



Diakonhjemmet
Høgskole

HVA KAN SYKEPLEIER GJØRE FOR Å FREMME GOD KOMMUNIKASJON MED IKKE-VESTLIGE INNVANDRERE PÅ NORSKE SYKEHUS?

Kull: 12SYKHEL

Kandidatnummer: 114

Leveringsdato: 12. Mars 2015, kl 10.00

Antall ord: 10 402

Sammendrag

Oppgaven tar for seg problemstillingen *Hva kan sykepleier gjøre for å fremme god kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere på norske sykehus?*

Oppgaven skrives som et kvalitativt litteratursøk, hvor det blir brukt både bevisst tilfeldig søking, kjedesøk og allmenn litteratursøk.

Fire forskningsartikler ble valgt ut, med hovedfunnene; 1. Tolketjenesten er ikke tilstrekkelig godt integrert i helsevesenet. 2. Mangelen på emosjonelle uttrykk hos minoritetsbefolkningen skyldes hovedsakelig språkbarrierer. 3. Pasienters kulturelle syn og språkferdigheter påvirker kommunikasjonen. 4. En empirisk validert modell, som forfatterne av artikkelen mener er et lovende verktøy for opplæring og evaluering av kulturell kompetanse.

På bakgrunn av teorien drøftes det hvordan sykepleier kan bruke funnene som verktøy i kommunikasjonen med ikke-vestlige innvandrere.

Sykepleier bør kjenne igjen situasjoner der det er behov for tolk, og bestille tolk ved behov. Sykepleier må kunne kjenne igjen situasjoner der språkvansker blir en barriere for kommunikasjon, og kontinuerlig være oppmerksom på pasienten sin kulturelle bakgrunn.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG FAGLIG RELEVANS	5
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING	6
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON	6
2.0 TEORI	8
2.1 IMMIGRASJON TIL NORGE I 2014	8
2.1.1 Immigrasjon og helse	8
2.2 LOV OG RETT	10
2.2.1 Likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester.....	10
2.2.2 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	10
2.2.3 Helsepersonelloven.....	11
2.2.4 FNs anbefalinger.....	11
2.3 YRKESETISKE RETNINGSLINJER.....	11
2.4 KOMMUNIKASJON.....	12
2.4.1 Nonverbal kommunikasjon.....	12
2.4.2 Kommunikasjonsferdigheter	12
2.5 KULTUR.....	13
2.5.1 Kultur, helse og sykdom.....	13
2.5.2 Kultursensitivitet, stereotypi og normer.....	14
2.5.3 Kulturell kompetanse.....	14
2.5.4 Tverrkulturell sykepleie.....	16
2.6 SPRÅKBARRIERENS KONSEKVENSER.....	17
3.0 METODE	18
3.1 LITTERATURSØK SOM METODE.....	18
3.2 SØK OG VALG AV LITTERATUR	18
3.3 METODEKRITIKK.....	19
3.4 KILDEKRITIKK	20
3.5 ETISKE HENSYN	21
4.0 FUNN	22
4.1 "VI TAR DET VI HAR". OM BRUK AV TOLK I HELSEVESENET I OSLO. EN SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE	22

4.2	"EMOTIONAL CUES AND CONCERNS IN HOSPITAL ENCOUNTERS WITH NON-WESTERN IMMIGRANTS AS COMPARED WITH NORWEGIANS: AN EXPLORATORY STUDY"	23
4.3	"PATIENTS' EVALUATION OF QUALITY OF CARE IN GENERAL PRACTICE: WHAT ARE THE CULTURAL AND LINGUISTIC BARRIERS?"	24
4.4	"CULTURAL COMPETENCE: DEVELOPMENT OF A CONCEPTUAL FRAMEWORK"	25
5.0	DRØFTING	27
5.1	SPRÅKBARRIERER OG TOLKETJENESTEN	27
5.2	PASIENTERS UTTRYKKELSE OG OPPLEVELSE	30
5.3	BETYDNINGEN AV KULTURELL KOMPETANSE	32
6.0	OPPSUMMERING OG AVSLUTNING	35
	LITTERATURLISTE	36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og faglig relevans

Temaet jeg har valgt å skrive om er sykepleiers kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere i norske sykehus. Grunnen til at jeg har valgt dette temaet er sammensatt. For det første syntes jeg det er utrolig interessant og spennende. Jeg har tidligere gått på en internasjonal internatskole sammen med studenter fra 35 forskjellige land, og jeg har vært på utveksling i Asia og Afrika. Det å bli kjent med mennesker fra andre land og kulturer er utrolig givende, gøy og lærerikt, og det er noe jeg ønsker å gjøre mer for å utvikle min kulturelle kompetanse.

Den andre grunnen til at jeg valgte temaet er fordi jeg syntes det er utfordrende. Og jeg tror ikke jeg er den eneste. Ut i fra det jeg har sett i praksis, ser det ut som mange sykepleiere kvier seg for å ha ansvaret for fremmedkulturelle pasienter. Dette tror jeg er på grunn av at kommunikasjon og samarbeid med disse pasientene kan være utfordrende, og sykepleier kan fort føle at hun kommer til kort. Ingen er like, og selv om en skaffer seg all verdens av kunnskap om land og kulturer, er det ikke kulturer en møter, men mennesker. Ingen mennesker har helt lik kulturell bagasje (Dahl 2001:20).

For det tredje er det et meget aktuelt tema for helsearbeidere i Norge. Norge blir i stadig større grad et flerkulturelt samfunn. I 2014 var det 633 110 innvandrere i Norge, og i tillegg 126 075 norskfødte med innvandringsforeldre. Til sammen utgjør innvandrere og norskfødte med innvandringsforeldre 14,9 % av Norges befolkning. Av disse er 427 595 fra ikke-vestlige land (SSB 2014). Innvandrere som kommer til Norge har selvfølgelig, som alle andre, behov for helsehjelp én eller flere ganger i løpet av livet. Intensivsykepleier og doktorgradsstipendiat Lise-Merete Alpers forsker på sykepleieres kulturelle kompetanse, og mener den er mangelfull. Til forskning.no viser Alpers til internasjonal forskning som viser at mangelfull kulturell kompetanse blant helsepersonell kan føre til at minoritetspasienter får dårligere behandling enn resten av befolkningen (Lassen 2014). Kun 20 % av sykepleierne mener de har tilstrekkelig kunnskap om minoritetspasienter til å kunne gi god omsorg og pleie (Alpers og Hanssen 2008:18).

1.2 Problemstilling

Hva kan sykepleier gjøre for å fremme god kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere på norske sykehus?

1.3 Avgrensning og presisering

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å fokusere på ikke-vestlige innvandrere. Når jeg bruker begrepet ikke-vestlige, inkluderer det Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS. Videre har jeg gjennom ordlyden på problemstillingen avgrenset oppgaven til å handle om de pasientene sykepleier møter på sykehus i Norge.

Jeg kunne ha valgt å spisse pasientgruppen jeg ville fokusere på ut i fra etnisitet eller sykdom. Dette har jeg ikke gjort, ettersom jeg ønsker å se generelt på hva sykepleier kan gjøre i kommunikasjonen med ikke-vestlige innvandrere. Sykepleiere kan ikke bli eksperter på alle kulturer, derfor ønsker jeg å undersøke om det er noen tiltak som generelt kan være nyttig i møte med fremmede kulturer.

I utgangspunktet ønsket jeg og kun se på det kulturelle aspektet, og ikke fokusere på det språklige. Ettersom jeg leste litteratur, skjønnte jeg at det ikke ville bli så lett. Det språklige aspektet spiller så stor rolle i kommunikasjonen mellom mennesker, at å velge og se bort i fra det ville gi et skjevt og unøyaktig bilde av realiteten.

Det er noen aspekter jeg gjerne skulle hatt med, men som det dessverre ikke er blitt plass til i oppgaven. Det er blant annet når det gjelder tolketjenesten og taushetsplikt, og når det er behov for tolk i små minoritetsmiljøer. Jeg fokuserer ikke på hvilke sykdom den enkelte pasientene har, men jeg ser generelt på hvordan innvandreres helse er i forhold til hele befolkningen.

1.4 Oppgavens disposisjon

Det første kapittelet er en innledning til oppgaven. Her vil bakgrunn og begrunnelsen for valg av temaet bli forklart og satt inn i en faglig sammenheng. Videre vil problemstillingen bli presentert med avgrensning og presisering.

Den aktuelle teorien blir gjennomgått i kapittel to. I kapittel tre forklares oppgavens metodiske tilnærming. Det blir da gjort rede for framgangsmåten, metodekritikk og kildekritikk. Kapittel fire er en presentasjon av funnene; en rapport og tre forskningsartikler.

Kapittel fem er selve drøftingsdelen. Der vil funnene blir drøftet opp mot teorien. Jeg vil se på hvordan sykepleiere kan bruke funnene som verktøy for å fremme god kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere.

2.0 Teori

2.1 Immigrasjon til Norge i 2014

Av de 14, 9 % av Norges befolkning som er innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre, er 427 595 fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS (SSB 2014). Dette er den gruppen som tidligere ble kalt ikke-vestlige (Høydahl 2008). I Norge i dag bor det innvandrere med bakgrunn fra 221 land og selvstyrte regioner (SSB 2015). Den største gruppen på 4, 8 % er fra Asia med Tyrkia, og som nest største gruppe kommer EU-land i Øst-Europa på 3, 4 %, og som nummer tre er Afrika på 1, 9 %. Det landet som var høyest representert blant innvandringen i Norge i 2014 var Polen med 84 004. Blant de ikke-vestlige innvandrerne var den største gruppen på 26 162 fra Somalia, 21 963 fra Irak og 18 832 fra Pakistan, deretter var de største gruppene fra Filippinene, Iran, Thailand, Vietnam, Bosnia-Hercegovina, Afghanistan, Eritrea og Tyrkia (SSB 2014).

