



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	14-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
Flowkode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	487
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Sykepleie i eit fleirkulturelt samfunn: Korleis kan sjukepleiar bidra til å sikre likeverdige helsetenester også til etniske minoritetspasientar?
Antall ord *:	8890

Egenerklæring *: Ja Nei
Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
uitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Sjukepleie i eit fleirkulturelt samfunn:

Korleis kan sjukepleiar bidra til å sikre likeverdige helsetenester også til etniske minoritetspasientar?

Nursing in at multicultural society:

How can nurses contribute to ensure equal healthcare for ethnic minority patients?

Kandidatnummer: 487

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for Helse- og sosialvitskap, HVL Stord

Innleveringsdato: 28. april 2022

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.



Høgskulen på Vestlandet

Sjukepleie i eit fleirkulturelt samfunn:

**Korleis kan sjukepleiar bidra til å sikre likeverdige helsetenester også til
etniske minoritetspasientar?**

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet, Campus Stord

Kull 2019

Innleveringsdato: 28.04.2022

Antall sider: 37

Antall ord: 8890

Samandrag

Tittel: Sjukepleie i eit fleirkulturelt samfunn: Korleis kan sjukepleiar bidra til å sikre likeverdige helsetenester også til etniske minoritetspasientar?

Bakgrunn: Talet på innvandrarar i Noreg aukar, og sjukepleiar vil i større grad enn tidlegare møte menneske frå andre land og kulturar i yrkesutøvinga. Dette kan føre til utfordringar i form av språkbarrierar og misforståingar i møte mellom kulturar. Det er derfor hensiktsmessig at sjukepleiar er klar over utfordringane ein kan møte i utøving av sjukepleie til menneske frå andre land og kulturar, og korleis ein kan møte pasientar på ein kultursensitiv måte.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra til å sikre likeverdige helsetenester også til etniske minoritetspasientar?

Hensikt: Oppgåva har til hensikt å undersøke korleis sjukepleiar kan sikre god pleie og omsorg til pasientar med minoritetsbakgrunn, og har spesielt fokus på kommunikasjon i møta mellom sjukepleiar og pasient.

Metode: Oppgåva nyttar litteraturstudie som metode, og inkluderer resultat frå ulike forskingsartiklar funne i databasen Cinahl. Det er inkludert forskingsartiklar med både kvalitative og kvantitative metodar.

Resultat: Resultat frå forskingsartiklane viser at språkbarrierar er ei stor utfordring i sjukepleie til pasientar frå andre land og kulturar. I tillegg kjem det fram at bruken av profesjonell tolk ofte er mangelfull i forhold til behovet. Ulikt utgangspunkt i forhold til språk, kultur og tradisjonar kan føre til misforståingar og lågare kvalitet i pleia. Det er viktig for pasientane at sjukepleiar møter dei med openheit, venlegheit og respekt.

Konklusjon: Det er viktig at sjukepleiar opptreer ope og venleg i møte med pasientar frå andre land og kulturar. Språkbarrierar er ei stor utfordring i sjukepleie til desse gruppene, og bruken av tolk i møte mellom pasient og helsepersonell bør aukast for å sikre god informasjonsflyt og forståing. I tillegg er det naudsynt for sjukepleiar med kulturell kompetanse for å kunne utøve god og individuelt retta pleie til etniske minoritetspasientar.

Søkeord: Etniske minoritetspasientar, likeverd, helsetenester, kommunikasjon, kulturell kompetanse

Summary

Title: Nursing in at multicultural society: How can nurses contribute to ensure equal healthcare for ethnic minority patients?

Background: The amount of immigrants in Norway is increasing, and nurses will in the future to a greater extent meet patients from different countries and cultures in their professional practice. This can lead to challenges in terms of language barriers and misunderstandings between nurses and patients. It is therefore appropriate for nurses to be aware of challenges one may face while working with patients from different countries and cultures, and how to overcome such challenges.

Research question: How can nurses contribute to ensure equal healthcare for ethnic minority patients?

Purpose: The purpose of this thesis is to examine how nurses can ensure qualitatively good care to patients with minority backgrounds, and to find important elements in communication.

Method: This thesis uses literature study as a method and includes research articles found in the database Cinahl. Both articles with qualitative and quantitative methods are included.

Results: Results from the included research articles shows that language barriers between healthcare workers and patients from different cultures are a common challenge in healthcare services. They also show that use of professional interpreters is deficient in relation to patients needs. Different starting points when it comes to language, culture and traditions could also lead to misunderstandings and poorer quality of care. It is important to patients that nurses meet them openly, with kindness and respect.

Conclusion: It is important that nurses meet patients from different countries and cultures with openness and kindness. Language barriers are common challenges while caring for these groups of patients, and the use of interpreters should be increased to ensure necessary flow of information and that nurses get a better understanding of the patients. It is necessary that nurses have cultural competence, so that they are able to provide appropriate and individually correct care to ethnic minority patients.

Keywords: Ethnic minority patients, equal, health care, communication, cultural competence

Innhold

1 Innleiing	6
1.1 Problemstilling	6
1.2 Avgrensing i oppgåva.....	7
1.3 Omgrepsavklaring	7
1.3.1 Likeverd.....	7
1.3.2 Etnisk.....	7
1.3.3 Minoritet.....	7
2 Teori	8
2.1 Madeleine Leininger sin teori om transkulturell sjukepleie	8
2.2 Lovverk	8
2.2.1 FN sin konvensjon om menneskerettar.....	8
2.2.2 Lov om likestilling og forbod mot diskriminering.....	9
2.2.3 Lov om pasient- og brukarrettar og Lov om helsepersonell	9
2.3 Interkulturell kommunikasjon og bruk av tolk	9
2.4 Kulturrelativisme og etnosentrisme	10
2.5 Kulturell kompetanse.....	11
2.6 Health literacy/Helsekompetanse	11
3 Metode	12
3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode	12
3.2 Litteraturstudie som metode	12
3.3 Framgangsmåte for søk i oppgåva.....	13
3.3.1 Innleiande søk.....	13
3.3.2 Strukturerte søk.....	13
.....	16
3.4 Metodekritikk	17
3.4.1 Vurdering av eiga oppgåve.....	17
3.4.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur	17
3.4.3 Forskingsetikk.....	18
5 Resultat	20
5.1 Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study	20
5.2 Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study	21

5.3 “You don’t know what you are saying ‘Yes’ and what you are saying ‘No’ to”: hospital experiences of older people from minority ethnic communities	22
5.4 Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures	23
5.5 Accessing public healthcare in Oslo, Norway: the experiences of Thai immigrant masseuses	24
6 Drøfting	25
6.1 Kulturell kompetanse og grunnleggende behov	25
6.2 Språkbarrierar som trussel for god helsehjelp	26
6.3 Bruk av tolk	27
6.4 Sjukepleiars behov for kulturkompetanse	29
6.5 Helsekompetanse blant minoritetspasientar	30
7 Konklusjon	32
8 Litteraturliste	33
9 Vedlegg	36
9.1 Vedlegg 1	36
9.1.1 Litteraturmatrise	36

1 Innleiing

I følgje Statistisk Sentralbyrå (SSB), var det i 2021 over 800 000 innvandrarak i Noreg. Dette utgjer 14,8% av befolkninga, og talet er stigande (SSB, 2021). Som følgje av krigsutbrotet i Ukraina, er det også estimert at Noreg skal ta i mot 35 000 nye flyktingar i løpet av 2022, altså sju gonger meir enn kva som vert busett i løpet av eit normalår (Regjeringa, 2022). Dette betyr at ein som sjukepleiar i større grad enn tidlegare vil møte pasientar med anna morsmål og kulturbakgrunn enn norsk. For at sjukepleiar skal kunne utføre individuell pleie til minoritetspasientar, vil det vere naudsynt å ha kulturell kompetanse. Kulturelt kompetent helsearbeid omhandlar mellom anna at sjukepleiar tek omsyn til pasienten sine individuelle reaksjonar og erfaringar med bakgrunn i hen sin kultur, etnisitet, religion og bakgrunn (Ingstad, 2013, s. 116). Dette er også vesentlege faktorar i kommunikasjon med menneske frå andre land, då stor forskjell i partane sin bakgrunn kan føre til auka vanskar i kommunikasjon. I tillegg omhandlar god kommunikasjon meir enn berre ordforståing (Hanssen, 2016, s. 89).

I utøving av helsearbeid har ein som mål at alle individ skal få likeverdig behandling og omsorg (Ingstad, 2013, s. 116). Gjennom praksis har eg likevel sett korleis både sjukepleiarar og anna helsepersonell har kvidd seg for å gå inn til pasientar frå andre land og kulturbakgrunnar. Mellom anna fordi kommunikasjon må gå føre seg på engelsk eller ein ikkje har hatt noko felles språk i det heile teke. Dette resulterer i at minoritetspråklege pasientar ikkje får det same utgangspunktet i pleia som norsktalande pasientar. Sjølv om pasienten kanskje snakkar noko norsk, har eg inntrykk av at sjukepleiar ikkje klarar å utøve den same heilskaplege pleia som til etnisk norske pasientar. I tillegg undra eg meg over kor godt pasientane med andre morsmål eigentleg forstod informasjonen som vart gjeven, og om informasjonen vart formidla på ein god nok måte. I ei rapport frå Helsedirektoratet (Le et al., 2021, s. 63 og 84), kjem det fram at innvandrargrupper generelt opplev det som vanskelegare å kommunisere med helsepersonell enn kva befolkninga elles gjer, og dei har generelt lågare grad av helsekompetanse. På bakgrunn av dette ønska eg sjå nærare på korleis sjukepleiar kan bidra til å utjamne forskjellar og gi kvalitativt god pleie og omsorg, også til minoritetspasientar.

1.1 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra til å sikre likeverdige helsetenester også til etniske minoritetspasientar?

1.2 Avgrensing i oppgåva

Oppgåva omhandlar førstegongsinnvandrarar med opphaldstillating, og som er oppvaksen med eit anna språk og kultur enn den ein hovudsakleg finn i Noreg. Oppgåva siktar ikkje til menneske innvandra frå andre land i Skandinavia, der både kultur og språk er nokså likt som i Noreg. Den avgrensar seg til å omhandle vaksne pasientar, og tek ikkje for seg møte med pasientar i kommunehelsetenestene. Det vert heller ikkje fokusert på akuttsituasjonar og møte med minoritetspasientar i akuttmottak.

