



# Bacheloroppgave

**SYH600 Sykepleie**

**Sykepleie til pasienter med fremmedkulturell  
bakgrunn**

**Nursing care to patients with a foreign cultural  
background**

**Kandidatnummer: 17 og 47**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 45**

**Molde, 17.03.2023**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <b>betrakte som fusk</b> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. <a href="#">høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Sikt for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av Sikt?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 stp

Veileder:

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å

gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja

nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja

nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja

nei

Dato:

**Antall ord: 7324**

# Forord

*Hvis det i sannhet skal lykkes  
å føre et menneske hen til et bestemt sted,  
må man først og fremst passe på å finne ham der  
hvor han er,  
og begynne der.*

*For i sannhet å kunne hjelpe en annen,  
må jeg forstå mer enn han,  
men dog vel først og fremst forstå  
det, han forstår.*

*at det å hjelpe  
er villighet til inntil videre  
å finne seg i å ha urett og ikke å forstå,  
det den andre forstår.*

- Søren Kierkegaard  
(Aambø 2021, 231-232)

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I 2023 var det litt over en million innvandrere i Norge og det er stadig økende innvandring. For å sikre likeverdig helse- og omsorgstjeneste i Norge har Helse- og omsorgsdepartementet sagt at helsepersonell skal ha kunnskap om utfordringer knyttet til kultur og sykdomsforekomst hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Det stilles derfor krav til kompetansen hos sykepleiere for å kunne gi best mulig individuell tilpasset sykepleie.

**Hensikt:** Belyse sykepleiers erfaringer med å gi sykepleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

**Metode:** Litteraturstudie basert på 8 kvalitative forskningsartikler. Disse er funnet gjennom systematiske søk i 2 databaser og ett manuelt søk.

**Resultat:** Sykepleiernes erfaring viste mye usikkerhet rundt det å gi sykepleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. En stor utfordring var at de og pasienten ikke hadde et felles språk. Tolk ble sett på som en nødvendig ressurs, men viste seg å bli brukt for lite. Det var ofte mange pårørende til stede som kunne bli sett på som en ressurs, men kunne og bli sett på som utfordrende.

**Konklusjon:** Litteraturstudien vår konkluderer med at sykepleierne erfarte at det var utfordringer i møte med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Sykepleierne følte de manglet kunnskap og kompetanse for å gi et likeverdig tilbud. Vi mener dette temaet bør forskes mer på, noe som vil føre til økt oppmerksomhet på sykepleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Ved å øke fokuset vil pasientene få et bedre helsetilbud.

**Nøkkelord:** Sykepleier, erfaring, pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, kulturforskjeller

## **Abstract**

**Background:** In 2023, there were one million people with an immigrant background in Norway and there is an increasing immigration. In order to ensure an equal healthcare service in Norway, the Ministry of Health and Care Services has said that health personnel must have knowledge of challenges related to culture and the incidence of disease among patients with foreign cultural background. Requirements are therefore placed on the competence of nurses to be able to provide the best possible individually adapted nursing care.

**Purpose:** The aim is to illuminate nurses' experiences of providing nursing care to patients with a foreign cultural background.

**Method:** A literature study based on 8 qualitative research studies. These have been found through systematic searches in two databases and one manual search.

**Result:** Nurses' experience showed a lot of uncertainty to provide nursing care to patients with a foreign cultural background. A major challenge was that they and the patient did not have a common language. Interpreters were seen as a necessary resource, but proved to be underused. There were often many relatives present who could be seen as both a resource and a burden.

**Conclusion:** Our literature study concludes that the nurses experiences that there were challenges in meeting patients with a foreign cultural background. The nurses felt they lacked the knowledge and competence to provide an equal healthcare service. We believe this topic should be researched more, which will lead to an increased attention. By increasing the focus, patients will receive better healthcare.

**Key words:** Nurse, experience, patients with foreign cultural background, cultural differences.



# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>2</b>
2.1	PICO-skjema .....	2
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	3
2.3	Søkestrategi .....	4
2.4	Søkehistorikk .....	4
2.5	Kvalitetsvurdering .....	5
2.6	Etiske overveielser .....	5
2.7	Analyse .....	6
<b>3.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>7</b>
3.1	Sykepleiere i møte med en annen religion og kultur .....	8
3.1.1	Sykepleiers tolkning av smerte .....	9
3.1.2	Sykepleiers erfaring med pasientens pårørende .....	9
3.2	Språkbarrierer .....	11
3.2.1	Sykepleiers erfaring med bruk av tolk .....	11
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>13</b>
4.1	Metodediskusjon .....	13
4.2	Resultatdiskusjon .....	15
4.2.1	Usikkerhet i møte med pasienter fra ulike kulturer .....	15
4.2.2	Ulik forståelse av sykdom .....	15
4.2.3	Smerteuttrykk påvirker behandlingen .....	16
4.2.4	Pasienter med mange pårørende .....	17
4.2.5	Utfordring med kommunikasjon når det ikke er et felles språk .....	19
4.2.6	Hvorfor brukes det ikke mer tolk? .....	20
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>21</b>
5.1	Forslag til videre forskning .....	22
<b>6.0</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>23</b>
<b>7.0</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>27</b>
7.1	Vedlegg 1 - PICO-skjema .....	27
7.2	Vedlegg 2 - Søkehistorikk .....	27
7.3	Vedlegg 3 - Oversiktstabell .....	29
7.4	Vedlegg 4 - Eksempel på utfylt sjekkliste .....	36

## 1.0 Innledning

Norge har blitt et flerkulturelt samfunn. Det vil si at vi står overfor kompleks sykepleie. Det er 877 227 innvandrere og 213 810 norskfødte med innvandrerforeldre, som utgjør hele 20% av Norges befolkning (Statistisk sentralbyrå 2023). Dette er mennesker som er fordelt over alle 356 kommuner i Norge (Kulasingam 2021, 7). Det er derfor stor sannsynlighet for at sykepleiere møter pasienter med fremmedkulturell bakgrunn i alle livets faser uavhengig om det er i en stor eller liten kommune. Innvandring fra over 200 land har ført til at ulike kulturer lever side om side i samfunnet (Integrerings -og mangfoldsdirektoratet 2022). Det gjør helsevesenet mer komplekst og stiller krav med tanke på språk og kunnskap om andre kulturer.

I stortingsmelding 26 er det beskrevet økende behov for kulturell kompetanse blant sykepleiere. Pasienter med innvandringsbakgrunn har ulik helsekompetanse, forståelse og oppfatning av sykdom. Det brukes lite tolketjenester, og det er for lite kunnskap om hvilke utfordringer innvandrere har med bruk av tjenester i helsevesenet (Meld.St. 26 (2014-2015), 151). Når man ikke har et felles språk kan det føre til brudd på pasienters rett til informasjon og medbestemmelse (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1 - 3-2, 1999).

I Norge skal det være likeverdig helse- og omsorgstjeneste for alle. Helsepersonell skal ha kunnskap om utfordringer knyttet til kultur og om innvandreres sykdomsforekomst. Det skal tilrettelegges for god kommunikasjon og bruk av tolk der det er behov. Helsepersonell skal være oppdatert på kunnskap om innvandreres helse og benytte den i praksis (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, 4-5).

Sykepleiere må kunne gi god pleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Tidligere forskning har vist at når et samfunn blir flerkulturelt gir det utfordringer for sykepleieren. Eksempler på utfordringer var språk, kulturforskjeller, kommunikasjon og at det var krevende å gi pasienten informasjon. Dette førte til at sykepleierne følte på stress, usikkerhet og frustrasjon. Sykepleierne kunne derfor oppfattes fraværende og overfladisk (Murcia og Lopez 2016).

Sykepleiere skal forebygge sykdom, lindre lidelse, fremme og gjenopprette helse. Å behandle pasienter med respekt er viktig for å ivareta kulturelle rettigheter og retten til et verdig liv. Respekt skal vises for alle uavhengig av blant annet trosoppfatning, hudfarge,

kjønn, kultur, etnisk bakgrunn, politisk oppfatning og nasjonalitet (ICN 2006). For å sikre en god behandling til pasienter med en fremmedkulturell bakgrunn er det viktig å øke kompetansen til sykepleieren. Vi har derfor valgt sykepleieperspektiv i vår litteraturstudie.

Hensikten med litteraturstudien er å belyse sykepleiers erfaringer med å gi sykepleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

## **2.0 Metode**

En litteraturstudie baserer seg på å tidlige forskning for å belyse studiens hensikt. Dette innebærer å søke systematisk i relevante databaser, vurdere og analysere funnene kritisk og sammenfatte dette skriftlig. Videre skal resultatet og teorier som er valgt drøftes i lys av hensikten (Grønseth og Jerpseth 2019, 80).

Datainnsamlingen ble gjennomført i januar og februar 2023. Arbeidet blir beskrevet i underkapitlene PICO-skjema, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi og søkehistorikk.

### **2.1 PICO-skjema**

PICO-skjema strukturerer og deler opp spørsmålet i studien på en hensiktsmessig måte. Hver bokstav står for bestemte deler som er med i et klinisk spørsmål, der P står for patient/problem, I for Intervention, C for comparison og O for Outcome (Nortvedt mfl. 2012, 33). Vårt PICO-skjema (Vedlegg 1) er utfylt på P, I og O da det er egnet for vår hensikt. På "P" valgte vi sykepleier og helsepersonell da det var sykepleier vi søkte kunnskap om. Vi hadde flyktning, innvandrere og etnisitet på "I" da det var denne gruppen vi ønsket å finne ut noe om. "C" er ikke benyttet fordi det ikke skulle sammenlignes med noe. Under "O" hadde vi erfaring og holdninger da vi ønsket å finne sykepleiers erfaringer.

