



Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter

*Lise-Merete Alpers
Ingrid Hanssen*

Klinikk for medisin



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Pionér i kompetanse og omsorg



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

Forord

Vi som har utført studien som denne rapporten bygger på, er begge sykepleiere, men med ulik erfaringsbakgrunn. Lise-Merete Alpers er intensivsykepleier og har arbeidet ved intensivavdelingen ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). Hun har master i klinisk sykepleievitenskap fra Høgskolen i Oslo. Hun har vært ansatt i full stilling i seks måneder ved Klinikk for medisin for å utføre denne studien. Ingrid Hanssen er førsteamanuensis og FoU-rådgiver ved Lovisenberg diakonale høgskole. Hun har sykepleievitenskapelig hovedfag og doktorgrad rettet mot etiske utfordringer i møtet mellom norske sykepleiere og pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

Vi har mange å takke i forbindelse med studien som her presenteres: For det første vil vi takke klinikksjef Anne Marit Tangen for oppdraget. Det har vært en interessant og givende studie å arbeide med, og vi har lært mye underveis.

For det andre ønsker vi å takke alle ressurspersonene som ga av sin tid og sin kunnskap i samtaler med oss, sykepleierne som deltok i fokusgruppeintervjuene og dermed ga oss viktig informasjon og hjelp til å utforme studiens spørreskjema og alle de 90 % av sykepleierne ved Klinikk for medisin som svarte på spørreskjemaet.

Vi vil også gjerne takke sykepleierne og de ansatte ved Lovisenberg diakonale høgskole som var med i pilotstudien og vurderte spørreskjemaet og kom med nyttige kommentarer til tekst og utforming, samt sykepleierne som vurderte hvilken fremstillingsform av tabellene som var lettest å lese og forholde seg til.

Uten alle deres innsats hadde det ganske enkelt ikke blitt noen studie.

I rapporten presenteres tekst, tabeller og søylediagram i skjønn forening. Vi har valgt å drøfte våre funn fortløpende, da vi mener dette gir mer spennende lesning enn om tørre fakta blir presentert for seg og drøftingen for seg. Vårt håp er at leserne finner rapporten både interessant og utfordrende. Vi vil i året som kommer skrive fagartikler relatert til rapportens funn, og disse vil bli lagt til rapporten som vedlegg etter hvert som de blir ferdige.

Oslo, 30.06.08

Lise-Merete Alpers
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Ingrid Hanssen
Lovisenberg diakonale høgskole

Kartlegging av sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter

Sammendrag

Denne studien er bestilt av Klinikk for medisin ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer med sykepleiere og samtaler med til sammen tretten forskjellige ressurspersoner som på ulike måter hadde spesiell kunnskap om og erfaring med minoritetspasienter. I tillegg ble det snakket med åtte forskjellige fagpersoner innenfor pedagogikk og flerkulturelt/internasjonalt arbeid for å undersøke om det fantes et instrument som kunne benyttes til denne type kompetansekartlegging, noe vi fant at det ikke gjorde. Deretter ble det laget et spørreskjema med en rekke påstander som respondentene skulle ta stilling til i hvilken grad passet på en skala fra en til fem. I tillegg var det et alternativ for "Vet ikke". Spørreskjemaet inneholdt i tillegg fire åpne spørsmål der respondentene kunne svare med ord. 145 sykepleiere besvarte spørreskjemaet, dvs. 90 % av sykepleierne på Klinikk for medisin.

Statistikkprogrammet SPSS ble brukt til å analysere de kvantitative dataene. Svarene på de åpne spørsmålene og fokusgruppeintervjuene ble analysert kvalitativt.

Undersøkelsen viser at mange av respondentene synes det er interessant å arbeide med minoritetspasienter, men at de opplever det annerledes enn å jobbe med de norske pasientene. Det kommer tydelig frem at det er et generelt behov for mer kompetanse om denne pasientgruppen. Dette viser seg i forhold til alle temaene i spørreskjemaet.

Det er et klart behov for mer kunnskap om ulike etniske gruppers tenkning om sykdom, smerter og behandling. Dette gjelder også enkelte gruppers genetiske disposisjon for visse sykdommer. Det samme gjelder ritualer rundt dødsleiet og stell av den døde.

Når det gjelder kommunikasjon gjennom tolk, opplever omtrent halvparten av sykepleierne dette som vanskelig. Overraskende viser det seg at det er flest blant sykepleierne med lengst erfaring som synes dette er problematisk. For øvrig kommer det frem at selve systemet for bestilling av tolk fungerer dårlig, og bør forbedres.

I forhold til kosthold og tilbud tilpasset ulike religiøse grupper, viser data at mange av sykepleierne har huller i sine kunnskaper om diett og religion, særlig i forhold til andre religioner enn islam. Det viser seg at pasienter som har minoritetsbakgrunn ofte blir servert halal-mat uansett hvilken religiøs bakgrunn de har. Det vil være en fordel om sykehuset kunne ha noen alternativ for ønskekost som er tilpasset andre religioner enn islam.

Et annet funn er at mange av sykepleierne opplever at de strekker seg langt for minoritetspasientene, og at hensynet til disse ofte kommer i konflikt med hensynet til de etnisk norske pasientene. Det viser seg at en del praktiske problemer, som for eksempel mangel på enerom, fører til etiske dilemmaer.

Svært mange av sykepleierne på Klinikk for medisin har liten arbeidserfaring. Dette er et viktig funn i seg selv fordi det betyr at det generelt er et stort behov for oppfølging og opplæring. Samtidig vil det ha stor betydning å ha fokus på de som har lengre erfaring. Disse sykepleierne regnes ofte som ressurspersoner, men det vil også være viktig å ta vare på dem og gi muligheter til å få tilført ny kunnskap og utvikle seg som fagpersoner. Det viser seg at

kompetanse om minoritetspasienter og deres pårørende ikke nødvendigvis kommer gjennom erfaring. Det er derfor behov for undervisning om ulike tema innenfor dette området, noe det har vært svært lite av.

Pasienter med minoritetsbakgrunn er ofte en ressurskrevende gruppe å jobbe med. En del av Helse Sør-Øst sin visjon er at det skal gis likeverdige helsetjenester uavhengig av bl.a. etnisitet. Retten til lik tilgang på helsetjenester fremheves også i "Lov om pasientrettigheter" § 1. Skal dette kunne gjennomføres er det helt avgjørende at sykehuspersonell har tilstrekkelig kompetanse på dette området.

Innholdsfortegnelse

1	Prosjektets metodiske tilnærming	s. 1
1.1	Utvikling av forskningsinstrumentet	s. 1
1.1.1	Fokusgruppeintervjuer	s. 2
1.1.2	Samtaler med ressurspersoner	s. 2
1.1.3	Spørreskjemaet vokser fram	s. 3
1.1.4	Innsamling av spørreskjemaene. Svarprosent	s. 4
1.2	Analyse av data	s. 4
1.2.1	Analyse av data fra respondenter med kulturelt utdanning og fødested utenfor Skandinavia	s. 5
1.3	Rapportens oppbygning	s. 5
2	Respondentene i studien	s. 6
2.1	Fordeling etter kjønn, alder og post	s. 6
2.2	Arbeidserfaring som sykepleiere og eventuell tilleggstudning	s. 7
3	Sykepleiernes erfaringer og kunnskaper	s. 11
3.1	Sykepleiernes erfaringer med etniske minoritetspasienter i tall	s. 11
3.2	Usikkerhet, spørsmål og manglende internundervisning	s. 13
3.2.1	Manglende internundervisning	s. 17
3.2.2	Kunnskap som basis for pleie og omsorg	s. 18
3.3	Sykepleiere med studie/kurs innenfor flerkulturelle/etniske minoriteter	s. 21
4	Samarbeid, holdninger og atferd	s. 22
4.1	Forholdet til pasienten	s. 24
4.2	Samarbeid med pasient og/eller pårørende	s. 26
4.2.1	Hvor langt skal man strekke seg?	s. 28
4.3	Noen praktiske og etiske problemområder	s. 31
4.4	Holdninger til bestemte grupper av pasienter og/eller pårørende	s. 34
4.5	Kunnskaper som etterlyses og benyttede mestringsstrategier	s. 36
5	Sykdomssyn, smerter og genetisk disposisjon for sykdom	s. 37
5.1	Kunnskap om andre sykdoms- og behandlingssyn enn det norske	s. 37
5.1.1	Ulikt sykdoms- og behandlingssyn innvirker på samhandling og informasjonsgivning	s. 38
5.1.2	Utsatthet/disposisjon for sykdom	s. 39
5.2	Smerteuttrykk og smertenivå	s. 40
5.2.1	Holdning til fremmede/unorske smerteuttrykk	s. 42
6	Bruk av tolk	s. 44
6.1	Språkproblemer	s. 44
6.1.1	Et analytisk problem	s. 44
6.2	Vanskeliggjør tolkebruk kommunikasjonen med pasienten?	s. 45
6.2.1	I hvilken grad stoler sykepleierne på tolken?	s. 45
6.2.2	I hvilken grad vet sykepleierne hvor de skal henvende seg for å bestille tolk?	s. 48
6.2.3	Er det alltid mulig å benytte profesjonell tolk?	s. 48
6.3	Kunnskap som etterlyses	s. 50

7	Dødsleiet/døden	s. 51
7.1	Samarbeid med de pårørende/etterlatte	s. 53
7.1	Kunnskap som etterlyses	s. 54
8	Kunnskaper knyttet til kosthold og religion/kultur	s. 56
8.1	Kost tilpasset ulike religiøse grupper	s. 56
8.1.1	Muslimske pasienters diett	s. 58
8.2	Kunnskap som etterlyses	s. 61
9	Tilbud til og tanker om etniske minoritetspasienter ved LDS – og forslag til nye tiltak	s. 62
9.1	Tilbud til minoritetspasienter i dag	s. 62
9.2	Tanker om en ressurskrevende pasientgruppe	s. 62
9.3	Forslag til tiltak	s. 63
10	Oppsummering	s. 65
10.1	Studiens funn av generell karakter	s. 65
10.2	Sentrale temaer i studien	s. 65
	Litteratur	s. 68

1 Prosjektets metodiske tilnærming

Med et oppdrag om å kartlegge kompetansen til sykepleierne på Klinikk for medisin relatert til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, var det første spørsmålet: Hvordan kartlegger man kompetanse? Det finnes instrumenter for kartlegging og/eller måling av generell kompetanse, men verken søk på internett eller forespørsler til fagpersoner hjalp oss å finne spesifikke kartleggingsinstrumenter av kulturell kompetanse. Fagpersoner som ble kontaktet var Frank Meyer, professor på senter for flerkulturelt og internasjonalt arbeid på Høgskolen i Oslo (HiO), og Jonas Debesay, Cynthia Baluyot, Christine Tscudi-Madsen og Bennedichte C. Rappana Olsen som alle jobber på HiO med tema innenfor etniske minoriteter. På Universitetet i Oslo har vi vært i kontakt med professor og sykepleier Kristin Heggen og innenfor det pedagogiske fagmiljøet har vi snakket med Dag Roness, stipendiat på Norsk lærerakademi, og Arnegeir Berge på Seksjon for læring og kompetanse, FoU-avdelingen, Helse Bergen HF. De to sistnevnte personene har igjen forhørt seg med sine kollegaer om det finnes et passende instrument for vår type kompetansekartlegging. Fra alle disse fagpersonene fikk vi høre at prosjektet var interessant og viktig, og at de ikke hadde kjennskap til at denne typen studie var utført tidligere. Vi sto altså overfor et nybrottsarbeid, noe som betød at vi måtte utvikle vårt eget forskningsinstrument. Målet var i første rekke å fremskaffe ”harde”, kvantitative data for sykehusets ledelse ved prosjektperiodens slutt.

Studien vi gikk i gang med kan sies å være av en type som Moody (1990) kaller ”abstrahert empirisme”: ”Abstrahert empirisme kan bli benyttet når forskeren ikke kjenner studier som er utført innenfor samme område og når forskningen er utformet til å være beskrivende eller eksplorativ/utforskende” (s. 239).

1.1 Utvikling av forskningsinstrumentet

En gylden regel tilsier at jo mindre man har innsikt i et område, jo viktigere er det å legge en kunnskapsbasis før man utarbeider et kvantitativt forskningsinstrument. Selv om Ingrid Hanssen hadde utført en doktorgradsstudie av etiske og praktiske problemer i samhandlingen mellom norske sykepleiere og pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn (2002), og ca. halvparten av dataene i denne studien ble innsamlet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, er dette noen år siden, og fokuset var ikke helt det samme.

Når man skal utvikle et forskningsinstrument – et spørreskjema – er det viktig at det er godt nok fokusert i forhold til det som skal utforskes, og at det er operasjonalisert – konkretisert – på en god måte, slik at man virkelig får tak i den kunnskapen man er ute etter. Det er her snakk om studiens *validitet*. At spørreskjemaet er *valid* vil si at det er i harmoni med det virkelige erfarte livet på postene ved Klinikk for medisin, og at spørsmålene gir svar på det vi ønsker å måle. Reliabiliteten handler om hvor pålitelige svar spørsmålene gir (Haraldsen, 1999). Vi trengte med andre ord å vite hva som foregår i sykepleiernes praksis i Klinikk for medisin før vi utformet spørreskjemaet.

1.1.1 Fokusgruppeintervjuer

For å få kunnskap om hvilke utfordringer dagens sykepleiere ved Klinikk for medisin er opptatt av i relasjon til pleie og omsorg for pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn og deres familier, inviterte vi sykepleiere fra alle klinikkens avdelinger/poster til fokusgruppeintervjuer. Det ble gjennomført to slike intervjuer med til sammen 11 sykepleiere. Utvalget var tilfeldig i den forstand at vi tok med de sykepleierne som hadde anledning til å være med på de dagene og omtrentlige tidene vi hadde avsatt.

Før igangsetting av fokusgruppeintervjuene/gruppesamtalene, presenterte vi hensikten med samtalene, noe som for øvrig også ble gjort da sykepleierne ble invitert til å delta. Vi forklarte at vi ønsket å få innsikt i deres tanker og opplevelser, og at vi gjerne tok imot innspill til hva vi burde stille spørsmål om på spørreskjemaet. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på MP3-spiller slik at vi kunne høre dem om igjen i ettertid for å få med alle temaene som kom frem. Informantene ble på forhånd informert om dette. Da vi var ferdige med dette arbeidet, ble opptakene slettet.

Selv om gruppedynamikken var svært forskjellig ved de to samtalene, var områdene som ble tatt opp av deltakerne stort sett de samme:

- Språk og kommunikasjon/bruk av tolk.
- Utfordringene rundt informasjon/undervisning når pasientene ikke behersker norsk og/eller har en annen sykdomsforståelse.
- En for sykepleierne fremmed sykdomsforståelse. Her la begge gruppene særlig vekt på problemer rundt smitte/overholdelse av smitteregimer.
- De mange besøkende til enkelte pasienter. Samarbeid/manglende samarbeid mellom sykepleier og pårørende og de pårørende imellom.
- Tidsoppfatning/timebestillinger.
- Kosthold i lys av religion og kultur. Kost og diabetes.

I tillegg ble følgende temaer drøftet i den ene eller andre samtalen:

- Sorg, død, stell av døende/døde.
- Et for sykepleierne fremmed smerteuttrykk.
- Andre forventninger og utålmodige pårørende.
- Manglende kjennskap til ulike helsetilbud i Oslo for utsatte pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, for eksempel spesialteamet ved Ullevål Universitetssykehus som følger opp gravide kvinner som er kjønnslemlestet/"omskåret".

Mye av det som kom fram i disse fokusgruppeintervjuene var temaer vi hadde forventet ut fra våre egne erfaringer og studier. Noen få var nye. Det var nyttig både å få underbygget tidligere antakelser og kunnskap og å få nye innspill. Det var helt uvurderlig å få innsikt i hvilke utfordringer, og ofte også problemer og dilemmaer, sykepleiere på Klinikk for medisin i 2008 ofte må forholde seg til i sitt arbeid med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn og deres pårørende.

1.1.2 Samtaler med ressurspersoner

Lise-Merete Alpers gjennomførte i den innledende fasen en rekke samtaler med ulike ressurspersoner for å få ytterligere innspill til studien. På Lovisenberg Diakonale Sykehus snakket hun med ernæringsfysiolog Tonje Mellin-Olsen, assistentlege Canan Sever fra Tyrkia, overlege Nadeem Hussain fra Pakistan, assistentlege Yuliya Smedbråten fra Ukraina, assistent på overvåkingen Faustina R.L. Almeraz fra Cuba, fysioterapeut Hilde Sofie Hamre, sykepleier Ellen Alvin, lungesykepleier Christine Råheim Borge, konsulent i tolketjenesten

Sandra Sanavandi og klinikkssjefen på Klinikk for medisin og service, Mari Ramsten Vangdal. Ettersom LDS nettopp hadde hatt storinnrykk av sigøynere som pårørende, snakket Lise-Merete også med sikkerhetssjef Lars-Eirik Jansen om sykehusets erfaringer med samarbeid og konfliktløsning i den situasjonen. Lise-Merete snakket også med filolog/fagkonsulent Lars Gjerde, som hun ble henvist til via Universitetet i Oslo angående sigøyneres tenkning og atferd ved sykdom og død. I tillegg hadde Lise-Merete en samtale med Kieu Tran, nestleder i norsk-vietnamesisk flyktningeforbund, for bl.a. å få kunnskap om helsevesenet i Vietnam og vietnameseres forhold til sykdom og behandling.

Vi er svært takknemmelige for at alle disse ressurspersonene har vært villige til å dele sine kulturelle og ofte også personlige kunnskaper med oss. Informasjonen som kom fram i disse samtalene har ikke direkte påvirket utviklingen av spørreskjemaet, men har vært med på å danne et meget verdifullt bakteppe for våre drøftinger av funn (kapittel 3-8).

1.1.3 Spørreskjemaet vokser fram

Fokusgruppeintervjuene med sykepleiere ved Klinikk for medisin og samtalene med ressurspersoner ga oss i kombinasjon med våre egne erfaringer og tidligere forskning det nødvendige datamateriale for å utvikle spørreskjemaet.

Vi valgte å bygge opp skjemaet som en rekke utsagn som respondentene måtte forholde seg til over en skala fra 1 til 5, fra ”Passer ikke” (1) til ”Passer svært godt” (5). I tillegg er det en vet-ikke-kategori (6). På denne måten ønsket vi å fange opp både sykepleiernes erfaringer, kunnskaper og holdninger på områder innen interkulturell sykepleie som er aktuelle i deres arbeidshverdag. Alle utsagnene har direkte sammenheng med funnene i fokusgruppeintervjuene, altså den kvalitative del av studien. Dette mener vi sikrer studiens validitet. Noen utsagn er positivt formulert, andre negativt. Dette ble gjort for å øke spørreskjemaets reliabilitet ved at det sikrer at det fanger opp respondentenes mening. I tillegg åpner vi for at utsagnene ikke fanger opp alt det respondentene ønsker å uttrykke ved å ha fire åpne kategorier:

- ✚ 309: Er det enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre? I tilfelle ”ja”, hvilke(n) gruppe(r) gjelder dette, og hvorfor?
- ✚ 205: Er enkelte etniske minoritetsgrupper spesielt utsatt/genetisk disponert for sykdom? I tilfelle ”ja”, hvilke(n) gruppe(r) og sykdom(mer) gjelder dette?
- ✚ Hva synes du at du trenger mer kunnskap om angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?
- ✚ Andre kommentarer.

Dermed er dette både en kvalitativ og en kvantitativ studie, i og med fokusgruppeintervjuene og samtalene forut for utviklingen av spørreskjemaet og de fire åpne kategoriene på selve spørreskjemaet. Denne metodetriangleringen vil også styrke studiens validitet.

Utkast til spørreskjemaet ble sendt elektronisk fram og tilbake mellom Ingrid og Lise-Merete, diskutert og pusset på. Til slutt ble en pilot-versjon av spørreskjemaet utprøvd av to sykepleiere i praksis og to vitenskapelig ansatte ved Lovisenberg diakonale høgskole. Det ble dessuten sendt til en foreleser ved HiOs kurs i kvantitativ metode og statistikk som Lise-Merete deltok på, klinikkssjef Anne Marit Tangen og personvernombudet ved Ullevål Universitetssykehus for å få deres kommentarer. Denne prosessen førte til en del endringer med forenkling av språket, samt at noen spørsmål som enten ble oppfattet som gjentakelser eller som ikke tilstrekkelig relevante, ble fjernet, før den endelige versjonen lå ferdig til utsendelse til alle sykepleiere ved Klinikk for medisin. Ved et uhell ble 200 spørreskjemaer

trykt opp før svaret fra personvernombudet forelå. Han ønsket at spørsmål 6 og 7 skulle endres noe, slik at respondentene ble mindre gjenkjennelige, et ønske vi selvfølgelig har etterkommet. Dette medførte at vi før utlevering av spørreskjemaene limte inn den endrete teksten til spørsmål 6 og 7 i hvert enkelt spørreskjema for hånd (Jf. vedlegg 1 for den endelige versjonen av spørreskjemaet).

Allerede første dag ute på avdelingene med spørreskjemaet fikk vi spørsmål om hvorfor det bare var ja/nei-kategorier på spørsmål 205, ettersom respondenten hadde behov for en "vet ikke"-kategori her. Respondenten ble da bedt om å skrive "vet ikke" ved siden av, slik at vedkommendes ønskede svaralternativ kom med. Alle respondenter vi personlig kom i kontakt med ble deretter gjort oppmerksomme på at de kunne skrive "vet ikke" på dette spørsmålet, om de så ønsket (Jf. kapittel 5.1.2).

1.1.4 Innsamling av spørreskjemaene. Svarprosent

På Klinikk for medisin var det 162 sykepleiere som var aktuelle for undersøkelsen, dvs. sykepleierne på post 6, 7, 8, 9, overvåkningen, mottagelsen og poliklinikken. De som er i permisjon eller er langtidssykmeldte er ikke medregnet. Avdelingssykepleierne er heller ikke inkludert.

Før spørreskjemaene skulle deles ut, ble avdelingssykepleierne informert av klinikkssjef Anne Marit Tangen om undersøkelsen og dens hensikt. Avdelingssykepleierne informerte igjen de ansatte på hver enkelt post. Det ble lagt ut like mange spørreskjemaer som det er sykepleiere ved de ulike postene. Noen steder ble de lagt i hver enkeltts posthulle, andre steder på vaktrommet etter anbefaling fra ansatte på de forskjellige postene. Det ble hengt opp en stor konvolutt der besvarte spørreskjemaer kunne legges. Ved siden av hang det en liste der sykepleierne kunne krysse av når de hadde besvart. Tiden for innsamling av skjemaene tok ca. fire uker. I denne tiden ble avdelingssykepleierne igjen minnet om å informere sykepleierne om undersøkelsen. I tillegg var Lise-Merete flere ganger i uken innom hver enkelt post av samme grunn og for å sikre at spørreskjemaene lå tilgjengelig. I begynnelsen av innsamlingsperioden ble postene også ringt opp om kvelden slik at nattevaktene ble minnet om og informert om undersøkelsen. Dette fordi informasjon som gis på dagtid ikke alltid når de som kun jobber nattevakter.

Vi har fått svar fra 145 respondenter, dvs. 90 % av de aktuelle sykepleierne. Av de innsamlede spørreskjemaene var det tre som ble ekskludert; et besvart av en hjelpepleier, et av en ekstravakt fra postoperativ avdeling og et av en avdelingssykepleier. På avdelingen der avdelingssykepleieren hadde besvart, hadde dessverre ikke informasjonen om at de ikke skulle inkluderes nådd frem. Akkurat dette spørreskjemaet var mulig å identifisere bl.a. pga. opplysninger om videreutdanning i ledelse.

1.2 Analyse av data

I og med at dataene som kom inn var av både kvantitativ og kvalitativ karakter, ble det gjennomført både kvantitativ og kvalitativ analyse. Den kvantitative analysen ble gjennomført ved bruk av SPSS-programmet. Det ble også laget en matriseoversikt over svarene fra alle respondenter ved den enkelte post, slik at vi kunne få et konkret overblikk over svarene som

var kommet inn. Det førte til nye spørsmål til materialet og nye sammenligninger mellom ulike faktorer i datamaterialet.

De kvalitative dataene fra spørreskjemaene ble systematisert i temaer. Temaene fulgte innledningsvis de fire åpne spørsmålene, men de skriftlige, kvalitative svarene førte etter hvert til at kategoriene utviklet seg. For eksempel vokste det fram mange underkategorier ved første gjennomgang av kommentarene på spørreskjemaene innen spørsmål 309: *”Er det enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre”*. Disse temaene ble etter hvert omarbeidet i lys av dataene fra den kvantitative delen av spørreskjemaundersøkelsen og fra fokusgruppeintervjuene. Gjennom integrering av dataene fra de tre metodiske innfallsvinklene i analysearbeidet fikk vi utnyttet trianguleringseffekten som lå i metodebruken, noe som førte til en dypere analyse og diskusjon.