1.3 Omgrepsavklaring

1.3.1 Likeverd

Likeverd viser til at noko har like stor verdi, og er eit viktig grunnlag for menneskerettar og demokrati. Omgrepet vert nytta for å forklare at alle menneske har same verdi, uavhengig av funksjonsnivå, eigenskapar, etnisitet, språk, kultur, kjønn og sosial status (Nordbø et al., 2021).

1.3.2 Etnisk

Etnisitet er sosialt og kulturelt definert, og viser til grupper i eit større samfunn som både betraktar seg sjølv og vert definert av andre til å vere ei eiga folkegruppe. Etnisk identitet kan kome til uttrykk ved til dømes språk, kulturtradisjonar og skikkar. Grunnlaget for etnisk kategorisering er ofte opphav og kulturell bakgrunn (Sommerfeldt & Schackt, 2021).

1.3.3 Minoritet

Minoritet vert brukt om folkegrupper som utgjer eit mindretal av befolkninga i eit land (Wæhle, 2018).

Omgrepet «minoritetspasientar» vert i oppgåva brukt parallelt med «etniske minoritetspasientar», «minoritetsspråklege pasientar» og «pasientar frå andre land/kulturar». Med dette vert det sikta til pasientar i norske sjukehus som har innvandra til Noreg frå land med anna språk og kultur, og som derfor heller ikkje har det same utgangspunktet for å forstå oppbygginga av norsk helsevesen.

2 Teori

2.1 Madeleine Leininger sin teori om transkulturell sjukepleie

For å belyse synspunkt i oppgåva, tek eg utgangspunkt i Madeleine Leininger sin teori om transkulturell sjukepleie, eller Culture Care Theory. Leininger var ein amerikansk sjukepleiar, men hadde også doktorgrad i sosialantropologi. Teorien vart utvikla etter at ho utførte ei fordjupingsstudie blant urfolk i New Guinea, og oppdaga fleire kulturelle forskjellar innan helse og velvære (McFarland, 2014, s. 417-418). Noko av den sentrale hensikta med teorien var å oppdage, dokumentere, tolke og føresjå faktorar som spela inn på kulturbasert sjukepleie. Hovudmålet var at yrkesutøvar skulle gi pasientar pleie og omsorg i samsvar med deira kultur. Dette skulle hjelpe pasienten å møte vanskelege situasjonar som funksjonsnedsetting og død, samt bidra til auka velvære, helse og vekst. Teorien hevdar at ulike faktorar i omsorg varierer på tvers av kulturar, og at ein bør kjenne verdiar og mønster innan ulike kulturar for å fremje adekvat, meiningsfull og trygg sjukepleie (Leininger, 2002, s. 76-79). Kultur refererer til lært, delt og overført kunnskap som omhandlar den trua, verdiane og levemåtane ein kan finne innan ei bestemt gruppe eller samfunn. Dette vert overført mellom generasjonar, og bidrar til å påverke tankemønster, handlingar og avgjersler på bestemte måtar (Leininger, 2002, s. 47).

Sjølv om Madeleine Leininger set fokus på behovet for kulturell kompetanse i helsevesenet, har teorien hennar også vorte kritisert. Mellom anna er det trekt fram at hennar syn på kultur kan verke statisk, og at fokuset på transkulturell sjukepleie kan føre til eit distansert forhold mellom sjukepleiar og pasient, der ein har auka fokus på forskjellane i staden for å fremje integrasjon (Magelssen, 2009). Andre igjen meiner det er feil å introdusere transkulturell sjukepleie som ein spesialitet, eller at fokuset på kultur gjer at andre faktorar innan helse, som kjønn og sosial klasse, vert utelete frå viktige diskusjonar og avgjersler (Holland, 2018, s. 27).

2.2 Lovverk

2.2.1 FN sin konvensjon om menneskerettar

Menneskerettane har utgangspunkt i Foreinte Nasjonar (FN) si Verdserklæring frå 1948. Denne førte til ei samling av felles normer for land som godtok erklæringa. Konvensjonen skil mellom to typar rettar, der nokre inngår i sivile og politiske forhold og andre omhandlar økonomiske, sosiale og kulturelle forhold. Dei menneskerettane som omhandlar helse, går

under økonomiske, sosiale og kulturelle forhold, og skal mellom anna sikre levekår, ytingar frå eit minstenivå, likskap og ikkje-diskriminering (Mølven, 2019, s. 58-59).

2.2.2 Lov om likestilling og forbod mot diskriminering

Likestillings- og diskrimineringslova har som mål å fremje likestilling og hindre diskriminering. Dette kan vere forskjellsbehandling som følgje av kjønn, etnisitet, religion, seksuell orientering eller andre vesentlege forhold ved eit menneske. Lova har mål om å betre minoritetar og kvinner si stilling i samfunnet, og skal bidra til at samfunnsskapte funksjonshemmande barrierar vert redusert og unngå nyskaping av slike. Angående likestilling, ser lova på dette som «likeverd, like muligheter og like rettigheter» (Likestillings- og diskrimineringslova, 2017, §1).

2.2.3 Lov om pasient- og brukarrettar og Lov om helsepersonell

Pasient- og brukarrettslova inkluderer rettighetane til pasientar og brukarar (Mølven, 2019, s. 30). Lova gir pasientar rett på individuelt tilpassa informasjon om pleie og behandling ut frå til dømes kognitivt nivå, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (Mølven, 2019, s. 175 og 180). Pasient- og brukarrettslova påverkar også helsepersonell med plikter for å kome pasientar sine rettigheter i møte (Mølven, 2019, s. 30).

Helsepersonellova (1999, §1) har til hensikt å bidra til sikkerheit for pasientar og brukarar, og sikre kvalitet og tillit til helsetenester og helsepersonell. Lova inkluderer mellom anna kravet om teieplikt (Mølven, 2019, s. 213).

2.3 Interkulturell kommunikasjon og bruk av tolk

Å utøve kulturkompetent sjukepleie krev gode ferdigheitar innan kommunikasjon (Holland, 2018, s. 243). Kommunikasjonsferdigheiter kan delast i relasjonsskapande og avklarande ferdigheitar. I relasjonsskapande ferdigheitar, er aktiv lytting vesentleg for å skape trygge og gode relasjonar til pasienten. Aktiv lytting inneber å vere mentalt til stades i kommunikasjonen, ha fullt fokus på pasienten og vise interesse ved å gi respons i form av å nikke, halde augekontakt og kome med bekreftande lydar eller ord. Når sjukepleiar er ein god lyttar, vil ein oppfatte viktig informasjon om kva pasienten er oppteken av, hens behov og forståing ut frå ordval og uttrykksmåte. Avklarande kommunikasjonsferdigheiter har som hovudmål å hjelpe pasienten til å utdjupe seg om sine behov, få større forståing for kva hen kanskje er redd for eller kva som er viktig for hen. Sjukepleiar kan gjenta ord og uttrykk frå

pasienten, lytte aktivt, stille relevante spørsmål og oppfordre hen til å uttrykke seg (Kristoffersen, 2016, s. 373-376).

Sjuepleiar må ta omsyn til at måten menneske forstår sjukdom og deira forventingar til sjukepleiar og omsorg, vert påverka av kulturell bakgrunn, personlege erfaringar, kunnskapar og preferansar. Som sjukepleiar kan ein møte pasientar med bestemte meiningar eller tru og åtferd som kan verke provoserande. Sjølv om pasienten ikkje alltid har rett, har hen krav på å verte respektert og forstått ut frå sine premiss. Ved interkulturell kommunikasjon, er ofte språket det mest utfordrande, og ein må vite at sjølv om pasienten forstår orda som blir sagt betyr det ikkje nødvendigvis at hen forstår innhaldet i informasjonen (Hanssen, 2016, s. 94-95).

Når behovet for bruk av tolk melder seg i samhandling med pasientar, er det anbefalt å i størst mogleg grad nytte profesjonelle tolkar. Kulturen menneske kjem frå og hens personlege eigenskapar og erfaringar spelar ei stor rolle for korleis budskap vert sendt, motteke og tolka. Dersom forskjellane i dei kommuniserande partane sine kulturar, ideologiar, personlege formuleringar og bakgrunnskunnskapar er store, vil kommunikasjonen verte vanskelegare. Ved bruk av profesjonell tolk, kan ein sikre at tolken er nøytral og har teieplikt. Dette kan vere vanskelegare ved bruk av familiemedlem (Hanssen, 2016, s. 89-93).

2.4 Kulturel relativisme og etnosentrisme

Kulturel relativisme omfattar haldningar der personen ser på kulturar som likeverdige, og ikkje ein kultur som overlegen ein annan. Med dette perspektivet viser personen interesse for den ukjende kulturen og har ønske om å lære korleis og kvifor menneske har sitt spesifikke handlings- og tankemønster. Ein treng ikkje nødvendigvis å vere einig i skikkar og idear, men forsøker forstå utifrå den aktuelle sosiokulturelle kontekst og ikkje med utgangspunkt i perspektiv frå eigen kultur. Med eit kulturel relativistisk perspektiv har ein som mål å forstå framføre å endre, påverke eller dømme ei gruppe sin kultur (Ingstad, 2013, s. 115).

Ei motsetnad til kulturel relativisme er etnosentrisme. Dette inneber haldningar om at eigen kultur er utgangspunkt, medan framande kulturar vert kvalitetsvurdert og dømd ut frå dette perspektivet. Når ein vurderer andre kulturar med utgangspunkt i eiga verkelegheitsoppfatning i staden for å forsøke forstå deira sosiokulturelle kontekst, oppstår ofte tankar om at dei ukjende kulturane er feil eller har negative avvik. Dette kan resultere i stereotypiar om menneske frå andre etniske grupper, og skapar ofte ei enkel oppfatning utan

nyansar og reflekterande perspektiv. Konsekvensar kan vere feiltolking, dømning og konflikhtar, og etnosentriske haldningar kan føre til diskriminering og undertrykking (Ingstad, 2013, s. 115-116).