2.1.1 Immigrasjon og helse

Blom kom i 2008 med en rapport om innvandreres helse basert på en intervjuundersøkelse som ble gjennomført i 2005/2006 angående innvandreres levekår. De som ble intervjuet var innvandrere og deres norskfødte etterkommere med minst to års botid i Norge, i aldersgruppen 16-70 år. Intervjupersonene var fra ti ikke-vestlige land; Bosnia Hercegovina, Serbia og Montenegro, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile. Svarprosenten var på 64 %.

På spørsmål om hvordan en ser på egen helse svarte kun 66 % av innvandrere og deres etterkommere at deres helse var god eller meget god. Sammenlignet med hele befolkningen i 2002 da 87 % svarte at deres helse var god eller meget god. Hos hele befolkningen var det gjennomsnittlig ingen forskjell mellom kvinner og menns egenvurdering. Blant innvandrere og deres etterkommere var det 71 % av mennene som svarte at helsa var god eller meget god, blant kvinnene var det 60 % som svarte dette (Blom 2008:21). Andelen som mente sin helse var god eller meget god sank med økende alder, og mer hos innvandrere og deres etterkommere enn generelt i befolkningen. I aldersgruppen 55-70 år var det hos innvandrere og deres etterkommer kun 40 % som mente de hadde god eller meget god helse blant menn, og kun 27 % hos kvinner (9-10).

Sykdommer som var mest vanlig blant intervjupersonene i befolkningen i 2002 var: allergi 31 %, astma 11 %, eksem 10 % og høyt blodtrykk 9 %. Blant innvandrere og deres etterkommere i 2005/2006 var de mest vanlige sykdommene: allergi 23 %, slitasje i muskler og ledd 23 %, magesår 9 % og stoffskifte-sykdom 8 %. De sykdommene som forekom oftere blant innvandrere og deres etterkommere enn generelt i befolkningen var revmatiske plager, angina pectoris, magesår og stoffskifte-sykdom (11). I tabellen under er en oversikt over noen av resultatene fra undersøkelsen.

Spørsmål	Hele befolkningen 2002/2005	Innvandrere og etterkommere 2005/2006
Minst én sykdom	49 % (2002)	48 % (19)
Hverdagen i høy grad påvirkes av helseproblemer	6 % (2005)	15 % (24)
Psykiske helseproblemer	9 % (2002)	27 % (29)
Røyker	39 % (2005)	30 % (35)
Aldri mosjonerer	14 % (2005)	33 % (36)
Vært hos tannlegen siste 12 måneder	70 % (2005)	50 % (38)
Antall besøk hos fastlege siste 12 måneder i gjennomsnitt	2, 1 (2005)	4, 7 (40)
Siste 12 måneder innlagt sykehus	9 % (2005)	14 % (45)
Siste 12 måneder vært hos alternativ behandler	11 % (2005)	9 % (47)

Tabell 1: fritt sammensatt fra flere tabeller i rapporten til Blom 2008.

På spørsmål om innvandrere og etterkommerne hadde behov for tolk hos legen svarte 13 % ja, 85 % svarte "uaktuelt, går ikke til lege", 1 % nei og 1 % "vet ikke" (48). 72 % svarte at de var tilfreds med helsetjenestene i Norge (52). 7 % mente de hadde fått dårligere behandling i helsevesenet enn en norsk person ville fått, 78 % mente de hadde fått samme behandling, 2 % mente de hadde fått bedre, og 13 % svarte "vet ikke" (53).

2.2 Lov og rett

2.2.1 Likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester

Stortingsmelding 6 (2012-2013) omhandler en helhetlig integreringspolitikk. Der står det at ”Alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon”. Videre beskrives betydningen av det, som er at alle må behandles forskjellig ut fra den enkeltes behov. Likeverdige tjenester er en nødvendighet for å sikre like muligheter for alle i samfunnet. Likevel skrives det i stortingsmeldingen at i praksis ser en at helse- og omsorgstjenestene ikke fungerer like godt for alle, og at det kan være utfordrende å møte behovene til innvandrere. Det står at ”Helse- og omsorgspersonell har for eksempel ikke nødvendig kompetanse på en del innvandreres særskilte utfordringer, eller informasjon når ikke fram til, og oppfattes av, pasientene”. Stortingsmeldingen sier videre at språkbarrierer kan være en stor risiko for feilbehandling eller andre uheldige hendelser, og det kan forhindre pasienter i å få tilgang på tjenester. ”Ansvaret for at all formidlet informasjon blir forstått, ligger hos tjenesteyterne og hos dem som organiserer tjenestene”. Videre skrives det at samarbeid med tolk ofte kan være nødvendig for å sikre pasientens rett. Det er imidlertid grunn til å tro at bruk av tolk i helsetjenesten blir mye sjeldnere brukt enn det som er nødvendig. Stortingsmeldingen sier også at kommunikasjon med innvandrere handler om mer enn tolketjeneste, og at det for eksempel kan dreie seg om ulik sykdomsforståelse. Derfor trengs det nytenking for å utvikle et verktøy som kan hjelpe kommunikasjonen. Ett eksempel som kommer fram i stortingsmeldingen er Oslo universitetssykehus som gir de ansatte mulighet til videreutdanning i kulturell veiledning (Meld. St. 6 (2012-2013)).

2.2.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Lov om pasient- og brukerrettigheter sier i § 3-1 at ”Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder”. Videre står det at så langt det er mulig skal tjenestetilbudet utformes i samarbeid med pasienten, og at det skal legges stor vekt på det pasient mener (pasient- og brukerrettighetsloven).

Videre i § 3-2 står det ”Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”. Pasienten skal også få informasjon om mulige bivirkninger og risikoer, og dersom noe uventet oppstår har pasienten rett på informasjon om hvilke tiltak som vil bli iverksatt for å forhindre dette i å skje igjen. Pasienten

har rett på tilstrekkelig informasjon for å kunne ivareta sine rettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

§ 3-5 Slår fast at informasjonen som blir gitt skal være tilpasset pasientens forutsetninger, i dette inngår alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Så langt det er mulig må personellet forsikre seg om at informasjonen er mottatt og forstått. All informasjon som er gitt må dokumenteres i pasientjournalen (pasient- og brukerrettighetsloven).

2.2.3 Helsepersonelloven

Kapittel 2 av helsepersonelloven omhandler krav til helsepersonells yrkesutøvelse. § 4 om forsvarlighet viser at helsepersonell har plikt til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Dersom helsepersonellens faglige kvalifikasjoner ikke strekker til, skal det innhentes bistand dersom det er nødvendig og mulig (helsepersonelloven).

2.2.4 FNs anbefalinger

2011 var sist gang FN hadde en gjennomgang av hvordan Norge oppfyller retten til å ikke bli diskriminert på bakgrunn av rase. I rapporten ”Consideration of reports submitted by States parties under article 9 of the Convention. Concluding observations of the Committee on the Elimination of Racial Discrimination. Norway” uttrykker FN sin bekymring vedrørende mangelen på kvalifiserte og profesjonelle tolker, spesielt i helsetjenesten og ved juridisk hjelp. Komitéen oppfordrer til å bedre tilgjengeligheten og kvaliteten på profesjonell tolketjeneste: ”The Committee urges the State party to improve the availability, accessibility and quality of professional interpretation services”. Dette blant annet ved å øremerke budsjettmidler for å imøtekomme flere språk. Komitéen anbefaler Norge å lovfeste retten til profesjonell tolking, og forby bruk av mindreårige og slektninger som tolker.

2.3 Yrkesetiske retningslinjer

Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer beskriver sykepleiens grunnlag og dens profesjonsetikk. Sykepleiens grunnlag er respekten for det enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleiens grunnpilarer er barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og den skal være kunnskapsbasert. Sykepleier har et personlig ansvar for at den sykepleie som utføres er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleier må bevare pasientens verdighet og integritet, sørge for retten til helhetlig sykepleie, retten til

medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket. Sykepleier må sørge for å gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og sørge for at informasjonen er forstått slik at pasientens får mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Yrkesetiske retningslinjer 2011).

2.4 Kommunikasjon

Dahl skriver at ”kommunikasjon er å forhandle om mening” (2001:21). I sykepleie er kommunikasjon et verktøy for å få til et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee 2001:135-137). Det å kommunisere godt er en kunst, og erfaring og forskning viser at de fleste har mye å lære (Eide og Eide 2007:12).

2.4.1 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon er å sende et budskap til noen uten å bruke ord, kun ved hjelp av tegn og signaler. Det kan skje ubevisst eller bevisst. Det kan være ved hjelp av ansiktsuttrykk, gester, rødming, kroppsatferd, lyder, gråt, latter, skriking, berøring, stillhet og bruk av avstand (Travelbee 2001:138). Noen forskere mener at i en kommunikasjonsprosess blir 50-80 % av informasjonen formidlet ved hjelp av det nonverbale. For å kommunisere på tvers av kulturer er det nonverbale meget viktig (Dahl 2001:111). Dahl skriver om et eksempel der en norsk kvinne i samtale med en fra Indonesia, uten å tenke over det, satte hendene på hoftene under samtalen. Personen fra Indonesia ble tydelig fornærmet og trakk seg raskt unna. Det nonverbale språket er ikke internasjonal. Det nonverbale kan være med på å understreke eller svekke verbal kommunikasjon (2001:112).

2.4.2 Kommunikasjonsferdigheter

Kommunikasjon er noe en må lære seg. Det er mye teoretisk kunnskap om emne og mange teknikker en kan lære seg, men hovedsakelig er dette noe en må trene på (Eide og Eide 2007:13). Det er ingen endelig fasit for hva som er riktig kommunikasjon i forskjellige situasjoner, men Eide og Eide har satt opp en liste på ti punkter som kan være en hjelp til grunnleggende kommunikasjonsferdigheter:

1. Å lytte til den andre
2. Å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
3. Å skape gode og likeverdige relasjoner
4. Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte

5. Å møte den andres behov og ønsker på en god måte
6. Å stimulere den andres ressurser og muligheter
7. Å strukturere en samtale eller en samhandlingssituasjon
8. Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. Å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger

(2007:21)

2.5 Kultur

Ordet kultur kommer fra det latinske ordet for å dyrke eller pleie (Schackt 2014). Begrepet kan brukes i en rekke forskjellige sammenhenger. Dahl gjengir den norske antropologen Fredrik Barths definisjon av kultur:

Kultur er ”den ballast av ideer og normer som en person bærer med seg ut fra hva personen har lært og erfart: hans/hennes kunnskaper, konvensjoner, meninger, holdninger og verdier.” (2001:20).

