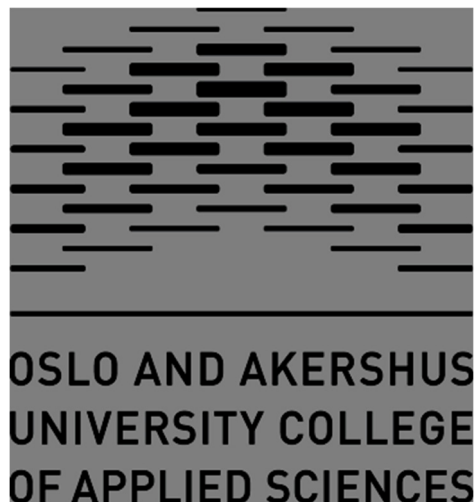


Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter

Lise-Merete Alpers



Avhandling ph.d
Senter for Profesjonsstudier
Høgskolen i Oslo og Akershus

Vår 2017

CC-BY-SA Høgskolen i Oslo og Akershus

Avhandling 2017 nr 2

ISSN 1893-0476

ISBN 978-82-8364-047-2

HiOA,
Læringssenter og bibliotek,
Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Adresse hjemmeside: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Nettbokhandel>

For elektronisk bestilling klikk Bestille bøker

Opplag trykkes etter behov, aldri utsolgt

Trykket hos Allkopi
Trykket på Multilaser 80 g hvit

Forord

I perioden som stipendiat har jeg hatt flere støttespillere. Jeg ønsker å rette en stor takk til hovedveileder Ingrid Hanssen og biveileder Jens-Christian Smeby. Ingrid Hanssens faglige tyngde og erfaring har vært inspirerende i arbeidet. Gode samtaler, raushet med tid og tilgjengelighet har også hatt stor betydning. Takk til Jens-Christian Smeby for tydelige, konstruktive og svært lærerike tilbakemeldinger.

Avhandlingen ble finansiert av Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS), og jeg er takknemlig for muligheten til å gjennomføre prosjektet. Jeg har vært tilknyttet Unger-Vetlesens Institutt ved sykehuset, noe som både har vært faglig interessant og hyggelig sosialt. Takk også for lærerike diskusjoner med helsepersonell ved LDS som i sine stillinger og sitt arbeid har et særlig fokus på pasienter med minoritetsbakgrunn. Spesielt takk til klinisk ernæringsfysiolog Tonje Mellin-Olsen som har lest og kommentert den fjerde artikkelen i avhandlingen.

Som stipendiat har jeg vært tilknyttet doktorgradsprogrammet ved Senter for profesjonsstudier (SPS) ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Takk til senterleder, Oddgeir Osland. Jeg vil også rette en spesiell takk til alle i forskningsgruppen, PKK, som har lest og kommentert utkast til artikler og bidratt til å forbedre resultatene. I tillegg vil jeg takke medstipendiatene Kjersti Nesje, Mari Lande With, Ida Hatlevik, Mette Løvgren, Heidi Moen Gjersøe og Andreas Eriksen for inspirerende og interessante samtaler.

Varm takk til Line Nortvedt for faglige diskusjoner, oppmuntringer og gode samtaler i løpet av stipendiattiden og for nyttig studietur til England (Middlesex University, London og The University of Nottingham).

En stor takk til helsepersonell, profesjonelle tolker og pasienter som har bidratt til at studien var mulig å gjennomføre, og som har delt sine historier og erfaringer.

Sist, men ikke minst vil jeg takke familie og venner for omsorg, interesse og oppmuntringer. Tusen takk til min tante, Gerd Kristin Opsata (spesialsykepleier i Ål kommune), som leste hele kappen mot slutten av arbeidet, og en ekstra takk til min far, Kjell Alpers, som leste korrektur på kappen og for kommentarer og oppmuntringer(!) kapittel for kapittel.

Oslo, 25. mars 2017

Lise-Merete Alpers

Sammendrag

Temaet for denne avhandlingen er helsepersonells kulturelle kompetanse. Hovedhensikten er å undersøke hvilke kompetansebehov helsepersonell har ved pleie og behandling av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Bakgrunnen for studien er at det er en økende andel innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn i Norge, og at det er ventet at den vil fortsette å stige. Dette har ført til at også antallet pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn har økt. I tillegg utgjør migrasjon en helserisiko i seg selv. Dersom innvandrerbefolkningen skal få den samme kvaliteten på helse- og omsorgstjenester som resten av befolkningen, er det behov for ny og utvidet kompetanse hos helsepersonell, ofte kalt kulturell kompetanse. Det er tidligere gjennomført noen studier som har satt søkelys på kulturell kompetanse hos helsepersonell. Et fellestrekk ved dem er imidlertid at de i liten grad vektlegger konkrete temaer som er klinisk relevante i sykehuskonteksten, slik denne avhandlingen gjør. Kulturell kompetanse er derfor på en del områder operasjonalisert mer praktisk-klinisk i denne avhandlingen.

Det empiriske materialet er basert på en studie hvor et «mixed methods» design er benyttet.

Kvalitative metoder: a) Fokusgruppeintervjuer med sykepleiere fra medisinsk klinikk, flere typer helsepersonell fra psykiatrisk klinikk og profesjonelle tolker rekruttert fra et sykehus i Oslo. b) Dybdeintervjuer med migrantpasienter fra Afrika og Asia. *Kvantitativ metode:*

Surveyundersøkelse av sykepleiere ved medisinsk klinikk og helsepersonell ved psykiatrisk klinikk rekruttert fra det aktuelle sykehuset, samt profesjonelle tolker fra tolketjenesten i Oslo kommune.

Avhandlingen består av fire artikler:

I *artikkel 1* undersøkes hvordan sykepleiere ved medisinsk og psykiatrisk klinikk opplever sin kulturelle kompetanse relatert til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Det er fokus på sykepleiernes generelle kulturelle kompetanse, men også kompetanse knyttet til noen konkrete områder. Kun et mindretall av sykepleierne opplevde å ha tilstrekkelig kulturell kompetanse til å gi etniske minoritetspasienter god omsorg og pleie. Et mindretall rapporterte å ha kunnskaper om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn biomedisinsk sykdoms-/behandlingstenkning, og de opplevde det vanskelig å vurdere pasientenes symptomer på grunn av «fremmede» symptomuttrykk. Ved medisinsk klinikk mente flertallet av sykepleierne at det er vanskelig å vurdere smerter hos minoritetspasienter, og over halvparten ved psykiatrisk klinikk fant at pasienters somatisering kan vanskeliggjøre diagnostisering og gjøre at somatiske symptomer blir oversett. Analysene tyder ikke på at

antall års arbeidserfaring påvirker personalets opplevelse av kompetanse. Majoriteten av sykepleierne rapporterte at det ikke gis internundervisning ved sykehuset om pasienter med forskjellig etnisk, kulturell eller religiøs bakgrunn, og bare et mindretall opplevde å ha noen å spørre om råd relatert til temaet.

I den *andre artikkelen* er søkelyset på hvordan helsepersonell og tolker oppfatter sin kulturelle kompetanse, hverandres roller og gjensidige samarbeid. Årsaker til utfordringer i samarbeidet er blant annet helsepersonells manglende kunnskap om andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn vestlig biomedisin, pasientens frykt for at tolken ikke overholder taushetsplikten og situasjoner der tolk og pasient tilhører ulike klaner eller har vært fiender under krig i hjemlandet. Dessuten viser funnene at helsepersonellet kan oppleve det vanskelig å kommunisere gjennom tolk, fordi enkelte tolker ikke oversetter alt som blir sagt eller ikke oppklarer misforståelser i samtalen. I artikkelen argumenteres det for at tolkene skal ha en rolle som kulturtolker i tillegg til språklige tolker. Fordeler og ulemper ved dette diskuteres nærmere i kappen.

