dette kunne være en hindring for kunnskap om og åpenhet til andre kulturer og tradisjoner enn det de var vant til. Videre mente sykepleierne at det var viktig at de reflekterte rundt egne fordommer og antagelser for å kunne gi kompetent kulturell omsorg. Flere sykepleiere nevnte også at et åpent sinn til andre var essensielt for å være i stand til å yte dette «We are living in a changing/global society. We must all open our hearts and minds to the diversity of people/cultures we see daily» (Hart & Marenò, 2013, s. 2228). I Taylor et al. (2013, s. 40) påpekes det av studiets deltakere at noen kulturelle utfordringer strakk utover det rent språklige, og at problemløsning var avhengig av å forstå pasienten ut ifra hans eller hennes kulturelle kontekst.

5 Diskusjon

Diskusjonsdelen som følger er todelt. I metodediskusjonen kaster vi et kritisk blikk på hvordan vi har brukt metoden til å belyse problemstillingen. Deretter vil vi ta for oss resultatdiskusjonen hvor problemstillingen, «Hvordan opplever sykepleier møtet med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn ... », blir drøftet i sammenheng med funnene i resultatdelen, teoribakgrunnen og den selvvalgte litteraturen.

5.1 Metodediskusjon

Vi fant forskningsartiklene i databasene Cinahl Complete og SveMed+. Ettersom vi hentet forskningsartikler fra to databaser kan dette regnes som en svakhet. Søk i flere databaser ble utført, men artiklene i disse databasene var enten de samme vi allerede hadde funnet eller ikke relevante. Flere relevante forskningsartikler fra andre databaser kunne ha bidratt til å øke representativiteten. Til tross for dette valgte vi likevel kun å bruke Cinahl Complete da dette var den eneste databasen vi hadde fått opplæring i, og dermed opplevdes søket lettere gjennomførbart.

Alle forskningsartiklene som brukes i denne oppgaven er skrevet på engelsk. Hovedsakelig har vi brukt engelskferdighetene våre i oversettelsesprosessen, men vi har også tatt i bruk Google Translate, TriTrans og synonymordbøker for å forsikre oss om at det ble gjort rett. Underveis har vi vært kritiske til egen evne til å oversette og tolke innholdet. Dette ble gjort for å unngå en misoppfatning av artiklenes innhold.

Seks av åtte artikler er publisert etter 2013, mens de to resterende er fra henholdsvis 2009 og 2010. De to sistnevnte kan dermed regnes som eldre forskning og det er viktig å være bevisst på at dette kan være en potensiell svakhet for oppgaven. Vi har likevel valgt å inkludere disse fordi artiklene er fra Skandinavia og relevante for vår problemstilling. Problemstillingen vår tar riktignok utgangspunkt i et sykepleieperspektiv, men til tross for dette har vi valgt å bruke en artikkel som har siste års sykepleierstudenter med relevant arbeidserfaring som deltakere. Dette er grunnet artikkelens relevans til oppgavens problemstilling, og vi vurderte deltakerne som aktuelle til vår studie.

Samtlige artikler er fra vestlige land da dette inngår i inklusjonskriteriet vårt. Det følger av dette at disse landene har en kultur som er relativt lik den norske. Det er også viktig å være bevisst på at vi i ekskluderingen av ikke-vestlige artikler, går glipp av perspektiver utenfor vesten. Dette kunne ha belyst problemstillingen på en annen måte eller tilført interessante funn og refleksjoner. Grunnen til at vi likevel har valgt å kun inkludere vestlig-publiserte artikler er fordi vi ville finne ut mer om opplevelsene til sykepleiere med et lignende helsesystem og kultur som i Norge.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kulturell kunnskap

Sykepleiere opplever mangel på kulturell kunnskap i møte med ikke-vestlige pasienter, og opplever det utfordrende å lære seg den enkeltes kultur og tilegne seg kulturell lærdom når det er et bredt kulturelt mangfold (Hart & Maren, 2013, s. 2226; Watts et al., 2018, s. 5). Flere sykepleiere uttrykker at de har lite eller ingen formell kursing i håndtering av pasienter fra andre kulturer (Watts et al., 2018, s. 5-6). Manglende kunnskap og ferdigheter i situasjoner sykepleieren befinner seg i kan føre til høy grad av stress og sannsynligvis en unnvikende og passiv tilnærming, påpekes det i Kristoffersen (2016, s. 257). Dette er noe som også kommer fram i Watts et al. (2017, s. 86) og Markey et al. (2018, s. 262) der sykepleierne opplever angst, usikkerhet og hjelpeløshet. Ved manglende kulturell kunnskap kan det også være en risiko for at man påfører sine oppfatninger, verdier og oppførselsmønstre på en annen kultur. Det er viktig å være klar over innflytelsen egne kulturelle verdier kan ha på andre, som involverer det å erkjenne sine ulikheter, fordommer og antagelser (Campinha-Bacote, 2002).

Når mange av sykepleierne i studien vår opplever mangel på kulturell kunnskap og vi ser viktigheten av å ha kompetanse både i teori og funn, anser vi dette som viktig for sykepleiere å tilegne seg. Ifølge Campinha-Bacote innebærer det å bli mer kompetent å søke og innhente kunnskap om ulike kulturer for å få mer forståelse av pasientens sykdomsforståelse. Dette involverer å sette seg inn i verdenssynet til pasienten som igjen vil gi et inntrykk av pasientens tolkning av sykdom og hvordan det styrer atferden. Hanssen (2007, s. 17) beskriver at kunnskap om andre kulturer er et viktig redskap for sykepleiere i møte med pasienter fra andre kulturer. Dersom sykepleiere viser litt kunnskap om pasientens kultur, opplever sykepleierne at pasienten blir møtt med respekt og omsorg. Sykepleierne opplever også at møtet mellom pasient og helsevesenet blir mer positivt.