2.5 Kulturell kompetanse

Som sjukepleiar arbeider ein for å behandle alle pasientar likeverdige. For å klare dette må ein vise forståing for individa sine ulikskapar. I arbeid med etniske minoritetar er det vesentleg med kulturell kompetanse for å kunne tilpasse arbeidet. Ein bør kjenne til at pasienten sine reaksjonsmåtar oppstår på bakgrunn av erfaring, etnisitet, opphav, kultur og religion. Kulturell kompetanse kan i følgje Papadopoulus, Tilki og Taylor sin modell utviklast gjennom fire steg. Det første er medvit kring eigen kultur og det verdi- og normgrunnlaget den fører med seg. Når ein er merksam på dette vil det vere enklare å identifisere eigne haldningar og eventuelle fordommar. Steg nummer to tek utgangspunkt i kunnskap om andre kulturar, samt forståing og interesse for desse. Dersom sjukepleiar har bakgrunnskunnskapar vil det også verte enklare å sjå den individuelle pasienten ut frå hans perspektiv kring behov, åtferd og verdiar. Det tredje steget inneber kultursensitivitet og viktigheita av å bygge mellommenneskelege relasjonar med dei ein omgåast. Kunnskap om interkulturell kommunikasjon, og at ein er villig til å akseptere og respektere dei kulturelle ulikskapar ein møter, er viktig. Om desse punkta er nådd og vert kombinert med fagkunnskap i yrkesutøvinga, når ein det siste steget som er kulturell kompetanse. Dette er ein kontinuerleg prosess, og ein må vere medviten det faktum at sjølv om menneske kjem frå same kultur, er dei eigne individ med ulike behov og verkelegheitsoppfatningar (Ingstad, 2013, s. 116-119).

2.6 Health literacy/Helsekompetanse

«Health literacy» er eit internasjonalt innarbeidd omgrep som på norsk kallast «helsekompetanse». Omgrepet beskriv dei ferdigheitene som krevst for å kunne halde seg til helseinformasjon og nytte informasjonen til å ta helsesrelaterte avgjersler. I tillegg kan health literacy sjåast på som ei føresetnad for å ha utbytte av dei helsetenestene som er tilbudd, samt å mestre og ta kontroll over eiga helse. Graden av helsekompetanse i befolkninga er varierende, og det er ofte dei som er best eigna til å søke etter relevant informasjon, som har størst evne til å ta ansvar for, ha medbestemming og delta i eiga helse og helsesrelaterte avgjersler (Finbråten, 2018, s. 86-87).

3 Metode

Metode kjem frå det greske ordet *metodos*, og betyr å følgje ein bestemt veg mot eit mål (Christoffersen et al., 2015, s. 18). I forhold til forskning, er metode den systematiske framgangsmåten ein nyttar for å kome fram til informasjon og kunnskap for å belyse ei problemstilling. Problemstillinga avgjer kva metode som er mest relevant (Thidemann, 2019, s. 74). Denne oppgåva nyttar litteraturstudie som metode, og inkluderer både kvantitativ og kvalitativ forskning.

3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvantitative metodar baserer seg på objektive data i form av tal og målbare einingar. Desse metodane er hovudsakleg nytta innan naturvitskap og forklarande kunnskapstradisjonar der ein ønsker svar på spørsmål om «kor mykje» eller «kor ofte». Det er ofte nytta spørjeskjema med svaralternativ, eksperiment eller systematisk og strukturert observasjon i datainnsamlinga. Kvalitative metodar er oftast nytta innan humanvitskaplege og forståande kunnskapstradisjonar, og baserer seg på subjektive fakta kring menneske sine meiningar, opplevingar, erfaringar og haldningar. Desse metodane fremjar nyansar om ei sak, og kan nyttast i undersøkingar kring spørsmål som «kva betyr» og «korleis vert det opplevd». Data vert som regel samla ved hjelp av intervju, observasjon, dokumentanalyse eller feltarbeid. I forskning kan ein også nytte metodetriangulering, som er ein kombinasjon av kvalitative og kvantitative metodar. Dette kan gjerast som førebuing eller oppfølging av ei studie, for å styrke argument og resultat, eller vege opp for svakheiter ved bruk av berre ein metode (Thidemann, 2019, s. 75-77).

3.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudiar baserer seg på allereie publisert forskning og kunnskap. Ein nyttar definerte utvalsmetodar og systematiske søk etter primærstudium for å finne forskingskunnskap om ei gitt problemstilling. Litteraturstudium skal forklare metodane ein nyttar for å kome fram til kjeldene oppgåva er basert på. Desse studiane inkluderer også kvalitetsvurdering og analyse av forskinga ein har funne. Til dette kan ein nytte ulike sjekklister. Kva databasar ein nyttar for å søke etter relevant litteratur, avhenger av problemstillinga og formålet med undersøkinga. Sjølv om det ikkje eksisterer ein konkret metodemal for litteraturstudium, er det enkelte krav som må imøtekomast. Dette dreier seg om å ha ei klar problemstilling og hensikt med undersøkinga, beskriving av strategi for søk, gjennomgang av resultat og

kriterium for at desse vert ekskludert eller inkludert i eiga studie, samt ein diskusjonsdel kring materialet (Christoffersen et al., 2015, s. 62-64).

3.3 Framgangsmåte for søk i oppgåva

3.3.1 Innleiande søk

I starten av arbeidet med å finne litteratur til oppgåva, vart det nytta innleiande søk. Dette er søk der ein orienterer seg i litteratur frå ulike kjelder, og er ikkje like strukturert som hovudsøka (Thidemann, 2019, s. 81). Søka gjort i denne perioden tok utgangspunkt i enkle søk i Google for å finne informasjon kring tema frå til dømes rapportar og statistikk, samt nokre tilfeldige søk i databasar som Cinahl og Cochrane. Ingen av desse søka vart dokumentert, men eg fann ein forskingsartikkel som vart inkludert i oppgåva. Dei innleiande søka gjorde det klart at eg ønska nytte Cinahl som hovudsida for søking, då eg fann denne databasen enklast å søke i og den verka ha flest artiklar om det aktuelle temaet.

Artikkel 1: *Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study* av Lise-Merete Alpers, 2018. Publisert i Nursing Ethics.

3.3.2 Strukturerte søk

Relevante artiklar frå innleiande søk kan nyttast som utgangspunkt for strukturerte søk ved hjelp av nøkkelord i artiklane (Thidemann, 2019, s. 81). Denne metoden nytta også eg for å finne inspirasjon til gode nøkkelord for den systematiserte søkinga. Systematiske litteratursøk er planlagde, grunngeivne, dokumenterte og har moglegheit for etterprøving (Thidemann, 2019, s. 82). For å planlegge søka tok eg utgangspunkt i den foreløpige problemstillinga og kva eg ønska å finne ut. Eg nytta PICO-skjema som bidreg til å presisere kva ein ønsker informasjon om, kva ein ønsker inkludere og ekskludere, og å finne relevante søkeord og kombinasjonar. Kvar bokstav representerer engelske ord for bestemte faktorar kring problemstillinga, og inkluderer pasientgruppa ein fokuserer på (P), kva ein ønsker undersøke (I), om det er tiltak ein vil samanlikne (C) og kva utfall ein er interessert i (O) (Thidemann, 2019, s. 82-83). Etter kvart i søkeprosessen utvikla og endra problemstillinga seg. Søkeorda fekk derfor eit litt anna fokus, sjølv om tema heile vegen var det same. PICO-skjema var nyttig for å kome i gong med strukturerte søk, men undervegs fann eg det enklare å søke utan. Søka er gjennomført på engelsk ved hjelp av ulike kombinasjonar av orda: ethnic minority, experience of care, discrimination, interpreter, patient satisfaction, quality of health care, health care, communication, cultural sensitivity og hospital. Orda vart søkt på kvar for seg, før dei vart kombinert med AND eller OR. Søka vart dokumentert ved hjelp av tabellar.

Søkeresultata vart ofte mange, og mange artiklar var ikkje relevant. Eksklusjonskriteria eg nytta for å avgrense søket, var ekskludering av artiklar eldre enn 10 år og av publikasjonar utanfor Europa. Dette for å hindre at den inkluderte litteraturen var for gamal og motverka relevans, samt at artiklane det vart samla informasjon frå kunne overførast til norsk helsesystem og kultur. På tross av dette er det inkludert ein tyrkisk artikkel i oppgåva, då fokus for forskinga var av slik karakter at helsesystem og kultur ikkje nødvendigvis påverka overføringsverdien negativt.

Undervegs i søkeprosessen leste eg fleire abstrakt og artiklar som ikkje vart inkludert. Desse vart som regel ekskludert som følgje av feil forskingsfokus, fokus på svært sentrerte grupper eller manglande overføringsverdi til norsk helsevesen. Ein artikkel vart ekskludert som følgje av manglande avsnitt med presentasjon av resultata. Alle artiklar som vart inkludert følgjer IMRaD-strukturen. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon, og er oftast presentert i samandraget/abstract av artikkelen (Thidemann, 2019, s. 30). Under er det lagt ved tabellar som viser kombinasjonar av søkeord, avgrensing i søk og korleis eg har funne inkluderte artiklar. Av søka som gav inkluderte artiklar som resultat, las eg alle overskrifter. Det gjeld ikkje søket gjort 16.02.2022, då eg fann ein relevant artikkel som nr. 25 og søkeresultata var for mange til å gå gjennom.

Tabell 1						
Søk i Cinahl, 03.03.2022						
SØK	SØKEORD/TERM	AVGRENSING/ LIMITATION	TREFF (Antall)	ABSTRAKT LEST	ARTIKLAR LEST	ARTIKLAR INKLUDERT
1	Ethnic Minority		5279			
2	Experience of care		1299			
3	Søk 1 AND 2		7			
4	Discrimination		37700			
5	Health Care		571168			
6	Søk 1 AND 4 And 5		57	5	3	0
7	Quality of health care		81889			
8	Søk 1 AND 7		102			

9	Søk 8	Geography Europe	34	3	2	1
---	-------	---------------------	----	---	---	---

Artikkelen som vart inkludert viser korleis minoritetspasientar vert forskjellsbehandla i dagens helsevesen, i hovudsak som følgje av språkbarrierar. Artikkelen baserer seg på forskning gjennomført i Nederland, men fokuserer på møte mellom helsepersonell og menneske frå etniske minoritetsgrupper og har overføringsverdi til norsk helsevesen

Artikkel 2: *Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed method study.* Av Floor Van Rosse, Martine de Bruijne, Jeanine Suurmond, Marie-Lousie Essink-Bot, Cordula Wagner, 2016. Publisert i International Journal of Nursing Studies.