## 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte å avgrense søkene med kriterier for å finne relevante artikler. Disse kriteriene er vist under i tabell 1 og videre beskrevet.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleieperspektiv	Pasientperspektiv
Originalartikkel	Litteraturstudier
Kvalitative artikler	Kvantitative artikler
Forskning gjort i Skandinavia	Forskning gjort utenfor Skandinavia
De siste 15 årene	Artikler eldre enn 15 år
Norsk, engelsk, svensk og dansk språk	Andre språk enn norsk, engelsk, dansk, svensk
Alle diagnoser	Pasienter i alderen 0-18
Alle instanser (kommune- og spesialisthelsetjenesten)	

**Tabell 1** - Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Vi ekskluderte artikler med kvantitativ metode og inkluderte artikler med kvalitativ metode. Ved kvalitativ metode får deltakerne mulighet til å dele erfaringer og uttrykke seg i større grad enn for eksempel i et spørreskjema (Christoffersen mfl. 2015, 72). En av de inkluderte artiklene har brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. I denne artikkelen har vi valgt å kun fokusere på de kvalitative resultatene.

Vår studie er i et sykepleieperspektiv fordi vi ønsker å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere har, og har derfor ekskludert pasientperspektiv. Fokuset har vært å inkludere generelle erfaringer fra sykepleiere fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Forskning som går på spesifikke diagnoser har vi ekskludert. Det ble tatt en beslutning på å ekskludere pasienter i alderen 0-18 da vi mente det ikke var relevant for vår studie. Språk som engelsk, norsk, svensk og dansk inkluderte vi i søkene da det er de vi mestrer å lese uten bruk av oversetter. Forskningen vi har valgt å inkludere er gjort i Skandinavia. Vi

anser det som mest relevant i forhold til vår litteraturstudie da det kan relateres til vårt helsevesen. Under prøvesøkene så vi at det var lite nyere forskning på dette temaet. Vi har derfor valgt å inkludere artikler som er opp til 15 år gamle.

## 2.3 Søkestrategi

Når vi søkte i databasene brukte vi de boolske operatorene AND og OR for å kombinere søkeord. Ved å bruke AND avgrensers søket til å gi treff der begge ordene er med. Ved å bruke OR vil det gi treff på enten det ene eller det andre søkeordet. Vi trunkerte søkeord som betyr at vi brukte tegnet \* slik at vi fikk med alle varianter. For eksempel nurs\* som ga treff på nurs, nurses, nursing og så videre (Nortvedt mfl. 2012, 55-56).

## 2.4 Søkehistorikk

### Søk 1 - CINAHL:

Det første søket var i Cinahl. Vi brukte “avansert søk” med søkeordene ethnic\*, cultur\* og immigra\* som ble kombinert med OR. Videre la vi inn søkeordet nurs\* og kombinerte disse med AND og fikk over 20 000 treff. Vi la til “norway or norwegian” med AND, og fikk 210 treff. Av de leste vi 15 sammendrag, 2 artikler og inkluderte 1 artikkel.

### Søk 2 - Ovid Medline:

Det andre søket var i Ovid Medline. Her brukte vi også “avansert søk” og relevante søkeord som vi hadde i PICO-skjema vårt, se vedlegg 1. En detaljert søkehistorikk er i vedlegg 2. Da fikk vi 4757 treff. Videre la vi til norw\* og scandi\* og fikk 52 treff. Vi leste 13 sammendrag, 5 artikler og inkluderte 5 artikler.

### To artikler er funnet via manuelt søk:

To artikler er funnet ved å lese referanseliste i en artikkel om kulturell kompetanse på sykepleien.no. Det var artiklene “Professional and cultural conflicts for intensive care nurses” og “Facing the unfamiliar: Nurses transcultural care in intensive care - A focus group study”.

## 2.5 Kvalitetsvurdering

Da vi fant forskningsartikler som svarte på vår hensikt, sjekket vi at oppbyggingen samsvarte med IMRAD-prinsippet. IMRAD blir brukt for å få en oversiktlig oppbygging av vitenskapelige artikler der hver bokstav er en forkortelse. I står for introduksjon, M for Metode, R for resultat, A for and og D for diskusjon. Hver av artiklene har et sammendrag i starten slik at man lettere kan få et overblikk over innholdet (Nortvedt m.fl 2012, 69).

Vi har brukt “Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie” for å sikre at artiklene er gode. Sjekklisten er bygd opp med ulike spørsmål som får oss til å gå gjennom artikkelen med et kritisk blikk. Slike spørsmål kan være om artikkelen har en tydelig formulert problemstilling, og om designet på artikkelen er hensiktsmessig for resultatet (Helsebiblioteket 2016). Vi svarte “ja” på alle spørsmålene i sjekklisten og mener derfor at alle artiklene er troverdige, se vedlegg 4.

Vi brukte kanalregister over vitenskapelige publiseringskanaler som drives av Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Denne siden forteller oss om tidsskriftene er godkjente vitenskapelige publiseringskanaler ut ifra nivå. “Nivå 2” er det høyeste nivået, og “Nivå 1” er godkjente publiseringskanaler innenfor minimumskravene. “Nivå 0” og “Nivå X” er ikke blitt godkjente og derfor ikke pålitelige kanaler (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse 2023). Fem av våre artikler ble vurdert som Nivå 1, og tre av artiklene ble vurdert som Nivå 2.

## 2.6 Etiske overveielser

Gjennom Helsinkideklarasjonen er det vedtatt at alle som driver med forskning innen helse må utføre det på en etisk forsvarlig måte. Deklarasjonen beskytter de som deltar i studien med tanke på personvern og informert samtykke. Det er tre forskningsetiske prinsipper forskere er nødt til å ta hensyn til. Disse er deltakerens rett til selvbestemmelse, forskerens plikt til å respektere privatliv og ansvar for å unngå skade (World medical association 2022). Vi har erfaringer og opplevelser fra praksis som gjør at vi kan ha vært noe forutinntatt. Likevel har vi forsøkt å være så nøytrale og redelig som mulig.

## 2.7 Analyse

I analysen brukte vi Evans (2002) sin metode som består av 4 steg.

Fase 1 - Datainnsamling: Når data skal samles inn, skal det velges inkluderingskriterier for hva slags artikler som kan være med i litteraturstudien. Deretter skal det søkes med disse kriteriene i ulike databaser for å finne relevant forskning. Til slutt gjennomgås funnene og forskningsartiklene som samsvarer best med kriteriene som var satt (Evans 2002, 25).

Vi valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier før vi begynte å søke som kan ses i avsnitt 2.2. Videre søkte vi i ulike databaser som har blitt beskrevet i avsnitt 2.4. Da vi lette etter relevante artikler i treffene så vi først etter om overskriftene samsvarte med hensikt og inklusjonskriteriene våre. Dersom den passet leste vi sammendraget. Om vi tenkte den var relevant gikk vi inn og leste selve artikkelen. Alt dette gjorde vi sammen på en felles skjerm.

Fase 2 - Identifisere hovedfunn: I denne fasen skal studiene leses flere ganger for å forstå helheten i artiklene. Dette er også for å få med seg alle funnene. Når det er utført skal hovedfunnene trekkes ut av hver studie (Evans 2002, 25).

Vi startet med å nummerere alle artiklene. Vi leste artiklene hver for oss og noterte funn. Videre sammenlignet vi funnene våre opp mot hverandre og fylte inn i oversiktstabellen sammen, se vedlegg 3. For å være sikker på at vi ikke gikk glipp av noe leste vi artiklene en gang til. Dette bidro til at vi fikk et mer helhetlig bilde av artiklenes hovedfunn.

Fase 3 - Sammenligne funn: Når alle funnene er identifisert skal de sammenlignes opp mot hverandre. Her skal likheter og ulikheter oppdages på tvers av studiene. Deretter kategoriseres funnene i ulike kategorier og underkategorier. På denne måten gir det en større forståelse av innholdet. Innholdet bearbeides i kategoriene på nytt slik at det lettere oppdages om det er noen uoverensstemmelser eller likheter i funnene (Evans 2002, 25).

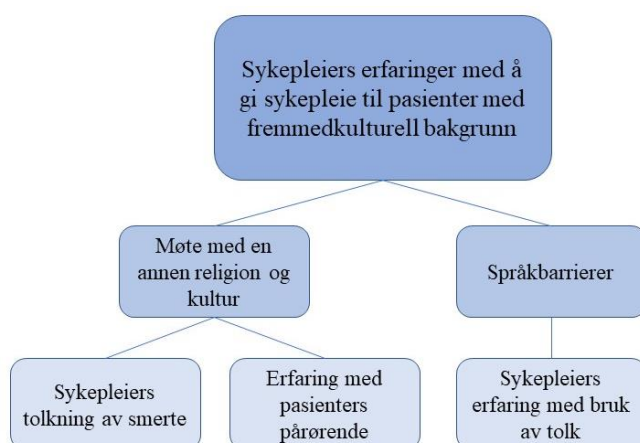
Vi sammenlignet funnene i hver artikkel opp mot hverandre. På den måten fikk vi oversikt over funn som gikk igjen og innholdet i artiklene. Dette samlet vi i to hovedkategorier: "Sykepleiere i møte med annen religion og kultur" og "Språkbarrierer". Vi samlet alle funnene våre i de ulike kategoriene og nummererte de slik at vi lettere kunne vite hvilke artikler de kom fra.

Fase 4 - Beskrive funnene: Til slutt skal funnene beskrives på en slik måte at man kan finne tilbake til de i artiklene. Funnene i de ulike kategoriene skal være støttet av eksempler fra forskningsartiklene (Evans 2002, 25).

Resultatet er skrevet ut fra kategoriene i fase 3 og som sammenhengende tekst med sitater fra sykepleierne.

### 3.0 Resultat

Hensikten vår var å belyse sykepleiers erfaringer i møte med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. I dette kapittelet skal vi presentere våre hovedfunn. Etter analysen kom vi frem til to hovedkategorier, der begge har underkategorier.



