



Bachelorgradsoppgave

Sykepleie i det flerkulturelle møtet Nursing in multicultural encounters

Sykepleieres utfordringer i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper

Nurses' challenges in caring for patients from ethnic minority groups

Ane Brauten Urdal

Antall ord: 9977

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for Helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



ABSTRAKT

Introduksjon: Norge blir stadig et mer flerkulturelt samfunn, og pasienter med en annen kulturbakgrunn blir derfor også en økende pasientgruppe i det norske helsevesenet. Når sykepleiere og pasienter fra etniske minoritetsgrupper møtes kan det lett oppstå misforståelser på tvers av kulturgrensene. **Hensikt:** Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvilke utfordringer sykepleiere opplever i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper i sykehus, samt bakgrunnen for disse utfordringene. **Metode:** Et allment litteraturstudie basert på vitenskapelige artikler som belyste oppgavens hensikt ble utført. Artiklene ble gransket og analysert tematisk. **Resultat:** Funnene viste at sykepleiere opplevde utfordringer knyttet til kommunikasjon, pasientenes kulturelle atferd og normer, pårørendes rolle i omsorgsutøvelsen og sykepleiernes mangel på kulturell kunnskap. **Diskusjon:** Utfordringene som sykepleiere opplevde i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper kan relateres til forskjeller i de ulike partenes kultur, samt manglende opplæring i bruk av hjelpemidler i omsorgsutøvelsen blant sykepleiere. Funnene indikerer også at sykepleiere har mangel på kulturell kunnskap, som regnes som en forutsetning for å utøve omsorg til pasientene. Kultur er imidlertid en dynamisk prosess, og like viktig i sykepleieutøvelsen er dermed sykepleieres evne til å møte mennesket som et unikt individ. **Konklusjon:** Sykepleieres opplevde utfordringer i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper påvirker deres evne til å utøve helhetlig omsorg til pasientene i stor grad. For å sikre et likeverdig helsetilbud til pasienter fra etniske minoritetsgrupper må sykepleiefaget derfor tilføres økt kunnskap og kompetanse.

Nøkkelord: kultur, kulturell kunnskap, kommunikasjon, sykehus, litteraturstudie

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon.....	1
1.1	Hensikt	2
2.0	Metode.....	3
2.1	Litteraturstudie som metode.....	3
2.2	Utvalget.....	3
2.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	3
2.4	Etiske overveielser	4
2.5	Analyse	4
3.0	Resultat	6
3.1	Kommunikasjonsutfordringer	6
3.2	Kulturell atferd og kulturelle normer	9
3.3	Pårørendes rolle.....	10
3.4	Mangel på kulturell kunnskap.....	11
4.0	Diskusjon	13
4.1	Resultatdiskusjon	13
4.1.1	Kommunikasjonsutfordringer	14
4.1.2	Kulturell atferd og kulturelle normer	20
4.1.3	Pårørendes rolle.....	22
4.1.4	Mangel på kulturell kunnskap.....	24
4.2	Metodediskusjon	27
4.2.1	Søkestrategi	27
4.2.2	Utvalget.....	28
5.0	Konklusjon.....	31
5.1	Implikasjoner for sykepleie.....	31
	Litteraturliste	33
	Vedlegg 1 – Oversikt over søkestrategier	
	Vedlegg 2 – Oversikt over inkluderte artikler	
	Vedlegg 3 – Analyse	

1.0 Introduksjon

Ved årsskiftet 2013-2014 ble det registrert 57800 flere bosatte innbyggere i Norge, og hele 69 % av disse tallene skyldtes innvandring (Statistisk Sentralbyrå 2014). Innvandrere sto for 12 % av folketallet i Norge per 1. Januar 2013 (Statistisk Sentralbyrå 2013a). 54 % av disse innvandrerne stammer fra Europa, 29 % fra Asia, 11 % fra Afrika og 5 % fra det amerikanske kontinentet. De vanligste årsakene til innvandring til Norge er kjærlighet, familie, jobb, konflikter, krig, fattigdom, adopsjon og utdannelse (Statistisk Sentralbyrå 2013b).

Statistisk Sentralbyrå (2013a) definerer innvandrere som

”personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre”.

Tidligere ble innvandrerguppen ofte inndelt i to hovedkategorier, vestlige og ikke-vestlige innvandrere. Mens vestlige innvandrere ble oppfattet som nokså like som den norske majoritetsbefolkningen, eksisterte det større forskjeller mellom ikke-vestlige innvandrere fra Asia, Afrika, Mellom-Amerika og Øst-Europa og den etnisk norske befolkningen (Den Norske Legeforening 2008). Denne inndelingen har imidlertid mottatt kritikk den siste tiden da det oppfattes som et verdiladet skille mellom mennesker. Det finnes store forskjeller internt innen disse to gruppene og betegnelsen kan dermed oppleves som stigmatiserende for hele grupper (Høydahl 2008).

I dette litteraturstudiet vil betegnelsen etniske minoritetsgrupper derfor benyttes. Etniske minoritetsgrupper betegnes som en gruppe med lett oppfattbare særtrekk med hensyn til for eksempel kultur, språk, religion og hudfarge (NOU 2000:14). Innvandrere kan dermed beskrives som etniske minoritetsgrupper ved at de er i etnisk, religiøs og språklig mindretall som skiller seg fra majoriteten. Betegnelsen pasienter fra fremmede kulturer vil også benyttes, og med det menes individer som har en annen kulturell bakgrunn enn sykepleierne.

Med kultur forstås de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre som mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn (Magelssen 2008). Kultur beskrives også som den mest

omfattende, helhetlige og universelle funksjonen hos mennesket (Leininger og McFarland 2006).

Et individs kulturelle bakgrunn påvirker en rekke aspekter ved et individs liv, deriblant ens tro, atferd, språk, religion, familiestruktur, matvaner, og ikke minst ens holdninger knyttet til sykdom og smerte (Helman 2007). Alle disse aspektene vil dermed også ha implikasjoner for individets helse og sykepleieres omsorgsutøvelse.

Statistikken viser at Norge stadig blir et mer flerkulturelt samfunn, og pasienter med en annen kulturell bakgrunn er derfor også en økende pasientgruppe i det norske helsevesenet (Rødal 2012). Dette innebærer at sykepleiere i større grad vil befinne seg i flerkulturelle møter i sin arbeidshverdag.

De offentlige helsetjenestene i Norge skal gi et helsetilbud til innvandrere på lik linje med befolkningen for øvrig (Kommunal- og arbeidsdepartementet 1996-97). Dette vektlegges også i ICN (2012) som beskriver at sykepleiere skal utøve omsorg uavhengig av individets hudfarge, trosoppfatning, kultur, nasjonalitet eller etniske bakgrunn, og at omsorgen skal være basert på respekt for menneskerettighetene og menneskets tro, verdier og skikker. I følge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er sykepleiere også forpliktet til å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (NSF 2011).

Når sykepleiere og pasienter fra fremmede kulturer møtes i en norsk sykehuskultur kan det lett oppstå misforståelser og mistolkninger på tvers av kulturgrensene (Hanssen 2011). En undersøkelse gjort av det danske tidsskriftet Sygeplejersken viste at hele 9 av 10 sykepleiere opplevde pasienter med innvandrerbakgrunn som en belastning for personalet (Troelsen 2006). I et annet studium ble det presentert funn som viste at 75 % av sykepleierne synes det var annerledes å arbeide med pasienter fra etniske minoritetsgrupper enn med etnisk norske pasienter. 25 % uttrykte også at de opplevde usikkerhet i situasjoner med pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn (Alpers og Hanssen 2008).

1.1 Hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvilke utfordringer sykepleiere opplever i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper i sykehus. Litteraturstudiet vil også belyse bakgrunnen for disse utfordringene.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Metode betegnes som en fremgangsmåte for å innhente kunnskap, og begrunnelse for valg av metode er at den belyser valgt tema på en måte som er faglig interessant (Dalland 2006). Denne oppgaven er et allment litteraturstudie som innebærer at man systematisk søker, kritisk gransker og sammenstiller vitenskapelig litteratur innen et valgt tema. Formålet med et slikt litteraturstudie er å sammenstille en beskrivende bakgrunn som motiverer utførelsen av et empirisk studie eller beskriver kunnskapsgrunnlaget for et visst område (Forsberg og Wengström 2013).

2.2 Utvalget

Fremgangsmetoden for å finne artikler til dette litteraturstudiet var å foreta ulike søk i vitenskapelige databaser som Medline, SweMed og Cinahl. Første steg var å finne søkeord som var relevante for litteraturstudiets hensikt. Se vedlegg 1 for en oversikt over brukte søkeord. Det ble utført flere søk med ulike kombinasjoner av søkeordene i de ulike databasene. En oversikt over litteraturstudiets søkestrategier ligger vedlagt (Vedlegg 1).

Når søket resulterte i et visst antall treff ble først artiklenes titler lest. Dersom en artikkels tittel ble ansett som relevant for litteraturstudiets hensikt ble deretter artikkelens abstrakt lest. Til slutt ble artikler med relevant abstrakt gransket i full tekst. Artiklene som ikke ble ansett som relevante ble deretter forkastet, mens artiklene som ble ansett som å tilføre litteraturstudiet noe nyttig ble inkludert.

Til sammen ble 13 artikler ansett som relevante for litteraturstudiets hensikt og dermed inkludert. En av disse ble funnet manuelt ved håndsøk i de andre valgte artiklene. Se vedlegg 1 for fremgangsmetode ved håndsøk. Vedlagt ligger også en oversikt over inkluderte artikler (Vedlegg 2).

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for inkluderte artikler har vært at de er originalartikler og at de omhandler sykepleieres opplevelser i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper. Nasjonale minoritetsgrupper har blitt ekskludert da litteraturstudiet har fokus på internasjonale etniske minoritetsgrupper. Kun artikler som har utført forskning i sykehus med utfordringer på klinisk nivå er inkludert. Studier i primærhelsetjenesten og på

organisatorisk nivå ble dermed ekskludert. Litteraturstudiet tar for seg sykepleieres møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper generelt, og det har derfor ikke blitt satt noen avgrensninger i forhold til sykdom eller tilstand blant pasientene. I og med at dette litteraturstudiet belyses fra et sykepleieperspektiv har artikler med pasient- og pårørendeperspektiv blitt ekskludert.

Avgrensninger i litteratursøket var blant annet at artiklene var publisert fra år 2005-2014 for å få den nyeste og mest oppdaterte forskningen. Andre avgrensninger var at artiklene var skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk og at de var tilgjengelige i databasene som abstrakt og i fulltekst. Det ble ikke gjort avgrensninger i forhold til kjønn eller alder.

2.4 Ethiske overveielser

På samme måte som man tar hensyn til etikk i sykepleieutøvelsen, må etikk vektlegges i forskning. Forskningens mål om å innhente ny kunnskap skal ikke foregå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland 2006). Når mennesker benyttes som forskningsdeltagere må forsiktighet derfor utvises for å sikre at deltageres rettigheter er beskyttet (Polit og Beck 2010).

Det ble tilstrebet å velge artikler som har fått godkjenning av etisk komité, og dermed er i tråd med de etiske retningslinjer for forskning. De utvalgte artiklene ble også inkludert på bakgrunn av at de belyser litteraturstudiets hensikt på en god og objektiv måte, og at de anses som å tilføre oppgaven noe vesentlig.

Plagiat er unngått ved at forfatternes bidrag anerkjennes ved å benytte korrekt kildehenvisning. Det tas forbehold om at det kan ha forekommet mistolkninger i oversettelsen av utvalgets funn, da alle inkluderte artikler er skrevet på engelsk og ble oversatt til norsk. Dette er imidlertid forsøkt unngått etter beste evne.

