

Runa Grøtte Sørensen
10155

Tuberkulose og innvandrerpatienten

Hvordan kan sykepleieren gjennom kommunikasjon og veiledning bidra til å øke helsekompetansen til tuberkulosepasienten med innvandrerbakgrunn?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7 648

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Runa Grøtte Sørensen
10155

Tuberkulose og innvandrerpatienten

Hvordan kan sykepleieren gjennom kommunikasjon og veiledning bidra til å øke helsekompetansen til tuberkulosepasienten med innvandrerbakgrunn?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7 648

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

«Mennesker må aldri hjelpes på en måte som binder dem til våre løsninger og svar, men alltid slik at de blir frie til å finne sin egen vei»

Leederts 1995, som referert i Helsedirektoratet, 2018, avsn. 1

Sammendrag

Bakgrunn: Frem til koronapandemien var tuberkulose den infeksjonssykdommen som tok flest liv i verden. Norge har en av verdens laveste forekomst av tuberkulose, likevel er en gruppe overrepresentert. Mellom 80 og 90% av de som får tuberkulose i Norge er født i land med høy tuberkuloseforekomst. Sykepleieren har derfor et særlig ansvar når det kommer til å gi støtte og informasjon til disse pasientene.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon og veiledning bidrar til å øke helsekompetansen til tuberkulosepasienter med innvandrerbakgrunn.

Metode: Et systematisk litteraturstudium gjort mellom mars 2023 og juni 2023 basert på åtte forskningsartikler.

Resultat: Resultatene viser at pasienter med innvandrerbakgrunn møter flere barrierer i helsetjenesten og mangler grunnleggende kunnskaper om tuberkulose. I forskningsartiklene vises viktigheten av relasjonen mellom pasient og sykepleier, for at pasienten skal klare å benytte seg av informasjonen som gis.

Konklusjon: I møte med tuberkulosepasienter med innvandrerbakgrunn har sykepleieren en viktig rolle for å øke helsekompetansen og bryte ned barrierer de møter i helsetjenesten. Sykepleieren har et ansvar for å ivareta sårbare grupper og styrke deres ressurser slik at de klarer å ta kloke og kunnskapsbaserte valg.

Nøkkelord: tuberkulose, innvandrere, kommunikasjon, veiledning, helsekompetanse.

Abstract

Background: Until the corona pandemic arrived, tuberculosis was the infectious disease who took most lives in the world. Norway had one of the world's lowest rates of tuberculosis, but still one group is overrepresented. Between 80 and 90% of those infected in Norway are born in countries with high incidence of tuberculosis. Therefore, the nurse has a special responsibility when it comes to providing support and information to these patients.

Aim: The purpose of the thesis is to investigate how nurses, through communication and counseling, contribute to increasing the health literacy of migrant patients with tuberculosis.

Method: A systematic literature study carried out between March 2023 and June 2023 based on eight research articles.

Results: The results show that patients with an immigrant background face several barriers in the health service and lack basic knowledge about tuberculosis. The research articles show the importance of the relationship between the patient and the nurse in order for the patient to make use of the information provided.

Conclusion: When dealing with migrant patients with tuberculosis, nurses have an important role in increasing their health literacy and breaking down barriers they encounter in the health service. The nurse has a responsibility to look after vulnerable groups and strengthen their resources so that they can make wise and knowledge-based choices.

Keywords: tuberculosis, migrant, communication, counseling, health literacy

Innhold

1.	Introduksjon	6
1.1.	Teoretiske perspektiver og begreper	6
1.1.1.	Innvandrere og likeverdige helsetjenester	6
1.1.2.	Tuberkulose	7
1.1.3.	Helsekompetanse.....	8
1.1.4.	Kommunikasjon og bruk av tolk.....	8
1.1.5.	Sykepleierens helsefremmende og veiledende funksjon	9
1.1.6.	Empowerment	9
1.1.7.	Kulturell kompetanse i sykepleien	9
1.2.	Formål og problemstilling.....	11
2.	Metode.....	12
2.1.	Søkestrategi	12
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
2.3.	Søkehistorikk.....	13
2.4.	Vurdering av utvalgte artikler	16
3.	Resultater	17
3.1.	Artikkelmatrrier.....	17
3.2.	Tematisk resultat	22
3.2.1.	Barrierer i møte med helsetjenesten.....	22
3.2.2.	Pasientens helsekompetanse.....	23
3.2.3.	Kulturens påvirkning og kulturell kompetanse	23
3.2.4.	Kommunikasjon og veiledning	24
4.	Diskusjon.....	25
4.1.	Tilrettelegging av innvandrernes møte med helsetjenesten	25
4.2.	Å styrke pasientens ressurser	26
4.3.	Medmennekset, ikke kulturen, som hovedfokus	28
4.4.	Gode relasjoner i kommunikasjon og veiledning	28
4.5.	Metoderefleksjon	30
4.6.	Konklusjon	31
	Referanser	32
	Vedlegg	39

Tabeller

Tabell 1 Konsepttabell	12
Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
Tabell 3 Søketabell	13
Tabell 4 Håndsök.....	16
Tabell 5 Sammenligning av temaer.....	16
Tabell 6 Artikkelmatrise A.....	17
Tabell 7 Artikkelmatrise B.....	18
Tabell 8 Artikkelmatrise C.....	18
Tabell 9 Artikkelmatrise D.....	19
Tabell 10 Artikkelmatrise E	20
Tabell 11 Artikkelmatrise F.....	20
Tabell 12 Artikkelmatrise G.....	21
Tabell 13 Artikkelmatrise H.....	22

1. Introduksjon

Frem til koronapandemien var tuberkulose den infeksjonssykdommen som tok flest liv i verden (FHI, 2022c). Den forårsaker flest dødsfall som følge av resistente mikrober og er en ledende dødsårsak blant hivsmittede (FHI, 2022c). WHO har i løpet av de siste tiårene lagt flere retningslinjer og strategier for å stanse og for å behandle tuberkulose (WHO, 2015; WHO, 2017; WHO, 2021). Det antas at en fjerdedel av verdens befolkning er smittet av tuberkulose (FHI, 2022c). De fleste som blir syke lever i lav- og mellominntektsland, men tuberkulose forekommer over hele verden (WHO, 2022).

Norge har en av verdens laveste forekomst av tuberkulose, med mindre enn 200 tilfeller hvert år (FHI, 2022c). Likevel er en gruppe overrepresentert. Mellom 80 og 90% av de som får tuberkulose i Norge er født i land med høy tuberkuloseforekomst (FHI, 2022b; FHI, 2022c). Innvandrere fra land i Afrika og Asia utgjør en stor andel av personer som blir diagnostisert med tuberkulose (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). De er mer utsatt for å utvikle tuberkulose fordi de ofte kommer fra og blir smittet i land med høy forekomst av tuberkulose. Likevel viser flere studier og rapporter at innvandrere mangler viktig kunnskap om tuberkulose (Humphreys et al., 2017; Ersson et al., 2019; Hussein et al., 2019) og at de opplever barrierer i møte med helsevesenet (Priebe et al., 2011; Linhas et al., 2019; Le et al., 2021). Samtidig legges det i den norske velferdsmodellen stor vekt på at helse- og omsorgstjenester skal være likeverdige og uavhengig av religion, kultur og etnisitet (Kolossa et al., 2021). Sykepleierens kunnskaper, holdninger og kompetanse kan derfor bidra til at den enkelte pasienten mottar helsehjelp av like god kvalitet som resten av befolkningen (Bregård & Vollebæk, 2023, s. 15).

Det er derfor avgjørende at sykepleieren har kompetanse innen screening, diagnostisering og tuberkuloseomsorg (Ghebrehiwet, 2006). Sykepleiere er i en unik posisjon til å gi helhetlig omsorg til mennesker med tuberkulose, ved å gi dem den psykososiale støtten og helsekompetansen de trenger for å håndtere bivirkninger og fortsette behandling (ICN, 2020).

1.1. Teoretiske perspektiver og begreper

1.1.1. Innvandrere og likeverdige helsetjenester

En innvandrer er en person som er kommet til et nytt land for å bosette seg (Bregård & Vollebæk, 2023, s. 16). Ifølge offisiell språkbruk er *innvandrere* personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre (Statistisk sentralbyrå, 2023). Det er en sammensatt gruppe med ulike bakgrunn, alder, innvandringsgrunn og botid i Norge (IMDi, 2021). I 2023 er 16 prosent av Norges befolkning innvandrere (Statistisk sentralbyrå, 2023).

Flyktninger, asylsøkere og papirløse migranter har ulike rettigheter når det kommer til helsehjelp, avhengig av hvilken gruppe du «tilhører». Likevel har alle rett til smittevern hjelp ifølge smittevernloven (1994, §6-1). I oppgaven brukes ordet *innvandrere* for å beskrive pasientgruppen, noe som inkluderer blant annet flyktninger, asylsøkere,

EØS-migranter og personer uten lovlig opphold. Dette er ulike grupper med forskjellig bakgrunn og utfordringer, men på grunn av begrensninger på oppgavens lengde vil ikke disse gruppene omtales hver for seg, men under fellesbetegnelsen *innvandrere*. En bør likevel i møte med de ulike pasientgruppene være bevisst på at mennesker har ulik bakgrunn og forutsetninger. Det kan være mange ulike årsaker til at folk migrerer, som blant annet økonomi, klima og politiske forhold (Kumar, 2017, s. 28). Det er ofte en sammensatt forklaring til at noen velger å forlate landet sitt (Bregård & Vollebæk, 2023, s. 17). Til tross for disse ulikheten forekommer det også noen fellestrekk som påvirker de fleste. Slik som mangel på kjennskap til norsk språk, helsevesen, lite nettverk og dårlig økonomi (Bregård & Vollebæk, 2023, s. 19). Disse barrierene utfordrer målet om likeverdige helsetjenester til innvandrere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Et overordnet mål for helsetjenester i Norge er å skape pasientens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Det skal bygge på at alle pasienter skal ha likeverdig tilgang til gode helsetjenester uavhengig av hvor du bor, hvem du er eller hvor du kommer fra (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Sykepleieren skal jobber for at alle pasienter skal få likeverdige helsetjenester uavhengig av den enkeltes bakgrunn. Samtidig skal en følge de yrkesetiske retningslinjene som sier at sykepleieren skal «bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester» (Norsk sykepleieforbund, 2019, 6.2).

1.1.2. Tuberkulose

Tuberkulose skyldes bakterien *Mycobacterium tuberculosis*. I de fleste tilfeller oppstår sykdommen i lungene, men tuberkulose kan ramme alle kroppens organer. Oppgaven tar for seg aktiv lungetuberkulose. Det kan være en alvorlig sykdom hvis den ikke behandles, men de aller fleste som får behandling blir friske (FHI, 2022a). Det anslås at omtrent en fjerdedel av verdens befolkning er smittet med tuberkelbakterien, men bare en liten andel av de som er smittet vil bli syke av tuberkulose (WHO, 2022).

Tuberkulose kan nemlig legge seg latent i en person som har blitt smittet med tuberkulose. Ved latent tuberkulose kan tuberkelbakteriene holde seg i livet så lenge verten lever (Tjade, 2021, s. 198). En regner med at omtrent 10 prosent av de som har latent tuberkulose vil bli syke i løpet av livet (FHI, 2022c). De fleste som utvikler tuberkulose gjør det i løpet av de første to årene etter smitte (Arnesen, 2022). Det er større risiko for å utvikle sykdom hvis immunforsvaret blir dårligere, blant annet ved sviktende ernæring, aldring og annen sykdom som HIV (Tjade, 2021, s. 198). Det er kun aktiv lungetuberkulose som er smittsom, og det forutsetter vanligvis tett samvær over tid. Smitte skjer gjennom luftbåren spredning av tuberkulosebakterien fra en person med aktiv lungetuberkulose (FHI, 2022a). En oppdager gjerne lungetuberkulose enten når en screenes ved ankomst til Norge eller når en får symptomer som nattesvette, vekttap, feber og langvarig hoste (FHI, 2022a).