1.2.1 Analyse av data fra respondenter med kulturrelatert utdanning og fødested utenfor Skandinavia

På spørsmål 3 i spørreskjemaet var det opprinnelig kun tre respondenter som hadde svart at de hadde studie/kurs innenfor flerkulturelle/etniske minoriteter. I tillegg hadde fire stykker skrevet opp relevante studier/kurs innenfor dette temaet under svaralternativet der det kunne føyes til andre studier enn de som var nevnt (f.eks. kurs i tropemedisin). Vi inkluderte derfor disse i denne kategorien slik at det til sammen ble syv respondenter. Fordi dette fortsatt er få, har vi i svært liten grad valgt å presentere analyse av disse dataene. Hver enkelt svargiver vil utgjøre mye prosentvis og det ville også vært et etisk problem fordi få svargivere lettere kan identifiseres.

Når det gjelder spørsmål 6 i spørreskjemaet, der det spørres etter hvilken verdensdel respondentene er født, er det også her et statistisk problem med få svargivere blant de som er født utenfor Skandinavia. Av samme grunn som over vil vi i liten grad presentere disse dataene. I tillegg vil det her kunne være store forskjeller i kulturell kompetanse på de som f.eks. er født i Europa i forhold til de som er født i Asia, og det gjør det vanskelig å plassere disse respondentene i samme gruppe.

1.3 Rapportens oppbygning

Denne rapporten inneholder ni kapitler i tillegg til dette innledningskapitlet. I andre kapittel sees det på forhold rundt utvalget i undersøkelsen. Kapittel tre omhandler hovedsakelig sykepleiernes erfaringer og kunnskaper. Det fjerde kapitlet fokuserer på respondentenes holdninger og atferd. I kapittel fem tar vi for oss sykdomssyn, smerteuttrykk og genetisk disposisjon for sykdom hos etniske minoritetspasienter. Kapittel seks omhandler språkproblemer og bruk av tolk. Det syvende kapitlet tar for seg ritualer rundt døden hos minoritetspasienter og kapittel åtte kunnskaper knyttet til kosthold og religion/kultur. I kapittel ni presenteres de tiltak LDS har i dag som er rettet mot minoritetspasienter. Deretter beskrives noen tanker om disse pasientene som en ressurskrevende gruppe. Til slutt presenteres forslag til tiltak ut fra funnene i undersøkelsen. I siste kapittel gjengir vi hovedfunn og kommer med en avsluttende refleksjon.

2 Respondentene i studien

I dette kapitlet vil ulike variabler knyttet til respondentene i undersøkelsen bli presentert. Fortløpende viser vi nedenfor svargivernes fordeling på kjønn, alder, hvilken post/avdeling de jobber, hvor lenge de har jobbet som sykepleiere og om de har noen utdanning i tillegg til sykepleierutdanningen.

I de kommende tabellene vil tallene være i prosent der det ikke er angitt noe annet. Tallene er avrundet til nærmeste hele prosenttall. Summen av prosenttallene vil derfor ikke alltid være 100 %. På noen av tabellene påvirker den enkelte svargiver prosenteringen i stor grad. I de tilfellene vil dette kommenteres som en svakhet. En del av tabellene er satt opp som krysstabeller for å vise en sammenheng mellom to variabler (bivariat analyse), uten at det behøver å være noen årsakssammenheng.

2.1 Fordeling etter kjønn, alder og post

Svargivernes fordeling på kjønn er som følger:

Tabell 1
Svargivernes fordeling på kjønn

	Antall	Prosent
Mann	17	12
Kvinne	122	88
Sum	139	100

Vi ser av tabellen at nærmere 90 % av sykepleierne er kvinner, mens andelen menn er i overkant av 10 %. Det er normalt i sykepleieyrket at det er overvekt av kvinner.

Svargivernes fordeling i forhold til alder:

Tabell 2
Svargivernes fordeling på alder

	Antall	Prosent
23-29 år	71	52
30-39 år	38	28
40-49 år	19	14
50 år og mer	8	6
Sum	136	100

Gjennomsnittsalderen på sykepleierne er 32 år, med en spredning fra 23 til 62 år. Modus, dvs. den alderen flest sykepleiere har, er 26 år, og median (det midterste tallet når verdiene er rangert i stigende rekkefølge) er 29 år. Over halvparten er i aldersgruppen 23-29 år. Dette er flere enn de som er fra 30-49 år (42 %). Kun 6 % er 50 år eller mer.

Tabellen under viser respondentenes fordeling i forhold til hvilken post de arbeider ved:

Tabell 3
Svargivernes fordeling på post

	Antall	Prosent
Post 6	24	17
Post 7	18	12
Post 8	24	17
Post 9	27	19
Overvåkningen	28	19
Mottagelsen	12	8
Poliklinikken	12	8
Sum	145	100

Ser vi på sykepleiernes alder i forhold til de ulike postene, er fordelingen slik:

Tabell 4
Svargivernes fordeling på alder sett i forhold til hvilken post de arbeider

	23-29 år	30-39 år	40-49 år	50 år og mer
Post 6	24	18	0	0
Post 7	20	3	16	0
Post 8	21	16	11	13
Post 9	20	16	11	0
Overvåkningen	10	29	26	38
Mottagelsen	6	8	11	13
Poliklinikken	0	11	26	38
Sum i prosent	101	101	100	100
N	71	38	19	8

Av sykepleierne i aldersgruppen 23-29 år jobber de fleste på post 6, 7, 8 og 9. På poliklinikken er det ingen som er under 29 år. Når det gjelder de som er 30-39 år og 40-49 år, er det prosentvis omtrent like mange i disse gruppene på overvåkningen. Post 6 har ingen sykepleiere over 39 år, og post 7 og 9 har ingen som er over 49 år. Av de som er 50 år eller mer, er det prosentvis flest på overvåkningen og poliklinikken.

2.2 Arbeidserfaring som sykepleiere og eventuell tilleggsutdanning

Når det gjelder hvor mange års arbeidserfaring sykepleierne har, er fordelingen slik:

Tabell 5
Svargivernes fordeling på antall års arbeidserfaring

	Antall	Prosent
0 år til og med 2 år	57	40
Mer enn 2 år til og med 5 år	37	26
Mer enn 5 år og til og med 10 år	27	19
Mer enn 10 år	23	16
Sum	144	101

Respondentene i undersøkelsen har fra 0 til 37 års arbeidserfaring som sykepleiere. 40 % har jobbet i to år eller mindre. Den nest største gruppen har jobbet mer enn 2 år og til og med 5 år.

Til sammen er det kun 35 % som har jobbet mer enn 5 år. De som har mer enn 10 års erfaring utgjør den minste gruppen (16 %). Gjennomsnitt for antall års arbeidserfaring er 5,9 år, men ser vi på andre mål for sentraltendens er median 3 og modus 0,5 år. Dette siste tallet er svært interessant, særlig i lys av fordelingen av sykepleiernes erfaringsbakgrunn på de ulike postene:

Tabell 6
Sykepleiernes arbeidserfaring sett i forhold til hvilken post de arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
0 år til og med 2 år	63	89	50	30	7	33	0
Mer enn 2 år og til og med 5 år	29	6	33	33	22	33	17
Mer enn 5 år og til og med 10 år	8	0	13	22	41	33	8
Mer enn 10 år	0	6	4	15	30	0	75
Sum i prosent	100	101	100	100	100	99	100
N	24	18	24	27	27	12	12

Post 6, 7 og 8 har spesielt mange sykepleiere med liten arbeidserfaring (to år eller mindre). Dette kan blant annet ha sammenheng med at det ble ansatt en del nyutdannede sykepleiere i forbindelse med at bydel Sagene/Torshov ble tilknyttet LDS fra 1. september 2007. Post 7 utpeker seg ved at det i tillegg er svært få som har lenger erfaring. Gjennom informasjon av avdelingssykepleier, Eva-Lill Nerlien, viser det seg at alle sykepleierne utenom 5 stykker var nyutdannet fra 1. september 2007. Dette vil bety at de nyutdannede sykepleierne nesten ikke har noen med lang erfaring å rådføre seg med når det gjelder faglige spørsmål. I tillegg er det en fare for at de få som har lenger erfaring i for stor grad blir brukt som ressurspersoner og får lite faglig "påfyll" selv. På post 9 er antall års erfaring noe mer fordelt. I underkant av to tredjedeler har jobbet fem år eller mindre, omtrent en femtedel har jobbet mellom 5 og 10 år og 15 % har mer enn 10 års erfaring. Overvåkningen og poliklinikken er de avdelingene som har flest sykepleiere med mer enn ti års arbeidserfaring. På poliklinikken er det ingen som har jobbet mindre enn to år. Dette kan sees i forhold til gjennomsnittsalderen på disse avdelingene, som er høyere enn på de andre. I tillegg er det oftest ønskelig med tidligere arbeidserfaring for å bli ansatt. I mottagelsen har en tredjedel to år eller kortere erfaring, en tredjedel mellom to og fem års erfaring og en tredjedel mellom fem og ti års erfaring. Det er ingen på denne avdelingen som har jobbet mer enn ti år.

Vi stilte spørsmål om respondentene har universitets-/høgskoleutdanning i tillegg til sykepleierutdanningen. Svarfordelingen vises i tabellen under:

Tabell 7
Svargivernes fordeling når det gjelder utdanning i tillegg til sykepleierutdanning

	Antall	Prosent
Nei	90	63
Studie/kurs innen flerkulturelle/etniske minoritetsgrupper	7	5
Intensivsykepleie	11	8
Psykiatri	1	1
Annet	33	23
Sum	142	100

Dersom denne formelle kompetansen sees i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider, er fordelingen slik:

Tabell 8
Tilleggsutdanning sett i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider

	Nei	Studie/kurs innen flerkulturelle/ etniske minoritetspasienter	Intensiv- sykepleie	Psykiatri	Annet
Post 6	22	29	0	0	6
Post 7	14	14	0	0	12
Post 8	18	0	0	0	21
Post 9	17	14	0	0	30
Overvåkningen	14	14	91	100	6
Mottagelsen	9	14	9	0	6
Poliklinikken	6	14	0	0	18
Sum i prosent	100	99	100	100	100
N	90	7	11	1	33

De fleste sykepleierne på Klinikk for medisin har ingen universitets-/høgskoleutdanning i tillegg til sykepleierutdanningen. Det er syv som har gjennomført studie/kurs innen flerkulturelle/etniske minoritetspasienter. Av disse jobber to på post 6, én på post 7, én på post 9, én på overvåkningen, én i mottagelsen og én på poliklinikken. Dette er sykepleiere som sannsynligvis er interessert i temaet, og som kanskje kan fungere som ressurspersoner på området. På post 8 er det ingen med en slik tilleggsutdanning. De som har videreutdanning i intensivsykepleie arbeider hovedsakelig på overvåkningen, én jobber i mottagelsen. Den ene respondenten som har videreutdanning i psykiatri, er ansatt på overvåkningen. 23 % har krysset av for at de har annen tilleggsutdanning enn de som er nevnt som svaralternativer i spørreskjemaet. Studier som er nevnt er: jordmorutdanning, lærerutdanning (2 stk), musikk grunnfag, eksamen filosofikum/ex.fac (3 stk), sosiologi, filosofi, hjelpepleier, mellomfag teatervitenskap (humaniora), journalsthøgskole (2 stk), bedriftsøkonomi, klinisk spesialist (5 stk), administrasjonsutdanning, onkologi, astma/KOLS (2 stk), spesialpedagogikk, diakoni årsenhet, psykologi (2 stk), førskolelærerutdanning, filosofi, pedagogikk, palliasjon, tysk grunnfag, videreutdanning i rehabilitering, bachelor i økonomi, sosiologi og én holder på med en mastergrad. I tillegg er det noen som har krysset av for at de har tilleggsutdanning uten at de har skrevet hva slags type.

Det gjøres oppmerksom på at siden det er få svargivere i noen av kategoriene, utgjør disse mye i prosenteringen i denne tabellen.

Videre ble det stilt spørsmål om hvilken verdensdel sykepleierne er født:

Tabell 9
Svargivernes fordeling på fødested

	Antall	Prosent
Skandinavia	128	90
Europa	5	4
Amerika	2	1
Asia	5	4
Afrika	3	2
Sum	143	101

De fleste sykepleierne er naturlig nok født i Skandinavia, men alle verdensdeler bortsett fra Australia er representert. Vi hadde opprinnelig ønsket å stille spørsmål om konkret fødeland her for å få kunnskap om det er sykepleiere på Klinikk for medisin med en spesiell kulturell kompetanse, men som tidligere nevnt ble vi anbefalt å endre dette spørsmålet av personvernombudet for at respondentene skulle bli mindre gjenkjennelige.

Tabell 10
Språkkunnskaper i et fremmedspråk

	Antall	Prosent
Ja	109	77
Nei	32	23
Sum	141	100

På spørsmål 7 hadde vi ønske om å få informasjon om konkrete språkkunnskaper, men endret spørsmålet av samme grunn som beskrevet over. I ettertid ser vi at vi likevel skulle ha formulert spørsmålet noe annerledes slik at engelsk var ekskludert i tillegg til norsk. Slik spørsmålet ble stilt, kan det være mange av respondentene som har svart ”ja” fordi de kan gjennomføre en samtale på engelsk. Noen få har imidlertid skrevet et konkret språk de kan. Språk som nevnes i tillegg til engelsk er: svensk, tysk, fransk, spansk og én forstår noe afrikaans (snakkes hovedsakelig i Sør-Afrika og Namibia, men kan også forstås av nederlendere og flamsktalende belgiere).

3 Sykepleiernes erfaringer og kunnskaper

I dette kapitlet vil vi vise respondentenes svar på de spørsmålene i spørreskjemaet som omhandler deres erfaring og kunnskap om etniske minoritetspasienter. I svarene skinner også holdninger igjennom.

3.1 Sykepleiernes erfaring med etniske minoritetspasienter i tall

Den første påstanden var ”Vi har mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på min avdeling”. Her fordelte svarene seg som følger:

Tabell 11
Mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	5	3
Utsagnet passer i mindre grad	12	8
Utsagnet verken passer/passar ikke	30	21
Utsagnet passer godt	49	34
Utsagnet passer svært godt	48	33
Vet ikke	1	1
Sum	136	100

To av tre respondenter mener at dette utsagnet ”passer godt” eller ”svært godt”. Kun 11 % mener at det ”ikke passer i det hele tatt” eller ”i mindre grad”. Det registreres ikke antall innleggelses av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på LDS, men disse tallene bekrefter tidligere inntrykk og underbygger behovet for og betydningen av at sykepleierne har kompetanse på dette området.

Når svarene på den samme påstanden sees i forhold til de ulike postene, er fordelingen slik:

Tabell 12
Mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold de forskjellige postene

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	0	0	0	15	0	8	0
Utsagnet passer i mindre grad	0	0	8	33	4	0	0
Utsagnet verken passer/passar ikke	4	28	17	41	25	17	0
Utsagnet passer godt	38	33	54	7	46	17	33
Utsagnet passer svært godt	58	39	21	0	25	58	67
Vet ikke	0	0	0	4	0	0	0
Sum	100	100	100	100	100	100	100
N	24	18	24	27	28	12	12

Majoriteten av respondentene på post 6, 7, 8, overvåkningen og mottagelsen mener at dette utsagnet ”passer godt” eller ”svært godt”. På post 6 har så mange som 96 % krysset av på et av disse svaralternativene og på poliklinikken har samtlige sykepleiere svart at utsagnet

passer. Svarfordelingen hos respondentene på post 9 er annerledes. Her har 41 % svart at utsagnet ”verken passer eller ikke passer”, mens nesten halvparten (48 %) mener det ”ikke passer i det hele tatt” eller ”i mindre grad”. Det kan altså se ut som at det er langt færre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på post 9 enn på de andre postene. Dette har sannsynligvis sammenheng med at post 9 er en rehabiliteringsavdeling. Man erfarer at eldre mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn i liten grad fanges opp av geriatriske helsetilbud.

Den neste påstanden var ”*Jeg har lang erfaring med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn*”. Den totale fordelingen ift. svaralternativene er presentert i tabellen under:

Tabell 13
Lang erfaring med etniske minoritetspasienter

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	29	20
Utsagnet passer i mindre grad	41	29
Utsagnet verken passer/passar ikke	42	29
Utsagnet passer godt	19	13
Utsagnet passer svært godt	13	9
Sum	144	100

Nesten halvparten av sykepleierne (49 %) mener at de ikke har lang erfaring med etniske minoritetspasienter. I overkant av en av fem (22 %) mener det motsatte, at de har lang erfaring med denne pasientgruppen.

Sees svarene på dette utsagnet i forhold til sykepleiernes antall års arbeidserfaring, er fordelingen som følger:

Tabell 14
Erfaring med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	32	17	4	10
Utsagnet passer i mindre grad	39	25	28	5
Utsagnet verken passer/passar ikke	20	53	32	19
Utsagnet passer godt	7	3	28	33
Utsagnet passer svært godt	2	3	8	33
Vet ikke	0	0	0	0
Sum i prosent	100	101	100	100
N	57	37	26	23

Svarene er som man kan forvente. De som har kort arbeidserfaring har også liten erfaring med minoritetspasienter. Jo lenger arbeidserfaring, jo flere er det som finner utsagnet å passe godt.

Videre er svarene sett i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider på:

Tabell 15
Erfaring med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold til post

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkingen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	8	28	30	41	11	8	0
Utsagnet passer i mindre grad	29	39	30	41	18	25	8
Utsagnet verken passer/passar ikke	46	11	26	15	36	50	25
Utsagnet passer godt	17	6	13	4	21	8	25
Utsagnet passer svært godt	0	17	0	0	14	8	42
Sum i prosent	100	100	100	100	100	100	100
N	24	18	23	27	28	12	12

På post 6, 7, 8 og 9 er det langt flere som svarer at dette utsagnet "ikke passer i det hele tatt" eller "i mindre grad" enn de som mener det "passer godt" eller "svært godt". På post 9 kan dette forklares med at det ikke er mange etniske minoritetspasienter på denne avdelingen. På de andre postene er det sannsynlig at forklaringen er sykepleiernes gjennomsnittlige korte arbeidserfaring. På overvåkingen er svarene mer fordelt. Her mener 29 % at utsagnet "ikke passer i det hele tatt" eller "i mindre grad" og 35 % at det "passer godt" eller "svært godt". I mottagelsen er det omtrent dobbelt så mange som mener at de ikke har lang erfaring med denne pasientgruppen som de som mener at de har det. Poliklinikken skiller seg ut ved at to av tre sykepleiere her uttrykker at utsagnet "passer godt" eller "svært godt" og kun 8 % mener det "passer i mindre grad". Dette kan forklares både med sykepleiernes gjennomsnittlige alder, som er høyere enn på de andre postene, og at det er forholdsvis mange etniske minoritetspasienter her (jf. tabell 12).

3.2 Usikkerhet, spørsmål og manglende internundervisning

Et av utsagnene som hadde med sykepleiernes erfaring å gjøre var: "Det er annerledes å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn med etnisk norske pasienter". Den totale svarfordelingen av utsagnet er vist i tabell 16:

Tabell 16
Annerledes å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn med etnisk norske pasienter

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	1	1
Utsagnet passer i mindre grad	4	3
Utsagnet verken passer/passar ikke	30	21
Utsagnet passer godt	65	46
Utsagnet passer svært godt	41	29
Vet ikke	2	1
Sum	143	101

Majoriteten (75 %) synes at dette utsagnet "passer godt" eller "svært godt". En marginal andel (4 %) mener at det ikke er annerledes å arbeide med etniske minoritetspasienter enn med etnisk norske pasienter.

Av de som synes at dette utsagnet passer godt/svært godt, er det flest blant de sykepleierne som har kortest arbeidserfaring. Med økende arbeidserfaring er det litt færre som mener det er annerledes å jobbe med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn med etnisk norske pasienter.

Den neste påstanden var ”Jeg er ofte usikker når jeg står overfor pasienter og/eller pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn”. Den totale svarfordelingen var som følger:

Tabell 17
Usikkerhet i møte med pasienter og/eller pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	10	7
Utsagnet passer i mindre grad	52	37
Utsagnet verken passer/passert ikke	44	31
Utsagnet passer godt	25	18
Utsagnet passer svært godt	10	7
Vet ikke	1	1
Sum	142	101

En stor andel av sykepleierne (44 %) mener at dette ”ikke passer i det hele tatt” eller ”i mindre grad”. I underkant av en tredjedel har svart at utsagnet ”verken passer eller ikke passer”. En fjerdedel uttrykker at de opplever usikkerhet i situasjoner med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.

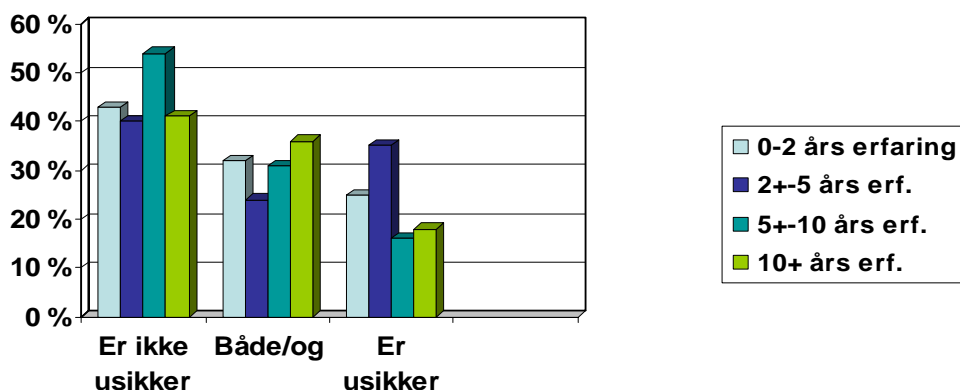
Dersom vi ser besvarelsene på dette utsagnet i forhold til antall års arbeidserfaring, blir fordelingen slik:

Tabell 18
Usikkerhet i møte med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	7	5	4	14
Utsagnet passer i mindre grad	36	35	50	27
Utsagnet verken passer/passert ikke	32	24	31	36
Utsagnet passer godt	14	27	12	18
Utsagnet passer svært godt	11	8	4	0
Vet ikke	0	0	0	5
Sum i prosent	100	99	101	100
N	56	37	26	22

Tabellen viser at det er flest som ikke føler seg usikre i møte med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn blant de som har jobbet 5-10 år. I de andre gruppene er det små forskjeller her. Man kunne kanskje forvente at det hadde vært flere som ikke var usikre blant de med lengst erfaring sammenlignet med de med kortest erfaring, men slik er det ikke. Prosentvis er det flest som er usikre blant de som har jobbet 2-5 år. Setter man dette opp som et diagram, tydeliggjøres funnet:

Figur 1: Usikkerhet overfor pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn sett ift. antall års erfaring (svarkategori 1 og 2 er slått sammen i søylene til venstre og 4 og 5 i søylene til høyre)



At en fjerdedel av sykepleierne uttrykker usikkerhet i møte med disse pasientgruppene og deres pårørende (tabell 17) gjenspeiler seg i deres behov for kunnskap, noe som blir diskutert utover i rapporten.

Vi satte også fram følgende utsagn: ”Har jeg spørsmål angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, er det ingen å spørre”.

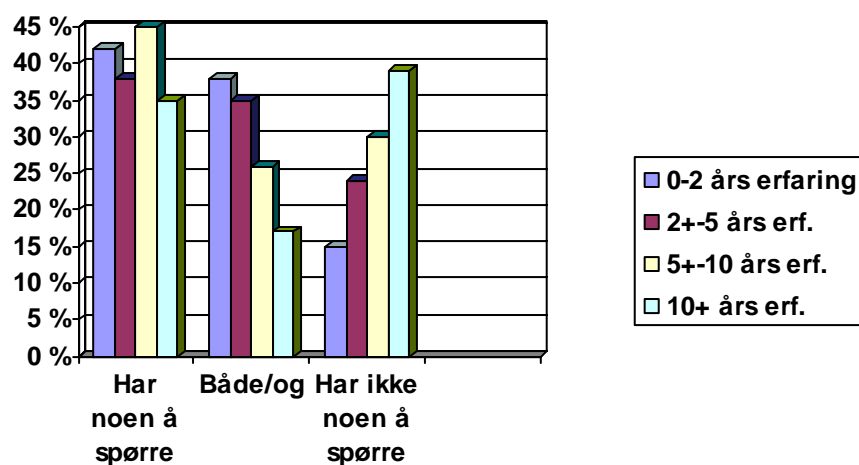
Tabell 19
Ingen å stille spørsmål om etniske minoritetspasienter

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	24	17
Utsagnet passer i mindre grad	34	24
Utsagnet verken passer/passar ikke	46	32
Utsagnet passer godt	29	20
Utsagnet passer svært godt	5	4
Vet ikke	6	4
Sum	144	101

To femtedeler av sykepleierne ved Klinikk for medisin mener at de har noen å henvende seg til om de har spørsmål angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, mens bortimot en tredjedel gir et både/og-svar. Omtrent en fjerdedel av staben mener de ikke har noen å spørre, og 4 % vet ikke.

Dette har vi sett i forhold til hvor mange års arbeidserfaring sykepleierne har og hvilken post de jobber på. Av figur 2 går det tydelig fram at det er de mest erfarne sykepleierne som i minst grad har noen å spørre. Ser man bort fra ”både/og”-kategorien, der tendensen er fallende med stigende erfaring, lager søylene i diagrammet tilnærmet en u-form, der de som har noen å spørre (med et unntak av de som har jobbet mer enn fem år og til og med ti år) prosentvis synker med antall års arbeidserfaring samtidig som de som ikke har noen å spørre prosentvis stiger med antall års erfaring. 15 % av de mest uerfarne mener de ikke har noen å stille spørsmål, mens 39 % av de mest erfarne mener det samme.

Figur 2: Fordeling angående påstanden "Har jeg spørsmål angående pasienter med minoritetsbakgrunn, er det ingen å spørre" sett ift. arbeidserfaring



På bakgrunn av disse dataene har vi følgende spørsmål:

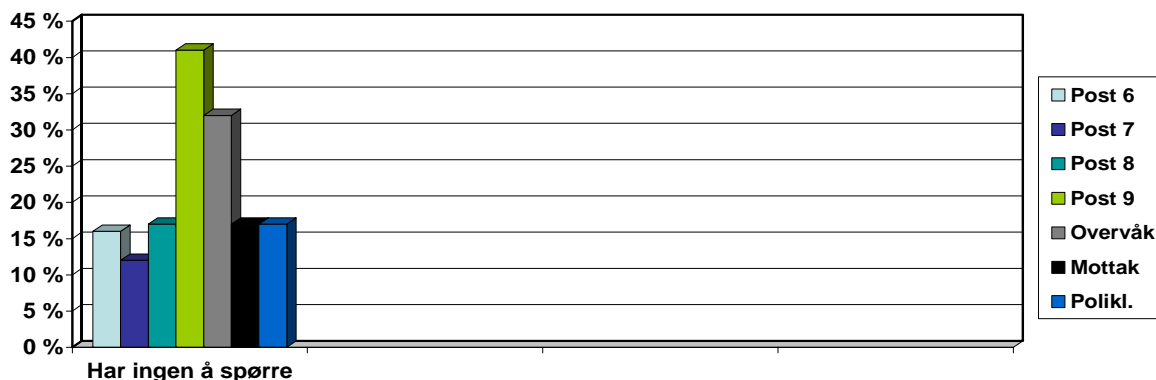
Kan dette komme av at mindre erfarne sykepleiere spør de med mer erfaring, mens de erfarne sykepleierne i mindre grad har noen de kan henvende seg til som har mer kunnskap enn dem selv? Dersom dette er riktig, hva gjør det med de erfarne sykepleierne at de stadig må være "orakler" for de mindre erfarne, samtidig som de selv ikke har noen å gå til med sine spørsmål? Av de som har besvart spørreskjemaet på 7-posten, er det to sykepleiere med henholdsvis 5 og 14 års erfaring, mens de resterende har fra 0-2 års erfaring, med hovedvekt på under 1 års erfaring. Hva gjøres for å ivareta de erfarne sykepleierne i forhold til denne typen situasjon?

Tabell 20 og figur 3 viser at situasjonen er mest prekær på post 9, der 41 % sier de ikke har noen å spørre, fulgt av overvåkningen, der 32 % svarer det samme.

Tabell 20
Ingen å stille spørsmål om etniske minoritetspasienter -sett i forhold til hvilken post respondentene arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	4	6	33	11	18	25	25
Utsagnet passer i mindre grad	42	18	29	7	29	8	25
Utsagnet verken passer/passar ikke	33	53	21	33	21	50	25
Utsagnet passer godt	8	6	17	41	25	17	17
Utsagnet passer svært godt	8	6	0	0	7	0	0
Vet ikke	4	12	0	7	0	0	8
Sum	99	101	100	99	100	100	100
N	24	17	24	27	28	12	12

Figur 3: Avdelingsvis fordeling av sykepleiere som ikke opplever å ha noen å spørre angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn



3.2.1 Manglende internundervisning

På påstanden om at *det gis internundervisning om pasienter med annen kulturell eller religiøs bakgrunn*, fikk vi følgende svar:

Tabell 21
Det gis internundervisning om pasienter med annen kulturell eller religiøs bakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	78	55
Utsagnet passer i mindre grad	31	22
Utsagnet verken passer/passar ikke	4	3
Utsagnet passer godt	7	5
Utsagnet passer svært godt	2	1
Vet ikke	20	14
Sum	142	100

Sees disse svarene i forhold til hvilken post respondentene arbeider, er fordelingen slik:

Tabell 22
Internundervisning om pasienter med annen kulturell eller religiøs bakgrunn sett i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	42	53	74	46	54	83	42
Utsagnet passer i mindre grad	33	24	4	31	25	8	17
Utsagnet verken passer/passar ikke	0	0	0	4	4	8	8
Utsagnet passer godt	8	0	9	4	0	0	17
Utsagnet passer svært godt	0	0	4	4	0	0	0
Vet ikke	17	24	9	12	18	0	17
Sum i prosent	100	101	100	101	101	99	101
N	24	17	23	26	28	12	12

Tabell 21 og 22 kan tolkes som at det i svært liten grad har vært internundervisning om dette temaet. Det kan imidlertid se ut som at noen av sykepleierne på post 6, 8, 9 og poliklinikken har deltatt på slik undervisning. Spørreskjemaene viser at de som mener at utsagnet ”passer godt” eller ”svært godt” har en gjennomsnittlig arbeidserfaring på ca. 11 år. Det er derfor mulig at det er lenge siden slik undervisning er gitt. En annen mulighet er at undervisningen ikke har vært tilknyttet den enkelte post (f.eks. fellesundervisning i auditoriet). Dette er kanskje mer sannsynlig fordi det også er noen respondenter med liten erfaring (mindre enn to år) som mener at utsagnet passer. En annen forklaring kan være at disse sykepleierne har fått undervisning/veiledning på tomannshånd eller i mindre gruppe av kollegaer eller andre fagpersoner.

3.2.2 Kunnskap som basis for pleie og omsorg

Vi har nå sett at tre fjerdedeler av sykepleierne ved Klinikk for medisin synes at det er annerledes å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn med etnisk norske pasienter (tabell 16) og at over halvparten av dem opplever i noen grad eller til tider at de er usikre i møte med disse pasientene og/eller deres pårørende (tabell 17). I tillegg opplever flere at de ikke har noen å stille spørsmål som er relatert til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn (tabell 19), og de færreste har hatt internundervisning om temaet (tabell 21). Når situasjonen er slik, ville det vært forunderlig om sykepleierne hadde svart positivt på påstanden ”Jeg har tilstrekkelig kunnskap angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn til å gi disse pasientene god omsorg og pleie” (tabell 23):

Tabell 23
Tilstrekkelig kunnskap om etniske minoritetspasienter til å gi god omsorg og pleie

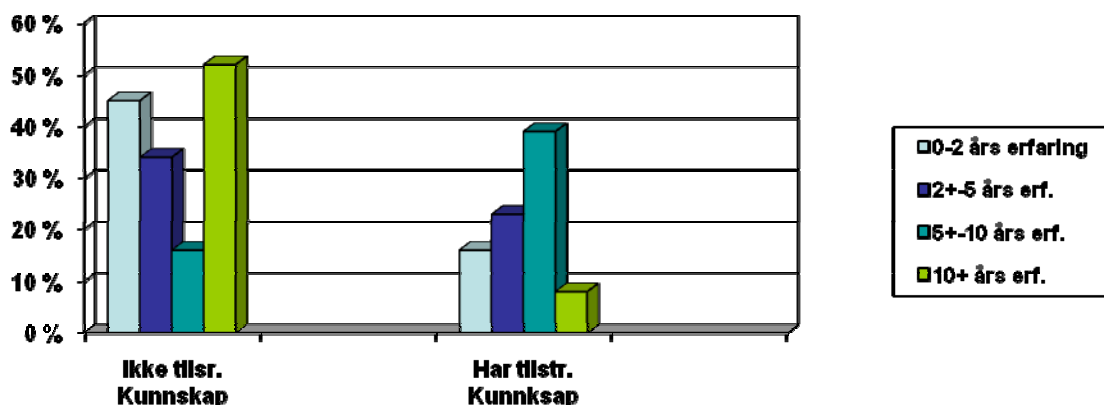
	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	15	11
Utsagnet passer i mindre grad	47	33
Utsagnet verken passer/passet ikke	49	35
Utsagnet passer godt	24	17
Utsagnet passer svært godt	4	3
Vet ikke	3	2
Sum	142	101

Vi finner da også at 44 % av respondentene mener at de ikke har nok kunnskap til å gi disse pasientene god omsorg og pleie, mens bare to av fem (20 %) mener at de har tilstrekkelig slik kunnskap. Sees disse svarene i forhold til antall års arbeidserfaring, blir fordelingen som vist i tabellen og søylediagrammet under:

Tabell 24
Tilstrekkelig kunnskap angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn til å gi pasientene god omsorg og pleie - sett i forhold til arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	11	8	12	13
Utsagnet passer i mindre grad	34	31	27	44
Utsagnet verken passer/passet ikke	34	42	23	35
Utsagnet passer godt	16	11	39	4
Utsagnet passer svært godt	0	8	0	4
Vet ikke	5	0	0	0
Sum i prosent	100	99	101	100
Antall	56	36	26	23

Figur 4: Kunnskap om etniske minoritetspasienter sett i forhold til arbeidserfaring



Det er tydelig at de sykepleierne som har lengst erfaring i minst grad opplever at de har tilstrekkelig kunnskap om minoritetspasienter til å gi god omsorg og pleie. Deretter er det de som har kortest erfaring som gir uttrykk for det samme. Det viser seg altså at verken opplevelsen av å ha nok kunnskap eller trygghet behøver å bli større med lengre arbeidserfaring. Dette er et interessant funn. Kommer det av at de med lengst erfaring er så dyktige i sin sykepleiegjerning at de er seg mer bevisste hva de ikke har nok kunnskap om?

Dersom vi ønsker å se på hvilke poster sykepleierne som mener de har tilstrekkelig kunnskap om etniske minoritetspasienter arbeider, er fordelingen som følger:

Tabell 25
Tilstrekkelig kunnskap om pasienter med etniske minoritetspasienter til å gi god omsorg og pleie -sett i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	4	6	9	24	7	17	8
Utsagnet passer i mindre grad	25	33	26	32	36	50	42
Utsagnet verken passer/passar ikke	33	28	48	40	36	8	33
Utsagnet passer godt	33	17	17	0	18	17	17
Utsagnet passer svært godt	4	0	0	4	4	8	0
Vet ikke	0	17	0	0	0	0	0
Sum i prosent	99	101	100	101	101	100	100
N	24	18	23	25	28	12	12

Her er det mottagelsen, post 9 og poliklinikken som prosentvis har flest respondenter som mener at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om minoritetspasienter. Post 6 har flest sykepleiere som i større eller mindre grad opplever at de har slik kunnskap.

Vi var nysgjerrige på om sykepleierne kontakter sine overordnede om de opplever at deres kompetanse ikke strekker til i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn:

Tabell 26
Kontakter aldri overordnede ved mangel på kompetanse i arbeidet med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	63	44
Utsagnet passer i mindre grad	25	17
Utsagnet verken passer/passet ikke	36	25
Utsagnet passer godt	9	6
Utsagnet passer svært godt	6	4
Vet ikke	5	4
Sum	144	100

Som tabellen viser, tar 61 % av respondentene slik kontakt i større eller mindre grad og en fjerdedel svarer at utsagnet verken passer eller ikke passer, noe vi tolker dit hen at de tar slik kontakt sporadisk.

Sees svarene i forhold til antall års arbeidserfaring er fordelingen slik:

Tabell 27
Kontakter aldri overordnede ved mangel på kompetanse i arbeidet med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn - sett i forhold til arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	35	46	50	57
Utsagnet passer i mindre grad	23	11	15	17
Utsagnet verken passer/passet ikke	35	30	8	9
Utsagnet passer godt	0	5	19	9
Utsagnet passer svært godt	2	8	0	9
Vet ikke	5	0	8	0
Sum i prosent	100	100	100	102
N	57	37	26	23

Selv om tabell 27 ikke viser så store forskjeller mellom disse gruppene når det gjelder å ta kontakt med sin overordnede, er det stor forskjell mellom de som har arbeidet fra 0 til og med 5 år og de som har arbeidet mer enn fem år når det gjelder svaralternativet "verken passer/passet ikke". Her er det langt flere som har krysset av for dette svaret blant de som har jobbet fem år eller mindre enn de som har jobbet mer enn fem år. Når det gjelder de som tar kontakt med overordnede når de har spørsmål, er det flest blant de med mer enn fem års erfaring.

Det er positivt at tre femtedeler av den totale respondentmassen mener de kan kontakte sin overordnede når de mangler kompetanse. Likevel må man ikke glemme de totalt 10 % som ikke gjør det. Og mens det bare er 2 % av respondentene med to år eller mindre erfaring som aldri kontakter sin overordnede når de mangler kompetanse angående etniske minoritetspasienter, er det tallet hele 18-19 % for sykepleierne med mer enn fem års erfaring.

Når to femtedeler av de mest erfarne mener de ikke har noen å spørre (figur 2), og bortimot en femtedel aldri kontakter sine overordnede når de har spørsmål, er dette tall som ikke bør overses.

3.3 Sykepleiere med studie/kurs innenfor flerkulturelle/etniske minoriteter

Vi har tidligere beskrevet at vi i liten grad vil presentere dataene som er relatert til de sykepleierne som har en kulturellrelatert utdanning fordi det er få respondenter i denne gruppen (kap. 1.2.1). Vi vil kun i korte trekk komme med en oppsummering av funnene for å vise hvilken betydning en slik utdanning muligens kan ha.

Ut fra respondentenes svar ser det ut til å være en sammenheng mellom kulturellrelatert utdanning og interesse for og kunnskap om minoritetspasienter. Det kan også se ut til at slik utdanning gir trygghet i møte med minoritetspasientene og deres pårørende, og at sykepleierne ikke nødvendigvis prøver å etterkomme pasientenes ønsker. En forklaring kan være at kunnskap gjør det lettere å vite hvor grensene skal settes. Videre kan det se ut som at det er sammenheng mellom å ha denne type utdanning og det å ha forståelse for minoritetspasientene, for eksempel i forhold til pasientenes smerteuttrykk.

Vi kan altså ikke generalisere disse funnene, men det kan sammen med andre funn, støtte opp under behovet for kunnskap om etniske minoritetspasienter.

4 Samarbeid, holdninger og atferd

Selv om respondentenes svar på påstandene under overskriften ”Samarbeid med pasient og pårørende” i spørreskjemaet vil utgjøre kjernepunktene i dette kapitlet, vil også andre påstander som kan sies å berøre samarbeid, i noen grad bli drøftet. Verken påstanden ”*Jeg er opptatt av å ikke gjøre forskjell på pasientene/behandle alle på samme måte, uansett etnisk eller religiøs bakgrunn*” eller ”*Jeg spør pårørende til råds angående stell og ritualer når en pasient med minoritetsbakgrunn dør*” kan løsrives fra samarbeidsaspektet. Videre kan påstanden ”*Jeg unngår helst å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn*” sies å være beslektet med påstanden ”*Jeg gruer meg til å gå inn og stelle pasienter når det er mange besøkende på rommet*” og ”*Det er vanskeligere å forholde seg til sørgende pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn enn til etnisk norske*”.

Sammen med påstanden ”*Jeg unngår helst å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn*”, dreier de fleste utsagnene ovenfor seg om følelser, men ikke bare det. Fra respondentenes svar kan man også trekke ut erfaringer og holdninger. Skjematisk kan man sette det opp på denne måten:

Tabell 28: Ulike aspekter ved spørsmål og svar relatert til samarbeid med pasienter og pårørende

Påstand/spørsmål	Aspekt av erfaring	Aspekt av følelser	Aspekt av holdninger
Jeg unngår helst å arbeide m/pas. m/etnisk minoritetsbakgrunn	X	X	X
Jeg er opptatt av å ikke gjøre forskjell på pasientene/behandle alle på samme måte, uansett etnisk eller religiøs bakgrunn	X		X
Det er interessant å arbeide m/pas./pårør. m/etnisk minor.bakgr.	X	X	X
Pas. med etnisk minoritetsbakgrunn bør ta seg sammen i stedet for å bråke slik når de har smerter		X	X
Jeg prøver alltid å etterkomme ønskene til pasienter/ pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn	X	X	X
Vi strekker oss for langt for å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn	X	X	X
Personalet er ofte uenige om hvor langt vi skal strekke oss ift. pasienter/pårørende m/etnisk minoritetsbakgrunn.	X		
Hensynet til minoritetsetniske pasienter/pårørende kan komme i konflikt mht norske pas., for eksempel ved behov for enerom	X		
Jeg gruer meg til å gå inn og stelle pasienter når det er mange besøkende på rommet	X	X	X
Er det enkelte minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre?	X	X	X
Det er vanskeligere å forholde seg til sørgende pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn enn etnisk norske.	X		X

Her er det viktig å være klar over at det kan være farlig å trekke for vidtgående konklusjoner angående holdninger ut fra svar på spørsmål som i første rekke dreier seg om erfaring og/eller følelser. Man kan ha en positiv holdning til en pasientgruppe og likevel erfare at sider ved samarbeidet med medlemmer av gruppen er spesielt utfordrende eller vanskelig.

Det som er verdt å merke seg er at over halvparten av sykepleierne ved Klinikk for medisin synes det er mer eller mindre interessant å arbeide med pasienter og/eller pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn, og legger man til de som svarer ”både/og”, er det nesten ni av ti som mener dette (tabell 29).

Tabell 29
Interesse for å arbeide med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	2	1
Utsagnet passer i mindre grad	14	10
Utsagnet verken passer/passert ikke	46	32
Utsagnet passer godt	46	32
Utsagnet passer svært godt	33	23
Vet ikke	4	3
Sum	145	101

Disse tallene holder seg temmelig jevne på tvers av antall års erfaringsbakgrunn, fra 59 % som synes slikt arbeid er interessant blant de med 0-2 års erfaring, til 60 % blant de med over 10 års erfaring. De som skiller seg ut her, er de med mer enn 5 år og til og med 10 års erfaring, som er nede i 38 % når det gjelder å finne arbeidet med pasienter og/eller pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn interessant (tabell 30).

Tabell 30
Interesse for å arbeide med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	0	3	4	0
Utsagnet passer i mindre grad	11	3	19	9
Utsagnet verken passer/passert ikke	26	38	37	26
Utsagnet passer godt	33	41	19	30
Utsagnet passer svært godt	26	16	19	30
Vet ikke	4	0	4	4
Sum i prosent	100	101	102	99
N	57	37	27	23

Relateres tallene til hvilken post sykepleierne arbeider, er det flest blant de på post 6 (71 %), post 7 (89 %) og poliklinikken (75 %) som synes det er interessant å jobbe med minoritetspasienter. På post 8 er det bare 17 % som mener det. Her det imidlertid mange som har svart at utsagnet ”verken passer/passert ikke”.

Tabell 31
Interesse for å arbeide med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkingen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	0	0	0	4	4	0	0
Utsagnet passer i mindre grad	8	0	17	11	11	8	8
Utsagnet verken passer/passert ikke	21	6	63	33	32	42	17
Utsagnet passer godt	46	56	13	30	11	25	67
Utsagnet passer svært godt	25	33	4	22	36	25	8
Vet ikke	0	6	4	0	7	0	0
Sum i prosent	100	101	101	100	101	100	100
N	24	18	24	27	28	12	12

4.1 Forholdet til pasienten

Svarene på påstanden: ”Jeg gruer meg til å gå inn og stelle pasienter når det er mange besøkende på rommet”, viser at halvparten av sykepleierne ikke gruer seg til å gå inn til pasienter med mange besøkende. Av de resterende respondentene er det knapt en femtedel som verken gruer eller ikke gruer seg til å gå inn til disse pasientene, mens en fjerdedel oppgir å grue seg i større eller mindre grad (jf. tabell 32).

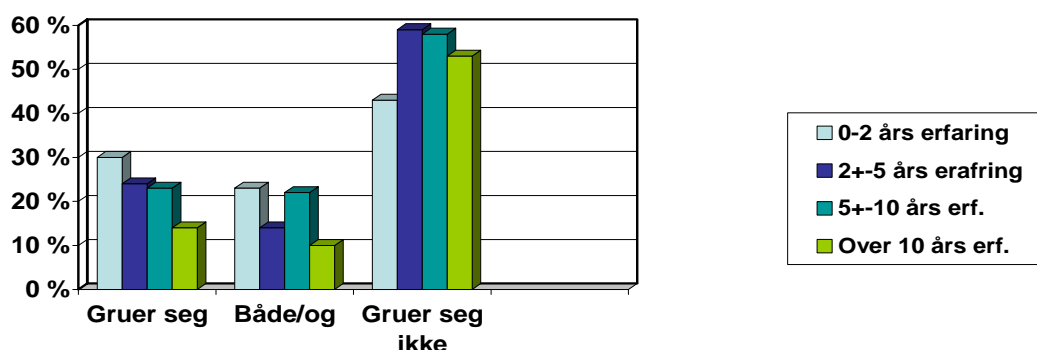
Tabell 32
Svarfordeling når det gjelder å grue seg til å stelle pasienter når det er mange besøkende på rommet

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	39	28
Utsagnet passer i mindre grad	34	24
Utsagnet verken passer/passet ikke	26	18
Utsagnet passer godt	27	19
Utsagnet passer svært godt	8	6
Vet ikke	8	6
Sum	142	101

Det er den siste fjerdedelen det er viktig for avdelingene å fange opp og hjelpe til å utvikle et mer positivt forhold til å ta seg av pasienter med mange besøkende. Det kan være mange årsaker til at sykepleiere har et problematisk forhold til å gå inn til pasienter med mange besøkende. For sykepleiere som er vant til norske pasienter med et begrenset antall besøkende som trekker seg ut av rommet når pasienten skal stelles, kan et stort antall pasienter som er der hele tiden og uansett hva som gjøres med pasienten, oppleves både overveldende og føre til usikkerhet. Noen har liten erfaring med slike situasjoner, noe som kan gjøre usikkerheten større, mens andre kan ha hatt negative erfaringer som har skapt en liten angst for slike situasjoner. Man kan ikke se bort ifra at det for enkelte dessuten kan dreie seg om fordommer.

Av figur 5 kan en se at de med mer enn to års arbeidserfaring i mindre grad gruer seg til å stelle minoritetspasienter enn de som har kortere erfaring:

Figur 5: Forholdet mellom erfaring og det å grue seg til å gå inn til minoritetsetniske pasienter når det er mange besøkende til stede



Mens 43 % av de med 0-2 års erfaring mener at påstanden om å grue seg ikke passer for dem, stiger prosenten til 59 % for de med mer enn to år og til og med fem års erfaring, mens det for de resterende kategoriene er snakk om vel 50 %. Dette gjenspeiler seg naturlig nok på den andre siden av skalaen: mens 30 % av ”novisene” stort sett gruer seg til å gå inn til pasienter med mange besøkende, er det bare 14 % av de mest erfarne sykepleierne som gruer seg. Blant

de mest erfarne er det bortimot en fjerdedel som svarer ”vet ikke” på påstanden. Hva dette kommer av, har vi ingen formening om.

Ser man på disse svarene i lys av utdanning (tabell 33), finner man at det er flest blant de som ikke har noen videre-utdanning som gruer seg til å gå inn å stelle minoritetspasienter når det er mange besøkende på rommet. Deretter er det intensivsykepleierne og de som har andre typer videreutdanning enn de som er nevnt som svaralternativ i spørreskjemaet som uttrykker at de gruer seg i slike situasjoner. Det må nevnes at hver intensivsykepleier her påvirker prosenteringen mye fordi det kun er elleve respondenter i denne gruppen. Respondentene som har videreutdanning innenfor psykiatri eller minoritetspasienter er ikke tatt med fordi de er så få at de lett vil kunne identifiseres.

Tabell 33
Svarfordeling når det gjelder å grue seg til å gå inn og stelle pasienter når det er mange besøkende på rommet sett i forhold til eventuell tilleggsutdanning

	Nei	Intensiv-sykepleie	Annet
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	26	46	27
Utsagnet passer i mindre grad	21	27	27
Utsagnet verken passer/passet ikke	19	9	15
Utsagnet passer godt	22	9	18
Utsagnet passer svært godt	8	9	0
Vet ikke	5	0	12
Sum i prosent	101	100	99
N	88	11	33

Som vi vil komme nærmere inn på i kapittel 4.4, er det særlig sigøynere som får ”gjennomgå” av respondentene. Noe av forklaringen på dette er sannsynligvis at LDS hadde et stort innrykk av sigøynere like før spørreundersøkelsen ble gjennomført. Ca. 300 besøkende til én pasient gjør naturlig nok inntrykk på personalet. Det er nok ikke uten grunn at en av respondentene skriver ift. sigøynere at det er viktig å forsøke ”å ikke ha forutinntatte holdninger – å møte hver pasient ift. vedkommendes situasjon og behov. Forholdene rundt er ofte med på å påvirke denne holdningen (uro/bråk ift. pårørende), og kan medvirke til at pasienten ikke kommer i fokus!!! Viktig å jobbe med i pasientgruppen!!!”

Med tanke på at bare halvparten av respondentene har svart at de ikke gruer seg til å gå inn til etniske minoritetspasienter med mange besøkende og hele 25 % oppgir at de mer eller mindre gruer seg, skulle man tro at bortimot en fjerdedel av sykepleierne ved Klinikk for medisin prøver å unngå disse pasientene. Tabell 34 viser imidlertid at bare 3 % oppgir at de i noen grad og bare 2 % at de i stor grad unngår å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn:

Tabell 34
Unngår helst å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	111	79
Utsagnet passer i mindre grad	11	8
Utsagnet verken passer/passet ikke	9	6
Utsagnet passer godt	4	3
Utsagnet passer svært godt	3	2
Vet ikke	1	1
Sum	140	9

Hele 87 % oppgir at de ikke prøver å unngå å arbeide med disse pasientene. Dette tilsier at sykepleierne i stor grad utviser en profesjonell holdning overfor pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, uansett sine indre følelser.

Det er imidlertid svært viktig å fange opp de få prosentene som gjør sitt beste for å unngå denne pasientgruppen. Det er viktig å finne ut hvorfor de handler på denne måten, for så å hjelpe dem til å arbeide seg igjennom det som fører til denne atferden. For en del vil vi tro at det også her er snakk om liten erfaring med etniske minoritetspasienter, men enkelte kan ha hatt så negative erfaringer at de har utviklet et problematisk forhold til disse pasientene. Vi kan dessuten ikke utelukke at det for enkeltes del er snakk om fordommer. Uansett årsak er det viktig å få den nødvendige hjelp til å utvikle et mer konstruktivt handlingsmønster, og hvilken konkret hjelp den enkelte trenger, vil variere.

Sees svarene på dette spørsmålet i forhold til arbeidserfaring, er det forholdsvis små forskjeller mellom de som har kort og de som har lengre erfaring. Vi presenterer derfor ikke disse tallene i en tabell. Når det gjelder respondentenes alder, er det heller ikke så store ulikheter i svarene. Men blant de som er 50 år eller mer, har samtlige svart at utsagnet om at de helst unngår å arbeide med etnisk minoritetsbakgrunn "ikke passer i det hele tatt" eller "i mindre grad". Det må her nevnes at det er få sykepleiere i denne gruppen, og at hver respondent påvirker prosenteringen mye.

Tabell 35
Fordeling når det gjelder å unngå å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold til alder

	23-29 år	30-39 år	40-49 år	50 år og mer
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	81	87	68	75
Utsagnet passer i mindre grad	5	5	21	25
Utsagnet verken passer/passet ikke	10	3	0	0
Utsagnet passer godt	3	3	5	0
Utsagnet passer svært godt	2	3	5	0
Sum i prosent	101	101	99	100
N	67	37	19	8

4.2 Samarbeid med pasient og/eller pårørende

Påstanden "Jeg er opptatt av å ikke gjøre forskjell på pasienter/behandler alle på samme måte, uansett etnisk eller religiøs bakgrunn" (tabell 36) er problematisk, ettersom vi innser at setningen kan tolkes på ulikt vis av respondentene.

Tabell 36
Opptatt av å ikke gjøre forskjell på pasientene/behandle alle på samme måte, uansett etnisk minoritetsbakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	8	6
Utsagnet passer i mindre grad	7	5
Utsagnet verken passer/passet ikke	9	6
Utsagnet passer godt	24	17
Utsagnet passer svært godt	95	66
Vet ikke	2	1
Sum	145	100

Vår tanke var at det å behandle pasienter *likt* ikke nødvendigvis alltid fører til at pleien blir *likeverdig*, og at det kan være nødvendig å behandle pasienter forskjellig for å yte likeverdig pleie. Vi er ikke sikre på om påstanden ble oppfattet slik den var tenkt fra vår side. Svarene kan derfor tolkes på minst tre måter:

1. Påstanden/spørsmålet er oppfattet slik det er ment fra forskernes side. 83 % av respondentene er i større eller mindre grad opptatt av ikke å gjøre forskjell, mens 11 % ikke er opptatt av å behandle pasienter likt uansett etnisk eller religiøs bakgrunn. I tillegg svarer 6 % verken/eller.
2. Påstanden/spørsmålet er oppfattet slik at det å ikke gjøre forskjell betyr å behandle likeverdig.
3. Påstanden/spørsmålet er oppfattet slik at det ”riktige svaret” er å ikke gjøre forskjell/å behandle objektivt likt.

Sannsynligvis har alle disse tolkningene av påstanden gjort seg gjeldende blant respondentene, noe som gjør tolkningen av funnene svært usikre.

Påstanden ”*Jeg prøver alltid å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn*” (tabell 37) inneholder aspekter av både erfaringsmessig, følelsesmessig og holdningsmessig karakter.

Tabell 37
Fordeling når det gjelder å alltid prøve å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	6	4
Utsagnet passer i mindre grad	9	6
Utsagnet verken passer/passar ikke	29	20
Utsagnet passer godt	56	39
Utsagnet passer svært godt	39	27
Vet ikke	4	3
Sum	143	99

Her ser man at mens hele 66 % i større eller mindre grad prøver å etterkomme pasienter og/eller pårørendes krav, svarer 10 % at dette er en påstand som ikke passer for dem. Dertil tilkommer 20 % av respondentene som svarer ”både/og”, noe som kan tolkes dit hen at det er situasjonsbestemt relatert til hva ønskene gjelder og/eller forholdene i avdelingen om pasienter/pårørendes ønsker kan etterkommes.

Analysen her kan være noe usikker ettersom spørsmålet kan ha blitt oppfattet som et ”lurespørsmål” hvor svaralternativene 4 og 5 er ansett som det ”politisk korrekte”. Om så er tilfelle og om dette har påvirket enkelte respondenters svar, er umulig å vite.

Tabell 38
Prøver alltid å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	2	0	7	13
Utsagnet passer i mindre grad	6	3	4	17
Utsagnet verken passer/passert ikke	26	19	11	17
Utsagnet passer godt	27	51	48	39
Utsagnet passer svært godt	35	24	30	13
Vet ikke	6	3	0	0
Sum i prosent	102	100	100	99
N	55	37	27	23

Når man studerer tallene i relasjon til antall års erfaring, ser man at blant sykepleiere med mer enn 10 års erfaring, er det 30 % som ikke er så opptatt av alltid å prøve å etterkomme pasientenes og/eller de pårørendes krav mot mellom 3-11 % blant resten av respondent-gruppene.

Vi vurderer det som positivt at en så stor del av sykepleierkorpset prøver å etterkomme ønskene til pasienter og/eller pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn. At en femtedel av respondentene gir et både/og-svar, tar vi som et tegn på at enkelte ønsker er vanskeligere å etterkomme, eller eventuelt er av en karakter som ikke lar seg etterkomme, mens andre er enkle/enklere å forholde seg til. Vi vil også tro at det kan være lettere å etterkomme visse ønsker dersom det er tid og overskudd i avdelingen, mens de samme ønskene ikke kan etterkommes på dager med lav bemanning, stor pleietyngde og høyt tempo.

4.2.1 Hvor langt skal man strekke seg?

Hvor langt pleiepersonalet mener de kan og vil strekke seg for å etterkomme pasienter og/eller pårørendes ønsker, vil variere med situasjonen på avdelingen, men det vil nok også være individuelt. Respondentene var uenige om man i avdelingene strekker seg for langt overfor pasienter og/eller pårørende (tabell 39):

Tabell 39
Sykepleiernes opplevelse av å strekke seg for langt i avdelingen for å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	23	16
Utsagnet passer i mindre grad	18	12
Utsagnet verken passer/passert ikke	33	23
Utsagnet passer godt	38	26
Utsagnet passer svært godt	22	15
Vet ikke	11	8
Sum	145	100

Mens 41 % av respondentene mener de strekker seg for langt, mener 28 % at de ikke gjør det. Nesten en fjerdedel (23 %) svarer "både/og", noe som kan tolkes som at svaret er situasjonsbetinget.

Tabell 40
Opplevelse av å strekke seg for langt i avdelingen for å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	11	11	30	22
Utsagnet passer i mindre grad	18	5	15	9
Utsagnet verken passer/passert ikke	28	22	22	13
Utsagnet passer godt	23	35	15	30
Utsagnet passer svært godt	11	19	15	22
Vet ikke	11	8	4	4
Sum i prosent	102	100	101	100
N	57	37	27	23

Forståelsen av at man strekker seg for langt i avdelingene for å etterkomme ønskene til pasienter og/eller pårørende med minoritetsbakgrunn, synes ikke å ha så mye med antall års erfaring å gjøre, ettersom tallene fra de med minst og de med nest mest erfaring (5+-10 år) på dette punkt er henholdsvis 34 % og 30 %, mens for de med 2+-5 og de med mest erfaring er tallene henholdsvis 54 % og 52 %.

Fordelt på avdelingene, finner man følgende tall:

Tabell 41
Opplevelse av å strekke seg for langt i avdelingen for å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn sett i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	13	11	13	7	25	33	17
Utsagnet passer i mindre grad	21	17	13	7	7	8	17
Utsagnet verken passer/passert ikke	29	22	25	26	21	17	8
Utsagnet passer godt	21	11	38	30	32	25	17
Utsagnet passer svært godt	13	22	13	15	14	0	33
Vet ikke	4	17	0	15	0	17	8
Sum i prosent	99	101	100	101	101	100	100
N	24	18	24	27	28	12	12

Ca. halvparten av respondentene på post 8 og poliklinikken mener at de strekker seg for langt for å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn. I mottagelsen er det prosentvis færrest sykepleiere som mener dette, men også her er det så mange som en fjerdedel som opplever det slik.

Som en parallell til tallene i tabell 39, framgår det i Hanssens studie fra 2002 at de forskjellige sykepleierne forholder seg ulikt til pasienters og/eller pårørendes ønsker og behov. En av sykepleierne klaget den gang over at avdelingen ikke hadde retningslinjer som personalet kunne forholde seg til:

”Og det blir vanskelig fordi at en dag så får de lov, og det er helt greit, og en annen dag så kommer det en sykepleier som synes at nå går det over streken, og da får de ikke lov. Og da blir det sånn ’vi fikk jo lov i går’” (s. 95).

Også nå i 2008 synes det å være uenighet blant sykepleierne om hvor langt man kan og bør strekke seg for å imøtekomme ønskene til pasienter og/eller pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn (tabell 42):

Tabell 42
Uenighet om hvor langt en skal strekke seg for å imøtekomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	34	23
Utsagnet passer i mindre grad	29	20
Utsagnet verken passer/passet ikke	33	23
Utsagnet passer godt	20	14
Utsagnet passer svært godt	4	3
Vet ikke	25	17
Sum	145	100

Svarene på påstandene ”Jeg er opptatt av å ikke gjøre forskjell på pasienter/behandler alle på samme måte, uansett etnisk eller religiøs bakgrunn” (tabell 36) og ”Vi strekker oss for langt i avdelingen for å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn” (tabell 39), kan synes motsetningsfylte. Man skulle tro at dersom man prøver å etterkomme pasienters og/eller pårørendes ønsker, medfører dette en forskjellsbehandling, ettersom ønskene vil være forskjellige. Men, siden det er flere tolkningsmuligheter relatert til påstanden om ”å ikke gjøre forskjell på pasientene/behandle alle på samme måte”, er det vanskelig å trekke slutninger på dette punkt.

I spørreskjemaene får vi noen svar på hvilke problemer avdelingene kan slite med og som man kan tenke seg er kilder til diskusjon:

- ✚ Det kan være vanskelig når pasienter har mange besøkende. Det er vanskelig å begrense antall besøkende av gangen. Spesielt vanskelig er det når de pårørende er der døgnet rundt eller kommer på besøk til ”upassende” tider, ikke minst om de ikke tar hensyn til de andre på avdelingen.
- ✚ Det er vanskelig når besøkende ikke følger sykehusets regler, som for eksempel ikke overholder fastsatte besøkstider.
- ✚ Det er vanskelig når enkelte krever å få gratis drosje og telefonbruk, spiser maten i avdelingen etc.

Også i fokusgruppeintervjuene forut for spørreskjemaundersøkelsen ble disse problemene diskutert. En av sykepleierne uttrykker at ”man kan ha kunnskap om *hvorfor* pasienter får så mange på besøk; de mange besøkende kan likevel være en utfordring. Når det blir bortimot 50 pårørende er det et problem, ettersom man ikke kommer fram til pasienten”.

Barn som besøkende kan utgjøre et særlig stort problem:

”Det kan være et problem når pasienten har med seg barn – ofte svært små barn – i avdelingen. Ungene kan være aktive, og det kan være vanskelig å forstå hvorfor ungene skal holdes unna mens sykepleierne utfører prosedyrer som venfloninnleggelse, sårstell etc. Enkelte vil ha med seg små barn inn på isolatene. Det kan være særlig problematisk når mor ønsker å ha sitt spedbarn med inn på isolatet”.

I fokusgruppeintervjuene kom det også fram at ”pårørende får vanligvis ikke være på avdelingen om natten, noe mange ikke har forståelse for” og at ”mange kommer tidlig og sitter til langt ut på kvelden”. Dette blir spesielt problematisk når mange besøkende finner ”det vanskelig å respektere at ’deres’ pasient eller medpasienter trenger ro. Vanskelig å finne

en balanse mellom ulike behov,” særlig når ”pårørende kan være ganske høylytte ift. medpasienter”. Det gjør ikke saken bedre at ”særlig eldre norske pasienter kan reagere på å ligge på rom sammen med utlendinger.” Alle disse kommentarene stemmer helt med funnene i Hanssens intervjustudie fra 2002.

I samtale med en av ressurspersonene, som selv har utenlandsk opprinnelse, ble det sagt at sykepleierne gjerne kan ”styre” visittiden mer når det er mange pårørende på besøk. Informanten mente at det ville være en fordel både for pasientene og pårørende. Det kan være vanskelig som pasient å si til pårørende at en ikke orker å ha så mye besøk, og pårørende kan også oppleve det vanskelig å gå fra den syke.

Sykepleierne hadde opplevd at mange minoritetspasienter klager hvis de må ligge på gangen: ”Det er bare fordi vi ikke er norske”. Også dette sammenfaller med Hanssens funn fra 2002. Enkelte sykepleiere fortalte den gang at de heller la sykere etnisk norske pasienter på gangen enn pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn fordi de ble slitne av å bli kalt rasister.

I et av fokusgruppeintervjuene kom det også fram at ”mange pasienter/pårørende kan være litt utålmodige. En del kan være vant til fra hjemlandet å betale for tjenestene, og forventer derfor at alt skal skje med en gang”. Dette at pasienter som er vant til å betale for tjenestene er vant til rask service, kom også fram i ressursamtalen med en av de utenlandske informantene (jf. side 2). Vedkommende hevdet at norske pasienter er mer tålmodige enn pasienter i hjemlandet. I parentes bemerket kan det her tilføyes at i en høyst uformell spørreundersøkelse, utført av Hanssen, blant briter, amerikanere og australiere om deres erfaring med norske sykehus, var dårlig service det første de trakk frem.

4.3 Noen praktiske og etiske problemområder

Vi fremsatte påstanden ”Hensynet til minoritetspasienter og deres pårørende kan komme i konflikt med hensynet til de norske pasientene, for eksempel ved behov for enerom”:

Tabell 43
Opplevelse av at hensynet til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kan komme i konflikt med hensynet til de norske pasientene, for eksempel ved behov for enerom

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	14	10
Utsagnet passer i mindre grad	7	5
Utsagnet verken passer/passar ikke	31	22
Utsagnet passer godt	41	29
Utsagnet passer svært godt	31	22
Vet ikke	19	13
Sum	143	101

Svarene her viser at godt over halvparten av respondentene (61 %) mener at hensynet til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kommer i konflikt med hensynet til de norske pasientene. Ca. en femtedel svarer ”både/og”, noe som her kan tolkes som at slike konflikter kan oppstå en gang i blant. Bare 15 % mener at slike konflikter ikke oppstår, og omtrent like mange vet ikke. Mange av sykepleierne opplever det tydeligvis som et dilemma når de må velge å ta hensyn til enten minoritetspasientene eller de norske pasientenes behov. Når vi ser svarene i forhold til antall års arbeidserfaring, er det flest blant de som har jobbet 2-5 år som

opplever disse dilemmaene. Blant de som ikke synes utsagnet passer i det hele tatt, er det flest blant de som har jobbet mer enn 10 år:

Tabell 44
Opplevelse av at hensynet til minoritetspasienter og deres pårørende kan komme i konflikt med hensynet til de norske pasientene, for eksempel ved behov for enerom -sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	4	14	4	24
Utsagnet passer i mindre grad	7	0	7	5
Utsagnet verken passer/passet ikke	19	19	33	19
Utsagnet passer godt	28	41	22	19
Utsagnet passer svært godt	21	22	30	14
Vet ikke	21	5	4	19
Sum i prosent	100	101	100	100
N	57	37	27	21

Hvordan svarene fordeler seg på postene (tabell 45), gjenspeiler i noen grad postenes karakter:

Tabell 45
Opplevelse av at hensynet til minoritetspasienter og deres pårørende kan komme i konflikt med hensynet til de norske pasientene, for eksempel ved behov for enerom -sett i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	8	0	4	4	22	17	20
Utsagnet passer i mindre grad	4	11	4	0	4	8	10
Utsagnet verken passer/passet ikke	33	17	13	22	21	33	10
Utsagnet passer godt	38	39	33	37	21	0	10
Utsagnet passer svært godt	8	22	25	26	25	33	10
Vet ikke	8	11	21	11	7	8	40
Sum i prosent	99	100	100	100	100	99	100
N	24	18	24	27	28	12	10

Konflikter der man må avveie hvem som trenger ressurser mest, synes å være størst på post 7 og 9, der henholdsvis 61 % og 63 % svarer at ulike hensyn kommer i konflikt, samt på post 8 (58 %). Legger man til de som svarer "både/og", noe som i denne sammenheng kan tolkes til at slike avveiningskonflikter oppstår av og til, er man oppe i 85 % på post 9, 79 % på post 6 og 78 % på post 7. De avdelingene der sykepleierne synes å se minst avveiningskonflikter er poliklinikken (20 %) og mottagelsen (33 %). Samtidig er det hele 40 % ved poliklinikken som svarer "vet ikke". Sykepleierne her arbeider på en helt annen måte enn ved de andre avdelingene/postene, så svarene kan tyde på at de avveiningsproblemene som her etterspørres i liten grad er aktuelle på denne avdelingen. En forklaring på at mottagelsen ligger lavere enn de andre postene, kan være at pasientene ikke ligger her over flere døgn. At 63 % av respondentene på post 9 opplever denne konflikten er imidlertid overraskende siden det ikke er så mange minoritetspasienter på denne posten. Men, dette med enerom var bare et eksempel, og de kan oppleve andre former for vanskelige avveininger pasientgruppene imellom. Det kan også hende at de svarer på generelt grunnlag. Uansett er tallene relatert til avveiningskonflikter høye.

Som beskrevet tidligere, kan de mange besøkende være et stort problem. Det kan for eksempel medføre at sykepleierne gruer seg til å gå inn å stelle pasienten når det er mange besøkende på rommet (jf. tabell 32). De mange besøkende kan også føre til etiske konflikter for eksempel angående hvem som trenger enerom mest, noe som kan gjøre et praktisk problem til et etisk dilemma. Er det pasienten som har mange besøkende, den som er svært syk eller døende eller den som må isoleres pga. infeksjoner man skal ta mest hensyn til? Denne typen avveininger kan være vanskelige, noe som fremgikk av tabell 43.

Når det gjelder det praktiske spørsmålet ”Hvem trenger enerom mest?” er dette en avveining som også beskrives som konfliktfylt i studiene til både Spence (1999) og Hanssen (2002). Spørsmålet er hvordan slike og andre konflikter av denne typen kan løses. Ettersom dette problemet i stor grad skyldes sykehusets arkitektur med mangel på enerom, er dette kanskje et uløselig dilemma.

For å løse noen av de praktiske problemene med mange besøkende, mente de vi intervjuet at:

- ✚ man burde hatt klarere visitt-tider som blir overholdt.
- ✚ pårørende evt. kan ta pasienten med ned i vestibylen eller lignende, og ikke sitte på rommet etter kl.19.00.
- ✚ en må være veldig tydelig og sette grenser tidlig.
- ✚ små barn ikke bør slippe inn på isolatene når man ikke har frakker etc. som passer dem.
- ✚ sykepleierne bør strekke seg langt med å gi enerom når det er mange pårørende, særlig i de tilfellene da pasienten trenger mye hjelp (noe de også ofte gjør).
- ✚ det er viktig med godt samarbeid med de pårørende. Spesielt i familier der pårørende gjør nesten alt for pasienten, er dette viktig.

En del pasienter forventer raskere service enn de får fra sykehuspersonalet. Samtidig kan tidsaspektet også være problematisk for sykepleierne. I fokusgruppeintervjuene kom det frem at:

- ✚ mange pasienter ofte ikke dukker opp ved timeavtaler, men kommer når det passer. Dette blir ikke minst problematisk når man har samordnet to påfølgende avtaler for dem.
- ✚ det at pasienter ikke dukker opp til avtalt tid, gjør at sykehuset må betale mange tolketimer til ingen nytte.

Også dette er et kjent problem fra Hanssens 2002-studie. En sykepleier ved medisinsk poliklinikk fortalte den gang at

”[j]eg har en asiatisk mann som aldri klarer å komme i tide. Når man har satt av en halv time, eller ... så kommer han 25 minutter for sent. Hver gang. Hver eneste gang. Det kan være fra et kvarter til 25 minutter. Og det er klart, det bruker jo opp tiden” (s. 145).

4.4 Holdninger til bestemte grupper av pasienter og/eller pårørende

Av de totalt 145 respondentene svarte over halvparten ”ja” på påstanden: ”Er det enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre?”. 58 (44 %) svarte ”nei” på spørsmålet. I tillegg var det her noen som enten svarte blankt eller skrev ”vet ikke”. Her ser vi i etterpåklokskapens lys at spørsmålet burde hatt en ”vet ikke”-kategori.

Tabell 46
Fordeling angående om enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende er vanskeligere å forholde seg til enn andre

	Antall	Prosent
Ja	74	56
Nei	58	44
Sum	93	100

Over halvparten svarte altså at det er enkelte grupper som er vanskeligere å forholde seg til enn andre. De største sprikene i svarene finner en på medisinsk poliklinikk, der 75 % svarte ”ja” og 25 % svarte ”nei”, og på overvåkningen, der svarene var henholdsvis 65 % ”ja” og 35 % ”nei”.

Tabell 47
Fordeling når det gjelder om enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende er vanskeligere å forholde seg til enn andre sett i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
Ja	57	65	44	39	65	60	75
Nei	43	35	57	61	35	40	25
Sum i prosent	21	17	23	23	26	10	12
N	100	100	101	100	100	100	100

Av de som svarte ”ja” på dette spørsmålet, var det 65 % som svarte på oppfølgingsspørsmålet om hvilke grupper det i så fall gjelder (da er skjemaene hvor det ikke er krysset av for dette spørsmålet, men et utfyllende svar er gitt, tatt med). 55 % av disse nevner sigøynere som en spesielt krevende gruppe. Som nevnt hadde LDS nettopp opplevd et stort innrykk av sigøynere som pårørende like før spørreundersøkelsen ble gjennomført, noe som sannsynligvis har påvirket svarene. De mest gjennomgående trekk i svarene vedrørende sigøynere er:

- ✚ Det er svært mange pårørende til stede til enhver tid, de respekterer ikke visittider og andre regler og tar generelt ”stor plass” i avdelingen.
- ✚ De kan være krevende, f.eks. kan de kreve å få gratis drosje, telefonbruk og tar seg til rette ift. mat o.l.
- ✚ Mange enkeltpersoner krever å få informasjon om pasientens tilstand.
- ✚ De virker ofte aggressive overfor personalet og uttrykker ofte misfornøydhet.
- ✚ De oppleves som vanskelige å samarbeide med, og gir inntrykk av ikke å ha respekt for personalet.

Respondentene i et av fokusgruppeintervjuene forut for spørreskjemaundersøkelsen kan kanskje sies å oppsummere sykepleiernes syn på sigøynere når de sier: ”Sigøynere utgjør den største utfordringen når det gjelder mengde pårørende. De er den gruppen som har den mest annerledes måte å forholde seg til regler på; visittider etc.”

På tross av den lange ”klage”-listen angående sigøynere er, som nevnt tidligere, respondenten sitert på side 25 opptatt av at sykepleierne forsøker å ikke ha forutinntatte holdninger, og en annen respondent mener personalet er blitt mye flinkere til å møte sigøynere ift. ønsker, behov og kultur.

Den etniske gruppen som kommer på andreplass av spesifikke krevende pasienter/pårørende, er somaliere (17 %). Kommentarene relatert til denne gruppen er:

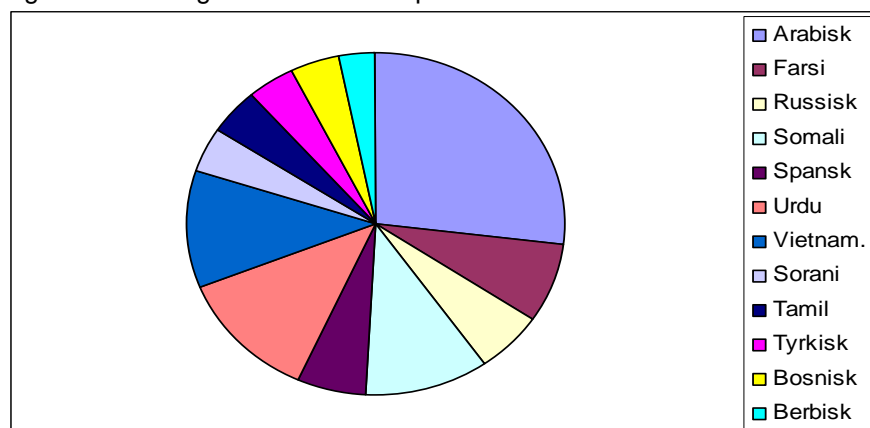
- ✚ De har et annet syn på sykdom og behandling. De kan ha sterke meninger og liten tro på personalets kunnskap.
- ✚ Sykepleierne opplever store språkproblemer ift. denne gruppen pasienter/pårørende.
- ✚ Enkelte sykepleiere føler seg utrygge i relasjon til somaliere i avdelingen fordi de har opplevd personer som har oppført seg truende.

Den tredje hyppigst nevnte gruppen er ”muslimer”. Av problemene som nevnes, er:

- ✚ De oppleves som lite integrerte i det norske samfunnet. Det oppleves som at de ikke respekterer vanlige norske normer ved sykehusbesøk ift. f.eks. visittider og antall besøkende, og de er krevende ift. å få gratis drosje, telefonbruk o.l.
- ✚ De viser ofte lite respekt for kvinner og gjør som de vil i avdelingen. Kvinnelige sykepleiere kan føle seg lite respektert når menn nekter å håndhelse på dem.
- ✚ En respondent hevder at muslimer anser det som ”tillatt å lyve for en ikke-muslim” og at vedkommende er skeptisk til muslimer på ”generelt grunnlag”.

Her vil vi kommentere at ”muslimer” som etnisk gruppe er umulig forskningsmessig å forholde seg til. Man finner muslimer i de fleste land på alle fem kontinenter, og det er store variasjoner i religiøs praksis mellom muslimer innen de ulike land, og ikke minst mellom muslimer med ulik kulturell bakgrunn som for eksempel personer fra Balkan, Panama, Mali og Indonesia. På svarskjemaene nevnes både somaliere (jf. ovenfor) og pakistanere (4 % av respondentene), og fra tolketjenesten får vi opplyst at arabisk er det språket som det hyppigst bestilles tolk i forhold til på LDS:

Figur 6: Fordeling av bestilte tolkespråk ved LDS i 2007



Tabell 48: Språk med over 50 tolkeoppdrag ved LDS i 2007

Arabisk	568	Farsi	158	Tyrkisk	89
Urdu	257	Spansk	126	Sorani	87
Vietnamesisk	233	Russisk	123	Bosnisk	86
Somali	218	Tamil	93	Berbisk	64

Det er umulig å vite hvem respondentene tenker på når de fører opp ”muslimer” som en etnisk gruppe det er spesielt vanskelig å forholde seg til. Vi tillater oss å undres over at medlemmer at et religiøst trossamfunn blir plassert i en felles etnisk ”bås”, og det hadde vært interessant å vite hva som ligger bak dette svaret. Håpet er at det ikke betyr at 15 % av alle sykepleierne ved Klinikk for medisin anser alle muslimer som kulturelt og religiøst like. 6 % av de som har kommentert spørsmål om det er enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre, peker på at det er individuelt og ikke etnisk betinget hvem det er vanskelig å forholde seg til. Også andre grupper, som for eksempel vietnamesere og ”fundamentalister”, nevnes av enkelte av våre respondenter relatert til dette spørsmålet.

I fokusgruppeintervjuene forut for spørreskjemaundersøkelsen kom det tydelig fram at det kan være vanskelig å forholde seg til pasienter og pårørende som har et annet sykdomssyn, særlig når det gjelder diabetes mellitus type 2 og infeksjonssykdommer når det er behov for isolasjon, noe som framgår av kapittel 5.

4.5 Kunnskap som etterlyses og benyttede mestringsstrategier

I svarskjemaer og fokusgruppeintervjuer er det følgende type kunnskap som etterlyses:

- Hvordan forholder mennesker tilhørende etniske minoriteter seg til tid/tidsbruk?
- Vet man hvorfor pårørende er her så mye? Kultur? Religion? Plikt? Vane?
- Hvordan få pasienter/pårørende til å forstå dette med timeavtaler etc.?

Mestringsstrategier:

- ✚ Sykepleierne luffer problemer med sine kollegaer for å få innspill til hvordan de best kan håndtere vanskelige situasjoner. De kan evt. la andre prøve å ”nå” pasienten dersom de selv ikke lykkes.
- ✚ Da avdelingen hadde en sigøyner som pasient og det var svært mange pårørende på besøk, ble sykehusets ledelse og sikkerhetssjef trukket inn for å bidra til å løse problemet. Familien ble bedt om å finne én person som kunne fungere som kontaktperson. Sykehusets sikkerhetssjef hadde fra tidligere erfaring med sigøynere, og hadde kunnskap om at deres hierarki i familien bygger på makt. Når kontaktperson skulle velges, var det viktig at familien selv gjorde dette fordi personen da forpliktet seg overfor familien og ville ha en ære å bevare. Ledelsen og sikkerhetssjefen hadde et møte med denne personen. Sammen kom de frem til en skriftlig avtale om retningslinjer for de pårørende. Dersom familien ikke fulgte avtalen, ble kontaktpersonen ringt til eller kontaktet av ledelsen på sykehuset slik at han hele tiden hadde ansvar for at avtalen ble overholdt. Det er nødvendig at en slik skriftlig avtale leses opp før den signeres fordi en god del sigøynere er analfabeter, uten at de liker å innrømme det. Avtalen gjaldt i ukedagene kun for 24 timer om gangen og i helgen fra fredag til søndag. På den måten gjaldt heller ikke sykehusets tilbud om eget oppholdsrom osv. hvis pårørende ikke overholdt sin del av avtalen.

5 Sykdomssyn, smerter og genetisk disposisjon for sykdom

Forholdet til sykdom, behandling og smerter vil ofte være påvirket av kulturell bakgrunn. Vi vil i dette kapitlet vise respondentenes svar som har med dette temaet å gjøre. Svarene viser, som i kapittel 3 og 4, både kunnskaper, erfaringer og holdninger.

5.1 Kunnskap om andre sykdoms- og behandlingssyn enn det norske

Svarene på påstanden ”Jeg har kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den ’norske’ biomedisinske sykdoms-/behandlingstenkningen”, viser at 38 % av respondentene ikke opplever at denne påstanden passer for dem. Legger man til de som svarer et både/og, er det hele 66 % som mener deres kunnskaper på dette feltet ikke strekker til.

Tabell 49
Kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den ”norske” biomedisinske sykdoms-/behandlingstenkningen

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	28	20
Utsagnet passer i mindre grad	25	18
Utsagnet verken passer/passar ikke	40	28
Utsagnet passer godt	31	22
Utsagnet passer svært godt	10	7
Vet ikke	9	6
Sum	143	101

Dette viser at det er et klart behov for mer kunnskap om andre kulturers og etniske gruppers forståelse og tenkning om sykdom og behandling. Denne kunnskapen er viktig for sykepleierne å ha i møte med både pasienter og pårørende. Blant annet har det stor betydning når det skal gis informasjon om sykdom og behandling ved sykehusinnleggelse og ikke minst dersom tilstanden krever langvarig behandling med oppfølging av pasienten etter utskrivelse.

Sees kunnskapsnivået i forhold til arbeidserfaring, blir fordelingen som følger:

Tabell 50
Kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den ”norske” biomedisinske sykdoms-/behandlingstenkning sett i forhold til antall års arbeidserfaring.

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	21	19	26	9
Utsagnet passer i mindre grad	20	19	7	22
Utsagnet verken passer/passar ikke	29	22	33	30
Utsagnet passer godt	16	28	22	26
Utsagnet passer svært godt	7	6	11	4
Vet ikke	7	6	0	9
Sum i prosent	100	100	99	100
N	56	36	27	23

Ut fra tabell 50 synes kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den biomedisinske, bare i liten grad å ha noe med antall års erfaring å gjøre:

På den ”negative” siden av tabellen mener to femtedeler av ”novisene” at de ikke har kunnskap om annet enn biomedisinsk sykdoms- og behandlingstenkning. Legger man til de som har gitt et ”både/og”-svar, gjelder dette tre femtedeler av de minst erfarne. Blant de med mer enn ti års erfaring er det knapt to femtedeler som mener de ikke har nok kunnskap, og også her er det snakk om tre femtedeler når ”både/og”-svarene er lagt til.

På den ”positive” siden av tabellen mener nesten en fjerdedel av ”novisene” at de har kunnskap på området. Tallene er noe høyere for de med mer erfaring, men selv blant de med mer enn ti års erfaring er det under en tredjedel som mener at påstanden om at de har kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den biomedisinske, i større eller mindre grad passer for dem.

Disse tallene viser at kunnskap om andre enn den biomedisinske måten å forstå sykdom og behandling på ikke er noe man får gjennom erfaring alene. Dette er spesifikk kunnskap som man bare kan få gjennom undervisning og/eller studier.

Funnene i tabell 49 stemmer godt overens med svarene på spørsmålet: ”Hva synes du at du trenger mer kunnskap om angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?”. 42 respondenter (29 %) svarer at de ønsker mer kunnskap om sykdomsforståelse. Dessuten etterlyser 8 respondenter, som kom med utfyllende kommentarer til spørsmålet ”Er det enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre?”, mer kunnskap om helhetlig pleie av pasienter fra ulike kulturer og religioner eller generell kunnskap om tverrkulturelt helsearbeid. I tillegg svarer to respondenter at somaliere har en annen oppfatning av sykdom og behandling enn majoritetsbefolkningen.

5.1.1 Ulikt sykdoms- og behandlingssyn innvirker på samhandling og informasjonsgiving

Sykdomssyn var et emne som ble mye diskutert i fokusgruppeintervjuene forut for spørreskjemaundersøkelsen. Sentrale punkter som kom fram var:

- ✚ Mange pasienter har en annen forståelse for hvordan sykdom oppstår – diabetes mellitus, smitte etc. – og hva det kommer av. Kroppsfølelse, sykdomsforståelse og smerteterskel – alt dette kan være forskjellig fra hos norske pasienter.
- ✚ Mange pasienter mener at man ikke blir smittet av sykdom, men fordi man har gjort noe galt. For mange er det dessuten vanskelig å forstå at man kan komme hjemmefra og rett fra et normalt familieliv til plutselig å være smittsom. Smitteregimene blir vanskelige å overholde fordi besøkende ikke gjør det de har fått beskjed om når sykepleierne ikke er til stede. Mange tar f.eks. av seg munnbind inne på isolatet når de snakker med hverandre. Dette kan gå ut over både deres egen og andres sikkerhet, både i og utenfor sykehuset.
- ✚ Mange skjønner ikke hva de kan spise etc. ved diabetes type 2. De forstår ikke konsekvensene av å ikke overholde et visst kosthold, unngå sukker etc. Både når det gjelder diabetes og andre sykdommer er det mange pasienter som tenker kosthold ift. varmt/kaldt relatert til hva man bør spise når man er frisk/syk og overser dietten gitt av sykehuset.
- ✚ Mange pasienter opplever tuberkulose (TBC) som like stigmatiserende som AIDS. Noe som skaper stigma er at man må foreta miljøundersøkelse ift. familien ved TBC. Man har erfart at for eksempel somaliere har sterke tabuer ift. TBC, og ryktet går fort innad i miljøet.

Naturlig nok får disse problemene innvirkning på informasjonsgiving og undervisning av pasient og pårørende:

- ✚ Det er en del problemer f.eks. i forbindelse med undervisning og informasjonsgivning på Lærings- og mestringssenteret og når det gjelder reglene for isolasjon på post.
- ✚ Mye av det sykepleierne tar som en selvfølge, er ikke en selvfølge for pasienter/pårørende.
- ✚ Det sykepleierne sier, blir ikke alltid oppfattet slik det var ment.

I et av fokusgruppeintervjuene ble det understreket at det er en stor fordel at man på LDS har ansatte med ulik språklig og kulturell bakgrunn. Da kan man spørre, om det er noe man lurer på. Leger etc. kan da ta samtalen direkte uten tolk. Kommunikasjon og tolk kommer vi nærmere inn på i kapittel 6.

5.1.2 Utsatthet/disposisjon for sykdom

Vi spurte respondentene om *enkelte minoritetsgrupper er utsatt/genetisk disponert for sykdom*. Av de 93 sykepleierne som svarte enten ”ja” eller ”nei” på dette spørsmålet, svarte tre av fem ”ja”, som er det riktige svaret:

Tabell 51
Fordeling når det gjelder om enkelte minoritetsgrupper er utsatt/genetisk disponert for sykdom

	Antall	Prosent
Ja	56	60
Nei	37	40
Sum	93	100

I tillegg var det 15 som hadde føyd til ”Vet ikke” eller skrevet et spørsmålstegn. Som beskrevet tidligere (kap. 1.1.3), er det en svakhet ved dette spørsmålet at det mangler et svaralternativ for ”Vet ikke”. Sett i forhold til arbeidserfaring er det flest blant de sykepleierne som har jobbet mellom fem og ti år som har svart riktig på dette spørsmålet. En skulle kanskje skulle tro at det ville være flest blant de med lengst erfaring som hadde denne kunnskapen.

Tabell 52
Kunnskap om minoritetsgruppers utsatthet/genetisk disposisjon for sykdom sett i forhold til arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Ja	49	64	75	69
Nei	51	36	25	31
Sum i prosent	100	100	100	100
N	39	22	16	16

Svarene på spørsmålet kan deles i to kategorier: de som peker på genetisk disposisjon for visse sykdommer og de som peker på hvilke sykdommer visse grupper innvandrere erfaringsmessig er utsatt for.

Genetisk disposisjon: Her topper diabetes listen:

- 17 respondenter svarer at pakistanere og/eller indere er spesielt disponert for diabetes.
- 3 respondenter hevder at det er særlig kvinnene som er utsatt for dette, og 2 peker på at problemet skyldes endret livsstil og kosthold. 6 respondenter svarer at mennesker fra Asia er spesielt disponert for diabetes, mens 2 peker på at dette gjelder ”muslimer”, uten å spesifisere hvilke grupper det gjelder. Det er mulig at også disse respondentene blant annet tenker på pakistanere og/eller indere.
- I følge 3 respondenter er afrikanere disponert for diabetes.
- 13 av de som bare har nevnt sykdommer, uten å peke på hvilke grupper som er spesielt disponert for disse, nevner diabetes.

Andre sykdommer knyttet til genetisk disposisjon som nevnes er hjerte/kar-sykdommer (10 respondenter), livsstilssykdommer generelt (3), overvekt (1), sigdcelleanemi hos afrikanere (1), talassemi hos asiater (1), sjøgrens syndrom (1).

Sykdommer visse grupper innvandrere erfaringsmessig er utsatt for: Her nevnes:

- TBC nevnes av 9 respondenter. Pasientgruppene som utpekes er afrikanere, asiater og russere.
- HIV/AIDS (2 respondenter)
- Hepatitt hos pakistanere (2 respondenter)
- Malaria (1 respondent)
- Post-traumatisk stress-syndrom (1 respondent)
- D-vitamin-mangel (1 respondent)
- KOLS (1 respondent)
- Astma (1 respondent)

Dersom vi ser respondentenes svar i forhold til forskning på området, er det helt riktig at disposisjon for enkelte sykdommer kan ha sammenheng med gener og etnisitet. Vi vil her fokusere på de vanligste av disse tilfellene. Sør-asiater (fra Pakistan, India eller Bangladesh), som har immigrert til Vesten, har 2-6 ganger så høy forekomst av diabetes type 2 som hvite. De har også høyere forekomst av koronar hjertesykdom og kardiovaskulær død. Deres disposisjon for insulinresistens forklarer delvis denne risikoen. Når sør-asiater immigrerer til Vesten, fører tilpasning til vestlig kosthold og mindre fysisk aktivitet til vektøkning, hypertensjon og hyperlipidemi. Dette er faktorer som øker faren for hjertesykdom. Andre risikofaktorer er blant annet økt trombogen tendens og høyere serum homocystein (svovelsyre aminosyre som er forhøyet hos mange pasienter med hjertesykdom) (Kurian & Cardarelli, 2007; Mukhopadhyay, Sattar & Fisher, 2005). I tillegg er sør-asiater som har immigrert til Vesten, og spesielt kvinner, disponert for sentral overvekt og utvikling av metabolsk syndrom, noe som også gjør dem mer utsatt for hjertesykdom (Jafar, 2006). Det er altså et uheldig samspill mellom arv og miljø som gjør denne gruppen utsatt for disse sykdommene.

5.2 Smerteuttrykk og smertenivå

Svarene på påstanden ”*Det er vanskelig å bedømme smertenivået til mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn fordi de uttrykker smerter annerledes enn norske pasienter*”, viser at to tredjedeler (67 %) av respondentene opplever at denne påstanden passer for dem. Legger man til de som svarer et både/og, er det hele 87 % som mener deres evne til smertebedømmelse ikke strekker til:

Tabell 53
Vanskeligheter med å bedømme smertenivået til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn fordi de uttrykker smerter annerledes enn norske pasienter

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	2	1
Utsagnet passer i mindre grad	9	6
Utsagnet verken passer/passar ikke	29	20
Utsagnet passer godt	53	37
Utsagnet passer svært godt	43	30
Vet ikke	9	6
Sum	145	100

På tross av dette høye tallet, viser analyse av de kvalitative dataene at bare 6 respondenter (4 %) i spørreskjemaundersøkelsen peker på smerter som et område de trenger mer kunnskap om når det gjelder pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Det er dessuten bare én respondent som viser til pasienter som har en ”annerledes smerteterskel” under spørsmålet: ”Er det enkelte etniske minoritets- pasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre?”

Tabell 54
Vanskeligheter med å bedømme smertenivået til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn fordi de uttrykker smerter annerledes enn norske pasienter -sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	0	3	4	0
Utsagnet passer i mindre grad	7	3	0	17
Utsagnet verken passer/passet ikke	19	30	15	9
Utsagnet passer godt	37	35	44	30
Utsagnet passer svært godt	28	27	30	39
Vet ikke	9	3	7	4
Sum i prosent	100	101	100	99
N	57	37	27	23

Av tabell 54 ser en at problemet med å bedømme smertenivået hos pasienter med et annet smerteuttrykk enn det sykepleierne er vant med, er gjennomgående, på tvers av antall års arbeidserfaring. Riktignok er det 17 % av de med mer enn ti års erfaring som uttrykker at påstanden i større eller mindre grad ikke passer for dem, mens tallet varierer fra 4-7 % i de andre gruppene. Vi vil likevel hevde at erfaring gir et svært lite utslag her, og viser igjen at erfaring ikke nødvendigvis behøver å gi konkret kunnskap.

Mens det var få kommentarer angående pasienters annerledes smerteuttrykk i svarskjemaene, var dette et tema som ble diskutert i løpet av fokusgruppeintervjuene forut for spørreskjemaundersøkelsen. Her kom bl.a. følgende fram:

- ✚ Kroppsfølelse og smerteterskel kan være forskjellig fra norske pasienter.
- ✚ Mange pasienter gir uttrykk for mye smerter i situasjoner som for sykepleierne framstår som lite smertefulle. Andre har lært å ikke vise følelser. Det er vanskelig når pasienter ikke viser følelser: Hva ser man etter da?
- ✚ Mennesker som har vært utsatt for tortur kan reagere sterkt ut fra sine tidligere forferdelige opplevelser. Intubering ble nevnt som eksempel på noe som kan oppleves særdeles stressende. En sykepleier opplevde at en pasient mistet helt kontrollen da han/hun ble lagt inn på isolat/enerom og sykepleierne kom inn påkledd i følge fullt smitteregime.

Selv om sykepleierne finner det vanskelig å bedømme smertenivået til pasienter med et annerledes smerteuttrykk, synes ikke dette å skape negativitet overfor pasientene dette gjelder.

5.2.1 Holdning til fremmede/unorske smerteuttrykk

Påstanden ”Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn bør ta seg sammen i stedet for å bråke slik når de har smerter” er en holdningsrelatert påstand.

Tabell 55
Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn bør ta seg sammen isteden for å bråke slik når de har smerter

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	90	64
Utsagnet passer i mindre grad	22	16
Utsagnet verken passer/passert ikke	21	15
Utsagnet passer godt	3	2
Utsagnet passer svært godt	1	1
Vet ikke	4	3
Sum	141	101

Når alle respondentene studeres under ett, ser en at hele fire femtedeler av sykepleierne i større eller mindre grad avviser påstanden. Tar man med ”både/og”-svarene, er man oppe i 95 %. Bare 3 % mener at påstanden passer godt, mens 3 % vet ikke.

Det er vanskelig å vite om nært opp til hundre prosent har svart slik som de har, fordi et annet svar vil være svært politisk ukorrekt. Eller er det virkelig bare 3 % som mener at denne pasientgruppen syter og klager og bør ta seg sammen? Hanssens studie fra 2002 kan tyde på at 3 % er et lavt tall.

Ettersom de ”positive” tallene er så høye, får det liten uttelling å fordele svarene på påstanden i forhold til arbeidserfaring:

Tabell 56
Svarene på påstanden ”pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn bør ta seg sammen isteden for å bråke slik når de har smerter” sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	67	47	74	68
Utsagnet passer i mindre grad	15	22	15	9
Utsagnet verken passer/passert ikke	15	22	4	18
Utsagnet passer godt	2	3	4	0
Utsagnet passer svært godt	0	3	0	0
Vet ikke	2	3	4	5
Sum i prosent	101	100	101	100
N	55	36	27	22

Kunnskap som etterlyses

Relatert til sykdommer, sykdomssyn og sykehusoppholdet:

- ✚ Kroppsfølelse, sykdomsforståelse og smerteterskel – alt som kan være forskjellig fra norske pasienter. Sykepleierne trenger innsikt i hvordan pasienter kan forstå og tenke ift. sykdom og behandling relatert til ulike sykdommer. Hva tenker de om det vi ser som livsstilssykdommer og behandlingen av disse etc.?
- ✚ Hvordan pasienter fra etniske/religiøse minoriteter ønsker hjelp ved sykdom.
- ✚ Hvordan pasienter fra etniske/religiøse minoriteter opplever å være på sykehus.

- # Hvilke krav og forventninger pasienter fra etniske/religiøse minoriteter har til både egen familie og til sykehuset ved innleggelse på sykehus.
- # Hvordan ulike religioners høytider påvirker sykehusopphold og behandling.
- # Hvordan kultur påvirker sykepleierens rolle.
- # Hvilke sykdommer ulike etniske grupper er spesielt disponert for.

Relatert til smerter og smerteuttrykk:

- Generelt om ikke-norske reaksjoner på smerter/smerteuttrykk.

Personers reaksjoner på smerte er påvirket av en rekke faktorer, blant annet fysiologiske mekanismer, kjønn, personlighet, sosiodemografiske karakteristika og kultur. I enhver kultur finner man forventningsmønstre relatert til det å ha og uttrykke smerter. Disse forventningene defineres av kulturelle normer for smerteuttrykk: hva slags smerteuttrykk som regnes som tilbørlig og ”riktig” ift. smertens type og styrke. I enkelte kulturer er idealet å lide i stoisk stillhet, mens man i andre kulturer forventer at smerter uttrykkes fritt og ekspressivt (Cano, 2006; Lovering, 2006).

Forskning viser at sykepleiere lett blir frustrerte overfor pasienter med annen kulturell bakgrunn enn deres egen dersom de ikke er i stand til å forstå deres smerteuttrykk. I sin frustrasjon over smerteuttrykk, som de anser som overdrevne eller for stoiske, kan sykepleiere til og med benekte pasientens symptomer eller oppfatte dem som oppspinn (Bowler, 1993; Monsivais mfl., 2007). Dersom sykepleierne utvikler negative holdninger overfor disse pasientene, kan det gå ut over kvaliteten på den pleie og omsorg som blir pasienten til del. Weissman mfl. hevder for eksempel at ”vi er tilbøyelige til å yte mer påpasselig og omsorgsfull pleie til pasienter som er stoiske sammenlignet med pasienter som er ekspressive. Dette fordi smertekulturen i den vestlige sivilisasjon gir oss en tendens til å se opp til stoiske personer” (2002, s.1). Våre funn viser at sykepleierne kan finne det like vanskelig å tolke smertenivået til pasienter som lider i stoisk stillhet som de som klager høylydt. Sykepleierne uttrykker imidlertid mest frustrasjon over pasienter som har et smerteuttrykk som sykepleierne anser som unødig høylydt og ekspressivt (jf. over; Hanssen 2002).

6 Bruk av tolk

I spørreskjemaet stilte vi ingen direkte spørsmål om språklig kommunikasjon ut over de fire spørsmålene tilknyttet tolk og tolkebruk. Kommunikasjon og samhandling er likevel et tema som på ulike nivåer direkte eller indirekte kommer inn under flere av studiens påstander:

- ✚ Det er annerledes å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn med etnisk norske pasienter.
- ✚ Jeg unngår helst å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.
- ✚ Det er vanskelig å bedømme smertenivået til mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn fordi de uttrykker smerter annerledes enn norske pasienter.
- ✚ Jeg prøver alltid å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.
- ✚ Jeg gruer meg til å gå inn og stelle pasienter når det er mange besøkende på rommet.

Ettersom disse temaene ble diskutert i foregående kapitler, vil de bare i noen grad trekkes inn i kapittel 6.

6.1 Språkproblemer

I tillegg til svarene på de overnevnte påstandene fant vi i 10 av skjemaene at verbal kommunikasjon ble kommentert under spørsmålet ”*Er det enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre?*”:

- ✚ Generelle kommentarer om språkproblemer og om at det er problematisk når pårørende/pasient ikke snakker norsk/engelsk (eller tysk).
- ✚ Grupper som det påpekes å være spesielt store språkproblemer overfor: Eldre vietnamesere, pakistanere som ikke snakker norsk og somaliere.

I fokusgruppeintervjuene forut for spørreskjemaundersøkelsen ble kommunikasjonsproblemene utdypet. Som i de 10 spørreskjemakommentarene, kom problemene når pasienter ikke snakker norsk, tydelig fram. Blant annet ble det sagt at ”språket er et problem jevnt over, uansett bakgrunn. Det er frustrerende for begge parter når kommunikasjonen er dårlig. Frustrerte pasienter/pårørende kan snakke sitt eget språk i sinne når vi ikke forstår dem”. Det syntes å være stor enighet om at språkproblemer oftest oppstår overfor eldre innvandrere da det gjerne er de som kan minst norsk.

6.1.1 Et analytisk problem

I ettertid ser vi at overskriften over seksjonen med spørsmål 401-404 burde ha vært ”Bruk av profesjonell tolk”, og at det i alle spørsmålene burde vært uttrykt i klartekst at det dreier seg om profesjonell tolk, noe som bare eksplisitt framgår av spørsmål 404. Vi kan derfor ikke være sikre på om respondentene svarte ut fra sine erfaringer med profesjonelle tolker, eller om de også hadde familietolker i tankene da de svarte. Dette gjør analysen av svarene usikker. I vår analyse går vi ut ifra at respondentene svarer i forhold til profesjonelle tolker.

6.2 Vanskeliggjør tolkebruk kommunikasjonen med pasienten?

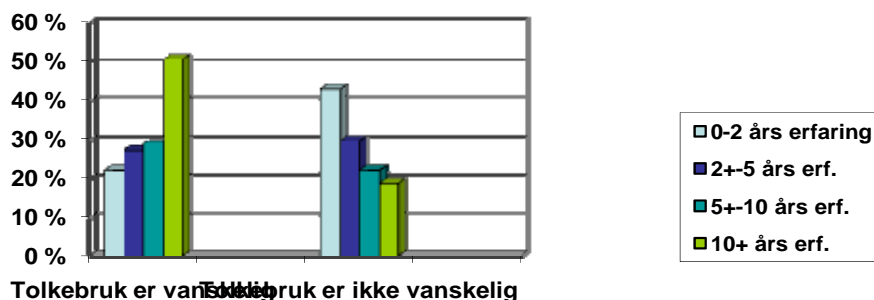
Som man ser av tabell 57, finner totalt 28 % av respondentene det mer eller mindre vanskelig å kommunisere godt med pasienter gjennom (profesjonell) tolk, 31 % finner det mer eller mindre uproblematisk, 26 % svarer "både/og" og tilkjenner sannsynligvis at de har blandete erfaringer med å bruke tolk, og 14 % vet ikke.

Tabell 57
Svarfordeling når det gjelder å oppleve det vanskelig å kommunisere med pasienten gjennom tolk

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	16	11
Utsagnet passer i mindre grad	29	20
Utsagnet verken passer/passar ikke	37	26
Utsagnet passer godt	29	20
Utsagnet passer svært godt	12	8
Vet ikke	20	14
Sum	143	99

Dette er ganske positive tall, og det var spennende å se på svarene i relasjon til respondentenes arbeidserfaring:

Figur 7: Om tolkebruk anses som vanskelig eller ikke, ut fra arbeidserfaring



Det var heller uventet at det er flere respondenter som er enig i påstanden om at det er vanskelig å kommunisere med pasienten gjennom tolk jo lengre arbeidserfaring de har. Vi har ikke noe svar på årsaken til dette fenomenet.

6.2.1 I hvilken grad stoler sykepleierne på tolken?

Sykepleierne ved Klinikk for medisin synes i ganske stor grad å ha *trygghet for at tolken oversetter alt som blir sagt* under samtalen, selv om funnene også på dette punkt varierer postene imellom (tabell 58 og 60):

Tabell 58
Respondentenes trygghet for at tolken oversetter alt som blir sagt

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	1	1
Utsagnet passer i mindre grad	14	10
Utsagnet verken passer/passar ikke	27	19
Utsagnet passer godt	42	29
Utsagnet passer svært godt	40	28
Vet ikke	21	15
Sum	145	102

Over halvparten er mer eller mindre enige i utsagnet, men 15 % vet ikke, og 11 % mener at utsagnet ikke passer. Studerer man svarene ut fra respondentenes arbeidserfaring, ser man at skepsisen på dette punkt vokser i noen grad med erfaring:

Tabell 59
Fordeling når det gjelder respondentenes trygghet for at tolken oversetter alt som blir sagt sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	0	0	0	4
Utsagnet passer i mindre grad	11	5	15	9
Utsagnet verken passer/passet ikke	11	27	22	22
Utsagnet passer godt	25	32	26	39
Utsagnet passer svært godt	42	22	22	9
Vet ikke	12	14	15	17
Sum i prosent	101	100	100	100
N	57	37	27	23

Forskjellene gruppene imellom er imidlertid ikke svært stor.

Tabell 60
Fordeling når det gjelder respondentenes trygghet for at tolken oversetter alt som blir sagt sett i forhold til hvilken post de arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	0	0	0	0	4	0	0
Utsagnet passer i mindre grad	13	11	4	11	14	0	8
Utsagnet verken passer/passet ikke	13	11	13	30	21	0	42
Utsagnet passer godt	38	33	25	19	29	33	33
Utsagnet passer svært godt	29	39	42	22	14	42	8
Vet ikke	8	6	17	19	18	25	8
Sum i prosent	101	100	100	101	100	100	99
N	24	18	24	27	28	12	12

Tabellen viser at det prosentvis er flest sykepleiere i mottagelsen og på post 7 som føler seg trygge på at tolken oversetter alt som blir sagt. Det er færrest som opplever dette på post 9, overvåkningen og poliklinikken.

Også når det gjelder påstanden ”*Jeg er trygg på at tolken sier i fra om det oppstår misforståelser under samtalen*”, viser tallene at sykepleierne i stor grad stoler på tolkene:

Tabell 61
Trygghet for at tolken sier i fra om det oppstår misforståelser under samtalen

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	4	3
Utsagnet passer i mindre grad	11	8
Utsagnet verken passer/passet ikke	28	20
Utsagnet passer godt	44	31
Utsagnet passer svært godt	36	25
Vet ikke	19	13
Sum	143	100

11 % svarer at dette utsagnet i større eller mindre grad ikke passer.

LDS har tidligere hatt en egen tolkekoordinator. I dag har sykehuset en minoritetsfagkonsulent som har ansvaret for kursene for minoritetspasientene på Lærings- og mestringssenteret og for kvalitetssikring av tolketjenesten. I tillegg har sykehuset to tolkebestillere som selv har minoritetsbakgrunn. Vi vil anta at dette er svært positivt for samarbeidet mellom sykepleierne og de profesjonelle tolkene. Forskning viser imidlertid at en god del profesjonelle tolker ikke er tilstrekkelig dyktige når det gjelder språk og/eller faglig forståelse. Chamba og Ahmad (2000) påpeker at

”effektiv kommunikasjon krever ikke bare språkkunnskap, men også kunnskap om den konteksten kommunikasjonen kulturelt og tjenestemessig foregår i. Dermed kan til og med ganske kompetente brukere av [norsk] til tider trenge tolk” (s. 92).

Og språkforsker Anne Birgitta Nilsen (2000) skriver at:

”[p]å grunn av ulik kulturbakgrunn forstår ikke de norske aktørene hva som sies av en utlending, selv om de tilsynelatende forstår de språklige ytringene i snever forstand. Utenlandske aktører forstår ikke hva de norske aktørene mener på grunn av tilsvarende manglende forståelse av det norske samfunn” (s. 18).

Som det framgår av sitatet fra Chamba og Ahmad, trenger tolken både innsikt i biomedisinsk uttryksmåte og tenkning for å gjøre en god jobb. I tillegg trenger tolken innsikt i pasientens/de pårørendes forståelse relatert til sykdom og behandling for å oppfatte om misforståelser oppstår, hva de i så fall beror på og å gjøre sykepleier og pasient/pårørende oppmerksom på at de ikke forstår hverandre, for eksempel pga. forskjellig etiologisk tenkning (jf. kapittel 4). Behovet for tolken som ”brobygger” mellom sykepleier og pasient framkom av fokusgruppeintervjuene forut for spørreskjemaundersøkelsen. Blant annet ble det sagt at:

- ✚ Mange trenger tolk selv om de snakker godt norsk i det daglige, ettersom man på sykehuset ofte snakker om andre ting enn det de mestrer på norsk.
- ✚ Det kan være vanskelig å forklare pasienten godt og ofte nok forhold som for eksempel angår isolasjon/isolasjonsregimer eller hvis pasienten er intubert etc.

I den forbindelse skriver Nilsen (2000, s. 37):

”Tolking handler ikke om å overføre et sett av ord fra et språk til et annet. Det handler derimot om å fortolke et muntlig budskap i en bestemt kontekst og så overføre dette til et annet språk slik at budskapet får samme betydning og effekt på tilhøreren”.

Dette stiller svært høye krav til den profesjonelle tolken. I fokusgruppeintervjuene kom det fram at ikke alle profesjonelle tolker er i stand til å fylle disse kravene. Enkelte er for eksempel tydelig uforberedt på å måtte tolke i behandlingssituasjoner. Flere av sykepleierne hadde erfart situasjoner der tolken ikke klarte å stå ved pasientens side å tolke mens det ble utført prøver og undersøkelser. Noen snudde seg bort, andre forlot rommet.

I andre situasjoner kan sykepleierne være usikre på om den profesjonelle tolken forstår det helsepersonellet sier. De prøver å skrive i bestillingen hva det skal snakkes om, men noe kan ikke nevnes pga. av taushetsplikten, og andre ganger kan man ikke forutsi hvordan samtalen vil utvikle seg og hva som blir tatt opp. Selv om sykepleierne mener at sykehustolker bør være kjent med de mest sentrale medisinske uttrykk og at tolken bør forstå at det vil bli brukt medisinske uttrykk når man skriver ”legesamtale” i bestillingen, erfarer de at så ofte ikke er tilfelle. Sett fra tolketjenestens side inneholder ofte bestillingsskjemaet for lite opplysninger

om hva samtalen skal inneholde. De mener at tolkene ville ha mulighet til å forberede seg bedre dersom feltet "Samtaletema" inneholdt tilstrekkelig informasjon.

6.2.2 I hvilken grad vet sykepleierne hvor de skal henvende seg for å bestille tolk?

Påstanden "Jeg vet hvem jeg skal kontakte for å få tak i profesjonell tolk", er egentlig et "ja"/"nei"-spørsmål; enten så vet man det, eller så vet man det ikke (tabell 62). Det er derfor et interessant fenomen i seg selv at svarene fordeler seg på flere punkter på tabellen:

Tabell 62
Svargivernes fordeling på påstanden " jeg vet hvem jeg skal kontakte for å få tak i profesjonell tolk"

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	4	3
Utsagnet passer i mindre grad	1	1
Utsagnet verken passer/passar ikke	13	9
Utsagnet passer godt	31	21
Utsagnet passer svært godt	92	63
Vet ikke	4	3
Sum	145	100

64 % av respondentene er helt eller forholdsvis sikre på hvem de skal kontakte ved behov for profesjonell tolk. Totalt 7 % vet ikke, og 9 % er usikre. Det betyr at 16 % av staben har behov for informasjon på dette punkt.

6.2.3 Er det alltid mulig å benytte profesjonell tolk?

Dette er ikke noe vi spurte om i spørreskjemaundersøkelsen. Det var imidlertid et tema som ble ivrig diskutert i de to fokusgruppeintervjuene. Kanskje det viktigste for sykehusets ledelse å legge merke til i så måte, er at sykepleierne var samstemte om at:

- ✚ Systemet for bestilling av tolk er uheldig. Bestillingsbekreftelsen som tolken skal ha med seg, kommer på mail neste dag til den som har foretatt bestillingen. Er bestillingen gjort på kveldsvakt og bestilleren har fri neste dag, blir bekreftelsen liggende i bestillerens "mailboks", slik at tolken ikke får med seg bekreftelsen han/hun trenger. Dette skaper problemer. Tolkebestilling er lettere på poliklinikken; problemet er særlig prekært på døgnposten.
- ✚ Profesjonell tolk benyttes vanligvis til informasjonsgivning og til medisinske samtaler. Man bestiller gjerne tolk til samtale med lege og til faglige samtaler, men ikke når det er spørsmål om hva slags mat pasienten ønsker å få servert neste dag eller andre hverdagslige spørsmål. Det er vanskelig å få tak i tolk til daglige småting, og man bruker stort sett pårørende som tolk i det dagligdagse.
- ✚ Man vet ikke ut fra pasientens henvisning om pasienten trenger tolk. Primærleger o.a. skriver som regel ikke noe om evt. slike behov.
- ✚ Tolketjeneste er bare tilgjengelig på dagtid (noe som ikke er helt riktig fordi det finnes en liste på intranett over språk det kan bestilles tolk på i helger og på kveldstid). Det er dessuten vanskelig å få informert og forklart pasienter og pårørende godt nok, ettersom man bare har den profesjonelle tolken til stede en time av gangen.

Av andre ting som kom fram i diskusjonen, var blant annet at pårørende etter sykepleiernes syn blir benyttet som tolk litt for ofte, og at det kan være vanskelig å skille mellom situasjoner der en kan benytte pårørende som tolk og når en bør skaffe profesjonell tolk. Et dilemma

oppstår særlig når man ikke bør benytte familien som tolk, samtidig som familien er til stede hele tiden og ønsker å tolke, og den profesjonelle tolken bare kan være til stede en time av gangen. På noen avdelinger mener sykepleierne at det ofte benyttes profesjonell tolk, mens det på andre brukes lite tolk. Prosessen for å bestille tolk er tungvint og det er vanskelig å få tilstrekkelig profesjonell assistanse. Dessuten ønsker pårørende ofte selv å være tolk; noen insisterer på å være tolk.

Vi vil her føye til at betydningen av å bruke profesjonell tolk underbygges av forskning. Det er vist at pasienter som har behov for tolk og ikke får det, har en dårligere egenrapportert forståelse av sin diagnose og behandlingsplan, og de ønsker ofte at den personen de har vært i kontakt med i helsevesenet hadde forklart bedre. Det viser seg også at ad hoc-tolker feiltolker eller unngår å formidle opp til halvparten av legens spørsmål. Ved ad hoc-tolkning er det økt fare for at det tolkes feil med mulige kliniske konsekvenser og det er større risiko for at for eksempel bivirkninger av medikamenter ikke blir nevnt. Andre kliniske konsekvenser av tolkefeil kan blant annet være at det gis feil informasjon om dose, hyppighet og varighet av behandling eller administrasjonsmåte av medikamenter og andre terapeutiske intervensjoner. En feil kan også være at ikke all informasjon som har klinisk betydning blir oversatt, for eksempel om medikamentallergier eller tidligere sykehistorie. Dersom barn brukes som tolk, viser det seg at de ofte blir flau og ignorerer visse temaer, som for eksempel spørsmål som dreier seg om menstruasjon, tarmfunksjon og andre kroppsfunksjoner (Flores, 2005).

Andre kommentarer som kom frem i fokusgruppeintervjuene:

- ✚ Man merker stor forskjell på om pasienten stoler på tolken og åpner seg eller ikke. Et eksempel her var en pasient som lå i avdelingen i flere uker og som plutselig ikke feilte noen ting da en annen tolk enn den som hadde vært der tidligere, kom for å tolke. Andre har erfart at bestilling av tolk kan være problematisk overfor gambiske og somaliske pasienter, pga. at miljøene er små (eller at tolk og pasient ikke tilhører samme klan, har vært fiender i krig eller lignende [forfatterens kommentar]).
- ✚ Også tolkens kjønn kan være viktig.
- ✚ Bruk av profesjonell tolk kan være et etisk dilemma overfor små språkgrupper.
- ✚ Problemer kan oppstå hvis det er dårlig kommunikasjon innad i familien. Da må man ofte gjenta informasjonen til mange forskjellige besøkende. Man må prøve å samle familien til felles informasjon.
- ✚ Sykepleierne uttrykker at de ser betydningen av å benytte profesjonell tolk, ikke minst i forbindelse med psykiske lidelser. Det er imidlertid ikke alltid like lett når man må bruke mange ord i forbindelse med depresjoner etc. Da kan det være vanskelig å få til en god samhandlingssituasjon når man har tolken som mellomledd.
- ✚ Man skal ikke la tolk og pasient være alene, men det skjer likevel ofte. Det kan være vanskelig å gjøre noe med. Det gjør imidlertid at man ikke aner hva tolk og pasient har snakket om mens man ikke var til stede.
- ✚ Det at pasienter ikke dukker opp til avtalt tid, gjør at sykehuset må betale mange tolketimer til ingen nytte.
- ✚ På noen avdelinger er det lapper som hjelper personalet å identifisere hvilket språk pasienten snakker, for eksempel "thai" skrevet både på thai og norsk (vedlegg 2).
- ✚ Det er en stor fordel at man på LDS har ansatte med ulik språklig bakgrunn. Da kan man spørre om det er noe man lurer på. Leger etc. kan da ta samtalen direkte uten tolk.
- ✚ Det er behov for brosjyrer til pårørende på ulike språk. Dagens brosjyre er på norsk.

6.3 Kunnskap som etterlyses

- Sykepleierne etterspør kunnskap om tolketjenesten. Hvem kan man kontakte når man trenger tolk?
- Hvilke holdninger har pasienter til at det benyttes profesjonell tolk?
- Hvordan opplever pasienten at familie benyttes som tolk? Sykepleierne tenker at det er galt, men hva tenker pasienten selv?
- Hvordan brukes tolk? Erfaringer med å bruke tolk? Blir noe av budskapet borte når man kommuniserer gjennom tolk? Hvordan samarbeide med tolken?

Det finnes flere bøker som omhandler tolking og tolkebruk, for eksempel Jareg og Pettersen (2006) og Hanssen (2005).

7 Dødsleiet/døden

Ritualer rundt dødsleiet og stell av den døde er et område det råder stor usikkerhet rundt relatert til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn:

Tabell 63
Tilstrekkelig kunnskap om ritualer rundt dødsleiet når en pasient med minoritetsbakgrunn dør og skal stelles

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	74	52
Utsagnet passer i mindre grad	42	29
Utsagnet verken passer/passet ikke	10	7
Utsagnet passer godt	4	3
Utsagnet passer svært godt	4	3
Vet ikke	9	6
Sum	143	100

Hele 81 % svarer at påstanden om at de har tilstrekkelig kunnskap om ritualer rundt dødsleiet når pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn dør og skal stelles ikke passer for dem. Bare 9 % mener at utsagnet i større eller mindre grad passer. Dette er et område hvor det virkelig er behov for informasjon!

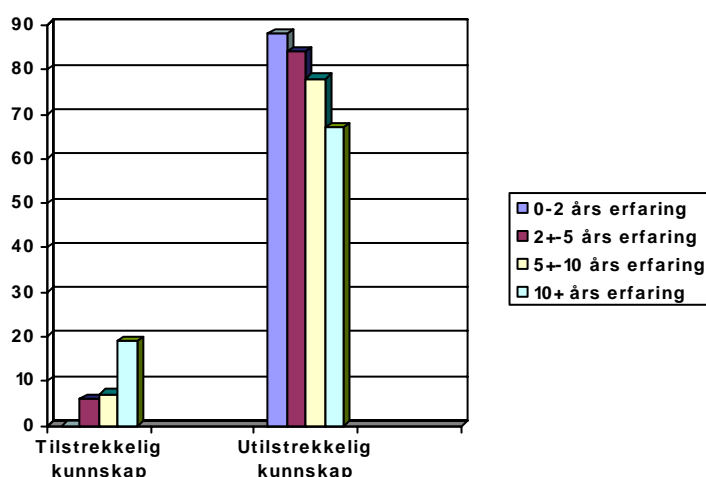
Selv om sykepleierne med mer enn ti års erfaring er oppe i 19 % som mener de i større eller mindre grad har kunnskap om dette, og det ikke er noen blant de med minst erfaring som har slik kunnskap, er manglende kunnskap gjennomgående på tvers av antall års arbeidserfaring:

Tabell 64
Tilstrekkelig kunnskap om ritualer rundt dødsleiet når en pasient med minoritetsbakgrunn dør og skal stelles sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	60	54	37	48
Utsagnet passer i mindre grad	28	30	41	19
Utsagnet verken passer/passet ikke	5	8	7	5
Utsagnet passer godt	0	3	7	5
Utsagnet passer svært godt	0	3	0	14
Vet ikke	7	3	7	10
Sum i prosent	100	101	99	101
N	57	37	27	21

Funnene tydeliggjøres i søylediagrammet:

Figur 8: Kunnskap om ritualer rundt dødsleiet, sett i forhold til arbeidserfaring



Når det gjelder kunnskap om hvem man skal kontakte når pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn dør, synes den mangelfull (tabell 65). Dette er egentlig et enten/eller-spørsmål, ettersom man skulle tro at enten vet man det eller så vet man det ikke. Likevel har svarene fordelt seg over hele linjen.

Tabell 65
Fordeling når det gjelder kjennskap til hvem som skal kontaktes når pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn dør

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	49	35
Utsagnet passer i mindre grad	26	19
Utsagnet verken passer/passert ikke	13	9
Utsagnet passer godt	10	7
Utsagnet passer svært godt	7	5
Vet ikke	35	25
Sum	140	100

Over halvparten av sykepleierne mener at dette utsagnet i større eller mindre grad ikke passer. Det er tydeligvis et stort behov for mer kunnskap på dette området! Bare 12 % uttrykker at de vet hvem de skal kontakte når pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn dør. Det må føyes til at utsagnet kan være vanskelig å forstå. I de fleste tilfeller er det pårørende det er naturlig å kontakte ved dødsfall. Det er mulig at utsagnet kan gi signaler om at respondentene skulle hatt en annen spesiell kunnskap. Kanskje det burde være en instans ved LDS som kan kontaktes hvis det ikke er pårørende å spørre eller det oppstår problemer?

Ser vi på svarene i forhold til antall års arbeidserfaring, blir fordelingen som følger:

Tabell 66
Kjennskap til hvem som skal kontaktes når pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn dør sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	4	3	0	4
Utsagnet passer i mindre grad	2	0	0	0
Utsagnet verken passer/passert ikke	11	11	4	9
Utsagnet passer godt	18	24	26	22
Utsagnet passer svært godt	65	57	67	65
Vet ikke	2	5	4	0
Sum i prosent	102	100	101	100
N	57	37	27	23

Også dette er et område der mange års erfaring ikke automatisk gir mer kunnskap. Bare 4-6 % mener de vet hvem som skal kontaktes, og ingen svarer dette i gruppen med 5+-10 års erfaring. +/- en fjerdedel i alle grupper svarer både/og, noe vi tolker som at de har kunnskap om hvem som skal kontaktes ved dødsfall i forhold til visse pasientgrupper, men ikke til andre.

Heller ikke blant de med kulturellt utdanning er tallene høyere.

7.1 Samarbeid med de pårørende/etterlatte

En av kommentarene angående ritualer og døden vi fant ift. spørreskjemaundersøkelsen under spørsmålet ”*Er det enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre?*” var:

- ✚ Sigøynere. Vanskelige å imøtekomme deres krav f.eks. ved morsstell (sist vi hadde innlagt en pasient med denne bakgrunnen gikk det overraskende bra).

Og i et av fokusgruppeintervjuene før spørreskjemaundersøkelsen kom det følgende fram:

- ✚ Pårørende vet ofte selv hvordan de vil ha det i forbindelse med dødsfall og er flinke til å si ifra om det. Begravelsesbyråene er flinke til å tilpasse seg de pårørendes ønsker.

Sykepleieren som uttalte dette hadde tatt en ringerunde rundt til de ulike begravelsesbyråene for å sjekke dette.

Disse to kommentarer viser at erfaringene blant sykepleierne er blandet. På påstanden ”*Jeg spør pårørende til råds angående stell og ritualer når en pasient med minoritetsbakgrunn dør*”, fikk vi følgende svar:

Tabell 67
Fordeling når det gjelder å spørre pårørende til råds angående stell og ritualer når en pasient med etnisk minoritetsbakgrunn dør

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	8	6
Utsagnet passer i mindre grad	5	4
Utsagnet verken passer/passar ikke	17	12
Utsagnet passer godt	42	30
Utsagnet passer svært godt	30	21
Vet ikke	38	27
Sum	141	100

27 % av sykepleierne svarer ”vet ikke” på denne påstanden, et svar som er vanskelig å tolke, ettersom det her egentlig er snakk om et ’ja’ eller ’nei’. Betyr en så stor svarprosent på ”vet ikke” at respondentene ikke ønsker å innrømme at de aldri eller bare sjelden spør pårørende til råds? Eller betyr det at dødsfall relatert til etniske minoritetspasienter er noe de ikke har opplevd? Vi vil gjerne tro at det er det siste som er tilfelle.

Halvparten av sykepleierne spør de pårørende, mens en tiendedel spør sjelden eller aldri. 12 % har svart ”både/og”, noe som kan tyde på at det er situasjonen som avgjør. Ved enkelte dødsfall kan det for eksempel hende at det ikke er noen pårørende å spørre.

Et annet spørsmål som dreier seg om samarbeid, er om, og eventuelt i hvilken grad, sykepleierne synes det er vanskeligere å forholde seg til sørgende pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn enn til etnisk norske sørgende.

Tabell 68
Fordeling når det gjelder opplevelse av om det er vanskeligere å forholde seg til sørgende pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn enn til etnisk norske

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	13	9
Utsagnet passer i mindre grad	19	14
Utsagnet verken passer/passar ikke	27	19
Utsagnet passer godt	36	26
Utsagnet passer svært godt	10	7
Vet ikke	36	26
Sum	141	101

En tredje del av respondentene opplever det vanskeligere å forholde seg til sørgende pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn enn til etnisk norske. I underkant av en fjerdedel synes ikke dette er vanskeligere. Ca. en femtedel har svart at utsagnet verken passer eller ikke passer.

Sett i forhold til arbeidserfaring viser dataene at de som har arbeidet fem år eller mindre synes det er vanskeligere å forholde seg til sørgende pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn enn de som har lenger erfaring (tabell 69).

Tabell 69
Opplevelse av at det er vanskeligere å forholde seg til sørgende pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn enn til etnisk norske sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	7	5	11	20
Utsagnet passer i mindre grad	13	11	22	10
Utsagnet verken passer/passar ikke	21	19	15	20
Utsagnet passer godt	23	30	26	20
Utsagnet passer svært godt	2	14	7	10
Vet ikke	34	22	19	20
Sum i prosent	100	101	100	100
N	56	37	27	20

7.2 Kunnskap som etterlyses

Ettersom det framgår av skjemaene at det er stor kunnskapsmangel relatert til dødsfall og stell av døde, er det kanskje naturlig at kunnskapen som etterlyses stort sett er på det generelle plan:

- Rutiner i forbindelse med dødsfall.
- Kunnskap ift. dødsfall og ritualer ift. døden. Det er problematisk at man ikke kjenner til ritualene familien forventer.

Dessuten var det en respondent som uttalte i et av fokusgruppeintervjuene:

- Mors: muslimske pasienter skal dø med ansiktet vendt mot Mekka. Mange sykepleiere vet ikke slike ting. (Denne opplysningen er for øvrig korrekt).

Tallene fra tabell 65 viser at det i tillegg er behov for kunnskap om hvem man skal kontakte når pasienter med minoritetsbakgrunn dør.

Det finnes flere bøker som omhandler ritualer og tenkning relatert til livets slutfase og når døden inntreffer, f.eks. Parks (1997), DeMarinis (1998) og Hanssen (2005).

8 Kunnskaper knyttet til kosthold og religion/kultur

Påstandene relatert til kosthold var utformet med et ønske om å prøve vår antakelse om at man ved LDS er flinke når det gjelder å tilpasse maten til de muslimske pasientgruppene fra det indiske subkontinent og landene rundt, men at det i mindre grad blir tatt hensyn til muslimer med andre mattradisjoner eller pasienter tilhørende andre trossamfunn med strikte diettforskrifter. Analysen av dataene vi har fått inn underbygger denne antakelsen.

8.1 Kost tilpasset ulike religiøse grupper

Som vi så i tabell 48 side 35, er arabisk det språket der det var flest tolkeoppdrag i 2007, med for eksempel bosnisk på 11. plass på denne listen. Dette tilsier at det langt fra bare er pakistanske muslimer som er pasienter ved LDS, selv om pakistanerne i dag utgjør den nest største innvandrerguppen i Norge, etter at polakkene passerte dem i antall pr. 01.01.08.

På spørsmålet om *pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn tilbys mat tilpasset deres tro og kultur*, svarer 81 % av sykepleierne at så er tilfelle. Bare 5 % mener at så ikke er tilfelle i større eller mindre grad:

Tabell 70
Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn tilbys mat tilpasset deres tro og kultur

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	2	1
Utsagnet passer i mindre grad	5	4
Utsagnet verken passer/passar ikke	12	8
Utsagnet passer godt	34	24
Utsagnet passer svært godt	82	57
Vet ikke	8	6
Sum	143	100

Samtidig mener 47 % at muslimske pasienter får mat tilpasset sin religion, men at det samme ikke gjelder pasienter med annen religiøs bakgrunn som jøder, hinduer etc.:

Tabell 71
Pasienter med annen religiøs tilknytning enn muslimsk (jøder, hinduer etc.) får ikke mat tilpasset sin religion

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	14	10
Utsagnet passer i mindre grad	8	6
Utsagnet verken passer/passar ikke	19	13
Utsagnet passer godt	33	23
Utsagnet passer svært godt	34	24
Vet ikke	35	25
Sum	143	101

Hele en fjerdedel svarer "vet ikke" på spørsmålet, og 13 % svarer "både/og", noe som kan bety at noen ikke-muslimske etniske minoritetspasienter får tilpasset kost, mens andre ikke

gjør det. Da vi relaterte svarene på disse to påstandene til antall års arbeidserfaring, fant vi bare svært små forskjeller. Vi presenterer derfor ikke egne tabeller med disse tallene.

Bare 17 % av sykepleierne mener de i større eller mindre grad vet hva medlemmer av andre religiøse samfunn (jøder, hinduer, buddhister etc.) har lov til å spise og hva som er forbudt for dem:

Tabell 72
Fordeling når det gjelder å ha tilstrekkelige kunnskaper om hva jøder, hinduer, buddhister etc. har lov/ikke lov å spise

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	40	28
Utsagnet passer i mindre grad	41	29
Utsagnet verken passer/passert ikke	31	22
Utsagnet passer godt	16	11
Utsagnet passer svært godt	8	6
Vet ikke	7	5
Sum	143	101

Over halvparten mener de ikke har slik kunnskap. Bortimot en fjerdedel svarer ”både/og”, noe vi tolker dit hen at de kjenner til enkelte religioners diettlover, men ikke andres.

Med tanke på at aldershjemmet tilknyttet den jødiske synagogen ligger innen LDS’s sektor, er dette tall å merke seg.

Sees svarene i forhold til hvilken post respondentene arbeider, er det prosentvis flest på overvåkningen (65 %) og post 7 (66 %) som mener at de ikke har tilstrekkelige kunnskaper om hva jøder, hinduer, buddhister etc. har lov/ikke lov til å spise, men også på de andre postene er tallene høye her (tabell 73).

Tabell 73
Fordeling når det gjelder å ha tilstrekkelige kunnskaper om hva jøder, hinduer, buddhister etc. har lov/ikke lov å spise -sett i forhold til hvilken post sykepleierne arbeider

	Post 6	Post 7	Post 8	Post 9	Overvåkningen	Mottagelsen	Poliklinikken
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	13	33	29	35	29	33	27
Utsagnet passer i mindre grad	33	33	33	12	36	25	27
Utsagnet verken passer/passert ikke	33	11	13	35	18	17	18
Utsagnet passer godt	17	6	17	8	14	8	0
Utsagnet passer svært godt	0	11	4	4	4	17	9
Vet ikke	4	6	4	8	0	0	18
Sum i prosent	100	100	100	102	101	100	99
N	24	18	24	26	28	12	11

Når svarene sees i forhold til arbeidserfaring, er det flest blant sykepleierne som har jobbet mer enn 5 år som opplever at de ikke har nok kunnskaper om kosthold til jøder, hinduer, buddhister etc. Mer enn to tredjedeler (68 %) av de som har jobbet mer enn 10 år har faktisk svart at de mangler slik kunnskap (tabell 74).

Tabell 74
Kunnskap om hva muslimske pasienter har lov/ikke lov å spise sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	26	30	23	32
Utsagnet passer i mindre grad	26	22	39	36
Utsagnet verken passer/passet ikke	25	30	15	9
Utsagnet passer godt	9	16	19	0
Utsagnet passer svært godt	9	0	4	9
Vet ikke	5	3	0	14
Sum i prosent	100	101	100	100
N	57	37	26	22

Tabell 75
Fordeling når det gjelder å ha tilstrekkelige kunnskaper om hva jøder, hinduer, buddhister etc. har lov/ikke lov å spise sett i forhold til alder

	23-29 år	30-39 år	40-49 år	50 år og mer
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	25	21	56	14
Utsagnet passer i mindre grad	23	40	28	43
Utsagnet verken passer/passet ikke	28	18	11	14
Utsagnet passer godt	14	16	0	0
Utsagnet passer svært godt	4	3	6	14
Vet ikke	6	3	0	14
Sum i prosent	100	101	101	99
N	71	38	18	7

Sett i forhold til respondentenes alder, er det flest blant de mellom 40 og 49 år (84 %) som mener at de ikke har tilstrekkelige kunnskaper om kosthold til jøder, hinduer, buddhister etc. Det er flest blant de under 39 år som opplever at de har nok slik kunnskap. Samtidig har så mange som 28 % i denne gruppen svart at utsagnet verken passer eller ikke passer.

8.1.1 Muslimske pasienters diett

Tabell 76
Fordeling når det gjelder kunnskap om hva muslimske pasienter har lov/ikke lov å spise

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	10	7
Utsagnet passer i mindre grad	16	11
Utsagnet verken passer/passet ikke	33	23
Utsagnet passer godt	51	35
Utsagnet passer svært godt	32	22
Vet ikke	2	1
Sum	144	99

Over halvparten av sykepleierne mener de har kunnskap om hva muslimer har lov til å spise og hva som er forbudt for dem. Bortimot en fjerdedel svarer ”både/og”, noe som kan tyde på at de for eksempel har kjennskap til forbudet mot svinekjøtt, men at de mangler dypere kunnskap. Erfaringsmessig er det få som for eksempel er klar over at mange hvitoster inneholder svineløype og at muslimer ikke kan spise skalldyr.

Tabell 77
Kunnskap om hva muslimske pasienter har lov/ikke lov å spise sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	5	11	4	9
Utsagnet passer i mindre grad	14	14	4	9
Utsagnet verken passer/passet ikke	19	27	19	32
Utsagnet passer godt	40	27	41	27
Utsagnet passer svært godt	21	19	33	18
Vet ikke	0	3	0	5
Sum i prosent	99	101	101	100
N	57	37	27	22

Det er flest som mener at de har kunnskap om hva muslimske pasienter har lov/ikke lov å spise blant de som har jobbet mer enn fem år og til og med ti år. På andre plass kommer de med minst erfaring.

Selv om mange mennesker med både arabisk og bosnisk bakgrunn – blant mange andre – ikke er vant til spesielt sterkt krydret mat, er ”halal”-maten – maten som er tilberedt i pakt med islams kostholdsregler, ofte tillaget i henhold til det pakistansk/indiske kjøkken. Man kan dermed tenke seg at muslimske pasienter ved LDS som ikke er vant til det pakistansk/indiske kjøkken får mat tilpasset deres tro, men ikke deres matkultur.

Svarene på påstanden ”Alle muslimske pasienter ved Lovisenberg Diakonale Sykehus liker halal-maten som serveres”, tyder på at vår antakelse stemmer:

Tabell 78
Fordeling når det gjelder om alle muslimske pasienter ved LDS liker halal-maten som serveres

	Antall	Prosent
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	26	18
Utsagnet passer i mindre grad	9	6
Utsagnet verken passer/passet ikke	18	13
Utsagnet passer godt	17	12
Utsagnet passer svært godt	6	4
Vet ikke	68	47
Sum	145	100

Tabellen viser at det er flere som i større eller mindre grad mener at utsagnet ikke passer enn at det passer. Samtidig svarer nesten halvparten av respondentene at de ikke vet om de muslimske pasientene liker halal-maten på sykehuset.

Sees påstanden i forhold til antall års arbeidserfaring, viser det seg i noen grad at jo lengre sykepleierne har jobbet, jo flere er det som mener at det ikke stemmer at alle muslimske pasienter liker halal-maten (tabell 79).

Tabell 79
Fordeling når det gjelder om alle muslimske pasienter ved LDS liker halal-maten som serveres sett i forhold til antall års arbeidserfaring

	0 til og med 2 år	Mer enn 2 år og til og med 5 år	Mer enn 5 år og til og med 10 år	Mer enn 10 år
Utsagnet passer ikke i det hele tatt	14	14	22	32
Utsagnet passer i mindre grad	5	11	4	5
Utsagnet verken passer/passar ikke	19	5	11	9
Utsagnet passer godt	16	8	7	14
Utsagnet passer svært godt	2	8	4	5
Vet ikke	44	54	52	36
Sum i prosent	100	100	100	101
N	57	37	27	22

I fokusgruppe-intervjuene forut for spørreskjemaundersøkelsen var diett og kosthold et viktig tema. Der ble det bl.a. framholdt at

- ✚ man må ikke ta for gitt at pasienten vil ha halal-mat. Pasienten kan synes den er for sterk eller for ensidig.
- ✚ mange ikke-muslimske pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn får ikke mat de er vant til eller kan spise ut fra personlig smak eller religion. Det er bare lagt opp til at muslimer skal få halal-mat, og denne er vanligvis tilpasset pakistansk/afgansk smak og kan for eksempel passe arabere dårlig. Er man for eksempel fra Thailand, eller er hindu, legges det i liten grad til rette for hva man er vant til av mat. Sykehusets ”ønskemat” er veldig norsk. Her bør man få bedre rutiner. Det er mange flere grupper på sykehuset i våre dager enn muslimer fra det indiske subkontinent og omkransende land.
- ✚ mange pårørende har med seg mat.

Kartlegging av pasienters kostvaner og ernæring mens de er innlagt på sykehus, synes å være en mangel ved mange sykepleieres innkomstintervju og observasjon av inneliggende pasienter (Aagaard, 1998; Mortensen, 2006). Kunnskapen som må forventes at sykepleiere har relatert til pasienters kulturelle og religiøse bakgrunn, kan illustreres med følgende to figurer:

Figur 9: Faktorer som avgjør valg av matvarer (Fieldhouse 1992, s. 34)

Kulturelle og religiøse faktorer	Personlige faktorer/valg	Sosio psykologiske faktorer
Ideologi	Det som foretrekkes	Prestisje
Mattradisjoner	Smak	Status
Myter og overtro	Terapeutiske behov	Vennskap
Tabuer og forbud	Personlighet	Kommunikasjon
Morallover	Tro	Belønning/straff
Doktriner	Personlige verdier	Følelser

Figur 10: Faktorer som avgjør valg av matvarer ut fra religiøs bakgrunn (Hanssen 2008, s. 47).

Religiøs tilknytn.	Religiøse påbud/forbud	Sosioreligiøse faktorer
Islam	Forbudt mat er: <ul style="list-style-type: none"> • Svinekjøtt og svinefett (mange hvite oster inneholder f.eks. svinefett og enkelte medikamentkapsler inneholder stoffer fra svin) • Fisk uten skjell og finner (f.eks. ål) • Blodmat • Selvdøde dyr • Alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Måltidet er en religiøs handling. • Dyr som spises må slaktes i henhold til spesielle ritualer for at kjøttet skal være rent ('halal'). • Voksne personer faster hver dag i fastemånedene 'Ramadan'. Gamle og syke er fritatt fra å faste.
Jødedommen	Forbudt mat er: <ul style="list-style-type: none"> • Hest • Svin • Hare • Rovdyr • Fisk uten skjell eller finner (f.eks. ål) • Skalldyr 	<ul style="list-style-type: none"> • Å spise er en hellig handling som krever at man tenker på Gud og priser Ham. • Kjøtt må ikke inneholde blod og må slaktes på en spesiell måte. • Kjøtt- og melkeprodukter må ikke blandes, verken ved matlaging eller servering. Kokekar, servise etc. som er brukt til melkemat, kan ikke brukes til kjøttmat og omvendt, selv når vasket mellom de ulike bruk. 'Dobbelt' kjøkken.
Buddhismen	Enkelte er vegetarianere, mens andre spiser kjøtt og fisk. Enkelte unngår svinekjøtt og fisk, men spiser annet kjøtt.	Buddhisters kostvaner er individuelle og varierer sterkt med lokale vaner og religiøst syn.
Hinduismen	<ul style="list-style-type: none"> • Storfekjøtt er forbudt • Mange er vegetarianere. Strengt vegetarianere spiser ikke fisk, egg og sopp, eller mat som inneholder animalsk fett • Andre er ikke fullt ut vegetarianere og spiser fisk, noen også litt kjøtt. 	Kostholdsreglene varierer sterkt med lokale vaner, religiøst syn og hygieniske oppfatninger.

8.2 Kunnskap som etterlyses

Selv om det framgår av skjemaene at det er spesielt stor kunnskapsmangel angående religion og kost relatert til andre religioner enn islam, er det noe overraskende at det bare etterlyses kunnskaper knyttet til muslimer:

- 📚 Muslimer og kost. Kunnskap om hva halal-mat er.
- 📚 Fasting og ramadan.

Et viktig punkt som kom fram i et av fokusgruppeintervjuene forut for spørreskjemaundersøkelsen, var at enkelte muslimer ikke er så strenge i forhold til sitt kosthold:

- Mens mange ikke-muslimske pasienter gjerne vil ha halal-mat, er det en god del muslimske pasienter som synes alle typer mat er greit, så lenge den ikke inneholder svin. Mange som ellers spiser halal-mat, vil for eksempel gjerne ha "norsk" fisk.

Det er viktig å være klar over at det bare er pasientene selv og eventuelt deres nærmeste som kan fortelle hvilket kosthold han/hun holder seg til og hvor streng eller lite streng han/hun er i forhold til religiøse diettregler.

Det finnes bøker som omhandler religion og kosthold, f.eks. Fieldhouse (1992) og Hanssen (2005).

9 Tilbud til og tanker om etniske minoritetspasienter ved LDS- og forslag til nye tiltak

I dette kapitlet vil vi først presentere de tiltak eller tilbud LDS har i dag, som er rettet mot minoritetspasienter. Deretter beskriver vi noen tanker om minoritetspasienter som en ressurskrevende gruppe å arbeide med. Til slutt vil vi komme med noen konkrete forslag til tiltak ut fra funnene i undersøkelsen.

9.1 Tilbud til minoritetspasienter i dag

- ✚ Livsstilskurs for urdotalende kvinner, 3 timer per uke i ca. 4 mnd, 5-7 deltagere. Program: Yoga (1,5 time), felleslunsj, helsetema (involverer fagpersoner ift. behovet), evt. fellestur.
- ✚ Livsstilskurs for urdotalende menn (Startet 23. april).
- ✚ Halal-mat er et av alternativene til middag.
- ✚ Brosjyrer/informasjon skrevet om astma på norsk, engelsk, urdu, arabisk og tyrkisk; ”Du kan leve bra med astma”.
- ✚ Astma-skole på urdu og arabisk. 4 ganger felles undervisning á 2 timer, en av gangene med lungelege. Det gjennomføres ett kurs i halvåret, ca. 6 pasienter på hvert kurs.
- ✚ Tolketjenseste (i følge Mari Ramsten Vangdal er LDS det eneste sykehuset i Norge som har dette). Det er ca. 3000 bestillinger av tolk pr. år (noen av disse avbestilles). 10 % av bestillingene er eksterne, for eksempel fra Diakonhjemmet Sykehus. På intranett finnes en liste over språk det kan bestilles tolk på i helger og på kveldstid.
- ✚ Et indirekte tilbud til minoritetspasientene er at det gis kurs til tolkene LDS bruker om ulike medisinske emner. Det forsøkes å gjennomføre ett kurs á to dager hvert semester.
- ✚ Post 6, 7 og poliklinikken har kort som er tilgjengelige i korridoren der det står ”Jeg trenger tolk” på seks forskjellige språk (vedlegg 2). Dette er beregnet på pasienter som ikke har tilstrekkelige språkkunnskaper til å formidle dette på annen måte. Post 8, 9, mottagelsen og overvåkingen har ikke disse kortene.

9.2 Tanker om en ressurskrevende pasientgruppe

Samtaler med ressurspersoner og egen erfaring viser at pasienter med minoritetsbakgrunn ofte er en ressurskrevende gruppe å jobbe med. Dette viser seg både i forhold til inneliggende pasienter, på poliklinikken og på Lærings- og mestringssenteret. Det kan illustreres med et eksempel fra en pasient som var på livsstilskurs på Lærings- og mestringssenteret. Pasienten hadde kjent diabetes, og det var planlagt et kirurgisk inngrep. Problemet var å få stabilisert blodsukkeret slik at det var forsvarlig å gjennomføre operasjonen. Ved gjennomgang av journalen viste det seg at pasienten det siste året har vært til ca. ti konsultasjoner hos lege, ernæringsfysiolog og diabetessykepleier uten at det hadde gitt noen resultater. Det ble til slutt gjennomført en samtale med ernæringsfysiolog der det var med profesjonell tolk. Det viste seg da at det aldri var brukt tolk tidligere under de andre konsultasjonene, noe som var helt nødvendig. Pasienten hadde f.eks. et blodsukkerapparat hjemme, men visste ikke hvordan det skulle brukes. Både pasienten og ektefellen var i en krise pga. familieforhold og situasjonen som flyktninger. Dette tok mye av deres energi i hverdagen, og det var lite overskudd til å ta tak i helsesituasjonen. Under konsultasjonene på sykehuset hadde de aldri fått mulighet til å

fortelle om sin situasjon. Dette eksempelet viser noe av det som gjør det komplekst å arbeide med minoritetspasienter, og at det er behov for spesiell kompetanse og ekstra ressurser.

Helse Sør-Øst har, i tråd med norsk lovverk, som visjon at det skal gis likeverdige helsetjenester uavhengig av bl.a. etnisitet. Retten til lik tilgang på helsetjenester fremgår av ”Lov om pasientrettigheter” § 1. Skal dette kunne gjennomføres, er det helt avgjørende at sykehuspersonell har tilstrekkelig kompetanse på dette området. Det må også erkjennes at likeverdige helsetjenester for visse pasientgrupper krever ekstra ressurser, noe både eksempelet over og funn ellers i denne og andre studier viser. Samtidig viser eksemplet at dersom nødvendige ressurser settes inn med en gang – i dette tilfellet at pasienten hadde fått hjelp av profesjonell tolk allerede ved første konsultasjon – er dette ressurs sparende i lengden. Det er nødvendig å føre statistikk over de ressurser man til enhver tid har behov for, også når disse ressursene ikke er tilgjengelige, for så å gjøre myndighetene/Helse Sør-Øst klar over hvor mye som reelt skal til for å yte likeverdig helsehjelp til minoritetsetniske pasienter og kreve at de nødvendige ressurser blir gjort tilgjengelige.

9.3 Forslag til tiltak

Vi vil bemerke at det er forslag vi kommer med i denne delen av rapporten, og at det selvfølgelig er opp ledelsen ved LDS å vurdere hvilke tiltak det er ønskelig å iverksette.

- ✚ Identifisere ressurspersoner, dvs. sykepleiere med studie/kurs innen flerkulturelle/etniske minoriteter og spesielt interesserte i dette temaet.
- ✚ Undervisning om sykdomsforståelse/behandlingstenkning (denne kunnskapen kommer ikke bare gjennom erfaring, men må læres).
- ✚ Det er behov for at kunnskapen om etniske minoritetspasienter er mer spredt enn den er i dag slik at ikke kun noen få enkeltpersoner har spesiell kunnskap (noen få ”ildsjeler” som f.eks. Dr. Frøyshov Larsen var, som har gått av med pensjon nå). Samtidig er det behov for at noen får avsatt tid til å jobbe med dette.
- ✚ Post 6, 7 og 8 har få sykepleiere med lang erfaring. Post 7 har behov for en spesiell oppmerksomhet pga. svært mange nyutdannede. Det blir her viktig å se de få som har lengre erfaring slik at de ikke ”bare” må svare på spørsmål og veilede de med liten erfaring. Det er naturlig at avdelingssykepleieren på denne posten har utfordringer pga. av de mange nyutdannede, og at posten kan ha behov for noen ressurser ”utenfra”.
- ✚ Primærleger som henviser pasienter til poliklinikken må skrive på henvisningen dersom pasienten har behov for tolk. Da kan det bestilles på forhånd, slik at også første konsultasjon kan utnyttes best mulig.
- ✚ Forandre systemet for bestilling av tolk, f.eks. opprette en felles ”mailboks” på posten.
- ✚ Når det bestilles tolk på intranett er det viktig at feltet ”Samtaletema” fylles ut med tilstrekkelig informasjon. I følge tolketjenesten er dette ofte mangelfullt i dag.
- ✚ Sykepleier og tolk kan ha en telefonsamtale på forhånd slik at tolken er forberedt på hva som skal skje.
- ✚ Tolketjenesten har tidligere arrangert kurs for brukere av tolk (bl.a. sykepleiere og leger), men det har vært få påmeldte. Det kan vurderes å gi dette tilbudet igjen med mer informasjon i forkant eller som et obligatorisk kurs.
- ✚ Alle postene bør ha kortene der det står ”Jeg trenger tolk” på seks forskjellige språk tilgjengelige (vedlegg 2). Post 8, 9, mottagelsen og overvåkingen mangler disse kortene i dag.

- ✚ Sykehusets kjøkken bør ha noen alternativ for ønskekost som er tilpasset andre religioner enn islam (jøder, hinduer, buddhister etc.) og muslimer fra andre områder enn det subindiske kontinent og landene rundt.
- ✚ Lage brosjyrer/informasjonsmateriell til pasienter/pårørende om ulike sykdommer og behandlingen av dem skrevet på de språkene som hyppigst er representert blant minoritetspasientene på sykehuset.
- ✚ Registrere fødeland og hjemmespråk på pasientene i DIPS for å få oversikt over hvor mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn LDS har, hvor de kommer fra og hvilket språk de snakker (LDS sitt personvernombud på Ullevål, Heidi Thorstensen, mener dette vil være i orden dersom målet er å bedre tilbudet til pasienter med minoritetsbakgrunn).
- ✚ Føre statistikk over de ressurser det er behov for, også når disse ressursene ikke er tilgjengelige, slik at det er mulig å gjøre myndighetene/Helse Sør-Øst klar over hva som skal til for å yte likeverdig helsehjelp til minoritetsetniske pasienter.

10 Oppsummering og konklusjon

Studien viser at sykepleiere har behov for mer kunnskap på alle studiens områder. Kunnskapsnivået er imidlertid ulikt blant respondentene, noe som kan skyldes flere faktorer:

- ✚ Om man er nyutdannet eller har flere års erfaring som sykepleier.
- ✚ Om avdelingen man jobber på har mange eller få pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.
- ✚ Om man har kurs eller videreutdanning innen kultur, tropemedisin eller andre relevante fag.

10.1 Studiens funn av generell karakter

Ivaretagelse av erfarne sykepleiere:

Hva gjør det med de erfarne sykepleierne at de stadig må være ”orakler” for de mindre erfarne, samtidig som de selv ikke har noen å gå til med sine spørsmål? Hva gjøres for å ivareta de erfarne sykepleierne?

Bestilling av tolk:

Systemet for bestilling av tolk ved sengepostene er uheldig. Har bestilleren fri neste dag, blir bekreftelsen liggende i dennes ”mailboks”, slik at tolken ikke får med seg bekreftelsen han/hun trenger. Dette skaper problemer.

Primærleger o.a. skriver som regel ikke i henvisningen om pasienten trenger tolk.

Holdninger:

Selv om bare 4 % av respondentene oppgir at de i større eller mindre grad unngår å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, er holdninger noe det hele tiden bør arbeides med på den enkelte avdeling. Det er tydelig at særlig sigøyerne og delvis også somaliere har fått et dårlig rykte på seg blant sykepleierne.

Praktisk-etiske spørsmål:

Det kan oppstå situasjoner i avdelingen som gjør praktiske problem til etiske dilemma. Er det for eksempel pasienten som har mange besøkende, den som er svært syk eller døende eller den som må isoleres pga. infeksjoner som har størst behov for enerom? Spørsmålet er hvordan slike kan løses. Her har vi dessverre ingen svar.

10.2 Sentrale temaer i studien

De mange besøkende

De mange besøkende kan føre til en rekke utfordringer i avdelingene, for eksempel:

- ✚ Det kan være vanskelig å begrense antall besøkende på samme tid. Pårørende kan være der døgnet rundt, kommer til ”upassende” tider, eller tar lite hensyn til de andre på avdelingen. Mange finner det vanskelig å respektere at ”deres” pasient eller medpasienter trenger ro.
- ✚ Det er vanskelig når besøkende ikke følger sykehusets regler, f.eks. visittidene.
- ✚ Enkelte pårørende krever å få gratis drosje og telefonbruk, spiser maten i avdelingen etc.

- ✚ Mange pårørende til stede kan føre til at sykepleieren ikke kommer fram til pasienten.
- ✚ Barn som besøkende kan være aktive, og det kan være vanskelig for pasient/pårørende å forstå hvorfor de skal holdes unna mens sykepleierne utfører prosedyrer. Det kan være særlig problematisk når mor ønsker å ha spedbarn med inn på isolatet.
- ✚ Enkelte pasienter klager hvis de må ligge på gangen: ”Det er bare fordi vi ikke er norske”.

Sykdomssyn og smerteuttrykk

Mange pasienter har en annen forståelse for hvordan sykdom oppstår – diabetes mellitus, smitte etc. – og hva det kommer av:

- ✚ Pasienter kan mene at de ikke blir smittet av sykdom, men fordi de har gjort noe galt.
- ✚ Smitteprogramene blir vanskelige å overholde fordi besøkende ikke gjør det de har fått beskjed om, tar av seg munnbind inne på isolatet når de snakker med hverandre etc.
- ✚ Mange skjønner ikke hva de kan/ikke kan spise etc. ved diabetes type 2 eller konsekvensene av å ikke overholde det foreskrevne kostholdet, unngå sukker etc.
- ✚ Mange pasienter opplever tuberkulose som like stigmatiserende som AIDS.
- ✚ Visse etniske grupper kan være spesielt disponert for ulike sykdommer.
- ✚ Det kan være vanskelig å bedømme smertenivået til pasienter med et ”fremmed” smerteuttrykk.

Kommunikasjon og samhandling

Språkproblemer skaper problemer ift. informasjonsgivning og undervisning av pasient og pårørende. Det er imidlertid mer enn bare språket som skaper kommunikasjonsproblemer:

- ✚ Mye av det sykepleierne tar som en selvfølge, er ikke en selvfølge for pasient/pårørende.
- ✚ Ulik sykdomsforståelse kan vanskeliggjøre informasjon og undervisning, f.eks. i forhold til kursene/seminarene om diabetes, hjertesykdom og astma/KOLS. Det kan også vanskeliggjøre samarbeidet når det er behov for isolasjon.
- ✚ Det sykepleierne sier, blir ikke alltid oppfattet slik det var ment.

Hvor langt sykepleiere mener de kan og vil strekke seg for å etterkomme pasienter og/eller pårørendes ønsker, er både person- og situasjonsavhengig. Sykepleierne er uenige om man i avdelingene strekker seg for langt overfor pasienter og/eller pårørende.

Tolk og tolkebruk

Tolken trenger innsikt i pasientens/de pårørendes forståelse angående sykdom og behandling for å oppfatte om misforståelser oppstår, hva de i så fall beror på og gjøre sykepleier og pasient/pårørende oppmerksom på at de ikke forstår hverandre.

- ✚ Mange pasienter trenger tolk selv om de snakker godt norsk i det daglige, ettersom man på sykehuset ofte snakker om andre ting enn det de mestrer på norsk.
- ✚ Det kan være vanskelig å få forklart godt nok og ofte nok forhold som angår isolasjon/isolasjonsregimer, utstyr pasienten ligger med etc.

Enkelte tolker er uforberedt på å måtte tolke i behandlingssituasjoner, eller de klarer ikke å stå ved pasientens side og tolke mens det blir utført prøver og undersøkelser. Sykepleierne kan være usikre på om den profesjonelle tolken forstår det de sier; de erfarer ofte at sykehustolker ikke er kjent med de mest sentrale medisinske uttrykk. For at tolkene skal kunne være best mulig forberedt, er det viktig at det gis tilstrekkelig informasjon om samtaletema på forhånd.

- ✚ Profesjonell tolk benyttes vanligvis når det skal gis informasjon og ved medisinske samtaler (legesamtaler og faglige samtaler). Ettersom man bare har den profesjonelle tolken til stede en time av gangen og bare på dagtid noe som ofte er utilstrekkelig, blir pårørende ofte benyttet som tolk. Enkelte familiemedlemmer kan insistere på å være tolk.

Det er mulig å bestille tolk også i helger og på kveldstid. En liste over språk det tolkes på ligger på intranett.

- ✚ Sykepleierne merker om pasienten stoler på tolken og åpner seg eller ikke. Bruk av profesjonell tolk kan være et etisk dilemma overfor små språkgrupper. Tolkens kjønn kan være viktig.
- ✚ Tolk og pasient skal ikke være alene, men det skjer ofte og er vanskelig å forhindre. Man aner da ikke hva tolk og pasient har snakket om mens man ikke var til stede.
- ✚ At pasienter ikke dukker opp til avtalt tid, gjør at tolketimer betales til ingen nytte.
- ✚ Det er behov for brosjyrer til pårørende på ulike språk.

Kunnskap om tolketjenesten, hvem man kontakter ved behov for tolk, samarbeid med tolk, og pasienters holdninger til at det benyttes profesjonell tolk eller familietolk, etterspørres.

Tid og timeavtaler

Mange pasienter dukker ofte ikke opp ved timeavtaler, men kommer når det passer. Dette blir ikke minst problematisk når man har samordnet to påfølgende avtaler for dem. Sykepleierne etterlyser kunnskap om hvordan mennesker tilhørende etniske minoriteter forholder seg til tid/tidsbruk og hvordan få pasienter/pårørende til å forstå dette med timeavtaler etc.?

Døden; samarbeid og ritualer

Det er stort kunnskapsbehov relatert til dødsfall og stell av døde. Det etterlyses kunnskap:

- ✚ ift. dødsfall og ritualer ift. døden. Det er problematisk at man ikke kjenner til ritualene familien forventer.
- ✚ om hvem man skal kontakte når pasienter med minoritetsbakgrunn dør.

Kost tilpasset ulike religiøse grupper

Flere av sykepleierne har huller i sine kunnskaper om diett og religion, særlig i forhold til andre religioner enn islam.

Nesten halvparten av sykepleierne ”vet ikke” om muslimske pasienter ved LDS liker halal-maten som serveres. En får inntrykk av at pasientene i liten grad blir spurt hva de synes om maten de får servert. Muslimer får halal-mat, men den er tilpasset pakistansk/afgansk smak og kan være for sterk for andre pasienter. Er man f.eks. fra Thailand, eller er hindu, legges det i liten grad til rette for hva man er vant til av mat. Sykehusets ”ønskekost” er veldig norsk. Her bør man få bedre rutiner.

Dette prosjektet har vist at det er behov for mer kompetanse på alle områdene som er tatt opp i spørreskjemaet. Videre kunne det være interessant å undersøke det samme på større deler av sykehuset. Det kunne også være nyttig å inkludere andre grupper helsearbeidere i evt. kommende studier for å få en mer helhetlig oversikt. I tillegg ville det være interessant å intervjuer minoritetspasienter for å få kunnskap om deres opplevelse og evt. hva slags kompetanse som savnes hos helsepersonell.

Litteratur

- Aagaard, H. (1998): "Ernæring og sykepleiekunnskap." I: *Vård i Norden*, vol. 18, nr. 4, s. 22-26
- Bowler, I. (1993): "'They're not the same as us': Midwives' stereotypes of South Asian descent maternity patients." *Sociology and Health & Illness*, vol. 15, nr. 2, s. 157-178
- Cano, A.; Mayo, A.; Ventimiglia, M. (2006): "Coping, pain severity, interference, and disability: The potential mediating and moderating role of race and education." *Journal of Pain*, juli, 7(7), s. 459-468.
- Chamba, Rampaul og Ahmad, Waqar I.U. (2000): "Language, communication and information: the need of parents caring for a severely disabled child." Kapittel 6 i: Waqar I.U. Ahmad (red.): *Ethnicity, Disability and Chronic Illness*. Buckingham: Open University Press
- DeMarinis, Valerie (1998): *Tvårkulturell vård ved livets slutskede. Att möta äldre personer med invandrabakgrund*. Lund: Studentlitteratur
- Fieldhouse, P. (1992): *Food and Nutrition. Customs and Culture*. London: Chapman & Hall
- Flores, G. (2005): The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62 (3), 255-299.
- Hanssen, I. (2002): *Facing Differentness. An empirical inquiry into ethical challenges in intercultural nursing*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo
- Hanssen, I. (2005): *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Revidert utgave. Oslo: Gyldendal akademisk
- Hanssen, I. (2008): "Etniske minoriteter". Kapittel 3 i: Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Høyen Ranhoff (red.): *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Haraldsen, G. (1999): *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Jafar, T.H. (2006): Women in Pakistan have a greater burden of clinical cardiovascular risk factors than men. *International Journal of Cardiology*, 106 (3), 348-54.
- Jareg, K. og Pettersen, Z. (2006): *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 1/2006. Bergen: Fagbokforlaget
- Kurian, A.K. & Cardarelli, K.M. (2007): Racial and ethnic differences in disease risk factors: a systemic review. *Ethnicity & Disease*, 17 (1), 143-52.
- Lov om pasientrettigheter (2005)
- Lovering, S. (2006): "Cultural attitudes and beliefs about pain." *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 17, nr. 4, oktober, s. 389-395.

Monsivais, D. and McNeill, J. (2007): "Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes." *Pain Management Nursing*, vol. 8, nr. 2 (juni), s. 64-71

Moody, L.E. (1990): *Advancing Nursing Science Through Research, Volume 1*. Newbury Park, California: Sage Publications

Mortensen, A.H. (2006): *Å veie eller ikke veie? Det er spørsmålet ... En beskrivende studie av sykepleieres praksis i forbindelse med registrering av pasienters kroppsvekt, og årsaker til manglende veiing ved et sykehus i Oslo regionen*. Hovedoppgave, ISV, UiO

Mukhopadhyay, B., Sattar, N. & Fisher, M. (2005): Diabetes and cardiac disease in South Asians. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 5 (5), 253-9.

Nilsen, A.B. (2000): "Lik mulighet for å forstå og bli forstått?" Del II i Kristian Andenæs, Nora Gotaas, Anne Birgitta Nilsen og Knut Papendorf: *Kommunikasjon og rettssikkerhet*. Oslo: Institutt for lingvistiske fag, UiO; Institutt for retts sosiologi, UiO; Norsk institutt for by- og regionsforskning

Parks, Collen M. (red.) (1997): *Death and bereavement across cultures*. London: Routledge

Spence, D. (1999): *Prejudice, Paradox and Possibility. Nursing people from cultures other than one's own*. Doctorgradsavhandling, Massey University, New Zealand

Weissman, D.E.; Gordon, D.; Bidar-Sielaff, S. (2002): Fast Fact and Concept #78: Cultural aspects of pain management. End of Life/Palliative Education Resource Center, s. 1-3
<http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/eperc/fastfact/ff78.html>

Vedlegg

Arbeidserfaring/utdanning?

1. Hvor mange år har du jobbet som sykepleier?

Antall år: _____

2. Hvilken post jobber du ved nå? _____

3. Har du universitets-/høgskoleutdanning i tillegg til sykepleierutdanningen?

a) Nei

b) Studie/kurs innenfor flerkulturelle/etniske minoriteter

c) Videreutdanning i intensivsykepleie

d) Videreutdanning i anestesisykepleie

e) Videreutdanning i psykiatri

f) Videreutdanning i geriatri

g) Annet: _____

Bakgrunnsopplysninger

4. Er du? Mann Kvinne

5. Fødselsår: 19 ____

6. Hva er ditt fødeland?

Norge

Annet land, hvilket? _____

7. Hva er ditt hjemmespråk?

Norsk

Annet språk, hvilket? _____

8. Snakker du et annet språk i tillegg til norsk/evt. hjemmespråk så godt at du kan gjennomføre en samtale? I tillegg hvilket? _____

Tegnforklaring: 1 = Utsagnet passer ikke i det hele tatt. 3 = Utsagnet verken passer/passert ikke.

5=Utsagnet passer svært godt

Tallene i venstre kolonne er til hjelp for databehandlingen, og skal overses av den som svarer på spørreskjemaet.

	Erfaring og kunnskap	Passer						Vet ikke
		ikke	1	2	3	4	5	
101	Vi har mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på min avdeling.							
102	Jeg har lang erfaring med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.							
103	Det er annerledes å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn med etnisk norske pasienter.							
104	Jeg er ofte usikker når jeg står overfor pasienter og/eller pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.							
105	Har jeg spørsmål angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, er det ingen å spørre.							
106	Det gis internundervisning om pasienter med annen kulturell eller religiøs bakgrunn.							
107	Jeg har tilstrekkelig kunnskap angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn til å gi disse pasientene god omsorg og pleie.							
108	Jeg unngår helst å arbeide med pasienter m. etnisk minoritetsbakgrunn.							
109	Jeg er opptatt av å ikke gjøre forskjell på pasientene/behandle alle på samme måte, uansett etnisk el. religiøs bakgrunn.							
110	Jeg kontakter aldri min overordnede når jeg mangler kompetanse ift. arbeidet med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.							

Sykdomssyn, smerter mm.

201	Jeg har kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den "norske" biomedisinske sykdoms-/behandlingstenkningen.							
202	Det er vanskelig å bedømme smerthenivået til mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn fordi de uttrykker smerter annerledes enn norske pasienter.							

Samarbeid med pasient og pårørende

301	Det er interessant å arbeide med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.							
302	Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn bør ta seg sammen istedenfor å bråke slik når de har smerter.							
303	Jeg prøver alltid å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.							
304	Vi strekker oss for langt i avdelingen for å etterkomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.							
305	Personalet er ofte uenige om hvor langt vi skal strekke oss for å imøtekomme ønskene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.							
306	Hensynet til minoritetsetniske pasienter og deres pårørende kan komme i konflikt med hensynet til de norske pasientene, for eksempel ved behov for enerom.							
307	Jeg gruer meg til å gå inn og stille pasienter når det er mange besøkende på rommet.							

Bruk av tolk

401	Det er vanskelig å kommunisere godt med pasienten gjennom tolk.							
402	Jeg er trygg på at tolken oversetter alt som blir sagt.							
403	Jeg er trygg på at tolken sier i fra om det oppstår misforståelser under samtalen.							
404	Jeg vet hvem jeg skal kontakte for å få tak i profesjonell tolk							



Kartlegging av kompetanse om pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

Vedlagte spørreskjema er utarbeidet for å kartlegge kompetanse og eventuelle kunnskapsbehov blant sykepleierne ved Klinikkk for medisin, Lovisenberg Diakonale Sykehus. Undersøkelsen er bestilt av klinikksjef Anne Marit Tangen. Bakgrunnen for undersøkelsen er at Lovisenberg Diakonale Sykehus betjener bydelene der en stor andel av befolkningen har etnisk minoritetsbakgrunn. Kartlegging er nødvendig for å vite hvordan sykepleierne opplever å arbeide med minoritetsetniske pasienter og om ytterligere kompetanse/kunnskap er ønskelig/nødvendig relatert til denne pasientgruppen, og i så fall hvilke områder dette dreier seg om.

Kartleggingsundersøkelsen skal utgjøre et grunnlag for tiltak for å øke sykepleierens kompetanse/kunnskap på de områder som er aktuelle i deres arbeid. Tanken er at sykepleiere med gode kunnskaper om sine pasienters spesielle behov, også når disse er knyttet til en annen religion og/eller kultur enn sykepleierens, føler trygghet i sin sykepleieutøvelse og kan tilby sykepleie av høy kvalitet til sine pasienter.

Ansvarlig for prosjektet er Lise-Merete Alpers, intensivsykepleier ansatt ved LDS med mastergrad i klinisk sykepleievitenskap. Ingrid Hanssen, sykepleier med doktorgrad innenfor dette temaet, er veileder og prosjektmedarbeider.

Det er gitt tillatelse fra sykehusets personvernombud til å samle inn opplysningene som etterspørres på spørreskjemaet. Spørreskjemaene er anonyme. Opplysningene vil bli behandlet fortrolig. De besvarte spørreskjemaene vil ikke være tilgjengelige for Klinikkk for medisins ledelse; de vil bare være tilgjengelige for de to prosjektmedarbeiderne. I rapporten og eventuelt artikler som vil bli skrevet om resultatene fra undersøkelsen, vil ingen data bli presentert som kan føres tilbake til enkeltpersoner.

Normalt er det mulig å trekke seg fra deltakelse ved spørreundersøkelser, men ettersom denne undersøkelsen er bestilt av Klinikkk for medisins ledelse, må et eventuelt ønske om å avstå fra deltakelse tas opp med nærmeste overordnede eller eventuelt med klinikksjefen.

Ved spørsmål kan Lise-Merete Alpers kontaktes på mail: lima@lds.no

	Passer ikke		Passer svært godt			Vet ikke	
	1	2	3	4	5	6	
Dødsleiet/døden							
501 Jeg har tilstrekkelig kunnskap om ritualer rundt dødsleiet når en pasient med minoritetsbakgrunn dør og skal stelles.							
502 Jeg spør pårørende til råds angående stell og ritualer når en pasient med minoritetsbakgrunn dør.							
503 Det er vanskeligere å forholde seg til sørgende pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn enn til etnisk norske.							
504 Jeg vet hvem jeg skal kontakte når pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn dør.							

Kosthold

601 Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn tilbys mat tilpasset deres tro og kultur.							
602 Jeg har tilstrekkelige kunnskaper om hva muslimer har lov/ikke lov til å spise							
603 Jeg har tilstrekkelige kunnskaper om hva jøder, hinduer, buddhister etc. har lov/ ikke lov til å spise.							
604 Muslimske pasienter får mat tilpasset sin religion ('halal-mat'), men det får ikke pasienter med annen religiøs bakgrunn (jøder, hinduer etc.).							
605 Alle muslimske pasienter ved Lovisenberg Diakonale Sykehus liker halal-maten som serveres.							
701 Jeg ønsker mer kunnskap om ulike kulturer og religioner og om tvernkulturelt helsearbeid.							

	Ja	Nei
309 Er det enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre?		

I tilfelle 'ja', hvilke(n) gruppe(r) gjelder dette, og hvorfor?

	Ja	Nei
205 Er enkelte etniske minoritetsgrupper spesielt utsatt/genetisk disponert for sykdom?		

I tilfelle 'ja', hvilke(n) gruppe(r) og sykdom(mer) gjelder dette?

Hva synes du at du trenger mer kunnskap om angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?

Andre kommentarer:

Engelsk

Interpreter

Jeg trenger tolk!

Understand – and be understood!
Let the nurse or doctor know if you need an interpreter.
You can show them this card.



Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo, www.lids.no

Vietnamesisk

Thông dịch viên

Jeg trenger tolk!

Understand – and be understood!
Let the nurse or doctor know if you need an interpreter.
You can show them this card.



Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo, www.lids.no

Somali

Turjubaan

Jeg trenger tolk!

Understand – and be understood!
Let the nurse or doctor know if you need an interpreter.
You can show them this card.



Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo, www.lids.no

Tyrkisk

Tercüman

Jeg trenger tolk!

Understand – and be understood!
Let the nurse or doctor know if you need an interpreter.
You can show them this card.



Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo, www.lids.no

Arabisk

المترجم

Jeg trenger tolk!

Understand – and be understood!
Let the nurse or doctor know if you need an interpreter.
You can show them this card.



Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo, www.lids.no

Urdu

ترجمان (تھوگ)

Jeg trenger tolk!

Understand – and be understood!
Let the nurse or doctor know if you need an interpreter.
You can show them this card.



Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo, www.lids.no