**Figur 1:** Modell for litteraturstudiens hensikt og hovedtema

Sykepleierne opplevde det var både givende og utfordrende å jobbe med pasienter og pårørende som har en fremmedkulturell bakgrunn. De erfarte usikkerhet rundt pasientens kultur, religion og språk. De opplevde og utfordringer ved at pasientene uttrykte smerte på en annen måte.



### 3.1 Sykepleiere i møte med en annen religion og kultur

Flere sykepleiere var redde for å bli sett på som diskriminerende, eller bli oppfattet som at de ikke tok hensyn til pasientens kultur. Som regel ønsket sykepleieren å ta hensyn til kulturen og ytet derfor ekstra sykepleie for å kompensere (Debesay mfl. 2014a, Debesay mfl. 2014b, Høye og Severinsson 2009). Sykepleierne kunne føle seg usikre på ulike kulturelle tradisjoner og en frykt for å bryte pasientens grenser i forhold til religion og nærhet. For eksempel var de usikre på om de kunne ta pasienten på skulderen eller håndhilse. Det resulterte i at de noen ganger ble reservert (Debesay mfl. 2014a, Debesay mfl. 2014b).

Pasienter med en annen religion og kultur enn i Skandinavia har ofte et annet bilde på sykdom og behandling (Debesay mfl. 2014b, Alpers og Hanssen 2013). De opplevde mer tabu rundt sykdom og død, noe som kunne føre til at pårørende ikke ville snakke om det. Sykepleiere har opplevd at de ikke får bruke medisinsk utstyr og legemidler da det er “opp til Allah eller naturen” om pasienten blir frisk eller ikke (Debesay mfl. 2014b). En sykepleier fortalte:

...They hope for healing. They will certainly not talk to their kids about it. If they die, it is because Allah wills it, for example. So sometimes it feels a bit tricky, especially if there are small children involved and where for some Norwegians it would be more natural to be more open about it, to talk about it more (Debesay mfl. 2014b).

En oppfatning av sykdom kunne være “You are not infected by disease, but because you have done something wrong” (Alpers og Hanssen 2013). Sykepleierne følte på et dilemma mellom å respektere pasientens ønsker og tro eller å fortsette medisinske tiltak (Debesay mfl. 2014b). De fleste sykepleierne uttrykte et behov for mer kunnskap og kompetanse innenfor andre kulturer slik at de kunne bli bedre på å gi sykepleie til denne pasientgruppen (Debesay mfl. 2014b, Alpers og Hanssen 2013).

### 3.1.1 Sykepleiers tolkning av smerte

Sykepleierne erfarte at det var utfordringer med å vurdere fremmedkulturelle pasienters smerte. De opplevde at uttrykkene for smerte var annerledes og mer intense enn det de var vant til (Alkhaled mfl. 2022, Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019, Høye og Severinsson 2008, Nielsen og Birkelund 2009, Høye og Severinsson 2009, Alpers og Hanssen 2013). Pasientene kunne rope og være høylytte. Det var derfor vanskelig å vurdere hvor mye smerte og sorg de faktisk var i. En sykepleier fortalte:

But I think it's something cultural, that they do it to get treatment, to be prioritized. And they think the system is like that. They think that we have a system where those who cry the loudest get help first. That is the impression one gets (Alkhaled mfl. 2022).

Det ble oppfattet som at pasientene overdrev. Når en pasient ropte mye og ble veldig høylytt følte sykepleierne at de måtte beskytte og skjerme de andre pasientene på avdelingen (Nielsen og Birkelund 2009, Høye og Severinsson 2009, Alpers og Hanssen 2013).

På grunn av språkbarrierer og misforståelser var det ikke alltid pasientene visste hva som skulle skje. Derfor kunne de uttrykke mer smerte og være mer høylytte (Alkhaled mfl. 2022). I tillegg opplevde sykepleierne at pasienter som tidligere hadde gått gjennom traumatiske hendelser, kunne få en forsterket reaksjon når de opplevde smerte i forbindelse med sykdom (Alkhaled mfl. 2022, Høye og Severinsson 2008, Alpers og Hanssen 2013). Et annet funn var at noen pasienter ble stille. En sykepleier fortalte: "It is difficult when patients don't show pain: What do you look for then?" (Alpers og Hanssen 2013). Noen sykepleiere erfarte at pasienter underrapporterte smerter og ikke ønsket å være til bry (Alkhaled mfl. 2022).

### 3.1.2 Sykepleiers erfaring med pasientens pårørende

Pasienten fikk ofte mange pårørende på besøk. Det kunne være så mange som 30 personer (Alkhaled mfl. 2022, Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019, Høye og Severinsson 2008, Nielsen og Birkelund 2009, Høye og Severinsson 2009). Når det kom så mange på besøk

samtidig opplevde sykepleierne at det forstyrret pasienten og andre på avdelingen, spesielt dersom de var på flermannsrom (Alkhaled mfl. 2022, Høye og Severinsson 2009). En sykepleier fortalte:

The poor mother was quite tired (of visitors), and as soon as one had left, the next one would come, and we were not prepared to stop this. That was not good for that baby or for the mother, or for the other babies there on the ward (Alkhaled mfl. 2022).

Sykepleierne opplevde at pårørende ikke respekterte anbefalingene om hvor mange som burde være på besøk til enhver tid, og de respekterte ikke besøkstiden (Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019). Flere sykepleiere synes det var stressende med overfylte rom, og dette hindret de i å utføre prosedyrer (Høye og Severinsson 2008). Selv om det var usikkerhet om hvordan sykepleierne skulle oppføre seg, ble oppgaven likevel utført (Debesay mfl. 2014a). Noen pårørende ønsket å ta del i pleien, noe som var både positivt og utfordrende. Sykepleiere mente det var positivt at pårørende hjalp til med mobilisering (Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019, Høye og Severinsson 2009).

En av utfordringene med mange pårørende var at det var flere som etterspurte informasjon. Sykepleierne brukte da mye tid på å gi den samme informasjonen til alle. Noen ønsket i stedet å snakke med kun én pårørende som ga informasjonen videre til resten av familien (Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019). I noen kulturer var det mannen i familien som var “head of the family” og derfor skulle all informasjon gå gjennom han (Høye og Severinsson 2009).

Noen sykepleiere hadde mer innsikt og erfaring om pasienter fra andre kulturer. En sykepleier som hadde erfaring fra arbeid i Madagaskar fortalte:

... it was mandatory for relatives to take care of the patients, otherwise they were not cared for, and I think there is a part rooted in people that they must join in. In Madagascar, they are also responsible for cooking. There were lots of people in the courtyard cooking around for the patients. And if they did not, then the patient did not get food (Alkhaled mfl. 2022).

Dette kan være en forklaring på hvorfor så mange familiemedlemmer møter opp og ønsker å ta del i pleien (Alkhaled mfl. 2022). Sykepleierne som hadde erfaring, enten gjennom

utveksling eller sin egen etnisitet og kultur, syntes det var enklere å samarbeide med pasientene og pårørende. En sykepleier fortalte at det kunne være pasienter som hadde blitt torturert og har hatt traumatiske opplevelser. På grunn av de tidligere opplevelsene ønsket familien å være til stede slik at de kunne følge med og ha kontroll på at det ikke gjentok seg (Høye og Severinsson 2008).

## **3.2 Språkbarrierer**

Sykepleierne syntes det var vanskelig å vite om pasientene hadde forstått det som ble sagt (Alkhaled mfl. 2022, Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019, Høye og Severinsson 2008, Debesay m.fl 2014a, Høye og Severinsson 2009). Å ikke kunne kommunisere med et felles språk opplevde sykepleierne som særlig utfordrende, spesielt i kritiske situasjoner (Alkhaled mfl. 2022, Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019, Høye og Severinsson 2008, Nielsen og Birkelund 2009). Det ble vanskeligere å innhente bakgrunnsinformasjon fra pasienten, og i tillegg måtte sykepleierne bruke lengre tid på hver pasient på grunn av språkbarrierer (Alkhaled mfl. 2022, Debesay mfl. 2014a, Nielsen og Birkelund 2009).

Når man ikke har et felles språk er det større sjanse for at det oppstår misforståelser, noe flere sykepleiere erfarte. En sykepleier fortalte: “I remember very well that we had a case where a patient did not know why he was receiving treatment. And it took many days before he realized why he was here” (Alkhaled mfl. 2022).

Noen sykepleiere opplevde i tillegg at pasienten latet som de forsto for å være høflig. Sykepleierne følte seg hjelpeløse når de skulle fortelle om komplekse situasjoner og komplekse lidelser, da de var redd for å ikke bli forstått. Ofte stilte de kontrollspørsmål for å være sikre på at pasienten hadde forstått hva som var blitt sagt (Alkhaled mfl. 2022).

### **3.2.1 Sykepleiers erfaring med bruk av tolk**

Sykepleierne erfarte at det var mest vanlig å bruke innleid tolk ved for eksempel legevisitt, men når det gjaldt hverdagslige gjøremål som mat og stell ble det ikke prioritert. Da brukte de enten pårørende eller kollegaer som tolk. Det var både fordeler og utfordringer ved å

bruke pårørende som tolk. En av fordelene var at de ofte var tilgjengelige og derfor blir brukt i hverdagslige situasjoner (Alkhaled mfl. 2022, Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019, Høye og Severinsson 2008, Nielsen og Birkelund 2009, Høye og Severinsson 2009). Selv om pårørende ble brukt som tolk betyr ikke det at det ikke fører med seg utfordringer. Det kunne være vanskelig for sykepleieren å vite om pårørende utelot informasjon eller om det oppsto misforståelser i noen av leddene (Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019, Nielsen og Birkelund 2009, Høye og Severinsson 2009). En sykepleier fortalte:

A relative who acted as an interpreter did not translate everything. This is a big problem and they (the interpreter) do not realise the seriousness of it ... that they do not translate everything ... glossing over ... And then the real shock comes when a professional interpreter is used (Listerfelt, Fridh og Lindahl 2019).

