

VIDEREUTDANNING I PALLIATIV OMSORG  
FORDYPNINGSOPPGAVE VIU8432

*Hvilken kompetanse anser sykepleiere som viktig i  
palliativ omsorg for pasienter med annen etnisitet?*

FORFATTERE: SOLVEIG PETTERSEN, MARTHE E RENNEMO

Dato: 06.05.2017

Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap Gjøvik

## SAMMENDRAG

Tittel:		Dato : 06.05.17
Hvilken kompetanse anser sykepleiere som viktig i palliativ omsorg for pasienter med annen etnisitet?		
Deltaker(e)/	Solveig Pettersen	
	Marthe E Rennemo	
Veileder(e):	Astrid Rønsen	
Evt. oppdragsgiver: _____		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Kulturell kompetanse, etnisitet, palliativ omsorg, utfordringer	
Antall sider/ord: 37/9896	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: ja
<p><b>Bakgrunn:</b> Innvandring til Norge har økt kraftig de siste ti årene, og vi forventer av den grunn at det vil være flere pasienter med annen etnisitet som vil ha behov for palliativ omsorg i det norske helsevesenet i årene fremover. Vi mener at sykepleiere må være forberedt på det, og at kompetansen på området derfor må økes. Forskning peker på behov for mer kunnskap hos sykepleiere for å forstå hva som er viktig for en pasient med annen etnisitet i livets slutfase.</p> <p><b>Hensikt:</b> Finne ut av hva sykepleiere anser som viktig kompetanse i palliativ omsorg til pasienter med annen etnisitet.</p> <p><b>Metode:</b> Vi har gjort et litteraturstudie hvor vi har tatt utgangspunkt i forskning gjort de siste fem årene. Det er i tillegg brukt annen relevant faglitteratur for å belyse oppgavens tema.</p> <p><b>Resultat:</b> Basert på fellesnevnerne i artiklene har vi funnet tre kompetanseområder som sykepleiere ser på som vesentlig for å utøve palliativ omsorg for pasienter med annen etnisitet. Sykepleiere opplever det å ha kunnskap om familiens betydning, kommunikasjon og åndelighet/religion som svært viktig. Likevel opplever de usikkerhet på grunn av lite kunnskap når det gjelder å imøtekomme pasientenes behov knyttet til disse områdene.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Familiens betydning, kommunikasjon og åndelige/eksistensielle behov er områder som blir sett på som av størst betydning å ha kunnskaper om for å kunne gi god palliativ omsorg til pasienter med annen etnisitet. Det er også behov for mer forskning om hvordan man skal tilegne seg kulturell kompetanse i palliativ omsorg.</p>		

# ABSTRACT

Title:		Date : 06.05.17
<p>What competence do nurses consider to be important in palliative care for patients with different ethnicities?</p>		
<hr/> <hr/>		
Participants/	Solveig Pettersen	
	Marthe E Rennemo	
<hr/> <hr/>		
Supervisor(s)	Astrid Rønsen	
<hr/>		
Employer:	<hr/>	
Keywords (3-5)	Cultural competence, ethnicity, palliative care, challenges	
Number of pages/words: 37/9896	Number of appendix: 2	Availability (open/confidential): Open
<p><b>Background:</b> Immigration to Norway has increased dramatically over the past ten years, and we expect that there will be more patients with other ethnicities who will need palliative care in the Norwegian healthcare system in the years to come. We believe that nurses must be prepared for this and that the expertise in the field therefore must be increased. Research points to the need for more knowledge in nurses to understand what is important for a patient with a different ethnicity in the end of life.</p> <p><b>Aim:</b> Find out what nurses consider as important competence in palliative care for patients with different ethnicities.</p> <p><b>Methods:</b> We have done a literature study where we have taken the basis of research done in the last five years. In addition, other relevant literature has been used to illustrate the subject's theme.</p> <p><b>Results:</b> Based on common denominators in the articles, we have identified three areas of expertise that nurses consider essential in palliative care for patients with different ethnicities. Nurses experience the importance of knowledge of family matters, communication and spirituality / religion. Nevertheless, they experience insecurity due to little knowledge about meeting patients' needs in these areas.</p> <p><b>Conclusion:</b> The importance of family, communication and spiritual / existential needs are areas that are considered to be of the utmost importance to have knowledge of in order to provide good palliative care to patients with other ethnicity. There is also a need for more research on how to acquire cultural competence in palliative care.</p>		

*Når jeg møter nye mennesker, forsøker jeg alltid å møte dem med utgangspunkt i det mest basale som vi har til felles. Vi har alle en fysisk kropp, et sinn, følelser. Vi er alle født på den samme måten, og vi skal alle dø. Vi ønsker alle et lykkelig liv, og vi har ikke lyst til å lide. Når jeg ser på andre på denne måten snarere enn å understreke forskjellene, som det faktum at jeg er tibetaner eller har en annen farge, religion eller kulturell bakgrunn, gir det meg mulighet til å ha følelsen av at jeg møter en annen som er lik meg selv. Jeg føler at det gjør det lettere å kommunisere og utveksle tanker når jeg forholder meg til en fremmed på den måten*

*Dalai Lama*

# Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling .....	3
1.3	Begrensninger og avklaringer.....	3
1.4	Oppgavens oppbygging .....	4
1.5	Presentasjon av sentral teori .....	5
1.5.1	Palliativ omsorg.....	5
1.5.2	Hospicefilosofien.....	6
1.5.3	Kultur og sykdom .....	6
1.5.4	Flerkulturell kompetanse .....	7
1.5.5	Kommunikasjon .....	7
2.0	METODE .....	9
2.1	Valg av metode.....	9
2.1.1	Litteraturstudie som metode .....	9
2.2	Søkestrategi .....	10
2.3	Søkeresultater .....	10
2.3.1	Inklusjons-/Eksklusjonskriterier.....	11
2.3	Kildekritikk .....	11
3.0	RESULTAT.....	12
3.1	Artikkel 1: Milberg, A., Torres S. og Ågård P. (2016) Health Care Professionals` Understandings of Cross-Cultural Interaction in End-of-Life Care: A Focus Group Study .....	12
3.2	Artikkel 2: Hanssen, I., Pedersen, G (2013) Pain Relief, spiritual needs, and family support: Three central areas in intercultural palliative care.....	13
3.3	Artikkel 3: Alpers, L-M., Hanssen, I (2014): Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency .....	13
3.4	Artikkel 4: Abudari, G., Hazeim, H. og Ginete G. (2016) Caring for terminally ill Muslim patiens: Lived experiences of non Muslim nurses.....	14
3.5	Artikkel 5: Evans, N., Menaca, A., Andrew, E. V.W., Koffmann, J., Harding, R., Higginson, I.J., Pool, R., Gysels, M. (2012): Systematic Review of the Primary Research on Minority Ethnic Groups and End-of-Lige Care from the United Kingdom.....	15
4.0	DRØFTING.....	16
4.1	Familiens betydning: Kollektivism og autonomi.....	16
4.2	Kommunikasjon .....	18
4.2.1	Bruk av tolk som hjelpemiddel.....	19
4.2.2	Kommunikasjon av smerter.....	21
4.3	Religion og åndelige/eksistensielle behov.....	23

4.4 Hva sier sykepleierne at de trenger å vite noe om for å kunne gi god palliativ omsorg?.....	25
4.5 Metodiske overveielser.....	27
5.0 KONKLUSJON.....	28
6.0 VEDLEGG .....	29
6.1 Vedlegg1: Skjematisk oversikt over databaser, søkeord og antall treff .....	29
6.2 Vedlegg 2: Forskningsmatrise.....	31
7.0 LITTERATURLISTE .....	35

Antall ord: 9896

## 1.0 INNLEDNING

I dette kapittelet gis en introduksjon til oppgavens tema og en beskrivelse av temaets relevans for palliativ omsorg. Vi vil si hva hensikten med denne oppgaven vil være, og presentere vår problemstilling. Vi vil gjøre rede for avgrensninger i oppgaven og presentere sentrale begreper og teori som vil være aktuelt for oppgaven videre. Avslutningsvis i innledningen vil vi si noe om hvordan oppgaven er oppbygd.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to norske sykepleiere som tar videreutdanning i palliativ omsorg-helhetlig lindring i livets slutfase. Vi jobber begge til daglig på sykehjem, der palliativ omsorg er en viktig del av arbeidshverdagen.

Tema for denne fordypningsoppgaven er: Kulturelle utfordringer i palliativ omsorg.

Palliativ omsorg, uavhengig av kulturell bakgrunn, handler om å gi helhetlig lindring og omsorg ut ifra individuelle ønsker og behov. Samtidig forstår vi at det sannsynlig vil være noen behov og utfordringer som vil være ulik, eller komme i tillegg, hos en pasient med annen etnisitet enn oss selv.

Selv har vi få erfaringer i forhold til å møte pasienter med annen etnisitet i livets slutfase, og kjenner på en usikkerhet rundt dette og er redd for at det kan hindre utøvelsen av god palliativ omsorg. Vår usikkerhet bunner i redsel for å bli misforstått, vanskeligheter i forhold til kommunikasjon, bryte uskrevne regler og mangel på kunnskap. Vi har en forutinntatthet om at de er ulike oss selv, og mer «komplisert». Vi tror ikke at vi er alene om denne tankegangen. Studien til Milberg et al (2016) beskriver også at helsepersonell har en forforståelse av at «de andre» er mer komplekse og at det kan være vanskelig å imøtekomme alle disse behovene og kravene. Vårt referansepunkt er oss selv og vår kultur, og derfor blir en annen måte å tenke og gjøre ting på vanskelig og noen ganger litt ubegripelig. Samtidig så forstår vi at de også sannsynligvis har de samme tankene om oss. For å få bukt med disse holdningene må man forsøke å forstå den andre ut fra den andres logikk og perspektiv (Magelssen, 2005). Dette

innebærer ingen forpliktelse om å måtte være enig med den andre, og vi fritas ikke fra ansvaret for å dele av vår faglige innsikt med den andre. Når vi prøver å forstå den andre, gjenspeiler det en holdning der vi respekterer den andre (Magelssen, 2005).

Det er kjent at det er et underforbruk av offentlige helsetjenester blant de med etnisk minoritetsbakgrunn, men norske undersøkelser som er gjort de siste årene viser at bruken er økende (Johannesen, Hallandvik, & Steen, 2012). I følge SSB er det pr. 1. januar 2017; 724 987 personer som er innvandrere i Norge som ikke er norskfødte. Norge har innvandrere fra 221 forskjellige land og dette er 13,8 % av Norges befolkning. De siste 10 årene har antallet innvandrere som har kommet til Norge økt med over det dobbelte (Statistisk sentralbyrå, 2017). Med dette tenker vi at det er sannsynlig at antallet innvandrere som vil ha behov for palliativ omsorg også er økende, og at sykepleiere derfor bør ha en grunnleggende kompetanse knyttet til det å gi kultursensitiv palliativ omsorg.

Helsedirektoratets rapport «Om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt- å skape liv til dagene» - beskriver at;

«Det skal være et uttalt mål at hele befolkningen skal ha lik tilgang til helse - og omsorgstjenester av god kvalitet tilpasset den enkeltes behov og forutsetninger. For at vi skal kunne imøtekomme disse målene, må det blant annet tas hensyn til personer med språklig og kulturell minoritetsbakgrunn.» (Helsedirektoratet, 2015, s. 31)

Rapporten fra helsedirektoratet beskriver videre at;

«Helse- og omsorgspersonell må være sensitive for den enkelte pasients forståelse av egen sykdom og behandling. Kultursensitivitet, kulturell bevissthet og kompetanse er nødvendig for å tilpasse omsorgen til personer med annen bakgrunn. Det må legges til rette for at den palliative omsorgen er i tråd med den enkelte persons tradisjon og kulturelle tilhørighet, så langt som det er mulig.» (Helsedirektoratet, 2015, s. 31)

I en fagartikkel av Hanssen (2013) hevder flere forskere at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn generelt mottar omsorg og behandling av lavere kvalitet enn majoritetsbefolkningen. Årsaker til det kan ha med forholdet mellom pasient og sykepleier, det kan være sosiodemografiske og kulturelle grunner som for eksempel de forventningene partene har til omsorgen som blir gitt, språkbarrierer, kommunikasjonsproblemer og forskjeller mellom sykepleiernes og pasientenes kunnskaper, oppfatninger og holdninger.



Alpers og Hanssen (2008) sier at det er behov for mer kunnskap om de ulike etniske gruppers tenkning om sykdom, smerter og behandling. Det kommer tydelig frem i denne rapporten at det er et generelt behov for mer kompetanse om denne pasientgruppen (Alpers & Hanssen, 2008).

## **1.2 Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling**

Hensikten med denne oppgaven vil være å finne ut hva slags kompetanse vi som sykepleiere behøver for å ivareta alvorlig syke og døende pasienter med annen etnisitet.

På bakgrunn av dette ønsker vi å stille følgende problemstilling:

*«Hvilken kompetanse anser sykepleiere som viktig i palliativ omsorg til pasienter med annen etnisitet?»*

## **1.3 Begrensninger og avklaringer**

På grunn av oppgavens rammer er vi nødt til å gjøre begrensninger i oppgavens innhold. Det vi ønsker å vite noe om vil være generelt for pasienter med annen etnisitet som er alvorlig syke og døende, vi ønsker derfor ikke å se på en bestemt kultur i denne oppgaven. Vi er bevisste på at generaliseringer kan være nyttig for å vise trekk ved ulike kulturer, men aldri sannheten om den konkrete person som kommer fra denne kulturen. (Hanssen, 2015)

Vi tenker at det først og fremst er hos førstegenerasjons innvandrere vi vil møte de kulturelle utfordringene som gjør det nødvendig for oss som sykepleiere å inneha en dypere kompetanse på flere områder, og vi ønsker her kun å ha fokus på voksne førstegenerasjons innvandrere. For å få svar på vår problemstilling tenker vi at konteksten pasient og sykepleier er i, ikke er av betydning. Vi ønsker å finne ut hvilken grunnleggende kompetanse vi som norske sykepleiere behøver for å ivareta alvorlig syke og døende pasienter med annen etnisitet enn

oss selv, og tenker at det vil være det samme uavhengig av hvor i helsevesenet vi møter pasienten. Vi ønsker ikke å gå inn på en bestemt sykdom eller diagnose.

Palliativ behandling og omsorg, lindrende behandling og palliasjon er alle begreper som omhandler det samme og brukes om hverandre. For å omtale den omsorgen som blir gitt til alvorlig syke og døende med kort forventet levetid, vil vi i denne oppgaven hovedsakelig bruke begrepet palliativ omsorg. Vi vil definere dette begrepet videre i kapittel 1.5.

Etnisitet er et begrep som blir brukt når vi omtaler pasienter fra annen kultur. Etnisitet betegner felles særtrekk ved en gruppe mennesker som identifiserer gruppen som et folk. Fellestrekkene kan være språk, kultur, religion, verdier, musikk, ritualer, mat etc (Wikipedia, 2017). Erikssen og Sajjad (2016) sier at etnisitet er opplevde kulturforskjeller som gjøres relevante i samhandling. En etnisk gruppe vedlikeholdes ved at disse kulturforskjellene (i forhold til en annen gruppe) kontinuerlig gjøres relevante. Når vi bruker begrepet etnisitet i denne oppgaven så tenker vi at pasienten er fra en kultur som er ikke-vestlig og dermed ulik vår egen.

Begrepet kultur har mange ulike definisjoner. Antropolog Edward Tylor definerte kultur slik allerede i 1871:

«Kultur, eller sivilisasjon, er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, mat, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn» (Eriksen & Sajjad, 2016). Det er her viktig å påpeke at samfunnsmedlemmer kan ha ulike tolkninger av sin kultur (Magelssen, 2005).

#### **1.4 Oppgavens oppbygging**

Denne fordypningsoppgaven består av fem ulike deler. Den første er innledningsdelen som består av bakgrunn for valg av tema, oppgavens hensikt, presentasjon av problemstilling, begrensninger og avklaringer, og til slutt en presentasjon av sentral teori. I den andre delen kommer metoddelen som beskriver valg av metode, søkestrategi og kildekritikk. I den tredje delen gis en resultatpresentasjon. I den fjerde delen drøftes resultater i forhold til valgt teori og forskning, samt redegjørelse for metodiske overveielser og oppsummering av prosessen. Den femte delen består av oppsummering og konklusjon.

## **1.5 Presentasjon av sentral teori**

Vårt fokus for oppgaven vil være sykepleierens kompetanse i palliativ omsorg til pasienter med annen etnisitet enn dem selv. Vi ønsker her å presentere teori som vi mener er viktig og relevant for å besvare oppgavens problemstilling.

### **1.5.1 Palliativ omsorg**

Verdens helseorganisasjon (WHO) og European Association for Palliative Care (EAPC) har definert palliasjon slik:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Helsedirektoratet, 2015)

I 2011 kom WHO med en ny definisjon av palliasjon, hvor det fremheves at prinsippene er anvendbare overfor alle pasienter med livstruende sykdom, og også kan anvendes tidlig i sykdomsforløpet. (Helsedirektoratet, 2015)

Grunnleggende palliasjon skal ivareta kartlegging av symptomer og plager, symptomlindring, informasjon til pasient og pårørende, terminal pleie, pårørende, sorgarbeid og oppfølging av etterlatte, dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene (Helsedirektoratet, 2015).

Palliasjon har sin opprinnelse i hospicebevegelsen, og definisjonen bygger på hospicefilosofien (Norsk forening for palliativ medisin, 2004).

### **1.5.2. Hospicefilosofien**

Hospicefilosofien er en behandlingsfilosofi som ble grunnlagt av Cicely Saunders i Storbritannia på 60-tallet. Den bygger på noen viktige hovedprinsipper og forandret mange menneskers tenkemåte rundt terminalt syke og døende.

Cicely Saunders introduserte begrepet «total pain» i en av sine artikler. I dette begrepet ligger all smerte, både de fysiske og psykiske symptomene, sosiale, eksistensielle og åndelige problemer. Forståelsen av begrepet «total pain» og denne tilnærmingen til pasientene ble utgangspunktet for den moderne hospicebevegelsen og den palliative behandlingen og omsorgen. Hennes begrep «total pain» omfattet smertens fem aspekter; fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt, og krevde derfor tverrfaglig tilnærming. Det var også viktig at familien ble involvert i behandlingen. Omsorg og behandling skulle utføres av personell med spesiell interesse, utdanning og erfaring. Behandlingskulturen skulle være preget av god tid, modig og ærlig kommunikasjon. (Strømskag, 2012)

«Holistisk tilnærming» til pasienten er også et begrep som senere har blitt brukt for å omtale den samme forståelsen.

### **1.5.3 Kultur og sykdom**

Forholdet til sykdom og behandling vil ofte være påvirket av kulturell bakgrunn, livssyn, utdanning og personlige erfaringer. Sykdom betyr forskjellige ting i ulike kulturer. Det kan derfor være vanskelig for sykepleiere å forstå og behandle pasienter fra en annen kultur fordi pasientens oppfatning av sykdom, helse og behandling kan være svært annerledes. (Hanssen, 2015)

Norske sykepleiere kan møte mennesker fra mange ulike kulturer i sitt arbeid. De ulike menneskene kan ha svært forskjellige tanker og behov, noe som kan føre til andre forventninger og adferd enn det det norske helsearbeidere er vant til å møte. Hvordan en person har lært å tenke angående sykdom og behandling, vil ha betydning for hvordan vedkommende oppfatter og erfarer sine symptomer og vurderer sykdommen. Forskning viser at selv om mange symptomer på sykdom er fellesmenneskelig, uansett sosial og kulturell bakgrunn, er sykdomsopplevelsen i stor grad påvirket av personens følelsesmessige reaksjon

på, kunnskapene om og vurdering av, symptomene. Både psykiske og somatiske symptomer er generelt sett tilegnet gjennom læring (Hanssen, 2015). Når pasient og sykepleier kommer fra ulike helse -og behandlingssystemer og har ulike forklaringer på sykdom, kan dette føre til problemer. Det er derfor viktig at sykepleieren kjenner til noen av de ulikhetene som finnes. Selv om pasienter uavhengig av kultur har de samme grunnleggende behov, og kan ha behov for samme behandling og pleie, så kan de forholde seg til en og samme sykdom på ulike måter, både fysisk og psykisk. (Hanssen, 2015)

#### **1.5.4 Flerkulturell kompetanse**

Kunnskap om andre kulturer er et viktig redskap for å møte mennesker fra etniske minoriteter på en god måte. Om vi kan vise at vi har kunnskap om en pasients kultur og hvilke konsekvenser dette kan ha for pleien og behandlingen som blir gitt, kan det gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt og dermed gjøre møtet med helsevesenet mer positivt. Dersom denne kunnskapen kan bli brukt som en ressurs i samhandlingen mellom sykepleier og pasient, i stedet for en oppskrift fordi man tenker at alle mennesker som tilhører en bestemt kultur er «like», er mye vunnet. Samtidig er det vesentlig at fokuset på det som er ulikt og annerledes fra vår egen kultur ikke gjør at vi glemmer at enhver pasient er unik med sine grunnleggende behov, tanker, holdninger, kunnskaper, sin egen historie og bakgrunn. Vi som sykepleiere må være oppmerksom på at vi ikke møter en pasient som en representant for sin kultur (Hanssen, 2015).

#### **1.5.5 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er utveksling av informasjon (Eriksen & Sajjad, 2016). Den må finne sted mellom to eller flere parter, også kalt sender og mottaker. Budskapet kan lett misforstås fordi mottakeren risikerer å feiltolke senderens hensikt (Eriksen & Sajjad, 2016). Når mennesker kommuniserer med hverandre, spiller den ikke-verbale delen av kommunikasjonen en avgjørende rolle. Assosiasjoner, idéer, predisposisjoner og følelser påvirker hvordan informasjonen blir oppfattet og tolket av dem som kommuniserer (Wikipedia, 2017).

Det å yte omsorg av god kvalitet i livets slutfase krever kjennskap til og forståelse for pasientens ønsker og behov, og det kan man bare oppnå gjennom god kommunikasjon med pasienten selv og dens familie (Hanssen, 2015). Sykepleieren må også forsøke å tenke utenfor sin egen virkelighet. Da kan vi bidra til en mer lik relasjon i dialogen enn det som ofte er tilfelle når helsearbeidere og pasienter kommuniserer, og det vil bli lettere å snakke med hverandre og ikke bare til den andre. Da kan dialogen bidra til en atmosfære av trygghet og respekt, og til at vi kan bli i stand til å se likhetene i til dels svært store forskjeller (Magelssen, 2005).

Kultur farger i stor grad både språkstruktur og kommunikasjonsformer, derfor kan en del av betydningsinnholdet gå tapt når en person skal oversette tankene sine fra et språk til et annet. Verdier og symboler fra eget morsmål kan samtidig bli overført til det nye språket, og dette kan skape misforståelser. Kommunikasjonsproblemer kan ha flere årsaker; at partene ikke snakker samme språk, at partene har felles språk men uttrykker seg ulikt, at pasient/pårørende behersker helsearbeiderens språk i noen grad, men klarer ikke å nyansere det. Ofte kan det uansett være behov for hjelp av tolk (Hanssen, 2015).

## 2.0 METODE

«Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland, 2013)

*«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder»*

*Vilhelm Aubert*

### 2.1 Valg av metode

På grunn av oppgavens ramme- og tidsbegrensning er det fornuftig at denne oppgaven er et litteraturstudie. Metoden litteraturstudie innen palliativ omsorg var også gitt i emnebeskrivelsen.

#### 2.1.1 Litteraturstudie som metode

At oppgaven er et litteraturstudie innebærer at vi vil benytte oss av allerede eksisterende forskning og litteratur (Høgkolen i Bergen, 2012). Vår oppfatning er at dette er en enklere versjon av en systematisk oversikt som ifølge Dalland (2012), skal oppsummere og sammenstille resultater av alle relevante studier. En slik oversikt skal ha et klart definert formål, en godt dokumentert og utfyllende søkestrategi, klare kriterier for hvilke studier som skal inkluderes i oversikten, kvalitetsvurdering av de valgte studiene og det skal ha blitt brukt anerkjente metoder for å sammenstille resultatene (Dalland, 2013).

Ettersom dette er et litteraturstudie har vi brukt både faglitteratur og vitenskapelige artikler for å belyse vårt tema og problemstilling. Her har vi benyttet oss av nyere forskning for at oppgaven skal få større validitet. For å finne vitenskapelige artikler har vi brukt anerkjente databaser som Cinahl, PubMed og Oria. Vi har brukt faglitteratur som var kjent for oss fra før, samt funnet fagartikler rundt det aktuelle emnet. Vi har også vært i kontakt med andre kollegaer, som har mer erfaring med denne pasientgruppen enn oss for å få synspunkter på temaet, da hovedsakelig sykepleiere og fagsykepleier på vår arbeidsplass. Veileder og opponenter på skolen har også bidratt med innspill vedrørende problemstilling og tematikk.

## 2.2 Søkestrategi

Før vi startet artikkelsøket satte vi opp et PICO-skjema (tabell1). Dette også for å finne gode søkeord. Etter hvert som vi søkte kom det også opp en del begreper som vi ikke hadde tenkt på, som vi senere har brukt i søkene våre. Vi tenker at problemstillingen vår ikke er en typisk norsk utfordring da globaliseringen har bidratt til at befolkningen i verden er preget av økende etnisk variasjon (Magelssen, 2005). Derfor har vi benyttet oss av både norske og engelske søkeord for å få et større utvalg artikler. Vi ønsket ikke å bruke artikler eldre enn 5 år, og artiklene skulle være fagfellevurdert.

Foruten søk i databaser ble det også gjort søk i kilder vi antok hadde relevant informasjon som Helsedirektoratet og SSB.

**Tabell 1: PICO -skjema**

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Minoritetsgrupper Pasienter med annen kulturell bakgrunn Sykepleiere Nurses	Palliativ omsorg Palliative care End-of-life care Cultural diversity		Barrierer/Utfordringer/Challenges Kulturell kompetanse Cultural Competance Interkulturell sykepleie

## 2.3 Søkeresultater

Til å begynne med ble det gjort noen smale søk, men uten relevante treff. Derfor utvidet vi søkene våre ved å ikke bruke mange kombinasjoner samtidig. Vi brukte søkeord som palliative care, end-of-life care, cultural diversity, cross-cultural, intercultural, nursing, cultural competence og ulike kombinasjoner av disse. Det ble søkt i databaser som Oria, PubMed og Cinahl. Se vedlegg 1 for skjematisk oversikt over søk. PubMed ga oss ingen treff som var relevante for vår problemstilling derfor ble videre søk gjort i Cinahl og Oria. Via



referanselisten på artiklene vi har brukt, har vi også funnet andre artikler. Ikke alle artiklene vi har brukt er å finne i fulltekst på nettet så disse ble bestilt via universitetsbiblioteket.

Via artikkelsøk som ble gjort kom det også opp forslag til andre, lignende artikler.

### **2.3.1 Inklusjons-/Eksklusjonskriterier**

Vi ønsket ikke å bruke artikler eldre enn fem år, og disse skulle være fagfellevurdert. Dette for at oppgaven skal få større validitet, og for å forsøke å tegne et bilde av hvordan situasjonen vedrørende temaet er i dag.

Vi ønsket å finne artikler som sa noe om hva sykepleier opplever som utfordrende i møte med pasienter med annen etnisitet i livets siste fase – og hvorfor. Med annen etnisitet menes her ikke-vestlig bakgrunn ulik oss selv. Det skulle også dreie seg om voksne innvandrere. Så alle artikler vedrørende barn eller barn av innvandrere ble ekskludert. Inklusjon/eksklusjon av artikler ble også sett i sammenheng med hvor relevante disse var i forhold til vår problemstilling. Eksempelvis fikk vi flere treff på amerikanske studier, men måtte forkaste disse da det var stort fokus på økonomiske forhold, noe som ikke er overførbart til vårt velferdsamfunn.

### **2.3 Kildekritikk**

Alle artiklene er oversatt fra engelsk, og derfor kan noe av meningen av teksten gå tapt i oversettelsen. Vi er to som skriver oppgaven, og på den måten mener vi likevel at vi sikrer meningen i teksten.

To av de inkluderte studiene er skrevet av samme forfatter, og kan dermed presentere ett syn/forståelse. En del av teorien vi har brukt er også skrevet av den samme forfatteren, og oppgaven kan derfor være farget av denne forfatterens forståelse. Samtidig er det gjort lite forskning på dette området som er overførbart til norske forhold, og det kan se ut som fagmiljøet i Norden er begrenset.

Det er kun fem inkluderte studier og studien vår vil derfor bli noe begrenset. Likevel ser vi at artiklene konkluderer med mye av det samme.

## 3.0 RESULTAT

For å få en oversikt over litteraturen vi har valgt ut, har vi laget en forskningsmatrise. Se vedlegg 2. Artikkene vil bli kort presentert nedenfor.

### **3.1. Artikkel 1: Milberg, A., Torres S. og Ågård P. (2016) Health Care Professionals' Understandings of Cross-Cultural Interaction in End-of-Life Care: A Focus Group Study**

Helsepersonell fra ulike avdelinger i helsevesenet i Sverige har blitt intervjuet for å snakke om interkulturell samhandling i palliativ omsorg og at forhold som usikkerhet, stress og frustrasjon knyttes til dette.

Fokusgruppens diskusjon ga oppmerksomhet til fire spesifikke utfordringer som de forventer å møte i omsorgen til pasienter med annen kulturell bakgrunn som de tar for gitt er annerledes fra deres egen kultur. Disse utfordringene var kommunikasjonsbarrierer, uvanlige måter å kommunisere smerter og følelser, forventninger om at familiene til disse pasientene var «annerledes» og antagelser om at disse pasientene og deres familie mangler kunnskap. Kjernen i de aktuelle utfordringene er ideen om at interkulturell samhandling betyr å møte «det ukjente». Helsepersonell snakket om disse pasientene generelt, og de var bekymret for om de hadde kunnskap nok til å gi palliativ omsorg som var individualisert nok for å møte behovene til disse pasientene.

Studien påpeker at helsepersonell som jobber innen palliativ omsorg og ser på interkulturell samhandling på denne måten kan møte utfordringer når de betrakter pasientene som en gruppe der de forventer å møte en rekke utfordringer og ser ikke ut til å være trygg nok til å gi interkulturell omsorg av god kvalitet.

Resultatene fra artikkelen har betydning for klinisk praksis og utdanning og foreslår at fremtidige forskning bør sette i gang en prosess for å tilnærme seg denne typen forståelser som blir belyst i denne artikkelen.

### **3.2 Artikkel 2: Hanssen, I., Pedersen, G (2013) Pain Relief, spiritual needs, and family support: Three central areas in intercultural palliative care**

Artikkelen til Hanssen og Pedersen (2013) beskriver disse tre punktene som av stor betydning hos minoritetspasienter. Artikkelen beskriver videre at det er vanskeligere å evaluere graden av smerte hos minoritetspasienter da de ofte har en annen måte å uttrykke seg på og helsepersonell tolker disse smerteuttrykkene som tilgjorte. Dette kan føre til utilstrekkelig smertelindring. Forfatterne understreker at smerter ikke kun dreier seg om det fysiske men må også ses i sammenheng med det kulturelle, sosiale og det åndelige. Kollektivistiske verdier kan føre til at pasientene velger mestringsstrategier som gjør dem avhengig av andre familiemedlemmer. Mange døende ønsker å være hjemme og å bli tatt vare på av sine egne, men pasientene har ofte sammensatte behov og det er ikke sikkert familien greier å opprettholde/ivareta omsorgen.

Artikkelen setter fokus på at det er behov for mer utdanning rundt temaet da mange norske helsepersonell har liten kunnskap om andre religioner enn deres egen bortsett fra litt overfladisk kunnskap om islam. Samtidig er det behov for mer forskning på hvordan man kan oppnå mer kulturelt passende omsorg i interkulturell palliativ omsorg. Innvandrere trenger også mer kunnskap om kreft og ulike tilbud i forhold til palliativ omsorg i det samfunnet de nå bor i. Dette kan også gjøre det mer sosialt akseptert å søke profesjonell hjelp og omsorg for sine. Til slutt trekker Hanssen og Pedersen frem at til tross for kulturelle forskjeller så skal alle pasienter respekteres som individer/personer, og helsepersonell må ikke forvente hva de (minoritetspasienter) skal tenke eller gjøre ut fra egne fordommer.

### **3.3 Artikkel 3: Alpers, L-M., Hanssen, I (2014): Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency**

Det er et stort behov for kulturelt kompetente sykepleiere i dagens samfunn, og behovet forventes å være økende. Sykepleierne i artikkelen opplevde at de hadde utilstrekkelig kulturell kompetanse. De opplevde også at de synes det var vanskelig å evaluere symptomer som smerte, og alvorlighetsgraden av denne, hos denne pasientgruppen fordi de har en annen måte å uttrykke seg på. De opplevde også at de ble tilbudt lite, om noen, muligheter for videreutdanninger.

Økt forståelse, holdninger og ferdigheter behøves hos sykepleiere og sykepleiestudenter med tanke på sykdom og behandlingsfilosofier annen enn vestlig biomedisin, og i symptomevaluering. Funnene indikerer at erfaring alene ikke tilstrekkelig for å utvikle kulturell kompetanse. Utvikling av kulturell kompetanse må integreres i sykepleieutdanningen; både teoretisk og praktisk. Flere studier anbefales for å finne ut av hva som gir de beste resultatene i forhold til kulturell kompetanse.

### **3.4 Artikkel 4: Abudari, G., Hazeim, H. og Ginete G. (2016) Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non Muslim nurses**

Denne studien har fokus på at sykepleiere trenger kunnskap, bevissthet og erfaringer angående etnisitet, religion og sosiale forhold i pasientomsorgen. Ikke-muslimske sykepleiere må ha teoretisk og empirisk innsikt i behandlingsmåter hos terminal syke muslimske pasienter. De bør tilegne seg kunnskap om islamske regler og de bør være kjent med den unike religiøse og sosiokulturelle praksis som gjelder helsetjenesten. Studien ser på sykepleieres erfaringer i omsorg for terminalt syke muslimske pasienter og deres familier med tanke på fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle, åndelige og religiøse behov.

Tre hovedområder utgjør sykepleiernes opplevde erfaringer i denne studien: familieforhold, palliativ omsorg og sykepleiefaglig utfordringer innen kommunikasjon og kulturell omsorg. Kulturelle verdier, religiøse behov og familiens tilnærming til omsorgen påvirket sykepleiernes erfaringer. Å gi kulturelt tilpasset omsorg krever forståelse for hvor viktig det er med utøvelse av religion og kultur og at familiens rolle er av stor betydning.

Problemer som var relatert til mangelfull integrering av palliativ omsorg og liten tilgjengelighet på tverrfaglig team påvirket også sykepleiernes erfaringer. Sykepleierne viser mangel på kulturell kompetanse når det gjelder bevissthet på kulturelle forskjeller og kulturell utdanning er mangelfull. Det anbefales et eget utdanningsprogram med fokus på kultursensitiv omsorg, og i denne artikkelen rettes det spesielt mot islam.

### **3.5 Artikkel 5: Evans, N., Menaca, A., Andrew, E. V.W., Koffmann, J., Harding, R., Higginson, I.J., Pool, R., Gysels, M. (2012): Systematic Review of the Primary Research on Minority Ethnic Groups and End-of-Life Care from the United Kingdom**

Studien setter fokus på flere og sammensatte årsaker til hva som bidrar til lavt forbruk av palliative tjenester og dårlig kvalitet på de gitte tjenestene til etniske minoritetspasienter. De ulike studiene gir en rekke anbefalinger for helsepersonell og politikere:

- Også palliativ omsorg for pasienter med annen sykdom enn kreft
- Økt bevissthet blant minoritetspasientene om hvilke tjenester som eksisterer
- Bedre kommunikasjon. Kunnskap i forhold til kulturelle ulikheter i kommunikasjon og bruk av tolk må utbedres.
- Å være klar over ulikheter, men avvise stereotypier. Antakelser rundt hva pasienter foretrekker ut fra deres kulturelle bakgrunn skal aldri forekomme.
- Kulturell kompetanse og –sensitivitets kurs/utdanning. Opplæring i kultursensitiv omsorg må ta sikte på å utfordre stereotypier, og å motvirke oppfatningen av at disse tjenestene ikke er egnet for etniske minoritetsgrupper.
- Holistisk tilnærming. Anerkjennelse at mange og sammensatte faktorer skaper barrierer vedrørende tilgjengeligheten av palliativ omsorg. Forbedret tjenestebruk og økt kvalitet på omsorgen krever en helhetlig tilnærming.

## 4.0 DRØFTING

Ut fra funn i artiklene har vi valgt å drøfte fire hovedpunkt, disse er basert på fellesnevnerne i artiklene.

- Familiens betydning: kollektivism og autonomi
- Kommunikasjon: bruk av tolk og kommunikasjon av smerter
- Åndelighet/eksistensielle behov
- Hva sier sykepleierne at de trenger å vite noe om for å kunne gi god palliativ omsorg?

### 4.1 Familiens betydning: Kollektivism og autonomi

En av de mest sentrale problemstillingene i sykepleieetikken og i den medisinske etikken er spørsmålet om pasientens rett til selvbestemmelse (Nordtvedt, 2014). Retten til selvbestemmelse er en av de mest grunnleggende verdiene i den vestlige verden i dag, selv om tanken er av relativt ny dato. Grunnlaget for et godt liv er forbundet med vår evne og mulighet til selv å kunne velge hva vi ønsker å realisere. Det er grunnlaget for valg av venner, livsledsager, valg av yrke og realisering av interesser. I følge Nordtvedt (2014) er selvbestemmelse også forutsetningen for de fleste av våre aktiviteter i forbindelse med helse og sykdom. Retten til å velge eller avstå fra en behandling, og retten til å motta eller frasi seg omsorg eller pleie, forutsetter respekt for retten til selvbestemmelse. Med dette forstår vi at å respektere en pasients rett til å være autonom respekterer vi pasientens rett til å velge. I følge Hanssen (2015) peker mange forfattere på autonomiprinsippet når man diskuterer hvordan biomedisinske prinsipper blir utfordret av dagens flerkulturelle samfunn. Dette fordi en persons selvforståelse og autonomi blir påvirket av hans/hennes tenkning, utdanning, erfaringer, religiøs bakgrunn, verdier og moralske standarder vedkommende har valgt å følge. Hanssen (2015) sier videre at mange etikere overser betydningen kultur har som veileder for moralske overveielser og atferd. Mange kulturer i andre deler av verden er kollektivistiske, det vil si at individet står ikke like sterkt som i vesten; familiemedlemmene opplever en gjensidig forpliktelse ovenfor hverandre, og enkeltpersoners meninger og ønsker er underordnet det større samfunns behov og forventninger. Gjensidig avhengighet, hjelp, omsorg, felles skjebne og føyelighet utgjør viktige kulturelle aspekter for at den kollektive

velferd og sosiale harmoni skal kunne ivaretas (Hanssen, 2015). I artikkelen av Abudari et al (2016) beskrives det at terminal sykdom i enkelte andre kulturer er sett på som et familieanliggende. Det er i mange kulturer en religiøs og kulturell plikt å være til stede i livets aller siste fase (Hirsch & Røen, 2016). Dette støttes også opp av artikkelen til Hanssen og Pedersen (2013). Dette fordi omsorgsgiverne i familien blir så påvirket psykososialt etterhvert som tilstanden til pasienten forverres. På grunn av dette må disse pasientene og deres familier bli sett på som en «enhet», og at dette er et av kjerneprinsippene i palliativ omsorg til pasienter med kollektivistiske verdier (Abudari, et al., 2016). Sykepleierne i studien til Abudari et al (2016) opplevde at det var vanskelig å forholde seg til mangelen på autonomi, og at det var familien som skulle ta avgjørelser. I Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere står det beskrevet i § 2.4: «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk Sykepleierforbund, 2016). At sykepleierne i studien av Abdurai et al (2016) opplevde det som vanskelig at pasientene ikke tok «selvstendige avgjørelser» forstår vi godt da sykepleierne selv er fra en kultur der autonomi og individualisme står sterkt og som definerer hvem de er. Det strider imot det de er blitt lært til, både personlig og profesjonelt. Dette belyser hvorfor kultursensitiv omsorg kan være vanskelig. Samtidig som sykepleiere skal fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige valg er man også, i følge Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere § 2.5, forpliktet til å «...respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse» (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Blant medlemmer av mange etniske grupper blir det ansett som en plikt for familien å skjerme pasienten fra vanskelige og triste nyheter (Abudari, et al., 2016) Dette understøttes av boken til Hanssen (2015). I hvilke situasjoner man forteller «sannheten» og i hvilke man ikke velger å gjøre det, er kulturbestemt. Det samme gjelder hvordan vi vi forholder oss til kunnskap og «sannhet». Åpen informasjonsgivning kan oppfattes veldig ulikt i forskjellige samfunn og etniske grupper. For noen kan det krenke sentrale verdier slik at det skaper et vanskelig helsearbeider-pasient forhold med svekket tillit som resultat (Hanssen, 2015). Her er det derfor viktig at sykepleierne forstår familiedynamikken og respekterer pasientens preferanser for å kunne gi kulturelt tilpasset omsorg og for å unngå unødige konflikter (Abudari, et al., 2016). En studie Abudari et al refererer til i sin artikkel, viser at familiemedlemmers involvering i pasienten har en positiv effekt i forhold til mestringsferdigheter, reduserer angst og ga større følelse av støtte. Artikkelen til Hanssen og Pedersen (2013) sier også noe om dette. Samtidig så opplever vi også selv i vår egen praksis at når noen av våre nærmeste blir alvorlig syke og døende, her i vår vestlige kultur, så ønsker nærmeste familie å være til stede.

Det er også av stor betydning for pasienten, det skaper som tidligere nevnt en trygghet, trøst, og er slik sett også en ressurs for oss som sykepleiere. Det er også viktig for pårørende å få tatt farvel med sine, og å vite at vedkommende fikk avslutte livet på en god og verdig måte. Dette er også et av kjerneverdiene innen moderne palliasjon. Så selv om vi i vår vestlige kultur setter pris på individualisme og autonomi, så kan man kanskje si at når livet nærmer seg slutten så blir vi litt kollektivistiske. Med dette menes at selv om vi i all hovedsak gir omsorg og lindring til pasienten, så viser vi også omsorg for pårørende i den situasjonen de er i; De blir behandlet som en «enhet» på samme måte som beskrevet i studien til Abudari et al (2016), som da refererer til palliasjon til pasienter med annen kulturell bakgrunn. Forskjellen ligger heller i det at i kulturer hvor kollektivismen står sterkt så er det ikke bare den nærmeste familien som er til stede, men hele storfamilien. Dette kan være i konflikt med helseinstitusjoners rutiner, og også i strid med hva som er pasientens beste (Hirsch & Røen, 2016). Hirsch og Røen nevner her at det kan være en god ide å legge en besøksprotokoll i skranken på avdelingen med navn og tidspunkt. Dette må da formidles på en god måte.

## **4.2 Kommunikasjon**

Kulturelle forskjeller kan være store både når det gjelder språk, normer og verdier, og kommunikasjon på tvers av kultur -og språkgrensene kan by på store utfordringer når det gjelder gjensidig forståelse, ikke minst innen helsevesenet. (Eide, 2013)

God kommunikasjon er vesentlig og avgjørende for kvaliteten på den palliative omsorgen. En ineffektiv kommunikasjon vil ha negativ innvirkning både for kvaliteten på pasient-sykepleierforholdet, hvor godt pasienten og dens familie er forberedt på sykdomsforløp og behandling og hvor fornøyd de er med den omsorgen som blir gitt (Abudari, et al., 2016). Sykepleiere som ble intervjuet i studien til Abudari et al (2016), sier at språkbarriere er en stor utfordring når man ønsker å etablere god kommunikasjon med pasienten, og at deres manglende evne til å forstå det fremmede språket også kan skape en emosjonell byrde for de involverte.

Sykepleierne som blir intervjuet i studien til Milberg et al (2016), påpeker at noe av det som skaper usikkerhet, stress og frustrasjon i deres møte med pasienter fra andre kulturer ofte dreier seg om barrierer knyttet til kommunikasjon. Ikke bare når det gjelder det verbale språket, men også kroppsspråk og kulturelle ulikheter når det gjelder å uttrykke og formidle



smerter og følelser på. En av sykepleierne i den samme studien forteller at det er utfordrende med kommunikasjon når en pasient er alvorlig syk og døende, og man ikke har mulighet for å samhandle med pasienten på den måten man er vant til for å gi støtte og omsorg. Alt det man har på hjertet som man ønsker å formidle for å berolige og gi trøst, kan man ikke si fordi man vet at pasienten kanskje ikke vil forstå, uttrykker hun (Milberg, et al., 2016). Pasienten selv vil heller ikke ha mulighet for å uttrykke seg slik han eller hun ønsker for å formidle sine behov til sykepleier, når det verbale språket er en barriere mellom dem.

Det blir også nevnt i studien til Milberg et al (2016) at ulikheter i kroppsspråk er en utfordring man bør være bevisst på. Hun forteller at det er vanlig for henne å håndhilse på pasienten og pårørende i sin kultur, og at hun ofte berører pasientene for å skape kontakt og berolige. Men at dette kan være fullstendig feil i en annen kultur. For eksempel at ulike kjønn berører hverandre kan være lite respektfullt. Sykepleieren sier at disse ulikhetene gjør at det er vanskelig å komme nært på pasienten, fordi hun er redd for å bryte noen uskrevne regler som hun ikke er klar over. Hva som aksepteres av berøring mellom mennesker varierer sterkt både fra kultur til kultur og fra menneske til menneske. Reglene for hvordan man hilser på hverandre kan også variere sterkt. En generell regel i mange kulturer er at den eldste hilser først (Hanssen, 2015). De fleste har en tendens for å tenke at ens egen kulturelle kommunikasjonsmønstre er det som er allmenngyldig og det er lett å glemme at det er kulturspesifikt. De færreste av oss har et bevisst forhold til egne nonverbale uttrykksformer. Kroppsspråket er kulturelt bestemt, og kan bare forstås på bakgrunn av kultur. Risikoen for feiltolkning innen kommunikasjon er størst i nye og ukjente situasjoner der det er størst ulikhet mellom kulturene. (Hanssen, 2015)

#### **4.2.1 Bruk av tolk som hjelpemiddel**

Når sykepleier og pasient ikke har noe felles språk, trenger man en tolk. Dersom vi ikke henter inn en profesjonell tolk, vil det ikke bare oppstå verbale kommunikasjonsproblemer, men det vil også være en begrensning for å samle inn viktig pasientinformasjon. Når vi skal innhente opplysninger og kunnskap om pasienten, vil det beste være å snakke direkte med pasienten. Men når dette ikke er mulig er det viktig å kvalitetssikre datainnsamlingen ved å skape en trygg ramme som muliggjør kommunikasjon med pasienten gjennom en profesjonell tolk (Magelssen, 2005). Når mennesker er syke, føler smerte, er redde og sårbare vil også

språkkompetansen synke. Det er i slike situasjoner god omsorg å kunne til rette legge for at pasienten kan få uttrykke seg på sitt eget språk (Magelssen, 2005).

Helsedirektoratet oppfordrer til bruk av tolk og sier blant annet at tolketjeneste er en forutsetning for å sikre de med dårlige norskkunnskaper reel mulighet for å benytte helsetjenestene. Kommunikasjon via tolk kan være helt nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, nødvendig informasjon og veiledning til pasienter og pårørende. Språk- og kommunikasjonsproblemer kan utgjøre en barriere både i behandlingssituasjon og i informasjonsformidlingen. Misforståelser eller manglende informasjon kan få svært uheldige følger for utfallet av behandlingen. Kommunikasjon via tolk gir en bedre og sikrere behandling og større pasienttilfredshet. (Helsedirektoratet, 2011)

I palliativ omsorg tenker vi det er spesielt viktig at man har en tolk lett tilgjengelig slik at pasienten til enhver tid får kommunisert sine ønsker og behov uten å føle seg misforstått. At eventuelle plagsomme symptomer kan bli lindret effektivt og at sykepleier har mulighet for å bli kjent med pasienten for å forstå hva som er av betydning for den enkelte pasient mener vi er helt avgjørende om man skal lykkes med palliativ omsorg.

I studien til Milberg et al (2016) sier sykepleierne at bruk av tolk i palliativ omsorg er verdifullt, men nevner at det ikke alltid er like enkelt å samarbeide med en tolk fordi man kan ikke forvente at de er tilstede i alle situasjoner med pasienten. De følte også at de noen ganger kunne være usikker på om det som blir kommunisert til pasienten blir riktig formidlet. Men dette mente de var mye avhengig av om det blir brukt profesjonell tolk eller om det er familiemedlemmer blir brukt som tolk. Sykepleierne forteller at noen ganger så krever pasientens familie at de skal fungere som tolk. De mener at det da kan være dårlig kvalitet på det som blir videreformidlet, men også at det å bruke familiemedlemmer for å kommunisere sensitiv informasjon om helsen til pasienten kan være både en byrde for familien og hindre pasienten i å motta nødvendig informasjon om dødsrelaterte forhold fordi familien kanskje vil skåne pasienten. Når det er dårlig kvalitet på det som blir tolket vil det også være en fare for at pasienten ikke vil motta tilstrekkelig symptomlindring i palliativ fase. (Milberg A., 2016)

Vi tenker at bruk av tolk som er i familie med pasienten kan være en vel så stor utfordring når pasienten ønsker å formidle tanker, ønsker og behov om sin situasjon. Det kan nok da være en fare for at viktig informasjon til sykepleier eller lege ikke når frem hvis pasienten tenker å skåne sine pårørende for sine plager eller bekymringer. Dette kan nok spesielt være en

problemstilling om det er barn som fungerer som tolk. Det er kjent at det ofte brukes ukvalifiserte tolk i helse- og omsorgstjenestene, som for eksempel familiemedlemmer. Konsekvensene av dette kan bli alvorlig både for pasienter og helsepersonell. Å benytte kvalifisert tolk og inneha nødvendig kompetanse som tolkebruker er avgjørende for å kunne yte forsvarlig helse- og omsorgstjenester når det er språkbarriere (Helsedirektoratet, 2011). Årsaker til at det er en utstrakt bruk av familie som tolk er at pasientens familie mener at de kan håndtere situasjonen selv, og ikke ønsker å ha inn ukjent tolk. Sykepleiere erfarer også at pasienter og deres familie kan bli fornærmet når de blir tilbudt profesjonell tolk. En annen årsak til at familiemedlemmer ofte brukes som tolk er fordi det er den enkleste løsningen for helsearbeiderne. Å tilkalle tolk må som regel planlegges, og de må ofte vente før tolk har mulighet til å komme (Hanssen, 2015).

Det er klart at mangel på et felles språk kan by på flere utfordringer, og at dette er en barriere som må håndteres slik at man kan kunne tilby en helhetlig omsorg til pasient og pårørende. Det er helt nødvendig for sykepleiere å ha kunnskap om hensikten med tolk og de utfordringene som kan oppstå rundt det.

#### **4.2.2 Kommunikasjon av smerter**

En persons sykdomsatferd er ofte påvirket av sykdomssyn, noe som igjen er påvirket av kulturbakgrunn, livssyn, utdanning og personlige erfaringer. (Hanssen, 2015)

Et viktig aspekt ved menneskets sykdomsatferd er hvordan smerter formidles, og måten vi formidler smerter på kan variere mye fra kultur til kultur. I vår vestlige kultur har vi generelt sett et lite ekspressivt smerteuttrykk, og det kan være vanskelig å forstå smerteformidlingen når den faller utenfor det som for oss er normalt. Eksempelvis kan man risikere at pasienter kan få for lite smertestillende på grunn av et stoisk smerteuttrykk, og andre pasienter med et mer åpent og ekspressivt smerteuttrykk kan bli overmedisinert når smerteuttrykket ikke avtar etter «normal» dosering (Hanssen, 2015).

Det har blitt forsket mye omkring spørsmål om enkelte kulturer har lavere smerteterskel enn andre, men det er ikke funnet noe klart svar på dette. Sannsynligvis er det forventningene til når, og hvordan, smerter skal uttrykkes som er forskjellig, og ikke smertetoleransen (Hanssen,

2015). Kulturelle oppfatninger av smerte er en viktig betraktning når det skal bestemmes foretrukket palliativ behandling. Enkelte kulturer har særskilte meninger angående begrepet fysisk smerte. For eksempel i noen kulturer er smerten sett på som bevis på svakhet eller som en straff, mens i andre kulturer kan evnen å bære smerte sees på som noe positivt. En bevissthet på pasientens kulturelle verdier, adferd og tro kan påvirke kvaliteten på palliativ omsorg, og hvilken mening som blir lagt i smerte og lidelse er avgjørende for omsorgen som blir gitt. (Abudari, et al., 2016)

Smertelindring er en sentral sykepleieoppgave i palliativ omsorg. Smerte er en subjektiv opplevelse som ikke lar seg måle objektivt, og for å kunne gi adekvat smertelindring er det viktig at sykepleieren lytter til pasientens beskrivelse og uttrykk av smerte. Det vil være vesentlig at sykepleier tenker helhetlig for å forstå pasientens smerte, og at «uvanlig» store uttalte smerter også kan ha andre årsaker enn den kulturelle ulikheten. Hospicefilosofien og Cicely Saunders beskriver begrepet «total pain» som en tilnærming til pasientene i palliativ omsorg, og i dette begrepet ligger all smerte, både de fysiske og psykiske symptomene, sosiale, eksistensielle og åndelige problemer. Vi må tenke på at smerte hos en pasient med annen kulturell bakgrunn som har kommet til Norge kan være påvirket av mange faktorer som kommer i tillegg til selve sykdommen. Dette kan blant annet være traumatiske opplevelse i forbindelse med krig, angst og utrygghet knyttet til å være i et fremmed land og kultur og utfordringer med kommunikasjon. Dette kan være med på å forsterke smerteopplevelse, og alt må ses i sammenheng for å forstå hvordan pasienten gir uttrykk for sin opplevde smerte. I flere av studiene så trekker sykepleierne frem utfordringer knyttet til pasientenes smerteuttrykk. I studien til Milberg, 2016, så uttrykker sykepleierne bekymring fordi det er vanskelig å håndtere symptomer hos en døende pasient fra annen kultur på grunn av at det er utfordrende å forstå deres smerteuttrykk og/eller andre symptomer. De mente at pasientene har en «uvanlig» måte å uttrykke følelser på og de betrakter de emosjonelle uttrykkene knyttet til sin egen kultur som «normalen». I sammenligning med dem selv, så har de en forventning om at innvandrere og etniske minoriteter skal ha mer dramatiske og høylytte måter å uttrykke smerte, symptomer, følelser og sorg på. En studie i artikkelen til Hanssen og Pedersen, 2013, bekrefter at kulturelle ulikheter i formidling av smerte og stereotyping når det gjelder å tolke smerte påvirker sykepleierens forventninger angående hvor alvorlig smerten er. Det blir også fremhevet at sykepleiere har lettere for å gi oppmerksomhet og medfølelse omsorg til en pasient som er stoisk fremfor pasienten som uttrykker sin smerte mer åpent og ekspressivt. Dette på grunn av at kulturen i vestlige land har en tendens til å hedre den som uttrykker

smerte stoisk (Hanssen & Pedersen, 2013). Konsekvensene av disse fordommene er at både diagnose, behandling og den omsorgen som blir gitt kan bli påvirket av disse forholdene. En av de meste uheldige konsekvensene når det gjelder palliativ omsorg vil sannsynligvis være at pasienten står i fare for å motta utilstrekkelig smertelindring på grunn av dette.

Studien til Hanssen og Pedersen, 2013 fremhever også at sykepleierne lett blir frustrerte over pasienter med annen kulturell bakgrunn enn dem selv når de ikke er i stand til å forstå deres smerteuttrykk. I frustrasjon over smerteuttrykk som de anser som overdrevne eller for stoiske, kan sykepleier til og med benekte pasientens symptomer eller oppfatte dem som oppspinn. Dersom sykepleier utvikler negative holdninger til disse pasientene, så kan det gå utover kvaliteten på den omsorgen som blir gitt (Hanssen & Pedersen, 2013). I en studie gjort i Norge av Alpers og Hanssen (2014) sier nesten 90% av sykepleierne i studien som jobber i medisinske avdelinger at de synes smertelindring hos pasienter fra etnisk minoritet er vanskelig fordi de uttrykker smerte annerledes enn nordmenn og at de var bekymret for at pasienter fra etniske minoriteter somatiserte psykiske problemer (Alpers & Hanssen, 2014). På grunn av dette mener sykepleierne at deres evne til å vurdere smerte er utilstrekkelig. Dette sier oss at det er viktig at sykepleier har kunnskaper om hvordan smerte kan bli formidlet i ulike kulturer og hva som påvirker hvordan pasientene uttrykker sin smerte. Tross utfordringer knyttet til dette, så tenker vi at det kan være mulig å kartlegge og forstå pasientenes smerte uavhengig av kultur og måten smerten blir uttrykt på. I tråd med hospicefilosofiens grunnleggende verdier så tenker vi at ved å se på pasienten som et helt menneske, vise et sterkt engasjement for den enkelte pasient, gjøre gode observasjoner og registrere hva pasientene selv har å fortelle så tror vi at vi kan lykkes med god palliativ omsorg tross ulikheter når det gjelder å formidle smerter. Vi vet også at det finnes gode kartleggingsverktøy som er oversatt til flere språk, som kan være til hjelp for å kartlegge smerter og andre plagsomme symptomer hos pasient i palliativ fase, ESAS er et eksempel på dette.

#### **4.3 Religion og åndelige/eksistensielle behov**

Religion er viktig for mange pasienter med annen etnisitet, det vil derfor være av stor betydning å inkludere religion som en del av den palliative omsorgen. WHO sier også at et av hovedmål i palliativ omsorg er å lindre smerte forårsaket av åndelige problemer. (Hanssen &

Pedersen, 2013) Religion spiller en vesentlig rolle for å forstå pasientens verdier og tanker, og kan ha en betydning for den omsorgen som gis. Pasienters holdninger til sin sykdom og hvordan den palliative omsorgen oppleves vil uunngåelig bli formet av deres religiøse tro. Mange pasienter ser på religion som vesentlig i sitt liv, og da spesielt på slutten av livet. Når mennesker står ovenfor alvorlig og livstruende sykdom så kan religion og åndelige behov være spesielt viktig. Å imøtekomme disse behovene vil da bidra til å bedre livskvalitet for pasientene og deres familie. (Abudari et al, 2016) Som avklart i oppgavens innledning har vi ikke mulighet for å gå nærmere inn på en bestemt religion, men for helsepersonell tenker vi at det vil være nyttig å ha kjennskap til eventuelle ritualer og ønsker som knyttes til den religionen pasienten tilhører. Det kan eksempelvis være ritualer knyttet til bønn, ønsker om at hjelp til stell kun skal bli utført av pleier med samme kjønn, spesielle forhold rundt servering av mat og alkohol, og andre forhold som hvilken medvirkning familien har med tanke på pasientens sykdom, beslutningsprosesser og visittider for pårørende blant annet. Om dette er av stor betydning for den enkelte pasienten så tenker vi at det er viktig at helsepersonell legger til rette for at disse behovene blir ivaretatt så godt det lar seg gjøre. At åndelige behov blir ivaretatt så vel som fysiske, psykiske og sosiale er i lys av god palliativ omsorg.

Sykepleierne som blir intervjuet i studien til Abudari et al., 2016, forteller at de kan oppleve det som følelsesmessig vanskelig når egen religion og kulturelle verdier er annerledes enn pasientens. Dette er muligens avhengig av hvor sterkt forhold den enkelte sykepleier har til sin egen tro. Men likevel så er våre tanker angående dette at sykepleier som skal gi palliativ omsorg må kunne se forbi sine egne verdier når det gjelder religion, for å kunne legge til rette for at pasientens ønsker og behov skal bli ivaretatt på beste måte. Vi finner støtte for dette i Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere (2016) § 2.3: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg»

Når det gjelder religion er det viktig å være klar over at noen pasienter opplever sykdom som et åndelige og psykososialt aspekt i livet, og at dette har en tendens til å bli ignorert av helsepersonell. (Hanssen & Pedersen, 2013) Som vi har nevnt tidligere i drøftingen kan et eksempel på dette være at noen pasienter kan se på smerte som en test av lojalitet mot deres religiøse tro, og av den grunn velger de å lide i stillhet. For mange er åndelige fred viktig når livet går mot slutten, og åndelige behov som ikke blir ivaretatt kan forårsake stor lidelse både for både pasienten og familien. Å være omgitt av familie er for mange vesentlig, og det er ofte vanlig at familiemedlemmer er samlet i stort antall når livet nærmer seg slutten (Hanssen &

Pedersen, 2013). Uavhengig av religiøs bakgrunn så vil behov knyttet til åndelighet variere. Sykepleiere må være forberedt på å snakke åpent om døden, men også at det er veldig vanlig at døden ikke skal snakkes om. Det blir påpekt at helsepersonell generelt er mer fortrolig med å vurdere fysiske og sosiale behov, men er mindre komfortable når det er snakk om det åndelige og religiøse aspekt fordi det oppleves som mer komplekst og innviklet (Hanssen & Pedersen, 2013). Flere studier bekrefter at kunnskaper om religion blant sykepleiere er for dårlig. Funn i studien til Alpers og Hansen, (2008) sier at mange norske sykepleiere har liten kunnskap om annen religion enn deres egen, kun noe overflatisk informasjon om Islam. Ut ifra det kan vi forstå at pasienter med annen etnisitet som har et sterkt forhold til sin religion kan være engstelig for at de ikke vil motta palliativ omsorg som tilrettelegger og forstår deres behov knyttet til dette.

#### **4.4 Hva sier sykepleierne at de trenger å vite noe om for å kunne gi god palliativ omsorg?**

Sir Francis Bacon sa «kunnskap er makt». Med dette forstår vi at kunnskap gir grunnlag for innflytelse og påvirkning, og er en forutsetning for at du kan ivareta interessene til deg selv og dine. Setter man det inn i konteksten som beskrevet i denne oppgaven, er kunnskap en forutsetning for forståelse og for å kunne ivareta interessene til pasienter, og deres familier. For det er jo det vi ønsker: Å kunne forstå slik at man kan gi best mulig pleie og omsorg til de(n) det gjelder. For å kunne vite hva som er best mulig pleie og omsorg for den enkelte, må man også vite noe om hva deres verdier er bygd på, og noe om hva slags kultur de kommer fra. Selv om ulikhetene kan være mange, så er også likhetene; Alle er vi mennesker og ønsker å bli behandlet med respekt og verdighet. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Sykepleieren er også forpliktet til å holde seg faglig oppdatert og til å søke veiledning i vanskelige og utfordrende situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Samtlige artikler vi har funnet i vår studie beskriver at sykepleierne har mangelfull og/eller begrenset kulturell kompetanse, og at pleien som blir gitt ikke er «god nok». I artikkelen til Alpers og Hanssen (2014) beskrives kulturell kompetanse som et «mange-fasettert fenomen som defineres av holdninger, kunnskap og ferdigheter som er nødvendig for å kunne gi god omsorg til ulike populasjoner. Dette utgjør en økende

utfordring i sykepleieutdanningen ettersom flere og flere samfunn stadig blir kulturelt mangfoldig». Sykepleierne som ble intervjuet i denne artikkelen opplevde at de ikke hadde nok kompetanse for å kunne ivareta den pasientgruppen vi beskriver. De opplever stor usikkerhet relatert til disse pasientenes måte å uttrykke blant annet smerter og andre typer symptomer på. Dette understøttes også av en artikkel av Hanssen og Pedersen (2013). Artikkelen til Alpers og Hanssen (2014) beskriver videre at erfaring alene ikke utstyret sykepleiere med tilstrekkelig kunnskap for interkulturell symptomevaluering og kulturelt kompetent behandling og omsorg. Abudari et al (2016) beskriver også i sin artikkel at sykepleierne her opplevde kulturell omsorg som svært utfordrende. Her kommer det frem at noen sykepleiere hadde problemer med å forstå noe av den kulturelle praksisen og utfordringer relatert til omsorg, slik som beslutningstaking prosessen og tradisjonell medisin. Andre sykepleiere anså noe av den kulturelle praksisen som tyngende for den fysiske omsorgen og tidsoppslukende. Denne utfordringen ble ansett som en læringsprosess, og til og med som et kultursjokk for enkelte sykepleiere. Selv beskriver sykepleierne at de følte seg frustrerte, forsøkte å lære å tilpasse seg, prøve å være mer hensynsfull. Samtidig så viser de likevel at de forsøker å legge til rette for at pasientene skal få utfolde seg, og viser støtte og respekt ved å la de praktisere sin kultur og religion, selv om sykepleierne personlig mente at det ikke var gunstig eller at det kunne være en byrde for pasienten. En sykepleier beskrev det slik: «Hvis de ønsker å ta urter for deres egne grunner, de er døende, så la de være. La de ha deres ønsker. Hovedmålet med pleien er ikke å behandle pasientens sykdom/tilstand, men å gi de en verdig avslutning på livet» (Abudari, et al., 2016). Dette utsagnet synes vi beskriver ganske godt kjernen i palliativ omsorg: Respekt for den enkeltes valg og ønsker for å kunne gi en god og verdig livsavslutning. I studien til Milberg et al (2016) beskriver sykepleierne at for å kunne gi *god* palliativ omsorg så krevde det at helsepersonell og pasient hadde like forventinger om hva god palliativ omsorg var, og for hvordan man håndterte dødsprosessen. Sykepleierne i studien tok det for gitt at å gi pleie til pasienter som kom fra en annen kultur (og som dermed hadde andre forventinger til pleien) ville bli utfordrende, og som dermed gjorde at sykepleierne tvilte på egen evne og kompetanse til å imøtekomme disse pasientenes behov. Dette beskriver hvilke holdninger og fordommer som kan forekomme i helsevesenet, så vel som ellers i samfunnet. Dette viser også oversiktsartikkelen til Evans et al (2012): Pasienter med annen kulturell bakgrunn lar være å oppsøke helsehjelp i livets slutfase. Årsaken til dette er delvis på grunn av at pasientgruppen ikke er klar over den helsehjelpen som eksisterer, og delvis på grunn av at den hjelpen de fikk ikke var god nok. De opplever å få et tilbud som ikke passer deres kultur og verdier, og derfor ønsker de ikke lenger å benytte



seg av tjenesten. Helsedirektoratet (2015) sier også noe om dette: underforbruk av helsetjenester blant innvandrerbefolkningen skyldes blant annet mangel på tilpasning av tjenestene, mangel på tilpasset informasjon om tjenestene som sikrer at målgruppen forstår hvor de skal henvende seg, og manglende tillit til tjenestene. Evans et al (2012) viser også at de fleste av de inkluderte studiene i deres artikkel også peker på behovet for kulturell kompetanse og bevissthet, men få av disse evaluerte hvilken innvirkning dette hadde på klinisk praksis. Noen studier i Evans et al (2012) anbefalte også at man burde se på helsepersonells holdninger, antakelser og egne kulturelle perspektiver og etterlyser også en mer reflektert praksis.

#### **4.5 Metodiske overveielser**

Vi har i skriveprosessen hatt en prosjektplan for å sikre god fremdrift. Vi forholdt oss greit til denne til å begynne med, men erfarte ganske raskt at vi ikke greide å overholde tidsfristene vi hadde satt oss for de ulike kapitlene. Vi erfarte søkeprosessen som krevende da vi ikke greide å konkretisere problemstillingen vår, og fordi vi var noe usikker på hva slags retning oppgaven skulle ta. Da vi endelig hadde bestemt oss for problemstilling gikk skriveprosessen bra. Våre erfaringer fra å skrive sammen har vært positivt, men noe utfordrende da vi begge jobber turnus og har familie. For oss har det å skrive sammen vært tidsbesparende og gitt oss gode diskusjoner, som for oss har gitt et bedre læringsutbytte. Selv om ingen av oss har særlig erfaring i forhold til valg av tema og problemstilling mener vi nå at vi stiller sterkere faglig, og personlig, dersom vi skulle få en pasient med annen etnisitet enn oss selv.

Ikke alle artiklene vi har benyttet oss av omhandler direkte hva sykepleiere anser som viktig å ha kompetanse om, dette er en mulig svakhet fordi det ikke direkte samsvarer med hva vi i oppgaven ønsker å undersøke. Likevel mener vi at artiklene vi benytter er relevante og har stor overføringsverdi til vår problemstilling. Kanskje vi ved å benytte andre søkeord hadde klart å finne artikler som traff problemstillingen enda bedre? Vi ser også at utvalget av artikler vi har gjort kan være preget av vår forforståelse på temaet. Dessuten er mye av faglitteraturen, samt to av artiklene, skrevet av samme forfatter. Årsaken til dette er at det ikke er gjort så mye forskning på temaet av nyere tid, som er fra vårt perspektiv som vestlige sykepleiere. Samtidig gjør utvalget på fem artikler at oppgaven får begrensninger i forhold til validitet, men på grunn av oppgavens rammebetingelser måtte det bli sånn.

## 5.0 KONKLUSJON

Sykepleiere mener at det er flere faktorer som er av betydning for å kunne gi palliativ omsorg av god kvalitet til pasienter med annen etnisitet. Vi har her diskutert tre av dem, da vi anser de av stor betydning; både for pasienten selv, og fordi sykepleiere opplever at dette er det viktig å ha kunnskap om. Usikkerhet blant sykepleiere hindrer utøvelsen av god palliativ omsorg, kan forårsake stress og gir dermed et dårlig utgangspunkt for å kunne skape gode relasjoner. I følge sykepleierne bunner denne usikkerheten i mangel på kunnskap, fordommer og misforståelser. Samtlige funn i dette litteraturstudiet påpeker hvor viktig det er for sykepleiere å inneha kompetanse og kunnskap om familiens betydning, kommunikasjon og religion/eksistensielle behov, og at de opplever å ha manglende kunnskap og kompetanse på alle disse områdene.

Det er tydelig at det er behov for mer forskning som sier noe om hvordan man skal kunne legge til rette for at sykepleiere skal tilegne seg god kulturell kompetanse innen palliativ omsorg. Utdanning og kurs er nevnt i flere studier, men hva en slik utdanning eventuelt skal inneholde er uklart.

Selv om palliasjon til pasienter med annen etnisitet byr på ekstra utfordringer for oss som sykepleiere, så må vi være bevisste på at det er mennesker med individuelle behov på lik linje med oss selv. Vi har generalisert pasientgruppen i denne oppgaven, men det betyr ikke at alle er like. Til sist handler det om å respektere den enkelte pasients behov og ønsker, og legge til rette for best mulig livsutfoldelse og livskvalitet, i tråd med god palliativ praksis.

## 6.0 VEDLEGG

### 6.1 Vedlegg1: Skjematisk oversikt over datbaser, søkeord og antall treff

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Lest
Cinahl	1. Palliative Care		25973	
	2. (MH «Minority Groups») OR (MH «Cultural bias») OR (MH «Culture») OR (MH «Cultural Diversity»)		38918	
		1 AND 2	369	
	3. Intercultural		568	
		1 AND 3	6	2
	4. (MH «Nursing Home Personell») OR («Practical Nurses»)		7861	
		1 AND 4	97	
		2 AND 4	40	
	5. Ethnicity OR (MH «Cultural Diversity»)		27166	
		1 AND 5	110	1
Oria	6. Barriers		40150	
		1 AND 6	598	
		1 AND 5 AND 6	9	2
	7. Cultural Diversity			
	8. Challenges			
	9. Nursing			
		1 AND 7 AND 8 AND 9	10	1
	1. Barriers			
	2. Ethnicity			
	3. End-of-life care			
	1 AND 2 AND 3	31	1	

	4. Cultural competence			
	5. Kulturell kompetanse	3 AND 4	58	1
	6. Sykepleie			
	7. Nursing	5 AND 6	22	1
	8. Cross-cultural			
		3 AND 7	123	
		3 AND 7 AND 8	24	1
	9. Transcultural care			
	10. Palliative care			
		9 AND 10	48	1

## 6.2 Vedlegg 2: Forskningsmatrise

Forfatter, år, tittel	Hensikt	Metode	Resultater/Konklusjon	Egne kommentarer, relevans
<p>Milberg, A; Torres, S; Ågård, P (2016)</p> <p>Health Care Professionals' Understanding and Cross-Cultural Interaction in End-of-Life Care: A Focus Group Study</p> <p>Utgitt i PLOS One</p>	<p>Studiens hensikt er å finne ut av hva helsepersonell opplever som utfordrende i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn vedr palliasjon.</p>	<p>Fokusgruppe intervjuer med 60 svenske helsepersonell med erfaring innenfor feltet. Deltakerne er hentet fra 11 forskjellige instanser i Sverige.</p>	<p>Helsepersonell føler stor usikkerhet i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn og er redd for å ikke kunne gi god nok individuell palliativ omsorg til disse, inkludert deres familier. Årsaken til dette er kommunikasjonsbarrierer, andre uttrykksmåter mtp smerter, følelser, forventinger om at disse familiene er «annerledes» og forventning om at de (pasienter og pårørende) mangler kunnskap. Funnene har store konsekvenser for klinisk praksis og utdanning, og foreslår at fremtidig forskning burde sette i gang en prosess for å tilnærme seg denne type forforståelser.</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Høy relevans for vår problemstilling. artikkelen er også en del av en større pågående studie.</p>
<p>Hanssen, I; Pedersen G (2013)</p> <p>Pain Relief, spiritual needs, and family support: Three central areas in intercultural</p>	<p>Studiens hensikt er å samle sammen hovedtrekkene funnet i forskningslitteratur med tanke på å gi kultursensitiv palliasjon.</p>	<p>Litteraturstudie, Gadamerian hermeneutisk tekstanalyse</p>	<p>Det er vanskeligere å forstå graden av smerte hos etniske minoritetspasienter da de har en annen måte å uttrykke seg på. Helsepersonell kan oppfatte atferden som tilgjort og dette kan føre til utilstrekkelig lindring hos denne pasientgruppen. Helsepersonell behøver</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Høy relevans, peker på tre sentrale områder innen palliasjon for denne pasientgruppen.</p>

<p>palliative care</p> <p>Utgitt i Palliative and Supportive Care</p>			<p>mer utdanning for å kunne gi kulturelt tilpasset palliasjon Det er også nødvendig med flere studier for hvordan man kan oppnå slik kompetanse. Innvandrere behøver også informasjon og kunnskap om de ulike tilbudene for alvorlig syke og døende som finnes i det samfunnet de nå bor i.</p>	
<p>Alpers, L-M, Hanssen, I (2013)</p> <p>Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency</p> <p>Utgitt i Nurse Education Today</p>	<p>Hvordan sykepleiere selv-evaluerer egen kompetanse vedørende pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Temaene er interkulturell kunnskap, kunnskap om medisinsk tradisjon og ulikheter i årsaker til sykdom, evaluering av symptomer, videreutdanninger og muligheter for å be om råd.</p>	<p>Fokusgruppe intervjuer og spørreskjema.</p>	<p>Erfaring alene utstyrer ikke sykepleiere med tilstrekkelig kunnskap vedrørende interkulturell symptomevaluering eller kulturelt kompetent behandling og omsorg. Utdanning, kurs, tilbakemeldinger og tilgang på relevant informasjon er nødvendig sammen med refleksjoner rundt egen klinisk praksis.</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Forteller noe om hvordan sykepleiere selv opplever egen kulturell kompetanse</p> <p>Høy relevans</p>
<p>Abudari, Gassan; Hazeim, Hassan; Ginete, Gilda (2016)</p> <p>Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim</p>	<p>Å utforske ikke-muslimske sykepleieres erfaringer i omsorg for døende muslimer og deres familier i forhold til det fysiske, sosiale, kulturelle, spirituelle og religiøse. Det var også ønskelig å finne ut av hvilke kontekster eller</p>	<p>Kvalitativ studie. 10 ikke-muslimske sykepleiere i Saudi-Arabia ble intervjuet.</p>	<p>Sykepleierne pekte på tre hovedområder som var viktig at de hadde kjennskap til: Familieforhold, palliativ omsorg, og sykepleieutfordringer (kommunikasjon, kulturell omsorg). Kulturelle verdier, praktisering av religion og familiens tilnærming til omsorgen påvirket sykepleierne. Dette</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Artikkelen er fra Saudi-Arabia, men beskriver utfordringene med å gi palliativ omsorg til en annen kultur svært ulik sin egen.</p>

<p>nurses</p> <p>Utgitt i Palliative and Supportive Care</p>	<p>situasjoner som har betydning for disse erfaringene som beskrevet av sykepleierne.</p>		<p>gjelder også mangel på integrering av palliativ omsorg og liten tilgjengelighet på tverrfaglig team. Sykepleierne viser mangel på kulturell kompetanse på enkelte områder som bevissthet rundt kulturelle forskjeller og mangelfull kulturell utdanning. Å gi kulturelt tilpasset omsorg krever forståelse for hvor viktig det er med utøvelse av religion og kultur. Familiens rolle er også av stor betydning. Det anbefales et eget utdanningsprogram med fokus på kultursensitiv omsorg. I denne artikkelen spesielt tilpasset islam.</p>	<p>Høy relevans</p>
<p>Evans, Natalie; Menaca, Arantza; Andrew, Erin V.W; Kofmann, Jonathan; Harding, Richard; Higginson, Irene J.; Pool, Robert; Gysels Marjolein (2012)</p> <p>Systematic Review of the Primary Research on</p>	<p>Pasienter fra minoritetsgrupper opplever å ikke bli henvist til palliative tjenester, og er mer misfornøyd med tjenestene. De oppfatter også noen av tjenestene som kulturelt upassende.</p>	<p>Oversiktsartikk el. 45 inkluderte studier.</p>	<p>Resultatene setter søkelys på flere faktorer som bidrar til liten bruk av tjenestene: å være klar over hva slags tjenester som finnes, å motta henvisning til tjenester til «riktig» tid, utfordringer i forhold til kommunikasjon, kollektivism vs autonomi. Pasientene opplever også at tjenestene har dårlig kvalitet. Dette på grunn av mangel på kulturell kompetanse hos helsepersonell, og liten kjennskap til preferanser i forhold til palliasjon. Flere av de</p>	<p>Vitenskapelig nivå 1</p> <p>Medium/Høy relevans</p>

<p>Minority Ethnic Groups and End-of-Life Care From the United Kingdom</p> <p>Utgitt i Journal of Pain and Symptom Management</p>			<p>inkluderte artiklene trekker frem at det er økt behov for kulturell kompetanse, men sier ingenting om hva som menes med dette eller hva dette bør innebære. Noen av de inkluderte studiene anbefaler at helsepersonell burde utforske egne holdninger, forutinntatthet, eget kulturelt perspektiv, og generelt ha en mer reflektert praksis.</p>	
---	--	--	---	--



## 7.0 LITTERATURLISTE

Abdudari, G., Hazeim, H. & Ginete, G., 2016. Caring for terminally ill Muslim patients: Lived experiences of non-Muslim nurses. *Palliative and Supportive Care*, pp. 599-611.

Alpers, L.-M. & Hanssen, I., 2008. *Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*, Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Alpers, L.-M. & Hanssen, I., 2014. Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*, pp. 999-1004.

Dalland, O., 2013. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T., 2013. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Forlag AS.

Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A., 2016. *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Gyldendal Forlag AS.

Hanssen, I., 2013. Kommunikasjon på tvers av kulturer. *Kreftsykepleie*, pp. 10-15.

Hanssen, I., 2015. *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Forlag AS.

Hanssen, I. & Pedersen, G., 2013. Pain relief, spiritual needs, and family support: Three central areas in intercultural palliative care. *Palliative and Supportive Care*, nr 11, pp. 523-530.

Helsedirektoratet, 2011. *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere i helse- og omsorgstjenesten*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2015. *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2015. *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene*, Oslo: Helsedirektoratet.

Hirsch, A. & Røen, I., 2016. Ritualer ved sykdom og død. I: A. Kaasa & J. H. Loge, red. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, pp. 73-82.

Høgkolen i Bergen, 2012. *kunnskapsbasert praksis*. [Internett]  
Available at: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode/>

Johannesen, B., Hallandvik, J. E. & Steen, J. J., 2012. Hvilke ønsker har eldre med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn for sin alderdom i Norge. *Nordis Tidsskrift for Helseforskning*, Februar, pp. 30-44.

Magelssen, R., 2005. *Kultursensitivitet. Om å finne likheter i forskjellene*. Oslo: Akribe Forlag AS.

Milberg, A., Torres, S. & Ågård, P., 2016. Health Care Professionals' Understandings of Cross-Cultural Interaction in End-of-Life Care: A Focus Group study. *Plos One*, 23 November.

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M., 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nordtvedt, P., 2014. *Omtake. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2004. *Standard for palliasjon*, s.l.: Norsk Forening for palliativ medisin.

Norsk Sykepleierforbund, 2016. *Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere*. [Internett]  
Available at: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> [Funnet 4 2017].

Statistisk sentralbyrå, 2017. *Statistisk Sentralbyrå*. [Internett]  
Available at: [www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere](http://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere) [Funnet 20 Mars 2017].

Strømshag, K. E., 2012. *Og nå skal jeg dø - Hospicebevegelsens og palliasjonens historie i Norge*. Oslo: Pax Forlag AS.

Wikipedia, 2017. *wikipedia*. [Internett]  
Available at: <https://no.wikipedia.org/wiki/Kommunikasjon>  
[Funnet Mai 2017].

Wikipedia, 2017. *Wikipedia*. [Internett]  
Available at: <https://no.m.wikipedia.org/wiki/etnisitet>  
[Funnet Mai 2017].