I *artikkel 3* undersøkes hvordan etniske minoritetspasienter med asiatisk eller afrikansk opprinnelse opplever pleien og behandlingen de får ved et sykehus i Norge, og hva som skaper mistillit i møte med etnisk norsk helsepersonell. Funnene viser hvordan ulike verdier, oppfatninger, forventninger og ulik atferd og uttrykksform hos pasienter og helsepersonell kan skape mistillit. Det kan oppstå fordi helsepersonell ofte har en mindre autoritær atferd og bruker lengre tid på å begynne med behandling enn pasientene er vant til fra sitt hjemland. Mistillit kan også skapes dersom helsepersonell informerer pasienten direkte om diagnose og prognose, noe som er uvanlig i en del andre samfunn. Enkelte av pasientene satte imidlertid pris på direkte informasjon. Forventning om eller opplevelse av diskriminering fra helsepersonell skaper også mistillit. Funnene viser at situasjoner som skaper tillit for én pasient, kan skape mistillit for en annen. I artikkelen knyttes mistillit til begrepet «othering», for å beskrive hvordan helsepersonells og pasienters syn på hverandre som «den / de andre» kan skape mistillit.

I den *fjerde artikkelen* undersøkes hvordan sykepleiere vurderer sin kunnskap om muslimske pasienters religiøse, kulturelle og individuelle kostholdsbehov og hvilke behov muslimske pasienter selv beskriver. Flertallet av sykepleierne mente at de har kunnskap om hva som er lov og forbudt for muslimer å spise, og at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn tilbys mat tilpasset deres tro og kultur. I lys av pasientenes erfaringer må denne kunnskapen sies å være av generell karakter. Noen av pasientene fulgte islamske retningslinjer strengt, og lot mer eller

mindre være å spise maten de ble servert i frykt for at den ikke var «halal». For andre var dette mindre viktig. Alle pasientene fant sykehusmaten ensformig og med lite smak.

Resultatene viser at helsepersonell har behov for kulturell kompetanse som en del av deres profesjonelle kompetanse, og at det er viktig at den er relatert til konkrete praksisnære områder. Avhandlingen bidrar dermed med kunnskap til sykepleie-/helsevitenskap. I tillegg trekker studien veksler på generell teori om profesjonalisme og profesjonell kompetanse, som også kan ses som et bidrag til helsevitenskap/sykepleieteori. Samtidig er utfordringer og dilemmaer profesjonsutøvere kan oppleve i møte med flerkulturalitet i liten grad tidligere tematisert i profesjonsteori, spesielt ikke relatert til konkrete områder der profesjonsutøvere har behov for kompetanse.

Abstract

Norway is home to a growing number of people from ethnic minority backgrounds, a trend which is expected to continue and which corresponds to a growing number of immigrant patients entering the Norwegian healthcare system. In addition, it is known that migration leads to health risk. The main purpose of this thesis is to study the cultural competence of health professionals and what competence they need to care for patients from ethnic minority backgrounds. To ensure equity in the healthcare services offered, healthcare personnel need to broaden their competency and become culturally competent. Some previous studies have focused on cultural competency in healthcare personnel. However, only a few of these studies have discussed specific topics relevant in a hospital context. In this thesis, cultural competency is operationalised in a more practice-clinical way regarding certain clinical care areas.

The empirical results are based on a study with a mixed methods design. *Qualitative methods:* a) Focus group interviews with medical unit nurses and psychiatric unit healthcare personnel, as well as professional interpreters recruited from a hospital in Oslo, the capital of Norway. b) In-depth interviews with immigrant patients from Africa and Asia. *Quantitative method:* A questionnaire completed by nurses working in the medical unit and a mixed group of healthcare personnel from the psychiatric unit in the hospital in question, as well as professional interpreters from the Oslo municipal interpreter service.

This thesis consists of four articles:

Article 1 examines how nurses in the medical and psychiatric units assess their own cultural competence with regard to ethnic minority patients. The focus is on the nurses' general cultural competence, but competency in specific areas of care is also discussed. Only a few of the nurses in the two units felt themselves to be adequately culturally competent to offer good nursing care to patients from ethnic minority backgrounds. Few of them reported themselves to be knowledgeable about philosophies of illness and treatment other than biomedicine, and many referred to the difficulty of assessing unfamiliar ways of expressing symptoms. The majority of the nurses in the medical unit found it hard to assess pain in minority patients, and more than 50% of those in the psychiatric unit found that patients' somatisation may make diagnosing difficult and may cause somatic symptoms to be overlooked. Years of work experience made no difference in the nurses' assessment of their own competence, according

to the analysis. The majority of the nurses reported that no in-service education had been offered regarding patients with different ethnic, cultural or religious backgrounds, and only a few nurses felt that they had someone to ask for advice regarding immigrant patients.

How healthcare personnel and interpreters assess their own cultural competency, each other's roles and reciprocal collaboration is the subject in *article 2*. Collaboration may be complicated by the healthcare professionals' lack of knowledge about illness and treatment philosophies other than Western biomedicine, the patients' worry that interpreters will not maintain their professional secrecy, and situations in which the interpreter and the patient hail from different clans or from groups that were enemies in wartime in their native country. Healthcare personnel may furthermore find communication through interpreters difficult, as some interpreters do not translate everything that is said or do not clarify misunderstandings during the conversation. The article puts forth the argument that interpreters ought to serve as cultural as well as linguistic interpreters. Advantages and disadvantages concerning this last point are discussed in the introductory section.

Article 3 delves into how Asian and African ethnic minority patients experience the care and treatment they are offered in a hospital in Norway and what creates distrust in their encounters with ethnic Norwegian healthcare personnel. The findings in this article show how distrust may arise from differences between patients' and healthcare professionals' values, understanding, expectations, behaviour and ways of expressing themselves. Distrust may, for instance, be caused by healthcare professionals conducting themselves in a less authoritarian way and taking longer to commence treatment than some immigrant patients would expect. Distrust may also be a response to healthcare personnel informing the patients themselves rather than their family about diagnosis and prognosis, as is the norm in many societies. However, some patients appreciated being informed directly. Also expectations of or having experienced discrimination on the part of healthcare personnel may create distrust. Situations that create trust in one patient may create distrust in another. In the article, distrust is tied to the concept of «othering» to describe how healthcare personnel and patients' reciprocal perceptions of each other as «the other / others» may create distrust.

The focus in *article 4* is on how nurses assess their knowledge regarding Muslim patients' religious, cultural and individual dietary needs and what needs are described by Muslim patients themselves. The majority of the nurses claimed to have adequate knowledge concerning what Muslims may or may not eat, and that ethnic minority patients are offered food that accommodates their cultural background and religious beliefs. In light of the

patients' experiences, however, the nursing staff's knowledge is rather general in character. While some patients kept strictly to Islamic guidelines and more or less abstained from eating the food they were served, worrying that it was not «halal», others considered this to be less important. All of the interviewed patients found the hospital food monotonous and lacking in flavour.

Considered together, the results show that healthcare personnel are in need of cultural competence training as part of their professional competency and that it is important to relate this knowledge to concrete clinical areas. With that, this thesis contributes with knowledge to the fields of nursing and health sciences. It also makes use of general theories of professionalism and professional competency and has applications related to the challenges and dilemmas that professionals in many fields may experience related to multiculturalism.

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Likeverdige helsetjenester	6
1.2 Minoritetsbefolkning og helserisiko	7
1.3 Kompetansebehov	8
1.4 Mål, forskningsspørsmål og oversikt over avhandlingens artikler	9
1.5 Disposisjon for avhandlingen	12
2.0 TIDLIGERE FORSKNING	13
2.1 Kulturell kompetanse	13
2.1.1 Kulturell bevissthet	16
2.1.2 Kulturelle kunnskaper og ferdigheter	17
2.2 Kliniske sentreringspunkter	20
2.2.1 Ulike forståelser for helse, sykdom og behandling	20
2.2.2 Kommunikasjon	21
2.2.3 Kultur og religion	24
2.3 Oppsummering	25
3.0 TEORETISK ANALYTISKE PERSPEKTIVER	27
3.1 Profesjonalisme	27
3.2 Profesjonell kompetanse	29
3.3 Kultur, mistillit og «othering»	31
3.4 Oppsummering	33
4.0 DATA OG METODE	35
4.1 Litteratursøk og arbeidet med litteraturen	35
4.1.1 Systematisk søk i begynnelsen av arbeidet	35
4.1.2 Kontinuerlige søk i løpet av arbeidet	36
4.2 Empirisk metodisk tilnærming	37
4.3 Metoder for utvalg og datainnsamling	38
4.3.1 Fokusgruppeintervjuer med helsepersonell og profesjonelle tolker	39
4.3.2 Utarbeidelse av spørreskjema og innsamling av surveydata	41
4.3.3 Deltakerne i spørreundersøkelsen	43
4.3.4 Intervjuer av pasienter med minoritetsbakgrunn	45
4.3.4.1 Bruk av tolk i intervjuene	48
4.4 Dataanalyse	49
4.4.1 Analyse av kvalitative data	49

4.4.2 Analyse av kvantitative data.....	51
4.5 Refleksivitet.....	52
4.5.1 Min rolle som forsker	52
4.5.2 Validitet og reliabilitet	53
4.5.3 Overførbarhet	54
4.6 Begrensninger ved studien.....	55
4.7 Etske betraktninger.....	56
5.0 FUNN I ARTIKLENE	58
5.1 Artikkel 1	58
5.2 Artikkel 2	59
5.3 Artikkel 3	61
5.4 Artikkel 4	62
6.0 DISKUSJON	64
6.1 Profesjonell kulturkompetanse	64
6.2 Kommunikasjon og samhandling	69
6.2.1 Symptomvurdering	70
6.2.2 Samarbeidet mellom helsearbeidere og tolker.....	72
6.2.3 Asymmetriske relasjoner og ulike kommunikasjonsstil	75
6.3 Mistillit	77
7.0 KONKLUSJON	79
7.1 Empiriske bidrag.....	81
7.2 Teoretiske bidrag.....	82
7.3 Behov for videre forskning	82
REFERANSER.....	84
VEDLEGG	97

Vedlegg

Vedlegg 1: Svar fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Helseregion Sør-Norge (REK)

Vedlegg 2: Godkjenning fra personvernombud

Vedlegg 3: Forespørsel til sykehusets ledelse

Vedlegg 4: Godkjenning fra sykehuset

Vedlegg 5: Spørreskjema, medisinsk klinikk

Vedlegg 6: Spørreskjema, psykiatrisk klinikk

Vedlegg 7: Spørreskjema til tolker

Vedlegg 8: Forespørsel til informantene

Vedlegg 9: Forespørsel til informantene, kortere versjon

Vedlegg 10: Påminning til informantene

Vedlegg 11: Intervjuguide til intervju med minoritetspasienter

De fire artiklene

Artikkel 1

Lise-Merete Alpers og Ingrid Hanssen (2014) Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. Publisert i *Nurse Education Today*. 34 (2014) 999–1004. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>.

Artikkel 2

Ingrid Hanssen og Lise-Merete Alpers (2010) Interpreters in Intercultural Health Care Settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. Publisert i *Journal of Intercultural Communication*, ISSN 1404-1634, issue 23, June 2010. URL: <http://www.immi.se/intercultural/>.

Artikkel 3

Lise-Merete Alpers (2016) Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. Publisert i *Nursing Ethics*, 1–11, DOI: 10.1177/0969733016652449.

Artikkel 4

Lise-Merete Alpers (2016) Hospital food: Muslim migrant patients and nurses' dissimilar understanding of patients' dietary needs. Sendt inn desember 2016 til *Journal of Clinical Nursing*.

1.0 INNLEDNING

Andelen innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn er stadig økende i Norge, og det er ventet at den vil fortsette å stige (SSB, 2016a). Det økende etniske mangfoldet og samfunnsendringene dette fører med seg, stiller andre og nye krav til etablerte institusjoner i den norske velferdsstaten og til profesjonelle yrkesutøvere. Dette gjelder også i helsevesenet, der antallet pasienter med minoritetsbakgrunn har økt og fortsatt er økende. I tillegg vet vi at migrasjon utgjør en helserisiko (Blom, 2008; Islam, Khanlou & Tamim, 2014). Dette har ført til et behov for ny og utvidet kompetanse hos helsepersonell. Slik kompetanse kalles ofte kulturell kompetanse, og ses på som en forutsetning for at innvandrerbefolkningen skal få den samme kvaliteten på helse- og omsorgstjenester som resten av befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det vil si at det ikke bare er behov for like, men også likeverdige helsetjenester. Hensikten med denne avhandlingen er å undersøke hvilke kompetansebehov helsepersonell har i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

Profesjonsutøvere i helsevesenet er tillagt spesifikke oppdrag på vegne av staten for at både samfunnets verdier og interesser og enkeltindividers behov skal ivaretas. For å kunne utføre dette oppdraget, er profesjonell kompetanse en forutsetning. Dette er et sammensatt fenomen, som innebærer både teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. I tillegg stilles det krav til holdninger, dømmekraft og etisk refleksjon (Sullivan, 2005). Tillit til profesjonelle baserer seg på at de har spisskompetanse relatert til problemene som skal løses (Abbott, 1988; Parsons, 1978, s. 40). I arbeidet med pasienter med minoritetsbakgrunn stilles helsepersonell overfor spesielle utfordringer som kommer i tillegg til de utfordringene man møter hos majoritetspasienter. Dette gjør at det stilles ytterligere krav til helsepersonells kompetanse.

En stor del av forskningslitteraturen som omhandler helsepersonells kulturelle kompetanse, er utviklet innenfor sykepleiefaget, og den er i stor grad basert på antropologiske perspektiver. Det er utviklet ulike modeller som beskriver forskjellige dimensjoner ved begrepet kulturell kompetanse og hva opplæring i dette bør inneholde. Eksempler på slike dimensjoner er «cultural awareness» (Campinha-Bacote, 2007; Papadopoulos, 2006), «cultural sensitivity» (Narayanasamy, 2002; Papadopoulos, 2006) og «cultural skills» (Campinha-Bacote, 2007). Et annet og lignende begrep er «cultural safety» (Kirmayer, 2012; Parisa, Reza, Afsaneh & Sarieh, 2016; Ramsden, 2002) (jf. kapittel 2). Denne litteraturen har bidratt til å øke oppmerksomheten på området. En svakhet ved den er imidlertid at den i liten grad går i dybden på kliniske problemområder som helsepersonell møter i pleie og behandling av

pasienter med minoritetsbakgrunn, og hvordan problemer løses i konkrete situasjoner. Eksempler på aktuelle problemområder i praksis er kommunikasjon og samarbeid med tolk, pasienter med andre oppfatninger om sykdom og behandling enn den vestlige biomedisinske forståelsen, vurdering av smerteuttrykk og andre symptomer og maten pasientene får servert på sykehus. Dette er temaer som blir behandlet i denne avhandlingen.