Videre legger Dahl til at ”Kultur er ingen lukket enhet, men snarere strømninger eller omskiftelige meningsfellesskap, en dimensjon ved den menneskelige tilværelse ” (2001:32). Thorbjørnsrud skriver at kultur er en helt sentral dimensjon ved alle mennesker. Hun skriver videre om kultur:

Det er ikke noe vi kan ha mer eller mindre av, eller noe som ”de andre har”, men tvert imot dreier kultur seg om det som gjør mennesker til nettopp mennesker. Kulturforståelse dreier seg heller ikke om å forstå de andre, men om å forstå seg selv og de andre i samspill med hverandre (2012:201).

2.5.1 Kultur, helse og sykdom

Helse er et begrep som blir definert på mange forskjellige måter, men det alle kan si seg enig i er at helse er noe positivt (Thorbjørnsrud 2012:249). Hanssen skriver at uansett sosial og kulturell bakgrunn er symptomer på sykdom fellesmenneskelig. Kulturell bakgrunn påvirker hva vi legger vekt på om vi føler oss dårlige, hvilke symptomer vi mener er viktige, hvordan symptomene uttrykkes og hvem vi søker hjelp hos. Dessuten er det forskjellige syn på sykdomsårsaken, og dermed forskjellig mening om hva en skal oppsøke hjelp for og ikke (2008:42). Thorbjørnsrud skriver at det ikke finnes en universell enighet om sykdom, sykdomsforståelse eller behandlingsmetoder. Hun gjengir Sachs og Uddenberg som definerer

sykdom som ”en forstyrret orden” (2012:253). Sykdom blir dermed både en fysiologisk og en sosial prosess, og har en sammenheng med hvordan mennesker oppfatter orden. I det norske helsevesenet deles sykdom inn i somatisk, psykisk eller psykosomatisk. For mange folkegrupper mangler en kategorien der mennesker forårsaket sykdommer, for eksempel gjennom det onde øyet eller åndelig sykdom (Thorbjørnsrud 2012:254). Hvilke type behandling en velger å oppsøke har sammenheng med ens sykdomsforståelse (261).

2.5.2 Kultursensitivitet, stereotypi og normer

Giger m.fl. definerer kulturell sensitivitet som noe som kan oppleves når nøytralt språk, både verbalt og ikke-verbalt, blir brukt på en måte som gjenspeiler følsomhet og forståelse for mangfoldet av en annen. Kulturell sensitivitet formidles blant annet når ord, setninger og kategoriseringer er bevisst unngått for å unngå at det blir tolket uhøflig eller støtende.

Stereotypier blir definert som det å ha en forenklet og standardisert oppfatning, bilde, mening eller tro om en person eller gruppe (Giger m.fl. 2007).

Dahl definerer normer slik: ”Normer gir regler for hva som må gjøres, hva som er tillat og hva som ikke må gjøres.” (2001:140).

2.5.3 Kulturell kompetanse

Dahl skriver om interkulturell kompetanse, at det er mer enn å ha kunnskap om andre kulturer. Han skriver at interkulturell kompetanse er å være bevisst på sin egne kulturelle bakgrunn og være tydelig angående sine egne forutsetninger og perspektiver, samtidig som en ønsker å bli bedre kjent og forstå både sin egen kultur og fremmede kulturer. Viktige faktorer i interkulturell kompetanse er atferd, kunnskap og holdninger og følelser. Atferd - hvordan vi oppfører oss, hvordan vi tar kontakt og opprettholder kontakten på en måte som er akseptert innenfor kulturen. Kunnskap - slik at en kan måle og vurdere ut fra kulturens målestokk, viktig å vite hvilke kulturelle referanserammer de forholder seg til. Holdninger og følelser er knyttet til personligheten. Det handler om en klarer å være åpen og å være villig til å se ting fra et annet perspektiv, om en er nysgjerrig og har evne til å undre seg, om en respekterer andres verdier og om en er mentalt fleksibel til nye situasjoner (Dahl 2001:176).

Helman skriver at kulturell og språklig kompetanse innebærer at helsepersonell og organisasjoner forstår og reagerer effektivt på kulturelle og språklige behov hos pasienter. Han skriver videre at begrepet kulturell kompetanse har flere dimensjoner: 1. forbedre følsomheten til helsepersonell angående kulturell tro, praksis, forventinger, pasientens

bakgrunn og lokalsamfunn. 2. Bedre tilgangen til helsetjenester ved å fjerne strukturelle barrierer som kan hindre kvalitetsikret helsetjenester for minoriteter, som for eksempel sørge for profesjonell tolk, mat som ikke bryter med religiøs overbevisning, kortere ventetid, og kulturelt passende helseundervisningsmateriell. 3. Redusere organisatoriske barrierer, som å få helsearbeidere, administratorer og beslutningstakere fra minoritetsmiljøer, som kan være gode bidragsytere til å utforme mer kulturelt tilpasset helsetjenester (2007:15).

Det American Academy of Nursing Expert Panel kom i 2007 med en rapport angående utvikling av kulturell kompetanse for å eliminere helseforskjeller hos minoritets- eller andre sårbare grupper. Der kommer de med flere anbefalinger angående kulturell kompetanse. Det første gjelder utdanning. For å eliminere helseulikheter trengs det kunnskap, ferdigheter, grunnleggende kompetanse, og evner hos helsepersonell. Dette må begynne i utdanningen. Det neste gjelder praksis. Alle praksissituasjoner må være kultursensitive og alle institusjoner må sørge for kulturell kompetent pleie. Videre er forskning på mangfold, ulikheter og kulturell kompetanse nødvendig for å redusere og fjerne helseulikheter. Deretter tar de opp politikk, og det å aktivt delta i å foreslå politikk som vil bruke mer midler til å utrydde helseulikheter. Til sist tar de opp at helsepersonell må fremme tiltak som talsmann for ulike grupper og sårbare befolkningsgrupper som ikke kan argumentere for seg selv (Giger m.fl. 2007).

I vedlegget til rapporten defineres kulturell kompetanse som det å ha kunnskap, forståelse og ferdigheter om forskjellige kulturelle grupper, slik at helsepersonell gir aksept og kulturell omsorg. Det er en prosess som involverer å akseptere og respektere forskjeller. Kulturell kompetanse innebærer å ha kunnskap slik at en vet hvilke spørsmål en skal stille (Giger m.fl. 2007).

I Sverige ble det i 2006 utført en studie der åtte sykepleiere, åtte forskere og åtte foredragsholdere med ekspertkunnskap innen det flerkulturelle ble intervjuet. Målet med studiet var å identifisere kjernekomponentene i kulturell kompetanse. Resultatene av studien viste fem store områder som dannet kjernen i kulturell kompetanse:

1. Kulturell sensitivitet
2. Kulturforståelse
3. Møte med kulturer
4. Forståelse av helse, dårlig helse og helsetjenester
5. Sosial og kulturell sammenhenger

Disse fem store områdene innebefatter 118 detaljerte elementer angående kunnskaper, ferdigheter og holdninger som kreves av sykepleiere (Jirwe m.fl. 2009). I diskusjonsdelen av forskningsartikkelen står det at målet med kulturell kompetanse er å mestre spesifikke kunnskaper og ferdigheter som kan være med å øke sykepleierens evne til å gi omsorg til forskjellige folkegrupper (Gilbert gjengitt etter Jirwe m.fl. 2009).

2.5.4 Tverrkulturell sykepleie

Hummelvoll skriver i sin bok om grunnleggende prinsipper i tverrkulturell sykepleie. Han nevner noen punkter som kan hjelpe når en ikke kan pasientens språk. Det å ha forkunnskaper om pasientens kulturelle egenart kan være nyttig, men er ingen nødvendighet for å kunne hjelpe. Han skriver at det viktigste er ”evnen til å lytte og forhandle seg frem til en felles forståelse og løsninger som er akseptable for pasienten.” (2014:545). Videre skriver Hummelvoll at det å velge ord og uttrykk med omhu, ikke bruke vanskelige ord eller sjargonger, snakke tydelig og langsomt kan gjøre det enklere for pasienten å oppfatte budskapet. Det samme kan en fornuftig bruk av nonverbale uttrykk. Ofte vil det være behov for tolk (545).

For å danne et bilde av pasienten mest mulig ut fra hans kulturelle bakgrunn kan det være lurt å gjøre en kulturell datasamling. Hummelvoll presenterer følgende måte å gjøre det på:

1. Demografiske opplysninger
2. Familieorganisasjon
3. Kjønnssrollemønster
4. Kommunikasjonsmønstre
5. Matvaner og typer av mat
6. Forhold til andre mennesker
7. Forhold til tid
8. Forhold til naturen
9. Mønster for helse-/sykepleie
10. Religionsutøvelse (2014:547-548)

Hummelvoll understreker at disse retningslinjene må tilpasses pasienten sin situasjon. Den kulturelle datasamlingen skal være en hjelp slik at sykepleier og pasienten kan ha mest mulig likt utgangspunkt (549).

2.6 Språkbarrierens konsekvenser

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet kom i 2007 ut med en rapport med resultatene fra en spørreundersøkelse som var blitt gjort blant fastlegene i Norge angående tolketjenester. 1596 fastleger (42 % av alle fastleger) svarte på undersøkelsen. Tolk i rapporten defineres som ”Bestilt og betalt oversetter som i utgangspunktet ikke har personlig relasjon til pasienten”. En del av undersøkelse omhandlet språkbarrierenes konsekvenser for pasientens rettigheter. På spørsmål om nødvendigheten av tolking for å ivareta pasientrettighetene svarte 66 % at det var helt nødvendig, og 25 % at det var delvis nødvendig. Det kom fram i undersøkelsen at legene som benyttet tolk oftest, var de som mente tolkning var mest nødvendig for å ivareta pasientrettighetene (IMDi-rapport 6-2007:44).

