VID
vitenskapelige
høgskole

På hvilken måte kan sykepleier utvikle sin kulturelle kompetanse i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn?

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnummer: 43 & 140
Campus: Oslo
Kull: BASYK20

Antall ord: 11093
Innleveringsfrist: 01.06.23

VID

Sammendrag

Bakgrunn: Omtrent 270 000 personer lever med diabetes i Norge, hvorav rundt 247 000 har diabetes type-2. Forekomsten av diabetes type-2 blant innvandrere i Norge er dobbelt så høy som hos nordmenn. Dette skaper behov for videreutvikling av sykepleieres kompetanse innenfor nye kunnskapsfelt, for å sikre tilpassede og likeverdige helsetjenester. Forskning viser at sykepleiere møter utfordringer med å tilby tilpasset omsorg og behandling til ikke-vestlige innvandrerpasienter grunnet mangel på kulturell kompetanse.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å finne faglitteratur og forskning som belyser hvilke utfordringer innvandrerpasienter og sykepleiere møter på i samhandlingen med hverandre. Oppgaven vil også utforske hvordan sykepleiere kan utvikle sin kulturelle kompetanse for å kunne møte ikke-vestlige innvandrerpasienter med diabetes.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor det benyttes allerede eksisterende fag- og forskningslitteratur for å svare på problemstillingen. Syv forskningsartikler er inkludert, fem kvalitative, en kvantitativ og en oversiktsartikkel. Sykepleiefaglig litteratur er også benyttet.

Resultat: Funnene presenteres under seks temaer: 1) Kulturell kompetanse, 2) Relasjon mellom pasient og sykepleier, 3) Kommunikasjon og tolketjenester, 4) Helsekompetanse, 5) Tradisjonell helsetro, og 6) Livsstilsutfordringer.

Konklusjon: Litteraturstudien belyser at sykepleiere oppnår kulturell kompetanse gjennom bevissthet om egen kultur og kunnskap om andre kulturer. Sykepleiertiltakene inkluderer god kommunikasjon, kunnskap om tradisjonell helsetro og ulike kulturer, støtte til livsstilsendringer, samt veiledning og undervisning om diabetes. Dette sikrer tilpasset omsorg og behandling for ikke-vestlige innvandrerpasienter med diabetes type-2.

Nøkkelord: kulturell kompetanse, diabetes type 2, ikke-vestlige innvandrere, transkulturell sykepleie.

Abstract:

Background: Approximately 270,000 people live with diabetes in Norway, of which around 247,000 have type 2 diabetes. The prevalence of type 2 diabetes among immigrants in Norway is twice as high among native Norwegians. This shows the necessity of further development of nurses´ competence in new areas of knowledge to ensure tailored and equitable healthcare services. Research indicates that nurses face challenges in providing culturally sensitive care and treatment to immigrant patients due to a lack of cultural competence.

Aim: The purpose of this study is to examine existing literature and research that shed light on the challenges encountered by immigrant patients and nurses in their interaction. The study also aims to explore how nurses can develop their cultural competence to effectively engage with non-Western immigrant patients with diabetes.

Methods: This study is a literature review that utilizes existing academic and research literature to address the research question. Seven research articles, including five qualitative studies, one quantitative study, and one review article, are included. Nursing literature is also incorporated.

Results: The findings are presented under six themes: 1) The need for cultural competence, 2) The patient-nurse relationship, 3) Communication and interpretation services, 4) Health literacy, 5) Traditional health beliefs, and 6) Lifestyle challenges.

Conclusion: The literature review highlights that nurses achieve cultural competence through awareness of their own culture and knowledge of other cultures. Nurse interventions include effective communication, understanding of traditional health beliefs and diverse cultures, support for lifestyle changes, as well as guidance and education on diabetes. These measures ensure tailored care and treatment for non-Western immigrant patients with type 2 diabetes.

Keywords: cultural competence, type 2 diabetes, non-Western immigrants, transcultural nursing.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning **6**

1.1 Bakgrunn for valg av tema *6*

1.2 Problemstilling *7*

1.3 Avgrensning *7*

1.4 Begrepsavklaring *8*

1.5 Oppgavens disposisjon *8*

2 Teori **9**

2.1 Sykepleiers juridiske ansvar *9*

2.2 Diabetes *10*

2.3 Kultur *10*

2.4 Kultursensitivitet, etnosentrisme og kulturrelativisme *11*

2.5 Kulturell kompetanse *12*

2.6 Madeleine Leiningers teori om transkulturell omsorg *13*

2.7 Språk, kommunikasjon og tolketjeneste *14*

2.8 Helsekompetanse og sykdomsforståelse *15*

2.9 Sykepleiers pedagogiske funksjon *16*

3 Metode **18**

3.1 Hvilken metode *18*

3.2.Vitenskapelig tilnærming *18*

3.3 Databaser og valgt litteratur *19*

3.3.1 Søkehistorikk 20

3.3.2 Inklusjon-og eksklusjonskriterier 22

3.4 Kildekritikk *23*

3.5 Etisk overveielse *24*

4 Resultater **26**

5 Diskusjon **32**

5.1 Kulturell kompetanse *32*

5.1.1 Behov for kulturell kompetanse 32

5.1.2 Behov for utvikling av kulturell kompetanse hos sykepleiere 32

5.2 Relasjon mellom helsepersonell og pasient *34*

5.3 Kommunikasjon og tolketjenester *36*

5.3.1 Kommunikasjon 36

5.3.2 Bruk av tolk 38

5.4 Helsekompetanse *39*

5.5 Tradisjonell helsetro *41*

5.6 Livsstilutfordring *42*

6 Konklusjon **45**

Litteraturliste **47**

Vedlegg: PICO-skjema *53*

1 Innledning

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) lever 463 millioner mennesker i verden med diabetes, hvorav 90% har type 2 diabetes. Forekomsten av diabetes har økt betydelig på verdensbasis siden 1980, da omtrent 108 millioner mennesker var diagnostisert. Årlig dør rundt 1.6 millioner mennesker som følge av sykdommen (FN-Sambandet, 2020). Verdens helseorganisasjon anslår at diabetes vil være den syvende ledende dødsårsaken innen 2030 (United Nations, 2015).

Flere europeiske land, inkludert Norge, opplever endringer i befolkningsstørrelse og sammensetning som følge av innvandring. Innvandring beriker nasjonen og skaper et kulturelt mangfold, med ulik kulturtilhørighet, religion, bakgrunn og etnisitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.3; Eriksen & Sajjad, 2020, s. 20-21). Innvandring kan imidlertid også føre til nye utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, s.3). Ifølge nasjonale strategier har den økende innvandringen resultert i utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Helsepersonell står overfor helserelaterte, kulturelle og språklige utfordringer, samt manglende kulturell kompetanse. Blant de helserelaterte utfordringene finner vi sykdommer som forekommer i større grad blant visse innvandrergrupper, som for eksempel diabetes type-2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.11). Folkehelseinstituttet viser til at innvandrere med opphav fra Asia og Afrika utvikler sykdommen i yngre alder og opplever hyppigere komplikasjoner (Folkehelseinstituttet, 2022).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dag lever rundt 270 000 personer i Norge med diabetes, hvorav ca. 247 000 har diabetes type-2 (Folkehelseinstituttet, 2021). Forskning viser at forekomsten av diabetes blant innvandrere i Norge er dobbelt så høy som hos nordmenn (Jenum, 2010, s.138). Dette skaper et behov for å utvikle sykepleiernes kompetanse innen nye kunnskapsfelt, slik at de kan tilby tilpassede og likeverdige helsetjenester (Debeasy & Tschudi-Madsen, 2018, s.15). Forskning viser imidlertid at sykepleiere står overfor utfordringer med å gi tilpasset omsorg og behandling til innvandrerpasienter på grunn av manglende kulturell kompetanse (Alpers, 2018, s.31).

Grunnet stor fremvekst av et flerkulturell samfunn i Norge, stilles det krav til kulturell kompetanse for flere yrkesgrupper. Sykepleiere, som utgjør den største yrkesgruppen i helsevesenet, møter denne pasientgruppen i spesialhelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester (Alpers, 2018, s.28). Sykepleiere skal i tråd med den demografiske utviklingen ha oppdatert kunnskap om kulturelle utfordringer og være bevisst over barrierene som eksisterer, for å tilby og sikre likeverdige helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.37).

En kartlagt studie om norsk sykepleierutdanning viser imidlertid at sykepleiere lærer for lite om immigrasjon og helse, for å kunne håndtere utfordringer knyttet til innvandrergrupper (Alpers, 2018, s.31). Det er derfor et økende behov for ny og utvidet kulturell kompetanse hos helsepersonell, spesielt for å forbedre helsetjenestenes kvalitet for innvandrerbefolkningen (Alpers, 2018, s.26-27). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer, punkt 2.1, er det påpekt at sykepleiere har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (NSF, u.å.). Dermed bør sykepleiere øke og utvide sin kulturelle kompetanse for å møte helseutfordringer blant minoritetsgrupper med diabetes type-2 (Alpers, 2018, s.27).

1.2 Problemstilling

På hvilken måte kan sykepleier utvikle sin kulturelle kompetanse i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn?

1.3 Avgrensning

Litteraturstudien vil belyse hvordan sykepleiere kan utvikle sin kulturelle kompetanse i møte med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Oppgaven avgrenses til innvandrere med diabetes type-2, og inkluderer voksne av begge kjønn fra 25 år og eldre. Vi legger ikke vekt på bestemte institusjoner, da sykepleiere kan møte på like utfordringer i både spesialhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten.

1.4 Begrepsavklaring

Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer innvandrere som "personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre" (Statistisk sentralbyrå, 2019).

Begrepet "ikke-vestlige land" refererer til land som ligger i Asia, Afrika og Latin-Amerika. Land i Oseania og Europa er ikke inkludert i definisjonen av begrepet. Det er verdt å merke seg at Statistisk sentralbyrå (SSB) ikke lenger benytter dette begrepet. Vi har likevel valgt å bruke dette begrepet i vår bacheloroppgave for å belyse spesifikke utfordringer innvandrere fra ikke-vestlige land står overfor i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2008)

Kulturell kompetanse defineres som «en pågående prosess der helsepersonell kontinuerlig strever etter å oppnå ferdigheter for å fungere effektivt innenfor den kulturelle konteksten til pasienten» (Hovland & Johannsen, 2018). Det handler om at man har kunnskap, ferdigheter og holdninger som muliggjør effektiv relasjonsbygging med mennesker på tvers av ulik språk- og kulturell bakgrunn (Reynisdóttir, 2020).

1.5 Oppgavens disposisjon

Bacheloroppgaven består av seks hoveddeler. Innledningen presenterer problemstillingen og fremhever dens sykepleiefaglige relevans. Teoridelen beskriver relevant fagkunnskap og teoretiske perspektiver for å belyse problemstillingen. Metodedelen redegjør for valg av litteraturstudie som metode og søkeprosessen etter relevante forskningsartikler. Funnene presenteres i et eget kapittel. Drøftingsdelen diskuterer teorien opp mot forskningsresultatene for å besvare problemstillingen. Avslutningen gir en helhetlig oppsummering av besvarelsens hovedpunkter.

2 Teori

I dette kapittelet vil vi først redegjøre for sykepleiers juridiske ansvar og diabetes. Deretter vil vi belyse relevante begreper, før vi presenterer Papadopoulos, Tilki og Taylors teori om kulturell kompetanse og Madeleine Leiningers teori om transkulturell omsorg. Videre vil vi redegjøre for språk, kommunikasjon og tolketjeneste, helsekompetanse og sykdomsforståelse, før vi så presenterer sykepleiers pedagogiske funksjon.

2.1 Sykepleiers juridiske ansvar

Helseforetaksloven §1 tilsier at helsevesenet har som et overordnet mål å tilby likeverdige tjenester av god kvalitet til alle innbyggere uavhengig av religion, kultur og etnisitet (Helseforetaksloven, 2001, § 1). Det samme er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven §1-1 og i spesialisthelsetjenesteloven §1-1 som sier at spesialhelsetjenester skal bidra til likeverdige tjenestetilbud, og at den er tilpasset pasientens behov (Spesialisthelsetjenesteloven, 19991, §1-1). Pasient- og brukerrettighetsloven §1-1 tar sikte på å sikre pasienter lik tilgang på tjenester av god kvalitet, i tillegg til å fremme tillitsforhold mellom pasient og bruker, samt å bidra til sosial trygghet og respekt for den enkeltes pasients liv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). For å oppnå målet om likeverdig helsetjenester påpeker regjeringen i nasjonale strategier for innvandreres helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.5), at helsepersonell skal ha oppdatert kunnskap om kulturelle utfordringer, særskilte helseutfordringer hos ulike innvandrergrupper og hvilke barrierer som eksisterer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.37).

Sykepleiere skal utøve faglig og forsvarlig juridisk omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette innebærer blant annet sykepleiers ansvar for å sikre at pasienter får nødvendig informasjon, slik at pasienten får innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. I tillegg skal sykepleiere sikre at mottakeren har forstått informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

2.2 Diabetes

Diabetes type-2 er en metabolsk sykdom som kjennetegnes av forhøyet blodglukose, insulinresistens og delvis insulinmangel (Seland, 2017, s.336-337). Insulin blir produsert i bukspyttkjertelen og senker blodets glukoseinnhold. Ved diabetes type-2 er cellene som produserer insulin delvis ødelagt, noe som resulterer i utilstrekkelig insulinproduksjon. De fleste personer med sykdommen opplever insulinresistens, der insulinets virkning på muskel, lever og fettceller er redusert (Jenssen, 2016, s.393-394). Diabetes type-2 forekommer hyppigst hos personer over 40 år, og dens utbredelse øker i den vestlige verden som følge av arv, miljøfaktorer og livsstil (Jenssen, 2016, s.393).

Diabetes type-2 kan føre til alvorlige komplikasjoner og følgesykdommer, spesielt når blodglukosenivået ikke er kontrollert over tid. Målet med behandlingen er å regulere blodglukosenivået og begrense progresjonen av senkomplikasjoner. Sentrale tiltak inkluderer fysisk aktivitet, kostholdsregulering og medikamentell behandling (Seland, 2017, s.338).

2.3 Kultur

Kultur er et omfattende begrep og kan defineres på mange måter (Viken & Magelssen, 2010, s.60). Ordet kultur kommer fra det latinske ordet “colere” som betyr å dyrke (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 34). Sykepleieteoretiker Leininger definerer kultur som den lærte, delte, og overførte kunnskapen om verdier, tro, normer og levemåter til en bestemt gruppe eller institusjon. Denne kunnskapen overføres mellom generasjoner og påvirker tanker, beslutninger og handlinger på bestemte måter (McFarland, 2010, s.460). Ulike variasjoner av kulturer skal betraktes likeverdig, og ingens kultur er bedre enn andre (Magelssen, 2009). To sentrale begreper knyttet til kultur og som anvendes som teknikker i flerkulturell dialog er kulturrelativisme og etnosentrisme (Viken & Magelssen, 2010, s.62). I tillegg vil vi presentere en forklaring av begrepet kultursensitivitet i påfølgende avsnitt.

2.4 Kultursensitivitet, etnosentrisme og kulturrelativisme

Kultursensitivitet kan defineres som evnen til å kommunisere på en hensiktsmessig måte med mennesker som har en annen referanseramme enn en selv (Qureshi, 2009, s.227). Dette innebærer en bevissthet om at det eksisterer ulike tankemåter, handlingsmønstre og kommunikasjonsformer i ulike kulturer. Det krever også en åpenhet for å tilegne seg kunnskap og forståelse for disse forskjellene (Qureshi, 2009, s.208).

Holdninger og verdier spiller en sentral rolle i kultursensitivitet. Det innebærer å vise interesse, respekt og forståelse for andres følelser, holdninger og tanker (Vågan et al., 2020, s.191). Sykepleiere bør være bevisst på sine egne verdier og oppfatninger om andres kulturer (Alpers, 2018, s.32). Mangel på bevissthet vil kunne påvirke den atferden man har overfor andre, og kan føre til stereotypi og fordommer (Alpers, 2018, s.33).

Kultursensitiv kommunikasjon spiller en avgjørende rolle i evnen til å samhandle effektivt med individer fra ulike kulturer. Dette krever gjensidig deltakelse, der alle involverte parter viser villighet til å åpne seg opp og aktivt søke etter likheter i forskjellene, samtidig som de vurderer, lærer og handler i tråd med denne innsikten (Magelssen, 2008, s.18).

Etnosentrisme og kulturrelativisme er sentrale begreper innenfor antropologien som bidrar til å forstå og analysere kulturelle fenomener og interkulturelle relasjoner. Etnosentrisme refererer til en holdning der man vurderer og tolker andre kulturer utelukkende ut fra ens eget kulturelle ståsted og perspektiv (Viken & Magelssen, 2010, s. 62). Kulturrelativisme handler derimot om å forstå og akseptere andre kulturer ut fra deres egne verdier, premisser og virkelighetsoppfatning (Magelssen, 2008, s. 20). I flerkulturelle dialoger er det essensielt at sykepleiere bevisst reduserer sin etnosentriske innstilling og isteden omfavner en kulturrelativistisk tilnærming. Dette innebærer en anerkjennelse av kulturell mangfoldighet og en verdsettelse av ulike perspektiver. Forhandling spiller en sentral rolle i flerkulturell dialog, da målet er å oppnå samarbeid og felles forståelse (Viken & Magelssen, 2010, s. 62).

2.5 Kulturell kompetanse

Papadopoulos, Tilki og Taylor definerer kulturell kompetanse som kapasiteten til å utøve effektiv helsehjelp som tar hensyn til menneskers kulturelle tro, atferd og behov. Kulturell kompetanse er en syntese av kunnskap og ferdigheter som mennesker tilegner seg i løpet av våre personlige og profesjonelle liv. Modellen for utvikling av kulturell kompetanse er delt inn i fire stadier (Papadopoulos, 2006, s.10)

1. Kulturell bevissthet handler om at man blir bevisst over egen kultur. Ved å reflektere over ens egne normer og verdier, blir man bevisst på sine egne forutinntatte holdninger og potensielle fordommer og stereotypier (Papadopoulos, 2006, s.11-18; Ingstad, 2013, s.117).

2. Kulturell kunnskap innebærer å ha forståelse og innsikt i andre kulturer. Dette er mulig å oppnå ved å være nysgjerrig overfor andre kulturer, samt ved å studere eller observere andres tro, verdier og atferd. Kunnskap, interesse og forståelse for andre kulturer er sentralt for å kunne forstå pasientens egen kontekst. Kulturell kunnskap legger grunnlaget for en pasientsentrert tilnærming hvor sykepleieren ser pasienten fra pasientens eget perspektiv, i stedet for å vurdere pasientens verdier, atferd og behov utelukkende basert på egen forståelse (Papadopoulos, 2006, s.11-18; Ingstad, 2013, s.117).

3. Kultursensitivitet viser til viktigheten av å etablere en mellommenneskelig relasjon til de man ønsker å hjelpe eller samarbeide med. Relasjonen mellom pasienten og hjelperen skal bygges på tillit, respekt, aksept og effektiv kommunikasjon. Et viktig element for å opparbeide kultursensitivitet er hvordan helsepersonell betrakter pasientene de møter. En kultursensitiv tilnærming innebærer å anerkjenne og respektere kulturelle forskjeller, samtidig som man behandler hver pasient som en unik person med unike behov (Papadopoulos, 2006, s.11-18; Ingstad, 2013, s.118).

4. Kulturell kompetanse oppnås når man integrerer de tre stadiene av kulturell bevissthet, kulturell kunnskap og kultursensitivitet med sin fagkunnskap. Dette innebærer evnen til å anvende disse stadiene i praksis og bruke dem aktivt i sykepleieutøvelsen (Papadopoulos, 2006, s.11-18; Ingstad, 2013, s.118).

2.6 Madeleine Leiningers teori om transkulturell omsorg

Sykepleieteoretikeren Madeleine Leininger er kjent som grunnleggeren av teorien om "Transcultural Nursing" eller "Culture Care Theory" (McFarland, 2010, s.454). Denne teorien ble utviklet på 1950-tallet og belyser forskjeller og likheter i omsorgspraksis på tvers av ulike samfunn (Viken & Magelssen, 2010, s.68). Teorien fokuserer også på hvordan sosiale og kulturelle faktorer, etnohistorie, språk, virkelighetsoppfatning og miljø påvirker omsorgsresultatet (Magelssen, 2009).

Ulike kulturer har ulike syn på sykdom og helse, og det er viktig for sykepleiere å ha kunnskap om dette, kjent som "ethnonursing". Dette innebærer å forstå pasientens aktuelle situasjon, samt vurdere samfunnsmessige faktorer som sosiale, økonomiske, tekniske, juridiske og kulturelle forhold, og hvordan disse påvirker pasientens situasjon (Viken & Magelssen, 2010, s. 68). Leininger legger vekt på viktigheten av at helsepersonell får kunnskap om ulike kulturer som et steg mot å oppnå kulturell kompetanse. Dette oppnås gjennom å respektere pasientens kultur, tradisjoner, tro og verdier. Kulturell kompetanse bidrar til omsorg som er tilpasset pasientens kulturelle forventninger og helsetilstand (McFarland, 2013 s.352).

Leininger utviklet «Sunrise»-modellen som en veiviser for forskning og sykepleietenkning. «Sunrise»-modellen illustrerer hvordan ulike livsområder har innvirkning på individ, grupper, samfunn og institusjoner i ulike helsesammenhenger. Modellen er delt inn i tre handlingsalternativer for transkulturell sykepleie (Magelssen, 2009). Første tilnærming innebærer bevaring eller ivaretakelse av kulturer, hvor målet er å assistere, støtte og å legge til rette for at pasienter kan bevare sine verdier og sine levemåter ved sykdom og funksjonstap. Dette så pasientene kan oppnå velvære og god helse. Den andre tilnærming handler om tilpasning eller forhandling om kulturell omsorg. Dette innebærer at sykepleieren bistår, støtter og legger til rette for at pasienter kan tilpasse seg eller forhandle seg frem til gunstige behandlingsutfall. Den tredje tilnærmingen innebærer omorganisering og restrukturering av levevaner. Dette innebærer at sykepleier foretar handlinger som hjelper pasienten å omstille, endre eller modifisere levemåten sin, for å få et fordelaktig resultat, samtidig som pasientens kulturelle verdier og tro ivaretas (McFarland, 2013, s. 356).

Ifølge Leininger er det nødvendig å ta i bruk en av de tre tilnærmingene for å kunne praktisere på en tilfredsstillende og meningsfull måte (McFarland, 2013, s. 353).

2.7 Språk, kommunikasjon og tolketjeneste

Språk- og kulturforskjeller kan skape kommunikasjonsproblemer mellom helsepersonell og pasienter (Magelssen, 2008, s.150). Ifølge Eide og Eide (2017) defineres kommunikasjon i relasjoner som utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer. Innen helsefag brukes begrepet "relasjon" om helsepersonellets forhold til andre. I sykepleien er det viktig å etablere en personorientert kommunikasjon med pasienten. Det handler om at sykepleieren ser pasienten som et unikt individ, noe som forutsetter at man lytter godt og ser etter nonverbale uttrykk (Eide & Eide, 2017, s.17). Aktiv lytting er avgjørende for å oppfatte nødvendig informasjon og forstå det komplekse samspillet mellom verbale og nonverbale elementer, slik at man kan forstå det som er viktig for den andre (Eide & Eide, 2017, s.22). Hovedpunktet i personorientert kommunikasjon er å ta utgangspunkt i pasientens verdier, og det som pasienten opplever som verdifullt og betydningsfullt, selv om dette kan avvike fra sykepleiers egen oppfatning (Eide & Eide, 2017, s.16).

Sykepleiere står overfor store utfordringer i kommunikasjon og håndtering av informasjon når de møter innvandrerpasienter. En vanlig bekymring blant sykepleiere er deres begrensede kunnskap om pasientens kultur (Magelssen, 2008, s.150). Kommunikasjonsstrukturen varierer mellom ulike kulturer, og det er viktig å erkjenne at vår egen personlighet, utdanning og våre erfaringer påvirker måten vi tolker og forstår kommunikasjonen på (Hanssen, 2016, s.89). Avsenderens kulturelle og personlige filter spiller en avgjørende rolle i hvordan budskapet blir sendt og kodet. Tilsvarende vil mottakerens kulturelle og personlige filter påvirke avkodingen og forståelsen av budskapet. Jo større kommunikasjonsforskjeller det er mellom partenes kulturer, desto mer utfordrende blir kommunikasjonen (Hanssen, 2016, s.89). Når en pasient med ikke-vestlig bakgrunn kommer i kontakt med det norske helsevesenet og ikke behersker det norske språket, kan dette oppleves som traumatisk og ofte resultere i skamfølelse, sorg og frustrasjon (Hanssen, 2016, s.90; Magelssen, 2008, s.151). Kommunikasjonssvikt begrenser pasientens evne til å formidle tanker og følelser til omgivelsene, noe som kan resultere i

sosial isolasjon, dårlig selvbilde, manglende trygghet og svekket mestringsevne (Hanssen, 2016, s.90).

Sykepleier og sosialantropolog Ragnhild Magelssen (2008) påpeker at manglende felles språk mellom sykepleier og pasient kan føre til både verbale og nonverbale kommunikasjonsproblemer (Magelssen, 2008, s.152). I slike tilfeller er det nødvendig å tilkalle en profesjonell tolk. Tolken har ansvar for å oversette nøyaktig alt som blir sagt, uten å tilføye eller utelate noe (Magelssen, 2008, s.158). Ved bruk av profesjonell tolk blir informasjonen direkte oversatt, og tolken er like taushetspliktbelagt som sykepleieren, noe som er viktig for pasientens trygghet (Hanssen, 2016, s.93). Det er kommunen som har ansvaret for å sikre tilgang til kvalifisert tolkehjelp i primærhelsetjenesten. Bruk av familiemedlemmer som tolk, spesielt barn, er ikke anbefalt (Magelssen, 2008, s.152). Tolkningsproblemer kan oppstå ved bruk av familietolk, da familiemedlemmene ikke nødvendigvis har forståelse for vestlig medisinsk tenkning. Misforståelser kan oppstå, og i noen tilfeller kan familiemedlemmer holde igjen negativ informasjon for pasienten på grunn av kulturelle konvensjoner (Hanssen, 2016, s.93).

2.8 Helsekompetanse og sykdomsforståelse

Det er hensiktsmessig å kartlegge pasienters grad av helsekompetanse, da innvandrergrupper har ulik forståelse av helse, sykdom og livsstil- og deres innvirkning på hverandre (Kristoffersen, 2021, s.219). Helsekompetanse er det norske begrepet for «health litercy», og defineres av Helse- og omsorgsdepartementet som «personens evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.5). Dette handler om beslutninger knyttet til livsstilsvalg, forebyggende tiltak ved sykdom, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. Lav grad av helsekompetanse er assosiert med dårligere helse og svakere oppfølging av egen sykdom, økt sykdomsforekomst, lav utdanning og etniske minoritetsgrupper. Høy grad av helsekompetanse er forbundet med bedre psykisk og fysisk helse. Helsekompetanse er knyttet til grad av utdanning og livserfaring, men påvirkes også av hvordan helseinformasjonen formidles av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.6-8; Kristoffersen, 2021, s.218).

Vrålstad og Wiggen skriver i rapporten "Levekår blant innvandrere i Norge fra 2016", at innvandrere har generelt lavere utdanning enn befolkningen for øvrig (Vrålstad & Wiggen, 2017, s.4). De er en mangfoldig gruppe som representerer alt fra å ha høy utdanning til å ha svake lese- og skriveferdigheter (Vrålstad & Wiggen, 2017, s.135). Noen innvandrere som kommer til Norge kan være fra land med godt utbygd utdanningssystem, mens andre kommer fra land der de mest heldige får gå på skole (Vrålstad & Wiggen, 2017, s.93). Sykepleiere er pliktig til å legge til rette for læring ut fra den enkeltes behov og evne til å forstå (Kristoffersen, 2021, s.267).

Det er nødvendig at sykepleiere innhenter informasjon om pasientens helse. Sykepleiere må forstå pasientens eget syn på sin helse, sykdom og behandling, da det kan avvike fra helsepersonellets syn (Hanssen, 2021, s.157). Behandling etter vestlig biomedisinske mønstre kan virke fremmed for pasienter med en ikke-vestlig kulturbakgrunn (Hanssen, 2016, s.84). Pasienter kan ha ulike forklaringer på sine plager, som for eksempel skjebnen, en religiøs straff, demoner eller "det onde øyet" (Vågan et al., 2020, s.204). For noen er sykdommen en kilde til skam eller stigma, som får dem til å unngå helsetjenesten av frykt for omdømmet (Vågan et al., 2020, s.204). Sykepleiere bør derfor samle inn informasjon om pasientens kulturelle ståsted for å tilpasse omsorgen (Hanssen, 2021, s.157).

Sykepleierens mål i behandlingen av pasienter med kroniske sykdommer er å fremme mestring av sykdommen. Dette innebærer å gi nødvendig kunnskap om sykdomsprosessen og tilgjengelige behandlingsalternativer (Tveiten, 2008, s.159). Sykepleieren har ansvar for å sikre at pasienten har tilstrekkelig kunnskap til å håndtere sykdommen på best mulig måte (Tveiten, 2008, s.159). Tilpasset undervisning og veiledning er også avgjørende for å oppnå positive resultater, spesielt når pasienten har en annen kulturbakgrunn (Tveiten, 2008, s.160).

2.9 Sykepleiers pedagogiske funksjon

Sykepleierens pedagogiske funksjon omfatter vurderinger, oppgaver og handlinger med formål om oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring (Tveiten, 2008, s.31). Økt pasientkompetanse bidrar til bedre håndtering av sykdommen og økt livskvalitet. For

eksempel kan pasienter med diabetes oppnå mestring ved å kontinuerlig overvåke blodsukkernivået (Tveiten, 2008, s. 30-31). Undervisning og veiledning spiller en viktig rolle i å hjelpe pasienten å forstå konsekvensene av sykdommen og behandlingen, og ta informerte valg (Tveiten, 2008, s.46-47). Sykepleierens pedagogiske funksjon er avgjørende for helhetlig omsorg og behandling, og krever kunnskap om pedagogiske metoder, tilpasningsevne og gode kommunikasjons- og empatiferdigheter. Gjennom en aktiv pedagogisk tilnærming kan sykepleieren styrke pasientens egenmestring, selvstendighet og evne til å ta informerte valg om egen helse (Tveiten, 2008, s.30-31). Undervisningsfunksjonen innebærer kunnskapsoverføring gjennom presentasjoner eller forelesninger, mens den veiledende funksjonen innebærer opplæring, veiledning og å forklare med utgangspunkt i den enkeltes ressurser (Tveiten, 2008, s.70-71). Tilstrekkelig informasjon og veiledning er avgjørende for pasienter og pårørende, slik at de kan ta informerte beslutninger om egen helse og fremme autonomi og medvirkning (Tveiten, 2008, s.159).

3 Metode

Metodekapittelet tar for seg søkeprosessen og inkluderer forskningsartikler. Avslutningsvis vil det bli gjort rede for kildekritikk og etisk overveielse.

En metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å løse problemer og dermed komme frem til ny kunnskap. Metoden gir oss en forståelse av hvordan en bør gå til verks for å fremskaffe kunnskap (Dalland, 2017, s.51). Dalland beskriver en metode på følgende måte: "Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår" (Dalland, 2017, s.52).

3.1 Hvilken metode

I denne bacheloroppgaven har vi valgt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en metode der man tar utgangspunkt i eksisterende fag- og forskningslitteratur for å belyse en problemstilling, altså er all data samlet inn av andre. Man finner relevant fag- og forskningslitteratur ved å systematisk søke etter litteratur i relevante databaser (Grønseth & Jerpseth, 2019, s.80).

3.2.Vitenskapelig tilnærming

Forskningsartiklene som er anvendt for å svare på problemstillingen er både av kvantitativ og kvalitativ metode. Gjennom søkeprosessen ønsket vi å finne artikler som både tar utgangspunkt i pasient- og sykepleieperspektiv. Dette for å belyse utfordringer fra begge sider, samt å finne løsninger på hvordan sykepleiere kan yte bedre omsorg til denne pasientgruppen. I utgangspunktet var målet å bruke kvalitativ metode, da denne metoden fremmer pasienters og sykepleiers subjektive meninger og opplevelser. Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s.52). Den kvalitative metoden bygger på teori om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkninger (hermeneutikk) (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Vi mener at denne metoden var den mest gunstige å bruke, selv om vi også endte opp med å bruke forskningsartikler som brukte en kvantitativ tilnærming i oppgaven vår. Styrken med kvalitativ metode er at den gir leseren en dybdeforståelse, mens en svakhet er at det er få

deltakere. Den kvantitative metoden gir derimot data i form av målbare enheter. Styrken ved å bruke denne metoden er at den inkluderer flere deltakere, noe som gir bred forståelse. En svakhet er at man ikke får subjektive opplevelser og kun numeriske svar (Dalland, 2017, s.52-53). Utvalget av forskningsartikler er fem kvalitative, en kvantitativ og en oversiktsartikkel.

3.3 Databaser og valgt litteratur

Fag- og forskningslitteratur er valgt på bakgrunn av problemstillingen. Søket startet med å benytte ORIA for å finne relevante bøker og artikler om tema som er presentert i teorikapittelet. I tillegg har vi benyttet verifiserte nettsider som lovdata, Diabetesforbundet, Norsk sykepleierforbund, sykepleiers yrkesetiske retningslinjer, helsefaglige nettsider, regjeringen og helsebiblioteket for å finne litteratur.

Litteratursøket etter relevante forskningsartikler ble utført i flere databaser for å få et bredt utvalg av artikler. Databasene som ble benyttet er PubMed, CINAHL og MEDLINE. Søket i MEDLINE og CINAHL ble utført i EBSCO. Databasene inneholder vitenskapelige artikler om sykepleiefaget, medisin og brukes av helsepersonell (Helsebiblioteket, 2021; Helse biblioteket u.å.). Litteratursøket startet med å dele søkeprosessen i tre faser. I første fase gjorde vi et innledende og usystematisk søk i Google Scholar for å få innblikk på fagområdet for problemstillingen. Der fant vi artikler som omhandlet diabetespasienter med innvandrerbakgrunn fra ikke-vestlige land. I fase to sjekket vi databasene for hvordan artiklene var indeksert og høstet emneord og øvrige søkeord, basert på de artiklene vi fant i fase en. I fase tre ble problemstillingen delt og strukturert i et PICO-skjema som dannet grunnlaget for den systematiske søkestrategien. Relevante emneord og søkeord ble lagt i PICO-skjemaet og ble brukt som nøkkelord i databasene.

Fremgangsmåten for systematisk litteratursøk er basert på nøkkelordene i PICO-skjemaet. Søket ble utført i forskjellige databaser. Nøkkelordene ble kombinert med AND og OR. AND ble kombinert med tre søkeord og OR når søkeordene hadde lik betydning, som for eksempel «immigrants» og «ethnic minorities». Det ble også utført avgrensning på 10 år, fulltekst og fagfellevurdert. Avgrensningen ble gjort for å få konkrete treff av god kvalitet,

samt for å få innblikk i nyere forskning for å belyse problemstillingen. Artikkelen av Abuelmagd et al. (2018) er ikke avgrenset, fordi vi fikk treff ved å kun kombinere søkeord. «Norway» ble også benyttet som søkeord da vi ønsket å finne artikler fra Norge.

3.3.1 Søkehistorikk

Søkedato	Søk nr	Søkeord og ordkombinasjon	Avgrensning	Antall treff	Artikler inkludert
14.04.23 PubMed	S1. "type 2 diabetes" S2."transcultural health" S3. "immigrants"	S1 AND S2 AND S3	2313-2023 Full-text Peer reviewed	3	"Self-Management of Type 2 Diabetes in Adult Haitian Immigrants: A Qualitative Study"
14.04.23 PubMed	S1. "Diabetes Mellitus, Type 2" S2."immigrant" S3."Norway"	S1 AND S2 AND S3	2013-2023 Full-text Peer reviewed	13	"Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway"
19.04.23 CINAHL	S1. "Immigrants" S2. "health literacy" S3. "Norway"	S1 AND S2 AND S3	2013-2023 Full-text Peer reviewed	2	"Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo"
19.04.23 CINAHL	S1."transcultural nursing" S2."experience" S3."Norway"	S1 AND S2 AND S3	2013-2023 filter: full text, in the last 10 years Peer reviewed	5	"Facing diversity under institutional constraints:

					challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients”
24.04.23 MEDLINE	S1.“cultural competency” S2. “Diabetes Mellitus, Typ2” S3. immigrants	S1 AND S2 AND S3	Ingen avgrensing	15	“Incorporating Cultural Perspectives into Diabetes Self-Management Programs for East Asian Immigrants: A Mixed- Study Review”
24.04.23 CINAHL	S1. (MH “Cultural competence”) OR “Cultural Competence” S2. “Ethnic minority”	S1 AND S2	2013-2023 Full-text Peer reviewed	31	“Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway”

01.05.23 PubMed	S1. (diabetes mellitus, type 2) S2. (immigrants) S3.(nurse)	S1 AND S2 AND S3	Full-text	12	"Lack of individualized perspective: A qualitative study of diabetes care for immigrants in Sweden"

3.3.2 Inklusjon-og eksklusjonskriterier

For å sikre at bare artikler og funn som er relevante for problemstillingen blir inkludert i oppgaven, er utarbeidelsen av inklusjon- og eksklusjonskriterier en vesentlig del av litteraturstudien. Dette trinnet er avgjørende for å sikre at den innsamlede litteraturen er nøye utvalgt og passer til formålet med oppgaven (Thidemann, 2019, s.84). Basert på problemstillingen og de spesifikke kriteriene for oppgaven, ble følgende inklusjon- og eksklusjonskriterier satt opp:

Inklusjonskriterier	**Eksklusjonskriterier**
Innvandrer med diabetes type-2 fra ikke vestlige land	Forskning utført i andre land enn vesten
Artikler fra vestlige land	Artikler som ikke er tilgengelig i fulltekst
IMRad-sruktur	Artikler eldre enn 10 år
Fagfellevurderte artikler	Artikler som ikke er engelspråklige
Artikler med både kvantitativ og kvalitativ metode	
Funn basert på pasient- eller sykepleieperspektiv	
Fulltekst	
Studier som følger forskningsetiske retningslinjer	

Artikler fra 2013-2023	
Engelspråklige artikler	

3.4 Kildekritikk

Trygstad og Dalland viser til at kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere den litteraturen som vi har funnet. Det innebærer at man er i stand til å stille kritiske spørsmål til kildematerialet man har valgt å benytte for å belyse problemstillingen. Hensikten er at leseren tar del i våre refleksjoner over gyldigheten og relevansen som litteraturen har for å belyse vår problemstilling (Dalland, 2017, s.158). Artiklene som er anvendt for å belyse problemstillingen anses som relevante og sikre, da de er fagfellevurdert og at de er vurdert med tanke på problemstillingens relevans. Det er en styrke at alle artiklene omhandler minoritetspasienter i vestlige land. Seks av syv artikler tar for seg innvandrere fra Afrika eller Asia, mens den syvende tar for seg Haitiske immigranter fra USA.

Fire av de inkluderte artiklene er studier som er gjennomført i Norge, en fra Sverige og to fra USA. Helsevesenet i de nordiske landene er veldig like, da de samarbeider om å fremme et godt nordisk helsevesen (Helse-og omsorgsdepartementet, 2022). Helsevesenet i Norge og Sverige er offentlig finansiert og alle innbyggere har rett på gratis helsehjelp (Nordisk samarbeid, u.å.). En svakhet er at helsesystemet i USA skiller seg fra helsevesenet i Norden. I USA er ikke helsetjenester tilgjengelig for alle innbyggere, uavhengig av formue eller inntekt (Electronic system for travel authorization, 2023). Selv om det amerikanske helsesystemet skiller seg fra det norske, sees studien som svært relevant for vår oppgave. Dette fordi vi så de samme utfordringene med tanke på kulturforståelse som sykepleiere og pasienter møter på i Norge. Leininger har forklart at det ikke har noen betydning hvor i verden pasienter eller sykepleiere befinner seg, da den kulturelle mangelen finnes over alt grunnet ulikheter mellom mennesker. Derfor anser vi studiene som overførbare til vår litteraturstudie, minoritetspasienter og norsk helsepersonell.

En svakhet i de to norske artiklene Debesay et al. (2014) og Alkhaled et al. (2022) er at de ikke representerer diabetespasienter. Imidlertid var opplevelsene til helsepersonell i møte

med minoritetspasienter relevante og fortsatt aktuelle i nyere artikler - det uavhengig av sykdom. Studien av Brämberg et al. (2012) er eldre enn ti år, noe som også kan anses som en svakhet. Temaene som belyses i studien er fortsatt aktuelle i nyere forskning. Ideelt sett var tanken å kun inkludere norske artikler for å svare best mulig på problemstillingen. Grunnet lite utvalg og hull i forskning, ble derfor gapet stort om dette temaet. Vi mener at de utvalgte artiklene er relevante for vår problemstilling og er overførbare til vår oppgave, da nyere forskning ikke er å finne rundt vår problemstilling, og fordi det omhandler pasienter med innvandrerbakgrunn.

For å identifisere de mest relevante artiklene for vår problemstilling, gjennomførte vi et litteratursøk. Vi valgte å avgrense søket til en tidsperiode på 10 år. Ettersom vi fant begrenset antall treff på artikler som adresserte sykepleieperspektivet i møte med pasienter med diabetes type-2, utvidet vi søket til å inkludere årene 2010-2013. Som et resultat av utvidelsen valgte vi å inkludere artikkelen fra Brämberg et al. (2012) i vår studie. Vi mener studien er relevant for vår problemstilling og overførbar for vår oppgave.

Fagbøker som er anvendt i teorien er for sykepleierstudenter og andre yrkesutøvere. Bøkene er av eldre og nyere faglitteratur. Ulike publikasjonsdatoer for faglitteratur og forskning indikerer at det er lite forskning og dermed behov for mer oppdatert faglitteratur innen kulturell kompetanse og innvandrere.

Ifølge Trygstad og Dalland er en primærkilde den opprinnelige utgaven av en tekst, mens en sekundærkilde er en oversatt versjon av den primære kilden (Dalland, 2017, s.162). Vi har etter best mulig evne gjennom hele oppgaven vår forsøkt å benytte oss av primærkilden. Det er likevel benyttet sekundærkilder i de tilfeller hvor primærkilden ikke har vært tilgjengelig. Sekundærkildene vi har brukt i våres oppgave er nøye vurdert og har økt troverdighet da innholdet gjengis i ulike kilder.

3.5 Etisk overveielse

Forskningsetikk innebærer å ivareta personvern, samt å sikre at deltakerne i studien ikke blir påført skade eller unødvendig belastning. Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og

innsikt skal ikke skje på bekostning av personens integritet og velferd (Dalland, 2017, s.236). Artiklene som anvendes har anonymisert deltakerne, og alle har gitt samtykke før studiene ble gjennomført. Samtykke er nedfelt i helseforskningsloven §13 som krever samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008, §13).

Ifølge helseforskningsloven § 9 skal forskningsprosjekt være forhåndsgodkjent av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008, § 9). Av de syv artiklene vi har valgt er fire godkjent av ulike forskningsetiske komiteer i deres respektive lokale universiteter og forskningsinstitusjoner. De respektive artiklene er Brämberg et al. (2012), Abuelmagd et al. (2018), Gele et al. (2016), Debesay et al. (2014) og Magny-Normilus et al. (2020). De er godkjente ved sine respektive universiteter eller institusjonelle vurderingsnemnder. Park et al. (2016) er en oversiktsartikkel og har derfor ingen etisk overveielse.

Vi har gjennom hele oppgaven brukt retningslinjer for oppgaveskriving som er utarbeidet av representanter fra kildekompasset, søk & skriv og NTNU (Søk & Skriv, 2022). APA-7 er brukt for å referere til kilder som ikke er vårt arbeid. De valgte artiklene følger en tydelig IMRAD-struktur og er godkjent på nivå 1 og 2 i NSDs-publiseringskanaler.

4 Resultater

I dette kapittelet vil funn fra forskningsartiklene presenteres, som er relevant for å belyse problemstillingen.

Tittel	Self-Management of Type 2 Diabetes in Adult Haitian Immigrants: A Qualitative Study
Forfatter	Magny-Normilus, C., Mawn, B & Dalton, J.
Tidsskrift Utgivelsesår	Journal of Transcultural Nursing USA, 2020
Hensikt	Å utforske hvordan Haitiske migranter opplever å leve med diabetes type-2, samt å identifisere utfordringene denne befolkningen står overfor ved håndtering av sykdommen.
Metode	Kvalitativ metode, med semistrukturert intervjuer
Populasjon	16 deltakere med diabetes type-2
Funn	Deltakerne opplevde at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon knyttet til diabetessykdommen og håndteringen av den. De opplevde relasjonen til helsepersonellet som utfordrende, og uttrykte misnøye på grunn av manglende kulturell forståelse hos helsepersonellet. I tillegg ønsket de bedre kommunikasjon, mer respekt og å bli lyttet til. Deltakerne ønsket en grundig forklaring og forslag til behandlingsalternativer, heller enn å bli tvunget til å handle på gitte måter. Flere relaterte sykdommen til religiøse og åndelige faktorer.
Relevans	Relevant, da den setter søkelys på manglende informasjon og kunnskap om egenbehandling av diabetes type-2. Den fokuserer også på religiøse faktorers betydning ved diabetesbehandlingen.

Tittel	Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway
Forfatter	Abuelmagd, W., Håkonsen, H., Mahmood, K. Q-u-A., Taghizadeh, N. & Toverud, E-L.
Tidsskrift Utgivelsesår	Journal of Immigrant and Minority Health Norge, 2018
Hensikt	Å vurdere hvordan pakistanske kvinner opplever å leve med diabetes type-2, og hvordan de responderer på informasjon om livsstil og medisinske opplysninger.
Metode	Kvalitativ metode med pilotintervju
Populasjon	120 deltakere
Funn	Deltakerne viste utilstrekkelig kontroll over diabetes type-2, med hensyn på livsstilsvaner, komorbiditet og medisinbruk. Kulturelle faktorer og begrensende lese- og skriveferdigheter ser ut til å gi dårlig kontroll over diabetessykdommen.
Relevans	Relevant, da kommunikasjonsproblemer og språkbarriere gav dårligere håndtering av diabetes type 2.

Tittel	Lack of individualized perspective: A qualitative study of diabetes care for immigrants in Sweden
Forfatter	Brämberg, E. B., Dahlborg-Lyckhage, E. & Määttä, S.
Tidsskrift Utgivelsesår	Nursing and Health Sciences Sverige, 2012
Hensikt	Å beskrive omsorgen gitt av en sykepleier til pasienter med diabetes type-2, og omsorgsbehovet som uttrykkes av pasientene med innvandrerbakgrunn.

Metode	Kvalitativ metode, data ble samlet inn gjennom observasjoner av konsultasjoner mellom diabetessykepleier og innvandrerpasienter.
Populasjon	10 deltakere
Funn	Observasjonene illustrerte at det var en ubalanse i maktforholdet i møtene mellom sykepleiere og deltakerne med diabetes type-2. Maktubalansen er tydelig i forhold til hvem som har kontroll over samtalen og hvilke spørsmål som blir stilt. Videre viser resultatene at deltakerne spilte en sekundær rolle. Lite tid var viet til at pasienten fikk stille spørsmål, og ofte var det vanskelig for sykepleier å gi fornuftige svar. Sykepleier unngikk spørsmål om praktiske og sosiale forhold, og pasienten ble primært møtt fra et sterkt medisinsk perspektiv, heller enn et individuelt perspektiv.
Relevans	Relevant, da den belyser viktigheten av å inkludere pasienter i behandlingen av diabetes type-2.

Tittel	Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo
Forfatter	Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E. & Kumar, B
Tidsskrift Utgivelsesår	BMC Public Health Norge (Oslo), 2016
Hensikt	Å utforske helsekompetansen til somaliske immigranter i Oslo.
Metode	Kvantitativ metode, tverrsnittsundersøkelse med spørreskjema
Populasjon	302 deltakere

Funn	Avdekker at 71 % av deltakerne manglet evnen til å innhente, forstå og handle på helseinformasjon og- tjenester. De manglet også evnen til å ta passende helsebeslutninger for å ivareta egen helse. Å være arbeidsledig og lite integrert er faktorer som er assosiert med lav helsekompetanse. Deltakerne hadde lavest kunnskap om sykdomsforebygging. Hele 44 % av deltakerne hadde utilstrekkelig helsekunnskaper i forhold til forebygging av sykdom. Personer med høyere utdanning hadde bedre generell helsekompetanse, enn personer med lavere utdanningsnivå. Lav helsekunnskap i denne studien relateres også til språk- og kulturforskjeller.
Relevans	Relevant, da den viser til at helsekunnskap er nødvendige for å ivareta egen helse.

Tittel	Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway
Forfatter	Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B. & Johannessen, B.
Tidsskrift Utgivelsesår	BMC Nursing Norge, 2022
Hensikt	Å utforske sykepleieres erfaringer med å ivareta og tilpasse omsorg til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.
Metode	Kvalitativ metode, med fokusgruppeintervjuer
Populasjon	21 deltakere

Funn	Avdekker at det å gi omsorg til pasienter med minoritetsbakgrunn er utfordrende. Grunnet språkbarriere som førte til dårlig kommunikasjon, ble det vanskelig å påse at pasientene forstod innholdet i informasjonen som ble formidlet. Sykepleiere uttrykte viktigheten av å bruke kvalifiserte tolker, da flere hadde opplevd utfordringer som feiltolkning, og at flere tolker mangler kunnskap om medisinske begreper. Sykepleiere erfarte også en utfordring ved at pasientene hadde manglende tillit til tolken.
Relevans	Relevant, da den setter søkelys på viktigheten av kulturell kompetanse og kultursensitivitet ved kommunikasjon med etniske minoriteter.

Tittel	Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients
Forfatter	Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B. & Viken, H.
Tidsskrift Utgivelsesår	Journal of Advanced Nursing Norge, 2014
Hensikt	Å utforske utfordringene som sykepleiere møter når de yter helsehjelp til etniske minoritetspasienter
Metode	Kvalitativ metode, med semistrukturerte dybdeintervjuer
Populasjon	19 sykepleiere
Funn	Deltakerne uttrykte behov for kulturell kompetanseopplæring, da de møtte på utfordringer knyttet til mangel på faglig utvikling og kulturell kompetanse. Flere av deltakerne ønsket å utvikle sine ferdigheter for å kunne tilfredsstille minoritetspasienters behov. Deltakerne opplevde det å gi omsorg til minoritetspasienter som stressende, da de ofte manglet kunnskap om kulturelle og religiøse sikker.

Relevans	Relevant, da den utforsker utfordringene som sykepleiere møter, når de yter omsorg til en stadig mer mangfoldig pasientpopulasjon.

Tittel	Incorporating Cultural Perspectives into Diabetes Self-Management Programs for East Asian Immigrants: A Mixed- Study Review
Forfatter	Park, C., Nam, S. & Whittemore, R.
Tidsskrift Utgivelsesår	Journal of Immigrant and Minority Health USA, 2016
Hensikt	Å identifisere østasiatiske perspektiv og erfaringer med selvbehandling av diabetes type-2, og å undersøke om deres perspektiver ble ivaretatt i diabetesintervensjoner.
Metode	En blandet studie som ble gjennomført systematisk, bestående av 9 kvalitative og 7 kvantitative studier.
Funn	Studien viste at østasiatiske innvandrere ikke oppfattet diabetes som en alvorlig sykdom, fordi de sjeldent opplevde diabetessymptomer. Derfor gjorde de ingen livsstilsendringer, som det å glukoseovervåke eller å holde avtaler med helsepersonell. Kulturell helsetro påvirket utvalget av mat og medisiner. Helsetro var relatert til at god helse oppnås ved å balansere yin og yang. Deltakerne mente at diabetes var en situasjon der yin og yang var i ubalanse, og ikke en alvorlig sykdom.
Relevans	Studien setter søkelys på pasientenes syn på diabetes type-2, og viser at kulturell helsetro påvirker behandlingen.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte relevante funn fra forsknings- og faglitteratur for å kunne besvare problemstillingen: "På hvilken måte kan sykepleier utvikle sin kulturelle kompetanse i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn?"

5.1 Kulturell kompetanse

5.1.1 Behov for kulturell kompetanse

I Norge er det et stadig økende behov for sykepleiere å styrke sin kulturelle kompetanse. Dette er et poeng som blir tydelig fremhevet i forskningsartiklene. Debesay et al. (2014) hevder at utøvelsen av behandling og omsorg for minoritetspasienter var utfordrende grunnet mangel på faglig kunnskap og ferdigheter om kulturell kompetanse (Debesay et al., 2014, s.2108). Antall innvandrere i Norge øker stadig, og minoritetsbefolkningen er mer spredt enn før (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.8). Det betyr at flere sykepleiere vil komme i kontakt med pasienter med ulik minoritetsbakgrunn (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s.15). Dette er en av årsakene til at det er viktig å utvikle sykepleiernes kulturelle kompetanse i Norge. Dette er nødvendig for å kunne utøve kulturtilpasset omsorg, veiledning og behandling til pasienter med innvandrerbakgrunn (Vågan et al., 2020, s.194).

5.1.2 Behov for utvikling av kulturell kompetanse hos sykepleiere

Studien utført av Alkhaled et al. (2022) avdekker at sykepleiere ofte baserer pleien de gir til minoritetspasienter på sin egen oppfatning og forståelse. Dette gir utfordringer i samhandlingen med denne pasientgruppen (Alkhaled et al., 2022, s.4). Manglende forståelse kan potensielt føre til dårligere omsorg for minoritetspasienter. Alpers (2018) understreker viktigheten av at sykepleiere først er bevisste sin egen virkelighetsoppfatning og kultur, da mangel på oppmerksomhet rundt dette ubevisst kan påvirke deres atferd. Alpers (2018) peker på denne ubevisstheten som den mest alvorlige barrieren for å oppnå kulturelt kompetent omsorg (Alpers, 2018, s. 33). Sykepleiere som er kulturelt bevisste unngår stereotypier og fordommer mot minoritetspasienter ved å være oppmerksomme på sine egne verdier og holdninger (Papadopoulos, 2006, s.11-18). Dette er i samsvar med Papadopoulos med flere sin teori om at kulturell bevissthet er fundamentalt for utviklingen

av kulturell kompetanse (Papadopoulos, 2006, s.11-18). En studie av Debesay et al. (2014) bekrefter denne sammenhengen ved å hevde at kulturell kompetanse ikke starter med kunnskap om minoritetspasienter, men heller med en grundig forståelse av seg selv, ens egne verdier og normer (Debesay et al., 2014, s.2109).

Sykepleiere må skaffe seg nødvendig kunnskap om ulike kulturer og deres forskjellige oppfatninger av helse og sykdom, samt hvordan disse kan påvirke atferden til pasientene. Det er avgjørende at sykepleiere er klar over at pasienter med en annen kulturell bakgrunn kan ha ulike oppfatninger, forståelse og forventninger i motsetning til helsepersonellets medisinske perspektiv (Alpers, 2018, s.32; Hanssen, 2016, s.86). Denne viktigheten blir understreket av Hanssen og Alpers (Alpers, 2018, s.32; Hanssen, 2016, s.86). Manglende kunnskap om andres kultur vil hindre sykepleiere i å tilpasse seg pasientens kulturelle bakgrunn og dermed ikke gjøre dem i stand til å gi den støtten og omsorgen som pasienten trenger (Magelssen, 2008, s.150). På den ene siden fremhever Papadopoulos teori viktigheten av å ha kunnskap om andres kulturer, slik at pasienten kan bli forstått ut fra sitt eget perspektiv (Papadopoulos, 2006, s.11-18). Dette gir en dypere forståelse for pasientens utfordringer og forklaring på deres atferd. På den andre siden viser artikkelen av Brämberg et al. (2012) at helsepersonell ofte presenterer egne synspunkter på hva som er riktig og galt i behandlingen av diabetespasienter. Dette kan føre til at pasientene blir passive mottakere av råd, og kan resultere i manglende tillit til sykepleiere og manglende etterlevelse av rådene som blir gitt (Brämberg et al., 2012, s.244). For å motvirke disse konsekvensene er det viktig at sykepleiere endrer sitt medisinske perspektiv og åpner opp for pasientens erfaringer. Dette kan oppnås ved å involvere pasienten aktivt i beslutningsprosessen og gi dem muligheten til å uttrykke sine meninger og behov. Forskningen av Brämberg et al. (2012) bekrefter at dette kan bidra til å styrke sykdomskontrollen hos pasienter med diabetes type-2 (Brämberg et al., 2012, s.244).

Leiningers teori om transkulturell omsorg er av stor betydning når det gjelder å forstå kulturell kompetanse i helsevesenet. Leininger argumenterer for at omsorgspraksis må være i samsvar med pasientens kulturelle bakgrunn og verdier for å oppnå effektiv helsetjeneste (McFarland, 2013, s.253-254). Ifølge Leininger er kultur en sentral faktor som påvirker helse, sykdomsforståelse og behandlingspreferanser. Leininger fremhever viktigheten av å forstå

pasientens kulturelle kontekst for å levere omsorg av høy kvalitet. Hun introduserer begrepet kulturell kompetanse, som handler om å ha kunnskap om, og å være sensitiv overfor pasientens kulturelle bakgrunn (McFarland, 2013, s.255). Dette inkluderer å forstå pasientens verdier, tro, språk, tradisjoner og helseritualer. Teorien understreker også behovet for å tilpasse omsorgen til pasientens kulturelle preferanser og behov. Leininger hevder at helsepersonell må være i stand til å reflektere og verdsette mangfoldet av kulturelle uttrykk i omsorgen (McFarland, 2013, s.256). Ved å tilpasse omsorgen til pasientens kulturelle kontekst, kan sykepleiere oppnå bedre pasienttilfredshet, bedre behandlingsresultater og god samhandling.

Ved å involvere pasienten i beslutningsprosessen vil sykepleiere legge til rette for et mer inkluderende samarbeid. Dette vil trolig styrke pasientens tillit til helsepersonell og forbedre behandlingsresultatene (Viken & Magelssen, 2010, s.62; Tveiten, 2008, s.159). Det vil antageligvis også redusere misforståelser og kommunikasjonsproblemer, og hjelpe sykepleiere med å gi tilpasset omsorg til pasienter med ulik kulturell bakgrunn (Magelssen, 2008, s. 152). Det er derfor av stor betydning at sykepleiere reflekterer over sin egen rolle og praksis, og arbeider for å implementere en mer pasient-sentrert tilnærming. En slik praksis kan bidra til å styrke pasientens autonomi og helseforståelse (Tveiten, 2008, s.159). Dette vil i sin tur føre til bedre helseutbytte og økt pasienttilfredshet.

5.2 Relasjon mellom helsepersonell og pasient

Sykepleieren er den profesjonelle parten i relasjonen med pasienter. Sykepleierens rolle i pasientrelasjonen er å skape trygghet, gjensidig respekt, læring og balansert makt (Viken & Magelssen, 2010, s. 62). Studien av Brämberg et al. (2012) fant imidlertid en ubalanse i maktforholdet mellom sykepleiere og minoritetspasienter med diabetes, der pasientene hadde en sekundær rolle (Brämberg et al., 2012, s.246). En konsekvens av at sykepleiere inntar ekspertrollen er at pasienter kan avstå fra å være åpne, og kan unnlate å dele sine bekymringer med sykepleieren (Brämberg et al., 2012, s.244). Derfor er det viktig at sykepleiere legger til rette for gjensidig deltakelse, der alle parter kan uttrykke sine følelser og behov. Magelssen (2008) understreker viktigheten av gjensidig deltakelse i kultursensitiv kommunikasjon. Kultursensitiv kommunikasjon spiller en avgjørende rolle i forbedringen av

helsetjenestene ved å etablere en respektfull og tillitsfull relasjon mellom helsepersonell og pasienter. Begge parter må være åpne og villige til å lære og utvide sin kunnskap om ulike kulturer. Ved å handle i samsvar med denne innsikten kan helsepersonell tilpasse omsorgen og behandlingen til pasientens kulturelle kontekst og behov (Magelssen, 2008, s.18).

Brämberg et al. (2012) fremhever behovet for forbedret kommunikasjon ved å gi rasjonelle begrunnelser for behandlingsplanen, i stedet for å bare instruere pasientene. Dette bidrar til bedre mestring av sykdommen og skaper trygghet i pasient-sykepleier-relasjonen (Brämberg et al., 2012, s.245). Dette samsvarer med funnene i studien til Magny-Normilus et al. (2020). Studien rapporterer at toveis-kommunikasjon er nøkkelen til adekvat sykdomshåndetering (Magny-Normilus et al., 2020, s.56). Det påpekes videre i studiene av Debesay et al. (2014) og Alkhaled et al. (2022) at sykepleiere ofte har begrenset tid til å bli kjent med pasientene, noe som kan føre til generaliserte tilnærminger overfor minoritetspasienter (Alkhaled et al., 2022, s.9; Debesay et al., 2014, s.2113). Det er viktig å ha standarder og rutiner i arbeidet, men det er likevel nødvendig med kulturell kompetanse og åpenhet for endring. Sykepleiere bør være oppmerksomme på at pasientene kan ha ulike behov, og de må være villige til å tilpasse seg individuelle behov og preferanser, innenfor rammene av sine faste rutiner. Dette vil bidra til å opprettholde en balanse mellom faste rutiner og nødvendige tilpasninger for å sikre best mulig omsorg for denne pasientgruppen (Debesay et al., 2014, s.2114).

Studien av Magny-Normilus et al. (2020) rapporterer om manglende kulturell sensitivitet blant sykepleiere, noe som kan påvirke pasientenes opplevelse av ivaretakelse og respekt (Magny-Normilus et al., 2020, s.55). Dette kan igjen ha konsekvenser for pasientenes tillit og villighet til å søke behandling eller følge behandlingsplanen. På samme måte viser studien til Debesay et al. (2014) at manglende kulturell sensitivitet og kunnskap blant helsepersonell kan føre til at pasientene føler seg misforstått og ukomfortable, spesielt når deres kulturelle bakgrunn ikke blir tatt hensyn til (Debesay et al., 2014, s.2109). Leininger understreker også viktigheten av kultursensitivitet i transkulturell sykepleie (McFarland, 2013, s.352), mens Papadopulos fremhever kultursensitivitet som en vei til å oppnå kulturell kompetanse og bygge mellommenneskelige relasjoner (Papadopoulos, 2006, s.11-18). Dette indikerer at sykepleiere bør være bevisste på og respektere kulturelle forskjeller. De bør også engasjere

seg i å lære om pasientens kulturelle bakgrunn, verdier og normer for å etablere en positiv relasjon, samt for å bygge pasientens tillit til helsevesenet.

Funnene i studien av Debesay et al. (2014) viser at sykepleiere kan ha vanskeligheter med å engasjere seg i samhandling med etniske minoritetspasienter, på grunn av kulturelle forskjeller, språkbarrier eller manglende forståelse av pasientens verdier og bakgrunn (Debesay et al., 2014, s.2113). For å motvirke dette bør sykepleiere evaluere sin egen virkelighetsoppfatning, være bevisst på sine egne fordommer og holdninger, og prøve å forstå pasientens perspektiv. Sykepleiere bør unngå en etnosentrisk tilnærming og i stedet innføre en kulturrelativistisk tilnærming (Vågan et al., 2020, s.193). Dette innebærer å lytte til pasienten, involvere pasienten som en likeverdig samtalepartner og vise interesse, respekt og omsorg. Gjennom en systematisk og likeverdig relasjon kan sykepleiere skape trygghet og identifisere likheter på tross av forskjellene (Magelssen, 2008, s.20-21).

5.3 Kommunikasjon og tolketjenester

5.3.1 Kommunikasjon

Hanssen (2016) peker på at kommunikasjonen mellom ulike kulturer har en ulik struktur, og at store kulturelle forskjeller kan gjøre kommunikasjonen mer utfordrende (Hanssen, 2016, s. 89). Dette indikerer at språk- og kulturforskjeller skaper hindringer for kommunikasjonen mellom sykepleiere og pasienter, noe som kan resultere i mangelfull håndtering av sykdommen. Dette blir tydelig illustrert i studien av Park et al. (2016), der deltakerne hadde dårlig evne til å håndtere diabetessykdommen på grunn av språklige og kulturelle barrierer (Park et al., 2016, s.454). Når pasienter opplever vanskeligheter med å kommunisere med helsepersonell, kan dette ha en negativ innvirkning på helsetjenestene. Pasientene kan hindres fra å få nødvendig omsorg og behandling, og dette kan føre til forverring av tilstanden eller utilstrekkelig behandling (Vågan et al., 2020, s.201). I tillegg kan pasientene føle seg utrygge eller dårlig ivaretatt, og de kan miste tilliten til helsevesenet.

Studien til Gele et al. (2016) viser at helsepersonell i Norge møter utfordringer i kommunikasjonen med innvandrerpasienter (Gele et al., 2016, s.5). Dette bekreftes i studien til Alkhaled et al. (2022). Deltakerne i denne studien hevder at de må investere ekstra energi,

tid og innsats for å forstå pasientene (Alkhaled et al., 2022, s.4). Sykepleierne opplever tidsbegrensninger i kommunikasjonen med minoritetspasienter, noe som fører til at pasientene opplever usikkerhet og har en oppfatning av at de ikke blir tilstrekkelig ivaretatt (Alkhaled et al., 2022, s.9).

I studien til Magny-Normilus et al. (2020) uttrykker pasientene misnøye med helsepersonellets oppførsel. De ønsket bedre kulturell forståelse, mer respekt og å bli bedre lyttet til (Magny-Normilus et al., 2020, s.55). Sykepleierne i studien til Alkhaled et al. (2022) erkjenner at korrekt kommunikasjon er en viktig del av omsorgen. De merket tydelig at pasientene ble bekymret når kommunikasjonen sviktet (Alkhaled et al., 2022, s.6). Dette indikerer at sykepleiere forstår viktigheten av å kommunisere på riktig måte, men at de likevel har begrenset tid til å prioritere dette (Alkhaled et al., 2022, s.4). Det er forståelig at sykepleiere har travle arbeidsdager, og at det kan være utfordrende å finne tid til å kommunisere med pasientene. Imidlertid er det viktig å huske at god kommunikasjon er avgjørende for å gi pasientene best mulig omsorg og behandling. Derfor er det viktig at sykepleiere tar seg tid til å lytte til pasientene og gir dem muligheten til å uttrykke sine behov.

Kommunikasjonsutfordringer kan ha en negativ innvirkning på pasientsikkerheten (Magelssen, 2008, s. 150). Dette kommer tydelig frem i studiene som er benyttet, der kommunikasjonsutfordringer har vist seg å føre til misforståelser, feilbehandling, unødvendige forsinkelser og dårligere helseutfall for pasienter (Alkhaled et al., 2022, s.2; Park et al., 2016, s.454; Magny-Normilus et al., 2020, s.56). I en beskrevet situasjon svarer en pasient bekreftende, uten å ha forstått innholdet i det som blir kommunisert. For å avdekke pasientens manglende forståelse, stiller sykepleieren noen kontrollspørsmål og spør “er du stygg?”. Dersom pasienten svarer positivt på dette spørsmålet, blir sykepleieren oppmerksom på at pasienten ikke har forstått det som ble formidlet (Alkhaled et al., 2022, s. 6). Magelssen (2008) nevner også at manglende språkkunnskaper kan føre til skam, sorg og frustrasjon (Magelssen, 2008, s. 151). Det kan være vanskelig for voksne minoritetspasienter å innrømme at de ikke forstår språket og har vanskeligheter med å uttrykke seg. Mange pasienter vil imidlertid være i stand til å uttrykke seg som en kompetent person på sitt eget språk (Magelssen, 2008, s.151-152). Derfor er det viktig at sykepleiere er oppmerksomme på

pasientens kulturelle og språklige bakgrunn, og tilpasser kommunikasjonen deres etter pasientens behov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Dette kan oppnås ved å bruke enkle ord, unngå medisinsk terminologi, bruke visuelle hjelpemidler og tilby tolketjenester ved behov.

5.3.2 Bruk av tolk

Sykepleiere skal utøve faglig og forsvarlig omsorgsfull hjelp for å sikre at pasienten får riktig behandling (Helsepersonelloven, 1999, § 1-1). Studien utført av Alkhaled et al. (2022) avslører at sykepleiere står overfor utfordringer knyttet til bruk av tolker. Resultatene viser at tolkene ofte formidler forenklet informasjon til pasientene, uten å gi en presis forklaring på pasientens situasjon (Alkhaled et al., 2022, s.6). Det er viktig å merke seg at ikke alle pasienter er villige til å benytte seg av tolketjenester, og noen foretrekker å bruke familiemedlemmer som tolk (Alkhaler et al., 2022, s.7). Denne praksisen med familiemedlemmer som tolk kan imidlertid føre til problemer, da familiemedlemmene bevisst kan skjule negativ informasjon for å beskytte pasienten eller velge å tolke informasjonen på en selektiv måte (Hanssen, 2016, s.93). Pasientens eventuelle bekymringer om personvern, samt frykten for at tolken kan ha personlige forbindelser til enkelte i pasientens omgangskrets, kan også resultere i avvisning av profesjonell tolk (Alkhaled et al., 2022, s.7).

For å sikre at pasientene får skreddersydd omsorg og riktig behandling, er det avgjørende at sykepleiere informerer pasientene om at tolken er underlagt de samme strenge taushetspliktreglene som helsepersonellet selv (Hansen, 2016, s.93). En studie utført av Brämberg et al. (2012) viser at bruken av profesjonelle tolker kan minske språkbarrierer og forbedre kommunikasjonen betydelig (Brämberg et al., 2012, s.245). Derfor er det viktig å overholde tolkeloven som krever bruk av kvalifiserte tolker for å sikre forsvarlig hjelp (Tolkeloven, 2021, §7). Imidlertid avdekker praksisen i nødssituasjoner, og den begrensede tilgjengeligheten av tolker, at tolkeloven ikke alltid blir fulgt (Magny-Normilus et al., 2020, s.55). Dette kan resultere i at pasientene ikke får tilstrekkelig informasjon om egen helse og behandling, samt at de ikke får muligheten til å ta informerte valg. Mangelen på kvalifiserte

tolker kan også føre til at sykepleiere blir tvunget til å ta beslutninger på vegne av pasientene, noe som kan være i strid med pasientenes autonomi.

I tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 har pasientene rett til nødvendig informasjon om egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Derfor er det avgjørende at sykepleiere benytter seg av profesjonelle og kvalifiserte tolker for å sikre at pasientene får nøyaktig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i den helsehjelpen de mottar. Det er også viktig at sykepleiere har en dialog med tolken på forhånd for å diskutere deres erfaringer og eventuelle utfordringer knyttet til oversettelse, slik at tolken kan forberede seg til den kommende samtalen (Hanssen, 2016, s.93). Dette vil bidra til å sikre at tolken forstår innholdet eller budskapet som skal oversettes, og at informasjonen formidles på en nøyaktig og korrekt måte. Ved å følge disse retningslinjene kan sykepleiere bedre møte behovene til pasienter med språkbarrierer, og sikre at de mottar den nødvendige omsorgen og behandlingen de trenger.

5.4 Helsekompetanse

Helse- og omsorgsdepartementet har pekt på at helsekompetanse er knyttet til både utdanningsnivå og livserfaring, samtidig som det påvirkes av hvordan helseinformasjon formidles av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.8). Dette samsvarer med funnene presentert i studien av Abuelmagd et al. (2018), hvor det ble observert at 26% av deltakere med over 10 års utdanning hadde bedre kunnskap om egen sykdom (Abuelmagd et al., 2018, s.850). Forskningen av Gele et al. (2016) bekrefter dette funnet. I denne studien hadde en liten andel (6%) høyskole- og universitetsutdanning. Det var bare disse deltakerne som hadde god generell helsekompetanse. De utdannede deltakerne var i stand til å forstå den formidlede informasjonen og kommuniserte effektivt med sykepleiere (Gele et al., 2016, s. 5). Deltakerne uten høyere utdannelse (70%) manglet evnen til å innhente, forstå og handle på helseinformasjonen som ble gitt. Disse pasientene hadde problemer med å ta riktige helsebeslutninger for å ivareta sin egen helse (Gele et al., 2016, s.1).

Abuelmagd et al. (2018) fant også i sin studie at innvandrerpasienter med lav eller ingen utdanning ofte har begrenset forståelse av helserelatert informasjon som formidles av sykepleiere, selv etter å ha bodd i Norge i flere tiår (Abuelmagd et al., 2018, s.852). Funnene viser at 61% av deltakerne ønsket å bli intervjuet på eget morsmål på grunn av utfordringer med språket, selv med en botid på 29 år i Norge (Abuelmagd et al., 2018, s. 852). Språkbarrierer og manglende språkferdigheter ble utpekt som viktige årsaker til innvandrerpasienters utfordringer med å forstå helseinformasjon. For å imøtekomme disse utfordringene bør sykepleiere ha oppdatert kunnskap om eksisterende barrierer og være oppmerksomme på at ulike forhold kan påvirke pasientens helseutfall. Det er viktig at sykepleiere tar hensyn til pasientenes kulturelle og språklige bakgrunn og tilbyr informasjon og opplæring som er tilpasset pasientenes forståelsesevne (Kristoffersen, 2021, s.267). Dette kan innebære å sikre tilgang til profesjonelle tolker for å sikre at pasientene faktisk forstår informasjonen som formidles.

Studien til Gele et al. (2016) viser at lav helsekompetanse spesielt kan være et hinder i forhold til sykdomsforebygging. Hele 44% av deltakerne hadde utilstrekkelig kunnskap om hvordan man kunne forebygge sykdom (Gele et al., 2016, s. 5). Dette kan indikere at lav helsekompetanse kan føre til dårligere helseutfall, manglende selvledelse og svak oppfølging av egen sykdom. Det er også viktig å merke seg at noen pasienter ikke oppfatter diabetes som en alvorlig sykdom, fordi de sjeldent opplever symptomene (Park et al., 2016, s.457). I tillegg viser studien av Abuelmagd et al. (2018) at selv om pasientene hadde mottatt opplæring fra helsepersonell, var de ikke i stand til å måle sitt eget blodsukkernivå (Abuelmagd et al., 2018, s.851). Dette kan tyde på at pasientene ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om diabetes, noe som igjen kan resultere i mangelfull egenomsorg og manglende oppfølging av anbefalte behandlinger og livsstilsendringer. Dette støttes også av funnene i studien til Park et al. (2016), hvor pasienter med diabetes ikke tok ansvar for å endre sin livsstil på grunn av manglende kunnskaper (Park et al., 2016, s.457). Flere av artiklene bekrefter at håndteringen av diabetessykdommen ikke var optimal hos pasientene på grunn av manglende helsekompetanse (Abuelmagd et al., 2018, s.845; Magny-Normilus et al.,2020 s.56; Park et al., 2016, s.466).

Sykepleierens rolle er avgjørende i å sikre at pasientene forstår og tar til seg informasjonen som formidles (Kristoffersen, 2021, s.267). Sykepleier er pliktig til å tilpasse informasjonen som gis til pasientenes individuelle forutsetninger og tar hensyn til deres erfaringer, kulturelle bakgrunn og språkkunnskaper (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Kartlegging av pasientenes helsekompetanse og forståelse av helse, sykdom og livsstil kan være en nyttig tilnærming for å tilpasse undervisning og veiledning etter pasientenes behov (Hanssen, 2021, s.157). Studien til Brämberg et al. (2012) understreker også viktigheten av pasientenes forståelse av diabetes for å kunne planlegge en meningsfull omsorg (Brämberg et al., 2012, s. 244). Helsekompetanse er en avgjørende faktor for pasienters evne til å forstå og håndtere sin egen helse. Utdanningsnivå, livserfaring, språkbarrierer og kulturelle faktorer kan påvirke pasientenes helsekompetanse. Sykepleiere spiller en viktig rolle i å identifisere og adressere disse faktorene, for å sikre at pasientene har tilstrekkelig kunnskap og forståelse av sin egen sykdom. Tilpasset informasjon, opplæring og bruk av tolk er sentrale strategier for å forbedre helsekommunikasjonen og pasientenes evne til å ta informerte beslutninger om egenomsorg (Kristoffersen, 2021, s.218-219). Ved å øke pasientenes helsekompetanse kan sykepleieren bidra til bedre helseutfall og livskvalitet for pasientene.

5.5 Tradisjonell helsetro

Tradisjonell helsetro er et viktig aspekt innen helseomsorgen, spesielt når det gjelder minoritetspasienter. Studien til Debesay et al. (2014) fant at kulturelle og religiøse faktorer kan skape utfordringer i behandlingen av minoritetspasienter (Debesay et al., 2014, s.2210). Dette stemmer overens med funn fra flere andre artikler som har vist at kulturelle påvirkningsfaktorer og religiøs helsetro kan ha innvirkning på livsstilen og individuell selvregulering av diabetes type 2 (Abuelmagd et al., 2018, s.851; Magny-Normilus et al., 2020, s.56; Park et al., 2016, s.457). Sykepleiere opplever ofte at ukjente kulturelle og religiøse praksiser utgjør en belastning, og skaper utfordringer i arbeidet med minoritetspasienter (Debesay et al., 2014, s.2107). Studien til Debesay et al. (2014) viser at sykepleiere har en frykt for å gjøre feil og å overskride grensene for minoritetspasienters kulturelle og religiøse praksis (Debesay et al., 2014, s.2014). Dette kan gjøre det vanskelig for

sykepleiere å finne en balanse mellom å levere effektiv omsorg og samtidig respektere pasientens behov.

Leiningers teori om ethnonursing tar opp viktigheten av å ta hensyn til kulturelle faktorer, språk og tro i omsorgsresultatet (Viken & Magelssen, 2010, s.68). Ifølge Leiningers teori skal sykepleiere sette seg inn i pasientens situasjon, vurdere ulike faktorer og undersøke hvordan de kan påvirke pasientens syn på sykdommen. Sykepleiere skal deretter tilpasse sine handlinger for å hjelpe pasienten med å endre sin livsstil, samtidig som deres kulturelle verdier bevares (McFarland, 2013, s.356). Dette betyr at sykepleiere bør respektere og være bevisste på pasientens kulturelle verdier, samt være oppmerksom på de mange religiøse overbevisningene som påvirker menneskers syn på helse, sykdom og behandling. Dette er også noe som kommer frem "sunrise"-modellen til Leininger (McFarland, 2013, s.356).

5.6 Livsstilutfordring

Sykepleiere har en støttende funksjon i sitt arbeid (Kristoffersen, 2021, s.286). Studiene av Brämberg et al. (2012) og Abuelmagd et al. (2018) viser at minoritetspasienter ofte opplever utfordringer knyttet til livsstilsendringer, da spesielt med hensyn på varige kostholdsendringer og gode vaner for fysisk aktivitet (Brämberg et al., 2012, s.247; Abuelmagd et al., 2018, s.848). Det er her sykepleierens rolle som støttespiller blir viktig.

Ifølge Leiningers tredje handlingsalternativ i "sunrise"-modell bør sykepleiere støtte og foreta handlinger som hjelper pasientene med å omstille sin livsstil, for å oppnå fordelaktige resultater (McFarland, 2013, s.356). Sykepleierens bidrag kan inkludere det å motivere og å hjelpe pasienter når livsstilsendringene virker krevende. Ved å være tilstede, ved å gi positiv oppmuntring, samt ved å vise interesse, kan sykepleiere bidra til å øke motivasjonen og inspirere pasienter til å gjøre varige positive endringer (Kristoffersen, 2021, s. 286). Vi har selv erfart i praksis at sykepleiere som er støttende lettere kan øke motivasjonen til pasienter og hjelpe dem med å gjøre positive endringer i sin livsstil. Det er også viktig å bemerke at informasjon alene ikke alltid er tilstrekkelig for å oppnå varige livsstilsendringer. Abuelmagd et al. (2018) og Brämberg et al. (2012) fant at selv om deltakerne hadde fått

informasjon om sunne kostholdsvaner og økt fysisk aktivitet, var det en uoverensstemmelse mellom informasjonen og deres faktiske atferd (Abuelmagd et al., 2018, s.85; Brämberg et al., 2012, s.247). Dette er noe som understreker behovet for kontinuerlig støtte fra sykepleiere, da spesielt når minoritetspasienter skal implementere livsstilsendringer i praksis.

Studien til Brämberg et al. (2012) fant at sykepleiere manglet et individualisert perspektiv i sin omsorg og rådgivning. Behandlingen ble i stor grad basert på sjekklister og målene ble satt av omsorgspersonene, noe som førte til at pasientene ofte ble passive mottakere av råd. Det at pasientene ble holdt utenfor planleggingsfasen viste seg å være ikke hensiktsmessig (Brämberg et al., 2012, s.244). Sykepleiere bør heller tilby kontinuerlig støtte og oppfølging, slik at pasientene motiveres til å gjøre de nødvendige livsstilsgrepene. Dette krever imidlertid at sykepleieren er lydhør, tilpasningsdyktig og respektfull i møte med pasientene. Ved å tilby empatisk støtte, individuell omsorg og kontinuerlig oppfølging kan sykepleiere bidra til å minske risikoen for at pasienten mislykkes i sitt livsstilsprosjekt (Kristoffersen, 2021, s.286). Denne tilnærmingen kan trolig også bidra til å styrke pasientens følelse av autonomi og tilstedeværelse i sin egen helseprosess.

Studiene til Gele et al. (2016) og Abuelmagd et al. (2018) har pekt på at nye miljøer og livsstilen som minoritetsgrupper utvikler i vestlige land, kan ha negativ innvirkning på håndteringen av diabetes (Abuelmagd et al., 2018, s.848; Gele et al., 2016, s.2). Spesielt er tilpasning til vestlig kosthold og redusert fysisk aktivitet på grunn av økt levestandard blitt identifisert som faktorer av betydning (Abuelmagd et al., 2018, s.848; Gele et al., 2016, s.2). Studiene til Magny-Normilus et al. (2020) og Park et al. (2016) har også understreket at tilpasningen til en usunn vestlig diett, med økt forbruk av animalske produkter, sukker og ultraprosessert mat, kan være en medvirkende årsak til problemene med diabeteshåndteringen (Magny-Normilus et al., 2020, s.55; Park et al., 2016, s.461). Deltakerne i disse studiene rapporterte også at deres lavtlønnede inntekt begrenset deres muligheter til å kjøpe sunn mat, samtidig som de manglet tid til å tilberede den sunne maten (Magny-Normilus et al., 2020, s.55; Park et al., 2016, s.461). En interessant observasjon gjort i studien til Magny-Normilus et al. (2020) var at flertallet av deltakerne mente at matvarene fra deres hjemland var ferskere og mer naturlig, enn den ultraprosesserte maten som var

vanlig i USA (Magny-Normilus et al., 2020, s.55). Dette kan tyde på at den kulturelle tilpasningen til vestlige land kan påvirke matvanene negativt og dermed by på konsekvenser for diabeteshåndteringen til minoritetspasienter.

Forskning utført av Park et al. (2016) understreker at flertallet av deltakerne i studien baserte sine matvalg på personlige preferanser og sosialkulturelle tradisjoner (Park et al., 2016, s.861). Dette viser at matvalg ikke bare er et resultat av individuelle preferanser, men også er dypt forankret i kulturelle og sosiale normer. Magny-Normilus et al. (2020) fremhever også viktigheten av å forstå kulturelle forskjeller og matvalg, da en deltaker uttrykte behovet for at helsepersonell skulle forstå kulturen, maten de spiser, og hvordan det kan være vanskelig å unngå visse matvarer (Magny-Normilus et al., 2020, s.55). Det er klart at deltakerne i studien ønsket mer sensitivitet og kulturell forståelse fra sykepleiere. (Magny-Normilus et al., 2020, s.55). Selv om økonomiske faktorer kan spille en rolle i matvalg, viser studien av Magny-Normilus et al. (2020) at det ikke alltid er avgjørende. Andre faktorer, som kulturell identitet og oppvekst, kan være like viktige (Magny-Normilus et al., 2020, s.55). Bourdieu argumenterer for at matvaner ikke bare handler om hva som smaker godt eller er sunt, eller hva man har råd til, men at de også er en del av en persons identitet og knyttet til deres kultur og oppvekst (Mæland, 2021, s.116). Det er derfor viktig at sykepleiere anerkjenner og respekterer pasientens spisevaner som en del av deres identitet og velvære.

En tilnærming som kan benyttes av sykepleiere, er å bruke Leiningers teori om kulturell forhandling for å hjelpe pasientene med å opprettholde spisevaner som er viktige for deres identitet og velvære. Dette kan innebære å foreslå sunnere alternativer uten å endre pasientens spisevaner direkte (McFarland, 2013, s. 356). Ved å ta hensyn til pasientens ønsker og behov og samtidig tilby informasjon og muligheter for sunnere valg, kan sykepleieren oppnå at pasienten føler seg lyttet til, respektert og ivaretatt. Dette vil ikke bare bidra til pasientens velvære og helse, men også styrke tilliten mellom pasient og sykepleier og forbedre kvaliteten på omsorgen. Samtidig vil sykepleiere øke sin kulturelle kompetanse i tråd med Leiningers teori (McFarland, 2013, s. 356).

6 Konklusjon

Denne litteraturstudien hadde som hensikt å undersøke hvordan sykepleiere kan utvikle og anvende kulturell kompetanse, for å tilby skreddersydd omsorg og behandling til diabetespasienter med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Ved å ta i bruk Leiningers teori og Papadopoulos, Tilki og Taylor sin modell, i tillegg til å inkludere relevante forskningsartikler og faglitteratur, har vi fått en bred forståelse av betydningen og utfordringene som er forbundet med implementeringen av kulturell kompetanse i sykepleiepraksis. Resultatene i studien viser tydelig at kulturell kompetanse har en stor innvirkning på sykepleieres arbeid i møte med innvandrerpasienter. Dessverre er det også tydelig at det er lite fokus på kulturell kompetanse i sykepleierutdanningen, slik det tidligere ble påpekt.

Vi har identifisert to sentrale faktorer som påvirker pasientbehandlingen: språkbarrierer og pasientens kulturelle bakgrunn. Språkbarrierer fører til økt tids- og energiforbruk i samhandlingen med pasientene. Samtidig fører manglende kunnskap om kulturforskjeller, helsetro og kulturelle kostholdsvaner blant sykepleiere til misforståelser og problemer som negativt påvirker behandlingsresultatene til pasientene. En viktig konklusjon som kan trekkes fra denne studien er at sykepleiere først må være bevisst sin egen kulturelle identitet for å håndtere disse utfordringene og utvikle bedre kulturell kompetanse. Ved å være oppmerksom på egne normer, verdier, holdninger og eventuelle fordommer, kan sykepleiere øke sin kunnskap om ulike kulturer og bli mer kultursensitive i samhandlingen med innvandrerpasienter. Dette vil kunne styrke og videreutvikle sykepleieres kulturelle kompetanse.

Basert på våre funn har vi identifisert konkrete sykepleietiltak som kan fremme sykepleieres kulturelle kompetanse. Disse tiltakene inkluderer å tilrettelegge for god kommunikasjon ved å lytte aktivt og gi pasientene mulighet til å uttrykke sine behov, samt å tilkalle profesjonell tolk ved behov for å sikre presis informasjonsformidling. Videre er det viktig at sykepleiere tilpasser veiledning og undervisning basert på pasientens forståelsesnivå og ferdigheter, for å øke deres kunnskap om diabetes og støtte endringer i livsstilen. Sykepleiere bør også være bevisst på at pasientenes helsetro kan påvirke håndteringen av diabetes type-2.

Implementering av disse sykepleietiltakene kan bidra til utvikling av sykepleieres kulturelle kompetanse, og dermed muliggjøre en mer kulturelt tilpasset omsorg, veiledning, undervisning og behandling av innvandrerpasienter med diabetes type-2. Det kan være hensiktsmessig å fokusere mer på kulturell kompetanse i sykepleierutdanningen, for å sikre at sykepleiere er bedre rustet til å håndtere mangfoldet i pasientgruppen de behandler. Videre forskning på dette området er sannsynligvis nødvendig for å forbedre kvaliteten på omsorgen som tilbys innvandrerpasienter med diabetes type-2.

Litteraturliste

Abuelmagd, W., Håkonsen, H., Mahmood, K. Q.-A., Taghizadeh, N., & Toverud, E.-L. (2018). Living with Diabetes. *Journal of Immigrant and Minority Health, 20*(4), 848–853. https://doi.org/10.1007/s10903-017-0622-4

Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022). Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. *BMC Nursing, 21*(1), 322–322. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x

Alpers, L-M. (2018). Sykepleieres kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I J. Debesay & C. Tschudi- Madsen (Red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 26-38). Gyldendal Akademisk

Brämberg, E. B., Dahlborg-Lyckhage, E., & Määttä, S. (2012). Lack of individualized perspective: A qualitative study of diabetes care for immigrants in Sweden. *Nursing & Health Sciences, 14*(2), 244–249. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00684.x

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk

Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., & Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Journal of Advanced Nursing, 70*(9), 2107–2116. https://doi.org/10.1111/jan.12369

Debesay, J & Tschudi-Madsen, C. (2018). Migrasjonens betydning for profesjonsutøvelse i helsetjenesten. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (Red.), *Migrasjon helse og profesjon* (s.11-21). Gyldendal Akademisk

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative og vitenskapelig vurdering av kvalitative*

forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Electronic system for travel authorization. (2023, 24. januar). *Det amerikanske helsevesenet fra A til Å. https://estatousa.com/no/det-amerikanske-helsevesenet-fra-a-til-a-vil-jeg-vaere-forsikret-med-esta/?fbclid=IwAR3Jr3ilkfIXYEPGrF1cfaML2qydvfvxvYHhX65ilsjDrZAi_KmRtG-3KK8*

Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis* (7.utg). Gyldendal Akademisk

FN-Sambandet. (2020). *Verdens diabetesdag (WHO).* https://www.fn.no/om-fn/fn-dager-kalender/kalender/verdens-diabetesdag-who

Folkehelseinstituttet. (2022, 26. august). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn.* https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=&h=1.

Folkehelseinstituttet. (2021, 30. mai). *Diabetes i Norge.* *https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/*

Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health, 16*(1), 1134–1134. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: praktiske råd i skriveprosessen.* Fagbokforlaget

Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 81-100). Gyldendal Akademisk

Hanssen, I. (2021). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4.utg., s.137-161). Gyldendal Akademisk

Helsebiblioteket. (2021, 4. januar). *CHINAL*. https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl

Helsebiblioteket. (u.å.). *MEDLINE (Ovid).* Hentet 19. mai 2023 fra https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/medline

Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013, 19. august). *Likeverdig helse- og omsorgstjenester-god helse for alle: Nasjonale strategier for innvandreres helse 2013-1017.* https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen: 2019-2023.* https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 27. april). *Nordisk helsesamarbeid.* https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-

helsesamarbeid/innsikt/nordisk-helsesamarbeid/id437514/?fbclid=IwAR3MOn9EScX1-UVq_iOvjpYJ0FX1KRPQdgSj952d4o8py9dppOTOAqtSh_o

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

Hovland, O. J., & Johannessen, B. (2018). Sykepleierstudenter utvikler kulturell kompetanse på utveksling i Tanzania. *Sykepleien forskning (Oslo), 73782*, e–73782. https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.73782

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid.* Gyldendal Akademisk.

Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s.387-398). Gyldendal Akademisk

Jenum, A. K. (2010). Diabetesepidemien og sosiale forskjeller. I B. N. Kumar & B. Viken (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s.127-145). Fagbokforlaget

Kristoffersen, N. J. (2021). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4.utg., s.201-247). Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2021). Å styrke pasientens ressurser- sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4.utg., s.258-308). Gyldendal Akademisk

Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg.). Akribe.

Magelssen, R. (2009). Generell sykepleie: Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om vår virkelighetsoppfatning? *Sykepleien forskning (Oslo)*, *1*, 43–47. https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0015

Magny-Normilus, C., Mawn, B., & Dalton, J. (2020). Self-Management of Type 2 Diabetes in Adult Haitian Immigrants: A Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing, 31*(1), 51–58. https://doi.org/10.1177/1043659619841586

McFarland, M. R. (2010). Culture Care Theory of Diversity and Universality. I M. R. Alligood & A. M. Tomey (Red.), *Nursing Theorists and their work* (7.utg., s. 454-479). Mosby Elsevier

McFarland, M. R. (2013). Leininger´s Theory of Culture Care Diversity and Universality in Nursing Practice. I M. R. Alligood (Red.), *Nursing Theory: utilization & application* (5.utg. s.350-367). Mosby

Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (5.utg.). Universitetsforlaget

Nordisk samarbeid. (u.å.). *Helsevesenet i Sverige.* Hentet 19. mai fra https://www.norden.org/no/info-norden/helsevesenet-i-sverige

NSF. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer.* Hentet 1. mai 2023 fra https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer

Papadopoulos, I. (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. I I. Papadopoulos (Red.), *Transcultural Health and Social Care: Development of culturally competent practitioners* (s.7-24). Elsevier

Park, C., Nam, S., & Whittemore, R. (2016). Incorporating Cultural Perspectives into Diabetes Self-Management Programs for East Asian Immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health, 18*(2), 454–467. https://doi.org/10.1007/s10903-015-0181-5

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

Qureshi, N. A. (2009). Kultursensitivitet i profesjonell yrkesutøvelse. I K. Eide, N. A. Qureshi, M. Rugkåsa & H. Vike (Red.), *Over profesjonelle barrierer: et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge* (s.206-228). Gyldendal Akademisk

Reynisdóttir, Ó. R. (2020, 14. september). *Kulturkompetanse i praksis.* Veilederforum.no https://veilederforum.no/artikler/serier/kulturkompetanse-i-praksis

Seland, L. K. (2017). Endokrine sykdommer. I D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes & O. Røise (Red.), *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi* (3.utg., s.330-361). Gyldendal akademisk

Spesialhelsetjenestelovene. (1999). *Lov om spesialhelsetjenesteloven* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61

Statistisk sentralbyrå. (2008, 8. oktober). *Innvandrerbegreper i statistikken: vestlig og ikke-vestlig-ord som ble for store og gikk ut på dato.* https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato

Statistisk sentralbyrå. (2019, 5. mars). *Slik definerer SSB innvandrere.* https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/slik-definerer-ssb-innvandrere

Søk & Skriv. (2022, 13.mai). *APA 7th.* https://www.sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html#henvisninger-i-teksten

Thidemann, I.- J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget

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

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utg). Fagbokforlaget

United Nations. (2015, 13. november). *On World Diabetes Day, UN calls for greater action to turn tide of growing global epidemic.* https://news.un.org/en/story/2015/11/515422

Viken, B. & Magelssen, R. (2010). Kulturelle forskjeller og dialog. I B. N. Kumar & B. Viken (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s.59-78). Fagbokforlaget

Vrålstad & Wiggen (2017, 8. mai). Levekår blant innvandrere i Norge 2016. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211?_ts=177710adf90

Vågan, A., Berge, H., Koricho, A. T. & Berg, B. (2020). Kultursensitivitet. I A. Vågan (Red.), *Helse- og pedagogiske metoder: Teori og praksis* (s.188-213). Gyldendal Akademisk

Vedlegg: PICO-skjema

Patients	Problem	Intervention	Intervention	Country
¨immigrants¨ ¨Ethnic minorities¨	Diabetes mellitus typ 2	Cultural Competance "Health literacy" "Transcultural Health"	"Transcultural Nursing" Experiences	Norway