



# Bachelorgradsoppgave

Sykepleie til pasienter med innvandrerbakgrunn

Nursing of patients with immigrant backgrounds

Frida Johnsen Kothe-Næss

Ord: 8538

SPU 110

Bacheloroppgave i sykepleie  
kull 2011- 2014

Levanger, Høyskolen i Nord-Trøndelag, 2014



## Abstrakt

**Innledning:** Verden har i løpet av årene blitt stadig mer globalisert. Dette fører til at sykepleiere møter flere pasienter med en annen etnisk og kulturell bakgrunn enn sin egen.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er å belyse ulike kulturelle og kommunikative utfordringer sykepleiere kan oppleve i møte med innvandrerpasienter.

**Metode:** Oppgaven er en allmenn litteraturstudie, basert på tolv artikler, ti kvalitative, én kvantitativ og én med både kvalitativ og kvantitativ metode.

**Resultat:** Funnene viser at kulturforskjeller kan gjøre det vanskelig for sykepleier å forstå pasienten. Kommunikasjonsbarrierene skaper særlige utfordringer ved at det for eksempel blir vanskelig for sykepleier å bli kjent med pasienten. Tolk benyttes av og til som et hjelpemiddel mot barrierene, men det finnes utfordringer med bruken av dem. Studiene viser også at kommunikasjons- og kulturforskjellene skaper stereotyper og negative holdninger blant helsepersonell.

**Diskusjon:** Kommunikasjonsbarrierene gjør det vanskelig for sykepleiere å danne gode relasjoner til pasientene. Relasjonene er viktig for at sykepleiere skal kunne gi best mulig pleie. For å kunne beherske disse kommunikasjonsbarrierene benyttes tolk og nonverbal kommunikasjon. Sykepleiere må lære seg en del ferdigheter ved bruk av tolk for at opplevelsen for både sykepleier og pasient skal være best mulig. Kulturbarrierer gjør det utfordrende for sykepleiere å forstå pasienten. Dette kan føre til at pasienten ikke får den pleien som han/hun forventer å få. Holdninger påvirker sykepleie i samhandlingen med pasientene.

**Konklusjon:** Kommunikasjonsbarrierer, bruk av tolk, kulturforskjeller, ukjente regler og ritualer, religionsforskjeller og ulike holdninger skaper utfordringer i sykepleieres møte med innvandrerpasienter.

**Nøkkelord:** tverrkulturell sykepleie, kommunikasjonsbarrierer, kulturforskjeller, kulturell kompetanse, etniske pasienter

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
1.1	OPPGAVENS HENSIKT .....	3
<b>2.0</b>	<b>METODE</b> .....	<b>4</b>
2.1	SØK .....	4
2.2	INKLUDERING- OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	5
2.3	ARTIKKELGRANSKING .....	5
2.4	ANALYSE.....	6
2.5	ETISKE VURDERINGER.....	6
<b>3.0</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>8</b>
3.1	KOMMUNIKASJONSBARRIERER VED PLEIE TIL INNVANDRERPASIENTER.....	8
3.2	UTFORDRINGER SYKEPLEIER MØTER VED BRUK AV TOLK.....	9
3.3	SYKEPLEIERS MØTE MED KULTUR- OG RELIGIONSFORSKJELLER.....	11
3.4	SYKEPLEIERS KUNNSKAP OG HOLDNINGER I FORHOLD TIL PLEIE AV PASIENTER MED INNVANDRERBAKGRUNN .....	12
<b>4.0</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>13</b>
4.1	KOMMUNIKASJONSBARRIERER VED PLEIE TIL INNVANDRERPASIENTER.....	13
4.2	UTFORDRINGER SYKEPLEIER MØTER VED BRUK AV TOLK.....	15
4.2.1	PÅRØRENDE OG FAMILIE SOM TOLK.....	15
4.2.2	BRUK AV PROFESJONELL TOLK.....	16
4.3	SYKEPLEIERS MØTE MED KULTUR- OG RELIGIONSFORSKJELLER.....	17
4.3.1	RELIGIONSFORSKJELLER .....	18
4.3.2	PÅRØRENDE .....	18
4.3.3	DØD OG DØENDE.....	19
4.3.4	SMERTER.....	19
4.3.5	KJØNNSROLLER.....	20
4.3.6	KOSTHOLD OG INNVANDRERPASIENTER .....	20
4.4	SYKEPLEIERS KUNNSKAP OG HOLDNINGER I FORHOLD TIL PLEIE AV PASIENTER MED INNVANDRERBAKGRUNN .....	20
<b>4.5</b>	<b>METODEDISKUSJON</b> .....	<b>22</b>
<b>5.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>24</b>
<b>6.0</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>25</b>
	<b>VEDLEGG</b> .....	

## 1.0 Introduksjon

Verden har i løpet av årene blitt stadig mer globalisert. I Norge ved årsskifte var det 633 100 innvandrere og 126 100 andregenerasjons innvandrere. Antallet innvandrere økte i 2013 med 44 700 (Statistisk sentralbyrå 2014). Et forholdsvis høyt antall innvandrere fører til at sykepleiere møter flere pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn seg selv (Hanssen 2011). Oppgaven vil for å finne sykepleierens opplevelser i møte med innvandrere, inneholde et sykepleieperspektiv.

Kultur er et vanskelig begrep å definere, og i alt finnes det 156 definisjoner på kultur. Kultur kan blant annet defineres som kunnskaper, handlingsmønstre og verdier som mennesker tilegner seg gjennom å være medlemmer av et samfunn (Magelssen 2008). Den fremmedkulturelle pasienten kan ha et annet forhold til mat, tro, klær og familie enn en pasient fra Norge. Pasienter fra andre kulturer kan også snakke et annet språk, avhengig av hvilket land han/hun kommer fra (Magelssen 2008). Når en person kommer som innvandrer til et nytt land og en ny kultur, vil personen forkaste noen av sine tradisjoner, ta opp og skape nye. En innvandrer er en person som har to utenlandsfødte foreldre, eller en person som frivillig kommer flyttende til Norge (Hanssen 2011). En del innvandrere kan oppsøke sine egne landsmenn og unngå kontakt med omverden utenfor familie og pårørende når de flytter til et nytt land. Av den grunn vil de ha vanskeligere for å integrere seg, mye på bakgrunn av at de holder sterkt på sine egne tradisjoner (Hanssen 2005). Uansett hvor en kommer fra spiller bakgrunn og livssyn en stor rolle for en persons tro og holdninger. Noen innvandrere tar til seg mye av den nye kulturen, mens andre vil holde på sin opprinnelige kultur. Deres bakgrunn og kultur påvirker også deres syn på sykdom, helse, liv og død. Det er viktig at sykepleieren har kunnskap om de forskjellige kulturers syn på sykdom, da moderne metoder og teknologi kan være skremmende for innvandrerpasienter som kommer fra land med et mer primitivt helsevesen enn vi har i Norge. En persons bakgrunn er viktig for hvordan en møter andre mennesker og situasjoner. Bakgrunnen påvirker blant annet en persons tanker om sin egen tilstand, og hvilke forventninger personen har til helsehjelp (Hanssen 2011).

Pårørende til ikke-vestlige pasienter forventes ofte å være tilstede, og de kan i mange tilfeller ønske å være deltagende i pleien. De kan ha en pliktfølelse og et fellesskapsbehov, og pasienten forventer også ofte at de skal være der. Innvandrere har i noen tilfeller ikke en forståelse av et individuelt "jeg", men et felles "vi", som danner et fellesskap og fører til en følelse av en helhet. Når pårørende hele tiden er tilstede kan det bli utfordrende for sykepleieren å arbeide. En sykepleier vil i mange tilfeller se pasient og pårørende som adskilte enheter, ikke som en hel enhet. Den samhörigheten og

avhengigheten innvandrerpasienten har til pårørende, og pårørende til pasienten, er ofte ulik den sykepleiere ser hos etnisk norske pasienter (Hanssen 2011).

*“Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon”* (Pasient og brukerrettighetsloven 1999 § 3-1). *“Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”* (Pasient og brukerrettighetsloven 1999 § 3-2). For at pasienten skal kunne medvirke i gjennomføringen av helse og omsorgstjenester er det viktig at pasienten er riktig og godt informert. I møte med pasienter med annet språk og kultur vil dette kunne by på utfordringer. Jo større forskjeller det er på kulturene til de personene som kommuniserer, desto vanskeligere er det å forstå hverandre (Eide og Eide 2009).

Kommunikasjon kan defineres som *“utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter”* (Eide og Eide 2009 s.17). Kommunikasjon på profesjonell basis er ulik kommunikasjonen i dagliglivet. Når en person søker hjelp eller er henvist til helsepersonell, blir kommunikasjonen profesjonell. Dette krever at den profesjonelle har faglig kompetanse og en profesjonell posisjon. Profesjonell kommunikasjon bør være til hjelp og være faglig begrunnet for den som søker hjelp (Eide og Eide 2009). Kommunikasjonsproblemer begrenser pasientens evne til å formidle følelser og tanker, noe som kan ha betydning for behandling og observasjon (Hanssen 2011). Kommunikasjonsbarrieren kan overkommes ved bruk av tolk. Det finnes profesjonelle tolker, men ofte brukes en slektning, venn eller andre (Eide og Eide 2009).

Kommunikasjon formidler hvilke holdninger og verdier man har som individ. Disse holdningene og verdiene påvirker menneskene sykepleier samhandler med. Samfunnet forventer at en sykepleier skal være åpen og ha gode holdninger uansett hvilken pasient han eller hun forholder seg til. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier respektere alle uansett hudfarge, trosoppfatning, kultur, nasjonalitet og etnisk bakgrunn (Norsk sykepleierforbund 2011). Empati, respekt, plikt, takknemlighet, rettferdighet, hat, kjærlighet og hevn er holdninger og verdier som alle mennesker har, men som en forstår og uttrykker forskjellig (Hanssen 2005).

## **1.1 Oppgavens hensikt**

Hensikten med denne studien er å belyse ulike kulturelle og kommunikative utfordringer sykepleiere kan oppleve i møte med innvandrerpatienter. Dette er en viktig problemstilling for sykepleiere å vite noe om, fordi det kommer stadig flere innvandrere til Norge.

## 2.0 Metode

Metoden som er brukt i denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres studier som allerede eksisterer (Forsberg og Wengström 2013) .

Litteraturstudien inneholder 12 artikler som er analysert og gjennom analysearbeidet ble de vurdert av god kvalitet. Disse artiklene belyser også hensikten på en god måte.

### 2.1 Søk

Søkeordene som ble benyttet var transcultural nursing, communication barriers, cultural diversity, nursing care, ethnic groups, minority groups, nurse-patient relation, communication, cultural competency, delivery of health care og sykepleie til innvandrere (se vedlegg 1, søkehistorikk). Søket ble begrenset til artikler på engelsk, svensk, dansk eller norsk. Utgivelsesår er begrenset til ikke eldre enn år 2000.

For å kunne skrive en god oppgave, må man ha en søkestrategi. Det er viktig å formulere riktige spørsmål, avgjøre hvor gammel artiklene kan være, hvilke studietyper som man bruker, og hvilket språk som kan benyttes (Forsberg og Wengström 2013). I denne studien er hovedsakelig søkebasene Medline og SveMed benyttet for å finne relevante artikler. Medline er en bred database, med hovedsakelig vitenskapelige artikler. SveMed har også en bred database, som inkluderer vitenskapelige tidsskriftartikler, forskningsrapporter og avhandlinger (Forsberg og Wengström 2013). To av artiklene ble derimot funnet på Nakmi.no (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse).

Det ble innhentet tolv artikler, ti av artiklene har benyttet kvalitativ metode, én artikkel har kvantitativ metode og én artikkel benytter både kvalitativ og kvantitativ metode (mixed methods). (Se vedlegg 3, inkluderte artikler). Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode fanger opp meninger og opplevelser som ikke kan måles (Dalland 2012). En kombinasjon (mixed methods) av kvalitativ og kvantitativ metode benyttes for å få ulike typer informasjon, og for å få frem forskjellige synsvinkler (Forsberg og Wengström 2013). Sykepleieutøvelsen krever kunnskap, gode holdninger og ferdigheter, ofte i komplekse situasjoner. Kombinerte metoder kan være med på å utvikle kunnskap ved at en drar nytte av kvalitativ og kvantitativ metodes styrker samt forminske deres svakheter (Kaarbø 2009).

## 2.2 Inkluderings- og eksklusjonskriterier

Studien har et sykepleieperspektiv, hvor det vil bli belyst ulike kulturelle og kommunikative utfordringer sykepleiere kan oppleve i møte med innvandrerpasienter. Det som vektlegges i oppgaven er kommunikasjon, religion, kultur og sykepleiers holdninger.

Oppgaven er begrenset til sykehusinnlagte voksne pasienter med innvandrerbakgrunn. Selv om en av artiklene er begrenset til kreftsykepleie, vil ingen spesiell sykdom vektlegges i oppgaven.

Hovedvekten er sengepostsykepleie på et generelt nivå. Hvilket kjønn pasienten har, vil ikke ha stor betydning for studien. Fokuset er på pasienter som ikke deler språk med sykepleieren. Oppgaven vil betrakte pasientene som en minoritetsgruppe og dermed sykepleierne som delen av majoritetsgruppen.

For at studien skal ha mest mulig relevans for norske sykepleiere, inneholder oppgaven i hovedsak artikler fra vestlige land. Syv av artiklene kommer fra Sverige, Norge eller Danmark. Kun én av artiklene kommer fra et land utenfor Europa. Denne artikkelen kommer fra Australia, og er på grunn av artikkelens relevans blitt inkludert.

## 2.3 Artikkelgransking

Når en skal vurdere artiklene er det viktig at de er valide og reliable (Dalland 2012).

Artikkelgranskingen ble derfor utført ved hjelp av Sjöblom og Ryggs (2012) skjema. Etter å ha valgt ut artiklene på bakgrunn av overskrift og abstrakt, ble artiklene lest i sin helhet. Det er viktig å vite forfatterens autoritet og bakgrunn, da dette sier noe om studiens kvalitet. Hvilken struktur oppgaven har er avgjørende for om den kan inkluderes. IMRaD er den strukturen oppgaven skal være skrevet i, og det innebærer at oppgaven har innledning, metode, resultat og diskusjon (Dalland 2012).

Artiklene må ha en problemstilling/hensikt. Den skal si noe om hvilken type studie som er gjennomført, om den har en kvalitativ eller kvantitativ tilnærming, hva frafallet er og hvor mange deltagere som er med. I en kvalitativ studie er det viktig at artikkelen er tydelig avgrenset, perspektivet er presentert og etiske vurderinger er gjort. Det er også viktig at den har et relevant utvalg, og at forsøkspersonene, metoden og resultater er klart og tydelig beskrevet. I en kvantitativ studie bør fremgangsmåten, konteksten, analysen, størrelsen og intervensjonen være beskrevet. Den



bør også være representativ, ha benyttet en adekvat statistisk metode, være etisk vurdert og ha et troverdig resultat (Sjöblom og Rygg 2012).

## 2.4 Analyse

Hva materialet har å fortelle er utfordringen en møter i granskingsarbeidet i en analyse (Dalland 2012). Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp fenomenet i mindre deler og undersøke disse hver for seg (Forsberg og Wengström 2013). Å forkorte en tekst innebærer å dele opp i tre underkategorier: a) reduksjon; å forkorte teksten, b) destillasjon; å trekke ut det som er viktig og c) kondensering; å forkorte, men beholde kjernen i innholdet (Granheim og Lundman 2003). I denne oppgaven er tekstene først lest i sin helhet før innholdet er forkortet og det viktigste trukket ut. Videre ble meningsenheter funnet og inndelt i subkategorier og kategorier (se vedlegg 2, analysetabell). En meningsenhet er den konstellasjonen ord eller setninger som er knyttet til den samme sentrale betydningen. En kategori er en gruppe innhold som deler noe felles. En kategori refererer i hovedsak til et beskrivende nivå av innholdet og kan dermed ses som et uttrykk for det åpenbare innholdet i teksten (Granheim og Lundman 2003). Gjennom dette analysearbeidet ble det funnet 4 hovedkategorier som vil være sentrale under resultatet og diskusjonen:

- Kommunikasjonsbarrierer ved pleie til innvandrepassienter
- Utfordringer sykepleier møter ved bruk av tolk
- Sykepleiers møte med kultur- og religionsforskjeller
- Sykepleiers kunnskap og holdninger i forhold til pleie av pasienter med innvandrerbakgrunn

## 2.5 Etiske vurderinger

Etiske overveielser bør gjøres før en gjennomfører en systematisk litteraturstudie (Forsberg og Wengström 2013). Konsekvensene av det som er planlagt bør tenkes nøye igjennom, spesielt hvis mennesker blir benyttet som kilder (Dalland 2012). De etiske overveielserne bør presenteres i resultatet. Det er viktig å velge studier som er godkjent av en etisk komité (Forsberg og Wengström 2013). Alle artiklene presenterer de etiske overveielserne, men ikke alle er godkjent av etisk komité. Selv om de ikke er godkjent av en komité, er de etiske vurderingene som er presentert så gode at artikkelen er blitt inkludert. NESH, Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora, har utviklet retningslinjer i forhold til etiske overveielser. De tar opp blant annet taushetsplikt og kildevern (Dalland 2012). Disse retningslinjene er benyttet ved vurderingen av

studiene. Alle studiene vurderer pasientens sikkerhet som viktig, navn og personalia hos pasienten er derfor godt beskyttet. Garantier for anonymisering av pasientene er vesentlig for at personer skal si ja til å delta i studien (Dalland 2012). Hvis det blir benyttet lydopptaker, skal dette opptaket slettes etter granskingen av innholdet. Deltagerne skal også informeres om at lydopptaker blir benyttet. Deltageren kan frivillig velge å ikke svare på spørsmål. Dette for å ivareta deltagernes rett til informert og frivillig samtykke (Dalland 2012).

Artiklene som er valgt ut støtter nødvendigvis ikke forfatterens mening. Det blir sett på som uetisk å velge bort artikler som ikke har samme mening som forfatteren. Det er også forbudt å plagiere noen andres arbeid (Forsberg og Wengström 2013). Det vil igjennom hele oppgaven bli referert til litteratur for å unngå plagiering.

## 3.0 Resultat

### 3.1 Kommunikasjonsbarrierer ved pleie til innvandrerpasienter

Den største utfordringen en sykepleier møter når pasienter har en innvandrerbakgrunn, er kommunikasjonsproblemer på grunn av språkforskjeller (Lundberg m.fl. 2005). Språkforskjellene gjør det vanskelig for sykepleiere å etablere et godt pleie-pasient forhold (Kalengayi m.fl. 2012, McCarthy mfl. 2013), og det kan derfor gjøre det vanskelig for sykepleieren å få et innblikk i pasientens bakgrunn og historie (McCarthy mfl. 2013). Sykepleiestudenter gir uttrykk for at de ofte blir upersonlige og mekaniske ved pleie av pasienter med en innvandrerbakgrunn (Jirwe mfl. 2010).

Sykepleiere uttrykker bekymring når de ikke deler samme språk som pasienten (Jirwe m.fl. 2010). Dette fordi de ikke får gitt pasienten den informasjonen han/hun har behov for, samt at pasienten ikke får uttrykket sine bekymringer, spørsmål og plager. Kommunikasjonsbarrierer fører til at mange av deltagerne føler de i mange tilfeller må gjette seg til pasientens ønsker og behov (McCarthy m.fl. 2013). Dårlig informasjonsflyt kan føre til at pasienten misforstår sin egen situasjon. De kan tro de er dårligere enn hva de er, og i verste tilfelle tro de skal dø selv om dette ikke trenger å være tilfellet (Richardson m.fl. 2006, Jirwe m.fl. 2010). Derfor mener sykepleierne at det første en skal gjøre er å finne ut om han/hun snakker og forstår språket (Nielsen og Birkelund 2009). Selv om pasienten snakker noe norsk er det vanskelig å vite hva de forstår og ikke forstår (Kale m.fl. 2010).

Hvis pasienten har vanskeligheter med å forstå må sykepleier forenkle språket og bruke non-verbal kommunikasjon. Sykepleierne beskriver denne typen kommunikasjon som begrenset, og selv om helsepersonellet var flinke og kreative, ble informasjonen som ble gitt utilstrekkelig (McCarthy m.fl. 2013, Richardson m.fl. 2006). Sykepleiere opplever at pasienter fra andre kulturer kan ha andre måter å uttrykke seg på nonverbalt, og dette fører ofte til misforståelser. En av sykepleierstudentene beskriver en situasjon hvor dette kommer frem. Studentene skulle legge inn en venefflon og informerte pasienten om hvordan prosedyren utføres ved å gestikulere. Selv om de trodde pasienten forsto, begynte hun å skrike når de skulle legge inn nålen. Studentene gir uttrykk for at slike kommunikasjonsproblemer gjør at de unngår innvandrerpasienter (Jirwe m.fl. 2010).

Sykepleiere opplever at språkbarrieren kan gjøre det vanskelig for innvandrere å bruke helsetjenesten. Det er vanskelig for dem å uttrykke seg over telefon og derfor få tak i hjelp. Det at de ikke forstår og ikke snakker språket utsetter og vanskeliggjør hjelpen (Kalengayi m.fl. 2012). Dette

kommer til syne ved at pasientene ikke dukker opp til timene og kommer uanmeldt (Jirwe m.fl. 2010).

Selv om mange sykepleiere mener kommunikasjon er et stort problem er det noen som mener det ikke nødvendigvis trenger å være det. De bruker nonverbal kommunikasjon, signaler og bilder som kommunikasjonsmiddel (Cortis 2004).

### **3.2 Utfordringer sykepleier møter ved bruk av tolk**

Pårørende som tolk er vanlig og ofte brukt i praksis (Cioffi 2003, Nielsen og Birkelund 2009, McCarthy m.fl. 2013, Cortis 2004, Jirwe m.fl. 2010, Kale 2010). Barn som tolk er også noe som forekommer (Nielsen og Birkelund 2009, Kale m.fl. 2010). Dette selv om mange sykepleiere uttrykker ulemper med nettopp bruken av pårørende, og da spesielt barn som tolk (Cioffi 2003, Nielsen og Birkelund 2009, Richardson m.fl. 2006, McCarthy m.fl. 2013, Jirwe m.fl. 2010, Kale m.fl. 2010). Sykepleiere opplever at både pasient og pårørende kan holde igjen informasjon på grunn av at de ønsker å skjerme hverandre (Nielsen og Birkelund 2009, Richardson m.fl. 2006, McCarthy m.fl. 2013, Jirwe m.fl. 2010, Kale m.fl. 2010). En sykepleier opplevde i en situasjon at pårørende vernet pasienten så mye at kommunikasjon ble umulig (Richardson m.fl. 2006). Det blir derfor vanskelig for sykepleier å få et korrekt bilde av pasienten når pårørende ble benyttet som tolk (McCarthy m.fl. 2013). Dette er det derimot delte meninger om. Noen sykepleiere synes pårørende som tolk var en god løsning og forventet derfor at de skulle være tilstede ved behov (Cortis 2004). Fordelene med å bruke pårørende som tolk er at de er lett tilgjengelig og billig (McCarthy mfl. 2013, Cortis 2004). Sykepleierstudenter gir uttrykk for at pårørende som tolk kan være nyttig og bidrar til å skape en relasjon til pasienten (Jirwe m.fl. 2010).

Noen pårørende kan bli fornærmet over at de ikke blir benyttet som tolk. Sykepleiere har også erfart at pårørende tror at grunnen til at de ikke blir brukt som tolk er at språkkunnskapene deres er for dårlige (Kale m.fl.2010).

Når mange pårørende kommer på besøk samtidig er dette slitsomt for pasienten (Vydelingum 2006). Dette er også forstyrrende og en belastning for andre pasientene som deler samme rom (Lundberg m.fl. 2005, Nielsen og Birkelund 2009).

Mange pasienter er bekymret for at en profesjonell tolk skal sladre til miljøet pasienten omgås. I Disse tilfellene er pårørende en fordel, da pasienten stoler på dem (Cioffi 2003, Kale m.fl. 2010). Grunnen til at pasienter er nervøse for at profesjonell tolk skal gå ut med informasjon til hjemmemiljøet kan være at tolken ikke opplyser om sin taushetsplikt (Kale m.fl. 2010).

Selv om flere sykepleiere hadde gode erfaringer med profesjonell tolk er det utfordringer med bruken av dem (Cioffi 2003, Richardson m.fl. 2006). Det er ofte vanskelig å få tak i tolk (Cioffi 2003, Richardson m.fl. 2006, Kale m.fl. 2010). Det er spesielt vanskelig til pasienter fra mindre vanlige kulturelle grupper, samt på kveld, natt og i helgene (Cioffi 2003). De kan også være vanskelige å få tak i på kort varsel, og dette kan spesielt være et problem i akutte situasjoner (Nielsen og Birkelund 2009, Kale m.fl. 2010). Når en først får tak i tolk blir pasienter overøst med spørsmål (McCarthy m.fl. 2013). I mange tilfeller er sykepleierne usikre på hva tolken oversetter. Det er kjent at de kan holde igjen vanskelig informasjon, enten ved å direkte nekte å tolke informasjonen eller ved å endre betydningen av det som blir sagt. Et eksempel er en tolk som fortalte at pasienten ikke hadde noe å bekymre seg for, da sykepleierens ønske var at pasienten skulle uttrykke sin angst (Richardson m.fl. 2006).

Det er ofte usikkerhet blant helsepersonell når det gjelder tolkens kvalifikasjoner. En sykepleier forteller om en situasjon hvor tolkens etiske kvalifikasjoner sviktet ved at tolken avbrøt pasienten og begynte å fortelle om sine egne traumatiske opplevelser (Kale 2010). Det er vanskelig for en tolk som ikke er utdannet helsepersonell å formidle et tragisk budskap, der blant annet kroppsspråket kan bli feil (Richardson m.fl. 2006). Å lære hvordan man kan bruke en profesjonell tolk på en best mulig måte i slike situasjoner er nødvendig for sykepleiere (McCarthy m.fl. 2013).

Flerspråklig helsepersonell kan derimot være å foretrekke. Flerspråklig helsepersonell er enklere å få tak i enn profesjonell tolk siden de jobber på sykehuset. Denne typen tolk er gunstig for pasienten for de møter pasienten på en bedre måte som gir individualisert omsorg, og det er spesielt viktig i komplekse og emosjonelle situasjoner (Cioffi 2003).

Ofte er det flere leger enn sykepleiere som benytter seg av tolk (Jirwe m.fl. 2010, Nielsen m.fl. 2008). Ifølge Nielsen m.fl. (2008) har 54% av sykepleierne daglig kontakt med innvandrerpasienter, men kun 25 % av dem benytter seg av tolk. Sykepleiere hevder at dårlig informasjon om rett til bruk av profesjonell tolk kan være noe av grunnen til dette underforbruket. De gir også uttrykk for at det er vanskelig å vite når språkkunnskapen kommer til kort. Hos de pasientene som ikke snakker norsk, er det enkelt, for da må man bruke tolk for å gjøre seg forstått. Det er i de situasjonene hvor man er

usikker på om tolk er nødvendig at det er vanskelig å vurdere. Det er ofte slik at pasientene skjønner mindre enn hva sykepleierne tror. Mangel på rutiner og kunnskap for vurdering av tolkebehovet er derfor også en av grunnene til at tolk ikke benyttes (Le m.fl. 2013).

### 3.3 Sykepleiers møte med kultur- og religionsforskjeller

En lege forteller at bakgrunn og historie, kultur, religion og status er med på å påvirke pasienten og hvilken pleie de forventer og ønsker å få (Kalengayi m.fl. 2012). Ikke alle er like kunnskapsrike som denne legen, noe som fører til at de forskjellige minoritetsgruppene blir behandlet ulikt.

Helsepersonell møter veldig mange forskjellige kulturelle grupper, og det er vanskelig å ha kunnskap om alle religionene og trosretningene (Richardson m.fl. 2006).

Sykepleiere opplever ofte at pasienter har regler og ritualer ved for eksempel hygiene, faste og blodtransfusjoner (Vydelingum 2006). Sykepleiere har også observert forskjellige ritualer når det gjelder død og døende (Vydelingum 2006, Richardson m.fl. 2006). De uttrykker frustrasjon og maktesløshet ved å skulle forholde seg til de ulike religionene, spesielt når pasienten tror på overnaturlige evner og ved fatalisme. Likeledes oppstår det vanskeligheter rundt fastetider, hjemreiser for religiøse ritualer og ved at pasienten nekter å ta medisin på grunn av religionens regler (Kalengayi m.fl. 2012). Noen sykepleiere mener at det ikke er plass til åndelighet i sykepleien (Cortis 2004).

Pasienter tilhørende minoritetsgrupper har en annen bakgrunn og kan av den grunn ha en annen forståelse av sykdom. Flere sykepleiere har erfart at de uttrykker smerte sterkere (Vydelingum 2006, Nielsen og Birkelund 2009, Cortis 2004, Lundberg m.fl. 2005). Alle er individuelle, og det blir derfor utfordrende som sykepleier å vite om de uttrykker smerte sterkere eller om de faktisk har store smerte (Nielsen og Birkelund 2009). Smerten kan også komme av angst (Lundberg m.fl. 2005). Sykepleierstudenter synes det blir vanskelig å vurdere smerter på bakgrunn av dette og har erfart at bruk av vanlige verktøy for vurdering av smerte ikke kan benyttes (Cortis 2004).

Sykepleiere har også opplevd at noen pasienter ikke ønsker å bli behandlet av noen med motsatt kjønn (Vydelingum 2006, Cortis 2004, Lundberg m.fl. 2005). En annen utfordring når det gjelder kjønnsroller som sykepleiere har erfart, er menn som styrer familien. De har ansvaret for å ha kunnskap og informasjon om resten av familien, og det er mannen som bestemmer hva kvinnen og resten av familien skal vite (Kalengayi m.fl. 2012).

Innvandrerpasienter har i mange tilfeller andre matvaner (Vydelingum 2006, Lundberg m.fl. 2005). Dette fører til at de ofte spiser dårligere når de er innlagt på sykehus (Lundberg m.fl. 2005). Pårørende kommer i noen tilfeller med mat til pasienten, og sykepleiere takler denne situasjonen forskjellig. Noen mener dette er positivt, mens andre mener dette er negativt fordi maten lukter ofte sterkt, og det kan være ubehagelig for de andre pasientene som deler rom med innvandrerpasienten (Nielsen og Birkelund 2009).

### **3.4 Sykepleiers kunnskap og holdninger i forhold til pleie av pasienter med innvandrerbakgrunn**

Noen sykepleiere mener de viser innvandrerpasienter empati og respekt, og de mener de er villige til å gjøre ting best mulig for pasienten (Cioffi 2003). Helsepersonell begynner ofte med å nekte for at rasisme er tilstede blant sykepleiere, men at de senere kan være enige i at det er tilstede (Cioffi 2003, Cortis 2004, Richardson m.fl. 2006, Vydelingum 2006). Negative holdninger til innvandrerpasienter kan komme av språkbarrieren, spesielt når pasientene noen ganger har bodd i landet i flere år, og fremdeles ikke har lært seg språket (Cioffi 2003).

Mangel på kunnskap er det som danner stereotyper og negativ adferd (Kalengaiy 2012). En sykepleier med god kunnskap har ofte gode holdninger, og denne sykepleieren vil kunne gi innvandrerpasienten bedre pleie enn en sykepleier med lite kunnskap (Jirwe m.fl. 2010). Sykepleiere kan ikke nekte for at pleien som gis ikke er optimal, og de forteller også om sykepleiere som baksnakker innvandrerpasienter på vaktrommet (Cortis 2004). Noen sykepleiere motsetter seg å jobbe med pasienter med en innvandrerbakgrunn (Richardson m.fl. 2006). Slik oppførsel forventes ikke av sykepleiere og bringer derfor en følelse av skam med seg (Cortis 2004).

## 4.0 Diskusjon

Resultatet viser at en av de største utfordringene helsepersonell møter ved sykepleie til innvandrerpasienter er kommunikasjonsproblemer som følge av språkforskjeller. Dette kan føre til mekanisk og upersonlig behandling som gjør det vanskelig å danne et godt pleier- pasientforhold. For å overkomme disse språkbarrierene kan tolk benyttes. Selv om mange har gode erfaringer med bruk av tolk, er det også en del utfordringer. Ikke bare språk og kommunikasjon er utfordringer helsepersonell møter, men også kulturelle forskjeller blir presentert. Helsepersonell synes ofte det er vanskelig å forholde seg til de kulturelle forskjellene. Innvandrerne bringer med seg ulike normer, regler og ritualer som helsepersonell må forholde seg til. Barrierene blir i mange tilfeller store, da helsepersonell ikke har god nok kunnskap om disse.

### 4.1 Kommunikasjonsbarrierer ved pleie til innvandrerpasienter

Resultatet viser at språkbarrierer er en stor utfordring ved pleie av innvandrerpasienter, og at dette er med på å hindre at et godt pleie-pasient forhold blir dannet. God kommunikasjon gjør at man som sykepleier kan forstå pasienten som person, og at en sammen kan ta gode beslutninger, bygge relasjoner og bedre hjelp og støtte (Eide og Eide 2009). Ifølge Travelbee er kommunikasjon sykepleierens viktigste redskap for å kunne danne et menneske til menneskeforhold til pasienten. En kommuniserer med pasienten både ved hjelp av ord, mimikk, tonefall, berøring og bevegelser. Denne kommunikasjonsprosessen gjør at sykepleieren blir kjent med pasienten som person (Kristoffersen 2011a).

Resultatet viser at sykepleierstudenter på grunn av dårlig kommunikasjonsflyt synes deres pleie og omsorg blir upersonlig, mekanisk og vanskeliggjør det å skulle danne seg et bilde av pasienten. Kommunikasjonsbarrieren gjør at pasienten ikke får formidlet sine tanker og følelser til sykepleieren (Hanssen 2011). Resultatet viser at sykepleiere uttrykker bekymring for at innvandrerpasienter ikke får uttrykket sine behov. Sykepleieren må observere og føre en samtale for å få opplysninger om pasientens situasjon. Å holde en samtale er avgjørende for å få pasientens subjektive opplevelse av situasjonen. De observasjonene en gjør kan bli feiltolket i tilfeller der pasientens adferd kan tydes på flere måter (Dahl og Skaug 2011). I resultatet kommer det frem at innvandrere kan ha en annen måte å uttrykke seg på som kan føre til misforståelser. I mange situasjoner føler sykepleier at de må tippe hva pasientens behov og ønsker er. Dette er en ekstra stor utfordring i forhold til ansiktsuttrykk, kroppsspråk og stemmens volum som blir påvirket av hvor en kommer fra (Hanssen 2011).



Resultatet viser at noen sykepleiere mener at nonverbal kommunikasjon kan være til hjelp. Sammen med sykepleiers samtale med pasienten er innhenting av pasientens nonverbale uttrykk viktig for datainnsamlingen av pasientens situasjon. Grunnen til at sykepleier innhenter informasjon fra pasienten er for å kartlegge pasientens behov for sykepleie (Dahl og Skaug 2011). Vår kommunikasjon er for det meste nonverbal og er med på å fortelle noe om de som kommuniserer. Nonverbal kommunikasjon er med på å skape relasjoner. Den er viktig for at pasienten skal føle seg trygg og godt ivaretatt, noe som signaliseres ved at pleieren viser villighet til å hjelpe (Eide og Eide 2009). Funn i resultatet viser at noen sykepleiere benytter bilder, signaler og kroppsspråk, og de mener denne måten å kommunisere på er et alternativ når pleier og pasient ikke deler språk. En kan komme langt ved å lytte, ta seg tid, bruke kroppsspråk, famle og tegne (Eide og Eide 2009).

Resultatet viser at sykepleiere er redde for at innvandrerpasienter ikke får den informasjonene han/hun har behov for og krav på. Å informere vil si å underrette, gi informasjon eller opplysninger om noe til noen (Kristoffersen 2011b). Funn viser også at dette kan føre til at pasienten misforstår sin egen situasjon og tror de er dårligere eller friskere enn hva de egentlig er. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal *”Sykepleieren 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 s. 8). Det å få informasjon er også lovpålagt, Pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand og om helsehjelpen (pasient og brukerrettighetsloven 1999). Dette betyr at sykepleiere ikke bare på grunn av retningslinjer må sørge for at pasientene får den informasjonene de har krav på, men at det også er lovpålagt. For at sykepleier skal kunne ivareta pasientens autonomi må pasienten få informasjonen han/hun har krav på (Kristoffersen og Nordtvedt 2011). I gjennomføringen av helsetjenesten, har pasienten rett til å medvirke. For at dette skal være gjennomførbart, skal hjelpen tilpasses den enkelte (pasient og brukerrettighetsloven 1999). Sykepleier er av den grunn lovpålagt å tilpasse informasjonen slik at pasienten skjønner det. Ikke bare for at pasienten har krav på informasjon, men også for å ivareta pasientens autonomi.

Resultatet viser at på grunn av språkbarrierer har innvandrerpasienter vansker med å navigere seg gjennom helsetjenesten. De forstår ikke brevene og får ikke forklart seg over telefonen. Dette fører til at de ikke kommer til timer, kommer uanmeldt og ikke får den hjelpen de har behov for. Forholdet mellom sykepleier og pasient er sjeldent symmetrisk, da sykepleier sitter inne med fagkunnskap som pasienten ikke har. Av den grunn sitter sykepleier med mye makt over pasienten (Kristoffersen og Nordtvedt 2011). Maktforskjellen blir ekstra tydelig hos innvandrerpasienter som ikke snakker språket. For å snakke og forstå majoritetsspråket gir makt, mens minoritetsspråket blir

undertrykket. Å kunne snakke og forstå majoritetsspråket fører til selvtillit og et psykologisk overtak over dem som ikke gjør det. Dette bør sykepleierne være observante på i forhold til kommunikasjon med minoritetspasienter (Magelssen 2008).

## **4.2      Utfordringer sykepleier møter ved bruk av tolk**

### **4.2.1    Pårørende og familie som tolk**

Resultatet viser at pårørende som tolk i praksis er vanlig og ofte benyttet, da de er lett tilgjengelige og billigere enn profesjonelle tolker. I tillegg stoler pasienten på pårørende. Det hender at pasienten er redd for at en profesjonell tolk ikke skal holde taushetsplikten sin. I slike situasjoner er pårørende som tolk et alternativ, spesielt når de stoler fullt og helt på hverandre. Funn viser også at pårørende i noen tilfeller blir fornærmet over at de ikke blir benyttet som tolk, og de kan mistenke at grunnen til dette er sykepleiers manglende tro på deres språkkompetanse. Det å bruke pårørende som tolk kan i mange tilfeller være utfordrende, da sykepleiere ofte ikke kjenner pårørendes språklige kvalifikasjoner og forståelse for vestlig medisinsk tenkning (Hanssen 2011). Når sykepleier ikke har kontroll på tolkens eller pasientens medisinske og språklige kvalifikasjoner, er det vanskelig å vite hva som blir sagt. Sykepleier har ingen anelse om ordene blir forstått og om de i så tilfelle gir noen mening. Samtidig er det vanskelig for en tolk å oversette når han/hun ikke forstår budskapet (Hanssen 2005). Sykepleieren har i disse tilfellene ingen garanti for at den informasjonen de gir blir oversatt (Hanssen 2011). Familiemedlemmer kan også ta over samtalen, og samtidig er de følelsesmessig involvert. Det er av den grunn vanskelig for pårørende å holde seg nøytral i en tolkerolle (Magelssen 2008). Det er derfor viktig at pårørende blir informert om dette, slik at de ikke blir fornærmet og vet grunnen til at de ikke benyttes.

Resultatet fra de inkluderte artiklene viser at helsepersonell har erfart at pårørende holder igjen informasjon for å skjerme pasienten. Samtidig kan pasienten holde igjen intim informasjon som de ikke ønsker at familie og pårørende skal vite noe om. I noen tilfeller kan det også hende at pårørende skjermer pasienten så mye at kommunikasjon blir umulig. Flere artikler i resultatet viser at en ved bruk av pårørende som tolk, ikke vil få et korrekt bilde av pasienten. Det er i noen kulturer slik at når pasienten har fått en kreftdiagnose eller dødsdom, skal ikke dette diskuteres med pasienten. Det er da pårørendes moralske plikt å beskytte pasienten mot slik informasjon (Hanssen 2011).

Resultatet viser at barn benyttes som tolk i praksis, selv om helsearbeidere vet det er vanskeligheter med å bruke dem. Barn skal i prinsippet aldri benyttes som tolk med unntak av i ekstreme situasjoner (Hanssen 2011). Ved å benytte barn som tolk legger en som helsearbeider et stort ansvar på barnet. Det er vanskelig å vite hvor presist og fullstendig barnet forstår den informasjonene som skal oversettes. Det er også vanskelig å vite hva de formidler til pasienten og hva de formidler tilbake av pasientens utsagn. Barn kan av den grunn bli satt urettmessig til ansvar for uklar formidling i ettertid (Eide og Eide 2009). Et barn skal ikke pålegges et ansvar eller rolle som han/hun ikke er moden for (Magelssen 2008).

#### **4.2.2      Bruk av profesjonell tolk**

Resultatet viser at mange helsepersonell har gode erfaringer med bruk av profesjonell tolk. Ved å gå til kilden selv, pasienten, vil man få innhentet kunnskap og opplysninger om pasientens opplevelser. Når kommunikasjonsbarrierer oppstår mellom pasient og pleier vil bruk av dyktig og profesjonell tolk kvalitetssikre datainnsamlingen. En best mulig datainnsamlingen er avhengig av gode og trygge rammer (Magelssen 2008). For å skape gode og trygge rammer skal sykepleier i utgangspunktet henvende seg til pasienten, ikke tolken. Tolken skal i utgangspunktet oversette ord for ord, men i noen tilfeller trenger sykepleier hjelp med å fange opp budskapet (Hanssen 2011). Resultatet viser at selv om det er positive opplevelser med bruken av profesjonell tolk, gir mange uttrykk for flere utfordringer med bruken av dem. Sykepleiere trenger blant annet å lære hvordan man skal bruke profesjonell tolk på en best mulig måte. Det er en spesiell teknikk å snakke gjennom tolk, som det er ingen selvfølge at pasienter eller helsearbeidere behersker. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om nettopp hvordan samtale gjennom tolk skal bli best mulig. Plassering av hvor tolk, pasient og sykepleier skal sitte er viktig. Sykepleier og pasient bør sitte slik at det blir mest mulig naturlig for dem å se på hverandre. Det er også viktig at sykepleier ser tolken for å kunne fange opp hans/hennes non-verbale kommunikasjon. En plassering hvor tolken sitter ved siden av sykepleier er å foretrekke. Tolken bør også sitte slik at pasienten ser tolken (Magelssen 2008). Å sitte i en trekant kan derfor være gunstig. Ikke bare plassering, men også forberedelsene av samtalen er viktig. Som nevnt tidligere må tolken underrette pasienten om taushetsplikten. Selv om tolken er tilstede må sykepleier forklare at samtalen skal gå mellom sykepleier og pasient. Sykepleier skal se på pasienten og snakke i små bolker slik at tolken får oversatt. Det samme bør pasienten gjøre. Tolken er et mellomledd, men samtalen skal føres som om han/hun ikke er tilstede (Magelssen 2008).

Resultatet viser at sykepleiere har erfaringer med at tolken ikke er kvalifisert til å formidle tragiske budskap, da blant annet kroppsspråk blir feil. I tillegg til dårlige kvalifikasjoner viser resultatet at

noen profesjonelle tolker nekter å oversette. Det kommer også frem at den beste løsningen er å benytte kolleger som snakker flere språk, fordi de har både kunnskap om kultur og språk samt den faglige nødvendige kunnskapen. Noen tolker er ikke dyktige nok når det gjelder språk og/eller faglig forståelse. Det er derfor en fordel å snakke med tolken før samtalen for å finne ut om kvalifikasjonene er tilstrekkelige. Dette er også positivt i forhold til at tolken og sykepleier får forberedt seg til samtalen. En profesjonell tolk skal i utgangspunktet være nøytral og i stand til å skille mellom sak og person. Når dette ikke skjer vet sykepleier lite om hva som blir oversatt. Dette er vanligere ved bruk av familiemedlemmer som tolk enn ved bruk av profesjonell tolk (Hanssen 2011).

I resultatet kommer det frem at sykepleiere sjeldnere benytter tolk enn leger. Dette kan komme av at sykepleierne ikke blir opplyst om sin rett til tolk. Det kan også komme av at pårørende som tolk er lettere tilgjengelig enn profesjonelle tolker, og det har vist seg å være vanskelig å få tak i profesjonell tolk til enhver tid. Dette fører til at leger lettere kan benytte seg av tolk, da deres samtaler i større grad er planlagt enn hos sykepleiere.

Funn viser at sykepleiere ofte synes det er vanskelig å vurdere når noe forståelse for språket er for lite. Det er lettere å kontakte tolk når pasienten ikke har noen forståelse for norsk enn når pasienten kan litt. I situasjoner hvor det er usikkert om pasienten snakker og forstår språket godt nok, er det vanskelig å vurdere hvor grensen går. At pasienten svarer ja eller nei betyr ikke at han/hun vet hva de svarer på. Dette svaret kan komme av høflighet i forhold til at de følger med. Det kan derfor ofte være lurt å be pasienten gjenta spørsmålet og ikke stille ja/nei spørsmål (Eide og Eide 2009).

### **4.3 Sykepleiers møte med kultur- og religionsforskjeller**

Resultatet viser at noen helsepersonell har forståelse for kulturell bakgrunn og at den påvirker hvordan man lever livet, sosiale relasjoner, hva man verdsetter, hvordan man blir oppdratt og kvinners rettigheter. Selv om noen helsepersonell har kunnskaper om religion og kultur, viser resultatet at mange sykepleiere og annet helsepersonell har liten forståelse og kunnskap om dette. Bakgrunn og livssyn har stor innvirkning på en persons tro og holdninger, uavhengig av hvor man kommer fra i verden. Den kulturelle bakgrunnen har betydning for hvilke klær en bruker, hva man spiser, hvordan en tenker og hvilken oppførsel man har (Hanssen 2011). Et viktig redskap for sykepleiere er kunnskap om andre religioner i møte med innvandretpasienter. Kunnskap om kultur kan gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med respekt og omsorg som gjør møtet med helsevesenet mer positivt (Hanssen 2005).

### 4.3.1 Religionsforskjeller

Resultatet viser at sykepleiere uttrykker frustrasjon og maktesløshet ved å skulle forholde seg til ulike religioner. Hvordan en som menneske organiserer sin tilværelse blir påvirket av den kulturelle bagasjen, det vil si våre erfaringer, kunnskaper og preferanser (Hanssen 2011). Dette er faktorer som også påvirker pasientens forståelse for sykdom, holdninger til sykdom og forventinger til sykdom og behandling. Det hender pasientens tro og religion støtter sykepleieren. I slike situasjoner er det viktig at en respekterer pasientens meninger og oppfatninger selv om pasienten ikke nødvendigvis "har rett". De har rett til å bli forstått på sine egne premisser (Hanssen 2011). I resultatet er det eksempel på situasjoner hvor pasienten ikke nødvendigvis "har rett", men har krav på å bli respektert. Pasienten kan ha tro på overnaturlige evner, han/hun kan nekte å ta medisinene på grunn av religionens regler og kan reise hjem for å delta på religiøse ritualer. Sykepleieren må bruke sin mellommenneskelige innsikt og kulturelle forståelse for å kunne gi disse pasientene den respekten de fortjener (Hanssen 2011). I resultatet kommer det frem at sykepleiere mener det ikke er plass til åndelighet i pleie og behandling. Dette viser mangel på kunnskap og forståelse. I situasjoner hvor religion og tro blir en utfordring, må sykepleier forhandle med pasienter om hvilke handlinger som må iverksettes (Hanssen 2011).

Funn viser at sykepleiere uttrykker frustrasjon og maktesløshet ved å skulle forholde seg til pasienter som tror på overnaturlige evner og ved fatalisme. Grunnen til at pasienter har behov for å gjennomføre religiøse ritualer og har bestemte regler kommer av sykdomssyn og sykdomsatferd. Sykdom bygger på et medisinsk system, hvor samfunnet har dannet seg en mening om hvorfor og hvordan sykdom oppstår. Eksempel på ulike sykdomsforklaringer kan være, å være i ubalanse med naturen, ubalanse mellom yin og yang, sykdom som straff fra gudene, magi, kropp uten sjel og så videre. På bakgrunn av deres sykdomsforklaring kan nyttige behandlingstiltak komme frem. I kulturer som tror på kropp uten sjel vil for eksempel sjelen bli skilt fra kroppen og kan føre til at pasienten blir likegyldig, deprimert, kraftløs, innadvendt og urolig. For å kunne behandle disse plagene, må pasienten tro at sjelen vender tilbake til den som har mistet den (Hanssen 2005).

### 4.3.2 Pårørende

Artiklene i resultatet viser at pårørende ofte kommer mange og ofte på besøk. Mange pårørende til innvandrepasienter føler plikt og fellesskapsbehov og er derfor rundt pasienten hele dagen ved sykdom. Familiens fellesskap gir pasienten en følelse av å være et helhetlig menneske (Hanssen

2011). Resultatet viser at når pårørende er så mange og kommer ofte på besøk, kan dette både være belastende for pasienten og være ubehagelig for andre pasienter som deler samme rom. Sykepleiere med en individualistisk bakgrunn ser på pasient og pårørende som avskilte enheter og ikke som en uatskillelig enhet (Hanssen 2011). Dette kan gjøre det vanskelig for sykepleier å forholde seg til pasienten og til pårørende (Hanssen 2005).

### 4.3.3 Død og døende

Resultatet viser at sykepleiere opplever at pasienter og pårørende kan ha forskjellige ritualer når det gjelder døden. Døden er noe som alle mennesker i alle samfunn opplever. Hvordan en opplever sorg er allmenmenneskelig, både med tanke på sorg over sin egen kommende død eller andres død. Vitenskapelige forklaringer på døden har liten betydning når det gjelder de eksistensielle spørsmålene som oppstår ved alvorlig sykdom og død (Hanssen 2005). Mennesker med en annen etnisk bakgrunn enn den norske kan ofte være bekymret for ikke å bli møtt med forståelse av sykepleiere ved livets slutfase. Mange sykepleiere og andre helsearbeidere føler seg ofte utilstrekkelig i disse situasjonene. Å kunne yte god sykepleie ved livets slutfase krever kunnskap og forståelse om pasientens ønske og behov. Gode kunnskaper kan skaffes ved god kommunikasjon med pasient og pårørende. Det som er viktigst for sykepleier å vite i en slik situasjon, er hva pasient og pårørende forstår med "en god død" (Hanssen 2005).

### 4.3.4 Smerter

Resultatet viser at flere sykepleiere har erfart at innvandrerpasienter uttrykker smerte sterkere enn etnisk norske pasienter. Både å uttrykke smerte sterkere og svakere kan være utfordrende og vanskelig for sykepleiere å håndtere (Hanssen 2005). Smerte oppleves individuelt, men hvis smerteuttrykkene faller bort fra det som er vanlig i majoritetsgruppen blir de vanskelige å observere, tolke og behandle (Hanssen 2005).

Funn viser at sykepleierstudenter synes det er vanskelig å vurdere slike smerteuttrykk. Erfaringene til helsearbeidere viser at bruk av vanlige verktøy for vurdering av smerte opp mot innvandrerpasienter ikke alltid kan benyttes. Innvandrere kan uttrykke smerte sterkt ved for eksempel sårskift, hvor etnisk norske pasienter i mange tilfeller vil være stille selv ved sterke smerter. Når pasienten merker at han/hun ikke får uttrykket smertene eller blir hørt, kan de blant annet bli engstelige. Smertene kan i

noen tilfeller komme av angst, og resultatet viser også at sykepleiere opplever at smertene kan være en følge av angst (Hanssen 2005).

#### **4.3.5 Kjønnroller**

Resultatet viser at helsearbeidere opplever at mannen er den dominante i familiesituasjonen og bestemmer hva kvinne og resten av familien skal vite. Det er mannen som har ansvar for å ha kunnskap og informasjon. Kvinnen er underordnet mannen, mannens rolle er forsørger og sjef. Dette kan bli en utfordring siden norske lover ikke tar hensyn til dette, da pasienten har rett til informasjon og å få innsikt i sin tilstand (pasient og brukerrettighetsloven 1999). Resultatet viser at sykepleiere opplever at noen pasienter ikke ønsker å bli behandlet av det motsatte kjønn. Strengt regler for omgang med det motsatte kjønn finnes i mange kulturer, og fysisk kontakt kan i noen tilfeller være forbudt (Hanssen 2011). Pasienter med blant annet en muslimsk bakgrunn har ofte et annet kvinnesyn enn hva en har i vestlige land. Kvinnen skal ifølge islamsk lov ikke ha fysisk kontakt med en mann som ikke er hennes ektemann. Helsearbeidere kan bli sett ned på grunn av arbeidets fysiske kontakt, da dette blir sett på som urent (Hanssen 2005).

#### **4.3.6 Kosthold og innvandrerpasienter**

Artiklene i resultatet viser at sykepleiere opplever at innvandrerpasienter spiser dårlig når de er innlagt på sykehus. Årsaken til dette kan være andre matvaner, og en del pårørende bringer av den grunn med seg mat på sykehuset til pasienten. Dette kan være utfordrende da maten ofte lukter mye og er ubehagelig for andre pasienter. Hvis dette blir et problem er det viktig at pasienten får informasjon om hvilken mat som serveres, og at deres regler i forhold til kosthold blir fulgt og respektert. Mat er ikke bare viktig for helse og fysiske forutsetninger, men også for livskvalitet og psykososiale forutsetninger. Hos innvandrerpasienter kan kostholdet bli en utfordring på grunn av matvaner og innholdet i maten, og mange kulturer har regler for hvilke matvarer som er forbudte. Kommunikasjon og kunnskap om hvilken mat innvandrere kan og ikke kan spise er viktig og er med på å opprette tillit (Hanssen 2005).

### **4.4 Sykepleiers kunnskap og holdninger i forhold til pleie av pasienter med innvandrerbakgrunn**

Funn viser at de fleste sykepleiere mener de viser innvandrerpasienter empati og respekt. De mener de er villige til å tilpasse seg pasienten og gjøre ting best mulig for han/henne. De yrkesetiske retningslinjene sier at *"Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleieren skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert."* (Norsk Sykepleierforbund 2011 s. 7). Sykepleiere bør ha en kulturel relativistisk holdning, som betyr at personen mener det ikke finnes kulturer som er bedre enn andre. Sykepleieren skal ha et ønske om å lære om andre kulturer og hvorfor mennesker tenker og handler som de gjør (Hanssen 2005). Ved å respektere en pasients kulturelle rettigheter vil en respektere menneskerettighetene: *"Sykepleie utviser respekt for og ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status."* (Norsk sykepleierforbund 2011 s. 24).

Selv om yrkesetiske retningslinjer er klare, viser resultatet at negative holdninger til innvandrerpasienter finnes. Sykepleiere forteller blant annet om baksnakking av innvandrerpasienter på vaktrommet. Andre sykepleiere nekter å jobbe med pasienter med en innvandrerbakgrunn. Hvilke holdninger en har vil påvirke samhandlingen mellom mennesker, dette kan komme frem i kommunikasjonen. Hvilke holdninger som er riktige har en ulike meninger om, og det skaper derfor dilemmaer og etiske problemer. En holdning der personen anser sin egen kultur som den beste og den eneste akseptable, kalles kulturet nosentrisk (Hanssen 2005). Funnene i resultatet viser at sykepleiere kommer frem til at fordommer finnes. For å unngå eller gjøre noe med fordommene en har er det viktig å bli klar over at de er der. Dette betyr at hvis helsepersonell nekter for at rasisme finnes, er det vanskelig å finne ut hva en er åpen for og ikke. Funn i resultatet visert at mangel på kunnskap om andre kulturer danner stereotyper. En sykepleier med slik kunnskap har derfor bedre forutsetninger for å gi god pleie til en innvandrerpasient enn en sykepleier med lite kunnskap (Hanssen 2005).

Resultatet viser at sykepleiere ikke forventes å ha en rasistisk holdning, og dette er derfor skambelagt. Toleranse, det vil si hva er godtatt og ikke, har også betydning for rasisme. Majoriteten er i en maktposisjon i forhold til minoriteten, og majoriteten kan selv velge hva de ønsker å tolerere. En minoritetsgruppe kan i hovedsak kun motta toleranse (Hanssen 2005). Selv om kultur spiller en viktig rolle i pasientpleien, er det viktig å se mennesket som hovedfokus. Et menneske er mye mer enn sin kulturelle identitet. Allereis mennesker er unike, og ikke bare et medlem av en gruppe (Hanssen 2011).



## 4.5 Metodediskusjon

Hensikten med denne studien er å finne kulturelle og kommunikative utfordringer sykepleiere kan oppleve i møte med innvandrerpasienter. Sykepleie til innvandrerpasienter er et viktig tema for sykepleiere å ha kunnskap om. Hvilke utfordringer en som sykepleier møter hos disse pasientene er svært relevant siden flere og flere innvandrere kommer til Norge. Dette temaet er av den grunn svært relevant for fremtidens sykepleiere, noe som styrker denne oppgaven.

Forskningen som er brukt kommer hovedsakelig fra europeiske land. Syv av tolv artikler kommer fra skandinaviske land. Dette er positivt siden funnene er lett overførbare til norsk sykepleiepraksis. Artikkelen fra Australia ble inkludert på grunn av dens relevans. Resultatene i artikkelen er lett overførbart til norske forhold, da kommunikasjons- og kulturbarriere oppstår uansett hvor man er i en globalisert verden.

Denne oppgaven er en litteraturstudie basert på tolv studier, ti kvalitative artikler, én kvantitativ og én med både kvalitativ og kvantitativ metode. Å inkludere så mange kvalitative artikler kan være en styrke, da disse artiklene går i dybden i sykepleiers meninger og opplevelser. Dette kan også være en svakhet da de ikke angår så mange mennesker, og derfor ikke nødvendigvis trenger å gjelde hele befolkningen.

Databasene som er benyttet er seriøse, anerkjente og kjente. For å finne artiklenes relevans i forhold til hensikten, ble det gjort en innholdsanalyse. Ved analyse av artiklenes kvalitet ble Sjöblom og Ryggs (2012) skjema benyttet for å gjøre analysene enklere.

Artiklene ble valgt ut på grunn av deres tilgjengelighet og relevans. Det var ganske enkelt å finne artikler om kommunikasjons- og kulturbarrierer, da dette er relevant verden over og av den grunn forsket en del på. Det hendte at det dukket opp artikler som ikke hadde tilgjengelig full tekst. På bakgrunn av abstraktet kunne artiklene være relevante, men det kan ta tid å få sendt dem i posten. Disse artiklene ble ikke inkludert, da det ble funnet nok artikler med tilgjengelig full tekst. Dette kan være med på å svekke oppgaven.

Denne oppgaven er avgrenset til sykehus, sykepleieperspektiv, voksne pasienter og pasienter som minoritetsgruppe. Dette på grunn av at oppgavens hensikt er å finne utfordringer med pleie til innvandrerpasienter på generell basis. Det ble derfor valgt å ikke avgrense oppgaven mer. Oppgaven

kunne vært avgrenset til kun kommunikasjonsbarrierer eller kun kulturbarrierer, dette ville gitt en mer dybde i akkurat det området. Dette ble derimot ikke gjort siden artiklene som ble funnet, ga et bedre svar på det generelle nivået. Oppgaven kunne vært avgrenset til enten kvinner eller menn siden kjønnsrollene ofte er ulike i forskjellige kulturer. Dette ble derimot ikke gjort fordi artiklene som ble benyttet ikke hadde fokus på kjønnsroller. Det at oppgaven er lite avgrenset kan være en av dens svakheter.

Denne oppgaven er basert på et sykepleieperspektiv, da dette perspektivet er lett overførbart til praksis. Et pasientperspektiv kunne også vært relevant, da det ville gi et bedre blikk på hvordan pasienten synes pleien er i et fremmed land. På den måten videreføre dette til sykepleiere, og på den måten forbedre sykepleiepraksisen.

En av oppgavens styrker er at alle artiklene som er valgt ut presenterer de etiske overveielsene. Ikke alle artiklene er godkjent av en etisk komite, men alle har forholdt seg til de etiske retningslinjene innenfor sitt felt. Artiklene som er valgt ut støtter nødvendigvis ikke forfatterens meninger, noe som er med på å styrke oppgaven.

I oppgaven er det benyttet sekundærlitteratur, Kristoffersens tolkning av Travelbee. Dette kan være en av oppgavens svakheter. Denne sekundærlitteraturen ble derimot benyttet på grunn av at den ikke har en sentral rolle i oppgaven.

## 5.0 Konklusjon

Kommunikasjon og kultur er store utfordringer ved pleie til innvandrerpasienter. Den kommunikative utfordringen fører til dårlig informasjonsflyt og et dårligere pasient-pleier forhold. For å kunne overkomme denne barrieren kan tolk benyttes. Utfordringene med bruken av tolk oppstår på grunn av mangel på kvalifikasjoner og kompetanse. Spesielt ved formidlingen av tragiske budskaper kan toneleie og kroppsspråket bli feil. Det å bruke pårørende som tolk benyttes ofte, selv om de fleste sykepleiere vet at dette ikke er ønskelig. Dette er utfordrende da pårørende som tolk kan føre til at både pasient og pårørende holde igjen informasjon for å skjerme hverandre.

De kulturelle utfordringene en sykepleier møter er religion, pårørende, død og døende, smerter, kjønnsroller og kosthold. I forhold til religion og kultur har sykepleiere generelt for lite kunnskap som fører til mangelfull forståelse for personene med en innvandrerbakgrunn. Denne manglende kunnskapen fører ikke bare til utfordringer ved pleie av pasienten, men også i forhold til sykepleiers holdninger. Sykepleiers holdninger er et tabubelagt, og av den grunn ikke så mye forsket på. Videre kunne det vært interessant å gått dypere i sykepleiers holdninger, og hvordan disse påvirker sykepleien som gis til innvandrerpasienter.

Selv om kultur spiller en rolle er det viktig å sette mennesket i hovedfokus. Et menneske er mer enn sin kulturelle identitet: Alle mennesker en unike, ikke bare et medlem av en gruppe.

## 6.0 Litteraturliste

Cioffi J (2003) communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses experience, *International journal of nursing studies*, volume 40, s. 299- 306  
<https://vpn.hint.no/science/article/pii/S0020748902000895>  
[lastet ned 23.01.2014]

Cortis J D (2004) Meeting the needs of minority ethnic patients, *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 48 (1), s. 51-58 <https://vpn.hint.no/ehost/DanaInfo=web.a.ebscohost.com+detail?sid=b4080b12-68b9-44d6-9489-56009aa690ec%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4109&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2004206441> [lastet ned 06.02.2014]

Dahl K og Skaug E-A (2011) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie, i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, Bind 2, s. 16- 60, Oslo, Gyldendal Akademisk

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

Eide H og Eide T (2009) *Kommunikasjon i relasjoner*, 2. Utgave, Oslo, Gyldendal Akademisk

Forsberg C og Wengström Y (2013) Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning, Stockholm, Natur och kultur

Granheim U H og Lundman B (2003) qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedure and measures to achieve trustworthiness, *Nurse education today*, DOI: 10.1016/J.nedt.2003.10.001  
[https://fronter.com/hint/links/files.phtml/1201512390\\$584328933\\$/Emner/3.+Fokusomr\\_prcent\\_E5de/SPU+110/Undervisning/Qualitativ+content+analysis+in+nursing+research.Graneheim+og+Lundman.pdf](https://fronter.com/hint/links/files.phtml/1201512390$584328933$/Emner/3.+Fokusomr_prcent_E5de/SPU+110/Undervisning/Qualitativ+content+analysis+in+nursing+research.Graneheim+og+Lundman.pdf) [lastet ned 24.02.2014]

Hanssen I (2005) Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn, 3. Utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Hanssen I (2011) Interkulturell Sykepleie, i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie*, Bind 1, s. 136-159, Oslo, Gyldendal Akademisk

Jirwe M, Gerrish K og Emami A (2010) Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2010; 24, s. 436- 444  
<https://vpn.hint.no/store/10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x/asset/DanaInfo=onlinelibrary.wiley.com+j.1471-6712.2009.00733.x.pdf?v=1&t=hsyluo2g&s=a1a7cf5d9c73f630c3d85455fe528434e6a8fa16> [lastet ned 06.02.2014]

Kalengayi F K N, Hurtig A-K, Ahlm C og Ahlberg B M (2012) "it is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden, *BMC Health Services Research*, 2012; 12 (1), s. 433-450  
<https://vpn.hint.no/ehost/DanaInfo=web.a.ebscohost.com+detail?sid=7a979661-789e-4463-ad22-e7d78f0564a9%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4109&bdata=JnNpdGU9ZWU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=85846403> [lastet ned 09.02.2014]

Kale E, Ahlberg N og Duckert F (2010) Hvordan Håndterer helsepersonell Språklige barrierer, En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2010; 47, s. 818- 823  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks\\_id=121347&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=121347&a=2) [lastet ned 07.02.2014]

Kristoffersen N J (2011a) Teoretiske perspektiver på sykepleie, i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F, Skaug E-A, *Grunnleggende sykepleie*, Bind 1, s. 208-280, Oslo, Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J (2011b) Den myndige pasienten, i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F, Skaug E-A, *Grunnleggende sykepleie*, Bind 3, s.338-385, Oslo, Gyldendal Akademisk

Kristoffersen N J og Nordtvedt F (2011) Relasjoner mellom sykepleie og pasienten, i: Kristoffersen N J, Nordtvedt F, Skaug E-A, *Grunnleggende sykepleie*, Bind 1, s.84- 133, Oslo, Gyldendal Akademisk

Kaarbø E (2009) Kombinerte metoder, *Sykepleien forskning*, DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0110  
[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/nyttestoff?p\\_document\\_id=284549](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/nyttestoff?p_document_id=284549)  
[lastet ned 24.02.2014]

Le C, Kale E, Jareg K og Kumar B N (2013) Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2013; 50, s.999-1005

Lundberg P C, Bäckström J og Widén S (2005) Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students, *Journal of transcultural nursing*, 2005; 16 (3), S. 255-262  
<https://vpn.hint.no/content/16/3/,DanaInfo=tcn.sagepub.com+255.full.pdf+html> [lastet ned 04.02.2014]

Magelssen R (2008) *Kultursensitivitet*, 2.utgave, Oslo, Akribe AS

McCarthy J, Cassidy I, Margaret M, Tuohy G og Tuohy D (2013) Conversations through barriers of language and interpretation, *British journal of nursing*, 2013;22 (6), s. 335-339  
<https://vpn.hint.no/ehost/pdfviewer/,DanaInfo=web.a.ebscohost.com+pdfviewer?sid=a67a4b1d-ce4b-4fb1-b52e-f9fdc79960c1%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4109> [lastet ned 03.02.2014]

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*, 2009; 23 (3), s. 431- 437  
<https://vpn.hint.no/ehost/,DanaInfo=web.b.ebscohost.com+detail?sid=34421e23-5e0b-427b-88b0-8edf1a7fa3fc%40sessionmgr110&vid=1&hid=113&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtGjZlZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010378577> [lastet ned 23.01.2014]

Nielsen A S, Krasnik A, Michaelsen J J, Nørredam M L og Torres A M (2008) Hospitalspersonale har forskellige holdninger til invandrerpatienter. *Ugeskriftet*, ugeskr læger 170/7 11.februar 2008. s.541 – 544. <http://www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2008/7/pdf/VP50774.pdf> [Lastet ned 06.02 .2014].

Norsk sykepleierforbund (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) [Lastet ned 15.04 .2014].

[Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)] (2001) *lov om pasient- og brukerrettigheter* av 2. Juli 1999 nr 63 <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> [Lastet ned 05.03 .2014].

Richardson A, Thomas V N og Richardson A (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*, 2006; 10, s. 93-101

<https://vpn.hint.no/science/article/pii/S1462388905000669>

[lastet ned 03.02.2014]

Sjöblom og Rygg (2012) Artikkelgransking/ vurdering, HiNT

Statistisk sentralbyrå (2014) Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre

<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2014-04-24> [lastet ned 21.01.2014]

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

<https://vpn.hint.no/ehost/,DanaInfo=web.a.ebscohost.com+detail?sid=add984c9-3ceb-450e-941a-46e806737d57%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4109&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009131848> [lastet ned 23.01.2014]

## Vedlegg

### Vedlegg 1. Søkehistorikk

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for videre granskning	Inkluderte
23.01	Medline	Abstrakt, fulltekst, engelsk og utgitt 2000-2014	Transcultural nursing, Communication barriers	69	*49 ** 14	***6	4	3
03.02	Medline	Abstrakt, fulltekst, engelsk	Transcultural nursing, cultural diversity og nursing care	6	*2 **2	***2	2	2
06.02	Medline	Abstrakt, fulltekst, engelsk og utgitt 2000-2014	Trancultural nursing, ethnic groups og cultural diversity	17	*10 *5	***1	1	1
04.02	Medline	Abstrakt, fulltekst, engelsk og utgitt 2000-2014	Minority groups, Nurse-patient relation	27	*12 **7	***3	1	1
04.02	Medline	Abstrakt, fulltekst og engelsk	Communication, cultural competency	127	*89 **32	***6	3	1
06.02	SveMed	Ingen	Sykepleie til innvandrere	4	*3	***1	1	1
09.02	Medline	Abstrakt, fulltekst og engelsk	Communication barriers, cultural competency og delivery of health care	4	**2	***2	2	1



## Vedlegg 2. Analysetabell

Meningsenheter	Subkategorier	kategori
<p>- Sykepleierne opplevde vanskeligheter med pasienter som ikke snakker eller forstår språket. De gir uttrykk for at det er vanskelig å vite hva de forstår (Nielsen og Birkelund 2009).</p> <p>-Språk barrierer fører til mindre tid til de andre pasientene (Nielsen og Birkelund 2009).</p> <p>- Språk er en stor barriere, det er med på å forlenge etableringen av kontakt med pasienten. Det blir også utfordrende å gi informasjon og stille spørsmål (Kalengayi m.fl. 2012).</p> <p>- Pleiere er veldig bekymret for at pasientene ikke forstår diagnosen og behandlingen de har fått. Dette på grunn av språk- og kultur barrierer (Richardson m.fl. 2006).</p> <p>- Kommunikasjonsbarrierer fører til at sykepleieren ikke får etablert en relasjon til pasienten. Det blir vanskelig å vurdere og informere pasienten (McCarthy m.fl. 2013).</p> <p>- Kommunikasjonbarrierer kan føre til at pasienten ikke klarer å takle smerter på en god måte (McCarthy m.fl. 2013).</p> <p>- Vanskeligheter med å forstå og bli forstått er utfordrende for sykepleierne, og fører til at de føler seg utilstrekkelige og dårlige i sin jobb (McCarthy m.fl. 2013).</p> <p>- Vanskelig å vurdere pasienten når de snakker dårlig eller ingen engelsk (Cortis 2004).</p> <p>- Deltagerne mener kommunikasjonsbarrierene fører til angst, frykt og frustrasjon hos pasientene (Cortis 2004).</p> <p>- Det at sykepleier ikke deler språk med pasienten, skaper problemer for både</p>	<p>- Den største utfordringen ved møte med pasienter fra andre kulturer er kommunikasjon og språk forskjeller.</p> <p>- Vanskelig å vite hvor mye pasienten forstår.</p> <p>- Vanskelig å gi informasjon til, observere og vurdere pasienten, samt svare på spørsmål når pasienten ikke snakker samme språk som pleieren.</p> <p>- Språkbarrierer fører til usikkerhet, angst, frykt og frustrasjon hos pasienten.</p>	<p>Kommunikasjonsbarrierer ved pleie til innvandrepasienter.</p>

pasienten og sykepleieren (Jirwe m.fl. 2010).

- Vanskelig for helsepersonell å gi informasjon og vanskelig for pasienten å uttrykke sine behov (Jirwe m.fl. 2010).

- Kroppsspråk er nyttig som kommunikasjonsmåte. Viktig å ta seg tid til pasienten (Jirwe m.fl. 2010).

- Vanskelig å vite om pasienten forstår og oppfatter informasjon, spørsmål og så videre riktig (Kale m.fl. 2010).

- Språkbarrierer er en viktig årsak til at pasienter ikke kommer til avtalt tid, glemmer beskjeder og kommer uanmeldt (Kale m.fl. 2010).

- Sykdom kan gjøre språkbarrieren større (Kale m.fl. 2010).

- Språk og kommunikasjon er den største utfordringen en møter hos pasienter som kommer fra en annen kultur. Dette fører til dårlig kontakt og lite individualisert pleie (Lundberg m.fl. 2005).

- Vanskelig å uttrykke følelser, tanker og informere pasienten (Lundberg m.fl. 2005).

- Pasientene har et annet kroppsspråk (Lundberg m.fl. 2005).

### Vedlegg 3. Inkluderte artikler

Forfatter/ år/ Land	Hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltagere/ bortfall	hovedresultat
Cioffi (2003) Australia	Beskrive sykepleiers erfaringer i forhold til kommunikasjon med pasienter med forskjellig kultur og språk enn pleieren, i en akuttpleie situasjon.	Fortolkende- beskrivende Kvalitativ studie	23 sykepleiere fra avdelinger med 70% fremmedspråklige/-kulturelle pasienter. Sykepleierne har minst 5 års erfaring.	Tolk, tospråklige helsearbeidere og kombinasjon av flere ulike strategier ble brukt for å kommunisere med fremmedspråklige/ -kulturelle pasienter. Noen sykepleiere viste empati, respekt og vilje til å gjøre en innsats i kommunikasjonsprosessen med andre, som viste en etnosentrisk holdning
Cortis (2004) Storbritannia	Rapportere en gransking av sykepleieres erfaringer fra omsorg til innlagte pakistanske pasienter i Storbritannia.	Semi- strukturert intervju, Kvalitativ studie	500 potensielle deltagere, 50 sykepleiere ønsket å delta i studien. På grunn av bortfall ble det 30 deltagere i studien. Deltagerne er utdannede sykepleiere, de har pleiet pasienter med pakistansk bakgrunn de siste 3 månedene og de har minst 1 års erfaring.	Deltagerne hadde problemer med å forklare betydningen av spiritualitet , kultur og sammenhengen mellom dette og sykepleie. Forståelsen for det pakistanske miljøet var begrenset og utfordringer i forhold til møte med disse pasientene ble identifisert. Utilstrekkelig dekning av pasientens spirituelle behov og dårlig informasjon om hvordan man møter disse pasientenes behov, førte til dårligere pleie enn deltagerens forventinger.
Jirwe, Gerrish og Emami (2010) Sverige	Å utforske sykepleiestudenters erfaringer ved kommunikasjon med tverrkulturelle pasienter.	Semi- strukturert intervju, Kvalitativ studie	10 sykepleiestudenter, hvorav fem med svensk bakgrunn og fem med etnisk bakgrunn. Alle studentene snakker svensk og engelsk.	Tverrkulturell omsorg involverte møter med pasienter med annen bakgrunn enn sykepleieren. Sykepleiestudentene opplevde utfordringer med kommunikasjon med pasienter med ulikt språk enn seg selv. Dette førte til at omsorgen til

				<p>pasientene ble mekanisk og upersonlig. Studentene var redde for å gjøre feil. De manglet ferdigheter og selvtillit ved kommunikasjon med disse pasientene. Strategier de brukte for å overkomme disse kommunikasjons-barrierene var; slektniger som tolk, non-verbal kommunikasjon, bruk av gjenstander og gestikulering. Faktorer som påvirket kommunikasjonen, inkluderte studentens holdninger, kulturelle kunnskaper og livserfaringer.</p>
<p>Kalengayi, Hurtig, Ahlm og Ahlberg (2012) Sverige</p>	<p>Utforske de perspektiver og erfaringer helsepersonell har med omsorg til innvandrerpasienter.</p>	<p>Semi-strukturer Kvalitativ studie</p>	<p>10 helsepersonell, med ofte kontakt med innvandrerpasienter. Åtte svenske deltagere, en halvt svensk og en ikke-europeisk seltager</p>	<p>Tre temaer med komplekse og sammensatte utfordringer ble funnet; Det sosiokulturelle mangfoldet, språkbarrieren og utfordringene innvandrere står overfor i å navigere gjennom det svenske helsevesenet.</p>
<p>Kale, Ahlberg og Duckert (2010) Norge</p>	<p>Hvordan takler helsearbeidere språklige barrierer?</p>	<p>Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju</p>	<p>Den første gruppen, med åtte deltagere, ble rekruttert gjennom kontaktpersoner ved somaliske poster/avdelinger på tre forskjellige sykehus. Den andre gruppen deltok seks fagpersoner fra psykiatrisk divisjon ved ett av sykehusene. Gruppene var varierte med hensyn til alder, kjønn og kulturell og faglig bakgrunn.</p>	<p>Når språklige barrierer oppsto hersket det stor usikkerhet blant helsepersonell om hvorvidt pasienten hadde forstått innholdet i kommunikasjonen, og om en selv hadde oppfattet pasienten riktig. Pasienters motforestilling mot å bruke tolk, sammen med praktiske hindringer, kan være med på å høyne terskelen hos helsepersonell for å benytte profesjonell tolk i en hektisk arbeidsdag. Det er en tendens til å velge den lettest tilgjengelige måten å løse språklige barrierer på: å bruke familien, og venner som tolkere.</p>
<p>Le, Kale, Jareg og Kumar (2013) Norge</p>	<p>Gi et mer nyansert bilde på hvorfor det er et underforbruk av tolk.</p>	<p>Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju</p>	<p>To fokusgrupper.</p> <p>Fokusgruppe 1: Fem voksne pasienter (en mann og fire kvinner) født i Vietnam, nylig vært pasienter. Alder 20- 35 år og bodd i Norge i 4-20 år. Alle hadde behov for tolk.</p> <p>Fokusgruppe 2: Seks helsearbeidere fra</p>	<p>Tyder på et mangelfullt system for å fange opp, håndtere og følge opp tolkebehovet hos pasienter som snakker litt eller lite norsk.</p>

			Oslo universitetssykehus, en lege, en psykolog, to sykepleiere, en jordmor og en sosionom. To menn og fire kvinner. Tjenesteansienniteten var mellom 1-20 år.	
Lundberg, Bäckström og Widén (2005) Sverige	Beskrive svenske siste års sykepleiestudenters opplevelse av omsorg til pasienter med en annen kulturell bakgrunn.	Beskrivende kvalitativ studie. Åpne spørsmål til en generell undersøkelse av en større gruppe studenter, og en dyp semi-strukturert undersøkelse, med et mindre antall studenter for videre leting og bekreftelse.	Siste års sykepleiestudenter. Studentene følger samme studieplan og de har minst 3 perioder med klinisk praksis. Den ene gruppen på 107 (av 150) studenter til den generelle undersøkelsen. 15 studenter til den andre undersøkelsen med dybde-intervju. 84 prosent av deltagerne i studien var kvinner og 16 prosent menn. Alderen på deltagerne var fra 22 til 45 år.	Tre kategorier ble funnet; kulturell bevissthet, kulturell insuffisiens og kulturell nysgjerrighet. I følge funnene er studentene på nivå med Leningers første fase av transkulturell kunnskap.
MacCarthy, Cassidy, Graham og Touhy (2013) Irland	Beskrive sykepleierens opplevelser av språkbarrierer og bruken av tolk innenfor helsevesenet i Irland.	Beskrivende kvalitativ studie	23 påmeldte, på grunn av bortfall kun 7 deltagere i studien. Deltageren har erfaring med pleie av pasienter med annen kultur. Deltagerne har 3-30 års erfaring. Fem av deltagerne er sykepleiere og to er psykiatriske sykepleiere. Fem av deltagerne er kvinner og to er menn.	Det er utfordringer i å kommunisere med pasienter med annet morsmål enn pleieren. Deltagerne har bekymringer i forhold til kvaliteten på pleien hos disse pasientene. Bruk av tolk kan brukes til å formidle informasjon og vurdere omsorgen som er gitt, men det er utfordringer med å få tilgang og bruke tjenesten.
Nielsen og Birkelund (2009) Danmark	Undersøke sykepleierens erfaringer med å gi omsorg til pasienter som har en minoritetsbakgrunn.	Fortolkende og beskrivende kvalitativ studie	Fire sykepleiere med dansk bakgrunn, som jobber ved samme sykehus. De har minst 5 års erfaring og de var alle kvinner mellom 40-55 år	Studien viste tre fenomener som sykepleiere opplevde ved pleie til pasienter med minoritetsbakgrunn. Problemer med kommunikasjon, kultur og mat samt smerteterskel og kultur.
Nielsen, Krasnik, Michaelsen, Nørredam og Torres (2008) Danmark	Avdekke helsepersonells forskjeller ved vurderinger av og erfaringer med innvandrerpasienter med fokus på utvikling av utdannelse-initiativer.	Kvantitativ Metode, Spørreskjema	Spørreskjema sendt til sykepleiere, leger og assistenter ved Bispebjerg sykehus. Blant de 1012 mottagerne, var svarprosenten på 58.	Leger har hyppigere kontakt med innvandrerpasienter enn sykepleiere og assistenter. Leger brukte ofte tolk enn sykepleiere og assistenter og opplevde samtidig oftere behov for tolk, selv om det ikke var noen til rådighet. Det var generell interesse for at innvandrerpasienter skulle

				inngå i felles programmer forebygging, men spesielt leger og sykepleiere var tilhengere av programmer som imøtekommer innvandrerpasienters behov. Spesielt sykepleiere og assistenter ønsket videreutdanning innenfor dette området.
Richardson, Thomas og Richardson (2006) Storbritannia	Hvilke synspunkter og erfaringer har ansatte i helsevesenet, med omsorg for pasienter fra en minoritetsgruppe.	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju	250 helsepersonell fra macmillan , fikk invitasjon til studien, 44 ønsket dette. På grunn av forfall er det 28 deltagere i studien. Hvorav 22 er sykepleiere.	Pleiere var bekymret for at deres manglende evne til å kommunisere med pasienter, mente at de ikke var i stand til å gi god pleie. Dette fordi de ikke fikk utviklet et godt pleiepasient forhold. Deres erfaringer var at informasjon ofte ble tilbakehold ved bruk av tolk og familiemedlemmer, både fra pasientens side og tolkerens side. Pleierne ga uttrykk for dårlig kunnskap om pasientens kultur, som påvirket deres holdninger og atferd.
Vydelingum (2006) England	Beskrive sykepleiernes opplevelse av omsorg til sørasiatiske pasienter, i sykehus i den sørlige delen av England.	Kvalitativ studie Fokusgruppeintervju	90 helsearbeidere var inviterte til studien, 43 helsearbeidere fra 6 ulike avdelinger ble med i studien. Tre avdelingsledere, 22 sykepleiere og 18 assistenter.	Åtte hovedtemaer ble funnet: endringer i tjenesten, falsk bevissthet om rettferdighet, begrenset kunnskap om pasientens kultur, skyver fra seg ansvaret, verdsettelse av pårørende, fornektelse av rasisme, etnosentrisme og de sier de vet hva pasienten føler.