Flere sykepleiere i Alpers & Hanssen (2014, s. 1001) uttrykker at de mangler kunnskap om sykdom- og behandlingsfilosofier og smerteuttrykk i andre kulturer. Ifølge Kristoffersen (2016, s. 84) utgjør sykdom og behandling to viktige sider ved alle helse- og behandlingssystem. Disse såkalte systemene springer ut ifra samfunnets kunnskap om hvordan og hvorfor sykdom oppstår. Videre påpekes det at det er viktig for sykepleiere å kjenne til sykdomsforklaringene i ulike kulturer for at pasienter ikke skal møte et uforstående helseteam og fremmed- og skremmende behandling. I Hanssen (2007, s. 29) beskrives de skandinaviske sykepleierne som rett-på-sak-orienterte og tidsstyrte, en væremåte som kan oppleves som avvisende og lite empatisk for pasienter som ikke er vant med dette. I likhet med Hanssen (2007, s. 29) nevner Kristoffersen (2016, s. 86) at vestlige sykepleiere har et endimensjonalt syn på sykdom, smerte og behandling. Ifølge Hanssen (2007, s. 41) tar både sykepleier og pasient sin kulturs behandlingsform som en selvfølge, noe som kan føre til usikkerhet i møte med pasienters oppfatninger og forventninger. Det er interessant at dette kan bidra til usikkerhet både hos sykepleierne, så vel som pasientene. Hos Campinha-Bacote kommer dette poenget klartest til uttrykk gjennom den delen av modellen som tar for seg kulturell bevissthet. Campinha-Bacote legger vekt på at ulike kulturer kan ha ulike forståelser, oppfatninger og tilnærminger til en sykdomssituasjon, og at kulturell bevissthet kan bidra til å forstå

mer av dette. Opplevelsen av interaksjonen kan dermed gjøres positiv ved at sykepleierne er bevisste på alternative måter å tolke situasjoner på og evner å sette seg inn i pasientens mulige tolkning. For å være i stand til å tolke situasjoner og se dem fra andres ståsted kreves det en bevisstgjørelse på at egen kultur og måte å gjøre ting på ikke bestandig tas for gitt.

Videre påpeker Hanssen (2007, s. 83) at smerteuttrykk er det som oftest er vanskelig å forholde seg til som sykepleier. Flere sykepleiere i Nielsen & Birkelund (2009, s. 434) opplevde at det var vanskelig å vurdere alvorlighetsgraden av smerte hos pasienter fra andre kulturer. Dette forklares med at pasienter fra enkelte land og kulturer uttrykker smerte på en sterkere måte enn det sykepleierne er vant med fra deres egen referansegruppe. Ifølge Hanssen (2007, s. 83) kan pasienter også føle på angst, irritasjon og utrygghet når de ikke får formidlet sin sykdomssituasjon. Dette kan føre til en klagende holdning og et høyt stemmenivå hos pasienten, og det er lett for sykepleierne og ikke ta pasientene på alvor. Ut ifra Campinha-Bacotes modell kan kulturell kompetanse bidra til en bedre opplevelse av slike tilfeller. Campinha-Bacote legger vekt på at kulturell kompetanse dreier seg om evnen til å oppdage og identifisere kulturelle faktorer som kan påvirke pasientens situasjon og være utslagsgivende for reaksjonen og håndteringen av den. Dersom sykepleier forstår det kulturelle rammeverket er det sannsynlig at hun/han også forstår måten smerte kommuniseres på og tolker dette korrekt. Hvis sykepleier i tillegg viser forståelse for frustrasjonen over å ikke bli forstått og evner å sette seg i pasientens situasjon, er det sannsynlig at de også vil forstå den klagende holdningen og det høye stemmenivået. En viktig refleksjon i denne sammenhengen er at negative opplevelser kan få sitt utspring av både ulike og uvante måter å formidle smerte og frustrasjon på, men også av å føle at man ikke blir forstått.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013, s. 5) skal sykepleiere ha kunnskap om innvandergruppers sykdomsforekomst og kulturelle utfordringer, samt ha tilgang på oppdatert kunnskap om innvandreres helse og bruk av helsetjenester for å sikre en likeverdig helse- og omsorgstjeneste. Når sykepleiere får læring og kursing som bidrar til kunnskap om andre kulturer opplever de i større grad trygghet og selvsikkerhet i møte med ikke-vestlige pasienter (Alpers & Hansen, 2014, s. 1001; Watts et al., 2017, s. 87; Markey et al., 2018, s. 262; Watts et al., 2018, s. 6; Jirwe et al., 2010, s. 441). Videre uttrykker sykepleierne i Hart & Mareno (2013, s. 2227) viktigheten av å ha kunnskap om andre kulturer når det gjelder å behandle pasientene helhetlig. Hos Campinha-Bacote dreier dette seg om kulturell kunnskap. Ifølge Campinha-Bacote må sykepleiere både oppsøke og oppnå kunnskap om ulike kulturelle grupper for å kunne arbeide effektivt og tilfredsstillende innenfor pasientens kulturelle kontekst. Dette henger også tett sammen med Campinha-Bacotes «kulturelle vilje» i den forstand at sykepleiere med kulturell vilje er mer motivert til å engasjere seg i denne prosessen.

5.2.2 Kommunikasjonsutfordringer

Av sykepleierne i Jirwe et al. (2010, s. 438) anses kommunikasjon for å være fundamentet i møte med pasienter fra andre kulturer. I følge Travelbee er kommunikasjon sykepleieres viktigste verktøy for å skape et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. God kommunikasjon bidrar til å forstå, skape relasjoner og å gi bedre hjelp og støtte til pasienten (Eide & Eide, 2016, s. 21). Som en videreføring av dette bidrar det også til bedre helse for pasientene. I situasjoner der sykepleierne klarte å etablere en vellykket kommunikasjon gjennom verbale eller nonverbale midler, følte sykepleierne seg fornøyde med pleien de ga (Jirwe et al., 2010, s. 438). De non-verbale uttrykkene har nødvendigvis ikke samme meningsinnhold på tvers av kulturene, og som Hanssen (2007, s. 45) påpeker er det viktig i møte med andre kulturer å være åpen for at nonverbale tegn kan mistolkes.

Flere av sykepleierne i forskningsartiklene rapporterte om kommunikasjonsutfordringer i møte med ikke-vestlige pasienter. Dette gjelder spesielt i forhold til tolkning og en gjensidig forståelse av kultur, mening og språk. Fordi det meste av mellom-menneskelig kommunikasjon springer ut ifra dette, er det nærliggende å anta at svært lite av kommunikasjonen forblir upåvirket av utfordringer med å forstå hverandres kultur, mening og språk. Kommunikasjonsproblemer kan begrense både sykepleiers og pasientens evne til å formidle tanker og følelser, og dette kan føre til misforståelser og usikkerhet som kan påvirke samspillet dem imellom. Desto større kulturell avstand, desto mer kreves det av sykepleierens evne til å lytte, forsøke å forstå og sette seg inn i pasientens kultur. Campinha-Bacote og hennes fokus på kulturell bevissthet gjør seg gjeldende her. Vi opplever det som en relevant refleksjon at det likevel kan oppstå situasjoner hvor sykepleier, til tross for å være motivert til å forstå, kulturelt bevisst og kunnskapsrik, likevel ikke er i stand til å forstå pasienten, eksempelvis på grunn av et ukjent språk. Vi tolker derfor Campinha-Bacote dit hen at intensjonen er viktigere enn bestandig å lykkes.

