

Institutt for helse- og omsorgsfag

Sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem

Hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem?

—

Ellen Idivuoma

Masteroppgave i helsefag

Flerfaglig studieretning

Mai 2015



Forord

Hjertelig takk til mine fem informanter som tok seg tid til å snakke med meg i en travel arbeidshverdag. Jeg vil også takke alle de jeg har vært i kontakt med i forbindelse med rekrutteringsarbeidet.

Spesiell takk til mine veiledere professor Torunn Hamran og postdoktor Bodil H. Blix – tusen takk for alle tilbakemeldinger, inspirerende diskusjoner og motiverende ord.

Vil også takke mine medstudenter for gode samtaler og mye latter.

Men aller mest – tusen takk Johan, Niko og Mia for all støtte dere har gitt og tålmodighet dere har vist meg gjennom arbeidet med denne masteroppgaven. Jeg er utrolig heldig som har dere.

Tromsø 5.mai 2015

Ellen Idiwoma

Sammendrag

Det etniske og kulturelle mangfoldet i Norge er blitt større enn tidligere og antallet eldre med minoritetsbakgrunn vil øke i tiden fremover. I Norge bor det mennesker med bakgrunn fra 221 ulike land og selvstyrte regioner og det bor innvandrere i alle landets kommuner. Det forventes også at samfunnet etter hvert vil merke at barn av innvandrere med sin flerkulturelle bakgrunn vil sette preg på landet.

Antallet eldre med innvandrerbakgrunn vil tidobles frem til år 2050, hvilket skyldes at gruppen som allerede bor i landet blir eldre. Samtidig foreligger det helsepolitiske føringer på at helsearbeidere skal inneha nødvendig kompetanse for å gi et likeverdig tilbud til pasienter med annen etnisk bakgrunn enn majoritetsbefolkningen.

I dette prosjektet fokuseres det på sykepleieres erfaringer av å gi sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem. Oppgavens hovedtema er formulert som *sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem*. Problemstillingen vi ønsker svar på er *hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem?*

Studiet ble gjennomført som en kvalitativ metode med dybdeintervju som datainnsamlingsmetode. Informantene var strategisk valgt ut og består av fem kvinnelige sykepleiere fra to sykehjemsavdelinger i Oslo. Alle fem informantene jobber på avdelinger hvor både pasientsammensetningen og personalsammensetningen er flerkulturell.

Studiens resultater indikerer at en pasientsentrert omsorgsmodell der det legges til rette for pasientens individuelle behov i stor grad blir brukt. Minoritetspasientens kulturelle behov tolkes som en utvidelse av individuelle behov. Sykepleierne tilegner seg nødvendig kunnskap underveis i prosessen, og føler at de er faglig trygg i situasjonen.

Samtidig peker også funnene på at sykepleierne opplever at de i mange situasjoner ikke har tilstrekkelig kunnskap om minoritetspasientens kulturtilhørighet, hvilket gir en følelse av faglig utrygghet. Pasientene og de pårørende er ikke alltid enig med sykepleierne om behandlingsopplegget. Denne uenigheten blir noen ganger satt i et kulturelt perspektiv, der pasientens kulturtilhørighet brukes som forklaring. Refleksjon om egen kulturtilhørighet og på hvilken måte eget ståsted påvirker samarbeidet ser i liten grad ut å finne sted.

Pårørendes rolle er tvetydig. De oppleves noen ganger som en belastning i sykepleierens daglige arbeid, men også som en god støtte med sin kunnskap om pasientens språk og kulturelle bakgrunn.

Vi finner også eksempler på at sykepleierne spontant klarer å ta en relasjonssentrert omsorgsmodell i bruk. Her gir samarbeidet med pårørende og arbeidsfellesskapet sykepleieren en opplevelse av faglig trygghet.

Nøkkelord: sykepleie, eldreomsorg, minoritetspasienter, kulturkompetanse, omsorgsmodeller.

Abstract

The ethnic and cultural diversity in Norway has increased and the number of older people with a minority background will increase in the future. Norway now inhabits populations from 221 different countries and autonomous regions, and there are living immigrants in all parts of the country. It is expected that the community will eventually notice that children of immigrants with their multicultural background will put their mark on the country.

The number of older people with ethnic minority backgrounds will tenfold until 2050, due to the group already living in the country gets older. Meanwhile, the health policies states that health-care professionals should have the necessary expertise to provide equal services to patients with different ethnic background than the majority population.

This project focuses on nurses' experience of providing health care to older patients from ethnic minority backgrounds in nursing homes. The main theme of the thesis is *nursing for older patients with ethnic minority backgrounds in nursing homes*. The question we want to answer is *what conditions affect nurses' experience of professional confidence when meeting elderly patients with ethnic minority backgrounds in nursing homes?*

The study was conducted as a qualitative method with depth interview as data collection method. Informants were strategically selected and consisted of five female nurses from two nursing departments in Oslo. All of the informants are working in departments where both patient and personnel composition is multicultural.

The results of the study indicates that a patient-centered model in which the patient's individual needs are in focus is commonly used. The cultural needs of the patients with ethnic minority background are considered as an expansion of the individual needs. The nurses acquire the necessary knowledge during the process, and they feel professionally confident with the situation.

However, the results also indicate that the nurses sometimes find their knowledge of the minority patient's cultural background as insufficient, which gives a feeling of professional insecurity. The patients and their relatives do not always agree with the nurses with regard to the health care provided. This disagreement is sometimes put in a cultural perspective, where the patient's cultural background is used as an explanation for the disagreement. There seems

to be little reflection about in which way the nurses own cultural background and their own perspective affects the collaboration with the patients and their relatives.

The relatives' role is ambiguous. They are by the nurses sometimes experienced as difficult to cooperate with, but also as a valuable support with their knowledge of the patient's language and cultural background.

We also find examples of the nurses spontaneously taking a relation-centered health care model in use. Here, the cooperation with the patients' relatives and the nurse's working community gives a sense of professional confidence.

Keywords: nursing, geriatric care, ethnic minority, cultural competence, health care models.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 Prosjektets oppbygging.....	2
1.2 Et kulturelt mangfold i Helse - Norge	2
1.3 Helsepolitiske føringer	3
1.4 Tema og problemstilling.....	4
1.5 Hensikt.....	4
1.6 Avgrensning.....	5
1.7 Teoretisk utgangspunkt.....	5
1.8 Tidligere forskning på feltet	5
2 Teori	8
2.1 Sykepleieteori	8
2.2 Kulturelt tilpasset omsorg.....	9
2.3 Kulturell trygghet	11
2.4 Kritikken.....	13
2.5 Pasientsentrert omsorg kombinert med kulturelt tilrettelagt omsorg	14
2.6 Relasjonssentrert omsorg.....	15
3 Metode.....	18
3.1 Design.....	18
3.2 Forskningsspørsmål	19
3.3 Mitt ståsted	20
3.4 Forskningsmetode.....	22
3.5 Datainnsamlingsmetode.....	23
3.6 Utvalgskriterier og utvalg.....	24
3.7 Etiske retningslinjer	25
3.8 Fremgangsmåte ved datainnsamling	27

3.8.1	Rekruttering av informanter	27
3.8.2	Intervjuguide	28
3.8.3	Intervju	29
3.9	Innsamlet data.....	32
3.9.1	Analytisk behandling av data	32
3.9.2	Pålitelighet, gyldighet samt noen ord om generaliserbarhet	34
3.10	Metodekritikk.....	35
4	Resultat.....	37
4.1	Vi møter alle likt.....	40
4.2	Det er ikke helt likt	41
4.2.1	Språk.....	42
4.2.2	Kost	42
4.2.3	Religion	43
4.2.4	Familien.....	44
4.3	Vi gjør så godt vi kan	46
4.3.1	Arbeidsfellesskapets betydelse.....	47
4.3.2	Pårørende som ressurs	48
4.3.3	Andre ressurser.....	49
5	Resultatdiskusjon	51
5.1	Vi møter alle likt – en følelse av trygghet	53
5.2	Det er ikke helt likt – en følelse av usikkerhet	55
5.2.1	Kulturell kompetanse	57
5.2.2	Kultur som forklaring på adferd.....	59
5.2.3	Pasientsentrert omsorgsmodell – pårørende utelatt.....	61
5.3	Vi gjør så godt vi kan – fra pasientsentrert mot relasjonssentrert modell	62
5.3.1	Fra et pasientsentrert ståsted	62

5.3.2	Mot en relasjonssentrert modell	63
6	Avslutning	67
6.1	Kulturkompetanse i en pasientsentrert omsorgsmodell.....	68
6.2	Relasjonssentrert omsorgsmodell	69
6.3	Tvetydighet – et spørsmål om selvrefleksjon	70
6.4	Prosjektets styrker og svakheter	70
6.5	Videre forskning	72
	Litteraturliste	73
	Vedlegg 1: Kvittering fra Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.....	75
	Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse og samtykkeskjema.....	76
	Vedlegg 3: Intervjuguide.....	77
	Vedlegg 4: Kvittering vedrørende endringer	79

Forsidebildet er hentet fra: <http://www.pointblog.no/spirit/synsbedrag-tester>

1. Innledning

Utgangspunktet for denne oppgaven er tall fra Statistisk sentralbyrå og Stortingsmelding 6 (2012-2013) som peker på at det etniske og kulturelle mangfoldet i Norge er blitt større enn tidligere og at antallet eldre med minoritetsbakgrunn vil øke i tiden fremover. Denne oppgaven er innenfor det innledende temaet *sykepleie til etniske minoriteter i sykehjem*. Jeg mener at dette temaet er aktuelt for dagens helsearbeidere som i stadig større grad vil måtte forholde seg til pasienter fra andre deler av verden i årene som kommer.

Jeg er utdannet sykepleier med det meste av min arbeidserfaring fra rus- og psykiatrifeltet samt eldreomsorg. Jeg har som sykepleier møtt pasienter med en annen kulturtilhørighet, og følt på usikkerheten i hva som er riktig å gjøre eller si i møtet med pasienter med en annen bakgrunn enn meg selv. Usikkerheten jeg har følt handlet ikke så mye om å være redd det som er ukjent, men mer om usikkerhet på om min egen kunnskap strekker til for å kunne gi hjelp.

Jeg er same, har vokst opp i en reindriftsfamilie og har erfaring som pårørende til pasienter med en annen kulturtilhørighet enn den etnisk norske. Da jeg var liten og en av besteforeldrene mine ble syk og måtte på sykehus dro vi alle, både barn, barnebarn og svigerbarn etter for å våke over den syke. Etter hvert som jeg ble eldre forsto jeg at ikke alle pårørende gjorde som oss, og at vi kanskje ble oppfattet som annerledes.

Jeg er usikker på om min kulturtilhørighet gir noen spesiell kompetanse i min rolle som sykepleier, annet enn at jeg med samiske pasienter med for eksempel samme morsmål som meg selv, eller felles kjennskap til tradisjonelle skikker, har noe felles å bygge relasjonen videre på. Derimot opplever jeg at jeg er veldig interessert i spørsmål som omhandler minoriteter, og spesielt i møte med helsevesenet. Min egen arbeidserfaring som sykepleier gjør også at jeg tror at pasienter med minoritetsbakgrunn i større grad enn tidligere vil gjenspeile seg i helsevesenet i tiden fremover.

1.1 Prosjektets oppbygging

Denne masteroppgaven begynner med å beskrive bakgrunn for valgt tema. Videre presenteres tema for prosjektet og formulert problemstilling, forskningsspørsmål. Deretter presenteres hvilke avgrensninger som gjøres.

På bakgrunn av valgt tema er relevant teori valgt ut, og presenteres i kapittel 2. I kapittel 3 blir metoden som er brukt for undersøkelsen grundig presentert. Denne presentasjonen dekker blant annet forskningsdesign, forskningsmetode, datainnsamlingsmetode og analytisk behandling av data.

Resultatene fra analyse av data, altså prosjektets funn, blir presentert i kapittel 4. I kapittel 5 blir studiets funn drøftet i lys av teori og tidligere studier innenfor liknende felt.

I kapittel 6 blir det gitt en oppsummering av studiets funn, som etterfølges av forslag på videre forskning innenfor temaet.

Siden jeg er interessert i sykepleiernes erfaringer innenfor temaet har jeg valgt å bruke kvalitativ metode som forskningsmetode. Datainnsamlingsmetode har vært dybdeintervju av fem informanter fra to ulike sykehjem i Oslo. Intervjuene ble gjennomført med intervjuguide som støtte og lydopptaker ble brukt under intervjuene.

Intervjuene er deretter blitt fullstendig transkribert, ord for ord, og analysen av intervjuene er hovedsakelig basert på det transkriberte materialet. Analysearbeidet resulterte i tre ulike hovedtemaer som beskriver funnene.

1.2 Et kulturelt mangfold i Helse - Norge

I følge tall fra Statistisk sentralbyrå pr. 1.januar 2014 bor det i dag 5,1 millioner mennesker i Norge, hvor av 14,9 prosent av oss har innvandrerbakgrunn. 12,4 prosent av innvandrerggruppen er selv innvandrere, mens 2,5 prosent er norskfødte med innvandrerforeldre (Statistisk sentralbyrå, 2014). I Norge bor det mennesker med bakgrunn fra 221 ulike land og selvstyrte regioner, og ifølge Statistisk sentralbyrå bor det innvandrere i alle landets kommuner. Størst andel av innvandrere finner vi i Oslo og Drammen hvor innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør henholdsvis 31 og 26 prosent av befolkningen i 2014 (Statistisk sentralbyrå, 2014).

I artikkelen Befolkningsframskrivinger 2014-2100: inn – og utvandring fremkommer det at innvandringen til Norge har vært høy de siste ti årene, og artikkelforfatterne antar at det fortsatt vil være relativt høy innvandring i noen år til (Tønnessen, Cappelen, & Skjerpen, 2014).

I en artikkel publisert i desember 2013 i Samfunnsspeilet (Andreassen, Dzamarija, & Slaastad, 2013) skriver forfatterne at befolkningen i Norge vokste med 1,3 prosent året før, og innvandringen sto for hele 72 prosent av denne veksten. Forfatterne argumenterer for at det etniske og kulturelle mangfoldet i Norge er blitt større enn tidligere, og at samfunnet etter hvert også vil merke at barn av innvandrere med sin flerkulturelle bakgrunn vil sette preg på landet (Andreassen et al., 2013).

I forhold til antall eldre innvandrere i befolkningen vil antall eldre med innvandrerbakgrunn tidobles til ca. 300 000 fram til år 2050. Denne veksten skyldes ikke at nye grupper innvandrere kommer til Norge, men at den gruppen som allerede bor her blir eldre (Texmoen, 2013). Det er derfor naturlig å forvente at andelen innvandrerpasienter på sykehjemmene rundt om i landet vil øke i årene som kommer.

1.3 Helsepolitiske føringer

Følgende sitat er hentet fra Stortingsmelding 6 (2012-2013) under Helse og omsorg:

Alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon. Et likeverdig helse- og omsorgstjenestetilbud betyr at alle må behandles forskjellig ut fra den enkeltes behov. De pasientgruppene som trenger det mest, skal prioriteres. Det gjelder både i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012s. 65).

Alle skal ha lik tilgang til offentlige tjenester og institusjoner. Likeverdige tjenester er nødvendig for å sikre at alle uansett bakgrunn og forutsetninger får like muligheter i samfunnet. Det er imidlertid grunn til å tro at dagens helse- og omsorgstjenester ikke fungerer like godt for alle. Det kan være utfordrende i å gi innvandrere et helsetilbud som passer deres behov. Helse- og omsorgspersonell

har for eksempel ikke nødvendig kompetanse på en del innvandreres særskilte utfordringer, eller informasjon når ikke fram til, og oppfattes av, pasientene (Barne- likestillings- og & inkluderingsdepartementet, 2012s.66).

Stortingsmelding 6 (2012–2013) er adressert til alle som jobber innenfor helsesektoren i Norge. Med denne meldingen stilles det krav til at helsearbeidere skal inneha nødvendig kompetanse for å gi et likeverdig tilbud til pasienter med annen etnisk bakgrunn enn majoritetsbefolkningen. De helsepolitiske føringene legger altså til rette for at det innenfor helsesektoren skal bruke en pasientsentrert omsorgsmodell, der behov defineres ut fra pasientens behov.

1.4 Tema og problemstilling

Hovedtema for oppgaven er som følger:

Sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem.

Oppgavens problemstilling er som følger:

Hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem?

Dette prosjektet fokuserer på hvordan sykepleierne opplever å gi sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Jeg ønsker å se om det er mulig å peke på forhold som påvirker sykepleierens opplevelse av å være faglig trygg i slike møter. Med at sykepleieren skal *oppleve seg faglig trygg* mener jeg at sykepleieren skal kunne stole på at de løsninger som blir valgt i pleie- og behandlingssituasjonen har hensiktsmessig effekt. Å føle seg usikker eller rådvill er på motsatt ende av skalaen.

1.5 Hensikt

Oppgavens hensikt er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere som jobber med eldre etniske minoritetspasienter har, og på den måten prøve å få en dypere forståelse for hvordan det oppleves for sykepleiere å jobbe med pasienter som har en annerledes bakgrunn.

Jeg håper at min oppgave kan gi økt kunnskap innenfor valgt tema samt bidra til ny forståelse av praksiserfaringer innen feltet. Videre håper jeg at mine funn kan ha praktisk betydning for sykepleiere i en tid hvor mangfoldet i samfunnet ser ut til å øke.

1.6 Avgrensning

I denne masteroppgaven vil jeg avgrense *eldre pasienter med minoritetsbakgrunn* til å gjelde *eldre pasienter med innvandrerbakgrunn*.

Jeg vil benytte Statistisk sentralbyrå sin definisjon av innvandrere: «*Personer født i utlandet av to utenlands fødte foreldre og fire utenlandske besteforeldre. Innvandrere har på et tidspunkt innvandret til Norge*» (Andreassen et al., 2013; Statistisk sentralbyrå, 2014 s.12)

1.7 Teoretisk utgangspunkt

I denne oppgaven vil jeg støtte meg til begreper innen relevant sykepleieteori, nærmere bestemt Leiningers Kulturelt tilrettelagt omsorg og Ramsdens Kulturell Trygghet.

Kulturbegrepet har mange definisjoner, og er et begrep som er omdiskutert på mange felt. Antropologen Jon Schackt har skrevet: «*Selv om mange antropologers bruk av kulturbegrepet har blitt mer nølende og forbeholden de siste tjue åra, har begrepet uomtvistelig styrket sin stilling i en rekke andre fag*» (Schackt, 2009 s. 16). Jeg er klar over at kulturbegrepet er omdiskutert i sykepleien, og vil derfor i denne oppgaven begrense meg til kultur forstått i lys av det Leiningers og Ramsden presenterer i sine teorier.

1.8 Tidligere forskning på feltet

Det er gjort forskning både nasjonalt og internasjonalt innen flerkulturelt helsearbeid. I Norge er det funn gjort i to studier jeg vil trekke fram som interessante i forhold til min oppgave.

Studien «*Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*» publisert i januar 2014 har undersøkt hvordan sykepleiere på en medisinsk og en psykiatrisk avdelinger vurderer sin egen kompetanse i forhold til pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn. Studien er en mixed-methods-studie gjennomført ved et sykehus i Oslo av Lise-Merete Alpers og Ingrid

Hanssen. Forskningen viser at sykepleierne i studien vurderte sin egen kulturelle kompetanse som utilstrekkelig, og at dette kan påvirke behandling og omsorg for etniske minoritetspasienter negativt (Alpers & Hanssen, 2014).

I studien til Alpers og Hanssens fremkommer det at bare 20% av sykepleierne oppga at de har nok kulturell kunnskap til å gi minoritetspasienter god nok behandling og pleie. I følge funn som fremkommer i studien til Alpers og Hanssen så opplever sykepleierne at det er vanskelig å tolke minoritetspasientenes adferd og uttrykk som for eksempel ved smertevurdering. Pasientens oppførsel kan føre til usikkerhet hos helsearbeidere, og diagnoser kan i noen tilfeller være basert på det kulturelle uttrykket snarere enn det psykiatriske eller medisinske problemet (Alpers & Hanssen, 2014).

Alpers og Hanssens konklusjon fokuserer i hovedsak på at sykepleiere rapporterer å ikke ha tilstrekkelig kulturell kunnskap og at sykepleierne på bakgrunn av dette har behov for mer kulturkunnskap for å kunne utøve sykepleie til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Kunnskap som innebærer økt forståelse, holdninger og ferdigheter om sykdom og behandling innen ikke-vestlig medisinsk tradisjon er ifølge forskerne nødvendig for at sykepleiere skal kunne vurdere symptomer hos pasientene (Alpers & Hanssen, 2014). Kulturell kompetanse er ifølge forskernes konklusjon en kompetanse som tilegnes gjennom en prosess med opplæring, veiledning, refleksjon og tilbakemeldinger fra andre med mer kulturkompetanse. For å oppnå en tilstrekkelig grad av kompetanse er det ifølge studiens konklusjon nødvendig med mer forskning for å fastslå hvordan opplæringen skal settes sammen mest effektivt, og hvilke undervisningsteknikker som gir de beste resultatene (Alpers & Hanssen, 2014).

I Nova rapporten 11/2010 «Erfaringer med omsorgstjenester for eldre innvandrere» belyser Reidun Ingebretsen tema fra brukeres, pårørendes og ansattes perspektiv. Totalt ble 24 ansatte i stillinger fra avdelingsleder til pleieassistent ved aldersinstitusjoner og hjemmetjeneste i tre ulike bydeler med stor andel eldre innvandrere i Oslo intervjuet. Omtrent halvparten av disse var selv innvandrere eller barn av innvandrere.

Studien viser at personalgrupper sammensatt av personell med forskjellig etnisk tilhørighet opplever samhandlingen med pasienter med innvandrerbakgrunn som god, og rapporterer at egen bakgrunn er en styrke i møtet med disse pasientene.

Arbeidsmiljøets betydning trekkes også frem som viktig. Informantene la vekt på bevisstgjøring av egne holdninger og rådgjøring med kollegaer som viktig i sitt arbeid med en

flerkulturell pasientgruppe. Mangfoldet i personalgruppen blir sett på som en styrke, men at også tiltak for å bidra til kompetanseheving vektlegges (Ingebretsen, 2010).

I NOVA rapporten skriver Ingebretsen at det ofte vises til behov for kulturkunnskap når det kommer til utfordringer mellom mennesker med forskjellig bakgrunn og erfaringer, men Ingebretsen mener imidlertid at kulturkunnskap alene ikke er nok (Ingebretsen, 2010 s.72)

Ingebretsen trekker blant annet frem holdninger, bevisstgjøring og samarbeidsprosesser som viktig i omsorgen til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

Konklusjonene som trekkes i disse to studiene er forskjellige. Alpers og Hanssen mener kulturkunnskap kan skaffes gjennom opplæring, gitt at man har de rette «undervisningsteknikkene». Ingebretsen mener på sin side at kulturkunnskap ikke er tilstrekkelig, og trekker frem nødvendigheten av å fokusere på personalets holdninger og samarbeidsprosesser.

2 Teori

I denne oppgaven vier jeg min oppmerksomhet til sykepleiernes erfaringer i møte med eldre pasienter med en etnisk minoritetsbakgrunn som bor på sykehjem. Målet er å undersøke hva sykepleier erfarer i dette møtet, samt se på om det finnes forhold som påvirker sykepleierens opplevelse av trygghet.

I dette kapittelet vil jeg presentere den teorien jeg skal bruke for å analysere den empiri som jeg bygger min masteroppgave på. Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke ulike sykepleieteorier.

2.1 Sykepleieteori

Før vi går videre vil jeg klargjøre hva som menes med sykepleieteori. Jeg velger å bruke Polit og Becks (Polit & Beck, 2012) beskrivelse for å klargjøre min forståelse av sykepleieteori.

Sykepleiere har gjennom å formulere forklaringer på hva sykepleie er og hva sykepleieprosessen innebærer produsert teorier og modeller i henhold til sine perspektiv. Ved å henvise til Fawcett, viser Polit og Beck til følgende fire sentrale begrep innen sykepleiemodeller: Mennesker, helse, miljø og sykepleie (Polit & Beck, 2012s.131). Selv om disse fire begrepene er gjennomgående i faget blir de allikevel definert forskjellig, koblet på ulik måte, eller at relasjonen dem imellom blir fremhevet fra ulike perspektiv (Polit & Beck, 2012).

Ulike modeller innen sykepleien viser ulike sentrale prosesser som står sentralt innen sykepleieutøvelsen. Disse modellene ble ikke utviklet med tanke på sykepleieforskning, og ifølge Polit og Beck så har faktisk de fleste teorier og modeller hatt mer innflytelse på sykepleierutdanningen og klinisk praksis enn på forskning (Polit & Beck, 2012s.132).

Teori i sykepleiefaget kan tenkes å være «kartet» som anvendes for å vise vei i sykepleiepraksis og pasientbehandling. Teoriene innen sykepleie er knyttet til ulike konsepter innen sykepleiefaget, og har altså som formål å beskrive, forutsi eller forklare fenomener i praksis.

Jeg vil bruke valgt sykepleieteori for å analysere min empiri i denne oppgaven. Min intensjon er å bruke valgt teori for å analysere hva informantene erfarer, og ikke å fortelle hvordan sykepleie skal utøves. Min rolle er analytisk, selv om teorien jeg har valgt er praksisrettet.

2.2 Kulturelt tilpasset omsorg

I artikkelen *Culture theorizing past and present: trends and challenges* (Vandenberg, 2010) belyser forfatteren forholdet mellom kultur og helse fra et sykepleieteorisk ståsted. Det er ikke tvil om at kulturbegrepet i sykepleien er omstridt, men hun mener at det allikevel råder enighet om at det finnes en viktig kobling mellom kultur og helse (Vandenberg, 2010).

Med tanke på denne oppgavens tema og problemstilling mener jeg at det er hensiktsmessig å bruke Madeleine Leiningers *Kulturelt tilpasset omsorg* og Irihapeti Ramsdens *Kulturell trygghet* som en teoretisk ramme for å forstå det som sykepleierne i denne masteroppgaven erfarer i møte med pasienter med etnisk minoritetstilhørighet på sykehjem. Begge disse teoriene anerkjenner at det finnes en viktig kobling mellom kultur og helse, samt beskriver sammenhenger mellom kultur, helse og sykepleiepraksis. Begge modellene tematiserer pasientens kulturtilhørighet i sykepleien, men fra ulike synspunkter.

Allerede på Florence Nightingales tid var det diskusjoner rundt kultur, da i form av hvordan etnisitet og rase har formet helse, sykepleiepraksis og helseulikheter. Imidlertid var det først på slutten av 1960-tallet at begrep som kultur og kulturkompetanse formelt ble inkludert i sykepleielitteraturen (Vandenberg, 2010). Den amerikanske sykepleieren og antropologen Madeleine Leininger er imidlertid den som ansees å være den første til å utvikle en sykepleieteori som systematisk fokuserer på omsorg i et kulturelt perspektiv (Claus & Viken, 2004).

Leininger startet sitt arbeide i 1965, og i 1978 publiserte hun «*The Theory of Cultural Care Diversity and Universality*» (Vandenberg, 2010). Denne teorien anvendes for å studere hvordan sosiale og kulturelle faktorer som for eksempel etno-historie, språk, virkelighetsoppfatning og miljø kan påvirker omsorgsresultatet, og har ifølge den norske sykepleieren og antropologen Ragnhild Magelssen til hensikt å belyse forskjeller og likheter innen omsorg i ulike samfunn (Magelssen, 2004). I tiden etter at Leininger publiserte sin teori fulgte en bølge av teorier som var inspirert av Leiningers sykepleietenkning, og ifølge

Vandenberg er denne tenkingen gjennomgående i mye av den teorien som omhandler kulturperspektivet innen sykepleie (Vandenberg, 2010).

I boka *The Theory of Cultural Care Diversity and Universality, A Worldwide Nursing Theory* beskriver Leininger *Kulturelt tilpasset omsorg* som følgende:

Culturally based care knowledge, acts, and decisions used in sensitive and knowledgeable ways to appropriately and meaningfully fit the cultural values, beliefs, and lifeways of clients for their health and wellbeing, or to prevent illness, disabilities, or death (Leininger & McFarland, 2006 s.15).

Målet er ifølge Leininger at sykepleien som blir gitt skal passe til pasientens kulturelle verdier, synspunkt og levemåte.

Da konseptet om kulturelt tilpasset omsorg oppsto oppmuntret den sykepleiere til å se muligheter for å kunne tilby likeverdig omsorg også til de grupper som skiller seg ut, og som oppfattes som annerledes. Dette sykepleiekonseptet ble ytterligere aktualisert på 1970 og 1980-tallet. En ny innvandringspolitikk ble introdusert i USA, som resulterte i at helsetjenesten fikk merke at behovet innen helsetilbud ble endret som en følge av endrede politiske føringer (Vandenberg, 2010). Vandenberg skriver at de første teoriene som omhandler helse og kultur i sykepleien hadde et felles mål om å hjelpe sykepleierne til å kunne gjenkjenne og forstå behovene til de med annerledes kulturtilhørighet enn deres egen utfra hvilken kulturtilhørighet den hjelpetrequende hadde. Kulturelt tilpasset omsorg som konsept hjalp angivelig sykepleieren til å tilrettelegge og tilpasse sykepleien etter kulturelle behov.

Ifølge Vandenberg var det på dette tidspunktet at kulturell kompetanse ble inkludert i sykepleierutdannelsen som kjernen i undervisningen innen sykepleierutdannelsen om kulturelt tilpasset omsorg (Vandenberg, 2010). Kulturell kompetanse har ifølge Vandenberg blitt definert og fremmet av flere teoretikere, samt nasjonale sykepleieforeninger og organisasjoner. Tilhengere av kulturell kompetanse ber sykepleierne om å lære om trekk og egenskaper for ulike grupper for på den måten oppnå ferdigheter som skal til for å pleie de som oppfattes som annerledes. Videre skal kulturell kompetanse også bidra til at sykepleierne skal tilegne seg åpenhet og toleranse for kulturelle «forskjeller» (Vandenberg, 2010). Ifølge Campinha-Bacote kan Leiningers kulturell kompetanse som konsept innen sykepleie

beskrives som en prosess der sykepleieren skal definere pasientens behov og ønsker, basert på kunnskapen sykepleieren har om pasientens kulturtilhørighet (Campinha-Bacote, 2011).

Leiningers sykepleiemodell har lenge vært enerådende og populær innen sykepleietenkningen om koblingen mellom helse og kultur, men har i den senere tid blitt utsatt for kritiske stemmer. Blant annet har Irihapeti Ramsden bidratt med sin teori *Cultural Safety* som bringer inn et alternativt perspektiv i forhold til kulturell kompetanse (Vandenberg, 2010).

2.3 Kulturell trygghet

Den New Zealandske sykepleieren Irihapeti Ramsden er den som ifølge Claus og Viken var den første til å bruke betegnelsen «*kulturell trygghet*» i sykepleien, et perspektiv hvor kultursensitivitet og makt står sentralt. Ramsden har selv maoribakgrunn og med utgangspunkt i minoritetsgruppen henvender hun seg til storsamfunnet (Claus & Viken, 2004). Bakgrunnen for arbeidet hennes kan sees i sammenheng med kolonihistorien og de følger den har hatt på maoribefolkningens helsetilstand. Et engasjement for å møte maoribefolkningens behov for likeverdig omsorg førte til begrepet kulturell trygghet, og siden 1992 har sykepleierutdanningen på New Zealand undervist i faget *Tangata Whenua* (people of the land/ maoribefolkningen) (Claus & Viken, 2004).

Clausen og Viken beskriver kulturell trygghet som følgende:

Kulturell trygghet starter med kulturell sensitivitet som er første trinn for å forstå at det eksisterer forskjeller. Neste trinn er kulturell oppmerksomhet, som gjør studentene oppmerksom på forskjeller. Kulturell oppmerksomhet starter med refleksjon hvor studenten bærer med seg sin egen livserfaring og virkelighetsoppfatning, og en refleksjon over hvilken virkning dette har på andre. Denne selvrefleksjonen bør føre til siste trinn; kulturell trygghet. Det er resultatet av at sykepleieren gir trygg sykepleie definert av den som mottar pleien (Claus & Viken, 2004 s.2).

I følge Claus og Viken legger Ramsden vekt på at kultur og etnisitet ikke er det samme. Hun mener at mennesker som tilhører samme etniske gruppe ikke automatisk har felles erfaringer

og holdninger som styrer alle gruppe-medlemmenes handlinger (Claus & Viken, 2004). Med dette mener Ramsden at sykepleieren ikke kan forutsi en kulturelt betinget adferd hos et menneske bare ved å sette seg inn i en spesiell gruppes tankegang (Claus & Viken, 2004). Kulturell trygghet handler ifølge Claus og Viken ikke om at sykepleiere skal lære andres språk eller skikker. Derimot handler det om å ha en sosialpolitisk innsikt og om å gi en person muligheten til å opprettholde sitt kulturelle særpreg (Claus & Viken, 2004).

Irihapeti Ramsden og Paul Spoonley beskriver i debattinnlegget *The cultural safety debate in nursing education in Aotearoa* det tokulturelle perspektivet i kulturell trygghet som følgende:

Cultural safety assumes that all nursing interactions are bicultural regardless of the number of people or the number of cultural frameworks through which messages are filtered between the giver of the message and the receiver of that message. Indeed, invoking multiculturalism is often a way of distracting attention away from the power differences involved and of introducing soft options (Ramsden & Spoonley, 1993s. 164).

Et tokulturelt perspektiv står sentralt i kulturell trygghet. Claus og Viken skriver at Ramsden mener at kulturell trygghet er viktig i alle møter mellom sykepleier og pasient, fordi dette forholdet alltid vil være tokulturelt. Om et møte skal oppleves trygt for pasienten så er sykepleieren nødt til å kunne identifiserer maktforholdet i situasjonen, samt gi helse-mottakeren myndighet (Claus & Viken, 2004). Claus og Viken konkluderer med: *For å oppnå kulturell trygghet er det altså pasienten som må definere trygghet* (Claus & Viken, 2004 s.2).

Vandenberg skriver i sin artikkel at kulturell trygghet er ment å hjelpe sykepleierne til å gjenkjenne og nøye balansere maktforholdet i sykepleier-pasient relasjonen, og at denne modellen oppfordrer sykepleierne til å bli bevisst på hvilken virkning egne holdninger og livssyn har i sykepleieutøvelsen.

2.4 Kritikken

Mye av kritikken av Leiningers teori går på hennes manglende problematisering av maktaspektet i sin modell. Selv om Leininger hevder at det er pasienten som legger føringer for sykepleien er hun likevel blitt sterkt kritisert for å være etnosentrisk og paternalistisk i forhold til pasienten (Claus & Viken, 2004). Med dette mener Claus og Viken at Leininger i sin modell bruker sin egen kultur som målestokk samt at sykepleieren definerer hva som er det beste for pasienten. Claus og Viken mener det er et *«vesentlig spørsmål å stille ved Leiningers teori om det er pasienten eller sykepleieren som definerer virkeligheten i omsorgssituasjonen, og hvilke sykepleietiltak hver av partene opplever som viktig»* (Claus & Viken, 2004 s.2). Spørsmålene krever ifølge Claus og Viken bevissthet rundt maktbalansen i sykepleier-pasient relasjonen.

Ramsdens modell har imidlertid blitt kritisert for å oppmuntre en form for «kulturell relativisme» ved at det er helsemottakeren som skal definere trygghet i omsorgssituasjonen (Vandenberg, 2010). Sykepleiere som følger kulturell trygghet som modell kan bli plassert i en usikker posisjon hvis pasienten ber om tjenester som sykepleier oppfatter som utrygg, samt at sykepleierne blir pålagt å sette seg inn i kompleksiteten rundt det å skulle støtte pasienten til å definere hva som er et trygg pleie (Vandenberg, 2010).

Leininger og Ramsdens teorier kan forstås ut i fra de epoker de har oppstått, men de deler ifølge Vandenberg felles utfordringer. De glir begge inn i et essensialistisk syn på kultur, altså at man ser på en kultur som et folk eller en gruppe som deler enkelte fellestrekk, og mangler oppmerksomhet mot mer komplekse forhold. Vandenberg mener at et fortsatt fokus på den enkelte pasient eller tilfelle kan føre til et fastlåst syn og resultere i at hensiktsmessige tiltak på et bredere plan blir ignorert (Vandenberg, 2010).

Ifølge Vandenberg kan generelt sett en overdreven vektlegging av «kulturelle forskjeller» i sykepleierutdannelsen bidra til å skjule mekanismer for utelukkelse, og dessuten kan en fortsatt vektlegging av «forskjeller» undergrave muligheten for å se hverandres likheter, og dette kan igjen føre til at oppmerksomheten trekkes bort fra relasjonsbyggingens mange sider (Vandenberg, 2010).

2.5 Pasientsentrert omsorg kombinert med kulturelt tilrettelagt omsorg

Pasientsentrert sykepleie beskrives av Campinha-Bacote som sykepleie der pasienten er i sentrum med sine individuelle behov og ønsker (Campinha-Bacote, 2011). Pasienten skal ifølge denne forståelsen tilbys pleie som i størst mulig grad er basert på pasientens individuelle behov og ønsker. Her vektlegges relasjonen mellom pasienten og pleieren, slik at pasientens ønsker blir hørt og ivaretatt.

Kulturelt tilrettelagt omsorg har ifølge Campinha-Bacote likheter med en pasientsentrert omsorg, ettersom det er det individuelle medlemmet av en kultur (pasienten) som definerer behovene. Det finnes imidlertid også forskjeller mellom pasientsentrert sykepleie og kulturell kompetanse.

Pasientsentrert sykepleie har som mål å ivareta individuelle ønsker og behov for alle pasienter uansett bakgrunn, og på den måten øke tilfredsheten med pleien for alle pasienter. Kulturelt tilrettelagt omsorg har som mål å spesielt ivareta de individuelle behovene og ønskene for pasienter med minoritetsbakgrunn, som ifølge Campinha-Bacote ellers vil risikere å få pleie i en omgivelse de ikke føler seg komfortabel i. Kulturelt tilrettelagt omsorg sikter på å utjevne forskjellene mellom pasienter som tilhører normen og pasienter med minoritetsbakgrunn (Campinha-Bacote, 2011).

Campinha-Bacote mener at målsetningen for begge retningene er lik, nemlig å øke kvaliteten på pleien som blir gitt pasienten, men at målgruppene er forskjellige. Videre ser Campinha-Bacote kulturell kompetanse som en utvidelse av pasientsentrert sykepleie, der kulturell kompetanse er et nødvendig sett med kunnskaper for å kunne tilby effektiv pleie med pasienten med minoritetsbakgrunn i fokus (Campinha-Bacote, 2011).

Campinha-Bacote beskriver Leiningers tenking om kulturell kompetanse som en prosess der sykepleieren setter seg inn i pasientens situasjon og basert på kunnskapen om pasientens kulturtilhørighet definerer pasientens behov og ønsker, for deretter å innfri dem. I stedet for å følge denne prosessen foreslår Campinha-Bacote at kulturell kompetanse skal tolkes som en pågående prosess der sykepleieren sikter på å tilegne seg nødvendig kunnskap for å få mulighet til å tilby effektiv pleie innenfor pasientens kulturelle tilhørighet. Denne prosessen forutsetter at sykepleieren i møte med minoritetspasienten ikke bør streve etter å *ha* kulturell kompetanse, men å *tilegne seg* kulturell kompetanse i møte med pasienten. Hun beskriver at sykepleieren og pasienten i denne prosessen ikke bør se konflikter som situasjoner der det

enten gjelder å vinne eller tape, men som en prosess der sykepleieren og pasienter begge vinner litt og samtidig taper litt. Pasienten får anledning til å løse situasjonen basert på sin kulturelle erfaring, og sykepleien får anledning til å tilby pleie som sykepleieren mener er forsvarlig. Det fremstår altså som at Campinha-Bacote kombinerer Leiningers kulturell kompetanse med Ramsdens kulturell trygghet for oppnå en effektiv pleie.

Campinha-Bacote påpeker imidlertid at sykepleieren og pasienten i denne prosessen sammen finner løsninger, og at det derfor er viktig at sykepleierens verdier og erfaring blir respektert, på samme måte som pasientens verdier og erfaringer blir respektert. Sykepleieren kan dermed være lojal mot sine verdier samtidig som pasientens verdier respekteres (Campinha-Bacote, 2011).

2.6 Relasjonssentrert omsorg

Underveis i arbeidet med oppgaven, møtte jeg på funn i empirien som verken Ramsdens kulturell trygghet eller Leiningers kulturelt tilpasset omsorg kunne hjelpe meg å plassere. De begrep og modeller som belyses av Leininger og Ramsden kan virke å være for smal og begrenset for alene kunne forklare denne oppgavens empiri. Å utelukkende støtte meg til Leininger og Ramsdens teorier for å beskrive mine funn viste seg å bli mer utfordrende enn først antatt. Vandenberg kommer inn på denne problematikken i sin artikkel når hun sier at det er et problem for kulturteorier i sykepleien at de har en tendens til å fokusere på tiltak på et individuelt plan, på bekostning av bredere tenking som inkluderer tiltak på institusjon-, populasjon-, og politisk nivå. Hun sier videre at selv om individuelle tiltak er viktig, så er det mye litteratur som støtter ideen om at dette alene vil være utilstrekkelig for å bedre pleien til «kulturelle» grupper (Vandenberg, 2010).

I artikkelen *Towards a More Inclusive Vision of Dementia Care Practice and Research* løfter artikkelforfatterne frem begrepet *Triade* (Nolan, Ryan, Enderby, & Reid, 2002) som et alternativ til dagens mer individorienterte tilnærming i demensomsorgen. Artikkelen diskuterer alternative tilnæringsmåter innen demensomsorg som gir hensiktsmessig pleie og tiltak i forhold til målsetning om god livskvalitet. Jeg mener at denne diskusjonen også kan være relevant innenfor omsorg til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem, og velger derfor å utvide min teoretiske ramme ved å inkludere triade-begrepet i

omsorgstenkingen for å bedre kunne belyse og forstå den empiri som denne masteroppgaven baserer på.

Historisk sett har teoriene innen sykepleie vært preget av sykepleier-pasient relasjoner, en ensrettet omsorgsmodell bygd på et dyade, «en- til -en», tenking. I følge Nolan m. fl. beskrev Kahana og Young på 1990-tallet en bekymring for framtidens omsorgsmodell, og foreslo at det i framtiden kan være mer nyttig å tenke omsorg i en triade-modell (Nolan et al., 2002). Kahana og Young hevdet at framtidens omsorgsbehov krever at man må være mer ambisiøs og løfte blikket utover dyadeperspektivet til å omfatte ikke bare et bredere familiesystem, men også roller og forhold smidd mellom dyader, familier og det formelle omsorgssystemet (Nolan et al., 2002). Ifølge Nolan m. fl. er det imidlertid få som har latt seg overbevise av triadetenkingen, spesielt i demensfeltet.

Den tidligere dominerende «en- til -en» relasjonen mellom sykepleier og pasient blir i dag, over to tiår etter Kahana og Youngs argumentasjon, utfordret i møte med dagens situasjon hvor blant annet Pasient- og brukerrettighetsloven utfordrer omsorgsstrukturen i helsevesenet. Loven om brukermedvirkning, dagens integreringspolitikk og det økende mangfoldet i befolkningen mener jeg kan være eksempler på hvordan omsorgsmodellen innen sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn påvirkes og utfordres av politikk, samfunn og befolkningsmessige forhold.

Triade begrepet utvider dyade-forholdet mellom sykepleier og pasient, og gir rom for at en tredje part skal få sin stemme hørt i spørsmål vedrørende omsorgssituasjonen. I en triade kan relasjonen mellom pasient og sykepleier, for eksempel på et sykehjem, involvere for eksempel pårørende som en tredje part med anerkjent kunnskap som trengs i pleiesituasjonen. I motsetning til dyade perspektivet, vil en triademodell involvere flere parter i omsorgssituasjonen.

En triade tenking vil for sykepleier bety en endring bort fra den tidligere rollen som «ekspert» som forventes å inneha all nødvendig fagkompetanse, til en posisjon hvor pårørende blir anerkjent som «ekspert» på sin situasjon og pasienten «ekspert» på sin egen erfaring (Nolan et al., 2002). Nolan m. fl. mener at en slik endring ikke trenger å bety å underkjenne faglig kompetanse, men at en meningsfull triade-relasjon baserer seg på en gjensidig anerkjennelse av hverandres kunnskap. Et slikt likeverdig forhold og deling av kunnskap mener de forbedrer og tilrettelegger for fellesforståelse (Nolan et al., 2002). Kompetanse i triade tenkingen

baserer seg på evne til, og ønske om å jobbe mot en felles forståelse, med et mål om å sammen finne gode tiltak i omsorgssituasjonen (Nolan et al., 2002).

Nolan m. fl. mener at en triadetenking ikke bare styrker samarbeidsrelasjonen mellom pasient og pårørende, men kan samtidig ha en positiv virkning på sykepleieres trivsel og arbeidsmoral. De begrunner dette med at en relasjonssentrert omsorgsmodell vil gi sykepleiere større tro på at den pleie som gis har ønsket effekt, ettersom et samarbeid vil kunne generere mer oppnåelige mål for omsorgen (Nolan et al., 2002). Nolan m. fl. skriver at opplevelse av å være en del av et fellesskap også kan bidra til en mer positiv opplevelse av egen jobb. At arbeidsplassen anerkjenner meningsforskjeller kan bidra til åpenhet, og til at et godt arbeidsmiljø reflekteres i sykepleieutøvelsen (Nolan et al., 2002). Artikkelen viser til sitat av Zgola: «*In the presence of such a relationship caring can become an enriching experience, in its absence it becomes a custodial affair*» (Nolan et al., 2002 s.205) og sier at dette er like sant for familien som det er for helsepersonell.

Leininger og Ramsdens sykepleieteorier kan som tidligere nevnt kritiseres for både å ha et essensialistisk syn på kultur, samt være basert på et individentsentrert omsorgsperspektiv. Ut i fra min forståelse kan Ramsden og Leiningers teorier oppleves utfordrende å bruke isolert fra ytre forhold som i stor grad påvirker dagens omsorgsutøvelse. Når det gjelder denne studiens empiri er det etter min mening interessant å diskutere triade begrepet i forhold til de utfordringer informantene erfarer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem.

3 Metode

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for hvilke metoder som er valgt for studien. Her vil jeg også presentere hvordan datainnsamlingen er gjennomført, drøfte datagrunnlagets gyldighet og hvilke konsekvenser det får for analysearbeidet. Videre gis også en beskrivelse av hvordan dataene ble analysert.

3.1 Design

Min tilnærming til arbeidet i denne masteroppgaven er forankret i en hermeneutisk tradisjon. Jeg har i prosessen latt meg inspirere av de fem trinn som Valerie Fleming, Uta Gaidys og Yvonne Robb presenterer i artikkelen *Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method* (Fleming, Gaidys, & Robb, 2003). Artikkelforfatterne skisserer i artikkelen en fremgangsmåte i forskningsprosessen som baserer seg på følgende fem trinn innen Gadamers filosofiske tenkning: «*Deciding upon a research question*», «*Identification of preunderstandings*», «*Gaining understanding through dialogue with participants*», «*Gaining understanding through dialogue with text*» og «*Establishing trustworthiness*» (Fleming et al., 2003 s. 116-119).

Første trinn, *å formulere et forskningsspørsmål*, utvikles utfra et ønske om å oppnå en dypere forståelse av tema. Essensen av spørsmålet åpner muligheter for forståelsen og det innledende forskningsspørsmålet vil deretter påvirke hele forskningsprosessen.

Andre trinn, *identifisere sin forforståelse*, betyr at forskeren ifølge Gadamer skal identifisere sin forforståelse om temaet og reflektere over dette. Forforståelsen blir åpenbar gjennom konfrontasjon med andre oppfatninger og meninger fra andre forskere, kollegaer, teorier, modeller og tradisjonelle tekster. Ved å reflektere over dette blir det mulig for forskeren å gå utover sine forforståelse for å forstå temaet og på denne måten utvide sin horisont med ny kunnskap.

Gadamer har uttalt at forståelse bare kan oppnås gjennom dialog der forskeren er åpen for meningene til den andre. Dette leder oss til tredje trinn, *å oppnå forståelse gjennom dialog mellom parter*. Det er viktig å tillate innlevelse i temaet, derfor er en samtale mellom forsker og deltaker en egnet metode for å oppnå forståelse.

Dialogen er i denne forstand ikke begrenset til samtale mellom to parter, men også dialog mellom lesere og tekst. Fjerde trinn, *å oppnå forståelse gjennom dialog med tekst*, tilsier at det vanligvis er nødvendig å transkribere forskningsintervjuer og arbeide videre med transkriberingene i analysefasen. Med tekst menes ikke bare transkriberte intervjuer, men også transkriberte kommentarer fra lydopptak og notater fra intervjusituasjonen gjort av forsker. Ikke-verbale uttrykk kan også påvirke forståelsen og kan derfor gi økt forståelse. Det er viktig for forskeren å ikke basere analysen på tekst alene, men også lytte på opptak av dialogen for å skape en forståelse.

Femte trinn, *å oppnå troverdighet*, betyr at det er forskerens ansvar å oppnå troverdighet i hele forskningsprosessen. De ulike stegene i en kvalitativ forskningsprosess må være identifiserbare for en ekstern part, og ulike beslutninger tatt under prosessen må være dokumenterte for at forskningsprosessen skal være troverdig. Troverdighet oppnås også gjennom å se til at de ulike partenes ståsted er så godt som mulig dokumentert. Bruk av ordrette sitater er til hjelp for leseren å danne sitt eget bilde. I en kvalitativ studie vil en presentasjon av omstendighetene en uttalelse ble sagt innenfor hjelpe leseren til å vurdere troverdighet i utsagnet. Gadamer har imidlertid forklart at ingen uttalelser er universelt sanne fordi ingen uttalelser kan unnsnippe tolkning. Forskeren har derfor et ansvar å beskrive både prosessene og funnene tilstrekkelig detaljert for å oppnå troverdighet.

3.2 Forskningsspørsmål

Som nevnt tidligere er problemstillingen i denne masteroppgaven følgende:

«Hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem?»

I møte med minoritetspasienter kan det tenkes at pasienten har behov som baserer seg på pasientens bakgrunn eller levemåte, som sykepleierne ikke har kjennskap til eller erfaring med. En slik situasjonen kan sette sykepleieren i en utrygg posisjon der hun eller han opplever seg villrådig eller utrygg i sin sykepleieutøvelse. Det er også mulig at sykepleieren i en utrygg posisjon gjennom ulike strategier finner løsninger som gjør at hun eller han skal oppleve seg trygg i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem.

I denne oppgaven ønsker jeg å oppnå en dypere forståelse for hvordan sykepleiere erfarer møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem. Ved å stille dette spørsmålet håper jeg å finne svar på hvilke forhold som eventuelt kan påvirke sykepleierens opplevelser i møte med pasienten med etnisk minoritetsbakgrunn.

Bakgrunnen for at jeg stiller dette spørsmålet ligger i min forforståelse som bygger på min egen arbeidserfaring, livserfaring og den forståelsen jeg har tilegnet meg gjennom å lese tidligere studier på feltet samt sykepleieteori som omhandler kultur og helse.

3.3 Mitt ståsted

Jeg er utdannet sykepleier med arbeidserfaring hovedsakelig fra rus- og psykiatريفeltet, samt eldreomsorg. Som sykepleier har jeg fått mulighet til å møte mange forskjellige mennesker, både pasienter, pårørende, kollegaer og ledere. Noen møter har vært gode, andre mindre gode.

I min sykepleiepraksis har jeg som sagt erfart å møte forskjellige mennesker, allikevel synes jeg at de mest interessante møtene har vært med de pasientene som jeg har opplevd som mest ulik meg selv. Jeg vil ikke legge skjul på at disse møtene har vært de mest utfordrende å stå i som sykepleier, men på tross av det så er det disse menneskene som har lært meg mest om meg selv. Jeg har blitt konfrontert med andre meninger og til tider har jeg også blitt provosert av andres synspunkter. I håp om å hjelpe pasienter har jeg opplevd å være både frustrert og nesten handlingslammet når jeg ikke har klart å hjelpe pasienten til å bli frisk.

For flere år siden møtte jeg en kvinne som var innlagt til behandling for sin rusavhengighet. I bagasjen sin hadde hun som mange andre en rushistorie, men i tillegg bar hun med seg en historie med bakgrunn fra et land med annen religionstilhørighet og tradisjoner. Jeg hadde liten kunnskap om kvinnens bakgrunn og religionstilhørighet. Jeg oppfattet henne som godt integrert i det norske samfunnet ut i fra hvordan hun kledde seg og hvordan hun deltok sosialt. Jeg var usikker på hvordan jeg skulle tilrettelegge for henne ettersom jeg oppfattet henne mer lik enn ulik andre pasienter. Min tanke var at vi sikkert ville finne ut av ting sammen etter hvert som vi ble bedre kjent. Men kvinnen reagerte med sinne på behandlingsopplegget, og beskyldte meg for ikke å forstå henne fordi hun var utenlandsk. Jeg strekte meg langt for å få til et samarbeid med kvinnen, men det endte med at kvinnen fikk tilbud om annen primærkontakt før hun til slutt bestemte seg for å avslutte behandlingen helt.

En tid etterpå møtte jeg igjen en kvinne i samme situasjon, og denne gangen stilte jeg meg etter egen mening bedre forberedt siden jeg hadde satt meg bedre inn i sykepleielitteratur som tar for seg hvordan man skal møte kulturforskjeller i praksis. Under mitt første møte med kvinnen opplevde jeg at hun hadde sterk tilknytning til opprinnelseslandet ut i fra bekleddning, språk og at hun helst ville snakke med kvinnelig personale. Også denne gangen oppsto det misforståelser selv om vi tilrettela for at hun kunne møte oss ut i fra slik vi forsto hennes bakgrunn. I ettertid ble det klart for oss at denne kvinnen hadde en annen historie med seg i bagasjen enn det vi antok. Denne episoden fikk meg til å reflektere over de utfordringer vi i helsevesenet står overfor når våre pasienter ikke gjenspeiler vår forventning.

Selv om jeg er opptatt av minoritetshelse er det allikevel ikke alltid at jeg, etter min mening, klarer å gjøre en god jobb i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn. At jeg selv er same og har minoritetstilhørighet har for min del ikke vært noe som jeg har regnet som en kompetanse i min sykepleieutøvelse. Min bakgrunn er jo bare en del av hvem jeg er, og det gir meg ikke kompetanse i å vite hvem andre er.

For meg har det vært utfordrende til tider å vite hva som er riktig å gjøre eller si i møte med pasienter som har en annen bakgrunn enn meg selv, og spesielt pasienter med innvandrerbakgrunn. Jeg har kjent på følelsen av utrygghet i noen av disse møtene. Den utryggheten jeg opplevde handlet ikke om å være redd det som er annerledes, men mer om usikker på at egen kunnskap strekker til for å kunne gi hjelp.

Jeg tror at min opplevelse av å gi sykepleie til pasienter med samisk bakgrunn kan sammenliknes med for eksempel en etnisk norsk sykepleier som gir sykepleie til en etnisk norsk pasient. Utgangspunktet er likt, og dermed provoseres ikke forforståelsen i særlig stor grad og man oppfatter møtet konfliktfritt. Det kan hende at jeg ikke problematiserer pasientens kulturbakgrunn på samme måte som jeg kanskje gjør når jeg møter pasienter med for eksempel innvandrerbakgrunn.

Som barnebarn av samiske besteforeldre har jeg erfart å være pårørende til pasienter både på sykehus og sykehjem. Besteforeldrene mine fikk begge to problemer med hjertet på eldre år, og i perioder var de ofte syke. I min familie var det slik at når bestemor eller bestefar ble syke og måtte på sykehus, dro barn, barnebarn og svigerbarn etter for å våke over den syke. Det kunne ta lang tid i mottakelsen på sykehuset, og ofte ble vi sittende i timevis å vente på å få en dom fra legene. For oss opplevdes det dramatisk og vi var mye engstelig i de timene vi satt

og ventet. Gleden var desto større når vår kjære bestemor eller bestefar kviknet til igjen, og ofte ville vi ikke forlate dem alene på sykehuset i redsel for at de igjen skulle bli syk uten at vi var tilstede. Da jeg var liten trodde jeg at alle gjorde det slik som oss, men etterhvert som jeg ble eldre forsto jeg at vi skilte oss litt ut. Dette gikk opp for meg da jeg en gang møtte en sykepleier som jeg opplevde kjefitet på oss fordi vi snakket samisk oss imellom, angivelig fordi at andre ikke likte at vi snakket på et språk som de ikke forsto.

Etter at bestefar døde gikk det ikke lang tid før bestemors helse tilsa at hun trengte tilsyn og pleie hele døgnet. På sykehjemmet ble hun stadig dårligere, og demenssykdommen ble etter hvert konstatert som langt kommen. Sykehjemmet gjorde det de kunne for bestemor, men vi fikk et inntrykk av at de ikke helt visste hvordan de skulle håndtere situasjonen og henvendte seg ofte til pårørende for å få hjelp.

Bestemor likte musikk og lyttet ofte på radio og kassetter. Jeg har blitt fortalt i ettertid at dette var en interesse som skulle brukes for å stimulere bestemor, og under et tidspunkt ble det spilt samisk joik for henne på sykehjemmet. Reaksjonen hennes ble ikke som forventet da bestemor hadde blitt sint og utagerende under avspillingen. Jeg synes idéen å spille samisk joik i utgangspunktet var god, men det viser bare hvor komplekst et menneskeliv er. Bestemor vokste opp i et strengt læstadiansk miljø i Sverige hvor for eksempel joik ble ansett som synd og belagt med skam. Selv om bestemor var glad i joik i voksen alder, kan det være ting som gjorde at hun på sykehjemmet koblet joik til noe negativt, derav hennes reaksjon. Dette er mitt eksempel på at det ikke finnes en automatikk i at alle eldre samiske pasienter setter pris på joik på sine eldre dager på sykehjem.

Grunnen til at jeg i denne studien har valgt å fokusere på pasienter med en annen minoritetsbakgrunn enn min egen er at jeg ønsker å ivareta kravet til refleksivitet i forskningen min.

3.4 Forskningsmetode

Det er sykepleiernes erfaringer og opplevelser jeg ønsker å belyse i denne oppgaven, og velger på bakgrunn av det å benytte en kvalitativ metode som forskningsstrategi.

I denne oppgaven støtter jeg meg til Malterud sin forståelse av kvalitative metoder. Ifølge Malterud bygger kvalitative metoder på teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi)

og fortolkning (hermeneutikk). Kvalitative metoder omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og tolkning av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng. Bruk av kvalitativ metode gir tilgang til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2011 s.26).

Denne metoden gir meg mulighet til å kunne spørre etter meninger, betydninger og nyanser av hendelser som sykepleierne erfarer i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Denne kunnskapen kan kanskje gi en ny eller større forståelse av sykepleiernes erfaringer i møte med pasienter med annen etnisk bakgrunn enn dem selv.

3.5 Datainnsamlingsmetode

For å finne svar på oppgavens problemstilling var det viktig for meg å få tilgang til sykepleiernes erfaringer gjennom utfyllende og nyanserte svar på mine spørsmål. Valget mitt falt derfor på dybdeintervju som datasamlingsmetode. Intervjuene ble spilt inn med lydopptaker for å sikre at alt det som ble sagt i intervjuet skulle kunne gjengis i det transkriberte datamaterialet.

Dybdeintervju er ifølge Tjora en metode hvor forskeren ønsker å forstå informantens opplevelser i tillegg til å få et innblikk i informantens refleksjon rundt det (Tjora, 2013s.105). Et dybdeintervju skiller seg fra andre typer intervju ved at intervjusituasjonen blir lagt opp til å være en fri samtale mellom intervjuer og informant. Ifølge Tjora skal denne samtalen kretse rundt et tema som forskeren har bestemt på forhånd, og ved å stille informanten åpne spørsmål ønsker man å gi informanten mulighet til å gå i dybden der hvor han eller hun har mye og fortelle. Denne metoden tillater ifølge Tjora informanten å ta avstikkere i sin fortelling, noe som kan bringe inn andre temaer som forskeren ikke hadde tenkt på forhånd, men som informanten synes er viktig å fortelle om.

I tillegg til intervju av sykepleiere alene ble det også av praktiske årsaker gjennomført et gruppeintervju inspirert av fokusgruppemetoden.

I følge Malterud kan kvalitative data også innhentes fra gruppesamtaler. Fokusgruppeintervju er en bestemt måte å gjøre dette på, og denne tilnæringsmåten er godt egnet for å lære om

erfaringer, holdninger eller synspunkter et miljø hvor mange mennesker samhandler. Det er vanlig at det er en moderator som styrer intervjusituasjonen og en sekretær som noterer hovedmomenter og forhold som ikke blir fanget opp på lydopptaket. Vanligvis utføres et fokusgruppeintervju etter formelle krav som stilles til et fokusgruppedesign vedrørende antall grupper, deltakerantall og sammensetning, men ifølge Malterud er det også mulig å gjennomføre gruppeintervju som er inspirert av fokusgruppemetoden uten å oppfylle alle de formelle kravene. Til forskjell fra individuelle intervju mener Malterud at et gruppeintervju vil gi en annen type kunnskap enn individuelle samtaler, fordi gruppedynamikken kan bidra til at informantene påvirker hverandre (Malterud, 2011s.133-135).

I arbeidet med datainnsamling har jeg brukt en diktafon som hjelpemiddel for å dokumentere hva som blir sagt under intervjuet. Ifølge Tjora gir bruk av lydopptaker forskeren en forsikring om at alt som blir sagt under intervjuet blir dokumentert, mens forskeren selv bedre kan konsentrere seg om intervjuets innhold. Selv om bruk av lydopptaker kan bidra til at noen informanter begrenser seg sammenliknet med å ikke bruke dette, så mener Tjora at det som en generell regel alltid bør brukes lydopptaker ved dybdeintervju (Tjora, 2013s.137,139,140).

Informantene i denne masteroppgaven ble gjort kjent med bruk av lydopptaker samt gitt informasjon om oppbevaring, bruk og sletting av lydfiler i samtykkeskjemaet som de leste og signerte før gjennomføring av intervjuene. Informantene fikk på den måten ta avgjørelsen i forkant i forbindelse med signering av samtykkeerklæringen. Tjora mener det er viktig å alltid eksplisitt spørre informantene om det er greit med lydopptak samt informere om videre håndtering av opptakene (Tjora, 2013s.138).

3.6 Utvalgsriterier og utvalg

Denne studiens empiri bygger på et strategisk utvalg. Ifølge Tjora betyr det at utvalget ikke er tilfeldig plukket ut, men at man velger informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet (Tjora, 2013s.145). Malterud forklarer at et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetningen om at materialet har best mulig potensial til å belyse og lære oss noe nytt om det problemstillingen fokuserer på (Malterud, 2011s.56).

Jeg startet med følgende kriterier: informantene skulle være sykepleiere, ha etnisk norsk kulturtilhørighet, skal ha gjennomført sykepleierutdannelsen i Norge og ha en viss arbeidserfaring fra å jobbe med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem.

Underveis i rekrutteringsprosessen ble det gjort noen endringer på utvalgskriteriene, ettersom de viste seg å være vanskelig å oppfylle. Siden denne studien handler om sykepleierens erfaringer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kunne jeg tillate meg å fjerne kriteriene om etnisk norsk tilhørighet og norsk sykepleierutdanning. NSD ble kontaktet vedrørende dette, og endringen ble godkjent.

Utvalget i denne studien består av fem kvinnelige sykepleiere som til daglig utøver sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn som er innlagt på sykehjem. To av informantene jobber ved en somatisk avdeling, og tre jobber ved en skjermet enhet. Sykepleierne jobber ved to ulike sykehjem i Oslo-området. Sykepleierne har mellom seks og femten år med arbeidserfaring fra nåværende arbeidssted.

Fire av sykepleierne har tatt sykepleieutdanningen utenfor Norge. Flere av sykepleierne har annen kulturtilhørighet enn norsk. Alle fem sykepleierne har en viss erfaring med å utøve sykepleie til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Alle fem informantene jobber på avdelinger hvor både pasientsammensetningen og personalsammensetningen er flerkulturell. Felles for disse avdelingene er at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn også er en minoritetsgruppe blant pasientgruppen på avdelingene.

Rekrutteringsprosessen resulterte altså i fem informanter som ville la seg intervju, og ut ifra studiens omfang og metode ble det vurdert at fem informanter var hensiktsmessig for å belyse problemstillingen.

3.7 Etske retningslinjer

For å ivareta forskningsetiske aspekter ved min studie har jeg forholdt meg til de etiske retningslinjer som *De nasjonale forskningsetiske komiteene* beskriver på sin web-side (Forskningsetiske komiteer). Jeg vil videre gjøre rede for de forskeretske overveielser som er blitt gjort i denne studien.

Ved å vise til professor Ottar Hellevik kan forskningsetikk kort oppsummeres slik:

I forskningsetikken er det formulert krav for å hindre at de det forskes på, respondentene, skal lide overlast. Data skal oppbevares og behandles på en måte som sikrer at uvedkommende ikke skal få kjennskap til hva den enkelte respondent har svart. Resultatene skal publiseres på en måte som bevarer respondentenes anonymitet (jf. [Personvern](#)) og hindrer at enkeltpersoner skal kunne kjennes igjen, med mindre noe annet er avtalt. Respondentene skal ha samtykket til å delta i undersøkelsen, på grunnlag av kjennskap til hva undersøkelsen går ut på (informert samtykke). Noen vil mene at forskeren har et ansvar for å gi deltakerne innsikt i resultatene av undersøkelsen som en motytelse for tiden de har brukt på å gi informasjon til forskeren (Hellevik, 2011).

Denne masteroppgaven har ikke til hensikt å samle data som samsvarer med de kriteriene som trenger godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2012). Prosjektet oppfyller derimot de krav som gjelder for personvern (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste), og før jeg kunne gå i gang med arbeidet, ble prosjektet meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, NSD (Se vedlegg 1).

Denne studien er som tidligere nevnt knyttet til en kvalitativ forskningsmetode og intervju er benyttet som datainnsamlingsmetode. I denne studien har jeg benyttet en mal på informasjonsskriv og samtykkeskjema som er hentet fra nettsiden til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 27.03.2012). Informasjonsskrivet er presentert som en forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet, hvor jeg har presentert generell informasjon om prosjektet samt informasjon vedrørende frivillig deltakelse og muligheten for å trekke tilbake samtykket (se vedlegg 2). Det ble innhentet skriftlig samtykke før informantene ble intervjuet.

Informantenes anonymitet har blitt ivaretatt samtidig som taushetsplikten er blitt overholdt gjennom hele prosjektet. Lydfiler og skriftlig materiale som kan identifisere informantene har blitt behandlet med varsomhet og lagret etter NSD sine retningslinjer for personvern.

Ved å bruke et hermeneutisk tilnærming til datamaterialet stilles jeg som forsker overfor en utfordring i forhold til at informantens utsagn blir gjenstand for min fortolkning. Katrine Fangens skriver i artikkelen *Kvalitativ metode* at det ved bruk av hermeneutisk tilnærming stilles strenge krav til begrunnelse og dokumentasjon fra forskerens side (Fangen, 2010), dette

stiller med andre ord krav til meg som forsker innen kvalitativ forskning å være bevisst min egen forforståelse og forskerrolle gjennom hele denne masteroppgaven.

3.8 Fremgangsmåte ved datainnsamling

3.8.1 Rekruttering av informanter

Forskningsspørsmålet retter seg mot sykepleierens erfaringer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem. I denne masteroppgaven har jeg valgt å fokusere på eldre pasienter med innvandrerbakgrunn som er innlagt på sykehjem.

Under arbeidet med prosjektskissen fikk jeg en pekepinn på hvor jeg måtte henvende meg geografisk sett. *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere* (Statistisk sentralbyrå, 2014) peker ut Oslo og Drammen som de geografiske områdene i Norge med størst andel befolkning med innvandrerbakgrunn. Av praktiske hensyn i forbindelse med reise valgte jeg å konsentrere meg om kun Oslo i denne masteroppgaven.

For å komme i kontakt med sykepleiere på sykehjem i Oslo med aktuell erfaring ble Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, NAKMI, som har erfaring fra feltet kontaktet. Jeg fikk på denne måten anbefalinger om åtte navngitte institusjoner og kontaktpersoner i Oslo-regionen som av min kontaktperson i NAKMI ble vurdert å være aktuelle informanter til mitt prosjekt. Fem av institusjonene var sykehjem, og jeg valgte i første omgang å konsentrere meg om disse.

Etter mail-korrespondanse med en avdelingsleder ved en sykehjemspost som ble vurdert som relevant for prosjektet ble det imidlertid innlysende at utvalgskriteriene i forhold til etnisk norsk kulturtilhørighet og norsk sykepleierutdannelse sannsynligvis ikke kunne innfris på grunn av personalets sammensetning. Etter rådføring med min veileder ble dette kriteriet fjernet. Ved å inkludere sykepleiere som selv har en etnisk minoritetsbakgrunn ble det også mulig å kaste lys over betraktninger som jeg ikke har tenkt på, men som er viktig for å gjenspeile de opplevelser og erfaringer som sykepleiere til daglig gjør rundt om på sykehjemmene i dagens flerkulturelle samfunn. Endring av utvalgskriterier ble meldt inn til NSD (se vedlegg 4).

Informasjon om prosjektet ble sammen med samtykkeskjema sendt ut til aktuelle informanter. Av de fem forespørslene som opprinnelig ble sendt ut svarte to positivt, en valgte å avslå sin deltakelse og to svarte ikke. Ved et av sykehjemmene var det imidlertid flere poster som meldte interesse for å bidra til prosjektet. Fra en av postene ble informanter som samsvarte med utvalgskriteriene rekruttert. Returer av samtykkeskjemaer tok imidlertid lenger tid enn forventet, hvilket førte til at intervjuene ble noe forsinket i forhold til prosjektplanen.

Rekrutteringsprosessen resulterte som tidligere nevnt i et utvalg med fem informanter som ville la seg intervju.

3.8.2 Intervjuguide

Intervjumetoden i denne oppgaven er dybdeintervju, og mitt mål var å legge opp til at intervjuet skulle oppleves mer som en samtale enn en utspørring. Ifølge Tjora er idealet for denne type intervju den frie, uformelle samtalen og at en intervjuguide i denne sammenheng kan virke forstyrrende. Imidlertid mener Tjora at en intervjuguide med ferdig formulerte spørsmål kan skape en atmosfære av seriøsitet for informantene under intervjuet (Tjora, 2013s.135).

Med tanke på at jeg har liten erfaring fra tidligere med å gjennomføre intervjuer utarbeidet jeg i samråd med mine veiledere en intervjuguide som jeg kunne bruke som støtte underveis i intervjuet. Intervjuguiden i denne studien åpner med noen innledningsspørsmål før den går over til ni åpne, ferdig formulerte spørsmål om informantens erfaringer. I tillegg er stikkordsformulerte oppfølgingsspørsmål notert etter hvert spørsmål (se vedlegg 3).

I forbindelse med første spørsmål i intervjuguiden ble informantene uken før intervjuene per e-mail spurt om å forberede en historie om en opplevelse eller erfaring som har gjort inntrykk på en eller annen måte og som er relatert til det aktuelle temaet. Tanken bak dette var at informantene skulle få mulighet til å fritt fortelle om en spesiell erfaring. Disse historiene skulle brukes som innledning til videre samtale om informantens erfaringer som sykepleier i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem.

En slik intervjuguide som veksler mellom fullstendig formulerte startspørsmål på hvert tema og mer samtalerettede oppfølgingsstikkord og spørsmål kaller Tjora en *intervjuerstyrt*,

asymmetrisk interaksjon (Tjora, 2013s.135). En slik intervjusituasjon kan ifølge Tjora skape god flyt i intervjuet og samtidig opprettholde forventningene til intervjusituasjonen.

Målet for meg som intervjuer var å la min nysgjerrighet for hva informantene erfarer i praksis drive intervjuet, samt prøve å legge til rette for at informantene skulle få mulighet til å reflektere over egen praksis. På den måten ville jeg gi informantene rom for betraktninger jeg selv ikke har tenkt på tidligere. Å gjennomføre intervju på denne måten gir ifølge Tjora intervjueren mulighet til å be informanten konkretisere og gi eksempler på sine erfaringer utover det som vi vanligvis kan be om i en dagligdags samtale (Tjora, 2013s.136).

Øverst på intervjuguiden noterte jeg for min egen del studiens forskningsspørsmål slik at jeg underveis i intervjuet ble minnet på hva jeg ønsker svar på gjennom masteroppgaven, men også som hjelp underveis for å kunne vurdere relevans av det som ble snakket om.

3.8.3 Intervju

Jeg reiste til Oslo før samtlige samtykkeskjemaer var mottatt i retur. Selv om jeg hadde fått bekreftet muntlig at alt var i orden fra informantenes side, planla jeg før avreise at intervjuene med dem som ikke hadde returnert samtykke skulle gjennomføres sist, slik at jeg kunne forsikre meg om at samtykkene ble mottatt før selve intervjuene. Før disse intervjuene ble gjennomført bekreftet returnmottaker ved Universitetet Tromsø at samtykkene var mottatt.

Tidspunkt og sted for intervjuene ble i de fleste fall avtalt med avdelingsleder på institusjonene og ikke med informantene direkte. Grunnet lite eller ingen direkte kontakt med informantene hadde jeg kun navn og yrkestittel på informantene. Jeg visste lite eller ingenting om språk- eller kulturbakgrunn. Det var imidlertid nærliggende å anta at en eller flere av informantene hadde en etnisk minoritetsbakgrunn, ettersom jeg tidligere hadde fått tilbakemelding på utvalgsriteriene. Jeg stilte til intervju med den innstillingen at intervjuet får bli til mens vi samtaler og at jeg støtter meg på intervjuguiden ved behov underveis i intervjusituasjonen.

Jeg møtte opp litt tidligere enn avtalt til første intervju, og ble vennlig mottatt av assisterende avdelingsleder og vist til et ledig kontor på avdelingen hvor intervjuet skulle gjennomføres. Jeg fant frem lydopptaker, penn og notatblokk. Informanten serverte kaffe og kaker, og jeg følte meg velkommen. Dette var mitt aller første intervju, men jeg var godt forberedt og

nervøsiteten som jeg i forkant var urolig for var minimal. Vi startet med uformell presentasjon og småprat, informanten fortalte at det var første dag etter ferie så hun var ikke helt forberedt på at intervjuet skulle gjennomføres så tidlig. Jeg fortalte om prosjektet mitt og hva jeg forventet av intervjuet, før jeg spurte om hun syntes det var greit å gjennomføre intervjuet. Noe informanten ga sitt samtykke til.

Jeg informerte at jeg har sett for meg intervjuet mer som en samtale mellom oss, enn at jeg spør en rekke spørsmål som hun skal svare på. Jeg startet lydopptakeren og begynte å følge intervjuguiden. Informanten pratet lett og utfyllende.

Når jeg kom til første spørsmål i temaguiden, om historien informanten fått i oppdrag å tenke på, fikk jeg inntrykk av at informanten ikke var forberedt på det jeg spurte om, eller ikke helt forsto hva jeg mente. Dette spørsmålet ble ikke som forventet, men jeg lot informanten fortelle om det som hun der og da synes er viktig for meg å høre om.

Underveis i intervjuet opplevde jeg at vi kommuniserte bra, men ved noen anledninger fikk jeg en følelse av at språkforskjeller påvirket forståelsen noe. Ved flere anledninger gjentok jeg det som er sagt både fra min og hennes side for å prøve forsikre meg om det ikke oppsto misforståelser.

Etter 45-50 minutter, merket jeg at informantens engasjement dabbet noe av, og svarene ble mindre utfyllende enn tidligere. Jeg tolket dette som at hun begynte å bli sliten, og planla å avslutte. På dette tidspunktet begynte jeg å føle meg litt stresset. Jeg ble jeg dratt mellom ønsket om å fortsette samtalen og følelsen av at intervjuet har vart lenge nok for informanten. Det ble til en mellomting som jeg underveis føler ble rotete. Etter å ha skrudd av lydopptakeren snakket vi litt om intervjuet før vi avsluttet.

Andre avtalen var allerede dagen etter, på samme sted. Jeg var innstilt på å gjennomføre intervjuet så likt det første intervjuet som mulig. Jeg var derfor ikke helt forberedt på at informanten skulle respondere annerledes enn det jeg forventet.

Også i dette intervjuet opplevde jeg at mitt første spørsmål ikke kom til sin rett. Jeg lot meg denne gangen styre av informantens svar i større grad enn jeg var forberedt på, og plutselig handlet samtalen vår om den historien som informanten har blitt bedt om å forberede, uten at jeg helt fikk det med meg til å begynne med. Timingen min ble en svakhet i dette intervjuet, men i hovedtrekk tror jeg at jeg klarte å hente meg inn på en måte som gjorde at informanten

allikevel fikk mulighet til å fortsette sin tankerekke omkring den opplevelsen som hun ønsket å dele.

I likhet med første intervju opplevde jeg at informantens engasjement dalte da vi nærmet oss 45 minutter ut i intervjuet. Jeg prøvde denne gangen å være kjappere til å runde av, men så viste det seg at mitt aller siste spørsmål i intervjuguiden åpnet opp for flere interessante betraktninger fra informantens side.

En mer erfaren intervjuer kunne nok etter min mening ha stilt bedre spørsmål enn det jeg evnet der og da. Jeg prøvde å gjenta informantens utsagn høyt der hvor det passet seg, for på den måten å oppmuntre henne til å fortsette sine tankerekke. Jeg tror jeg delvis lyktes med dette. I etterkant av intervjuet spurte jeg hvordan informanten syntes det gikk, og tilbakemeldingen på intervjuets struktur var positiv.

Tidspunktet for tredje intervju var tilpasset avdelingslederens ønske, da samtykket til de tre som vil la seg intervjuet på denne posten ikke var mottatt før min avreise til Oslo. Jeg ankom litt tidligere enn avtalt, og ble vennlig mottatt på posten.

Informantene oppsøkte meg med det samme jeg ankom og ønsket av ulike praktiske grunner å bli intervjuet sammen. Jeg opplyste at jeg i utgangspunktet ønsket å intervjuet hver informant for seg selv og at det var slik jeg hadde forberedt meg. Jeg fikk imidlertid inntrykk av at jeg kom til å miste to av informantene om jeg opprettholdt mitt utgangspunkt. Vurderingen der og da var at dette var tre informanter som alle hadde samtykket til å la seg intervjuet fordi de mente at de kunne bidra med kunnskap til mitt prosjekt. Selv om jeg ikke var forberedt på å gjennomføre et gruppeintervju i utgangspunktet, så tenkte jeg at denne formen for intervju ikke ville hindre meg i å få tilgang til informantenes erfaringer, men at gruppedynamikken derimot kunne bidra til flere nyanser av temaet.

Jeg bestemte meg for å imøtekomme sykepleiernes ønske. Dybdeintervju ble i denne sammenhengen endret til gruppeintervju. I etterkant ble NSD orientert om endringen, og den ble godkjent (se vedlegg 4).

Gruppen besto av tre informanter og intervjuet som fant sted i et oppholdsrom i en stille del av avdelingen. Informantene hadde lagt frem tre permer i forkant og to av informantene hadde med seg notater. Som tidligere informerte jeg at jeg ønsket intervjuet som en samtale mellom

oss, og at alle tre hadde mulighet til å dele sine erfaringer underveis, før jeg slo på lydopptakeren.

Begynnelsen av intervjuet ble preget av at dette var en ny kontekst for oss alle, men jeg fikk fort inntrykk av at en av informantene tok ansvar for praten og de andre to kom med innspill til de temaer som kommer opp. Vi snakket om språkutfordringer i jobbsammenheng og underveis i intervjuet undret jeg meg på om denne utfordringen også fant sted i kommunikasjonen under intervjuet.

For flere av informantene var norsk et andre språk, og dette kan ha gjort at vi i intervjusituasjonen uttrykte oss forskjellig selv om vi kanskje snakket om det samme. Dette kan ha påvirket forståelsen av spørsmål og svar under intervjuet. Jeg opplevde at noen av informantene kommuniserte mer med kroppsspråk enn verbalt, og dette kom dessverre ikke frem på lydopptaket av intervjuet.

Dette intervjuet hadde samme lengde som de to første. Underveis var det perioder hvor jeg følte det var utfordrende å stille spørsmål som styrte samtalen i riktig retning. At jeg selv ikke var forberedt på å gjennomføre gruppeintervju kan ha preget intervjuet, men på den andre siden virket det på meg som at informantene hadde forberedt seg på det de ønsket å formidle slik at de temaene de erfarte var viktig ble tatt opp.

3.9 Innsamlet data

3.9.1 Analytisk behandling av data

Datamaterialet omfatter 59 sider transkribert tekst. Alle informantene snakket bokmål, og har derfor valgt å bruke bokmålsform i transkriberingen. Flere av informantene hadde norsk som fremmedspråk, og dette kan ha påvirket deres ordvalg. Språkutfordringene bidro til at jeg måtte høre gjennom lydopptakene flere ganger for å klare fange opp hva som faktisk ble sagt.

For å begrense at min egen tolkning skulle påvirke tekstmaterialet i alt for stor grad valgte jeg å transkribere fullstendig, ord for ord, slik det ble sagt av informantene og meg under intervjuene.

Jeg startet analyseprosessen med å høre gjennom intervjuene samt lese igjennom tekstmaterialet flere ganger for å bli godt kjent med datamaterialet, og samtidig danne meg et

helhetsinntrykk av tekstmaterialet. I denne fasen av analysearbeidet begynte jeg å vurdere mulige temaer som kunne representere sykepleiernes erfaringer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem. Det var noen temaer som intuitivt påkalte min oppmerksomhet, og som jeg valgte å bruke som foreløpige temaer som jeg kalte pårørende, språk, arbeidsmiljø, og kultur.

For å kunne presentere mine hovedfunn valgte jeg i denne fasen å utvide oppgavens teoretiske ramme, og i en periode jobbet jeg parallelt med teori og empiri.

De over nevnte temaer framsto så tydelige for meg tidlig i analyseprosessen at jeg på dette tidspunktet mente at mine funn kunne presenteres under disse temaene. Da jeg skulle gå i gang med å beskrive mine funn i resultatdelen innså jeg at det ble vanskelig å formidle mine funn på en hensiktsmessig måte. Jeg bestemte meg derfor for å strukturere datamaterialet på nytt, denne gangen med en strengere tilnærming til datamaterialet. Jeg valgte en trinnvis modell inspirert av den kvalitative innholdsanalysen til Lundman og Graneheim (Lundman & Graneheim, 2008).

Med oppgavens problemstilling i tankene startet jeg med å identifisere meningsdannende enheter som jeg vurderte kunne svare på studiens problemstilling. Meningsenhetene som ble plukket ut ble kondensert før neste sorteringstrinn startet. Informantene fortalte alle om erfaringer knyttet til utfordringer og hva som gjøres for å overkomme utfordringene i møte med pasienter med etnisk minoriteter på sykehjem. Jeg sorterte derfor de kondenserte meningsenhetene fra tekstmaterialet inn i domene *Trygg* og *Utrygg*. Disse domenene sier noe om hva sykepleierne erfarte som utfordrende og hva som ble gjort for å håndtere utfordringene. Videre sorterte jeg domenene inn i undertemaer som til sist ble sortert inn i følgende tre hovedtema: *Vi møter alle likt*, *Det er ikke helt likt* og *Vi gjør så godt vi kan*. I analysearbeidet har jeg laget tabeller med bruk av Excel for å få oversikt over datamaterialet.

I analysearbeidet har jeg benyttet prinsippene om dekontekstualisering og rekontekstualisering (Malterud, 2002s.93). Ved å benytte dekontekstualisering har jeg sett på de utvalgte meningsenhetene sammen med andre meningsenheter i tekstmaterialet som sier noe om det samme, og ved rekontekstualisering har jeg sørget for at det jeg har lest ut i fra dekontekstualiserte materialet samsvarer med den sammenhengen hvor det ble hentet ut i fra. Ved å bruke disse prinsippene i analysearbeidet har jeg forsøkt å oppnå et valid innhold sett i

forhold til helheten. I følge Malterud er rekontekstualisering det viktigste tiltaket for å forbygge reduksjonisme og bevare forbindelseslinjen til feltet og informantenes virkelighet.

Ved den praktiske gjennomføringen av dekontekstualisering og rekontekstualisering førte jeg opp samtlige meningsenheter som tilhørte samme underkategori i egne tabeller for å underlette sammenlikningen av meningsenhetene, og verifisere at de tilhørte samme underkategori. Etter at hovedkategoriene ble sortert inn under sammenfattende tema førte jeg opp samtlige meningsenheter som tilhørte det aktuelle temaet i en egen tabell, for å verifisere at meningsenhetene pekte på samme hovedtema. De forskjellige hovedtemaene ble til slutt vurdert opp mot intervjuene for å sikre meg om at de ikke har beveget seg ut av konteksten.

3.9.2 Pålitelighet, gyldighet samt noen ord om generaliserbarhet

For å velge ut informanter som har relevant erfaring innenfor mitt tema så ble informantene bevisst valgt ut etter noen kriterier. Under intervjuene brukte jeg en intervjuguide som støtte for å holde samtalen innenfor temaet, og i intervjusituasjonen prøvde jeg å styre samtalen slik at den skal være innenfor prosjektets tema. Analysen av intervjuene viser at informantene var samstemte vedrørende forhold som er relevante i forhold til mitt tema.

Noen av informantene hadde norsk som andre språk. Dette betyr at jeg under intervjuene ble nødt til å klargjøre noen av svarene ved å stille oppfølgingsspørsmål. Jeg vurderte allikevel stemningen under intervjuene som uformell og samtalen fløt lett. Risikoen for at jeg som intervjuer tolket informantens utsagn i feil retning kan være tilstede, men samtidig tror jeg at det ble satt av nok tid underveis i intervjuet for å oppklare eventuelle misforståelser forårsaket av språkforskjeller.

Ved å utføre en fullstendig transkribering av intervjuene, samt at jeg under analysen lyttet på lydopptakene der jeg har vært usikker på hvilken kontekst utsagnet ble gitt, har jeg prøvd å holde risikoen for at jeg feiltolket utsagn så lav som mulig.

Jeg har i dette prosjektet fokusert på å beskrive alle beslutninger som er blitt tatt så nøyaktig som mulig, slik at det er mulig å følge prosjektets gang og etterprøve resultatene.

Analysen av datagrunnlaget viser imidlertid at det var vanskelig å peke på enkelte forhold som svar på mitt forskningsspørsmål *«hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig*

trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem?».

Analyseresultatene ble i stedet samlet opp i oppsummerende temaer som drøftes og forklares i forhold til mitt forskningsspørsmål.

Resultatene fra analysen av dataene peker i samme retning som flere andre undersøkelser som er blitt gjort innenfor samme felt. Jeg viser til noen av disse studiene i denne oppgave.

Siden det kun er fem informanter fra to ulike institusjoner med i undersøkelsen er det vanskelig å si hvorvidt resultatet kan overføres til andre sykehjem. Tidligere undersøkelser innenfor samme tema gir imidlertid sammenliknbare resultater som dette prosjektet.

3.10 Metodekritikk

Jeg har under arbeidet med dette prosjektet funnet noen svakheter med metoden som ble valgt, og den praktiske gjennomføringen. Jeg skal i dette kapitlet presentere disse svakhetene.

Informantene ble bevisst valgt ut basert på erfaringene de hadde med å arbeide med minoritetspasienter. Informantenes egen kulturtilhørighet ble det imidlertid ikke tatt hensyn til. Dette betyr at sykepleierens egen kulturelle bakgrunn kan ha påvirket resultatet uten at jeg har vektlagt det i arbeidet med denne oppgaven. Intervjuene var imidlertid samstemte i de forhold de pekte ut som relevante for mitt tema, til tross for at intervjupersonene hadde ulik kulturtilhørighet.

Jeg har valgt å transkribere lydopptakene fullstendig, ord for ord. Allikevel viste det seg ved sammenlikning av lydopptak og transkribering at jeg ubevisst har brukt egne ord i stedet for informantens uttrykk. Med en fullstendig transkribering fremgår imidlertid konteksten tydelig slik at risikoen for å fortolke det som blir sagt i feil retning minimeres. Ved å få med konteksten minimeres også risikoen for misforståelser grunnet språkutfordringer.

Noen av informantene hadde også norsk som andrespråk, og jeg var under intervjuene nødt til å stille oppfølgingsspørsmål for å være sikker på at jeg hadde skjønnet uttalelsene riktig. Ettersom jeg har transkribert fullstendig så fremgår det i tekstmaterialet hva som var mine oppfølgingsspørsmål, og hva informantene sa seg enig eller uenig i, og hva som var informantens egne utsagn.

Det ble videre gjennomført et gruppeintervju som ikke var planlagt. Her hadde det vært mer hensiktsmessig å følge oppsettet for fokusgruppe-intervju, der det ville ha vært to intervjuere tilstede under intervjusituasjonen. Dette hadde vært hensiktsmessig i forhold til å bedre kunne observere kroppsspråk og andre typer uttrykk enn hva jeg hadde mulighet til å gjøre i dette intervjuet. Men siden disse tre informantene selv spurte om å bli intervjuet sammen tolket jeg det slik at de var komfortable med det og ønsket å dele sine erfaringer på denne måten.

Videre ser jeg at jeg hadde satt av for liten tid mellom intervjuene. Det ble knapt med tid mellom intervjuavtalene til å bearbeide og transkribere intervjuene før det var tid for neste intervjuavtale som jeg hadde planlagt i forkant av reisen til Oslo.

Analysen av intervjuene viste også at informantene uttrykte seg tydelig i forhold til situasjoner de følte seg trygge i arbeidet med minoritetspasienter, men mindre tydelig om situasjoner de følt seg usikre i. For å få frem mer data om situasjoner som omhandlet følelsen av usikkerhet tror jeg at det hadde det vært hensiktsmessig med flere intervjuer av informantene, slik at de ble bedre kjent med meg og kanskje lettere kunne utdype sine uttalelser. Det virker altså i ettertid som at det ikke ble satt av nok tid til fra min side til datainnsamlingsdelen av prosjektet.

4 Resultat

Utgangspunktet for empirien som her presenteres er som tidligere nevnt intervju av fem sykepleiere som jobber på sykehjem. Med en intervjuguide som støtte var jeg interessert i å få innsyn i sykepleiernes erfaringer tilknyttet temaet *sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem* fra egen arbeidshverdag på sykehjemmet. I dette kapitlet vil jeg beskrive analysearbeidet og presentere resultatene av analysen. Sykepleiernes erfaringer vil formidles dels gjennom gjenfortelling og dels gjennom sitater fra intervjuene.

Analysen av intervjuene baserer seg hovedsakelig på transkriberte intervjuer, men også ved å lytte på avspilling av intervjuene der hvor det var behov for det. Basert på valgt tema og formulert forskningsspørsmål valgte jeg ut og kondenserte meningsenheter som jeg betraktet som relevante. De kondenserte meningsenhetene ble siden sortert under domene *trygg* og *utrygg* og fylt inn i et separat Excel-ark for hvert domene.

Under arbeidet med å velge ut og kondensere meningsenheter som beskriver situasjoner der sykepleieren følte seg usikker, som derfor gikk inn i domenet *utrygg*, fikk jeg inntrykket at informantene ikke var like tydelige i uttalelsene. For å minimere risikoen for å feiltolke utsagn prøvde jeg å så godt som mulig få med meg konteksten der uttalelsen ble gitt. Her benyttet jeg meg derfor ofte av lydinnspillingene av intervjuene.

Etter at meningsenhetene var kondensert og sortert inn i domener fortsatte analysearbeidet ved å sortere meningsenhetene, domeneene hver for seg, inn i underkategorier der undertemaet tydelig fremgikk. Dette trinnet i analysearbeidet baserte seg kun på de kondenserte meningsenhetene nedskrevet i Excel-tabeller. Jeg arbeidet her bevisst med å kun opprette nye underkategorier basert på flere meningsenheter som tydelig pekte på samme undertema, og aller helst fra flere informanter. I tilfeller der jeg var i tvil hvilken underkategori meningsenheten hørte til, valgte jeg å la den ligge til senere for å forsikre meg om at nye underkategorier ikke ble opprettet på meningsenheter som ikke var tydelige nok, og der feiltolkning i altfor stor grad kan ha funnet sted. Samtlige meningsenheter i begge domene ble sortert inn i underkategorier, ingenting ble slettet eller utelatt. Det var imidlertid noen meningsenheter som etter gjennomgang av underkategoriene ble flyttet til andre underkategorier, eller at underkategoriene fikk nye benevnelser.

Underkategoriene i domenet *trygg* peker på at mye i møtene med pasienter med minoritetsbakgrunn er likt sammenliknet med andre pasienter. Når nye pasienter legges inn på institusjonen er det for eksempel prosedyrer som følges som er likt for alle pasienter, for eksempel inntakssamtale og individuell tilrettelegging av behandlingsopplegg. Ut fra dette ble et hovedtema valgt: *vi møter alle likt*.

I domenet *utrygg* gir underkategoriene et bilde av at det er i møte med det ukjente sykepleieren får en følelse av usikkerhet. Mye i dette domenet er sentrert rundt utfordringer i forhold til kommunikasjon, der pasienten for eksempel ikke behersker norsk godt nok til å skjønne beskjeder eller uttrykke egne ønsker. En annen utfordring er relatert til pasientens egne omgivelser: pårørende og familie, samt kulturelle skikker og tradisjoner. Dette domenet gir stort sett et bilde av at mye er ulikt sammenliknet med det sykepleierne er vant til. Det andre hovedtemaet ble derfor: *det er ikke helt likt*.

Til tross for ulikhetene og utfordringene beskriver imidlertid informantene at de har en følelse av å få det til. Det trekkes for eksempel frem at kommunikasjon til tross for forskjellig språk er mulig å få til gjennom bruk av ulike hjelpemidler, og ved å blant annet bruke pårørende og kollegaer som tolk. På den andre siden beskrives også situasjoner der pasientens nærmeste familie har tatt over en del av ansvaret for pasienten. I denne sammenheng beskriver informantene en følelse av usikkerhet, men at de allikevel gjør så godt de kan. Dette ble utgangspunkt for et tredje hovedtema med innhold fra begge domene: *vi gjør så godt vi kan*.

Oppdelingen fra domener til underkategorier og frem til hovedtemaer, som er oppgitt i Excel-tabellene brukt i analysen, er vist i tabellen nedenfor.

Domene	Underkategori	Hovedtema
Trygghet	Å ha felles mål	Vi møter alle likt
	Prøver å gi en god opplevelse	
	Å gjøre seg forstått på tross av ulikt språk	Vi gjør så godt vi kan
	Vi gjør så godt vi kan	
	Vi hjelper hverandre i arbeidsfellesskapet	
Utrygghet	Ansvarsfordeling	Det er ikke helt likt
	Den vanskelige kommunikasjonen	
	De andre	
	Pårørende er i veien	

I begge domenene kom det også frem at informantene la stor vekt på *relasjoner*, der de for eksempel pekte på at relasjonen til pårørende påvirker følelsen av trygghet eller utrygghet i yrkesutøvelsen. Relasjonene mellom ulike parter viste seg imidlertid å være gjennomgående i begge domenene og i så godt som alle underkategoriene, og var derfor ikke mulig å isolere i egne underkategorier. Under forsøket på å isolere for eksempel underkategorien *forholdet mellom pårørende og sykepleier* fant jeg fort ut at meningsenheter som passer i den underkategorien også passer inn i for eksempel *Å gjøre seg forstått på tross av ulikt språk*, der pårørende ofte brukes som tolk. Meningsenhetene som jeg først sorterte inn i *Forhold sykepleier-pasient, forhold sykepleier-pårørende* og *forhold pasient-pårørende* ble sortert inn i eksisterende underkategorier. Betydningen av disse relasjonene kommer allikevel frem og er viktig i resultatdelen og senere i diskusjonen.

Analysearbeidet har altså ført frem til tre hovedtema som vil bli presentert: *vi møter alle likt*, *det er ikke helt likt* og *vi gjør så godt vi kan*.

4.1 Vi møter alle likt

Informantene oppgir at prosedyrer og arbeidsmåter er likt for alle pasienter, inkludert de med minoritetsbakgrunn. Målet er å tilby individuell tilrettelagt pleie for alle pasienter. Selv om det finnes utfordringer tilknyttet pleie av pasienter med minoritetsbakgrunn så finnes det i arbeidshverdagen også mange likheter med andre pasienter.

Innkomstsamtale er fast prosedyre for alle pasientene som bli innlagt ved avdelingene hvor informantene jobber. Ingen av avdelingene har spesielle prosedyrer eller egne retningslinjer som følges i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Under innkomstsamtalen blir minoritetspasientene kartlagt for å finne ut om det er ønsker, behov og vaner, slik det gjøres for alle pasienter.

«Alle nye pasienter får et skjema hvor de fyller ut bakgrunnsopplysninger som er et nyttig verktøy for oss i forhold til hva som har skjedd tidligere og i forhold til hva de liker og vaner og slike ting» (informant B).

«Når det er pasienter med annen kulturbakgrunn pleier vi å skrive hva som er viktigst å ta hensyn til i forhold til det» (informant A).

Informantene er samstemte i at minoritetspasientens kulturtilhørighet gir noen utfordringer, men målet er å tilby lik individuell hjelp og pleie uansett hvilken bakgrunn pasientene har. Alle informantene forteller at de prøver å imøtekomme ønsker så langt det lar seg gjøre, og at de strekker seg langt for å kunne tilrettelegge for individuelle behov for alle pasienter på sykehjemmet.

«Når pasienter blir meldt inn til sykehjemmet, har vi alltid noen dager på oss på å forberede oss, og samle nødvendig informasjon. Dette gjelder også for norske pasienter, det kan jo for eksempel være sjeldne sykdommer, og da leser vi på det for å vite hvordan ting skal håndteres» (informant C).

I gruppeintervjuet beskriver informantene at det ved individuell tilrettelegging ikke fokuseres spesielt på pasientens kulturbakgrunn, men på at alle pasientene har individuelle behov uansett kulturtilhørighet. Informantene er enige i at pasienter med minoritetsbakgrunn ikke skiller seg betydelig ut fra andre pasienter på sykehjemmet.

«Norske pasienter kan også ha egne behov, og da kan du ikke sammenlikne to pasienter. Man kan ikke gi samme aktivitet til begge to bare fordi de er norske. Alle har sine egne behov» (informant C).

4.2 Det er ikke helt likt

Til tross for at mye i behandlingen er likt med andre pasienter så peker informantene allikevel ut mange forskjeller også. Kommunikasjonen ser ut til å være det mest utfordrende forholdet, ettersom noen av pasientene ikke snakker så godt norsk. Utfordringene knyttet til mangel på felles språk gjenspeiler seg ikke bare i kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten, men også mellom pasientene på avdelingen. Pasienter som ikke snakker norsk kan bli isolert fra resten av gruppen.

I tillegg til språk pekes også kostvanene ut som forskjellig fra det sykepleierne er vant til. Her nevnes blant annet mat som pasienten grunnet religionstilhørighet ikke kan spise eller at pasienten er vant til andre typer matretter og spesielle kryddersorter.

Informantene trekker også fram annen religionstilhørighet som noe som er forskjellig fra etnisk norske pasienter. Dette inkluderer ikke bare andre etablerte religioner enn kristendom, men også for eksempel overtro og skikker som pasientens omgivelser holder ved like.

Forholdet til pasientens nærmeste omgivelser pekes også ut som forskjellig fra det vante. Erfaringene er her todelt, på den ene siden opplever informantene at det kan være krevende å etablere et tillitsforhold til pasientens pårørende, og at det kreves større innsats for at behandlingstilbudet skal bli akseptert som godt nok. På den andre siden oppgir informantene at pårørende aktivt brukes som ressurs i pleie- og behandlingstilbudet for å løse utfordringer knyttet til for eksempel språk eller religiøse skikker.

I samtale om å forstå hverandre på tvers av ulike bakgrunn trekker en av informantene frem kunnskap om pasientens bakgrunn som viktig i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

«Generelt så trenger vi sikkert mer kunnskap om forskjellige kulturer for å få en forståelse for deres verden» (informant B).

4.2.1 Språk

Språket er det aller første som informantene tar opp når de begynner å fortelle om sine erfaringer. Informantene mener at møtet med pasienter som kan minimalt med norsk gjør at kommunikasjonen blir en utfordring.

«Først og fremst er kommunikasjonen en utfordring, når jeg ikke klarer å snakke med pasienten bruker jeg mye lengre tid enn hva jeg vanligvis bruker på pasienter som kan språket» (informant C).

«I møte med pasienter som kan minimalt med norsk er det utfordrende å forstå hva de har problemer med, eller hva de prøver å forklare oss... om det er smerter, om de er urolige, så klarer vi ikke å skjønne hva det er...» (informant B).

«Det kulturelle er ikke lett, særlig når språket ikke er der» (Informant B).

Informant B mener at språkutfordringen kanskje er den største utfordringen i møte med den aktuelle pasientgruppen ettersom språket også gjør det vanskelig å forstå forskjeller. De andre informantene strekker seg ikke like langt i sine uttalelser, men alle er enige i at språkforskjeller vanskeliggjør en felles forståelse i møte med pasienten. At minoritetspasienten ikke behersker norsk gjenspeiler seg også i pasientfellesskapet på sykehjemmet.

«Vi ser at de ikke føler seg som en del av miljøet, at de blir ekskludert på grunn av språket» (informant A).

Informant A erfarer at pasienter som ikke snakker norsk blir ekskludert av de andre pasientene fra fellesaktiviteter, og mener dette er en utfordring som personalet står overfor i møte med etniske minoriteter på sykehjemmet.

4.2.2 Kost

Ved siden av språket peker informantene på kostvanene som en forskjell. Disse forskjellene er ikke bare basert på religion, men også for eksempel andre krydderblandinger som er brukt.

«Først og fremst er det språket, men ikke bare... det er også ved matservering for eksempel om pasienten ikke er kristen. Det er jo unntak hvis de ikke spiser kjøtt, eller om det skal være Halal» (informant A).

Informant A erfarer at pasienter med annen religionstilhørighet enn kristendom trenger andre hensyn angående kost. Informant B gir uttrykk for en lignende erfaring:

«I forhold til kost er det også en utfordring. De er jo vant til en annen mat enn det vi har her»
(informant B).

4.2.3 Religion

En annen tydelig forskjell som informantene peker ut er religionstilhørighet og ritualer som pasienten med minoritetsbakgrunn er vant til. Dette påvirker spesielt pleie- og behandlingstilbudet ved livets slutt.

Informant A og informantene i gruppeintervjuet har alle erfart møte med mennesker med en annerledes tro.

«I noen land har de andre åndelige behov, for eksempel i forhold til sykdomsforståelse»
(informant C).

Informantene utdyper denne uttalelsen ved å trekke inn et eksempel.

«Noen tror at de er sykdommen, sånn som for eksempel ved schizofreni tror de at det er noen som forårsaker den, og hvis de bruker en viss stein så blir det bedre... sånn magi... overtro»
(Informant C).

Annerledes tro og religionstilhørighet viser seg også for sykepleierne når pasienten er ved livets slutt. Informant A sier at hun opplever at det er andre ritualer i forhold til stell når det kommer til pasienter med minoritetsbakgrunn.

«Andre religioner... for eksempel muslimer... de tar selv ansvar fordi vi har respekt der...»
(informant A).

Informantene i gruppeintervjuet har også erfart at rutinene ved stell av døde er annerledes sammenliknet med sykehjemmets retningslinjer for hvordan og når stell skal utføres. Det er ifølge informantene vanlig at pårørende selv tar ansvar for stell ved livets slutt, men om de ikke ønsker dette så blir det sykepleiernes oppgave. Det refereres til at de en gang hadde en pasient med pakistansk opprinnelse som døde på avdelingen:

«Vi fikk høre at den døde ikke skulle snus på mere enn en visst antall ganger, og at hodet skal være i retning mot Mekka. Om pasienten har kateter skal det ikke fjernes... det er noe med religionen, men jeg vet ikke om det er muslimsk eller sunnamuslimsk, men kateter skal ikke fjernes...» (informant C).

Informantene i gruppeintervjuet opplever at det i fasen ved livets slutt ofte kan oppstå uenighet mellom helsepersonell og pårørende om hvilken behandling som skal gis. Informant D forklarer dette med at det er deres kultur, noe som både Informant C og E svarer samtykkende til.

4.2.4 Familien

Informantene peker også på pasientens nærmeste omgivelse og pårørendes reaksjoner ved innleggelse og deres rolle under oppholdet som annerledes sammenliknet med pårørende til etnisk norske pasienter. Det gis uttrykk for at sykepleieren i noen tilfeller føler at det kreves mer for å få tillit fra de pårørende.

Alle informantene forteller om erfaringer i møte med pårørende til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn hvor det «kulturelle» trekkes frem som et forhold.

En av informantene gir et eksempel på at kulturen pasienten tilhører tilsier at de pårørende ønsker å forlenge livet:

«De vil ikke gi slipp, de vil prøve alt for å forlenge livet» (informant C).

Informant B deler en erfaring som hun gjorde i forbindelse med et pasientopphold som ble avbrutt etter initiativ fra pårørende.

«Vi merker jo at pårørende... at det er veldig vanskelig for dem å sende sine på sykehjem fordi... ja, det er jo kultur og de skal jo liksom ta vare på sine hjemme. Så den ene pasienten tok de hjem igjen etter å bodd her en kort stund» (informant B).

Informant B gir et eksempel der hun opplever at det var kulturen som var årsaken til at pårørende ikke ville la sin forelder fortsette å bo på sykehjem. Hun mente også at manglende støtte fra den øvrige familie var årsaken til barnas valg om å avbryte oppholdet. Informant B

opplevde at pårørende ikke hadde tiltro til pleiepersonalet, legen og de beslutninger som ble tatt.

«Jeg tror det følte gærent for dem å... overgi ansvaret til oss og derfor valgte de å ta pasienten hjem igjen» (informant B).

Informant B mener at pårørende til pasienter med minoritetsbakgrunn reagerer annerledes enn norske pårørende på at deres eldre flytter til sykehjem. Hun opplever at situasjonen ofte er motsatt, at når norske eldre får tildelt sykehjemsplass så synes pårørende det er deilig å gi fra seg ansvaret og bare komme på besøk uten å sitte med hovedansvaret selv.

«Jeg skjønner at det er en annen kultur, men jeg tenker at det blir vanskelig å holde på det når arbeidslivet og andre ting krever sitt, så det er jo vanskelig å samtidig ha full omsorg da for en syk og pleietrengende mor og far» (informant B).

Informant A reflekterer over en liknende situasjon hun opplevde som en misforståelse mellom pårørende og helsepersonalet på avdelingen.

«Vi har hatt pårørende som er ganske sterke med medisinsk utdannelse som selv begynte å rådføre seg med kollegaer utenfor i stedet for å lytte til oss» (informant A).

Denne handlingen opplevde informanten som at pårørende overkjørte de avgjørelser som ble gjort fra behandler ved avdelingen. Det endte med at pårørende avsluttet pasientens opphold på sykehjemmet til fordel for hjemmetjenesten.

Flere av informantene i gruppeintervjuet erfarer at det er utfordrende å møte pårørende med minoritetsbakgrunn, og alle tre er enige om at disse pårørende trenger mer informasjon enn norske pårørende. De utdyper dette ved å fortelle at mange pårørende ikke har erfaring med sykehjem fra før, og at noen er skeptiske til å om det er forsvarlig å flytte sine eldre på sykehjem.

Informant B sier at hun opplever at pårørende trenger informasjon på en annen måte enn pasienten. Hun opplever også at de ikke alltid kjenner systemet så godt og at dette kan bidra til misforståelser.

De av informantene som selv har en etnisk minoritetstilhørighet sier at de kan forstå pårørendes situasjon i møte med sykehjemmet ettersom de selv har erfaring med hvordan eldreomsorg i andre land praktiseres.

I intervjuene kommer det frem at informantenes erfaringer med pasienten skiller seg fra erfaringene de har med pårørende. Samtidig kommer det frem at erfaringen med pårørende oppleves todelt. Pårørende oppleves både som hjelpelig og forstyrrende.

«Jeg vil ikke si jeg er usikker i møte med pasienten, men mer frustrert i forhold til hvordan jeg skal håndtere ting... i forhold til pårørende har jeg nok mer følt på den usikkerheten, fordi de av og til er litt sånn pågående og ikke har tillit til deg» (informant B).

En av informantene sier at hun opplever at det er lettere å være hos pasienten når pårørende ikke er der, ettersom hun da kan prøve å finne ut av ting på egenhånd uten at pårørende kommenterer fra sidelinja. To av de andre informantene forteller om følgende erfaringer i møte med pårørende:

«Noen pårørende blir aldri fornøyd uansett hvordan du forklarer og hva du gjør, ikke bare hoved pårørende men da kommer alle pårørende» (informant C).

«Jeg har ikke noe imot at pårørende er på besøk, men pasienten er jo på et sykehjem så pårørende kan jo tenke på at vi er her for å ta vare på pasienten» (informant A).

Denne type erfaring som er sitert er det flere av informantene som sikter til, og flere kommenterer at pårørende ofte er tilstede gjennom dagen, og en av informantene opplevde dette som at pårørende har en vaktordning. Samtidig erfarer flere av informantene at pårørendes tilstedeværelse som positiv i forhold til å kunne spørre om hjelp til oversettelse og til å svare på spørsmål vedrørende pasientens bakgrunn.

«Det er stor forskjell mellom norske pårørende og pårørende til minoritetspasienter, jeg tenker at det kreves mer av de også for å få til en best mulig hjelp og pleie til pasienten. Vi trenger mer hjelp av pårørende i forhold til norske» (informant B).

4.3 Vi gjør så godt vi kan

Til tross for at informantene i en aktiv arbeidshverdag møter utfordringer og situasjoner der de føler seg usikre så peker de på at de som regel finner gode løsninger. Noen ganger er det sykepleieren som på eget initiativ «strekker seg litt ekstra» for å yte best mulig pleie og tilby en god opplevelse, og noen ganger bidrar samarbeid både internt på avdelingen og med pasientens nærmeste omgivelse til å dekke pasientens behov.

Ulike tiltak blir for eksempel nevnt for å overkomme språkbarrieren, blant annet tolketjenesten, nettbrett og ulike hjelpemidler for å oversette språk mellom pasient og sykepleier. Flere av sykepleierne forteller at de også bruker kroppsspråk for å gjøre seg forstått hos pasienten, og at pårørende brukes som tolk. I forhold til for eksempel kost og religion blir også pårørende nevnt som en nyttig ressurs.

4.3.1 Arbeidsfellesskapets betydelse

Informantene trekker frem det kollegiale arbeidsfellesskapet som en viktig ressurs når de møter på utfordringer. Alle informantene har erfart å få hjelp av kollegaer til å overkomme språkforskjeller når ulike hjelpemidler og kroppsspråk ikke strekker til. Personalgruppen på begge sykehjems institusjonene er flerspråklige og dette oppleves av alle fem informantene som en ressurs.

«Vi bruker ansatte som kan språket, og henter fra andre poster hvis vi vet at det er noen som jobber der som kommer fra samme land som pasienten» (informant C).

«Vi har jo brukt ansatte på andre poster som kan språket... også renholdere har hjulpet oss, det er jo bra at vi kan bruke hverandre litt på tvers for å få hjelp til å ... ja forstå hverandre» (informant A).

Flere av informantene har også benyttet legen som hjelp når pårørende ikke er helt enige i behandlingen eller trenger svar og forklaringer på spørsmål, for eksempel når pasienten er ved livets slutt. De svarene legen gir oppleves av informantene som god hjelp.

Mange av informantene opplever også at arbeidsfellesskapet har betydning for egen trivsel og følelsen av trygghet på jobb. For informant A er gode kollegaer av stor betydning for at hun skal trives og være komfortabel på jobb.

«Det er jo åpenheten som får meg til å være komfortabel på jobb, det at kollegaer gir tilbakemeldinger på det som er bra og konstruktiv kritikk på det de mener ikke er bra» (informant A).

Informantene er enige om at samarbeid og utveksling av erfaringer mellom kollegaer er viktig i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. To av informantene har erfaring fra å jobbe i team hvor hvert team har ansvar for et visst antall pasienter.

«De som jobber på teamet som pasienten med minoritetsbakgrunn er, de samkjører seg og har hovedkontakten med pasient og pårørende» (informant B).

Informant A opplever at denne måten å jobbe på er til hjelp om man er ny og ikke kjenner pasienten så godt ettersom man da kan spørre en av de erfarne på teamet om bistand om man føler man trenger det.

Informantene i gruppeintervjuet opplever at det å hjelpe hverandre og inkludere hverandre i arbeidet er viktig for å trives og være trygg på jobb.

«Alle har sine sider, og det er hverandres gode sider vi prøver å bruke» (informant C).

Tre av informantene opplever at det er viktig å kjenne støtte fra både kolleger og nærmeste leder. Det at leder viser åpenhet, tilstedeværelse og aktivt deltar i arbeidshverdagen erfares som positivt i forhold til de utfordringer som man kan stilles overfor i møte med pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.

«At leder har tillit gjør noe med deg, du ønsker da å gjøre ditt aller beste» (informant C).

«Vi har tillit.. vi er som en familie som tar vare på hverandre» (informant D).

Flere av informantene har jobbet sammen over lang tid, og de mener at et stabilt personale gir grunnlag for tillit i arbeidsfellesskapet.

4.3.2 Pårørende som ressurs

To av informantene erfarer pårørende som en ressurs i forhold til hjelp med oversettelse.

«Pårørende er nesten alltid til stede så vi kan bruke dem siden de kan norsk» (informant A).

Informant A forteller også at hun ofte på kveldene har med en bærbar telefon i lommen, slik at hun kan ringe pårørende om det skulle oppstå behov for hjelp til oversetting mellom seg og pasienten.

«Vi har brukt pårørende mye. Ringt dem og spurt... og fått oversatt for å prøve å nøste opp i trådene...» (informant B).

To av informantene forteller at de ofte ringer pårørende for å få hjelp til tolking, men også for å på svar på spørsmål relatert til pasientens minoritetsbakgrunn.

Flere av informantene opplever pårørende som en ressurs ved at de sørger for å bringe den type mat og klær som pasienten har behov for. Pårørende ivaretar også pasientens åndelige behov, for eksempel ved å ta pasienten med i moskeen eller hjem for å feire religiøse høytider.

4.3.3 Andre ressurser

Tre av informantene forteller at for å håndtere utfordringene i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn har de tilegnet seg kunnskap gjennom blant annet å søke på internett, innhente informasjon fra imamer og prester, snakke med pårørende og bruke resultater fra forskning. Denne informasjonen har de samlet i permer som de bruker som oppslagsverk på avdelingen. Informantene opplever disse permene som et nyttig kunnskapskilde når de for eksempel markerer pasientenes nasjonaldag eller ved andre typer markeringer som betyr mye for pasientens liv og identitet. Informantene forteller at de prøver å tilby pasientene den mat som ønskes, og om pasienten er interessert prøver de i tillegg å skaffe aviser og musikk på pasientens morsmål.

«For pasientene er det viktig at deres kultur får plass, derfor gjør vi det» (informant C).

Tre av informantene forteller at de gir pårørende og pasienter rom til å prøve alternative behandlingsmetoder så lenge det ikke er i konflikt med skolemedisin. Informantene begrunner dette med at de tror pårørende finner hjelp og tilfredshet i det, og at de da ikke kan nekte dem det.

«Vi er jo et serviceyrke, vi må bare gi tilbud» (informant C).

En annen informant fyller inn ved å si at:

«Det er derfor vi er her på jobben, for å gi tilbud som kan hjelpe pasienter og pårørende» (informant D).

En av informantene opplevde at det å være på tilbudssiden samt gi mye informasjon hadde betydning for å overkomme utfordringer i møte med pasienten og pårørende. I den tidligere nevnte situasjonen hvor pårørende til slutt bestemte seg for å flytte sin forelder hjem i igjen, forteller informant B at hun føler pleiepersonalet gjorde det de kunne for å få det til.

«Jeg føler at vi prøvde å møte dem så godt vi kunne... ja men vi har jo ikke så mye erfaring vi heller, så det blir jo litt sånn... prøve seg litt fram» (informant B).

Informanten sier at hun føler at sykepleierne prøver å finne løsninger på ting internt i arbeidsgruppen når det oppstår situasjoner eller hvordan utføre ting best mulig. Hun tror at mer kulturkunnskap kanskje kunne bidratt til at ting ikke opplevdes så vanskelig, og at sykepleierne raskere kunne tilrettelegge.

«Kanskje vil det ha blitt lettere for oss å tilrettelegge og kanskje slippe den der motstanden... ikke motstanden, men den der «åh-alt-blir-så-vanskelig»» (informant B).

5 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet diskuterer jeg oppgavens resultater i forhold til relevant litteratur for å plassere resultatene inn i en teoretisk kontekst.

Denne oppgaven dreier seg om sykepleieres møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, og deres erfaring med å jobbe med mennesker som har en annen bakgrunn, språk eller historie enn dem selv. Hensikten med denne oppgaven er som tidligere nevnt å prøve få en dypere forståelse for sykepleierens erfaringer i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i sykehjem.

Mine funn tyder det på at sykepleierne i denne studien har erfart følelser som kan knyttes til både trygghet og utrygghet. For å kunne svare på studiens forskningsspørsmål «*Hva skal til for at sykepleier skal oppleve seg faglig trygg i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?*» er det hensiktsmessig å også se nærmere på hva som gir utrygghet for å kunne finne hva det er som skal til for at sykepleiere skal oppleve seg trygg.

Informantenes uttalelser i intervjuene har vært utfordrende for meg å analysere, ettersom det i deler av materialet har ligget en tvetydighet som jeg har opplevd har vært vanskelig å tolke. Erfaringene og sammenhengene som fremkommer i intervjuene tegnet et komplekst bilde. Jeg opplevde arbeidet med å analysere datamaterialet for å isolere forhold som er relevante for forskningsspørsmålet og valgt tema som krevende. Jeg opplevde for eksempel at positive erfaringer gjerne ble beskrevet veldig tydelig under intervjuene, med klare og tydelige utsagn mens negative erfaringer eller situasjoner der sykepleieren føler seg usikker ordlegges mindre tydelig. Det baserer seg kanskje på et menneskelig ønske å presentere et best mulig bilde av seg selv som sykepleier hvor negative erfaringer ikke fokuseres på. En annen mulighet kan være at sykepleierne godt vet hvilke løsninger som fungerer i praksis og derfor kunne gi tydelige og utfyllende eksempler på situasjoner de følte seg komfortable i, men at de ikke har brukt like mye tid til å reflektere om situasjoner der de følt seg usikre.

Noen av de ytre forhold viste seg også å være veldig tvetydige. Et eksempel er pårørendes rolle. På den ene siden er pårørende til veldig stor hjelp for å løse utfordringer knyttet til for eksempel religionsutøvelse og kost, hvilket gir sykepleierne en følelse av trygghet i sykepleieutøvelsen. Men på den andre siden oppleves pårørende i noen tilfeller som lite tillitsfulle og kravstore, hvilket gir sykepleierne en følelse av usikkerhet i omsorgssituasjonen.

Selv om forholdet i dette tilfellet er lett å isolere, altså pårørende, så er det vanskelig å beskrive en entydig pårørende rolle, altså om pårørende gir en følelse av trygghet eller utrygghet for sykepleieren. Denne studien kom derfor å dreie seg mer om hovedtemaer enn om enkelte forhold. Hvilken rolle pårørende spiller gikk for eksempel inn i flere hovedtema: et tema der pårørende med sin kunnskap om egne tradisjoner, kulturell tilhørighet og sin tospråklige kompetanse tilbyr sykepleieren god støtte og dermed bidrar til en følelse av trygghet. Et annet tema omhandler at pårørende har behov og ønsker som sykepleieren ikke klarer å få et godt bilde av, og dermed fører til en følelse av usikkerhet/ utrygghet hos sykepleier.

I denne studien har jeg valgt tre hovedtema som gir et bilde av det mønsteret jeg ser i sykepleiernes erfaringer i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Dette mønsteret kan også minne om faser i en prosess som tar til når pasienten meldes inn til sykehjemmet. La meg forklare dette ved å gi en kort oppsummering av hva som ifølge informantene skjer i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjemmet.

Første hovedtema sammenfaller med pasient-innleggelsen og er i stor grad relatert til prosedyrer og rutiner ved institusjonen. Dette temaet preges av at sykepleieren er trygg i rollen sin, og føler at kompetansen og kunnskapen er tilstrekkelig for å gi pleie på en tilfredsstillende og hensiktsmessig måte.

Andre og tredje hovedtema er relatert til perioden da pasienten er innlagt. Den innledende fasen har gått over til en mer stabil periode der fokuset ligger på pasientens trivsel og daglig pleie. Begge temaene fokuserer på forskjeller i forhold til det sykepleieren er vant til, samt utfordringer basert på disse forskjellene. Utfordringene dreier seg blant annet om kommunikasjonsvansker og forskjellige behov knyttet til kost, religion og samarbeid med pårørende.

Andre hovedtema dreier seg om situasjoner der sykepleieren føler seg usikker. Her blir samarbeidet mellom sykepleier og pasient, og mellom sykepleieren og pasientens pårørende satt på prøve. Informantenes følelse av usikkerhet baserer seg stort sett på at de ikke føler at de har tilstrekkelig kompetanse om pasientens behov knyttet til for eksempel kost og religion samtidig som samarbeidet med pårørende ikke fungerer optimalt, og pårørende følgelig ikke oppfattes som en ressurs.

Tredje tema tar opp situasjoner der sykepleieren i hovedsak føler seg trygg, til tross for at utfordringene er til stede. Her omtales hjelpemidler og andre forhold som er tilstede for at sykepleieren skal få følelsen av å mestre situasjonen.

Det kan forventes at helsepolitiske føringer påvirker de daglige rutinene på sykehjemmene. Stortingsmelding 6 (2012-2013) under Helse og omsorg går ut på at alle pasienter skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, der pasientens individuelle behov skal tas til følge:

Alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon. Et likeverdig helse- og omsorgstjenestetilbud betyr at alle må behandles forskjellig ut fra den enkeltes behov (Barne- likestillings- og & inkluderingsdepartementet, 2012 s. 65).

Videre presiseres det at de gruppene som trenger det mest, for eksempel innvandrere, skal prioriteres: *«De pasientgruppene som trenger det mest, skal prioriteres. Det gjelder både i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten»* (Barne- likestillings- og & inkluderingsdepartementet, 2012s. 65).

Det foreligger altså helsepolitiske føringer på at sykepleiere skal følge en pasientsentrert omsorgsmodell, der kulturell tilrettelegning skal prioriteres.

5.1 Vi møter alle likt – en følelse av trygghet

Når meldingen om at en ny pasient er på vei inn på sykehjemsavdelingen får sykepleierne samtidig melding om pasientens omsorgsbehov. I dagene frem til pasienten ankommer forbereder sykepleierne seg ved å innhente den kunnskap de føler de trenger for å kunne møte pasientens individuelle behov.

Denne fasen virker å være styrt av kjente prosedyrer og retningslinjer som informantene er fortrolige med. På dette tidspunktet er alle pasienter like uansett bakgrunn og tidligere erfaringer, de eldre menneskene er alle pasienter som kommer på sykehjem fordi de har behov for den omsorg som sykehjemmet tilbyr. Ifølge informantenes uttalelser er målet å tilby individuell behandling for alle pasienter uansett bakgrunn, og de er villig til å strekke

seg langt for å kunne tilrettelegge for individuelle behov for minoritetspasienter på lik linje med andre pasienter på sykehjemmet.

Ved inntakssamtalen blir alle pasienter kartlagt for å kunne utarbeide en plan for hvordan pasienten skal pleies. Informasjon om hva som har skjedd tidligere samt opplysninger om ønsker, behov og vaner blir av en informant omtalt som et nyttig verktøy i det videre arbeidet. På dette tidspunktet blir pasientens kulturbakgrunn tematisert, og spesielle hensyn vedrørende dette blir registrert. I denne fasen følger sykepleierne samme prosedyrer for minoritetspasienten som for alle andre pasienter. Det pekes på at alle pasienter har individuelle behov som det tilrettelegges for.

«Norske pasienter kan også ha egne behov, og da kan du ikke sammenlikne to pasienter. Man kan ikke gi samme aktivitet til begge to bare fordi de er norske. Alle har sine egne behov» (informant C).

Flere av informantene opplever at det ikke settes spesielt fokus på pasientens kulturbakgrunn i prosessen med å tilrettelegge ettersom de mener at alle har individuelle behov uavhengig av hvilken kultur pasientene tilhører. Slik jeg tolker det så oppfattes kulturelle behov på dette tidspunktet som en utvidelse av individuelle behov fra sykepleiers side. Det fremstår som en pragmatisk tilnærming hvor pasientens behov kan møtes med den fagkompetanse og de verktøy som generelt brukes i sykepleie til eldre pasienter på sykehjem. Dette kan være generelle prosedyrer, rutiner og retningslinjer vedrørende pasientbehandling. Med andre ord en vant sykepleiemodell, noe som er kjent og representerer trygghet for sykepleierne i sin sykepleieutøvelse. Ut i fra mine funn virker det som at sykepleierne tar utgangspunkt i å gi individuelt tilrettelagt behandling til alle uavhengig kulturbakgrunn.

Med inntakssamtalen og individuell tilrettelegging i fokus ser informantene i denne undersøkelsen ut til å følge en pasientsentrert retning i pleien, der pasientens behov settes i fokus. Dette er i tråd med Stortingsmelding 6 (2012-2013) under Helse og omsorg (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012). Sykepleierne føler seg trygge og komfortable med denne arbeidsmåten og det fremstår som tydelig at det på disse institusjonene er innarbeidet gode rutiner og prosedyrer for individuell tilrettelegging.

Forskjeller i behov og forventninger grunnet minoritetstilhørighet ser informantene på som en del av pasientens individuelle behov og de forbereder seg i forhold til det.

«Når pasienter blir meldt inn til sykehjemmet, har vi alltid noen dager på oss på å forberede oss, og samle nødvendig informasjon. Dette gjelder også for norske pasienter, det kan jo for eksempel være sjeldne sykdommer, og da leser vi på det for å vite hvordan ting skal håndteres» (informant C).

Camphina-Bacote (Campinha-Bacote, 2011) nevner at det primære målet med pasientsentrert sykepleie er å tilby pleie basert på pasientens individuelle behov og personlig pleie med vekt på relasjon mellom sykepleier og pasient. Målet er å tilby pleie av høyere kvalitet for alle pasienter. Kulturell kompetanse som konsept innen sykepleie er blitt utviklet med fokus på pasienter som tilhører minoritetskulturer, med målsetningen å øke pleiens kvalitet for disse gruppene slik at forskjellene mot «det normale» blir utjevnet. Målsetningen for begge retningene er den samme - å øke kvaliteten på pleien som blir gitt til pasienten. Målgruppene er imidlertid forskjellige. Campinha-Bacote velger å se kulturell kompetanse som en utvidelse av pasientsentrert sykepleie, der kulturell kompetanse kan sees som et nødvendig sett med kunnskaper for å yte effektiv pleie med pasienter med minoritetsbakgrunn i fokus (Campinha-Bacote, 2011).

Basert på intervjuene av informantene ser det ut som at kompetanse innen den spesifikke kultur pasienten tilhører ikke nødvendigvis er noe sykepleieren eller det kollegiale fellesskapet har, men noe sykepleieren tilegner seg underveis i prosessen med start allerede ved innleggelsen. Mangel av denne kompetansen er heller ikke noe som fører til en følelse av utrygghet for sykepleieren, i hvert fall ikke ved innleggelsen av pasienten. Dette er også i tråd med Campinha-Bacote som beskriver at sykepleieren, i stedet for å betrakte kulturell kompetanse som en prosess hvor sykepleieren setter seg inn i pasientens situasjon og gir pleie utfra sin forståelse av pasientens behov, bør betrakte kulturell kompetanse som en pågående prosess der sykepleieren streber etter å tilegne seg kunnskapene og samtidig være lydhør i den grad som må til for å yte effektiv sykepleie i tråd med pasientens kulturelle tilhørighet (Campinha-Bacote, 2011). Denne modell forutsetter at sykepleieren streber etter å bli kulturelt kompetent i stedet for å være det.

5.2 Det er ikke helt likt – en følelse av usikkerhet

Denne kategorien gjenspeiler de erfaringer som informantene erfarer når den eldre minoritetspasienten har flyttet inn på sykehjemmet og møte med hverdagen på avdelingen har

blitt en realitet. For sykepleierne er dagene som regel forutsigbare med faste rutiner og arbeidsoppgaver som gir sykepleierne mulighet til å planlegge og tilrettelegge for dagens gjøremål. Et system som er kjent for sykepleierne som jobber i det, men ikke alltid like kjent for alle de som flytter inn i det.

I vårt virke som sykepleier møter vi mennesker som på en eller annen måte har behov for hjelp fra helsevesenet. Vi skal gjennom vår utdanning og arbeidserfaring ha tilegnet oss faglig kunnskap både teoretisk og praktisk som vi kan bruke i møte med våre pasienter. Dette kan blant annet være prosedyrer, modeller eller ferdigheter som vi kan benytte oss av i sykepleieutøvelsen. Sykepleiere er med andre ord utstyrt med et kart som skal vise veien slik at vi kan gi hensiktsmessig pleie til de pasientene vi behandler. Noen ganger skjer det at kartet ikke gjenspeiler terrenget, og kanskje mister vi retningssansen et øyeblikk. I slike situasjoner kan det naturligvis oppstå usikkerhet. På dette tidspunktet kan man spørre hva som skal til for at vi skal finne tilbake til vårt trygge ståsted.

Å møte pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kan bety at man møter mennesker som ser på deler av livet fra et annet perspektiv enn det vi er vant til. Mennesker som vi kanskje oppfatter som annerledes enn de fleste andre vi kjenner. I mine funn kommer det frem en meningsendring fra informantenes side hvor de i første temaet erfarer at mye er likt i møte med etniske minoritetspasienter sammenliknet med norske pasienter, til at de i andre temaet erfarer at ikke alt er så likt allikevel.

Dette temaet handler om situasjoner der sykepleierne føler seg usikker. Analysen av intervjuene innenfor dette temaet opplevde jeg som krevende, ettersom informantene beskrev situasjonene som førte til følelsen av usikkerhet på en vag og indirekte måte. En av forklaringene til de nølende svarene kan være at informantene ikke følte seg komfortable med å peke på situasjoner der de føler at de ikke helt strekker til. Jeg ønsket under intervjuene å få tydelige svar og stilte oppfølgings spørsmål for å prøve å få informantene til å gi eksempler som senere kunne bli brukt under analysearbeidet.

Fra det at informantene i det første temaet, som handler om likhetene i pleie gitt til minoritetspasienter og andre pasienter, ga tydelige svar ble det her gitt nølende og indirekte svar. Dette kan tolkes som at sykepleierne i det første temaet har reflektert over og snakket om situasjonene med kollegaene, og derfor kan gi tydeligere svar på mine spørsmål. I temaet

som handler om usikkerhet, kanskje informantene ikke har stilt spørsmålene til seg selv og hverandre, og er derfor i mindre grad løftet frem i det daglige arbeidet.

Det viste seg altså å være vanskelig å få tak i den underliggende årsaken til følelsen av usikkerhet, men noen hovedtrekk var likevel mulig å sortere ut. Den første og kanskje største utfordringen ifølge informantene er kommunikasjon med minoritetspasienten ettersom språkbarrieren er et hinder for gjensidig forståelse i samhandlingen mellom pleier og pasient. Denne utfordringen gjenspeiler seg også i pasientens samvær med andre pasienter.

«Vi ser at de ikke føler seg som en del av miljøet, at de blir ekskludert på grunn av språket» (informant A).

I tillegg til mangelen på felles språk opplever informantene flere andre utfordringer tilknyttet minoritetspasienten, som for eksempel andre matvaner, annen tro, annen levemåte og andre tradisjoner sammenliknet med andre pasienter på sykehjemmet. Dette er forskjeller som hovedsakelig kommer til uttrykk for informantene i matsituasjoner, i stell, ved livets slutt og i kontakt med pasientens pårørende og øvrige familie. Disse utfordringene fører til situasjoner der sykepleieren føler seg usikker på hvordan god pleie skal kunne tilbys, hvilket gir en følelse av utrygghet.

«Først og fremst er det språket, men ikke bare... det er også ved matservering for eksempel om pasienten ikke er kristen. Det er jo unntak hvis de ikke spiser kjøtt, eller om det skal være Halal» (informant A).

5.2.1 Kulturell kompetanse

I arbeidet med minoritetspasienter møter sykepleieren en annen kultur enn det sykepleieren er vant ved og godt kjent med. Begrepet kulturell kompetanse fører oss til Leiningers teori om *kulturelt tilpasset omsorg*, en sykepleietenkning som ifølge Leininger har en målsetning om at sykepleien som tilbys skal passe til pasientens kultur (Leininger & McFarland, 2006).

Tilhengere av kulturell kompetanse oppfordrer sykepleiere om å lære om trekk og egenskaper ved ulike grupper for å på den måten kunne vise hensyn til kulturelle «forskjeller» (Vandenberg, 2010).

Mine funn indikerer at sykepleierne mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse innen ulike kulturer, men at sykepleierne etterspør slik kunnskap. Jeg får også inntrykket av at informantene ikke bare ønsker seg mer kulturell kunnskap, men at de også har stor tiltro til at den kulturelle kunnskapen de tilegner gjennom ulike kilder er nyttig i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjemmet.

«Generelt så trenger vi sikkert mer kunnskap om forskjellige kulturer for å få en forståelse for deres verden» (informant B).

Informantene i min studie er ikke alene om å se nytten av kulturkompetanse. I studien til Alpers og Hanssen konkluderes det med at kulturell kompetanse er en nødvendighet i dagens helsevesen (Alpers & Hanssen, 2014). Ifølge Alpers og Hanssen manglet sykepleierne kunnskap om et bredt spekter av emner, som for eksempel hvordan man kommuniserer godt gjennom en tolk, hvordan gi sykepleie med familie og små barn til stede, og hvordan man skal håndtere det faktum at en kvinne er omskåret. Sykepleierne kom ifølge resultatene også til kort på kunnskap om ulike kulturelle uttrykk som ifølge forskerne kan være viktige for pasienten som er innlagt sykehus, for eksempel om den muslimske fasten ramadan (Alpers & Hanssen, 2014).

Ifølge Alpers og Hanssen er det nødvendig at sykepleiere har kulturkompetanse for i det hele tatt å være i stand til å gi sykepleie til pasienter med en annerledes måte å uttrykke smerte på eller har en annen forståelse av psykiske sykdommer. Studien av Alpers og Hanssen konkluderer med at sykepleiere har utilstrekkelig kulturkompetanse, og anbefaler mer undervisning og opplæring.

I min studie finner jeg også eksempler på situasjoner der sykepleieren har opplevd at kompetansen innenfor visse kulturelle skikker er utilstrekkelig. Denne uttalelsen kom i forbindelse med en pakistansk pasient ved livets slutt:

«Vi fikk høre at den døde ikke skulle snus på mere enn en visst antall ganger, og at hodet skal være i retning mot Mekka. Om pasienten har kateter skal det ikke fjernes....det er noe med religionen, men jeg vet ikke om det er muslimsk eller sunnamuslimsk, men kateter skal ikke fjernes...» (informant C).

Basert på mine funn og Alpers og Hanssens studie virker det som at sykepleierne etterspør mer opplæring om hovedtrekkene innenfor ulike kulturer.

Ved å gå tilbake til tallene fra Statistisk sentralbyrå som viser at innvandrerbefolkningen i Norge kommer fra 221 ulike land og selvstyrte regioner så kan vi undre oss over om ikke sykepleierne stilles overfor urealistiske forventninger til at de skal ha kunnskap om alle disse ulike «kulturene» slik at sykepleien de gir skal passe pasientene.

I NOVA rapport 11/10 hevder Ingebretsen at utfordringene i møter mellom mennesker med forskjellig bakgrunn og erfaringer kan bli ekstra store. Ingebretsen mener at det ofte vises til et behov for kulturell kompetanse i slike møter. Ingebretsen understreker imidlertid at kulturell kompetanse alene ikke er tilstrekkelig. I tillegg, mener Ingebretsen, må det følelsesmessig innlevelse og empati til, samt forståelse for tilnæringsmåter og bevissthet om eget ståsted (Ingebretsen, 2010 s. 72).

5.2.2 Kultur som forklaring på adferd

Når informantene forteller om utfordringer de opplever kan mine funn tyde på at informantene på mange måter setter pasientens og pårørendes adferd og handlinger i et kulturelt perspektiv.

«Jeg skjønner at det er en annen kultur, men jeg tenker at det blir vanskelig å holde på det når arbeidslivet og andre ting krever sitt, så det er jo vanskelig å samtidig ha full omsorg da for en syk og pleie trengende mor og far» (informant B).

Og:

«Vi merker jo at pårørende ... at det er veldig vanskelig for dem å sende sine på sykehjem fordi... ja, det er jo kultur og de skal jo liksom ta vare på sine hjemme. Så den ene pasienten tok de hjem igjen etter å bodd her en kort stund» (informant B).

At pårørende ofte ønsker at pasientene skal få livsforlengende behandling blir av informantene forklart ved å vise til «deres kultur». Følgende uttalelse er fra samtalen om informantens erfaringer med å være sykepleier for etnisk minoritetspasient ved livets slutt:

«De vil ikke gi slipp, de vil prøve alt for å forlenge livet» (informant C).

Sykepleierne i Alpers og Hanssens studie er inne på samme tema når de etterlyser kompetanse om hvordan medlemmer av ulike etniske minoritetsgrupper tenker rundt sin sykdom, ettersom det er vanskelig for dem å forholde seg til kunnskap som er i strid med deres egen. Ifølge

informantene har «de» en annen oppfatning av sykdom og behandling, og noen pasienter har angivelig sterke meninger og liten tro på de ansattes kunnskap (Alpers & Hanssen, 2014).

Uenighet tilknyttet behandling blir av informantene forklart med at pasienten tilhører en annen kultur. Funnene indikerer at det blir fokusert på kulturelle forskjeller og at relasjonsbygging i liten grad er vektlagt. Ifølge Vandenberg kan en overdreven vektlegging av kulturelle forskjeller føre til at oppmerksomheten trekkes bort fra relasjonsbyggingens mange sider (Vandenberg, 2010).

Ramsdens teori om *Kulturell Trygghet* beskrives av Claus og Viken som

Kulturell trygghet starter med kulturell sensitivitet som er første trinn for å forstå at det eksisterer forskjeller. Neste trinn er kulturell oppmerksomhet, som gjør studentene oppmerksom på forskjeller. Kulturell oppmerksomhet starter med refleksjon hvor studenten bærer med seg sin egen livserfaring og virkelighetsoppfatning, og en refleksjon over hvilken virkning dette har på andre. Denne selvrefleksjonen bør føre til siste trinn; kulturell trygghet. Det er resultatet av at sykepleieren gir trygg sykepleie definert av den som mottar pleien (Claus & Viken, 2004 s.2)

Mine funn tyder på at pleieopplegget som tilbys i noen tilfeller ikke samsvarer med pasienten og pårørendes forventninger. Sykepleierne i min studie forstår i tråd med Ramsdens kulturell trygghet at det eksisterer forskjeller mellom kulturer, og er ifølge intervjuene oppmerksom på forskjellene. Informantene fokuserer imidlertid i mindre grad på hvordan sykepleiernes *egen* kulturelle bakgrunn kan ha påvirket situasjonen, eller i hvilken grad sykepleiernes eget ståsted og virkelighetsoppfatning påvirker relasjonen med pasienten og de pårørende.

Det blir heller ikke tatt opp i hvor stor grad behandlingsopplegget er basert på pasientens og pårørendes oppfatning av behov, og om de pårørende er blitt tatt med på råd når behovene skal avdekkes. Dette er i samsvar med Claus og Viken når de mener at det er et «*vesentlig spørsmål å stille ved Leiningers teori om det er pasienten eller sykepleieren som definerer virkeligheten i omsorgssituasjonen, og hvilke tiltak hver av partene opplever som viktig*» (Claus & Viken, 2004 s.2).

5.2.3 Pasientsentrert omsorgsmodell – pårørende utelatt

Møte med familie og pårørende til minoritetspasienten fikk større plass i informantenes erfaring enn jeg på forhånd hadde forventet. Mine funn tyder på at møte med pårørende noen ganger erfares som en utfordring som i større grad fører til usikkerhet hos sykepleier enn møte med pasienten selv. Det kan tyde på at informantene erfarer samarbeidet med pårørende som vanskelig.

Noen av informantene har opplevd at pårørende ikke anerkjenner sykepleierens faglige kompetanse:

«Vi har hatt pårørende som er ganske sterke med medisinsk utdanning som selv begynte å rådføre seg med kollegaer utenfor i stedet for å lytte til oss» (informant A).

En annen av informantene har erfart at det er krevende å bygge opp et tillitsforhold til pårørende:

«Jeg vil ikke si jeg er usikker i møte med pasienten, men mer frustrert i forhold til hvordan jeg skal håndtere ting... i forhold til pårørende har jeg nok mer følt på den usikkerheten, fordi de av og til er litt sånn pågående og ikke har tillit til deg» (informant B).

Samtidig oppgir informantene at de både ønsker og trenger hjelp fra pårørende i den daglige pleien:

«Det er stor forskjell mellom norske pårørende og pårørende til minoritetspasienter, jeg tenker at det kreves mer av de også for å få til en best mulig hjelp og pleie til pasienten. Vi trenger mer hjelp av pårørende i forhold til norske» (informant B).

Mine funn peker altså på at det for sykepleieren oppleves som vanskelig at pårørende ikke anerkjenner sykepleierens kunnskaper og at det er krevende å bygge opp et tillitsforhold til pårørende. Samtidig mener informantene at pårørende innehar viktige kunnskaper som sykepleierne har nytte av i den daglige pleien, for eksempel innen språk og pasientens kulturelle omgivelse.

Jeg fikk under analysen av dataene inntrykk av at informantene bruker en pasientsentrert omsorgsmodell, på linje med de helsepolitiske føringene, der sykepleierens oppfatning av pasientens individuelle behov danner grunnlaget for pleien. Denne omsorgsmodellen involverer også kulturell tilrettelegning, der pasientens kulturelle behov også skal dekkes.

I en pasientsentrert modell er pasientens behov sentrale, og en god relasjon mellom pleier og pasient er ønskelig. En svakhet ved denne modellen er at den ikke involverer de pårørende. I en modell som bare involverer pasient og sykepleier vil pårørendes innspill og ønsker kunne oppfattes som noe som kommer inn fra sidelinja. Dette kan føre til at sykepleieren kommer i en usikker posisjon.

«Jeg har ikke noe imot at pårørende er på besøk, men pasienten er jo på et sykehjem så pårørende kan jo tenke på at vi er her for å ta vare på pasienten» (informant A).

I en *relasjonssentrert* modell kan pårørende trekkes inn som en likeverdig tredje part og deres kunnskaper og erfaringer anerkjennes. Dette kan bidra til å bygge og styrke pårørendes tillit til sykepleieren og helse- og omsorgstjenesten. Mine funn tyder på at sykepleierne spontant tar en relasjonssentrert modell i bruk når andre løsninger ikke strekker til. Mine funn peker på at sykepleierne trives godt og opplever en faglig trygghet i de tilfellene der de har klart å etablere en relasjonssentrert omsorgsmodell.

«Pårørende er nesten alltid til stede så vi kan bruke dem siden de kan norsk» (informant A).

5.3 Vi gjør så godt vi kan – fra pasientsentrert mot relasjonssentrert modell

5.3.1 Fra et pasientsentrert ståsted

Til tross for at informantene opplever utfordringer som flere av informantene knyttet til følelser som usikkerhet, frustrasjon og kanskje irritasjon, så viser informantene gjennom sine uttalelser at de gjør det de kan for å imøtekomme pasientenes behov så godt de kan.

Informantene oppgir her at de «strekker seg litt ekstra» for å kunne tilby en god opplevelse. Ulike tiltak blir nevnt for å kunne kommunisere med pasienten til tross for forskjellig språk, for eksempel nettbrett og kroppsspråk. Dette peker på at en pasientsentrert omsorg praktiseres, hvor det er blitt opprettet en god relasjon mellom pleier og pasient. Funnene indikerer at pleieren føler et ansvar for at pasienten får en god opplevelse og velger derfor å tilby pleie utover de mest grunnleggende behov.

Informantene oppgir også at de i arbeidshverdagen tilegner seg kunnskap gjennom å blant annet søke på internett, snakke med prester, imamer og bruk av forskningsresultater for å kunne tilby pasienten kulturelt tilrettelagt omsorg, som for eksempel å markere nasjonaldagen

for pasientens opprinnelsesland. I tråd med Campinha-Bacote (Campinha-Bacote, 2011) er pleieren i ferd med å bli kulturelt kompetent innenfor pasientens kulturelle bakgrunn.

Informantene oppgir også at de gir pasienter rom til å praktisere alternative behandlingsmetoder så lenge dette ikke er i konflikt med skolemedisin, og begrunner det med at de tror at både pasienten og pårørende finner hjelp i det. Dette er et eksempel på at samarbeidet mellom pasienten og pleieren fungerer godt, pasienten får lov til å praktisere alternativ medisin samtidig med at pleieren får gi sykepleie i tråd med sin egen overbevisning.

Funnene peker på at en pasientsentrert omsorgsmodell i kombinasjon med både tidligere tilegnet kulturell kompetanse og kompetanse som tilegnes underveis når behovene melder seg, sammen med en god relasjon med pasienten gir sykepleieren en følelse av trygghet og mestring i møtet med minoritetspasienten. Men analysen av intervjuene peker imidlertid også på at det i arbeidshverdagen finnes flere forhold som spiller inn og som påvirker sykepleierens følelse av trygghet.

5.3.2 Mot en relasjonssentrert modell

I tillegg til at sykepleieren strekker seg langt for å sette seg inn i pasientens bakgrunn og sammen med pasienten finner løsninger, peker informantene på arbeidsfellesskapet og de pårørende som viktige samarbeidspartnere.

Sykepleierne i denne studien mener at arbeidsfellesskapet er viktig for dem i jobben med å gi pleie til eldre etniske minoritetspasienter. Arbeidsfellesskapet trekkes frem som et viktig forhold i for det å trives på jobb samt å oppleve seg trygg.

«Det er jo åpenheten som får meg til å være komfortabel på jobb, det at kollegaer gir tilbakemeldinger på det som er bra og konstruktiv kritikk på det de mener ikke er bra» (informant A).

Arbeidsfellesskapet trekkes frem som en ressurs i daglige pleien for eksempel for å overkomme språkbarrieren, ettersom det i personalet innen avdelingene finnes flerspråklige medarbeidere.

«Vi har jo brukt ansatte på andre poster som kan språket... også renholdere har hjulpet oss, det er jo bra at vi kan bruke hverandre litt på tvers for å få hjelp til å ... ja forstå hverandre» (informant A).

Å vite at de kan spørre kolleger om hjelp eller få støtte i vanskelige situasjoner gir informantene trygghet og motivasjon. Slik jeg forstår det, er kollegaer og leder de første som blir spurt om hjelp for å finne løsninger når utfordringer oppstår. Kunnskap blir med andre ord først hentet internt i fagmiljøet på arbeidsplassen. Noen av informantene har også erfaring fra å jobbe i team der teamet har ansvaret for pasienten, hvor teamet samarbeider med pasienten og pårørende.

«De som jobber på teamet som pasienten med minoritetsbakgrunn er, de samkjører seg og har hovedkontakten med pasient og pårørende» (informant B).

Også pårørende trekkes frem som en viktig ressurs i den daglige pleien. Pårørende blir brukt som for eksempel tolk når andre hjelpemidler ikke strekker til.

«Vi har brukt pårørende mye. Ringt dem og spurt... og fått oversatt for å prøve å nøste opp i trådene...» (informant B).

Informantene har også opplevd at pårørende tar på seg en del av ansvaret for å ivareta pasientens åndelige behov ved for eksempel feiring av religiøse høytider. De hjelper også til med å bringe den type klær og kost pasienten er vant til. Dette samarbeidet preges av gjensidig respekt. Sykepleierens faglige vurderinger og de pårørendes kunnskap om egne tradisjoner blir respektert, og samarbeidet fungerer godt.

For å finne løsninger på utfordringene søker sykepleierne i min undersøkelse hjelp hos hverandre, hos pårørende og hos andre relevante kunnskapskilder. Det er her, når sykepleierne finner løsninger i samarbeid med sine kollegaer og pasientens pårørende, som sykepleieren spontant har tatt en relasjonssentrert omsorgsmodell i bruk.

Mine funn er i samsvar med det Ingebretsen fremholder:

Erfaringer viser at pårørende til eldre innvandrere ofte har en sentral posisjon som fortolkere og formidlere av den enkeltes ønsker og preferanser. Pårørende blir viktige – ikke bare for familiekontakt, men som kilde til kulturkunnskap i vid

forstand. Dette medfører at de blir viktige samarbeidspartnere for ansatte når det gjelder tilrettelegging av omsorgstjenester (Ingebretsen, 2010 s.106).

Ifølge Ingebretsen virker det altså som at en pasientsentrert arbeidsmetode kombinert med kulturell kompetanse ikke alene er nok.

Ingebretsen mener at dialog og samspill mellom sykepleier, pårørende og pasient i en flerkulturell omsorgssituasjon er viktig for å skape forståelse og gode samarbeidsrelasjoner. Ingebretsen omtaler denne relasjonen som en samarbeidsprosess:

Modeller for samarbeid mellom pårørende og ansatte i sykehjem er særlig utviklet ved demens, men vil også gjelde for andre brukergrupper. Et viktig mål med samarbeid/samhandling kan være å bedre miljøet og omsorgen for den eldre og å redusere stress og øke tilfredshet og positive holdninger til samarbeid for både pårørende og ansatte (Ingebretsen, 2010 s.107).

Ifølge Ingebretsen er det snakk om en samarbeidsprosess der pårørende og ansatte møtes for å diskutere målene for omsorgen samt hva de ulike parter skal delta i eller bidra med i omsorgssituasjonen (Ingebretsen, 2010 s.108). Et slikt samarbeid kan bidra til et mer konstruktivt samarbeid som både løser og forebygger konflikter mellom ansatte og pårørende. Ingebretsen hevder at denne samarbeidsmodellen er spesielt viktig i forhold til brukergrupper med ulik kulturbakgrunn (Ingebretsen, 2010).

Modellen som Ingebretsen beskriver har flere likhetstrekk med triade-begrepet som er beskrevet av Nolan, Ryan, Enderby og Reid (Nolan et al., 2002). Triade-begrepet utvider forholdet mellom sykepleiere og pasienter for å gi rom for en tredje part. I en triade kan relasjonen mellom pasient og sykepleier også involvere for eksempel pårørende som en tredje part. Pårørende blir sammen med pasienten anerkjent som «ekspert» på sin egen situasjon, og begge deres erfaringer blir anerkjent som kunnskap. En meningsfull triade-relasjon baserer seg på gjensidig anerkjennelse av hverandres kunnskap.

Ifølge Nolan m. fl. har triade-modellen en positiv innvirkning på sykepleierens trivsel, og følelsen av å tilhøre et fellesskap gir en mer positiv opplevelse av egen jobb. Det ser også ut som at sykepleierne i mitt prosjekt aktivt bruker kollegiale miljøet som støtte både som kunnskapskilde og for å støtte opp under egne vurderinger. Arbeidsfellesskapet trekkes også frem som et viktig forhold for det å trives på jobb. Dette peker på at en pasientsentrert modell

kombinert med kulturell kompetanse i praksis alene ikke strekker til. Informantene har i tillegg utvidet eksisterende omsorgsmodell til å bruke relasjonssentrert triade-modell, hvor pårørende og arbeidsfellesskapet spiller en tydelig rolle.

Mine funn tyder på at informantene opplever trygghet ved å inkludere pårørende som eksperter på egen kultur og eget språk, og pasienten som ekspert på sin egen situasjon i de tilfeller der de har klart å få til et godt samarbeid med de pårørende og pasienten. Som en motsetning til det å bruke pårørende som en ressurs finnes det også i mine funn eksempler på situasjoner der samarbeidet med pårørende ikke har fungert optimalt, og der de pårørende erfares som en ekstra belastning.

Alt i alt peker resultatene på at kulturkompetanse er nyttig, men at den ikke isolert er tilstrekkelig for å kunne møte de utfordringer som sykepleiere i praksis erfarer.

Kulturkunnskap som blir brukt med varsomhet og i kombinasjon med en relasjonssentrert omsorgsmodell, som anerkjenner pasientens og de pårørende sin kunnskap om eget levesett, ser ut til å bidra til at sykepleiere opplever seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem.

6 Avslutning

Jeg vil i dette kapittelet oppsummere de funn som er gjort i studien. Styrker og svakheter ved studien vil bli presentert, og avslutningsvis vil jeg si litt om studiens implikasjoner.

Tema for denne oppgaven var «*sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem*». Oppgavens problemstilling ble formulert som «*hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem?*»

Det innledende ønsket mitt var å undersøke forhold som påvirker sykepleieres opplevelse av faglig trygghet i møte med minoritetspasienter. Jeg ønsket også å undersøke om det var forhold som bidro til at sykepleiere opplevde faglig utrygghet.

Allerede ved den innledende analysen av intervjuene ble det tydelig at bildet er mer komplekst enn jeg hadde forventet. Spesielt pårørendes rolle skilte seg ut som både et forhold som både kunne bidra til trygghet og utrygghet. I stedet for å isolere enkelte forhold kom derfor analysearbeidet å dreie seg om å samle funnene i hovedtemaer.

Første hovedtema var i stor grad relatert til rutiner som sykepleierne var vant til. Dette temaet handlet i stor grad om individuell tilrettelegning for pasientene. Sykepleierne fortalte om individuell tilrettelegging for alle pasienter, uavhengig av bakgrunn.

Andre hovedtema omhandlet situasjoner der sykepleierne følte seg usikre. Usikkerheten var knyttet til at pasientene hadde individuelle behov som sykepleierne ikke var vant til, samt at det var krevende å få til et godt samarbeid med pasientens pårørende.

Tredje tema omhandlet ulike strategier og ressurser sykepleieren tok i bruk for å overkomme utfordringene knyttet til minoritetspasienters behov for å oppnå faglig trygghet.

Studiens funn indikerer at kulturkompetanse i møte med eldre minoritetspasienter er nyttig, men at den ikke isolert er tilstrekkelig for å kunne møte de utfordringer som informantene i praksis erfarer. I tillegg til kulturkompetanse tyder funnene på at fokus på å opparbeide gode relasjoner med både pasientene og pasientenes pårørende ser ut til å forebygge uenigheter i omsorgssituasjonen. Kulturkompetanse sammen med en god relasjon til pasienten og pårørende ser ifølge funnene ut til å gi sykepleieren en opplevelse av faglig trygghet.

Kulturkompetanse som blir brukt i kombinasjon med en relasjonssentrert omsorgsmodell, hvor pasientenes og pårørendes kunnskap om eget levesett blir anerkjent, ser ut til å bidra til at sykepleierne opplever seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem.

Fokus på kulturelle forskjeller, der uenigheter blir kulturforklart, ser i denne studien ut til å virke negativt i forhold til relasjonsbyggingen med pasientens pårørende. Funnene tyder på at en dårlig relasjon med pårørende kan sette sykepleieren i en utrygg posisjon.

6.1 Kulturkompetanse i en pasientsentrert omsorgsmodell

Informantene i denne studien ser ut til å være vant til å utøve sykepleie i en pasientsentrert omsorgsmodell. Dette innebærer individuell tilrettelegging for hver pasient, der pasientens behov settes i fokus og får danne grunnlag for den pleien som gis. Spesielle behov i forhold til pasientens kulturelle bakgrunn og tilhørighet tolkes som en del av pasientens individuelle behov, og sykepleieren gjør sitt beste for å tilrettelegge pleien i forhold til det.

Sykepleierne oppgir at selv om de i utgangspunktet mangler kunnskap om pasientens kultur og skikker så blir kunnskapen innhentet underveis. Sykepleierne bruker ulike kilder til hjelp, som for eksempel å ringe prester eller imamer i forhold til religion, eller å søke på internett etter kunnskap om opprinnelsesland.

Den pasientsentrerte arbeidsmåten som bygger på en god relasjon med minoritetspasienten ser ut til å gi en opplevelse av faglig trygghet for sykepleierne. Jeg oppfatter sykepleierne her som åpne for pasientens behov og ønsker.

I arbeidet med etniske minoritetspasienter opplever sykepleierne ofte et møte med en annen kultur enn sin egen. I dette møtet fokuseres det noen ganger på kulturforskjeller, og konflikter med pasienten og de pårørende blir forklart med at de tilhører en annen kultur.

Blant annet pekes det på at sykdomsforståelse er annerledes hos noen minoritetspasienter. Informantene peker også på noen tilfeller der religiøse skikker i forbindelse med livets slutt oppleves som annerledes enn det sykepleierne er vant til. I og med at sykepleierne opplever at de mangler kunnskap om dette gir det dem en opplevelse av faglig utrygghet.

Sykepleierne gir også eksempler på at pårørende ikke alltid anerkjenner sykepleierens kunnskap og det behandlingsopplegg som er lagt til grunn, men står på sitt syn på hvordan pleien best skal utøves. Usikkerheten i forhold til pårørende ser ut til å oppstå fordi sykepleierne opplever at pårørende kommer inn fra sidelinjen med sine innspill og forventninger. Grunnen til at sykepleierne opplever det slik kan være at det i en pasientsentrert omsorgsmodell ikke er lagt til rette for pårørende som en likeverdig part i omsorgssituasjonen. I en situasjon der relasjonen mellom sykepleieren og pårørende ikke er optimal er det vanskelig å oppnå felles forståelse mellom partene. I slike situasjoner ser sykepleierne ikke på pårørende som en ressurs i den daglige pleien, men en utfordring som kommer i tillegg til utfordringene som allerede finnes i forhold til pasienten.

6.2 Relasjonssentrert omsorgsmodell

Studien viser at sykepleierne spontant henter inn andre kilder til hjelp når de føler at deres kunnskap ikke strekker til. Pårørende blir brukt som en aktiv ressurs for å hjelpe til i situasjoner som ellers kanskje ville ha gitt sykepleieren en følelse av faglig utrygghet. Dette gjelder for eksempel å dekke pasientens åndelige behov, skaffe tilveie ønsket mat og klær samt gi pasienten mulighet til å bruke sitt eget morsmål. Pårørendes kunnskap om pasientens omgivelser blir anerkjent, og pårørende respekterer og anerkjenner sykepleierens fagkunnskap. Siden pårørende her brukes aktivt som en likeverdig part i pleieforholdet tolker jeg det som at sykepleierne spontant har tatt i bruk en relasjonssentrert omsorgsmodell.

Sykepleierne oppgir også at de finner støtte og trygghet i arbeidsfellesskapet. Det kollegiale fellesskapet trekkes frem som et positivt forhold for egen trivsel og opplevelse av trygghet. Det finnes blant kollegaene også hjelp å få i den daglige pasientomsorgen, blant annet som tolk siden flere av personalet på sykehjemmene i min undersøkelse er flerspråklige. Dette peker også på at en relasjonssentrert omsorgsmodell er tatt i bruk.

Spesielt pårørendes rolle fikk en større plass i studiens funn enn jeg på forhånd hadde forestilt meg. Sykepleierne i min undersøkelse mener at pårørende er en viktig ressurs i omsorgssituasjonen. Relasjonen mellom pårørende og sykepleiere må imidlertid være god for at sykepleierne skal oppleve at hjelp fra pårørende bidrar til trygghet. Når pasienten er blitt innlagt på sykehjem er ansvaret for pasientens helse også overført til sykepleierne, hvilket betyr at sykepleierne må stole på at pårørende ikke utsetter pasienten for situasjoner som kan

forverre pasientens helsetilstand. Funnene peker også på at i tilfeller der relasjonen mellom pårørende og sykepleier ikke er god, så opplever sykepleierne seg mer utrygg i sin rolle.

6.3 Tvetydighet – et spørsmål om selvrefleksjon

Sykepleiernes opplevelse av pårørendes rolle i pleieopplegget oppfatter jeg som tvetydig. Pårørende trekkes frem både som en viktig ressurs i pleien, og samtidig som en kilde til ekstra belastning for sykepleieren.

Et godt samarbeid med pårørende, der de pårørende aktivt brukes som en ressurs, preges av gjensidig tillit og respekt for hverandres kunnskap. I de tilfeller der sykepleierne opplever at de ikke har tilstrekkelig kunnskap om pasientens kulturbakgrunn velger de å bruke pårørende som en ressurs i pleie- og behandlingssituasjonen for å overkomme «kulturforskjellene». Ved å aktivt bruke pårørende som ressurs opplever sykepleierne faglig trygghet til tross for de utfordringer som de opplever i forhold til pasientens kulturbakgrunn.

Samtidig indikerer funnene på at pårørende øker belastningen og bidrar til utrygghet. Informantene opplever at pårørende noen ganger trekker sykepleiernes kompetanse i tvil. Det kommer også frem at sykepleierne i undersøkelsen opplever det mer krevende å få tillit fra pårørende til minoritetspasienter enn fra pårørende til norske pasienter.

Funnene viser at utfordringer i forhold til de pårørende ofte blir kulturforklart, at «deres kultur er slik». Det fremkommer imidlertid i liten grad hvilke tanker informantene har gjort om «egen kultur» og hvordan dette påvirker pleie- og behandlingssituasjonen. Her kan man stille spørsmål om det blir satt nok fokus til selvrefleksjon i arbeidshverdagen. Refleksjon over eget ståsted, om egen forståelse og virkelighetsoppfatning påvirker samarbeidet med pasienten og pårørende fokuseres det i liten grad på. Fokuset på kulturforskjeller ser i dette tilfellet ut å dreie oppmerksomheten bort fra relasjonsbygging med pasientens pårørende.

6.4 Prosjektets styrker og svakheter

Prosjektet er blitt gjennomført med kvalitativ metode som forskningsmetode og dybdeintervju som datainnsamlingsmetode. Med informanter som er bevisst valgt ut basert på valgt tema, og

med å bruke intervjuguide for å styre intervjuene har jeg prøvd å samle inn data som er mest mulig relevant for prosjektet.

Intervjuene ble transkribert fullstendig, ord for ord, for å lettere kunne få med konteksten for utsagnene jeg senere valgt ut som relevante. Jeg har også prøvd å fokusere på hvilken kontekst utsagnet ble gitt i, for at på den måten unngå å tolke utsagnene i feil retning. Jeg har også spilt av lydopptak av intervjuene der det har vært behov for det.

Jeg har prøvd å la de kondenserte meningsenhetene som jeg har valgt ut som relevant for studien bygge opp de ulike kategoriene og hovedtemaene. Det er imidlertid jeg selv som har valgt ut og kondensert meningsenhetene. Det er derfor mulig at noe er blitt oversett eller at jeg har valgt ut meningsenheter som speiler min egen forforståelse.

Noe jeg tolker er en styrke i dette prosjektet er at informantene var veldig samstemte om de forhold de pekte ut som viktige. Dette mener jeg styrker datagrunnlagets gyldighet. Informantene har god erfaring innenfor mitt tema, altså å jobbe med elder minoritetspasienter på sykehjem. Funnene i min undersøkelse støttes også av tidligere undersøkelser.

En svakhet ved studien er at det er få informanter, fem stykker fordelt på to sykehjemsinsitusjoner. Dette gjør at funnene lettere kan ha blitt påvirket av tilfeldigheter. Det kan for eksempel på et eller begge sykehjemmene ha blitt arbeidet målrettet for å inkludere pårørende som ressurs i den daglige pleien, og at funnene derfor tyder på at sykepleierne opplever pårørende som en stor ressurs. For å kunne argumentere for at resultatet er overførbart til andre sykehjem, eller andre forskningstema, så må det trolig flere informanter til, og fra flere separate arbeidsplasser.

Jeg hadde også beregnet litt for lite tid til intervjuer. Jeg hadde opprinnelig planlagt å både transkribere foregående intervju og forberede meg godt til neste mellom intervjuene, men det ble for lite tid til det. Jeg opplever at det var vanskelig å få tak i de negative erfaringene som sykepleierne fortalte om. Jeg tror det hadde vært en fordel med ett eller flere intervju til med hver informant, kanskje med et spesielt fokus på negative erfaringer. Jeg tror også at det under et andre intervju ville bli lettere å få informantene til å fortelle mer fritt om sine negative opplevelser.

6.5 Videre forskning

Jeg opplever spesielt de funn som viser til de pårørendes rolle som interessante i denne studien. At de fikk så stor plass, og opplevdes både som ressurs og som krevende, var et funn jeg ikke forventet på forhånd. Det hadde vært interessant å fokusere på hvilken rolle pårørende spiller, og inkludere flere sykehjem og informanter for å se om funnene i dette prosjektet gjelder for flere sykehjems institusjoner.

Det ville også ha vært interessant å se nærmere på pårørende av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn sine opplevelser i møte med helsevesenet. I lys av pasient- og brukerrettighetsloven mener jeg det er nyttig kunnskap å hente ved å høre hva pårørende opplever fungerer og hva som kan eventuelt kan jobbes mere med for å få samhandlingen til å fungere godt for alle parter.

Fremtidige studier kan gjerne se nærmere på bruk av relasjonssentrert omsorgsmodell i arbeidet med pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn, og se videre på om dette er en modell som kan være nyttig i arbeidet med å kunne tilby likeverdig behandling i tråd med dagens helsepolitiske føringer.

Det hadde også vært interessant å gjennomføre intervjuer med pasientene for å utforske hvordan pasienter med minoritetsbakgrunn opplever det å være pasient i sykehjem. Et annet spørsmål det kunne vært interessant å gå videre med er hvor viktig pasientene opplever at det er å ha sine pårørende nært under oppholdet på sykehjemmet.

Litteraturliste

- 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*(0), 6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>
- Andreassen, K. K., Dzamarija, M. T., & Slaastad, T. I. (2013). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre – befolkningsstatistikk. Stort mangfold i lille Norge. 11-19. Retrieved from <http://ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/stort-mangfold-i-lille-norge> website:
- Barne- likestillings- og, & inkluderingsdepartementet. (2012). *Meld. St. 6, (2012–2013) En helhetlig integreringspolitikk*. regjeringen .no: Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/ae2661f20cfe4899b303a5951334a9c1/no/pdfs/stm201220130006000dddpdfs.pdf>.
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online J Issues Nurs*, 16(2), 5.
- Claus, I. B., & Viken, B. (2004). Sykepleie og kulturell trygghet. Retrieved from <http://sykepleien.no/forskning/2009/03/sykepleie-og-kulturell-trygghet> website: <http://sykepleien.no/forskning/2009/03/sykepleie-og-kulturell-trygghet> doi:10.4220/sykepleiens.2004.0030
- Fangen, K. (2010, 07.01.2010). Kvalitativ metode. [Lastet 24.november 2013. 2014, from <http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
- Fleming, V., Gaidys, U., & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian - based research method. *Nursing Inquiry*, 10(2), 113-120.
- Forskningsetiske komiteer. from <http://www.etikkom.no/>
- Hellevik, O. (2011, 03.10.11). spørreundersøkelser. Retrieved Lastet 25.november 2013, from <http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Sporreundersokelser>
- Ingebretsen, R. (2010). Erfaringer med omsorgstjenester for eldre innvandrere. *NOVA rapport NR 11/10*.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory* (2nd ed. ed.). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys (pp. S. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Magelssen, R. (2004). Generell sykepleie: Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om vår virkelighetsoppfatning? Retrieved from sykepleien.no website: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118240/generell-sykepleie:-hva-sier-begrepet-%EF%BE%ABtranskulturell-sykepleie%EF%BE%BB-om-var-virkelighetsoppfatning> doi:10.4220/sykepleiens.2004.0015
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, nr. 25.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Nolan, M., Ryan, T., Enderby, P., & Reid, D. (2002). Towards a More Inclusive Vision of Dementia Care Practice and Research. *Dementia*, 1;193. doi: 10.1177/147130120200100206
- Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Når gjelder meldeplikten? Retrieved 05.04, 2015, from <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeskjema>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Ramsden, I., & Spoonley, P. (1993). The cultural safety debate in nursing education in Aotearoa. *New Zealand Annual Review of Education*, 3, 161-174.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (27.03.2012). Informasjon og samtykke. Retrieved 12.05, 2014, from https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=34672&_ikbLanguageCode=n
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2012). Eksempler på virksomhet som skal søke REK. Retrieved 05.04, 2015, from https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p_dim=34998&_ikbLanguageCode=n
- Schackt, J. (2009). *Kulturteori : innføring i et flerfaglig felt*. Bergen: Fagbokforl.
- Statistisk sentralbyrå. (2014). Nøkkeltall for innvandring og innvandrere (web). Retrieved 19.09.2014, from Statistisk sentralbyrå <http://ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>
- Texmoen, I. (2013). Dagens og morgendagens eldre – en demografisk beskrivelse In R. Jorunn (Ed.), *Eldres bruk av helse og omsorgstjenester* (pp. 27-39). ssb.no: Statistisk sentralbyrå. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898>.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (Vol. 2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.
- Tønnessen, M., Cappelen, Å., & Skjerpen, T. (2014). Befolkningsframskrivingene 2014-2100: Inn- og utvandring. *Økonomiske analyser*, 4/2014, 51 - 59. <http://ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-2014-2100-inn-og-utvandring>
- Vandenberg, H. E. R. (2010). Culture theorizing past and present: trends and challenges. *Nursing Philosophy*, 11(4), 238-249. doi: 10.1111/j.1466-769X.2010.00453.x

Vedlegg 1: Kvittering fra Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Torunn Hamran
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 29.08.2014

Vår ref: 39493 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.08.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39493	<i>Sykepleie til etniske minoriteter i sykehjem. Hva skal til for at sykepleieren skal bli trygg i møtet med pasienter med annen kulturbakgrunn?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Torunn Hamran</i>
Student	<i>Ellen Idivuoma</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse og samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Tittel på studien:

Sykepleie til etniske minoriteter i sykehjem.

Hva skal til for at sykepleierne skal bli trygg i møtet med pasienter med annen kulturbakgrunn?

Bakgrunn og hensikt

Det er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har i sitt møte med etniske minoritets pasienter i sykehjem.

Mitt navn er Ellen Idivuoma, jeg er mastergradsstudent ved helsefag – flerfaglig retning ved Universitetet i Tromsø. Denne studien er mitt mastergradsprosjekt og min veileder er Torun Hamran, professor ved det helsefaglige fakultet ved Universitetet i Tromsø.

I denne undersøkelsen ønsker vi å belyse hvilke erfaringer du som sykepleier har i møte med etniske minoritets pasienter på sykehjem. Hensikten med studiene er å øke innsikten for hvordan det oppleves for sykepleiere å utøve sykepleie på tvers av ulike kulturbakgrunner.

Hva innebærer studien:

Deltakelse i studien innebærer gjennomføring av et intervju av ca. 1 – 2 timers varighet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Etter at data fra intervjuet er nedskrevet og bearbeidet vil opptaket bli slettet. Din identitet vil være anonym, og vil ikke komme frem i verken intervjuet eller i det skriftlige arbeidet. Anonymiteten vil også være sikret gjennom hele studien og i publiseringen av resultatet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Før arbeidet med analysen tar til, kan du når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og returnerer det i vedlagt konvolutt. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Ellen Idivuoma tlf: 412 58948. Prosjektet er meldt til personvernforbundet Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Med vennlig hilsen

Mastergradsstudent
Ellen Idivuoma
Tlf: 412 58948

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Forskerspørsmål: «Hva skal til for at sykepleierne skal bli trygg i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem?»

Intervjuguide 3

Starter med å si noen ord om meg selv:

- Min bakgrunn
- Bakgrunn for valg av tema og hensikten med intervjuet
- Hvordan jeg tenker å gjennomføre intervjuet
- Informasjon om anonymisering

Innledningsspørsmål:

- Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?
- Hvilken type arbeidserfaring har du fra tidligere?
- Hva er bakgrunnen for at du begynte å jobbe her på sykehjemmet/omsorgssenteret?
- Hvilke pasienter har dere her?
- Hvor lenge har du jobbet her?

(Informanten er i forkant av intervjuet blitt bedt om å forberede seg til å fortelle en fortelling om en erfaring knyttet til noe som hun har erfart i møte med pasienter med annen bakgrunn enn seg selv i sin jobb ved sykehjem)

1. Starter med fortellingen som informanten har forberedt seg på.

- Kan du si noe mer om...
- Hvordan vil du beskrive....
- Kan du utdype....
- Har du noen eksempler på....
- Hvorfor valgte du å fortelle meg akkurat denne historien?

2. Kan du fortelle om hvordan du opplever å være sykepleier for pasienter med annen bakgrunn enn deg selv?

- utfordringer? Eksempel: høytider, mat, humor, pårørende, religion
- Er det noe som du erfarer er spesielt for denne pasientgruppe?
- Diskuterer dere utfordringer/ prob i arbeidsgruppa?

3. Hvilken erfaring har du med.....

- Pårørende, språk, stell
- Høytider, religion, mat

4. Kan du beskrive hva sykepleieren sin jobb består i når en ny pasient med minoritetsbakgrunn flytter inn på sykehjemmet?

- Hva gjør dere. Fortell.
- Hvordan vet dere...
- Hvordan vurderer dere...
- Er du fortrolig med hvordan ting blir gjort, eller vil du ha gjort det annerledes?
- Diskuterer dere slike ting på arbeidsplassen.....?

5. Hva tror du din egen bakgrunn å si i møte med pasienter med annen bakgrunn enn deg selv?

- Ressurs? Begrensning? Eksempel....

6. Hvilken lærdom/ erfaring har du hatt mye bruk for i din jobb?

- Er det noe du gjerne skulle ha visst/ kunnet om før du begynte i denne jobben?
- Hva er ditt råd til en som ikke har erfaring på dette feltet?
-

7. Kan du fortelle hva arbeidsfellesskapet (kollegaer, ledelse) har å si for deg i din jobb?

- Kan du si mer om hvorfor/hva/hvordan/hvilken måte...

8. Hva erfarer du er viktig for at både sykepleier og pasient skal være komfortabel i hverdagen på sykehjemmet?

- Kan du si mer om ...
- Hvordan oppnå.....

9. Er det andre ting vi ikke har snakket om som du vil tilføye før vi avslutter?

Takk for intervjuet☺

Vedlegg 4: Kvittering vedrørende endringer



ons 17.12.2014 14:37

Anne-Mette Somby <anne-mette.somby@nsd.uib.no>

Prosjektnr: 39493. Sykepleie til etniske minoriteter i sykehjem. Hva skal til for at sykepleieren skal bli trygg i møtet med pasienter med annen kulturbakgrunn?

Til elnida80@gmail.com

Vi fjernet ekstra linjeskift fra denne meldingen.

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Viser til e-post mottatt 9.12.14.

Vi har registrert at kriteriet om norsk kulturbakgrunn og utdanning for sykepleiere er fjernet. Vi registrer også at det vil bli foretatt gruppeintervjuer.

Lykke til med prosjektet.

Vennlig hilsen

--

Anne-Mette Somby
Seniorrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS Personvernombudet for forskning Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 24 10

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80

Faks: (+47) 55 58 96 50

Email: Anne-Mette Somby@nsd.uib.no

Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

Anne-Mette Somby Prosjektnr: 39493. Sykepleie til etniske minoriteter i sykehjem. Hva skal til for at sykepleieren skal bli trygg i møtet med pasienter med annen kulturbakgrunn?