Rapporten viser en utbredt oppfatning blant fastlegene at mangelfulle norskkunnskaper hos pasienter har negative konsekvenser. Omlag to av tre fastleger mener mangelfulle norskkunnskaper fører til at symptomer ikke oppdages. 62 % av fastlegene mener feildiagnostisering forekommer på grunn av mangel på norskkunnskaper hos pasienten. 60 % av fastlegene mener feilbehandling forekommer som følge av mangel på norskkunnskaper hos pasienten (45). Rapporten bygger også på tolv dybdeintervjuer. I disse intervjuene kom det ikke fram noen konkrete eksempler på feilbehandling som følge av mangelfulle norskkunnskaper hos pasientene (46).

Videre ble det spurt om legenes utfordringer og konsekvensene for lovpålagte rettigheter. Da kom det fram at 58 % var helt enig og 31 % delvis enig i at språkbarrierer var en stor utfordringen for legene i behandlingen av pasienten. 34 % var helt enig og 44 % delvis enig i at språkbarrierer fører til at pasientens lovpålagte rett til medvirkning svekkes. 39 % var helt enig og 43 % delvis enig i at språkbarrierer fører til at pasientens lovpålagte rett til informasjon svekkes (47).

3.0 Metode

Glasdam skriver i sin bok ”Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område” at: ”Metode skal her forstås som den planmæssige fremgangsmåten, hvorpå du går til værks i din undersøgelse; både når empiri konstrueres og analyseres.” (2013:19).

3.1 Litteratursøk som metode

Jeg har i min oppgave valgt å bruke kvalitativt litteratursøk som metode. En metode som egner seg godt for å finne informasjon som kan hjelpe meg til å svare på oppgavens problemstilling. Jeg ønsker å innhente kunnskap fra funn og erfaringer fra tidligere forskning. Dalland beskriver de kvalitative metodene som metoder som ”tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle.” (2012:112). Hørmann sier om litteratursøk at uansett hvilket prosjekt en kaster seg ut i, er det viktig å vite hva andre har skrevet om samme emne. Videre sier hun at ”Det kan være svært, fordi man i prinsippet leder etter noget, man ikke ved, hva er.” (2013:36). Hun skriver også at litteratursøk er noe som kan følge en gjennom hele skriveprosessen. En kan bruke flere metoder ved litteratursøking (36). Jeg begynte med bevisst tilfeldig søking, der jeg fikk inspirasjon og ideer om hva jeg videre kunne søke på. Gjennom tilfeldig søking fant jeg også noen interessante rapporter og artikler som jeg brukte videre til kjedesøk. Jeg så da gjennom referanselista til rapporten og fulgte linkene videre til andre forskningsartikler, og fulgte videre igjen referansene til forskningsartikkelen. På den måten ente jeg opp med å finne mye interessant forskning. Likevel fant jeg ikke helt det jeg ønsket å ha med i oppgaven, men jeg fikk inspirasjon til hva jeg kunne bruke som søkeord videre i mitt allmenne litteratursøk. Søkeordene jeg valgte å bruke utgjør min søkerprofil. Hvordan jeg kombinerte søkeordene, hvilke databaser jeg brukte og hvilke kriterier jeg hadde for å inkludere og ekskludere publikasjoner, utgjør min søkerstrategi (Hørman 2012:37).

3.2 Søk og valg av litteratur

Ved hjelp av bevisst tilfeldig søking kom jeg inn på nettsiden til Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). Der fant jeg flere interessante rapporter, blant annet ”Vi tar det vi har”. Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse”. Denne rapporten har jeg brukt som ett av mine funn i oppgaven. NAKMI har også linker til mye spennende forskning på sine nettsider. Jeg fulgte flere av disse linkene, og gjorde så et

kjedesøk til forskningsartikler funnet gjennom NAKMIs nettside. Der fikk jeg inspirasjon til søkeord og hvordan jeg kunne kombinere søkeordene.

I mitt allmenne litteratursøk valgte jeg og kun søke etter artikler som har vært igjennom en fagfelleevaluering. Andre inklusjonskriterier jeg valgte var at sammendrag skulle være tilgjengelig og at artiklene måtte finnes i fulltekst på nett. Jeg har også tilstrebet å finne artikler som ikke er eldre enn fem år, men fant det litt utfordrende og har en absolutt grense på ti år. Jeg valgte å søke i databasene Svemed+, Cinahl og Pubmed, dette fordi de alle er anerkjente og pålitelige databaser innen helsefagene.

Database	Søkeord	Antall treff	Brukt i oppgaven
Svemed+	Immigrants as patients	8	0
	Immigrant communication hospital	5	0
Cinahl	Cultural competence development	11	”Cultural competence: Development of a conceptual framework”
	Immigrants experience	22	0
	Immigrants as patients	33	0
Pubmed	Communicating foreign language patients	12	0
	Non western immigrant patients communication	20	”Patients’ evaluation of quality care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers?” ”Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: An exploratory study”
	Model of cultural competence and communication	30	0

3.3 Metodekritikk

Jeg har brukt mye tid på å søke etter forskningsartikler i forskjellige databaser. Det tok lengre tid enn jeg hadde trodd, og jeg fant mer forskning enn først antatt. Det finnes mye forskning om bruk av tolk, kommunikasjon og kulturell kompetanse, men det har vært vanskeligere å finne forskning på temaet fra pasientens perspektiv. Ettersom det var begrensa hvor mye tid jeg hadde, måtte jeg til slutt bestemme meg for noe av den forskningen jeg fant. Selv om jeg

gjærne skulle brukt enda mer tid på å søke, syntes jeg at jeg endte opp med et bra utvalg som belyser problemstillingen fra flere vinkler.

Jeg har lest mye litteratur som jeg ikke har fått brukt i oppgaven. Det har til tider v ert frustrerende å bruke mye tid og krefter på å lese forskning som jeg ikke kan bruke likevel. Ettersom jeg kom lenger i skriveprosessen skjønte jeg likevel at det ikke var bortkastet tid. Det var en del av prosessen som gjorde at jeg endte opp med den forskningen jeg har tatt i brukt.

3.4 Kildekritikk

Når en skal velge ut litteratur, er gyldighet, holdbarhet og relevans helt sentralt (Dalland 2012:74). Jeg har kun valgt forskning som har blitt godkjent for publisering gjennom en fagfellevurdering. Det vil si at noen innen samme fagfelt har vurdert at den faglige kvaliteten er god nok. Dermed har noen andre allerede avgjort gyldigheten og holdbarheten på artiklene for meg, noe jeg selv ikke hadde hatt nok kunnskap til. Når det gjelder relevans har jeg kun valgt artikler som sier noe om min problemstilling.

Jeg har valgt en undersøkelse som ser på bruk av tolketjenesten, som er en helt sentral tjeneste når det er snakk om kommunikasjon med ikke-vestlige pasienter. Undersøkelsen er interessant og relevant for min oppgave, men jeg skulle gjerne hatt med en undersøkelse som så på pasienters erfaring med bruk av tolketjenesten. Det klarte jeg dessverre ikke å finne.

Videre valgte jeg en undersøkelse som prøver å identifisere eventuelle kommunikasjonsbarrierer. Dette er også en spennende og relevant studie. Det som kan være litt negativ med valget av denne undersøkelsen, er at den tar utgangspunkt i legekonsultasjonene, mens min oppgaven handler om sykepleie. Likevel, resultatet av undersøkelsen sier noe om forskjellen på hvordan de som kan språket og de som ikke kan språket uttrykker seg, og det mener jeg er overførbart til å gjelde for kommunikasjon med sykepleiere også.

Det finnes mye forskning om kommunikasjon med immigranter, men jeg valgte disse publikasjonene fordi jeg syntes de sammen belyste temaet godt fra flere forskjellige perspektiver. Jeg skulle gjerne ha hatt med enda mer forskning fra pasienten sitt synspunkt, men det klarte jeg dessverre ikke å finne.

3.5 Etiske hensyn

Når jeg bruker konkrete situasjoner og erfaringer fra virkeligheten i drøftingsdelen er hendelsene og personene som er nevnt anonymisert for å ivareta disse menneskenes personvern. Alle kilder som er brukt i oppgaven er referert til. Oppgaven følger Diakonhjemmet Høgskole sine retningslinjer for oppgaveskriving.

4.0 Funn

4.1 "Vi tar det vi har". Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse

Nasjonalt kompetansecentrum for minoritetshelse (NAKMI) kom i 2006 ut med en undersøkelse utført og skrevet av psykologspesialist Emine Kale. Undersøkelsen handlet om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. Undersøkelsen ble gjennomført for å beskrive og dokumentere erfaringer helsepersonell har når pasienter har begrensede språkkompetanse og det er behov for språklig hjelp. Undersøkelsen er begrenset til det offentlige helsevesenet i Oslo, og fokuset er på helsepersonellet som tolkbrukere. I følge Kale sier Lovverket at helsepersonell har et selvstendig og formelt ansvar for å tilkalle profesjonell tolk ved behov. Videre skriver han at tidligere undersøkelser av språklige barrierer tyder på underforbruk av profesjonell språklig assistanse i helsevesenet. Kale skriver at undersøkelsen er utforskende og ønsker å samle kunnskap som senere kan brukes som utgangspunkt til dybdeanalyser og forskningsprosjekter.