Eide & Eide (2016, s. 86) påpeker at det er sykepleiers ansvar at kommunikasjonen fungerer hensiktsmessig mellom sykepleier og pasient. Dette kommer også til uttrykk i helse- og omsorgsdepartementet hvor det fastslås at sykepleier skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med ulik språklig bakgrunn. Videre påpeker pasient- og brukerrettighetsloven at informasjonen som gis skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger. Kultur- og språkbakgrunn faller herunder, og sykepleiere i forskningsartiklene opplever dette som utfordrende fordi språkbarrierer kan føre til begrensninger i mengden og kvalitet på informasjonen som gis. Videre så sykepleierne på språkforskjeller som et stort problem der dette førte til komplikasjoner på områder som relasjonsbygging og tillit.

Som sykepleier i en stadig mer sammenvevd og globalisert verden vil man før eller siden oppleve tilfeller der pasienten snakker et ukjent språk. I disse tilfellene kan det være nødvendig å kommunisere ved hjelp av andre. Flere av sykepleierne i de ulike forskningsartiklene rapporterte om at de verdsatte tolketjenester og opplevde at dette hadde en positiv påvirkning på interaksjonen med pasienter. Dette er i tråd med Hanssens (2007, s. 58) innstilling om at tolk er løsningen når sykepleier og pasient ikke deler samme språk.

Mange sykepleiere i Nielsen & Birkelund (2009, s. 434) rapporterte om at de forsøker å begrense bruken av tolk og i stedet bruke familiemedlemmer fordi det er kostbart og det kan være vanskelig å få tak i kvalifisert tolk. Også i Eide & Eide (2016, s. 86) kommer det frem at mange sykepleiere bruker familiemedlemmer som tolk. Dette kan fungere som en kompensering for at man selv ikke kan bidra til god kommunikasjon i den viktige relasjonsbyggingen slik Travelbee legger vekt på.

Til tross for dette uttrykte sykepleierne i Watts et al. (2018, s. 4) bekymring for bruk av familiemedlemmer som tolk. Dette begrunnes med at det som oversettes ofte er sensitiv informasjon og frykt for at deler av viktig informasjon derfor holdes tilbake av den pårørende. Videre legger Hanssen (2007, s. 61) vekt på at kvaliteten på familietolker kan variere sterkt. I tråd med dette trekker Eide & Eide (2016, s. 86) frem at i situasjoner der det er behov for familietolk vil sykepleiere nødvendigvis ikke forstå oversettelsen. Dermed kan de heller ikke være sikre på om budskapet kommer uendret frem til mottager. I forvaltningsloven heter det at barn ikke skal brukes som tolk. I forskningsstudiene til Nielsen & Birkelund (2009, s. 434), Jirwe et al. (2010, s. 440) og Hanssen (2007, s. 61) kommer det likevel frem at barn blir brukt som tolk for å finne ut av hva pasientene føler og tenker.

I studiet til Jirwe et al. (2010, s. 439) påpekte sykepleierne at de ofte var engstelige for å kommunisere «feil», og at de derfor iblant unngikk samhandling med pasienter av frykt for å fornærme dem. Ifølge Eide & Eide (2016, s. 85) forventer mange sykepleiere at pasienter fra andre kulturer forstår deres livssyn og språk. Dette er imidlertid ikke en realistisk forventning og bryter med både Campinha-Bacotes fokus på kulturrelativisme og Travelbees fokus på sykepleieres sensitivitet til pasientens situasjon. Eide & Eide (2016, s. 85) understreker at sykepleiere i stedet må være åpne og lyttende overfor pasienten, være bevisst på sin begrensede forståelse av pasientens livssyn og gjøre sitt ytterste for å forstå og hjelpe så best man kan. Dette innebærer også at sykepleier ikke misbruker egen beherskelse av språket på bekostning av pasientens rett på likeverdig helsehjelp. Også her ser vi klare likhetstrekk til Campinha-Bacotes «kulturelle bevissthet».

5.2.3 Mangel på ressurser

Sykepleierne i Hart & Mareno (2013, s. 2227) uttrykker at det er mangel på ressurser slik som tid, penger og kursing i å gi tilfredsstillende kulturell omsorg. I Kristoffersen (2016, s. 127) pekes det på at eksterne forhold påvirker relasjonene mellom sykepleier og pasient. Et eksempel her er markeds- og produktivitetsfokuseringen av helsetjenestens omsorg som fører til at sykepleiere får mindre tid til hver pasient. Dette fører i sin tur til en kvalitetsreduksjon av sykepleiers individuelle behandling og omsorg (Kristoffersen, 2016, s. 127).

Som nevnt i tidligere avsnitt ble språkbarrierer utpekt som en hindring for etablering av effektiv kommunikasjon med pasientene. Da dette ofte krever mer tid enn hos etnisk norske pasienter hadde sykepleierne et ønske om å få mer tid til dette (Watts et al.

(2017, 87). Flerkulturelle møter som ble forhastet var mer utsatt for utilfredsstillende utfall (Watts et al., 2017, s. 87; Jirwe et al., 2010, s. 440), og i tråd med dette peker Orvik (2015, s. 90) på at kvalitet forutsetter tilstrekkelig med tid. I tillegg mener Orvik at nok tid er en nødvendig faktor for å virkeliggjøre verdier som individualisert pleie, nærhet og relasjonsbygging. Erfaringene til sykepleierne i Watts et al. (2018, s. 4) stemmer overens med dette. Sykepleierne brukte mer tid på å ta i bruk relasjonsbygging- og kommunikasjonsstrategier ved å eksempelvis spørre om pasientenes bakgrunn. Dette samsvarer med Travelbees syn på pasienten som unik og individuell, og at pasientens opplevelse står i sentrum. I en hverdag med mangel på tid og i en situasjon som krever ekstra mye av det, kan det dermed bli en utfordring å lykkes med å tilby sykepleie som er forenlig med Travelbees syn. I Nielsen & Birkelunds (2009, s. 433) studie uttrykte sykepleierne at språkbarrierer var ressurskrevende og at de brukte mye mer tid på pasienter som snakket andre språk. De opplevde også irritasjon når dette gikk ut over tiden til andre pasienter.

Sykepleiere i studiet til Watts et al. (2017, s. 86) opplever at ikke-vestlige pasienter mottar mindre psykososial støtte og omsorg fordi det er vanskelig for sykepleiere å gjenkjenne og tolke følelser, når de ikke er kjent med kulturen. Hanssen (2007, s. 83) bygger oppunder dette idet hun påpeker at det er sannsynlig at innvandrere er mer utsatt for helsesvikt enn majoritetsbefolkningen. I slike tilfeller kommer de praktiske konsekvensene av mangel på kulturell kompetanse til overflaten.

