

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 226/286

Eksamensnavn: BACHELOROPPGAVE

Dato: 31/05-2017

Klasse: 3B

Kull: 2014

Antall ord: 10853

FLERKULTURELL SYKEPLEIE

" Hvordan kan sykepleiere fremme trygghet ved god kommunikasjon hos pasienter med en flerkulturell bakgrunn på?"



Sammendrag

Tittel: Flerkulturell sykepleie

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere fremme trygghet ved god kommunikasjon hos pasienter med en flerkulturell bakgrunn?

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å vise betydningen av økt faglig sykepleiekompetanse til pasienter med flerkulturelt bakgrunn og fremme trygghet ved god kommunikasjon hos valgte pasientgruppe. Vi ønsker å se sammenhengen mellom sykepleiers kunnskap om kultur og kommunikasjon samt hvordan det påvirker sykepleier og pasientrelasjonen.

Metode: Det ble benyttet en litteraturstudie med systematisk søk i Cinahl og Academic Search Premier, med søkeord: Acute care, culture diversity, nurse-patient relations, communication, ethnic minorities, nursing, minority ethnic og transcultural. Fokuset i søket var å finne relevante forskningsartikler som kan bidra til å belyse temaet i studien. Fem artikler er benyttet.

Resultat: Resultatet av denne oppgaven identifiserer at kulturelleforskjeller som språk og forskjellige kulturellenormer gjør det vanskelig for både sykepleiere og pasienter i å samhandle og at det er viktig med kulturforståelse.

Konklusjon: Når sykepleiere blir bevisstgjort på at det foreligger kulturforskjeller og får økt kulturkompetanse samt behersker de ulike kommunikasjonsferdighetene, kan en lettere fremme trygghet ved hjelp av god kommunikasjon til denne pasientgruppen. Kultur og kulturforståelse er essensielt for kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn. Det er viktige å bruke tolk ved behov

INNHALDSFORTEGNELES

| | |
|--|-----------|
| 1.0 INNLEDNING | 1 |
| 1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA | 1 |
| 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING | 2 |
| 1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING | 2 |
| 1.4 HENSIKTEN MED OPPGAVEN | 2 |
| 1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING | 3 |
| 2.0 METODE | 4 |
| 2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE | 4 |
| 2.2 DATABASER OG SØKESTRATEGI | 4 |
| 2.3 INKLUSJONSKRITERIER- OG EKSKLUSJONSKRITERIER | 5 |
| 2.4 ANALYSE, VURDERING AV TEKST SAMT DATAGRUNNLAG | 6 |
| 2.5 KILDEKRITIKK | 6 |
| 3.0 AKTUELL TEORI | 8 |
| 3.1 KULTUR | 8 |
| 3.1.1 Etnosentrisme og kulturrelativisme | 9 |
| 3.1.2 Kultursensitivitet | 10 |
| 3.2 SYNET PÅ KROPP, HELSE, SYKDOM | 11 |
| 3.3 TRYGGHET | 12 |
| 3.4 MADELEINE LEININGERS TEORI OM KULTURBASERT OMSORG | 13 |
| 3.5 KOMMUNIKASJON | 16 |
| 3.6 KULTURELL KOMMUNIKASJON | 17 |
| 3.7 NONVERBAL KOMMUNIKASJON | 18 |
| 3.8 AKTIV LYTTING | 19 |
| 3.9 BRUK AV TOLK | 19 |
| 4.0 SAMMENSTILLING AV RESULTAT OG FUNN FRA FORSKNING | 21 |
| 4.1 KULTURFORSTÅELSE OG KULTURSENSITIVITET | 21 |
| 4.2 KOMMUNIKASJON | 22 |
| 5.0 DRØFTING | 23 |
| 5.1 SYKEPLEIERENS KULTURELLE KOMPETANSE | 23 |
| 5.2 KULTURELLE BARRIERER MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT | 25 |
| 5.3 KOMMUNIKASJON FOR Å FREMME TRYGGHET HOS PASIENTER | 28 |
| 5.4 KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER | 30 |
| 5.5 KOMMUNIKASJON VIA TOLK | 32 |
| 6.0 KONKLUSJON | 35 |
| LITTERATURLISTE | 36 |
| VEDLEGG 1 | 39 |
| VEDLEGG 2 | 43 |

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema.

Norge beskrives i dag som et flerkulturelt samfunn. Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) var det ved inngangen til 2017 registrert 725 000 innvandrere og 159 000 norskfødte med innvandrereforeldre med bakgrunn fra 221 land bosatt i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2017). Dette stiller økte krav til utvikling av flerkulturell kompetanse for stadig flere yrkesgrupper, ikke minst helsepersonell og deriblant sykepleiere (Thorbjørnsrud, 2009).

” Sykepleieren har sin del av samfunnets ansvar for å initiere og støtte opp om tiltak for å dekke befolkningens helsemessige og sosiale behov, særlig i forhold til utsatte gruppers behov” (Yrkesetiske retningslinjer, 2011s.24). Dette viser betydningen av sykepleierens ansvar i det å få økt flerkulturell kompetanse når hun samarbeider med pasienter med en flerkulturell bakgrunn. Med andre ord har sykepleiere sin del av ansvaret å fremme befolkningens helse samt sosiale behov. I dette tilfelle har vi som sykepleiere ansvar for å tilrettelegge god kommunikasjon samt fremme trygghet til pasienter med flerkulturell bakgrunn.

Nissen- Meyer (2008) skriver at det er klare kulturelle forskjeller i hvordan sykdommer forstås og hvordan man forholder seg til helse, sykdom og ulike helseplager. Dette fører til spesielle utfordringer for helsetjenesten. Videre skriver Nissen-Meyer (2008) at statusrapporter viser at det ikke alltid sikres et likeverdig tilbud innen for helsetjenesten. Språkproblematikk og kulturelleforskjeller vanskeliggjør kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn. I hovedsak vil denne problematikken igjen føre til konsekvenser for sykdomsforståelse, mer tidsbruk og gjennomføring av behandling.

Vi har valgt å skrive om flerkulturell sykepleie, fordi vi opplevde at utfordringene mellom sykepleiere og pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn var store i sykehus. I praksisperiodene har vi erfart at kommunikasjonen mellom sykepleiere og denne pasientgruppen ikke var tilstrekkelig. Vi lever i et flerkulturelt samfunn, derfor ønsker vi å ha økt kompetanse innenfor kommunikasjon og forståelse av de kulturelleforskjellene mellom sykepleiere og pasienter.

1.2 Presentasjon av problemstilling.

"Hvordan kan sykepleiere fremme trygghet ved god kommunikasjon hos pasienter med en flerkulturell bakgrunn på?"

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.

Vi avgrensner oppgaven ved å ta for oss kommunikasjon med pasienter med annen flerkulturell bakgrunn. Sykepleieutfordringer knyttet til det faktum er at de kulturelle forskjellene er store, dermed har vi avgrenset problemstillingen til å gjelde, fremme, gi trygghet ved god og målrettet kommunikasjon hos denne pasientgruppen. Vi velger å basere oppgaven på kulturelle forskjeller og språkproblematikk samt hva sykepleiere kan gjøre for å gi økt trygghet dermed redusere språkbarrieren. Siden både kommunikasjon og kulturbegrepet favner vidt, tar vi kun for oss det vi mener belyser problemstillingen/oppgaven. Følgelig vil fokus i oppgaven bli rettet mot temaene kultur, kommunikasjon og trygghet.

Vi er kjent med at gode kommunikasjonsferdigheter vil være viktig for sykepleiere å kjenne til imøte med enhver pasient uavhengig av kultur og hvor i helsetjenesten pasienten befinner seg i. For å avgrense problemstilling slik at den ikke står vidt har vi verken tatt for oss en valgte pasientgruppe, ingen sykdomsgruppe og heller ingen spesiell avdeling. Likevel er vår erfaring basert fra sykehus. Vi velger å fokusere på voksne pasienter som ikke behersker norsk i særliggrad og som har bakgrunn fra ikke- vestlige land.

1.4 Hensikten med oppgaven.

I løpet av 2016 har antallet innvandrere økt med 26400 og økningen vil mest sannsynlig fortsette (Statistisk sentral byrå, 2017). Hensikten med oppgaven er å få økt faglig sykepleiekompetanse til bruk overfor valgte pasientgruppe. Gjennom oppgaven ønsker vi å finne ut av hvordan sykepleiere kan fremme trygghet med god kommunikasjon overfor pasienter med flerkulturell bakgrunn. Målet er å få frem ulike utfordringer knyttet til temaet og belyse viktige emner for å fremme trygghet ved hjelp av god kommunikasjon til denne pasientgruppen.

1.5 Oppgavens oppbygning

I første kapittel presenteres innledningen hvor vi tar for oss valgte problemstillingen, bakgrunn for valg av tema, hensikten samt oppgavens oppbygning. I andre kapittel presenterer vi relevant teori om kultur, syn på kropp, helse og sykdom, trygghet, Madeleine Leiningers teori og kommunikasjon. Siden disse temaene er store har vi tatt for oss det vi mener er relevant, og som vil være med på å besvare problemstillingen. I tredje kapittel, metodekapitlet tydeliggjøres metoden som er valgt, videre beskriver vi søkeordene og søkestrategiene vi har benyttet oss for å finne gode og relevante forskningsartikler samt kildekritikk. I fjerde kapittel kommer funnen fra valgte forskningsartikler. Disse forskningsartiklene vil sammen med teori være med på å besvare problemstillingen. Vi har valgt å skrive forskningsartiklene i matriser for å tydeliggjøre struktur og gi oversikt, se vedlegg 2. Tilslutt kommer drøftingsdelen hvor vi besvarer samt drøfter problemstillingen i lys av teori og forskningsartikler slik sett må teori, resultater og funn fra forskningsartiklene sees i en sammenheng. Avslutningsvis konkluderes hvordan vi besvarer oppgaven.

2.0 METODE

I dette kapittelet beskriver vi hva metode er, og hva litteraturstudie innebærer. Deretter presenteres databaser og søkestrategier, samt hvordan vi har funnet valgte forskningsartikler. Tilslutt gjennomgås kildekritikk.

2.1 Litteraturstudie som metode.

Metode er en fremgangsmåte, opplegg, struktur og et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap på en systematisk måte. Metode hjelper oss til å samle inn data for å finne frem til eller undersøke kunnskap. Metode deles inn i to grupper, kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene fanger opp mening og opplevelser. Både kvantitative og kvalitative metoder bidrar til at vi får bedre forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2012).

Litteraturstudie er metoden vi har benyttet for å svare på valgte problemstilling for denne avsluttende oppgaven i sykepleie. Forsberg og Wengstrøm (2008) skriver at en litteraturstudie innebærer en systematisk søking, kritisk granskning og sammenligning av litteratur innenfor temaet til oppgaven, for å få en best mulig oversikt over valgte tema. Følgelig blir kunnskapsgrunnlaget i de valgte forskningsartiklene vår datagrunnlag. Forsberg og Wengstrøm (2008) poengterer også at å finne relevante artikler er viktig og avgjørende med tanke på å besvare på valgte problemstilling.

Vi gjorde en litteratur søking gjennom skolens biblioteksøkebase Oria for å finne relevant faglitteratur. Vi har funnet fagbøker som omhandler temaene kultur, kommunikasjon og trygghet samt Leiningers teori. I tillegg til dette gikk vi gjennom pensumlitteraturlisten til sykepleieutdanningen ved Høgskolen i Oslo Akershus.

2.2 Databaser og søkestrategi.

Aveyard (2014) skriver at ved først å utarbeide en klar og avgrenset problemstilling vil aktuell litteratur lettere identifiseres. Aveyard poengterer også, at en systematisk litteraturstudie er forskjellig sammenlignet med tilfeldige søk. En søkestrategi - som er grundig, konkret og viser til relevant forskning – vil være et sentralt data- og drøftingsgrunnlag. Aveyard (2012) poengterer også at systematiske søkestrategier betyr å lokalisere litteratur som kan knyttes opp mot den aktuelle problemstillingen på flere måter, eksempelvis å finne søketermer som er

logiske, relevante for søket og identifisere både inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier (Aveyard, 2012). Thidemann (2015) understøtter også verdiene i å ha bevissthet i litteratursøkprosessene.

For å finne relevante forskningsartikler søkte vi i databasene Cinahl og Academic Search Premier. Disse databaser publiserer relevante forskningsartikler som er relatert til sykepleiefaget.

Valgte søkeord:

Acute care, culture diversity, nurse-patient relations, communication, ethnic minorities, nursing, minority ethnic og transcultural.

For å redusere antall treff har vi kombinert søkeordene ved å benytte AND seg imellom. Vi ønsket forskningsartikler som handlet om kommunikasjon, pasient og sykepleier relasjoner, kulturkompetanse og språkbarriere, se søkedokumentasjon vedlegg 1.

2.3 Inklusjonskriterier- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier:

- Publisering fra år (2000-2017)
- Språk (Norsk/Engelsk)
- Fagfellevurdert.
- Studier som inkluderer informanter fra både sykehus, kommunehelsetjeneste og utdanningsinstitusjon
- Språkproblemtikk mellom sykepleier og pasient
- Studie som undersøker kulturelle forskjeller mellom sykepleier og pasient

Eksklusjonskriterier:

- Studie som bruker informanter under 18år
- Studie som omhandler andre yrker og profesjoner enn sykepleier
- Studier som ikke viser kulturelle forskjeller mellom sykepleier og pasient
- Artikler som ikke er i fulltekst
- Faglitteratur eldre enn 10år

2.4 Analyse, vurdering av tekst samt datagrunnlag.

Ifølge Thidemann (2015) er det å analysere en tekst det samme som å granske hva teksten forteller; en tolker teksten for å forsøke å forstå intensjonen i den. Thidemann poengterer betydningen av i en analyse er det viktig å merke seg de sentrale temaene i teksten og trekker ut hovedtemaer, samtidig som en vurderer valgte metode. Vi har lest hver artikkel grundig for å danne oss innsikt og forståelse, bli kjent med intensjonen og innholdet i studien. De valgte artiklene er i forhold til de oppsatte inklusjonskriteriene. Et av inklusjonskriteriene var kravet om at de valgte artiklene skulle være fagfellevurdert og publisert i en vitenskapelig tidsskrift som følger oppbygningen av IMRAD. At forskningen skulle inkludere begrepene sykepleier, pasient relasjonen og de kulturelle forskjellene.

I tillegg til studier som inkluderer informasjon fra informanter fra både sykehus, kommunehelsetjenesten og utdanningsinstitusjon er også inkludert. Aveyard (2014) presiserer at en må identifisere temaer fra resultatdelen og videre være oppmerksom på hver artikkel. De relevante forskningsartiklene er skrevet inn i en matrise for å tydeliggjøre struktur og gi oversikt, se vedlegg 2.

2.5 Kildekritikk.

Ved å være kritisk til kildene vi har brukt blir besvarelsen på valgte problemstilling mer troverdig. Ifølge Dalland (2012) hjelper kildekritikk oss i å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Videre poengterer han at det vil være viktig å beskrive fremgangsmåten så oppriktig som mulig. Vi har gjort mange litteratursøk, og underveis har det vært viktig for oss å være kritisk til valg av kilder i oppgaven. I teoridelen har vi benyttet oss av faglitteratur av primærkilder, dette for å unngå at stoffet er bearbeidet av andre. Vi må likevel bruke sekundærkilder inn imellom, fordi primærkildene ikke var lette å finne av ulike årsaker. Vi har prøvd å bruke faglitteratur ikke eldre enn 10 år, men vi har likevel brukt noen få faglitteratur fra år 2000, fordi vi mener at det er relevant.

Fire av fem studiene i denne litteraturstudien benytter kvalitativ metode. Det som er felles for de inkluderte studiene er at sykepleierne er med på å bekrefte eller avkrefte hovedproblemene. Vi tolker ut fra dette at funnene som kommer frem er med stor sannsynlighet gyldige for akkurat de som deltok i studien, og vil sannsynligvis forandre seg

om forskeren skulle intervju samt observere et annet utvalg. Flere artikler er inkludert for å belyse vår tema. Tre av studiene er utført i England, en i Australia og en i Danmark. Studien som er utført i Danmark har vi vært mindre kritisk til med tanke på overførbarheten til Norge og norsk kompetansekrav. Videre har vi vært kritisk til at de inkluderte artiklene ikke bare omhandler kommunikasjon, da kommunikasjon ikke er det eneste som skaper barrierer mellom sykepleier og pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn. Resultatene/funnen i artiklene tydeliggjør ikke hvordan en skal fremme trygghet ved hjelp av god kommunikasjon til pasienter med flerkulturell bakgrunn, men derimot tar for seg andre faktorer som vi syns er meget avgjørende for å imøtekomme denne pasientgruppen, som for eksempel ved at sykepleier har kjennskap til pasientens kulturell bakgrunn.

Studien av Dunckly et al. (2003) som vi har brukt i denne litteraturstudien mangler metodekapittel, men vi har likevel valgt å ta den med da vi mener litteraturen har stor relevans til vår problemstillingen. Tre av de inkluderte studiene er av eldre dato, men vi er likevel klar over at det har kommet nyere forskning i løpet av de siste årene. Artiklene er inkludert i denne litteraturstudien grunnet deres relevans for valgte problemstilling. Alle artiklene er publisert på engelsk og vi har oversatt innholdet, men tar forbehold om mulige feiltolkninger som kan ha påvirket resultatet.

3.0 AKTUELL TEORI

I dette kapittelet presenteres aktuell teori, som underbygger valgte problemstilling, slik sett må teori- og drøftingsdel sees i en sammenheng.

3.1 Kultur.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007) definerer begrepet flerkulturell som mennesker som har bakgrunn fra flere kulturer. Begrepet kultur er et av de mest omdiskuterte ordene i samfunnet. Ingen klarer helt å gi en fullgod definisjon av begrepet, men ingen kan heller klare seg uten det (Eriksen, 1997).

Magelssen velger å definere begrepet kultur som følgende:” Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn” (Magelssen, 2008, s.15). Magelssens definisjon omfatter flere perspektiver. Det demonstreres ved at i dette kulturbegrepet innbefatter en kognitiv, en affektiv og en psykomotorisk dimensjon. Det fortolker vi som begrepet kultur dreier seg om å inkludere, hva en tenker på, hvordan, hvorfor eller på hvilke måte en tenker, føler og handler. Videre skriver hun at det vil være viktig å legge merke til at selv om tanker, følelser og handlinger inngår som aspekt ved kultur, er det nødvendigvis ikke de enkeltstående handlingene som individene utøver som er kultur. Dette kompliserer begrepet kultur, gjør det utfordrende og spennende samt setter intellektuelle krav til personen som skal fortolke en gitt situasjon og viser at begrepet ikke er entydig. Slik som begrepet har blitt definert er kultur” en slags mental matrise for handlinger” (Eriksen og Sørheim 1999, s.39). Interessante teoretiske perspektiver, som vi vil ta med oss inn i oppgaven både som teori og bakgrunnsforståelse, ikke minst på bakgrunn av Magelssens (2008) tydeliggjøring og presiseringer om faren for mistolkning av hva vi ser, oppfatter og forstår som kultur. Hun hevder at kultur kan oppfattes som inntrykk av mennesker i ulike sammenhenger, enten som gruppe eller enkeltpersoner, i konkrete handlinger, klesdrakt, religion og mattradisjoner, er informasjon som berører en kulturforståelse. Utfordringene blir når en ikke gjenkjenner andres kulturelle uttrykksformer, særlig de som ikke er nødvendigvis identiske med egne.

Hanssen (2005) derimot bruker Jenkin´s kulturdefinisjon. Den tydeliggjør at kultur er både noe fellesmenneskelig og individuelt, personlig og er noe vi har med oss fra” morsmelken” Kultur er samtidig noe som erverves og utvikles gjennom livet. Det fortolker vi som om Hanssen har en mer prosessorienterte oppfatning av kultur.

3.1.1 Etnosentrisme og kulturrelativisme.

Magelssen (2008) skriver at begrepene etnosentrisme og kulturrelativisme er to sentrale begreper i læren om mennesket, antropologien. Begrepet etnosentrisme defineres slik: ” Med etnosentrisme menes det å forstå og ” måle ” de andre ut fra våre egne premisser og vår egen virkelighetsoppfatning ” (Magelssen, 2008, s.20). Dette fortolker vi som at det i kulturbegrepet ligger en subjektivitet, selv om objektivitet er et overordnet mål hvor forskerne prøver å fjerne seg fra egen virkelighetsoppfatning eller tydeliggjøre de, slik at ” leser vet om ”, en annen kulturell bakgrunn. Magelssen poengterer at begrepet kulturrelativisme er det motsatte av etnosentrisme. Hun definerer begrepet slik: ” Med kulturrelativisme menes det å forstå de andre ut fra de andres premisser, uten at vi føler oss provosert eller truet av deres virkelighetsoppfatning ” (Magelssen, 2008, s. 20).

Å ta i bruk et kulturelt relativt perspektiv handler om å forsøke å forstå den andre ut i fra den andres perspektiv og logikk. I sykepleiefaget er det viktig å ha flere perspektiver å vurdere ut fra, forstå pasienten i, slik at sykepleier får pasienten trygg og tillit oppnås med tanke på å gi målrettet og veloverveid pleie, omsorg og behandling. På en annen side betyr ikke dette at en må være enig med den andre samt vi ikke fritas fra ansvaret for å dele vår faglige innsikt med den andre (Magelssen, 2008). Når sykepleiere prøver å forstå den andre viser dette en holdning basert på respekt og et godt kunnskaps- og vurderingsgrunnlag.

Magelssen (2008) støtter opp under tankene om mindre etnosentrisme og større kulturrelativisme noe som med andre ord betyr at en fagperson er villig til å tenkte utenfor sin egen virkelighet, men utøve sin handlinger ut fra et kunnskapsbasert praksisgrunnlag, hvor de faglige avgjørelsene baseres på systematikk og innhenting av forskningsbasert kunnskap, som i denne oppgaven, erfaringsbasert kunnskap og ikke minst pasientens ønsker. Dette viser at sykepleier må evne å legge til rette for god relasjon og mestre ulike kommunikative ferdigheter (Eide og Eide, 2007).

Intensjonen må være at sykepleier snakker til og med pasienten samt samhandler med temaet rundt pasienten. Det stilles også krav til at sykepleier om å samhandle med pasienten, på vedkommendes premisser, legge til rette for god dialoger og en helsefremmede atmosfære preget av innsikt i kompleksiteten, åpenhet, trygghet og respekt. Sykepleiers datagrunnlag må

være troverdig, den kulturelle konteksten pasient og sykepleier møter bør bidra til at fagpersoner er i stand til å se likhetene tross for svært store forskjeller skriver Magelssen (2008) om. Dette viser at kommunikasjon er viktig, og at sykepleier må sjekke med pasienten om forståelsen er rett med tanke på å møte pasientens behov for sykepleie, gi omsorg via nærhet og tilstedeværelse.

3.1.2 Kultursensitivitet.

Ifølge Magelssen (2008) er begrepet kultursensitivitet et ord som er sammensatt av ordene "kultur" og "sensitivitet". Magelssen (2008) forklarer at begrepet handler om å bruke sin sensitivitet, sin følsomhet, være var og åpen for i de konkrete situasjonene. Å bruke sin sensitivitet vil også si å bruke både sine affektive og sine kognitive dimensjoner. Med andre ord betyr dette en blanding av både våre følelser og vår fornuft. Vi har erfart at det kan være følelsene som setter tankene i sving. Magelssen (2008) hevder at når vi kommuniserer sensitivt, det er ikke bare i de konkrete ordene som uttales vi henger oss oppi, men hva som en hører, ser og føler i den aktuelle konteksten og ikke minst de non-verbale uttrykkene i situasjonene. Å fange opp intensjonen bak det som blir sagt er viktig for en sykepleier å mestre.

Begrepet kultursensitivitet innebærer at en sykepleier skal kunne møte en pasient på en god måte ut på tross av ulik kulturell bakgrunn. Å vise empati, medforståelse blir viktig, og å kunne demonstrere at en har kunnskaper og forståelse. Seim (2001) poengterer betydningen av evnen til å fornemme og la seg berøre av, gi gjensvar på andres følelser. Klarer en det vil sykepleiere kunne fremme trygghet ved god kommunikasjon hos pasienter med en flerkulturell bakgrunn (Gjengitt i Magelssen, 2008).

3.2 Synet på kropp, helse, sykdom

Thorbjørnsrud (2009) skriver at kropp, helse, sykdom og behandling er naturlige aspekter ved livet uavhengig av kultur. Hun skriver videre at det er vår oppgave som profesjonelle sykepleiere å hjelpe mennesker og ikke minst skape trygghet samt ivareta pasientens behov. Hanssen (2005) derimot beskriver at pasienter med ikke vestlig kulturbakgrunn kan oppleve metodene og den moderne teknologien som brukes til behandling som fremmed, skremmende og ubegripelig. Videre påpeker Hanssen (2005) at kultur, religion, kulturbakgrunn og personlige erfaringer påvirker hvordan mennesker reagerer og opplever sykdom.

Den engelske antropologen Mary Douglas (1966) utarbeidet en teori som forklarer at vi mennesker bruker kroppen vår til å fortelle hvem vi er som personer og hvilken gruppe vi tilhører. Finn Skårderud, en psykiater og Per John, en spesialpsykolog skriver ” Kroppen er individers redskap for å kommunisere – til seg selv og til andre – om det som kalles identitet” (Thorbjørnsrud, 2009 s. 245). Ut i fra dette er mange som har studert hvordan de forskjellige folkegruppene bruker kroppssymbol og kroppsteknikk (Thorbjørnsrud, 2009). Magelssen (2008) skriver følgende om helse ” Ved helse må det forstås at et menneske nyter en stor grad av fysisk, psykisk, sosialt og åndelig velvære at det klarer å opprettholde sine sosiale relasjoner og bli opprettholdt av dem, og ikke at det er fullstendig fritt for sykdom og svakhet” (Magelssen, 2008 s.74). Ifølge Helsedirektoratet (2017) skal helsetjenesten søke å verne om innvanderens helse med respekt enhver egenart, kulturelle og religiøse bakgrunn, samt styrke den enkeltes mulighet for egenomsorg.

Grimen og Ingstad (2006) skriver at det er mange trekk ved helse og sykdom som varierer i forskjellige kulturelle sammenhenger. For eksempel kan oppfatninger om hva ” god helse” er variere, men også ha mange likhetstrekk på tvers av kulturer. Videre poengterer de at uttrykk for sykdom, for eksempel smerte og lidelse, eller oppfatninger om årsakssammenhenger som ligger til grunn for sykdom variere kulturelt.

3.3 Trygghet.

Ifølge Thorsen (2012) er begrepet trygghet et fenomen som kan være vanskelig å beskrive. I praksis erfarte vi at tryggheten åpner opp og gir pasienter forhåpninger, samt stimulerer dem i deres læring. Dette skyldes at det ikke alltid er like lett å fange mangfoldet i menneskers opplevelse av trygghet bare ved å forsøke å definere begrepet. Thorsen poengterer, at trygghet også har en rasjonell side, og at den alltid står i forhold til noe. Samtidig kan en si at trygghet har en subjektivside, hvor følelsene også er til stede og følgelig blir de en vesentlig forutsetning for å utvikle en undring eller en lyst for å lære, med andre ord en motivator for å ta inn. Ifølge Thorsen (2012) er trygghet viktig i menneskers liv, og en måte å kunne nærmere forstå hva trygghet kan være er å forestille seg det motsatte av trygghet. Han nevner blant annet det motsatte av trygghet som utrygghet, usikkerhet og ikke minst sårbarhet. Sårbarheten i dette tilfelle kommer inn i bildet fordi mennesket er grunnleggende avhengig og blir seg selv i møte med andre. Han skriver igjen om vi mennesker opplever å bli tatt imot som de sårbare mennesket vi er, kan det medføre at tryggheten kanskje får rom til å vokse

Thorsen (2012) poengterer at det fins flere måter å forstå og nyttiggjøre seg begrepet trygghet på. Innenfor sykepleien har det vært vanlig å se på trygghet som et grunnleggende behov. Mennesker har mange behov, behovet for oppmerksomhet er et av de viktigste og grunnleggende behov. Sykepleieren må våge å være til stede, der og da, åpent lyttende til det andre mennesket. Dette er spesielt viktig når mennesker er syke, eller i annen krise, for eksempel innlagt på sykehus. Det å bli sett og få oppmerksomhet har igjen en nær sammenheng med menneskets behov for trygghet.

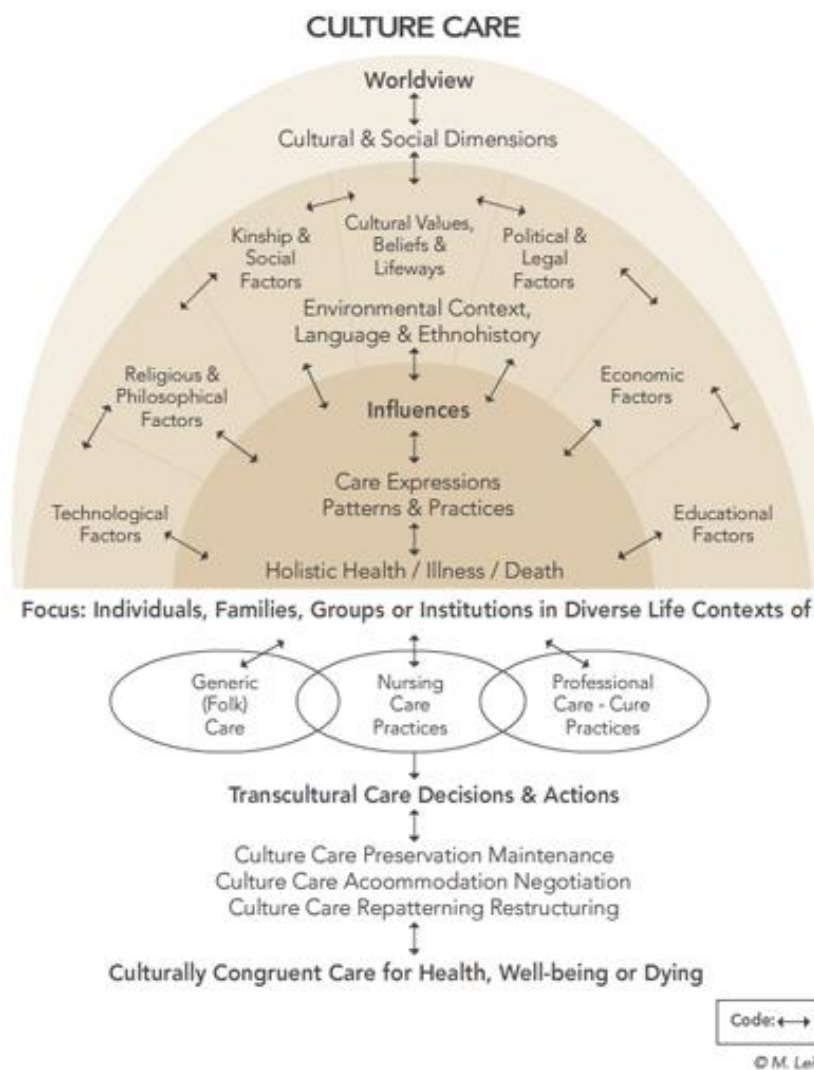
3.4 Madeleine Leiningers teori om kulturbasert omsorg.

Vi har i praksis erfart at å inneha adekvat kunnskap, ferdigheter og holdninger er avgjørende for å lykkes som sykepleier. Når vi har skiftet mellom ulike avdelinger har vi innsett at ulike sykepleieteorier kan sees på som veivisere. Madeleine Leininger er en amerikansk sykepleier som har utarbeidet en sykepleietenkning som tar for seg betydningen av kulturelle forståelser for at pleien og omsorgen, skal bli optimal. I følge Leiningers forståelse må sykepleiere ha innsikt i, kjenne til de kulturelle kodene som bør ligge til grunn for faget sykepleie og dens utøvelse. Leininger identifiserte mangel på kulturelle forståelse innenfor sykepleierens omsorgstekning for alvorlig, spesielt i møter med pasienter med flerkulturell bakgrunn (Larsen, Duus og Hansen, 2000). Dette viser at sykepleiere må være åpne for å ta i bruk egne ressurser og bruke sin innsikt, fantasi og forståelse på en helsefremmende måte om de aktuelle tiltak skal oppleves som kulturbasert omsorg.

Leininger hevder at omsorg, nærhet og tilstedeværelse er nødvendig for all menneskers liv. Hun poengterer at for å yte god og kulturell omsorg kreves en forståelse av kulturens betydning i ulike sammenhenger. Vi tenker på verdien av å forstå, skaffe seg innsikt i avdelingens kultur, sykepleierens, pasientens og teamets kultur. Ifølge Leininger er omsorgen sykepleierens innerste vesen, det særegne, dominerende, sentrale og samlede fokus i sykepleieutøvelsen. Hun er bevisst på at faget sykepleie er et humanistisk fag, et fag som dreier seg om og krever forståelse samt innsikt i begrepet menneskesyn. Synet på menneske må bevisstgjøres, og vises gjennom menneskelige opplevelser og erfaringer. I følge henne har pasienten krav på å forstå dette ut fra hans/hennes premisser. Derfor bør sykepleieren handle om og ta høyde for pasientens kulturelle aspekter (Larsen et al., 2000).

Videre for å identifisere hva omsorg er har Leininger utarbeidet et verktøy, ”sunrise-modellen” mener Leininger skal bidra til en mer helhetlig sykepleie. Larsen et al. (2000) uttrykker at modellen fokuserer på at menneskelige atferd og oppfatninger er sentral i hennes sykepleietenkning for at den kulturelle omsorgen i sykepleiefaget skal tre fram.

Leininger's Sunrise Enabler for the
Theory of Culture Care Diversity and Universality



Leininger mente at kulturell omsorg er det viktigste og et sentralt fokus i sykepleie på tvers av kulturer. Ifølge Leininger er omsorg avgjørende for velvære, helse, helbredelse, vekst og opplevelse. (Leininger og Mcfarland, 2001)

Sitzman og Eichelberger (2011) skriver at Leininger var veldig opptatt av begrepet omsorg i sykepleien sett i sykepleien sett i et kulturelt perspektiv. Leininger klarte å identifisere mangel på kunnskap om kulturbasert omsorg som den manglende linken til å kunne yte god relasjon med pasienter fra en annen flerkulturell bakgrunn. Dermed utviklet hun en tenkning via en sykepleieteori med fokus på omsorg i et kulturelt perspektiv og hvor det tas utgangspunkt i det har Leininger begreppet til "transcultural nursing". Leininger var opptatt av den kulturelle

dynamikken i ulike sammenheng og som påvirker sykepleier og pasientrelasjonen. På grunn av fokus på dette spesifikke aspektet av sykepleie utviklet hun teorien Culture care som i utgangspunktet tar for seg hvordan sosiale og kulturelle faktorer, etnohistorie, språk, virkelighetsoppfatning og miljø kan være med på å påvirke omsorgsresultatet. Hovedformålet med teorien var som nevnt å gi kulturelt, kongruent, helhetlig omsorg som fører til et holistisk og helhetlig tilnærming for en bredere sykepleiepraksis. Videre hevder Leininger at sykepleier ikke kan yte en god og helhetlig sykepleie uten kunnskap og ferdigheter innen transkulturell sykepleie (Sitzman og Eichelberger, 2011). Modellen og Leiningers tenkning viser ny aktualitet. Det økende antallet innvandrere og flyktninger i Norge har gjort at hverdagen til sykepleiere preges av å kunne kommunisere og trygge pasienter med tanke på å kunne gi sykepleie i et kulturelt mangfold.

Sitzman og Eichelberger (2011) poengterer at det å lære og utøve kulturkompetent omsorg, kan gi stor tilfredshet og mange andre belønninger. Å gi helhetlige støttendebehandling til pasienter vil gi mestringsfølelse til sykepleier og bedre helse til pasienten.

3.5 Kommunikasjon.

Eide og Eide (2007) skriver at hjelpende kommunikasjon er en kunst og at vi som personer er født med evnen til å kommunisere på ulike måter verbalt eller nonverbalt. Å kunne kommunisere godt og målrettet er et krav til profesjonell sykepleieutøvelse. Kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere personer. Eide og Eid, skriver at begrepet kommunikasjon kommer fra latin og ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, eller delaktiggjøre en annen i eller ha forbindelse med, samhandle med ord og gester

Som sykepleier er målet å kommunisere profesjonelt. Profesjonell kommunikasjon er mer bevisst og ikke minst målrettet enn hverdagsprat. Som sykepleiere kommuniserer vi ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere med en profesjonsutdannelse. Begrepet "profesjon" kommer av det latinske ordet for yrke og en ervervet *professio*" (Eide og Eide s.18). For at sykepleien skal bli best mulig kreves det også fagkunnskaper. Kommunikasjon uten fagkunnskaper, vil heller ikke gi veloverveid sykepleie. Eide og Eide presiserer at profesjonell og hjelpende kommunikasjon skal ha et helsefaglig formål, forebygge sykdom, lindre lidelse, skape trygghet og fremme samhandling og skape kontakt samt gjenopprette helse.

Eide og Eide (2007) hevder for å oppnå en god relasjon med pasienten samt forstå pasienten som person til å dermed gi bedre hjelp og støtte er disse punktene viktige:

- Å kunne lytte til pasienten
- Å skape gode og likeverdige relasjoner
- Å kunne formidle informasjon på en forståelig og klar måte
- Å strukturere en samtale med pasienten
- Å kunne samarbeide med pasienten for å finne gode beslutninger og løsninger
- Å kunne stimulere den andres muligheter og ressurser

- Å kunne forholde seg til vanskelige spørsmål og følelser. Gode kommunikasjonsferdigheter er nøkkelen til å forstå pasienten og pårørende dermed forebygge uheldige valg og dårlige løsninger.

Kommunikasjon og samhandling står sentralt i sykepleieprofesjonen – ikke minst ved observasjoner og informasjonsinnhenting, slik at ved å skape trygge omgivelser kan få et korrekt inntrykk av pasientens behov for sykepleie. Kommunikasjonsproblemer begrenser pasientens mulighet til å formidle egne tanker og følelser til mennesker rundt seg. Som resultat kan det oppstå misforståelser og usikkerhet både hos pasienten, men også hos helsearbeiderne, noe som igjen kan medføre til feil behandling og at pasienten blir sosialt isolert (Eide og Eide, 2007).

3.6 Kulturell kommunikasjon.

Eriksen og Sajjad (2012) skriver at temaet kultur alltid er aktuelt. Det har å gjøre med hvordan en møter fremmede folk, de nye rollene utfordrer, kan skape kommunikative og språklige barrierer og være grobunn for misforståelser. Eriksen og Sajjad (2012) mener at de kommunikative og språklige utfordringene kan medfører maktforskjeller i kontakt mellom eksempelvis nordmenn og innvandrere, og være gjenstand for frustrasjon og utrygghet. Det kan forårsake rolle- og maktforskjeller, og i de fleste situasjoner der innvandrere kommuniserer med nordmenn, og nesten alltid er det nordmenn som har mest makt og følgelig vinner. Dette viser betydningen av å snakke åpent om disse fallgruvne.

I følge Eriksen og Sajjad (2012) må innvandrere tilpasse seg nordmenn og norsk væremåte, noe som kan være en måte å tenke på som kan fremkalle irritasjon og sinne hos eventuelle pasienter og oppleves om rasisme eller fremmedfiendtlighet. Dette viser at kulturelle fenomener påvirker kommunikasjonen mellom mennesker fra forskjellige kulturer, på samme måte som kommunikasjon mellom nordmenn kan utløses av subkulturell forståelse og mistolkninger, på tross av felles kulturelle rammer.

Dette viser kompleksiteten og mangfoldet i kulturbegrepet og viser at det er viktig at sykepleiere har og jobber kontinuerlig med sin kulturelle forståelse når de har å gjøre med pasienter fra den andre kulturer. Har sykepleiere kulturelle forståelser når de har å gjøre med pasienter fra andre kulturer kan de kommunisere bedre med minoritetspasienter samt vise respekt og empati (Eriksen og Sajjad, 2012).

Ifølge Eriksen (2001) er kultur en type kommunikasjonsfelleskap og felleskap har med identitet å gjøre. Han mener at så lenge to personer fra to forskjellige kulturer har ett felles språk, har de etablert en felles kulturell plattform. Videre skriver han at det er mulig å forstå fremmede folk uten å bli lik dem eller ha felleskultur (Eriksen (2001)).

Hanssen (2012) sier at hvis man ikke har felles språk har man et klart definert problem der løsningen bare er tolk. Videre skriver forfatteren at hvis sykepleieren og pasienten har ett felles språk, men at det er noen ord som har ulike betydninger kan det være klare kulturforskjeller mellom partene (Hansen, 2012).

Kultur- og språkgrensener kan by på store utfordringer når det gjelder gjensidig forståelse av kommunikasjon. Ifølge Eide og Eide (2007) er kommunikasjonsferdighetene de samme enten man har med kulturforskjeller å gjøre eller ikke, men utfordringene går ut på fortolkning og gjensidig forståelse av kultur, språk og mening. Det er viktig å legge fordommer til side og leve seg inn i den andres unike situasjon. Som sykepleier er det viktig å gjøre seg kjent med den andres tegn og kode, og skape en trygghet samt et klima slik at man blir i stand til å yte god hjelp på tvers av kulturer (Eide og Eide, 2007).

3.7 Nonverbal kommunikasjon.

Eide og Eide (2007) skriver at nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon uten ord. Videre skriver de at en stor del av vår kommunikasjon er nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon kan beskrives som et responderende språk. Dette sier noe om begge parter i en dialog samt relasjonen mellom disse. Det er viktig å lytte aktivt til den andres nonverbale språk, slik at vi oppfatter den viktige informasjonen om personen som kommer nonverbalt til uttrykk. Som sykepleier skal vi være bevisst på hva slags nonverbale signaler vi sender ut, for å unngå stress og usikkerhet hos en sårbar pasient. For å skape trygghet hos pasienten må vi som sykepleiere nonverbalt formidle profesjonelle holdninger. Ifølge Eide og Eide (2007) er hjelperens nonverbale kommunikasjon viktigere enn vi tenker oss, fordi vi gjennom det nonverbale signaliserer hvorvidt vi er innstilt på å lytte eller hjelpe pasienten. Dette avgjør der med om pasienten føler seg trygg og ivaretatt eller ikke (Eide og Eide, 2007).

3.8 Aktiv lytting.

Eide og Eide (2007) skriver at aktiv lytting er en av de viktigste kommunikasjonsferdighetene for profesjonelle hjelpere. Aktiv lytting skaper trygghet og stimulerer den andre til å utforske et problem som er uklart for begge parter. Vi sykepleiere må lytte aktivt, vise oppmerksomhet til pasienten ut fra blant annet etnohistorie, språk, virkelighetsoppfatning og miljø. Ifølge Leininger og Eide og Eide er det å lytte aktivt og kommunisere klart en forutsetning for å identifisere hva situasjonen krever og å forebygge uheldige valg samt dårlige løsninger. Mangelfull eller dårlig kommunikasjon fører til profesjonelle feil og mangel på trygghet i situasjoner. God kommunikasjon innebærer som regel en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet vi utøver som sykepleiere. Det er viktig å speile pasientens følelse samt vise at man forstår og lytter til pasienten. Ved å sammenfatte følelser og innhold i samtalen bekrefter en at en forstår det som formidles (Eide og Eide, 2007).

3.9 Bruk av tolk.

Tolkeportalen (2017) poengterer at, når to parter skal kommunisere med hverandre og de mangler et felles språk, må tolk anvendes. Målet med dette er at samtalen skal være så lik som mulig som en vanlig samtale (Tolkeportalen.no, 2017).

«Etter helsepersonelloven § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet. Helsepersonell må derfor vurdere om bruk av tolk er nødvendig for å kunne yte faglig forsvarlig helsehjelp» (Helsedirektoratet.no, 2017)

Med andre ord skal vi som sykepleiere utføre arbeidet vårt på en faglig forsvarlig måte samt vurdere om det er nødvendig å bruke tolk. Ifølge Tolkeportalen er det viktig å huske at selv om den minoritetsspråklige ser ut til å klare seg fint, kan personen allikevel ha språkproblemer og oppleve utfordringer, som ikke å bli forstått som pasient, særlig i stressede situasjoner. Som sykepleiere er det viktig å sørge for at pasienten forstår det vi formidler og for å sikre dette må vi anvende tolk der det er nødvendig. Barn skal aldri brukes som tolk, for å forhindre at barn utsettes for krevende situasjoner og for å ikke pålegge dem ansvar (Tolkeportalen.no, 2017). I følge pasientrettighetsloven (1999) har pasienten rett til å få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre sier loven at pasientens samtykke er gyldig etter å ha fått nødvendig informasjon (Helsedirektoratet.no, 2017).

Ifølge Hanssen (2012) er en profesjonell tolk nøytral og ofte i stand til å skille mellom sak og person. Hanssen poengterer at opplysningene blir mer direkte oversatt ved bruk av profesjonell tolk enn når tolken er familiemedlem. For å redusere angst er det viktig å hjelpe pasienten til å føle trygghet, både ovenfor sykepleieren og ovenfor vanskelige situasjoner pasienten opplever. Det viser at sykepleiere har et ansvar for å informere, bruke sin intuisjon og temaet. Hanssen poengterer at hvis det ikke er mulig å skaffe en tolk kan en berolige pasienten ved å vise sympati og omsorg gjennom ansiktsuttrykk samt holde pasientens hånd (Hanssen, 2012).

4.0 SAMMENSTILLING AV RESULTAT OG FUNN FRA FORSKNING

I dette kapitlet presenteres resultatene fra de utvalgte artiklene som vi har beskrevet i matrisen, og som vi mener representerer de mest relevante temaene. Artiklene, funnene representerer datagrunnlaget og utgangspunkt for vår drøfting. Vi har ikke valgt å ta for oss temaer som vi mener ikke er relevant for å understøtte valgte problemstilling.

4.1 Kulturforståelse og kultursensitivitet.

Det kommer tydelig frem i studien til Nilsen og Birkeland (2009) at det å møte denne pasientgruppen er og kan være krevende, og sykepleier trenger dermed bedre ressurser og støtte for å kunne yte en god og helhetligsykepleie. Videre påpeker studien at kulturelleforskjeller som språk og forskjellige kulturellenormer gjør det vanskelig for både sykepleier og pasient i å samhandle. For at sykepleier skal kunne samhandle med pasienten vil det være viktig med kulturforståelse, der sykepleier kan vise forståelse for pasienter med en annen kultur enn sitt eget. Høyt etnosentrisme fører til at sykepleier kan virke dømmende overfor pasienten. Dermed hindres sykepleierens forståelse for andre kulturer. (Nielsen og Birkeland, 2009). I studien gjort av Cortis (2004) kommer det tydelig fram at sykepleierne som ble intervjuet hadde vansker med å forklare viktigheten av kultur og kulturens tilknytting samt hvilke relasjoner disse begrepene har i sykepleieutøvelsen. Det kom fram blant annet at noen sykepleiere hadde vansker med å knytte disse begrepene til pasientbehandlingen, mens andre aksepterte det å gi omsorg ved å ha en kulturell forståelse og kultursensitivitet. Videre kommer det fram i studien at når omsorgen som blir gitt er basert på pasientens kultur og blir utført på en kultursensitivt måte øker dette pasientens behov for deltagelse i behandlingsprosessen (Cortis, 2004).

I Studien av Chevannes (2002) kommer det også fram at bakgrunnen for manglende evne til å møte behovene til etniske minoritets pasienter inkluderer manglende forståelse for kulturelle mangfold, mangel på kunnskap, eksklusivitet og etnosentrisme. Funnene i denne studien viste at deltakerne bekreftet at i utdanningen ble det lite lagt vekt på hvordan møte behovene til etniske minoritets pasienter, men at de vurderte å møte behovene til denne pasientgruppen som svært viktig (Chevannes, 2002).

4.2 Kommunikasjon.

For at sykepleier skal kunne gi god og sikker omsorg til pasienter med flerkulturell bakgrunn er kommunikasjon en forutsetning (Nielsen og Birkeland, 2009). Ifølge Nielsen og Birkeland (2009) opplevde sykepleierne som deltok i studien manglende språkkompetanse hos pasienter som et hinder i å kunne yte god kommunikasjon. Sykepleierne mente at det var et problem når pasienten ikke snakket eller forstod det danske språket. Språkproblematikken førte til at pasientene fikk begrensninger i å uttrykke sine omsorgsbehov til sykepleieren (Nielsen og Birkeland, 2009). Videre påpeker en sykepleier, som deltok i studien, at når pasienten ikke snakker språket, bruker hun mesteparten av ressursene sine på språkbarrieren, noe som fører til at hun bruker mindre tid på omsorg for andre pasienter. Det er viktig at sykepleierne er åpne og berørte (Nielsen og Birkeland, 2009). Resultatet fra Dunckley et al. (2004) hevder at kliniske verktøy gir fordeler i å identifisere pasientens problemer, pasientbehandling og vurdere behandling. Videre skriver de ved å bruke disse verktøyene kan en gapet i språkbarrieren reduseres og god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan iverksettes (Dunckley et. al, 2004).

5.0 DRØFTING

I dette kapitlet skal vi svare på den valgte problemstilling, ”Hvordan *kan sykepleiere fremme trygghet ved god kommunikasjon hos pasienter med en flerkulturell bakgrunn?*”

Og underbygge den med teorien som ligger til grunn for denne litteraturstudien. Som nevnt i teoridelen, er intensjonen at teori- og drøftingsdel sees i sammenheng.

Vi har som sykepleiere ansvar for å tilrettelegge god kommunikasjon samt fremme trygghet.

Begrepet ansvar består av to ord, an og svar, som vil si ”å svare på” noe. I

sykepleiesammenheng vil det si, at sykepleieren skal svare på pasientenes behov for sykepleie, samt å se på pasientens ressurser, kapasitet. Dette viser at sykepleierne har et personlig ansvar og et kollektivt ansvar som yrkesgruppe (Slettebø, 2013).

5.1 Sykepleierens kulturelle kompetanse.

Nevnt innledningsvis beskrives Norge i dag som et flerkulturelt samfunn. Allerede ved inngangen til 2017 var det registrert 725 000 innvandrere og 159 000 norskfødte med innvandrereforeldre bakgrunn fra 221 land bosatt i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2017). Med dette stilles det et økende krav til at sykepleiere utvikler en flerkulturell kompetanse. Thorbjørnsrud (2009) skriver at det ofte er uklart hva slags innhold denne type kompetanse bør ha. Ofte reduseres behovet for flerkulturell kompetanse til at ”vi” majoritetsbefolkningen bør forstå ”de andre”, det vil si etnisk minoritetsgrupper. I studien til Cortis (2006) kom det blant annet fram at sykepleierne som ble intervjuet hadde vanskeligheter med å forklare viktigheten av kultur og hvilke relasjoner dette begrepet har i sykepleieutøvelsen. Videre kom det fram at sykepleierne hadde begrenset kunnskaper om kultur og var dårlig forberedt til å møte behovene til pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn. Rødal (2012) peker på to årsaker til glemt sykepleiefaglig område. Hun skriver det ene er mangel på undervisning om kulturell kompetanse i sykepleierutdanningen og det andre er behovet for økt kulturell kompetanse blant sykepleiere. Videre skriver hun at mennesker med en annen kulturell bakgrunn vokser og denne pasientgruppen fortjener like mye oppmerksomhet i sykepleien som enhver annen pasientgruppe som vi møter.

I flere av de inkluderte studiene kommer det frem at språkbarriere er et av de største problemene sykepleiere møter når de arbeider med pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn. I studien til Nilsen og Birkeland (2009) utrykte en sykepleier irritasjon, og sa at omsorgen er langt mer tidskrevende når pasienten ikke snakker eller forstår dansk sammenlignet med de tilfellene der pasienten snakker og forstår språket. Ut fra dette virker det som om sykepleieren har lite kulturell forståelse og dette kan påvirke relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. På den andre siden kan pasienten oppleve utrygghet dersom sykepleieren har en holdning som viser irritasjon. Her vil det være viktig for sykepleieren å bruke sin sensitivitet. Med andre ord betyr dette at sykepleieren bør være åpen i slike situasjoner. Ifølge Magelssen (2008) innebærer kultursensivitet at sykepleieren skal møte pasienter på en god måte på tross av ulike kulturell bakgrunn.

Studien til Nilsen og Birkeland (2009) påpeker videre at kulturelle forskjeller som språk og forskjellige kulturellenormer gjør det vanskelig for både sykepleier og pasient i å samhandle. Sykepleierne i studien mente at de hadde manglende kulturell kompetanse og at den kulturelle forskjellen førte til utfordringer i sykepleiepraksisen. Hanssen (2012) poengterer at det ikke forventes at en sykepleier skal kjenne til alle aspekter ved alle kulturer og religioner. Dessuten er vi mennesker forskjellige med våre individuelle tanker, ønsker og behov, også om vi har en felles kulturell bakgrunn. Resultatene fra de inkluderte studiene viser at kulturell forståelse bør være integrert hos alle sykepleiere når de møter pasienter med en annen kulturell bakgrunn. Dette innebærer blant annet at sykepleier er mer oppmerksom på kulturelle forskjeller og er bevisst på individuelle forskjeller mellom mennesker fra samme kultur (Cortis, 2006).

Ifølge forskning kan ubevisst diskriminering oppstå på grunn av mangelfull kulturforståelse (Cioffi, 2006). Videre i studien poengterer en sykepleier at det er lett for sykepleiere å støte pasientens religiøse syn uten at de selv er klar over det. Årsaken kan være mangelfull kunnskap relatert til kulturelle forskjeller. Kulturforståelse i denne sammenhengen dreier seg ikke bare om å forstå den andre, men om å forstå seg selv og de andre i samspill med hverandre (Thorbjørnsrud, 2009).

Et kulturrelativistisk syn vil være viktig for sykepleier å opprettholde i sykepleieutøvelsen. Magelssen (2008) skriver ved å ta i bruk et kulturrelativt perspektiv vil sykepleier forsøke å forstå pasienten ut fra hennes eller hans perspektiv og logikk. Med andre ord betyr ikke dette at sykepleier må være enig med den andre, men at når en sykepleier prøver å forstå den andre viser sykepleieren en holdning basert på respekt. En må kunne handle med faglig kyndighet på en medmenneskelig måte. Det stilles krav til sykepleier om å bygge tillit, være tålmodig og forståelsesfull også i situasjoner der en kanskje ikke føler trangten til å være omsorgsfull eller omtenkksom (Kristoffersen, 2012).

5.2 Kulturelle barrierer mellom sykepleier og pasient.

I sykepleiefagets praksisstudiet har vi erfart og sett betydningen av verdien og den helsefremmende effekten det har å ta pasientene på alvor, ved å vise faglig innsikt og menneskelig omsorg, demonstrere innsikt eksempelvis om å kunne forstå den kontekst og kulturen pasienten er en del av når pasientens behov er i ulage eller ikke kan bli ivaretatt av pasienten selv.

Ifølge Rødal (2012) betyr sykdom forskjellige ting i ulike kulturer, og at det derfor kan være vanskelig for sykepleiere å forstå samt yte sykepleie til pasienter fra en annen kultur. Utfordringene med dette skjer fordi pasientens oppfatning av sykdom, helse og behandling kan være annerledes uavhengig av kultur. Et eksempel fra studien til Cioffi (2006) viser at en pasient sier ” siden det er Allah som har gitt meg sykdommen, aksepterer jeg det og er glad”. Dette viser ulike syn på sykdom, pasienten aksepterer sykdommen på den måten, mens dette kan være vanskelig for sykepleiere å forstå. Ut fra den vestlige kulturen kan dette oppfattes som en annen type mestrings strategi. I følge Magelssen (2008) tolker vi virkeligheten ut fra vår forståelse av verden. Med andre ord betyr dette at pasienten kan ha store variasjoner i hvordan hun eller han opplever sykdommen påvirker deres bekymringer. Som allerede nevnt i teoridelen kan kultur, religion, kulturbakgrunn og personlige erfaring påvirker hvordan en person reagerer og opplever sykdom (Hanssen, 2005). Her vil det være vår oppgave som profesjonelle sykepleiere å hjelpe mennesker som er syke og viktigst av alt skape trygghet og ivareta pasientens behov så langt det lar seg gjøre. Videre påpeker hun at dette er igjen avhengig av at sykepleieren viser interesse og fleksibilitet ovenfor pasientens egen forståelse av hvordan hun eller han oppfatter sykdom (Hanssen, 2005).

Derfor vil det være viktig som sykepleier å ha kunnskap om andres syn på sykdom. Hanssen (2005) skriver blant annet at kunnskap om andres kulturer er et viktig redskap som en sykepleier kan bruke før hun møter pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn. Hun skriver også dersom en ikke utviser en smule kunnskap om pasientens kultur og religion, og hvilke konsekvenser dette kan ha for hans eller hennes behandling og pleie. Kan det gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt.

I flere av de inkluderte studiene kommer det blant annet fram ulike momenter som sykepleierne opplevde utfordrende i samhandling med pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn. I studien til Cioffi (2006) var kjønnet på pleierne et viktig hovedtema for pasienter fra Midtøsten. Kvinnelige pasienter ville bli ivaretatt av kvinnelige pleiere og menn ville bli ivaretatt av mannlige pleiere. Grunnen til dette var ikke på grunn av språkgapet, men på grunn av religionen og det med å ha direkte kontakt med motsatt kjønn. For sykepleierne derimot hadde dette en del konsekvenser. Eksempelvis uttrykte en mannlig pasient at han ikke ville snakke med en kvinnelig sykepleier. Dermed gikk all informasjon gjennom konen. I denne situasjonen kan det være utfordrende for sykepleieren, men ut fra et kulturrelativistisk syn kan sykepleieren prøve å forstå pasientens ønske og behov.

En annen kulturrelaterte dilemma som kommer frem i studien til Cioffi (2006) er at sykepleierne opplevde situasjoner der pårørende til pasientene kom på besøk i grupper med mange familiemedlemmer. I mange kulturer er det pårørende som har ansvaret for å stelle og pleie pasienten. Dette opplevdes som en utfordring for sykepleierne da dette også er sykepleierens funksjon. Videre i studien gjort av Cioffi (2006) kommer det frem at en pasient ønsket å ha sin kone samt familie på besøk for at de kunne forklare ting for han. Med andre ord følte pasienten seg trygg når familien var på besøk. Sykepleieren som deltok i studien opplevde derimot antall familiemedlemmer som et problem, en forstyrrende faktor for både sykepleiere og medpasienter. Hanssen (2005) skriver at det ofte ikke er lett for sykepleiere å forholde seg til pasienter som til enhver tid er omringet av en mengde besøkende. Hun sier videre at alle disse besøkende kan bli oppfattet som et hinder for den omsorgen sykepleiere ønsker å yte. Rødal (2012) skriver at ved å se på denne situasjonen med et etnosentrisk synspunkt vil en sykepleier vurdere ut fra sin egen kultur. Ved hjelp av et kulturrelativistisk perspektiv vil sykepleieren ha evnen til å kunne sette seg inn i kultur samt forstå pasienten. Rødal påpeker videre at det ikke finnes enkle løsninger, men det å være åpen om sin uvitenhet bidrar til utvikling av sin egen kulturelle kompetanse. Som allerede nevnt i teoridelen vil det i

sykepleiefaget være viktig å ha flere perspektiver å vurdere ut fra og forstå pasienten slik at sykepleier får pasienten trygg og tillit oppnås. Dette vil særlig være viktig med tanke på de ulike nevnte kulturelle barrierene. Det støttes også av Magelssen (2008). Ved mindre etnosentrisme og større kulturrelativisme hos sykepleier fører det til god samhandling mellom sykepleier og pasient. Man snakker med hverandre og ikke bare til den andre. Dette fører igjen til at dialogen er preget av trygghet, respekt og ikke minst bidrar det til at sykepleier er i stand til å se likheter til tross for kulturelle forskjeller. Dersom sykepleieren har en kulturrelativistisk tilnærming vil det være lettere å forstå pasienten. Kulturrelativisme kan på den andre siden føre til at kulturforskjeller som blant annet språk blir mindre tydelig (Magelssen, 2008). Dersom vi forsøker å forstå den andre, gjenspeiler det en holdning om at vi respekterer den andre (Eriksen og Sajjad, 2015).

Ifølge Cortis (2004) var det mange sykepleiere som opplevde mangelfull holisme i praksis. Pasientenes kulturelle og religiøse faktorer førte til at sykepleierne hadde dårlig tid til å møte pasientene. Videre påpeker sykepleierne manglende undervisning i hvordan yte sykepleie til pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn. I sykepleierprofesjonen er det lagt vekt på at sykepleiere skal utføre et holistisk menneskesyn og tilrettelagt omsorg (Cortis, 2004). Leininger mente at sykepleiere trenger kunnskap om andre kulturer for å forstå pasienten, men sykepleiere trenger også en kritisk holdning til sin egen kultur. Hun skriver at sykepleiere trenger å utvikle kulturell kompetanse for å gi et profesjonelt og helhetlig omsorg (Gustin og Lindwall, 2012).

Ifølge Leininger er omsorg avgjørende for velvære, helse, helbredelse, vekst og opplevelse. Som allerede nevnt i teoridelen er Sunrise modellen ifølge Leininger ikke en tradisjonell teori i den forstand, men snarere et kognitiv kart som gjør det mulig å utforske og fange kjernen i omsorg og helse i ulike kulturer. På vårt nivå som snart nyutdannede sykepleiere er vår tenkning omkring en modell, at intensjonen med modeller er at de kan sees på som en inspirasjonskilde, en veiviser. Dette med andre ord hvordan sykepleiere kan kommunisere og samhandle bedre med tanke på mellommenneskelig samhandling og aktuell problemløsinger, som et verktøy eller redskap for velrettede og faglig bevisste handlinger. Ifølge Leininger, kan sykepleieteori hjelpe sykepleiere til å oppdage nye perspektiver og bruke skisse til å fremme praktisk sykepleie. Ved at sykepleier tar i bruk modellen, kan det bidra til bedre kulturell kompetanse hos sykepleieren. Dette kan igjen lette hvordan sykepleiere imøtekommer pasientgrupper med flerkulturell bakgrunn samt fremmer trygghet. Modellen i seg selv er med

andre ord et symbol på omsorg og pleie, men måten denne omsorgen blir uttrykt på varierer. Modellen tydeliggjør de viktigste komponentene som omfatter og bidrar til forståelse og utforskning av andre kulturer.

Med andre ord viser modellen betydningen av utøvelsen av en transkulturell sykepleie og hvor det fokuseres på kulturelle betingede omsorgsverdier, forestillinger og handlingsmønstre. Intensjonen er å kunne gi tilpasset omsorg, fordi pasienters behov for omsorg har likheter og ulikheter. Faktorene i modellen er strukturert i forhold til hverandre på en slik måte, at de gjensidig støtter og opprettholder hverandre. På den måten settes det krav til sykepleiere om å være sensitiv og ha god kulturelle og menneskelig innsikt. De ulike faktorene i modellen er selvforsterkende og uavhengig av en praktisk anvendelse. Sykepleieren må kunne trygge og vurdere pasientens kulturelle historie, om utøvelsen, intervensjoner skal demonstrere en transkulturell utøvelse. Det er pasienten som legger grunnlaget for de ulike føringene som sykepleien må gjøre på grunnlag av de ulike vurderingene før tiltakene iverksettes i samarbeid med pasienten.

5.3 Kommunikasjon for å fremme trygghet hos pasienter

Som beskrevet i teoridelen skriver Eide og Eide (2007) at profesjonell, hjelpende kommunikasjon har et helse faglig mål, som det å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2016). Som sykepleiere har vi ansvar for at kommunikasjonen er god nok og sørge for at pasienten har forstått informasjonen. Vi har ansvar for at informasjonen er tilstrekkelig og er tilpasset til den enkelte pasient. Det vil si at vi må sørge for at pasienter som har en annen kultur bakgrunn har fått nok og tilpasset informasjon om sin egen helse. Eid og Eide (2007) hevder som nevnt tidligere i teoridelen, at for å oppnå en god relasjon med pasienten samt forstå, er det viktig å lytte. Videre mener de at vi sykepleiere må kunne skape gode og likeverdige relasjoner med pasienten og at dette fremme trygghet hos pasienten. Som nevnt i teoridelen skriver Thorsen (2012) at det motsatte av trygghet er utrygghet, usikkerhet og sårbarhet. Har pasienten ikke blitt godt informert og ikke forstått informasjonen sykepleieren formidler skaper dette utrygghet og usikkerhet hos pasienten. Spesielt er det viktig hos en pasient som er i en sårbar situasjon som i tillegg har en annen kultur bakgrunn. Når pasienten

ikke behersker språket godt nok og er i krise eller syk så skaper dette utrygghet hos pasienten (Eide og Eide, 2007).

Sykepleieren må våge å være til stede hos pasienten, der og da, være åpen og lyttende. Dette er spesielt viktig når pasientene er syke. Det å bli sett og få oppmerksomhet har igjen en nær sammenheng med menneskets behov for trygghet. Som sykepleier bør en ha bevissthet på betydningen av å skape, legge til rette for trygghet, inngi tillit, gi rom og tid til pasientene for å gi trygghet i de ulike kulturer og kontekster pasientene befinner seg i. Dette krever at sykepleieren må ha en følsomhet, og en varhet for, i tillegg til kunnskap om hvilke faktorer som påvirker tryggheten hos pasienten. Det har betydning for den kulturelle situasjonen pasientene er i når behovet for kulturbasert omsorg melder seg. Ut fra Eriksen og Sørheims definisjon av kulturbegrepet (1999, s.39) hvor de beskriver kultur som: ”en slags mental matrise for handlinger”, er det lett å forstå at kulturelle forskjeller fører til behov for kunnskap om andre kulturer. Dette støttes av studiene til Cioffi (2006) og Nielsen & Birkelund (2006) hvor de framhever at det er enkelt å forstå at en sykepleier trenger kunnskaper og innsikt i hvordan gi trygghet i møte med pasienter fra andre kulturer. Språkproblematikken kan også være en barriere i tillegg til kunnskap om verdier og forståelse for uvante eller ukjente tanker, følelser og handlingsmønster.

Ifølge Eriksen (2001) har sykepleieren og pasienten etablert en felles kulturell plattform, så lenge de har ett felles språk, selv om de har to forskjellige kulturer. Videre skriver han at det er mulig å forstå fremmede folk uten å bli lik dem eller har felles kultur som dem. Etter det vi har erfart på sykehus i praksisperiodene vurderte vi det som om de fleste sykepleierne hadde for lite kunnskap om andre kulturer, og da selv om pasienten snakket norsk så var det ikke, etter det vi har erfart samhandlingen like god. Det kan komme av språkbarriere eller kulturelle forskjeller som skaper avstand mellom sykepleiere og pasienter. Enkelte ganger kan det være at sykepleieren mangler kulturell forståelse mens det andre ganger kan være at pasienten selv ikke ønsker kontakt med sykepleieren. Et eksempel som kommer fram i studien til Cioffi (2006) er at pasienter ikke ønsket at sykepleiere skulle imøtekomme deres emosjonelle behov. Som sykepleier ligger det verdi i å snakke med pasienter, legge til rette for å etablere møter og prøve å få forståelse for hva som er pasientens hovedproblemer. De kommunikative og mellommenneskelige relasjonene kan være en plattform for data, vurdering og problemidentifisering og spesielt viktig når informasjon er preget av kulturelle utfordringer. Krav til forståelse med tanke på å innhente bakgrunnskunnskap og fortolkning av pasientenes

livsverden trenger å få fokus. Slik sett kan også ulike sykepleieteorier være nyttige å ta i bruk med tanke på hvordan møte pasientene med tanke på å fremme trygghet ved god kommunikasjon hos pasienter med en flerkulturell bakgrunn.

Ifølge de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere heter det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet samt at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Dette er verdier som sier noe om helhetligsykepleie og som bare lar seg gjøres gjennom god kommunikasjon med pasienten (Gjengitt i Eide og Eide, 2007). For at kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten skal lykkes er det viktig at vi anvender riktig kommunikasjonsferdigheter.

5.4 Kommunikasjonsferdigheter.

Det er viktig at vi sykepleiere har kunnskap om ulike nonverbale signaler som kan være støtende eller fornærmende i ulike kulturer. I dette tilfelle vil det være viktig for sykepleiere å bli kjent med pasientens kultur for eksempel at man ikke bruker nonverbal kommunikasjon som kan skape misforståelser mellom ulike kulturer. På denne måten skaper en trygghet og et klima som gjør det lettere for sykepleiere i å yte god hjelp på tvers av kulturer. Nonverbale tegn og signaler kan være av mange slag og formidles på forskjellige måter gjennom, ansiktsuttrykk, stemmeklang og styrke, samt kroppsholdning og kroppsspråk. For å skape tillitt og trygghet hos pasienten er det viktig at sykepleieren anvender passende stemme og kroppsspråk. Ifølge Eide og Eide er fysisk berøring samt blick og øyekontakt viktig for at kommunikasjonen skal lykkes. Hanssen (2012) skriver at ansikt er den viktigste av de ikke-verbale kommunikasjonskanalene. Hanssen mener at det er ansiktet som uttrykker følelser som glede, sorg, overraskelse, angst, sinne, avsky og interesse.

Ifølge studien til Chevannes (2002) gjør svekket kommunikasjonsferdigheter vanskeligere for sykepleiere å yte god omsorg. Eide og Eide skriver at kommunikasjonsferdigheter er ferdigheter i å kunne takle kommunikasjonssituasjoner hensiktsmessig. Som sykepleier er det viktig å snakke sakte og tydelig samt være tålmodig. Det vil samtidig være en fordel at sykepleiere velger å stille riktige og konkrete spørsmål til pasienter med flerkulturell bakgrunn. I denne pasientgruppen er det spesielt viktig at vi sykepleiere bruker kommunikasjonsferdigheter som skaper tillit samt fremmer trygghet.

Eriksen og Sajjad (2012) poengterer at kulturelle fenomener påvirker kommunikasjonen mellom pasienter med flerkulturell bakgrunn og sykepleiere. Hvis sykepleieren har kulturforståelse, kan kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten bli bedre. Studien til Cioffi (2006) viser at kommunikasjonssvikt kan føre til misforståelser mellom sykepleiere og pasienter. På en annen side kommer det frem i studien til Cortis (2004) at sykepleierne som deltok hadde lite eller ingen kulturforståelse. Ifølge yrkesetiske retningslinjer bør vi som sykepleiere ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Vi har som sykepleiere plikt til å jobbe etter dette og er avhengig av å kunne kommunisere med pasienten for å kunne gi pasienten helhetlig omsorg. Det støttes av Leiningers teori som nevnt tidligere, der hun påpeker hvor viktig kulturforståelse er for sykepleiere for å kunne yte god pleie og omsorg.

Ifølge Eide og Eide (2007) er det kun pasienten som kan avgjøre hvorvidt kommunikasjonen har vært god eller ikke. Videre skriver de at kommunikasjonsferdigheter er pasientrettet kommunikasjon og at det er viktig at kommunikasjonsferdigheter trenes opp for å lykkes. For å trene opp kommunikasjonsferdigheter er ikke teori alene nok, men en kan anvende andre metoder som for eksempel rollespill. Teori kombinert med praktisk øvelse med tilbakemeldinger og refleksjon fungerer best (Eide og Eide, 2007).

Som nevnt i teoridelen er en av de kommunikasjonsferdighetene aktiv lytting og at aktiv lytting skaper trygghet samt får pasienten til å utforske et problem som er uklart for både pasienten og sykepleieren. Ved å mestre de kommunikative ferdighetene, kan sykepleiere legge til rette for gode relasjoner og bedre forståelse av pasientens problemer og dermed gi bedre hjelp og støtte i ulike situasjoner. Her vil det være viktig å lytte til pasienten, være bevisst på å skape gode og likeverdige relasjoner, kunne formidle informasjon på en forståelig og klar måte. Sykepleiere bør mestre ferdighetene med å strukturere en samtale med pasienten med tanke på å innhente troverdige og sanne data. Dette vil særlig være viktig når sykepleiere samarbeider med pasienten som har en annen kultur bakgrunn. Videre kan det gjøre det lettere for sykepleiere å finne gode beslutninger og løsninger samt stimulere den andres muligheter og ressurser (Eide og Eide, 2007).

Eide og Eide poengterer at gode kommunikasjonsferdigheter er nøkkelen til å forstå pasienten og pårørende og dermed forebygge uheldige valg, dårlige løsninger og ikke minst med tanke på at pasienten befinner seg i en ukjent rolle og i tildels ukjente omgivelser. I slike tilfeller er det viktig at sykepleierne bruker kommunikasjonsferdigheter aktivt. I følge Hanssen (2012)

har man et problem hvis sykepleier og pasienten har forskjellige språk og løsningen er da bare tolk.

5.5 Kommunikasjon via tolk.

En tolk er en som kjenner språket og ifølge Leningers tenkning en viktig ressurs. En profesjonell tolk blir en viktig samarbeidspartner med tanke på at viktig informasjon eller det å ta avgjørende beslutninger på feil grunnlag blir redusert. Ifølge Helsedirektoratet (2017) er kommunikasjon via tolk helt nødvendig i noen tilfeller for å kunne gi forsvarlig helsehjelp og likeverdig helse samt omsorgstjenester. Skal sykepleiere sørge for at pasienten får tilpasset informasjon er de pliktige etter helsepersonell loven i å vurdere om pasienten trenger tolk. Som sykepleier er det viktig å ivareta pasientens autonomi og dette er spesielt viktig når man har å gjøre med en pasient som ikke kan språket. Etter pasient- og bruker rettighetsloven skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen samt samtykke i helsehjelpen (Helsedirektoratet, 2017). Med andre ord blir ikke samtykket gyldig hvis pasienten ikke forstår innholdet og ikke kan språket.

Ifølge Tolkeportalen (2017) skal tolk tilkalles når den offentlige part anser at tolk er nødvendig for å oppnå forsvarlig kommunikasjon eller den minoritetsspråklige selv har ønsket det. Videre poengterer Tolkeportalen (2017) at helsetjenesten skal dekke tolkeutgiftene og pasienten har rett til tolk når det er nødvendig. Vår erfaringer fra sykehuspraksis er at det er et svikt i systemet når det gjelder tolkebruk. Etter erfaringene våre er det ofte en svikt fra helsepersonellens side. Noen ganger blir det glemt å bestille tolk, andre ganger så er det enten fordi den som har ansvar for pasienten ikke anser det som nødvendig eller pasienten ikke sier fra og sykepleiere tror at vedkommende snakker norsk at det ikke bestilles tolk. Til tross for at pasienten har rett til tolk samt forstå informasjonen som gis vedørende deres helsesituasjon, viser resultater fra de inkluderte studiene det motsatte. I for eksempel studien til Nilsen og Birkeland (2009) kommer det frem at sykepleierne som deltok i studien av forskjellige grunner prøvde å begrense bruken av tolk. Bestilling av tolk var avhengig av hvor alvorlig situasjon pasienten befant seg i. Hvis det ikke var noen alvorlige problemer brukte de pasientens familiemedlemmer som tolk.

Videre kommer det frem i studien at noen ganger blir barn brukt som tolk spesielt hvis for eksempel moren er innlagt sent på kvelden, men sykepleierne er enig om at det ikke alltid er

en god ide å bruke barn som tolk. Årsaken til dette var at det enkelte ganger kunne være vanskelig å få en tolk umiddelbart. Sykepleierne innrømmet begrensinger av bruken av tolk, da dette også er økonomisk kostbart for sykehuset (Nilsen og Birkeland, 2009). På den andre siden kritiserte sykepleierne bruken av familiemedlemmer som tolk. Dette ble sett på som utfordrende av sykepleiere fordi pasienten til tider ikke ville fortelle sensitive opplysninger om seg selv, særlig i tilfeller hvor ektemannen tolket. Magelssen (2008) poengterer at det er en viktig sykepleieoppgave å se pasientens perspektiv, med andre ord betyr dette i praksis at sykepleier møter pasientene i situasjonsøyeblikket. Når sykepleier skal innhente data og opplysninger om pasienten, bør hun gå til kilden selv.

Ifølge en annen studie var hovedproblemet at sykepleierne og pasientene ikke snakket sammen språk og da ble det brukt tolk enten via telefon eller direkte. Utfordringene med tolketjenesten var at tolk ikke var tilgjengelig under hver kontaktsituasjon med pasienten. Dette førte til mindre engasjement i kontakten mellom pasient og sykepleier (Cioffi, 2006). Underforbruk av tolk eller feilaktig bruk av tolk kan føre til diskriminering samt true rettssikkerheten til enkeltindivider. Det er viktig at sykepleiere og andre helsepersonell vurderer nøye om pasienten faktisk trenger tolk. Det er viktig å huske at selv om minoritetsspråklig klarer seg bra, kan det være problematisk i situasjoner under medisinsk behandling. Viktigste av alt er tolk med på å sikre god samt trygghet i kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Helsedirektoratet, 2017).

Ifølge Hanssen (2012) er det å forklare pasienten hvilke sykehusutstyr som brukes og hva som skjer viktig for å redusere angst og fremme trygghet rundt pasienten i under vanskelige situasjoner. Videre mener hun at man kan vise pasienten sympati og gi omsorg ved bruk av nonverbale kommunikasjon gjennom kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Ifølge studien til Dunckley et al. (2003) er fordelene med oversatte kliniske verktøy til hjelp for sykepleiere med å tilrettelegge for pasienter en individuell behandling som reflekterer hver pasients ønsker. Samtidig letter dette rollen til familiemedlemmers funksjon som tolk. Videre poengterer Dunckley et al. (2003), noen utfordringer som bør tas i forbehold når en skal oversette og bruke kliniske verktøy. Dette inkluderer blant annet leseferdighetsnivå, kulturelle kjennskap til kliniske verktøy og evnen til å etablere en kulturell likeverdighet. På denne måten fremmer bruken av oversatte kliniske verktøy og reduserer språkgapet. For en sykepleier som vil fremme trygghet ved god kommunikasjon hos pasienter med en flerkulturell bakgrunn, kreves det at sykepleier forstår at våre begrep sier noe om hvordan vi

oppfatter virkeligheten. Det sentrale er å finne felles mening bak de konkrete forskjellene og hvis ikke det kan oppfylles må tolk benyttes.

6.0 KONKLUSJON

I denne avsluttende oppgaven i sykepleie, hvor valgte problemstilling er hvordan sykepleiere kan fremme trygghet ved god kommunikasjon hos pasienter med en flerkulturell bakgrunn har vi sett på det å bli innlagt på en institusjon er i seg selv et møte med en annen kultur. For å fremme at pasienter med flerkulturelt bakgrunn får likeverdig helsetjeneste, må sykepleiefaget tilføres økt kunnskap og kompetanse om flerkulturell forståelse. Det skal ikke forventes at en sykepleier kjenner til alle spektre ved alle kulturer, men det er viktig at en sykepleier har bakgrunnskunnskap om hvordan sykepleier bør møte flerkulturelle pasienter. God kommunikasjon og en gjensidig relasjon mellom pasient - sykepleier kan bidra til å fremme trygghet hos pasienter med flerkulturell bakgrunn. Resultatene fra studiene viste at kulturelleforskjeller som språk og forskjellige kulturellenormer gjør det vanskelig for både sykepleiere og pasienter i å samhandle og at det er viktig med kulturforståelse. Videre i studiene kommer det tydelig frem at det å møte disse pasientgruppene er og kan være krevende og at sykepleiere trenger bedre ressurser og støtte for å kunne yte en god sykepleie. Det er viktig at sykepleiere har en forståelse av pasientens kulturelle bakgrunn. En bevisstgjøring og økt kunnskap om kultur og kommunikasjon kan bidra til bedre forståelse mellom sykepleier og flerkulturelle pasienter.

Ifølge pasientrettighetsloven har pasienten rett til å få nødvendig informasjon om sin helsetilstand. Derfor er det viktig at sykepleier vurderer om pasienten trenger tolk og eventuelt tilkalle tolk. Det kan være krevende for sykepleier å møte pasienter som har en annen kulturbakgrunn, som i tillegg ikke kan språket, men en sykepleier bør alltid jobbe for å bevare pasientens rettigheter.

LITTERATURLISTE

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* 3rded. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/open University Press.

Chevannes, M. (2002). Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. *Journal Of Advanced Nursing*, 39(3), 290-298. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02276.x

Cioffi, J. (2006). Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards. *International Journal Of Nursing Practice*, 12(6), 319-325. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2006.00590.x/epdf>

Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal Of Advanced Nursing*, 48(1), 51-58. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03168.x

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dunckley, M., Hughes, R., Addington-Hall, J., & Higginson, I. (2003). Translating clinical tools in nursing practice. *Journal Of Advanced Nursing*, 44(4), 420-426. doi:10.1046/j.0309-2402.2003.02821.x

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eriksen, T. H. (Red.). (2001). *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eriksen, T. H & Sajjad, T.A. (2012). *Kulturforskjeller i praksis – Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* 2. utg. Stockholm: Natur och kultur.

- Grimen, H. & Ingstad, B. (2006). *Kulturelle perspektiver på sykdom og helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gustin, W.L & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praksis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hanssen, I. (2005). Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansse, I. (2005). Interkulturell sykepleie, I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F & Skaug, E.A (Red.). *Grunnleggende sykepleie*. (Bind 1, s. 136-159). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2016). Helsepersonells ansvar for god kommunikasjon via tolk. Hentet 24. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/asylsokere-flyktninger-og-innvandrere/helsepersonells-ansvar-for-god-kommunikasjon-via-tolk>
- Kristoffersen, N.J. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, N. og Skaug, E. (Red.). *Grunnleggende Sykepleie. Bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Larsen, J., Duus, M., Hansen, A.A. (2000). Omsorg set i et kulturelt perspektiv. I: Linea Nettverk (Red. '), *Intensiv kurs i tverr kulturell sykepleie* (s. 1-24). Oslo: Høgskolen i Oslo
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene* 2. utg. Oslo: Akribe
- Nielsen, B., & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcaresystem - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(3), 431-437. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3638a8a8-9cbb-4033-8559-faba73e1125f%40sessionmgr103&vid=10&hid=107>
- Nakmi.no (2016). E-læring: Bruk av tolk. Hentet 24. april fra <http://www.nakmi.no/aktuelt/2016/e-lering-bruk-av-tolk.html>

Statistisk sentralbyrå. (2017). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. Januar 2017. Hentet 2. april 2017 Hentet fra

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2017-03-02#content>

Sitzman, L. K. & Eichelberger, W. L. (2011). *Understanding the work of nurse theorists*. Jones and Bartlett: Sudbury

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Sykepleien. (2012). Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse. Hentet 4. april 2017 fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/03/sykepleiere-trenger-flerkulturell-kompetanse>

Thidemann, I.-J. & Thidemann, M. U. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlag.

Tidsskrift (2008). Likeverdige helsetjenester til alle. Hentet 2. april 2017 fra <http://tidsskriftet.no/2008/05/landsstyremotet/likeverdige-helsetjenester-til-alle>

Tolkeportalen. (2016). Helsepersonells ansvar for god kommunikasjon via tolk. Hentet 23. april 2017 fra https://www.tolkeportalen.no/Global/tolking/kommunikasjon_via_tolk.pdf

Thorbjørnsrud, B. (2009). Kulturelle fortolkningsrammer. I: Brodtkorb, E. Norvoll, R. & Rugkåsa, M. (Red). *Mellom mennesker og samfunn – Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thorbjørnsrud, B. (2009). Kulturelle, helse og sykdom. I: Brodtkorb, E. Norvoll, R. & Rugkåsa, M. (Red), *Mellom mennesker og samfunn – Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (S. 245-281). Oslo. Gyldendal akademisk.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2016). ICNs etiske regler for sykepleiere norsk utgave, 2007. Hentet 30. mai 2017 fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2016). Sykepleieren og pasienten. Hentet 10. mai 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

VEDLEGG 1**Søkedokumentasjon**

| Søkeord | Database | Avgrensning av tidsrom | Kombinasjoner | Antall treff | Antall leste abstrakt | Inkluderte artikler |
|---|-----------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------------------|---|
| 1. Acute care 2. Culture diversity 3. Nurse-patient relations | Cinahl | 2000-2017 | AND | 2 | 2 | Cioffi, J. (2006). Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards. International journal og nursing practice. |

| | | | | | | |
|---|---------------|-------------------|------------|-----------|-----------|--|
| <p>1. Minority ethnic</p> <p>2. Transcultural</p> <p>3. Nursing</p> | <p>Cinahl</p> | <p>2000-20017</p> | <p>AND</p> | <p>33</p> | <p>15</p> | <p>Nilsen, B. Birkeland, R (2009). Scandinavian journal of caring sciences Aarhus, Denmark "Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses experiences when meeting minority ethnic patients".</p> |
|---|---------------|-------------------|------------|-----------|-----------|--|

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------|------------|------------|-----------|---|
| <p>1. Patient</p> <p>2. Language barriers</p> <p>3. Cultural diversity</p> | <p>Cinahl</p> | <p>2000 - 2017</p> | <p>AND</p> | | | <p>M. Dunckley, Rhidian Hughes, Addington-Hall, and Irene J. Higginson (2003) Journal of advanced nursing. London UK "Translating clinical tools in nursing</p> |
| <p>1.Communication</p> <p>2. Ethnic minorities</p> <p>3. Nursing</p> | <p>Academica Search premier</p> | <p>2000-2017</p> | <p>AND</p> | <p>139</p> | <p>20</p> | <p>Chevannes, M. (2002). Issues in educating health professionals to meet diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. Journal of</p> |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------|-----|-----|----|--|--|
| | | | | | | advanced nursing. | |
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Nursing 2. Minority ethnic 3. Needs | Academica Search Premier | 2000-2017 | AND | 337 | 12 | Cortis, J,D. (2004). Journal of Advanced Nursing. Leeds, UK. Meeting the needs of minority ethnic patient. | |

VEDLEGG 2

Matrisen

| Forfatter/ år/land/tittel | Hensikt (mål) med studien | Metode | Resultat (Funn) | Egne kommentarer |
|---|--|--|--|---|
| Jane Cioffi (2006) School of nursing, University of Western Sydney, Penrith South DC, New South Wales, Australia | Målet med studien var å vurdere og beskrive sykepleier og pasient forholdet i akutt pleie. | Kvalitativ metode. Åtte sykepleiere og deres pasienter deltok i studien. Syv av dem var menn og en kvinne. Alle pasienten kom fra Asia og de hadde vært innlagt på sykehus i minst tre dager. Åtti prosent av sykepleierne hadde tre års erfaring. Sykepleierne og pasientene ble intervjuet individuelt | Studien viser tydelig at det er kulturforskjeller mellom sykepleier og pasient. Familie på besøk og kjønnet på pleieren var de viktigste kildene til spenning for muslimske pasienter som kom med ubegrenset besøk. Kvinnelige pasienter ville bli ivaretatt av en kvinnelig pleie og menn ville bli ivaretatt av en mann. Andre viktige funn som studien viser er risikoen for misforståelser relatert til mangel på kommunikasjon mellom sykepleier og kulturelt mangfold pasient. | Denne studien påpeker de kulturelle forskjellene samt språkproblematikken en sykepleier kan møte på imøte med en flerkulturell pasient. |
| Maria Dunckley, Rhidian Hughes, Addington-Hall, and Irene J. | Målet med studien var å vurdere hvorvidt oversatte kliniske verktøy har | | I resultatdelen kommer det frem at kliniske verktøy gir fordeler i og reduserer språkgapet. Bruk av | Denne studien tar for seg viktigheten ved å bruke oversatte kliniske |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>Higginson (2003) Journal of advanced Nursing. London UK. Translating clinical tools in nursing practice</p> | <p>og hvilke begrensinger dette kan føre til i sykepleiepraksisen.</p> | | <p>kliniske verktøy er med på å identifisere pasientens problemer, veiede i pasienthåndteringen og evaluering av behandling og inngrep. Reduksjon av språkgapet ved hjelp av kliniske verktøy vil hjelpe sykepleiere med å tilrettelegge individuell behandling som således reflekterer hver pasients ønsker og bekymringer. Videre vil dette også gi fordeler som å lette rollen til familiemedlemmers funksjon som tolk og gi bedre dialog mellom sykepleier og pasient.</p> | <p>verktøy for å lette samt bidra til å bygge bro over språkbarrieren og kulturforskjeller.</p> |
| <p>Nilsen, B. Birkelund, R (2009). Scandinavian journal of caring sciences Aarhus, Denmark. Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences</p> | <p>Målet med denne studien var å undersøke erfaringene til sykepleieren i omsorg med pasienter med minoritetsbakgrunn.</p> | <p>Dette er kvalitativ studie hvor det ble gjennomført intervjuer samt observasjoner av fire sykepleiere i sykehus. Utvalgsriteriene var minst fem års yrkeserfaring hos disse sykepleierne fra alderen 40-55år.</p> | <p>Funnene viser hva som sykepleierne opplevde. Studiens resultater tyder på at sykepleiere trenger ressurser når det gjelder imøte med pasienter fra en annen flerkulturell bakgrunn. I følge sykepleierne som deltok i studien var det et problem når pasienten ikke snakket eller forsto dansk. Det var også flere av sykepleierne som kritiserte</p> | <p>Denne studien belyser språkbarriere mellom pasient og sykepleier</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>when meeting minority ethnic patients.</p> | | <p>De hadde etnisk dansk bakgrunn og jobbet i samme sykehusavdeling.</p> | <p>familiemedlemmenes funksjon som tolk fordi dette skapte ofte problemer.</p> | |
| <p>Mel Chevannes (2002) Nursing and health service provision, school of health, University of Wolverhampton, UK: Issues in educating health professionals to meet diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups.</p> | <p>Hovedmålet med studien var å gjennomføre opplæring samt behovsanalyse blant en tverrfaglig gruppe hvor hensikten var å bedre omsorgen for etniske minoritetspasienter.</p> | <p>Metoden som ble brukt i denne studien var en strukturert kvalitativ tilnærming.</p> | <p>Resultatene viste at flere av deltakerne bekreftet at ingen oppmerksomhet ble gitt i utdanningen på hvordan ivareta behovene til pasienter med en annen flerkulturell bakgrunn. Dette førte til at deltakerne engasjerte i egen initiert læring for å forbedre sine kunnskaper og forståelse. En annen funn som kom tydelig fram i studien er spørsmålet om kommunikasjon. Svekket kommunikasjonsferdigheter gjorde det vanskelig for helsepersonell i å yte god omsorg. Videre kommer det fram i studien at alle deltakerne vurderte det å møte behovene til flerkulturelle pasienter som svært viktig, og at de som helsepersonell hadde fått en bedre forståelse av begrepene etnisitet, rase og ved tilgjengelige ressurser i</p> | <p>Studien viser svikt i helsepersonell imøte med behovene til flerkulturell pasienter. Dette inkluderer manglende forståelse for kulturelle forskjeller, rasisme, mangel på kunnskap, eksklusivitet og etnosentrisme. Meget relevant for besvarelse av oppgaven.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | | lokalsamfunnet som følge av trening. | |
| Joseph D. Cortis (2004). Journal of Advanced Nursing. Leeds, UK. Meeting the needs of minority ethnic patient. | Hovedmålet med studien var å undersøke sykepleiernes erfaring til å gi pleie og omsorg til Pakistanske pasienter innlagt på sykehus i Sto | Metoden som ble brukt i denne studien er en kvalitativ metode hvor en inkluderte 30 utvalgte sykepleiere utførte en semistrukturerte intervjuer med varighet på en time, de fleste | Resultat funnene som kommer fram vist at sykepleierne som ble intervjuet hadde vansker med å forklare viktigheten av kultur og spiritualitet samt hvilket forhold disse begrepene har i sykepleie praksis. Funnene påpeker også at sykepleierne hadde lite grad av forståelse for pasientens kultur som kom av at de | Vi syns denne studien er relevant for valgte tema fordi den tar for seg sykepleierens kulturelle kompetanse. |

intervjuene ble gjort i kliniske settinger. Spørsmålene som ble stilt handlet om kultur og spiritualitet knyttet til sykepleie praksis. Videre ble de stilt spørsmål knyttet til kunnskap om pasientenes bakgrunn, erfaringer samt utfordringer sykepleierne opplevde i møte med disse pasientene.

hadde begrensede kunnskaper om kultur og var dårlig forberedt til å møte behovene til disse pasientgruppen. Utfordringene var også særlig knyttet til kommunikasjon og sykepleierens hektiske hverdag.