Metoden som er brukt er en deskriptiv og kvantitativ tverrsnittsundersøkelse med spørreskjema. 36 spørsmål fordelt på tre hovedkategorier: generell informasjon, form og innhold i tolkesamarbeidet, og forslag til kompetanseheving. De som ble valgt ut for undersøkelsen var helsearbeidere ved den offentlige førstelinje- og spesialisthelsetjenesten i Oslo. Videre ble bydeler og sykehus valgt ut etter høyest andel ikke-vestlige innvandrere. Dermed ble undersøkelsen utført hos fastleger i bydelene Alna, Søndre Nordstrand og Gamle Oslo, og på sykehusene Aker universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Ullevål universitetssykehus. Undersøkelsen ble utført høsten 2004. 1290 spørreskjemaer ble sendt ut, 453 ble utfylt innen 31.12.2004. Som et tilskudd til spørreskjemaene ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer i løpet av høsten 2004 og våren 2005. Deltakerne var fra alle faggrupper i helsevesenet, men største gruppen var leger og sykepleiere.

Kale skriver at svarprosenten var på kun 35, 1 % og at resultatene derfor bør tolkes med forsiktighet. Han skriver videre at som tidligere studier, tyder undersøkelsen på et underforbruk av profesjonell tolk i helsevesenet. 73 % svarte at de alltid, ofte eller noen ganger foretrakk å arbeide uten tolk når pasienten snakket "litt" norsk. I 30-50 % av tilfellene ble det ikke brukt tolk når pasientens norskkunnskaper var mangelfulle. Når det var behov for tolk svarte 49 % at de alltid eller oftest kommuniserte gjennom familie/venner. Ca 50 % av deltakerne skulle ønske tolken kunne ha større rolle som "kulturformidler" i konsultasjoner. Kale skriver at diskusjonen i fokusgruppene stemte godt overens med svarene i

spørreundersøkelsen; tolkebruk som arbeidsmetode er ikke tilstrekkelig godt integrert i helsevesenet.

Kale skriver at studiet har flere begrensninger. En begrensning er bruken av spørreskjema som undersøkelsesmetode. En annen er den lave svarprosenten og at den kun ble gjennomført i Oslo. Kale skriver at resultatene stemmer overens med tidligere undersøkelser, og at det er et område innen helsevesenet der det er rom og behov for forbedring. Videre skriver han at tolkbruken virker tilfeldig og avhengig av den enkeltes innsats og kunnskap. Dessuten oppleves tolketjenester som tidkrevende, upraktisk og lite tilgjengelig. Kale skriver at ansvarliggjøring av alle involverte: ledelse, helsepersonell, tolk og pasient, ser ut til å være et nøkkelbegrep.

4.2 "Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: An exploratory study"

Kale, Finset, Eikeland og Gulbrandsen kom i 2011 med et studie der de så på emosjonelle signaler og bekymringer hos ikke-vestlige pasienter sammenlignet med norske pasienter i sykehus. Målet med studiet var å identifisere eventuelle barrierer i kommunikasjonen med ikke-vestlige immigrantpasienter. Forfatterne skriver at sammenlignet med etniske nordmenn er immigranter oftere i kontakt med fastlege og spesialisthelsetjenesten, og de evaluerer deres egen helse som dårligere enn det resten av befolkningen gjør. Forfatterne mener det er essensielt at helsepersonell og pasient kommuniserer effektivt for å sikre at pasienten får kvalitetsikret helsehjelp. Studie ser på hyppigheten og karakteren til de emosjonelle signalene og bekymringene pasienten viser, og på legens respons på dette under konsultasjon. Forfatterne mener å identifisere potensielle kommunikasjonsbarrierer kan være god informasjon til framtidig kommunikasjonsferdighetstrening og andre kvalitetsforbedringsprogrammer.

To studieprøver ble valgt ut fra en database med 497 videoopptak av interaksjoner med 71 leger. Interaksjonen foregikk på Akershus Universitetssykehus i 2007 og 2008. Totalt 56 konsultasjoner var med i studiet, 30 med ikke-vestlige immigrantpasienter og 26 med etnisk norske pasienter. Konsultasjonene med de ikke-vestlige ble delt i to grupper, de som snakket norsk "flytende" og "ikke-flytende". Alle pasientene som ble filmet hadde gitt skriftlig samtykke på at videoen kunne bli brukt til forskning. Konsultasjonene ble kodet ved hjelp av "the Verona Coding Definitions of Emotional Sequences" og "the Verona Codes for Provider Responses". Middelerdi, median og det interkvartile området ble beregnet for alle

gruppene. Forskjellen mellom gruppene måtte være på minst 5 % for at resultatet skulle være statistisk signifikant.

Studiet viste at totalt fra de 56 konsultasjonene var middelerdien 1,94 signaler og 0,78 bekymring per konsultasjon. Immigrantpasienter i gruppen som snakket flytende uttrykte betydelig mer bekymringer enn de som var i den "ikke-flytende" gruppen og de etniske norske. Det var ingen signifikant forskjell når det gjaldt signaler mellom de to gruppene, flytende og ikke-flytende. Middelerdien av både signaler og bekymringer var høyere ved konsultasjonene hos de kvinnelige legene.

Selv om forskjellen mellom de som snakket flytende og de som ikke snakket flytende ikke var signifikant når det gjaldt signaler, uttrykte immigranter som snakker flytende norsk samlet både flere signaler og bekymringer enn etnisk norske og immigranter som ikke snakker flytende norsk. Forfatterne mener det derfor er fornuftig å konkludere med at språkferdigheter kan være en faktor som påvirker immigranternes uttrykk av både signaler og bekymringer. Forfatterne mener funnene er konsistente med en annen studie der det foreslås at mangelen av emosjonelle uttrykk hos minoritetsbefolkningen hovedsakelig skyldes språkbarrierer, og at videre forskning på spesifikke utfordringer er nødvendig. Forfatterne konkluderer videre med at legens kjønn kan ha innvirkning på konsultasjonen, og en mer kvinnelig kommunikasjonsstil kan være til hjelp for migranter. Forfatterne mener også helsepersonell bør kjenne igjen situasjoner der språkvansker kan bli en barriere for å uttrykke følelser hos migrantpasienter.

4.3 "Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers?"

Harmsen, Bernsen, Bruijnzeels og Meeuwesen kom i 2008 med forskning på hvordan pasienter evaluerer de kulturelle og språklige barrierene. Forfatterne skriver at flere studier viser at forskjellig kulturelt syn er viktigere for evaluering av helsehjelp enn etnisk opprinnelse. Derfor ønsket de med studiet å få innsikt i forskjellene i evalueringene av medisinske møter mellom pasienter med forskjellige kulturell bakgrunn.

Forskningsspørsmålene for studiet var: gjør vestlige pasienter og ikke-vestlige pasienter forskjellige vurderinger av sin medisinske behandling? Og: hvordan kan forskjellene forklares?

Pasientene ble rekruttert via legene og ved informert samtykke. Svarprosenten var på 42 %. Studiet bestod av 229 ikke-vestlige og 434 vestlige pasienter som ble intervjuet

hjemme, på det språket de selv foretrakk, 3-8 dager etter legekonsultasjonen. De uavhengige variablene i studiet inkluderte pasientens etnisitet, alder, kjønn, utdanning, språkferdigheter og kulturelle syn. Pasientenes evaluering gikk på generell tilfredshet med legen, evaluering av prosessen og evaluering av problemstillinger relatert til etnisitet. Evalueringen ble gjort ved at pasienten svarte på spørsmål fra en skala fra 1 til 10 (1 = veldig utilfreds/veldig negativ, 10 = veldig tilfreds/veldig positiv).

Resultatet fra studiet viste at middelveiden for tilfredshet med legen lå på 7,9. Svarene ble påvirket av etnisitet, alder, utdanning og språkferdigheter: de vestlige, eldre, de med lav utdanning og de med bedre språkkunnskaper var mer tilfreds. Resultatet fra prosessevalueringen viste en middelveidi på 8,7. De som var mest tilfreds var de vestlige, de eldre, de med gode språkkunnskaper og de med mer moderne kulturelle syn. Middelveiden på den etniske skalaen var 6,9, bare påvirket av kulturelle syn. Studiet viste at desto mer moderne syn pasienten hadde, jo mindre tilfreds var pasienten med problemstillinger relatert til etnisitet.

Studiet bekrefter at pasientenes kulturelle syn, språkferdigheter og alder er viktigere for evalueringen av helsehjelp enn pasientens etnisk opprinnelse eller utdanning. Studiet viser at forskjeller i kulturelle syn og språkferdigheter påvirker kommunikasjonen mellom pasient og lege, og dermed pasientens oppfatning av kvaliteten på pleien. Forfatterne skriver at på grunn av den relativt lave svarprosenten må resultatet tolkes med varsomhet.

4.4 "Cultural competence: Development of a conceptual framework"

Balcazar, Suarez-Balcazar og Taylor-Ritzler kom i 2009 med en forskningsartikkel angående det å utvikle et begrepsapparat for kulturell kompetanse. Forfatterne mener en av manglene ved den nåværende litteraturen som finnes om kulturell kompetanse er et begrensa tilgjengelig validert begrepsapparat og tiltak. Forfatterne gjennomførte en systematisk gjennomgang av litteraturen for å identifisere de mest utbredte modellene og tiltakene for å trene og/eller evaluere kulturell kompetanse. De ønsket med studien å utvikle et begrepsapparat som kan være med å hjelpe og guide videre ved trening av kulturell kompetanse.

Databaser som ble brukt for å gjennomføre studie var i sosialvitenskap (PsychINFO), utdanning (ERIC) og helse (PubMed), og Google Scholar for engelskspråklige artikler og bøker publisert fra 1991-2006. Søkord som ble brukt: cultural competence models, cultural knowledge, cultural awereness, cultural competency research, multiculturalism, minorities and cross-cultural services/care. Resultatet ble 259 fagfelleverderte artikler og/eller bokkapitler.

To uavhengige lesere gikk igjennom abstraktene til alle disse dokumentene og endte opp med 32 publikasjoner som beskrev kulturell kompetanse modeller. Disse 32 publikasjonene ble så lest igjennom i fulltekst, og 18 av dokumentene som representerte unike kulturell kompetanse modeller ble valgt ut.