Sykepleierne var positive til bruk av tolk, men det var også utfordringer. De opplevde at noen tolker ikke ønsket å fortelle alvorlige beskjeder og dermed unnlot å videreformidle informasjon. Dersom pasient og tolk var i samme miljø, var pasienten redd for at informasjon skulle bli spredd videre. Noen erfarte også at pasientene ikke ønsket tolk av motsatt kjønn (Alkhaled mfl. 2022). Noen sykepleiere visste at tolken var en stor kostnad for sykehuset, og derfor vegret de seg for å leie inn tolken. Ved akutte situasjoner og ved behov på kveld og natt var det ekstra vanskelig med rask tilgang på tolk. (Nielsen og Birkelund 2009).

Ved kommunikasjon gjennom innleid tolk eller gjennom pårørende mistet sykepleieren den direkte kommunikasjonen med pasienten (Høye og Severinsson 2009). Når sykepleierne ikke hadde felles språk med pasienten måtte de bruke alternative måter for kommunikasjonen, som peking og håndbevegelser. Et eksempel var å spille inn et lydklipp på forhånd med nødvendig informasjon som bidro til at pasienten ble roligere (Alkhaled mfl. 2022, Høye og Severinsson 2008).

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Metodediskusjon

I dette kapittelet skal vi belyse og diskutere styrker og svakheter knyttet til metode. Vi har valgt å ha fokus på søkehistorikk, inklusjons- og eksklusjonskriterier og analyse.

Vi startet med et møte med bibliotekar der vi fikk undervisning i hvordan vi skulle søke i ulike databaser. Dette førte til at søkeprosessen gikk bra og vi kom raskt frem til relevante artikler. Dersom vi ikke hadde vært til bibliotekar hadde vi brukt lengre tid på å orientere oss i databasene. Under de første søkene så vi at det var en del forskning fra Norge og ønsket derfor å holde oss i Norge. Vi fant 8 artikler vi ønsket å inkludere. Når vi analyserte fant vi ut at to av artiklene hadde fokusert på ett spesifikt tema og ikke sykepleie generelt. Vi fant ikke mer relevant forskning fra Norge, og valgte derfor å utvide søket til Skandinavia. Land i Skandinavia har bygd opp et likt helsetilbud i motsetning til land i for eksempel USA. Ved å avgrense til Skandinavia fikk vi resultater vi kan overføre til vår praksis da kulturen er lik. Dersom vi hadde inkludert land fra hele verden kunne vi fått resultater som ikke kan relateres til vårt helsevesen. Med bakgrunn i dette ser vi det som en styrke at våre artikler er fra Skandinavia da det vil være mest relevant for vår litteraturstudie.

Det ble ikke satt noen kriterier i søkene på hvilke land pasientene kom fra. Dette fordi det ikke var relevant så lenge pasientene hadde en fremmedkulturell bakgrunn i Skandinavia. Det kan ha gjort at vi har gått glipp av viktige funn med sykepleiers erfaringer fra pasienter med spesifikke diagnoser, kulturer eller religioner. Vi valgte å inkludere artikler fra de siste 15 årene for å kunne holde oss til forskning i Skandinavia. Det kan være en svakhet at noen artikler er 15 år gamle da samfunnet stadig utvikler seg. Innvandring til Norge har vært stigende siden tidlig 2000-tallet. Ifølge SSB var det en topp i innvandringen rundt år 2008 og 2011 (Statistisk sentralbyrå 2023). Det er ikke mye forskning rundt dette temaet og vi ser at det har gått i perioder. Rundt år 2009, 2014 og 2019 er det en del forskning, og vi ser en sammenheng mellom det og innvandringstoppene. Hadde vi valgt å ta med nyere forskning fra hele verden kunne resultatet fått et annet utfall.

Flere artikler fra Norge hadde de samme forskerne. Vi har passet på at det ikke er brukt det samme datagrunnlaget. Det kunne vært en svakhet dersom flere artikler i vår studie var

basert på likt datagrunnlag. Materialet de forsket på hadde noen likheter i tema og hvilken instans de utførte studien på, men ulikt datagrunnlag. Vi velger derfor å ikke se det som en svakhet.

Noen studier hadde rekruttert deltakere gjennom snøballeffekten. Snøballeffekten brukes når det er vanskelig å finne deltakere. Forskeren snakker med personer som vet noe om temaet og som vet hvem som kan være aktuelle. På denne måten kommer forskeren i kontakt med kandidater til studien (Christoffersen mfl. 2015, 87). Det kan være en svakhet da deltakerne kan ha vært forutinntatt og hatt sterke meninger om temaet. Snøballeffekten kan føre til at forskeren ikke kommer i kontakt sykepleiere som for eksempel har positive erfaringer, men ikke ser noe poeng i å delta. Deltakerne i studiene er fra ulike arbeidsplasser, noen fra spesialisthelsetjenesten og andre fra kommunehelsetjenesten. Det sees på som en styrke da det viser temaets aktualitet. Resultatene kunne hatt et annet utfall dersom alle hadde vært fra samme type avdeling.

I analysen brukte vi Evans (2002) sin metode. På denne måten ble det gjort et godt forarbeid med å analysere, før vi sammenlignet resultatene på tvers av studiene. Da analysen var gjort ble resultatet skrevet. Dette ser vi på som en styrke da det førte til at materialet ble jobbet med systematisk. Alle de åtte inkluderte artiklene er skrevet på engelsk. Det må tas høyde for at vår kunnskap innen det engelske språket er begrenset, og kan derfor ha gått glipp av informasjon. Samtidig har vi tatt oss god tid under analysen av artiklene og oversatt ord der det har vært nødvendig. Vi brukte sjekkliste for vurdering av kvalitative studier for å avgjøre om de inkluderte artiklene var troverdige. Vi har vært kritiske og grundige i gjennomgangen. Selv om vi svarte ja på alle punktene til alle artiklene ser vi at noen har bedre kvalitet enn andre uten at dette utgjør en forskjell i kvalitetsvurderingen.

## **4.2 Resultatdiskusjon**

I resultatdiskusjonen skal vi diskutere litteraturstudiens resultat opp mot teori, forskning og egne erfaringer.

### **4.2.1 Usikkerhet i møte med pasienter fra ulike kulturer**

Litteraturstudien vår viste at sykepleierne var usikre i møte med pasienter fra ulike kulturer, og opplevde en frykt for å bryte pasientens grenser for nærhet. Sykepleierne kunne bli reservert i møte med pasienten når de var usikre på deres kultur. For å gi god omsorg kreves det at man har kunnskap om pasientens bakgrunn og kultur (Rødal 2012). I følge de yrkesetiske retningslinjene til Norsk sykepleierforbund (2019) skal sykepleiere ivareta pasientens verdighet og integritet, blant annet retten til å ikke bli krenket. Norge kan ses på som et flerkulturelt samfunn og det stiller krav om at sykepleiere må ha kulturell kompetanse. Ved å vise forståelse for deres kultur vil det skape trygghet og tillit hos pasient og pårørende. Når er det greit å ta pasienten på skulderen eller i hånden? Hvordan hilse eller forholde seg til de ulike kjønn? Dette er spørsmål sykepleieren ofte stiller seg i møte med pasienter fra andre kulturer.

Gjennom praksis har vi opplevd at sykepleiere savner en oversikt over tradisjoner i ulike kulturer og religioner. Ved å ha kunnskap lettere tilgjengelig kan det være enklere i møte med pasientene. Dersom sykepleieren vet hva som er akseptert vil de føle seg mer selvsikker og unngå at pasienten føler seg støtt. Dette kan bidra til at pasienten slapper av og får ro slik at de blir raskere frisk. I tillegg vil tillit skape åpenhet, ærlighet og pasienten vil fortelle mer. Selv om sykepleieren kan ha en forforståelse på hva som er akseptert i en kultur, har likevel hvert individ ulike personlige grenser. Det er derfor viktig at sykepleieren ser pasientene for den de er og ikke bare antar at de har preferanser på bakgrunn av sin kultur.

### **4.2.2 Ulik forståelse av sykdom**

Sykepleierne i studien vår erfarte at pasientens forståelse av sykdom var annerledes enn det de var vant til. For eksempel kunne pasientene tro at de ikke var syke på grunn av sykdommen, men fordi de hadde gjort noe feil. Studien vår viste også at sykepleiere



opplevde at pasienter mente det var “opp til Gud om de ble frisk eller ikke”. Dette er en sykdomsforklaring som eksisterer i alle religioner i verden. Det handler om at de tror gudene forteller den syke noe gjennom sykdommen (Hanssen 2019, 26). Sykdomsattferden er påvirket av sykdomssynet som igjen påvirkes av erfaringer, kulturell bakgrunn, livssyn og utdanning. For at pasienten skal få best mulig behandling er det derfor viktig at sykepleieren kjenner til de ulike sykdomsforklaringene som finnes (Hanssen 2019, 23-24). For å styrke relasjonen mellom pasienten og sykepleieren er det viktig at sykepleieren holder seg konstruktiv i forhold til pasientens sykdomsforståelse. Det kan i noen tilfeller bidra til at pasienten ikke faller fra behandlingen (Aambø 2021, 231).

Om pasienten motsetter seg livsnødvendig behandling på grunn av sin overbevisning kan sykepleieren føle på et dilemma. Sykepleiere ønsker å gi medisinsk behandling, og det kan være vanskelig å forstå og respektere pasientens tro. Pasienten kommer ikke til å endre sitt syn på sykdom da det ofte er knyttet til religion og kultur. Det kan være vanskelig å vite om pasienten ikke vil ha behandling på grunn av at “Gud” ikke tillater det, eller om pasienten faktisk ikke forstår hvordan behandlingen skal hjelpe de. Det vil derfor være viktig for sykepleierne å ha kunnskap og forståelse om pasientens sykdomsforståelse for å lettere nå gjennom. Dersom pasient og sykepleier i tillegg ikke snakker et felles språk vil det bli vanskeligere å ha en dialog for å forstå den andres side av saken. Konsekvensene av å ikke følge behandlingen kan være alvorlige. Derfor er det viktig at sykepleieren formidler og sørger for at pasienten har forstått konsekvensene.

### **4.2.3 Smerteuttrykk påvirker behandlingen**

I vår studie kommer det frem at pasienter med fremmedkulturell bakgrunn kan ha et annet uttrykk for smerte enn det vi i Skandinavia er vant til. Det ble beskrevet flere ganger at pasientene ropte høyt og hadde sterke uttrykk i forbindelse med smerte og sorg. I litteraturstudien vår kom det frem at reaksjonene i forbindelse med smerte kunne bli forsterket dersom pasienten hadde angst og var usikker rundt situasjonen. Som Bjørkli påpeker vil den fysiske smerten være den samme uavhengig av kulturell bakgrunn og etnisitet. Det er likevel en forskjell i hvordan den uttrykkes. Bakgrunnen og erfaringen til pasienten påvirker hvordan smertene tolkes, formidles og uttrykkes. I hver kultur er det normer som forteller hva som er normalt. Jo større ulikheter det er mellom kulturene, desto

vanligere er det å tenke at smerteuttrykkene fra en annen kultur er unormale. Selv om det er felles normer vil det likevel alltid være nyanser innad i den spesifikke kulturen (Bjørkli 2019).

En sykepleier fra vår studie fortalte at det opplevdes som at pasientene trodde det var de som ropte høyest som fikk hjelp først. Om en pasient roper og forteller de har mye smerter vil det være naturlig for en sykepleier å gi smertestillende. Når det ikke ser ut til at pasienten roer seg kan det føre til at det gis mer smertestillende. Dette kan være farlig for pasienten og føre til overbehandling. Som sykepleier er det vanskelig å tolke uttrykk for smerte da det er veldig individuelt. Når pasientene er høylytte kan sykepleierne se på det som overdrivelse, og det kan føre til for lite behandling.

Sykepleierne i studien vår erfarte også at pasientene ikke ønsket å være til bry og derfor underrapporterte smerte. Hanssen (2002) møtte i sin doktorgrad sykepleiere som erfarte at dersom en i familien blir lagt inn på sykehuset og mannen i familien er med, ble de lettere tause og ikke fortalte om smertene.

I vår praksis har vi opplevd at pasienter forteller at de ikke har smerter, mens ansiktsuttrykk og målinger sier det motsatte. Hvis sykepleieren kun hører på det pasientene forteller, kan dette føre til at pasientene ikke blir tilstrekkelig smertelindret.

Konsekvensene dette kan ha for pasientene er at det vil ta lengre tid å bli frisk, da kroppen bruker energi på å håndtere smertene og ikke selve sykdommen. Det vil derfor være viktig for sykepleieren å ha kunnskap om ulike kulturelle smerteuttrykk slik at pasientene får rett behandling til rett tid.

#### **4.2.4 Pasienter med mange pårørende**

Et av våre hovedfunn om pårørende var at sykepleierne erfarte at det kom mange på besøk. Flere opplevde at det kunne komme opp mot 30 personer. Noen erfarte at pårørende ikke tok hensyn til sykepleieren slik at det ble vanskelig å gjennomføre pleien. Andre sykepleiere synes det var positivt at pårørende var til stede for å bidra. Mange pårørende som kommer på besøk kan ses i sammenheng med kollektivismen. Det er forventet at familien er til stede hele døgnet, i motsetning til norske pårørende som ofte forlater rommet når pasienten skal få pleie. I kollektivismen er det vanlig at familien ivaretar

familiemedlemmer når de blir syke (Hanssen 2019, 54). Når pasienten har mange på besøk kan det føre til at sykepleieren ikke går inn like ofte til pasienten, snakker mindre til pasienten og derfor går glipp av viktige observasjoner. Dette kan føre til at sykepleieren går glipp av viktige symptomer som ikke blir behandlet og velger å sende pasienten hjem. Noe som kan få negative konsekvenser for pasienten.

Et annet funn i studien var at sykepleierne erfarte at pasientene ikke fikk nok hvile fordi pårørende var til stede døgnet rundt. Sykepleierne opplevde at besøkstiden ikke ble respektert. Selv om pasienten blir sliten av mye besøk, kan det være problematisk å be pårørende om å gå da det kan være kulturelt uakseptabelt (Hanssen 2019, 57). En kan tenke seg at det er vanskelig å vite om pårørende har forstått hva som menes med besøkstid, hvilke regler som gjelder eller om de ikke ønsker å ta hensyn. Spesielt utfordrende er det dersom pasienten ligger på flermannsrom, både med tanke på uro og taushetsplikt. Konsekvensene av dette kan være at pasientene ikke får nok hvile og bruker lengre tid på å bli frisk.

Vår erfaring fra praksis er at pasienter fra Norge har lite eller ingen på besøk. Mange pasienter kan ligge alene i flere dager. Det er lett for oss som yrkesgruppe å se på det som naturlig, men er det riktig? Dersom det kommer en pasient med mange pårørende kan det være vanskelig for sykepleieren å tilpasse seg. Det norske samfunnet har bygd opp et helsevesen som gjør oss uavhengig av pårørende. I en kollektivistisk kultur er de avhengige av hverandre og er vant til å ha familie rundt seg hele tiden. I årene som kommer vil det være færre yrkesaktive sykepleiere i forhold til befolkningen. Kanskje er vi nødt til å lære av kollektivismen da helsevesenet sannsynligvis vil være avhengig av at pårørende blir mer delaktig for å fungere.

Sykepleiere i studien vår erfarte at i noen kulturer var det mange som ønsket informasjon. Det tok lang tid å gjenta til alle. Dette var tid som kunne blitt brukt på andre arbeidsoppgaver. I andre kulturer kunne det være en "head of the family". Det betyr at det kan være en onkel, fetter eller far som skal ha informasjonen og ikke ektefellen. Dette kan være fordi kulturen er preget av en hierarkisk familiestruktur (Alpers, Kolossa og Saren 2021). Hvis det er mange pårørende er det vanskelig å vite hvem som er den nærmeste. Sykepleierne kan bli redd for å bryte taushetsplikten, noe som kan føre til at opplysninger holdes tilbake. Det kan være vanskelig å vite om pasienten ønsker at alle skal høre. Vi har

erfart at det kan være positivt å spørre pasienten om de ønsker at besøkende skal være tilstede når det blir gitt informasjon.

#### **4.2.5 Utfordring med kommunikasjon når det ikke er et felles språk**

Et av våre hovedfunn var utfordringen med kommunikasjon når det ikke snakkes et felles språk. Dette kunne føre til misforståelser og det ble vanskelig å vite om pasienten hadde forstått sykepleieren og motsatt. Sykepleierne opplevde at pasienter latet som de forsto for å være høflig. Et eksempel kan være om en pasient sier “ja” og det betyr at de har hørt hva som blir sagt og er enig. Det kan også bety at det som blir sagt er hørt, men likevel ikke forstått. Andre ganger kan pasienten si “ja” for å ikke være til bry for sykepleieren (Hanssen 2019, 43). Språkbarrierer kan føre til feilbehandling og pasientene blir mer utsatt for uønskede hendelser (Sommerfeld og Rosenberg 2019).

Vår egen erfaring fra praksis er at dersom det kommer en pasient med et annet språk, er det mange sykepleiere som vegrer seg for å ta ansvar for pasienten på grunn av språkutfordringene. Når det ikke blir brukt tolk eller andre kommunikasjonsmidler vil sykepleieren være avhengig av sine egne språkkunnskaper. Det kan oppfattes som sykepleieren er tilbaketrukket overfor pasienten når de egentlig bare er usikre og nervøse. I tillegg kan det skape et stressmoment med tanke på om informasjon blir gitt korrekt. Ved at sykepleierne får erfaring med å gi pleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn vil det øke tryggheten deres. Når sykepleieren er trygg kan det bidra til at de ikke er tilbaketrukket og gir god pleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

Uten et felles språk er det vanskelig å ha de hverdagslige samtalene. Hanssen (2002) erfarte at sykepleierne synes det var vanskelig med småprat. Sykepleierne følte det ikke var noe mening med å si for eksempel “god morgen” når de ikke hadde et felles språk. Flere sykepleiere valgte heller å være stille enn å prøve å kommunisere med pasienten utenom det som var mest nødvendig. Som en konsekvens av dette kan det føre til at pasienten holder tilbake informasjon om sin opplevelse av sykdommen. Et eksempel kan være: Pasienten blir spurt om smerter, men forstår ikke og svarer “det går bra”. Sykepleieren kan tolke det som at pasienten ikke har smerter. De kan likevel ha smerter, men ønsker å ikke være til bry. Det kan føre til at de ikke blir tilstrekkelig smertelindret.

Det kan også være at pasienten svarer “ja” som en bekreftelse på at de har hørt spørsmålet. Sykepleiere kan tolke det som om at de har smerter og derfor gi unødvendig behandling.

#### **4.2.6 Hvorfor brukes det ikke mer tolk?**

Opplevelsene sykepleierne hadde med bruk av tolk var at det ikke ble brukt i den daglige pleien. De mente det var tidkrevende, upraktisk og lite tilgjengelig. Det var vanlig å ha innleid tolk kun ved legevisitt. I en av studiene ser vi også at noen sykepleiere vegrer seg for å bestille tolk grunnet kostnadene. En sykepleier i Hanssen (2002) sin studie opplevde at det hang lapper på vaktrommet der det sto at de må tenke seg om før de bestiller tolk på grunn av kostnadene. Dette kan relateres til dagens praksis der tolk kun blir prioritert når legen skal informere og ikke når sykepleieren snakker med pasienten.

Sykepleierne erfarte at det var lettere å bruke pårørende som tolk i hverdagslige gjøremål. I følge Helsedirektoratet (2011, 7) skal man ikke bruke pårørende som tolk, og det er helsepersonell sitt ansvar at det ikke skjer. Spesielt viktig er det at barn ikke brukes som tolk. De blir satt i en vanskelig situasjon med mye ansvar og det kan være skadelig. Det å bruke pårørende som tolk kan føre til utfordringer fordi de kan utelate informasjon, ikke forstå og det kan oppstå misforståelser. Personen som oversetter blir et mellomledd, og sykepleieren mister direkte kommunikasjon med pasienten. Derfor vet ikke sykepleieren med sikkerhet hvilken informasjon som kommer fram og heller ikke hva pasienten selv sier.

I 2021 kom det en egen tolkelov som skal sørge for at pasienter som trenger tolk får det og som sikrer at tolken har den rette kunnskapen (Tolkeloven, 2021). Selv om denne loven er ny har det indirekte stått i flere lover at det skal brukes tolk. I pasient og brukerrettighetsloven (1999) §3-1 og 3-2 står det at pasienten har rett på informasjon om både helsetilstand, helsehjelp, risikoer og bivirkninger. I tillegg skal den være tilpasset mottaker med tanke på språk og kultur. Helsepersonell er også pliktig til å sikre at mottakeren mottar og har forstått det som blir formidlet (Helsepersonelloven, §10, 1999 og pasient og brukerrettighetsloven, §3-1 og 3-2, 1999). Det er dermed tre lover som skal sikre at pasientene har rett på informasjon de forstår, tilpasset sin kultur og språk.

Når sykepleieren kommuniserer gjennom pårørende kan man ikke vite med sikkerhet om pasienten har forstått eller mottatt informasjonen. Likevel vegrer helsepersonell seg for å ta i bruk tolk bortsett fra i situasjoner som legevisitt. Selv om tolk er et godt hjelpemiddel for å kunne kommunisere med pasienter der det ikke er felles språk, finnes det nå flere verktøy man kan bruke. En sykepleier i vår studie så at det å spille inn et lydklipp på forhånd med nødvendig informasjon bidro til at pasienten ble roligere. Lydklippet kunne for eksempel si “Du er på sykehuset. Du får hjelp til å puste gjennom en maskin”. Det hjalp for å roe ned pasienten.

Et annet hjelpemiddel er appen “Care to translate” som kan brukes på mobil, nettbrett og pc. Det er en digital medisinsk oversetter utviklet for helsepersonell og pasienter. Den har oversatt omtrent 2500 setninger på over 44 språk som kan tas i bruk når som helst (Hofstad 2022). Dette kan gjøre at sykepleier og pasient får direkte kommunikasjon og at de ikke er avhengig av noen som kan oversette, enten det er tolk eller pårørende.

## 5.0 Konklusjon

Vår hensikt med litteraturstudien var å belyse sykepleiers erfaringer med å gi sykepleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Funn fra vår studie viste at sykepleierne var usikre i møte med pasientene. De var usikre på kulturelle tradisjoner og for å bryte pasientens grenser. Pasienter med en fremmedkulturell bakgrunn kan ha et annet sykdomsbilde, som økte usikkerheten til sykepleierne. I tillegg uttrykte pasientene smerte på en annerledes og mer intens måte enn det sykepleierne var vant til.

Å ikke kommunisere med et felles språk opplevde sykepleierne som svært utfordrende. Det økte sjansen for at det oppsto misforståelser og det var vanskelig å vite om pasientene hadde forstått det sykepleieren sa. Da kan tolk være et godt hjelpemiddel. Tolk erfares som en viktig og nødvendig ressurs, men det kan også føre med seg utfordringer. Det var vanlig å bruke tolk ved legevisitt, men i den daglige pleien ble pårørende brukt som tolk.

Konsekvensene av dette er at sykepleieren ikke vet hvilken informasjon som kommer frem. Sykepleierne opplevde at det ofte var mange pårørende som var delaktig. Dette kunne bli sett på som en forstyrrelse, men også som en ressurs for sykepleieren.

Flere sykepleiere uttrykte at det er behov for mer kunnskap om sykepleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Det vil være viktig for å gi likeverdig helse- og omsorgstjeneste for alle.

## **5.1 Forslag til videre forskning**

Vi ser et økende behov for kunnskap om det å gi sykepleie til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn da Norge har blitt et flerkulturelt samfunn. Mer forskning på dette feltet vil gi et større fokus og dermed øke forståelsen hos sykepleierne. Vi mener det er viktig å få mer kunnskap som vil øke oppmerksomheten. Problemstillinger som dette kan med fordel bli en del av sykepleieutdanning. Både for økt bevisstgjøring, men og en bedre og mer kunnskapsbasert praksis.

## 6.0 Referanseliste

- Alkhaled, Tariq, Gudrun Rohde, Birgit Lie og Berit Johannessen. 2022. "Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with ethnic minority background in Norway." *BMC Nursing*. 22 (21): 322 - 335. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x>
- Alpers, Lise-Merete og Ingrid Hanssen. 2013. "Caring for ethnic patients: A mixed method study of nurses self-assessment of cultural competency." *Nurse Education Today*. 14 (34): 999-1004. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>
- Alpers, Lise-Merete, Britta Kolossa og Johanna Saren. 2021. "Sykepleiere må ha kulturell kompetanse i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn." *Sykepleien*. Lest 12.02.23. <https://sykepleien.no/fag/2021/11/sykepleiere-ma-ha-kulturell-kompetanse-i-mote-med-pasienter-med-etnisk>
- Bjørkli, Alf Kristian. 2019. "Ulike kulturer har forskjellig smerteuttrykk." *Tidsskriftet sykepleien* 19 (107). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76013>
- Christoffersen, Line, Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Debesay, Jonas, Ivan Harsløf, Bern Rechel og Halvard Vike. 2014a. "Dispensing emotions: Norwegian community nurses handling of diversity in a changing organizational context". *Social Science & Medicine*. 14 (119): 74-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.025>
- Debesay, Jonas, Ivan Harsløf, Bernd Rechel og Halvard Vike. 2014b. "Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients". *The Journal of Advanced Nursing*. 14 (70): 2107-2116 . <https://doi.org/10.1111/jan.12369>
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. 2023. "Om register over vitenskapelige publiseringskanaler." Lest 17.01.2023. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>



- Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data." *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26.
- Grønseth, Randi og Heidi Jerpseth. 2019. *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hanssen, Ingrid. 2002. "Facing Differentness - An Empirical Inquiry into Ethical Challenges in Intercultural Nursing." Doktorgrad, Universitetet i Oslo.
- Hanssen, Ingrid. 2019. *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. "Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017." Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf)
- Helsebiblioteket. 2016. "4.1 Sjekklistene." Oppdatert 03.06.2016.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistene>
- Helsedirektoratet. 2011. "Veileder om kommunikasjon via tolk, for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene".  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>
- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999 nr. 64*.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hofstad, Eivor. 2022. "Ny app for helsevesenet erstatter google translate." Sykepleien. Lest 06.02.2022. <https://sykepleien.no/2022/12/ny-app-helsevesenet-erstatter-google-translate>

- Høye, Sevald og Elisabeth Severinsson. 2008. "Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study". *Intensive and Critical Care Nursing*. 08 (24): 338-348. Doi:10.1016/j.iccn.2008.03.007
- Høye, Sevald og Elisabeth Severinsson. 2009. "Professional and cultural conflicts for intensive care nurses." *Journal of advanced Nursing*. 10 (66): 858-867. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x>
- ICN - International Council of Nurses. 2006. "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere." Lest 16.01.2023. <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. 2022. "Demografi." Oppdatert 30.08.2022. <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/indikatorer-for-integrering-2022/befolkningen-med-innvandrerbakgrunn-i-norge/>
- Kulasingam, Ann Susanne. 2021. "1. Bakgrunn og formål." I *Innvandrere og norsfødte med innvandrerforeldres fordeling på kommunenivå* av Fredrik Gulbrandsen, Ann S. Kulasingam, Christian S. Molstad og Alice Steinkellner, 7-16. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Listerfelt, Stephanie, Isabell Fridh og Berit Lindahl. 2019. "Facing the unfamiliar: Nurses transcultural care in intensive care - A focus group study". *Intensive and Critical Care Nursing*. 19 (55). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.08.002>
- Meld. St. 26. 2014-2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Murcia, Saily E. A. og Lucero Lopez. 2016. "The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis." *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16 (24): e2718. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1052.2718>
- Nielsen, Ben og Regner Birkelund. 2009. "Minority ethnic in the Danish healthcare system - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 09(23): 431-437. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x>

- Norsk sykepleierforbund. 2019. "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere." Lest 28.02.2023. <https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert - En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 2. juli 1999 nr. 63. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rødal, Christine. 2012. "Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse." Lest 09.02.2023. <https://sykepleien.no/forskning/2012/03/sykepleiere-trenger-flerkulturell-kompetanse>
- Sommerfeld, Kathy og Adriana Rosenberg. 2019. "Hvordan unngå at språkvansker fører til feilbehandling?" Lest 10.02.2023. <https://sykepleien.no/forskning/2019/02/hvordan-unnga-sprakvansker-forer-til-feilbehandling>
- Statistisk sentralbyrå. 2023. "Fakta om Innvandring." Lest 09.03.2023. <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Tolkeloven. *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. av 11.06.2021* nr.79. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79>
- World medical association. 2022. "WMA Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects." Oppdatert 06.09.2022. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Aambø, Arild. 2021. *Innvandrerens helse og helsetjenestens ansvar*. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm.

## 7.0 Vedlegg

### 7.1 Vedlegg 1 - PICO-skjema

P	I	C	O
Sykepleie Helsepersonell	Etnisitet Flyktning Innvandrerere		Erfar* Holdninger
Nurs* Health personell Healthcare worker	Ethni* Immigra* Minorit* Refugee*		Experienc* Percept*

### 7.2 Vedlegg 2 - Søkehistorikk

	Søkeord	Database	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	(ethnic*) or (cultur*) or (immigra*)	CINAHL				
2.	nurs*					
3.	1 and 2		21 648			
4.	norway or norwegian					
5.	3 and 4		210	15	2	1

#	Searches	Results
		Ovid Medline
1	nurs*.mp.	749582
2	Health Personell/ or healthcare worker*.mp.	70443
3	1 or 2	805890
4	ethnic*.mp.	193237
5	immigra*.mp.	55403
6	minorit*.mp.	87868
7	refugee*.mp.	15504
8	4 or 5 or 6 or 7	313460
9	experienc*.mp.	1170532
10	percept*.mp.	493990
11	9 or 10	1591658
12	3 and 11	118485
13	8 and 12	3803
14	norw*.mp	65124
15	swed*.mp.	109462
16	Denmark/	53300
17	dani*.mp.	43366
18	scandi*.mp.	13821
19	nordi*.mp.	15497
20	14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	259624
21	13 and 20	142
22	limit 21 to ((danish or english or norwegian or swedish) and (“qualitative maximizes sensitivity”) or “qualitative (maximizes specificity)” or “qualitative (best balance of sensitivity and specificity)”) and last 15 years)	115
	Lest sammendrag	13
	Lest i fulltekst	6
	Inkludert i bacheloroppgaven	5

### 7.3 Vedlegg 3 - Oversiktstabell

Artikkel nr. 1	
<b>Forfattere (år)</b> <b>Tittel</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Tariq Alkhaled, Gudrun Rohde, Birgit Lie og Berit Johannessen. (2022) "Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with ethnic minority background in Norway." Norge BMC Nursing
<b>Hensikt</b>	Sykepleiers erfaringer med å gi behandling til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i Norge.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, gruppeintervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	21 sykepleiere som har jobbet minst to år på sykehus og som har erfaring med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. 2 kunne ikke delta på grunn av Covid-19.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det var både utfordrende og givende å jobbe med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.</li> <li>• På grunn av språkbarrierer brukte de lengre tid på hver pasient.</li> <li>• Det opplevdes vanskeligere å hente inn bakgrunnsinformasjon om pasienten.</li> <li>• Misforståelser var lett for å oppstå, spesielt hos eldre. Sykepleierne stilte ofte kontrollspørsmål for å vite om pasienten hadde forstått.</li> <li>• Dersom det var enkle spørsmål om mat brukte de familie som tolk, men dersom det var noe medisinsk skulle det helst være innleid tolk.</li> <li>• Noen sykepleiere prøvde å bruke andre metoder for å kommunisere, som håndbevegelser og peking.</li> <li>• Sykepleierne følte seg hjelpeløse dersom det var komplekse situasjoner og lidelser de skulle forklare.</li> <li>• De hadde ulike oppfatninger med tolk etter hvor mye tolkeerfaring de hadde.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolken ønsket ikke fortelle pasienten ulike diagnoser.</li> <li>• Tolken forkortet budskapet og utela å fortelle alt.</li> <li>• Noen pasienter kjente tolken fra før av og ønsket derfor ikke bruke de som tolk.</li> <li>• Kjønn kunne også være et problem for noen kulturer og situasjoner, spesielt gynekologisk.</li> </ul> </li> <li>• De var nødt til å ta hensyn til religiøse og kulturelle tradisjoner som mat og ritualer.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvor mange som kom på besøk brøt med hva vi er vant til og har som norm. Det kunne også forstyrre dersom pasienten var på flermannsrom.</li> <li>• Fordi det ofte var mange på besøk fikk ikke pasienten hvile og det tok derfor lengre tid å bli frisk.</li> <li>• Deltakerne opplevde også at besøkende ønsket å bidra i å gi pleie til pasienten, noe som kunne bli brukt som en ressurs for sykepleieren.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uttrykk for smerte var annerledes og ofte mer intenst enn hva de var vant med. Spesielt hos de som hadde opplevd krig.</li> <li>• Noen av pasientene skulle være veldig høflig og underrapporterte derfor smerte og lot som om de forsto hva som var sagt.</li> <li>• Pasientene ønsket ofte sykepleiere med samme kjønn og det var et tabu å kle av seg foran andre.</li> <li>• Sykepleiere med minoritetsbakgrunn og sykepleiere som hadde jobbet med ulike kulturer synes det var enklere å samarbeide med pasienter med innvandrerbakgrunn.</li> </ul>
<b>Kritisk vurdering</b>	Vi vurderer denne artikkelen for å ha god kvalitet og svarte “ja” på alle punktene i sjekklisten. Nivå 1 i kanalregisteret.

Artikkel nr. 2	
<b>Forfattere (år) Tittel</b>	Stephanie Listerfelt, Isabell Fridh og Berit Lindahl (2019) “Facing the unfamiliar: Nurses transcultural care in intensive care - A focus group study”
<b>Land Tidsskrift</b>	Sverige Intensive and Critical Care Nursing
<b>Hensikt</b>	Erfaringer til intensivsykepleiere ved sykepleie til pasienter med ulike kulturer på intensivavdeling.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, fokusgruppeintervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	15 sykepleiere fra to ulike sykehus.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den største utfordringen var å ta vare på pårørende</li> <li>• Mange pårørende på besøk tok opp stor plass i avdelingen.</li> <li>• Sykepleierne brukte mye tid på å svare på de samme spørsmålene flere ganger, dette ble bedre etter de utpekte en pårørende som fikk all informasjonen.</li> <li>• Pårørende respekterte ikke besøkstiden og antall besøkende samtidig. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Noen så pårørende som en ressurs både til sykepleieren og pasienten, spesielt dersom pasienten var i palliativ fase.</li> </ul> </li> <li>• Kommunikasjon ble sett på som utfordrende når pårørende ikke snakket svensk eller engelsk, da spesielt i kritiske perioder.</li> <li>• Tolk ble mest brukt ved legevisitt.</li> <li>• Pårørende som tolk ble både sett på som en fordel og ulempe. En fordel fordi da kan man oftere få kommunisert med pasienten og en ulempe fordi man ikke vet om det oppstår misforståelser eller fordi pårørende utelater informasjon.</li> <li>• Pasientene uttrykte følelser på en høylytt og dramatisk måte. Sykepleierne var usikre på hvordan de skulle håndtere pårørende. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Et forslag kunne være å tilby dem eget rom dersom det var mulig.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Kritisk vurdering</b>	Vi vurderer denne artikkelen for å ha god kvalitet og svarte “ja” på alle punktene i sjekklisten. Nivå 1 i kanalregisteret.

<b>Artikkel nr. 3</b>	
<b>Forfattere (år) Tittel</b>	Sevald Høye og Elisabeth Severinsson (2008) “Intensive care nurses’ encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study”
<b>Land Tidsskrift</b>	Norge Intensive and Critical Care Nursing
<b>Hensikt</b>	Sykepleiers erfaring i møte med multikulturelle familier i intensivavdeling på norske sykehus.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, intervju i fokusgrupper.
<b>Deltagere/Frafall</b>	16 sykepleiere på intensivavdeling, med minst to års erfaring fra intensiv eller akuttavdeling og erfaring med pasienter med multikulturelle familier. Det var tre grupper på tre ulike sykehus.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientene ble oppfattet som å være i mer smerte eller at de uttrykte smerte sterkere.</li> <li>• De ropte og lagde ofte mer lyd enn etnisk norske pasienter.</li> <li>• De multikulturelle familiene var større sammenlignet med en norsk familie. Sykepleierne synes det var stressende at pasientrommet var overfylt. De følte det kunne være til hindring for å utføre prosedyrer.</li> <li>• utfordringer innen kommunikasjon hang ofte sammen med at pårørende og pasienten selv ikke kunne norsk eller engelsk godt nok. De måtte da bruke tolk.</li> <li>• Noen ganger brukte de innleid tolk og andre ganger ansatte som kunne språket. Fordi sykepleierne måtte kommunisere med pasienten hele dagen ble ofte pårørende brukt til tolk.</li> <li>• Det var vanskelig å vite om de faktisk hadde forstått hva som hadde blitt sagt.</li> <li>• Høylytte uttrykk, spesielt hos kvinner, kunne i noen kulturer være et symbol på helbredelse.</li> <li>• Sykepleierne opplevde at noen pasienter hadde utfordrende atferd. Det var utfordringer med kommunikasjonen som bidro til forvirring og stress.</li> <li>• I tillegg til stress og følelser de hadde der og da hadde flere av pasientene traumer fra tidligere som kommer til overflaten igjen.</li> </ul>
<b>Kritisk vurdering</b>	Vi vurderer denne artikkelen for å ha god kvalitet og svarte “ja” på alle punktene i sjekklisten. Nivå 1 i kanalregisteret.



Artikkel nr. 4	
<b>Forfattere (år) Tittel</b>	Jonas Debesay, Ivan Harsløf, Bern Rechel og Halvard Vike (2014) “Dispensing emotions: Norwegian community nurses handling of diversity in a changing organizational context”.
<b>Land Tidsskrift</b>	Norge Social Science & Medicine
<b>Hensikt</b>	Sykepleiers erfaring med pasienter med etniske minoritetsbakgrunn i forhold til press fra New Public Management-reformen.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, semi-strukturerte dybdeintervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	19 sykepleiere i kommunehelsetjenesten.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne jobbet under strenge tidsbegrensninger og når man kom hjem til en pasient der hele familien var kunne man ikke bare starte å jobbe med en gang.</li> <li>• De kunne bli forsinket dersom pasienten utførte religiøse aktiviteter når sykepleieren kom og de måtte vente.</li> <li>• De måtte ofte bruke mer tid hos minoritetspasientene på grunn av kommunikasjonsutfordringer.</li> <li>• Noen sykepleiere erfarte at pasientene ønsket å snakke mer og at de “savnet hjemlandet sitt”.</li> <li>• De følte på usikkerhet og frykt for å bli misforstått.</li> <li>• Sykepleierne distanserte seg fra pasientene når de ikke fikk noe tilbakemeldinger og var redd for å ta fysisk på pasienten, de var redde for å “trå feil”.</li> <li>• En sykepleier fra Afrika erfarte å ikke bli respektert av norske pasienter, på grunn av hennes hudfarge.</li> <li>• Selv om de var usikre i møte pasientene utgjorde ikke det noen forskjell på hvordan de utførte arbeidsoppgavene eller prosedyrene.</li> <li>• Flere sykepleiere ønsket å vise litt ekstra at de brydde seg om pasienten og deres kultur i frykt for å bli sett på som om de ikke bryr seg eller diskriminerer. De ytet derfor litt ekstra sykepleie til de for å kompensere.</li> </ul>
<b>Kritisk vurdering</b>	Vi vurderer denne artikkelen for å ha god kvalitet og svarte “ja” på alle punktene. Nivå 2 i kanalregisteret.

Artikkel nr. 5	
<b>Forfattere (år) Tittel</b>	Jonas Debesay, Ivan Harsløf, Bernd Rechel og Halvard Vike. (2014) “Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients”
<b>Land Tidsskrift</b>	Norge The Journal of Advanced Nursing
<b>Hensikt</b>	Utfordringer sykepleiere har i hjemmesykepleien ved møte med pasienter med etniske minoritetsbakgrunn.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie, semistrukturert dybdeintervju.

<b>Deltagere/Frafall</b>	19 sykepleiere i hjemmesykepleien. Sykepleierne jobbet i områder hvor det er høy andel av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det var mye usikkerhet i møte med fremmede kulturer på hva som oppfattes greit og ikke av pasienten.</li> <li>• De var redde for å krysse grenser og de syntes det var ubehagelig når pasienten reagerte på grunn av at de ble for nærme pasienten. - for eksempel ved bading og kateterisering. Sykepleierne var usikre på kulturelle grenser. Et annet eksempel er hvis sykepleieren tok på pasientens skulder, noe som er vanlig i Norge. Da kunne de se at pasienten reagerte.</li> <li>• Pasienten med minoritetsbakgrunn og sykepleieren var uenig om når og hvor mye pasienten skulle starte med fysisk aktivitet.</li> <li>• De opplevde mer tabu rundt død i minoritetskulturer og en følelse av at de helst ikke skulle snakke om det. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Virket som de ikke vil snakke om døden og de hadde en holdning om at det er opp til Allah (gud).</li> <li>• Sykepleierne får ikke brukt ulike utstyr for å lindre pasienten, "det er opp til naturen".</li> </ul> </li> <li>• Sykepleierne følte på et dilemma mellom å respektere pasientens tro og ønsker eller fortsette som vanlig.</li> <li>• Sykepleierne uttrykte et behov for opplæring og mer kunnskap i ulike minoritetskulturer og hvordan man skal oppføre seg i ulike situasjoner.</li> </ul>
<b>Kritisk vurdering</b>	Vi vurderer denne artikkelen for å ha god kvalitet og svarte "ja" på alle punktene i sjekklisten. Nivå 2 i kanalregisteret.

<b>Artikkel nr. 6</b>	
<b>Forfattere (år)</b>	Ben Nielsen og Regner Birkelund (2009)
<b>Tittel</b>	"Minority ethnic in the Danish healthcare system - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients."
<b>Land</b>	Danmark
<b>Tidsskrift</b>	Scandinavian Journal of Caring Sciences
<b>Hensikt</b>	Sykepleiers erfaring med sykepleie til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode. Intervju og observasjoner.
<b>Deltagere/Frafall</b>	4 sykepleiere på sykehus med minst 5 års erfaring.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikasjonen var et stort problem når pasientene ikke kunne dansk eller engelsk.</li> <li>• Situasjoner der pasienten ikke snakker dansk krevde lengre tid, ofte eldre pasienter som ikke har gått dansk skole.</li> <li>• De brukte ofte pårørende som tolk, men det kunne noen ganger være problematisk da de for eksempel ikke ønsker å dele ting med familien.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne sa det kunne være vanskelig å få tak i tolk sent på kvelden eller at de vegret seg fra å bestille tolk på grunn av kostnader mtp sykehuset. Vanskelig å få tolk med en gang.</li> <li>• Sykepleierne erfarte at pasientene uttrykte smerte på en annen måte. De var usikre på om de var i så mye smerte som de uttrykte. De følte de måtte beskytte de andre pasientene fra høylytte rop.</li> <li>• De pårørende hadde ofte med hjemmelaget mat til pasienten. En sykepleier synes det var positivt fordi hun fikk tilbud om å smake, de fikk da en god samtale og bedre kontakt med hverandre. Noen mente det var negativt da det ofte var sterk mat eller luktet mye, som forstyrret de andre pasientene.</li> <li>• Et problem var at de kom mange på en gang, ofte 10-15 stk.</li> </ul>
<b>Kritisk vurdering</b>	Vi vurderer denne artikkelen for å ha god kvalitet og svarte “ja” på alle punktene i sjekklisten. Nivå 1 i kanalregisteret.

<b>Artikkel nr. 7</b>	
<b>Forfattere (år)</b> <b>Tittel</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Sevald Høye og Elisabeth Severinsson (2009) “Professional and cultural conflicts for intensive care nurses.” Norge Journal of advanced Nursing
<b>Hensikt</b>	Intensivsykepleiers erfaring relatert til praktiske situasjoner hos kritisk syke pasienter og deres pårørende med minoritetsbakgrunn.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, fokusgruppeintervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	16 intensivsykepleiere fra tre forskjellige sykehus med minst to års erfaring og erfaring fra pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn.
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familier med minoritetsbakgrunn ønsket å delta i pleien til pasienten når de var våkne i større del enn hos de etnisk norske familiene. F.eks bidra med mobilisering.</li> <li>• Sykepleieren følte seg overflødig da noen familier tok det for gitt at det var de som skulle pleie den syke.</li> <li>• Når pasienten hadde hatt behov for pleie hjemme var det vanskeligere for familien å “slippe taket” på pasienten på sykehuset.</li> <li>• Mor i familien gjorde ofte massasje og tøying på pasienten, mens far i familien tok seg av papirarbeidet.</li> <li>• Pasienten har rett på informasjon om sin situasjon, men i noen kulturer ble det erfart at det er en mannlig “head of the family” som skulle motta informasjonen. Det gjorde direkte kommunikasjon og relasjon til pasienten vanskelig.</li> <li>• Sykepleierne brukte ofte tolk når informasjonen de skulle gi var kompleks. Likevel måtte de bruke familien som tolk i den daglige pleien. Dette gjør det vanskelig å vite om pasient og pårørende blir fullt informert.</li> <li>• Sykepleierne følte det var nødvendig å skjerme andre pasienter fra høylytte rop fra pasienten og pårørende.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De synes det var vanskelig å vite om uttrykkene deres, spesielt for smerte, var ekte da de ikke var vant til at norske pasienter uttrykker smerte på samme måte.</li> <li>• Når pasienten døde, kom det 30-50 familiemedlemmer som sto rundt sengen, i korridoren for å sørge over pasienten. De hadde ofte lange ritualer der sykepleieren ble satt i konflikt for å respektere kulturen, men også få plass til nye pasienter.</li> </ul>
<b>Kritisk vurdering</b>	Vi vurderer denne artikkelen for å ha god kvalitet og svarte “ja” på alle punktene i sjekklisten. Nivå 2 i kanalregisteret.

<b>Artikkel nr. 8</b>	
<b>Forfattere (år) Tittel</b>	Lise-Merete Alpers og Ingrid Hanssen (2013) “Caring for ethnic patients: A mixed method study of nurses’ self-assessment of cultural competency.”
<b>Land Tidsskrift</b>	Norge Nurse Education Today
<b>Hensikt</b>	Hvordan sykepleiere på medisinsk og psykiatrisk avdeling bruker sin kompetanse i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn.
<b>Metode</b>	Tre fokusgruppeintervju ble gjennomført og deretter et spørreskjema med ulike påstander. Det ble gjennomført en kvantitativ analyse av spørreskjemaene og en kvalitativ analyse av intervjuene.
<b>Deltagere/Frafall</b>	18 sykepleiere (11 fra medisinsk og 7 fra psykiatrien).
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleierne manglet kunnskap om hvordan de skulle kommunisere med tolk, hvordan håndtere pårørende og små barn. De var også usikre på hvordan håndtere omskjærte pasienter.</li> <li>• De manglet kunnskap om kulturelle uttrykk som er viktig for pasienten når han er på sykehus, for eksempel rundt ramadan.</li> <li>• Pasienter med minoritetsbakgrunn har ofte en annen oppfatning av sykdom og behandling. De uttrykker at de ikke har tillit til personalets kunnskap og mener man ikke “bare blir syk, men blir syk fordi man har gjort noe galt”.</li> <li>• Psykiatriske sykepleiere manglet kunnskap om psykotiske reaksjoner og hvordan sykdom oppstår i ulike kulturer.</li> <li>• Sykepleierne synes det var vanskelig å vurdere smerte da noen har uttrykker smerte sterkt uten at de egentlig har mye smerter og noen viser ikke smerte i det hele tatt. Mennesker som har blitt torturert kan reagere sterkt i situasjoner sykepleierne ikke er vant til at noen reagerer på, f.eks. munnbind.</li> <li>• Flere av sykepleierne ønsket kurs i hvordan de skal utøve sykepleie til pasienter med ulike kulturer.</li> </ul>
<b>Kritisk vurdering</b>	Vi vurderer denne artikkelen for å ha god kvalitet og svarte “ja” på alle punktene i sjekklisten. Nivå 1 i kanalregisteret.

## 7.4 Vedlegg 4 - Eksempel på utfylt sjekkliste

Spørsmål	Ja	Nei	Usikker
1. Er formålet med studien klart formulert?	X		
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	X		
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	X		
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	X		
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	X		
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	X		
7. Er etiske forhold vurdert?	X		
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig?	X		
Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatet fra denne studien er til å stole på?	X		

*Eksempel på utfylt sjekkliste av artikkel "Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients".*