

Hvordan kan interkulturell kompetanse fremme sykepleiers kultursensitive omsorg for pasienter med innvandrerbakgrunn?

Utfordringer i et flerkulturelt Norge

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnummer: 116, 133, 144

Campus: VID vitenskapelige høgskole Oslo

Kull: BASP 20

Antall ord: 11 026

Innleveringsfrist: 16.03.2023

Sammendrag

Bakgrunn: Norge har utviklet seg til en flerkulturell nasjon, hvor innvandrere utgjør en stadig større andel av den norske befolkningen. Det medfører at sykepleiere får ansvar for en økende gruppe flerkulturelle pasienter. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har alle Norges innbyggere rett på likeverdig helsehjelp. Det er derfor interessant å undersøke hvordan sykepleier kan møte det økende behovet for kultursensitiv omsorg og interkulturell kompetanse.

Hensikt og problemstilling: Å utforske hvilke kulturelle utfordringer sykepleieren står overfor i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn, og drøfte hvordan interkulturell kompetanse kan fremme sykepleiers evne til å gi kultursensitiv omsorg. Problemstillingen vi har valgt blir da: «Hvordan kan interkulturell kompetanse fremme sykepleiers kultursensitive omsorg for pasienter med innvandrerbakgrunn?».

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie som baseres på relevante forskningsartikler, faglitteratur, pensumlitteratur, lovverk og egne erfaringer.

Resultat: Kommunikasjon blir av sykepleiere nevnt som en av de største utfordringene i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn. Ulik kultur, sykdomsforståelse og kommunikasjonsutfordringer gjorde det vanskelig å danne gode omsorgsforhold. Sykepleiere har behov for opplæring og kunnskap innen interkulturell kompetanse for å kunne gi helhetlig helsehjelp.

Drøfting: Basert på det som presenteres i resultater samt egne refleksjoner tar drøftingen utgangspunkt i disse hovedpunktene: “kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleier og pasient med innvandrerbakgrunn”, “kultursensitivitet i omsorg” og “interkulturell kompetanse og opplæring”.

Konklusjon: Interkulturell kompetanse hos sykepleiere kan fremme kultursensitiv omsorg til pasienter med innvandrerbakgrunn på sykehus gjennom økt kunnskap, forståelse, respekt og kommunikasjon. Dette bidrar videre til å fremme gode omsorgsforhold, behandling, pleie og sikre lovpålagte krav.

Abstract

Background: Norway has developed into a multicultural society, where immigrants become an increasing part of the Norwegian population. As a result, nurses get responsibility for an increasing group of multicultural patients. According to the Norwegian law for patient and health care user's rights, every citizen in Norway has the right to get equivalent healthcare. Therefore, it is in our interest to explore how nurses can meet the growing need for culturally sensitive care and intercultural competence.

Aim and topic question: The purpose of this assignment is to explore the cultural challenges the nurses face when interacting with patients from an immigrant background, and to discuss how intercultural competence can improve nurse's ability to provide culturally sensitive care. The topic question we have chosen is: "How can intercultural competence improve nurses' culturally sensitive care for patients with an immigrant background?"

Method: The assignment is a systematic literature study based on relevant research articles, academic articles, curriculum literature, laws and our own experiences.

Results: Communication is mentioned by the nurses as one of the biggest challenges when dealing with patients from an immigrant background. Different cultures' understanding of illness and communication challenges made it difficult to establish good care relationships. Nurses need training and knowledge in intercultural competence to be able to provide holistic health care.

Discussion: Based on what is presented in the results as well as our own reflections, the discussion is based on these main topics: "communication challenges between nurse and patient with an immigrant background", "cultural sensitivity in care and "intercultural competence training".

Conclusion: Nurses with intercultural competence can improve culturally sensitive care for patients with an immigrant background in hospitals through increased knowledge, understanding, respect and communication. This further contributes to increasing good care conditions, treatment, care and ensuring statutory requirements.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	2
1.2 <i>Problemstilling</i>	2
1.3 <i>Avgrensning av problemstilling</i>	3
1.4 <i>Avklaring av sentrale begreper i problemstilling</i>	3
1.4.1 <i>Pasienter med innvandrerbakgrunn</i>	3
1.4.2 <i>Interkulturell kompetanse</i>	3
1.4.3 <i>Kultursensitivitet</i>	4
1.5 <i>Disposisjon av oppgaven</i>	4
2.0 Teori	5
2.1 <i>Pasienter med innvandrerbakgrunn</i>	5
2.1.1 <i>Immigrasjon til Norge</i>	5
2.1.2 <i>Språk</i>	5
2.1.3 <i>Kultur</i>	6
2.1.4 <i>Sykdomsforståelse</i>	6
2.1.5 <i>Rettigheter</i>	7
2.2 <i>Sykepleierkompetanse</i>	7
2.2.1 <i>Interkulturell kompetanse</i>	7
2.2.6 <i>Kommunikasjon</i>	8
2.3 <i>Sykehus som organisasjon</i>	9
2.3.1 <i>Sykepleierens ansvarsområde</i>	10
2.4 <i>Campinha-Bacotes modell for kulturell kompetanse</i>	11
3.0 Metode	13
3.1 <i>Litteraturstudie som metode</i>	13
3.2 <i>Søk og utvelgelsesprosess</i>	13
3.3 <i>Presentasjon av metode i forskning</i>	16
3.4 <i>Kildekritikk</i>	19
3.5 <i>Etiske overveielser</i>	20
4.0 Resultat	21
4.1 <i>Presentasjon av forskningslitteratur</i>	21
Artikkel 3	23
Artikkel 4	25
Artikkel 5	26
5.0 Diskusjon	27
5.1 <i>Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleier og pasient med innvandrerbakgrunn</i>	27
5.1.1 <i>Kommunikasjonsutfordringer</i>	27
5.1.2 <i>Nonverbal kommunikasjon</i>	29
5.1.3 <i>Formidling av informasjon</i>	30
5.2 <i>Kultursensitivitet i omsorg</i>	31

5.2.1 Kultursensitiv Kommunikasjon	31
5.2.2 Etablere godt omsorgsforhold.....	33
5.2.3 Frakoblede omsorgsrelasjoner	34
<i>5.3 Interkulturell kompetanse og opplæring hos sykepleiere</i>	<i>35</i>
5.3.1 Kulturell kunnskap	35
5.3.2 Kulturell bevissthet.....	36
5.3.3 Opplæring	37
6.0 Avslutning/Konklusjon	39
7.0 Litteraturliste.....	41

1.0 Innledning

Globalisering har knyttet mennesker sammen på tvers av kontinenter, hvor kulturgrenser blir utydelige gjennom felles påvirkning fra moderne teknologi og sosiale medier (Eriksen & Sajjad, 2016, s. 20 og s. 23). De siste tiårene har jevn innvandring fra alle deler av verden ført til at Norges befolkning består av 16 % førstegenerasjons innvandrere (SSB, 2023). Dersom norskfødte med innvandrerforeldre også inkluderes vises en økning fra 332 794 personer i 2003 til 1 091 038 personer i 2023 (SSB, 2023). Dette innebærer at helsepersonell i Norge nå møter pasienter som har en helt annen kulturell bakgrunn og forståelse av sykdom og helse (Hansen, 2019, s. 15).

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er det konstatert at alle som oppholder seg i Norge, skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester (§ 1-1). Likevel utfordres dette målet om likeverdig helse- og omsorgstjenester av kulturelle ulikheter og kommunikasjonsutfordringer. Språkbarrierer og manglende kulturell kunnskap hos sykepleiere kan resultere i dårligere omsorg, behandling og resultater enn det majoritetsbefolkningen får (Hanssen, 2019, s. 33). Er det mulig å yte helhetlig sykepleie uten tilstrekkelig kunnskap om pasientens kulturelle bakgrunn?

I lys av den store andelen innvandrere og kravene i pasient- og brukerrettighetsloven, møter sykepleierne nye og utfordrende dimensjoner i arbeidsdagen. Det vises å være økende vanskeligheter med kommunikasjonen i takt med økende forskjell i kommuniserende parters kultur, bakgrunnskunnskaper, ideologi og personlig formuleringsmåte (Hanssen, 2017, s. 89). Dette stiller store krav til økt kunnskap om kultur og evnen til å bruke sin flerkulturelle kompetanse i hverdagen. Oppgavens formål er å utforske interkulturell kompetanse og hvordan det kan fremme sykepleiers kultursensitive omsorg for pasienter med innvandrerbakgrunn.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Inspirasjon for valg av tema er hentet av erfaringer fra utvekslingsopphold på Madagaskar. Der erfarte vi hvordan vår forståelse av sykdom, behandling, helse og pasientkontakt var annerledes enn hos flertallet av pasienter og helsepersonell der. Oppfatning av kropp og helse er ikke universell, men består av kulturelle konstruksjoner (Eriksen & Sajjad, 2016, s. 205). Det gjør at mennesker fra ulike kulturer vil ha ulike tanker om sykdom, behandling og sykdomsforståelse som preger oss som mennesker, pasient eller helsearbeider (Hansen, 2019, s. 15). I praksiser på norske sykehus har vi også erfart at det er et spenn mellom hvordan forskjellige helsepersonell og pasienter med innvandrerbakgrunn forholder seg til disse temaene. Til sammen har alle faktorene skapt interesse for fagfeltene interkulturell kompetanse og kultursensitiv omsorg.

Norge har siden 1960-tallet blitt en flerkulturell nasjon, en utvikling som ser ut til å fortsette med vedvarende strøm av flyktninger og innvandrere (Eriksen & Sajjad, 2016, s. 19-20). Når personer med innvandrerbakgrunn utgjør en stadig større del av Norges befolkning og dermed også pasientgruppe, oppleves det viktig å fokusere på dette samspillet. I St.meld. Nr. 20 (2006-2007) påpekes det at en forutsetning for godt behandlingsresultat, er informasjon og god kommunikasjon (s. 60). Ved interkulturell kompetanse vil en kunne identifisere ulike måter å kommunisere på og lettere finne en god måte å interagere (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 15). Kunnskap om andre kulturer er et viktig verktøy for å møte pasienter med innvandrerbakgrunn på en god måte. (Hanssen, 2019, s. 15). I § 3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven står det blant annet at helsepersonell skal tilpasse informasjonen ut fra pasientens kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Interkulturell kompetanse blir dermed svært aktuelt for at sykepleiere kan ivareta pasienter med innvandrerbakgrunn på en god måte samt sikre god kommunikasjon, informasjon og behandling.

1.2 Problemstilling

“Hvordan kan interkulturell kompetanse fremme sykepleiers kultursensitive omsorg for pasienter med innvandrerbakgrunn”

1.3 Avgrensning av problemstilling

Vi vil i denne oppgaven avgrense konteksten i problemstillingen til somatiske avdelinger på sykehus. Videre avgrenses det til avdelinger med pasienter som ikke er i en kritisk helsesituasjon eller innlagt på intensiv- eller akutt- avdeling. Pasienter avgrenses til personer over 18 år. Med sykepleier regnes utøvende sykepleiere med lisens som sykepleier.

1.4 Avklaring av sentrale begreper i problemstilling

I problemstillingen brukes flere begreper som er sentrale for oppgaven og som med fordel kan avklares for å tydeliggjøre hvordan begrepene tolkes og brukes i denne settingen.

1.4.1 Pasienter med innvandrerbakgrunn

Vi vil i oppgaven bruke begrepet “pasienter med innvandrerbakgrunn” for å beskrive pasientgruppen. Statistisk sentralbyrå definerer innvandrere som: “Personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre” (SSB, 2023). Deler av denne definisjonen ligger til grunn når vi i oppgaven definerer “pasienter med innvandrerbakgrunn” slik: “personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre”.

1.4.2 Interkulturell kompetanse

Dypedahl og Bøhn (2017) definerer interkulturell kompetanse som: «Evnen til å tenke og kommunisere hensiktsmessig i møte med mennesker med andre tankesett og/eller kommunikasjonsstiler enn en selv». “Tankesett” refererer her til blant annet verdensbilder, trosoppfatninger, persepsjoner, verdier og normer som påvirker våre holdninger og hvordan vi kommuniserer (s. 14). Vi har valgt denne definisjonen da den belyser viktige sider ved interkulturell kompetanse og inkludere både tenkemåter, holdninger, handlinger, atferd og samspillet mellom dem (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 17).

1.4.3 Kultursensitivitet

Begrepet kultursensitivitet består av to sammensatte ord: “kultur” og “sensitivitet”. Kultur handler om kunnskaper, verdier og handlingsmønstre som medlemmer av et samfunn tilegner seg (Magelssen, 2018, s. 17), og sensitivitet handler om å prøve å forstå intensjonen ved bruk av både følelser og fornuft i stedet for å bare fokusere på ordene som er uttalt (Magelssen, 2018, s. 16).

1.5 Disposisjon av oppgaven

Denne oppgaven består av 6 kapitler. I kapittel 1 presenteres først bakgrunn for valg av tema og problemstilling med avgrensning av sentrale begreper. Valgt teori presenteres i kapittel 2 og inkluderer pasienter med innvandrerbakgrunn, sykepleiers ansvarsområde, interkulturell kompetanse, kultursensitivitet, kommunikasjon, lovverk sykehus og sykepleieteoretiker Campinha-Bacote. Kapittel 3 omhandler oppgavens metodedel med søkeprosess, inklusjons- og eksklusjonskriterier, presentasjon av metodedel i utvalgte forskningsartikler og kildekritikk. I resultatet presenteres utvalgte forskningsartikler og deres funn i kapittel 4. Deretter kommer kapittel 5 med diskusjon og hovedtemaer innen kommunikasjon, kultursensitivitet i omsorg og interkulturell kompetanse. Til slutt kommer konklusjon i kapittel 6.

2.0 Teori

2.1 Pasienter med innvandrerbakgrunn

2.1.1 Immigrasjon til Norge

Norges innvandrerbefolkning består av mennesker fra over 200 land eller selvstyrte regioner. Det er ulike årsaker til at innvandrere har immigrert til Norge, men de vanligste årsakene er arbeid, flukt, familiegjenforening og utdanning (Spilker et al., 2022). Det er stor variasjon i innvandrerbefolkningens alder, kjønn, landbakgrunn, innvandringsårsak og sosioøkonomiske faktorer. Samtidig er sammensetningen i innvandrergruppene like forskjellige som ellers i befolkningen for øvrig (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 150).

Immigrasjon kan skje frivillig eller som flyktning, hvor ulike årsaker har gjort det nødvendig å emigrere. Skille mellom disse to kategoriene kan også være vanskelig, da mange opplever seg som flyktninger uten å få tildelt statusen som det. Uavhengig av årsak, er immigrasjon en stressende begivenhet som innebærer at man forlater det som er trygt og kjent fra hjemlandetets kultur, natur, farger, lukter, familie, venner, eiendom, sosial status og innlærte roller. Dette oppbruddet medfører også en rekke sosiale, kulturelle og psykologiske tap. Migrasjon kan være en stor belastning både fysisk og psykisk. Faktorer som personlighet, livssituasjon og hvor annerledes det nye samfunnet er, påvirker hvor stor grad migrasjonen påvirker helsen (Hanssen, 2019, s. 17).

2.1.2 Språk

Av innvandrere som kom til Norge i voksen alder, er det flere som er lite integrert og med begrensede språkkunnskaper (Spilker et al., 2022). Vanligvis påvirkes menneskers kommunikasjonsmåte og tankemønstre av gruppetilhørighet og kulturbakgrunn (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 16). Kommunikasjonsproblemer kan føre til at pasienten har begrenset mulighet til å uttrykke egne tanker og følelser (Hanssen, 2017, s. 90), og mennesker som ikke forstår språket har lettere for å bli mistenksomme, mindre åpne og feiltolke adferd (s. 95). Det er underforbruk av tolknings- tjeneste blant helsepersonell (Spilker et al., 2022; Hanssen, 2019, s. 45), der språkbarrierer mellom helsepersonell og pasient, kan medføre alvorlige konsekvenser (Spilker et al., 2022).

2.1.3 Kultur

I hver nasjonal kultur finnes det geografiske, yrkesmessige, aldersmessige og sosiale forskjeller som skiller ulike grupper (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 63). Den kulturelle «bagasjen» et menneske har, vil sammen med personlige erfaringer, preferanser og kunnskaper ha innvirkning på menneskets forståelse og holdninger til sykdom, samt hva som forventes av pleie og omsorg (Hanssen, 2017, s. 95). Når det kommer til å identifisere forskjeller mellom mennesker, er det lett å finne kulturelle forskjeller i språk, matkultur, kleskode og skikker, mens normer, verdier, verdensbilder og trosoppfatninger ligger mer under overflaten og er vanskeligere å identifisere (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 55-56). Kulturbakgrunn påvirker persepsjon og tolkning av verden og gjør at man ser verden gjennom personlige «briller». Mottakerens personlige og kulturelle filter er med på å bestemme hvordan budskapet blir tolket og forstått (Hanssen, 2017, s. 89).

2.1.4 Sykdomsforståelse

Sykdomspanoramaet og forekomsten av sykdom hos innvandrere, varierer i ulike innvandrergupper og kan være annerledes enn hos etnisk norske (Johansen et al., 2021). Hva som oppfattes som friskt og sykt varierer i ulike kulturer, men også innenfor samme kultur, det endrer seg fra generasjon til generasjon (Horntvedt, 2015, s. 67). Personlighet, bakgrunn, erfaringer og utdanning virker inn på en persons forventninger til behandling og pleie i helsevesenet (Hanssen, 2017, s. 83) samtidig som oppdragelse, utdanning, sosial bakgrunn, livserfaringer og personlighet påvirker hvordan vi forholder oss til sykdom (Hansen, 2019, s. 15). En ulik forståelse og oppfatning av helse og sykdom medfører behov for tilrettelegging av helsetjenestene (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 150).

2.1.5 Rettigheter

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det i § 3-2 at pasienten har rett til å få nødvendig informasjon om egen helsetilstand, helsehjelpens innhold, mulige bivirkninger og risikoer. Pasienten skal også få tilstrekkelig informasjon om tjenestetilbudet for å sikre egne rettigheter. Videre beskrives det i § 3-5 at helsepersonell skal tilpasse informasjonen som blir gitt ut fra pasientens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, kultur og språkbakgrunn. Helsepersonellet skal etter beste evne gi informasjon på en hensynsfull måte samtidig som de sørger for at informasjonen og innholdet er forstått av pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.2 Sykepleierkompetanse

Sykepleier har som helsepersonell mange funksjons- og ansvarsområder. Kristoffersen et al. (2017) definerer dem i disse 8: "Helsefremming", "forebygging", "behandling", "lindring", "rehabilitering", "undervisning og veiledning", "organisering, administrasjon og ledelse" og "fagutvikling, kvalitetssikring og forskning" (s. 17). Det store spekteret av ulike pasientgrupper og pasientforløp, gjør det nødvendig at sykepleiere har kompetanse innenfor en rekke ulike områder. Dette gjelder innenfor medisin, pleie, kultur, relasjonsforståelse, etikk, kommunikasjon, kunnskap om samhandling, samt digital og teknologisk kompetanse. I tillegg trenger sykepleieren kunnskap om relevant regelverk, evne til å tilegne seg ny faglig kunnskap, god systemforståelse og jobbe systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 126-127).

2.2.1 Interkulturell kompetanse

Hos helsepersonell er det et stort kompetansebehov angående helse og sykdomsforståelse hos innvandrere, og det å se sammenhengen mellom helse og migrasjon (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 150). Å vise kulturell kunnskap om pasientens kultur og forståelse for hvordan dette kan prege deres behov og ønsker for behandling og pleie, kan bidra til at pasientene opplever å bli møtt med omsorg, respekt og får positivt møte med helsevesenet (Hanssen, 2019, s. 15).

Basert på faglitteratur har Dypedahl & Bøhn (2017) kommet frem til 10 ulike delkomponenter som rommer det sentrale av begrepet: interkulturell kompetanse. Disse er: «respekt for andre kulturer», «interkulturell empati», «evne til å lytte og observere», «grundig kunnskap om og forståelse av egen og andres kultur», «en ikke-dømmende fremtoning», «fleksibilitet», «kulturell selvbevissthet og evne til selv-evaluering», «kulturell tilpasningsevne til nye situasjoner», «evne til å analysere, tolke og relatere» og «toleranse for og nysgjerrighet på tvetydighet» (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 18-19).

Som helsepersonell vil en få innsikt i egen interkulturell læring ved å reflektere over teori og erfaring (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 23) I tillegg er det som fagperson nødvendig å kjenne seg selv som person, reflektere rundt egne livsverdier og hvordan man personlig blir preget av det (Leenderts, 2014, s. 148). Selvrefleksjon kan bedre utgangspunktet for å tilegne seg innsikt i situasjonen til pasienter med innvandrerbakgrunn som igjen øker sykepleierens empati og forståelse av hvordan pasienter med innvandrerbakgrunn opplever utført pleie og omsorg (Debesay, 2008, s. 119-120). Sykepleiere bør kontinuerlig reflektere og tenke kritisk når det gjelder en selv, egen rolle og status, samt egne holdninger (Magelssen, 2018, s. 21).

2.2.6 Kommunikasjon

Kristoffersen (2017) skriver at god kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell bidrar til økt tillitt, forståelse og motivasjon til å fullføre behandling samtidig som det reduserer feil, uønskede hendelser og fører til bedre behandlingsresultat (s. 206). Vanligvis påvirkes menneskers kommunikasjonsmåte og tankemønstre av gruppetilhørighet og kulturbakgrunn (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 16). I oversettelsesprosessen fra pasientens eget språk til nytt språk overføres ofte symboler og formuleringer nokså direkte, noe som kan medføre misforståelser og/eller tap av betydningen til noe av budskapet. Selv om pasient og sykepleier prater samme språk kan kulturforskjeller gjøre at ordenes betydning gir misforståelse og forvirring (Hanssen, 2017, s. 91). Språkproblemer er en utfordring for sykepleiere ved interkulturell kommunikasjon både når det gjelder personlig kontakt og datainnsamling (Hanssen, 2017, s. 95).

Ved nonverbal kommunikasjon, kan nonverbale signaler ofte være flytende og vanskelig å tolke. Det anbefales derfor å utvise ydmykhet, varsomhet, åpenhet og undring ved nonverbale signaler. Evnen til å observere og tolke disse signalene varierer i stor grad fra person til person. Som regel er det den andre personen som kan bekrefte eller avkrefte oppfattelse av budskapet (Eide & Eide, 2019, s. 139-140). Ved nonverbal kommunikasjon er det store forskjeller på hvordan ulike gester oppfattes fra kultur til kultur. Eksempler er forskjell i ansiktsuttrykk, avstand, berøring, kommunikasjon med øyne og volum på stemmebruk (Hanssen, 2017, s. 90-91).

Kultursensitiv kommunikasjon stiller krav til alle involverte parter og inkluderer både helsearbeidere, pasienter eller pårørende. Det innebærer å delta i en prosess med å åpne seg om egne meninger, prøve å finne likheter i forskjellene og kontinuerlig vurderer, revurderer, lære og handle på det man lærer om seg selv og andre parter. Gjennom gjensidig presentasjon kan pasient og sykepleier vite noe om hverandres utgangspunkt. Dette kan lette arbeidet med å komme frem til en felles problemforståelse og arbeidsfordeling (Magelssen, 2018, s. 20). Kultursensitiv kommunikasjon kreves en atmosfære av trygghet og respekt. Som den profesjonelle part i relasjonen: helsearbeider/pasient/pårørende, har sykepleier et spesielt ansvar for å skape slike rammer (Magelssen, 2018, s. 18).

2.3 Sykehus som organisasjon

De offentlige sykehusene i Norge er statlig eid, organisert i fire helseforetak og tilbyr spesialisert behandling til befolkningen (Regjeringen, u.å.). Sykdom karakteriseres i vestlig medisin som fysisk, psykisk eller psykosomatisk, der sykdom i forbindelse med fysisk funksjon går under somatisk sykdom (Kristoffersen, 2017, s. 62). Hovedoppgaven til de somatiske sykehusene er å diagnostisere og behandle sykdom og skader (Kristoffersen, 2017, s. 216).

Med sykehusets struktur, menes det mønsteret som myndighets-, ansvars- og arbeidsfordeling i sykehuset representerer. En av de viktigste oppgavene til sykehuset som institusjon, er å gi pasientene best mulig behandling og pleie, enten av forebyggende, kurativ

eller lignende karakter (Magelssen, 2018, s. 92). Ved siden av har sykehusene oppgaver knyttet til utdanning, forskning og opplæring av pårørende og pasienter (Regjeringen, u.å.). Ifølge helseforetaksloven er formålet til helseforetakene å gi de som har behov for behandling, behandling når de har behov for det, uansett hvilket kjønn, alder, etnisk bakgrunn og bosted de har (Helseforetaksloven, 2001, § 1)

Det er et sprik mellom sykehusenes tilgjengelige ressurser og kostnader som fører til store krav til effektivisering og prioritering (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 142). Helsepersonell er i dag nødt til å prioritere ettersom ønskene og mulighetene er større enn de ressursene som er tilgjengelig i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 38 (2020-2021), s. 6). Sykepleierne opplever ofte at ressurser ikke strekker til i forhold til kravene de blir stilt ovenfor (Kristoffersen, 2017, s. 277). Kirkevold (2017) beskriver at helsetjenesten i økende grad påvirkes av effektivitetspress, høyt tempo og komplekse pleie- og behandlingsoppgaver med færrest mulig ansatte (s. 301).

2.3.1 Sykepleierens ansvarsområde

Sykepleiere har et ansvar for det psykiske, fysiske og åndelige behovet til pasienten. Tilfredsstillende kommunikasjon og etablering av et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient blir nødvendig for å oppfylle de krav som stilles i pasientrettighetsloven og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Hanssen, 2017, s. 96). Ifølge helsepersonelloven (1999) har helsepersonell plikt til å gi informasjon til den som har krav på det (§ 10). I punkt 2.5 kreves det at informasjonen skal være tilstrekkelig, tilpasset og forstått av pasient for å fremme pasientens autonomi og mulighet til å ta en selvstendig avgjørelse (NSF, 2019). Videre krever punkt 2.3 i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleier ivaretar behovet til pasienten for en helhetlig omsorg (NSF, 2019) og Helsepersonelloven (1999) at det gis omsorgsfull og faglig forsvarlig hjelp (§ 4). Alle som yter helse- og omsorgstjenester, skal påse at virksomheten jobber systematisk for å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-2).

2.4 Campinha-Bacotes modell for kulturell kompetanse

Josepha Campinha-Bacotes modell for kulturell kompetanse i helsetjenester, er en modell sykepleier kan bruke som verktøy i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn. Utviklingsstadiene til modellen begynte tilbake i 1969 da Campinha-Bacote studerte sykepleie i Connecticut. Denne tiden var preget av uro og konflikt mellom ulike kulturelle grupper. Campinha-Bacote begynte å utvide sin interesse for kulturelle og etniske grupper, og utviklet etter hvert modellen for kulturell kompetanse i helsevesenet. Modellen ser på kulturell kompetanse som en pågående prosess hvor helsepersonell kontinuerlig prøver å tilegne seg evnen til å arbeide effektivt innenfor pasientens kulturelle rammeverk og kontekst. Denne prosessen består av fem komponenter som felles bidrar til kulturell kompetanse hos sykepleiere og kulturell kompetent omsorg (Campinha-Bacote, 2002, s. 181).

Kulturell bevissthet er utforskning av sin egen kulturelle og profesjonelle bakgrunn. Dette omhandler refleksjon over egne kulturelle ulikheter, holdninger og fordommer mot mennesker som er annerledes. Uten å være kulturelt bevisst, kan det være risiko for å påføre verdier, oppfatninger og atferdsmønstre på andre (Campinha-Bacote, 2002, s. 182).

Kulturell kunnskap vil si å søke kunnskap, samt oppnå innsikt om mangfoldige kulturelle og etniske grupper. Dette innebærer å tilegne seg kunnskap om pasientens kulturelle verdier, helserelaterte tro, sykdomsforståelse og opplevelse av å være på sykehus. Det kan også være nødvendig å tilegne seg kunnskap om sykeforekomst, prevalens, og behandlingseffekt for å oppnå god kulturell omsorg (Campinha-Bacote, 2002, s. 182).

Kulturelle ferdigheter er sykepleierens evne til å utføre en relevant kulturell datainnsamling om pasientens problem og behov. Det omhandler sykepleiers evne til å kommunisere med pasienten når det foreligger språkbarrierer samt observere verbale og nonverbale uttrykk. Kulturelle ferdigheter kan være nødvendig når sykepleier skal utføre en fysisk vurdering på etniske ulike pasienter. Det innebærer å vite hvordan en pasients fysiske, biologiske og fysiologiske variasjoner kan påvirke evnen til å gjennomføre en nøyaktig og

passende fysisk evaluering. Eksempelvis forskjeller i kroppsstruktur, hudfarge, synlige fysiske egenskaper og laboratorieavvik (Campinha-Bacote, 2002, s. 182).

Kulturelle møter er prosessen som oppmuntrer sykepleiere til å aktivt engasjere seg i interaksjoner med pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Det kan bidra til å se den enkelte pasienten, og redusere egne fordommer. I kulturelle møter må det tas hensyn til pasientens språklige behov og vurdering av behov for tolk (Campinha-Bacote, 2002, s. 182).

Kulturell vilje er det siste punktet i modellen til Campinha-Bacote og omhandler sykepleiers motivasjon til å tilegne seg kulturell kompetanse. Sykepleiers engasjement og ønske om å gi kulturell betinget omsorg er av stor betydning. Dette innebærer å være åpen, fleksibel, vise respekt, akseptere ulikheter og bygge på likheter samt være villig til å lære av andre (Campinha-Bacote, 2002, s. 182-183).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en metode hvor man søker systematisk i databaser, kritisk vurderer innholdet og setter funnene sammen for å kunne belyse temaene i problemstillingen. Sammenfatningen og resultatene fra forskningsartiklene sammen med den utvalgte teorien, skal brukes i drøftingsdelen i bacheloroppgaven for å besvare problemstillingen (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80).

Ved å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, oppfatninger, holdninger og opplevelser, bruker man kvalitativ forskningsmetode. I hovedsak brukes intervju, observasjon og/eller ved gjennomgang av dokumenter som metode (Nordtvedt et al., 2012, s. 72). I kvalitativ metode brukes tekst, mens det i kvantitativ metode anvendes tall. Analysene som benyttes ved kvantitativ metode er spesielle statistiske prosedyrer (Johannesen et al, 2016, s. 239). En metode som blir stadig mer aktuell er “mixed method” som kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode. Denne metodiske tilnærmingen er ansett å gi en mer helhetlig forståelse, men medfører større vitenskapeteoretiske, metodologisk og praktiske utfordringer (Andersen, 2017).

3.2 Søk og utvelgelsesprosess

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Publisert før 2013
IMRaD struktur	Primærhelsetjenesten
Engelsk språk	Psykiatrisk avdeling
Sykehus	Pårørende
Interkulturell kompetanse	Barn
Sykepleie til pasienter med innvandrerbakgrunn	Nasjonale minoriteter som hovedpasientgruppe
Pasient med innvandrerbakgrunn	Sykehus med lav medisinsk standard

Søk i Cinahl:

Database	Dato for søk
Cinahl	23.01.2023

Søkeord	Antall treff	
S1: "Intercultural OR Multicultural OR Transcultural OR Cultural Diversity	26 563	
S2: "Communication OR Care OR Skill OR Competencies OR Competency OR Competence OR Abilities OR Capabilities	2 035 593	
S3: "Minorities OR Minority OR Ethnic OR Multicultural	96 014	
S4: "Nurse OR Nurses OR Nursing	987 410	
S5: "Hospital OR Hospitals OR Hospital setting	573 910	
S6: "S1 AND S2"	14 460	
S7: "S6 AND S3"	4 687	
S8: "S7 AND S4"	1 596	
S9: "S8 AND S5"	181	
S10: "S9 + avgrensning" Avgrensning: Fagfelleverdert, publisert etter 2013 på engelsk	71	
Leste abstrakter	Nedlastede	Valgte
35	15	2

Søket gav resultat på 71 fagfelleverderte artikler som inneholdt de ulike komponentene i søket. For videre utvelgelse ble artikler med overskrifter som hentydet pasientgruppe innenfor nasjonale minoriteter, barn, primærhelsetjenesten eller psykiatri ekskludert. Dette gav et resultat på 35 artikler som vi leste abstrakt på. Ved å bruke ekskluderingskriteriene, samt fokusere på inklusjonskriteriene endte vi med 15 artikler vi lastet ned. Ved å lese gjennom disse samt fokusere på artiklenes kvalitet og funn kom vi frem til 2 artikler.

Søk i Medline:

Database	Dato for søk
Medline	30.01.2023

Søkeord	Antall treff	
S1: «Nurse» OR «Nurses» OR «Nursing»	1 119 611	
S2: «Minority patients» OR «Minority groups»	23 453	
S3: «Intercultural competence» OR «Cultural competence» OR «Cultural diversity» OR «Cultural competency» OR «Transcultural nursing»	26 617	
S4: «S1» AND «S2» AND «S3» + «avgrensning»	199	
Leste abstrakter	Nedlastede	Valgte
21	7	3

Søket gav resultat på 199 fagfellevurderte artikler som inneholdt de ulike komponentene i søket. Med samme utvelgelse av overskrifter som beskrevet over gav det resultat på 21 artikler som vi leste abstrakt på. Videre gav bruk av inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier 7 artikler som vi leste gjennom. Av disse kom vi frem til 3 artikler basert på studiets kvalitet og relevans.

3.3 Presentasjon av metode i forskning

Artikkel 1

Degrie, L., Denier, Y., Dierckx de Casterl , B., Gastmans, C. & Mahieu, L. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research. *BMC Medical Ethics*, 18 (2) 1-17.

Dette er en oversiktsstudie som ble publisert i 2017 og inkluderer 51 kvalitative forskningsartikler fra Europa, USA, Canada, Australia, New Zealand, Iran og Sør-Afrika. Hensikten med studien er å få informasjon om hvordan pasienter med minoritetsbakgrunn opplever interkulturell omsorg på sykehus. Søket er basert på en kritisk tolknings syntese og grunnet store mengder data og forskjell i metodikk i de ulike studiene, er det valgt en analyse som er systematisk og egner seg for kvalitativ forskning. Det er brukt 4 ulike søkestrategier. Først ble det gjennomført søk for å finne nøkkelord og riktig terminologi. Neste strategi bestod av å søke systematisk i Embase, Cinahl, Medline/PubMed og Web of science. Fulltekster for relevante artikler ble hentet ut og nøye vurdert. Det tredje steget bestod i at forskerne i den tverrfaglige gruppen brukte eksisterende og personlig kunnskap for å identifisere artikler. Til slutt ble det utført sitering og referansesporing til det ikke ble funnet mer relevant data (Degrie et al., 2017, s. 2).

I de inkluderte studiene er det brukt intervjuer, fokusgrupper eller en kombinasjon av intervjuer og/eller fokusgrupper og/eller observasjoner. For at en forskningsartikkel skulle bli inkludert, måtte den inneholde perspektivet fra en pasient med innvandrerbakgrunn på sykehus, ha tydelig kvalitativ metodikk, publiseringstidspunkt mellom 2000-2015 og være på engelsk, nederlandsk, fransk eller tysk språk. Det ble tatt med artikler med "mixed method" dersom det kvalitative resultatet var tydelig presentert for seg selv (Degrie et al., 2017, s. 2).

Artikkel 2

Alpers, L-M. (2016). Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nursing Ethics*, Vol. 25(3) 313–323.

Studien har brukt dyptgående kvalitative dybdeintervjuer med hermeneutisk design (Alpers, 2016, s. 313). Inklusjonskriterier var: Førstegenerasjonsinnvandrere fra asiatiske eller afrikanske

land over 18 år som var eller hadde vært pasienter på medisinsk enhet eller poliklinikk på sykehus (Alpers, 2016, s. 315). Studien ble utført i Oslo i samarbeid mellom Lovisenberg diakonale høgskole og Oslomet, hvor avdelingssykepleier valgte ut pasienter som oppfylte kriteriene over. Av de 29 personene som ble spurt, godtok 10 personer å være med. Av disse var 6 kvinner og 4 menn i alderen 32-85 år. Deltakerne ble intervjuet 1-3 måneder etter siste sykehusopphold med oppmuntring om å kommunisere fritt i egen stil og tempo (Alpers, 2016, s. 313).

Intervjuene omhandlet spørsmål om hvordan pasientene opplevde sykehusoppholdet, hva som var bra/dårlig og hva som kunne forbedres. Datametningen virket å være oppnådd etter de ti intervjuene i form av at det ikke kom noe ny informasjon ved gjennomgang av de nyere intervjuene sammenlignet med de senere (Alpers, 2016, s. 313).

Artikkel 3

Hemberg, J. A. V. & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31(4), 822-829.

Formålet med studien var å innta et interkulturelt perspektiv for å avdekke ny forståelse av omsorgsfelleskapet mellom sykepleiere og pasienter når disse ikke snakket samme språk. Dette ble utforsket gjennom forskningsspørsmålet: "Hva er betydningen av kommunikasjon i et omsorgsfelleskap når sykepleiere og pasienter ikke snakker samme språk?" (Hemberg & Vilander, 2017, s. 822).

I forskningsartikkelen brukes kvalitativ metode med hermeneutisk design. Undersøkelsen ble utført på et av Finlands største sykehus. Spørreskjemaer med utforskende hermeneutisk design ble utdelt til åtte sykepleiere. Denne kvalitative metoden ble valgt for å sikre konfidensialitet, da forsker hadde kjennskap til sykepleiere på avdelingen. Metoden ble også valgt for å gi deltakerne mulighet til å formulere seg fritt og mulighet til å bruke så mye tid som ønskelig. Studiet baseres på to spesifikke pasienter med innvandrerbakgrunn og engelsk som morsmål. Utvelgelse av sykepleiere innebar at de hadde hatt ansvar for minst en av

disse pasientene. Innholdsanalyse ble brukt for gjennomgang av alle svarene (Hemberg & Vilander, 2017, s. 824).

Artikkel 4

Joo, J. Y. & Liu, M. F. (2019). Nurses' Barriers to Care of Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 42(9), 760–771.

Dette er en kvalitativ systematisk oversiktsartikkel. Formålet med oversiktsstudiet er å forbedre forståelsen av barrierer som sykepleiere opplever i kulturell kompetanse i møte med pasienter av etniske minoriteter (Joo & Liu, 2019, s. 761). Fem databaser ble brukt for søk: PubMed, CINAHL, PsycINFO, Ovid og Web of Science. For å sikre nøyaktighet ble det foretatt tre søk i perioden mars 2019 til september 2019. Søket ble begrenset til primære kvalitative studier publisert fra januar 2010 til mars 2019 skrevet på engelsk. Bare studier utført i vestlige land ble inkludert - land i Europa, Australia, USA og Canada. Gjennom en screenings- og utvalgsprosess ble 8 av 470 artikler valgt (Joo & Liu, 2019, s. 761-762).

Artikkel 5

Claeys, A., Berdai-Chaouni, S., Tricas-Sauras, S. & De Donder, L. (2020). Culturally Sensitive Care: Definitions, Perceptions, and Practices of Health Care Professionals. *Journal of Transcultural Nursing* 32 (5), 484–492.

Denne studien har kvalitativt design og er en del av et større prosjekt som omhandler kultursensitivitet i Belgia. Formålet med studiet er å bidra til kunnskap og forståelse om kultursensitiv omsorg. Studien utforsker helsepersonell definisjoner og oppfatninger av dette konseptet og hvordan de leverer dette i praksis. (Claeys et al., 2020, s. 485).

To av forfatterne gjennomførte intervjuene og fokusgruppene mellom november 2017 og september 2018. Deltakerne i fokusgruppene var jordmødre, sykepleiere, sykepleiestudenter, jordmorstudenter og medisinstudenter. Deltakelse var frivillig og erfaring fra en helseinstitusjon i en mangfoldig by var et av inklusjonskriteriene. Det ble totalt utført 6 fokusgrupper med 34 deltakere og 4 intervjuer. (Claeys et al., 2020, s. 485-486).

Det ble brukt innholdsanalyse for analysering av data og etter første koding ble dataene utforsket i dybden. Etter andre analyseringsrunde ble det identifisert fem hovedtema. Det ble utført tre runder med analyse for å komme fram til funnene (Claeys et al., 2020, s. 486).

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer en kritisk gjennomgang av benyttet litteratur hvor kildens troverdighet og relevans vurderes. Hensikten er å belyse kriteriene som er brukt under datainnsamlingen for å besvare oppgavens problemstilling (Dalland, 2017, s. 158). Interkulturell kommunikasjon og kultursensitivitet er store temaer med mange forskningsartikler og mye fagstoff tilgjengelig på temaet. Vi har valgt Medline og Cinahl som databaser fordi begge disse databasene har god dekning helseforskning.

Som søkerresultatene viser, er det mye relevant forskning som kunne vært benyttet i oppgaven, og det innebærer at relevant litteratur kan ha blitt valgt bort eller forbigått.

Under utvelgelsen var fokuset at forskningsartiklene skulle belyse ulike sider av problemstillingen, være tematisk relevante og sammen gi god kunnskap om tema. Vi valgte to oversiktsstudier da deres funn er basert på store mengder forskning hvor de identifiserte sentrale funn etter å ha organisert og vurdert alt materialet. Videre valgte vi en hermeneutisk kvalitativ studie og en "mixed method" for å utforske ulike vinklinger. De inkluderte forskningsartiklene ble også valgt for å ha noen artikler med sykepleieperspektiv, noen med pasientperspektivet og en med begge perspektiv i samme undersøkelse.

Forskningsartiklene ble også valgt på bakgrunn av IMRaD struktur, kvalitet på forskningsartiklene og oppfyllelse av inklusjons og eksklusjonskriterier.

Ulik begrepsbruk i de inkluderte i oversiktsstudiene og forskningsartikler, gjør at vi i denne oppgaven vil bruke "pasienter med innvandrerbakgrunn" som et felles begrep på pasientgruppen. I artiklene er det brukt begreper som "fra en annen kultur", "etnisk minoritetspasient" og "etnisk minoritetsbakgrunn". Disse begrepene kan inkludere noen pasienter som ikke er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre.

3.5 Etske overveielser

I denne oppgaven er VID's retningslinjer for oppgaveskriving brukt for å ha korrekt kildehenvisning og APA 7 er brukt som referansestil. Riktig kildebruk gjør at man unngår mistanke om plagiat og bidrar til akademisk redelighet (VID, u.å.). Alle forskningsartiklene vi har brukt har vært fagfellevurdert og tidsskriftene de er publisert i har fått et nivå på 1-2 i Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse sitt "Register over vitenskapelige publiseringskanaler". Nivå 2 er det høyeste nivået, mens nivå 1 tilfredsstillende minimumskravet til vitenskapelighet (Register over vitenskapelige publiseringskanaler, u.å.).

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av forskningslitteratur

Artikkel 1

How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research.

(Degrie et al., 2017).

I denne studien kommer det frem at pasienter med innvandrerbakgrunn og sykepleiere har to ulike kulturer med ulikt forhold til sykdom, helse, behandling og omsorg. Pasientens forventninger påvirkes utfra egne kulturelle kontekster, verdier, tro, tradisjoner og praksiser. Faktorer som menneskelig omsorg, kommunikasjon, familiens rolle og organisasjonskulturen til sykehuset, kan påvirke etableringen av et interkulturelt omsorgsforhold. Helsepersonell som bryr seg om deres velbefinnende, setter av tid og som er empatiske, fleksible, respektfulle og oppmerksomme ble verdsatt av pasientene. Studiet finner at ved å tilpasse forventninger, løse konflikter, snakke om behandling og å etablere tillit, kan det utvikles et meningsfylt omsorgsforhold.

Dårlige språkferdigheter beskrives som den mest omtalte kommunikasjonsbarrieren.

Det påvirker kvaliteten på pleien, undersøkelse av pasientens behov og beslutningsdeltakelse. Dette påvirker videre pasientens tilgang til tjenester, tilfredshet på behandling og etterlevelse av medisiner og behandling. Studien påpeker utfordringer med pasientens mulighet til å ta et informert valg. Årsaken var at helsepersonell opplevde utfordringer med å forstå pasientens behov og informere på en forståelig måte. I tillegg ble nonverbale uttrykk sett på som en utfordring, da dette ofte tolkes ut fra egen kulturelle kontekst. Utfordringer i kommunikasjonen gjorde det vanskelig å etablere en interkulturell omsorgsrelasjon. Kommunikasjon med grundig informasjon, ga pasientene mulighet til å ta kontroll over egen omsorg og bidro til å oppnå en meningsfull interkulturell omsorgsrelasjon.

Mange pasienter oppgav utfordringer i omsorgsprosessen grunnet sykehusets organisering, som mangel på pleiere, tolker og religiøs støtte. Knapphet eller fravær av tolketjeneste bidrar til pasientens følelse om at sykepleieren ikke er motivert til å få til en meningsfull

dialog. Omsorgsrelasjonen ble også påvirket av lang ventetid og travelhet hos sykepleierne. Pasientene oppga at sykepleiere med kunnskap, kompetanse, vilje til å vise omsorg og vennlighet og som aksepterte familiens rolle, bidro positivt til den interkulturelle omsorgsprosessen.

Artikkel 2

Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study.
(Alpers, 2016).

Studien omhandler hvordan tillit og mistillit oppstår på helseinstitusjoner med en interkulturell kontekst. Studien fant en rekke faktorer som kan fremme tillit, samt årsaker til hva som skaper mistillit. Faktorer for å bygge et tillitsfullt forhold til pasienter med annen kulturell bakgrunn, var både kulturell kompetanse og mye tid til den enkelte.

Studien viser at verbale og nonverbale handlinger er kulturspesifikke og derav av helt ulik betydning i ulike kulturer. Nonverbale handlinger kan være dypt inngrodd i våre handlingsmønstre, slik at helsepersonell eller pasient får en automatisk ubevisst reaksjon på den andres adferd. Eksempelvis kan helsepersonell reagere automatisk på en pasients mangel på øyekontakt til tross for informasjon om hvordan ulike kulturer bruker nonverbal kommunikasjon. Når verbale og nonverbale handlinger er kulturspesifikke kan det forårsake utfordringer med å uttrykke tanker og følelser, og medføre misforståelser og mistillit.

Pasienter med innvandrerbakgrunn kunne være i stort behov for å få hjelp uten å stille spørsmål eller uttrykke dette. Årsaker kunne være at pasienter var fra kulturer hvor «rolige» pasienter fikk bedre helsetjenester. Studien fremhevet pasienter som svarer «ja» uten å forstå, eller av kulturelt betinget høflighet, når situasjonen tilsier at de ikke burde svart «ja». Slike situasjoner medførte utvikling av usikkerhet og til og med mistillit for både pasient og helsepersonell.

Mangel på kulturell kompetanse hos helsepersonell kan forårsake mistillit hos pasienter. Mistillit kan igjen forårsake sosiale prosesser som stigmatisering, marginalisering, fremmedgjøring, kulturell relativisme og rasisme. Noe som viste å skape mistillit til

helsepersonells kompetanse var uoppfylte forventninger og kunne også skape frustrasjon og fremmedgjøring. Manglende forståelse av hva som skjedde rundt pasienten, viste også å medføre til opplevelse av å være oversett, sårbar og omgitt av ikke-omsorgsfulle mennesker. En tendens som viste å være forsterket om pasientene hadde negative holdninger. Negative holdninger, fremmedgjøring og mistillit kan være forårsaket av forskjeller i kultur, tro, verdier og praksis hos både pasienter og helsepersonell. Manglende forståelse kunne medføre at helsepersonell opptrådte omsorgsfullt og likevel medvirket til en krenkende opplevelse for pasienten.

Studien identifiserte at det var mulig å stoppe disse prosessene, selv om det kunne være vanskelig. Positive personlige erfaringer viste å være med på å endre forutinntatte negative ideer og skape forståelse og tillit. Flere intervjuobjekter beskrev viktigheten av oppmuntring, smil, et klapp på skulderen og følelsen av å bli sett og inkludert. Å motta positiv oppmerksomhet fra helsepersonell kan innby til mot, indre styrke, selvtillit og skape tillit samtidig som det kan endre negative forventninger og holdninger.

Artikkel 3

Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. (Hemberg & Vilander, 2017).

Denne studien fant at menneskelig kjærlighet er grunnlaget for en omsorgsfull relasjon i omsorgen mellom sykepleier og pasient når de har ulikt språk og kultur. Viktige funn var positive reksjoner hos pasienter når sykepleiere viste bekræftelse, omsorg, oppmuntring, respekt og fokus på håp. Når sykepleier viste innsats og brydde seg om pasient, la dette godt grunnlag for kommunikasjon. Å være nær pasient med eksempelvis å holde hånda deres viste å fremme fellesskap, tro, håp og lindre ensomhet, redsel og lidelse. Når sykepleier lyttet til pasienters fremgang, medførte det økt uttrykkelse av følelser. Sykepleiers bekræftende tilstedeværelse og formidling av tro og håp, var avgjørende for å dele og lindre pasienters lidelse.

Sykepleiers respekt, bekreftelse og forståelse for pasient, viste å være sentral for å danne et godt omsorgsforhold. Funn viste også at det var nødvendig at pasient med innvandrerbakgrunn respektere sykepleiers kultur og integritet for å bidra til omsorgsforholdet. Videre kunne pasienters økte kunnskap om kulturen rundt dem, fremme respekten til sykepleiers kultur og integritet. Sykepleieren skal imidlertid yte en tjeneste for pasienten, og ha et faglig ansvar for pasientenes behov og ønsker, noe pasienten ikke har ovenfor sykepleier. Å åpent uttrykke ulikheter i hverandres kulturer viste å øke kulturell kunnskap og bidra til økt respekt og godt omsorgsforhold. Når pasienter ble oppmuntret til å uttrykke sine behov og ønsker viste det å skape tillit, omsorg samt opplevelse av å bli sett og respektert av sykepleier.

Kroppsspråk viste seg å være sentralt for kommunikasjon mellom sykepleier og pasient når de ikke snakket samme talespråk. Ved kreativ bruk av ansiktsuttrykk, gester, tegnspråk, kunst eller bilder, kan det fremme trygghet, bygge tillit og bidra til at pasienten forstår viktig informasjon. Tålmodighet og sykepleiere som strakk seg langt for å prøve å forstå, ble satt stor pris på av pasienter. Bruk av tolk bidro til trygghet og opplevelse av å bli sett og hørt da pasienten fikk viktig informasjon og mulighet til å stille spørsmål. Studien fant at informasjonen gjennom pasientens pårørende bør benyttes fremfor tolk da pårørende har bedre kjennskap til pasient og er en stor trygghet. Sykepleiere observerte også bedre forståelse, mer effektiv og god overlevering av informasjon samt trygghet hos pasient, enn informasjon fra tolk.

Studien fant at viktige elementer som avgjør om relasjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg til et omsorgsforhold eller ikke, er faktorer som tilstedeværelse, kroppsspråk, informasjon som blir gitt og bekreftelse av pasientens integritet. Å delta som likeverdig i diskusjon om egen helse- og omsorgsplan, fremmet tilknytning og verdighet. Regelmessig og upartisk informasjon til pasienter og pårørende reduserte bekymring og skapte trygghet, tillit og fremmet et godt omsorgsforhold. Eksempelvis kunne vennlighet og godheten i et smil fra sykepleier, oppleves som en invitasjon til omsorgsforhold som medføre tillit, i stedet for mistillit. Åpen holdning til pasienters kultur hos sykepleiere viste å være helsefremmende.

Artikkel 4

Nurses' Barriers to Care of Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review.

(Joo & Liu, 2019).

Denne studien fremhever kommunikasjonsbarrierer mellom sykepleier og pasient som den største hindringen for god sykepleiepraksis. Studien identifiserte fem barrierer; kommunikasjonsbarrierer; uklar, manglende eller kulturell upassende omsorgs informasjon; utilstrekkelig opplæring; utfordrende terapeutiske forhold til pasientene; og bekymring for kvaliteten på omsorgen. Studien peker på utfordringer til blant annet smertebehandling, ettersom effektiv kommunikasjon er nødvendig for å kunne identifisere pasientens behov.

Tolketjenester ble opplevd som både utilgjengelige og upresise med usikkerhet rundt oversettelse av medisinsk terminologi. Nonverbal kommunikasjon ble fremhevet som viktig blant sykepleierne. Tolkning av ansiktsuttrykk ble da fremtredende i deres vurderinger og utøvelse av pleie. Studien viser imidlertid at sykepleiers evne til å opparbeide en terapeutisk relasjon med pasienter med innvandrerbakgrunn var utfordrende. Det resulterte i at sykepleierne ikke klarte å gi den samme omsorgen til pasienter med innvandrerbakgrunn som til pasienter uten innvandrerbakgrunn.

Mangel på tillitsrelasjoner påvirket pasienttilfredsheten negativt, samt økte pasientens stress. Sykepleierne ønsket å skape tilknytning til pasienter av etnisk minoritet, men språkbarrierer og ulik kultur gjorde det vanskelig å danne slike relasjoner. Begrenset tid og utfordringer med å foreta en helhetlig vurdering reduserte sykepleieres evne til å utføre god omsorg.

Studien identifiserer utilstrekkelig opplæring og mangel på utdanning av kulturell kompetanse. Til tross for at sykepleiernes selvbevissthet om behov for opplæring, var opplæring både begrenset og utilstrekkelig. Organisatoriske rammer satte tydelige begrensninger for opplæring, tross sykepleierne ytringer og ønsker om å utvikle egne ferdigheter i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn.

Artikkel 5

Culturally sensitive care: Definitions, perceptions and practices of health care professionals.

(Clayes et al., 2020).

I denne studien kommer det fram at deltakerne hadde et smalt syn på kultursensitiv omsorg. De fleste deltakerne hadde lite bevissthet eller følsomhet overfor mangfoldet av referanserammer til ulike mennesker. Deltakerne opplevde kultursensitiv omsorg som utfordrende og trengte mer kunnskap om kulturer for å kunne gi god omsorg. Noen trakk frem nødvendigheten av å ha en åpen og utforskende holdning til pasientene. Andre trakk frem at kulturell kunnskap kunne tilegnes ved mange års erfaring, og veiledning kunne tilrettelegge for økt kulturell kompetanse.

Deltakerne følte på usikkerhet rundt egen kulturell kunnskap og ivret etter mer kunnskap for å føle seg forberedt i situasjoner der pasienten var «annerledes». Mer kunnskap og erfaring ville være betryggende, bedre omsorgsferdighetene og gi mer selvtillit til deltakerne for å mestre kommunikasjonen. Deltakerne ønsket mer kunnskap om ulike etniske kulturelle grupper, men forventet at enten lærested eller arbeidsgiver skulle ta ansvar for opplæring.

Mangel på tid ble ansett som utfordrende ved kultursensitiv omsorg, da tid er viktig for å kunne gi kvalitetspleie. Grunnet en kostnadsbesparende utvikling med for mye jobb og for lite tid blir tiden begrenset. Antakelser om at visse type pasienter krevde mer tid, førte til motstridende krav for helsepersonell.

5.0 Diskusjon

5.1 Kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleier og pasient med innvandrerbakgrunn

5.1.1. Kommunikasjonsutfordringer

Flere av studiene (Joo & Liu, 2019; Degrie et al., 2017) beskriver kommunikasjon som den største utfordringen i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn.

Kommunikasjonsutfordringer kan medføre misforståelser fra begge sider, samtidig som språkbarrierer kan begrense pasientens mulighet til formidling av egne tanker og følelser.

Store kulturforskjeller kan også gi utfordringer når det gjelder gjensidig forståelse.

Kommunikasjonsutfordringer øker i takt med hvor store kulturforskjellene er mellom kommuniserende parter kultur og da spesielt forskjeller i språk, normer og verdier (Hanssen, 2017, s. 89-90; Alpers, 2018, s. 8). Utfordringer i kommunikasjonen kan ifølge Degrie et al., (2017) påvirke kvaliteten på pleien, undersøkelse av pasientens behov, deltakelse i beslutningstaking, tilgang til tjenester, pasientens tilfredshet på behandling og etterlevelse på medisiner og behandling (s. 8). Kommunikasjon blir dermed sentralt for å sikre sykeleiers åtte funksjons og ansvarsområder (Kristoffersen et al., 2017, s. 17) samt sykehusets viktige funksjoner (Magelssen, 2018, s. 92).

Funn fra Alpers (2016) viser at flere pasienter med innvandrerbakgrunn ikke er vant til å bli informert om egen helsetilstand og sykdomsforløp, samt mulighet til pasientmedvirkning ved helseinstitusjoner i deres opprinnelsesland (s. 8). Det vises også at pasienter som har stort behov for hjelp, avstår fra å stille spørsmål, og medfører at de ikke får den nødvendige helsehjelpen de trenger. Dette kan skyldes at pasienter som krever lite og ikke stiller spørsmål i noen kulturer, er de som får best helsehjelp (Alpers, 2016, s. 8). Ved utvekslingsopphold på Madagaskar opplevde vi at kvinner som fulgte jordmødres instruksjoner, var rolige under fødsel og ikke uttrykket smerte verbalt, fikk en helhetlig bedre helsehjelp, enn de som krevde mer. Videre kan kulturelt betinget høflighet være en utfordring ved kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, ettersom pasienten kan svare høflig «ja» når de egentlig ikke har forstått spørsmålet. Sykepleiere bør derfor være kritiske og bemerke seg pasienter som svarer «ja» uten å forstå når situasjonen tilsier at de ikke burde svart «ja» (Alpers, 2016, s. 8).

Dypedahl & Bøhn nevner «evne til å lytte og observere» og «evne til å analysere, tolke og relatere» som viktige delkomponenter innen interkulturell kompetanse (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 18-19). Disse egenskapene blir viktige for å prøve å avgjøre hva pasienten egentlig mener og vurdere om pasienten tør å stille spørsmål. For å oppfylle § 3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) med tilpasset informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), vil det i denne settingen innebære å legge til rette for at pasienter kan stille spørsmål, være bevist på ulik kommunikasjonsstil samt oppklarer eventuelle misforståelser.

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 4-2 har enhver som yter helse- og omsorgstjeneste plikt til å sørge for at virksomheten jobber systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Som nevnt i Alpers (2016) kan pasientens motstand til å stille spørsmål medføre store misforståelser, samt true pasientsikkerheten. Tilsvarende blir det i studiet til Joo og Liu (2019) beskrevet at kommunikasjonsutfordringer kan påvirke smertebehandling og pasientsikkerheten, da effektiv kommunikasjon er nødvendig for å identifisere pasientens behov. Vanskeligheter med å foreta en helhetlig vurdering av pasientens tilstand og intensitet av smerte, påvirket sykepleieres evne til å gi optimal behandling (s. 763). I følge Hemberg & Vilander (2017) er sykepleieres innsats for å bekrefte og kommunisere med pasientene viktig for å skape et godt grunnlag for kommunikasjonen (s.825). Det samsvarer med Eide & Eide (2019) som skriver om å bruke ulike ferdigheter som aktiv lytting, speiling og bekreftelse av den andre sammen med å stille spørsmål som fører til refleksjon og utforskning (s. 191). Sammen tyder det på at gode kommunikasjonsferdigheter er en viktig faktor for å sikre at helsetjenesten oppfyller lovpålagte krav, ivaretar pasientsikkerhet og gir god behandling.

Dette beskrives av Campinha-Bacotes under *kulturelle ferdigheter* hvor modellen hennes trekker frem viktigheten av sykepleiers evne til å kommunisere når det foreligger språkbarrierer, og vektlegger observasjon av pasientens verbale og nonverbale uttrykk. Hun trekker også frem at sykepleier bør ha kjennskap til biologiske og fysiologiske variasjoner i ulike deler av verden, for å kunne gjennomføre en nøyaktig og passende fysisk evaluering. (Campinha-Bacote, 2002, s. 182). I lys av funnene over, blir det viktig å sikre kulturelle ferdigheter hos sykepleiere samt fremme effektiv kommunikasjon, for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i pleie av pasienter med innvandrerbakgrunn.

5.1.2 Nonverbal kommunikasjon

Kroppsspråk kan ifølge Hemberg & Vilander (2017) være avgjørende når sykepleier og pasient ikke snakker samme verbale språk for å gjøre kommunikasjon mulig (s. 826). Studien trekker frem at sykepleiers bruk av ansiktsuttrykk, gester, tegnspråk eller bilder kan bidra til at pasienten forstår informasjonen som blir gitt, og skaper trygghet og tillit (Hemberg & Vilander, 2017, s. 826). Tilsvarende viser studien til Joo & Liu (2019) at sykepleiere så på ansiktsuttrykk når de foretok vurderinger for å ivareta pasienten (s. 763). Resultater fra studiene indikerer dermed at nonverbal kommunikasjon er en viktig plattform for både kommunikasjon og informasjon, når sykepleier og pasient ikke snakker samme talespråk.

Samtidig er det store forskjeller fra kultur til kultur hvordan ulike gester oppfattes ved nonverbal kommunikasjon (Hanssen, 2017, s. 90-91). Dette kommer frem i studiene til Alpers (2016) og Degrie et al., (2017) hvor begge påpeker at både verbale og nonverbale handlinger tolkes ut fra egen kulturell kontekst og har ulik betydning i ulike kulturer (Alpers, 2016, s. 8; Degrie et al., 2017, s. 9). Eide & Eide (2019) påpeker også at kommunikasjon kan være flytende og vanskelig å tolke med store variasjoner i folks evne til å observere og tolke nonverbal kommunikasjon (s.139-140). Dette kan skape konfrontasjon mellom to ulike kulturelle kontekster og medføre manglende felles mening (Degrie et al., 2017, s. 9).

Nonverbale handlinger kan også være dypt inngrodde i våre handlingsmønstre som medfører automatisk ubevisst reaksjon (Alpers, 2016, s. 8) samtidig som det ligger så dypt at mange er mer sensitive (Degrie et al., 2017, s. 9). Eksempelvis kan sykepleier få informasjon om at øyekontakt brukes på ulike måter i ulike kulturer. Til tross for denne informasjonen kan sykepleier tolke lite øyekontakt som beskjedenhet da det blir en automatisk ubevisst reaksjon (Alpers, 2016, s. 8). Når nonverbale handlinger er kulturspesifikke og varierer i så stor grad kan det forårsake utfordringer med å uttrykke tanker og følelser samt medføre misforståelser og mistillit (Alpers, 2018, s. 8). Sykepleier bør derfor utvise ydmykhet, varsomhet, åpenhet og undring ved nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2019, s. 139-140).

5.1.3 Formidling av informasjon

Det å opprette en tilfredsstillende kommunikasjon, samt etablere et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient, er en forutsetning for å kunne følge pasientrettighetsloven og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Hanssen, 2017, s. 96). Ifølge Degrie et al., (2017) kan sykepleieres utfordringer med å forstå pasienters behov og overføre nødvendig informasjon, resultere i at pasienten mister muligheten til å ta et informert valg (s. 8). Det medfører igjen at pasient ikke får innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Begge deler strider mot pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 om pasientens rett på informasjon og §3-5 om informasjon tilrettelagt for mottakerens individuelle forutsetninger. Det strider også mot NSF's yrkesetiske retningslinjene punkt 2.5 som beskriver at sykepleier skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt sørge for at informasjonen er forstått slik at pasientens autonomi og mulighet til å ta en selvstendig avgjørelse blir overholdt (NSF, 2019). Regelmessig og upartisk informasjon til pasienter og deres pårørende reduserer bekymring, skaper trygghet, tillit og bidrar til et godt omsorgsforhold (Hemberg & Vilander, 2017, s. 826). Å sørge for nødvendig informasjon har dermed en viktig rolle for å oppfylle lovpålagte krav, etiske retningslinjer, samtidig som det har en viktig rolle i møte med pasient og deres pårørende for å bygge tillit, lindre lidelse og skape en god relasjon.

For å sikre tilfredsstillende kommunikasjon i kulturelle møter kan tolk benyttes, noe flere av studiene beskriver (Hemberg & Vilander, 2017, s. 827; Degrie et al. 2017, s. 9). Dette beskrives også under *kulturelle møter* i Campinha-Bacotes modell for kulturell kompetanse hvor hun beskriver viktigheten av å vurdere behov for tolk ved å vurdere pasientens språklige behov (Campinha-Bacote, 2002, s. 182). Når sykepleier benytter tolk eller pårørende viste Hemberg & Vilander (2017) at det sikrer pasient viktig informasjon og mulighet til å stille spørsmål. Dette fremmet pasientens trygghet og opplevelse av å bli sett og respektert av sykepleier (s. 827). Mangel på tolketjenester kan ifølge Degrie et al., (2017) medføre at pasienter føler sykepleiere ikke er motivert til å skape en meningsfull dialog (s. 9). Hansen (2019) påpeker at forskning viser underforbruk av tolketjenester, og større bruk av familiemedlemmer som tolk (s. 45).

På den andre siden angir studiet til Joo & Liu (2019) at tolketjenester kan oppfattes som en barriere for kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Dette begrunnes i utilgjengelighet, samt spørsmål rundt tolkers evne til å forstå og oversette helsevesenets terminologier til pasienter (s. 765). Hemberg & Vilander (2017) trekker frem at informasjon gjennom pårørende fremfor tolk, kan bedre forutsetningene for effektiv overlevering av informasjon da pårørende har bedre kjennskap til pasient (s. 828). Det ble i tillegg observert bedre forståelse og trygghet hos pasient ved bruk av pårørende enn ved bruk av tolk, samtidig som det kan lette og bedre sykepleierens omsorg (Hemberg & Vilander, 2017, s. 827-828).

Likevel viser familiemedlemmer seg ofte uegnet som tolk, fordi de ikke har nok kunnskap om norsk helsevesen til å forstå hva som skal oversettes, velger ut selv hva som skal oversettes og hvilken informasjon pasienten skal få. Dermed vil ikke nødvendigvis sykepleiere forstå hele oversettelsen eller få riktig informasjon, ettersom budskapet kan endres før det kommer frem til mottaker (Hanssen, 2019, s. 45). Dette kan tyde på at bruk av pårørende som tolk, kan skape usikkerhet hos sykepleiere, ettersom det ikke er sikkert at begge parter har fått riktig informasjon. Summen av studiene viser likevel nødvendigheten av å bruke tolk eller pårørende, for å sikre at riktig informasjon blir forstått hos begge parter og at lover og retningslinjer blir overholdt. Dette er også en forutsetning for å kunne skape nære og tillitsfulle relasjoner (Joo & Liu, 2019, s. 767).

5.2 Kultursensitivitet i omsorg

5.2.1 Kultursensitiv Kommunikasjon

I følge Degrie et al., (2017) har pasienter med innvandrerbakgrunn og helsepersonell ulike forventninger og forhold til sykdom, helse, behandling og omsorg ut fra deres kulturelle kontekst, verdier, tro, tradisjoner og praksiser (s. 4). Dette samsvarer med Hansen (2019) som skriver at helsepersonell i Norge møter pasienter med en annen kulturell bakgrunn som har en annen helse- og sykdomsforståelse (s. 15). Sykepleier skal ifølge punkt 2.3 i NSF yrkesetiske retningslinjer ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019). Hvordan kan dette sikres hvis pasient og sykepleier har ulike syn på hva helhetlig omsorg

innebærer? For å etablere et tillitsfullt og meningsfylt omsorgsforhold kreves ifølge Degrie et al., (2017) en pågående prosess med tilpassing av forventningene mellom pasient og helsepersonell. Denne prosessen foregår gjennom hele behandlingsløpet og innebærer også å løse uenigheter og konflikter som kommer opp (s. 4)

Dette reiser et spørsmål om hvordan sykepleier og pasient kan kommunisere godt og hvordan man kan sikre kultursensitiv kommunikasjon. I følge Magelssen (2018) stiller kultursensitiv kommunikasjon krav til gjensidig deltakelse i en prosess der både helsepersonell og pasient åpner seg, føler, ser og lytter etter likhetene i forskjellene - der de vurderer, revurderer, lærer og handler (s. 18) Hemberg & Vilander (2017) hevder at sykepleier har ansvar for å vise forståelse, respekt og bekreftelse av kulturen til pasienten (s. 825), samtidig som pasienter må bidra ved å respektere sykepleierens integritet og kultur for å skape et godt omsorgsforhold (s. 827). Denne gjensidige respekten for hverandres kulturer er også nevnt av Dypedahl & Bøhn (2017) som delkomponent i interkulturell kompetanse (s. 18-19) og samsvarer med Magelssen (2018) som hevder at sykepleiere og pasienter som vet noe om hverandres utgangspunkt, lettere kan komme frem til en felles problemforståelse og arbeidsfordeling (Magelssen, 2018, s. 20).

Selv om begge parter har gjensidig ansvar for å respektere hverandre, poengterer Hemberg & Vilander (2017) at sykepleieren skal yte en tjeneste for pasienten og har et faglig ansvar for pasientenes behov og ønsker, noe pasienten ikke har ovenfor sykepleier (s. 827). Magelssen (2018) legger vekt på at sykepleiere som den profesjonelle part i relasjonen har et spesielt ansvar for å skape en atmosfære av trygghet og respekt for å tilrettelegge for kultursensitiv kommunikasjon (s. 18). Sykepleierne i studien til Claeys et al. (2020) påpekte viktigheten av å ha en åpen og utforskende holdning til pasienten (s. 487) og Hemberg & Vilander (2017) fant fordeler ved at sykepleier oppmuntret pasienter til å uttrykke deres behov og ønsker rundt omsorgen. Pasienter uttrykket at dette medførte en opplevelse av å bli sett, respektert, skapte tillit og trygghet samtidig som de følte at sykepleier ønsket dem vel (s. 825-826). Disse funnene tyder på at det er sentralt å utforske pasientens forventninger og behov for å kunne sikre en helhetlig omsorg.

5.2.2 Etablere godt omsorgsforhold

“Interkulturell empati er et funn som går igjen i flere forskningsartikler (Degrie et al., 2017; Hemberg & Vilander, 2017) og inkluderes som en delkomponent i interkulturell kompetanse (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 18-19). Selv om man ikke har samme språk som pasienten, kan man berolige pasienten ved å vise sympati og omsorg. F.eks. gjennom ansiktsuttrykk, holde i pasientens hånd eller snakke med vennlig stemme, selv om pasienten ikke forstår det som blir sagt (Hanssen, 2017, s. 94). Campinha-Bacote tar opp sykepleiers motivasjon og ønske om å gi kulturell betinget omsorg under “kulturell vilje”. Det innebærer å være åpen og fleksibel, vise respekt, akseptere ulikheter og bygge på likheter samt være villig til å lære av andre (Campinha-Bacote, 2002, s. 182-183).

Funn fra Degrie et al., (2017) viser at pasienter med innvandrerbakgrunn verdsetter empatiske helsepersonell som bryr seg om dem ved å sette av tid, være fleksible, respektfulle og oppmerksomme (s. 7). Andre pasienter verdsatte omsorg og følelse å bli sett av helsepersonell i form av oppmuntring, smil og klapp på skulderen (Alpers, 2016, s. 9). Pasienter i studien til Hemberg & Vilander (2017) trekker også frem betydningen av sykepleiers omsorgsfulle tilstedeværelse med pasient ved å holde hånda eller på andre måter vise at de bryr seg (s. 825). Dette samsvarer med “kulturelle møter” i Bacotes modell for kulturell kompetanse hvor hun oppmuntrer sykepleiere til å aktivt engasjere seg i interaksjoner med pasienter fra ulik kulturell bakgrunn slik at pasientene føler seg sett (Campinha-Bacote, 2002, s. 182). Til forskjell fra de andre studiene trekker studien til Hemberg & Vilander (2017) frem at sykepleiers oppmuntring, respekt og fokus på håp innga til en følelse av omsorg, medfølelse, fellesskap, tillit, håp, tro, motivasjon og lindret ensomhet og lidelse hos pasienten (s. 825). Pasientene i de ulike studiene verdsatte ulike uttryksmåter for sykepleiers empati. Ved disse funnene virker ikke det sentrale å være hvordan sykepleierne viser empati, men heller sykepleier intensjon og faktumet at empati utvises.

5.2.3 Frakoblede omsorgsrelasjoner

Det kan imidlertid være utfordrende å skape det gode omsorgsforholdet som beskrevet over. Joo og Liu (2019) indikerer at den terapeutiske relasjonen mellom helsepersonell og pasienter med innvandrerbakgrunn er utfordrende, og fant at sykepleiere gav mer effektive og intim omsorg til pasienter uten innvandrerbakgrunn (s. 767). Claeys et al. (2020) fant et smalt syn på kulturell sensitiv omsorg hos helsepersonellet som førte til fremmedgjøring til tross for verdier som respekt og ønske om å behandle alle pasienter likt (s. 486-487). Helsepersonell i samme undersøkelse påpekte at en årsak til dette var mangel på tid. Kostnadsbesparende klima førte til motstridende krav for helsepersonell med for lite tid og for mye jobb til å yte god kultursensitiv omsorg (Claeys et al., 2020, s. 487- 488). Joo & Liu (2019) sin oversiktsstudie opplyser om utfordringer knyttet til begrenset tid. Blant annet opplever sykepleierne utilstrekkelig tid generelt, og da spesielt knapphet til å ivareta pasienter fra innvandrerbakgrunn (s. 766). Det kommer også frem i Degries et al., (2017) oversiktsstudie at mange pasienter oppgir vansker i omsorgsprosessen grunnet sykehusets organisering som mangel på pleiere, tolker, lang ventetid og opplevd travelhet hos pleierne (s. 10). Stortingsmelding 38 sier at helsepersonell blir nødt til å prioritere ettersom ønskene og mulighetene er større enn de ressursene som er tilgjengelig i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 38 (2020-2021), s. 6). Mangel på tid og sykepleieres motstridende krav blir gjennomgående tema som løftes opp som en av hovedutfordringene for å yte like effektiv og intim omsorg til pasienter med innvandrerbakgrunn. Dette kan igjen bunne i kommunikasjonsutfordringene som beskrevet under 5.1.1 og andre årsaker som gjør at pasienter med innvandrerbakgrunn kan ha behov for mer tid enn andre pasientgrupper.

En annen utfordring er når helsepersonell og pasient ikke klarer å krysse skillet mellom de ulike kulturelle kontekster og det oppstår gjensidige misforståelser og frakoblede omsorgsrelasjoner (Degrie et al., 2017, s. 11) Denne utfordringen kommer frem i Alpers (2016) funn hvor pasients manglende forståelse av hva som foregår rundt dem kan medføre følelse av å være oversett, sårbar og omgitt av ikke-omsorgsfulle mennesker. Uoppfylte forventninger kan igjen skape frustrasjon, fremmedgjøring og mistillit til helsepersonells kompetanse (s. 6). Den kulturelle «bagasjen» et menneske har vil sammen med personlige erfaringer, preferanser og kunnskaper ha innvirkning på menneskets forståelse og

holdninger til sykdom, samt hva som forventes av pleie og omsorg (Hanssen, 2017, s. 95). Det blir dermed avgjørende for helsepersonell å utforske pasientens holdninger, preferanser og forventninger for å skape et godt omsorgsforhold. Dersom sykepleier ikke gjør dette kan de opptre omsorgsfullt og likevel medvirke til en krenkende opplevelse for pasienten som resulterte i mistillit (Alpers, 2016, s. 6). Mistillit kan videre forårsake sosiale prosesser som stigmatisering, marginalisering, fremmedgjøring, kulturrelativisme og rasisme (s. 2). Årsakene til negative holdninger, fremmedgjøring og mistillit kan være forårsaket av forskjeller i kultur, tro, verdier og praksis hos både pasienter og helsepersonell (Alpers, 2016, s. 9).

Selv om det er vanskelig å stoppe disse prosessene kan positive personlige erfaringer fra helsepersonell være med på å endre negative forventninger og holdninger, innbyde mot, indre styrke, selvtillit og skape tillit (Alpers, 2016, s. 9). Dypedahl & Bøhn (2017) nevner “kulturell tilpasningsevne til nye situasjoner” og “toleranse for og nysgjerrighet på tvetydighet” som delkomponenter for interkulturell kompetanse av (s. 18-19). Dersom både sykepleiere og pasienter tør å gå inn «nye situasjoner» hvor de åpent uttrykker ulikheter i hverandres kulturer utvikler begge sin kunnskap og forståelse for hverandres kulturer slik at begge parter kan respektere hverandre og medføre økt respekt og skaper et godt omsorgsforhold (Hemberg & Vilander, 2017, s. 825).

5.3 Interkulturell kompetanse og opplæring hos sykepleiere

5.3.1 Kulturell kunnskap

For en sykepleier er det nødvendig med kulturell kunnskap for å yte god helsehjelp til pasienter med innvandrerbakgrunn. Det beskrives i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) at sykepleiere har behov for kompetanse innen både kultur og relasjonsforståelse (s. 126-127). Ifølge Hanssen (2019) er kulturell kunnskap viktig for å kunne møte pasienter med innvandrerbakgrunn på en god måte. Ved å praktisere kulturell kunnskap og vise forståelse for pasientens behov, kan pasienten få et godt møte med helsevesenet og en opplevelse av respekt og omsorg (s. 15). I likhet beskriver Camphina-Bacote (2002) i sin modell nødvendigheten av kulturell kunnskap for å få innsikt i ulike kulturer og etniske grupper, og

dermed kunne gi god kulturell omsorg (s. 182). Degrie et al., (2017) påpeker i sin studie at kompetanse og kunnskap er viktig i for å bidra til den kulturelle omsorgsprosessen (s. 11), noe som likner funnet til Hemberg & Vilander (2017), der det å utvikle kunnskap og forståelse for pasienter med en annen kulturbakgrunn er sentral for å skape et godt omsorgsforhold (s. 825). Alpers et al. (2016) finner på sin side at kulturell kompetanse bygger tillit mellom helsepersonell og pasient (s. 9). Dette antyder at det er viktig med kulturell kunnskap og kompetanse for at pasienter med innvandrerbakgrunn skal få omsorgsfull helsehjelp.

På den ene siden mener Camphina-Bacote (2002) at sykepleiere bør søke kunnskap om pasientens kulturelle verdier og helserelaterte tro (s. 182). På den andre siden presenterer Hemberg & Vilander (2017) at det vil komme pasienten til nytte om pasienten lærer seg om sykepleierens kultur for å kunne respektere sykepleiers integritet og kultur (s. 825). Videre diskuterer Hemberg & Vilander (2017) at et bedre omsorgsforhold kan oppstå når både sykepleiere og pasienter med innvandrerbakgrunn deler ulikheter i sine kulturer og dermed øker kunnskapen om hverandre (s. 825). Dette antyder at det går begge veier når det gjelder å øke den kulturelle kunnskapen og dermed få til et best mulig samarbeid. Joo & Liu (2019) skriver at det er avgjørende at sykepleiere har kunnskap om kulturelle skikker og religiøs praksis hos pasienter med innvandrerbakgrunn (s. 766). Tilsvarende funn har Hemberg & Vilander (2017) der det kommer frem at sykepleiere ofte mangler kunnskap om trossystemet til pasienten (s. 827). Dette tyder på at sykepleiere har et behov for kunnskap om religion og ulik religiøs praksis.

5.3.2 Kulturell bevissthet

«Grundig kunnskap om og forståelse av egen og andres kultur» og «kulturell selvbevissthet og evne til selv-evaluering» er to delkomponenter Dypedahl & Bøhn (2017) beskriver som en viktig del av interkulturell kompetanse (s. 18-19). Ved å forstå både egen, og andres kultur vil det være mulig å sette seg inn i den andres situasjon bedre. Selvbevissthet vil minske sannsynligheten for å forhåndsdomme pasienten. Camphina-Bacote (2002) beskriver risikoen for å påføre egne verdier, adferdsmønstre og oppfatninger på andre om man ikke er

kulturelt bevisst (s. 182). Hansen (2017) mener at det kan oppstå dårligere behandlingsresultat når sykepleieren ikke er bevisst pasienter med annen kulturbakgrunn (s. 86). Distansering fra pasienten, kan føre til dårligere pasientbehandling. Dette viser seg i studien til Clayes et al. (2020) der deltakerne gjorde et klart skille mellom «oss» (de med lik kultur) og «dem» (de med en annen kultur). Flere av deltakerne var redde for å tilpasse seg for mye til pasienten og artikkelforfatteren fant at hjelpen som ble gitt var på helsepersonellens premisser og innen deres grenser (s. 488). Dette kan være uheldig og føre til dårligere behandling av pasienter med innvandrerbakgrunn.

Sykepleiere har behov for å ha en kulturell bevissthet for å bli klar over egne verdier og holdninger knyttet opp til pasienter som har en annen kulturbakgrunn. Dypedahl & Bøhn (2017) hevder at helsepersonell som reflekterer over teori og erfaring, vil få økt innsikt i sin egen interkulturelle læring (s. 23). Dette samsvarer med Debesay (2008) som hevder at sykepleiere vil tilegne seg større innsikt i situasjonen til pasienter med innvandrerbakgrunn gjennom selvrefleksjon og å se på egne fordommer, og dermed bli bevisst egne holdninger og verdier (s. 119). Deltakerne i studien til Clayes et al. (2020) satte seg selv i sentrum og så pasientene ut fra deres egen referanseramme og var lite bevisst og følsom over at det finnes en stor variasjon i referanserammene hos ulike mennesker (s. 488).

5.3.3 Opplæring

Det er et stort kompetansebehov hos helsepersonell angående helse og sykdomsforståelse hos innvandrergrupper (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 150). Joo & Liu (2019) identifiserer at det er utilstrekkelig opplæring og manglende utdanning innen kulturell kompetanse hos sykepleiere og behov for opplæring for å bedre sykepleiernes ferdigheter innen kulturell kompetanse (s. 766-767). Dette samsvarer med studien til Clayes et al. (2020) der deltakerne angir behov for kunnskap om ulike kulturer og om usikkerhet på egen kulturell kunnskap (s. 487). Dette kan tyde på at det er begrenset opplæring hos sykepleiere når det gjelder kulturell kompetanse og at flere føler seg usikre på pasienter med innvandrerbakgrunn.

Imidlertid ønsket flere av deltakerne i studien til Joo & Liu (2019) flere muligheter til å videreutvikle sin kompetanse i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn (s. 767). Tilsvarende resultat fant Claves et al. (2020) der deltakerne ønsket å øke kunnskapen om ulike etnisk kulturelle grupper. Dette kan betraktes som kulturell vilje som Camphina-Bacote (2002) beskriver og omhandler motivasjon og engasjement for å lære om kulturell kunnskap (s. 182). Videre rapporterte deltakerne i Claves et al. (2020) at mer kunnskap ville være betryggende og gi både bedre selvtillit og omsorgsferdighet (s. 487). Dette peker i retning av at opplæring vil øke den kulturelle kompetansen hos sykepleiere og dermed sykepleierens mulighet til å yte god helsehjelp til pasienter med innvandrerbakgrunn.

Selv om opplæring tilsynelatende har god effekt hos sykepleiere, finnes det likevel tegn til at opplæring blir nedprioritert. Joo & Liu (2019) finner at det er en begrensning i helsevesenet for sykepleiernes muligheter i å videreutvikle sin kulturelle kompetanse (s. 767). Dette kan muligens skyldes høyt tempo og effektivitetspress i dagens helsevesen som Kirkevold (2017) beskriver (s. 301). Kristoffersen (2017) hevder at begrensede ressurser fører til at sykepleierne føler de ikke strekker til ut ifra de kravene de møter (s. 277). En konsekvens av dette kan være at opplæring innen kulturell kompetanse blir nedprioritert og at sykepleierne fortsetter å føle på usikkerhet når det kommer til pasienter med innvandrerbakgrunn.

6.0 Avslutning/Konklusjon

Målet til oppgaven har vært å utforske hvordan sykepleiere med interkulturell kompetanse kan fremme kultursensitiv omsorg for pasienter med innvandrerbakgrunn. Når Norge har utviklet seg til en flerkulturell nasjon medfører det i helsesektoren behov for interkulturell kompetanse og kultursensitiv omsorg hos sykepleiere. Ved helsehjelp til pasienter med innvandrerbakgrunn kan det oppstå utfordringer i forbindelse med kultur, språk og kommunikasjon.

Funn viser at ulike kommunikasjonsmåter og kulturforskjeller er en utfordring i kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter med innvandrerbakgrunn. Språkbarrierer kan medføre at pasienten ikke får uttrykt sine ønsker og behov eller medføre misforståelser. Kommunikasjonsutfordringer kan også begrense pasienter informasjon, behandling og fratras muligheten til å ta et informert valg. Tross kommunikasjonsutfordringer er det viktig at sykepleier klarer å oppnå tilfredsstillende kommunikasjon. Det kan skje ved hjelp av tolk eller pårørende dersom det er nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten og sikre tilstrekkelig helsehjelp.

Ulike forventninger til egen helse, pleie og behandling mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og sykepleiere gjør det viktig å utforske samt tilpasse forventningene. Som profesjonell part har sykepleier et ansvar for å tilrettelegge for kultursensitiv omsorg og respektere pasienten. Dersom respekten er gjensidig, er det større sannsynlighet for å skape et godt omsorgsforhold. Pasienter verdsetter helsepersonell som dem, setter av tid og tydelig viser omsorg og empati. Imidlertid påvirker tidsmangel og opplevd travelhet hos sykepleier negativt inn på pasientrelasjonen og er et gjenkjennbart problem i helsevesenet.

Sykepleieres usikkerhet på egen kunnskap, ønske om å tilegne mer kunnskap og forskningsidentifisering av utilstrekkelig opplæring viser sammen stort behov for opplæring i interkulturell kompetanse. Denne kompetansen er viktig for at sykepleiere skal kunne gi god og omsorgsfull hjelp til pasienter med innvandrerbakgrunn. Sykepleiere bør være selvbevisst egne holdninger og verdier, noe som er viktig for at pasientene ikke påføres

sykepleiers fordommer og medføre dårligere pasientbehandling. Ved bruk av selvrefleksjon vil sykepleiere kunne få bedre innsikt i pasientens situasjon.

Et velfungerende helsevesen krever sykepleiere som er i stand til å møte behovene til en stadig økende gruppe flerkulturelle pasienter. Arbeidet med denne oppgaven har økt innsikten i hvor nyansert kultursensitiv omsorg er og hvor utfordrende det kan være å tilegne seg interkulturell kompetanse til et stort spekter av ulike kulturer. Dette har igjen forsterket ønsket om å oppmuntre til økt satsing på interkulturell kompetanse. Funnene i oppgaven er entydige om å oppmuntre til mer opplæring innen kulturell kompetanse og viser til gode resultater der dette er gjennomført. Ved å prioritere den interkulturelle kompetansen, kan sykepleiere yte mer kultursensitiv omsorg som kan sikre den kvaliteten, behandling og pasientsikkerheten som pasienter med innvandrerbakgrunn har rett på.

7.0 Litteraturliste

Alpers, L-M. (2016). Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nursing Ethics*, Vol. 25(3) 313–323. <https://doi.org/10.1177/0969733016652449>

Andersen, J. (2017). “Mixed methods”-design i helseforskning. *Sykepleien* 105 (64738). E-lokator e-64738. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>

Camphina-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

Claeys, A., Berdai-Chaouni, S., Tricas-Sauras, S. & De Donder, L. (2020). Culturally Sensitive Care: Definitions, Perceptions, and Practices of Health Care Professionals. *Journal of Transcultural Nursing* 32 (5) 484–492. <https://doi.org/10.1177/1043659620970625>

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

Debesay, J. (2008). Flerkulturell sykepleie: Fra utsikt til innsikt. I Otterstad, A. M. (Red.), *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold: Fra utsikt til innsikt* (s. 108- 123). Universitetsforlaget.

Degrie, L., Denier, Y., Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C. & Mahieu, L. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research. *BMC Medical Ethics*, 18 (2), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0163-8>

Dypedahl, M. & Bøhn, H. (2017). *Veien til interkulturell kompetanse* (2. utg.) Fagbokforlaget.

Eriksen, T. H. & Sajjad, T. H. (2016). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge* (6. utg.). Gyldendal.

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Fagbokforlaget.

Hansen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. (4.utg.) Gyldendal Akademisk.

Hanssen, I. (2017). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg, s. 82-103). Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#%C2%A74-1

Helseforetaksloven (2001). Lov om helseforetak (LOV-2001-06-15-93). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/>

Hemberg, J. A. V. & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 31 (4), 822-829. <https://doi.org/10.1111/scs.12403>

Hornstvedt, T. (2015). *Interkulturelt helsearbeid*. Forlaget Vett & Viten.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg). Abstrakt forlag.

Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Cecilie Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (2021, 7. desember). Innvandrere i Norge. I *Legevaktshåndboken*. Hentet fra

https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/spraak-og_kulturforskjeller_mellom_behandler_og_pasient/innvandrere_i_norge

Joo, J. Y. & Liu, M. F. (2019). Nurses' Barriers to Care of Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 42(9), 760–771.

<https://doi.org/10.1177/0193945919883395>

Kirkevold, M. (2017). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I Krisoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - Fag og funksjon* (3. utg, s. 267-309). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I Krisoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - Fag og funksjon* (3. utg, s. 29-87). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? I Krisoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - Fag og funksjon* (3. utg, s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Stress og mestring. I Krisoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientformer, samfunn og mestring* (3. utg, s. 237-294). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I Krisoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - Fag og funksjon* (3. utg, s. 193-265). Gyldendal Akademisk.

Leenderts, T. A. (2014). *Person og profesjon* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet - Om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg). Akribe AS.

Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste: Nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 38 (2020-2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet: Prioritering i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (2. Utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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>

Register over vitenskapelige publiseringskanaler. (u.å.). *Om register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 13. februar fra

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>

Regjeringen. (u.å.). *Sykehus*. Hentet 8. februar 2023 fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>

Spilker, R. A. C. S., Kour, P., Bruun, T., Indseth, T., Hussaini, L., Kumar, B. N., Labberton, A. S., Ali, W. A., Syse, A., Olsen, A. O., Qureshi, S. A., Bærug, A. B. & Straiton, M. L. (2022, 26. August). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/>

St.meld. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>

Statistisk Sentralbyrå. (2022, 21. juni). *Spesialisthelsetjenesten*.

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten>

Statistisk Sentralbyrå. (2023, 6. mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*.

<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

Statistisk sentralbyrå. (2023, 6. Mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*.

<https://www.ssb.no/statbank/table/05183/tableViewLayout1/>

VID. (u.å.). *Skriv*. Hentet 6. mars 2023 fra

<https://www.vid.no/bibliotek/oppgaveskriving/skriv/>