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen ble det utviklet en syntesemodell som omfatter de vanligste elementene i litteraturen. Modellen består av fire punkter. Det første punktet er å være kritisk bevisst. Det å forstå sine personlige fordommer og kritisk undersøke sin egne holdninger mot andre, kan være med å fremme aksept, inkludering og betraktning av andres rettigheter. Det andre punktet er kulturell kunnskap som fører til at en blir kjent med andres kulturelle kjennetegn, verdier, historie, trossystem og handlinger. Det tredje er utvikling av ferdigheter. Det å kunne kommunisere effektivt og empatisk med pasienten, og kunne ta med pasientens tro, verdier, erfaringer og ambisjoner med i avgjørelser og planlegging. Det fjerde er hvordan en anvender de tidligere punktene i praksis. Forfatterne mener hele prosessen må starte med et ønske om å engasjere andre kulturer. Etter en empirisk validering ble modellen omformet til tre punkter: Kritisk bevissthet/kunnskap, utvikling av ferdigheter og organisatorisk støtte.

Forfatterne konkludert med at en av grunnene til at organisatorisk støtte ikke kom med i den første modellen var på grunn av forskningslitteraturen er sterkt påvirket av en klinisk modell som understreker individuell kunnskap, bevissthet og ferdigheter. Forfatterne skriver at selv om helsepersonell ønsker og har de beste intensjoner om å utvikle kulturell kompetanse kan det være vanskelig å få til dersom arbeidsstedet ikke er støttende til det. Forfatterne mener den empirisk validerte modellen er et lovende verktøy for opplæring og evaluering av kulturell kompetanse.

5.0 Drøfting

Jeg vil i denne delen av oppgaven drøfte funnene opp mot teorien og gjennom det, forsøke å svare på problemstillingen min: *Hva kan sykepleier gjøre for å fremme god kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere på norske sykehus?* Hovedfunnene mine er: 1. Tolkebruk som arbeidsmetode er ikke tilstrekkelig godt integrert i helsevesenet. 2. Mangelen på emosjonelle uttrykk hos minoritetsbefolkningen skyldes hovedsakelig språkbarrierer. 3. Pasienters kulturelle syn og språkferdigheter påvirker kommunikasjonen, og dermed også oppfatningen av kvaliteten på pleien. 4. En empirisk validert modell, som forfatterne av artikkelen mener er et lovende verktøy for opplæring og evaluering av kulturell kompetanse. Jeg har valgt å løse drøftingsdelen ved å se på hvordan sykepleier kan bruke disse funnene som verktøy i kommunikasjonen med ikke-vestlige innvandrere. Hovedfunn nummer to og tre vil jeg drøfte under samme overskrift da begge studiene handler om pasienten.

5.1 Språkbarrierer og tolketjenesten

Mitt første funn tyder på at det i Norge er et ganske stort underforbruk av tolketjenesten i helsevesenet. Det kan vi se ved at 73 % svarte at de alltid, ofte eller noen ganger foretrakk å arbeide uten tolk når pasienten snakket "litt" norsk. I 30-50 % av tilfellene ble det ikke brukt tolk selv når pasienten sine norskkunnskaper var mangelfulle (Kale 2006:20-21). To av tre fastleger mener mangelfulle norskkunnskaper fører til at symptomer ikke oppdages, 62 % mener det fører til feildiagnostisering, og 60 % mener det fører til feilbehandling (IMDi-rapport 6-2007:45). Det kan dermed se ut som pasientens språkkunnskaper påvirker kvaliteten på helsehjelpen pasienten mottar. I tillegg til dette ser en i rapporten til Blom at på spørsmål om hvordan innvandrere og deres etterkommere ser på egen helse, er svarprosenten på god eller meget god 21 % laver sammenlignet med hele befolkningen (2008:21). Innvandrere og deres etterkommere er gjennomsnittlig over dobbelt så mange ganger hos fastlegen som hele befolkningen, og de er også oftere innlagt sykehus (Blom 2008:40-45). Det kan derfor tyde på at innvandrere og deres etterkommere, som er de som evaluerer sin egen helse dårligst, oppsøker fastlegen oftest og oftere innlegges i sykehus, også er de som risikerer dårligst kvalitet på helsetjenestene de mottar. Dette strider mot Stortingsmelding 6 (2012-2013) som slår fast at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasientens rett til medvirkning og informasjon er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven. Når en ser på underforbruket av tolketjenesten som kommer fram i undersøkelsen til Kale, tyder det på stadig brudd på pasient- og brukerrettighetsloven. Det samme viser IMDi-rapport 6-2007 der 91 % av fastlegene mener tolking er helt eller delvis helt nødvendig for å ivareta pasientrettighetene (44). Pasient- og brukerrettighetsloven slår også fast at informasjonen som blir gitt må være tilpasset pasientens forutsetninger, og at personalet må forsikre seg om at informasjonen er mottatt og forstått. Dermed kan det se ut som at selv om retten til profesjonell tolking ikke er lovfestet, er bruk av profesjonell tolk nødvendig for å holde seg innenfor loven. Likevel ser vi at 49 % velger å alltid/oftest kommuniserte gjennom familie/venner (Kale 2006:23). Underforbruk av tolketjenesten og bruk av familie/venner som tolk, er noe som bekymrer FNs rasediskrimineringskomité. Å bruke familie/venner som tolk kan være problematisk av flere grunner. En grunn er at en tolk som står i nær relasjon til pasienten kan ha egen interesse eller formening om pasienten sin situasjon. Dermed kan det være en risiko for at det tolken sier ikke kommer fra pasienten selv, men er tolkens egen mening. En annen grunn er at det kan være kulturelle normer som hindrer tolken i å kunne snakke om spesielle temaer med pasienten, og unnlater dermed deler av samtalen. FNs rasediskrimineringskomitéen anbefaler Norge å lovfeste retten til profesjonell tolking og forby bruk av mindreårige og slektninger som tolker (United Nations 2011).

De vanligste årsakene til at helsepersonell ikke brukte tolk var som følger; 26 % tidkrevende og upraktisk, 21, 4 % dårlig tilgjengelighet på tolketjenester, 3, 3 % dårlig tilgjengelighet på gode tolker, 4 % økonomiske hensyn, 0, 4 % prinsipielle grunner, 6, 4 % pasienten nekter, 24, 9 % annet (Kale 2006:21). I helsepersonelloven står det at dersom helsepersonellens faglige kvalifikasjoner ikke strekker til, skal det innhentes bistand. Dersom sykepleier og pasient ikke snakker samme språk, strekker ikke de faglige kvalifikasjonene til for å oppnå adekvat kommunikasjon. Dermed sier helsepersonelloven at det må innhentes bistand, og i denne situasjonen vil det være i form av en tolk. Det tyder på at selv om bruk av tolk er både tidkrevende og upraktisk, er sykepleier i noen situasjoner lovpålagt å benytte seg av det.

For å oppnå de helsepolitiske målene om likeverdig helsehjelp av godkvalitet til alle, skriver Kale at ansvarliggjøring er et nøkkelord (2006:46). IMDi-rapport 6-2007 viser at det blant fastlegene er forskjellig mening angående hvem som har ansvaret for å oppheve språkbarrieren. 40 % mener legekantoret og pasient har like mye ansvar, 25 % mener det først og fremst er legekantoret sitt ansvar, 24 % mener det først og fremst er pasienten sitt ansvar, 9

% usikre/vet ikke og 2 % ubesvart (IMDi-rapport 6-2007:40). Selv om denne undersøkelsen ble gjort blant fastleger, kan det med tanke på det underforbruket av tolketjenesten en ser, tyde på at det også blant sykepleiere er forskjellige meninger og usikkerhet rundt hvem som har ansvaret. Stortingsmelding 6 (2012-2013) sier tydelig noe om dette: ”Ansvaret for at all formidlet informasjon blir forstått, ligger hos tjenesteyterne og hos dem som organiserer tjenestene”. På sykehus har sykepleier gjennom den daglige kontakten med pasienten, anledning til å kartlegge pasientens ressurser. På lik linje som sykepleier kartlegger relevante egenomsorgsbehov rundt sykdomsforløpet og videre rapporterer disse, bør informasjon rundt kommunikasjon dokumenteres og videreformidles. Gjennom samtaler og dokumentasjon, bør sykepleier få et godt bilde av hva det vil si når pasienten kan ”litt” norsk. Og vurdere om det er nødvendig å tilkalle tolk, slik at pasienten får oppfylt sin rett til informasjon om sin tilstand og medvirkning i valg av behandlingsmetoder. Ansvaret slik Stortingsmeldingen antyder ligger hos sykepleier. De yrkesetiske retningslinjene understreker også at sykepleier har et personlig ansvar for at den sykepleie som utføres er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Yrkesetiske retningslinjer 2011).

Forskningen til Kale viser at det er knyttet utfordringer til bruk av tolketjenesten. Kommunikasjonen tar lengre tid, og kan bli mindre naturlig og presis (Kale 2006:44). 35 % uttrykte misnøye med egen måte å arbeide med tolk på (37). Det helsearbeiderne ønsket for å bli bedre tolkebrukere var; opplæring i å føre samtale med tolk, mer kunnskap om tolkens arbeidsmåte, mer kunnskap om tverrkulturell kommunikasjon og mulighet for tilbakemelding (37). Det kan se ut som at mangel på opplæring og kunnskap gjør at en del helsepersonell er misfornøyd med egen måte å arbeide med tolk. Det kan også se ut som en mulig årsak til at helsepersonell ikke bruker tolketjenesten i like stor grad som behovet tilsier. 69 % uttrykte misnøye med muligheten arbeidsplassen gav for å øke egen kompetanse i bruk av tolk (Kale 2006:38). Det helsearbeiderne ønsket at institusjonen/arbeidsgiveren skulle gjøre for å øke kompetanse var; å tilby kurs om tolkebruk, tilby skriftlig materiale om tolkebruk, ta initiativ til mer diskusjon og fokus på tolkebruk og gi mulighet til veiledning/tilbakemelding (38). Det er vanskelig for helsearbeidere å utvikle kulturell kompetanse dersom ikke arbeidsstedet er støttende (Balcazar m.fl. 2009). Dette gjelder trolig også utvikling av kompetanse i bruk av tolk. En del av kulturell og språklig kompetanse innebærer at helsepersonell og organisasjoner forstår og reagerer effektivt på kulturelle og språklige behov hos pasienter (Helman 2007:15). Ut i fra den påstanden har også organisasjonen ansvar for at pasientenes behov blir møtt. Noe

som vil innebære et ansvar for at sykepleierne har kompetanse til å møte pasientenes behov, og å tilby opplæring og undervisning dersom sykepleierne trenger det.

5.2 Pasienters uttrykkelse og opplevelse

Mitt andre funn, forskningen til Kale, Finset, Eikeland og Gulbrandsen, viser at språkferdigheter er med å påvirker pasientens uttrykkelse av emosjonelle signaler og bekymringer (2011). Dårligere språkferdigheter fører til at pasienten uttrykker mindre (Kale m.fl. 2011). Noen forskere mener at i en kommunikasjonsprosess blir 50-80 % av informasjonen formidlet ved hjelp av det nonverbale (Dahl 2001:111). Det antyder at selv om språkferdighetene ikke strekker til, er det mulig å formidle emosjonelle signaler og bekymringer via det nonverbale. Dahl understreker at det nonverbale språket ikke er internasjonalt (2001:111). Det tyder på at pasienten kan uttrykke både emosjonelle signaler og bekymringer nonverbalt, men at helsepersonell muligens ikke klarer å oppfatte det på grunn av de ikke ”snakker” samme nonverbale språk. En annen mulighet kan være at kulturelle normer hindrer pasienten i å uttrykke emosjonelle signaler og bekymringer. Normer sier noe om hva som må gjøres, hva som er tillat og hva som ikke må gjøres i en kultur (Dahl 2001:140).

Da jeg var på utveksling i Thailand opplevde jeg både å ikke kunne det nonverbale språk og å ikke kjenne de kulturelle normene. En av de kulturelle normene i Thailand er at en ikke skal vise negative følelser. Hvis en ikke kjenner kulturen og det nonverbale språket, kan en fort gjøre noe som er støtende. I Thailand kan det for eksempel være å ta noen på hode, eller å vise fotsålen til noen (noe som er lett å gjøre for eksempel under måltider når en sitter på gulvet å spiser). I Thailand ser de på hode som hellig, det skal ikke røres av andre. Føttene er det mest skittene, så å vise fotsålen til noen er en stor fornærmelse. Når en ikke kjenner det nonverbale språket, og kulturelle normer sier en ikke skal vise negative følelser, er det vanskelig å forstå at en faktisk har grovt fornærmet noen. Dermed oppstår det en misforståelse som vil være en barriere for kommunikasjonen videre. Travelbee nevner flere eksempler på nonverbal kommunikasjon, som for eksempel stillhet og bruk av avstand (2001:138). Dette er to former for nonverbal kommunikasjon som antakelig kan være vanskelig å oppfatte dersom en ikke bevisst ser etter de. Uansett om helsepersonell ”snakker” samme nonverbale språk som pasienten eller ikke, kan ikke all informasjon kommuniseres uten det verbale. Det nonverbale kan understreke eller svekke verbal kommunikasjon (Dahl 2001: 112). Det nonverbale kan derimot ikke erstatte det verbale. Dermed vil språkferdigheter uansett påvirke

hvordan immigranter uttrykket seg. Kale m.fl. skriver at helsepersonell bør kjenne igjen situasjoner der språkvansker kan bli en barriere for å uttrykke emosjonelle signaler og bekymringer (2011). Hvis en ikke klarer å identifisere slike situasjoner, er det vanskelig å gjøre noe med det.

Kale m.fl. diskuterer i deres forskningsartikkel flere studier som foreslår andre barrierer enn språket som kan gjøre at immigranter er mindre uttrykksfulle. Det kan for eksempel være en liten tilfredsstillende arbeidsallianse og opplevelse av maktavstand (Kale m.fl. 2011). Når det gjelder maktavstand er pasienten i utgangspunktet i en sårbar situasjon; han/hun oppsøker hjelp, møter en lege fra majoritetsbefolkningen, og møte er på legen sitt kontor. Dette er faktorer som kan lage ubalanse i maktforholdet. Når pasienten i tillegg møter en lege som ikke har samme sykdomsforståelse som han/henne kan maktavstanden bli større. En persons oppfatning av sykdom og helse er avhengig av hvilke kulturell bakgrunn personen har (Thorbjørnsrud 2012). Når personer har forskjellig oppfatning av sykdomsårsaken, vil en også ha forskjellig mening om hva en skal oppsøke hjelp for, og hvilke type behandling en oppsøker (Hanssen 2008:42; Thorbjørnsrud 2012:261). Når en pasient møter helsepersonell som ikke kjenner pasientens sykdomsforståelse, kan det muligens være årsaken til at pasienten ser på arbeidsalliansen som lite tilfredsstillende og opplever maktavstand. Pasienten har andre forventninger til behandlingen enn det behandleren har.

Mitt tredje funn viser at forskjeller i kulturelle syn og språkferdigheter påvirker kommunikasjonen mellom pasient og lege, og dermed også pasientens oppfatning av kvaliteten på pleien (Harmsen m.fl. 2008). Undersøkelsen viste også at pasienter opplevde færre problemer når legen hadde en etnisk opprinnelse som lignet på pasienten sin (Harmsen m.fl. 2008). Det kan tyde på at pasienter savner kulturforståelse hos legen. Thorbjørnsrud skriver at kultur dreier seg om det som gjør mennesker til nettopp mennesker, og at kulturforståelse handler om å forstå seg selv og de andre i samspill med hverandre (2012:201). Det viser at helsepersonell må forstå seg selv for å kunne forstå pasienten og samspillet dem imellom. Dahl skriver at ”kommunikasjon er å forhandle om mening” (2001:21). Det vil si at om vi ikke hadde hatt forskjellige meninger, hadde vi heller ikke trengt kommunikasjon. Dersom helsepersonell og pasient ikke er klar over hvilke kulturelle syn de forhandler ut i fra, kan det nok lett oppstå misforståelser. Kulturell kompetanse innebærer å akseptere og respektere forskjeller, og å ha kunnskap slik at en vet hvilke spørsmål en skal stille (Giger m.fl. 2007). For å akseptere og respektere forskjeller, er det nødvendig å vite hva forskjellene er. For å vite hva forskjellene er, er det nødvendig å være

bevisst sin egen kultur, og ønske å bli kjent med personen fra den andre kulturen. Dahl skriver også at en må huske på at det ikke er kulturer en møter, men mennesker. Ingen har helt lik kulturell bagasje (2001:20). Harmsen m.fl. skriver at leger bør være utdannet til å være kontinuerlig oppmerksom på pasienten sin kulturelle bakgrunn (2008). Med tanke på at det er sykepleiere som har den daglige kontakten med pasienter som er innlagt på sykehus gjelder det minst like mye for sykepleiere.

5.3 Betydningen av kulturell kompetanse

På samme måte som sykepleiere har verktøy for å gjennomføre diverse prosedyrer, tror jeg sykepleiere hadde hatt stor nytte av et verktøy å støtte seg på når det gjelder kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere. Stortingsmeldingen presiserer at kommunikasjon med innvandrere handler om mer enn tolketjenesten, og understreker viktigheten av å utvikle et verktøy som kan hjelpe kommunikasjonen (Meld. St. (2012-2013)). I undersøkelsen til Kale ønsket 50 % av de spurte at tolken skulle fungere som en kulturformidler (2006:31). Dette ønsket hos så mange kan tyde på usikkerhet, mangel og savn av kulturell kompetanse hos helsepersonell. Ved andre prosedyrer som sykepleier skal utføre, er det uansvarlig om sykepleier gjennomfører en prosedyre hun ikke har kunnskap om. Da må hun oppsøke hjelp og få opplæring på den aktuelle prosedyren. I kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere kan sykepleier kanskje ikke gjøre noe direkte farlig ved å ikke ha kulturell kompetanse, men sykepleier kan svekke tilliten pasienten har til pleierne og lage en hindring for samarbeidet videre. Dette er noe som igjen kan føre til at pasienten får dårligere helsehjelp. American Academy of Nursing Expert Panel støtter den antakelsen når de mener det er behov for kunnskap, ferdigheter, grunnleggende kompetanse og evner hos helsepersonell når det gjelder kulturell kompetanse for at helseulikheter skal elimineres (Giger m.fl. 2007).

Hva som ligger i begrepet kulturell kompetanse er det forskjellige meninger om. Studiet som er mitt fjerde funn, presenterer en modell av en prosess der kritisk bevissthet/kunnskap, utvikling av ferdigheter og organisatorisk støtte, fører til at en oppnår kulturell kompetanse (Balcazar m.fl. 2009). Kritisk bevissthet er å forstå sine personlige fordommer og kritisk undersøke sine egne holdninger mot andre for å fremme aksept og inkludering (Balcazar m.fl. 2009). Dahl sier noe av det samme når han skriver at interkulturell kompetanse er å være bevisst sin egen kulturelle bakgrunn og være tydelig angående sine forutsetninger, samtidig som en ønsker å bli bedre kjent med sin egen og fremmede kulturer (2001:176). I et studiet fra Sverige skriver forfatterne at målet med kulturell kompetanse er å få kunnskap og ferdigheter

som kan øke sykepleierens evne til å gi omsorg til forskjellige folkegrupper (Jirwe m.fl. 2009). Studiet fra Sverige samstemmer med studiet til Balcazar m.fl. ved at begge har fokus på at kunnskap og ferdigheter er en viktig del av kulturell kompetanse.

Kunnskap kan blant annet innebærer kulturelle kjennetegn, verdier, historie, trossystem og handlinger (Balcazar m.fl. 2009). Det er urealistisk at sykepleier skal ha kunnskap om alle kulturer hun møter. Dessuten kan det også være forskjeller blant mennesker innad i en kultur, for eksempel når det gjelder verdier og trossystem (Dahl 2001:20). Dermed er ikke det viktigste å skaffe seg kunnskap om en spesiell kultur, men om et spesielt menneske, nemlig pasienten. Likevel kan det være vanskelig å vite hva sykepleier trenger å skaffe seg kunnskap om når kulturforskjellene er store. Hummelvoll presenterer en kulturell datasamling som kan være et nyttig verktøy for sykepleier når hun skal samle kunnskap om pasientens kulturelle bakgrunn. Fokusområdene i datasamlingen er; demografiske opplysninger, familieorganisasjon, kjønnsrollemønster, kommunikasjonsmønster, matvaner og typer av mat, forhold til andre mennesker, forhold til tid, forhold til naturen, mønster for helse-/sykepleie, og religionsutøvelse (2014: 647-548). I en av mine praksisperioder erfarte jeg å ha for lite kunnskap om min pasientens kulturelle bakgrunn. Selv om jeg visste at pasienten hadde mange spørsmål til legen, sa hun ikke et ord under visitten. Senere fikk jeg vite at ut i fra hennes kulturelle normer, kunne ikke hun som kvinne, stille spørsmål til en mannlig lege. Hadde jeg foretatt en kulturell datasamling kunne jeg vært klar over dette gjennom informasjon om kjønnsrollemønsteret i hennes kultur. Helman skriver at kulturell kompetanse innebærer at en forstår og reagerer effektivt på kulturelle behov (2007:15). I denne situasjonen kunne det vært å skaffe en kvinnelig lege, eller planlagt visitten bedre ved å for eksempel viderefremde pasienten sine spørsmål til legen i forkant.

Utvikling av ferdigheter handler om å kommunisere effektivt og empatisk med pasienten, og ta med pasientens tro, verdier, erfaringer og ambisjoner med i avgjørelser og planlegging (Balcazar m.fl. 2009). Eide og Eide skriver om ti aspekter som kan hjelpe sykepleier til å utvikle ferdigheter i kommunikasjon (2007:21). To av aspektene til Eide og Eide er ”å skape gode og likeverdige relasjoner” og ”å møte den andres behov og ønsker på en god måte” (2007:21). En god og likeverdige relasjon kan gi pasienten større rom for å dele tro, verdier, erfaringer og ambisjoner. Med den informasjonen kan sykepleier møte pasientens behov og ønsker på en bedre måte, og det gjør det enklere for sykepleier å kommunisere effektivt og empatisk. Kommunikasjon er hovedsakelig noe en må trene på (Eide og Eide

2007:13). Likevel ser en at aspektene til Eide og Eide kan være et godt verktøy for sykepleiere å støtte seg på i utviklingen av kommunikasjonsferdigheter.

Balcazar m.fl. skriver at selv om helsepersonell ønsker å utvikle kulturell kompetanse kan det være vanskelig dersom arbeidsstedet ikke er støttende (2009). Dersom det for eksempel ikke blir gitt mulighet til veiledning og kursing når sykepleiere uttrykker at de har behov for mer kunnskap. Eller det ikke blir satt av tid til å gjennomføre kulturelle datasamlinger eller bruk av tolk, kan det bli utfordrende for sykepleier å utvikle kulturell kompetanse. Helman støtter også at det organisatoriske er viktig for utvikling av kulturell kompetanse (2007:15). I USA blir helseorganisasjoner oppmuntret til å ha en demografisk, kulturell og epidemiologisk profil som gjenspeiler samfunnet (Balcazar m.fl. 2009). Når en selv er fra majoritetskulturen kan det være vanskelig å se hva avdelingen trenger å jobbe med for å imøtekomme minoritetskulturene. Helman støtter dette når han skriver at helsearbeidere, administratorer og beslutningstakere fra minoritetsmiljøer kan være gode bidragsytere for å utforme kulturelt tilpasset helsetjenester (2007:15).

6.0 Oppsummering og avslutning

Jeg har i denne oppgaven jobbet med temaet kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere i Norske sykehus. Jeg har prøvd å finne ut av hva sykepleier kan gjøre for å fremme god kommunikasjon med denne pasientgruppen.

Forskning viser at det er et kraftig underforbruk av tolketjenesten i helsevesenet. Sykepleier har et personlig ansvar for at den sykepleie som utføres er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Noe som innebærer å kjenne igjen situasjoner der det er behov for tolk og sørge for å bestille tolk ved behov. Helsepersonell ønsker mer opplæring og kunnskap når det gjelder tolking og tverrkulturell kommunikasjon, men er avhengig av at arbeidsstedet er støttende.

Språkferdigheter fører til at pasienten uttrykker mindre emosjonelle signaler og bekymringer. Sykepleier bør kjenne igjen situasjoner der språkvansker kan bli en barriere for uttrykkelse. Dessuten kan andre barrierer som en lite tilfredsstillende arbeidsallianse og opplevelse av maktavstand gjøre at immigranter er mindre uttrykksfulle. Forskjellige kulturelle syn og språkferdigheter påvirker kommunikasjonen. Sykepleier bør være utdannet til å være kontinuerlig oppmerksom på pasientens kulturelle bakgrunn.

Det er behov for kulturell kompetanse for at helseulikheter skal elimineres. Kritisk bevissthet/kunnskap, utvikling av ferdigheter og organisatorisk støtte er en del av prosessen for å oppnå kulturell kompetanse. Målet med kulturell kompetanse er å øke sykepleierens evne til å gi omsorg til forskjellige folkegrupper. En kulturell datasamling kan være et nyttig verktøy for å samle kunnskap om pasientens kulturelle bakgrunn. Eide og Eide skriver om ti aspekter som kan være et godt verktøy for sykepleiere å støtte seg på i utviklingen av kommunikasjonsferdigheter. For at sykepleiere skal kunne utvikle kulturell kompetanse er det nødvendig at organisasjonen er støttende.

Det vil nok aldri være mulig å finne et fasitsvar på hva som er god kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere. Alle mennesker er unike med hver sin "bagasje", og det vil være umulig å finne en type kommunikasjon som passer like bra for alle. Likevel finnes det verktøy sykepleier kan benytte seg av for å best mulig legge til rette for god kommunikasjon med ikke-vestlige innvandrere. Både tolketjenesten, det vi vet om pasienters uttrykkelse, pasienters evaluering og kulturell kompetanse kan fungere som slike verktøy.

Litteraturliste

Alpers, L. og Hanssen, I. (2008). *Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*. Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus/Lovisenberg Diakonale Høgskole.

Balcazar, F.E., Suarez-Balcazar, Y. Og Taylor-Ritzler, T. (2009). Cultural competence: Development of a conceptual framework. *Disability and Rehabilitation*, 31(14):1153-1160. Hentet 18. februar 2015 fra:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ec040374-553b-4e9b-9114-94183a3f47e4%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4201>

Blom, S. (2008). *Innvandrerens helse 2005/2006*. SSB. Rapporter 2008/35.

Dahl, Ø. (2001). *Møter mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Dalland, Olav (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

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

Giger, J., Davidhizar, R.E., Purnell, L., Harden, J.T., Phillips, J. og Strickland, O. (2007). American Academy of Nursing Expert Panel. Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minorities and Other Vulnerable Populations. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2):95-102. Hentet 16. februar 2015 fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17416710>

Glasdam, S. (red.) (2013). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik I videnskabelige metoder*. Denmark: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Hanssen, I. (2008). Etniske minoriteter. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Harmsen, J.A.M., Bernsen, R.M.D., Bruijnzeels, M.A. og Meeuwesen, L. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling*, 72(1):155-162. Hentet 11. februar 2015 fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18485657>

Helman, C.G. (2007). *Culture, Health and Illness*. 5. Utg. London: Hodder Arnold

Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*

Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. Utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Hørmann, E. (2013). Litteratursøgning. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik I videnskabelige metoder*. Denmark: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Høydahl, E. (2008). Innvandrerbegreper i statistikken. Vestlig og ikke-vestlig – ord som ble for store og gikk ut på dato. *Samfunnsspeilet*, 22(4):66-69. Hentet den 30. januar 2015 fra:

<http://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200804/ssp.pdf>

IMDi-rapport 6-2007. *Fastleger og tolketjenester*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S. og Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18):2622-34. Hentet 16. februar 2015 fra:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2780b413-227f-4c89-859c-9ad380729623%40sessionmgr4003&vid=3&hid=128>

Kale, E. (2006). "Vi tar det vi har". *Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse*. Oslo: NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006).

Kale, E., Finset, A., Eikeland, H. og Gulbrandsen, P. (2011). Emotional cues and concerns in hospital encounters with non-Western immigrants as compared with Norwegians: An exploratory study. *Patient Education and Counseling*, 84 (3):325-331. Hentet 10. februar

2015 fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399111002357>

Lassen, K. (2014, 11. april). Gir dårligere behandling til minoriteter. *Forskning*. Hentet 10. februar 2015 fra: <http://forskning.no/helsepolitikk-etnisitet/2014/03/gir-darligere-behandling-til-minoriteter>

Lov om pasient- og brukerrettigheter. *Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter*.

Meld. St. 6 (2012-2013). *En helhetlig integreringspolitikk*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

Schackt, J. (2014). *Kultur*. Store Norske Leksikon. Hentet 27. januar 2015 fra: <https://snl.no/kultur>

Statistisk Sentralbyrå (2014). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2014*. Hentet 26. januar 2015 fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>

Statistisk Sentralbyrå (2015). *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*. Hentet 30. januar 2015 fra: <http://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>

Thorbjørnsrud, B. (2012). Kulturelle fortolkningsrammer. I: E. Brodtkorb og M. Rugkåsa (red.). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Thorbjørnsrud, B. (2012). Kultur, helse og sykdom. I: E. Brodtkorb og M. Rugkåsa (red.). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelig forhold I sykepleie*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

United Nations (2011). *Consideration of reports submitted by States parties under article 9 of the Convention. Concluding observations of the Committee on the Elimination of Racial*

Discrimination. Norway. Hentet 12. februar 2015 fra:
<http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Norge-og-menneskerettighetene/Rasediskriminering>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 29. januar 2015 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf