

**Avdeling for folkehelse  
Campus Elverum**

**Kandidatnummer: 116 & 174**

**Zainab Mirzaee og Maryama Sharif**

**Bacheloroppgave i sykepleie**

**Møter med flyktninger**

Meetings with refugees

**Bachelor i sykepleie**

**Veileder: Bodil Gjestvang**

**Antall ord: 13 247**

**BASY 2015 / 4BACH**

**08.01.2018-02.03.2018**

**2018**

Æ e lei av å være flyktning  
Æ e lei av å være tel bry  
Æ e lei av å leit etter smuttholl  
Æ e lei av å leit etter ly  
Æ e lei av å være problemet  
det e kje æ som har bomba mitt land  
Æ e lei av å være en flyktning  
æ e bære en vanlig mann  
Nån ser bære fargen på huden  
nån ser bære religion  
Nån ser mæ som apokalypsen  
æ savna å vær en person  
Æ e lei av å representere  
Gud eller folk eller land  
Egentlig e æ en snekker  
En snekker og arbeidsmann  
Å, æ savna å gå på jobben  
kysse mi kone farvel  
vite at vi skal spis middag ilag  
med ongan når det blir kveld  
Savna å sette med venna  
og bære dreck te på et torg  
flire så høgt at man glem sæ sjøl  
langt unna savn  
langt unna savn og sorg  
Æ e lei av å være flykting  
Æ e lei av å være problemet

“Lars Bremnes: Elias sang”

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Flyktninger kommer ofte fra krigsland og opplever turtur, fengsel og vanskeligheter før, under og etter flukten. Dette kan føre til at disse menneskene er traumatiserte og på grunn av dette får en psykiatrisk lidelse som diagnose. De traumatiske opplevelsene påvirker flyktningers hverdag og livskvalitet.

**Hensikt:** Vi ønsker å finne ut av hvilke utfordringer som kan oppstå i møtet mellom sykepleier og flyktninger, og hvordan det kan påvirke kommunikasjon mellom dem. I tillegg ønsker vi å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å skape gode møter med traumatiserte flyktninger som er innlagt i et psykiatrisk avdeling.

**Problemstilling:** *Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å skape best mulige møter med traumatiserte flyktninger ved hjelp av god kommunikasjon?*

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie med et selvvalgt tema som bygger på pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur, forskningsartikler, praksis og personlige erfaringer.

**Resultat:** De største utfordringene sykepleiere står overfor i møte med traumatiserte flyktninger er kommunikasjon på grunn av språkutfordringer- og kulturforskjeller. Kommunikasjonsutfordringer kan føre til at sykepleiere får vanskeligheter med å skape tillit, trygghet og tilfredsstillende møter med flyktninger.

**Konklusjon:** Vi har kommet fram til at kommunikasjonsutfordringer kan oppstå på grunn av språkbarriere og pasientens kulturelle bakgrunn i møte mellom sykepleiere og flyktninger. Å bestille profesjonell tolk kan være en løsning når det kommer til språkutfordringer. Å samle kulturelle data kan hjelpe sykepleier å få kunnskap om pasientens tro, etnisitet, bakgrunn, livssyn, sykdomsoppfatning, holdninger og annen relevant bakgrunnsinformasjon. Menneske-til- menneske- forholdet kan hjelpe sykepleiere til å få innsikt og forståelse for pasientens opplevelser og hvordan de opplevelsene har påvirket pasientens hverdag.

**Nøkkelord:** Sykepleie, traumatiserte flyktninger, kommunikasjon, gode møter.

## **Abstract**

**Background:** Refugees often come from war countries and experience torture, imprisonment, and difficulties before, during and after the flight. This can cause these people to become traumatized and because of this, they can get a psychiatric disorder diagnosis. The traumatic experiences affect the everyday lives of refugees and quality of life.

**Aim:** We want to find out what challenges that may arise in the encounter between nurse and refugees, and how it can affect communication between them. In addition to this we want to find out how nurses can help create good meetings with traumatized refugees admitted to a psychiatric department.

**Problem:** *How can we, as nurses, help create the best possible meetings with traumatized refugees?*

**Method:** The thesis is a literature study with a self-chosen theme based on curriculum literature, self-chosen academic literature, research articles, paksis and personal experiences.

**Resultas:** The main challenges facing nurses in dealing with traumatized refugees are communication due to language challenges and cultural differences. Communication challenges can cause nurses to have difficulty generating trust, security and satisfying meetings with refugees.

**Conclusion:** We have concluded that communication challenges may arise due to language barriers and the patient's cultural background in meeting between nurses and refugees. To order professional interpreter can be a solution when it comes to language challenges. Collecting cultural data can help nurses gain knowledge about the patient's beliefs, ethnicity, background, philosophy of life, illnesses, attitudes and other relevant background information. In addition, nurses can gain insight and understanding of the patient's experiences and how their experiences have affected the patient's everyday life.

**Keyword:** Nursing, traumatized refugees, communication, good meetings

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	7
1.2 Oppgavens hensikt.....	8
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	8
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	9
1.5 Begrepsavklaring.....	10
1.6 Oppgavens disposisjon.....	11
2.0 Teori.....	12
2.1 Joyce Travelbee.....	12
2.1.1 Menneske- til-menneske-forholdet.....	13
2.2 Kommunikasjon.....	15
2.2.1 Tolk.....	16
2.3 Kultur.....	16
2.3.1 Tverrkulturell Sykepleie.....	17
2.4 Traumatiserte flyktninger.....	19
3.0 Metode.....	20
3.1 Begrunnelse for valg av metode.....	20
3.2 Litteratursøk.....	21
3.3 Kildekritikk:.....	23
3.4 Etske vurdering.....	24
4.0 Resultat/Funn.....	25
5.0 Drøfting/Diskusjon.....	30
5.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.....	30
5.1.1 Kommunikasjonsutfordringer.....	32
5.1.2 Bruk av tolk.....	34
5.2 Møte med pasient.....	37
6.0 Konklusjon.....	46
7.0 Referanseliste.....	48
8.0 Vedlegg.....	52

## 1.0 Innledning

Sverre Varvin (2003) skriver at:

Vår fortid er med oss, i våre følelser, når vi tar avgjørelser og i vår søvn og når vi er våkne. Vi kommer til å bære med oss dens virkning på oss i våres graver. Fortiden har skapt oss. Den er en del av våre dømmes, våre mål, følelser og forhold. På samme måte som våre liv og det vi gjør i dag vil bygge vår framtid. Fortiden har også del i vår framtid, men å bli kvitt de negative virkninger av fortid er ikke lett. (s. 13)

Krig og konflikt er grunnleggende årsaken til at mange mennesker flykter fra hjemmene sine. FN-Sambandet (2018) skriver at dette har ført til at antallet mennesker på flukt har økt vesentlig i de siste årene. Ifølge Hummelvoll (2014, s. 527) har Norge tatt imot mennesker fra alle kanter av verden i det siste årtier. Det dreier seg om både flyktninger og innvandrere som ønsker å bo i Norge enten midlertidig eller for å søke å etablere seg mer permanent.

Statistikk fra statistisk sentralbyrå viser at 4,1% av Norges befolkning har flyktning bakgrunn. I løpet av 2017 var det i alt 217 241 flyktninger i Norge. Statistikken viser at det har vært en prosent økning på 9,0 % mellom 2016 og 2017. De fleste flyktningene i Norge flykter fra områder som Asia inkludert Tyrkia, Øst-Europa og Afrika, men det er også flyktninger fra Vest-Europa, Nord, Sør- og Mellom-Amerika og Oseania (Statisk sentralbyrå [SSB], 2017).

Sykepleiere har ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleieren et faglig, etisk og personlig ansvar over sine egne handlinger og vurderinger. Grunnlaget for sykepleie skal bygges på erfaringsbasert kompetanse, brukerkunnskap og forskning. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleieren er det sykepleierens ansvar å ta vare på integriteten og verdighetene til pasienten og tilby helhetlig sykepleie, retten til medvirkning og retten til ikke å bli krenket. Her skal sykepleieren ha fokus på pasientens livsmot, håp og hverdagsmestring, samtidig som de møter den sårbare pasientens avskilte behov for helsetjenester. Sykepleie går ut på å respektere pasienten og utføre sykepleieoppgaver uavhengig av hudfarge, sykdom, kultur, seksuell legning, etnisk bakgrunn og lignende. (Norske sykepleieforbund [NSF], 2016).

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi er to studenter med flyktning bakgrunn som har kjennskap til ulike kulturer og flyktninger både fra praksisfeltet og privatlivet. Grunnen til at vi velger dette temaet er fordi det er interessant og dagsaktuelt tema. Som vi innledningsvis var inne på har antallet mennesker på flukt økt vesentlig de siste årene. Dette gir en økt utfordring for samfunnet i sin helhet og noen nye faglige utfordringer for sykepleieren. Vi finner også temaet interessant på et personlig plan da vi i praksis har opplevd utfordringene som kan oppstå. Vi har tidligere hatt et prosjekt om flyktninger. I det tidligere prosjektet snakket vi med en helsesøster som hadde ansvaret for nye flyktninger i landet. Helsesøsteren mente at språkvansker, og skikker, vaner og tradisjoner var utfordringer, som kunne føre til kommunikasjonsutfordringer mellom helsearbeiderne og flyktningene.

Overgrep og vold i krig, under fengsling, i forbindelse med flukt og i flyktningleire kan forårsake at flyktninger blir traumatisert. Resultatet av kombinasjonen tidligere traumatiske påkjenninger og en problematiske flukt, kan gi forsterkede psykiske vansker. Samtidig kan mangel på familie/foreldre og andre sosiale forbindelser føre til isolasjon og depresjon. Dette er noe som igjen kan gjøre vanskelige situasjoner verre. Flyktninger har hyppigere tilfeller av posttraumatisk stress-syndrom, angst og depresjon. Derfor er det viktig å holde et øye med flyktnings helsetilstand (Helsedirektoratet, 2017, s. 24). Ifølge Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke (2010, s. 412) er det fortsatt vanskelig å snakke om traumatisering, og den offentlige diskursen om flyktninger i Norge tyder på at traumatiserte ikke blir tatt på alvor. De mener også at traumatiserte ofte blir stemoderlig behandlet i psykiatrien. Ut fra dette mener vi at det er viktig å ha fokus på nødvendigheten i å tilby god psykisk helsehjelp til flyktninger, i en tidlig fase etter flukten.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid ([NAPHA], 2015) skriver at helsetilstanden hos asylsøkere og flyktninger kan være noe forskjellig fra det helsepersonell vanligvis står overfor. Noen har hatt dårlig tilgang til helsetjenester og lider av tidligere ubehandlede sykdommer og skader. Videre står man ovenfor helseproblemer forårsaket av forhold som ledet til flukten, som fysiske og psykiske skader etter voldtekt, tortur eller krigshandlinger, samt langvarige perioder med atskillelse, tap og usikkerhet.

I praksis har vi vært i situasjoner der vi møtt pasientgrupper fra ulik bakgrunn, i noen tilfeller har vi også hjulpet pasienter i forhold til kommunikasjon. Blant annet gjennom å bedre forståelsen av informasjonen de har mottatt fra helsepersonell. I praksis har vi opplevd at mange helsepersonell har begrenset kunnskap når det gjelder pasienter med annen kulturell bakgrunn og deres behov knyttet til dette. Vi har opplevd at det er lite fokus på pasientens tro, etnisitet, bakgrunn, tradisjoner, skikker, vaner og sykdomsoppfatning. Dette kan føre til at sykepleiere får både kommunikasjonsutfordringer og problemer med å skape tillit, samt utfordringer med å vise empati og forståelse i møte med flyktninger.

## **1.2 Oppgavens hensikt**

Oppgavens formål er å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å skape gode møter med traumatiserte flyktninger. Vi tar for oss kommunikasjonsutfordringer som kan oppstå med bakgrunn i språkbarriere og den kulturelle bakgrunnen til flyktninger. Å bruke profesjonell tolk og å samle kulturelle data i tillegg til vanlig data, kan være viktige oppgaver til en sykepleier. Dette kan bidra til å skape forståelse og tillit til pasienten samt å oppnå gode møter og hensiktsmessig samtaler med flyktninger. Hensikten med oppgaven er også å styrke sykepleiernes forståelse av hvor relevant kommunikasjon er i møte med den traumatiserte flyktningen, gjennom bruk av faglitteratur og forskning, slik at vi kan gi en god og helhetlig sykepleie til denne pasientgruppen.

## **1.3 Presentasjon av problemstilling**

- 1) Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å skape best mulige møter med traumatiserte flyktninger ved hjelp av god kommunikasjon?*



## 1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi avgrensner oppgaven ved å ta for oss voksne, traumatiserte flyktninger som kommer fra krigsområder og har opplevd sterke påkjenninger. Disse menneskene har et annet språk og kultur. Siden kultur er et stort tema som er svært omfattende, har vi valgt å ta for oss vaner, skikker, verdier, normer og tradisjoner som flyktninger har vokst opp med og anser som deres kultur. I oppgaven har vi også tematisert hvordan kultur kan påvirke kommunikasjon og møtet mellom pasienter og sykepleiere. Vi har valgt å begrense oss til traumatiserte flyktninger som er nye i landet og er innlagt i en psykiatrisk avdeling med en psykiatrisk diagnose. Vi fokuserer ikke på selve diagnosen, men på hvordan sykepleiere kan bidra til gode møter i denne perioden pasientene er innlagt, ved å drøfte kommunikasjon. Vi vil også skrive om de utfordringene som kan hemme kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten. De kommunikasjonsutfordringene vi tar for oss kan blant annet skyldes språkforskjeller og annerledes kulturell bakgrunn. Vi vil drøfte sykepleietiltak som kan være å bestille tolk og samle kulturell datas bidra til å skape god kommunikasjon og gode møter med traumatiserte flyktninger. Vi vil bruke eksempler fra egne personlige erfaringer og erfaringer fra praksisperioden som er relevante for oppgaven, i tillegg til forskningsartikler og faglitteratur. Grunne til dette er fordi ifølge Kristoffersen (2015, s. 166) skal utøvelse av sykepleien være basert på ulike kunnskapsformer, blant annet forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, samt brukerkunnskap som er grunnlaget for kunnskapsbasert praksis. De ulike kunnskapsformene skal diskuteres for å finne ut av hvilken vekt og status de har og bør ha i utøvelse av sykepleien.

Vi vil bruke noen eksempler om flyktninger med annen kulturell bakgrunn og språkutfordringer som er innlagt i både psykiatrisk avdeling og sykehuset. De flyktningene som vi tar for oss i eksemplene har en felles utfordring som er kommunikasjonsutfordring på grunn av lite språk og kulturforskjell. Dette er grunnen til at vi kommer til å også bruke eksempler om flyktninger som ble innlagt på sykehus for somatiske problemer, og flyktninger som ble innlagt i psykiatrisk avdeling for psykiatrisk diagnose.

## 1.5 Begrepsavklaring

**Sykepleie:** “Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier praktiserer hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 2007, s. 29).

**Kommunikasjon:** kan defineres som formidling av meningsfulle tegn mellom to eller flere individer. Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, å få andre til å være med og delta i og ha allianse med (Eide & Eide, 2010, s. 17)

**Flyktninger:** En person som flykter fra sitt hjemland eller blir nødt til å forlate landet han/hun kommer fra på grunn av rase, seksuell legning, religion, nasjonalitet, medlemskap i en spesiell sosial gruppe eller politisk oppfatning (Hummelvoll, 2014, s. 530).

**Traumatiserte flyktninger:** Er flyktninger som opplever store og smertefulle påkjenninger som er vanskelig for dem å mestre og som kan føre til å skade deres psykiske fungering både på kortere og lengre sikt, (Hanssen, 2011, s. 126).

## 1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven har seks kapitler: Innledning, teori, metode, resultat/funn, diskusjon/drøfting og konklusjon. Innledningen består av begrunnelse for valg av oppgaven, oppgavens hensikt, presentasjon av problemstilling, avgrensing og presisering av problemstilling, begrepsforklaring og oppgavens disposisjon. I teoridelen tar vi for oss relevante temaer for problemstillingen som for eksempel, sykepleieteori, menneske-til-menneske-forhold, kommunikasjon, bruk av tolk, kultur og traumatiserte flyktninger. Metodedelen handler om begrunnelse for valg av metode, litteratursøk, kildekritikk og etiske vurderinger. I kapittel fire har vi funn/resultatdelen der vi presenterer våre forskningsartikler som skal være med i drøftingsdelen og bidra til å svare på problemstillingen vår. I kapittel fem diskuterer og drøfter vi problemstillingen ved bruk av teori, forskning og egne erfaringer. Konklusjon utgjør den sjettede delen av oppgaven, her vil vi oppsummere funnene. Tilslutt i oppgaven finnes referanseliste, og tre vedlegg. Vedleggene utgjør; PICO- skjema, forskningsartikkelens søkehistorie, vurderingstabell for forskningsetikkene og attest for fremmedspråklige.

## 2.0 Teori

### 2.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er født i New Orleans i USA i 1926. Hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier og legger spesielt vekt på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien i sin sykepleietenkning (Kristoffersen, 2015, s.213).

I følge Travelbee (2007, s.29-30) er sykepleie en “mellommenneskelig prosess” fordi det enten direkte eller indirekte dreier seg om mennesker. Menneskene en sykepleier kan møte og stå ovenfor blant annet syke og friske individer, deres nære, familie, pårørende, besøkende, personale og medlemmer av andre gruppene av helsearbeidere. Hun mener også at sykepleie er en prosess som innebærer erfaring og hendelse som inntreffer mellom en sykepleie og et eller flere mennesker som trenger sykepleiens hjelp. “Sykepleie som en prosess” kan defineres som den dynamiske karakteren ved enhver sykepleiesituasjon. Travelbee (2007) skriver at i sykepleiesituasjoner inngår forandringer. Når en sykepleie og den syke møtes, kan de påvirke hverandre gjensidig i en stadig prosess, en forandring eller en aktivitet, en fortløpende bevegelse, som kan vise og resultere i et samspill mellom de to. Sykepleieaktivitet kan betraktes som å identifisere og være i stand til å frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkssom måte.

### **2.1.1 Menneske- til-menneske-forholdet**

Menneske-til-menneske-forholdet kan bestå av erfaringer som skapes mellom sykepleier og den sykepleieren har ansvar for. Disse erfaringene er betydningsfulle for både pasienten og sykepleieren og kjennetegner ved disse erfaringene kan være at pasientens og pårørendes behov blir ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig prosess. Prosessen kan ikke bygges opp av sykepleieren alene. Det er viktig at både sykepleieren og pasienten bygger opp forholdet mellom seg. Å bygge opp og opprettholde menneske-til-menneske-forholdet er ansvaret til den profesjonelle sykepleieren (Travelbee, 2007, s. 177-178). Travelbee (2007, s. 186) skriver at menneske-til-menneske-forholdet er et mål som kan nås etter at forholdet mellom sykepleier og den syke har gjennomgått de fire fasene i modellen. Fasene blir inndelt som følgende:

#### **Det innledende møtet:**

Når en sykepleier og en pasient møter for første gang, vil de observere hverandre, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om hverandre. Førsteintrykket eller den første fornemmelsen av den andre kan dannes under det innledende møtet, dette kan påvirke deres verbale og nonverbale kommunikasjon. Førsteintrykket eller den første oppfatningen kan enten forandres, modereres eller bli stående uendret etterhvert, når både sykepleieren og pasienten blir bedre kjent med hverandre (Travelbee, 2007, s. 186).

#### **Framvekst av identiteter:**

I denne fasen blir sykepleieren og pasienten kjent med hverandres tanker og følelser. De begynner å motta inntrykk av hverandres personlighet. Det etableres en tilknytning mellom to individer og dermed begynner både sykepleieren og pasienten å betrakte hverandre mindre som kategorier og mer som individer. Sykepleieren begynner å fange opp pasientens følelser, tanker og oppfatninger av situasjoner som et individ. Den syke begynner også å fange opp at sykepleieren er et individ og ikke en personifisering av alle sykepleiere (Travelbee, 2007, s. 189).

## **Empati**

Empati er en erfaring som kan dannes mellom to eller flere individer og er evnen til å forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Når en har empati, så kan man ta del i den andres sinnstilstand, men kan samtidig stå utenfor objektet for empatien. Å føle empati betyr å knytte seg til den andre og oppleve nærhet uten å gå opp i den andre (Travelbee, 2007, s. 193).

## **Sympati/ medfølelse**

Sympati og medfølelse betyr å ha evnen til å være følsom for eller påvirkes av andres følelser og opplevelser, og trer inn i en annens følelser og interesser. En som føler med andre, er personlig involvert, men ikke passivisert på grunn av det. Når en har medfølelse til den andre, så ønsker han å bevegges eller gripes av den andres ulykke og ønsker enten å lindre eller avhjelpe situasjonen (Travelbee, 2007, s. 200).

## 2.2 Kommunikasjon

Joyce Travelbee (2007) skriver:

Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleien i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Samt å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene (S. 135).

Kommunikasjon er en handling eller atferd, fordi den alltid involvere både fysisk og mental aktivitet både hos avsender som sykepleier og mottaker som pasient eller omvendt (Travelbee, 2007, s. 137). Når en bruker ord skriftlig eller muntlig for å kommunisere, så blir kommunikasjon verbal, men når en overfører budskap uten ord, så kommuniserer man non-verbalt. Non-verbal kommunikasjon omfatter lyder, for eksempel gråt, stønning eller skriking, berøring og lukt. Kommunikasjon uten ord kan overføres ved hjelp av tegn eller symboler-bilder, musikk, dans og miming. Non-verbal kommunikasjon ledsager bestandig den verbale kommunikasjon som foregår mellom to mennesker som er i en samtale (Travelbee, 2007, s. 138).

Verbal lytteferdighet går ut på for eksempel å stille spørsmål eller oppmuntre pasienten til å prate videre, i motsetning til nonverbale lytteevner som er mer knyttet til øyekontakt, kroppsspråk, ansiktsuttrykk og berøring (Eide & Eide, 2007, s.23-24). Nonverbal kommunikasjon kan være en universell uttrykksform, spesielt når det gjelder symboler for trusler og følelser som sorg, sinne, depresjon og angst (Eide & Eide 2007, s. 84).

For Travelbee er kommunikasjon en dynamisk prosess og et instrument i sykepleiesituasjoner. Hun mener at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er sentral i sykepleieprosessen. Travelbee legger vekt på at kommunikasjon er en komplisert og tosidig prosess. I denne prosessen er viktig at sykepleien forstår det pasienten formidler både verbalt og nonverbalt, og bruker det til å planlegge og iverksette sykepleietiltak (Travelbee, 2007, s. 136-139).

### **2.2.1 Tolk**

Informasjon skal gis på en forsvarlig måte og skal tilpasses pasientens individuelle forutsetning som erfaring, alder, modenhet kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Det er nødvendig å bruke bruk av tolk for å gi forsvarlig helsehjelp til pasienter. Blant annet for å være sikre på at det blir gitt tilstrekkelig og nødvendig informasjon, og veiledning til pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2011, s. 5). Profesjonell tolk skal brukes for å unngå kommunikasjonsutfordringer med pasienter som ikke snakker samme språk som sykepleieren. Det er viktig å bruke profesjonell tolk fordi den er nøytral og oversetter opplysninger mer direkte enn det familiemedlemmer som brukes som tolk, kan gjøre. Profesjonell tolk er også underlagt like streng taushetsplikt som helsearbeideren (Hanssen, 2011, s. 64). Å kjenne til tolkens kvalifikasjoner, er det nødvendig med profesjonell tolk. Dette betyr at man er tryggere på at informasjonen kommer fram, og at man selv får tilstrekkelig og fullstendig informasjon tilbake i forhold til det som ble formidlet. Barn skal aldri brukes som tolk selv om de behersker begge språkene. Når barn blir benyttet som tolk når det gjelder sosial og medisinske informasjon, kan de bli pålagt et stort sosialt og faglig ansvar (Eide & Eide, 2010, s. 86).

### **2.3 Kultur**

Ordet kultur betyr å dyrke eller å foredle. Kultur knytter seg til skikk som gjelder en gruppe mennesker. Kultur er verdier, vaner, skikker, ideer, regler, normer, koder og symboler som et individ tar over eller arver fra den tidligere generasjonen og forsøker å formidle til den neste generasjonen. Det kan hende at det skjer noe forandring i kulturen som blir sendt videre. Kultur er noe vi lærer og i liten grad har røtter i våre gener (Hummelvoll, 2014, s. 530-531).

Mennesker handler på grunnlag av normer og kulturelle regler, men man kan ikke vite hvordan individer vil oppføre seg ut fra de kulturelle reglene og normene de vokste opp med. Kjennskap til en kultur kan i mange tilfeller være nok til å vite noe om personenes handlinger og holdninger. På den andre siden finnes ikke konkrete oppskrifter som sier noe om hvordan kultur påvirker den enkelte personens adferd. Det er kultur som gjør kommunikasjon mulig, og at mennesker er resultatet av sin kulturelle bakgrunn. Kultur er på



samme tid noe mennesker har inntatt på en kritisk, forsvarlig og bestemt måte. Dette er en god grunn til å differensiere mellom individ og kultur (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 44-45).

### 2.3.1 Tverrkulturell Sykepleie

Å ha kunnskap på forhånd om pasientens kulturelle karakterer kan være effektivt, men det er ikke avgjørende for å kunne hjelpe pasienten. Evnen til å lytte og evnen til å forhandle seg frem til en felles forståelse, sammen med evnen til å finne en løsning som er fornuftig for pasienten, er det viktigste. Det å benytte ord og uttrykk med hensyn, ikke benytte fagterminologi eller dobbel snakk. Å ha en tydelig og langsomt tale er også med på å hjelpe pasienten til å forstå informasjonen. Å bruke non-verbale uttrykk fornuftig kan ha samme effekt, og ofte vil det være behov for tolk (Hummelvoll, 2014, s.545).

Det kan ikke forventes at sykepleieren skal kjenne til alle sidene av ulike kulturer. Alle mennesker er ulike med sine egne ønsker, behov og tanker, selv om de har en grunnleggende kulturell bakgrunn. Et viktig verktøy som kan sørge for at det kan skapes et fruktbart samarbeid mellom pasienten og sykepleier kan være kulturell datasamling. Dette går ut på at det blir gjort et systematisk gjennomgang av pasientens holdninger, kunnskap og helseatferd. Formålet er å bli kjent med personens behov, etter den sosiokulturelle tilknytningen personen oppholder seg til (Hanssen, 2015, s. 154).

Hanssen (2011, s. 85-86) foreslår tre fremgangsmåter/faser for å samle kulturell data som er blant annet:

1. Helsearbeiderne bør samle inn generelle og aktuelle data for å få et helhetlig bilde av pasienten og pasientens situasjon.
2. Helsearbeiderne skal søke om religiøs og kulturell informasjon som er aktuelle til den gjeldende personen, relatert til den aktuelle problemet eller situasjonen.
3. Helsearbeiderne kan skaffe kjennskap til kulturelle faktorer som kan ha sin virkning i helsearbeiderens tiltak.

Hummelvoll (2014, s. 547-548) skriver at når vi skal lage oss et bilde av hvordan pasientens kulturelle bakgrunn påvirker deres situasjon og selvoppfatning, gjør vi en kulturell datasamling. I følge Hummelvoll (2014) gjør det slik:

1. Demografiske opplysninger

2. Familieorganisasjon
3. Kjønnrollemønster
4. Kommunikasjonsmønster
5. Matvaner og typer av mat
6. Forhold til andre mennesker
7. Forhold til tid
8. Forhold til natur
9. Mønster for helse-/sykepleie
10. Religionsutøvelse

## 2.4 Traumatiserte flyktninger

Flyktninger kan ha psykiske plager på grunn av belastninger de har opplevd før, under og etter flukten. De sentrale belastningene kan være krig, tortur, fengsling og konsentrasjonsleir-opphold som kan ha traumatiserende karakterer, skriver Varvin (2008, s. 152).

Traumatisering betyr psykiske forstyrrelser hos en person som gjør at den personen ikke klarer å samle sine tanker. Traumatisering kan føre til en prosess som beskrives som en gjenopplevelse. Dette beskrives også som flashbacks og betyr at minner, tanker, følelser og skrekken kommer uventet tilbake og forstyrrer personen med mareritt, samt irritasjon. Den traumatiserte kan bli redd eller irritert og føle at hverdagslige hendelser er farlige (Skårderud et al., 2010, s. 416-417).

Traumatisering gjør at man tror at noe forferdelig skjer eller har skjedd som ikke skulle ha skjedd. Man sliter med angst og mister følelser av trygghet, og føler at alt blir ødelagt. Den traumatiserte føler seg hjelpeløs og overlatt til det grusomme og brutale, og kan dermed ikke forstå hva som skjer. Følelse av ensomhet og tanken om ingen bryr seg er sterk hos traumatiserte (Varvin, 2008, s. 41). Psykiske og fysiske traumer hos flyktninger kan forårsakes av belastningene/plagene de opplever eller har opplevd. Dette kan bli veldig alvorlig og ha langvarige psykiske og kroppslige følgetilstander. De psykiske plagene som er invalidiserende kan også påvirke kognitive funksjoner som persepsjon, hukommelse og tenkning. Følelseslivet vil kunne bli påvirket og personligheten endres, det utvikles ofte mistillit hos personen, noe som gjør det vanskelig for personen å tilpasse seg nye omgivelser (Varvin, 2008, s. 153-154).

### **3.0 Metode**

Metode defineres som en arbeidsmåte, et hjelpemiddel som brukes til å finne løsninger på et problem, der resultatet er ny kunnskap. Uansett hvilke verktøy som betjener dette målet, tilhører metode arsenalet. De hjelpemidlene vi bruker når vi vil undersøke en problemstilling er metoder. Disse redskapene hjelper oss med innsamling av data, altså den kunnskapen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2011, s.83)

I metodekapittel vårt tar vi for oss hvilke metoder vi har brukt for å finne svar på problemstillingen. Vi vil presentere søkeprosess, arbeidsmåte og forskningen vi har valgt. Til slutt har vi vurdert kildene vi har benyttet oss av.

#### **3.1 Begrunnelse for valg av metode**

Det er to forskjellige forskningsmetoder; kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ forskningsmetode går ut på å finne tall som gir et gjennomsnitt. For eksempel hvor mange flyktninger som er traumatiserte og søker om helsehjelp. Det er en metode som har målbare enheter. Dette står i motsetning til kvalitative metoder som er sentrert rundt å finne meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2017, s. 52).

Oppgaven er en litteraturstudie der vi går dypere inn i et tema som vi har valgt, ved å bruke fag- og forskningslitteratur, pensumlitteratur, praksis- og personlig erfaring. Litteraturstudie går ut på å bruke skriftlige kilder som er relevante for å innta ny kunnskap og etter det samle inn kunnskap til å drøfte problemstilling. I en slik studie er det viktig at man er kildekritisk og evaluerer om innholdet er relevant i forhold til problemstillingen (Dalland, 2011, s.66).

## 3.2 Litteratursøk

Siden denne oppgaven er en litteraturstudie har vi brukt god tid til å finne relevante forskningsartikler og selvvalgt litteratur. Når vi skulle finne relevante bøker brukte vi bibliotekets database, Oria. Vi har også brukt masteroppgaver og bacheloroppgaver med samme eller lignende tema for å få inspirasjon når det gjelder valg av bøker og annen selvvalgt litteratur.

Når vi søkte etter forskningsartikler brukte vi noen av de databasene foreleserne og biblioteket anbefalte oss, som CINAHL, PubMed, Google Scholar, SveMed+, Oria, og Cochrane library. CINAHL, PubMed og SvedMed+ var de databaser som ga oss best søkeresultater. Grunnen til at vi valgte CINAHL og PubMed som primærdatabase var fordi mange av artiklene var i fulltekst, og vi kunne velge tidsperioder for artiklene, dette gjorde det lettere å finne relevante forskningsartikler. PubMed, US National Library of Medicine National Institutes of Health, er en annen database vi har brukt, som innehar hovedsakelig engelske artikler. Vi kan misforstå eller feiltolke engelske artikler fordi vi ikke behersker språket. Dette kan være en ulempe for oss. Vi har også brukt Oria for å finne fulltekst på artiklene. Vi har benyttet Google scholar som er en søkemotor med vitenskaplige artikler med fulltekst som dekker flere fagområder som for eksempel helse.

Vi har brukt PICO-skjema (vedlegg 1) som et hjelpemiddel for å tydeliggjøre og belyse problemstillingen. PICO er en forkortelse for elementer man kan benytte for å få klart frem hvilke spørsmål man ønsker svar på. P står for pasient eller populasjon, I er intervention – for eksempel om det er spesielle tiltak en er ute etter, C er comparison – dersom en ønsker å gjøre sammenligninger og O står for outcome – hvilket utfall er det man er ute etter (Kunnskapsbasert praksis, 2016). Vi har søkt på engelske MeSH-Termer, som er et emneordsystem og brukes som emneordregistrering, i “Helsebiblioteket.no”. Deretter satte vi de engelske MeSH-Termene som refugees, Culture og Trauma under Population/Problem, Nursing og Communication under Intervention og Primary care og health communication under Outcome i PICO-skjemaet. Vi har også brukt keywords/nøkkelord fra en del av artiklene vi har funnet med de Mesh-termer vi nevnte ovenfor. Nøkkelordene i artiklene som vi brukte for å finne flere relevante forskningsartikler, var blant annet; Mental health, Depression, Cultural factors, Cultural competence og Transcultural Nursing. Først skrev vi to

eller tre av våre MeSh-Termer i databasene, dette resulterte i mange treff. Ved å kombinere MeSh-Termer med “AND” fikk vi færre treff som gjorde prosessen mer oversiktlig. Vi anvendte CINAHL-heading, i CINAHL database for å søke etter relevante forskningsartikler. Fremgangsmåten til søket beskrives i Vedlegg 2, tabell 1. Vi satte avgrensninger i søkene våre til systematiske oversikter, skandinavisk og engelsk språk, og søk fra 2005 til og med 2018. Engelsk terminologi ble benyttet i alle søkene. Søkeordene har variert i de ulike databasene. Hvordan søkene er gjennomført kommer frem i oppgavens vedlegg. Tilslutt leste vi artikkelens tittel, emneord og abstract/sammendrag for å bestemme hvilke av artiklene som kunne være relevante for oppgaven. Vi gjorde disse avgrensningene på grunn av oppgavens størrelse og tidsbegrensninger måtte vi velge artikler med fulltekst i størst mulig grad. Dette kan ha påvirket hvilke artikler vi har fått tilgang til og hvilke resultater vi har kommet frem til. Det var en utfordring for oss å finne artikler som tar for seg sykepleie og traumatiserte flyktninger. Vi fant seks utenlandske forskningsartikler og kun en norske forskningsartikkel som var aktuelle for vårt tema. Disse artiklene er rettet mot traumatiserte flyktninger og deres møte med generelle helsetjenester og i stor grad møte med fastlege. Våre artikler har gitt oss informasjon om flyktninger, mental helse og kommunikasjonsutfordringer i forhold til kulturforskjell og språkbarriere. Det som disse artiklene manglet var sykepleieutfordringer i møte med flyktninger som er traumatisert. Til tross for dette har vi valgt å bruke disse artiklene fordi vi mente at sykepleiere kan ha samme kommunikasjon utfordringer som fastleger og andre helsepersonell kan ha i møte med traumatiserte flyktninger. Vi fant ikke fulltekst til artikkelen “Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender” i SveMed+ som var databasen som artikkelen ble funnet i. Så vi brukte artikkelens tittel i Oria og fant dermed fulltekst til artikkelen. Vi måtte referere til hoved nettsiden som vi fant sammendraget til artikkelen fordi når vi refererte til Oria, så kom det Error og var ikke noe tilgang til artikkelens fulltekst. De fleste av vår selvvalgte litteratur er eldre enn fem år og vi fant ikke noe som var nyere enn 2016. Vi setter en stjerne over våre selvvalgte litteratur for å skille dem fra pensumlitteraturer.

### 3.3 Kildekritikk:

Kildekritikk handler om å evaluere og identifisere litteraturen som er benyttet, og er et verktøy som brukes for å finne ut om kilden er sann. Formålet er å gi leseren innblikk i de refleksjonene vi har gjort oss angående betydning og gyldighet litteraturen har i forhold til illustrasjon av problemstillingen (Dalland, 2011, s. 66-72).

Vi fant sju forskningsartikler som vi mente var relevante for vår oppgave. Av de sju forskningsartiklene er en studie kvantitativ forskning, en er blanding av både kvalitativ og kvantitativ, mens resten av forskningen er kvalitative forskningsartikler. Vi kritiserte/vurderte forskningsartiklene først i forhold til IMRAD-prinsippet. I- i IMRAD prinsippet står for Introduksjon om hvorfor studien utføres. M-står for metode som viser hvordan studien er utført og viser analysing av resultatene i studien. R-står for resultat, funn i studien. A-står for abstract/sammendrag. D, står for diskusjon om hva som er betydning av resultatene. De forskningsartiklene vi har valgt å bruke i vår oppgave, følger alle vilkårene for IMRAD-prinsippet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s.69).

Vi gikk gjennom forskningsartiklene for å vurdere den metodiske kvaliteten på forskningen for å sikre oss at de var til å stole på. Vi gjorde dette ved å bruke Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens sjekklister for vurdering/kritisering av forskningsartiklene (kunnskapssenteret, 2014). Vi brukte sjekklisten for prevalensstudie (kvantitativ studie) og sjekklister for kvalitativ forskning i vår vurdering av forskningsartiklene. Sjekklistene inneholder en del spørsmål, der svaret på spørsmålene var "Ja" "Nei" eller "uklar", som er aktuelle for å vise om resultatene/funnene i studien er til å stole på og om kvaliteten på studiene. For å finne ut om studien hadde lav, middels eller høy kvalitet brukte vi et poengsystem ut fra svar på spørsmålene i sjekklisten. Sjekklisten for prevalensstudie for kvantitativ forskning bestod av 13 spørsmål, mens sjekklisten for kvalitativ forskning bestod av 10 spørsmål. Våre artikler ble vurdert til høy kvalitet ut fra sjekklistene.

Den selvvalgte litteraturen vi har anvendt i oppgaven var eldre enn det vi ønsket, men ut fra vår vurdering og dagens aktuelle situasjon om traumatiserte flyktninger mener vi de fortsatt er relevante. Disse forskningsartiklene kan gi svakheter i forhold til overføringsverdi. Vi har likevel valgt å ta med disse da forskningsgrunnlaget fra Norge var begrenset. Alle

forskningsartiklene vi valgte var på engelsk, og derfor brukte vi ordbok og Google translate for å oversette dem på norsk. Oversettelsen kan ha medført feilkilder. Det kan også ha vært studier på språk vi ikke har inkludert som kunne vist seg viktig. En annen svakhet med de forskningsartikler vi har valgt å ta for oss kan være at kildene ikke gir oss konkrete innspill som kan belyse vår problemstilling. Men på den andre siden har studiene gitt oss anledning til å få en dypere forståelse av denne gruppen, deres utfordringer, opplevelser og erfaringer. Vi har valgt å ta for oss forskningsartikler som har blitt publisert innen de siste 15 årene, dette fordi det har vært lite forsket på dette temaet før.

### **3.4 Etiske vurdering**

Etiske overveielser dreier seg om mer enn å følge regler. Dette betyr at man skal tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet i enten forskningsartikkel eller en bacheloroppgave medfører (Dalland, 2017, s. 235-236). Vi tok for oss etiske kriterier basert på de som ble utført av forskerne i til hver enkelt forskning. I disse studiene kom det klart frem at det ble enten hentet et informert samtykke av deltakerne, frivillige deltagelse uten navn og navneliste eller at studiene var godkjent av en etisk komite. Videre i oppgaven kommer vi til å ha med eksempler fra egne erfaringer i praksis og fra personlig erfaring, vi har vært oppmerksomme på å anonymisere deltakerne i eksemplene.

Som nevnt tidligere i oppgaven er vi begge studentene som skriver oppgaven flyktninger og har en del erfaringer og opplevelser av hvordan det er å være ny i landet. Samt hvordan det er å ikke kunne det nye språket eller kunne lite av språk og hvordan det er å ha annen kulturbakgrunn. Vi prøver å unngå å overidentifisere med flyktningene i oppgaven og prøvd å skille mellom våre egne og pasientenes erfaringer og opplevelser i oppgaven. Det kan fortsatt hende at vi har i små grad overført noen av våre personlige opplevelsene og erfaringen fra da vi var i lignende situasjon.



## 4.0 Resultat/Funn

### *Refugees' advice to physician: How to ask about mental health*

(Shannon, J. P., 2014)

“Refugees’ advice to physician: How to ask about mental health” er en Americans’ studie, publisert i *Family Practice* i 2014. Studien viser til at flyktninger som har vært utsatt for vold, har økt risiko for å utvikle kroniske psykiatriske lidelser. Det første omsorgs besøket kan være den første muligheten til å oppdage de ødeleggende psykologiske effektene av traumer. Leger og flyktninger har identifisert kommunikasjonsbarrierer som hemmer diskusjoner om mental helse. I denne studien tilbyr flyktninger råd til leger om hvordan de kan vurderer de psykiske helseeffektene av traumer. Flyktninger anbefalte at leger bør ta seg tid til å gjøre pasientene komfortable, initiere direkte samtaler om psykisk helse, spørre om den historiske konteksten av symptomer og gi psykologisk undervisning om mental helse og helbredelse. Studien konkluderer med at leger kan kreve spesialisert trening for å lære å starte samtaler om psykisk helse og gi direkte opplæring og hensiktsmessig mentale helse henvisninger i en kort medisinsk avtale. For å hjelpe til med å gjøre hensiktsmessige henvisninger, kan leger også dra nytte av utdanning om bevisbasert praksis for behandling av symptomer på flyktingens trauma. (Vedlegg 3).

### *Healthcare Barriers of refugees post-resettlement*

(Morris, M. D., Popper, S. T., Rodwell, T. C., Bordine, S. K. & Brouwer, K. C., 2009)

Dette er også en amerikansk studie som ble publisert i *J community health*. Studien ønsker å se på ut om de problemene flyktninger står overfor når det gjelder tilgangen på helsetjenester etter at de har blitt bosatt. Begrensede ressurser og stress under oppholdet i flyktingleire kan føre til en rekke akutte og kroniske sykdommer som ofte vedvarer ved gjenbosetting. Studien viste at flertallet av flyktninger ikke regelmessig har tilgang til helsetjenester. Utover individuelle problemer kommer det frem at nye temaer som språk og kommunikasjon påvirker alle nivåer, når det gjelder tilgang til helsevesenet. I tillegg påvirket kultur oppfatninger om helsetjenester flyktingenes forventning om omsorg. Disse barrierene bidrar til forsinket omsorg og kan direkte påvirke flyktingene på kort og lang sikt. Funnene i studien tyder på behov for ytterligere forskning på kontekstuelle forhold, når det gjelder

utfordringer rundt helse tilgang, og de beste muligheter for å redusere slike barrierer, samt hvordan og legge til rette for tilgang til eksisterende tjenester (Vedlegg 3).

***How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A Qualitativ study from Denmark.***

(Jensen, N. K., Norredam, M. Priebe, S. & Krasnik A., 2013)

Studien fra Danmark belyser at flyktninger er en spesielt sårbar gruppe i forhold til utviklingen av psykisk lidelse, og kan ha blitt utsatt for tortur eller andre traumatiske opplevelser. Leger som er deltakerne i studien er dørvakter for tilgang til flere deler av det psykiatriske systemet, og kunnskap om pasientens flyktning bakgrunn er avgjørende for å sikre tilstrekkelig behandling. Målet med denne studien er å undersøke hvordan helsepersonell opplever å gi behandling til flyktninger med psykiske helseproblemer.

Et av hovedtemaene som ble identifisert i studien er kommunikasjon. Dette inkluderer bruk av profesjonelle tolker og at kommunikasjonen innebærer mer enn å dele et felles språk. Kvalitet på behandling er et annet tema som dukker opp og inkluderer bevissthet om mulig traumehistorie, begrensede muligheter for flyktninger til å delta i visse behandlinger på grunn av språkbarriere og følelser av håpløshet hos de praktiserende. Deltakerne i studien sier at det kan velges forskjellige henvisnings retninger for flyktninger, og rapporterer at deres pasienter mangler forståelse på forskjellene mellom psykologiske problemer og fysiske symptomer. Deltakerne i studien opplever at behandling for flyktninger er annerledes enn behandling til andre pasientgrupper. De ulike strategiene som brukes i behandling av flyktninger, kan være et resultat av det store mangfoldet i organiseringen av generell praksis i Danmark. Det er også mangel på en nasjonal strategi for helse styring av flyktninger. Resultatene fra denne studien tyder på at utviklingen av konversasjons-modeller for helsepersonell, inkludert punkter å være oppmerksom på i behandlingen av flyktninger, kan tjene som støtte i styringen av flyktninger i primærhelsetjenesten (Vedlegg 3).

***Mental Health of Refugees and Non-refugees from war-conflict Countries: Data from Primary Healthcare services and the Norwegian Prescription Database.***

(Straiton, M. L., Reneflot, A. & Diaz, E., 2016)

Denne studien viser at flyktninger har større sannsynlighet enn ikke-flyktninger, til å ha brukt primære helsetjenester i forhold til psykiske helseproblemer. Årsaken til dette er ikke klart. Flyktninger kan ha opplevd flere traumer før og etter flukten og har et større behov for mental helsehjelp. Alternativt kan det være at flyktninger har mindre terskel for å søke helsetjenester. Som en del av flyktningens boplassen vil flyktninger få innsikt i det norske samfunnet og lære om helsesystemet. Dette kan forenkle hjelpesøkende. Resultatene av denne studien kan innebære at a) ikke-flyktninger har tilgang til helsetjenester i mindre grad enn flyktninger, b) flyktninger kan ha større psykiske helseproblemer enn ikke-flyktninger fra samme land på grunn av større pre- og post -migrerings forskjeller eller (c) en kombinasjon av begge. Forutsatt en kombinasjon av begge, bør flere ressurser investeres i å informere ikke-flyktninger om tilgjengelige helsetjenester for å oppmuntre til å søke hjelp og måter å redusere stresset i asylperioden etter ankomst i Norge bør søkes. Uansett er både flyktninger og ikke-flyktninger fra flyktning genererte land utsatt for psykiske helseproblemer, og begge grupper vil sannsynligvis dra nytte av økt fokus på mental, helse med tidlige tilbud om hjelp (Vedlegg 3).

***Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study***

(Strijk P. J. M., Meijel, B. V. & Gamel, C. J., 2010).

Formålet med den Nederlandske studien fra 2010 er å beskrive omsorgsbehov hos voksne traumatiserte flyktninger og asylsøkere. Resultat i studien viser at nøkkeltemaer blant flyktninger er ensomhet og sorg. Studien viser også til at flyktninger lider av alvorlige psykiske- og traumerelaterte problemer som påvirker deres liv. Studien konkluderer med at flyktninger har behov for sykepleiere som kan lytte oppmerksomt og med et åpent sinn til de historiene de vil fortelle. Når man lytter oppmerksomt, kan potensielle språklige og kulturelle barrierer minimeres. Det er viktig at sykepleiere er lett tilgjengelige for pasientene, men sykepleiere må også være tålmodige. Respekt gir grunnlag og rom for flyktninger til å jobbe med andre problemer. Studien mener at en profesjonell tolk bør være tilstede for å forhindre kommunikative eller kulturelle misforståelser. Et annet viktig sykepleietiltak kan være at

sykepleiere bør hjelpe pasientene til å se mulighetene for å lindre sin mentale smerte, behandle de psykiatriske symptomene og arbeide med en ny fremtid innenfor eksisterende sosiale og juridiske rammer (Vedlegg 3).

***Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender***

(Schubert, C. C. & Punamäki, R. J., 2010)

Den finske studien viser at tortur plasserer overlevende med økt risiko for somatiske og psykiske helseproblemer. Psykiske helseproblemer og somatiske klager er vanlige blant flyktninger. Formålet med denne studien var å undersøke rollen som kultur, flyktningstatus og kjønn har for den mentale og somatiske helsen blant hjelpesøkende i et senter for torturoverlevende i Finland. Studien anbefaler helsearbeidere å skaffe kunnskap om torturoverlevende flyktnings kulturelle bakgrunn, som en avgjørende verdi for å forstå flyktnings mentale helse. Tverrkulturelle studier blant torturoverlevende erkjenner delvis hypotesene av kultur spesifisering ved å uttrykke overveiende somatiske klager i stedet for psykiatriske og psykologiske symptomer. Vitne til grusomheter mot andre, angrep eller skade, voldtekt, seksuell vold, livstruende ulykke, naturkatastrofe, kamp, vitne til alvorlig skade eller drap, livstrusler og terrorisme og andre stressende hendelser ble nevnt i studien som er elleve hendelser som fører til traumatisering hos mennesker. Resultat i studien tyder på at klinikere som arbeider med flerkulturelle pasienter, bør unngå en forenklet forskjell mellom somatiske og psykologiske uttrykk for svar fra sine klienter. Spesielt skal vestlige helsepersonell som arbeider i ikke-psykiatriske primære helsetjenester, være oppmerksomme når de konfronteres med pasienter fra utenlandsk kulturell bakgrunn som presenterer somatiske symptomer. En generell åpenhet for de ulike måtene som tortur overlevende fra forskjellige kulturer, takler nåværende stressorer som asylprosessen og andre usikkerheter, foreslås som en fruktbar tilnærming i helsevesenet (Vedlegg 3).

*Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan: A qualitative content analysis*

(Dotevall, C. Winberg, E. & Rosengren, K., 2018)

Studien kommer frem til at flyktninger lider av en kombinasjon av psykiske problemer, som sorg over tapte familiemedlemmer og ensomhet. I tillegg beskriver flyktningene i studien angst angående språkbarriere og kulturelle forskjeller som resulterer i vanskeligheter med å kontakte nye mennesker eller hjelp fra helsevesenet. Studien fokuserer på kultur og behandling som en prosess for å oppnå effektivt arbeid innenfor en kulturs kontekst. Kulturell bevissthet blant sykepleiere beskrives som å lære ny informasjon om å respektere flyktninger som nye medlemmer i landet. Studien forslår bruk av tolk til de pasienten som har språkproblemer fordi dette kan redusere kulturelle sammenstøt for å lette lik helseomsorg. I tillegg har studien anbefalt teoretisk og praktisk kunnskap til sykepleiere som kan gi dem mulighet til å tilfredsstille flyktnings omsorgsbehov uavhengig av etnisitet eller bakgrunn. Kunnskap hjelper sykepleiere å bygge på kommunikasjonsferdigheter og kulturkompetanse. I følge barrierer som kultur, religiøs tro, opplevelser av traumer og tillit til fremmede fra et utenlandsk helsevesen som kan finnes hos flyktninger, er sykepleieintervensjon et verktøy for bruk. Kommunikasjonsevner kan hjelpe sykepleiere å koble kompetanse basert opplæring og sykepleie for å forbedre høykvalitets omsorg. Sykepleiers kommunikasjonsferdigheter og kulturelle kompetanser (teori, praksis) legger til rette for høy kvalitet på helsetjenester (Vedlegg 3).

## 5.0 Drøfting/Diskusjon

I drøftingskapitlet har vi drøftet funnene opp mot aktuell teori, og vil gjennom dette belyse ulike sider av problemstillingen. Problemstillingen som vi drøfter er: *Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å skape best mulige møter med traumatiserte flyktninger ved hjelp av god kommunikasjon?*

### 5.1 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

Travelbee (2007, s. 30) mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess som omhandler møtet mellom mennesker, direkte eller indirekte. Det skjer en gjensidig påvirkning mellom pasienten og sykepleieren, dette kan føre til endringer. Travelbee (2007, s.135) skriver også at kommunikasjon skjer mellom sykepleieren og pasienten i ethvert møte, både når de snakker sammen og når de er stille. Både sykepleieren og pasienten kommuniserer gjennom hvordan de oppfører seg, hva de har på seg, utseende, atferd, holdninger, kroppsspråk, ansiktsuttrykk, manerer, og gester. Dette kan skje bevisst eller ubevisst. Forfatteren legger også vekt på at all kontakt sykepleieren har med pasienten gir sykepleieren en sjanse til å bli kjent med pasienten som person og til å avgjøre og bevare pasientens behov. Det gir anledning til å skape et menneske-til-menneske-forhold, samt oppnå målet og hensikten sykepleieren har.

Kommunikasjon er et verktøy sykepleierne bruker for å innhente og presentere informasjon for å hjelpe pasienten. Den mest omfattende, kompliserte og basiske funksjonen i profesjonell kommunikasjon er aktiv lytting (Eide & Eide, 2007, s. 23). I teoridelen ovenfor i, avsnitt 2.2 presenterte vi at aktiv lytting dreier seg om at sykepleieren skal ha både verbal og nonverbal lytteferdighet. Vi er enige i dette og synes det er viktig for sykepleieren å ha lytteferdigheter i møte med flyktninger. Et eksempel på verbal lytte evnen kan være sykepleierens evne til å motivere pasienten til å formidle sine tanker og følelser og vise at hun er til stede og følge med. For å oppnå dette skal sykepleier stille pasienten spørsmål som utdyper det pasienten formidler. Sykepleierens nonverbal lytteferdighet går ut på, for eksempel se, reagerer og speile pasientens følelser for å vise at sykepleieren forstår pasientens emosjonelle verden

(Eide & Eide, 2007, s. 23-24). Vi mener at nonverbal lytteevne vil være til stor hjelp for sykepleiere spesielt når pasienten og sykepleieren ikke snakke samme språk. Her kan for eksempel sykepleieren observere kroppsspråk og ansiktsuttrykket til pasienten for å finne ut om pasientens behov.

I følge Eide & Eide (2007, s. 84) kan nonverbal kommunikasjon være både kulturelt avhengig, samtidig som den kan være en universell uttrykksform, spesielt når det gjelder symboler for trusler og følelser som sorg, sinne, depresjon og angst. Selv med språkforskjeller kan vi i mange tilfeller forstå når et menneske med annen kulturbakgrunn er sint, forvirret, irritert eller redd, men dette kan også være kulturavhengig. Det er viktig å være bevisst når det gjelder bruk av nonverbale uttrykk, symboler og tegn, fordi kulturelle ulikheter kan føre til misforståelser.

Nonverbal kommunikasjon er et sentralt verktøy når det gjelder å skape en god relasjon mellom pasienten og sykepleieren, og har viktig rolle i kommunikasjonsprosessen.

Nonverbale måter å uttrykke seg på hjelper sykepleieren når de skal møte brukere med trygghet, samtidig som de gir pasienten følelse av ivaretagelse (Eide & Eide, 2007, s. 198-199). Derfor synes vi at det er viktig sykepleiere tar hensyn til hvordan kulturelle forskjeller kan påvirke nonverbale kommunikasjonen med den traumatiserte flyktningen.

Hanssen (2015, s. 146) skriver at et eksempel på nonverbal kommunikasjon kan være når vi nikker eller rister på hodet og hva dette symboliserer. I noen deler av verden betyr nikkning "Nei", mens risting av hodet betyr "ja". Dette skyldes kulturelle forskjeller. Dette har vi også opplevd i praksis.

Vi har møtt flyktninger fra forskjellige kulturer. Noen av dem har fortalt oss at kvinner i deres kultur lærer at det oppfattes respektløst og uhøflig hvis de har direkte øyekontakt med menn. Kvinner blir også opplært av familien siden barndom at de skal snakke lite, og holde avstand fra menn som går på deres nonverbale adferd. Dette kan føre til at sykepleiere kan mistenke at disse kvinnene blir mishandlet før, under eller etter flukt.

### 5.1.1 Kommunikasjonsutfordringer

Den amerikanske studien til Morris, Popper, Roswell, Berdine & Brouwer (2009, s. 533) oppfatter at språk er en stor, om ikke den største hindringen når det gjelder flyktning og deres tilgang til helsetjenester. De kom også frem til at språkbarriere ikke bare eksisterer under samspill mellom helsepersonell og pasienter, men på alle nivåer i systemet i helsevesenet. Hanssen (2011, s. 45) skriver også at kommunikasjonsproblemer reduserer en persons evne til å få frem egne følelser og forstå tankene til de som er rundt ham. Pasienter kan bli sosialt isolert på grunn av misforståelser og usikkerhet som kan dukke opp både fra pasientens og sykepleierens side. Når det gjelder pasientens identitet og selvbilde har språk stor betydning.

I praksisperioden på sykehuset har vi et par ganger opplevd at kommunikasjonsproblemer mellom sykepleiere og pasienter har oppstått når pasienten hadde et annet morsmål og kunne lite norsk. Et eksempel på dette kan være i forhold til en pasient som vi møtte i praksis på sykehuset. Pasienten ble operert i ryggen og kunne lite norsk. Sykepleiere trodde at pasienten ikke hadde behov for hjelp og ikke lurte på noe siden han verken spurte om hjelp eller ringte på for å få hjelp. Dagen etter operasjon da vi gikk til pasienten og tok en liten samtale med han på hans språk, så kom vi frem til at han hadde mange spørsmål om hvordan operasjonen har gått og hva som skulle skje videre. Han ønsket også mer smertelindring fordi han hadde sterke smerter i ryggen og beina. Pasienten har sagt at han ikke ville ringe på fordi det var vanskelig for han å formidle sine behov muntlig på grunn av lite språk han kunne. Samtidig har han også gitt uttrykk for at han var redd og usikker for å misforstå eller bli misforstått av sykepleiere.

Minoritetsspråklig person kan få følelse av undertrykkelse i møte med majoritetsspråklige personer. Dette kan forårsakes av mangel på norskkunnskaper og forståelser når det gjelder modellene og systemene som ligger i grunn for den norske uttrykksmåten. Ord, symboler og koder kan få en annen mening når en person som ikke kjenner til språket, ikke har evnen til å uttrykke seg konkret og tydelig på norsk. Kommunikasjonsproblemer kan påvirke hvordan minoritetsspråklige personer blir behandlet, og som resultat av dette kan være at de bli behandlet som barn eller som om de er mindreverdige (Söderstöm, 2012, s. 132).

Hummelvoll (2014, s. 421) legger vekt på sykepleierens evne til å forstå betydningen av budskapet og modellene pasienten kommer med, og ifølge ham kan disse modellene benyttes



ved overføring av pasientens tanker, materialer og erfaringer. I den dansk studie skrevet av Jensen, Norredam, Priebe & Krasnik (2013, s.6) kom det frem at helsepersonell som har erfaring med å gi behandling til flyktninger med mentale helseproblemer, har hovedproblemer med kommunikasjon på grunn av språkbarriere. De mente at kommunikasjon med pasienten innebærer mer enn bare snakke samme språk, og at språkproblemer førte til begrenset mulighet for behandling. En utfordring Hanssen (2011, s. 59) belyser er bruken av det symbolske ordet “Ja”, som kan ha flere ulike betydninger. For eksempel kan ordet tolkes som at pasienten har forstått og er enig i det som har blitt formidlet. På den andre siden kan ordet “ja” bli brukt når man har hørt det som har blitt formidlet, men ikke har forstått budskap. For å unngå å være til byrde for sykepleieren ved å spørre den å repetere seg.

I praksisperioden på sykehuset møtt vi en flyktning som har vært i Norge i kort periode. Han ble innlagt på sykehuset på grunn av rygg smerter etter et fall. Pasienten snakket lite norsk. Under legevisitt nikket og svart han ja på alt han hørte fra sykepleiere og lege. Både lege og sykepleiere fikk inntrykk av at han har forstått informasjonen han har fått siden han nikket og svarte ja. Han fikk besøk av venner som kunne snakke samme språk som han. Han har sagt til dem at han ikke har forstått informasjonen og ble veldig bekymret for hvorfor han hadde sterke smerter. Hans venner formidlet det videre til sykepleier. Sykepleier bestiller tolk til neste legevisitt. Sykepleieren lurte på om hvorfor han ikke har sagt ifra at han har nikket og svarte ja når han ikke har forstått. Han sa til tolken at han ikke ville være til byrde og uhøflig.. Etter legevisitt så pasienten roligere ut og virket fornøyd.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) så skal helsepersonell forsikre seg så langt så mulig at brukeren har fått med seg innholdet og betydningen av informasjon. Vi mener også det kan stilles kontrollspørsmål til pasienten, for å finne ut at pasienten har forstått informasjonen. Det er viktig at sykepleier forstår pasienten og det pasienten formidler. Hummelvoll (2014, s. 420) skriver at kommunikasjon er et sentralt krav for felleskap som samtale, samvær eller samforståelse når det gjelder forbindelser mellom mennesker.

Den amerikanske studien til Shannon (2014, s. 462) identifisert flere hindringer for kommunikasjon både hos flyktninger og helsepersonale. Dette hemmer diskusjoner om symptomer og effekten av krigstraumer og/eller tortur. Noen av hindringene som har blitt identifisert er mangel på forståelse av mentale helseforhold, mentale helsestigma, en motvilje mot å initiere samtaler om mental helse og kulturelle barrierer for å få tilgang til mental helse. I tillegg kan mangel på tolk i psykiatriske klinikker og kulturelle forskjeller i å forstå mental helse være barrierer for å motta behandling. En studie fra Jordan har kommet frem til at teoretisk og praktisk kunnskap, kan gi sykepleiere mulighet til å bruke kommunikasjonsferdigheter som er bygd opp på sykepleieintervensjoner, for å hjelpe flyktninger. Dette kan bidra med å oppnå høyere kvalitet på helsevesenet (Dotevall, Winberg & Rosengren, 2018, s.155).

### **5.1.2 Bruk av tolk**

Ifølge helsedirektoratet (2011, s. 5) er det nødvendig å kommunisere med fremmedspråklige pasienter via tolk. Dette både for å gi forsvarlig helsehjelp til pasienten og for å gi nødvendige informasjon og veiledning til pasient og pårørende. Språk- og kommunikasjonsproblemer kan skape hindringer og utfordring i forhold til behandlingssituasjon og formidling av informasjon. Misforståelser eller manglende informasjon kan føre til uheldige følger for utfallet av behandlingen. Kommunikasjon via tolk gir bedre behandling til pasienten og kan også gi større pasienttilfredshet. Helsedirektoratet (2011, s. 6) fastslår at misforståelse av helseinformasjon kan føre til større risiko for feilbehandling og feildiagnose. Pasienten kan misforstå eller feil forstå sin sykdom, og resultat av dette kan være manglende oppfølging av anbefalt behandling. I tillegg til dette kan pasient og pårørende bli frustrert og føle seg utrygg, og mister dermed tillit til helse- og omsorgspersonell og helse- og omsorgstjenestene.

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleie (NSF, 2016) er det sykepleierens jobb å fremme muligheter for at pasienter kan ta egne avgjørelser. Dette kan gjøres ved å gi pasienten tilpasset/effektiv informasjon og sikre at pasienten har forstått budskapet sykepleieren formidler. I følge studien til (Dotevall et al., 2018, s. 155) kan språkproblemer styres ved å bruke tolk. Ved å tilrettelegge for høyere kvalitet på behandling, kan kulturell

sammenstøt reduseres. Sykepleiere vil ofte i møte med pasienter som ikke snakker samme språk oppleve et behov for profesjonell tolk for å unngå kommunikasjonskonflikter og feiltolkninger. I mange situasjoner vil familiemedlemmer til pasienter helst være tolk selv, istedenfor å bruke profesjonell tolk.

Hanssen (2011, s. 61-62) skriver at grunnen til at familiemedlemmer ikke bør brukes som tolk er fordi deres evne til å tolke budskapet riktig varierer. Et eksempel kan være at de ikke er kompetente nok til å utføre en slik oppgave fordi de ikke har viktige vokabularer eller samfunnsmessige forståelse. Helsedirektoratet (2013, s.16) støtter Hanssen når det gjelder å bruke familiemedlemmer som tolk. Sykepleieren kan ikke være sikker at alle data som sendes blir tatt imot på en tilfredsstillende og tilstrekkelig måte, siden familiemedlemmene ikke har samme profesjonelle tenkeferdigheter. Hanssen (2011, s.61) mener også at tolkning handler om mer enn å oversette setninger/ord fra ett språk til et annet språk. Det handler om formidling av budskap og kontekst på en metode der meningsinnholdet blir det samme for begge parter.

Ut fra våre egne opplevelser når vi var helt nye i landet, fikk vi tilbud om tolk i noen få tilfeller i møte med helsevesenet. I de fleste tilfellene måtte vi bruke familiemedlemmer, og til og med barn som tolk. I mange tilfeller når vi var tolk for andre familiemedlemmer, hadde vi vanskeligheter med å formulere budskapet på grunn av mangel på språket og mangel på helsekunnskap. Vi har også møtt en eldre kvinne som var traumatisert på grunn av krigshendelser. Kvinnen fortalte oss at hun måtte bruke sin mindreårige sønn som tolk i møte med fastlegen. I et ønske om å skjerme sin sønn unnlot hun å fortelle om traumatiserende hendelser og påvirkning av det i hverdagen. For å unngå å utsette mindreårige barn for sånne vanskelige situasjoner, og for at pasienten skal kunne være ærlig, så mener vi at det ikke bør brukes familiemedlemmer, spesielt barn som tolk.

Den danske studien til Jensen et al., (2013, s. 4) kom frem til at helsepersonalet foretrekker å bruke profesjonelle tolker i stedet for å bruke familiemedlemmer i konsultasjonen. Helsepersonelle opplever noen ganger at pasientene insisterer på å benytte egen tolk. Så det er alltid en dårligere konsultasjon. Selv om det kan gå greit, er det alltid en dårligere konsultasjon, blant annet fordi autoriserte tolker er bedre kjent med den medisinske terminologien. Det er vanligvis familiemedlemmer som blir brukt og en kan stille spørsmål

som de er i det hele tatt burde være til stede. Til tross for dette, gir noen av de generelle utøverne uttrykk for at de av og til bruker familiemedlemmer som tolk, spesielt når både pårørende og pasienten insisterer. Videre sier studien at mangel på tolk ofte vil resultere i at det må settes opp en ny avtaler. Dette kan føre til betydelig frustrasjon for pasienten og en økt risiko for at den oppstår misforståelser. For eksempel kan pasienten føle seg avvist i sin første kontakt med helsetjenestene.

Ifølge helsedirektoratet (2013, s.16) er årsaken til at sykepleiere ikke bruker tolk at det er for tidskrevende. Vi mener at det er viktig å være tålmodig og ta seg tid til dette for å unngå at hemmende barrierer oppstår mellom den traumatiserte flyktningen og sykepleieren. Studien til Shannon (2014, s.263) beskriver at helsepersonalet føler ubehag når de skal spørre flyktninger om deres traumer, de opplever også større kommunikasjonsvansker når det må brukes tolk. Det fremkommer også at de mener de mangler tid og kulturelle hensiktsmessige verktøy for å initiere sensitive samtaler.

Det bør gis opplæring eller kunnskap om tolk og bruk av tolk til sykepleiere, siden sykepleierne er lovpålagt å informere pasienten, samt sørge for at pasienten har fått med seg informasjonen som er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 kapittel 3). Hanssen (2011, s.64) skriver at det er nyttig og nødvendig å informere pasienter at tolk har taushetsplikt, og at det som de sier ikke går videre til andre personer. Dette er viktig fordi begrepet taushetsplikt er ukjent for mange flyktninger og innvandrere. Vår erfaring er at flyktninger i liten grad har kunnskap om at tolk har taushetsplikt. Dette fører til at når de møter tolker som snakker samme språk som dem, så vil de ikke snakke ærlig og åpent om helse og i alle fall ikke om traumatiske opplevelser.

## 5. 2 Møte med pasient

Som vi har beskrevet under avsnitt 2.1.1 mener Travelbee (2007, s. 186) at det innledende møtet mellom sykepleier og pasient, vil begge observere hverandre, og danne seg et førsteinntrykk. De slutningene som blir dannet på første møtet, kan bidra til å skape positive eller negative følelser mellom sykepleier og pasient.

Observasjon er den første og viktigste fasen i sykepleieprosessen og danner grunnlaget for videre beslutninger. Førsteintrykket kan bidra til å dømme andres verdier og trekke slutninger på grunnlag av tegn, stikkord fra den andre, og ved verbal og nonverbal kommunikasjon. Førsteintrykket kan være godt når sykepleieren oppfylder pasientens behov for anerkjennelse, som et unikt menneskelig individ. Den første oppfatning man kan ha av et annet menneske kan være fordreid, og kan enten endres, modereres eller blir stående uendret etterhvert som man bedre blir kjent (Travelbee, 2007, s. 186).

Travelbee (2007, s. 187-188) skriver at i et innledende møte henter sykepleien fram erfaringer fra tidligere pasienter, og pasienten bruker sine kunnskaper fra møter med andre sykepleiere. Sykepleiens oppgave er å bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i pasienten. Hun beskriver videre at den profesjonelle sykepleierens oppgave er imidlertid å se på alle hun har omsorg for, som menneskelig individer. Den oppgaven eller det ansvaret skal stå uendret uansett hvordan pasienten er. Strijk, Meijel & Gamel (2010, s. 54) skriver også i sin studie at i sykepleie er det viktig å ha et bredt fokus på den enkelte situasjon og på pasientens eksisterende problemer og behov. En omfattende behovsanalyse med full anerkjennelse av flyktingenes levde erfaringer - kreves for god omsorgskvalitet.

Ut i fra våre praksis erfaringer har vi opplevd at mange flyktinger har et stort behov for behandling fra psykiatrisk helsetjenester. De har ifølge den norske studien til Straiton, Reneflot & Diaz (2016, s.582-583) fordi disse flyktingene har opplevd traumatiske hendelser som krig, vold, hungersnød, tortur, undertrykkelse og tap av familie. Det kommer også frem i den norske studien som mener at disse faktorene er relatert til økt risiko for psykiske helseproblemer. De som kommer som flyktinger, har økt sannsynlighet for å ha opplevd en vanskelig og livstruende flukt, i tillegg til en lang, stressende og usikker periode i et asylsenter.

Hummelvoll (2014, s. 44) skriver at karakteristisk for omsorg er at den skal gis uten å forvente gjengjeld. Hummelvoll legger også vekt på omsorg som et menneskelig karaktertrekk, og begrepet omsorg har både eksistensiell, følelsesmessig og moralsk betydning. Omsorg omfatter forståelse for andre som vi, som mennesker, tilegner oss gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Mennesker kan utvikle felles erfaringer og med det kan de forstå den andre gjennom måten de forholder seg til sin situasjon. Når omsorg er ekte, kan man forholde seg til den andre ut fra en holdning som erkjenner den andre ut fra dens situasjon. Gjensidighet er viktig i dette, og kan utvikles gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon.

Vi synes at det første møtet er viktig for både sykepleieren og pasienten og kan være avgjørende for andre fremtidige møter mellom dem. Derfor er det nødvendig at sykepleieren er forberedt og har planlagt det første møtet med pasienten godt. Dette kan gjøres ved å samle inn opplysninger, se gjennom pleieplan, journaler og få med seg andre relevante data før samtale med pasienten (Eide & Eide 2010, s. 254). Det legger vekt på datasamling som består av det som ses, føles, luktes og høres, og alt som gjelder pasientens reaksjon og situasjon som en sykepleier kan registrere via sine sanseorganer. Å samle data betyr å registrere og notere det sykepleieren ser og hører uten å tolke (Travelbee, 2007, s. 144)

Ut ifra våre egne erfaringer har flyktninger som kommer til Norge, med seg ulike kulturer som består av skikker, vaner, tradisjoner, verdier og normer. Derfor mener vi at sykepleier bør samle inn data om pasientens kultur i tillegg til å samle vanlig data. Hanssen (2011, s. 85) skriver at kulturell datasamling gjelder en systematisk gjennomgang av pasientens tro, holdninger, sykdomsatferd og kunnskaper. Kulturell datasamling bidrar til å lære pasientens behov å kjenne, ut fra den sosiokulturelle tilhørighet den befinner seg i. Hummelvoll (2014, s. 547) skriver at det naturlig å bruke vanlig datainnsamlingen og kombinere denne med de tverrkulturelle perspektiv i møte med en pasient med en annen bakgrunn. Forfatteren har også kommet fram til at det er viktig i psykiatrisk sammenheng, at sykepleier starter med en kultursensitiv datasamling. Dette for å identifisere oppfatning av lidelser og uttrykksformer i møte med en pasient fra en annen kultur.

I teoridelen, kapittel 2.3.1, presenterte vi tre fremgangsmåter for å samle kulturelle data. Det ble det påpekt at det er viktig å finne ut om pasientens nasjonalitet, bakgrunn og tilknytning til etniske grupper. Samt hvem pasienten ønsker som skal ta avgjørelser, og hvilke kommunikasjonsformer pasienter er vant til (Hanssen, 2011, s. 85). Et eksempel på dette kan være at sykepleier avklarer om pasienten har behov for kommunikasjonshjelp i form av tolk. En annen data kan være å finne ut av familiens rolle og påvirkning nivået hos pasienten. Ut i fra det vi har sett hos minoritetspasienter, så er det ofte voksne/foreldre i familien som dominerer familien og tar avgjørelse uansett pasientens alder.

Etter at dette er kartlagt skal sykepleieren finne ut religiøse eller kulturelle karakterer til pasienten, som for eksempel regler for berøring mellom kjønnene. Et eksempel kan være at en kvinnelig minoritet, kan ønske å ha en kvinnelig sykepleier, skriver Hanssen (2011, s. 85-86). Et annet eksempel fra sykehuspraksis er at pasienter som skal opereres, blir spurt om blodoverføring. Dette ut fra at det ikke er tillatt å ta imot blod fra andre i noen kulturer. Hanssen skriver videre at det også kan være viktig å innhente opplysninger fra selve pasienten om hvilke tanker de har om sine helseproblem og hvilke forventninger pasienten har til den forestående behandlingen.

I praksisperioden har vi møtt en pasient med en kultur som ikke tillater at ulike kjønn tar på hverandre. Pasienten ble spurt om samtykke til at to kvinnelige studenter karakteriserte han. Han samtykket til dette og viser hvor viktig det er å behandle pasienter individuelt og spørre dem om deres meninger og tanker. Dette gjelder selv om sykepleieren kjenner til pasientens bakgrunn og kulturelle begrensninger. Til slutt er det viktig for sykepleieren å finne ut i hvilken grad kulturelle faktorer kan påvirke sykepleierens tiltak. Et eksempel på det kan ifølge Hanssen (2011, s. 86) være diettveiledning. For at helsearbeideren skal lykkes, trenger de opplysninger om pasientens kosthold, matlaging og matens psykososiale betydning for pasienten. I praksisperioden har vi lagt merket til at sykepleiere alltid spurte pasienten om matvaner. De har bestilt fisk og vegetarisk mat til pasientene som ikke ønsket å spise kjøtt eller svin. Noen pasienter ber på faste tidspunkter i døgnet. Det kan være fornuftig for sykepleier å avklare dette med pasienten for å kunne ta hensyn når det gjelder bestemmelse av møter eller samtaler med pasienten.

Ifølge Hanssen (2011, s. 86) gir kulturell datasamling helsearbeideren innsikt i pasientens verdier, holdninger og oppfatninger. Denne kunnskapen bidrar med å bygge bro over eventuelle motsetninger mellom pasienten og helsearbeideren. Hanssen (2015, s. 151) legger også vekt på den kulturelle bakgrunnen, personlig erfaring, kunnskaper og preferanser som kan påvirker menneskesyn og forståelse av sykdommer og behandling. Det kan hende at pasientens tanker, atferd, meninger og tro støter sykepleieren. I den forbindelse er det viktig for en sykepleier å forstå at pasienten ikke har alltid rett, men har rett til å bli respektert for sine meninger og oppfatninger, og å bli forstått. Sykepleier må dermed bruke sin mellommenneskelige innsikt og kulturelle forståelse. Vi mener også at kulturell datasamling kan hjelpe sykepleiere med å forstå pasientens behov, som igjen kan føre til at pasienten føler seg respektert. I tillegg synes vi også at kulturell datasamling kan bidra til å skape en god kommunikasjon og gode møter mellom sykepleier og pasient. De pasientene som vi har møtt i praksisperioden som det ble utført kulturell datasamling på, virket veldig fornøyd med, og glad for respekten og forståelsen sykepleiere har vist dem i forhold til deres kultur.

En studie fra Finland viser også til at flyktninger som har opplevd tortur lider av psykiske problemer mange år etter deres eksponering. Siden torturoverlevende kommer fra et bredt utvalg av land, er kunnskap om deres kulturelle bakgrunn avgjørende for å forstå deres psykiske helse, psykososiale styrker og problemer. Studien kommer også fram til at kultur former den subjektive og kollektive betydningen av traumer og uttrykk for smerte hos flyktninger. En kollektiv programmering styrer arvelige verdier, tro, normer og ritualer individuelle responser, inkludert psykiatriske symptomer (Schubert & Punamäki 2010, s.175-176).

En traumatisert pasient kan ha vanskeligheter med tillit og her bør sykepleier prioritere det alliansebyggende arbeidet. Sykepleieren bør sette av god tid og sørge for trygge rammer til førstegangsmøtet (Travelbee, 2007, s. 187-188). Det er også viktig for en sykepleier å være åpen og vise pasienten sin forståelse av deres situasjon og de umenneskelige traumene pasienten har vært utsatt for. Å skape eller å bygge opp tillit til en traumatisert pasient er derfor viktigere for en sykepleier enn å få vite om alle detaljer om pasientens lidelse, skriver Varvin (2008, s. 155). Dette blir også støttet av retningslinjene for disse pasientene.



Retningslinjene viser også til at samtalene med pasienten skal være ærlig og åpen, samt at hjelperen kan vise forståelse i forhold til de traumatiske opplevelsene de har hatt (Flyktningpasienten, 2005, s.4).

Å skape tillit mellom sykepleier og pasient kan føre til bedre tilknytning mellom dem, synes vi. Når sykepleier og pasienten blir mer kjent med hverandre, kan de ifølge Travelbee (2007, s. 188-189) sette pris på hverandre som unike menneskelige individer, og samtidig etablere tilknytning til hverandre som bidrar til å skape menneske-til-menneske-forholdet.

Dette kjenner vi igjen fra praksis da vi har møtt en kvinne som kom til Norge som flyktning og har vært i landet i kort tid. Hun var traumatisert på grunn av sterke påkjenninger før, under og etter flukt. Hun savnet sin mann som ble tatt og fengslet i hjemlandet. Hun mistet tillit til mennesker som var rundt henne og ville derfor ikke kontakte noen. Hun ble innlagt på psykiatrisk avdeling på grunn av psykiatrisk diagnose. Hun hadde sin første samtale/møte med sin primærsykepleier. Sykepleieren skapte allianse og tillit til pasienten etter første møtet. Dette førte til at pasienten var fornøyd med samtalen. I videre møter var hun åpen og ærlig med sykepleieren fordi hun hadde tillit til henne. I en av samtalene snakket pasienten om sin mindreårig sønn som hennes eldste barn passet på mens hun var innlagt. Sykepleieren fikk under samtalen inntrykk av at pasienten var bekymret for hvordan sønnen hennes hadde det hjemme. Derfor anbefalte sykepleieren at pasienten kunne søke om hjelp hos barnevernet i forhold til sin sønn. Pasienten ble redd for å miste sitt barn fordi sykepleieren ikke forklarte hvordan barnevernet kunne hjelpe. Pasienten har hørt fra andre flyktinger at barnevern alltid tar barn fra foreldre med dårlig helsetilstand. Dette gjorde at pasienten mistet tillit til sykepleieren fordi hun trodde sykepleieren mente at hun ikke kunne ta vare på sitt eget barn. Som et resultat av dette isolerte pasienten seg og ville ikke snakke med sykepleieren fordi sykepleieren mistet tillit til pasienten. Sykepleieren la merke til dette og lurte på hvorfor pasienten ikke lenger ville snakke med henne og isolerer seg. Dette gjorde hun ved å opprette et møte med pasienten for å finne ut hvorfor pasienten oppførte seg slik. I møtet kom det frem at pasienten misforsto det sykepleieren mente angående barnevernet. Dette førte til at sykepleieren ga mer utdypet informasjon om barnevernet og hvordan de kan hjelpe pasienten og hennes familie. Dette førte til at forholdet mellom pasienten og sykepleieren ble nesten som det var på starten.

I teoridelen under avsnitt 2.1.1 har vi tatt for oss at for å skape menneske-til-menneske-forholdet kreves det sykepleiers evnen til å se og bruke seg selv som en instrument for å oppfatte den andre. Sykepleier kan oppfatte pasienten som et individ ved å kartlegge pasientens følelser, tanker og oppfatninger. Pasienten kan etter hvert også se på sykepleieren som et individ og ikke som en personifikasjon av alle sykepleiere. Likheter og forskjeller blir på denne måten erkjent og er med å legge grunnlaget for empati. Forfatteren trekker også fram at sykepleieren ikke kan oppfatte pasienten som et individ dersom hun ser ham som en kategori eller en person fra hennes egen fortid. Det som Sykepleieren skal være oppmerksom på er å skille mellom sine følelser og erfaringer og pasientens følelser og erfaringer. Når sykepleieren mangler evnen til å skille mellom seg selv og pasienten, så oppstår overidentifikasjon. Et eksempel kan være når en sykepleier selv har opplevd krig og traumer tidligere i livet og møter traumatiserte flyktninger, så kan dette hindre henne å skille mellom pasientens ønsker, tanker og behov med sine egne (Travelbee, 2007, s. 188-189).

Sykepleiere kan betrakte og oppfatte pasienter som unike individer, på ulike måter. Hvert enkelt individ er unikt. Det kan hende at når sykepleieren møter ulike pasienter, så oppfattes pasienten som en som ikke er opplyst eller kompetent. Dette kan føre til at sykepleieren tror hun vet bedre enn pasienten selv når det gjelder han behov for omsorg, behandling og helse (Travelbee, 2007, s. 190-191). Dette kan for eksempel skje når sykepleieren møter flyktninger som kommer fra krig og i mange tilfeller fra ikke-vestlige land. Flyktningene kan ha et annet syn på sine lidelser, annen hudfarge, annet språk, annen kultur og forskjellige utdanningsnivå. De ofte lite om norsk helsevesenet og lite norsk språket, selv om de har utdanning fra hjemlandet. Det kan være fort gjort å tro at manglende språk og forståelse av norsk helsevesenet, betyr liten kunnskap om egne plager/lidelser. Dette kan føre til nedverdiggende holdninger fra sykepleieren, som igjen kan oppfattes respektløst av flyktninger.

Hanssen (2011) skriver at:

Med våre blotte holdninger til hverandre er vi med på å gi hverandres verdens skikkelse. Hvilket bredde og farge den andres verden får for ham selv er jeg med på å bestemme med min holdning til ham. Jeg er med på å gjøre den vid eller snever, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig- og ikke minst er jeg med på å gjøre den truende eller trygg (s. 97).

Hanssen (2011, s. 97-98) mener at holdninger overfor hverandre fører til den enkeltes livsutfoldelse. Begrepene holdninger og verdier er viktige tema i etikk. Mennesker formidler sine verdier og holdninger gjennom kommunikasjon og samhandling med hverandre. Hun legger også vekt på at når helsearbeidere bedømmer sine pasientens atferd, kan det være et utslag av den makt som følger av sosiale rollene de har av profesjonelle statuser, og den oppførselen de lærer å forvente av pasienter i sitt arbeid. Dette kan gjøre det psykososialt "trangt" for den man møter og fratrar dem deres frihet til å uttale seg. For å unngå dette skal en sykepleier ifølge yrkesetisk retningslinjer, ha respekt for det enkeltes menneskes liv og iboende verdier. En sykepleier skal jobbe barmhjertig og skal gi pasienter god omsorg og respektere dem uansett hudfarge, kultur, funksjonshemming eller sykdom, nasjonalitet, politiske oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosiale status. Strijk et al., (2010, s. 54) skriver i i sin studie at en annen praksis implikasjon angår det ofte gjentatte behovet for flyktninger og asylsøkere å bli hørt og få sitt ansvar bekreftet. Dette er knyttet til respekt som bygger på tillit før de kan snakke om sine problemer og behov. Kontinuerlig fokus bør legges på å etablere respekt som gir grunnlag og rom for flyktninger til å jobbe med andre problemer.

Vi mener at forholdet mellom pasienten og sykepleier som to mennesker, kan bli forsterket når empati blir skapt mellom dem. Ifølge Travelbee (2007, s. 193) handler empati om sykepleierens kapasitet til å gå inn eller delta og forstå pasientens mentale situasjon. Hun påstår at empatiske innsikt også medfører vurderinger av den andres verdier, dette mener hun at sykepleieren skal/kan/bør styre unna. Det er ikke mulig for sykepleiere å ha empati for alle pasientene de møter, siden det handler om at begge partene har like erfaringer eller at sykepleieren kan sette seg inn i pasientens situasjon. Så i dette tilfelle er det viktig at sykepleieren blir godt kjent med flyktningene som er traumatisert for å kunne ha empati.

Vi tar for oss at sykepleiere vil ha vanskeligheter med å sette seg akkurat inn i en lignende situasjon som den traumatiserte flyktninger, likevel kan sykepleieren forsøke å se ting fra flyktingens perspektiv. Eide & Eide (2010, s. 36-37) skriver at sykepleieren kan vise empati ved å lytte, forstå andres følelser, reaksjoner og sette seg inn i den andres situasjon. Empati er helt sentralt i praksis når det gjelder utøvelse av god kommunikasjon enten det er handlinger, verbalt og nonverbalt. Her er det ikke nok med å forstå pasienten, dersom man ikke hjelper pasienten, man skal handle ut fra disse forståelsene til pasientens beste.

Medfølelse og sympati er et resultat av videreutviklingen av forholdet mellom pasienten og sykepleieren fra empati, altså et produkt av den empatiske prosessen. Her skal sykepleieren engasjere seg i pasienten som et individ og vise at de bryr seg om hvordan pasienten har det. Dette kan skje gjennom verbale eller nonverbale holdninger, væremåte og handlinger. Her ønsker sykepleieren å finne løsninger på problemet, symptomene eller plagene til pasienten og vil gjerne hjelpe pasienten med deres traumatiske plager. Sykepleieren å finne løsninger på problemene, symptomene og plagene til den traumatiserte flyktingen sammen med dem. Det er viktig at sykepleieren er klar over egne følelser i møte med pasienter, samtidig som sykepleieren er oppmerksom på sympati og medfølelse som er en viktig del av menneske-til-menneske-forholdet (Kristoffersen, 2015, s. 221). Den nederlandske studien viser at et felles tema hos flyktninger er ensomhet og sorg. Flyktninger støter på alle typer praktiske problemer som påvirker deres liv. De lider av alvorlige psykiske traumerelaterte problemer (Strijk et al., 2010, s. 48). Studien kommer også til at flyktninger har behov for at sykepleiere lytter oppmerksomt og med et åpent sinn til de historiene de må fortelle. Når en sykepleier lytter forsiktig, kan potensielle språklige og kulturelle barrierer minimeres (Strijk et al., 2010, s. 54).

I studien til Shannon (2014, s.464) kommer det fram at det er syv kategorier som beskriver anbefalinger om hvordan helsepersonell kan skape gode møter med flyktninger og spørre om de psykiske helseeffektene av traumer: (i) gjøre flyktninger komfortable, (ii) spørre om den historiske konteksten av symptomer, (iii) stille direkte spørsmål om psykisk helse, (iv) gi psykoedukasjon, (v) gi opplært tolk, (vi) intervju noen familiemedlemmer separat og (vii) bruke familie som allianse. Vi mener at disse faktorene tar for seg tiltak som kan skape gjensidig tillit og forståelse mellom pasienten og sykepleieren. Pasienten kan åpne seg for samtale og vise sin tillit til sykepleieren, og sykepleieren får informasjon om pasientens

lidelser under samtalen. Med dette kan pasienten få mer effektiv helsehjelp fra sykepleieren, og sykepleieren kan få informasjon hun trenger for å gi best mulig hjelp til den traumatiserte pasienten.

Vi synes det er viktig at sykepleier kan ha empatiske og sympatiske holdninger i møte med pasienter. I praksis har vi møtt en kvinne som kom til Norge som flyktning alene. Hun hadde mistet hele familien i krig og var traumatisert på grunn av dette. Hun ble ufrivillig innlagt på psykiatrisk avdeling og fikk psykiatrisk diagnose. Pasienten satte på rullestolen og trengte hjelp til personlig hygiene, påkledning, avkledning og ved forflytning. Hun følte seg engstelig, ensom, og lei seg, og fikk derfor mye oppmerksomhet, sympati og empati av de fleste sykepleiere og personale. Dette førte til at hun stilte store krav til sine pleiere. Et eksempel på dette var at hun ville ha hjelpe flere ganger i døgnet for å bli vasket nedentil med vann. Etter hvert ble en del av pleiere frustrert over holdningene og forventningene hennes. Noen av ansatte begynte å sette grenser på hvor mye hjelp hun skulle få, mens andre personale fortsatte å gi henne mye empati og sympati. Pasienten ble behandlet på ulike måter av pleiere, noe som førte til at pasienten ble usikker og forvirret på hvilke krav hun som pasient har. Dette førte til at pasienten ble irritert på de pleiere som hun mente ikke ville hjelpe henne slik hun ønsket. Samtidig ble skapt uro og konflikt mellom pleiere fordi de var uenige med hverandre i forhold til hvordan de skulle behandle pasienten. I dette tilfelle synes vi at det ikke var riktig å behandle pasienten på ulike måter. Pasienten skulle ikke ha fått for mye eller for lite empati, sympati og oppmerksomhet. Derfor kunne det være viktig i dette tilfelle at primärsykepleieren iverksett behandlingsplan for pasienten som alle pleierne skulle følge. Før behandlingsplanen lages, kan sykepleier samle kulturell data som kan gi sykepleier en oversikt over pasientens kultur og hvor viktig den er for pasienten. Dette kan bidra til å skape en balanse mellom pasientens krav og rettigheter og helsepersonells kapasitet til å yte helsehjelp i behandlingsplanen. Samtidig kan det være lurt å gi pasienten en fast personalgruppe å forholde seg til. Det er viktig at den gruppen samarbeider tett og kommuniserer med hverandre. Samtidig skal de gi hverandre muntlig og skriftlig rapport for å unngå misforståelse.

## 6.0 Konklusjon

Formålet med oppgaven var å skape gode møter mellom traumatiserte flyktninger og sykepleiere ved å bruke kommunikasjon. Forskningene, pensumlitteraturen, selvvalgt litteraturen, praksis- og personlige erfaringene som vi har brukt i oppgaven tyder på at flyktninger som opplever vanskeligheter før, under og etter flukt kan bli traumatisert. Litteraturen tyder også på at språkforskjeller og kulturforskjeller kan skape kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleiere og flyktninger. Vi kom fram til at innsamling av kulturelle data i tillegg til vanlig datasamling, kan hjelpe sykepleiere i møte med traumatiserte flyktninger. Kunnskap om menneskets bakgrunn, skikker, vaner, normer, etnisitet og verdier kan hjelpe en sykepleier til å skape tillit til flyktninger og vise dem empati.

Språkproblemer kan også være en årsak som kan skape Kommunikationsproblemer mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjon er et sentralt hjelpemiddel for sykepleierne, fordi det brukes ca. 99% i arbeid med pasientene. Dette kan være med å hjelpe sykepleieren til å skape tillit mellom den traumatiserte flyktningen og sykepleieren, samt kan hjelpe pasienten til å åpne seg om sine plager. Tolk blir lite brukt fordi sykepleieren har lite kunnskap når det gjelder bestilling av tolk. Som det ble nevnt tidligere i oppgaven er tolk et viktig verktøy for at sykepleieren skal kunne kommunisere med flyktninger, og få frem riktig informasjon, samt ivareta flyktningenes behov, ønsker og verdier. Dette er grunnen til at det er viktig at det blir gitt bedre kjennskap til sykepleierne når det gjelder opplæring på hvordan tolkebestilling utføres, og hvorfor det er viktig med profesjonell tolk. Til tross for dette kan det aldri være et riktig svar på hva som kan kvalifiseres til god kommunikasjon med traumatiserte flyktninger, alle mennesker er unike.

Menneske-til- menneske-forholdet som Joyce Travelbee har lagt en stor vekt på i sin teori hadde en stor innflytelse på oppgaven. Dette var fordi menneske- til- menneske- forholdet innebærer at sykepleiere skal se på pasienter som individer og behandle dem med respekt uavhengig av bakgrunn, hudfarge, etnisitet og kultur. Dette er med å skape gode møter og tillit mellom sykepleier og pasient. Menneske- til- menneske- forholdet kan forsterkes mellom sykepleier og pasienten når sykepleieren kan vise empati og sympati til pasienten gjennom sin holdning og tiltak.

En utfordring som oppsto når det gjaldt å kunne besvare problemstillingen har vært å finne forskningsartikler med konkrete og tydelige sykepleieperspektiver. Derfor har vi vært nødt til å bruke studier som ikke direkte handlet om alle temaene problemstillingen tok for seg. Ut fra dette ser vi at det er større behov for mer forskning som tar for seg sykepleieperspektivet i dette området.

## 7.0 Referanseliste

\*Dahl Ø. & Habert K. (1992). Møte mellom kulturer tverrkulturell kommunikasjon. Oslo: Gyldendal Akademisk. (S. 143-151)

Dalland, O. (2011) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Dotevall, C., Winberg, E. & Rosengren K. (2018). Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan: A qualitative content analysis. *Nurse Education Today* 2018; 61: 155-161.

<https://doiorg.ezproxyl.inn.no/10.1016/j.nedt.2017.11.025>

Eide, H. & Eide, T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Eriksen, T. H & Sajjad, T. A. (2016). *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Flyktningpasienten. (2005). *Allmennpraktikerens møte med pasienter som har opplevd ekstreme påkjenninger, 2005*. Hentet fra: <http://legeforeningen.no/pagefiles>

\*FN- Sambandet. (2018). *Flyktninger, 2018*. Hentet fra <https://www.fn.no/Tema/Flyktninger>

Hanssen, I. (2011). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hanssen, I. (2015). Interkulturell sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 136- 160). Oslo: Gyldendal Akademisk.



\*Helsedirektoratet. (2009). *Migrasjon og helse: Utfordringer og utviklingstrekk*. [IS-1663]. Oslo: Direktoratet.

\*Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene* [Veilder IS-1924] Hentet fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>

\*Helsedirektoratet. (2017). *Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Hentet fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Asylsøkere,%20flyktninger%20og%20familiegjenforente.pdf>

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Jensen, N., K., Norredam, M., Priebe, S. & Krasnik A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A Qualitativ study from Denmark. *BMC Family Practice*. Hentet fra:  
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10900-009-9175-3>

Kristoffersen, N. J. (2015). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 162- 206). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 208- 280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Kunnskapsbasert praksis. (2016) *PICO*. Hentet fra:

<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

\*Kunnskapsbasert praksis (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

\*Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2015). *Helsetilstand hos asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Hentet fra:

<https://www.napha.no/content/13960/Helsetilstanden-hos-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

\*Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

\*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. 2017. Hentet fra <https://lovdata.no/>

\*Shannon, J., P. (2014). Refugees` advice to physicians: how to ask about mental health.

*Family Practice, Vol.31, No.4, 462-466.* <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu017>

\*Schubert C., C & Punamäki, R., J. (2010). Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender. *Nord J Psychiatry 2011; 65:175–182.*

<https://doi.org/10.3109/08039488.2010.514943>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Statistisk Sentralbyrå. (2017). *Personer med flyktningbakgrunn, 2017*. Hentet fra:

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger>

\*Straiton, M., L., Reneflot, A. & Diaz., E. (2017). Mental Health of Refugees and Non-refugees from war-conflict Countries: Data from Primary Healthcare services and the

Norwegian Prescription Database. *J Immigrant Minority Health*, 19: 582-589. <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-016-0450-y>

\*Strijk, P., J.,M., Meijel, B., V. & Gamel, C., J. (2010). Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. *PERSPECT PSYCHIATR CARE*, 47(1): 48-55. <http://dx.doi.org.ezproxy1.inn.no/10.1111/j.1744-6163.2010.00270.x>

\*Sveaass, N. & Reichelt, S. (1997). Når nye historier skrives: Terapeutiske erfaringer basert på en sosial klinisk tilnærming. N. Sveaass & E. Hauff (Red.), *Flukt og fremtid: Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger* (s. 149-170). Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.

\*Söderström, s. (2012). Kultursensitiv kommunikasjon. I B. Berg (Red.), *Innvandrings og funksjonshemming* (1. utg., s. 129- 150). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Varvin, S. (2003). *Flukt og Eksil: Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

## 8.0 Vedlegg

**Problemstilling:** *Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å skape best mulig møter med traumatiserte flyktninger ved hjelp av god kommunikasjon?*

III kunnskapssenteret

# Fagprosedyrer

PICO-skjema

<b>Tittel/arbeidstitel på prosedyren:</b>			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b>			
<b>Hva slags type spørsmål er dette?</b>  <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Etiologi <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
<b>P</b> Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	<b>I</b> Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	<b>C</b> Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	<b>O</b> Noter engelske søkeord for utfall

Flyktninger Trauma Kultur	Sykepleie Kommunikasjon		Primær omsorg Helsekommunikasjon
<b>Engelske MeSh-Termer</b> Refugees Culture Trauma	<b>Engelsk MeSh-Termer</b> Nursing Communication		<b>Engelsk MeSh-Termer</b> Primary care Health communication

**Vedlegg 2. Tabell 1: Søkehistorie**

Database og data for søk	Søkeord	Treff	Tittel og forfatter
PubMed 26/01/2018	Refugees Primary care Mental health Refugees AND Primary care AND Mental health Avgrenset søk til: Fulltekst+tidsperiode; 10 years	10,460 355,528 289,478 143  88 Artikkel nr. 60	How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A Qualitativ study from Denmark  Jensen, Norredam, Priebe & Krasnik
PubMed 23/01/2018	Refugees Health care Trauma Depression Refugees AND Health care AND Trauma AND Depression. Full text, Publications data 10 years	4,021 71,8743 344,335 157,868  36 treff Artikkel nr.23	Refugees`advice to physicians: how to ask about mental health  Shannon PJ
PubMed 30/01/18	Refugees Health communication Cultur Refugees AND Health Communication AND Cultur Full text, Publication dates: 10years	11, 632 125, 154 1141, 519 132 Artikkel nr. 23	Healthcare Barriers of refugees post-resettlement  Morris, Popper, Rodwell, Brodine & Brouwer

CINAHL 23.01.2018	Nursing Refugee  Nursing AND Refugee  Full Text; Published Date: 2010-2017	1,060,617 8,196  988  120 Artikkel nr. 10	Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study  Strijk, P., J., M., Meijel, B., V. & Gamel, C., J.
CINAHL 14.02.2018	Cultural Competence Transcultural Nursing Nursing  Cultural Competence AND Transcultural Nursing AND Nursing Fulltekst + tidsperiode 2010-2018	12,634 5,949 1,071,199  1,358 84 Artikkel nr. 3	Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan: A qualitative content analysis  Dotevall, C. Winberg, E. Rosengren, K.
Svemed+ 02.02.2018	Cultural factors Refugees Mental Health  Cultural factors AND Refugees AND Mental health	243 645 2567  Artikkel nr.3	Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender  Schubert C., C & Punamäki, R., J.

**Vedlegg. 3:** Presentasjon av forskningsartikler.

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt	Design/metode	Deltagere	Resultat
Straiton, Melanie; Reneflot, Anne; Diaz & Esperanza (2017)	Norge	Studien vurderer forskjeller i bruk av primær helsetjenester og psykotropik medisin for mentale helseproblemer mellom flyktninger og ikke-flyktninger fra samme RGC som bor i Norge.	Kvalitativ.  The Norwegian health Economics Administration database (HELFO) National Population Register(NPR) The Norwegian Prescription Database(NorPD)	53,747	Resultatene av denne studien kan innebære at (a) ikke-flyktninger kan få tilgang til helsetjenester i mindre grad enn flyktninger, (b) flyktninger kan ha større psykisk helse problemer enn ikke-flyktninger fra samme land på grunn av større pre- og post-migrasjons spenning eller (c) en kombinasjon av begge.
Jensen NK., Norredam M., Priebe S. & Krasnik A. (2013)	Denmark	Målet med denne studien er å undersøke hvordan fastleger opplever å gi omsorg for flyktninger med psykiske helseproblemer.	Kvantitativ/Intervjuer Del av: Eu prosjekt on practices in access, quality and appropriateness of health services for immigrants in Europa(EUGATE)	utført i 16 europeiske land. Studien presenterer funn fra et enkelt land, Danmark.	Et hovedtema er identifisert i analysen, er kommunikasjon. Dette inkluderer bruk av profesjonell tolk og at kommunikasjonen innebærer mer enn å dele et felles språk. Kvaliteten på omsorg er en annen tema som dukker opp og inkluderer bevissthet om mulig traumehistorie, begrensede muligheter for flyktninger til delta i visse behandlinger på grunn av språkbarrierer og følelser av håpløshet i allmennleger. Den praktiserende leger kan også velge ulike henvisningsveier for flyktninger,




					og rapporterer at deres pasienter mangler forståelse for forskjellene mellom psykologiske problemer og fysiske symptomer.
Shannon PJ (2014)	USA	Flyktninger tilbyr råd til psykologer om hvordan man vurderer de psykiske helseeffektene av traumer.	Kvantitativ Fokusgruppe intervju	13FG & 111	Flyktninger anbefalte at psykologen bør ta seg tid til å gjøre flyktninger komfortable, initiere direkte samtaler om psykisk helse, spørre om den historiske konteksten av symptomer og gi psykutdanning om mental helse og helbredelse
Morris, Popper, Rodwell, Brodine, Brouwer (2009)	USA	Kvalitativ pilotstudie i USA for gjenboende flyktninger, for å utforske dere helsetjeneste tilgangsproblemer etter at statens bistand har endt.	Kvalitativ: 40 veiledet dype intervjuer	40	Studien viste at flertallet av flyktninger ikke regelmessig har tilgang til helsetjenester. Utover individuelle problemer angav nye temaer at språk og kommunikasjon påvirker alle stadier av tilgang til helsevesenet - fra å gjøre en avtale for å fylle ut resept. Akkulturasjon ga økt stress, isolasjon og nye ansvar. I tillegg påvirket kulturoppfattelsen om helsetjenester direkte flyktnings forventning om omsorg. Disse barrierer bidrar til forsinket omsorg og kan direkte påvirke flyktning på kort og lang sikt.
Strijk, P., J., M., Meijel, B., V. &	Nethe	Formålet med denne studien var å	Kvalitative & Kvantitative	30 & 8	Flyktninger opplever ensomhet og sorg som er felles og

Gamel, C., J, (2010).	rland	beskrive omsorgsbehovet hos voksne traumatiserte flyktninger og asylsøkere	En undersøkelse ble utført ved hjelp av Camberwell Assessment of Need (CAN) blant 30 pasienter. Dybdeintervjuer ble deretter gjennomført med åtte av 30 pasienter		hovedtema mellom flere av dem. Mange av flyktninger sliter mye med alvorlige psykiske og traumatiserte lidelser. De har opplevd og opplever praktiske problemer som påvirker deres livskvalitet.
Dotevall, C. Winberg, E. Rosengren, K. (2018)	Jordan	Målet med denne studien var å beskrive jordanske sykepleiere utvikling av omsorg for flyktninger med psykiske helseproblemer.	Kvalitativ intervjuer og analysering ved hjelp av innholdsanalyse	8	Kulturelle sammenstøt kan reduseres ved bruk av tolk når det gjelder språkproblemer for å lette lik helseomsorg hos flyktninger.. I tillegg har sykepleiere med teoretiske og praktiske kunnskaper har mulighet til å oppfylle omsorgsbehovet hos flyktninger til tross for etnisitet eller bakgrunn ved å bruke sykepleieintervensjoner som kan bygges på kommunikasjonsferdigheter og kulturkompetanse. Slik kan de oppnå høy kvalitet på helsevesenet.
Schubert C., C & Punamäki, R., J, (2010).	Finland	Denne studien undersøkte rollen som kultur, flyktningstatus og kjønn i den mentale og somatiske helsen	Kvalitative Intervjuet	78	Gruppeforskjeller ble funnet i posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og depressive symptomer og somatiske klager. Som hypoteser viste sydeuropeiske torturoverlevende et høyere nivå

		<p>blant hjelpesøkere i et senter for torturoverlevende i Finland</p>		<p>av PTSD enn kulturelle grupper fra mer tradisjonelle kollektive samfunn i Midtøsten, Asia og Afrika, og flere depressive symptomer enn overlevende fra en sydasiatisk bakgrunn. Mot hypotesen rapporterte også sørøst-europeiske personer flere somatiske klager enn sentralafrikanske overlevende. Kvinner lider mer av PTSD og depressive symptomer enn menn i alle kulturelle grupper. Asylsøkende status var marginalt knyttet til angstsymptomer bare i Sørøst-Europa-gruppen.</p>
--	--	---	--	--

## Vedlegg 4. Attest for fremmedspråklige

 HØGSKOLEN  
I INNLANDET

Bekreftelse i forbindelse med eksamen i Bacheloroppgave sykepleie

Eksamenskode: 4 BACHE

Eksamensdato: 02.07.2018


Høgskolen i Innlandet, vvt. for fullstøtsefig, bekrefter herved at

Kandidatnr: 174 og 116

har fremmedspråklig bakgrunn. Senere bør derfor om å se vekk ifra eventuelle skrive- eller  
forståelsesfeil i kandidatens eksamensbesvarelse under utsettingsarbeidet.

Med vennlig hilsen

Nina Nordengen  
Nina Nordengen  
Studieveileder

 HØGSKOLEN  
I INNLANDET