Ifølge Kristoffersen & Nortvedt (2016, s. 129) strekker ofte sykepleiere seg langt for å gjøre en jobb de kan være fornøyd med. På lengre sikt kan opplevelsen av å ikke strekke til resultere i frustrasjon og slitasje som i sin tur kan føre til negative konsekvenser for sykepleiernes helse og livssituasjon. Forskning støtter oppunder dette og vektlegger at dette skjer på grunn av manglende mulighet eller evne til å gi den pleien man er forventet å kunne gi (Rones, Firth-Cozens & Payne, referert i Eide & Eide, 2016, s. 21). Som tidligere nevnt kunne dette i stor grad vært unngått dersom sykepleierne hadde fått opplæring i empatisk og rasjonell kommunikasjon i vanskelige situasjoner. Dette er relevant fordi utbrenthet kan innebære emosjonell utmattelse og depersonalisering (emosjonell distansering og empatisvikt) (Kristoffersen, 2016, s. 279). I slike tilfeller kan sykepleiere forsøke å beskytte seg selv ved å distansere seg. Det kan føre til at leddene i Campinha-Bacotes modell ikke oppfylles, og at kvaliteten på pleien reduseres deretter. Det er også nærliggende å tenke seg at sykepleiers kulturelle bevissthet kan være inntakt, men at vilje til å ta i bruk kompetansen er fraværende. Også Travelbee påpeker at manglende evne til å se mennesket bak pasienten vil føre til at omsorgen blir upersonlig, overfladisk og mekanisk (Kristoffersen, 2011, s. 220).

5.2.4 Holdninger og verdier

Holdninger og verdier i forhold til andre kulturers måter å se verden og gjøre ting på er utgangspunktet i Campinha-Bacotes «kulturell kunnskap» for å oppnå kulturell kompetanse og med det god kulturell sykepleie. Sykepleiere i Markey et al. (2018, s. 263) uttrykte at de var klar over at de hadde bevisste eller ubevisste etnosentriske eller stereotypiske holdninger og verdier. Dette kunne føre til en motstridende usikkerhet i

den forstand at sykepleierne var preget av etnosentriske holdninger samtidig som at de var bevisste på dette. Sykepleierne var dermed klare over at det ikke nødvendigvis var noe reelt i disse holdningene, men uten å klare å legge det fra seg. Dette kunne skape en motstridende og dermed også usikker opplevelse av interaksjonen med pasienten. I forbindelse med dette er det interessant å vende seg mot Campinha-Bacote og Travelbee. I dette tilfellet er sykepleier bevisst på egne holdninger og klar over at det er preget av etnosentrisme. Likevel åpnes det ikke opp for alternative måter å tolke på. Det kan derfor argumenteres for at det er snakk om en begrenset kulturell bevissthet som ikke skaper grobunn for videre kulturell utvikling fordi man holder fast ved ønsket om å overføre egne kulturelle verdier på andre. Travelbees oppfordring til sykepleier om å hjelpe pasienten med å finne mening i situasjonen faller også bort ut ifra dette perspektivet. Det fremstår uforenlig med etnosentrisk holdning som går ut på at egen tilnærming er den eneste rette og samtidig være åpen for at pasienten kan ha en annen oppfatning og at denne kan være vel så riktig.

Med en kulturetnosentrisk holdning tilhører en manglende evne og vilje til å forstå andres kulturers verdensbilde eller oppfatninger (Hanssen, 2007, s. 99). Slike holdninger kan lede til kulturkonflikter. Kulturkonflikter skyldes ofte utilstrekkelig forståelse fra en av partene og en manglende evne eller vilje til å sette seg inn i den andres situasjon (Dahl, 2013, s. 286). Campinha-Bacote tar for seg sykepleieres motivasjon og ønske om å engasjere seg og fremhever dette som ett av stegene for å bli kulturelt kompetent. Dette forstås som motsetningen til å føle at man er tvunget til å engasjere seg. Videre oppfordrer Campinha-Bacote til at sykepleiere aktivt går inn i situasjoner hvor man møter kulturelle utfordringer. I disse situasjonene mener Campinha-Bacote at man utvikler erfaringsbasert kunnskap som vil gi et mer nyansert og kulturel relativistisk syn. Uavhengig av kulturell bakgrunn er evnen til å legge fordommer til side og klare å sette seg inn i andres unike situasjon avgjørende for å yte god sykepleie (Ivey & Ivey, referert i Eide & Eide, 2016, s. 82). Det er imidlertid interessant at stereotypier kan være både nyttige og skadelige avhengig av hvordan de brukes. Stereotypier kan også brukes for å kategorisere pasienter som igjen kan bidra til å gjøre det lettere å forholde seg til dem (Dahl, 2013, s. 67). Når dette er sagt er det viktig å huske på at grunnlaget for sykepleie er å ha respekt for den enkelte menneskets liv, og sykepleie skal bygge på barmhjertighet og omsorg for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2016).

I Taylor et al. (2013, s. 40) påpekes det at problemløsning var avhengig av å forstå pasientens utsagn i konteksten til han eller hennes kultur og syn på helse. Ifølge Sajjad & Eriksen (2015, s. 47) er verken ren etnosentrisk eller ren kulturel relativistisk holdning mulig eller ønskelig i praksis. Dahl (2013, s. 74) poengterer at det ikke må være i altfor stor grad respekt for andres kultur slik at man ikke kan drøfte verdier, finne felles målsettinger og løse konflikter. Det er gjennom kulturkonflikter at broer bygges. For å se kulturene fra begge sider, må sykepleierne ha empati for pasientene (Sajjad & Eriksen, 2015, s. 48). Gjennom en empatisk tilnærming setter sykepleier seg inn i pasientenes ståsted på en slik måte at sykepleieren opplever pasientens situasjon som om det var han/hun selv (Dahl, 2013, s. 262). Ifølge Travelbee referert i Kristoffersen (2011, s. 220) gir empatisk forståelse viktig informasjon for å forstå pasientens indre opplevelser og ytre atferd. Evnen til empati må hele tiden utvikles, både på grunnlag av sykepleierens samlede livserfaring og gjennom erfaringer fra møter med ulike pasienter.

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å utforske sykepleiers opplevelser i møte med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn som er innlagt på sykehus. Kulturell kompetanse hos sykepleier påvirker hvordan interaksjonen oppleves, og bidrar til at sykepleiere opplever trygghet og selvsikkerhet. Likevel viser funn at mange sykepleiere opplever mangel på kulturell kunnskap som igjen fører til at sykepleiere opplever angst, usikkerhet og hjelpeløshet overfor ikke-vestlige pasienter. For å oppleve tilstrekkelig kompetent kulturell omsorg, var det en forutsetning at sykepleierne utforsket sine egne fordommer og antagelser og samtidig hadde et åpent sinn til pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. En annen viktig forutsetning for god sykepleie og positiv opplevelse hos sykepleier er gode kommunikasjonsferdigheter med pasienten for å forstå, skape gode relasjoner og gi bedre hjelp. I løpet av arbeidet med forskningsstudiene kom det frem at sykepleiere opplever kommunikasjonsutfordringer på arbeidsplassen som bidrar til misforståelser og usikkerhet. Dette begrunnes med at kommunikasjon med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn krever mer tid enn majoritetsbefolkningen. Det fremgikk at dette ble oppfattet som først og fremst en konsekvens av mangel på ressurser, spesielt tid. Tiden strakk ikke til, og dette gikk ut over relasjonsbyggingen og den gjensidige forståelsen mellom sykepleier og pasient. Dette førte i sin tur til en reduksjon av kvalitet på sykepleien og sykepleiers opplevelse av interaksjonen.

I en verden i konstant endring og i en stadig global sammenvevd retning, kan det argumenteres for at kulturelt mangfold på norske sykehus har kommet for å bli. For å forstå hva pasienter med ikke-vestlig bakgrunn forventer, ønsker og trenger fra helsevesenet kreves det dermed en stadig mer kulturell relativistisk, fleksibel og åpen holdning blant sykepleiere. Dette oppleves til tider som krevende på grunn av kommunikasjonsutfordringer, mangel på ressurser og holdninger, som kan føre til en ufullstendig kulturell kompetanse. Som det nevnes innledningsvis har alle Norges innbyggere rett på likeverdig helsehjelp. Slik som oppgavens drøfting har vist bidrar sykepleiers mulighet og evne til å kunne tilby dette til en positiv opplevelse av interaksjonen både hos pasient og sykepleier.

Avslutningsvis er det interessant å tenke seg en alternativ måte å tolke dette på. Som allerede nevnt veves verden tettere og tettere sammen og begrep slik som «verdensborger» illustrerer de flytende landegrensene. I stedet for å bli mer og mer ulike fordi det kommer flere innvandrere til Norge, kan dette også gå motsatt vei. Fordi så mange fra ulike kulturer flytter sammen kan dette også føre til at flere og flere påvirkes av hverandres kultur. Dermed kan sykepleiere etterhvert også få et bredere forståelsesgrunnlag som bidrar til at kulturell kompetanse er mer tilgjengelig, og dermed forbedrer sykepleieres opplevelse i møte med ikke-vestlige pasienter.

Referanser

- Alpers, L.-M. & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*, 34, 999-1004. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 181-184.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker-Innføring i interkulturell kommunikasjon* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2014). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (s. 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner-samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eriksen, T.H. & Sajjad, T.A. (2015). Kultur: Forskjeller og likheter mellom mennesker. I T.H. Eriksen & T.A. Sajjad, *Kulturforskjeller i praksis* (s. 33-48). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Evans, D. (2002): Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20, 24-25.
- Forsberg, C & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4. utg.). Stockholm: Natur & Natur
- Forvaltningsloven. (2016). Lov om endringer i forvaltningsloven (forbud mot bruk av barn som tolk) (LOV-2016-06-10-23). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2016-06-10-23>

- Hanssen, I. (2007). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hart, P. L. & Maren, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2223-2233. <https://doi.org/10.1111/jocn.12500>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-2017-06-16-56). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 436-444. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier-verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie-bind 1* (s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie-bind 3* (s. 237-294). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie-bind 3* (s. 81-103). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie-bind 1* (s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie-bind 1* (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Markey, K., Tilki, M. & Taylor, G. (2018). Understanding nurses' concern when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 259-268. <https://doi.org/10.1111/jocn.13926>

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

Norsk senter for forskningsdata. (2019). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient-og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Statistisk sentralbyrå. (2018, 5. mars). 14 prosent av befolkningen er innvandrere. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/14-prosent-av-befolkningen-er-innvandrere>

Statistisk sentralbyrå. (2008, 8. oktober). Vestlige og ikke-vestlige-ord som ble for store og gikk ut på dato. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato>

Taylor, S. P., Nicolle, C. & Maguire, M. (2013). Cross-cultural communication barriers in health care. *Nursing standard*, 2013, 27, 35-43. <https://doi.org/10.7748/ns2013.04.27.31.35.e7040>

Watts, K. J., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., . . . Goldstein, D. (2018). Perspectives of oncology nurses and oncologists regarding barriers to working with patients from a minority background: Systemic issues and working with interpreters. *European Journal of Cancer Care*, 27, 1-9. <https://doi.org/10.1111/ecc.12758>

Watts, K. J., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., . . . Kissane, D. W. (2017). Communication with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. *European Journal of Oncology Nursing*, 26, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.12.00>

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
S1: Ethnic Minorities S2: «Ethnic minorities or ethnic groups OR (MH «Ethnic Groups+») S3: (MH «Nursing Care+») OR S4: (MH «Cultural Competence») OR «cultural competence» S5: (MH «Cultural Competence») OR «cultural competence or intercultural competence» S6: Kombinasjon av S2, S3 og S4	26.10.2018	Cinahl	S1: 2263 S2: 120 387 S3: 296 504 S4: 8649 S5: 8168 S6: 30	12	5	0
S1: Ethnic minorities S2: Nursing care S3: Ethnic minorities OR ethnic groups S4: Culture competence S5: Kombinasjon av S2, S3 og S4	02.11.2018	Pro-quest	S1: 210 664 S2: 1 302 967 S3: 551 869 S4: 103 148 S5: 2061	9	1	0
S1: Ethnic minorities S2: Nursing care or Nursing care S3: Ethnic Groups or Ethnic minorities S4: Cultural competence or Cultural Competence S5: Kombinasjon av S2, S3 og S4	02.11.2018	Medline	S1: 4520 S2: 146 228 S3: 143 510 S4: 5953 S5: 14	7	4	0