Alle som kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose (Vedlegg 1) og skal være i Norge i mer enn tre måneder, skal undersøkes for tuberkulose. Det samme gjelder alle flyktninger og asylsøkere som kommer til Norge (FHI, 2022a). Plikten til tuberkuloseundersøkelse er hjemlet i forskrift om tuberkulosekontroll (2009, §3-1). Screeningen varierer ut fra aldersgruppe og landbakgrunn. FHI har utarbeidet et flytskjema for de ulike gruppene (Vedlegg 2). Screeningen består av lungerøntgen og en blodprøve som kalles IGRA (FHI, 2022e). Tuberkuloseundersøkelsen og reise til den er uten egenandel for de som har plikt til undersøkelsen (FHI, 2022e).

Ved aktiv lungetuberkulose ser en ofte typiske kaverter på røntgenbildene av lungene (Rygh et al., 2017, s. 90). Da vil en bli sendt på sykehus med luftsmitteisolat for videre

diagnostisering. I Trondheim vil en komme til infeksjonsavdelingen ved St. Olavs Hospital for videre diagnostisering. Lungerøntgen er ikke tilstrekkelig for diagnostiseringen av tuberkulose, en ønsker også mikroskopundersøkelser av ekspektorat og dyrkning av bakterien (Rygh et al., 2017, s. 90). Dette fordi antibiotikabehandlingen velges ut fra bakterienes resistensbestemmelse (Tuberkulose, 2016). Det stilles store krav til pasient og behandler på grunn av langvarig behandling på minst seks måneder og opp til to år (FHI, 2023). En trenger heldigvis ikke å være isolert så lenge, etter rundt to til tre uker med behandling er de fleste ikke smittsomme lengre og kan reise hjem (Tjade, 2021, s. 199). Målet med behandlingen vil være å helbrede pasienten, samtidig som en ønsker å hindre muligheten for videre spredning og utvikling av resistente bakterier (FHI, 2023).

1.1.3. Helsekompetanse

Et nasjonalt mål er å skape pasientens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dette innebærer at pasientene får kunnskap og mulighet til å delta i egen behandling og ivareta egen helse på best mulig måte (Helsedirektoratet, 2021). Helsekompetanse inkluderer også å kunne vurdere fra hvilke kilder en kan finne informasjon (Tveiten, 2016, s. 44). Helsekompetanse ble først i 2019 etablert som det norske begrepet for "health literacy" med denne definisjonen:

Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2021, avsn. 2).

Større fokus på helsekompetanse har som mål å hjelpe den enkelte pasient til å ta gode sykdomsforebyggende og helsefremmende valg (Helsedirektoratet, 2021). Noe som vil føre til færre sykehusinnleggelse, rett bruk av helsetjenesten og forebygge mulig tilbakefall og følgesykdom (Helsedirektoratet, 2021).

1.1.4. Kommunikasjon og bruk av tolk

God kommunikasjon er en forutsetning for et godt samarbeid. Det handler ikke bare om å lytte aktivt, men også å se samspillet mellom det verbale og det nonverbale (Eide & Eide, 2017, s. 22). God kommunikasjon er pasientorientert, det vil si å se pasienten som en hel person med iboende muligheter og ressurser (Eide & Eide, 2017, s. 16). Det er knyttet til verdier og det å anerkjenne det pasienten opplever som verdifullt og viktig. For å oppnå god kommunikasjon må en etablere god kontakt, skaffe seg den informasjonen en trenger og vise at en hører, ser og forstår (Eide & Eide, 2017, s. 22). Dette kan være ekstra vanskelig mellom sykepleier og pasient som ikke snakker samme språk.

Bruk av tolk er essensielt for å gi likeverdige helsetjenester til pasienter med begrensede norskkunnskaper (Bregård, 2023, s. 47), samtidig som det er forankret i tolkeloven (2021). Lovens formål er «å sikre rettssikkerhet og forsvarlig hjelp og tjeneste for personer som ikke kan kommunisere forsvarlig med offentlige organer uten tolk» (Tolkeloven, 2021, §1). Sykepleiere har ansvar for å vurdere behovet for og bestille kvalifisert tolk (Helsedirektoratet, 2023). En har sett at når tolk ikke brukes ved språkbarrierer, øker bruken av undersøkelser, forekomsten av reinnleggelse og pasienten ligger lengre på sykehuset (Bregård, 2023, s. 60). Bruk av tolk er derfor nødvendig for å gi likeverdige helsetjenester, samtidig som det bidrar til effektiv behandling.

1.1.5. Sykepleierens helsefremmende og veiledende funksjon

Sykepleieren har mange funksjoner og ansvar, og disse preger måten en tilnærmer seg og ivaretar pasienter på (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 21). Oppgaven tar utgangspunkt i sykepleierens helsefremmende og veiledende funksjon.

Helsefremming handler om å fremme den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige helsen (Haugan & Rannestad, 2016, s. 34). Men for å fremme helse må en vite hva helse er og ha en forståelse og kunnskap om hva som skaper helse (Rannestad & Haugan, 2016, s. 30). Aron Antonovsky var opptatt av akkurat dette da han utviklet sin salutogenese-teori om helse. Han snudde fokuset fra å se på hva som forårsaker sykdom til å stille spørsmålet «What creates health?» (Haugan & Rannestad, 2016, s. 35). Men helse er ikke enkelt å definere. Det handler om hele personen og dens relasjoner (Alvsvåg, 2012, s. 81). Helse er mer enn fravær av sykdom. Det handler også om velbefinnende, lykke og livskvalitet (Alvsvåg, 2012, s. 81). Sykepleiere har siden Florence Nightingales tid hatt et syn på helse som inkluderer menneskers evne til å bruke kreftene og ressursene de har (Haugan & Rannestad, 2016, s. 30). Derfor er en av sykepleierens oppgave å ivareta og styrke pasientens egne ressurser (Kristoffersen et al., 2019, s. 18).

Sykepleierens veiledende funksjon skal bidra til å møte pasientens behov for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å klare å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2019, s. 19). Samtidig skal den fremme trygghet og hjelpe pasienten å forstå egen sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 23). Tveiten (2016, s. 89) definerer veiledning som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier». Siden sykepleieren innehar kunnskap som pasienten trenger for å kunne mestre egen sykdom og helse, er det sykepleierens oppgave å formidle denne kunnskapen videre til pasienten (Tveiten, 2016, s. 91). Å ha kunnskap som noen andre trenger innebærer makt, derfor er det av stor betydning hvordan en formidler denne kunnskapen (Tveiten, 2016, s. 91). Å bygge en relasjon er derfor en viktig del av veiledningen. Respekt, frivillighet, likeverdighet og tillit er nødvendig i sykepleierens veiledende funksjon (Tveiten, 2016, s. 92).

1.1.6. Empowerment

Begrepet «empowerment» springer ut fra et humanistisk menneskesyn (Sørensen et al., 2002), og utdyper viktige perspektiver i medvirkning (Helsedirektoratet, 2018). Begrepet er engelsk og vanskelig å oversette til norsk. WHO (2006) definerer «empowerment» som en prosess hvor personer oppnår større kontroll over handlinger og beslutninger som påvirker deres liv. Denne teorien har en ressursfokusert tilnærming som tar utgangspunkt i hvert enkelt individs ressurser, ferdigheter og kompetanse (Helsedirektoratet, 2018). Å ha kontroll over eget liv er betraktet som nøkkelen til et godt liv (Tveiten, 2016, s.27). Empowerment begrepet springer ut fra denne tankegangen og går i motsatt vei av den tradisjonelle sykdomsmodellen. Den omfordeler makt og gjør pasienten til deltaker i stedet for mottaker (Tveiten, 2016, s. 27).

1.1.7. Kulturell kompetanse i sykepleien

Kultur påvirker gjerne hva en spiser, hvordan en kler seg, hvordan en tenker og oppfører seg (Hanssen, 2023, s. 29). Likevel er ikke kultur noe folk «har» eller «tilhører». Den kulturelle tilhørigheten påvirker måten mennesker tenker og handler på, og gir både en spesiell og en generell oppfatning av hvordan verden fungerer (Stubberud & Eikeland, 2020, s. 234). Møte med en pasient fra en annen kultur kan være utfordrende for

sykepleieren og stiller krav til økt kulturkunnskap og evnen til å bruke denne (Rødal, 2012). Sykdom kan bety forskjellige ting i ulike kulturer. Derfor påvirker ofte pasientens kulturelle bakgrunn hvilke valg en tar for å ivareta egen helse og sykdom (Hanssen, 2023, s. 30). Allerede på 50-tallet stilte teoretikeren Malene Leininger spørsmål ved mangelen av kulturell kompetanse i sykepleierutdannelsen (Rødal, 2012). Senere utviklet hun teorien om kulturell kompetanse, «Cultural Care Theory». Hun mente at sykepleieren måtte sette seg inn i ulike kulturer for å få kjennskap til ulike syn de hadde på sykdom og helse. Pasientens kulturelle «bagasje» i tillegg til personlige erfaringer og kunnskaper er med å påvirke forståelsen og holdninger til sykdom og forventninger til behandling (Hanssen, 2023, s. 39). Det kan være stor forskjell mellom sykepleiers og pasientens syn på sykdom og behandling. Selv om pasienten nødvendigvis ikke alltid «har rett», har pasienten alltid rett på å bli respektert og møtt på sine meninger (Hanssen, 2023, s. 39). Leininger var også opptatt av at sykepleieren skulle tilpasse omsorgen til hvert enkelt individ (Viken & Magelssen, 2017, s. 68). Dette krever at sykepleieren er åpen for andres meninger og tanker. Slik kan sykepleieren bruke sin mellommenneskelige innsikt og kulturelle forståelse, samtidig som en handler ut fra sin faglige kunnskap (Hanssen, 2023, s. 39).

1.2. Formål og problemstilling

Sykepleieren er i en unik posisjon til å gi helhetlig omsorg til mennesker med tuberkulose (ICN, 2020). I tuberkuloseomsorgen møter en ofte befolkningsgrupper som ikke har fått dekket sine medisinske behov (Hussen, 2020). Kunnskaper, holdninger og kompetansen til sykepleieren kan derfor bidra til at den enkelte pasienten mottar helsehjelp av like god kvalitet som resten av befolkningen (Bregård & Vollebæk, 2023, s. 15). Sykepleieren har en viktig rolle når det kommer til å gi støtte og informasjon til disse pasientene (Elfiyunai & Pandin, 2021).

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke sykepleierens rolle gjennom kommunikasjon og veiledning i møte med tuberkulosepasienter med innvandrerbakgrunn. Møtet mellom pasient og sykepleier skjer på et luftsmitteisolat på sengepost der pasienten er innlagt grunnet påvist eller mistenkt lungetuberkulose. Oppgaven har et sykepleieperspektiv med fokus på sykepleierens helsefremmende og veiledende funksjon. Teori og begreper som er nevnt ovenfor, forskningsartikler og annen relevant faglitteratur danner bakgrunnen for besvarelsen. Samtidig vil jeg trekke inn mine egne erfaringer fra arbeid med tuberkulosepasienter og pasienter med innvandrerbakgrunn på infeksjonsavdelingen på St. Olavs Hospital, samt samtaler med tuberkulosekoordinator i Trondheim. I oppgaven skal jeg se nærmere på følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren gjennom kommunikasjon og veiledning bidra til å øke helsekompetansen til tuberkulosepasienten med innvandrerbakgrunn?

2. Metode

Opgaven er et litteraturstudium med kriterier for akademisk oppgaveskriving og IMRAD-struktur. Litteraturstudie som metode vil belyse både sykepleierens og pasientens side, noe som er nødvendig for å kunne besvare problemstillingen. I dette kapitlet beskrives søkestrategi, valg av databaser, inklusjons- og eksklusjonskriterier ved valg av forskningsartikler, søkehistorikk og vurdering av utvalgte artikler.

2.1. Søkestrategi

Under søkeprosessen etter aktuelle og relevante forskningsartikler ble det gjort systematisk søk i to ulike databaser i tillegg til et håndsøk der relevante søkeord ble brukt. Søkeprosessen startet med generelle søk i januar og februar for å få en oversikt over forskning på valgte tema. Deretter mer målrettet søk i april og mai. Søkene resulterte i åtte forskningsartikler hentet fra de to databasene. Artikkene som er funnet inkluderer kvalitative studier, mixed methods studier, en tverrsnittstudie og en studie med eksperimentelt design.

Tabell 1 Konsepttabell

Tabell 1: Konsepttabell			
<i>Konsept 1</i>	<i>Konsept 2</i>	<i>Konsept 3</i>	<i>Konsept 4</i>
Tuberkulose (tuberculosis)	Innvandrere/migrant (immigrant/migrant)	Helsekompetanse (health literacy)	Kommunikasjon (communication)
	Flyktninger/Asylsøkere (refugees/asylum seekers)	Helsekunnskap (health knowledge)	Veiledning (counseling)
	Født i utlandet (foreign-born)	Kunnskap (knowledge)	Pasientundervisning (patient education)

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Opgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier ble valgt på bakgrunn av retningslinjene til bacheloroppgaven og krav til akademisk oppgaveskriving. Egenvalgte kriterier ble tilpasset ut fra tema og problemstilling. Blant disse var inklusjon av deltakere over 18 år, eksklusjon av studier med innvandrere fra lavendemiske land og studier som kun tar for seg latent tuberkulose. Artikler fra både sykepleie- og pasientperspektivet ble inkludert for å få en større forståelse av hvordan sykepleieren kan kommunisere og veilede for å øke pasientens helsekompetanse.

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	
<i>Inklusjonskriterier</i>	<i>Eksklusjonskriterier</i>

Artikler fra 2013 til 2023	Artikler publisert for mer enn 10 år siden
Fagfellevurderte artikler	
Artikler med IMRAD-struktur	
Engelsk / skandinavisk språk	Andre språk
Deltakere over 18 år	Barn
Aktiv lungetuberkulose og MDR-TB	Latent tuberkulose
Innvandrere fra høyendemiske land	Innvandrere fra lavendemiske land
Pasient- og sykepleieperspektivet	

2.3. Søkehistorikk

Den spesifikke søkeprosessen resulterte i åtte forskningsartikler fra to ulike databaser, CINAHL og PubMed, samt et håndsøk i PubMed. Søkeordene som ble brukt var hentet fra konsepttabellen (tabell 1) og søkeordene ble kombinert på ulike måter ved bruk av «OR» og «AND». Søkeord som «health personnel», «nurses» og «healthcare providers», ble benyttet for å finne artikler med perspektivet til helsepersonell. Søkeordet «Norway» ble brukt en gang for å finne artikler som omhandlet norske forhold. For å begrense søket og finne artikler som passet til inklusjons- og eksklusjonskriteriene (tabell 2), ble filter som «Publiseringsår 2013-2023» og «fagfellevurderte artikler» brukt. Tabell 3 viser søkene og tabell 4 viser håndsøket som resulterte i de inkluderte artiklene.

Tabell 3 Søketablell

Tabell 3: Søketablell						
Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL	19.04.23	S1	«Tuberculosis» OR (MH «Tuberculosis»)		32 208	
		S2	«Refugees» OR («MH Refugees»)		10 211	
		S3	«Migrants»		19 531	
		S4	«Foreign born»		2 105	
		S5	«Asylum seekers»		7 526	
		S6	«Healthcare Providers»		44 063	
		S7	«Nurses» OR (MH «Nurses»)		473 338	
		S8	«Health Personnel» OR		657 524	

			(MH «Health Personnel»			
		S9	S2 OR S3 OR S4 OR S5		29 489	
		S10	S6 OR S7 OR S8		894 709	
		S11	S1 AND S9 AND S10	Fagfelle­vur­dert og Publi­seringsår 2013-2023	27	2 (A, B)
PubMed	19.04.23	S1	Tuberculosis		286 889	
		S2	Migrant health		17 399	
		S3	Counseling		173 485	
		S4	Patient education		108 581	
		S5	Communication		786 202	
		S6	S4 OR S5 OR S6		1 032 675	
		S7	S1 AND S2 AND S6	Fagfelle­vur­dert og Publi­seringsår 2013-2023	30	2 (C, D)
PubMed	19.04.23	S1	Tuberculosis		286 899	
		S2	Counseling		173 494	
		S3	Communication		786 228	
		S4	Healthcare		1 701 150	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Fagfelle­vur­dert og Publi­seringsår 2013-2023	22	1 (E)
CINAHL	20.04.23	S1	«Tuberculosis» OR (MH «Tuberculosis»)		32 212	
		S2	«Counseling» OR (MH «Counseling»)		74 619	
		S3	«Patient education» OR (MH «Patient Education»)		89 455	
		S4	«Communication» OR (MH «Communication»)		408 291	
		S5	«Foreign-born»		2 105	
		S6	«Migrant»		18 876	
		S7	S2 OR S3 OR S4		550 432	
		S8	S5 OR S6		20 254	

		S9	S1 AND S7 AND S8	Fagfelleurdert og Publiseringsår 2013-2023	19	1 (F)
PubMed	15.05.23	S1	Tuberculosis		287 544	
		S2	Immigrants		61 456	
		S3	Refugees		18 779	
		S4	Health literacy		27 561	
		S5	Health knowledge		429 877	
		S6	Knowledge		1 004 197	
		S7	Norway		186 739	
		S8	S2 OR S3		75 921	
		S9	S4 OR S5 OR S6		1 023 025	
		S10	S1 AND S7 AND S8 AND S9	Fagfelleurdert og Publiseringsår 2013-2023	4	1 (G)

Inkluderte artikler

A. Tavares et al. (2019). Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: A mixed methods study with primary healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 19(1), 233–233. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4050-0>

B. Gerrish et al. (2013). Experiences of the diagnosis and management of tuberculosis: a focused ethnography of Somali patients and healthcare professionals in the UK. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2285–2294. <https://doi.org/10.1111/jan.12112>

C. Bedingfield et al. (2023). Canadian tuberculosis health care workers' perspectives on education and counselling for patients and family members who are born outside of Canada. *Global Public Health*, 18(1), 2174265–2174265. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2174265>

D. Yasin et al. (2015). Infection of the Invisible. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(5), 1481–1486. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0115-7>

E. Parwati et al. (2021). A health belief model-based motivational interviewing for medication adherence and treatment success in pulmonary tuberculosis patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13238. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413238>

F. Bedingfield et al. (2022). Improving infectious TB education for foreign-born patients and family members. *Health Education Journal*, 81(2), 170–182. <https://doi.org/10.1177/00178969211061522>

G. Harstad et al. (2022). Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis among screened immigrants in Norway. A cross-sectional study. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 28, 100326–100326. <https://doi.org/10.1016/j.ictube.2022.100326>

Tabell 4 Håndsrøk

Tabell 4: Håndsrøk			
Database	Søkeord	Antall treff	Valgte artikler
PubMed	The importance of counselling patients with tuberculosis	81	<p>1 (H)</p> <p>H. Baral et al. (2014). The importance of providing counselling and financial support to patients receiving treatment for multi-drug resistant TB: mixed method qualitative and pilot intervention studies. BMC Public Health, 14(1), 46–46. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-46</p>

2.4.Vurdering av utvalgte artikler

For å analysere artiklene tas Evans (2002) analysemodell i bruk. Den går gjennom fire faser for å analysere og fremstille data:

Trinn 1: Samle data

Først skal en samle aktuell data (Evans, 2002), gjennom et systematisk litteratursøk. Det er grundigere forklart i kapittel 2.3 og blir derfor ikke utdypet ytterligere her.

Trinn 2: Identifisere nøkkelfunn

Videre skal en identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie for å danne seg et overblikk over forskningen som helhet (Evans, 2002), ved å lese artiklenes overskrift og sammendrag. Deretter ble bakgrunn, metode, resultat og drøfting lest grundigere for å se om studien var relevant for problemstillingen.

Trinn 3: Sammenligne funn på tvers av studier

Her skal en sammenligne nøkkelfunn på tvers av andre studier for deretter å finne felles temaer (Evans, 2002). Det ble gjort ved å se artiklene i lys av hverandre.

Tabell 5 Sammenligning av temaer

Tabell 5: Sammenligning av temaer	
Tema	Artikkel
Barrierer i møte med helsetjenesten	A, B, C, D, F, H
Pasientens helsekompetanse	A, B, C, F, G, H
Kulturens påvirkning og kulturell kompetanse	A, B, F
Kommunikasjon og veiledning	A, B, C, D, E, F, G, H

Trinn 4: Beskrive fenomenet

Til slutt skal en gi en grundigere forklaring av temaene funnet i trinn tre som knyttes til originalartiklene. Dette danner grunnlaget for drøftingen (Evans, 2002).

3. Resultater

Fra søkeprosessen ble det inkludert åtte forskningsartikler, hvorav fire var kvalitative, to mixed methods studier, en tverrsnittstudie og en studie med eksperimentelt design. Artikkelmatriser presenteres fra tabell 6 til tabell 13.

3.1. Artikkelmatriser

Her presenteres artikkelmatriser for de inkluderte artiklene.

Tabell 6 Artikkelmatrise A

Tabell 6: Artikkelmatrise A	
Referanse A	Tavares, Garcia, A. C., Gama, A., Abecasis, A. B., Viveiros, M., & Dias, S. (2019). Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: A mixed methods study with primary healthcare providers. <i>BMC Health Services Research, 19(1)</i> , 233–233. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4050-0
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å utforske og beskrive perspektivene til helsepersonell i primærhelsetjenesten i Portugal, og oppnå en forståelse om den nåværende tuberkuloseomsorgen for migrasjonspasientene.
Metode	Dette var en mixed methods studie med både kvalitative og kvantitative undersøkelser. Som baserer seg på en nettundersøkelse og semi-strukturerte intervjuer. 120 portugisiske helsepersonell deltok på nettundersøkelsen, og 17 ble intervjuet.
Resultat	Studien fant mangel på kunnskap om tuberkulose blant migrantene, samt en rekke barrierer knyttet til deres tilgang til og hvor mye de benyttet seg av tuberkuloseomsorgen.
Kommentar og relevans for problemstilling	Den portugisiske studien er relevant for problemstillingen fordi den ser på helsepersonells erfaringer med tuberkulosearbeid blant migranter. Resultatet av studien støtter oppgavens aktualitet og viser at migranter er en spesielt sårbar gruppe.

Tabell 7 Artikkelmatrise B

Tabell 7: Artikkelmatrise B	
Referanse B	Gerrish, K., Naisby, A., & Ismail, M. (2013). Experiences of the diagnosis and management of tuberculosis: a focused ethnography of Somali patients and healthcare professionals in the UK. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 69(10), 2285–2294. https://doi.org/10.1111/jan.12112
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å se på erfaringene fra diagnostisering og behandling av tuberkulose fra perspektivet til somaliske pasienter som lever i Storbritannia og helsepersonell som er involvert i deres behandling.
Metode	Dette er en kvalitativ studie med fokus på somaliske tuberkulosepasienter og helsepersonell involvert i deres behandling. Den bestod av 14 somaliske pasienter som hadde fått behandling for tuberkulose i Storbritannia, og 18 helsepersonell som jobber med somaliske tuberkulosepasienter.
Resultat	Studien fant at de somaliske pasientene oppsøkte helsevesenet raskt etter symptomstart. Psykologisk støtte fra familie og helsepersonell ble høyt verdsatt. Pasienter og helsepersonell var bekymret for den langvarige fysiske og psykososiale konsekvensene av tuberkulose når behandlingen var ferdig. Selv om dette var etablerte innvandrere fant en likevel at de møtte språklige og kulturelle barrierer i helsetjenesten.
Kommentar og relevans for problemstilling	Denne studien er relevant for oppgaven fordi den har både pasientgruppens og helsepersonells perspektiv. Dette gir en større forståelse for pasientens opplevelse av diagnostisering, behandling og livet etterpå. Samtidig som vi får et bedre bilde av hvordan helsepersonell arbeider med disse pasientene.

Tabell 8 Artikkelmatrise C

Tabell 8: Artikkelmatrise C	
Referanse C	Bedingfield, N., Lashewicz, B., Fisher, D., & King-Shier, K. (2023). Canadian tuberculosis health care workers' perspectives on education and counselling for patients and family members who are born outside of Canada. <i>Global Public Health</i> , 18(1), 2174265–2174265. https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2174265
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å utforske helsepersonells perspektiv på barrierer og muligheter for utdanning og veiledning til pasienter og familiemedlemmer født utenfor Canada som går gjennom smittsom lungetuberkulose.

Metode	Studien er en kvalitativ studie basert på semi-strukturerte intervjuer og feltnotater. Det deltok til sammen 24 helsepersonell.
Resultat	Helsepersonell beskrev hvordan flere barrierer slik som pasientens redsel, informasjonsfylte avtaler og pasientens usikre arbeidshverdag kolliderte med hverandre og resulterte i at pasientene ble overveldet. Studien fant at det å gi pasienter og familie nok, men ikke for mye informasjon tidlig var viktig for å gi best mulig omsorg.
Kommentar og relevans for problemstilling	Resultatene i studien er relevant for oppgaven og viser viktigheten av veiledning og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten, samtidig som den viser hvorfor informasjon tilpasset hvert enkeltindivid er viktig.

Tabell 9 Artikkelmatrise D

Tabell 9: Artikkelmatrise D	
Referanse D	Yasin, Y., Biehl, K., & Erol, M. (2015). Infection of the Invisible. <i>Journal of Immigrant and Minority Health</i> , 17(5), 1481–1486. https://doi.org/10.1007/s10903-014-0115-7
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan virkningen av ITAP (Istanbul Tuberculosis Aid Program) påvirket migrantbefolkningen.
Metode	Metoden brukt her var en retrospektiv kvalitativ studie av ITAP gjennom notater og semi-strukturerte intervjuer som ble samlet fra 10 intervjuobjekter i perioden februar til juli 2014.
Resultat	Studien så viktigheten av å styrke pasientenes sosioøkonomiske ressurser; som mat, husly og økonomi for å styrke etterlevelsen av behandlingen. Samtidig som studien viste hvorfor det å bygge tillit, gi informasjon som og opprettholde taushetsplikten er så viktig i tuberkuloseomsorgen.
Kommentar og relevans for problemstilling	Denne studien er relevant for oppgaven da den ser på barrierer ulike migrantgrupper kan møte i helsetjenesten. Samtidig beskriver den viktigheten av blant annet taushetsplikten, og det å gi informasjon og bygge tillit.

Tabell 10 Artikkelmatrise E

Tabell 13: Artikkelmatrise E	
Referanse E	Parwati, N. M., Bakta, I. M., Januraga, P. P., & Wirawan, I. M. A. (2021). A health belief model-based motivational interviewing for medication adherence and treatment success in pulmonary tuberculosis patients. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 18(24), 13238. https://doi.org/10.3390/ijerph182413238
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken effekt veiledning med motiverende intervju (MI) basert på helseoppfatningsmodellen har på medisinoverholdelse og suksessfull behandling.
Metode	Studien brukte et eksperimentelt design med kun posttest. 214 pasienter med lungetuberkulose deltok på 38 forskjellige helsesenter i Bali-provinsen fra november 2020 til juni 2021. Tuberkuloseveilederne ga veiledning ved å bruke den motiverende intervjukommunikasjonsmodellen basert på helseoppfatningsmodellen.
Resultat	Resultatene av studien viste at veiledning med motiverende intervju basert på helseoppfatningsmodellen hadde en innflytelse på medisinoverholdelse og behandlingssuksess hos pasienter med lungetuberkulose. Samtidig så den viktigheten av pasientsentrert tuberkuloseomsorg.
Kommentar og relevans for problemstilling	Denne studien er relevant for oppgaven da den ser på effekten av veiledning til pasienter med lungetuberkulose, samt viktigheten av pasientsentrert tuberkuloseomsorg.

Tabell 11 Artikkelmatrise F

Tabell 11: Artikkelmatrise F	
Referanse F	Bedingfield, N., Lashewicz, B., Fisher, D., & King-Shier, K. (2022). Improving infectious TB education for foreign-born patients and family members. <i>Health Education Journal</i> , 81(2), 170–182. https://doi.org/10.1177/00178969211061522
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å undersøke undervisning og veiledning til pasienter med smittsom lungetuberkulose fra perspektivet til pasienter født i utenfor Canada og deres familiemedlemmer.

Metode	Studien er kvalitativ studie basert på semi-strukturerte intervjuer med i alt 19 deltakere, 6 pasienter og 13 familiemedlemmer. Alle pasientene som deltok i studien, var blitt diagnostisert med lungetuberkulose i de foregående 3-9 månedene. Familiemedlemmene måtte identifisere seg som et familiemedlem av en kvalifisert pasient.
Resultat	Deltakerne i studien følte seg beroliget av å lære om tuberkulose og var veldig fornøyd med undervisningen og veiledningen. Likevel fant studien at deltakerne manglet viktig informasjon om tuberkulose og mistenkte at kommunikasjonsproblemer hadde oppstått. Blant annet manglet de kunnskap om smittemåte og behandling.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien fra Canada er relevant for oppgaven fordi den ser på pasienters og familiemedlemmers oppfattelse av tuberkuloseundervisning og -veiledning. En får viktig informasjon om hva de har behov for av informasjon og at dette blir formidlet når de er mottakelige for det. Samtidig som en får et innblikk i deres forståelse av tuberkulose etter undervisning og veiledning.

Tabell 12 Artikkelmatrise G

Tabell 12: Artikkelmatrise G	
Referanse G	Harstad, I., Raen, A. R., Selseng, S., & Sagvik, E. (2022). Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis among screened immigrants in Norway. A cross-sectional study. <i>Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases</i> , 28, 100326-100326. https://doi.org/10.1016/j.jctube.2022.100326
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien var å få en dypere og bedre forståelse for kunnskapen, holdningene og praktiseringen angående tuberkulose hos innvandrere fra høyendemiske land.
Metode	Studien var en tverrsnittstudie, hvor en har tatt utgangspunkt i KAP (knowledge, attitudes, practices) spørreskjema. I alt 219 personer deltok, 134 kvinner og 85 menn.
Resultat	Det gjennomsnittlige kunnskapspoenget var 5,53 (maksimum poeng: 11) uten signifikante forskjeller mellom studiegruppene eller assosiasjoner med demografi eller utdanningslengde. Det var store kunnskapshull relatert til tuberkulosesymptomer og smittemåte.
Kommentar og relevans for problemstilling	Den norske studien er relevant for oppgaven fordi den belyser innvandrerne sine kunnskaper om tuberkulosesykdommen i Norge.

Tabell 13 Artikkelmatrise H

Tabell 10: Artikkelmatrise H	
Referanse H	Baral, S. C., Aryal, Y., Bhattra, R., King, R., & Newell, J. N. (2014). The importance of providing counselling and financial support to patients receiving treatment for multi-drug resistant TB: mixed method qualitative and pilot intervention studies. <i>BMC Public Health</i> , 14(1), 46–46. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-46
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med denne studien var å identifisere og dokumentere problemene pasienter som behandles for MDR-TB (multi-drug-resistant tuberculosis) opplever. Samtidig ønsket de å estimere effektiviteten til to strategier: veiledning alene, og en kombinasjon av veiledning og økonomisk støtte.
Metode	Dette var en mixed-method studie som omfatter en formativ kvalitativ studie, pilotintervensjonsstudie og en forklarende kvalitativ studie. Alle deltakerne hadde startet MDR-TB behandling på syv ulike sentre i Kathmandu Valley i Nepal, i løpet av januar til desember 2008.
Resultat	Studien fant at MDR-TB behandling forårsaket ekstrem sosial, finansiell og jobbrelaterte problemer. I pilotintervensjonsstudien så de to strategiene ut til å forbedre behandlingsresultatene. Helbredelsesratene for de som mottok kun veiledning, kombinert støtte og ingen ekstra støtte var henholdsvis 85%, 76% og 67%. Studien viste at pasientene verdsatte begge former av støtte.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien er relevant for oppgaven fordi den undersøker viktigheten av å gi veiledning til pasienter som gjennomgår behandling for tuberkulose. Studien er fra et land med høy tuberkuloseforekomst, med et annet helsevesen og økt forekomst av stigma. Likevel kan en se på hvordan helsekompetansen kan økes til pasientene gjennom veiledning og god kommunikasjon.

3.2. Tematisk resultat

I dette kapitlet presenteres resultatene fra artiklene, ut fra kategoriseringen etter Evans analysemodell trinn tre (tabell 5).

3.2.1. Barrierer i møte med helsetjenesten

Å møte på barrierer i helsetjenesten var svært vanlig for tuberkulosepasienten med innvandrerbakgrunn. De vanligste barrierene de kunne oppleve i møte med helsetjenesten var språkbarrierer (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015; Bedingfield et al., 2022) og begrensede sosioøkonomiske ressurser (Tavares et al., 2019; Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015; Bedingfield et al., 2022). Bedingfield et al. (2023) pekte også på det å bruke tolk, og hvordan dette

kunne forstyrre kommunikasjonen og gjøre det vanskelig for pasienten å stille spørsmål. En så også at pasientene hadde et annet forhold til taushetsplikten fra landet de kom ifra, noe som kunne være en barriere for god kommunikasjon (Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015).

Mangel på tilgang til transportmiddel for å komme seg til sykehustimer (Tavares et al., 2019; Bedingfield et al., 2022), samt lavt betalte jobber og usikre arbeidskontrakter (Tavares et al., 2019; Bedingfield et al., 2023; Bedingfield et al., 2022) ble nevnt i flere studier som sosioøkonomiske barrierer. Både Yasin et al (2015) og Baral et al (2014) så sammenhengen mellom å få hjelp med de sosioøkonomiske barrierene, som økonomi, mat og bolig, og det å nyte godt av veiledningen og tuberkuloseomsorgen.

Noen artikler nevnte også at innvandrerne kunne møte på kulturelle barrierer i helsetjenesten (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2022).

3.2.2. Pasientens helsekompetanse

Fem av artiklene legger vekt på å undersøke pasientens helsekompetanse (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2023; Bedingfield et al., 2022; Harstad et al., 2022). Et gjentakende tema var manglende kunnskaper om tuberkulose (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2023; Bedingfield et al., 2022; Harstad et al., 2022). Blant annet ble manglende kunnskaper om symptomer (Tavares et al., 2019; Bedingfield et al., 2023) og smittemåte (Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2022; Harstad et al., 2022) nevnt i flere artikler.

Flere studier pekte på at tiden frem til diagnostisering var stressende (Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2023; Bedingfield et al., 2022). Pasienter som hadde lite kunnskap om sykdommen var ofte redde (Bedingfield et al., 2023; Bedingfield et al., 2022). En så at jo mer kunnskap pasientene fikk om sykdommen, jo mindre redde ble de (Bedingfield et al., 2022; Baral et al., 2014). En fant også at informasjon tidlig i forløpet var svært viktig (Bedingfield et al., 2022), men at for mye informasjon kunne påvirke kommunikasjonen i negativ forstand (Bedingfield et al., 2023). I studien til Bedingfield et al (2023) var første konsultasjon ofte et problem på grunn av mye informasjon som sammen med pasientens symptomer og et høyt nivå av stress førte til at pasientene følte seg overveldet. Likevel mente de at pasienter og familiemedlemmer mest sannsynlig ville bli mindre redde og kunne ha tatt i bruk tuberkuloseinformasjonen bedre dersom de hadde fått tilgjengelig informasjon tidligere og i et enklere format (Bedingfield et al., 2023). De konkluderte med at tuberkuloseinformasjon bør inneholde flere kommunikasjonsmåter; som veiledning, lenker til nettsider og brosjyrer på deres morsmål (Bedingfield et al., 2023). En oppdaget i studien til Bedingfield et al (2022) at, til tross for pasienttilfredshet etter veiledning, hadde de store kunnskapshull knyttet til tuberkulose. Dette ble koblet opp til kommunikasjonsproblemer og at helsepersonell brukte mye tid på å gi instruksjoner og lite på forklaring som hjalp pasienten og familien til å forstå tuberkulose og hvordan håndtere hverdagslivet (Bedingfield et al., 2022).

3.2.3. Kulturens påvirkning og kulturell kompetanse

Tre artikler nevnte kulturens påvirkning på helsekompetansen til pasientene og kulturell kompetanse blant helsepersonell (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2022). I disse fant en at migrantene hadde et annet syn på tuberkulose og omsorgen, og at dette mest sannsynlig var forbundet med deres etniske og kulturelle bakgrunn. Tavares et al (2019) og Gerrish et al (2013) så i tillegg at dette kunne

forsinke diagnostiseringen, som igjen kunne bidra til å øke smitte blant innvandrersamfunn (Tavares et al., 2019). I Tavares et al (2019) ønsket helsepersonell mer kunnskap i kulturell kompetanse og innvandrernes helse, slik at de kunne gi god og likeverdig omsorg.

3.2.4. Kommunikasjon og veiledning

På ulike måter peker alle artiklene på viktigheten av god kommunikasjon og veiledning til tuberkulosepasienter. Flere studier pekte på elementer som kunne gjøre kommunikasjon og veiledning vanskelig. Språkbarrierer er den mest nevnte årsaken som vanskeliggjør kommunikasjon og veiledning (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015; Bedingfield et al., 2022). Tidligere møte med brudd på taushetsplikt ble også pekt på som en årsak til dårlig kommunikasjonen og svekket tillit til sykepleiere (Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015).

I de fleste studiene ble viktigheten av å gi god veiledning og informasjon nevnt (Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015; Parwati et al., 2021; Bedingfield et al., 2022; Harstad et al., 2022; Baral et al., 2014). Støtte fra sykepleiere ble høyt verdsatt (Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2022; Baral et al., 2014). En så også at det å tilpasse informasjon og undervisning til hver enkelt pasient var viktig for at de skulle ha nytte av og kunne ta i bruk informasjonen (Tavares et al., 2019; Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015; Bedingfield et al., 2022; Harstad et al., 2022). Parwati et al (2021) fant at det å bruke motiverende intervju basert på helseoppfatningsmodellen bidro til å øke pasientens indre motivasjon og helsekompetanse, og gjorde pasientene klare for den lange behandlingen. Samtidig var det å bygge tillit viktig for å gjøre veiledningen enklere å gjennomføre (Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015).

4. Diskusjon

I dette kapitlet presenteres teori og resultater fra forskningsartiklene opp mot oppgavens problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren gjennom kommunikasjon og veiledning bidra til å øke helsekompetansen til tuberkulosepasienten med innvandrerbakgrunn?

Egne erfaringer fra arbeid med denne pasientgruppen blir knyttet til forskning og annen litteratur. Implikasjoner for sykepleie vil bli diskutert underveis. Metoden drøftes og oppgavens styrker og svakheter belyses.

4.1. Tilrettelegging av innvandrernes møte med helsetjenesten

Personer med innvandrerbakgrunn utgjør en stor del av den norske befolkningen. Det er en svært sammensatt gruppe med ulik bakgrunn, alder, innvandringsgrunn og botid i Norge. Likevel møter de ofte på de samme barrierene, samtidig som de risikerer å motta færre helsetjenester og helsetjenester av dårligere kvalitet enn resten av befolkningen (Norsk sykepleieforbund, u.å.). I et debattinnlegg i «Sykepleien» skriver nestleder i Norsk sykepleieforbund Silje Naustvik (2020, avsn. 5) at «I Norge, velferdssamfunnets vugge, er det fortsatt slik at noen får utdelt dårligere kort. Å akseptere det er å glemme grunnlaget for sykepleien». Sykepleierens kunnskaper, holdninger og kompetanse kan bidra til at den enkelte pasienten mottar helsehjelp av like god kvalitet som resten av befolkningen.

Så hvilke barrierer møter innvandrere, og hvordan kan sykepleieren tilrettelegge deres møte med helsetjenesten? Barrierene kan være mange og komplekse, men de mest sette i forskningsartiklene er språklige og sosioøkonomiske barrierer. Kulturelle barrierer ble også nevnt i forskningsartiklene, men blir ytterligere beskrevet i kapittel 4.3.

Flere av studiene nevnte språk som en betydelig barriere for innvandrernes møte med helsetjenesten (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015; Bedingfield et al., 2023). Til og med i studien til Gerrish et al (2013), som undersøkte etablerte migranter, så en at de møtte språkbarrierer i helsetjenesten. Mangelfull informasjonsutveksling og misforståelser kan få store konsekvenser. Det kan blant annet føre til feil i behandlingen, mangelfull kartlegging (Bregård, 2023, s. 48) og ikke minst redde pasienter (Bedingfield et al., 2023; Bedingfield et al., 2022). I tillegg kan det føre til nedsatt tilgang og bruk av helsetjenesten. Det er helsevesenet sitt ansvar å sikre likeverdige helsetjenester også til pasienter med begrenset norskferdigheter (Bregård, 2023, s. 48). Bruk av tolk er derfor ikke bare nødvendig, men helt avgjørende for likeverdige helsetjenester (Helsedirektoratet, 2011). Samtidig som det er forankret i tolkeloven (2021, §1) å bruke tolk til personer som ikke kan kommunisere forsvarlig uten. Likevel viser flere studier at sykepleiere opplever utfordringer med å kommunisere via tolk (Bedingfield et al., 2023; Goth & Brente, 2019; Hanssen & Alpers, 2010). FHI (2022e) rapporterer også om et underforbruk av kvalifisert tolk i helsetjenesten. Det kan være mange ulike årsaker til at sykepleiere velger å ikke bruke tolk. En kjent årsak er at sykepleieren overvurderer språkkompetansen til pasienten (Le, 2013). Bregård (2023, s.

52) sier i motsetning at i situasjoner hvor en er usikker på pasientens norskkunnskaper bør det benyttes tolk. En annen mulig årsak til underforbruk av tolk kan være sykepleiers manglende kunnskap om pasientens rettigheter og praktisk bruk av tolk (Bregård, 2023, s. 53). Sykepleierne i Bedingfield et al (2023) forklarte at bruk av tolk kunne forstyrre kommunikasjonen og gjøre det vanskelig for pasienten å stille spørsmål. Noe som viser at det ikke bare er sykepleieren som kan synes bruk av tolk kan være problematisk. Den norske studien til Goth & Brente (2019) viser at tolkebruk også kan være et problem for pasienten. En informant sa at «Vi (innvandrere fra ett område) kjenner alle hverandre og det er mange ting jeg ikke ønsker at andre flyktninger fra mitt land vet om ...» (Goth & Brente, 2019, s. 53). Dette er også en problemstilling jeg har erfart fra arbeid med pasienter med innvandrerbakgrunn. Selv om tolken har taushetsplikt på lik linje som sykepleieren, vil noen synes det er vanskelig å bruke tolk fra samme område. Samtidig så studiene til Bedingfield et al (2023) og Yasin et al (2015) at pasienter med innvandrerbakgrunn kan ha et annet forhold til taushetsplikt og ha problemer med å stole på at dette blir overholdt i landet de kommer til.

Begrensede sosioøkonomiske ressurser kan være omfattende og vanskelig å håndtere for pasienten. Tavares et al (2019) og Bedingfield et al (2023) nevner blant annet at pasienter ikke klarer å betale for transport til sykehuset. Mange av innvandrerne hadde også usikre arbeidskontrakter og lavt betalte jobber som de var redde for å miste (Tavares et al., 2019; Bedingfield et al., 2023; Bedingfield et al., 2022). Å hjelpe pasientene med de begrensede sosioøkonomiske ressursene kan være vanskelig for en sykepleier på sengepost, fordi en kun møter pasienten når en er innlagt på sykehus. Likevel kan det være nyttig for både sykepleier og pasient at ressurser og eventuelle problemer blir kartlagt. Baral et al (2014) fant i sin studie at pasienter med tuberkulose som hadde fått hjelp med sine finansielle problemer nøt bedre av veiledningen. Noe som viser at veiledning fungerer bedre når pasienten ikke er overveldet av finansielle problemer. Dette støttes også av studien til Yasin et al (2015) som viser at ikke-medisinsk støtte som tilgang til mat, husly og klær, er en uunnværlig del av effektiv tuberkulosebehandling. I Norge er tuberkulosedagnostisering og -behandling gratis. Likevel kan sykehusinnleggelsen føre med seg mange andre bekymringer og problemer. Mens sykepleieren fokuserer på tuberkulosesykdommen, kan det viktigste for pasienten ofte være å få hjelp til problemer med økonomi eller et sted å bo. Larsen et al (2023, s. 188) råder sykepleiere til å gjøre seg kjent med tilbud som fins, og gi pasienten informasjon om disse. Sykepleieren kan kartlegge problemer og henvise videre til passende tjenester (Commodore-Mensah, 2021), som blant annet sosionom, ergoterapeut og kommunale tjenester. Helsepersonelloven (1999, §4) sier også at helsepersonell «skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig».

4.2. Å styrke pasientens ressurser

Et nasjonalt mål er å skape pasientens helsetjeneste, noe som innebærer at pasienter skal være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. For å nå dette målet må pasientene ha kunnskap, samt mulighet til å ivareta sin egen helse på best mulig måte. Et gjentakende tema i forskningsartiklene som undersøkte pasientens helsekompetanse om tuberkulose var manglende kunnskaper om sykdommen. Tavares et al (2019) og Bedingfield et al (2023) beskrev blant annet manglende kompetanse når det kom til symptomer. Samtidig ble lite kunnskaper om smitteåtte også nevnt (Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2022; Harstad et al., 2022).

Både Bedingfield et al (2022), Gerrish et al (2013) og Bedingfield et al (2023) beskrev at tiden frem til diagnostisering av tuberkulose var stressende og pasientene var redde. Dette blir knyttet opp til manglende kunnskap om tuberkulose. Helsekompetanse øker evnen til å mestre ulike situasjoner gjennom livet. En ser i forskningsartiklene at mangel på helsekompetanse knyttes til stigma, frykt og stress. Bedingfield et al (2022) og Baral et al (2014) fant at jo mer kunnskap pasientene fikk om sykdommen, jo mindre redde ble de. Dette støttes av Kristoffersen (2019, s. 397) som sier at tilgangen på helseinformasjon er viktig for å kunne redusere angst og fremme trygghet. Desto viktigere er det at sykepleiere kjapt kartlegger hva pasienten vet om sykdommen og hva en trenger informasjon om. Men hvordan vet en hvilken informasjon pasienten trenger og hvor mye en skal si?

Det at tuberkulose kan behandles (Bedingfield et al., 2023; Bedingfield et al., 2022), informasjon om psykososial støtte (Tavares et al., 2019; Bedingfield et al., 2023) og adressering av vanlige misoppfatninger om tuberkulose (Bedingfield et al., 2022), ble sett på som viktig informasjon av samtlige studier. Likevel så de ulikt på når og hvor mye informasjon som skulle gis. På den ene siden oppga pasientene i studien til Bedingfield et al (2022) at informasjon var svært viktig tidlig i forløpet. På den andre siden så Bedingfield et al (2023) at for mye informasjon kunne påvirke kommunikasjon i negativ forstand. Å balansere mellom nok, men ikke for mye informasjon er vanskelig. I Bedingfield et al (2023) var første konsultasjon ofte et problem for pasienten på grunn av mye informasjon som sammen med pasientens fysiske symptomer og et høyt nivå av stress gjorde at en følte seg overveldet. Kan det tenkes at det viktigste tidlig i diagnostiseringen er støtte og trygging på at tuberkulose kan behandles og at pasienten vil bli fulgt opp? Eller kan en se det slik at pasientene blir mindre redde og overveldet hvis en får god nok informasjon tidlig? Bedingfield et al (2023) mente at pasienten og familiemedlemmene mest sannsynlig ville blitt mindre redde og kunne klare å ta i bruk tuberkuloseinformasjon bedre dersom de hadde fått tilgjengelig informasjon tidligere og i enklere format. Der konkluderte de også med at informasjon til tuberkulosepasienter med innvandrerbakgrunn bør inneholde flere kommunikasjonsmåter, slik som veiledning, lenker til nettsider og brosjyrer på deres språk. Dette kan en finne støtte hos Pratt et al (2005, s.182-183) som sier at sykepleiere kan henvise til flere kilder til informasjon og støtte. Samtidig som de anbefaler at innvandrere med annet morsmål skal tilbys skriftlig informasjon på deres foretrukne språk.

Å gi informasjon og øke pasientens helsekompetanse er med på å styrke pasientens ressurser. Empowerment handler nettopp om dette; styrking og mobilisering av egne krefter. Tidligere når sykepleiere ga pasienten informasjon og veiledning var det ofte med utgangspunkt i sykepleierne sine ønsker om medvirkning fra pasienten, og det ble lagt lite vekt på pasientens perspektiv (Kristoffersen, 2019, s. 361). I Bedingfield et al (2022) fant en kunnskapshull, til tross for pasienttilfredshet etter veiledning. Disse ble sett i sammenheng med kommunikasjonsproblemer og at sykepleiere brukte mye tid på å gi instruksjoner og lite på forklaring. Dette førte til en ubalansert veiledning med stort fokus på biomedisinske instruksjoner, og lite fokus på mer utfyllende forklaringer som hjalp pasienten og familien til å forstå tuberkulose og håndtere hverdagslivet. Hvis en her i stedet hadde tatt utgangspunkt i pasientens ståsted, behov og helsekompetanse, og hadde hatt pasientens mestring av livssituasjon som mål, hadde kanskje kunnskapshullene vært mindre. Kristoffersen (2019, s. 362) sier at sykepleieren alltid skal tilrettelegge undervisning og veiledning etter pasientens helsekompetanse og behov. Det kan være lett å tro at en vet hva pasienten forstår om egen helse og behandling, men litteraturen viser at en lett kan overvurdere pasientens forståelse (Tveiten, 2016, s.

44). Derfor er spørsmål og kartlegging helt grunnleggende i veiledning, for å sikre at du befinner deg der pasienten er (Kristoffersen, 2019, s. 377). I praksis lærte jeg også viktigheten av å stille pasienten spørsmål, både for å finne ut hvilken kunnskap de har, men også for å få pasienten mer inkludert i egen helse og sykdom.

4.3. Medmennekset, ikke kulturen, som hovedfokus

Viktigheten av kulturell kompetanse og kulturens påvirkning på helsesøkende atferd ble lagt overraskende lite vekt på i forskningsartiklene. Kun tre av artiklene gikk inn på kulturens påvirkning på sykdommen (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2022), og en av disse omtalte sykepleiernes kulturelle kompetanse (Tavares et al., 2019). Det blir i motsetning ofte henvist til kulturell kompetanse og kulturell forståelse i møte med innvandrerpatienten i litteraturen. Hussen et al (2020) hevder at å styrke kulturell kompetanse på individ- og organisasjonsnivå sannsynligvis vil føre til forbedret kvalitet på omsorgen. Dette støttes også av teorien til Leininger om kulturell kompetanse, som mener at for å få kjennskap til ulike syn på sykdom og helse, må en sette seg inn i ulike kulturer (Viken & Magelssen, 2017, s. 68). Kultur ble av alle artiklene sett på som en barriere for likeverdige helsetjenester (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2022), og sykepleierne i studien til Tavares et al (2019) etterspurte mer trening i kulturell kompetanse. Selv om litteraturen har stort fokus på viktigheten av kulturell kompetanse, omtaler Hanssen (2023, s. 43) at å fokusere på pasientens kultur fremfor pasienten som person kan gå ut over sykepleier-pasient-relasjonen. Dette kan også sees i sammenheng med Leiningers teori om kultur som også var opptatt av at sykepleieren skulle tilpasse omsorgen til hvert enkelt individ (Viken & Magelssen, 2017, s. 68). Både i forskningen og litteraturen ser en at kulturell kompetanse blant sykepleiere er viktig for å gi god og likeverdig omsorg til innvandrerpatienten. Men er det slik at den kulturelle kompetansen også kan bidra til generalisering og dårligere pleie? Hanssen (2023, s. 43) nevner at sykepleiere kan bli så engstelige for å begå «kulturelle feil», at de ikke gir pasienten den omsorgen, støtten og pleien en trenger. Så hvordan kan en bruke den kulturelle kompetansen sin til fordel for pasientene? Å legge vekt på å lære spesifikke fakta om andre kulturer kan føre til stereotyping av kulturelle grupper og forenkle de egentlige komplekse konstruksjonene av kultur (Hussen et al., 2020). Likevel ser en i forskningsartiklene og litteraturen at pasientenes kultur påvirket deres syn på tuberkulose og hvilke valg en tar for å ivareta egen helse (Tavares et al., 2019; Gerrish et al., 2013; Bedingfield et al., 2022; Hanssen, 2023, s. 30). I Tavares et al (2019) og Gerrish et al (2013) så en i tillegg at dette kunne forsinke diagnostiseringen, som også kan bidra til å øke smitte i innvandrersamfunn. Pasienten har rett til å bli møtt og respektert for sine meninger og oppfatninger, selv om sykepleier kan være uenig (Hanssen, 2019, s. 95). Hanssen (2023, s. 43) råder sykepleiere til å bli kjent med mennesket. Det er nemlig da en kan få innsikt i hvordan deres kulturelle bakgrunn har vært med på å forme dem, sammen med blant annet utdanning, sosiale relasjoner og erfaringer.

4.4. Gode relasjoner i kommunikasjon og veiledning

I oppgaven legges det et stort fokus på å øke pasientens helsekompetanse gjennom kommunikasjon og veiledning. En har sett i studiene at å danne gode relasjoner med pasientene er essensielt for å kunne formidle og få pasienten til å ta i bruk kunnskapen. Likevel kan det å bygge relasjoner by på utfordringer. Torborg Leenderts skrev i sin bok «Person og profesjon» at «mennesker må aldri hjelpes på en måte som binder dem til våre løsninger og svar, men alltid slik at de blir frie til å finne sin egen vei» (Leederts

1995, som referert i Helsedirektoratet, 2018, avsn. 1). For med relasjoner følger makt og ansvar. Studiene viste at veiledning og kommunikasjon til tuberkulosepasienter med innvandrerbakgrunn ble mye lettere når en hadde opprettet en god relasjon (Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015). Så hvordan skape denne gode relasjonen til pasienter med innvandrerbakgrunn?

Når pasienten har en annen etnisk og kulturell bakgrunn enn sykepleieren kan en fort overse problemene og bekymringene, og i stedet forklarer det ut fra kulturen alene. Da risikerer en å gi helsetjenester av dårligere kvalitet, fordi en ser på kulturen i stedet for å se mennesket bak. For å kunne kommunisere og veilede pasientene med den hensikt å øke helsekompetansen, er det essensielt at kommunikasjonen er pasientsentrert. Det innebærer at en ser pasienten ikke kun som en pasient, men som en *hel* person, med iboende muligheter og ressurser (Eide & Eide, 2017, s. 15). Pasientsentrert omsorg underbygger sykepleieprosessen og står også sentralt i tuberkuloseomsorgen (ICN, 2015). WHO (2015) mener et av tiltakene som kan bidra til å utrydde tuberkulose handler om pasientsentrert tuberkuloseomsorg. Dette innebærer ikke bare at pasientene har lik og uhindret tilgang til rimelige tjenester, men også at de engasjerer seg i omsorgen. Dette støttes av flere studier som så viktigheten av å tilpasse informasjon og veiledning til hver enkelt pasient for at en kunne dra nytte av og kunne ta i bruk informasjonen (Tavares et al., 2019; Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015; Bedingfield et al., 2022; Harstad et al., 2022). Studien til Parwati et al (2021) så også at veiledning gjennom motiverende intervju hadde en effekt på å øke motivasjonen til den langvarige behandlingen. Denne måten å veilede er personsentrert, og legger stor vekt på at pasienten har ulike behov og problemer i ulike faser av sykdommen og derfor trenger å bli behandlet annerledes ut fra disse (Parwati et al., 2021). Dette støttes også av Helsedirektoratet (2017) som sier at bruk av motiverende intervju bidrar til å bygge et samarbeid mellom sykepleier og pasient.

Funnene i Bedingfield et al (2023) og Yasin et al (2015) viste viktigheten av tillit til sykepleierne og hvordan det gjorde kommunikasjonen og veiledningen enklere. Dette støttes av litteraturen som mener tillit er nøkkelen til en god relasjon (Gonzalez, 2021, s. 59). Men med tillit følger også betydelig makt. Idet pasienten viser tillit blir en mer sårbar og sykepleieren får makt til å lytte eller avvise, hjelpe eller gå forbi (Eide & Eide, 2018, s. 27). Pasientens tidligere møte med brudd på taushetsplikten ble omtalt som en faktor til dårlig kommunikasjon og svekket tillit til sykepleierne (Bedingfield et al., 2023; Yasin et al., 2015). I det tillitsskapende arbeidet står det å overholde taushetsplikten sentralt.

Å tenke pasientsentrert og bygge tillit kan bidra til å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient. Samtidig som støtte fra sykepleiere blir høyt verdsatt (Gerrish et al., 2013; Baral et al., 2014; Bedingfield et al., 2022). Likevel skal målet for kommunikasjonen og veiledningen være å styrke pasientens ressurser og helsekompetanse. Sykepleieren skal ikke være uerstattelig for pasienten, og pasienten skal ikke være avhengig av sykepleieren. Relasjonen skal være avgrenset av tid og sted (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s. 92). På den andre siden er det ikke god sykepleie hvis en ikke engasjerer seg personlig, men bare utfører sykepleieoppgavene. Kristoffersen & Nortvedt (2019, s. 93) mener det bør være en stor grad av personlig involvering i sykepleien, samtidig som omsorgen er basert på faglig kunnskap.

4.5. Metoderefleksjon

I denne delen av oppgaven skal styrker og svakheter diskuteres. Oppgaven tar for seg mange forskjellige typer studier, som kvalitative studier, mixed methods studier, en tverrsnittstudie og en studie med eksperimentelt design. Dette kan regnes som en svakhet fordi mange ulike måter å forske på kan gi ulike funn. På den andre siden kan ulike måter å se en problemstilling på også være en berikelse for oppgaven.

Publiseringsår 2013-2023 gir oppgaven nyere forskning som utgangspunkt, noe som er med på å styrke oppgavens aktualitet.

Oppgaven baserer seg på forskning fra Portugal, Storbritannia, Canada, Tyrkia, Bali, Nepal og Norge. Forskjeller i kultur og helsevesen kan ha innvirkning på resultatene og dermed gi mindre overføringsverdi til norske forhold. Studiene er likevel blitt inkludert fordi de inneholder enten innvandrerpasientens helsekompetanse, barrierer i møte med helsevesenet, kulturelle forskjeller eller viktigheten av god veiledning og kommunikasjon. Noen tar også for seg alle disse temaene. Under søk etter forskningsartikler viste det seg at det var få studier gjort i lavforekomstland som omhandlet kommunikasjon og veiledning. Derfor valgte jeg blant annet å inkludere en studie gjort i høyforekomstlandet Nepal. Dette kan være en svakhet fordi i tillegg til store forskjeller i kultur og helsevesen, er Nepal et land hvor forekomsten av tuberkulose er høy i motsetning til i Norge. Det kan føre til funn som ikke er forenlige med norske forhold, blant annet er forekomsten av stigma høyere i høyforekomstland. Studien ble likevel inkludert i oppgaven fordi den undersøker viktigheten av å gi veiledning til pasienter med tuberkulose, og tar for seg forholdet mellom veiledning og viktigheten av sosioøkonomiske ressurser.

Det er inkludert både pasient- og sykepleieperspektiv i studiene, som kan sees på som en styrke fordi en får en dypere forståelse og får sett tuberkuloseomsorgen fra forskjellige perspektiver. To av studiene er gjort av de samme forskerne (Bedingfield et al., 2023; Bedingfield et al., 2022), noe som kan være en svakhet fordi det kan påvirke nøytraliteten til forskningsartiklene. Likevel svarte disse to studiene spesifikt til problemstillingen og det ble derfor vurdert at begge artiklene kunne inkluderes.

4.6. Konklusjon

I møte med tuberkulosepasienter med innvandrerbakgrunn har sykepleier en viktig rolle for å øke helsekompetansen og bryte ned barrierer. Oppgaven belyser barrierer tuberkulosepasienten med innvandrerbakgrunn møter i helsetjenesten, helsekompetansen, kulturelle utfordringer og viktigheten av god kommunikasjon og veiledning. Forskningsartiklene ser et behov for økt helsekompetanse blant pasienter med innvandrerbakgrunn, samtidig ser en at mange barrierer står i veien for et likeverdig helsetilbud. Sykepleieren bør derfor ha kunnskap om ulike barrierer innvandrere kan møte i helsetjenesten. Samtidig som en har et ansvar for å tilrettelegge helsetjenestene og ivareta sårbare grupper. I møte med pasienter som ikke snakker samme språk som sykepleieren skal tolk benyttes for å klare å gi likeverdige helsetjenester. Sykepleieren kan også være en viktig ressurs for pasientene ved å kartlegge problemer og henvise videre ved manglende sosioøkonomiske ressurser.

Sykepleierens oppgave innebærer også å øke helsekompetansen til pasienten. For å vite hvilken informasjon pasienten trenger, er det viktig å kartlegge hva pasienten allerede vet. Likevel innebærer ikke bare sykepleierens oppgave å gi informasjon, men også forsikre seg om at informasjonen er forstått og at pasienten kan ta i bruk kunnskapen. Å danne gode relasjoner med pasientene er essensielt for at pasienten kan ta i bruk kunnskapen. Å bygge tillit og gi støtte er en viktig del av relasjonsarbeidet. Samtidig som det er viktig at sykepleieren innehar kulturell kompetanse er det også essensielt at sykepleieren ser mennesket bak kulturen. Slik skaper sykepleieren en god relasjon med pasienten og bidrar til å styrke deres ressurser slik at de klarer å ta kloke og kunnskapsbaserte valg.

Referanser

- Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Gammersvik, Å., & Larsen, T. (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. (s. 79-97). Fagbokforlaget.
- Arnesen, T. M. (2022, 1. oktober). *Tuberkulose*. FHI.
<https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/tuberkulose---faktaark/>
- Baral, S. C., Aryal, Y., Bhattraï, R., King, R., & Newell, J. N. (2014). The importance of providing counselling and financial support to patients receiving treatment for multi-drug resistant TB: mixed method qualitative and pilot intervention studies. *BMC Public Health*, *14*(1), 46–46. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-46>
- Bedingfield, N., Lashewicz, B., Fisher, D., & King-Shier, K. (2022). Improving infectious TB education for foreign-born patients and family members. *Health Education Journal*, *81*(2), 170–182. <https://doi.org/10.1177/00178969211061522>
- Bedingfield, N., Lashewicz, B., Fisher, D., & King-Shier, K. (2023). Canadian tuberculosis health care workers' perspectives on education and counselling for patients and family members who are born outside of Canada. *Global Public Health*, *18*(1), 2174265–2174265. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2174265>
- Bregård, I. M. (2023). Språkbarrierer og bruk av tolk i helsetjenesten. I Bregård, I. M. & Vollebæk, L. R. (Red.), *Helsetjenester til migranter i sårbare livssituasjoner*. (s. 47-61). Gyldendal Akademisk.
- Bregård, I. M. & Vollebæk, L. R. (2023). Migrasjon, helse og sårbare migrantgrupper. I Bregård, I. M. & Vollebæk, L. R. (Red.), *Helsetjenester til migranter i sårbare livssituasjoner*. (s. 15-28). Gyldendal Akademisk.
- Comodore-Mensah, Y., Shaw, B., & Ford, M. (2021). A nursing call to action to support the health of migrants and refugees. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(12), e41–e43. <https://doi.org/10.1111/jan.14970>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
<https://akademika.vitalsource.com/books/9788205528826>
- Elfiyunai, N. N., & Pandin, M. G. R. (2021). *The Role Of Nurses In Providing Social Support In Tuberculosis Treatment: Literature Review*.
<https://www.preprints.org/manuscript/202104.0126/v1>
- Ersson, A., Östman, T., & Sjöström, R. (2019). Perceptions of Tuberculosis Among Individuals Born in a High-Endemic Setting, Now Living in a Low-Endemic Setting. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *21*(6), 1373–1379. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00858-w>

Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 5.

FHI (2022a, 1. oktober). *Fakta om tuberkulose*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/tuberkulose---faktaark/>

FHI (2022b, 12. desember) *Land med høy og særlig høy forekomst av tuberkulose*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/land-med-hoy-forekomst-av-tuberkulo/>

FHI (2022c, 21. desember) *Tuberkulose - veileder for helsepersonell*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/tuberkulose/>

FHI (2022d, 26. august). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>

FHI (2022e, 30. november). *Flytskjema for tuberkuloseundersøkelse ved ankomst til Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/flytskjema-for-tuberkuloseundersokelse-ved-ankomst-til-norge/>

FHI (2023, 20. februar). *09. Behandling av tuberkulose*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/utredning-og-behandling/behandling-av-tuberkulose/>

Gerrish, K., Naisby, A., & Ismail, M. (2013). Experiences of the diagnosis and management of tuberculosis: a focused ethnography of Somali patients and healthcare professionals in the UK. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2285–2294. <https://doi.org/10.1111/jan.12112>

Ghebrehiwet, T. (2006). Nurses in the forefront of tuberculosis prevention, care and treatment. *International Nursing Review*, 53(4), 239–240. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00531.x>

Gonzalez, M. T. (2021). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (s. 57-67). Gyldendal Akademisk.

Goth, U. S., & Brente, T. L. (2019). Nyankomne flyktningers utfordringer ved første møte med primærhelsetjenesten. *Socialmedicinsk Tidsskrift (SMT)*. 2019, 96 (1), 47-55.

Hanssen, I. (2023). Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. I Bregård, I. M. & Vollebæk, L. R. (Red.), *Helsetjenester til migranter i sårbare livssituasjoner*. (s. 29-48). Gyldendal Akademisk.

Hanssen, I., & Alpers, L.-M. (2010). Interpreters in intercultural health care settings: health professionals and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of Intercultural Communication*, 23.

Harstad, I., Raen, A. R., Selseng, S., & Sagvik, E. (2022). Knowledge, attitudes and practices on tuberculosis among screened immigrants in Norway. A cross-sectional study. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 28, 100326-100326. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2022.100326>

Haugan, G., & Rannestad, T. (2016). Helsefremmende helsearbeid – patogenese og salutogenese. I Haugan, G. & Rannestad, T. (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. (s. 34-51). Cappelen Damm Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, 19. august). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023: Kortversjon*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i-1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk: for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:295d3d83c0e4403f2e3de5afb133dc1f1f66a961/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:295d3d83c0e4403f2e3de5afb133dc1f1f66a961/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2017, 7. mars). *Motiverende intervju som metode*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2018, 30. januar). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>

Helsedirektoratet. (2021, 16. februar). *Helsekompetanse - kunnskap og tiltak*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse#hvaerhelsekompetanse>

Helsedirektoratet. (2023). *Veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/helsetjenester-asylsokere>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Humphreys, C. E., Lee, A., Offer, C., Spencer-Henshall, R., & Okereke, E. (2017). A qualitative study exploring awareness and attitudes towards tuberculosis in migrant populations in a Metropolitan District Council in the North of England. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 39(4), 821–827. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox061>

Hussein, I., Sane, J., Soini, H., Vasankari, T., & Lyytikäinen, O. (2019). Tuberculosis knowledge, attitudes and practices: a cross-sectional study in the Somali population living in Finland. *European Journal of Public Health*, 29(3), 449–452. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky220>

Hussen, S. A., Kuppalli, K., Castillo-Mancilla, J., Bedimo, R., Fadul, N., & Ofotokun, I. (2020). Cultural Competence and Humility in Infectious Diseases Clinical Practice and Research. *The Journal of Infectious Diseases*, 222(Suppl 6), S535–S542. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa227>

ICN. (2015). *TB Guideline: for Nurses in the Care and Control of Tuberculosis and Multi-drug Resistant Tuberculosis*. 3. Utg. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-03/tb_mdrtb_guideline_0.pdf

ICN. (2020). *Tuberculosis/Multi-drug Resistant Tuberculosis Project 2005-2020*. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-11/ICN_TBSummary_v4_Final.pdf

IMDi. (2021). *Indikatorer for integrering: Tilstand og utviklingstrekk ved inngangen til 2021*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. <https://www.imdi.no/contentassets/03d9d7b5995943de8010f8182e4c2a91/indikatorer-for-integrering-2021.pdf>

Kolossa, B., Saren, J., & Alpers, L-M. (2021, 2. desember). Sykepleiere må ha kulturell kompetanse i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. I *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/fag/2021/11/sykepleiere-ma-ha-kulturell-kompetanse-i-mote-med-pasienter-med-etnisk>

Kristoffersen, N. J. (2019). Å styrke pasientens ressurser. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg, s. 349-406). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2019). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. (3. utg., s. 89-138). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G. H. (2019). Hva er sykepleie?: Sykepleie – fag og funksjoner. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

Kumar, B. N. (2017). Migrasjon, etnisitet og helse. I Kumar, B. N., & Viken, B. (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. (s. 27-58). Fagbokforlaget.

Larsen, T. M., Falk, M., & Patel, D. K. (2023). Tilgang på helsehjelp for personer uten oppholdstillatelse. I Bregård, I. M., & Vollebæk, L. R. (Red.), *Helsetjenester til migranter i sårbare livssituasjoner* (s. 175-191). Gyldendal Akademisk.

Le, C. (2013). *Når er «litt norsk» for lite?: En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten*. (NAKMI rapport 2/2013). Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse (NAKMI). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/nar-er-litt-norsk-for-lite-nakmirapport-2-2013.pdf>

Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., & Guttersrud, Ø. (2021). *Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. Befolkningens helsekompetanse, del II*. (Rapport IS-2988). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerpopulasjoner%20i%20Norge.pdf/ _attachment/inline/10dec1b9-0d63-4746-ac27-041ed77238d0:372387142688ef9e57d78ba0f9b4a2f708f40746/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerpopulasjoner%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerpopulasjoner%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/10dec1b9-0d63-4746-ac27-041ed77238d0:372387142688ef9e57d78ba0f9b4a2f708f40746/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerpopulasjoner%20i%20Norge.pdf)

Linhas, R., Oliveira, O., Meireles, P., Oliveira, P., de Melo, M. B., Lourenço, J., Ferreira, F., Gaio, R., & Duarte, R. (2019). Immigrants' access to health care: Problems identified in a high-risk tuberculosis population. *Pulmonology*, 25(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2018.04.002>

Naustvik, S. (2020, 16. juli). – Å akseptere sosial ulikhet i helse er å glemme grunnlaget for sykepleien. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2020/07/akseptere-sosial-ulikhet-i-helse-er-glemme-grunnlaget-sykepleien>

Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleieforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk sykepleieforbund. (u.å.). *Migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie: Faglig og politisk arbeid*. Norsk sykepleieforbund. <https://www.nsf.no/fg/migrasjonshelse-og-flerkulturell-sykepleie/faglig-og-politisk-arbeid-0>

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D-G., Grønseth, R., & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 17–37). Gyldendal Akademisk.

Parwati, N. M., Bakta, I. M., Januraga, P. P., & Wirawan, I. M. A. (2021). A health belief model-based motivational interviewing for medication adherence and treatment success in pulmonary tuberculosis patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13238. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413238>

Pratt, R. J., Grange, J. M., & Williams, V. G. (2005). *Tuberculosis: a foundation for nursing and healthcare practice* (p. 352). Hodder Arnold.

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J. F., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187–187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>

Rannestad, T., & Haugan, G. (2016). Helsefremming i spesialisthelsetjenesten. I Haugan, G. & Rannestad, T. (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. (s. 19-32). Cappelen Damm Akademisk.

Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L., & Stubberud, D-G. (2017). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I Stubberud, D-G, Grønseth, R., & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 17-37). Gyldendal Akademisk.

Rødal, C. (2012, 29. mars). *Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse*. *Sykepleien*, 2012;100(4):76-79. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0028>

Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (1994-08-05-55). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>

Statistisk sentralbyrå. (2023, 6. mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

Stubberud, D-G. & Eikeland, A. (2020). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I Stubberud, D-G. (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2. utg., s. 233-257). Gyldendal Akademisk

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt K-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002, 10. oktober) "Empowerment" i helsefremmende arbeid. I *Tidsskriftet*. <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>

Tavares, Garcia, A. C., Gama, A., Abecasis, A. B., Viveiros, M., & Dias, S. (2019). Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: A mixed methods study with primary healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 19(1), 233–233. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4050-0>

Tjade, T. (2021). *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer*. (5. utg.). Fagbokforlaget.

Tolkeloven. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk* (LOV-2021.06-11-79). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2021-06-11-79>

Tuberkulose. (2016, 27. januar). I *Norsk legemiddelhåndbok*. <https://www.legemiddelhandboka.no/T1.16/Tuberkulose>

Tuberkuloseforskriften. (2009). *Forskriften om tuberkulosekontroll*. (FOR-2009-02-13-205). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2009-02-13-205>

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.

Viken, B., & Magelssen, R. (2017). Kulturelle forskjeller og dialog. I Kumar, B. N., & Viken, B. (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. (s. 59-78). Fagbokforlaget.

WHO. (2015). *The End TB Strategy*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331326/WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO. (2017). *Treatment of tuberculosis: Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care*. Geneva: WHO.

WHO. (2021, 22. mars). *WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 2: Screening: Systematic screening for tuberculosis disease*. Geneva: WHO.

WHO. (2022b, 27. oktober). *Tuberculosis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Yasin, Y., Biehl, K., & Erol, M. (2015). Infection of the Invisible. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(5), 1481–1486. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0115-7>

Vedlegg

Vedlegg 1: Land med høy forekomst av tuberkulose

Tabell 1. Land med høy forekomst av tuberkulose, alfabetisk. Land med særlig høy forekomst er uthøvet.

A-F	G-K	L-M	N-S	T-Ø
Afghanistan	Gabon	Laos	Namibia	Tadsjikistan
Algerie	Gambia	Lesotho	Nauru	Tanzania
Angola	Georgia	Liberia	Nepal	Thailand
Aserbajdsjan	Ghana	Libya	Nicaragua	Tsjad
	Grønland		Niger	Turkmenistan
	(Danmark)	Macao	Nigeria	Tuvalu
Bangladesh	Guinea	Madagaskar	Nord-Korea	
Benin	Guinea-Bissau	Malawi		Uganda
Bhutan	Guyana	Malaysia	Pakistan	Ukraina
Bolivia		Mali	Palau	Usbekistan
Botswana		Marianaøyene	Panama	
Brasil	Haiti	Marokko	Papua Ny-Guinea	Venezuela
Brunei	Hong Kong	Marshalløyene	Paraguay	Vietnam
Darussalam		Mauritania	Peru	
Burkina Faso	India	Mikronesia		Zambia
Burundi	Indonesia	Moldova		Zimbabwe
		Mongolia	Qatar	
Colombia	Jemen	Mosambik		Øst-Timor
		Myanmar		
Den	Kambodsja		Romania	
dominikanske	Kamerun		Russland	
republikk	Kasakhstan		Rwanda	
Djibouti	Kenya			
	Kina		Salomonøyene	
Ecuador	Kirgisistan		Sao Tome og	
Ekvatorial Guinea	Kiribati		Principe	
El Salvador	Kongo DRC		Senegal	
Elfenbenskysten	Kongo-Brazaville		Sentralafrikanske	
Eritrea			republikk	
Eswatini			Sierra Leone	
Etiopia			Singapore	
			Somalia	
Fiji			Sri Lanka	
Filippinene			Sudan	

Vedlegg 2: Rutineundersøkelse for tuberkulose ved ankomst til Norge

Rutineundersøkelse for tuberkulose ved ankomst til Norge

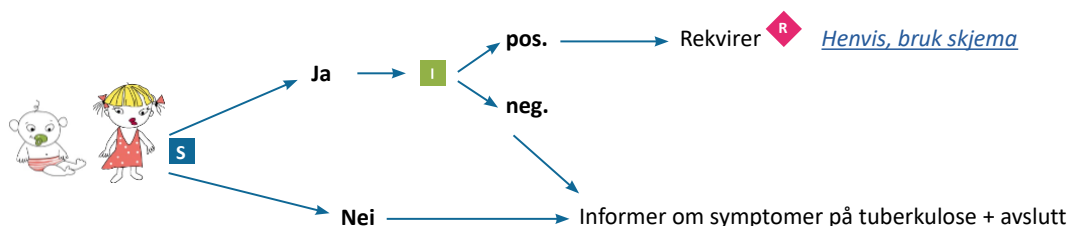


Alle flyttinger og asylsøkere, og alle personer fra [land med høy forekomst av tuberkulose](#), som skal være i Norge i over 3 måneder, har plikt til tuberkuloseundersøkelse, jf. [Tuberkuloseforskriften](#) §3-1, a.

Barn 0–9 år

Den pliktige screeningen består i spørsmål til foresatte:

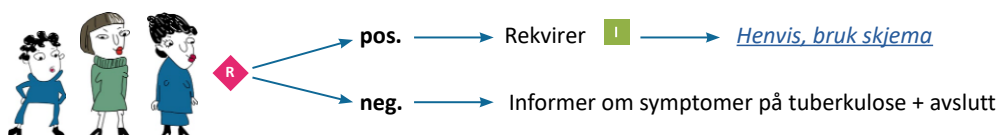
Kommer barnet fra et land med [særlig høy forekomst](#), eller mistenker de foresatte eksponering?



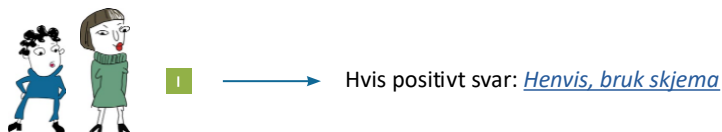
- Dersom IGRA er vanskelig å ta (f.eks. av spedbarn under 6 måneder eller av barn med særskilte behov), bør [sjekklister](#) brukes i stedet.
- Det er utarbeidet et [informasjonsark på ulike språk](#) tilgjengelig ved undersøkelse av barn.

Voksne og barn over 10 år

Alle i denne aldersgruppa med plikt til tuberkuloseundersøkelse:



I tillegg tilleng røntgen, for nyankomne 10–35 år fra land med særlig høy forekomst:



Tegnforklaringer:

I I = IGRA (QFT eller T-spot)

R R = Rtg thorax

S S = Spørsmål til foresatte

Ved positivt røntgen og samtidig symptomer på lungetuberkulose, henvis som ø-hjelp.

- Røntgen kan tas av [gravide](#).
- Tuberkuloseundersøkelse og reise til denne skal være uten egenandel for den som har plikt til undersøkelse.
- Ingen restriksjoner i aktivitet i påvente av svar på rutineundersøkelse for denne gruppen.

Se egne flytskjema for [smitteoppsporing](#) og [rutineundersøkelse for tuberkulose før arbeid med barn og pasienter](#).

Les mer i vår [samling av pasientrettet informasjon, verktøy for helsepersonell](#) og [Tuberkuloseveilederen for helsepersonell](#).