1.1 Likeverdige helsetjenester

Det er en overordnet verdi i den norske velferdsmodellen at helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige, og uavhengige av religion, kultur og etnisitet (helseforetaksloven, 2001; Meld. St. 34 (2015-2016), 2016; NOU 2014: 12, 2014; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; spesialisthelsetjenesteloven, 1999; St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Dette er også nedfelt i internasjonale menneskerettigheter (Blas, Roebbel, Raja & Valentine, 2016; WHO, 2002). Likeverdige helsetjenester betyr at alle skal ha tilgang til tjenester av like god kvalitet og tilpasset den enkelte. For at det skal være et *reelt likeverdig* behandlingstilbud må pasienter med ulike behov og forutsetninger da i blant behandles ulikt, tilpasset den enkeltes livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn og kommunikasjonsferdigheter. Til tross for en bred politisk oppslutning om dette, kan det være uklart hva det betyr i praksis at tjenestene skal være tilrettelagte, like gode og gi et like godt resultat (Djuve, Sandbæk & Lunde, 2011). Det er imidlertid klart at helsepersonells kompetanse er avgjørende for likeverdige helsetjenester. I en nasjonal strategi om innvandreres helse påpekes det at helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om «kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 5). Kunnskap om innvandrers grupper sykdomsforekomst og bruk av tolk er temaer som nevnes, men konkrete utfordringer i helsepersonells kliniske hverdag hvor det er behov for spesiell kunnskap er i liten grad beskrevet (ibid.). Også internasjonalt er det utarbeidet standarder for utvikling av likeverdige helsetjenester (HPH, 2014), men disse har heller ikke satt søkelys på de konkrete temaene jeg tar opp i denne avhandlingen.

Til tross for en målsetning om å yte likeverdige helse- og omsorgstjenester, vil det være en omfattende politisk debatt i hvilken grad grupper med etnisk minoritetsbakgrunn skal ha rettigheter og få forskjellsbehandling (f.eks. Barry, 2001; Gule, 2008; Kymlicka, 2007). Dette er preget av dilemmaer og moralske spørsmål, men det sentrale i denne avhandlingen er at det er behov for at helsepersonell har kulturell kompetanse for å forstå den enkelte pasient og for å kunne gjøre vurderinger og prioriteringer.

1.2 Minoritetsbefolkning og helserisiko

Norge er et lite land i global målestokk, men vi har en av de raskest voksende befolkningene i Europa. Ifølge tall fra Eurostat, EUs statistikkbyrå, hadde bare Luxembourg en høyere befolkningsvekstrate enn Norge i 2012. En av hovedårsakene til dette er økt innvandring (Andreassen, Dzamarija & Slaastad, 2013). Landets innvandrere består i dag av personer med bakgrunn fra 223 ulike land og selvstyrte regioner, og ved inngangen til 2016 var det over 698 600 innvandrere og 149 700 norskfødte med innvandrerforeldre.¹ Totalt utgjør dette 848.300 personer, det vil si 16,3 prosent av befolkningen (SSB, 2016c), noe som utgjør mer enn en fordobling det siste tiåret (Tønnessen, Cappelen & Skjerpen, 2014). Man ser for seg en årlig nettoinnvandring på i overkant av 25 000 gjennom mesteparten av dette århundret, og at antallet innvandrere vil være rundt 1,7 millioner i 2060 (SSB, 2016a).

Polakker er den største gruppen innvandrere i Norge, selv om tilveksten er avtagende. Deretter følger litauere, svensker og somaliere (SSB, 2016c). Arbeid, familiegjenforening, flukt og utdanning (i synkende rekkefølge) er hovedgrunnene til innvandringen i Norge. Imidlertid har nettoinnvandringen på grunn av arbeid minket, mens antall flyktninger og asylsøkere fra land med konflikter har økt (SSB, 2016b). Innvandrere fra Syria har hatt den kraftigste tilveksten blant innvandrergruppene det siste året. Selv om statistikken ikke dekker asylsøkere som venter på oppholdstillatelse, ble antall syriske innvandrere nesten fordoblet i 2015 (SSB, 2016c). I tillegg utgjør statsborgere fra Eritrea og Afghanistan store flyktninggrupper dette året (SSB, 2016b).

Oslo utgjør den kommunen med flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre (214.200 personer, 33 prosent av byens befolkning per 01.01.16) (SSB, 2016c). Ifølge kommunal statistikk utgjorde personer med bakgrunn fra Asia 40 prosent av byens innvandrerbefolkning ved inngangen til 2016, mens 17 prosent hadde afrikansk bakgrunn. Personer med europeisk bakgrunn (utenom norsk) utgjorde 38 prosent av innvandrerbefolkningen (Oslo kommune, 2016).

Faktorer som alder, kjønn, livsstil, sosiale og samfunnsmessige påvirkninger, levekår, arbeidsforhold og generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold er avgjørende for en persons helse, såkalte «social determinants of health» (Davies, Basten &

¹ *Innvandrere* er personer som er bosatt i Norge, men som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre.

Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge, har to foreldre som er innvandrere, og fire besteforeldre født i utlandet (SSB, 2016c).

Frattini, 2006). Mange innvandrere har bedre helse enn majoritetsbefolkningen når de kommer til et nytt land, fordi det hovedsakelig er unge og friske som migrerer («the healthy migrant effect»). Imidlertid får mange etter hvert en dårligere helse enn majoritetsbefolkningen (Attanapola, 2013; Hemminki, 2014). Både migrasjonsprosessen og den situasjonen immigranten befinner seg i, kan øke sårbarheten for sykdom og innvirke på helse (Davies et al., 2006; Varvin, 2015). I tillegg er enkelte minoritetsgrupper genetisk disponert for visse sykdommer (f.eks. Kurian & Cardarelli, 2007; Tran et al., 2011), noe som er viktig kunnskap i forhold til forebygging og diagnostisering. Personer med innvandrerbakgrunn har også statistisk høyere risiko for ulykker og skader enn befolkningen ellers (Assum & Nordbakke, 2013).

Immigranternes dårligere helse og økte risiko for sykdom sammenlignet med resten av befolkningen er dokumentert både i internasjonale (Alliance for Health Reform, 2004; Islam et al., 2014; Smedley, Stith & Nelson, 2003) og norske (Blom, 2008, 2010) studier, og gjelder både fysisk og psykisk sykdom (Abebe, 2010; Blom, 2008; Nortvedt, Hansen, Kumar & Lohne, 2015; Smedley et al., 2003). En norsk studie påpeker at dette også gjelder «psykosomatiske» lidelser, det vil si plager som ligger i grenselandet mellom det fysiske og psykiske (Blom, 2008).

1.3 Kompetansebehov

Når immigranter blir syke og har behov for helsehjelp, viser mye forskning at de ikke sjelden får et dårligere tilbud om behandling og helsetjenester enn majoritetsbefolkningen (f.eks. Flores, 2005; Johnstone & Kanitsaki, 2006; Kale, Ahlberg & Duckert, 2010; Smedley et al., 2003). Tilgangen til helsetjenester kan være dårligere, men forskning viser også at kvaliteten på behandlingen ofte ikke er like god som den majoritetsbefolkningen får. Disse forskjellene, som er knyttet til så vel kultur- og språkbakgrunn som etnisitet, gjelder også når det er kontrollert for faktorer som sosioøkonomisk status, alder, behandlingssted og diagnose ifølge en omfattende review-studie fra USA (Smedley et al., 2003).

Det at minoritetspasienter kan ha økt sykdomsrisiko og får utilstrekkelige helsetjenester, har ført til et fokus på helsepersonells kulturelle kompetanse. Studier viser at slik kompetanse kan bedre kvaliteten på pleie og behandling, ha en positiv påvirkning på pasienttilfredshet og helseresultat (health outcome), og dermed redusere forskjeller i helsetilbud mellom immigranter og majoritetsbefolkningen (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding &

Normand, 2003; Beach et al., 2005; Betancourt & Green, 2010; Gallagher & Polanin, 2015; Horvat, Horey, Romios & Kis-Rigo, 2014; Truong, Paradies & Priest, 2014).

1.4 Mål, forskningsspørsmål og oversikt over avhandlingens artikler

Hensikten med denne avhandlingen er å beskrive ulike utfordringer helsepersonell møter i pleie og behandling av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Det er et mål å beskrive konkrete, kliniske områder helsepersonell står overfor i sitt daglige arbeid, der det er behov for spesiell kompetanse relatert til etniske minoritetspasienter. For å kunne gi god omsorg og behandling og for å kunne oppnå tillit, er profesjonell kompetanse avgjørende (Grimen, 2008, s. 200; Helseth & Nortvedt, 2002). I studien undersøker jeg derfor også i hvilken grad pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn har tillit til helsepersonells kompetanse og hva som påvirker tilliten.

Det overordnede forskningsspørsmålet for avhandlingen er:

Hvilke kompetansebehov har helsepersonell ved pleie og behandling av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?

Mer konkrete forskningsspørsmål er:

- (1) Hvordan vurderer helsepersonell sin kompetanse ved kommunikasjon og samhandling i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, og hvilken betydning har erfaring for utvikling av deres kulturelle kompetanse?
- (2) Hvordan opplever pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn pleien og behandlingen de får på sykehus, og i hvilken grad har de tillit til helsepersonells profesjonelle og kulturelle kompetanse?

Disse to forskningsspørsmålene danner grunnlag for forskningsspørsmålene som belyses i de enkelte artiklene. Det første forskningsspørsmålet belyses i artiklene 1, 2 og 4, hvor oppmerksomheten på ulike måter er rettet mot forskjellige utfordringer helsepersonell møter i sitt arbeid med etniske minoritetspasienter og sentrale områder hvor det er behov for kulturell kompetanse.

I artikkel 1 kartlegges hvordan sykepleiere ved medisinsk og psykiatrisk avdeling opplever sin kompetanse relatert til pasienter med ikke-vestlig bakgrunn generelt og med fokus på noen konkrete områder. Disse områdene er kunnskap om andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn vestlig biomedisinsk og evnen til å vurdere «fremmede» symptomer og smerteuttrykk.

Det er også undersøkt i hvilken grad det er gitt internundervisning og i hvilken grad helsepersonell har noen å rådføre seg med relatert til minoritetspasienter, og om arbeidserfaring gir økt kulturell kompetanse. I artikkel 2 er både helsepersonells og profesjonelle tolkers perspektiv med for å belyse problemstillingen. Oppmerksomheten er også rettet mot samarbeidet mellom helsepersonell og tolker og utfordringer knyttet til dette. I den fjerde artikkelen er temaet muslimske pasienters religiøse, kulturelle og individuelle behov når det gjelder mat. Utfordringer relatert til dette drøftes fra både sykepleieres og etniske minoritetspasienters perspektiv.

Det andre forskningsspørsmålet belyses hovedsakelig i artikkel 3, men også i den fjerde artikkelen. For å beskrive helsepersonells behov for spesiell kompetanse i møte med minoritetspasienter, trekker jeg her inn pasientenes erfaringer med å være pasient på et norsk sykehus. I den tredje artikkelen er søkelyset satt på forhold som påvirker pasientenes tillit/mistillit i møte med helsepersonell og betydningen helsepersonells kulturelle kompetanse har for dette. Begrepet «othering» ses i sammenheng med mistillit. Den fjerde artikkelen, som omhandler muslimske pasienters behov relatert til mat, beskriver også hvordan helsepersonells kunnskap virker inn på pasientenes tillit. Tabell 1 viser en oversikt over de fire artiklene som inngår i avhandlingen med tittel, forskningsspørsmål, metode og hovedfunn.

Tabell 1. Oversikt over avhandlingens forskningsartikler

	Forskningsspørsmål	Hovedfunn
Artikkel 1 Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. Design: Mixed method Metoder: Fokusgruppeintervjuer, spørreskjema	Hvordan opplever sykepleiere ved medisinsk og psykiatrisk avdeling sin kompetanse relatert til pasienter med ikke-vestlig bakgrunn, og hvilken betydning har arbeidserfaring for utvikling av kulturell kompetanse?	Sykepleiere ved både medisinsk og psykiatrisk avdeling opplever generelt å ha utilstrekkelig kulturell kompetanse. I tillegg har de lite kunnskap om andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn vestlig biomedisin og vurdering av symptomuttrykk. De har fått lite/ingen internundervisning om minoritetspasienter. Arbeidserfaring gir ikke opplevelse av å ha økt kulturell kompetanse.
Artikkel 2 Interpreters in intercultural health care settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. Design: Mixed method Metoder: Fokusgruppeintervjuer, spørreskjema	Hvordan opplever helsepersonell og tolker hverandres roller og samarbeidet seg imellom? Hvordan opplever helsepersonell og tolker sin kulturelle kompetanse og hvordan opplever tolkene helsepersonells kompetanse relatert til etniske minoritetspasienter?	Helsepersonell opplever det vanskelig å samarbeide med tolker som har lite biomedisinsk og samfunnsmessig kunnskap, og som er uforberedt på å tolke ved medisinske undersøkelser/behandling. Tolkene finner medisinsk terminologi vanskelig å forstå, og mener de får for lite informasjon til å forberede seg til oppdrag. Mens både helsepersonell selv og tolker er enige om at helsepersonell har for lite kulturell kompetanse, mener tolkene stort sett at de selv har tilstrekkelig med slik kompetanse.
Artikkel 3 Distrust and patients in intercultural healthcare. A qualitative interview study. Design: Kvalitativt Metode: Dybdeintervjuer	Hvordan opplever afrikanske og asiatiske pasienter som er førstegenerasjonsinnvandrere behandlingen/pleien de får på et norsk sykehus, og hva skaper mistillit?	Forskjeller i verdier, oppfatninger, forventninger, uttrykksform og atferd hos minoritetspasienter og helsepersonell kan skape mistillit og «othering». Pasientene har ulik grad av tillit til etnisk norsk helsepersonells kompetanse. Ulik kommunikasjonsstil, opplevelse av diskriminering og grad av åpenhet ved helsepersonells informasjon er faktorer som påvirker om forståelse/tillit eller misforståelser/mistillit skapes. «Othering» er et gjensidig fenomen i møter mellom helsepersonell og minoritetspasienter. Det er behov for økt kulturell kompetanse hos helsepersonell for å skape tillit.
Artikkel 4 Hospital food: Muslim migrant patients and nurses' dissimilar understanding of patients' dietary needs. Design: Mixed method Metoder: Fokusgruppeintervjuer, spørreskjema, dybdeintervjuer	Hva slags kunnskap har sykepleiere ved medisinsk avdeling om muslimske pasienters behov når det gjelder mat, og hvilke behov angående kosthold har pasientene?	Over halvparten av sykepleierne mener at de har nok kunnskaper om muslimske minoritetspasienters behov og ønsker angående kosthold. Ses dette i lys av pasientenes behov, oppfattes sykepleierens kunnskap som begrenset, fordi pasientene har svært komplekse og individuelt ulike behov og holdninger til mat påvirket av religion, kultur, tradisjon og personlig smak.

I en avhandling er det nødvendig å gjøre noen avgrensninger. Både kjønnsforskjellene blant helsepersonell med en stor overvekt av kvinner (Helsetilsynet, 2013) og profesjonskampen som har preget norsk helsevesen (Henriksen, 2011) kunne vært interessante temaer å diskutere, men dette ville sprengte rammene for prosjektet. Datamaterialet gir heller ikke grunnlag for å gå nærmere inn på kjønnsforskjeller.² Jeg har i stedet valgt å fokusere på spørsmål knyttet til den klinisk praktiske helseprofesjonsutøvelsen da jeg gjennom dette får tatt opp problemstillinger som i liten grad tidligere er diskutert.

1.5 Disposisjon for avhandlingen

Basert på de fire artiklene i avhandlingen er hensikten med denne kappen og sette resultatene inn i en større kontekst og diskutere de overordnede forskningsspørsmålene for studien. Kappen består av sju kapitler. I dette første kapitlet er bakgrunn for tema og forskningsspørsmål beskrevet. I kapittel 2 gjennomgår jeg tidligere forskning om kulturell kompetanse og sentrale områder med kunnskapsutfordringer i helsepersonells kliniske hverdag i møte med etniske minoritetspasienter. I kapittel 3 presenteres og diskuteres det teoretiske rammeverket for ph.d-prosjektet. Kapittel 4 inneholder en redegjørelse for studiens metodiske tilnærminger og analysene som er utført. Her diskuterer jeg også mulige begrensninger ved studien og etiske dilemmaer. Kapittel 5 presenterer hovedfunnene i de fire artiklene. I kapittel 6 diskuterer jeg disse funnene relatert til forskningsspørsmålene. Kapittel 7 inneholder en konklusjon. I tillegg kommenterer jeg hvordan avhandlingen kan bidra empirisk og teoretisk til forskningsfeltet, og kommer med forslag til videre forskning.

² Dette er utdypet i kapittel 4.4.2.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapittelet presenteres begrepet kulturell kompetanse slik det beskrives i helserelatert forskningslitteratur. Det er hovedsakelig brukt fagfelleverderte artikler, men også bøker og avhandlinger som bygger på forskning. Kulturell kompetanse er beskrevet hos helsepersonell generelt, men fordi litteratursøket, som er nærmere gjort rede for i kapittel 4.1, ga flest treff på litteratur som omhandler sykepleie, er denne profesjonen mest vektlagt.

Først presenteres hovedtrekkene i den omfattende litteraturen som belyser kulturell kompetanse hos helsepersonell. Deretter presenteres ulike dimensjoner ved dette begrepet, det vil si kulturell bevissthet og kulturelle kunnskaper og ferdigheter. I tillegg gjør jeg rede for forskningslitteratur relatert til noen konkrete områder som er relevante i helsepersonells kliniske arbeid med minoritetspasienter. Disse områdene er ulike forståelser for helse, sykdom og behandling, kommunikasjon og hvordan kosthold påvirkes av kultur og religion. Disse konkrete temaene går forskningen om kulturell kompetanse i liten grad i dybden på. Det var derfor nødvendig å gjøre nye litteratursøk for å få kunnskap om dem.

2.1 Kulturell kompetanse

Kultur er et komplekst fenomen, som er definert på en rekke ulike måter (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 48). En tradisjonell definisjon av begrepet slik antropologen Howard (1996, s. 14) beskriver det, er

the customary, learned manner in which human groups organize their behavior and thought in relation to their environment. Defined in this manner, culture has two principle aspects: behavioral and cognitive. The behavioral component refers to how people act, and especially interact, with one another. ... Cognition involves how people perceive, classify, and interpret their world.

En vanlig definisjon av kultur som benyttes av helseprofesjonelle er den vi finner i Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, det vil si «systems of knowledge, concepts, rules, and practices that are learned and transmitted across generations... Cultures are open, dynamics systems that undergo continuous change over time» (DSM-5, 2013, s. 749). Som det fremheves av en av bidragsyterne innen feltet kulturell kompetanse, handler kultur om en type «briller» vi ser verden gjennom, som er styrende for vurderinger og valg (Papadopoulos, 2006, s. 11). I tråd med et hermeneutisk perspektiv betyr dette at forforståelse er nødvendig for å kunne forstå (Gadamer, 2012, s. 302–322). Når det gjelder ethvert menneskets kulturelle bakgrunn eller kultur, vil det alltid være deler av den som ikke er verbalisert, som er tatt for gitt og nedfelt i væremåter og vaner, mens andre sider er mer språklige og reflekseive, for

eksempel kan en norsk sykepleier si at «det er typisk somaliere å ha mange besøkende», mens han/hun kanskje ikke har et like reflektert forhold til hvordan hans/hennes egen kulturelle bakgrunn påvirker møtet med en minoritetspasient. Dette er mange antropologer opptatt av som kulturens usynlige, tause og tatt for gitte natur (Sobo, 2009, s. 111).

Når kultur er et komplekst fenomen, er det ikke overraskende at også kulturell kompetanse er mye diskutert og beskrives forskjellig. Definisjonen til Cross, Bazron, Dennis og Isaacs (1989) er en av de mest brukte innenfor helsevesenet, nemlig at

- «[c]ultural competence is a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency, or amongst professionals and enables that system, agency, or those professionals to work effectively in cross-cultural situations» (s. iv).

California Endowment (2003) beskriver kulturell kompetanse som helsepersonells

- «... attitudes, knowledge and skills necessary for providing quality care to diverse populations» (s. v).

Denne siste definisjonen brukes også av The American Association of Colleges of Nursing (2008). Samspillet mellom holdninger, kunnskaper og ferdigheter vektlegges også innen profesjonsteori, som jeg kommer tilbake til i kapittel 3. Det påpekes av flere at utviklingen av kulturell kompetanse er en prosess som skjer over tid (Campinha-Bacote, 2002; Cross et al., 1989; Jirwe, Gerrish & Emami, 2006; Montenery, Jones, Perry, Ross & Zoucha, 2013; Papadopoulos, 2006, s. 10), blant annet fordi samfunnet stadig blir mer mangfoldig (Taylor et al., 2011). Det finnes ikke et endepunkt, men er et område helsepersonell kontinuerlig må arbeide med, noe tittelen på boka *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services. The journey continues* av Campinha-Bacote (2007) understreker.

Den amerikanske sykepleieren og antropologen Madeleine Leininger (1925-2012) var opptatt av sykepleieres og annet helsepersonells behov for kulturell kompetanse, og utviklet på 1950-tallet «transcultural nursing»-teorien. Hun definerte dette fagfeltet som «... a formal area of study and practice focused on comparative human-care (caring) differences and similarities of the beliefs, values, and patterned lifeways of cultures to provide culturally congruent, meaningful, and beneficial health care to people» (Leininger, 2002b, s. 5–6). Leininger utarbeidet en teori kalt «Cultural Care Diversity and Universality» for hvordan sykepleiere skal gi pleie og omsorg i samsvar med pasientens kultur (ethno nursing).

Hovedkomponentene i teorien er beskrevet i hennes «Sunrise Model», som viser ulike

faktorer som er med på å påvirke helse, sykdom og omsorg/pleie (Leininger, 2006). Hun utviklet også en kvalitativ forskningsmetode, «Ethnonursing Research Method», hvor hensikten er å dokumentere, beskrive og fortolke informantenes verdensbilde, oppfatninger og livserfaringer som er relevante for reelle eller potensielle sykepleiefenomener (Leininger, 2002a, s. 85).

Leiningers forskning har vært svært viktig for forståelsen for betydningen av at helsepersonell har kulturell kompetanse, og for å gjøre kultur til et sentralt tema i utviklingen av sykepleieteori. Selv om hennes teori fortsatt er sentral, er den også kritisert blant annet for at den i for liten grad tar hensyn til at kulturer ikke er statiske, men dynamiske og i utvikling, og at stereotype syn på kulturer kan føre til at en overser individuell variasjon hos pasienter (Coup, 1996; Mulholland & Dyson, 2001). I løpet av de siste 20–30 årene har «transcultural nursing» utviklet seg i en rekke retninger, og etter hvert har flere modeller utviklet seg innen «transcultural nursing»-familien, for eksempel «The Papadopoulos, Tilki and Taylor (PTT) Model of Transcultural Nursing and Cultural Competence» (Papadopoulos, 2006), «The Culturally Competent Model of Care» (Campinha-Bacote, 2007) og ACCESS-modellen (Assessment, Communication, Cultural negotiation and compromise, Establishing respect and rapport, Sensitivity, and Safety) (Narayanasamy, 2002). Disse modellene er utviklet i en nordamerikansk eller europeisk multikulturell kontekst hvor målet er at sykepleiere eller helsepersonell skal oppnå kunnskap om og forståelse for ulike kulturelle verdier, oppfatninger og handlinger knyttet til sykdom og behandling. Begrepet «cultural safety» utarbeidet av sykepleieren Irihapeti Ramsden (2002) er også sentralt i litteraturen om kulturell kompetanse selv om hennes perspektiv gjør at hun er tilbakeholden med å bruke begrepet kulturell kompetanse selv. «Cultural safety» er utviklet i en bikulturell kontekst på New Zealand hvor søkelyset er satt på urbefolkningens, det vil si maorienes helse, som ble en minoritet i eget land på grunn av koloniseringen. «Transcultural-filosofien» og «cultural safety»-begrepet har flere likheter (Cooney, 1994), men er også i forskningslitteraturen beskrevet som at de står i kontrast til hverandre og som konkurrerende paradigmer (Cooney, 1994; Papps, 2002; Ramsden, 2002; Richardson, 2010).

Litteraturen om kulturell kompetanse er preget av et mangfold av begreper og perspektiver. Drevdahl et al. (2008, s. 19) påpeker at «[t]he cultural competent care literature is saturated with confusions and ambiguities over terminology; such ambiguities constitute an ongoing handicap ...». I den følgende litteraturgjennomgangen er hensikten å få frem sentrale perspektiver innen området kulturell kompetanse hos helsepersonell, og ikke utførlig

presentere de ulike modellene eller diskutere uenigheter i hva som legges i forskjellige begreper.

2.1.1 Kulturell bevissthet

Kulturell bevissthet (cultural awareness) beskrives som helt sentralt og grunnleggende for at helsepersonell skal kunne utvikle kulturell kompetanse (Campinha-Bacote, 2007; Papadopoulos, Tilki & Ayling, 2008; Ramsden, 2002; Siraj, Zamzam, Ismail & Mohamad, 2011). Å ha et ønske (cultural desire) om å bli kulturelt kompetent, er også et viktig utgangspunkt (Campinha-Bacote, 2007, s. 21–26). Kulturell bevissthet innebærer at helsepersonell er bevisst på egne verdier og oppfatninger. Verdier utvikles i ung alder og påvirkes av familie og sosialt miljø. Oppfatninger og verdier kan beskrives som brillene vi ser verden gjennom, og prinsipper vi bruker i valg og vurderinger. Manglende oppmerksomhet på dette, vil derfor ubevisst påvirke vår atferd overfor andre. En del av den nødvendige kulturelle bevisstheten, innebærer å bli bevisst på egne stereotypier, fordommer og antagelser angående mennesker som er annerledes enn en selv (Campinha-Bacote, 2007, s. 27–35; Papadopoulos, 2006). Mangel på slik bevissthet og manglende respekt overfor pasienter med andre synspunkter enn de en har selv, beskrives som den alvorligste barrieren for kulturelt kompetent pleie og behandling. Dette kan blant annet påvirke diagnostiseringen av pasienter (Campinha-Bacote, 2007, s. 27–35). Parisa et al. (2016) beskriver slike fordommer og stereotype holdninger som «pre-(mis)understandings».

I beskrivelsen av hva det vil si å ha en kulturell bevissthet, advares det mot etnosentrisme. Det betyr at man har sin egen kultur som standard og vurderer andre utfra den. Det vektlegges at man må forsøke å forstå sin egen kultur før man prøver å forstå betydningen av andres etniske opprinnelse. Det advares også mot essensialisme som vil si å tro at menneskers atferd skyldes underliggende og uforanderlige, og ofte medfødte, egenskaper hos mennesker eller gruppen de tilhører. Slike stereotype holdninger kan oppstå dersom man ser på minoritetspasienter som sårbare på grunn av sin kultur (the cultural «other») (Kirmayer, 2012), og gjøre at en overser individuell variasjon hos pasienter (Coup, 1996; Ramsden, 2002).

Betydningen av å reflektere over sin maktposisjon, og hvordan dette ubevisst påvirker oppfatningen av «de andre» er også beskrevet som en viktig del av helsepersonells kulturelle bevissthet. Spesielt Ramsden (1946-2003) og tilhengere av hennes «cultural safety»-tenkning har rettet oppmerksomheten mot dette (Gerlach, 2012; NCNZ, 2011; Ramsden, 2002), men også Papadopoulos vektlegger at maktforskjeller i relasjonen mellom helsepersonell og

pasienter må utfordres. Dette beskrives som et kjennetegn ved å ha en kulturell sensitivitet, som jeg oppfatter som nært knyttet til kulturell bevissthet. Tillit, respekt, empati og kommunikasjonsferdigheter beskrives som vesentlige egenskaper her (Papadopoulos, 2006). Ramsden (2002) påpeker at helsepersonell kan utvikle en slik følsomhet overfor andres oppfatninger gjennom selvrefleksjon. Narayanasamy (2002) fremhever kulturell sensitivitet som nødvendig for at sykepleieintervensjoner skal ha effekt. Han vektlegger dessuten betydningen av respekt, god kommunikasjon og forståelse for kulturelle oppfatninger og verdier for at pasienten skal oppleve selvrespekt. Det har også betydning for opplevelsen av tillit, som er nødvendig for en terapeutisk relasjon. Helsepersonells kulturelle sensitivitet beskrives dessuten som nødvendig for å kunne vise omtanke og barmhjertighet for pasientene på en måte som er individuelt tilpasset (Papadopoulos et al., 2015).

Tillit er et av Ramsdens nøkkelbegrep. Hun hevder at sykepleieres holdninger og syn på pasientene som unike personer hvor forskjeller respekteres er avgjørende for at det skal etableres tillit mellom partene (Ramsden, 2002, s. 105). I et intervju i tidsskriftet *Nursing New Zealand* uttrykte hun: «Cultural safety is not about patients; it's about nurses, their behaviour and attitudes towards patients, and their ability or otherwise to create trust» (Manchester, 2002, s. 21). «Cultural safety» innebærer også at pasienters helserelaterte oppfatninger og praksiser som skiller seg fra vestlig biomedisin respekteres, og at kulturelle forskjeller ikke skal være definert av den dominerende gruppens perspektiv (Gerlach, 2012).

En svakhet ved litteraturen om kulturell bevissthet er at den kan oppfattes som normativ, og at den i liten grad drøfter hvorvidt det er mulig å være bevisst på alle sine holdninger. Smedley et al. (2003, s. 162) påpeker at «healthcare providers, like other members of society, may not recognize manifestations of prejudice in their own behavior». Dette kan blant annet vise seg gjennom nonverbale signaler og i pressede situasjoner, for eksempel ved liten tid og manglende ressurser (ibid, s.162).

I tillegg til kulturell bevissthet, regnes både kulturelle kunnskaper og ferdigheter som nødvendig for at helsepersonell skal oppnå kulturell kompetanse (Campinha-Bacote, 2007, 2011; Papadopoulos, 2006; Papadopoulos et al., 2008).