S1: Ethnic minorities or ethnic groups OR (MH «Ethnic groups+») S2: (MH «Nursing care+») S3: (MH «Cultural Competence») OR (MH «Cultural Diversity») OR (MH «Cultural Diversity») OR (MH «Cultural barriers») OR (MH «Cultural bias» S4: Kombinasjon av S1, S2 og S3	09.11. 2018	Cinahl	S1: 120 457 S2: 296 615 S3: 18 826 S4: 39	8	2	0
S1: (MH «Nursing care+») S2: (MH «Cultural Competence») OR (MH «Cultural Diversity») OR (MH «Cultural Diversity») OR (MH «Cultural barriers») OR (MH «Cultural bias» S3: Kombinasjon av S1 og S2	09.11. 2018	Cinahl	S1: 296 834 S2: 18 863 S3: 192	24	12	1. (Alpers & Hanssen, 2014) 2. (Watts et al., 2017) 3. (Watts et al., 2018) 4. (Markey, Tilki & Taylor, 2018)
S1: Minority groups OR «Minorities groups» S2: Transculture care OR «Transculture care» S3: Kombinasjon av S1 og S2	29.11. 2018	Cinahl	S1: 11 588 S2: 2668 S3: 16	7	4	0
S1: (MH «Nursing care+») OR «Nursing care» S2: (MH «Cultural Competence») OR «cultural competence» OR (MH «Cultural Diversity») OR «Cultural Diversity») OR (MH «Cultural Diversity») OR (MH «Cultural barriers») OR (MH «Cultural bias» S3: Kombinasjon av S1 og S2	30.04. 2019	Cinahl	S1: 301 304 S2: 18 688 S3: 182			1. (Nielsen & Birkelund, 2009) 2. (Taylor et al., 2013)
S1: Nursing care S2: Cultural Competence S3: Kombinasjon av S1 og S2	30.04. 2019	SveMed+	S1: 3127 S2: 96 S3: 33	5	3	1. (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010)
Håndsök						1. (Hart & Mareno, 2013)

Vedlegg 2: Litteratormatriser

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Alpers, L.-M. & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. <i>Nurse Education Today</i>, 34, 999-1004. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004</p>	<p>Å utforske hvordan sykepleiere i medisinske og psykiatriske avdelinger vurderer deres egen kompetanse i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn</p>	<p>Ethnic minority patients</p> <p>Cultural competency</p> <p>Pain assessment</p>	<p>Utvalg: Sykepleiere på medisinsk- og psykiatrisk avdeling. Tre kvalitative gruppeintervjuer ble gjennomført (18 deltakere) og deretter ble et spørreskjema besvart av 245 deltakere.</p> <p>Datasamling: En utforskende «mixed method». Det ble samlet inn både kvalitativ- og kvantitativ data. 4 hovedspørsmål der deltakerne kunne velge om de ville svare; veldig enig, enig, verken enig eller uenig, uenig, veldig uenig og vet ikke. Fokusgruppene ble intervjuet der man som leser får innblikk i hvordan forholdene er.</p> <p>Analyse av data: Det elektroniske analytiske verktøyet SPSS ble benyttet for kvantitative data. Den kvalitative dataen ble kategorisert og tekstene fra intervjuene ble satt sammen og analysert hermeneutisk.</p>	<p>I resultatet kom det opp fem hovedtemaer som sykepleierne snakket om; flerkulturell kunnskap, medisinske tradisjoner og forskjeller i formening om sykdomsårsaker, symptomvurdering, og utdanning og veiledning.</p> <p>Funnene viste at sykepleiere i studien oppgir at de har utilstrekkelig kulturell kompetanse til å gi god nok pleie og omsorg. Dette gjaldt også kompetanse i forhold til sykdom- og behandlingsfilosofier/metoder i andre kulturer. Vurdering av smerte hos pasienter fra en annen kultur var vanskelig fordi de uttrykte dette annerledes enn de var vant til.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at det er behov for kulturelt kompetente sykepleiere i dagens helsevesen og at de kommer til å spille en stor rolle i redusering av helseforskjeller og i forbedring av helseutfall i framtiden. Sykepleiere føler de ikke har tilstrekkelig kulturell kompetanse. Erfaring alene er ikke nok, det er behov for kursing og trening under utdanning og i jobb. Kulturell kompetansetrening må være en pågående prosess som suppleres med fokusert refleksjon og tilbakemeldinger.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den viser at sykepleiere opplever at de har utilstrekkelig kulturell kompetanse. Det kommer også frem hvilke områder mangelen er på og hva som må til for at sykepleiere skal bli mer kulturelt kompetente.</p>

Vedlegg 3: Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Watts, K. J., Meiser, B., Zilliachus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A, ...Kissa, D. W. (2016). Communication with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>, 2017, 26, 83-90. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.12.001</p>	<p>Identifisere sykepleiers individuelle erfaringer og utfordringer til pasienter fra minoritetsbakgrunner.</p>	<p>Oncology nurses Health professionals Minorities Communication skills Cultural competence</p>	<p>Utvalg: Det ble gjort en kvalitativ data av studien. Studien ble gjort mellom mai og oktober 2013. De som var med i studien 38 kreftsykepleiere og kreftleger.</p> <p>Datasamling: Det ble gjort telefon- og ansikt til ansikt intervjuer og et gruppeintervju. Etter en omfattende litteraturgjennomgang ble en intervjuplan utformet for å sette sammen intervjuene. Intervjuene ble gjort lydopptak av.</p> <p>Analyse av data: Intervjuene ble analysert tematisk ved hjelp av konstant sammenligning. Analysen ble styrt av rammene til Miles and Huberman (1984)</p>	<p>Det kom fram fem hovedtemaer fra intervjuene; tillit, støtte, språkproblemer, kunnskap og sykepleiernes rolle til pårørende.</p> <p>Pasientene følte seg usikker på sin ekspertise i møte med pasienter fra andre kulturer. Dette gikk utover tilliten mellom pasient og sykepleier. Det var vanskelig når pasienter ikke gav uttrykk på hva som var vanskelig, for da kunne ikke sykepleiere trygge og hjelpe pasienten. Sykepleierne snakket om ulike strategier som kunne løse språkproblemene som å snakke langsomt, repetere seg selv og la pasientene gjenta det de sa. Sykepleierne uttrykte at de manglet kunnskap om hvordan de behandlet pasienter som er på slutten av livet.</p> <p>Noen sykepleiere følte at det å snakke med pårørende var en vanskelig sak på grunn av at noen ganger tok pårørende litt for mye kontroll, og ikke stolte på det sykepleierne sa.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant fordi den tar for seg problemer som sykepleiere møter på sykehusene, og den tar for seg hva sykepleierne mener bør gjøres for at kulturforståelsen skal bli bedre.</p>

Vedlegg 4: Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). 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, 431-437. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x</p>	<p>Å utforske sykepleieres erfaringer i utøvelse av sykepleie til pasienter med en annen kulturell bakgrunn.</p>	<p>Minority ethnic Denmark Nurses Attitudes Phenomenology Communication Caring</p>	<p>Utvalg: 4 kvinnelige sykepleiere fra 40-55 år i samme sykehusavdeling med minst 5 års erfaring og med etnisk dansk bakgrunn.</p> <p>Datasamling: Lydopptak av kvalitative intervjuer, samt i-arbeid-observasjoner på avdelingen som ble organisert i temaer.</p> <p>Analyse av data: Analyse ved hjelp av Malteruds metode som er basert på Husserl's fenomenologi, som består av å få oversikt, systematisere, gruppere og deretter summere opp dataene/funn i en ny beskrivelse som blir presentert.</p>	<p>Vanskeligheter med kommunikasjon når pasientene ikke snakket eller forstod dansk – ansett som et stort problem. Dette førte til økt ressurs- og tidsbehov.</p> <p>Sykepleierne begrenser bruk av tolketjenester av forskjellige grunner, bruker ofte familiemedlemmer som oversetter -> flere mente dette kunne være problematisk hvis pasienten egentlig ikke ønsket at familiemedlemmet skulle få informasjonen. Sykepleierne erfarer at de flerkulturelle pasientene uttrykker en annerledes kulturell og sosial oppførsel enn danske pasienter – spesielt i forhold til medbragt mat og besøk fra familie/venner.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at studien indikerer at disse kulturelle sykepleier-/pasientmøtene er forbundet med problemer relatert til kultur og antakelsen at dette ikke kan løses av sykepleierne, men heller unngått ved bruk av et generelt perspektiv på integrering. Studiet indikerer til slutt at sykepleiere har forskjellige holdninger innenfor det samme fenomenet og lager forskjellige regler for hver pasient – det foreslår at generelle skrevne regler på avdelingen kan forbedre pleien.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den tar for seg sykepleieres erfaringer og opplevelser i møte med pasienter fra andre kulturer.</p>

Vedlegg 5: Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Watts, K. J., Meiser, B., Ziliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., ...Goldstein, D. (2017). Perspectives of oncology nurses and oncologists regarding barriers to working with patients from a minority background: Systemic issues and working with interpreters. <i>European Journal of Cancer Care</i>, 2018, 27, 1-9. https://doi.org/10.1111/1/ecc.12758</p>	<p>Hensikten med studiet var å utforske hvilke utfordringer som helsepersonell møtte når de jobbet med kreftpasienter som var fra andre minoriteter.</p>	<p>Communication skills</p> <p>Cultural competence</p> <p>Health professionals</p> <p>Minority patients</p> <p>Oncology</p>	<p>Utvalg: Det ble gjort en kvalitativ studie. Helsepersonell som jobbet på sykehus var med. Perioden var fra mai til oktober 2013. 38 deltakere ble rekruttert.</p> <p>Datasamling: Sykepleierne deltok på intervju som ble gjennomført gjennom telefon, ansikt til ansikt, eller i gruppe.</p> <p>Analyse av data: Alle intervjuene ble analysert av en kvalitativ forskningsmetode utviklet av Barney Glaser og Anselm Strauss.</p>	<p>Fra intervjuene ble det samlet opp tre hovedtemaer; språkutfordringer, jobbe med tolk og erfaringer.</p> <p>Språkutfordringene var det mest utfordrende ved pasienter fra andre minoriteter. Kvaliteten på det som ble sagt ble en utfordring, og skriftspråket ble også en utfordring. Å løse dette problemet foreslo sykepleierne skriftlig informasjon på papir eller gi informasjon elektronisk. Å jobbe med en tolk er også et tiltak for å kommunisere med pasienter som er fra et annet land. Sykepleierne meldte at det var hjelp i en tolk, men at det gav en avstand mellom pasient og sykepleier. Å finne en tolk kunne også være utfordrende på grunn av dialekt, språk og kjønn. Erfaringen hadde mye og si for sykepleiere. Mange erfarte at erfaringen kom når de fikk jobbe med det på sykehuset, men mange sykepleiere følte også at de ikke hadde tid til å reflektere over hendelser på jobb. Sykepleierne ville ha trening på dette feltet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven på grunn av at sykepleierne sa hva som er utfordrende på sykehuset og hva som kunne blitt gjort for at sykepleiere og pasienter skal kunne forstå hverandre. Denne artikkelen sier noe om bruk av tolk, både positivt og negativt.</p>

Vedlegg 6: Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Markey, K., Tilki, M. & Taylor, G. (2017). Understanding nurses' concern when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. <i>Journal of Clinical Nursing, 2018, 27</i>, e259-e268. https://doi.org/10.1111/jocn.13926</p>	<p>Hvordan skal man fylle gapet som beskriver bekymringer og utfordringer som sykepleiere og studenter føler på, når de jobber med kulturforskjeller og kulturutfordringer?</p>	<p>Cultural competence</p> <p>Cultural knowledge</p> <p>Culture of the organisation</p> <p>Ethnocentricity</p> <p>Qualified nurses</p> <p>Student nurses</p> <p>Uncertainty</p>	<p>Utvalg: Det ble gjort en kvalitativ studie. Både sykepleierstudenter og sykepleiere var med på studien.</p> <p>Datasamling: En kombinasjon av en-til-en intervjuer og gruppeintervjuer. Det var totalt 10 grupper, der 2 av gruppene var sykepleiere.</p> <p>Analyse av data: Data ble analysert ved å bruke en framgangsmåte av Glaser (1992), der man bruker en åpen, selektiv og teoretisk prosedyre. Linje for linje ble analysert, og til slutt ble kategorier valgt.</p>	<p>Fire kategorier utspilte seg fra det sykepleiestudentene og sykepleierne; Redusert kunnskap på arbeidsplassen, egosentrisk og stereotypisk kultur på arbeidsplassen og hvordan situasjonen var på sykehuset.</p> <p>Mange sykepleiere følte på usikkerhet som igjen førte til angst og sårbarhet ovenfor pasientene med ulike kulturer. De erfarne sykepleierne følte seg mange ganger hjelpeløs ovenfor pasientene, og brydd for at de ikke kunne noe om de forskjellige kulturene. Sykepleierne synes selv de hadde mangel på kunnskap. I stedet for å fokusere på alle likhetene blant menneskene, fokuserte de på ulikhetene, som gjorde at det ble en avstand mellom sykepleier og pasient. Studien viser at det var en usikkerhet på arbeidsplassen, og sykepleierne følte at det var hierarki på arbeidsplassen, sånn at de ikke turte og si ifra om problemene.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven på grunn av at sykepleierne snakker om konkrete elementer som gjør at det blir vanskelig å forstå andre kulturer. Mange sykepleiere og sykepleierstudenter har vært med på studiet, så problemet belyser mange. Det beskrives også hvilke tiltak som kan hjelpe med kulturell forståelse.</p>

Vedlegg 7: Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 24, 436-444. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x	Å utforske sykepleiestudenters erfaringer med kommunikasjon i tverrkulturelle omsorgsmøter.	Student nurses Nurse education Framework approach Communication Cross-cultural communication Cross-cultural care encounter Multicultural Cultural competence	Utvalg: 10 frivillige siste års sykepleiestudenter hvor 5 hadde svensk bakgrunn og 5 innvandrerbakgrunn. De ble valgt ut fordi de hadde kursing og arbeidserfaring innen flerkulturell sykepleie. Datasamling: Deltakerne ble i forkant bedt om å identifisere to flerkulturelle situasjoner hvor en var tilfredsstillende og en utilfredsstillende. 4 telefonintervju som varte mellom 20-45 minutter ble tatt opp og transkribert. Analyse av data: Kvalitativ analyse ved hjelp av framework (rammeverk-metoden.) Fem steg: bli kjent med data, identifisering av temaer, kategorisering av data, organisere data til temaer, kartlegge forholdet mellom de forskjellige temaene ved å tolke dataene som en helhet.	I resultatet kom det opp fem hovedtemaer som sykepleierne snakket om; flerkulturell kunnskap, medisinske tradisjoner og forskjeller i formening om sykdomsårsaker, symptomvurdering, og utdanning og veiledning. Funnene viste at sykepleiere i studien oppgir at de har utilstrekkelig kulturell kompetanse til å gi god nok pleie og omsorg. Dette gjaldt også kompetanse i forhold til sykdom- og behandlingsfilosofier/metoder i andre kulturer. Vurdering av smerte hos pasienter fra en annen kultur var vanskelig fordi de uttrykte dette annerledes enn de var vant til. Artikkelen konkluderer med at det er behov for kulturelt kompetente sykepleiere i dagens helsevesen og at de kommer til å spille en stor rolle i redusering av helseforskjeller og i forbedring av helseutfall i framtiden. Sykepleiere føler de ikke har tilstrekkelig kulturell kompetanse. Erfaring alene er ikke nok, det er behov for kursing og trening under utdanning og i jobb. Kulturell kompetansetrening må være en pågående prosess som suppleres med fokusert refleksjon og tilbakemeldinger.	Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den viser at sykepleiere opplever at de har utilstrekkelig kulturell kompetanse. Det kommer også frem hvilke områder mangelen er på og hva som må til for at sykepleiere skal bli mer kulturelt kompetente.

Vedlegg 8: Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Taylor, S. P., Nicolle, C. & Maguire, M. (2013). Cross-cultural communication barriers in health care. <i>Nursing standard, 2013, 27</i>, 35-43. https://doi.org/10.7748/ns2013.04.27.31.35.e7040</p>	<p>Hensikten med forskningen var å undersøke helsepersonells oppfatning av pleie til mennesker fra etniske minoriteter med dårlig eller ingen engelskkunnskap. Formålet var å identifisere om det var mulighet til å vedta en mer inkluderende tilnærming til utforming av hjelpemidler eller prosedyrer som kan bidra til å redusere eventuelle barrierer og bidra til å forbedre pasientopplevelsen.</p>	<p>Communication Culture Ethnic minorities Healthcare delivery Research</p>	<p>Utvalg: En inkluderende designtilnærming ble vedtatt for å vurdere behovene til det bredeste spekteret av brukere uten behov for tilpasning. 34 helsepersonell (inkl. sykepleiere) kom fra 5 ulike avdelinger: to akuttavdelinger, to primæromsorger og en ambulanseavdeling.</p> <p>Datasamling: Kvalitativ datasamling. Delvis strukturerte og individuelle dybdeintervjuer på 40-45 min med åpne spørsmål ble utført. Intervjuene ble tatt opp på lyd.</p> <p>Analyse av data: Data ble transkribert og gruppert under tema når disse oppstod. Videre ble de analysert tematisk.</p>	<p>Hovedfunnene ble delt i to hovedkategorier: Vanskeligheter opplevd og effekt på arbeidsflyt.</p> <p>Vanskeligheter opplevd</p> <ul style="list-style-type: none"> - Språkbarrierer - Lav leseferdighet og angst - Mangel på forståelse - Generelle holdninger, kjønns holdninger og helsesyn. - Informasjon som ikke ble husket. <p>Effekt på arbeidsflyt: De fleste av deltakerne følte at pleie til disse pasientene påvirket tiden det tok for å gi pleie, samt arbeidsmengden og kostnader. For eksempel det å anskaffe tolk og at barrierer førte til stress for pasienter.</p> <p>Konklusjon: Forskningsresultatene foreslår at for å bedre pleieopplevelsen for pasienter fra etniske minoriteter, er man avhengig av å forbedre kommunikasjonen mellom ansatte og pasient.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den tar for seg de forskjellige barrierene pasienter fra etniske minoriteter kan oppleve i samspill med helsevesenet. Å vite om og forstå disse barrierene bidrar til økt kulturell kompetanse, noe som er aktuelt for vår problemstilling.</p>

Vedlegg 9: Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Hart, P. L. & Maren, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. <i>Journal of Clinical Nursing, 23</i> , 2223-2233. https://doi.org/10.1111/jocn.12500	Å oppdage og beskrive utfordringer og barrierer oppfattet av sykepleiere i forhold til kulturelt kompetent omsorg i deres daglige møter med ulike pasientkulturer	Barriers Challenges Culturally competent care Nurses Qualitative	Utvalg: 212 utvalgte og godkjente kommentarer og forklaringer fra 374 sykepleiere hvor; 91.7% kvinner, snittalder 48, snittlisenstid 22.4 år, 57 % med videreutdanning, 43 % fra sykehus, 81.8 % snakket bare engelsk. Datasamling: Kvalitativt design + beskrivende tverrsnittstudie. Undersøkelse med åpne spørsmål ble maillet til 2000 aktive sykepleiere hvorav 374 deltok. Analyse av data: En 6-steps prosess av Braun og Clarke med tematisk analyse av data for å avdekke meningsmønstre. Transkriberinger ble lest for å bli kjent med materialet, deretter ble data lagt inn i et kvalitativt analyseprogram, videre ble det arbeidet med innholdet og temaer ble identifisert og sortert og gitt navn, og til slutt ble det utarbeidet en rapport.	Tre hovedtemaer kom fra analysen: Stort mangfold, mangel på ressurser og fordommer og forutinntatthet. Et stort mangfold av kulturer skaper utfordringer i å lære om hver av dem, og det er store variasjoner innenfor samme etniske gruppe. Videre viste resultatene at det var manglende kulturell kunnskap blant arbeidskollegaer til å yte god kulturell omsorg. Manglende ressurser: innholdsrike kilder å henvende seg til ved behov, økt tidsbehov, manglende kulturell trening. Språkbarrierer til hinder for pleieforholdet. Fordommer og antagelser eksiterer fortsatt og påvirker pleien. Å tilby kompetent kulturell pasient omsorg er av stor etisk og profesjonell betydning. Belysningen av sykepleiers perspektiver på kulturelle utfordringer er første steg til bedring på området.	Å beskrive sykepleiers opplevelser av utfordringer og barrierer førte til identifisering av strategier relatert til utdanning, forskning og politikk som kan hjelpe til å få bedret kulturell omsorg.