2.5 Analyse

Tekstanalysen som er foretatt i dette litteraturstudiet er inspirert av en manifest innholdsanalyse. En innholdsanalyse kjennetegnes ved at man systematisk og stegvis klassifiserer data for å lettere kunne identifisere mønster og tema (Forsberg og Wengström 2013). Analysen i dette litteraturstudiet er utført gjennom fire steg. Første steg bestod av å identifisere meningsbærende enheter i utvalget som belyste litteraturstudiets hensikt. De meningsbærende enhetene ble deretter kodet og utviklet til subkategorier. Subkategoriene

ble deretter grunnlaget for litteraturstudiets hovedkategorier som presenteres som overskrifter i resultatdelen. Disse kategoriene vil også utgjøre grunnlaget for diskusjon. Vedlagt ligger en oversikt over utført innholdsanalyse (Vedlegg 3).

3.0 Resultat

Følgende kategorier ble funnet gjennom innholdsanalysen og vil utgjøre grunnlaget for litteraturstudiets resultat: kommunikasjonsutfordringer, kulturell atferd og kulturelle normer, pårørendes rolle og mangel på kulturell kunnskap.

3.1 Kommunikasjonsutfordringer

Sykepleierne uttrykte at mange pasienter fra etniske minoritetsgrupper ikke snakket eller forstod "landsspråket", og at de betraktet dette som en stor utfordring (Nielsen og Birkelund 2009). Sykepleierne indikerte også at språk og kommunikasjon var årsaken til de største problemene i omsorgsutøvelsen hos pasienter fra fremmede kulturer (Lundberg m.fl. 2005). Sykepleierne vektla kommunikasjon som en forutsetning for god sykepleie, og opplevde dermed at sykepleieutøvelsen og møtet mellom sykepleier og pasient var utilfredsstillende som et resultat av mangel på kommunikasjon (Jirwe m.fl. 2010). Flere sykepleiere rapporterte at mangel på delt språk vanskeliggjorde deres evne til å utøve helhetlig sykepleie (Cioffi 2005). Sykepleierne beskrev også at mangel på enkel kommunikasjon påvirket deres evne til å bygge relasjoner med pasientene (Richardson m.fl. 2006), vanskeliggjorde god kontakt med pasientene og påvirket sykepleierens evne til å utøve individualisert sykepleie (Lundberg m.fl. 2005). Det sosiale samspillet sykepleierne vanligvis ville deltatt i ved utførelse av prosedyrer hos pasienter med delt språk manglet i samhandling med pasienter fra fremmede kulturer, og dette bidro til at omsorgsutøvelsen ble mer mekanisk og upersonlig (Jirwe m.fl. 2010).

Sykepleierne opplevde også utfordringer knyttet til kommunikasjon i forhold til deres profesjonelle plikt til å gi forståelig informasjon til pasienter og pårørende (Høye og Severinsson 2009a, Jirwe m.fl. 2010). Selv om sykepleierne la stor vekt på å gi tilstrekkelig informasjon uttrykte de usikkerhet i forhold til om pasienter og pårørende forstod informasjonen som ble formidlet (Hultsjö og Hjelm 2005, Høye og Severinsson 2008, Ozolins og Hjelm 2003). Sykepleierne uttrykte blant annet at de var bekymret for at pasientene ikke forstod informasjon som ble gitt i forhold til blant annet diagnose, behandling og eventuelle bivirkninger av medikamenter (Richardson m.fl. 2006).

Sykepleierne beskrev at språkbarrieren begrenset informasjonsformidlingen mellom sykepleier og pasient (Hultsjö og Hjelm 2005), og at dette førte til en anstrengt kommunikasjonsprosess og begrensede samtaler mellom sykepleier og pasient (McCarthy

m.fl. 2013). Sykepleierne uttrykte bekymring både for at pasientene og de selv ikke var i stand til å formidle sine tanker og følelser (Jirwe m.fl. 2010, Lundberg m.fl. 2005). Den begrensede informasjonsformidlingen mellom sykepleier og pasient medførte også at sykepleierne følte seg ukomfortable, da de gjerne ønsket å hjelpe pasienten, men ikke visste hvor de skulle begynne (McCarthy m.fl. 2013). Kommunikasjonsbarrieren mellom sykepleier og pasient førte også til utfordringer knyttet til kartlegging av pasienten (Hultsjö og Hjelm 2005, McCarthy m.fl. 2013).

Sykepleierne uttrykte at det var vanskelig å utøve omsorg til pasientene når de ikke hadde evnen til å forklare hva de gjorde (Cioffi 2003, Lundberg m.fl. 2005). Mangel på delt språk mellom sykepleier og pasient førte i tillegg til at sykepleierne hadde mindre tid til å utøve omsorg til andre pasienter, fordi språkbarrieren som var tilstede i samhandling med pasienter fra fremmede kulturer krevde mye tid (Nielsen og Birkelund 2009). Enkelte sykepleiere beskrev også at de opplevde en intern motstand i møte med pasienter fra fremmede kulturer, ikke basert på fordommer, men på bakgrunn av deres forventninger om at det ville kreve ekstra tid og innsats (Richardson m.fl. 2006).

Sykepleierne opplevde utfordringer med å få tilgang på profesjonell tolk som kunne oversette informasjon mellom pasient og sykepleier (Richardson m.fl. 2006). Utfordringene var særlig tilstede når man skulle skaffe tolk som kunne oversette for mindre vanlige minoritetsgrupper (Cioffi 2003, Hultsjö og Hjelm 2005) og på helg- og nattestid (Cioffi 2003, Hultsjö og Hjelm 2005, Nielsen og Birkelund 2009). Det var også problematisk å skaffe tolk på kort varsel (Cioffi 2003, Nielsen og Birkelund 2009, Richardson m.fl. 2006), noe som resulterte i at sykepleierne ofte måtte utøve omsorg uten bruk av tolk som ressurs over en periode (Cioffi 2003).

Sykepleierne beskrev også at det i stor grad kun var leger som benyttet seg av profesjonell tolk i flerkulturelle møter (Jirwe m.fl. 2010), og at de selv benyttet tolk i begrenset grad på grunn av at dette medførte økonomiske kostnader for sykehuset (Jirwe m.fl. 2010, Nielsen og Birkelund 2009).

Ved bruk av profesjonell tolk opplevde sykepleierne flere utfordringer, blant annet i forhold til hva tolkene faktisk oversatte til pasientene og frykt for at de kunne tilbakeholde viktig informasjon (Richardson m.fl. 2006), tolkens mangel på kunnskap om medisinsk terminologi

og omsorgsaspektet (Lundberg m.fl. 2005, McCarthy m.fl. 2013), mangel på formidling av "underliggende beskjeder" som sykepleiere vanligvis ville formidlet via kroppsspråk og toneleie (Richardson m.fl. 2006), samt utfordringer knyttet til sykepleierens taushetsplikt (Cioffi 2003).

Bruk av profesjonell tolk kunne også føre til situasjoner der pasientene tilbakeholdt viktig informasjon, blant annet på grunn av at pasientene fryktet å bli kilde til sladder i samfunnet dersom de delte for mye informasjon om seg selv til en tolk av samme etniske bakgrunn (Cioffi 2003, Richardson m.fl. 2006).

Sykepleierne uttrykte at de ofte måtte benytte familiemedlemmer som tolk på grunn av at profesjonelle tolker ofte var utilgjengelig (Høye og Severinsson 2009a), men uttrykte at dette medførte flere utfordringer. Sykepleierne uttrykte situasjoner der barn ble brukt som tolk som særlig problematisk (Nielsen og Birkelund 2009, Richardson m.fl. 2006), men bruk av voksne familiemedlemmer ble også opplevd som problematisk da sykepleierne følte det var urettferdig overfor de involverte (Richardson m.fl. 2006).

Bruk av familiemedlemmer som tolk kunne blant annet føre til at pasienten tilbakeholdt viktig informasjon ved at de ikke ønsket å formidle privat informasjon til sine pårørende (Nielsen og Birkelund 2009, Richardson m.fl. 2006). Sykepleierne opplevde også situasjoner der pårørende tilbakeholdt informasjon for sykepleierne (Jirwe m.fl. 2010, McCarthy m.fl. 2013), og de følte derfor at de var vanskelig å stole på som oversettere (Hultsjö og Hjelm 2005). Sykepleierne uttrykte blant annet utfordringer knyttet til situasjoner der de følte at familiemedlemmene ikke alltid oversatte all informasjon som ble gitt og at essensiell informasjon dermed ble utelatt (Hultsjö og Hjelm 2005, Jirwe m.fl. 2010) og situasjoner der pårørende ga svar på sykepleierens spørsmål uten å spørre pasientene (Ozolins og Hjelm 2003). Sykepleierne opplevde derfor at pårørende ofte kunne ta over situasjonen når de ble benyttet som tolk, som begrenset utviklingen av sykepleier-pasient-relasjonen (Jirwe m.fl. 2010, Richardson m.fl. 2006).

Selv når familiemedlemmer ble benyttet som tolk uttrykte sykepleierne at de opplevde utfordringer med å forstå pasientenes tanker og følelser (Lundberg m.fl. 2005). En annen utfordring enkelte sykepleiere rapporterte om var situasjoner der familiemedlemmer var motvillige til å fungere som tolk mellom sykepleier og pasient (Jirwe m.fl. 2010).

3.2 Kulturell atferd og kulturelle normer

Flere av sykepleierne uttrykte at pasienter fra fremmede kulturer hadde annen atferd enn de var vant til (Dellenborg m.fl. 2012, Hultsjö og Hjelm 2003, Lundberg m.fl. 2005). Deres kulturelle atferd ble blant beskrevet som mer dramatisk, i større grad styrt av regler, ritualer og religion (Dellenborg m.fl. 2012) og bestående av ulikt kroppsspråk og bevegelser (Lundberg m.fl. 2005). På bakgrunn av pasientenes atferd uttrykte sykepleierne utfordringer knyttet til å tolke pasientenes symptomer og vurdere deres tilstand (Dellenborg m.fl. 2012, Hultsjö og Hjelm 2005), deres mangelfulle forståelse av pasientenes ønsker (Lundberg m.fl. 2005), bekymring for å mistolke situasjonen (Ozolins og Hjelm 2003) og at det lett kunne oppstå misforståelser mellom sykepleier og pasient (Lundberg m.fl. 2005).

Pasientenes kulturelle atferd ble særlig ansett som en utfordring når sykepleierne skulle kartlegge pasientenes smertenivå. Sykepleierne uttrykte at pasienter fra fremmede kulturer i stor grad var høylytte og dramatiske når de uttrykte smerte (Cioffi 2003, Hultsjö og Hjelm 2003). Pasientenes uttrykk ble opplevd som vanskelige å tolke, og spesielt i forhold til sykepleiernes vurdering av pasientenes troverdighet og deres faktiske behov for smertestillende (Høye og Severinsson 2009a, Lundberg m.fl. 2005, Nielsen og Birkelund 2009). Noen sykepleiere uttrykte også at pasientenes høylytte smerteutbrudd ble opplevd som irriterende da det kunne være forstyrrende for andre pasienter ved avdelingen (Nielsen og Birkelund 2009). Sykepleierne beskrev også utfordringer knyttet til smertekartlegging når pasientene i liten grad ga uttrykk for smerte, som ga implikasjoner for sykepleieutøvelsen ved at de måtte observeres i større grad (Cioffi 2003).

Et flertall av sykepleierne rapporterte om utfordringer knyttet til pasientenes kulturelle syn på kjønnsroller, som ga implikasjoner for deres sykepleieutøvelse (Dellenborg m.fl. 2012, Cioffi 2006, Hultsjö og Hjelm 2005, Høye og Severinsson 2008, Lundberg m.fl. 2005).

Kvinnelige sykepleiere opplevde blant annet at mannlige pasienter var motvillige til å motta omsorg fra kvinner, noe sykepleierne oppfattet som et personlig angrep. Spesielt situasjoner der mannlige muslimske pasienter nektet å ta kvinnelige sykepleiere i hånda produserte en følelse av å bli lite respektert både som sykepleier og kvinne blant deltagerne (Dellenborg m.fl. 2012). Mannlige sykepleiere var i motsetning til dette vant til at kvinnelige pasienter fra fremmede kulturer ikke ønsket hjelp fra dem, og opplevde dermed ikke dette som et symbol for manglende respekt. Mannlige sykepleiere opplevde imidlertid dette som frustrerende da det hindret dem i å utøve sitt yrke og i visse situasjoner tvang dem inn i en atferd som de

ikke var komfortable med. Sykepleierne uttrykte at de i slike tilfeller inntok en mer profesjonell holdning som omsorgsutøver, og opplevde at sykepleieutøvelsen da ble mer teknisk og mindre emosjonell, noe de ikke ønsket (Dellenborg m.fl. 2012).