2.1.2 Kulturelle kunnskaper og ferdigheter

Kulturell kunnskap (cultural knowledge) er beskrevet som «the process of seeking and obtaining a sound educational foundation about diverse cultural and ethnic groups» (Campinha-Bacote, 2002, s. 182). Dette innebærer blant annet at helsepersonell har forståelse

for den historiske, geografiske og sosiokulturelle bakgrunnen til den enkelte pasient (Papadopoulos, 2006, s. 12–13). Det betyr også at helsepersonell bør ha kunnskaper om ulike oppfatninger om helse og sykdom, og om hvordan disse påvirker atferd. Dette innebærer å ha forståelse for pasientens verdensbilde, fordi det er grunnlaget for alle handlinger og tolkninger (Campinha-Bacote, 2007, s. 37–38; Papadopoulos, 2006). Kulturell kunnskap innebærer også å ha konkret helserelevant kunnskap om ulike minoritetsgrupper, blant annet om visse diagnoser som oftere forekommer hos enkelte grupper (Campinha-Bacote, 2007, s. 38–40). Både Leininger (2002b) og Kohn-Wood og Hooper (2014) har vektlagt behovet for at helsepersonell har kunnskap som gjør dem i stand til å «skreddersy» pleie og behandling tilpasset spesifikke kulturer. Campinha-Bacote er i tillegg opptatt av betydningen av forskjellene man finner innenfor enhver kulturell gruppe, det vil si intrakulturell variasjon. Alle mennesker er en unik kombinasjon av mangfoldet innenfor enhver kultur, livserfaringer og akkulturasjonsprosessen. Det er dessuten nødvendig å være bevisst på at kulturer stadig er under utvikling, og at det ikke vil være mulig for helsepersonell å kjenne til oppfatninger og praksis knyttet til helse for alle pasienter (Campinha-Bacote, 2002; 2007, s. 37–47; 2011). Helsepersonell må derfor utvikle evnen til å samle kulturelle data som er relevante for den enkelte pasient, og vurdere pasientens fysiske tilstand på en sensitiv måte som tar hensyn til pasientens kultur. Dette beskrives som kulturelle ferdigheter (cultural skills). Målet for en slik kulturell vurdering er å få nøyaktig informasjon fra pasienten som vil gjøre helsepersonell i stand til å forstå pasientens problem og kunne formulere en kulturelt relevant behandlingsplan som begge parter kan akseptere (Campinha-Bacote, 2007, s. 49). En slik vurdering kan gjøres relatert til ulike konkrete områder, for eksempel ritualer og preferanser knyttet til kosthold (Purnell, 2002). Dette vil gjøre helsepersonell bedre i stand til å ta beslutninger på bakgrunn av forståelsen for pasienten (Narayanasamy, 2002).

Campinha-Bacote (2007, s. 67–68) bygger på modellen til Dreyfus og Dreyfus (1980), fra novise til ekspert, for å belyse at det tar tid å oppnå kulturelle ferdigheter. Mens en novise har liten forståelse for hvordan en kulturell vurdering skal gjennomføres, kan en ekspert samle kulturell relevant informasjon om en pasient uten å bruke spesifikke retningslinjer. De kulturelle ferdighetene må imidlertid brukes på en kulturell sensitiv måte. Det vektlegges også at mange kulturelle møter (cultural encounters) er en forutsetning for å opparbeide erfaring og for at stereotype oppfatninger skal kunne endres (Campinha-Bacote, 2007, s. 71).

Papadopoulos (2006, s. 18–21) mener dessuten at en kulturelt kompetent helsearbeider har evne til å utfordre rasisme og andre former for diskriminering og undertrykkende praksis.

Som en oppsummering kan kulturell kompetanse beskrives som en syntese av kulturell bevissthet, kulturelle kunnskaper og kulturelle ferdigheter. I dette inkluderes at helsepersonell har et ønske (cultural desire) om å bli kulturelt kompetente, og at de møter pasientene på en kulturell sensitiv (culturally sensitive) måte, som gjør at behandlingen og pleien oppleves som trygg (culturally safe).

I forlengelsen av litteraturen om kulturell kompetanse, er det beskrevet ulike metoder for at helsepersonell skal oppnå slik kompetanse. Utdanning er det som oftest vektlegges i forskningslitteraturen (Alliance for Health Reform, 2004; Aponte, 2012; Betancourt & Renfrew, 2011; California Endowment, 2003; Paroz et al., 2016; Rapp, 2006; Smedley et al., 2003; Taylor et al., 2011). I rapporten *Unequal Treatment*, utgitt av The Institute of Medicine (USA), anbefales det at lærerplaner med fokus på tverrkulturell behandling og pleie integreres tidlig i utdanningen av fremtidig helsepersonell (Smedley et al., 2003). Det er også anbefalt at slik opplæring bør fortsette for ferdigutdannet helsepersonell (Beach et al., 2005; Douglas et al., 2014; Migrant-Friendly Hospitals, 2005; Papadopoulos et al., 2008; Smedley et al., 2003).

I litteraturen beskrives stor variasjon i varighet på opplæringsprogrammer som gjennomføres, fra tre timer (Siraj et al., 2011), noen dager (Papadopoulos et al., 2008), uker (Elsegood & Papadopoulos, 2011) eller måneder (Levine & Perpetua, 2006). Det finnes program bare for leger (Like, 2011; Siraj et al., 2011), bare for sykepleiere (Berlin, Nilsson & Törnkvist, 2010; Levine & Perpetua, 2006) og tverrfaglige program (Munoz, DoBroka & Mohammad, 2009). Eksempler på utdanningsstrategier er forelesninger, konferanser, debatter, kliniske case, refleksjonsgrupper (Elsegood & Papadopoulos, 2011; Papadopoulos et al., 2008), presentasjoner, rollespill og simulering (Gallagher & Polanin, 2015). I tillegg til spesielle kurs som vektlegger kulturell kompetanse anbefales det å integrere temaer som er relatert til dette i annen klinisk opplæring for å vise at dette ikke er et «tilleggs-område», men noe som er sentralt i god pasientbehandling (Betancourt & Green, 2010). Forskning på effekten av opplæring i kulturell kompetanse viser varierende resultater hos både studenter og ferdigutdannede (Gallagher & Polanin, 2015). To systematiske review-studier konkluderer imidlertid med at slike opplæringsprogram både gir økt kulturell kompetanse hos helsepersonell og bedre tilfredshet og helseresultater hos pasientene (Beach et al., 2005; Truong et al., 2014).

Forskning på kulturell kompetanse har bidratt til å sette dette temaet på dagsorden for helsepersonell, og beskrivelsen av de ulike begrepene som inngår i slik kompetanse viser kompleksiteten på området. Likevel fremgår det i liten grad av litteraturen hvilken

kompetanse helsepersonell kan ha behov for relatert til konkrete områder i møte med minoritetspasienter, noe denne avhandlingen har fokus på. I det følgende beskrives derfor noen kliniske sentreringspunkter som er relevante for min studie.

2.2 Kliniske sentreringspunkter

Ulike forståelser for helse, sykdom og behandling, kommunikasjon og kultur og religion er sentrale områder med kompetanseutfordringer i helsepersonells kliniske hverdag i møte med etniske minoritetspasienter og viktige temaer i denne avhandlingen.

2.2.1 Ulike forståelser for helse, sykdom og behandling

Medisin som vitenskap, slik den praktiseres for eksempel i Norge, blir gjerne omtalt som biomedisin. Det finnes også andre teorier om årsaken til sykdom. Blant flere av disse er oppmerksomheten rettet mot at helse har sammenheng med en harmonisk balanse mellom to eller flere elementer eller krefter i kroppen. Eksempler på systemer innenfor denne såkalte humoralteorien er ayurveda, unanimesisin og kinesisk medisin (Chaudhury & Rafei, 2001; Foster, 1987). Ayurveda er opprinnelig en mer enn 5000 år gammel indisk behandlingsmetode (Narayanasamy & Narayanasamy, 2006), som også kalles hinduenes medisin. Unanimesisin stammer fra klassisk gresk medisin videreutviklet av araberne (Hylland Eriksen & Sajjad, 2012). Tradisjonell kinesisk medisin har røtter mer enn 2000 år tilbake i tid, og knyttes til taoisme og kinesisk filosofi (Dong & Zhang, 2001; Hylland Eriksen & Sajjad, 2012; Tang, Liu & Ma, 2008). Innenfor alle disse systemene er sykdommer et resultat av ubalanse, og målet er å gjenopprette balansen. Eksempler på behandling kan være urter, massasje og kostholdsterapi, men behandlingen har ulike former innenfor de ulike systemene (Chaudhury & