

BSYBAC_6
Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

På hvilken måte kan sykepleier møte personer med innvandrerbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser?

[Stavanger, 03.01.2023]



Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Psykiske lidelser er tabubelagt, fremmed og stigmatisert i flere innvandremiljøer. På grunnlag av denne stigmatiseringen som kommer av flere årsaker er det mange som ikke oppsøker hjelp. Sykepleiere møter dermed utfordringer i samhandling med personer med innvandrerbakgrunn.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å avdekke på hvilken måte sykepleier kan møte personer med innvandrerbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser.

Metode: Metoden benyttet for oppgaven er en integrativ litteraturoversikt, hvor fire forskningsartikler ble analysert. Resultater fra forskningsartiklene, relevant bakgrunns litteratur og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultat: Resultatene viser at deltakerne opplever at sykepleiere og andre helsepersonell har manglende kompetanse og ferdigheter i møte med personer med innvandrerbakgrunn i psykisk helsetjeneste. I tillegg viser videre funn at holdninger har påvirkning på handlingene til både sykepleier og innvandrere. Kunnskap og erfaring er helt essensielt for å møte utfordringene, og skape holdningsendrende tiltak både i psykiske helsetjenester og innad i innvandremiljø.

Nøkkelord: Innvandrere, psykiske lidelser, språkbarriere, stigma, sykepleier, tabu.

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	6
1.3 Hensikt	7
1.4 Begrepsavklaring	7
1.5 Oppgavens oppbygning	8
2.0 Teori	8
2.1 Sykepleieperspektivet	8
2.2 Yrkesetiske retningslinjer og etiske grunnprinsipp	9
2.2.1 Velgjørenhetsprinsippet	9
2.2.2 Ikke skade-prinsippet	9
2.2.3 Autonomi	9
2.2.4 Rettferdighetsprinsippet	10
2.3 Yrkesetiske retningslinjer og etiske grunnprinsipp i møte med pasienter	11
2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	12
3.0 Metode	13
3.1 Valg av metode	13
3.2 Valg av databaser	14
3.3 Valg av søkeord og søkestrategier	14
3.3.1 Sekundærsøking	16
3.3.2 Avgrensning	16
3.4 Valg av artikler	16
3.5 Analyse	17
4.0 Resultater	18
4.1 Personlig nivå	22
4.1.1 Tidlige traumatiske opplevelser	22
4.1.2 Språkbarriere	23
4.2 Relasjonelt nivå	23
4.2.1 Vanskeligheter med å utvikle tillit	23
4.3 Sosialt og kulturelt nivå	25
4.3.1 Holdninger	25
4.4 Strukturelt nivå	26
4.4.1 Kunnskapsmangel	26
4.4.2 Mangel på individuell tilpasset behandling	27
5.0 Diskusjon	27
5.1 Metodediskusjon	28

5.1.1 Forskerens bakgrunn.....	28
5.1.2 Studienes deltakere.....	28
5.1.3 Land og arena for studiene	29
5.1.4 Etiske forhold	30
5.1.5 Kildekritikk.....	30
5.2 Resultatdiskusjon.....	30
5.2.1 Forståelse av forskjellige kulturelle forventninger.....	30
5.2.2 Kommunikasjonsproblemer.....	31
5.2.3 Manglende kjennskap til den psykiske helsetjenesten.....	31
5.2.4 Negative opplevelser	32
5.3 Konklusjon.....	32
6.0 Anvendelse i praksis	33
7.0 Referanser	34

Antall ord: 7859

1.0 Innledning

Personer med innvandrerbakgrunn utgjør en betydelig andel av befolkningen i Norge, og er en sammensatt gruppe med forskjellig bakgrunn, årsak til innvandring og botid. Dette påvirker helse og levekår på ulikt vis. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjorde ved inngangen til 2022 i overkant av 1 million personer. Dette tilsvarer 18,9 prosent av befolkningen, hvorav 15,1 prosent er innvandrere og 3,8 prosent er norskfødte med innvandrerforeldre (Spilker et al., 2022). Som følge av en så stor innvandrergruppe fører dette naturligvis med seg kulturforskjeller, og synet på helseutfordringer som for eksempelvis psykiske lidelser kan være forskjellig fra gruppe til gruppe.

Begrepet psykiske lidelser er mangfoldig, og svaret er dermed ikke entydig. Ifølge Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 (DSM-5) er psykisk lidelse et syndrom karakterisert ved klinisk betydningsfull forstyrrelse av et individs kognisjon, følelsesregulering eller atferd som avspeiler en dysfunksjon i psykologiske, biologiske eller utviklingsmessige prosesser som ligger til grunn for psykisk fungering. Videre er psykiske lidelser vanligvis assosiert med betydelig plage eller funksjonssvikt innen sosiale, yrkesmessige eller andre viktige aktiviteter (Gonzalez, 2021, s. 8-9).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykiske lidelser er tabubelagt, fremmed og stigmatisert i flere innvandrer miljøer (Isachsen, 2022). Nyere forskning viser at psykiske helseplager forekommer hyppigere blant personer med flyktning- og innvandrerbakgrunn. Allikevel mottar de samlet sett en mindre andel av helsetjenester for psykisk helse enn majoritetsbefolkningen. Det betyr at det er mange med en slik bakgrunn som ikke får den hjelpen de trenger (Prøitz & Stava, 2020). Mulige årsaker kan være knyttet til språkbarrierer, opplevd diskriminering på grunn av innvandrerbakgrunn og andre negative livshendelser (Spilker et al., 2022). Ettersom dette er svært stigmatisert i flere innvandrer miljøer er det nødvendig at helsepersonell eksempelvis sykepleier er oppmerksom på hvordan de møter personer med innvandrerbakgrunn.

Vår førforståelse er preget av at vi er andregenerasjons innvandrere samtidig som vi er sykepleierstudenter som har møtt innvandrergroupe i ulike settinger. Noen pasienter kom svært tett på oss. Vi har vært i samtaler med pasienter som har ment at egen tilstand skyldes svakhet i troen. Vi har møtt miljøer hvor psykiske lidelse blir svært stigmatisert. På bakgrunn av dette var det ønskelig å undersøke konkrete tiltak sykepleier kan iverksette for å møte personer med innvandrerbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser på best mulig måte. Vi ønsker å opparbeide oss en faglig kompetanse på området utover det vi har tilegnet oss fra sykepleierutdannelsen. På den måten kan vi stille sterkere når vi står som ansvarlige sykepleiere i møte med denne pasientgruppen.

1.2 Problemformulering

I en rekke innvandremiljøer er det svært lite fokus på psykiske lidelser. Ofte er dette som nevnt tabubelagt noe som fører til at det ikke snakkes høyt om. I sykepleier yrket kan man dermed møte på pasienter som kommer fra slike kulturer med lite kunnskap rundt dette temaet. Dermed er det svært viktig at fremtidige sykepleiere har kunnskap om temaet for å kunne hjelpe pasienter med slikt utgangspunkt.

Psykiske lidelser er et tema med mye stigma, spesielt i innvandremiljø. Ettersom det er lite snakket om er det mange som ikke har nok kunnskap. Dette kan dermed være problematisk i møte med sykepleier eller andre helsepersonell med tanke på behandlingsforløpet. I slike situasjoner vil pasienten ikke ha den forståelsen som trengs eller et godt nok ordforråd til å beskrive egne symptomer og erfaringer. Dette kan sette sykepleier i en litt utfordrende situasjon. På bakgrunn av dette er det et behov for økt fokus og kunnskap rundt denne stigmatiseringen. Dersom ikke forskningsbasert kunnskap om temaet løftes vil mange i slike miljøer ikke få den hjelpen de trenger. Denne negative holdningen rundt slike lidelser vil således føres videre til de neste generasjonene.

På grunnlag av temaets aktualitet og kandidatenes interesse, er følgende problemstilling for oppgaven valgt:

«På hvilken måte kan sykepleier møte personer med innvandrerbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser?»

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke på hvilken måte sykepleier kan møte personer med innvandrerbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser.

1.4 Begrepsavklaring

I det følgende vil vi forklare begreper som har betydning for problemstillingen og teamet i oppgaven.

Innvandrer: En innvandrer er en person som er født i utlandet av to utenlandske fødte foreldre, og bosatt i Norge. Noen ganger brukes begrepet også om norskfødte personer som har innvandrerforeldre, det vil si foreldre født i utlandet (Flyktningshjelpen, 2022).

Begrepet innvandrer blir i denne bacheloroppgaven anvendt for å beskrive alle som kommer til Norge uavhengig av årsak. Eksempelvis skilles det ikke mellom innvandrer, flyktning, immigrant og asylsøkere. Innvandrer brukes konsekvent for å ikke blande flere begreper og ha en strukturert oppgave.

Stigma: Betyr å merke og er i overført betydning brukt om det å merke noen negativt i sosial sammenheng. For eksempel stigmatisering av en minoritetsgruppe ved å hevde at gruppen generelt har spesielt dårlige egenskaper, er upålitelig og lignende (Malt, 2020).

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgavens første del består av en innledning med relevant fagstoff og statistikk. Videre blir det presentert bakgrunn for valg av tema og problemformulering. Teori delen vil hovedsakelig ta for seg Kari Martinsens omsorgsteori, de yrkesetiske retningslinjer og de etiske grunnprinsippene for sykepleie. Videre har vi metodekapittelet. Her beskrives metoden som er anvendt, konkrete søkestrategier, valgte artikler og aktuelle databaser. Deretter kommer resultatkapittelet som omhandler hovedfunnene i hver av artiklene. Disse funnene er presentert i hovedfunn og underkategorier. I diskusjonskapitelet skal det drøftes svake og sterke sider ved anvendt metode og egen gjennomførelse. I tillegg skal resultatene fra artiklene forklares ved hjelp av teori fra teoridelen og eventuelt annen aktuell litteratur. Avslutningsvis kommer konkrete forslag til sykepleiepraksis.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil det først legges vekt på sykepleieperspektivet i møte med den aktuelle gruppen. Deretter vil kapittelet også ta opp de fire etiske prinsippene til filosofene Tom Beauchamp og James Childress som videre vil knyttes opp mot den valgte problemstillingen. De yrkesetiske retningslinjene til NSF vil også bli presentert. Avslutningsvis beskrives Kari Martinsens omsorgsfilosofi som i særlig grad vektlegger omsorgens relasjonelle, moralske og praktiske side.

2.1 Sykepleieperspektivet

Sykepleieren har en viktig funksjon i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn som sliter med psykiske lidelser. Ofte kan det være utfordrende å forholde seg til dem med tanke på mangel på flerkulturell kompetanse, språkbarriere eller ulikt syn. Dette er en gruppe som kan oppleve mye stigmatisering innad i deres miljø. Helsepersonell er da nødt til å møte dem med respekt og vise gode holdninger. I en slik situasjon vil det også være nødvendig å legge fokus på etikken. Etikken hjelper oss til å formulere hva vi som privatpersoner og fagfolk ønsker å stå for, og hva vi bør gjøre for å sikre at vi overholder våre intensjoner (Biong & Ytrehus, 2012, s. 79). All sykepleie må ta utgangspunkt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver nødvendige faglige forutsetninger og

normative praktiske føringer som skal skjerme dette verdigrunnlaget (Biong & Ytrehus, 2012, s. 87).

2.2 Yrkesetiske retningslinjer og etiske grunnprinsipp

I 1970 ga filosofen Tom Beauchamp og hans kollega, psykiateren og filosofen James Childress, ut boken *Principles of Biomedical Ethics*. De identifiserte fire prinsipper som er velgjørenhet, ikke skade-prinsippet, respekt for autonomi og rettferdighets-prinsippet. Disse prinsippene har fått en enorm innflytelse på tenkningen omkring etikk i helsevesenet (Nortvedt, 2021, s. 84).

2.2.1 Velgjørenhetsprinsippet

Velgjørenhetsprinsippet er tanken om både å ville og, etter beste evne, å gjøre det beste for pasienten. Prinsippet om å handle i pasientens beste interesse er fundamentet i sykepleie og i alt helserelatert arbeid. Velgjørenhetsprinsippet er også uttrykt i helsepersonelloven §4 og i prinsippet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

2.2.2 Ikke skade-prinsippet

Ikke skade-prinsippet innebærer at man skal beskytte pasienten mot dårlig praksis og feilbehandling. I tillegg er det et prinsipp som uttrykker at helsehjelp potensielt også kan være skadelig. Det sier noe viktig om at sykepleier skal minimalisere pasientens smerte og ubehag, det er et prinsipp for lindring og ivaretagende omsorg (Nortvedt, 2021, s. 86).

2.2.3 Autonomi

Begrepet autonomi er satt sammen av de greske ordene for selv (auto) og lov (nomos) og betyr å være selvstyrt eller selvlovgivende. Med andre ord handler autonomi om selvbestemmelse. Man kan se på selvbestemmelse som en positiv og/eller en negativ rettighet. Selvbestemmelse som en negativ rett innebærer retten til å nekte behandling eller pleie. Selvbestemmelse som positiv rett er retten til å kreve ulike typer omsorg eller behandling (Nortvedt, 2021, s. 122-123).

2.2.4 Rettferdighetsprinsippet

Rettferdighetsprinsippet i sykepleie sier noe om at pasienter skal ha lik rett til omsorg, en omsorg som avhenger av deres pleiebehov og medisinsk behov, men er uavhengig av deres sosiale status, kjønn, rase og påtrykk fra familie og sosialt nettverk (Nortvedt, 2021, s. 88).

Prinsippene fungerer som viktige påminnelser og veivisere i det etiske arbeidet i klinikken. De gir ikke direkte veiledning i hva man skal gjøre i enkelt situasjoner, men er såpass konkrete at de fungerer som viktige rettesnorer i det daglige sykepleierarbeidet. Videre gir de en viktig presisering av verdier og teorier som sykepleien er forpliktet til, og de kan være bevisstgjørende for praksis og fungere som et kart som man kan orientere seg etter i vanskelige verdikonflikter (Nortvedt, 2021, s. 89). Norsk Sykepleieforbundet (NSF) har også utviklet egne yrkesetiske retningslinjer. Den består av et generelt grunnlag og 6 kategorier som beskriver hvordan sykepleiere skal forholde seg til ulike parter (NSF, 2019). Ettersom disse retningslinjene tar for seg et bredt spekter av sykepleien har vi valgt å plukke ut de som er mest relevant for oppgaven vår. Nedenfor er en tabell over disse retningslinjene.

Tabell: 1

<p><u>1. Sykepleieren og profesjonen:</u></p> <p><i>Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten.</i></p>	<p>1.3 Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.</p> <p>1.6 Sykepleieren anvender de yrkesetiske retningslinjer i sitt arbeid, og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen.</p>
<p><u>2. Sykepleieren og pasienten:</u></p> <p><i>Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.</i></p>	<p>2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten</p> <p>2.4 Sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleieren respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet.</p>

	2.5 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.
<u>5. Sykepleieren og arbeidsstedet:</u> <i>Sykepleieren setter seg inn i arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldende retningslinjer, og er lojal mot disse så langt de er i samsvar med sykepleiens grunnlag.</i>	5.2 Sykepleieren bidrar til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis.

På venstre side av tabellen ser vi generelle områder i utøvelse av sykepleie, mens på den høyre siden er det presentert konkrete retningslinjer som skal følges. Med tanke på at sykepleie kan være veldig bredt er det viktig med klare retningslinjer man kan jobbe etter. Det som går igjen, er hvordan sykepleiere skal behandle pasientene sine og det ansvaret som kommer med. Disse retningslinjene er med på å sikre at sykepleiere handler etisk riktig og forsvarlig. I tillegg til etiske fordringer og yrkesetiske retningslinjer er det viktig å understreke at lovverket også er med på å regulere på hvilken måte sykepleieren kan opptre.

2.3 Yrkesetiske retningslinjer og etiske grunnprinsipp i møte med pasienter

I møte med pasienter med psykiske lidelser og innvandrerbakgrunn er det viktig at sykepleier handler ut ifra de etiske prinsippene. Eksempelvis er det mange pasienter med en slik bakgrunn som kan føle at de blir frarøvet sine rettigheter i møte med norsk helsevesen. I en slik situasjon er da sykepleier nødt til å informere dem godt om autonomiprinsippet og trygge dem på at de har medbestemmelsesrett. I tillegg kan mange av dem oppleve diskriminering med tanke på religion, rase, kjønn osv. Dermed vil det være naturlig å vise tydelig at man handler ut ifra rettferdighetsprinsippet hvor alle har lik rett til omsorg.

2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en norsk sykepleier som har utviklet sin omsorgsfilosofi gjennom et langt forfatterskap. Etter 30 år innenfor sykepleie yrket er hun fortsatt en sentral skikkelse i debatter om sykepleie og kunnskapsutvikling i sykepleie i Norge og Norden generelt. Hun utviklet sine tanker gjennom et langvarig arbeid med faget og et omfattende forfatterskap (Kristoffersen et al., 2017, s. 53).

Martinsen beskriver omsorg som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte, der den fundamentale verdien er ansvaret for den svake (Kristoffersen et al., 2017, s. 57). Ifølge Martinsen er også omsorg både måten sykepleieren møter pasienten på og måten sykepleieren handler på og skiller dermed mellom praktisk, relasjonell og moralsk omsorg. Omsorgens praktiske side er mer enn bare en grunnholdning, den er også i høyeste grad en praktisk handling. Omsorgen er noe som blir utført i dagligdagse situasjoner som både sykepleier og pasient kjenner seg igjen i (Kristoffersen et al., 2017, s. 58).

Omsorgens relasjonelle side handler om at sykepleieren utvikler en relasjon til pasienten der sykepleier er forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut fra sin situasjon trenger. For å finne ut hva den andre trenger er det da nødvendig for sykepleieren å engasjere seg i og vise interesse for pasienten (Kristoffersen et al., 2017, s. 60). Videre har vi omsorgens moralske side. Ifølge Martinsen skal sykepleieren lære å handle moralsk. For henne består det moralske av å være i en bevegelse fra seg selv til den andre, for å handle til den andres beste. Etter hennes mening er enhver sykepleiesituasjon i bunn og grunn av moralsk karakter. Med andre ord står sykepleieren stadig overfor en moralsk utfordring om å handle riktig. Denne type omsorg handler da om hvordan enhver sykepleiesituasjon i bunn og grunn er av moralsk karakter. Dette går ut på at sykepleieren stadig står overfor den moralske utfordringen om å handle godt og riktig, det vil si det beste for pasienten (Kristoffersen et al., 2017, s. 62).

Disse tre retningene innenfor omsorg er svært relevant for sykepleiere i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn. Eksempelvis kan sykepleieren handle i tråd med omsorgens relasjonelle side ved å snakke med pasientene og vise at hen faktisk bryr seg. I møte med pasienter med innvandrerbakgrunn kan dette gjøres ved å spørre den enkelte om hvor de kommer fra, litt om familieliv og generelt om deres interesser. Spørsmål rundt bakgrunn og familieliv kan være veldig sårbart for mange dermed er det viktig å føle seg fram.

3.0 Metode

Denne delen av oppgaven beskriver hvilken metode som er valgt for å kunne belyse hensikten med oppgaven. Metode er først og fremst en fremgangsmåte som forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Oppgaven tar i bruk Fribergs (2017) integrative litteraturoversikt som metode. Formålet med denne metoden er å skape en oversikt over forskning innen et bestemt fagområde, og innebærer et systematisk arbeid. Metoden baserer seg på analyse og sammenligning av funn fra de utvalgte forskningsartiklene. Ved å bruke en integrativ litteraturoversikt vil det til slutt gjøres en sammenfatning av resultatene fra artiklene for å presentere «en ny helhet» (Friberg, 2017, s. 150).

3.1 Valg av metode

Bacheloroppgaven bygger på litteraturoversikt, basert på fire vitenskapelige artikler. Ved å bruke litteraturoversikt har vi tilegnet oss kunnskap basert på eksisterende litteratur innenfor psykiske lidelser og personer med innvandrerbakgrunn (Friberg, 2017, s. 142). Når det kommer til valg av metode styres dette i stor grad av hvilken type problem man skal løse. I dette tilfellet er det snakk om sammenheng mellom psykiske lidelser i innvandremiljø og hvordan sykepleier kan møte dem. Det er ikke av interesse å se på kun tall og statistikk selv om det også kan være med på å underbygge problemstillingen.

På bakgrunn av dette valgte vi å ta i bruk den kvalitative tilnærmingen. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ulike kjennetegn ved den kvalitative metoden er at selve intervjuet er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer. Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet og data som samles inn tar sikte på å få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2020, s. 54-55).

I likhet ved alle metoder vil det alltid være sterke og svake sider. Valget falt på den kvalitative metoden da denne tar i bruk et strategisk utvalg. Ettersom det er viktig å få vite hva pasientene er misfornøyde med, velger vi å snakke med dem som har gitt uttrykk for misnøye. Denne måten å velge ut informanter på er det vi kaller strategisk. I en slik undersøkelse skal utvalget av data begrunnes ut fra spørsmålene som ønskes besvart (Dalland, 2020, s. 59-60).

Dersom en sykepleier skal kunne møte personer med innvandrerbakgrunn rammet av psykiske lidelser på best mulig måte er hen nødt til å oppsøke innvandremiljøer og snakke med dem direkte om hvordan man skal gå fram. Hva er det de trenger og hvordan føler de seg ivaretatt? Dette er viktige spørsmål man må kunne besvare. Ved å ta i bruk den kvantitative metoden vil fokuset rettes mer over til antall mennesker og ikke på samfunnet som en helhet. Likevel er det viktig å påpeke at ved å ikke bruke den kvantitative metoden vet man lite om hvor utbredt dette problemet er.

3.2 Valg av databaser

For å finne frem til empiriske studier som kunne besvare problemstillingen vår, er det blitt benyttet to ulike databaser. Databasene var tilgjengelige via et digitalt bibliotek ved Universitetet i Stavanger, nemlig Oria. For å utføre litteratursøk var det relevant å anvende databaser som var knyttet til helse og sosialfag. Dermed er de valgte databasene CINAHL og PubMed. Hovedgrunnen til at valget falt på CINAHL er fordi dette er en internasjonal database som inneholder en rekke artikler innenfor sykepleie. PubMed er også en internasjonal database bestående av faglig informasjon innen medisin og helse. Det ble også forsøkt å søke i Idunn og SveMed+, men fant ingen relevante studier.

3.3 Valg av søkeord og søkestrategier

For å finne relevante forskningsartikler avgrenset vi ved hjelp av søkeord. Ettersom det ble søkt i internasjonale databaser, var det naturlig å bruke engelske søkeord. Derfor har det også blitt brukt MeSH- termer for å få ulike synonymer på engelsk. I møte med databaser ser imidlertid betingelsene for språklig kommunikasjon annerledes ut, dermed er det relevant å ta i bruk synonymord (Friberg, 2017, s. 67). Eksempel på synonymord anvendt er immigrant, refugees og foreigners.

For å kunne finne fram til gode artikler, er det nødvendig å sette sammen og eksperimentere med en rekke ulike nøkkelord og synonymer. På bakgrunn av dette ble det brukt en teknikk kalt boolsk søketeknikk. Dermed blir ord som AND, OR og NOT brukt til å markere hvordan de valgte søkeordene skal kombineres (Friberg, 2017, s. 72). I tillegg ble det tatt i bruk frasesøk. Frasesøk benyttes i tilfeller hvor man har søkebegrep som består av mer enn ett ord. For eksempel ved søk av psykiske lidelser, må man markere med anførselstegn når man

søker. Da søker man på frasen psykiske lidelser, og ikke psykiske og lidelser som to separate ord (Søk & Skriv, 2022).

For å kombinere og avgrense søkene ble det benyttet «AND» mellom søkeordene. Det ble forsøkt å bruke «OR» i første omgang, men ble erstattet med «AND» da det ga altfor mange eller ingen treff. Søkene er satt inn i et skjema (Se Tabell 2) som gir en oversikt over søkeord, databaser, antall treff, samtidig antall vurderte og inkluderte artikler.

Tabell 2. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
26.10.22	CINAHL	(mental disorders) AND (immigrants or refugees) AND (cultural competence) AND (patient attitudes)	Peer reviewed 2012-2022 Full text Qualitative-Best Balance	3	3	3	1
26.10.22	PubMed	(nursing care) AND (mental health) AND (stigma) AND (refugees)	2012-2022 Full text	13	5	5	1
31.10.22	CINAHL	(mental health) AND (immigrants) AND (perception)	Peer reviewed 2012-2022 Full text Qualitative-Best balance	28	11	8	1
1.11.22	CINAHL	(mental disorders) AND (immigrants or refugees) AND (cultural competence) AND (patient attitudes)	Peer reviewed 2012-2022 Full text Qualitative-Best Balance	3	3	3	1

3.3.1 Sekundærsøking

Det ble foretatt et sekundærsøk på forfatterne av artiklene for å kvalitetssikre at artiklene var skrevet av kvalifiserte forskere. Eksempelvis ble det gjort et sekundærsøk på forfatterne i artikkel 4 (Se Tabell 4). Da kom det opp at noen av forfatterne hadde flere publiserte forskningsartikler, og hadde videre utdanning innenfor psykisk helse. Dette opplevdes som tryggende og ga oss visshet om at artiklene er vitenskapelige holdbare.

3.3.2 Avgrensning

For å gjøre et best mulig søk ble det gjort en avgrensning i de ulike databasene. Det ble først og fremst avgrenset på forskningsartikler, også kalt «fagfelleleurdert tidsskrift» eller «Peer reviewed articles» for å sikre at artiklene var fagfelleleurdert og av vitenskapelig karakter. Videre var det ønskelig at artiklene ikke var eldre enn ti år, og begrenset derfor søket til å omhandle perioden «2012-2022». Ettersom oppgaven skulle være basert på kvalitativ forskning ble det også avgrenset på dette.

3.4 Valg av artikler

For å finne relevante forskningsartikler ble det benyttet et strukturert litteratursøk. Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier ble litteraturen avgrenset. Anvendte kriterier er i tabellen nedenfor.

Tabell: 3

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Erfaring med psykiske lidelser	Barn under 18 år
Forskning fra forskjellige vestlige land	Innvandrere som ikke har bodd i et vestlig land over en lengre periode
Både menn og kvinner	
Må ha innvandrerbakgrunn	

Søkene vi gjorde i de ulike databasene ga oss flere treff på relevante artikler knyttet til vår problemstilling. For å kunne knytte forskningsartiklene til oppgavens hensikt var kriteriene at studiene skulle omhandle psykiske lidelser blant personer med innvandrerbakgrunn. Etter mye leting ble det valgt ut fire artikler hvor to av disse er skrevet i Norge, en i USA og en i 16 forskjellige europeiske land. Til tross for sine forskjeller, er kulturene i disse landene sammenlignbare. Ettersom problemstillingen omhandler psykiske lidelser, var det ønskelig å se på forskjellig innvandremiljøer og deres syn på dette. Dermed tar artiklene utgangspunkt blant annet i det filippinske miljøet, det somaliske miljøet og mange fler. Som nevnt er også artiklene valgt basert på inklusjons og eksklusjonskriterier. Artikler som ikke tilfredstilte inklusjonskriteriene, ble valgt bort.

For å vurdere kvalitet og holdbarhet på de utvalgte artiklene brukte vi screeningsspørsmålene til Nordtvedt (2007 sitert i Harbin, 2021). I tillegg til disse spørsmålene ble det kontrollert at artiklene var fagfellevurdert og skrevet etter IMRaD-strukturen. Artikkelen 2 (Se Tabell 4) ble eksempelvis funnet i databasen PubMed hvor de fleste artiklene er fagfellevurdert. Likevel kan man noen ganger finne artikler som ikke er det. For å kvalitetssikre sjekket vi at artikkelen var skrevet etter IMRaD- strukturen og gjorde et sekundærsøk på forfatterne.

3.5 Analyse

Analysen av de utvalgte artiklene bygger på Fribergs modell. Denne modellen kjennetegnes av flere steg og går hovedsakelig ut på å lese grundig gjennom de valgte artiklene (Friberg, 2017, s. 148-149). Dette gjøres for å bli godt kjent med innholdet og kunne sette seg inn i likheter og ulikheter. Det ble også foretatt en datareduksjon, hvor relevante resultater ble tatt med videre i analyseprosessen. Med andre ord ble resultatene som fremstod som sterke og gjennomgående valgt. Denne sammenligningen gir oss muligheten til å identifisere og presentere viktige funn som er av relevans for oppgavens problemstilling. Gjennom dette analysearbeidet, ble det aktuelt med fire hovedfunn og seks underkategorier. Hovedkategorier og underkategorier presenteres i kapittel 4, tabell 5.

4.0 Resultater

Resultatkapitlet gir en presentasjon av de inkluderte artiklene og funn som ble gjort gjennom analyse av materialet. Dette tilrettelegger videre for drøftingsprosessen (Dalland, 2020, s. 198).

Tabell 4. OVERSIKTSTABELL OVER ANALYSERTE ARTIKLER

Artikkel 1	
Artikkel- tittel	Experiences with Treating Immigrants: A Qualitative Study in Mental Health Services Across 16 European Countries
Tidsskrift/årstall/land	Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology/Juni 2012/ Storbritannia
Forfatter(e)	Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Jensen, K. N., Lmamkaddem, M., Puigpinós I, Riera, R. R, Kósa, Z., Wihlman, U., Stankunas, M., Strabmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Priebe, S.
Tema	Psykiske helsetjenester til innvandrere
Hensikten med studien	Hensikten med studiet er å utforske fagfolks erfaringer med å gi psykiske helsetjenester til innvandrere i tettbefolkede distrikter.
Perspektiv	Fagfolk innen psykisk helsevern
Metode og analyse	Kvalitativ metode. Den kvalitative metoden ble brukt ved at 48 semistrukturerte intervjuer ble utført med psykisk helsepersonell som jobber i 16 europeiske land. Fagfolk i hvert land ble rekruttert fra områder med høyest andel av innvandrere. Intervjuene ble utført ansikt til ansikt mellom 2008 og 2010 og ble gjennomført på deltakerlandets språk. Selve intervjuet besto av to deler. Første del tok for seg åpne spørsmål angående generelle erfaringer mens den andre delen besto av spørsmål knyttet til likheter og ulikheter rundt behandlingen.
Utvalg/ populasjon	Første generasjonsinnvandrere født utenfor nåværende bostedslandet, asylsøkere, flyktninger og ofre for menneskehandel som er bosatt nå i forskjellige europeiske land.
Hovedfunn/ resultater	Studien belyste konkrete utfordringer rundt det å behandle innvandrere i psykisk helsevern på tvers av alle 16 land. Resultatene viser også ulike komplikasjoner med diagnose, vanskeligheter med å utvikle tillit og økt risiko for marginalisering.

Artikkel 2	
Artikkel- tittel	Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness
Tidsskrift/årstall/land	Social work in healthcare/September 2015/ USA
Forfatter(e)	Bettman, E. J., Penney, D., Freeman, C. P. & Lecy, N.
Tema	Somaliske flyktningers oppfatning av psykiske lidelser
Hensikten med studien	Hensikten med dette studiet er å hjelpe amerikanske helsepersonell til å forstå somaliske pasienters holdninger rundt psykiske lidelser på best mulig måte.
Perspektiv	Forskere innenfor sykepleie og sosialt arbeid
Metode og analyse	Kvalitativ tilnærming. Forskerne gjennomførte en beskrivende kvalitativ studie i 2009-2010 ved å samarbeide med andre universiteter. Den primære samarbeidspartneren var University Neighborhood Partnership Program (UNP) og Salt Lake City som huser en befolkning på omtrent 50 000 innbyggere med engelsk som andre språk. For å svare på studiens forskningsspørsmål gjennomførte forskerne 20 timers lange semistrukturerte intervjuer.
Utvalg/ populasjon	Somaliske flyktninger (10 voksne menn og 10 voksne kvinner). De skulle alle være somaliske flyktninger og som identifiserte seg som enten somaliske eller somaliske bantuer.
Hovedfunn/ resultater	Resultatene fra studien viser at deltakerne har noe annerledes forklaring på årsaker og behandling av psykiske lidelser enn den vestlige tolkningen. For eksempel beskriver den vestlige verden ofte psykiske lidelser som en blanding av genetiske, biologiske og miljømessige problemer, som blant annet inkluderer stress og traumer. Ifølge de somaliske deltagerne er traumer og stress bidragsytere til psykiske lidelser. I tillegg nevner de også overnaturlige elementer som gud og åndsbesittelse.

Artikkel 3	
Artikkel- tittel	“It has not occurred to me to see a doctor for that kind of feeling”: a qualitative study of Filipina immigrants’ perceptions of help seeking for mental health problems
Tidsskrift/årstall/land	BMC Women’s Health/ Mai 2018/ Norge
Forfatter(e)	Straiton, L. M., Ledesma, L. HM. & Donnelly, T. T.
Tema	Psykiske problemer
Hensikten med studien	Hensikten med studiet er å finne ut filippinske kvinners oppfatning rundt det å søke hjelp når det kommer til psykiske problemer.
Perspektiv	Psykolog og professor innenfor sykepleie
Metode og analyse	Kvalitativ tilnærming. Det ble benyttet en semistrukturell intervjuguide med et feministisk perspektiv for å identifisere faktorer som påvirker oppfatningen av å søke hjelp.
Utvalg/ populasjon	Filippinske innvandrerkvinner i alderen 24-49 år, som hadde vært bosatt i Norge mellom ett og seks år.
Hovedfunn/ resultater	Ifølge artikkelen er det en kombinasjon av kvinners tro, verdier, stigma, erfaringer med helsetjenester i Norge og kjennskap til psykiske helsetjenester som påvirker deres tanker rundt det å søke hjelp. I tillegg er det andre faktorer som sosioøkonomisk status, utdanningsbakgrunn som kan være av betydning. Det er en rekke barrierer å ta tak i på et strukturelt nivå for å forbedre tilbøyeligheten til å søke hjelp.

Artikkel 4	
Artikkel- tittel	Treatment Experiences with Norwegian Health Care Among Immigrant Men Living with Co-Occurring Substance Use- and Mental Health Disorders
Tidsskrift/årstall/land	Substance Abuse: Research and Treatment/ November 2020/Norge
Forfatter(e)	Kour, P., Lien, L., Bernadette, K., Biong, S. & Pettersen, H.
Tema	Psykiske lidelser og rus
Hensikten med studien	Hensikten med studiet er å gi en økt forståelse av hvordan innvandrermenn som lever med rus og psykiske lidelser opplever å bli behandlet i det norske helsevernet.
Perspektiv	Leger & sykepleiere
Metode og analyse	Kvalitativ tilnærming. Det ble benyttet en kvalitativ og utforskende metode med en samarbeidende tilnærming. Samarbeidsforskning bringer et annet perspektiv på forskningsprosessen, som er svært relevant for klinisk praksis og hjelper til med å forberede bevisbasen som brukes til å informere om hvordan tjenester leveres.
Utvalg/ populasjon	Innvandrermenn i alderen 25 til 53 år som lever med rus og psykiske lidelser og har god erfaring med behandling i den norske psykiske helse tjenesten.
Hovedfunn/ resultater	Resultatene fra studien viser at det er seks hovedfaktorer som er av stor betydning når det kommer til behandling innen psykisk helse og rustjenester av innvandrermenn. Blant annet nevnes det mangel på tilknytning, mangel på individuelt tilpasset behandling, stigma og diskriminering som hindrer tilgang til behandling, helsepersonell med multikulturell kompetanse, bevisstgjøring og redusering av stigma. Et betydelig funn var også deltakerens omtale av verdien av å bli sett og behandlet som en person i stedet for diagnoses deres.

Dataene funnet ble sortert under hoved og underkategorier som vist i Tabell 5, og som peker på faktorer som påvirker innvandrere som er rammet av psykiske lidelser.

Tabell 5: Hovedkategori og underkategori

Hovedkategori	Underkategori
Personlig nivå	Tidligere traumatiske opplevelser Språkbarriere
Relasjonelt nivå	Vanskeligheter med å utvikle tillit
Sosialt og kulturelt nivå	Holdninger
Strukturelt nivå	Kunnskapsmangel Mangel på individuell tilpasset behandling

4.1 Personlig nivå

4.1.1 Tidlige traumatiske opplevelser

Før sykepleieren møter personer med innvandrerbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser er hen først og fremst nødt til å sette seg inn i hvordan synet på slike lidelser er. En fellesnevner for funnene i studiene er tidligere traumatiske opplevelser (Bettman et al., 2015; Straiton et al., 2018; Kour et al., 2020). I studiet til Bettmann et al. (2015, s. 740) kommer det frem at mange av deltakerne som kom til USA som flyktninger, var enten vitne til eller opplevde vold og traumer i sine hjemland eller under sin migrasjonsprosess (Bettman et al., 2015, s. 740). Dette var ifølge dem knyttet til årsaken av psykiske lidelser. Straiton et al. (2018, s. 4) viser at den mentale helsen er tett knyttet til sosiale forklaringer. Depresjon ble for eksempel oppfattet som et resultat av en vanskelig situasjon, en traumatisk hendelse som voldtekt, krigskonflikt eller tap av en kjær. For mange av deltakerne i de ulike studiene var tidligere traumatiske opplevelser en stor faktor for at de følte seg stigmatisert.

4.1.2 Språkbarriere

Muligheten for kommunikasjon og språk er svært viktig i samhandling med personer som ikke behersker det nasjonale språket. For noen kan det også være utfordrende og uttrykke seg ettersom ikke alle språk har konkrete ord for alt. Funn fra studien til Bettmann et al. (2015, s. 740 & 752) peker på at i den vestlige verden er mental helse ofte referert som depresjon eller stress, mens i det somaliske språket er det mangel på slike begreper. Lidelser som schizofreni, psykose og bipolar blir referert til ved å bruke "waali" som betyr gal, "murug" som ble beskrevet som tristhet og "buufis" som er å ikke føle seg normal. Deltakerne i studien til Straiton et al. (2018, s. 7) ser også på kommunikasjon som en essensiell del av samhandlingen med helsepersonell.

I could express myself in my language, so she knows exactly what I feel. Because if I say it in Norwegian, it would... not be accurate. I could miss the details... that I would like to say... It is... very beneficial (Straiton et al., 2018, s. 7).

4.2 Relasjonelt nivå

4.2.1 Vanskeligheter med å utvikle tillit

Innvandermiljøer er ofte en vanskelig gruppe å komme inn på. De har eget språk, egne holdninger og kulturelle ritualer. For å få innpass må det dermed utvikles tillit. Dette kan være utfordrende både for helsepersonell og individer med innvandrerbakgrunn. Vanskeligheter med å utvikle tillit er et gjennomgående tema. I studien til Sandhu et al. (2012, s. 111) tas det opp hvordan mange av fagfolkene som holdt intervjuene bemerket en generell bekymring for utvikling av tillit og det spesielle behovet for å etablere den hos innvandrerpasienter. Slike pasienter vil trenge ekstra oppmerksomhet for å sikre et trygt og tillitsfullt miljø i omsorgen. Pasientens negative opplevelser kan stamme fra tidligere erfaringer med tortur, undertrykkelse og etniske konflikter som kan føre til negative reaksjoner på måten omsorgen ytes i det nåværende landet. I artikkelen kommer de frem til flere tiltak som kan iverksettes for å utvikle tillit. Blant annet kan sykepleieren gi mer tid til den enkelte slik at hen følger seg sett og hørt.

... Find themselves in a situation, another country with a different culture, a lack of perspective, a sense of alienation, lack of confidence in foreign doctors... afraid to speak about their symptoms. Says he feels good [because he] does not understand the situation and is afraid that he might be sent back. ... and he does not know if he can trust us, which is a matter of time...by trying to make continuous appointments and to let him slowly grow (Sandhu et al., 2012, s. 111).

Videre ser man at studiet til Bettmann et al. (2015 s. 753) setter lys på viktigheten av å involvere pårørende. Dette vil da føre til mer tillit til den psykiske helsetjenesten. Som nevnt kan noen innvandrer miljø oppleves som svært lukket. Ofte så stoler man bare på personer som tilhører den samme kulturen. I møte med helsepersonell som ikke helt skjønner hvor du kommer fra kan man lett føle seg stigmatisert. Det å skille seg ut kan oppleves som vondt og ubehagelig.

In our culture, we trust each other. We have not a lot of resources. We do the counseling, we read the Qur'an, we always ask people how are you doing, how are you feeling—personal issues. We all know [with] each other what is going on. When someone has some kind of stressful [event] or not doing what he used to do emotionally, he will come and seek help with his relatives or his friends, or someone that he trusts (Bettmann et al., 2012, s. 111).

Studien til Kour et al. (2020, s. 4) avdekket hvor viktig det er at helsepersonell viser interesse til sine pasienter. Dette kan gjøres ved å samtale med dem om temaer som vekker interesse og følelse hos vedkommende. Deltakerne i studiet sier selv at dette var noe som manglet i deres behandling og noe som gjorde det vanskeligere for dem å utvikle tillit. Hvis man ikke forstår hele personen, men kun ser på dem som en diagnose som skal behandles vil ikke det være av nytte for den enkelte. Det ble også beskrevet hvordan noen av deltakerne opplevde at blant annet sykepleierne ikke hadde flerkulturell kompetanse noe som førte til at deres behov ikke ble dekket.

4.3 Sosialt og kulturelt nivå

4.3.1 Holdninger

Holdninger er noe som varierer fra individ til individ og fra miljø til miljø. Dermed vil synet på psykiske lidelser også være forskjellig. Studien til Bettmann et al. (2015, s. 739) peker på hvordan mange ikke-vestlige innvandrere ser på psykisk helsehjelp som stigmatiserende. Blant annet kommer det frem hvordan somaliske innvandrere har en tanke om at de som oppsøker hjelp er gale. Dessverre er det mange somaliske flyktninger som risikerer å ikke få tilgang til riktige psykiske helsetjenester på grunn av deres kulturelle tro og kulturelle stigma. Holdninger er også basert på hva man er eksponert for. Eksempelvis nevnes det hvordan det bare var en institusjon for personer med psykiske lidelser i Somalia før borgerkrigen. Like etter at krigen brøt ut, ble imidlertid denne ressursen utilgjengelig for befolkningen. Med et slikt utgangspunkt blir konsekvensen stor (Bettmann et al., 2012, s. 745).

Straitons forskning, slik den presenteres i artikkelen «A qualitative study of Filipina immigrants perceptions of help seeking for mental health problems (2018)», viser til tre faktorer som er av relevans for stigmatisering av psykiske lidelser. Først og fremst er psykiske lidelser assosiert med galskap i det filippinske miljøet, Dette fører til frykt for den berørte personen. For det andre innebærer det å søke hjelp innrømmelsen av å ikke mestre noe. Med andre ord er det dobbelt stigmatisering fordi den enkelte ikke bare blir stemplet som gal, men også ute av stand til å håndtere problemer, noe som undergraver følelsen av styrke og motstandskraft. For det tredje er det ikke bare det enkelte individ som blir rammet av stigmaet rundt psykiske lidelser. Det påvirker også familiens omdømme spesielt hvis man har høy status. Troen på at psykiske lidelser har en dårlig innflytelse på familien er ikke uvanlig i asiatiske kulturer. Å bevare den offentlige fremtoningen til seg selv og familien, eller «redde ansikt» kan føre til at psykiske helseproblemer skjules (Straiton et al., 2018, s. 5).

Ifølge artikkelen til Kour et al. (2020, s. 5) opplever deltakerne stigma og diskriminering. Bruk av rusmidler er som regel noe som blir sett ned på. Det å søke hjelp etter deres mening vil føre til enda mer stigmatisering i sine samfunn da dette viste en form for svakhet. I en del innvandrer miljøer har man forskjellige kulturelle forventninger til kvinner og menn. Kvinner er ofte de som tar seg av barna mens menn skal beskytte og forsørge. Dersom noen finner ut at mannen sliter psykisk blir han sett på som mindreverd da han ikke oppfyller kravene som er satt opp for menn. I tillegg opplevde mange av deltakerne en diskriminerende holdning av helsepersonell. Eksempelvis kunne de bli sett ned på, på grunn av deres bakgrunn og misbruk

av rus. Dette hindret da mange av mennene i å få den hjelpen de trengte eller falt ut av behandlingen og fikk ytterligere tilbakefall. Studien til Sandhu et al. (2012, s. 111) tar også opp en diskriminerende atferd som kunne være ubehagelig for deltakerne. De følte seg diskriminert på grunn av deres innvandrerbakgrunn og ble sett på som annerledes.

I see so many Norwegians in the treatment, of course they are in the majority here but very few immigrants. They feel that they will be stigmatized if they take such treatments, they want to be identified beyond their skin color, beyond their social and cultural background. That is one of the main reasons they don't take treatment. . . . That makes me feel inferior, especially with such closed and cold behavior. That's the biggest stigma and this stigma is also incorporated in the Norwegian health care system (Kour et al., 2020, s. 5).

Holdninger kommer også fra vår religiøse overbevisning. I noen av artiklene blir det beskrevet hvordan man ser på personer med psykiske lidelser ut ifra et religiøst perspektiv. I studien til Bettmann et al. (2015, s. 746) påpeker deltakerne hvordan det gode og det onde i livet kommer fra gud. Flere av deltakerne uttalte at gud er giveren av sykdom så vel som helse. Mange har dermed en oppfatning om at psykiske lidelser er noe som kommer fra gud. Blant annet blir åndebesettelse også referert som jinn i artikkelen forvekslet med psykiske lidelser. I det somaliske miljøet tror man for eksempel at en kan bli besatt. Behandlingen vil da være å lese koranen på dem, snakke med en imam, be for dem eller slå den berørte.

4.4 Strukturelt nivå

4.4.1 Kunnskapsmangel

Det er nødvendig å se på behovet for økt kunnskap og bevissthet om kulturelle forskjeller blant innvandrere, og hvilken innflytelse disse forskjellene potensielt kan ha for psykiske helsetjenester, både når det gjelder diagnose og behandling (Sandhu et al., 2012, s. 110). Kunnskapsmangelen er stor i flere innvandremiljø da dette ikke er noe som fokuseres på. Eksempelvis fremhever studien til Bettmann et al. (2015, s. 744) hvordan mange av deltakerne beskriver psykiske symptomer på noe som de tror er fysisk. Dersom de har vondt eller sliter med noe skyldes dette ifølge dem en fysisk plage. Den mentale helsen er ikke noe som blir vurdert eller snakket om. Videre funn i Bettmanns studie antyder at flere av deltakerne er svært uvitne rundt dette temaet. På spørsmål om hvilke sykehus som har psykiske helsetjenester eller hva slags behandling som blir gitt er mange av dem ikke i stand

til å svare. De beskrev også medisiner for psykiske lidelser for å ha en beroligende effekt eller hjelpe pasienten til å sove (Bettmann et al., 2015, s. 747). Som alternativ for medikamentell behandling bruker de urtemedisiner og tradisjonelle healere (Straiton et al., 2018, s. 6).

4.4.2 Mangel på individuell tilpasset behandling

I flere av artiklene er individuell tilpasset behandling et gjennomgående tema. Flere av deltakerne gir uttrykk for at de ikke føler seg forstått av helsepersonell. Ettersom vi lever i et mangfoldig samfunn er det mange som mener at flerkulturell kompetanse bør være en større del av utdanningen til helsepersonell. Sandhu et al. (2012, s. 109-110) tar blant annet opp hvordan noen ganger mangel på kunnskap om en pasients kulturelle bakgrunn kan føre til misforståelser av hva som blir ansett som sosialt akseptabelt og typisk atferd i studien sin. Kour et al. (2020, s. 4-5) belyser også viktigheten av dette temaet. Deltakerne i studien nevner hvordan deres erfaring med gruppeterapi var. For eksempel var det noen av dem som følte seg litt utilpass i gruppen. Noe som førte til ubehag og manglende tilfredshet. Selv om de hadde samme diagnose som en nordmann opplevde de at deres behov var forskjellige. Videre fortalte deltakerne sine erfaringer med å ikke bli forstått spesifikt i forhold til deres kulturelle tro, verdier og språk. Bare det å få forskrevet antidepressiva og sovemedisiner når de ba om hjelp, uten at helsepersonell forstod deres sosiale og kulturelle bakgrunn førte til at de avbrøt behandlingen.

5.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen består av to deler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen diskuteres metoden som er anvendt og underkapitler som går på forskerne og deltakerne i artiklene. Det vises også til etiske forhold og reflekterer kritisk rundt forskningsprosessen. Avslutningsvis i kapittelet kommer resultatdiskusjon. Her diskuteres våre funn og setter de i sammenheng med teorien for å danne en ny helhet.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Forskerens bakgrunn

For å kunne vurdere artiklenes gyldighet ble det foretatt en grundig granskning av forskerens faglige bakgrunn og deres kompetanse knyttet til temaet. Alle forskerne i de valgte artiklene hadde en helsefaglig bakgrunn, enten som sykepleier, leger, psykiater, psykolog eller professor innenfor helse og sosialt arbeid. Mange av dem hadde også aktuell forskerkompetanse med master- eller doktorgrad innenfor helse, hvor flere av disse var knyttet til psykiatri.

5.1.2 Studienes deltakere

Deltakerne i de utvalgte studiene er hovedsakelige personer med innvandrerbakgrunn som har erfaring med psykiske lidelser. I Studien til Sandhu et al. (2012, s. 109) rekrutterte de informanter fra ulike psykiske helsetjenester inkludert sykehus og akutt og langtidspsykiatriske enheter. Studien til Bettmann et al. (2015, s. 742) fokuserer målrettet på deltakere som er somaliske flyktninger bosatt i Hartland. I tillegg skulle det være informanter som kunne åpent snakke om deres erfaringer med fysisk og/eller psykisk helsehjelp både i hjemlandet og i USA. Videre ser vi at Straiton et al. (2018, s. 3) har valgt 14 deltakere i alderen 24-49 år, som har vært bosatt i Norge mellom ett og seks år. Kour et al. (2020, s. 13) har derimot valgt ut kun mannlige deltakere i alderen fra 25 til 53 år som hadde en psykisk lidelse og erfaring med rusmidler.

Ulike inklusjonskriterier er brukt i studiene for valg av informanter. I studien til Sandhu et al. (2012, s. 107) skulle informantene først og fremst være immigranter som defineres som personer født utenfor det nåværende landet og i alderen mellom 18 og 65 år.

Inklusjonskriteriene i artikkel 2 (Se Tabell 3) var at deltakerne skulle være voksne menn og kvinner. I tillegg ønsket de bare deltakere som identifiserte seg selv som enten somaliske eller somaliske bantuer. Så innenfor hvert etnisk samfunn ble fem menn og fem kvinner intervjuet (Bettman et al., 2015, s. 742). Studier som er begrenset til relativt få deltagere kan påvirke påliteligheten til resultatene, og kan betraktes som en svakhet. I dette tilfellet er det få deltakere som er blitt intervjuet, dermed vet man ikke særlig mye om omfanget.

Inklusjonskriteriene for Straiton et al. (2018, s. 3) innebar å være over 18 år og ha bodd i Norge ett til ti år. Kour's kriterier var alder, opprinnelsesland, alder ved migrasjon til Norge,

alderen de begynte å bruke rusmidler og hvor mange ganger de valgte å avslutte behandlingen (Kour et al., 2020, s. 10).

Inklusjonskriteriene for deltakerne i studiene omhandlet hovedsakelig innvandrere og deres erfaring med psykiske lidelser. Ved bruk av ulike inklusjonskriterier mener vi at dette vil bidra til en større variasjon i erfaringer og kunnskap. For eksempel ser vi at studien til Sandhu et al. (2012) tar for seg ulike innvandrergupper noe som gjør at vi får flere nyanser for vår oppgave. Videre ser vi at alle de anvendte artiklene er skrevet på engelsk. Som følge av dette ble de fleste artiklene oversatt til norsk. Ved å oversette kan det hende at vi har oppfattet innholdet annerledes enn det var ment, eller vi kan ha gått glipp av sentrale nyanser i artiklens innhold. I en fortolkningsprosess kan man alltid miste noe av det som formidles. Likevel mener vi at vi har tolket studiene på best mulige måte ut fra våre faglige forutsetninger og kunnskaper.

5.1.3 Land og arena for studiene

Forskningen vi har valgt er gjort i Norge, USA og i 16 europeiske land. Sandhu et al. (2012) utførte studiene sine ved psykiatriske avdelinger fra forskjellige sykehus. Disse sykehusene var vanligvis i hovedstaden i hvert land eller andre byer med høy andel innvandrere (Sandhu et al., 2012, s. 107). Studien til Bettmann et al. (2015) er utført i deltakerens egne hjem og i et privat rom tilgjengelig på Hartland Apartments i USA (Bettman et al., 2015, s. 743). Straiton et al. (2018, s. 3) utførte også sin studie i Norge, men her ble det bare avtalt passende tid og sted, så selve intervjuet ble ikke utført på en institusjon. Studien til Kour et al. (2020, s. 10) er utført ved ulike norske psykisk helse og avhengighets institusjoner.

Det er mangel på norske forskningsartikler om psykiske lidelser blant personer med innvandrerbakgrunn. Dermed valgte vi å inkludere studier fra USA og andre europeiske land. Disse landene har også etablerte helsetjenester som kan i stor grad sammenlignes med Norge. Studienes ulike opphav kan anses som en styrke, da dette skaper god innsikt og forståelse for temaet psykiske lidelser i ulike land. Likevel må man også være oppmerksom på at de ulike landene kan ha annerledes oppfatning av hva som er stigmatisert. Det er også viktig å understreke at vi har valgt å ekskludere land utenfor Europa og USA som ikke har tilnærmet lik helsetjeneste som Norge, da dette kan gi andre resultater enn det vi ønsket å undersøke.

5.1.4 Etiske forhold

I artikkel 1 Sandhu et al. (2012) og artikkel 2 Bettmann et al. (2015) er det ingen sensitive opplysninger om deltakerne og personvernet er derfor ivaretatt. I artikkel 2 kommer deltakerne fra et lite samfunn hvor de fleste kjenner hverandre. Dermed ble ikke faktorer som hvor datasamlingen fant sted, demografiske data og hvor lenge de har bodd i USA inkludert. I artikkel 3 Straiton et al. (2018) i likhet med de to andre ble deltakernes anonymitet og konfidensialitet sikret. I artikkel 4 Kour et al. (2020) er etiske forhold ivaretatt ved at ingen identifiserbare data ble innhentet om informantene. I tillegg ble artikkelen godkjent av Norsk senter for forskningsdata.

5.1.5 Kildekritikk

Kildekritikk betyr både å vurdere og karakterisere den litteraturen man har funnet (Dalland, 2020, s. 152). Ettersom vi har en relativ spesifikk problemstilling innenfor et lite forsket område, var det ikke så lett å finne relevante artikler. Som nevnt er det ikke enkelt å komme inn i en rekke innvandrer miljøer. Dermed er det heller ikke mange av dem som lar seg intervjuet spesielt i forhold til tabubelagte temaer som psykiske lidelser. Med tanke på dette er det dog viktig å understreke at funnene er relevante selv om man vet lite om hvor representativt det er. I tillegg har vi tatt utgangspunkt i noen få innvandrer miljøer og deres tanker og følelser kan variere fra individ til individ innad i samme miljø. Likevel mener vi at vi har gjort et adekvat og troverdig utvalg av forskningsartikler, i henhold til relevans og gyldighet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Forståelse av forskjellige kulturelle forventninger

Et av hovedfunnene i studien til Sandhu et al. (2012) er hvor viktig det er med forståelse av forskjellige kulturelle forventninger. Som helsepersonell møter man på pasienter fra forskjellige land, da vil det være naturlig å sette seg litt inn i deres måte å leve på. Eksempelvis kan man oppleve at noen menn med minoritetsbakgrunn har problemer med å uttrykke sine følelser spesielt rundt psykiske lidelser, da dette blir sett på som en svakhet. I dette tilfellet er da sykepleier nødt til å vise omsorg og forståelse noe også Kari Martinsen tar

opp i sin omsorgsteori. I en slik situasjon kan omsorg vises ved å ikke presse ut informasjon av den enkelte, men heller la dem ta initiativ selv. Det er også viktig å understreke at ved denne type tilnærming er sykepleier med på å møte personer med innvandrerbakgrunn rammet av psykiske lidelser på best mulig måte i henhold til funnene i artiklene.

5.2.2 Kommunikasjonsproblemer

Informantene til Bettmann et al. (2015) fremhever at de opplever problemer med kommunikasjonen i samtale med behandlerne. Dette kommer hovedsakelig av at de har forskjellige morsmål. Noen av deltakerne har kanskje ikke bodd i det nåværende landet så lenge noe som gjør at språkkunnskapene ikke er velutviklet. Da vil sykepleier måtte formidle den nødvendige informasjonen på en grundig måte. Dette kan gjøres ved bruk av tolk, kroppsspråk eller digitale oversettelsesprogrammer. Ettersom det er snakk om innvandrere som sannsynligvis ikke har nok kjennskap til denne delen av helsetjenesten er det også viktig å formidle autonomiprinsippet. De må kunne ha en forståelse rundt det med selvbestemmelse og ikke føle seg overkjørt av helsepersonell. En slik tilnærming vil også kunne påvirke stigmaet rundt psykiske lidelser, da det fører til at den enkelte har mer kontroll over egen situasjon.

5.2.3 Manglende kjennskap til den psykiske helsetjenesten

Studien til Straiton et al. (2018) viser til noen sentrale utfordringer rundt det med kjennskap til den psykiske helsetjenesten. Blant annet nevner informantene at de ikke vet hvem de skal oppsøke dersom de sliter med tankekjør eller andre psykiske plager. Dette forteller oss at de ikke har den grunnleggende kunnskapen rundt mental helse. I tillegg kommer det frem at de savner at helsepersonell tilbyr lik tilgang på helsetjenester uavhengig av en persons bakgrunn eller posisjon i samfunnet. De fire etiske grunnprinsipp kan hjelpe oss med å endre holdninger og møte utfordringer på en god måte. Basert på informantenes opplevelser har de en følelse av å ikke bli behandlet på lik linje som alle andre. Dersom vi ser på rettferdighetsprinsippet, skal sykepleier alltid behandle alle på en rettferdig måte uansett fordommer en måtte ha.

5.2.4 Negative opplevelser

I studien til Kour et al. (2020) ser vi at deltakerne ofte assosierer psykisk helsetjeneste med en negativ opplevelse. Dette kan også ses i sammenheng med det pågående stigmaet de opplever både fra helsepersonell og miljøet de er en del av. Negative opplevelser som nevnes er at helsepersonell kun ser på dem som en diagnose og ikke utover dette. De følte seg ikke verdsatt og respektert for den de er noe som fungerte som barrierer og reduserte behandlingsengasjementet. Et av de etiske grunnprinsipp er velgjørenhet. Å vise velgjørenhet i denne sammenheng er å kunne motivere pasientene til å motta behandling. Dette innebærer da en endring i både holdning og eventuelt på systemnivå ettersom det er dette deltakerne trekker ut som konkrete tiltak.

5.3 Konklusjon

Denne oppgaven hadde som hensikt å svare på hvilken måte sykepleier kan møte personer med innvandrerbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser. Vi konkluderer dermed med at forståelse av forskjellige kulturelle forventinger, kommunikasjon, kjennskap til psykiske helsetjenester og bearbeiding av negative opplevelser, er faktorer som er med på å bedre forholde mellom sykepleier og personer med innvandrerbakgrunn. Vi mener at disse faktorene er av betydning for sykepleieren i møte med personer med innvandrerbakgrunn, ettersom overnevnte mangler kan gi store konsekvenser for pasientenes behandlingsforløp.

6.0 Anvendelse i praksis

Sykepleier har en viktig funksjon med identifisering og behandling av personer med innvandrerbakgrunn og deres mentale helse. De må holde seg oppdatert og vite noe om hvordan de skal samhandle med personer som har en annen kultur og holdning til den psykiske helsetjenesten. Dette kan være utfordrende, men er en del av arbeidsoppgaven til sykepleier. Hen skal kunne gi god omsorg og behandle alle pasientene på lik linje.

Oppgaven vår viser at manglende kunnskap rundt psykiske lidelser er et utberedt problem som påvirker en stor pasientgruppe. Oppgaven viser videre viktighet av økt fokus og at helsepersonell har kunnskap om dette temaet. Dessverre er det mange som ikke får den hjelpen de sårt trenger på bakgrunn av den stigmatiserende holdningen de møter i egne miljøer. Oppgaven fremhever hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan på best mulig samhandle med pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn oss.

Oppgaven vår har avdekket kunnskapshull på hvordan sykepleier kan møte personer med innvandrerbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser. Derfor mener vi at det er en lang vei å gå for at denne pasientgruppen skal få en optimal behandling, og at det er behov for videre forskning. Ettersom at dette er et område som er lite forsket på har vi utarbeidet noen forslag.

Vårt forslag er at sykepleierne kan iverksette disse tiltakene for å tilegne seg mer kunnskap om hvordan møte personer med innvandrerbakgrunn som er rammet av psykiske lidelser:

- Bearbeide tidligere traumatiske opplevelser.
- Bedre muligheter for språkopplæring.
- Setter seg inn i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.
- Dele ut informasjonsbrosjyrer til pasienter som mottar behandling, slik at de kan tilegne seg teoretisk kunnskap om temaet.
- Ha bedre rutiner for samtaler om psykiske lidelser. Det er viktig å ikke la seg bli påvirket av tidspress, men bruke god tid for å snakke om temaet med pasienten som igjen kan være med på å utvikle tillit.
- Det kan være nyttig å ha undervisning omkring temaet. Internundervisning for sykepleiere og samtidig mer om det i undervisning på sykepleierutdanningen. Da vil temaer som flerkulturell kompetanse og holdninger være svært relevante.

7.0 Referanser

- Bettman, E. J., Penney, D., Freeman, C. P. & Lecy, N. (2015). *Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness*. *Social Work in Health Care*, 54:8, 738-757. DOI [10.1080/00981389.2015.1046578](https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1046578)
- Biong, S. & Ytrehus, S. (Red). (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblem*. Oslo: Akribe AS
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg). Gyldendal
- Flyktninghjelpen. (2022, 16. juni). *Begreper*.
<https://www.flyktninghjelpen.no/global/statistikk/begreper/>
- Friberg, F. (Red). (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur
- Gonzalez, T. M. (Red). (2021). *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming- sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1.utg). Gyldendal
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/§25>
- Isachsen, B. H. (2022, 29. august). *Vil ha større mangfold blant psykologer: - Må erkjennes som et kritisk problem*. *Dagensmedisin.no*.
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/08/29/vil-ha-storre-mangfold-blant-psykologer/>
- Kour, P., Lien, L., Bernadette, K., Biong, S. & Pettersen, H. (2020). *Treatment Experiences with Norwegian Health Care Among Immigrant Men Living with Co-Occurring Substance Use- and Mental Health Disorders*. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14: 1-10. DOI [10.1177/1178221820970929](https://doi.org/10.1177/1178221820970929)
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. (2017). *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malt, U. (2020, 27.mai). *Stigmatisering*. Store norske leksikon.
<https://snl.no/stigmatisering>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Reinar, L. M: (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: innføring i sykepleieetikk* (3. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Prøitz, L. & Stava, R. (2020, 10.juni). *Mange flyktninger og innvandrere får ikke psykisk helsehjelp. Hvorfor er det slik?* Forskersonen.no.
<https://forskersonen.no/kronikk-meninger-psykiske-lidelser/mange-flyktninger-og-innvandrere-far-ikke-psykisk-helsehjelp-hvorfor-er-det-slik/1695685>
- Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Jensen, K. N., Lmamkaddem, M., Puigpinós I, Riera, R. R, Kósa, Z., Wihlman, U., Stankunas, M., Strabmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Priebe, S. (2012). *Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries*. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, (2013) 48: 105-116. DOI [10.1007/s00127-012-0528-3](https://doi.org/10.1007/s00127-012-0528-3)
- Spilker, S. C. A. R., Kour, P., Bruun, T., Indseth, T., Austveg, B., Hassaini, L., Kjøllesdal, R. K. M., Kumar, N. B., Labberton, S. A., Warsame, A. A., Syse, A., Aambø, O. A., Qureshi, A. S., Berung, B. A. & Straiton, L. M. (2022, 26. august). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?fbclid=IwAR1wrfS3gttGcAZ1wSPySxiwOwCJGOqIKHqM2du8OC7prBWuvZBJnQWVsU>
- Straiton, L. M., Ledesma, L. HM. & Donnelly, T. T. (2018). *“It has not occurred to me to see a doctor for that kind of feeling”: a qualitative study of Filipina immigrants’ perceptions of help seeking for mental health problems*. *BMC Women’s Health*, 18:73. DOI <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0561-9>
- Søk & Skriv. (2022, 23. september). *Søketeknikker*.
<https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html>