Pasientenes og pårørendes syn på kjønnsroller innad familien ble også opplevd som en utfordring. Sykepleierne anså blant annet kvinnelige muslimske pasienter som vanskelig å nå, da de følte at de var gjemt bak mannens kontroll (Dellenborg m.fl. 2012).

Sykepleierne beskrev også utfordringer knyttet til at pasienter fra fremmede kulturer ofte hadde en sykdomsforståelse som var forskjellig fra deres egen (Nielsen og Birkelund 2009). Når sykepleierne ble konfrontert med nye og ulike måter å mestre sykdom, død og dødsfall på kunne dette føre til en opplevelse av angst blant sykepleierne (Richardson m.fl. 2006). Pasientenes kulturelle forståelse av helse og sykdom ble blant annet synlig når pasienter og pårørende avsto behandling og hjelp som ble tilbudt, og i forhold til pasientenes bruk av eller ønske om bruk av naturmedisin og alternativ behandling som kunne skape konflikt med sykepleiernes tidligere kunnskap (Ozolins og Hjelm 2003). Sykepleierne opplevde også at individets trossystem påvirket pasientenes beslutning om å motta adekvat behandling (Richardson m.fl. 2006).

Forskjellige kulturelle normer ble opplevd som årsak til at det oppstod et anstrengt forhold mellom sykepleier og de fremmedkulturelle familiene, og sykepleierne uttrykte bekymring for å bryte disse kulturelle normene ubevisst og dermed begå "kulturelle feil" (Jirwe m.fl. 2010, Richardson m.fl. 2006). Sykepleierne uttrykte at dette noen ganger førte til at de unngikk samhandling med pasientene fordi de ville unngå å fornærme dem og deres kultur (Jirwe m.fl. 2010).

3.3 Pårørendes rolle

Sykepleierne opplevde at pasienter fra fremmede kulturer hadde en mer utvidet familiestruktur, og at det oppstod utfordringer når pårørende var på besøk i et stort antall til samme tid (Cioffi 2006, Høye og Severinsson 2008, Høye og Severinsson 2009a, Lundberg m.fl. 2005, Nielsen og Birkelund 2009). Utfordringene oppstod blant annet når pårørendes tilstedeværelse hindret sykepleiernes utøvelse av prosedyrer i pasientrommet, når de opptok mye plass av avdelingens fellesarealer som medførte begrenset oppholdsrom for andre pasienter og pårørende ved avdelingen, samt utfordringer knyttet til pårørendes høylytte uttrykk for følelser og religiøse og praktiske regler ved blant annet sorg som kunne

oppleves som skremmende for andre pasienter (Høye og Severinsson 2008). Sykepleierne rapporterte at de ofte måtte skjerme andre pasienter ved avdelingen for å kontrollere det kliniske miljøet og gi pasientene rom for ro og hvile, særlig når pasientene lå på fellesrom (Høye og Severinsson 2008, Høye og Severinsson 2009a, Nielsen og Birkelund 2009). I tillegg uttrykte sykepleierne at de ofte måtte begrense antall pårørende som var tilstede for å opprettholde avdelingens rutiner og av hensyn til andre pasienter (Høye og Severinsson 2008).

Pasientenes pårørende ble også beskrevet som aggressive (Cioffi 2005), krevende og til og med farlige ved at de ble oppfattet som å ha manglende innsikt i pasientenes tilstand (Dellenborg m.fl. 2012). Sykepleierne rapporterte også om at noen pårørende hadde mangel på respekt for avdelingens besøkstider (Cioffi 2005, Høye og Severinsson 2009a), men erkjente at dette kunne være et resultat av pårørendes mangelfulle forståelse av informasjonen som hadde blitt gitt (Høye og Severinsson 2009a).

Enkelte sykepleiere beskrev utfordringer knyttet til noen pasienters begrensede eller manglende sosiale nettverk, som hindret sykepleiernes bruk av familiemedlemmer som informasjonskilde (Hultsjö og Hjelm 2005). Pårørende ble derfor betraktet som en ressurs for pasientene i visse situasjoner (Dellenborg m.fl. 2012).

3.4 Mangel på kulturell kunnskap

Sykepleierne beskrev kulturell kunnskap som en forutsetning for å utøve omsorg til pasienter fra fremmede kulturer (Cioffi 2005). I møte med pasienter og pårørende fra fremmede kulturer uttrykte flere sykepleiere at de hadde manglende kunnskap om kultur og religion (Høye og Severinsson 2008, Lundberg m.fl. 2005, Richardson m.fl. 2006). De opplevde blant annet at deres kunnskap om kulturelle og religiøse verdier var begrenset (Høye og Severinsson 2008), at de hadde mangel på kulturell kunnskap som var nødvendig for å utøve helhetlig omsorg til pasientene og forstå deres spesielle ritualer (Hultsjö og Hjelm 2005), og at de hadde mangel på opplæring for hvordan de skulle håndtere etnisk, religiøst og kulturelt mangfold (Richardson m.fl. 2006). Flere av sykepleierne uttrykte også at deres utdanning hadde vært utilstrekkelig i forhold til kunnskapen og forståelsen som var nødvendig for å utøve omsorg til pasientene (Cioffi 2005).

Noen sykepleiere uttrykte også at selv om de hadde kunnskap om ulike kulturelle grupper opplevde de utfordringer i møte med pasienter fra fremmede kulturer fordi de erfarte at det var mange individuelle forskjeller innen en kultur (Richardson m.fl. 2006).

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Litteraturstudiets funn viser at sykepleierne opplevde flere utfordringer i det flerkulturelle møtet, og at dette i stor grad påvirket deres evne til å utøve helhetlig sykepleie.

Utfordringene oppstod på grunn av kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleier og pasient, pasient og pårørendes ulike kulturelle atferd og kulturelle normer, pårørendes rolle, samt sykepleiernes mangel på kulturell kunnskap. Utvalgte funn innen disse områdene vil nå drøftes opp mot Camphina-Bacotes omsorgsmodell kalt "The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services".

Camphina-Bacotes (2007) modell beskriver hvordan kulturell kompetanse kan innarbeides i helsetjenesten, og er en metode som helsepersonell kan benytte som et rammeverk for utvikling og implementering av kulturell kompetanse. Kulturell kompetanse beskrives som den pågående prosessen der helsepersonell kontinuerlig streber etter evnen til å arbeide effektivt innen pasienters kulturelle kontekst. Camphina-Bacote vektlegger kulturell kompetanse som en essensiell forutsetning for å utøve effektiv og kulturelt tilpasset omsorg til pasienter fra fremmede kulturer.

Betydningen av kulturell kompetanse blant helsepersonell presenteres også i andre studier som har vist at det bidrar til bedre pasientautonomi, bedre pasientopplevelser og bedre pasientutfall (Leever 2011, Weech-Maldonado m.fl. 2012).

Modellen innebærer at helsepersonell må ha en bevisst integrering av kulturell lyst, kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kulturelle ferdigheter og kulturelle møter (Camphina-Bacote 2007).

- Kulturell lyst defineres som helsepersonells indre motivasjon til å ønske, heller enn å være nødt til å engasjere seg i prosessen av å bli kulturelt kompetent
- Kulturell bevissthet innebærer at man utforsker hvilke stereotypier, fordommer og antagelser man har om personer som er ulik seg selv
- Kulturell kunnskap er prosessen der man søker og innhenter en kunnskapsbase om ulike kulturelle grupper

- Kulturelle ferdigheter er evnen til å innhente relevant informasjon som omhandler pasientens problem, og utøve en kulturelt basert vurdering av pasienten på en kulturelt sensitiv måte
- Kulturelle møter er situasjoner der man er i direkte samspill med pasienter fra forskjellige kulturer

4.1.1 Kommunikasjonsutfordringer

Litteraturstudiets funn viser at flertallet av sykepleierne opplevde språkbarrierer og problemer knyttet til kommunikasjon som hovedutfordringer i det flerkulturelle møtet. Disse funnene understøttes av Troelsen (2006) som viser at hele 91 % av sykepleierne uttrykte at språklige problemer var hovedårsaken til utfordringene som oppstod i samhandling med pasienter med innvandrerbakgrunn.

Sykepleierne vektla kommunikasjon som en forutsetning for god sykepleie, og kommunikasjonsutfordringene mellom sykepleier og pasient medførte dermed problemer i sykepleieutøvelsen. Dette bekreftes av tidligere litteratur som viser at språkbarrieren blant annet har negative effekter på tilgjengeligheten av omsorg, kvaliteten på omsorgen som utøves, pasienttilfredshet og pasientens helseutfall (Bischoff 2006). Språklige barrierer mellom pasient og sykepleier kan også medføre større risiko for feildiagnose og feilbehandling, økt frustrasjon og utrygghet hos pasienter og pårørende og svekket tillit til helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2011).

Kommunikasjon kan enkelt defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide 2007). I følge Travelbee (1999) er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste redskaper for å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person, og dette er essensielt for at de tiltakene sykepleieren iverksetter er i samsvar med pasientens behov. Bærebjelken i relasjonen er at sykepleieren har fokus på at den hjelpende kommunikasjon skal være pasientrettet. Dette innebærer blant annet å lytte til pasienten og formidle informasjon på en måte som er forståelig (Damsgaard 2010).

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 vektlegges pasientens og brukerens rett til informasjon:

“Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger”.

Denne pasientrettigheten medfører en tilsvarende plikt for helsepersonell, som også vektlegges i helsepersonelloven § 10 (1999). I følge ICN (2012) skal sykepleiere sørge for at den enkelte pasient mottar presis, tilstrekkelig og tidsriktig informasjon på en kulturelt tilpasset måte. Informasjonen skal også være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

Selv om sykepleierne la stor vekt på å gi tilstrekkelig informasjon til pasientene og deres pårørende, viser resultatene at sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til sin informasjonsplikt. Funnene bekreftes av Hanssen (2011) som hevder at forskjeller i de to kommuniserende partenes kultur vanskeliggjør kommunikasjonen mellom sykepleiere og pasienter fra etniske minoritetsgrupper.

Resultatene viser at mangel på felles kommunikasjon mellom sykepleier og pasient også påvirket pasientens evne til å uttrykke sine ønsker og behov. Pasientens rett til medvirkning står sterkt i den norske helse- og omsorgstjenesten og vektlegges blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999). God informasjon er imidlertid en forutsetning for at pasienten skal tilegne seg et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å forstå situasjonen, og dermed medvirke og samarbeide med helsepersonell om faglige beslutninger og tiltak (Brataas 2003). Pasientens rett til informasjon utgjør også grunnlaget for pasientens samtykke til omsorg og behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). På bakgrunn av forskjeller i sykepleierens og pasientens kultur, og dermed deres tolkning av informasjon, kan sykepleiere oppleve vanskeligheter med å innfri kravene til informasjonsformidling. Ved at kommunikasjon og informasjonsformidling utgjør sentrale aspekter ved sykepleieutøvelsen, kan dette produsere en følelse av utilstrekkelighet blant sykepleiere.

Språk og kultur er to uatskillelige enheter. Kommunikasjon kan aldri sees som uavhengig av sosial, historisk og kulturell kontekst som utgjør rammer for hvordan de kommuniserende partene tolker meningsinnhold (Hanssen 2005). Man sier ofte at informasjon tolkes gjennom ulike filtre i kommunikasjonsprosesser. Både kjønn, alder, utdanning og status, samt kultur omtales som slike filtre (Lakou 2008). Jo større forskjell det er mellom de kommuniserende

partenes kultur, bakgrunnskunnskaper og ideologi, desto vanskeligere blir dermed kommunikasjonen (Hanssen 2005).

I Camphina-Bacotes (2007) omsorgsmodell vektlegges kulturelle møter som en forutsetning for å utøve kulturelt kompetent sykepleie. Målet med kulturelle møter er blant annet å formidle og motta verbal og nonverbal kommunikasjon nøyaktig og passende i enhver kulturelle sammenheng. Camphina-Bacote (2007) bekrefter imidlertid litteraturstudiets funn ved å hevde at språklige forskjeller forsterker de kulturelle forskjellene som vanskeliggjør kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. På bakgrunn av dette krever kulturelle møter språklig kompetanse. Språklig kompetanse defineres som en organisasjons og organisasjonens medlemmers, i denne sammenheng sykehusets og sykepleiernes, evne til å kommunisere effektivt og formidle informasjon på en måte som er forståelig for alle mottagere, uansett bakgrunn.

En ressurs som kan brukes for å støtte ens språklige kompetanse er bruk av tolk. Når språkproblemer utgjør en utfordring for sykepleiere anbefales derfor bruk av profesjonelle tolker (Camphina-Bacote 2007). Dette bekreftes av Lakou (2008) som hevder at når to parter skal kommunisere med hverandre, men mangler et felles språk, er tolken et nødvendig mellomledd. Talking beskrives som overføring av muntlige ytringer mellom to språk, der budskapet til den som ytrer seg formidles slik at informasjonen forstås av den andre parten (Jareg og Pettersen 2006). Kommunikasjon gjennom tolk kan være avgjørende for å utøve forsvarlig helsehjelp og sikre at pasienter og pårørende mottar nødvendig informasjon og veiledning. Kommunikasjon via tolk vil også medføre bedre og sikrere behandling og bedre pasienttilfredshet (Helsedirektoratet 2011).

Litteraturstudiets funn viser imidlertid at sykepleierne opplevde en rekke utfordringer knyttet til bruk av tolk. Funnene understøttes av Alpers og Hanssen (2008) som viser at 28 % av sykepleierne uttrykte at det var mer eller mindre vanskelig å kommunisere godt med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn gjennom tolk. Sykepleierne uttrykte også at det var vanskelig å få til en god samhandlings situasjon med tolk som mellomledd. I samme studium uttrykte imidlertid 31 % av sykepleierne at de fant kommunikasjon gjennom tolk som uproblematisk, og 57 % uttrykte trygghet til at tolken oversatt alt som ble sagt. Funnene viser dermed at det er store variasjoner innen sykepleiernes opplevelse av å benytte tolk.

Variasjoner i sykepleieres opplevelser ved bruk av tolk kan relateres til sykepleiernes forståelse av hva tolkerollen innebærer. Kunnskap om tolkens rolle og ansvarsområde og hvordan man best kan samarbeide med tolk er avgjørende for å sikre et vellykket samarbeid. Studier viser imidlertid at denne kunnskapen er svært varierende blant helsepersonell (Kale 2006).

Profesjonelle tolker skal utføre sitt arbeid i samsvar med de yrkesetiske retningslinjene for tolker som definerer og avgrenser tolkens rolle og ansvarsområde. Retningslinjene vektlegger blant annet at tolken skal oversette alt som kommer til uttrykk under samtalen, og ikke utelate, endre eller tilføye noe, at tolken skal opptre upartisk i tolkesituasjonen og tolkens absolutte taushetsplikt (Helsedirektoratet 2011). Tolkens taushetsplikt vektlegges også spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 (1999).

Tolkingens kvalitet avhenger ikke alene av tolkens ferdigheter. Som fagperson og ansvarlig for samtalen har sykepleiere selv et ansvar for å bidra til kvalitet i tolkningssamtalen (Helsedirektoratet 2011). Når man skal gjennomføre en samtale via tolk må man være forberedt på egen rolle og eget budskap. Ved at tolkens oppgave er krevende har man også ansvar for å tilrettelegge for forsvarlig tolkning. På bakgrunn av dette bør kommunikasjon via tolk inngå som en del av opplæringen til tolkebrukere (IMDi 2009). I følge Whitman og Davis (2009) sitt studium hevdet imidlertid 46,3 % av sykepleierne at de ikke hadde fått tilstrekkelig opplæring i hvordan de kunne benytte profesjonell tolk på en effektiv måte.

Resultatene viser at det hovedsakelig kun var leger som benyttet tolk på grunn av de økonomiske kostnadene bruk av tolk medførte for sykehuset. Dette bidro til at sykepleierne ofte måtte utøve omsorg uten tolk som ressurs, noe som ble opplevd som problematisk. Litteraturstudiets funn kan i denne sammenheng tyde på at sykepleie som fag blir marginalisert. Sykepleieren er imidlertid den yrkesgruppen i helse- og omsorgstjenesten som tilbringer mest tid med pasienter og pårørende ved at de er tilstede 24 timer i døgnet. Dette i motsetning til andre yrkesgrupper, for eksempel leger, som er tilstede hos pasienten korte perioder av døgnet. Sykepleierens funksjon inkluderer blant annet å ivareta pasientens grunnleggende behov, tilrettelegge for behandling og lindring av symptomer og å sikre trygghet og best mulig velvære (Kristoffersen m.fl. 2011). På bakgrunn av dette regnes sykepleieren som godt skikket til å ivareta et helhetssyn på pasientens situasjon, og omtales derfor ofte som pasientens primærkontakt.

Som nevnt tidligere vektlegges kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper, og som avgjørende for å bli kjent med pasienten (Travelbee 1999). For at sykepleiere skal møte pasienter på bakgrunn av en helhetlig tilnærming kreves det derfor at alle forutsetninger for god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er tilstede. I samhandling med pasienter fra etniske minoritetsgrupper der kommunikasjonsutfordringer lett kan oppstå regnes bruk av tolk som en av de viktigste forutsetningene. Bruk av tolk som mellomledd er også avgjørende for at sykepleierne skal overholde sin profesjonelle plikt til å gi tilstrekkelig og forståelig informasjon til pasientene.

Sykepleiere må derfor senke terskelen for å benytte tolk i samarbeid med pasienter fra etniske minoritetsgrupper, og bruk av tolk må integreres som en naturlig del av sykepleieutøvelsen. På bakgrunn av litteraturstudiets funn er det også tydelig at sykepleieres kunnskap om bruk av tolk må forbedres.

På grunn av begrenset tilgjengelighet av profesjonelle tolker viste funnene at sykepleierne ofte benyttet familiemedlemmer som tolk. Funnene bekreftes av Kale (2006) sitt studium der 50 % av sykepleierne uttrykte at de alltid eller ofte kommuniserer med pasienten gjennom familiemedlemmer og venner.

Å bruke noen fra pasientens egen familie som tolk kan oppleves som en enklere løsning enn å bruke profesjonell tolk (Hanssen 2011). Pårørende er ofte tilstede, de medfører ingen økonomisk kostnad for sykehuset og de kjenner pasienten godt. Bruk av familiemedlemmer som tolk er imidlertid problematisk på flere områder, noe sykepleierne i litteraturstudiet også erkjente.

Å tolke er et stort ansvar og krever både modenhet, bred kunnskap og spesifikke ferdigheter (Helsedirektoratet 2011). Ved bruk av familiemedlemmer som tolk har man ingen kjennskap til tolkens språklige kvalifikasjoner eller vedkommendes forståelse av medisinsk tenking. Dette bekreftes av Camphina-Bacote (2007) som hevder at bruk av utrente tolker, som venner og familie, kan forårsake problemer på grunn av deres mangel på kunnskap om medisinsk terminologi.

Ved bruk av familiemedlemmer som tolk vet man heller ikke om alt som blir sagt virkelig blir oversatt, da både pasienten og familiemedlemmet kan se det som sin oppgave å skjerme

hverandre for visse former for informasjon (Hanssen 2011). Litteraturstudiets funn viste at dette var noe sykepleierne opplevde. Dette bekreftes også av Helsedirektoratet (2011) som i tillegg hevder at bruk av familiemedlemmer som tolk derfor kan føre til at nødvendig helsehjelp ikke blir gitt.

På grunn av familiemedlemmenes relasjoner til pasienten regnes de som inhabile i forbindelse med tolking. Familiemedlemmene kan ha en egen forståelse av situasjonen, og kan dermed legge føringer for tolkingen. På grunn av mangelfull kvalitetskontroll ved bruk av familiemedlemmer som tolk kan også gyldigheten av pasientens informerte samtykke diskuteres (Kale 2006).

Et annet problem knyttet til bruk av familiemedlemmer som tolk er relatert til sykepleierens taushetsplikt. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal pårørende kun ha informasjon om pasientenes helsetilstand og helsehjelpen som ytes dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det. Dette innebærer at det er opp til pasienten om familiemedlemmer skal benyttes som tolk eller ikke. Dersom sykepleiere avgjør at familiemedlemmer skal benyttes som tolk uten å klargjøre dette med pasienten først, vil sykepleierne dermed bryte taushetsplikten som vektlegges i helsepersonelloven § 21 (1999). Det er også viktig for sykepleiere å merke seg at pasienten av forskjellige grunner kan føle seg tvunget til å godta familiemedlemmers tilstedeværelse som tolk, selv om de egentlig ikke ønsker å informere eller involvere familien i deres problemer (Kale 2006).

På bakgrunn av disse problematiske områdene skal familiemedlemmer ikke brukes som tolk, og helsepersonell har ansvar for å påse at dette blir overholdt (Helsedirektoratet 2011). Det er særlig strenge regler knyttet til bruk av barn som tolk da det setter barnet i en vanskelig rolle og kan være skadelig. Bruk av barn som tolk er både faglig uforsvarlig og uetisk, og kan i noen tilfeller føre til brudd på FNs barnekonvensjon artikkel 36:

"Partene skal beskytte barnet mot alle andre former for utnytting som på noen måte kan være til skade for barnets ve og vel" (Barn- og familiedepartementet 2003).

Resultatene viser også at sykepleierne opplevde at familiemedlemmer ofte var motvillige til å fungere som tolk. Dette bekreftes av flere studier som viser at både pasienter og pårørende gir uttrykk for at de foretrekker profesjonell tolk fremfor bruk av

familiemedlemmer som tolk (Kale 2006). Pårørende har en viktig rolle i ivaretagelsen av den syke, og er ofte en viktig ressurs for pasienten. Pårørende må derfor gis anledning til å utfylle sin rolle som pårørende, heller enn å opptre som oversetter og mellomledd for sykepleieren og pasienten.

4.1.2 Kulturell atferd og kulturelle normer

Litteraturstudiets funn viser at sykepleierne opplevde at pasienter fra fremmede kulturer ofte hadde en forståelse av helse og sykdom som var ulik deres egen, og at dette var årsak til utfordringer i sykepleieutøvelsen. Dette bekreftes av Hanssen (2005) som beskriver at det lett kan oppstå problemer dersom pasient og sykepleier stammer fra forskjellige helse- og behandlingssystemer og har ulike sykdomsforklaringer.

I Alpers og Hanssens studium (2008) uttrykte hele 38 % av sykepleierne at de ikke hadde kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den "norske" biomedisinske sykdoms- og behandlingsmetoden. Dette viser at det er et tydelig behov for at sykepleiere innhenter kunnskap om andre kulturers og etniske gruppers forståelse og tenkning om sykdom og behandling.

Mens man i vestlige land i stor grad er påvirket av den biomedisinske sykdomsforståelsen der helse og sykdom hovedsakelig knyttes til ideer om en fysiologisk normaltilstand og avvik fra denne tilstanden (Helse- og omsorgsdepartementet 2003), finnes det en rekke andre sykdomsforklaringer med tilhørende behandlingsmetoder som anses som effektive.

Kunnskaper, kulturbakgrunn, religion, livssyn, verdsettelse og erfaringer vil i stor grad påvirke individets forståelse av helse og sykdom. Hvordan sykdom forstås og behandles utgjør to viktige aspekter ved ethvert medisinsk system (Hanssen 2011). Et medisinsk system bygger på de kunnskapene som samfunnet utvikler om hvordan og hvorfor sykdom oppstår, med tilhørende behandlingsmetoder og eksperter som bruker metodene. Eksempler på ulike sykdomsforklaringer er blant annet å være i ubalanse med naturen, sykdom som straff fra Gud og sykdom på grunn djevel- eller åndebesettelse (ibid.).

Et individs sykdomssyn som i stor grad er påvirket av individets kulturbakgrunn, vil også påvirke individets sykdomsattferd. Hvordan et individ har lært å tenke angående sykdom og behandling vil dermed også ha betydning for hvordan individet oppfatter, erfarer og uttrykker sine symptomer (Hanssen 2005).

Litteraturstudiets funn viser at flere av sykepleierne rapporterte om utfordringer knyttet til smertekartlegging hos pasienter fra etniske minoritetsgrupper. Dette understøttes av Alpers og Hanssen (2008) sitt studium der 67 % av sykepleierne opplevde at det var vanskelig å bedømme smertenivået til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn fordi de uttrykker smerte på en annen måte enn norske pasienter. Funnene viser at de ulike uttrykksformene for smerte forårsaket problemer når sykepleierne skulle vurdere pasientenes smertenivå og deres behov for smertelindring.

Smerte er et universelt anerkjent fenomen, men omhandler mer enn en psykologisk respons til smertefulle stimuli. Smerte er et biopsykososialt fenomen som er kulturelt betinget, og individets oppfatning og formidling av smerte vil i stor grad påvirkes av ens kulturelle verdier og kulturelle tro (Loving 2006).

Selv om studier har vist at de fleste personer oppfatter smertestimuli med omtrent samme intensitet, har medlemmer av noen etniske grupper på bakgrunn av deres kultur høyere smerteterskel enn andre (Narayan 2010). Personer fra kulturer som verdsetter stoisme har en tendens til å unngå vokalisering når de er i smerte. Dette på bakgrunn av at de kan oppfattes som svake dersom de innrømmer eller gir uttrykk for smerte. Pasienter fra slike kulturer kan foretrekke å være alene for å håndtere sin smerte uten å forstyrre andre, og kan ha lært å mestre smerte uten å søke oppmerksomhet og omsorg. Andre kulturelle grupper har i motsetning til dette en tendens til å være mer uttrykksfulle når de viser smerte. Personer innen disse gruppene har lært fra barndommen at den passende responsen til smerte er stønning og skriking, og har blitt opplært til å søke oppmerksomhet og omsorg når de er i smerte (ibid.).

Litteraturen viser at både individets forståelse av sykdom og behandling og uttrykk for smerte i stor grad er kulturelt betinget. Sykepleiernes opplevde utfordringer knyttet til pasienter fra etniske minoritetsgruppers kulturelle atferd og normer kan dermed relateres til mangel på kulturell kunnskap blant sykepleierne.

Kulturell kunnskap beskrives som prosessen der man søker og innhenter en kunnskapsbase om ulike kulturelle grupper, for eksempel om ulike kulturers helse relaterte tro, praksis og verdier. Innhenting av kunnskap om pasientens helse relaterte tro, praksis og verdier

nødvendigjør en forståelse av individets verdenssyn fordi dette utgjør fundamentet for individets handlinger og tolkninger (Camphina-Bacote 2007).

En metode for å innhente kunnskap om ulike kulturelle grupper er kulturell kartlegging, og dette omtales som en av sykepleierens viktigste kulturelle ferdigheter. Kulturell kartlegging defineres som en systematisk vurdering eller undersøkelse av enkeltpersoner eller grupper om deres kulturelle tro, verdier og praksis (Camphina-Bacote 2007). Det er utviklet en rekke verktøy som kan assistere sykepleiere i den kulturelle kartleggingen. Informasjon om kommunikasjon, familieforhold, ernæring, helse relatert tro, sykdomsforståelse og religion er eksempler på områder som kulturell kartlegging vektlegger. Hensikten med kulturell kartlegging er å kartlegge pasientens behov ut fra dens sosiokulturelle kontekst, og dette vil bidra til at sykepleieren vil kunne få et helhetlig bilde av pasienten og dens situasjon (Hanssen 2011).

4.1.3 Pårørendes rolle

Et flertall av sykepleierne rapporterte om utfordringer knyttet til pårørendes rolle. Bakgrunnen for utfordringene var familiens utvidede familiestruktur, deres besøksrutiner og praktisering av kulturelle og religiøse regler og tradisjoner. Disse faktorene bidro blant annet til hindring av utførelse av sykepleieprosedyrer og utfordringer knyttet til sykepleiernes ansvar for å kontrollere det kliniske miljøet. Funnene bekreftes av Hanssen (2005) som beskriver at pasientenes mange besøkende kan bli oppfattet som et hinder for omsorgen som sykepleiere ønsker å yte. Alpers og Hanssen (2008) sitt studium understøtter også disse funnene ved at 1/4 av sykepleierne uttrykte at de i større eller mindre grad gruer seg til å utøve omsorg til pasientene når det er mange pårørende i rommet.

Mens norske sykepleiere er et produkt av et vestlig samfunn der man verdsetter individualisme, tilhører mange pasienter fra etniske minoritetsgrupper kulturer som stammer fra kollektivistiske samfunn (Hanssen 2011). Sentralt i individualistiske samfunn står blant annet autonomi, uavhengighet, det individuelle initiativet og retten til privatliv. I en slik sosial organisasjon er individene kun forventet å ivareta seg selv og sin nærmeste familie. I motsetning til dette står kollektivismen der en kollektiv identitet, følelsesmessig avhengighet og solidaritet overfor storfamilien, klanen eller stammen vektlegges (ibid.). Innen en slik sosial organisasjon er det tette sosiale bånd mellom individet og den utvidede familien, og hjelp og omsorg utgjør viktige kulturelle aspekter for den kollektive atferden (Hanssen 2005).

I individualistiske samfunn regnes pårørende som å ha en sentral rolle når det gjelder å beskytte pasientens interesser og bidra til beslutninger til pasientens beste (Kristoffersen og Nortvedt 2011). I kollektivistiske samfunn har pårørendes rolle en desto viktigere betydning ved at fellesskapet med familien utgjør en del av følelsen av å være et fullstendig menneske. Fellesskapsbehovet og pliktfølelsen innenfor kollektive samfunn fører til at pasienter fra etniske minoritetsgrupper og deres familiemedlemmer forventer å ha familien tilstede døgnet rundt, og familien ønsker ofte å være pasientenes omsorgsutøvere (Hanssen 2005). Dette bekreftes av Høye og Severinssons sitt studium (2009b) der det de omtaler som multikulturelle familier uttrykte at de føler seg tryggere når de er nære hverandre heller enn borte fra hverandre ved kriser som er forårsaket av sykdom og sykehusinnleggelse.

Utfordringene relatert til pårørendes rolle er på samme måte som pasienter fra etniske minoritetsgruppers sykdomsforståelse og uttrykk for smerte i stor grad forårsaket av kulturelle forskjeller mellom pasientens og sykepleierens kultur. Kulturell kunnskap og kulturelle ferdigheter som vektlegges i Camphina-Bacotes (2007) omsorgsmodell vil dermed også være vesentlig i disse situasjonene. På denne måten kan sykepleiere utvikle en bedre forståelse av hvilken rolle og funksjon pårørende har i andre kulturer. Dette er av avgjørende betydning da sykepleierens rolle i tillegg til ivaretagelse av pasienten, også inkluderer ivaretagelse av pasientens pårørende.

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vektlegger at sykepleiere skal vise respekt og omtanke for pårørende (NSF 2011). Som pårørende har man også en rekke rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Pårørendes rettigheter innebærer blant annet at pårørende sammen med pasienten skal ha innflytelse over utformingen av hjelpetilbudet til pasienten, at pårørende skal vektlegges som en ressurs og at pårørendes egne behov skal vies oppmerksomhet (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). I følge ICN (2012) er sykepleiere også forpliktet til å fremme omgivelser som bygger på respekt for individets, familiens og samfunnets menneskerettigheter, verdier, skikker og tro.

Retningslinjene innebærer at sykepleiere i størst mulig grad skal tilrettelegge for at pasientenes og pårørendes behov og ønsker blir ivaretatt. Litteraturstudiets funn viser imidlertid at pårørendes behov og ønsker bidro til problematiske situasjoner i sykepleieutøvelsen. Pårørendes besøksvaner og atferd ble blant annet ansett som forstyrrende for det kliniske miljøet og for andre pasienter ved avdelingen.

Helsefremming er blant sykepleiens viktigste funksjoner (NSF 2011). Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål, og inkluderer tiltak som er rettet mot den enkelte pasient og omgivelsene (Kristoffersen m.fl. 2011). Søvn og hvile regnes som et av menneskets grunnleggende behov, og er avgjørende for helse, velvære og rehabilitering etter sykdom (Bastøe og Frantsen 2011). Dersom pasientens eller medpasienters tilstand krever ro og hvile må dette derfor prioriteres.

Sykepleieres profesjonelle plikt til å ta beslutninger til pasientens beste kan i disse situasjonene skape konflikter med pårørende. Sykepleiere kan da befinne seg i et etisk dilemma mellom deres plikt til å tilrettelegge for pårørendes ønsker og behov på den ene siden, og deres plikt til å kontrollere det kliniske miljøet av hensyn til andre pasienter på den andre siden. Til tross for at sykepleiere er pliktet til å vise omtanke for og respektere pårørende er sykepleieres hovedfokus imidlertid pasientene, og deres behov må derfor komme i første rekke. Det er allikevel viktig at sykepleiere erkjenner betydningen av den kompetansen og informasjonen pårørende besitter, men det er ikke alltid pårørende anerkjenner hva som er til det beste for pasientene (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

4.1.4 Mangel på kulturell kunnskap

Kjennetegnet ved god sykepleiepraksis er at den tar utgangspunkt i aktuell og relevant kunnskap (NSF 2008). Som nevnt tidligere vektlegger Camphina-Bacote (2007) en spesifikk type kunnskap, kulturell kunnskap, som en forutsetning for å kunne utøve sykepleie til pasienter fra etniske minoritetsgrupper. Betydningen av kulturell kunnskap presenteres også av Madeleine Leininger, en pionér innen området sykepleie og kultur. Leininger beskriver at enhver kultur har kunnskaper og praksiser som varierer fra andre kulturer, og som påvirker kulturens medlemmer. For at sykepleieren skal kunne utøve helhetlig og kulturelt tilpasset omsorg må disse faktorene identifiseres og imøtekommes bevisst i møte med enhver pasient. For å utøve tverrkulturell omsorg må sykepleieren derfor kontinuerlig tilstrebe å øke sin kulturelle kunnskap og kulturelle sensitivitet (Leininger og McFarland 2006).

Litteraturstudiets funn bekrefter viktigheten av kulturell kunnskap ved at sykepleierne beskrev dette som en forutsetning for å utøve omsorg til pasienter fra fremmede kulturer. Funnene viser imidlertid også at flertallet av sykepleierne uttrykte at de hadde mangel på kulturell kunnskap. Sykepleiernes mangel på kunnskap om etnisk, religiøs og kulturelt mangfold påvirket blant annet deres evne til å utøve helhetlig omsorg til pasientene. Funnene understøttes av Alpers og Hanssen (2008) sitt studium som viser at 44 % av

sykepleierne mente at de ikke hadde nok kunnskap til å gi pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn god pleie og omsorg.

I rammeplan for sykepleierutdanningen vektlegges det at sykepleiere etter endt utdanning skal kunne kommunisere med mennesker med ulik etnisk, religiøs og kulturell bakgrunn og forstå hvordan mennesker forholder seg til hverandre i ulike samfunn og kulturer. Utdanningen skal også fremme en flerkulturell forståelse av helse og sykdom (Kunnskapsdepartementet 2008).

Litteraturstudiets funn kan imidlertid tyde på at undervisning og opplæring i omsorgsutøvelse til pasienter og pårørende fra etniske minoritetsgrupper er utilstrekkelig blant sykepleiere. En studie utført av Michaelsen m.fl. (2004) bekrefter dette ved at de fleste sykepleierne uttrykte at de hadde innhentet kunnskap om ulike kulturer gjennom media og egen kontakt med pasienter fra fremmede kulturer. Blant disse sykepleierne uttrykte kun 50 % at de også hadde innhentet kulturell kunnskap gjennom utdanning og kurs.

I Alpers og Hanssen (2008) sitt studium etterlyste sykepleierne opplæring og kunnskap innen en rekke områder når det gjaldt samhandling med pasienter og pårørende fra etniske minoritetsgrupper. Sykepleierne etterlyste blant annet kunnskap om hvordan pasienter fra etniske og religiøse minoriteter ønsker hjelp ved sykdom, hvilke krav og forventninger pasientene har til egen familie og til sykehuset ved sykehusinnleggelse, tolketjenesten, samt ulike kulturers sykdomsforståelse og smerteuttrykk.

På bakgrunn av dette kan man tydelig se at kulturell kunnskap er en forutsetning for å utøve kulturelt tilpasset omsorg til pasienter og pårørende fra etniske minoritetsgrupper. Litteraturstudiets funn viser imidlertid også at sykepleierne som anså seg selv som kulturelt kunnskapsrike opplevde utfordringer i møte med pasientene. Disse utfordringene var relatert til deres opplevelse om at det var store individuelle forskjeller innen en og samme kultur.

Denne opplevelsen støtter påstanden om at kultur ikke er konstant og homogen. Kulturelle prosesser vil i stor grad variere innenfor samme etniske eller kulturelle gruppe på bakgrunn av forskjeller i kjønn, alder, politisk tilknytning, klasse, religion og personlighet (Kleinman og Benson 2006). Selv om et individs kulturelle bakgrunn i stor grad vil bidra til å påvirke

hvordan en tenker og hvordan en oppfører seg, er dette dermed også påvirket av individuelle forhold. Man kan derfor forklare kultur som en prosess – noe som mennesker skaper gjennom sitt daglige liv (Hanssen 2011).

Camphina-Bacote (2007) beskriver dette som interkulturell variasjon, og hevder at det er like mye variasjon innen kulturelle grupper som på tvers av kulturelle grupper. Ingen individer er en stereotyp av ens kulturopprinnelse, og det er derfor viktig å anerkjenne at kulturer er i konstant endring. Sykepleierens kunnskap om ulike kulturer vil også i stor grad utvikles i direkte møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper. Derfor kan verken sykepleiere eller pasienter forvente at sykepleierne er utlærte og innehar all kunnskap om ulike kulturelle grupper.

Dersom sykepleiere ikke erkjenner den dynamiske forståelsen av kultur vil de enkelt kunne utvikle stereotypier om ulike kulturelle grupper. Stereotypering, også kalt arbeidshypoteser, innebærer at man generaliserer en gruppe på et lite grunnlag. Mennesket har behov for å kategorisere det ukjente, og stereotyping regnes derfor som en grunnleggende menneskelig prosess. Problemer med stereotypier kan imidlertid oppstå når de anses som konstante og gjeldende for alle innenfor en gruppe, heller enn arbeidshypoteser man benytter som utgangspunkt i møte med andre mennesker (Thorbjørnsrud 2009).

Dette fenomenet vektlegges også i Camphina-Bacotes (2007) omsorgsmodell der kulturell bevissthet blir beskrevet. I tillegg til å utforske egne stereotypier og fordommer omhandler kulturell bevissthet at man har innsikt i ens personlige kultur, kulturen man har blitt sosialisert inn i som sykepleier og organisasjonskulturen der sykepleietjenesten blir utført. Tendensen til å ta avgjørelser ut fra egne kulturelle standarder er en naturlig prosess, men vil hindre ens forståelse av andre kulturer (ibid.). Dette fenomenet omtales som etnosentrisme, og innebærer at man plasserer sin egen kultur i sentrum og klassifiserer andre personer ut fra hvor like de er en selv (Eriksen og Sajjad 2011).

For å kunne utvikle kulturell lyst, som betraktes som den mest sentrale konstruksjonen i utvikling av kulturell kompetanse, må man være villig til å ofre ens fordommer og stereotypier mot pasienter fra etniske minoritetsgrupper. Kulturell lyst handler også om at man anerkjenner at vi alle er unike individer som i bunn og grunn har de samme grunnleggende behov (Camphina-Bacote 2007). Kulturelt tilpasset omsorg er derfor basert

på forutsetningen om at man gjenkjenner forskjeller, men også bygger på likhetene, der målet er å finne det felles grunnlaget. Som sykepleier trenger man ikke å akseptere pasientens trossystem, men man må behandle enhver person som et unikt individ som er verdig og fortjener kjærlighet og omsorg (ibid.). Dette presenteres også av Travelbee (1999) som vektlegger at man må forholde seg til ethvert menneske som et unikt individ.

På bakgrunn av at ethvert individ er et resultat av flere faktorer enn bare sin kulturelle bakgrunn må sykepleiere derfor ha mennesket, heller enn kulturen, som hovedfokus. Til tross for at sykepleiere har behov for et kunnskapsgrunnlag om ulike religiøse, etniske og kulturelle grupper, vil dette imidlertid ikke være tilstrekkelig for å utøve sykepleie på bakgrunn av en helhetlig tilnærming. Kulturell kunnskap er et godt redskap for sykepleieres omsorgsutøvelse til pasienter fra etniske minoritetsgrupper, men kan skape problemer dersom sykepleiere låser seg fullstendig fast i denne kunnskapen. Det er derfor viktig at sykepleiere utvikler en spørrende og lyttende holdning til alle pasienter, uansett religiøs, etnisk og kulturell tilhørighet (Thorbjørnsrud 2009).

4.2 Metodediskusjon

4.2.1 Søkestrategi

Fremgangsmetoden for å finne relevante vitenskapelige artikler som belyste litteraturstudiets hensikt bestod av å foreta litteratursøk i ulike databaser. Det ble søkt i flere anerkjente databaser, og søk i Medline, SweMed og Cinahl resulterte i relevante funn. Det ble også foretatt søk i andre vitenskapelige databaser som Cochrane Library og Sage Premier, men disse resulterte ikke nye funn. Dette kan regnes som en potensiell styrke ved oppgaven ved at søk i de ulike databasene resulterte i treff på samme artikler. En annen styrke ved oppgaven er inkludering av artikler fra flere databaser fordi man da i større grad kan identifisere og benytte relevant forskning innen området.

Valg av søkeord var basert på litteraturstudiets tema og hensikt. Det ble både utført søk med søkeordene som enkeltord og i ordkombinasjoner ved hjelp av søkeoperatørene "AND" og "OR". Ulike kombinasjoner av søkeordene ble benyttet i de ulike databasene, men det var en utfordring å velge gode søkekombinasjoner som resulterte i et overkommelig antall funn. Enkelte av søkene ble derfor utført med et flertall av ordkombinasjoner. På bakgrunn av egen mangel på kjennskap til strukturene i databasene og dermed uvisshet om databasenes evne til å benytte antall ordkombinasjoner, kan dette være en potensiell svakhet ved oppgaven. Enkelte av søkene ble også utført uten forhåndsbestemte avgrensninger som

resulterte i et mindre antall funn. Med mer erfaring og tid kunne nok litteratursøket blitt utført mer systematisk som kanskje hadde resultert i flere relevante funn som utført litteratursøk ikke fanget opp.

I første omgang ble litteratursøket avgrenset til å finne vitenskapelige artikler som var publisert mellom 2005-2014 for å få de nyeste og mest oppdaterte forskningsfunnene. På grunn av lite funn ble imidlertid avgrensningen etter hvert utvidet til 2000-2014. Litteratursøket resulterte da i et større antall relevante funn, og to artikler publisert i 2003 ble inkludert. Til tross for at disse to artiklene ikke belyser den nyeste og mest oppdaterte kunnskapen ble de allikevel ansett som aktuelle på bakgrunn av at de tilfører litteraturstudiet funn som de andre inkluderte artiklene ikke belyser.

På forhånd ble det bestemt at litteraturstudiet ikke skulle avgrenses til en spesifikk sykdom eller tilstand da ønsket var å belyse sykepleieres opplevelser generelt i sykehus. Det ble også valgt å inkludere pasienter fra etniske minoritetsgrupper i sin helhet, heller enn å fokusere på én viss etnisk minoritetsgruppe. I ettertid ble det imidlertid anerkjent at hensikten kanskje var for omfattende, og at det hadde vært fordelaktig å foreta ytterligere avgrensninger.

4.2.2 Utvalget

Alle inkluderte artikler er utarbeidet av kvalitative forskningsstudier, der formålet er å forstå eller å forklare fenomen, erfaringer og opplevelser (Forsberg og Wengström 2013). Ved at litteraturstudiets hensikt er å belyse sykepleieres opplevelser av et fenomen ble kvalitative forskningsartikler ansett som velegnet. Ulempen med kvalitativ forskning er imidlertid at utvalget ofte er lite og ikke nødvendigvis er representativt. En kombinasjon av kvalitative og kvantitative forskningsartikler kunne derfor vært en fordel ved dette litteraturstudiet da kvantitative funn i større grad er representative og kan generaliseres til et større antall personer.

Av de 13 inkluderte artiklene er 9 av disse godkjent av etisk komité. Dette innebærer at de er i tråd med de etiske retningslinjene som pålegges ved forskning på mennesker. I 2 av de resterende artiklene har forskerne vektlagt de etiske retningslinjene ved å beskytte forskningsdeltagerne gjennom anonymitet, frivillig deltagelse og konfidensialitet. En av de inkluderte artiklene beskriver ikke hvilke etiske overveielser som er gjort i studiet. Artikkelen er imidlertid publisert i et anerkjent tidsskrift som krever at artiklene er godkjent av Human

Subjects Committee. Artikkelen ble derfor til tross for mangel på skrevne etiske overveielser ansett som å ha ivaretatt etiske hensyn, og ble på bakgrunn av dette inkludert i litteraturstudiet.

I enkelte av de inkluderte artiklene er forskningen basert på et lite antall deltagere. Et studium har for eksempel kun inkludert 4 sykepleiere som forskningsdeltagere. Dette kan være en svakhet ved oppgaven da disse funnene ikke kan generaliseres til et større antall personer. I kvalitative studier der formålet er å gå i dybden av et fenomen er det imidlertid en fordel at antall forskningsdeltagere ikke er for omfattende (Dalland 2006).

I enkelte av de inkluderte artiklene er det ikke bare sykepleiere, men også annet helsepersonell som har deltatt som forskningsdeltagere. Dette kan være en potensiell svakhet ved litteraturstudiet ved at hensikten skal belyses fra et sykepleieperspektiv. To av de inkluderte artiklene omhandler blant annet sykepleierstudenters opplevelser i møte med pasienter fra fremmede kulturer. Disse artiklene er allikevel inkludert da studenter i forbindelse med helsefaglig opplæring defineres som helsepersonell (Helsepersonelloven 1999). Sykepleierstudentene i disse artiklene er i tillegg inne i sitt siste år av utdanningen, og ved at de innen kort tid er autoriserte sykepleiere betraktes de derfor som å ha god erfaring og kunnskap innen sykepleiefaget. Noen av studiene har også inkludert helsepersonell som leger, sosialarbeidere og ambulansesarbeidere. Flertallet av deltagerne i disse artiklene er imidlertid sykepleiere, og kun funn fra sykepleieperspektivet har blitt inkludert i dette litteraturstudiet. De fleste inkluderte artiklene baserer seg på forskning utført i sykehus, men noen studier har også inkludert andre enheter som psykiatriske avdelinger og ambulanse. Det er forsøkt å ekskludere funn fra disse enhetene og samtidig sett artiklens funn som en helhet, men å trekke ut enkeltinformanter fra et studium kan imidlertid være problematisk.

Ved utvelgelse av artikler har det blitt tatt hensyn til artiklens opphavsland. Det var ønskelig at et flertall av artiklene var basert på forskning i land som hadde høy overføringsverdi til norske forhold. Utvalgte artikler stammer fra følgende land (antall artikler i parentes): Norge (2), Sverige (5), Danmark (1), Australia (3), Irland (1) og England (1). Alle disse landene kan til en viss grad sammenlignes med Norge da de er nokså lik samfunnsmessig og kulturelt. Ved at hele 8 av de inkluderte artiklene er basert på forskningsstudier i Skandinavia kan funnene antas å være nokså generaliserbare, ved at

både sykepleierutdanningen og sykepleierens rolle og funksjon i skandinaviske sykehus i stor grad er sammenlignbare. Dette betraktes derfor som en styrke ved litteraturstudiet.

De inkluderte artiklene har forholdsvis like funn som bekrefter hverandre. Dette har bidratt til utfordringer i drøfting av funnene, og har ført til et homogent resultat i litteraturstudiet. På bakgrunn av dette bør man også være oppmerksom på at funnene kan føre til utvikling av stereotyper om pasienter fra etniske minoritetsgrupper.

Med mer tid og ressurser til rådighet hadde det vært aktuelt å drøfte sykepleieres opplevelser i forhold til pasient- og pårørendeperspektivet. Ved å inkludere disse perspektivene kunne man fått en mer helhetlig oversikt over hvilke utfordringer som oppstår i det flerkulturelle møtet i sykehus.

5.0 Konklusjon

Litteraturstudiet viser at sykepleierne opplevde utfordringer innen flere områder i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper.

Kommunikasjonsbarrierer mellom sykepleier og pasient forårsaket utfordringer knyttet til sykepleierens profesjonelle informasjonsplikt og pasientenes evne til medvirkning. Bruk av profesjonell tolk ble opplevd som problematisk på flere områder, og kan tyde på at det er mangel på kunnskap og opplæring i bruk av tolketjenesten blant sykepleiere. Bruk av familiemedlemmer som tolk ble også opplevd som utfordrende. Pasientenes kulturelle atferd og normer var årsak til flere utfordringer, deriblant knyttet til pasientenes sykdomsforståelse og uttrykk for smerte. Disse utfordringene kan i stor grad relateres til pasientenes kulturelle bakgrunn. Pårørendes tilstedeværelse og omsorgsutøvelse for pasientene ble opplevd som forstyrrende for det kliniske miljøet i sykehus. Dette kan også relateres til kulturelle forskjeller i de ulike partenes kultur.

Mangel på kulturell kunnskap blant sykepleierne påvirket deres evne til å utøve helhetlig omsorg til pasientene. For å sikre et likeverdig tjenestetilbud til pasienter fra etniske minoritetsgrupper må sykepleiefaget derfor tilføres økt kunnskap og kompetanse. Kulturell kunnskap vil gi sykepleiere god innsikt i pasientens situasjon, og vil bidra til en forståelse av mennesket som et kulturelt vesen. Kultur er imidlertid dynamisk, og like viktig er dermed sykepleieres evne til å møte mennesket som et unikt individ.

Forslag til videre forskning innen temaet er å belyse hvordan sykepleiere kan håndtere de nevnte utfordringene. Dette kunne bidratt til at sykepleiere hadde følt seg tryggere i sin yrkesutøvelse, samt medvirket til en sykepleieutøvelse basert på en mer helhetlig tilnærming til pasienter fra etniske minoritetsgrupper.

5.1 Implikasjoner for sykepleie

Litteraturstudiet gir en oversikt over hvilke utfordringer sykepleiere opplever i møte med pasienter fra etniske minoritetsgrupper. Litteraturstudiet kan ha en viktig betydning for sykepleiere ved at de kan kjenne seg igjen i funnene, og på denne måten forstå at utfordringene de selv kanskje opplever er delt av flere sykepleiere. Litteraturstudiet kan også bidra til økt forståelse for bakgrunnen for de utfordringene som sykepleiere opplever. Funnene har i tillegg implikasjoner for sykepleiefaget ved at det er nødvendig å ha en

forståelse for hvilke utfordringer som er tilstede i det flerkulturelle møtet før man deretter kan planlegge hvordan disse utfordringene kan imøtekommes.

Litteraturliste

Alpers, L. og Hanssen, I. (2008). *Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*. Klinikk for medisin, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo.

Barn- og familiedepartementet (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/red/2000/0047/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf [Lastet ned 04.04.2014].

Bastøe, L., H. og Frantsen, A. (2011). *Behovet for søvn og hvile*, i: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (red). *Grunnleggende sykepleie, Bind 2 – Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Bischoff, A. (2006). Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. *Swiss forum for migration and population studies (SFM)*.

Brataas, H., V. (2003). *Kommunikasjon, relasjon og gruppeprosess*, i: Brataas, H., V. og Steen-Olsen, T. (red.). *Kvalitet i samspill. Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Camphina-Bacote, J. (2007). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services – The Journey Continues*. Transcultural C.A.R.E. Associates.

Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40 299-306.

Cioffi, J. (2005). Nurses' experiences of caring for culturally diverse patients in an acute care setting. *Contemporary Nurse*, 20: 78-86.

Cioffi, J. (2006). Culturally diverse patient-nurse interactions on acute wards. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 319-325.

Dalland, O. (2006). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Damsgaard, H., L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier. Profesjonalitetens mange ansikter*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Dellenborg, L., Scott, C. og Jakobssen, E. (2012). Transcultural Encounters in a Medical Ward in Sweden: Experiences of Health Care Practitioners. *Journal of Transcultural Nursing*, 23, 342-350.

Den Norske Legeforening (2008). *Likeverdig helsetjeneste – om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. [http://legeforeningen.no/PageFiles/26887/Likeverdig%20helsetjeneste%20-%20Om%20helsetjenester%20til%20ikke-vestlige%20innvandrere%20\(Pdf\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/26887/Likeverdig%20helsetjeneste%20-%20Om%20helsetjenester%20til%20ikke-vestlige%20innvandrere%20(Pdf).pdf) [Lastet ned 17.03.2014].

Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Eriksen, T., H. og Sajjad, T., A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Vurdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3. utg. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.

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

Hanssen, I. (2011). *Interkulturell sykepleie*, i: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (red.). *Grunnleggende sykepleie, Bind 1 – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Helman, C., G. (2007). *Culture, Health and Illness*. Fifth Edition. New York: Oxford University Press Inc.

Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/Publikasjoner/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene.pdf> [Lastet ned 28.03.2014].

Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Om lov om alternativ behandling av sykdom mv*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-27-2002-2003-/4/3.html?id=171508> [Lastet ned 25.03.2014].

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 [Lastet ned 28.03.2014].

Hultsjö, S. og Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52, 276-285.

Høydahl, E. (2008). *Innvandrerbegreper i statistikken. Vestlig og ikke-vestlig – ord som ble for store og gikk ut på dato*. <http://ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato> [Lastet ned 28.03.2014].

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.

Høy, S. og Severinsson, E. (2009a). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (4), 858-867.

Høy, S. og Severinsson, E. (2009b). Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: a hermeneutic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 24-32.

IMDi (2009). *Når du trenger tolk. Veileder for kjøp av tolketjenester til offentlige virksomheter*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
<http://www.tolkeportalen.no/Global/tolking/Tolkeportalen/Veileder%20for%20kjoeop%20av%20tolketjenester.pdf> [Lastet ned 28.03.2014].

International Council of Nurses (2012). *The ICN code of ethics for nurses*.
http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf [Lastet ned 25.03.2014].

Jareg, K. og Pettersen, Z. (2006). *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) skriftserie om minoriteter og helse nr. 1. Bergen: Fagbokforlaget.

Jirwe, M., Gernish, K. og Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 436-444.

Kale, E. (2006). "Vi tar det vi har". *Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse*. Nasjonal Kompetanseenhet for minoritetshelse. Oslo, Ullevål Universitetssykehus.

Kleinman, A. og Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of cultural competency and how to fix it. *PLOS Medicine*, 3 (10) 1673-1676.

Kommunal- og arbeidsdepartementet (1996-97). *Om innvandring og det flerkulturelle Norge*. (St. Meld. 17), Oslo.

Kristoffersen, N., J. og Nortvedt, P. (2011). *Relasjonen mellom sykepleier og pasient*, i: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (red.). *Grunnleggende sykepleie*, Bind 1 – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (2011). *Om sykepleie*, i: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. og Skaug, E. (red.). *Grunnleggende sykepleie*, Bind 1 – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.
http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf [Lastet ned 04.04.2014].

- Lakou, S. (2008). *VI og DE. En håndbok om kommunikasjon på tvers av kulturer*. 3. utg. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- Leever, M., G. (2011). Cultural Competence: Reflections on patient autonomy and patient good. *Nursing Ethics* 18 (4) 560-570.
- Leininger, M., M. og McFarland, M., R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory*. 2nd ed. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Lovering, S. (2006). Cultural Attitude and Beliefs About Pain. *Journal of Transcultural Nursing*, 17: 389-395.
- 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*, 16, 255-262.
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet – Om å finne likhetene i forskjellene*. 2. Utg. Oslo: Akribe Forlag.
- McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M., M. og Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, Vol 22, No 6, 335-339.
- 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.
- Narayan, M., C. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. Cultural patterns influence nurses' and their patients' responses to pain. *The American Journal of Nursing*, Vol. 110, No. 4, 38-47.
- 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 Nursing Sciences*, 431-437.
- Norsk Sykepleierforbund (2008). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf> [Lastet ned 23.04.2014].
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [Lastet ned 18.03.2014].
- NOU (2000:14). *Frihet med ansvar*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/2000/nou-2000-14/23/2.html?id=143037> [Lastet ned 22.03.2014].

Ozolins, L. og Hjelm, K. (2003). Nurses experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 84-93.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettighetsloven*. http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=bruker+og+pasient*#KAPITTEL_3 [Lastet ned 28.03.2014].

Polit, D., F. og Beck, C., T. (2010). *Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Seventh edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

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*, 10, 93-101.

Rødal, C. (2012). *Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse*. *Sykepleien*, 4, 76-79.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_6#KAPITTEL_6 [Lastet ned 03.04.2014].

Statistisk Sentralbyrå (2013a). <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbf>. [Lastet ned 28.02.2014].

Statistisk Sentralbyrå (2013b). <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/stort-mangfold-i-lille-norge> [Lastet ned 28.02.2014]

Statistisk Sentralbyrå (2014). <http://ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/> [Lastet ned 28.02.2014].

Thorbjørnsrud, B. (2009). *Kulturelle fortolkningsrammer*, i: Brodtkorb, E. og Rugkåsa, M. (red.). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Troelsen, M. (2006). Indvandrere skaber problemer. *Sygeplejersken* (2): 27, 17-21.

Weech-Maldonado, R., Elliott, M., N., Pradhan, R., Schiller, C., Hall, A. og Hays, R., D. (2012). Can hospital cultural competency reduce disparities in patient experiences with care? *Medical Care*, Vol. 50, No. 11, Suppl. 3, 48-55.

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

Vedlegg 1 – Oversikt over søkestrategier

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte artikler
07.03.2014	Cinahl	Abstrakt, fulltekst, 2005-current, norsk, svensk, dansk, engelsk,	Cultural Diversity OR Cultural Values OR Culture AND Quality of Nursing Care, Nursing Staff, Hospital OR Nursing Care OR Transcultural Nursing	203	196* 6**	1***	1	1
10.03.2014	Medline	Abstrakt, 2004-current, engelsk, norsk, dansk, svensk	Emigrants and Immigrants OR Cultural Encounters OR Cultural Characteristics OR Cultural Diveristy AND Nursing Staff, Hospitals OR Nurses Experiences OR Cultural Competency OR Transcultural Nursing AND Communication Barriers	103	93* 5**	5***	2	2
10.03.2014	Cinahl		Cultural Diversity OR Culture OR Transcultural Care AND Quality Of Nursing Care OR Nurse Attitudes AND Communication Barriers	25	19* 4**	2***	2	2
10.03.2014	SweMed		Nursing AND Cultural Diversity	40	34* 3**	3***	1	1

10.03.2014	Medline		Nurse-Patient-Relationship AND Cultural Diversity AND Experiences	36	25* 4**	7***	6	6
------------	---------	--	---	----	------------	------	---	---

Håndsök

Ozolins og Hjelm (2003). Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 84-93.

Funnet i litteraturlisten til Hultsjö og Hjelm (2005), Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52, 276-285.

*: antall ekskluderte artikler etter leste titler

** : antall ekskluderte artikler etter leste abstrakt

***: antall artikler som er lest i sin helhet

Vedlegg 2 – Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere År Land Tidsskrift	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltagere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentarer i forhold til kvalitet
Dellenborg m.fl. 2012 Sverige Journal of Transcultural Nursing	Å undersøke helsepersonells opplevelser i tverrkulturelle møter og deres forslag til forbedringer	Kvalitativt studie, observasjon og gruppeintervju	Rundt 70 deltagere Sykepleiere, sykepleieassistenter og leger	Helsepersonell opplevde forskjeller knyttet til kjønnsuttrykk, manerer, skikker, atferd, verdier, holdninger, status og emosjonelle responser	Forfatterne har ikke beskrevet etiske hensyn i studien, men artikkelen er utgitt av et tidsskrift som krever godkjenning fra Human Subjects Committee
Høye og Severinsson 2009 Norge Journal of Advanced Nursing	Å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med konflikter relatert til praktiske situasjoner i møte med kulturelt ulike familier av kritisk syke pasienter	Kvalitativt studie, intervju	16 sykepleiere	Sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til pårørendes rolle, informasjonsformidling, kulturell atferd og kulturelle normer	Godkjent av etisk komité
Høye og Severinsson 2008 Norge Intensive and Critical Care Nursing	Å undersøke sykepleieres opplevelser av møter med multikulturelle familier i intensivavdelinger i norske sykehus	Kvalitativt studie, gruppeintervju	16 intensivsykepleiere	Sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til innvirkning på arbeidsmønstre, kommunikasjon, respons på sykdom/kriser, yrkesstatus og kjønnsroller	Godkjent av etisk komité
Nielsen og Birkelund 2009 Danmark	Å undersøke sykepleieres opplevelser med å utøve pleie til pasienter med en etnisk	Kvalitativt studie, intervju og observasjon	4 sykepleiere	Sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til kommunikasjon, "etniske smerter" og	Informert samtykke, anonymitet, konfidensialitet

Scandinavian Journal of Caring Sciences	minoritetsbakgrunn			ulikheter i kulturell og sosial atferd	
Hultsjö og Hjelm 2005 Sverige International Nursing Review	Å identifisere om personalet i somatisk og psykiatrisk akuttmottak opplevde problemer i behandling og pleie av immigranter, og i så fall sammenligne disse problemene	Kvalitativt studie, intervju	35 sykepleiere	Sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til kulturell atferd, kontakt med pårørende, kjønnsroller, organisatoriske faktorer, språkbarrierer, pasientens tidligere erfaring som immigrant og truende situasjoner	Godkjent av etisk komité
Jirwe m.fl. 2010 Sverige Scandinavian Journal of Nursing Sciences	Å undersøke sykepleierstudenterers erfaringer med kommunikasjon i flerkulturelle møter i helsetjenesten	Kvalitativt studie, intervju	10 sykepleierstudenter	Sykepleierstudentene opplevde utfordringer knyttet til mangel på delt språk, informasjonsformidling, bruk av familiemedlemmer som tolk, begrenset bruk av profesjonell tolk, mangelfull omsorgsutøvelse og bekymring for å gjøre "kulturelle feil"	Godkjent av etisk komité
Cioffi 2006 Australia International Journal of Nursing Practice	Å undersøke sykepleiere og fremmedkulturelle pasienter sine opplevelser av sykepleier-pasientforholdet i akuttavdelinger	Kvalitativt studie, intervju	8 sykepleiere og 8 pasienter	Sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til pårørendes rolle, språkbarrierer, kjønnsroller og mangel på kulturell kunnskap	Godkjent av etisk komité
Richardson m.fl. 2006	Å undersøke helsepersonells opplevelser av møte med	Kvalitativt studie, intervju med fokusgrupper	28 deltagere, av disse 22 sykepleiere	Helsepersonellet opplevde utfordringer knyttet til språk	Godkjent av etisk komité

England European Journal of Oncology Nursing	pasienter med kreft fra etniske minoritetsgrupp er			og oppnåelse av forståelse, bruk av profesjonell tolk, kulturelle forskjeller og mangel på kulturell kunnskap	
Lundberg m.fl. 2005 Sverige Journal of Transcultural Nursing	Å beskrive svenske siste- års sykepleierstude- nters erfaringer med omsorgsutøvel- se til pasienter fra ulike kulturer	Kvalitativt studie, spørreundersø- kelse og dybdeintervju	107 sykepleierst- udenter i spørreunder- søkelsen, 15 i dybdeinterv- ju	Sykepleierstud- entene opplevde utfordringer knyttet til språk og kommunikasjon, pårørende, ulik kulturell atferd og mangel på kulturell kunnskap	Informert samtykke, anonymitet og frivillighet
Ozolins og Hjelm 2003 Sverige Clinical Effectiveness in Nursing	Å undersøke og beskrive sykepleieres opplevelser av problematiske situasjoner med immigranter i akuttavdelinger	Kvalitativt studie, skrevne beskrivelser	49 sykepleiere	Sykepleierne opplevde problematiske situasjoner knyttet til ulik kulturell atferd, språkbarrierer, kontakt med pårørende, organisatoriske faktorer, kjønnsroller, pas. tidligere erfaringer med vold og bruk av naturmedisiner	Godkjent av etisk komité
Cioffi 2003 Australia International Journal of Nursing Studies	Å undersøke og beskrive sykepleieres opplevelser av kommunikasjon med pasienter fra ulike kulturer i en akutt omsorgssetting	Kvalitativt studie, intervju	23 sykepleiere	Sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til tilgang på tolk, bruk av tefontolk, bruk av familiemedle- mmer som tolk, ulike uttrykkelsesfor- mer for smerte og kvaliteten på sykepleieutøvel- sen	Godkjent av etisk komité
McCarthy m.fl.	Å beskrive	Kvalitativt	7 sykepleiere	Sykepleierne	Godkjent av etisk

2013 Irland British Journal of Nursing	sykepleieres opplevelser av språkbarrierer og bruk av tolk	studie, semi-strukturerte intervju	5 generelle sykepleiere og 2 psykiatriske sykepleiere	opplevde utfordringer knyttet til språkbarrierer, bruk av familiemedlemmer som tolk og bruk av profesjonell tolk	komité
Cioffi 2005 Australia Contemporary Nurse	Beskrive sykepleieres opplevelser av å utøve omsorg til voksne pasienter fra fremmede kulturer i medisinsk og kirurgisk avdeling i akuttsituasjoner	Kvalitativt studie, intervju	10 sykepleiere	Sykepleierne opplevde utfordringer knyttet til kommunikasjon, kartlegging, utøvelse av helhetlig sykepleie og bruk av profesjonell tolk	Godkjent av etisk komité

Vedlegg 3 – Analyse

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Kategorier
Bekymring over pas. mangelfulle forståelse pga. språkbarrieren	Bruk av profesjonell tolk	Kommunikasjonsutfordringer
Mangel på felles kommunikasjon påvirket spl.-pas.-relasjonen	Bruk av familiemedlemmer som tolk	Kulturell atferd og kulturelle normer
Tolk var ofte utilgjengelig	Pas. mangelfulle forståelse av informasjon	Pårørendes rolle
Uklarhet i hva tolk formidler til pas.	Ulik forståelse av helse, sykdom og behandling	Mangel på kulturell kunnskap
Bruk av tolk kan føre til at "underliggende meldinger" ikke blir formidlet til pas.	Pas. og pårørendes kulturelle normer	
Bruk av tolk kan føre til brudd på kulturelle normer	Individuelle forskjeller innen en kultur	
Pas. kunne tilbakeholde viktig informasjon ved bruk av profesjonell tolk	Spl. informasjonsplikt	
Informasjon fra pas. kunne bli tilbakeholdt ved bruk av familiemedlemmer som tolk	Kjønnsroller	
Bruk av familiemedlemmer som tolk var ikke rett overfor pårørende, spesielt når barn måtte oversette	Pas. uttrykk for smerte, og dermed smertekartlegging	
Konfrontasjon med nye måter å mestre sykdom, død og dødsfall skapte angst	Pårørende kommer på besøk i flertall	
Spl. som følte de hadde kunnskap om ulike kulturer, opplevde individuelle forskjeller innen samme kultur	Språkbarrierer mellom pas. og spl.	
Frykt for å handle i strid med pas. og pårørendes kulturelle normer	Mangel på kulturell kunnskap	
Samhandling med pas. krevde ekstra tid og innsats	Pas. og pårørendes kulturelle atferd	
Pårørende kommer ofte på besøk mange om gangen, noe som	Spl.-pas.-relasjonen	

<p>oppfattes som forstyrrende for det kliniske miljøet</p> <p>Vanskelig å finne tolk til pas. fra mindre vanlige kulturer</p> <p>Vanskelig å få tilgang til tolk på helg og natt</p> <p>Utfordringer knyttet til bruk av tolk i forhold til sykepleiernes taushetsplikt</p> <p>Pas. hadde begrenset evne til å uttrykke sine ønsker og behov</p> <p>Frykt for å gjøre "kulturelle feil"</p> <p>Begrenset bruk av tolk pga. økonomiske kostnader</p> <p>Pasientene og familiemedlemmer kunne tilbakeholde informasjon ved bruk av familiemedlemmer som tolk</p> <p>Pas. har ofte ulik sykdomsforståelse</p> <p>Ulike uttrykk for smerte</p> <p>Høylytte uttrykk av smerter var forstyrrende for andre pas.</p> <p>Vanskelig å oppfylle informasjonsplikt til pas. og pårørende pga. språkbarrieren</p> <p>Informasjon måtte gis til pas. fra et mannlig familiemedlem, som vanskeliggjorde direkte kontakt med pas.</p> <p>Pas. og pårørende hadde mangel på respekt for avd. rutiner og besøkstider</p> <p>Pas. og pårørendes ønske om bruk av alternative behandlingsmetoder</p>		
---	--	--

<p>Språkbarrieren vanskeliggjorde forklaring av komplekse prosedyrer</p> <p>Bekymring for kvaliteten på sykepleieutøvelsen</p> <p>Besøk av pårørende hindret sykepleieprosedyrer i pas. rom</p> <p>Behov for å begrense antall besøkende for å ivareta pleierutiner</p> <p>Spl. ble ofte møtt med mangel på respekt</p> <p>Mangel på kunnskap for å møte pas. behov</p> <p>Pårørende hadde ulik oppfatning av hva som var til det beste for pas.</p> <p>Pas. og pårørendes kulturelle atferd påvirket spl. evne til å ivareta dem</p> <p>Vanskelig å kartlegge alvorlighetsgrad av sykdom pga. ulik atferd</p> <p>Mangel på kunnskap om hvordan de skulle oppføre seg i forhold til pas. kultur</p> <p>Noen pas. hadde begrenset sosialt nettverk</p> <p>Vanskelig å utøve individualisert pleie til pas.</p> <p>Vanskelig å tolke pas. kroppsspråk, og det kunne ofte føre til misforståelser</p> <p>Tolk kan ha mangel på kunnskap om medisin og helse</p> <p>Mannlige pas. ville stelles av kona, noe som påvirket spl.</p>		
--	--	--

<p>omsorgsutøvelse</p> <p>Det sosiale samspillet ble begrenset i samhandling med pas.</p> <p>Pleien ble ofte mekanisk og upersonlig</p> <p>Plikt til å kontrollere det kliniske miljøet</p> <p>Kommunikasjonsprosessen ble ofte anstrengt og samtalene begrenset pga. språkbarrieren</p> <p>Manglende evne til å forstå pas. begrenset evnen til å innhente anamnese</p> <p>Pas. og pårørende kunne avslå behandling og pleie</p> <p>Vanskelig å forstå situasjoner når pas. og pårørendes atferd var av uventet affekt</p> <p>Pas. eller pårørende ikke reagerte som sterkt som forventet</p> <p>Pas. og pårørende hadde negative holdninger mot kvinner</p> <p>Pas. og pårørende ønsket å bruke ukjente naturmedisiner som kunne skape konflikt med medisinsk kunnskap og forskning</p> <p>Behov for å tilegne seg uønskede holdninger for å kunne utøve omsorg til pas.</p> <p>Vanskelig å skape en relasjon til kvinnelig pas. fordi de var "gjemt" bak mannens kontroll</p> <p>Pas. dramatiske atferd ble opplevd som støtende og fornærmende</p>		
--	--	--

