



Bachelorgradsoppgave

Sykepleie til pasienter fra etniske minoritetsgrupper

En litteraturstudie som belyser viktigheten av kulturell kompetanse

Nursing care to patients from minority ethnic groups

A literature study that clarifies the importance of cultural competence

Mia Leirtrø Garli

Antall ord: 8879

SPU110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Levanger
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



HINT

“Når jeg møter nye mennesker, forsøker jeg alltid å møte dem med utgangspunkt i det mest basale, i det som vi har felles. Vi har alle en fysisk kropp, et sinn og følelser. Vi er alle født på samme måte, og vi skal alle dø. Vi ønsker alle et lykkelig liv, og vi har ikke lyst til å lide. Når jeg ser på dem jeg møter, på denne måten, og ikke understreker forskjellene som faktisk er der, for eksempel at jeg selv er tibetaner eller at jeg har en annen hudfarge, religion og kulturell bakgrunn enn dem, gir jeg meg selv mulighet til å møte den andre som om det var meg selv. Når jeg forholder meg til en fremmed på denne måten, opplever jeg at det blir mye lettere for oss å kommunisere og utveksle tanker.”

(Magelssens oversettelse (2008, s.17) av Dalai Lamas utsagn)

Abstrakt

Introduksjon: Innvandrere står i dag for 12% av folkekengden i Norge. Innvandrerguppen kommer fra 221 forskjellige land, og er kanskje den mest sammensatte gruppen av befolkningen. Økende kulturell variasjon blant pasientene vil kreve en bedring i sykepleiernes kulturelle kompetanse.

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse viktigheten av kulturell kompetanse hos sykepleiere, gjennom å se på deres holdninger og opplevelser med pasienter med minoritetsbakgrunn. **Metode:** Et allment litteraturstudie basert på originalartikler. Det ble innhentet 4 kvantitative og 8 kvalitative forskningsartikler til studien. **Resultat:** Det viste seg at sykepleierne opplevde at mange av pasientene fra etniske minoritetsgrupper og deres pårørende hadde andre atferder og holdninger enn hva de var vant til. I tillegg ble det ofte opplevd en språkbarriere mellom sykepleier og pasient. Det ble funnet stereotypiske holdninger blant sykepleierne og en mangel på kulturell kompetanse.

Diskusjon: I møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper er det viktig at sykepleieren fremmer trygghet hos pasienten. Alle pasienter skal møtes med respekt og verdighet, uansett hvilken bakgrunn de har. Å tilkalle tolk er viktig for å fremme pasientenes rett til medvirkning i sin behandling. I tillegg er det viktig at sykepleieren husker at å behandle alle pasienter likt, ikke er det samme som å yte likeverdig behandling. **Konklusjon:** For at sykepleiere skal kunne yte en faglig forsvarlig omsorg til alle pasienter, må sykepleierne tilegne seg en større kulturell kompetanse. Alle pasienter er unike, og fortjener derfor å bli møtt ut i fra dette grunnlaget.

Nøkkelord: Allment litteraturstudie, sykepleie, pasienter, etniske minoritetsgrupper, kulturell kompetanse

Innhold

1. INTRODUKSJON.....	1
1.1. Hensikt	2
2. METODE.....	3
2.1. Innsamling av data	3
2.2. Kriterier til forskningen.....	3
2.2.1. Inklusjonskriterier.....	3
2.2.2. Eksklusjonskriterier.....	4
2.3. Utvalg og granskning av artikler	4
2.4. Analyse.....	5
2.5. Etisk vurdering.....	5
3. RESULTAT	7
3.1. Pasientenes atferd og holdninger.....	7
3.2. Kommunikasjon.....	7
3.2.1. Bruk av tolk.....	8
3.3. Pårørende	9
3.4. Sykepleiernes holdninger og handlinger i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper.....	10
4. DISKUSJON	12
4.1. Sykepleie i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper.....	12
4.1.1. Autonomi.....	13
4.1.2. Kommunikasjon.....	14
4.1.3. Tolk	15
4.1.4. Smertekartlegging	16
4.1.5. Pårørende	17
4.1.6. Tidsbruk	18
4.2. Sykepleierens kulturelle kompetanse.....	19
4.3. Metodediskusjon.....	21
5. KONKLUSJON	24
LITTERATURLISTE.....	25

Vedlegg 1: Oversikt over artikkelsøk

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 3: Eksempel på kategorisering av forskningen

Vedlegg 4: Skjema for granskning av forskningsartikler

Vedlegg 5: Faces pain rating scale (FPS)

1. INTRODUKSJON

Ifølge Statistisk sentralbyrå (2014), per 1. januar 2014, stod innvandrere for 12% av folke­mengden i Norge. 54% kommer fra Europa, 29% fra Asia, 11% fra Afrika og 5% kommer fra det amerikanske kontinentet. De fleste innvandrere kommer til Norge på grunn av arbeid. Familieinnvandring og flukt er også vanlige årsaker, men dette er vanligst blant de ikke-nordiske innvandrerne (Statistisk sentralbyrå 2013).

Innvandrerbefolkningen i Norge har bakgrunn i 221 forskjellige land (Statistisk sentralbyrå 2014). De er kanskje den mest sammensatte gruppen av befolkningen, og utgjør ikke noen etnisk, språklig eller religiøs homogen gruppe. De er mange ulike individer med like mange livshistorier. Prosessen med å integrere seg i samfunnet kan ta lang tid for noen (Kaya m.fl. 2010). Nærkontakt med nye ideer og atferdsnormer vil føre til endringer av tanker og væremåte. Noen tar opp mye av den nye kulturen, andre holder i stor grad fast på sin opprinnelige kultur og sitt levesett. Dette har en sammenheng med personlighet, opplevelser og erfaringer, men også om en føler seg fri til å velge livsstil i det nye landet. Enkelte opplever gruppepress og forventninger fra andre med samme etniske bakgrunn, eller fra skolekamerater eller arbeidskolleger (Kristoffersen m.fl. 2011).

Integrering og inkludering av innvandrere er et offentlig ansvarsområde. Kommunen og staten står for grunnleggende tiltak, som for eksempel språkopplæring og utdanning (Kaya m.fl. 2010). Regjeringen har utarbeidet en lov som forbyr diskriminering på grunn av etnisitet, religion og livssyn. Dette for å skape likestilling uavhengig av disse faktorene (Lovdata 2013). Frivillige organisasjoner bidrar også med en del viktige tilbud som innvandrere kan benytte seg av, som blant annet Røde Kors' flyktningguide. Men i tillegg til det offentlige og de frivillige organisasjonenes arbeid, er folks holdninger til innvandrere veldig viktig (Kaya m.fl. 2010).

Kultur kan defineres som de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn. Dette er aspekter som vi tillærer oss og fremdyrker i løpet av livene våre (Magelssen 2008). Uansett hvor en kommer fra, vil bakgrunn og livssyn ha stor innvirkning på ens tro og holdninger, og på hvordan en velger å leve. Kulturell bakgrunn påvirker for eksempel hvilke tanker en syk person har om sin tilstand, hvilke forventninger en har til helsevesenet, og den behandlingen og pleien helsevesenet har å tilby (Kristoffersen m.fl. 2011).

Travelbees sykepleieteori går ut på å forholde seg til ethvert menneske som en unik person. Hun påpeker at kulturen personen er en del av, vil ha betydning for vedkommendes oppfatning av sykdom og lidelse (Kristoffersen m.fl. 2011). Sykepleiere vil møte nye og krevende oppgaver etter hvert som pasientene man møter preges av økende kulturell variasjon. Dette utfordrer forståelsen for egen kulturell bakgrunn, samtidig som det krever en bedring i sykepleierens generelle kulturelle kompetanse (Hummelvoll 2012).

Magelssen (2008) presenterer kultursensitivitet, som handler om å bruke følelser og fornuft i møte med andre mennesker. Dette for å fange opp intensjonen bak uttalelsen eller handlingen til andre. Kultursensitivitet stiller krav om gjensidig deltakelse fra alle involverte parter, og for at dette skal kunne skje må rammene rundt være preget av trygghet og respekt. Som sykepleier har en et profesjonelt ansvar for å legge til rette for at slike rammer oppstår. Pasienten har alltid rett til å bli respektert for sine meninger og oppfatninger. Dette krever at sykepleieren både er åpen overfor andres tenkning, og at en utfører en god datasamling om pasienten. Det må også utføres en avveining mellom pasientens rett til selvbestemmelse og sykepleierens plikt til å beskytte pasienten mot skade (Kristoffersen m.fl. 2011).

I denne studien vil pasientene bli omtalt som pasienter "fra etniske minoritetsgrupper", "med etnisk minoritetsbakgrunn" eller bare "med minoritetsbakgrunn". I tillegg vil betegnelsen "innvandr(er)" bli brukt. Minoritetsgrupper er folkegrupper som oppfatter seg selv som annerledes enn majoritetsbefolkningen i hjemlandet. De råder ikke over maktressurser, og kan derfor ikke tvinge igjennom sine interesser og synspunkter i det helhetlige samfunnet (Kaya m.fl. 2010). Innvandrere defineres av Statistisk sentralbyrå (2014) som personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre, og som på et tidspunkt har innvandret til Norge.

1.1. Hensikt

Hensikten med studien er å belyse viktigheten av kulturell kompetanse hos sykepleiere, gjennom å se på deres holdninger og opplevelser med pasienter med minoritetsbakgrunn.

2. METODE

Den vitenskaplige arbeidsmetoden kan beskrives som en systematisk prosess, som resulterer i at spørsmålene man stilte seg i starten av prosessen besvares. Ved å gjøre dette tilegner man seg ny kunnskap, som kan lede til nye teorier eller forsterke allerede eksisterende teorier (Forsberg og Wengström 2013). Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie kan gjøres for å motivere til empirisk forskning innen et bestemt tema, eller for å beskrive kunnskapen som finnes innen temaet. Det kan beskrives som litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt (Forsberg og Wengström 2013).

2.1. Innsamling av data

Etter å ha funnet et tema for studien, startet søket etter relevant litteratur. Dette for å se på de begrensingene eller mulighetene forskningen innen det bestemte temaet kunne gi. Gjennomgang av forskning kan ses på som en kritisk og viktig del av en forskningsstudie. Den vanligste måten å gjennomføre dette på er å søke ved hjelp av spesielle emneord og nøkkelord i ulike databaser (Forsberg og Wengström 2013). De fleste søkene ble utført i databasene MedLine, PubMed og Cinahl, der forskjellige kombinasjoner av søkeord ble brukt. De mest brukte søkeordene var cultural competency, cultural diversity, nursing, patient og hospitals. Det ble også utført noen manuelle søk. Dette er søk man kan utføre ved å granske litteraturlistene til relevante artikler en allerede har funnet, og dermed finne ny relevant forskning (Forsberg og Wengström 2013).

Etter å ha funnet en del forskning rundt temaet, ble hensikten til oppgaven utarbeidet. En hensikt skal beskrive i hvilken retning studien skal gå, og fange dens essens (Polit og Beck 2012). Dermed ble et mer fokusert søk etter relevante artikler startet (vedlegg 1).

2.2. Kriterier til forskningen

2.2.1. Inklusjonskriterier

Opgavens hensikt går ut på å finne sykepleiernes opplevelse med og holdinger til pasienter med minoritetsbakgrunn, derfor har all forskningen et sykepleieperspektiv. Forskning som blir brukt i oppgaven omhandler innvandrere pasienter eller pasienter med etniske minoritetsbakgrunn (som definert i introduksjonen) som er innlagt på alle de forskjellige sengepostene på sykehus. Norskfødte

med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to foreldre som er født i utlandet, og som i tillegg har fire besteforeldre som er født i utlandet. Disse blir ofte omtalt som tilhørende etniske minoriteter (Kristoffersen m.fl. 2011, Statistisk sentralbyrå 2014), og er derfor også inkludert i oppgaven. Alle religioner er inkludert, men Islam er mest representert i forskningen. Begge kjønn er også inkludert.

2.2.2. Eksklusjonskriterier

Opgaven har ikke tatt med forskning som handler om sykepleierstudenters opplevelser, mental helse, palliativ pleie, eller hjemmesykepleie. Barn som pasienter er ekskludert. Samer eller andre urbefolkninger er ikke inkludert i oppgaven. Den medisinske behandlingen sykepleierne ga til pasientene ble ikke vektlagt, og det er ikke fokus på noen spesielle sykdommer hos pasientene. Forskning eldre enn ti år ble ekskludert. I tillegg er det viktig å påpeke at sykepleierne som blir omtalt i denne studien er personer som er en del av den etniske majoritetsgruppen i befolkningen. Forskning som omhandler sykepleiere med etnisk minoritetsbakgrunn er derfor ekskludert.

2.3. Utvalg og granskning av artikler

I flere av søkene som ble utført ble det resultat på over hundre forskjellige artikler. I nesten alle søkene ble alle titlene sett på. Artikler som ble valgt ut til videre granskning, ble valgt ut etter at abstraktet var lest. Det ble også gjort søk som ikke ga betydelige resultater, siden ingen av artiklene i søket nådde kravene som var satt til forskningen. Disse artiklene er ikke redegjort for i oppgaven.

Etter å ha funnet en mengde artikler, startet granskningen av artiklene. Når en foretar et utvalg av forskning er det viktig at en ikke bare velger ut i fra fakta som er fremstilt, men også om det som blir fremstilt er anerkjennelsesverdig. I en studie vil en fremstille sannheten. Det er derfor viktig at en prøver å ta valg som fører til best mulig kvalitet (Polit og Beck 2012). For å kunne utføre dette ble det brukt et skjema utarbeidet for granskning av forskningsartikler (vedlegg 4).

I denne oppgaven ble det i hovedsak brukt kvalitative forskningsartikler, men det er også brukt noen kvantitative forskningsartikler. Dette for å få med de representative meningene til sykepleierne, og for å få en større bredde på forskningen (Dalland 2012). Grunnen til at kvalitativ forskning i hovedsak ble valgt ut til dette studiet, er fordi denne typen forskning fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2012). Denne typen forskning passet best med tanke på

hensikten, da denne går ut på å finne sykepleiernes meninger og opplevelser. Kvantitativ forskning gir derimot data i form av målbare enheter (Dalland 2012), og vil derfor gi en større bredde til studien.

(Det ble utarbeidet en oversikt over forskning inkludert i studien. Se vedlegg 2.)

2.4. Analyse

I litteraturstudier er fokuset på å finne temaer. Dette ved å analysere seg frem til gjentakende mønstre i forskningen (Polit og Beck 2012). Analysen av de inkluderte artiklene startet allerede da de ble lest for første gang. Etter hvert ble de gjentakende mønstrene gjenkjent i de forskjellige artiklene, og temaer kom til syne. En mer grundigere analyse ble gjort ved at meningsbærende enheter ble dratt ut fra teksten i forskningsartiklene. Med meningsbærende enheter menes alt av fakta med relevans til hensikten. Ut i fra disse ble det satt opp forskjellige subkategorier. Deretter kom fire forskjellige hovedkategorier tydelig frem. Disse kategoriene var:

- Pasientenes atferd og holdninger
- Kommunikasjon
- Pårørende
- Hvordan sykepleierne møter pasienter med minoritetsbakgrunn

(Se vedlegg 3 for eksempel på kategorisering av forskningen.)

2.5. Etisk vurdering

God etikk er viktig for at en oppgave skal bli sett på som troverdig. I denne oppgaven er forfattere av litteraturen som ble brukt anerkjent på riktig måte, og det er ikke gjort noe plagiat. I tillegg har det vært viktig å prøve og finne artikler som ikke underbygger forfatterens meninger (Forsberg og Wengström 2012).

Forskningsetikk handler om å ivareta personvern og å sikre troverdighet av forskningsresultater. I medisinsk forskning er det viktig at en viser omsorg, og dermed unngår at deltakerne blir påført skade eller unødvendige belastninger. Forskningen må ikke gå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland 2012, Polit og Beck 2012). Deltakere i forskning skal frivillig kunne bestemme om han/hun vil delta. For at denne retten skal kunne tre i kraft må deltakeren få tilgang

på all fakta og deltakerens egne muligheter innen studien (Polit og Beck 2012). Det er også helt grunnleggende at anonymitet blir ivaretatt. Når opplysninger i forskningen ikke på noen som helst måte kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, er opplysningene anonymisert. Dette kan gjøres ved å erstatte navn, personnummer og annet gjenkjennbart materiale med tilfeldige nummer, koder, fiktive navn eller lignende (Dalland 2012).

Ved vitenskaplig forskning skal det alltid utføres en etisk overveielse. I tillegg bør det søkes om godkjenning for å gjennomføre forskningen hos etisk komité. På grunn av viktigheten av god etikk ble det derfor etterstrebet å finne forskningsartikler som var etisk godkjent.

3. RESULTAT

3.1. Pasientenes atferd og holdninger

I forskningen kom det frem at flertallet av sykepleierne syntes at innvandrerpasienter føyde seg etter rutineene i avdelingen, og fulgte instruksjonene de fikk fra sykehuset (Michaelsen 2004). Men det var også opplevd mindre positive atferder og holdninger hos pasientene. Kvinnelige pasienter, hovedsaklig muslimske, ble opplevd som undertrykt av menn. Kvinnene ble derfor opplevd som vanskelig å nå frem til (Dellenborg m.fl. 2012). De forskjellige kulturenes syn på kjønnsroller kunne skape problemer når sykepleie skulle gis til pasienter av det motsatte kjønn. Hos kvinnelige sykepleiere fremkalte det å ikke bli tatt i hånda for å hilse en følelse av å ikke bli respektert som profesjonelle. Andre syn på kjønnsroller fremkalte generelt frustrasjon blant sykepleierne, fordi det kunne forhindre dem i å gjøre jobben sin (Dellenborg m.fl. 2012, Halligan 2006, Hasnain m.fl. 2011, Høye og Severinsson 2008, Vydellingum 2006).

Sykepleierne møtte mange nye måter å takle sykdom og død på i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn (Richardson m.fl. 2006). I en dansk studie kom det frem at sykepleierne opplevde at disse pasientene ofte uttrykte smerte på en sterkere måte enn etnisk danske pasienter. Ofte gjorde dette at sykepleierne havnet i et dilemma der de er usikre på om pasientene hadde så sterke smerter som de uttrykte, eller om de overreagerte. Det ble også sett på som irriterende når pasientene uttrykte smerte høyllytt, siden det kunne forstyrre andre pasienter i nærheten (Michaelsen m.fl. 2004, Nielsen og Birkelund 2009, Vydellingum 2006).

Flere sykepleiere hadde opplevd at pasienter som ikke var samarbeidsvillige ofte nådde et vendepunkt, der de plutselig ble opplevd som gode pasienter. Dette ble observert i sammenheng med situasjoner der pasienten ble tvunget til å akseptere sine svakheter og sin avhengighet til pleieren (Dellenborg m.fl. 2012). Mange mente at om pasientene var positive og viste respekt var det store sjanser for at utfallet av møtet mellom pasient og pleier ble positivt (Hasnain m.fl. 2011).

3.2. Kommunikasjon

I en studie av Michaelsen (2004) kom det frem at mange hadde opplevd at innvandrerpasienter ikke forstod råd og veiledning de fikk. I tillegg var de redde for at pasientene kanskje ikke forstod hva diagnosen og behandlingen de fikk gikk ut på, som for eksempel bivirkninger av medikamenter (Richardson m.fl. 2006).

Mangel på enkel kommunikasjon gjorde at sykepleiere følte det ble vanskelig å bygge opp et godt forhold med pasientene. Kommunikasjonen med pasienter som ikke hadde samme språk ble ofte forenklet til nikk og smil, og informasjonen ble ofte veldig forenklet. Det ble for eksempel brukt isolerte ord som "smerte" og "hjerne", for å forenkle samtalen. Noen sykepleiere fortalte at de brukte nonverbal kommunikasjon, som å holde i pasientens hånd for å vise sympati, og å vise tegn i stedet for å bruke ord (Halligan 2006, McCarthy m.fl. 2013, Richardson m.fl. 2006). Skrevet informasjon ble ikke sett på som noe godt alternativ, siden dette ikke alltid fantes på alle språk, og siden mange av pasientene ikke kunne lese (Richardson m.fl. 2006).

Flere sykepleiere opplevde at pasientenes muligheter til å kommunisere godt og å forklare deres behov til pleieren, var viktig for om utfallet av pleien skulle føles positivt (Hasnain m.fl. 2011). Om det var en språkbarriere mellom pleier og pasient ble kartlegging av smerte sett på som veldig vanskelig (McCarthy m.fl. 2013). Det ble i tillegg uttrykt at språkbarrieren skapte irritasjon, fordi det tok opp mye tid. En fikk da mindre tid til andre viktige oppgaver (Lassen og Strunck 2011, Michaelsen m.fl. 2004, Nielsen og Birkelund 2009).

3.2.1. Bruk av tolk

Ofte ble pårørende til pasienten brukt som tolk. Dette for å avansere samtalen, og for å samle inn data og sette i gang behandling så raskt som mulig. Men dette ble sett på som problematisk av forskjellige årsaker. Noen følte at dette ikke var riktig mot de som ble involvert, spesielt om barn ble brukt som tolk. Det ble også opplevd at informasjon som ble sett på som vanskelig, ble tilbakeholdt fra pasienten (Høye og Severinsson 2008, Kale og Syed 2010, McCarthy m.fl. 2013, Nielsen og Birkelund 2009, Richardson m.fl. 2006). I tillegg til pårørende ble andre pasienter og helsepersonell som kunne snakke samme språk som pasienten, brukt som tolk. Dette ble sett på som upassende når man skulle snakke om vanskelige temaer med pasienten (Høye og Severinsson 2008, Kale og Syed 2010, Richardson m.fl. 2006).

Det ble av flere uttrykt at de hadde problemer med å avgjøre i hvilke tilfeller det var nødvendig å bestille tolk. Mange valgte å ikke kontakte profesjonell tolk selv om de var usikre på om pasienten forstod spørsmål de stilte, eller om de selv hadde problemer med å forstå hva pasienten prøvde å fortelle dem. Avgjørelsen om å kontakte en profesjonell tolk ble ofte avgjort ut i fra om det stod anbefalinger i journalen til pasienten (Kale og Syed 2010). Sykepleiere uttrykte at de trengte å lære mer om hvordan en bruker profesjonell tolk på en effektiv måte, og hvilken rolle en profesjonell tolk

skal ha (Kale og Syed 2010, McCarthy m.fl. 2013). Det var for mange viktig at den profesjonelle tolken viste respekt for pasienten, kunne uttrykke seg tydelig og oversette korrekt, og at de handlet objektivt. Men likevel var det viktig for mange at tolken fortalte det videre til dem om han fant ut at pasienten hadde løyet om noe (Kale og Syed 2010).

Det ble uttrykt flere grunner til at tolker ikke ble brukt så ofte som de kanskje burde. De var for eksempel vanskelig å få tak i, og det ble opplevd som uklart hva tolkene sa til pasientene. I likhet med pårørende som tolk, kunne de tilbakeholde vanskelig informasjon fra pasienten. Dette var spesielt problematisk når en fortalte om en dårlig prognose, eller pasienten var nær døden (Ender m.fl. 2011, Kale og Syed 2010, McCarthy m.fl. 2013, Nielsen og Birkelund 2009, Richardson m.fl. 2006). Mange følte også at de ikke fikk fortalt den samme underliggende beskjednen når de brukte tolk til å kommunisere med pasienten. Dette fordi de ikke fikk brukt kroppsspråket eller stemmen sin for å få frem meningen bak beskjednen (Richardson m.fl. 2006). Noen uttrykte at tolkene trengte å heve sin profesjonelle kompetanse, og at tolkene ikke alltid forstod sykepleieterminologi (Kale og Syed 2010, McCarthy m.fl. 2013). Flere sykepleiere fortalte at profesjonelle tolker som var spesialisert som medisinsk tolk hadde gitt gode erfaringer (Richardson m.fl. 2006).

Det finnes også telefontolk. Denne typen tolk ble sett på som upraktisk, siden en da måtte sende telefonen frem og tilbake mellom pasient og sykepleier (Ender m.fl. 2011).

3.3. Pårørende

I en studie av Nielsen og Birkelund (2009) kom det frem at pårørende til pasientene spilte en stor rolle for den kulturelle forskjellen sykepleierne så mellom innvandrerpasienter og "svenske pasienter". Pårørende ble sett på som en viktig kilde til pasientenes emosjonelle, sosiale og psykologiske velvære (Halligan 2006). Pårørende kunne være hjelpsomme og støttende, ved for eksempel å hjelpe til med vask av pasienten (Høye og Severinsson 2008, Lassen og Strunck 2011, Vydellingum 2006). Men selv om det kom frem positive erfaringer med pasientenes pårørende, var flertallet av erfaringene negative. De ble oppfattet som krevende, og uten innsikt for pasientens sykdom. De stilte for mange spørsmål og forstyrret rutinene på avdelingen ved å være på besøk hos pasienten utover besøkstiden. Det kom også frem negative kommentarer om at pårørende kom i for store grupper, opptil 20 om gangen, uten å vise hensyn til pasientens kliniske status. Dette var også problematisk av hensyn til de andre pasientene som lå på samme rom (Dellenborg m.fl. 2012, Halligan 2006, Høye og Severinsson 2008, Lassen og Strunck 2011, Michaelsen 2004, Nielsen og

Birkelund 2009, Vydellingum 2006). I tillegg ble det av mange sykepleiere sett på som et irritasjonsmoment at pårørende brakte med seg mat til pasientene (Halligan 2006, Nielsen og Birkelund 2009).

Familien ble sett på som avgjørende for pasientens valg av behandling (Halligan 2006). I noen tilfeller fikk ikke sykepleierne snakke med pasienten i det hele tatt, fordi de ble skjermet av deres overbeskyttende pårørende. Dette skjedde spesielt med kvinnelige pasienter fra bestemte kulturer (Dellenborg m.fl. 2012, Richardson m.fl. 2006).

3.4. Sykepleiernes holdninger og handlinger i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper

Det kom frem i flere studier at sykepleiere syns pasienter med minoritetsbakgrunn gjør arbeidet deres mer interessant. Samtidig sa 49% av sykepleierne i en studie at de anså pasientene som en ekstra belastning (Lassen og Strunck 2011, Michaelsen m.fl. 2004).

Sykepleiere slet med en blanding av stereotypiske holdninger om "de andre", empati for posisjonen deres som pasienter og innvandrere i en ukjent kulturell setting, og frustrasjon rundt deres fremmede atferder (Dellenborg m.fl. 2012). Noen sykepleiere fortalte at de følte en indre motstand når de møtte nye pasienter med bestemte bakgrunner. Denne indre motstanden ble ikke basert på rasemessige fordommer, men på grunn av forventninger om at det å jobbe med disse pasientene ville kreve ekstra tid og innsats. Resultatet av dette var at sykepleierne tildelte mindre tid til disse pasientene (Richardson m.fl. 2006). I en annen studie trakk en av deltakerne frem at hun ikke kunne fordra mangelen på øyekontakt hun fikk av mannlige asiatiske pasienter. Det var en tydelig mangel kulturell kompetanse blant sykepleierne i denne studien (Vydellingum 2006).

Det ble i en studie uttrykt at når pasientens tro ble blandet inn i deres samtykke til adekvat behandling, ble dette mislikt av sykepleierne. Sykepleierne følte seg da fanget mellom det de hadde lært om å respektere pasientenes tro og livssyn, og sine egne oppfattelser av hva som er rett og galt (Richardson m.fl. 2006).

Sykepleiere fortalte at for å få respekt og tillit fra innvandrerpasienter av det motsatte kjønn måtte sykepleierne ofte oppføre seg autoritært og vise en emosjonell distanse. Dette fikk dem til å føle seg

mer som roboter, som brydde seg mest om det tekniske og som ikke hadde egne følelser (Dellenborg m.fl. 2012).

Det ble uttrykt at alle pasientene ble behandlet likt med ingen spesielle hensyn, bortsett fra om pasientene ikke kunne snakke samme språk. Sykepleierne var veldig opptatt av å behandle pasientene rettferdig, men mye tydet her på at pleien som ble gitt til pasientene ikke var individualisert (Vydelingum 2006). Mange sykepleiere forklarte handlingene sine ut i fra det de hadde lært og hva som var normal praksis på sykehuset. Dette for å unngå å bli oppfattet som rasistisk (Lassen og Strunck 2011).

Handlinger som gjorde at møter med pasienter med minoritetsbakgrunn ble sett på som positive, var å vise villighet til å høre på pasienten og bruke tid til å forklare og svare på spørsmål. Andre handlinger var å vise hensyn og respekt, og imøtekomme deres behov (Hasnain m.fl. 2011). Mange forsøkte å møte pasientenes spirituelle behov. Det var for eksempel viktig for mange pasienter bønnene ble utført. Sykepleierne kunne da hjelpe til med blant annet å vaske hendene og ansiktene deres, og å finne riktig retning mot Mekka (Halligan 2006). Noen sykepleiere prøvde å lære seg noen kulturelle forskjeller, som ritualer ved dødsfall, men dette ble vanskelig på steder der de møtte mange forskjellige kulturer. Det var også problematisk fordi det fantes variasjoner innenfor de forskjellige gruppene. Det var derfor noen som uttalte at det var viktig å ikke anta noe om pasientene på bakgrunn av kultur (Richardson m.fl. 2006). I studien til Lassen og Strunck (2011) sa en av deltakerne at idealet var at alle pasientene ble behandlet på likt grunnlag, på tross av nasjonalitet, trosretning, kjønn, og lignende.

Sykepleierne uttrykte at de trengte trening i å møte etniske, religiøse og kulturelle forskjeller. De ønsket å bedre sine ferdigheter i å møte alle pasienter med åpenhet. I tillegg uttrykte noen at de trengte trening i å reflektere over egne følelser og holdninger. Andre sa at de følte de manglet støtte, både i form av refleksjon med kollegaer, og fra ledelsen (Richardson m.fl. 2006). Noen sykepleiere følte de kunne gjort en bedre jobb om de hadde mer tid hos hver pasient (Lassen og Strunck 2011).

4. DISKUSJON

Hensikten med studien er å belyse viktigheten av kulturell kompetanse hos sykepleiere, gjennom å se på deres holdninger og opplevelser med pasienter med minoritetsbakgrunn.

Resultatet viser at sykepleierne opplever andre holdninger og atferder hos innvandrerpasienter. De hadde ofte andre måter å takle sykdom på, og uttrykte smerte på en annen måte. Vanskeligheter med å kommunisere med pasientene gjorde at det ble vanskeligere for sykepleierne å bygge opp et godt forhold med pasienten. Mange hadde funnet teknikker for å gjøre kommunikasjonen enklere. Smertekartlegging ble vanskelig når de ikke kunne kommunisere med pasientene som normalt. I tillegg ble det uttrykt at samhandling med disse pasientene tok opp for mye tid. Mange valgte å bruke pårørende som tolk i stedet for å kontakte profesjonell tolk. Sykepleierne følte de trengte mer kunnskap om bruk av tolk. Pårørende ble sett på som viktige deler av pasientenes tid på sykehuset. De kunne være til god hjelp, men også til irritasjon. Mange sykepleiere syntes at pasientene gjorde arbeidet deres mer interessant, men mange slet med stereotypiske holdninger. Det var ut i fra funnene, mangel på kulturell kompetanse blant helsepersonell. Det ble uttrykt at sykepleien til disse pasientene kunne blitt bedre med mer tid hos hver pasient. I tillegg var det et behov for mer trening i å møte pasienter med annen kulturell bakgrunn.

4.1. Sykepleie i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper

Kulturelle, religiøse, etniske, språklige og individuelle forskjeller blant pasient og sykepleier kan mange ganger være store. Når mennesker med ulik bakgrunn møtes, kan deres verdier og holdninger bli utfordret. Det kan skape utrygghet, fortvilelse og misforståelser. Men til tross for ulikheter og vanskeligheter med å kommunisere med hverandre, kan en finne måter å hjelpe, pleie, gi omsorg og vise medmenneskelighet på. Dette kan dermed fremme trygghet hos pasienten. Et hvert menneske skal, til tross for ulikheter, møtes og behandles med respekt, likeverd og verdighet (Brenna 2007).

Travelbee forholder seg til det enkelte mennesket som enestående og uerstattelig. Alle mennesker er forskjellig fra andre som har levd, og som noensinne kommer til å leve (Kristoffersen m.fl. 2011). Sykepleiere må kjenne til og ha respekt for at alle pasienter de møter har en særegen livshistorie, og at det bak alle funksjonstap fremdeles befinner seg en person som er et helt menneske, med lengsler, drømmer og håp. En må vise respekt for pasientens verdighet ved å bekrefte og respektere pasienten som en unik person (ibid). Det viste seg i resultatet at å vise villighet til å høre på

pasienten, og bruke tid til å forklare og svare på spørsmål ga positive opplevelser av samhandling med pasientene.

Sykepleierne var opptatt av å behandle pasientene rettferdig, men likevel tydet mye på at pleien ikke ble individualisert. For at omsorg skal kunne ytes på pasientens premisser er det en forutsetning at sykepleieren skaffer seg informasjon om hvordan pasienten opplever sin situasjon, hva den betyr for han/henne og hvorfor den er oppstått (Kristoffersen m.fl. 2011). I møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn kan det være hensiktsmessig å utføre en tverrkulturell datasamling. Dette kan utføres ved å bruke den vanlige datasamlingsmåten, kombinert med et tverrkulturelt perspektiv. Det er vanskelig å lage en mal på datasamling som passer til alle pasienter. Det er derfor viktig å tilpasse den til pasientens situasjon (Hummelvoll 2012, Kristoffersen m.fl. 2011).

Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund 2011). Kravet om forsvarlig yrkesutøvelse er begrunnet i behovet for å beskytte pasientene mot handlinger og mot unnlatelser av å handle. Dette knytter seg både til den faglige kvaliteten på helsehjelpen, og til det å vise respekt og omtanke for pasienten. Det forventes at sykepleieren har en holdning som ivaretar respekten til den enkelte. Dette både ved å se, høre og anerkjenne pasienten og pårørende i den situasjonen de er i, og i forhold til de preferanser de har (Norsk sykepleierforbund 2009). Det er utviklet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Disse utgjør en standard for sykepleie som det er enighet om i profesjonen, men de kan bare tjene som en veiledning for hva en som sykepleier bør gjøre i konkrete situasjoner. Det forutsetter derfor en individuell tilpasning og faglig skjønn (Kristoffersen m.fl. 2011). I tillegg til yrkesetiske retningslinjer er sykepleierens omsorg basert på lover. Disse gir uttrykk for sosiale normer, og er ofte basert på grunnleggende menneskerettigheter og kulturelle verdier. Lovene setter grensene og definerer rammen som sykepleiefaglige beslutninger må foregå innenfor (ibid).

4.1.1. Autonomi

Å respektere pasientens autonome valg innebærer å respektere pasientens eget perspektiv og opplevelse av sin sykdom. Sykdom og lidelse vil aldri kunne angå sykepleieren på samme måte som det gjør pasienten. Sykepleieren kan selvsagt prøve å forstå hva pasienten erfarer når han får en skremmende diagnose, eller når han eller hun har smerter, men vil aldri kunne ha de samme førstepersonserfaringer som pasienten har. I våre dagers medisinske etikk er enkeltmenneskets rett til autonomi et dominerende prinsipp. Å tilrettelegge for utøvelse av autonomi er basert på troen på menneskets egne ressurser, og dets rett til å selv velge det som er best for en selv (Kristoffersen m.fl.

2011, Woods 2010). Travelbee understreker at det er det enkelte mennesket som er mottaker av sykepleien en gir. Det er derfor viktigere å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon og hvilken mening han selv tillegger den, enn å forholde seg til pasientens diagnose. Dette på grunn av at sykdom og skade er en trussel mot individet (Kristoffersen m.fl. 2011).

Det ble i en studie uttrykt at når pasientens tro ble blandet inn i deres samtykke til adekvat behandling, ble dette mislykket av sykepleierne. For helsepersonell er det viktig å være åpen for nye synspunkter, og å ha vilje til å se kritisk på gamle sannheter og innlærte rutiner i samhandling med pasienter og deres pårørende (ibid). Samtidig er det viktig at en ikke har for stor respekt for pasientens kulturelle holdninger, da dette i noen tilfeller kan være direkte helsefarlig for pasienten (Magelssen 2008).

I loven står det at pasienten har, på grunn av alvorlig overbevisning, rett til å nekte å motta blod eller blodprodukter. I tillegg har pasienter i slike tilfeller rett til å nekte å avbryte en pågående sultestreik (Lovdata 2001). En er derfor lovlig pålagt å respektere pasientens valg om det er noen av disse punktene det handler om. I tillegg står det at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og at en må ha pasientens samtykke for at helsehjelp skal kunne gis. Men for at både samtykke og medvirkning skal kunne gjennomføres må pasienten få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I tillegg skal informasjonen tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Lovdata 2001). En generell forutsetning for at pasienten skal være i stand til å utøve sin autonomi, er derfor at personen har nødvendig forståelse for situasjonen han er i, og innsikt i konsekvensene på det området som beslutningen gjelder (Kristoffersen m.fl. 2011). Dette kan oppleves som svært vanskelig om sykepleier ikke snakker samme språk som pasienten.

4.1.2. Kommunikasjon

Det er et privilegium å kunne snakke sitt eget språk, og det er nært knyttet til ens identitet. Er man nødt til å bruke et språk man ikke behersker godt, vil man lett føle at man ikke får vist hva man står for. En kan føle seg dum, og oppleve seg frustrert og hemmet (Hummelvoll 2012).

Travelbees sykepleiedefinisjon bygges på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Dette gjør at sykepleieren har som oppgave å hjelpe pasienten til å finne mening i sin situasjon. Sykepleiere må derfor forsøke å etablere et godt forhold mellom seg selv og pasienten (Kristoffersen m.fl. 2011). Språkbarrierer kan føre til utrygghet både hos pasienten og sykepleieren

(Brenna 2007). Dette vil gjøre at det blir vanskeligere å bygge et godt forhold til hverandre. Travelbee beskriver kommunikasjon som et viktig redskap for sykepleieren. Dette er en prosess der en veksler sine tanker og følelser med andre individer. Her er både verbal og nonverbal kommunikasjon viktig (Kristoffersen m.fl. 2011). Resultatet viste at flere sykepleiere opplevde at pasientenes muligheter til å kommunisere godt og forklare deres behov til pleieren, var viktig for om utfallet av pleien skulle føles positivt. Evnen til å lytte og forhandle seg frem til en felles forståelse, og finne løsninger som er akseptable for pasienten er viktig. Om man er usikker på om man har forstått pasienten riktig, kan man reformulere det og spørre om det var riktig oppfattet, eller be pasienten om å kommentere det som ble sagt litt nærmere (Hummelvoll 2012).

I resultatet kom det frem at mange hadde opplevd at pasienter ikke forstod råd og veiledning de fikk. Om pasienten ikke skjønner det en sier, bør en ikke si det samme på nytt, men formulere budskapet på en annen måte. I tillegg bør sykepleieren velge ord og uttrykk med omhu, og unngå vanskelige ord. For å få budskapet frem, kan det være hensiktsmessig å snakke tydelig og langsomt (Hummelvoll 2012). Sykepleiere fortalte at de brukte nonverbal kommunikasjon om pasienten hadde problemer med å forstå dem. Dette kan være en bra løsning, da bruk av nonverbal kommunikasjon kan gjøre budskapet tydeligere og lettere å oppfatte (ibid).

Det er viktig å huske at mennesker forstår medmenneskelighet. Medmenneskelighet, omsorg og nærhet trenger ikke et verbalt språk. Dette er det tause og usynlige språket en sykepleier formidler (Brenna 2007).

4.1.3. Tolk

En av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere går ut på at en skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund 2011). I tillegg står det i Lov om pasientrettigheter at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Lovdata 2001). Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Sykepleiere skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Når pasienten og sykepleieren ikke snakker samme språk skapes det en barriere for kommunikasjon mellom dem (Brenna 2007). Det blir da vanskeligere for sykepleieren å følge disse lovene og retningslinjene. Det reduserer derfor muligheten til å gi pasienten en god behandling og omsorg (ibid).

I mange sammenhenger vil det være behov for tolk. Dette er spesielt viktig når pasienten skal redegjøre for sin situasjon og sine opplevelser, da det kan være vanskelig å formidle sine følelser på et språk en ikke behersker (Hummelvoll 2012). Ved at sykepleieren legger til rette for at pasienten kan snakke sitt eget språk, vil vedkommende få uttrykke seg som en kompetent person. Dette vil styrke selvbildet til pasienten (Magelssen 2008).

Det kom i resultatet frem at mange sykepleiere valgte å ikke kontakte tolk, selv om de hadde problemer med å forstå pasienten, eller pasienten hadde problemer med å forstå dem. Dette er et problem i tilfeller hvor pasienter med minoritetsbakgrunn har vanskeligheter med å forstå eller gi informasjon, da de har en lovlig rett til tolk. For at pasienten skal bli ivarettatt på riktig måte, er det viktig at sykepleieren bestiller tolk når det er behov for det. Underforbruk eller feil bruk av tolk kan faktisk sette pasientens rettsikkerhet i fare (Brenna 2007).

I tillegg viste det seg at mange sykepleiere valgte å bruke pårørende som tolk, men dette ble opplevd som en dårlig løsning. Barn skal ikke brukes som tolk, siden dette av ulike årsaker kan være en stor påkjenning for dem (Brenna 2007). I tillegg gjør dette at rollene i familien blir snudd på hodet (Magelssen 2008). Å bruke voksne familiemedlemmer som tolk kan være en mulighet, men problemet da er at de ofte kan være følelsesmessig involvert i det som skal tolkes, og oversettingen kan fort bli subjektiv. Dette ble uttrykt i resultatet.

Sykepleiere uttrykte at de ikke hadde nok kunnskap om bruk av tolk. Å kommunisere med pasienter som ikke snakker samme språk som en krever mer enn bare å finne noen andre som snakker språket hans. En må kunne å bruke tolk effektivt for å forbedre kvaliteten på pleien som blir gitt til pasienten (Whitman og Davis 2009). Ved bruk av profesjonell tolk er det viktig at han forklarer sin rolle til pasienten, som blant annet at han har taushetsplikt. Sykepleier bør deretter, gjennom tolken, forklare til pasienten hvordan samtalen vil foregå. Det er viktig at pasienten er i fokus, at en snakker direkte til pasienten, og at pasient og sykepleier har øyekontakt under samtalen. En bør benytte en åpen og lydhør holdning som formidler respekt, selv om en opererer med en mellommann (Hummelvoll 2012, Magelssen 2008).

4.1.4. Smertekartlegging

En må være varsom i forståelsen av andre mennesker. Dette gjelder særlig fortolkninger av følelsesuttrykk og nonverbal kommunikasjon. Som sykepleier må en ha respekt og ydmykhet for det

vi ikke kan se og ikke kan forstå. Av og til må en rett og slett respektere det som en selv ikke kan begripe (Kristoffersen m.fl. 2011). Sykepleiere tolker andres smerter ut i fra egen erfaring og sitt eget skjønn. Det samme gjelder pasientens reaksjoner og uttrykk for smerte. Hvilken kultur en er vokst opp i er et av forholdene som spiller inn her. Om sykepleieren ikke er klar over slike forhold, kan det fort skje at en oppfatter ens egen tolkning av smerte som mer pålitelig enn pasientens opplevelse av sine smerter (Almås m.fl. 2011).

Mange sykepleiere syntes det var vanskelig å kartlegge smerten til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Det ble sagt at de opplevde at pasientene ofte uttrykte smerte på en sterkere måte enn hva de er vant til. Dette kan ha en sammenheng med at pasientene føler uro og frykt, og at disse følelsene blandes med uttrykk for smerte (Brenna 2007).

Forskjeller på smerteuttrykk kan gjøre det svært vanskelig å kartlegge smerte. Om pasientens reaksjoner oppfattes som overdrevet, som resultatet viste, er det stor risiko for at pasienten får for dårlig smertebehandling. Gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier er viktig for at smertelindringen skal oppleves som god. Det er sykepleieren som skal legge til rette for et tillitsfullt forhold. Pasienten skal kunne delta aktivt i planlegging og vurdering av smertelindringen (Almås m.fl. 2011). Det er her igjen viktig at kommunikasjon mellom pasient og sykepleier fungerer. Om sykepleier ikke forstår hva pasienten sier bør tolk kontaktes.

I kartlegging av smerte kan en, i tillegg til pasientens beskrivelser, se på nonverbal atferd. Det er også mulig å bruke fysiologiske tegn til kartleggingen. Eksempler på dette er forhøyet blodtrykk og hurtigere puls. I tillegg er det viktig å bruke smertevurderingsskjemaer/-skalaer for å gjøre kartleggingen mest mulig systematisk og valid. Det er utviklet en smerteskala, som kalles "Faces pain rating scale", som kan brukes når pasienten har vanskeligheter for å uttrykke seg språklig for sykepleieren (Almås m.fl. 2011). (Vedlegg 5 viser et eksempel på denne typen smerteskala.)

4.1.5. Pårørende

Et større fellesskapsbehov og pliktfølelse for familien fører til at mange pasienter fra ikke-vestlige land, og deres familie, har andre forventninger til hverandre enn det nordmenn er vant til. Pasientene forventer å ha familien rundt seg døgnet rundt, og familien ønsker å ivareta mye av omsorgen for pasienten. Fellesskapet blir en del av det å være et fullstendig menneske (Kristoffersen m.fl. 2011).

Sykepleierne hadde opplevd både positive og negative erfaringer med pasientens pårørende. Å arbeide med pasienter som har pårørende rundt seg til enhver tid kan være utfordrende. Sykepleiere i Norge har ofte en individualistisk kulturbakgrunn, der pasient og pårørende er to atskilte enheter (ibid). Som sagt er dette ofte ikke tilfellet hos mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Et familiemedlems sykdom kan bli sett på som felles anliggende. Dette kan derfor føre til at det samler seg mange besøkende hos pasienten. Å besøke den syke kan i noen tilfeller også bli sett på som en religiøs plikt (ibid). Yrkesetiske retningslinjer sier at en skal vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk sykepleierforbund 2011). Men det er likevel viktig at sykepleieren bruker faglig skjønn, og gjør en avveining mellom pasientens fysiske og psykososiale behov i slike sammenhenger. Noen ganger trenger pasienten, eller medpasienter, ro og hvile. Da er det viktig at dette prioriteres (ibid).

4.1.6. Tidsbruk

Flere sykepleiere fortalte at de opplevde en indre motstand i møte med pasienter fra bestemte bakgrunner. Dette fordi det var forventet at å jobbe med disse pasientene ville kreve ekstra mye tid og innsats. Dette førte til at disse pasientene ble tildelt mindre tid. Det er viktig å huske at det er pasientens hjelpebehov og alvorligheten av den tilstanden han lider av, som definerer den hjelpen og den tiden til omsorg som avsettes. Enhver pasient i en likedan situasjon og et tilsvarende hjelpebehov skal kunne forvente å få samme kvalitet av sykepleien. Pasienten skal kunne forvente å få en del av din tid, uavhengig av om du liker han eller ikke (Kristoffersen m.fl. 2011).

Den gode mellommenneskelige relasjonen, som er kjernen i sykepleierens omsorg for pasienten, blir påvirket av ressursknapphet og mangel på tid. En mangler den nødvendige tiden individuell pasientbehandling og omsorg krever. Dette er en konsekvens av et for stort fokus på effektivisering og produktivitet i helsevesenet. Fordelingen av helseressursene har som hensikt å få mest mulig helse ut av pengene, ved å gi behandling og omsorg til flest mulig pasienter. Dette fører til at sykepleierne føler at de ikke har tid til sine pasienter, og at de må gå på akkord med verdiene i faget sitt og den sykepleien de er utdannet til å gi pasientene (Kristoffersen m.fl. 2011). Resultatet viste at sykepleiere følte de kunne gjort en bedre jobb i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn om de hadde mer tid hos hver pasient. Tid er en verdi i pasientomsorgen, og ikke en forbruksvare. Tid er nødvendig for å skape et rom for god omsorg, noe som igjen er nødvendig for faglig forsvarlig virksomhet (ibid).

4.2. Sykepleierens kulturelle kompetanse

Norge beskrives i dag som et flerkulturelt samfunn, og dette stiller krav til at stadig flere yrkesgrupper utvikler flerkulturell kompetanse (Brodtkorb og Rugkåsa 2010). Et samfunn med mange ulike kulturelle, religiøse, etniske, språklige og individuelle uttrykk stiller krav til kunnskap om samarbeidsformer som er tilpasset mangfoldet i brukergruppen. De fleste mennesker tar utgangspunkt i seg selv når de definerer hva som er normalen, og hva som er annerledes. I et mangfold av ulikheter er det viktig å finne fellestrekkene som finnes blant menneskene og hva som er basisen i relasjonen mellom mennesker (Brenna 2007). Kulturforståelse er ikke noe en kan velge å forkaste som uinteressant eller unødvendig ut fra personlige synspunkter på hvilke rettigheter og plikter minoritetsgrupper bør ha. I tillegg er ikke det flerkulturelle samfunnet noe en kan velge å akseptere eller forkaste. Det flerkulturelle Norge er skapt på grunn av globalisering, og dette gjør at vi alle må forholde oss til og fortolke vår egen virkelighet innenfor flere felles strukturer. Det er heller ikke bare minoritetsgruppene som gjør Norge flerkulturelt. Norge deltar på den globale arenaen, og i nye former for kommunikasjon og utveksling. Dette påvirker også norske verdier og livsbetingelser (Brodtkorb og Rugkåsa 2010).

I en studie av Weech-Maldonado m.fl. (2012) viste det seg at på sykehus der det var større kulturell kompetanse blant helsepersonellet, opplevde pasientene med minoritetsbakgrunn at de fikk bedre behandling. Sykepleierne med kulturell kompetanse kommuniserte bedre med pasientene, i tillegg til at pasientene følte seg mottatt på en bedre måte. Dette er alene en god indikasjon på at kulturell kompetanse er viktig for sykepleiernes yrkesutførelse.

Mange sykepleiere uttrykte at de forsøkte å behandle alle pasientene likt. I norsk profesjonstenkning er det et prinsipp som går ut på at alle skal behandles likt. Behandling skal avhenge av vedkommendes behov og tilgjengelige ressurser. Men for å oppnå det som egentlig er kjernen i likhetsprinsippet, nemlig likeverdig behandling, må en huske at ulike personer ofte må behandles forskjellig ut i fra den enkeltes behov. Derfor kan sykepleieren bare oppnå likeverdig behandling gjennom en aksept av pasientenes forskjellighet (Brodtkorb og Rugkåsa 2010, Meld.st. 6 2012-2013, Woods 2010). I resultatet var det bare en sykepleier som uttrykte noe lignende. Dette kan tyde på mangel på kulturell kompetanse blant sykepleiere.

Resultatet viste at det ble brukt begreper som "de andre" om pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Dette er et begrep som ofte blir brukt om folkegrupper en opplever som fremmede og eksotiske. Bruken av slike begreper kan være med på å fremmedgjøre folkegrupper.

Kulturell kompetanse handler om å ha en begrepsbevissthet. En må være bevisst på hvordan en benytter begreper; når, hvorfor og om hvem (Brodtkorb og Rugkåsa 2010).

Sykepleierne hadde empati for pasientenes posisjon som syke og innvandrere i en ukjent kultur, men samtidig viste de stereotypiske holdninger mot dem, og frustrasjon rundt deres fremmede atferd. Stereotypier er ord som har fått en negativ klang fordi det assosieres med negative forestillinger om minoritetsgrupper av ulike typer. Det representerer et behov for å generalisere på et lite grunnlag. Noen ganger kan stereotypier føre til at en ikke vurderer gamle konklusjoner i lys av ny tilgjengelig informasjon. Dette kan skape fordommer, som igjen kan føre til at samhandling med pasientene blir vanskelig. Om en derimot erkjenner stereotypiene som en grunnleggende menneskelig prosess, og deretter forsøker å ta i mot ny informasjon og lære av den, kan en utvikle gode handlingsstrategier til senere møter. Profesjonalitet innebærer derfor å kontinuerlig reflektere rundt sine egne stereotypier (Brodtkorb og Rugkåsa 2010, Lowe m.fl. 2009).

Det var i resultatet mange sykepleiere som uttalte at det var viktig å ikke anta noe om pasientene på bakgrunn av kultur. Noen hadde prøvd å lære seg noen kulturelle forskjeller, men dette ble problematisk fordi det fantes så mange forskjellige kulturer og variasjoner innen de forskjellige gruppene. Kultur kan fungere som en type "språk" en gruppe kommuniserer gjennom. Dette skaper en bestemt type fellesskap som kan gi individet en opplevelse av tilhørighet. Samtidig er det viktig at en husker at pasients kultur ikke kan forutsi hva han vil tenke, føle og gjøre, selv om vi kjenner til den kulturelle bakgrunnen. To personer fra samme kulturelle bakgrunn kan handle helt ulikt, fordi en tolker sin kultur på forskjellige måter. Noen kan handle i samsvar med sin kultur, andre kan handle i protest mot sin kultur (Brodtkorb og Rugkåsa 2010, Lowe m.fl. 2009, Magelssen 2008, Woods 2010).

Å vise villighet til å høre på pasientene, og imøtekomme deres behov, var handlinger som ble sett på som positive i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn. Det er selvfølgelig nyttig å ha forkunnskaper om pasientenes kulturelle egenart. Stiller man spørsmål som viser at man har en viss forståelse for pasientens kultur, vil dette øke pasientens (og familiens) tillit til sykepleieren. En kan for eksempel få pasienten til å fortelle om sin kulturelle bakgrunn, noe som da gjør det mulig å få en forståelse for pasienten og hans families kulturelle preferanser. Sykepleieren kan da utvide sin kulturelle forståelse (Hummelvoll 2012).

"The healthcare provider ought to treat a patient who happens to be from a particular culture, as an individual from a particular culture rather than, in effect, to treat the culture through the patient."
(Lowe 2009, s.15)

Bak alle ulikheter er vi alle like sårbare og har behov for å bli sett og verdsatt, uansett hvem vi er. Vi er alle likeverdige, og dette er viktig at en husker i ethvert møte med et annet menneske (Brenna 2007). I tillegg er vi alle medlemmer av et samfunn, derfor er kultur noe som er allmennmenneskelig. Man trenger ikke å gå langt for å møte en annen kultur enn en selv er en del av, fordi forskjellige kulturer avgrenses ikke bare geografisk, men også sosialt. En kan derfor reflektere over at det ikke er bare i møte med innvandrerpasienter en bør tenke over kultur og kulturforskjeller (Magelssen 2008).

4.3. Metodediskusjon

Arbeidet med å finne forskning til oppgaven ble utført i flere databaser, men det var i hovedsak artikler som ble funnet i MedLine som ble brukt i oppgaven. Dette kan ses på som en svakhet, siden det er ønskelig å finne forskning fra et stort spekter av databaser. Grunnen til at artiklene hovedsakelig ble funnet i MedLine, var fordi det var vanskelig å finne noen relevant forskning i andre databaser. Det ble likevel funnet nok artikler som ble sett på som relevante og med stort nok omfang for oppgaven. Dette også med tanke på oppgavens ordbegrensning og arbeidets tidsbegrensning. Oppgaven er utført som en usystematisk litteraturstudie. Søkene ble derfor utført uten noen klar struktur, noen som kan ha gjort at relevante artikler ikke ble funnet. Det ble brukt mye tid til søk etter artikler. Det var vanskelig å finne gode søkeord som ga mange relevante treff. En negativ side med forskningen som ble funnet er at alle artikler viste veldig like funn. Dette kan gjøre at oppgaven ikke blir like troverdig, siden den bare belyser "en side av saken". Det ble forsøkt å finne artikler som viste andre funn, men dette ga ingen relevante resultater.

Artiklene som ble valgt ut til oppgaven ble gransket ved hjelp av et skjema (se vedlegg 3). Selv om dette var til stor hjelp, hadde mer kunnskap om kvalitet på artikler kanskje ført til en grundigere sikring av kvalitet, og bedre, mer relevante artikler.

Eksklusjons- og inklusjonskriteriene som ble satt, satte begrensninger for hvilke artikler som ble valgt ut til oppgaven. Mange oppgaver handlet for eksempel om studenters opplevelser eller om pleie i hjemmet, men disse var ikke sett på som relevant for hensikten, og ble derfor ekskludert. Det ble forsøkt å finne mest mulig forskning som var utført i Norge eller andre nærliggende land, men det ble vanskelig å finne nok forskning ut i fra denne kriterien. Det er derfor inkludert forskning fra Saudi-Arabia og USA, i tillegg til Norge, Sverige, England, Irland og Danmark. Minoritetsgruppene i USA er sammensatt på en annerledes måte enn i Norge, og resultatene fra denne forskningen kunne derfor blitt sett på som urelevant for denne oppgaven. Men innholdet i disse artiklene ble kritisk vurdert, og

det var mange like trekk i disse artiklene som i de fra Norge eller de nærliggende landene. Artikkelen fra Saudi-Arabia ble også valgt fordi denne også hadde mange like trekk som de andre artiklene.

I oppgaven ble flest kvalitative artikler brukt. Dette var fordi det ga et dypere innblikk i hva sykepleierne hadde opplevd og mente om pasienter med minoritetsbakgrunn. En fikk da gjennom intervjuer, sykepleiernes opplevelser og historier. I mange av disse artiklene var det ganske få som deltok. Dette ble sett på som negativt, da det ikke trenger å representere hva de fleste sykepleiere mener, og informasjonen en får fra disse artiklene ikke blir like verdifull. Det ble også valgt å ta med noen kvantitative artikler, siden denne metoden ofte har mange deltakere og det kan gi et mer ærlig svar fra deltakerne. Ved bruk av spørreskjema føler man seg mer anonym, og deltakerne slipper å fortelle sine meninger direkte til andre personer.

I oppgaven ble det valgt et sykepleierperspektiv, siden det var ønskelig å finne sykepleiernes opplevelse av å gi sykepleie til pasienter med minoritetsbakgrunn, og dermed belyse viktigheten av kulturell kompetanse ut i fra deres opplevelse. Å bruke pasientperspektiv ble også vurdert, da dette ville gi et helt annet innblikk i behandlingen disse pasientene fikk på sykehuset. Men det ble funnet få antall artikler som hadde dette perspektivet, så det ble derfor utelukket.

Det ble ikke brukt veldig varierende tilleggslitteratur i diskusjonskapittelet i denne oppgaven. Dette var fordi den litteraturen som ble valgt hadde nok av relevant kunnskap til å diskutere resultatet. Det ble derfor ikke sett som nødvendig å ha med mange forskjellige bøker/artikler i tillegg til forskningen om ble brukt til resultatet.

Et problem som oppstod under skriveingen var hvilken benevnning som skulle brukes på pasientene. Bruken av ordet "innvandrere" kan bli opplevd som stigmatiserende, og kan føre til at mange barn og unge som er født i Norge skiller ut som en kategori for seg selv. De blir satt i en kategori av mennesker som ikke hører til på samme måte som etnisk norsk ungdom (Brodtkorb og Rugkåsa 2010). Grunnen til de valg av benevninger som ble brukt, var fordi en form for benevninger måtte brukes. Dette for å kunne skille mellom pasientene som sykepleierne møter. Mange av de barna som har foreldre som har innvandret, vokser opp i et hjem der de lærer en annen kultur og kanskje andre holdninger enn det barn med etnisk norske foreldre gjør. I tillegg blir mange personer som ser annerledes ut eller har annerledes navn enn hva som er normalt i norske øyne, ofte møtt av befolkningen på en annen måte enn om det var noen som ble sett på som "typisk norsk". Det ble derfor sett på som nødvendig å inkludere disse i oppgaven. Det ble også sett på som nødvendig å

avklare bruken av benevninger i introduksjonen som et forsøk på å unngå stigmatisering og stereotyper gjennom oppgavens tekst.

Deler av funnene som ble presentert i resultatet ble ikke inkludert i resultatdiskusjonen, dette på grunn av ordbegrensning. En av disse temaene var kjønnsroller. Det hadde vært interessant å gå mer inn på hvordan sykepleiere kan få bedre kulturell kompetanse, for eksempel i utdanningen eller kurs på arbeidsplassen, men dette ble også valgt bort. Ulike måter å tilegne seg kulturell kompetanse på kan være et forslag til videre forskning.

5. KONKLUSJON

Funnene i litteraturstudien viser at sykepleiere opplever utfordringer i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper. Kommunikasjon, møtet med pårørende og pasientenes atferd var noen av temaene sykepleierne fremhevet som vanskelig. I tillegg viser funnene at sykepleiere mangler kulturell kompetanse og viser stereotypiske holdninger til pasientene.

For at sykepleierne skal kunne yte en faglig forsvarlig omsorg for alle pasienter, er det viktig at sykepleierne tilegner seg mer kunnskap om hvordan en bør møte pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Det er derfor viktig at sykepleierne tilegner seg en større kulturell kompetanse. Alle pasienter er unike, og fortjener derfor å bli møtt ut i fra dette grunnlaget. En av sykepleiernes oppgaver er å skape trygghet for pasienten, dette kan en gjøre ved å vise forståelse og interesse for den andres kultur og ståsted. En bør fokusere på sine likheter med pasienten, i stedet for ulikhetene.

Temaet til oppgaven har stor relevans for fremtidig sykepleie, fordi globalisering og innvandring fører til at en oftere møter pasienter med annen kulturell bakgrunn enn en selv. Temaet er aktuelt både i Norge og internasjonalt, siden innvandring og globalisering også er aktuelt i andre land. Ulike måter å tilegne seg kulturell kompetanse på kan være et forslag til videre forskning.

LITTERATURLISTE

Brenna L. R. (2007) *Marasim*, Kristiansand, Høyskoleforlaget

Brodtkorb E. og Rugkåsa M. (red.) (2010) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2.utg, Oslo, Gyldendal Akademisk

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

Dellenborg L., Skott C. og Jakobsson E. (2012) Transcultural encounters in a medical ward in Sweden: experiences of health care practitioners, *Journal of Transcultural Nursing*, 23(4), s.342-350

Ender D., Adams W., Horton H., Hobbs L. A., McLaurin R. og Prasnikar MC. K. (2011) Moving towards a culture of inquiry, *Journal of Cultural Diversity*, 18(2), 55-59

Faces pain scale lestet ned 12.05.14 her:

https://www.google.no/search?q=faces+pain+scale&es_sm=91&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=WJNyU5jPKTLyWOM94DwDg&ved=0CAgQ_AUoAQ&biw=1279&bih=563#imgdii=

Forsberg C. og Wengström Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm, Natur och Kultur

Halligan P. (2006) Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses' experiences in Saudi Arabia, *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1565-1573

Hasnain M., Connel K. J., Menon U. og Tranmer P. A. (2011) Patient-centered care for Muslim women: provider and patient perspective, *Journal of Women's Health*, 20(1), 73-83

Hummelvoll J. K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*, 7.utg, Oslo, Gyldendal Akademisk

Høye S. og Severinsson E. (2008) Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 338-348

Kale E. og Syed H. R. (2010) Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey, *Patient Education and Counseling*, 81, 187-191

Kaya M. S., Høgmo A. og Fauske H. (red.) (2010) *Integrasjon og mangfold. Utfordringer for sosialarbeideren*, Cappelen Damm

Kristoffersen N. J., Nordtvedt F. og Skaug E.-A. (red.) (2011) *Grunnleggende sykepleie, bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*, 2.utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Lassen I. og Strunck J. (2011) "I think Danish patients would feel the same": Counter-discourses emerging in the Danish health sector, *Communication & Medicine*, 8(3), 223-233

Lovdata (2001, 1. juli) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 01.05.14 fra:
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettigheter>

Lovdata (2013, 21. juni) *Lov om forbud mot diskriminering på grunn av etnisitet, religion og livssyn*. Hentet 27.04.14 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2013-06-21-60>

Lowe J. og Archibald C. (2009) Cultural diversity: the intention of nursing, *Nursing Forum*, 44, 11-18

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

McCarthy J., Cassidy I., Graham M. M. og Tuohy D. (2013) Conversations through barriers of language and interpretation, *British Journal of Nursing*, 22(6), 335-339

Meld.st. 6 (2012-2013) *En helhetlig integreringspolitikk. Mangfold og fellesskap*, Oslo, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet

Michaelsen J. J., Krasnik A., Nielsen A. S, Norredam M. og Torres A. M. (2004) Health professionals' knowledge, attitudes and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital, *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 287-295

Nielsen B. og Birkelund R. (2009) Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 431-437

Norsk sykepleierforbund (2013) *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*, 3.utg, Oslo, NSF

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. ICNs etiske regler*, Oslo, NSF

Polit D. og Beck C. (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 9.utg., Philadelphia, Wolters Kluwer Health

Ricardson Al., Thomas V. N. og Richardson An. (2006) "Reduced to nods and smiles": Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups, *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 93-101

Statistisk sentralbyrå (2013, 3. september) *Innvandrere etter innvandringsbakgrunn, 1. januar 2013*. Hentet 25.04.14 fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn>

Statistisk sentralbyrå (2014, 24. april) *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2014*. Hentet 25.04.14 fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>

Vydelingum V. (2006) Nurses' experiences of caring for South Asian minority ethnic patients in a general hospital in England, *Nursing Inquiry*, 13(1), 23-32

Weech-Maldonado R., Elliot M., Pradhan R., Schiller C., Hall A. og Hays R. D. (2012) Can hospital cultural competency reduce disparities in patient experiences with care?, *Medical Care*, 50(11), 48-55

Whitman M. og Davis J. (2009) Registered nurses' perceptions of cultural and linguistic hospital resources, *Nursing Outlook*, 57, 35-41

Woods M. (2010) Cultural safety and the socioethical nurse, *Nursing Ethics*, 17(6), 715-725

Vedlegg 1: Oversikt over artikkelsøk

Database og dato	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1*	Utvalg 2**	Utvalg 3***	Utvalg 4****
MedLine 26.02.14	Abstract Danish, English, Norwegian and Swedish	Patients AND Transcultural Nursing OR Cultural Diversity OR Cultural Competency	114	114	21	5	1
MedLine 19.03.14	Abstract 2000-Current Danish, English, Norwegian and Swedish	Cultural Competency AND Patient Care OR Patient- Centered Care OR Peer Review, Health Care OR Primary Care Nursing OR Nursing Care	243	243	42	13	1
MedLine 20.03.14	Abstract 2000-Current Danish, English, Norwegian and Swedish	Cultural Diversity AND Nursing AND Hospitals	16	16	10	6	2
MedLine 27.03.14	Abstract 2002-Current Danish, English, Norwegian and Swedish	Denmark AND Ethnic	130	130	9	3	3
MedLine 26.03.14	Abstract 2005-Current Danish, English, Norwegian and Swedish	Minority Groups AND Caring OR Empathy	36	36	8	1	1
MedLine 26.03.14	Abstract 2002-Current Danish, English, Norwegian and Swedish	Cultural Diversity AND Communication AND Nursing	265	265	23	6	2
Manuelt søk i Google		"Language barriers and the use of interpreters in the public					1

Schoolar 08.04.14		health services. A questionnaire-based survey”					
Cinahl 24.04.14	Abstract Peer-reviewed 2005-2014	Family AND Cultural Competency AND Nursing	246	50	5	1	1

*Leste titler

**Leste abstrakt

***Leste artikler i sin helhet

****Artikler inkludert i oppgaven

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter År Land	Hensikt	Design	Deltakere	Hovedresultat	Kommentar
Richardson m.fl. (2006) England	Å finne ut hvordan helsepersonell opplever å jobbe med pasienter fra etniske minoritetsgrupper.	Kvalitativ	28 helsepersonell, 22 av disse var sykepleiere	Problemer med språk og det å oppnå forståelse fra pasienten, bruk av tolk, å takle de kulturelle forskjellene og rasisme. Det ble også uttrykt et behov for opplæring og støtte.	Godkjent av etisk komité
McCarthy m.fl. (2013) Irland	Sykepleiernes opplevelse av å kommunisere med pasienter fra andre kulturer, med fokus på språkbarrierer og bruken av tolk.	Kvalitativ	7 sykepleiere	Utfordrende å kommunisere med folk som ikke har samme morspråk. Bekymringer rundt ens evne til å utføre omfattende vurderinger av pasientene. Å bruke tolk kunne være en løsning, men her fantes det igjen utfordringer rundt tilgjengelighet og bruken av det.	Godkjent av etisk komité
Vydelingum (2006) England	Undersøke sykepleiernes opplevelse av å gi pleie til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Fokuserer på sørasiatiske pasienter.	Kvalitativ	43 sykepleiere	Dårlig kulturell kompetanse hos sykepleierne. En tendens til å behandle alle pasienter likt, med tegn til etnosentrisk praksis.	
Hasnain m.fl. (2011) USA	Å undersøke om det er samsvar mellom pasienters og sykepleieres oppfattelse av kulturelt passende og pasientsentrert pleie til kvinnelige muslimske pasienter.	Kvantitativ	80 helsearbeidere, 24 av dem var sykepleiere	De fleste (83%) av helsearbeiderne hadde møtt utfordringer med kvinnelige muslimske pasienter. Pasienter og helsearbeidere uttrykte de samme barrierene for god pleie. Disse var for eksempel helsearbeideres mangel på forståelse for pasientenes religiøse og kulturelle tro, språkbarriere, og pasientenes mangel på tillit til helsesystemet/helsearbeideren.	
Dellenborg m.fl. (2012)	Å undersøke hvordan helsearbeidere møter pasienter med annen	Kvalitativ	En avdeling med 60 sykepleiere, 40 hjelpepleiere	Helsearbeiderne viste tre nivå å forstå menneskets handlinger på: det individuelle planet (personlighet),	

Sverige	kultur enn dem selv.		og 43 leger. 70 av disse deltok i studien	gruppeplanet (kultur) og det universelle planet (menneskets natur). Det ble fokusert på forskjeller i de to første, og likheter i det tredje nivået.	
Nielsen m.fl. (2009) Danmark	Å undersøke sykepleieres opplevelse av å gi pleie til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.	Kvalitativ	4 kvinnelige sykepleiere.	I møte med disse pasientene opplevde sykepleierne vanskeligheter med å kommunisere, "etniske smerter", etnisk matkultur, og pårørende/venner/kjente.	
Michaelsen m.fl. (2004) Danmark	Å identifisere helsearbeideres kunnskap om, holdning til, erfaring og kommunikasjon med innvandrerpasienter. Dette for å finne potensielle barrierer for å gi effektiv behandling til disse pasientene.	Kvantitativ	516 helsearbeidere, 231 sykepleiere.	Det kom frem 54% av sykepleierne hadde daglig eller ukentlig kontakt med innvandrerpasienter. Flertallet av deltakerne mente at pårørende til disse pasientene var mer krevende. Det ble opplevd at pasientene rettet seg etter rutinene på sykehuset, men at de ble sett på som dramatiserende når de ble syke, og at de overreagerte ved smerte. Mange av deltakerne hadde opplevd at råd og veiledning de ga til disse pasientene ikke ble forstått. 40% av alle deltakerne følte at de ikke kunne oppfylle behovene til pasientene.	Godkjent av etisk komité
Kale m.fl. (2010) Norge	Å undersøke mellomkulturell kommunikasjon i helsearbeid.	Kvantitativ	453 helsearbeidere, 51,5% sykepleiere	Bruken av tolk ser ut til å være sporadisk, og avhenger av helsearbeidernes egne initiativ og kunnskap. Deltakerne uttrykte misnøye med både deres egen bruk av tolketjenester, og tolkenes kvalifikasjoner.	
Ender m.fl. (2011) USA	Å finne ut hvor mange pasienter som snakker dårlig engelsk, og om sykepleierne har kunnskap om tilgang til tolketjenester og bruken av det.	Kvantitativ	821 pasienter og 216 sykepleiere	Det ble funnet at de fleste sykepleierne hadde kjennskap til de tilgjengelige tolketjenestene, men at de ble sjeldent brukt, selv om det var behov for det.	

Lassen m.fl. (2011) Danmark	Å undersøke hvordan helsearbeidere snakker om kultur, og hvordan dette kan innvirke på pasient-pleier-forholdet. Hvordan møter sykepleiere pasienter med andre kulturer enn dem selv?	Kvalitativ	5 sykepleiere	Generelt uttrykte sykepleierne kulturell sensitivitet. Sykepleierne lot ofte kultur bli tilsidesatt av den institusjonelle praksisen. Dette for å unngå diskriminering. Samtidig skulle ikke pasientene bli satt i bås, og det var derfor viktig å respektere pasientenes individuelle menneskelige behov. Det ble brukt forskjellige strategier for å ikke stigmatisere pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.	
Halligan (2005) Saudi-Arabia/ Irland	Å beskrive akuttsykepleieres opplevelser av å behandle/gi pleie til Muslimske pasienter.	Kvalitativ	6 sykepleiere	Familie og religion var en viktig del av opplevelsene sykepleierne hadde. Mange sykepleiere følte stress og frustrasjon. Kommunikasjon var vanskelig, og gjorde opplevelsene enda mer stressende.	
Høye m.fl. (2008) Norge	Å beskrive sykepleieres opplevelser av møter med pasienter med andre kulturer, og deres familier.	Kvalitativ	16 sykepleiere		Godkjent av etisk komité

Vedlegg 3: Eksempel på kategorisering av forskningen

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategori
Spl. var redde for at pasientene ikke forstod informasjonen de fikk. (1, 10)	Å gi informasjon til pasientene	Kommunikasjon
Spl. brukte nonverbal kommunikasjon. (1, 2)	Verbal og nonverbal kommunikasjon	
Skriftlig informasjon ble ikke sett på som en bra løsning. (1)	Profesjonell tolk	
Profesjonell tolk kunne være vanskelig å få tak i på kort varsel. (1)	Fordeler og ulemper med bruk av profesjonell tolk	
Profesjonelle tolker var kjent for å tilbakeholde informasjon fra pasienten. (1)	Pårørende som tolk	
Profesjonelle tolker kunne endre meningen i det som skulle formidles til pasienten. (1)	Spl. kunnskap om bruken av tolk	
Det var vanskelig å formidle den underliggende beskjedene gjennom tolk. (1)	Smertekartlegging	
Andre helsepersonell eller pasienter ble brukt som tolk. (1, 6, 10)		
Pårørende ble brukt som tolk. (1, 2, 4, 6, 10)		
Å bruke pårørende, spesielt barn, som tolk ble sett som ugunstig. (1, 4)		
Pårørende skjermet pasienten fra å snakke med spl. (1)		
Pårørende kunne endre beskjedene som ble gitt til pasienten eller holde tilbake informasjon. (1, 2)		
Når pasient og spl. ikke snakket samme språk ble ofte samtaler mellom dem begrenset. (2)		
Å ikke forstå pasienten ble opplevd som et problem og en barriere. (2, 4, 9)		

<p>Når det var en språkbarriere til stede ble kartlegging av smerte utfordrende. (2)</p> <p>Spl. brukte strategier for å overkomme språkbarrieren, som for eksempel å forenkle informasjonen med isolerte ord. (2)</p> <p>Spl. hadde vanskeligheter med å gjenkjenne pasientenes språk. (2)</p> <p>Profesjonell tolk var ofte objektiv og ga derfor et sant bilde på pasientens situasjon. (2)</p> <p>Mangel på kontinuitet blant de profesjonelle tolkene. (2)</p> <p>Profesjonell tolk ble utnyttet til det fulleste når de først var kontaktet. (2)</p> <p>Profesjonell tolk forstod ikke alltid sykepleieterminologi. (2)</p> <p>Spl. mente de trengte å lære mer om hvordan de kunne bruke profesjonell tolk mer effektivt. (2)</p> <p>Pasientenes mulighet til å kommunisere ble av spl. sett på som viktig for at opplevelsen av å gi pleie skulle ende positivt. (3)</p> <p>Det ble uttrykt irritasjon om at pleie til pasienter som ikke kunne snakke samme språk som spl. tok veldig tidkrevende, noe som betød mindre tid til andre viktige oppgaver. (4, 8)</p> <p>Spl. prøvde å begrense bruken av profesjonell tolk. (4)</p> <p>Det skjer ofte at pasienten ikke sier i fra om han ikke forstår hva spl. sier. (4)</p> <p>Bruk av profesjonell tolk ble begrenset på grunn av økonomiske årsaker. (4, 6)</p> <p>60% av alle deltakere hadde opplevd at innvandrepasienter ikke</p>		
--	--	--

<p>forstod råd og veiledning de hadde fått. (5)</p> <p>60% av deltakerne svarte at de bedømte behovet for å tilkalle profesjonell tolk gjennom bakgrunnsinformasjon de fant i journalen til pasienten. (6)</p> <p>Mange hadde problemer med å bedømme om det var nødvendig å tilkalle profesjonell tolk. (6)</p> <p>Bruk av profesjonell tolk ble sett på som tidkrevende og upraktisk. (6)</p> <p>Det var dårlig tilgang på profesjonell tolke. (6)</p> <p>I akutte situasjoner ble som oftest ikke profesjonell tolk tilkalt. (6)</p> <p>Dårlig planlegging var en av årsakene til at profesjonell tolk ikke ble tilkalt i situasjoner der det var behov for det. (6)</p> <p>Det var viktig at profesjonelle tolker kunne uttrykke seg tydelig og riktig, være upartisk, og at de hadde gode rutiner for å informere om sin taushetsplikt, rolle og arbeidsmetode. (6)</p> <p>37% av deltakerne svarte at de ville at den profesjonelle tolken skulle informere dem om han fant ut pasienten løy om noe som var viktig. (6)</p> <p>50% av spl. uttrykte et behov for forbedret profesjonell kompetanse blant profesjonelle tolker. (6)</p> <p>Det ble rapportert lang ventetid på profesjonell tolk. (7)</p> <p>Bruk av telefontolk ble sett på som upraktisk. (7)</p> <p>Mange spl. syntes det var frustrerende å ikke forstå pasientenes behov. (8)</p> <p>Utfordringer med kommunikasjon ble opplevd som stressende for spl. (10)</p>		
--	--	--

Vedlegg 4: Skjema for granskning av forskningsartikler

Artikkelgranskning/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database :..... Dato:.....

Tittel:.....

Forfattere:.....

.....

År:..... Tidsskrift/journal:.....

Land hvor studien ble gjennomført:.....

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:.....

.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon

Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv

Randomisert Kontrollert

Intervensjon Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N):..... Frafall (N)

Tidspunkt for studien?..... Studiens lengde.....

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydlig avgrensing/Problemformulering?	Ja	Nei
Er perspektiv/kontekst presentert?	Ja	Nei
Finns et etisk resonnement?	Ja	Nei
Er utvalget relevant?	Ja	Nei
Er forsøkspersonene vel beskrevet?	Ja	Nei
Er metoden tydelig beskrevet?	Ja	Nei
Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet?	Ja	Nei
Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttig?	Ja	Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

 Representativt Ja Nei

 Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

 Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervusjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metode Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

 -reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse.....
.....
.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering:.....

Vedlegg 5: Faces pain rating scale (FPS)