Tabell 2						
Søk i Cinahl, 04.03.2022						
SØK	SØKEORD/ TERM	AVGRENSING/ LIMITATION	TREFF (Antall)	ABSTRAKT LEST	ARTIKLAR LEST	ARTIKLAR INKLUDERT
1	Interpreter		2933			
2	Hospital		438282			
3	Søk 1 AND 2	Frå 2012-2022	183	1		
4	Patient Satisfaction	Frå 2012-2022	37902			
5	Søk 1 AND 4		76	3	2	1

Denne artikkelen set lys på pasientar frå andre kulturar si oppleving i møte med helsevesenet og har stor relevans i forhold til oppgåva. Den peikar mellom anna på viktigheita av god relasjonsbygging mellom sjukepleiar og pasient.

Artikkel 3: *“You don’t know what you are saying ‘Yes’ and what you are saying ‘No’ to”:* *hospital experiences of older people from minority ethnic communities* av Jo Ellins og Jon Glasby, 2016. Publisert i Ageing & Society.

Tabell 3						
Søk i Cinahl, gjennomført 16.02.2022						
SØK	SØKEORD/ TERM	AVGRENSING/ LIMITATION	TREFF (Antall)	ABSTRAKT LEST	ARTIKLAR LEST	ARTIKLAR INKLUDERT
1	Cultural Sensitivity		14230			
2	Communication		722356			
3	Søk 1 AND 2		2799			
4	Søk 3	From 2012- 2022	427			

Etter søk 4 vart artikkel nummer 25 inkludert. Den fokuserer på kulturell kompetanse blant sjukepleiarar og trekk mellom anna fram utfordringar kring språkbarrierar.

Artikkel 4: *Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures* av Hatice Karabuga Yakar og Sule Ecevit Alpar, 2018. Publisert i International Journal of Caring Sciences.

Tabell 4						
Søk i Cinahl, gjennomført 15.02.2022						
SØK	SØKEORD/ TERM	AVGRENSING/ LIMITATION	TREFF (Antall)	ABSTRAKT LEST	ARTIKLAR LEST	ARTIKLAR INKLUDERT
1	Healthcare system		13035			
2	Immigrant		19035			
3	Communication		189488			
4	Søk 1 AND 2 AND 3		44	2	2	1

Ein artikkel vart inkludert etter søk nr. 4. Artikkelen viser korleis kvinner frå Thailand opplev helsevesenet i Noreg og utfordringar kring dette. Sjølv om artikkelen fokuserer på ei svært spesifikk gruppe, meiner eg resultatane kan overførast også til andre minoritetsgrupper.

Artikkel 5: *Accessing public healthcare in Oslo, Norway: the experiences of Thai immigrant masseuses* av Naomi Tschirhart, Esperanza Diaz og Trygve Ottesen, 2019. Publisert i BMC Health Services Research.

3.4 Metodekritikk

3.4.1 Vurdering av eiga oppgåve

Oppgåva inkluderer kunnskap frå ulike kjelder. Forskingsartiklane er vald på bakgrunn av oppgåvefokus og er kontrollert med aktuelle sjekklister ut frå metode, samt bygd opp etter IMRaD-strukturen. Eg har hovudsakleg haldt meg til ein database (Cinahl), og ikkje gjennomført mange søk i andre databasar som kanskje kunne gitt andre søkeresultat. Dette kan sjåast på som ein svakheit i oppgåva, men sidan eg har forsøkt å finne forskning med ulike fokus og design har eg vurdert det til å ikkje ha den største påverknaden på utfallet. Ein anna svakheit med oppgåva, kan kome som følgje av engelske kjelder. Kunnskap kring sjukepleieteori og all forskning er skriva på engelsk, noko som kan føre til at eg har feiltolka enkelte aspekt og nyansar ved litteraturen sidan engelsk ikkje er mitt førstespråk. Oppgåva har vorte arbeidd med i eit tidsrom på 8 veker. Dette, saman med avgrensinga av ord, påverkar grundigheita av oppgåva og gjer at ikkje alle aspekt kring tema er belyst.

3.4.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur

Når ein finn litteratur til ei oppgåve, må ein vurdere og karakterisere denne litteraturen. Dette er kalla kjeldekritikk (Dalland, 2020, s. 152). Denne oppgåva nyttar fleire forskingsartiklar frå søk i databasen Cinahl. Alle artiklane er vurdert utifrå sjekklister funne via helsebiblioteket.no, og sjekklister er vald utifrå metode på den aktuelle studien. Som første ledd i kritisk vurdering av forskingsartiklar, bør ein stille spørsmål om problemstillinga er klart formulert og om designet på studien er eigna til å svare på den aktuelle problemstillinga (Helsebiblioteket, 2016). Ved å stille desse spørsmåla er fleire artiklar vald bort.

Det kan førekome avvik frå resultat av forskning sett opp mot tilfelle i norsk helsevesen. Eg trur likevel det er stor overføringsrelevans frå forskingsartiklane, då dei i hovudsak er frå Europa og både tematikk og problemstilling kan relaterast til situasjonar i Noreg. Ein av artiklane er frå Tyrkia, og utforskar sjukepleiarar si kulturelle kompetanse og evne til

interkulturell kommunikasjon. Denne viser at få sjukepleiarar har opplæring i interkulturell sjukepleie (Yakar & Alpar, 2018). I Noreg er kunnskap om kulturell kompetanse inkludert i sjukepleiarutdanninga, og det er ikkje sikkert resultata frå studia kan overførast. Studia er likevel inkludert, då den set lys på utfordringar som språkbarrierar og moglege løysingar.

Fagkunnskap kan raskt verte utdatert, og det kan vere hensiktsmessig å nytte nyare kjelder (Dalland, 2020, s. 155). I oppgåva er forskning eldre enn 10 år ekskludert for at resultata skal ha aktualitet ovanfor dagens samfunn, det er også i hovudsak nytta bøker av nyare dato. For å finne kunnskap om Leiningers sin sjukepleieteori, er det nytta ei bok utgitt i 2002. Dette fordi eg ønska ei bok skrive av teoretikaren sjølv, samt at teorien ikkje har endra seg dei siste åra. Eldre litteratur kan vere nyttig i refleksjon over nyare funn (Dalland, 2020, s. 156).

3.4.3 Forskingsetikk

Etikk og etiske vurderingar bør ha ein sentral plass i all forskning. Etikk kan seiast å vere dei normene samfunnet har om kva som er riktig og god oppførsel, og kan fungere som rettleiing og bidra til eit reflektert grunnlag for spesifikke handlingar når ein møter utfordringar (Dalland, 2020, s. 168). Forskingsetikk skal bidra til at ønsket om å oppdage ny kunnskap, ikkje går ut over personar si integritet og velferd, fører til brot på personvern eller skade og uheldige belastningar på deltakande partar. For rettleiing om personvern og ryddig bruk av personopplysingar, kan ein kontakte Norsk Senter for Forskingsdata (NSD). Dei fungerer som personvernombod for alle som driv forskning. Ved andre forskningsetiske spørsmål, kan ein vende seg til dei forskningsetiske komiteane. I tillegg finst det sju regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK). Ein må søke førehandsgodkjenning frå ein av desse ved all medisinsk og helsefagleg forskning som involverer menneske, helseopplysningar eller menneskeleg biologisk materiale (Dalland, 2020, s. 169-171). Når ein snakkar om forskningsetikk innan medisin og helse, er det også verdt å nemne Helsinkideklarasjonen. Denne vart utarbeidd i Helsinki av World Medical Association i juni 1964, og fungerer som ei internasjonal erklæring av etiske prinsipp kring medisinsk forskning som inkluderer menneske eller forskning på identifiserbart menneskeleg materiale eller data (The Norwegian National Research Ethics Committees, 2020).

I prosessen med bacheloroppgåva, har eg forsøkt å ha fokus på etikk. Det inneber at alle forskingsartiklane inkludert i oppgåva er godkjend av etiske komitear eller sjukehus. Alle studia hadde frivillig deltaking og tek i vare personvern. I følgje åndsverklova, er det skaparen av eit verk som har eineretten til dette. Det er likevel tillate å nytte kunnskap frå litterære og

vitskaplege arbeid i eigne tekstar dersom ein viser klart i både tekst og litteraturliste kvar kunnskapen er henta frå (Dalland, 2020, s. 161). All kunnskap som ikkje er «min eigen» er derfor referert til ved bruk av referansesystemet APA 7th.

5 Resultat

5.1 Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study

Av Lise-Merete Alpers. Publisert i tidsskriftet Nursing Ethics i 2018.

Bakgrunn: Talet på pasientar sjukepleiar møter med ulik kultur- og språkbakgrunn, har auka dei siste tiåra. Dette har skapt nye utfordringar i møte mellom pasient og pleiar, spesielt med tanke på å skape tillitsfulle og positive relasjonar.

Mål: Å undersøke faktorar som bidrar til å skape tillit eller mistillit mellom helsearbeidarar og etniske minoritetspasientar, samt undersøke kompleksiteten kring prosessen om «othering» - altså når menneske frå ulike grupper får ei «dei andre og oss» haldning, og objektiviserer ein annan person eller gruppe utan å sjå på hans individuelle kompleksitet og subjektivitet.

Metode: Forskinga fann stad ved Lovisenberg Diakonale sjukehus i Oslo. Forskaren nytta ein kvalitativ metode i forskinga, med intervju av førstegenerasjonsinnvandrarakar frå land i Asia og Afrika. Informantane var over 18 år, og hadde nyleg vert eller var innlagd i sjukehus. Under intervjuet vart deltakarane oppfordra til å kommunisere fritt og i eige tempo. Det vart nytta profesjonell tolk i fire av intervju.

Resultat: Fleire av pasientane følte seg utrygge og uttrykte mistillit til norske legar. Denne oppfatninga kom delvis av forventingar til behandling utifrå eigne perspektiv frå heimlandet, men også frå negative historier om det norske helsevesenet frå andre i innvandarmiljøet. Enkelte deltakarar føretrakk likevel den norske oppbygginga av helsevesenet, mellom anna på grunn av måten pasienten vart inkludert i diskusjonen kring diagnose og behandling. Ei anna utfordring var kommunikasjon, og det kunne vere vanskeleg å uttrykke kjensler til nokon utan same kulturbakgrunn, og måten kjensler vart uttrykt på kunne skape misforståingar mellom pleiar og pasient.

Konklusjon: Det kan vere utfordrande å etablere tillit i møte med etniske minoritetspasientar. Dette kan kome av ulike utgangspunkt i tru, kultur, verdiar og forventingar frå både pasient og pleiar si side, i tillegg til at negative fordommar og «othering» kan påverke tillitsetablering negativt. Helsepersonell har derfor behov for auka kulturell kompetanse, og det er vesentleg å møte pasienten på ein venleg måte.

Forskingsetikk: Forskinga vart godkjend frå sjukehuset si leiing og personvernombod for forskning. Deltaking var frivillig og informantane signerte skjema for informert samtykke.

5.2 Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study

Av Floor van Rosse, Martine de Bruijne, Jeanine Suurmond, Marie-Louise Essink-Bot og Cordula Wagner. Publisert i International Journal of Nursing Studies i 2016.

Bakgrunn: Språkbarrierar har vist seg å vere ein trussel mot kvalitet i sjukehus, og studiar gjennomført på internasjonalt nivå har vist at god nok oppdaging, rapportering og tiltak for å overkomme språkbarrierar er manglande. Få studiar, spesielt innan Europa, ser på samanhengen mellom språkbarrierar og sikkerheitsrisiko i pleia.

Mål: Å undersøke risikoar for pasientsikkerheita som oppstår som følgje av språkbarrierar, samt korleis språkbarrierar vert oppdaga, rapportert og handtert i sjukehus.

Metode: Metodetriangulering med kvantitativ metode med spørjeskjema og spesifikke data henta frå pasientjournalar, og kvalitativ metode med intervju.

Resultat: Språkbarrierar utgjer ein risiko for pasientar på fleire område. Mellom anna vart ikkje pasienten identifisert med namn og fødselsdato før prosedyrar som medisintulevering eller blodprøvetaking. Det vart også funne avvik i væskerestriksjonar og -overvaking og smertebehandling som følgje av vanskar med å forklare og formidle god nok informasjon mellom pasient og pleiar. Vanskar med informasjon førte også til vidare skade på pasientar, t.d. ved at dei ikkje forstod behovet for trykkavlasing ved decubitus. I fleire tilfelle vart det rapportert om språkbarrierar, men få tiltak vart sett i gong og det var manglande dokumentasjon om vesentlege faktorar som kva morsmål pasienten hadde.

Konklusjon: Det er behov for adekvat oppdaging og rapportering om språkbarrierar i møte med pasientar, og ein treng nye løysingar for å handtere språkbarrierar i helsevesenet når ein ikkje har tilgang på profesjonell tolk.

Forskingsetikk: Forskinga vart godkjend av medisinske etiske komité ved alle deltakande sjukehus.

5.3 “You don’t know what you are saying ‘Yes’ and what you are saying ‘No’ to”: hospital experiences of older people from minority ethnic communities

Av Jo Ellins og Jon Glasby. Publisert i tiddsskriftet Ageing & Society i 2016.

Bakgrunn: Menneske frå etniske minoritetsgrupper rapporterer om dårlegare kvalitet i helsetenestene enn majoritetsbefolkninga i landet. Det har likevel vist seg å vere få kvalitative studium som fokuserer på denne problemstillinga.

Mål: Fremje eldre minoritetspasientar si subjektive oppleving i møte med helsevesenet.

Metode: Forskinga baserer seg på eksisterande kasusstudium i tillegg til intervju som vart planlagt og gjennomført i samarbeid med medforskarar. Medforskarane var eldre menneske rekruttert gjennom ein frivillig organisasjon, og fekk opptrening i forskingsprosessen i forkant av studien. Ellins og Glasby valde å rekruttere menneske frå den eldre generasjonen, då studiar har vist at dette kan bidra til betre kommunikasjon med informantane og at deltakarane er meir avslappa under intervju.

Resultat: Deltakarane fann det vesentleg å bli sett som personar med individuelle behov, kjensler og ønske, heller enn eit problem som skulle fiksast. Det hende at tilsette ved sjukehuset vart sett på som kalde og lite personlege. Fleire rapporterte om manglande informasjon om diagnose og behandling, både til pasient og pårørande. Ofte mangla det tilgang til tolketenester, noko som førte til at familie, medpasientar eller reingjeringspersonell vart nytta som tolk. Studien viste også at både engelsktalande og ikkje-engelsktalande deltakarar opplevde at pasientar med lågare engelskkunnskapar fekk dårlegare pleie og omsorg enn dei som meistra språket.

Konklusjon: Sjølv om relasjonsbyggande tiltak er viktig for alle pasientar, vil det spele ei ekstra stor rolle for pasientar frå ulike etniske minoritetar. Målrretta strategiar for å sikre utøving av god og effektiv pleie og tenester til eit multikulturelt samfunn er naudsynt.

Forskingsetikk: Forskinga er etisk godkjend av Nottingham Research Ethics Committee. Studiedesignet er tilpassa aldersgruppa som er intervju.

5.4 Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures

Av Hatice Karabuga Yakar og Sule Ecevit Alpar. Publisert i International Journal of Caring Sciences i 2018.

Bakgrunn: Interkulturell kommunikasjon har gradvis vorte eit meir aktuelt omgrep etter kvart som ein møter eit større kultur mangfald i helsetenestene. Samstundes veit ein at kulturell kompetanse bør aukast slik at ein kan møte ulike kulturelle behov med respekt, gjenkjenning og god kommunikasjon.

Mål: Å undersøke graden av kulturell kommunikasjonskompetanse hos sjukepleiarar som utøvde pleie til pasientar frå ulike kulturar.

Metode: Forskarane nytta ein kvantitativ metode, der 204 sjukepleiarar svarte på ulike spørjeskjema kring tema i studien.

Resultat: Størstedelen av deltakarane i studia (84,5%) hadde ikkje fått opplæring i interkulturell sjukepleie. Likevel viste resultata av spørjeundersøkinga at sjukepleiarane hadde høgt nok kompetansenivå kring kultursensitivitet, interkulturelt medvit og interkulturell kommunikasjon. Denne kunnskapen hadde sjukepleiarane tileigna seg som følgje av erfaring frå tidlegare møte med minoritetspasientar (47,5%) og gjennom vener (41,7%). Forskinga viste også at hovudutfordringa ved interkulturell sjukepleie var språkbarrierar (94,6%). For å kunne utføre kulturelt god pleie til denne pasientgruppa, svarte sjukepleiarane at dei ønska tilgang på tilstrekkeleg med profesjonelle tolkar (78%) og øvingar kring tema for å betre sine kvalifikasjonar (63,7%).

Konklusjon: Sjølv om deltakarane skåra godt på kulturell kompetanse og interkulturell kommunikasjon, bør det settast i gong tiltak for å betre den kulturelle kompetansen til helsearbeidarar.

Forskingsetikk: Etisk godkjenning er gitt frå the Ethics Board for Non-interventional Clinical Trials of the Health Sciences Institute of Marmara University. Utviklarane av skalaene brukt i undersøkinga har godkjend bruken av måleinstrumentet.

5.5 Accessing public healthcare in Oslo, Norway: the experiences of Thai immigrant masseuses

Av Naomi Tschirhart, Esperanza Diaz og Trygve Ottesen. Publisert i BMC Health Services Research i 2019.

Bakgrunn: Thailandske kvinner utgjør den største gruppa av menneske som innvandrar til Noreg for å gifte seg med menn utan innvandrarbakgrunn, og er derfor ofte forventa å bli inkludert i samfunnet via deira ektefelle. Fleire kvinner frå Thailand startar i jobb som thaimassørar. Tidlegare studie utanfor Noreg viser at thaimassørar i nokre tilfelle også tilbyr seksuelle tenester.

Mål: Å undersøke kva som påverkar thailandske immigrantkvinner med arbeid som massør si tilgang til helsetenester i Noreg, og korleis dei dekkjer behovet sitt for helsehjelp.

Metode: Studia har ei kvalitativ tilnærming. Det vart nytta semistrukturerte intervju med 14 deltakarar. I kommunikasjonen vart det i hovudsak nytta tolk, eller intervjuet gjekk føre seg på engelsk.

Resultat: Arbeidet deltakarane hadde som thaimassørar påverka ikkje tilgangen til helsehjelp, og dei kunne jamleg teste seg for seksuelt overførbare sjukdommar hos eit oppsøkande team for folkehelse. Dei fleste var klar over oppbygginga av helsesystem og fastlegeordning, og opplevde god kvalitet i helsetenestene. Fleire rapporterte om lang ventetid for å få legetimar, og mange trengte hjelp til timebestilling. Fleire fekk derfor helseråd frå andre i det thailandske miljøet, eller nytta sjølvmedisinering med importerte legemiddel frå heimlandet. For deltakarane med norsk ektefelle, var det enklare å orientere seg og få helsehjelp. Språkbarrierar vart likevel trekt fram som ei stor utfordring, og fleire opplevde at det ikkje vart nytta tolk dersom dei hadde med ektefelle til lege.

Konklusjon: Immigrantkvinner frå Thailand kan ha vanskar med å navigere i det norske helsesystemet, til tross for at dei skal ha lik tilgang som nordmenn. Språkbarrieren skapar utfordringar, og det vil vere naudsynt med auka bruk av tolk.

Forskingsetikk: Forskingsprosjektet vart vurdert gjennom ein standardisert intern prosess ved Institutt for samfunnsmedisin og global helse ved Universitetet i Oslo. Prosjektet vart meld til Norsk senter for forskingsdata (NSD) som godtok prosjektet og det verbale samtykket frå deltakarane.

6 Drøfting

I dette kapitlet vert resultat av litteratursøk og teori drøfta opp mot problemstillinga «Korleis kan sjukepleiar bidra til å sikre likeverdige helsetenester også til etniske minoritetspasientar?».

6.1 Kulturell kompetanse og grunnleggande behov

Ei engelsk studie viser at pasientar med dårlegare engelskkunnskapar fekk dårlegare kvalitet på pleia. Denne opplevinga var delt av både pasientane det gjaldt, og medpasientar med engelsk opphav. Det vart sett lys på korleis menneske som ikkje kunne språket vart neglisjert på ulike grunnleggande behovsområde. Til dømes fekk ikkje pasientar følgje til toalettet fordi dei ikkje klarte å formidle dette behovet. Det førte mellom anna til uhell med urin, skamkjensle og kjensla av å vere til bry (Ellins & Glasby, 2016). Det kan tenkast at når pasientane ikkje får bistand til toalettbesøk, vil dei ligge lenger med full blære. Å unngå regelmessige toalettbesøk gjer pasienten ekstra disponert for urinvegsinfeksjon som følgje av at urin gir gode vilkår for bakterievekst, spesielt dersom pasienten har nedsett motstandskraft pga. andre sjukdommar (Gjerland, 2016, s. 265). Sjølv om funna kjem frå ei engelsk studie, vil dei ha overføringsrelevans til norsk helsevesen med tanke på utfordringar kring språk. I følgje Norsk Sykepleierforbund (NSF) sine yrkesetiske retningslinjer (u.å.) har sjukepleiar ansvar for å førebygge sjukdom og unngå lidning for alle pasientar. Urinvegsinfeksjonar kan føre til auka lidning for pasienten på grunn av svie ved vasslating og magesmerter, eller at infeksjonen fører til nyrestein, nyresvikt, sepsis eller i verste fall død (Gjerland, 2016, s. 266.). Når sjukepleiar er klar over desse konsekvensane, bør det settast i gong førebyggjande tiltak, og språkbarrieren skal ikkje vere eit hinder for god pleie. Kring denne konkrete utfordringa kan ein til dømes nytte enkle biletkort, slik at pasienten kan formidle sitt behov.

Ellins og Glasby (2016) skriv at fleire av deltakarane i studia ikkje fekk tilrettelagd måltid spesifikt for deira kultur. Fleire hadde behov for vegetarkost og prøvde formidle dette til pleiarane utan hell. Ein av deltakarane fortalde korleis han berre åt yoghurt og pudding gjennom sjukehusopphaldet som følgje av manglande imøtecoming av hans behov for ein kulturelt tilpassa diett. Ein annan fortalde om korleis ein medpasient med minoritetsbakgrunn møtte negative haldningar frå sjukepleiar då pasienten spurde om dei kunne tilby noko anna å ete. Ved sjukdom er ofte næringsbehovet større enn når ein er frisk, og riktig næring kan gi kortare sjukehusopphald, færre komplikasjonar og raskare sårtilheling (Sortland, 2015, s. 14). Ein einseitig diett beståande av få matvarer vil derfor ikkje gi den riktige samansetninga av

næringsstoff pasienten treng. I tillegg er kulturen ein del av pasienten sin identitet, og flytting mellom kulturar kan vere krevjande og svekke sjølvopplevinga (Solvoll, 2016, s. 117). Som pasient er ein allereie sårbar, og det kan tenkast at negative haldningar kring kulturelle behov kan opplevast sårande for pasienten og gi ei kjensle av at hans behov ikkje er «like viktige». Teorien om transkulturell sjukepleie hevdar at sjukepleiar har ansvar for næringsrik mat til pasienten, ut frå individuelle kulturelle synspunkt om kva som er «riktig» mat, og sjukepleiar må vere klar over betydninga kring desse synspunkta (Leininger, 2002, s. 216). På trass av dette, kan ein ikkje følge opp alle kulturelle syn i forhold til mat, som til dømes måltidstidspunkt, då desse i ulike institusjonar ofte er standardisert. Kunnskap om ulike kulturar sine mattradisjonar kan nok likevel vere eit symbol på viktigheita av kulturell kompetanse blant sjukepleiarar, og det kan tenkast at pasienten kjenner seg tryggare dersom sjukepleiar møter hans kulturelle syn med ei kulturel relativistisk haldning.

6.2 Språkbarrierar som trussel for god helsehjelp

Ei nederlandsk studie viser at minoritetsspråklege pasientar vert forskjellsbehandla i sjukehus. Denne studia påpeikar at språkbarrierar utgjer ei reell trussel for tryggleik i pleia. Mellom anna kjem det fram at ulike språk mellom pleiar og pasient fører til at identiteten til pasienten ikkje vert undersøkt før til dømes medikamentutlevering og blodprøvetaking (Rosse et al., 2016). Feil ved utlevering av legemiddel står for mellom 40% og 70% av alle legemiddelrelaterte feil, og kan føre til alvorlege og dødelege konsekvensar. Dette kan førebyggast ved å dobbeltsjekke at ein leverer riktig legemiddel i riktig dose til riktig pasient (Nordeng, 2018, s. 34). Studia frå Nederland viste også at sjukepleiar i møte med minoritetsspråklege pasientar hadde større vanskar med å registrere vèskebalanse og følge opp kring væskerestriksjonar som følgje av utfordringar kring språk og forklaring, samstundes som smertebehandling vart vanskelegare, og oppfølging etter utskriving vart sjeldnare gjennomført pga. språkbarrieren (Rosse et al., 2016). Funna kan bygge opp argumentasjonen om at minoritetspasientar ikkje får likeverdig behandling i helsevesenet. Funna strider derfor også imot menneskerettane, som mellom anna skal sikre likskap i helsetenester for alle og hindre diskriminering (Molven, 2019, s. 59).

Diskriminering er forbode ved lov i Noreg. I følgje likestillings- og diskrimineringslova (2017, §6), er det ikkje tillate med direkte eller indirekte forskjellsbehandling på bakgrunn av til dømes kjønn, religion eller etnisitet. Lova forklarar etnisitet til å omhandle mellom anna nasjonalt opphav, hudfarge, språk og avstamming. Dei yrkesetiske retningslinjene for

sjukepleiarar, understrekar plikta denne yrkesgruppa har til å ivareta pasientens integritet og behov for heilskapleg omsorg, samstundes som ein skal arbeide fagleg forsvarleg og verne om pasienten si rett til å ikkje verte krenka (NSF, u.å.). Som sjukepleiar er ein nøydd til å ta omsyn til pasienten sitt opphav, kultur og språk. Forskinga til Rosse et al. (2016) viste at sjølv om språkbarrierar var identifisert og utgjorde ein trussel mot pasientsikkerheita, var det lite tiltak knytt til å handtere utfordringane. Mellom anna var det sjeldan omtala kva språk pasienten snakka, og profesjonelle tolkar vart brukt i liten grad. I staden var pårørande ei vanleg erstatning for profesjonell tolk. Dersom sjukepleiar er medviten trusselen språkbarrierar utgjør, kan ein også setje i gong tiltak for å sikre likeverdige tenester. Eksempel kan vere rutinar for å kartlegge pasienten sitt opphav og morsmål, og auke bruken av tolk.

6.3 Bruk av tolk

Manglande bruk av tolk i helsevesenet, kan forståast ut frå ei kvantitativ studie. Denne viser at 78% av sjukepleiarane meinte dei kunne utføre betre pleie til pasientar frå andre kulturar, dersom dei hadde tilgang til nok profesjonelle tolkar (Yakar & Alpar, 2018). Sidan studia er frå Tyrkia, kan det føre til misforhold mellom resultata frå forskinga og relevansen for norske sjukehus. På bakgrunn av studia frå Nederland (Rosse et al., 2016) og eigenerfaringar ved bruk av pårørande som tolk eller å ikkje nytte tolk i det heile, vert tala likevel brukt som grunnlag for vidare argumentasjon. Ved bruk av pårørande som tolk, kan det vere vanskeleg å vite om hen har gode nok språklege kvalifikasjonar og forstår det hen skal interpretere til pasienten. Når informasjonen omhandlar medisinske utfordringar og behandling, kan forståinga verte ytterlegare redusert. Ei anna utfordring kan vere om alt faktisk vert oversett. Dersom ein nyttar pårørande som tolk, inneber det risiko for at tolken held tilbake medisinsk informasjon for å skjerme pasienten, eller at pasienten held tilbake viktige opplysingar for å beskytte tolken eller ikkje ønsker at den pårørande skal vite alt pasienten kjenner på (Hanssen, 2016, s. 93). Ved å bruka pårørande som tolk, vil ein risikere å bryte teieplikta. I følgje lova skal helsepersonell hindre at andre enn pasienten får informasjon om sjukdomsforhold (Helsepersonellova, 1999, §21). Dersom ein nyttar pårørande i tolkinga, må pasienten samtykke til dette i følgje Helsepersonellova §22. Å samtykke i forkant kan vere vanskeleg ettersom pasienten ikkje veit kva informasjonen vil dreie seg om før den er gitt.

Ved bruk av profesjonell tolk, vil fleire av risikopunkta verte redusert. Profesjonelle tolkar skal vere nøytrale og skilje mellom sak og person, noko som gir ei meir direkte oversetting av informasjonen. I tillegg er dei underlagt streng teieplikt. Dersom pasienten vert godt informert

om teieplikta og kjenner seg trygg på pleiar og tolk, vil det kunne bli lettare å både få og gi naudsynt informasjon (Hanssen, 2016, s. 93). Leininger (2002, s. 127-128) har også omtala bruk av tolk gjennom sin teori. Ho anbefaler at sjukepleiar og tolk kommuniserer på førehand for å forklare kva ein skal snakke med pasienten om og kva dette vil bety for hen, samt å understreke at sjukepleiar ønsker ei direkte oversetting av det pasienten seier. At tolken oversett direkte, er også nedfelt i dei yrkesetiske retningslinjene for tolkar (Hanssen, 2016, s. 93). Sjølv om det er positivt at sjukepleiar får kjennskap til pasienten sine utsegn, kan den ordrette oversettinga føre til at sjukepleiar ikkje oppfattar om pasienten er usikker på noko. Ei mogleg løysing er å be tolken gi beskjed dersom han skjønar at pasienten ikkje forstår, eventuelt avklare dette med pasient og tolk saman. Sjølv om ein nyttar profesjonell tolk, hevdar Leininger (2002, s 128) det er naudsynt å sikre at tolken kjenner pasienten sin kultur og språk. Det er også naudsynt for tolken å kjenne den norske kulturen, då manglande felles sosial forståing og bruk av både verbal og non-verbal symbolikk kan føre til mistolking og kommunikasjonsproblem. Når det er sagt, vil det ofte vere ei enkel løysing å nytte pårørande som tolk (Hanssen, 2016, s. 92-93). Dette kan nok vere aktuelt i enkelte tilfelle, men sjukepleiar bør kanskje avgrense slik kommunikasjon til enklare situasjonar kring avklarande spørsmål angående til dømes pasienten sin bakgrunn og matvanar, i staden for store samtalar kring helse, sjukdom og behandling.

Språkbarrierar er ei stor utfordring i interkulturell sjukepleie og bruk av profesjonell tolk er ofte manglande (Ellins & Glasby, 2016, Rosse et al., 2016, Yakar & Alpar, 2018, Tschirhart et al., 2019). I følge pasient- og brukarrettslova (1999, § 3-2 og § 3-5), har pasienten rett på informasjon angående sin helsetilstand og behandling. Denne informasjonen skal vere tilpassa pasienten si individuelle føresetnad for forståing utifrå mellom anna erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Ein forskingsartikkel viser likevel korleis ein pasient trudde ho skulle bli utskrive frå sjukehuset, men i staden vart teke med til operasjon (Ellins & Glasby, 2016). Informasjon bidreg til å redusere stress, gi betre oversikt over situasjonen og skape ei kjensle av auka kontroll og forståing for pasienten. Spesielt i forhold til kirurgiske inngrep er informasjon vesentleg i forkant, då det kan redusere behov for medikament post-operativt, redusere opplevinga av smerter og ubehag, bidra til raskare mobilisering og kortare sjukehusopphald (Berntzen et al., 2016, s. 320). Dersom ein ikkje nyttar tolk i informasjonsformidlinga, er det fleire faktorar i kommunikasjonen sjukepleiar bør vere medviten. Språket bør vere presist og direkte, ein bør unngå spesielle dialektord eller medisinske terminologiar, og sjukepleiar bør snakke roleg og tydeleg. Det kan vere nyttig

med eksempel i forklaringa for å dra linjer mellom det ukjende og kjende. Til slutt bør sjukepleiar stille spørsmål for å forsikre at informasjonen er forstått (Brataas, 2003, s. 54).

6.4 Sjukepleiars behov for kulturell kompetanse

Ei norsk studie med etniske minoritetspasientar, fortel om utfordringar kring kommunikasjon i forbindelse med sjukehusinnleggingar. Informantar fortel om vanskar med å uttrykke kjensler, då desse vert formidla ulikt i ulike kulturar og at dette kan skape misforståingar. Til dømes uttrykker ein deltakar at han ikkje forstår, på måtar som kan oppfattast aggressivt i den norske kulturen (Alpers, 2018). Trinn to og tre i Papadopoulus sin modell for tileigning av kulturell kompetanse, inneber kulturell kunnskap og kultursensitivitet. Dersom sjukepleiar tileignar seg kunnskap om pasienten sin kultur, vil det bidra til å sjå situasjonen frå pasienten sitt perspektiv. Kultursensitivitet vert viktig for å skape gode mellommenneskelege relasjonar til pasienten, og behandle hen som eit unikt individ med individuelle behov samstundes som ein både aksepterer, respekterer og erkjenner dei kulturelle forskjellane ein møter (Ingstad, 2013, s. 117-118). Dersom ein manglar denne kunnskapen og oppfattar pasienten som aggressiv når han eigentleg uttrykker at han ikkje forstår, kan det kanskje skape ei form for frykt hos sjukepleiar. Sjukepleiar kan då verte usikker og utføre dårlegare pleie.

I studia til Alpers (2018) poengterer ein informant viktigheita av at helsepersonell lyttar og trøystar pasienten. Dette samsvarer med Hanssen (2016, s 95) som skriv at det er spesielt viktig at sjukepleiar er open og venleg i møte med minoritetsspråklege pasientar, då det kan bidra til tryggleik. Når pasientar møter tilsette i helsetenesta, oppstår ei skeivfordeling av makt som følgje av at pasienten er avhengig av helsepersonell si hjelp. I tillegg går pasienten inn i ei ny og ukjend rolle. Dette kan auke belastinga pasienten allereie har av å vere sjuk, spesielt dersom han kjenner seg utanfor kulturelt sett. Sjukepleiar si evne til å yte omsorg og skape tryggleik, samt å vise respekt for pasienten og lytte aktivt vil vere vesentleg (Brataas et al., 2003, s. 118-119). Aktiv lytting betyr at ein i samtalen aktivt viser at ein høyrer på den andre parten, til dømes ved å nikke, seie ja og halde augekontakt (Kristoffersen, 2016, s. 375). Her er det også viktig å vere medviten den andre sin kultur. Ein afrikansk deltakar i eit forskingsprosjekt fortel at ho frå barndommen av har lært å ikkje sjå autoritetar i augo, men heller sjå ned når personen snakkar til ho. Sjølv etter mange år i Vest-Europa måtte ho tvinge seg sjølv til å sjå autoritetar i augo under samtale (Alpers, 2018). Det er då viktig at helsepersonell er klar over at pasienten ikkje er uhøfleg, men at ulike kulturar har ulike tradisjonar for å vise respekt.

Leininger (2002, s. 6) hevdar at dersom sjukepleiar ikkje møter pasienten sine kulturelle verdiar, tru og ventingar, kan ein anta at pasienten vil vere lite samarbeidsvillig og utilfreds med pleia. Leininger påstår også at pasientar frå andre kulturar generelt sett er raske med å vise teikn til misnøye, mistillit og konflikhtar dersom kulturelle behov ikkje vert møtt. Sjølv om det er positivt at teoretikaren har sett fokus på transkulturell sjukepleie, kan utsegn som dette bidra til å sjå på kultur som eit statisk omgrep og vitne om ei etnosentrisk haldning der ein måler andre kulturar opp mot sin eigen (Ingstad, 2013, s. 115). Dette vil vere eit uheldig utgangspunkt for sjukepleiar i møte med minoritetspasientar. I tillegg vil det variere individuelt kor viktig ein person sin opphavlege kultur er for hen i pleia, utifrå om hen har møtt den norske kulturen gjennom assimilering, segregering eller integrering (Ingstad, 2013, s. 114-115). Ut frå dette kan ein forstå kultur som ein dynamisk og individuell prosess, og viktigheita av kulturelle normer vil nok variere ut frå pasienten ein møter. Altså er menneske eigne individ som handlar i tråd med sin kultur og sjølv tek initiativ til handlingane, dei er ikkje berre passive offer for kulturen (Ingstad, 2013, s. 119) slik det kan verke som Leininger (2002, s. 6) hevdar i sin teori.

6.5 Helsekompetanse blant minoritetspasientar

I Noreg er det fleire kvinner som har innvandra frå Thailand for å gifte seg med norske menn. Dei fleste har god kunnskap om korleis helsevesenet i Noreg fungerer, og får som regel hjelp av sin ektefelle (Tschirhart et al., 2019). Helsevesenet i Noreg baserer seg på at pasienten har eit personleg ansvar for eiga helse, og medbestemming og deltaking er spesielt vektlagt. Health literacy er eit omgrep nytta for å forklare ferdigheiter personar treng for å kunne forstå og nytte helseinformasjon til å ta avgjersler, og er naudsynt for at pasienten skal kjenne kontroll og meistring kring eiga helse (Finbråten, 2018, s. 86). Innvandrara med norsk ektefelle har som fordel at ektefellen kjenner det norske systemet og språket, men pasienten får framleis ikkje tilstrekkeleg informasjon og moglegheit til å utvikle helsekompetanse som følge av språkbarrieren (Tschirhart et al. 2019). I ein rapport frå Helsedirektoratet (Le et al., 2021, s. 63) kjem det fram at menneske med anna etnisk bakgrunn skåra dårlegare på generell helsekompetanse enn befolkningsutvalet.

Høg helsekompetanse kan betre helsetilstanden, men avhenger av moglegheita til å forstå og nytte informasjonen (Finbråten, 2018, s. 87 og 96). Etniske minoritetar har kanskje ikkje same evne til å søke slik informasjon, og sjukepleiar kan då vere ein viktig ressurs for å betre helsekompetansen deira. Mellom anna kan kartlegging av pasienten sitt utgangspunkt gi

moglegheit til å tilpasse informasjon ut frå hens nivå. Ein kan då nytte ulike kommunikasjonsformer som bilete eller å gi pasienten skriftleg informasjon på hans morsmål. Sistnemnde kan vere spesielt viktig, då mange pasientar, uavhengig av kulturbakgrunn, har gløymd 80% av informasjonen innan dei har gått, eller har feiloppfatta informasjon. Å få pasienten til å forklare kva han har forstått av helseinformasjonen kan også vere relevant (Finbråten, 2018, s. 103).

For å kunne gi helseinformasjon, må ein først etablere kommunikasjonsforhold. I møte med helsevesenet vil kommunikasjonen ha ei asymmetrisk karakter som følgje av maktfordelinga, og den mest grunnleggande faktoren for eit godt kommunikasjonsforhold er at pasienten kjenner seg trygg (Brataas, 2003, s. 34-35). Leininger (2002, s. 126-127) skriv at sjukepleiar må kunne lese pasienten sine nonverbale uttrykk, spesielt når ein ikkje snakkar same språk. Dette kan dreie seg om andletsuttrykk der tydinga kan variere på tvers av kulturar, men også grad av augekontakt, stemmeleie og handgestikulasjonar. Dersom sjukepleiar har slik kunnskap, vil det vere enklare å oppfatte kva pasienten forstår, gi moglegheit til å tilpasse helseinformasjon og auke helsekompetansen. Sjukepleiar bør likevel vere klar over variasjonen av helsekompetanse mellom alle menneske, også menneske frå andre kulturar (Finbråten, 2018, s. 87). Å vere medviten eventuelle fordommar som kan undervurdere pasienten, er derfor vesentleg. Dette kjem fram i ei studie utført av Ellins og Glasby (2016) der ein av deltakarane fekk forenkla informasjon angående ein operasjon, sjølv om ho hadde både gode engelskkunnskapar og tilstrekkeleg helsekompetanse.

7 Konklusjon

Fleire forskingsartiklar viser korleis menneske frå andre land og kulturar, ofte får annleis behandling i helsevesenet enn majoritetsbefolkninga (Rosse et al., 2016, Tschirhart et al., 2019, Ellins & Glasby, 2016). Ei stor årsak til dette er språkbarrierar. Som sjukepleiar er det nok aldri intensjonen å gi minoritetspasientar annleis behandling, men når dette likevel førekjem bør fokus kring tema auke. For å bidra til likeverdig behandling av etniske minoritetspasientar i sjukehus, kan sjukepleiar mellom anna auke bruken av profesjonell tolk og opptre ope og venleg i møte med pasientane. I tillegg vil det vere vesentleg for sjukepleiar å ha kulturell kompetanse, slik at ein klarar møte kvar pasient som eit individ og ta omsyn til eventuelle kulturelle verdiar og behov som er viktig for pasienten. At sjukepleiar møter pasientar med ei kulturel relativistisk haldning og forstår pasienten ut frå hans føresetnadar, vil også kunne bidra til å auke pasienten sin helsekompetanse, og gi minoritetspasientar betre føresetnad for likeverdig behandling i helsetenestene. Når det er sagt må sjukepleiar vere klar over at alle pasientar har individuelle behov, ønske og forventingar. Ein bør derfor skape ein relasjon med pasienten og utøve sjukepleie frå hans føresetnadar, i staden for å generalisere ut frå kultur og opphav.

8 Litteraturliste

- Alpers, L.M. (2018). Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nursing Ethics* 25(3). DOI: 10.1177/0969733016652449
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A.M.G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 309-379). Gyldendal Akademisk
- Brataas, H.V. (2003). Kommunikasjon, relasjon og gruppeprosess. I T. Steen-Olsen (Red.), *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell* (s. 33-47). HøyskoleForlaget
- Brataas, H.V. (2003). Å innhente og formidle informasjon og støtte pasienten. I T. Steen-Olsen (Red.), *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell* (s. 48-65). HøyskoleForlaget
- Brataas, H.V., Steen-Olsen, T. & Skimmeli, M. (2003). Helse, omsorg og tverrkulturell kommunikasjon. I T. Steen-Olsen (Red.), *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell* (s. 110-128). HøyskoleForlaget
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt Forlag
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal
- Ellins, J. & Glasby, J. (2016). "You don't know what you are saying `Yes` and what you are saying `No` to": hospital experiences of older people from minority ethnic communities. *Ageing & Society* 36(1). DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X14000919>
- Finbråten, H.S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 86-110). Fagbokforlaget
- Gjerland, A. (2016). Eliminering. I G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., bind 2, s. 243-312). Gyldendal Akademisk
- Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I Gro Hjelmeland Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bind 3, s.81-103). Gyldendal Akademisk
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

- Helsepersonellova. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holland, K. (2018). *Cultural awareness in nursing and health care: An introductory text* (3. Utg.). Routledge
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J. (2016). Å styrke pasientenes ressurser: Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 349-406). Gyldendal Akademisk
- Le, C., Finbråten, H.S., Pettersen, K.S. & Guttersrud, Ø. (2021). *Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam: Befolkningens helsekompetanse, del II* (IS-2988). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
- Leininger, M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice* (3. Utg.). McGraw-Hill
- Likestillings- og diskrimineringslova. (2017). *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering* (LOV-2017-06-16-51). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
- Magelssen, R. (2009). Generell sykepleie: Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om vår virkelighetsoppfatning? *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0015>
- McFarland, M.R. (2014). Madeleine M. Leininger: Culture Care Theory of Diversity and Universality. I M.R. Alligood (Red.), *Nursing Theorists and their work* (8. Utg., s. 417-441). Elsevier
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal
- Nordbø, B., Parr, H.K. & Alkonne, Nynorsk kultursentrum (2021, 7. desember). *Likeverd*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/likeverd>
- Nordeng, H. (2018). Grunnleggende kunnskap: Kva er legemidler, og hvordan brukes de? I O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 21-40). Gyldendal
- Norsk Sykepleierforbund (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettslova. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Regjeringen. (2022, 25. mars). *Regjeringen foreslår tiltak for å ta imot ukrainske flyktninger*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-foreslar-tiltak-for-a-ta-imot-ukrainske-flyktninger/id2905672/>
- Rosse, F.V., Bruijne, M.D., Suurmond, J., Essink-Bot, M-L. & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012)
- Solvoll, B-A. (2016). Identitet og egenverd. I Gro Hjelmeland Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bind 3, s.105-140). Gyldendal Akademisk
- Sommerfeldt, A. & Schackt, J. (2021, 15. april). *Etnisk gruppe*. Store Norske Leksikon. https://snl.no/etnisk_gruppe
- Sortland, K. (2015). *Ernæring: Mer enn mat og drikke* (5. utg.). Fagbokforlaget
- Statistisk Sentralbyrå (2021). *Fakta om innvandring*. Henta 01.03.2022 frå <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- The Norwegian National Research Ethics Committees. (2020, 8. Oktober). *Declaration of Helsinki*. <https://www.forskningsetikk.no/en/resources/the-research-ethics-library/legal-statutes-and-guidelines/declaration-of-helsinki/>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget
- Tschirhart, N., Diaz, E. & Ottesen, T. (2019). Accessing public healthcare in Oslo, Norway: the experiences of Thai immigrant masseuses. *BMC Health Services Research* 19(722). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4560-9>
- Wæhle, E. (2018, 22. august). *Minoritet*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/minoritet>
- Yakar, H.K. & Alpar, S.E. (2018). Intercultural Communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. *International Journal of Caring Sciences* 11(3), 1743-1754.

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1

9.1.1 Litteratormatrise

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat	Etisk vurdering
<p><i>Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study</i></p> <p>Lise-Merete Alpers</p> <p>Nursing Ethics, 2018</p>	<p>Undersøke faktorar som bidreg til å skape tillit eller mistillit i møte mellom helsearbeidar og etnisk minoritetspasient . Undersøke kompleksiteten kring prosessen ved "othering".</p>	<p>Kvalitativ metode ved bruk av dybdeintervju og hermeneutisk analyse.</p>	<p>Førstegenerasjonsinnvandrere frå Asia og Afrika innlagd eller nyleg innlagd i sjukehus, med moglegheit til å utføre intervju. 10 pasientar deltok, 6 kvinner og 4 menn, i alderen 32-85 år. Busett i Noreg mellom 6-40 år.</p>	<p>Fleire opplevde mistillit til norske legar, og meinte legar i heimlandet hadde høgare kompetanse. Misforståingar kunne oppstå som følge av ulik kulturbakgrunn og uttrykksmåte. Opplevde det som viktig å verte møtt med venlegheit og forståing, få forklart informasjon roleg og tydeleg. Fleire sette pris på å få direkte informasjon kring helse og behandling.</p>	<p>Godkjend av sjukehuset sitt personvernombod for forskning og leiinga ved sjukehuset. Deltaking var frivillig og deltakarar signerte skjema for informert samtykke.</p>
<p><i>Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study</i></p> <p>Floor van Rosse, Martine de Bruijne, Jeanine Suurmond, Marie-Louise Essink-Bot og Cordula Wagner</p> <p>International Journal of Nursing Studies, 2016</p>	<p>Kvar i sjukehusopphald et utgjør språkbarrierar risiko for pasienten sin sikkerheit? Korleis vert språkbarrierar oppdaga og rapportert i sjukehus? Kva tiltak er sett i gong for å kome over språkbarrierar, kva er rutine og kva vert gjort i praksis?</p>	<p>Metodetriangulering av kvantitativ og kvalitativ metode. Spørjeskjema, intervju og gjennomgang av pasientjournalar.</p>	<p>576 pasientar med etnisk minoritetsbakgrunn deltok. Vart inkludert under sjukehusopphald på ein av dei 30 deltakande avdelingane. Dei 576 pasientane svarte på spørjeskjema og godtok gjennomgang av journal. 17 pasientar med ulik etnisk bakgrunn deltok på intervju.</p>	<p>Språkbarrierar truga pasientsikkerheita ved fleire tilfelle, til dømes ved medikamentutdeling, væskeregistrering og smertebehandling. Det var manglande dokumentering av språkbarrierar i journal, spesielt kva morsmål pasienten hadde. Pårørande vart ofte nytta som tolk i staden for profesjonell tolk.</p>	<p>Etisk godkjenning frå alle medisinsketiske komitear ved alle deltakande sjukehus. Frivillig deltaking. Signert samtykkeskjema.</p>
<p><i>«You don't know what you are saying 'yes' and what you are saying 'No' to": hospital experiences of older people from minority ethnic communities</i></p> <p>Jo Ellins og Jon Glasby</p>	<p>Fremje eldre minoritetspasientar si subjektive oppleving i møte med helsevesenet.</p>	<p>Kvalitativ. Baserer seg på eksisterande kasusstudium og eigne intervju med medforskarar.</p>	<p>24 deltakarar frå etniske minoritetsgrupper som var over 60 år og nyleg innlagd i sjukehus, eller pårørande til ein person over 60 år som nyleg var innlagd i sjukehus. 20 av deltakarane var sjølv pasientar, 4 var pårørande.</p>	<p>Det var vesentleg for deltakarane å bli sett på og ivareteke som personar med individuelle behov, og at personalet viste forståing og omtanke. Fleire rapporterte om manglande informasjon kring behandling og diagnose. Det var ofte manglande bruk av profesjonell tolk.</p>	<p>Etisk godkjenning frå Nottingham Research Ethics Committee. Frivillig deltaking og studiedesign tilpassa aldersgruppa.</p>

Ageing & Society, 2016					
Intercultural communication Competence of Nurses Providing Care for Patients from Different Cultures Hatice Karabuga Yaka rog Sule Ecevit Alpar International Journal of Caring Sciences, 2018	Undersøke grad av kulturell kommunikasjonskompetanse hos sjukepleiarar som utøver pleie til pasientar frå ulike kulturar.	Kvantitativ metode med spørjeskjema.	204 sjukepleiarar som var aktivt involvert i pleie til pasientar frå andre kulturar.	84,5% mangla opplæring i interkulturell sjukepleie. Mange hadde likevel god kulturell kompetanse opparbeid ved hjelp av erfaring frå tidlegare pasientmøter (47,5%) og via vener (41,7%). Språkbarrierar var hovudutfordring i pleie til minoritetspasientar (94,6%). Sjukepleiarane ønska god tilgang på profesjonelle tolketenester (78%) og øvingar arrangert av arbeidsplassen (63,7%).	Etisk godkjenning er gitt frå the Ethics Board for Non-interventional Clinical Trials of the Health Sciences Institute of Marmara University. Utviklarane av skalaene brukt i undersøkinga har godkjend bruken av måleinstrument et.
Accessing public healthcare in Oslo, Norway: The experiences of Thai immigrant masseuses Naomi Tschirhart, Esperanza Diaz og Trygve Ottesen BMC Health Services Research, 2019	Å undersøke kva som påverkar thailandske immigrantkvinner med arbeid som massør si tilgang til helsetenester i Noreg, og korleis dei dekker behovet sitt for helsehjelp.	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju.	Kvinner innvandra frå Thailand som jobba som thaimassør i Oslo i løpet av siste 12 mnd. og var over 18 år, samt snakka engelsk eller thai.	Arbeid som thaimassør påverka ikkje tilgang på helsehjelp. Kvinnene fekk jamnleg tilbod om å teste seg for seksuelt overførbare sjukdommar via eit oppsøkande team for folkehelse. Dei fleste kjende oppbygginga av helsevesenet i Noreg. Mange fekk hjelp av ektefelle til å bestille legetimar. Manglande bruk av tolk ved legetimar. Fleire fekk helseråd og medisinar importert frå Thailand frå andre i det thailandske miljøet.	Vurdert gjennom standardisert intern prosess ved Institutt for samfunnsmedisin og global helse ved Universitetet i Oslo. Meld inn til og godkjend av NSD.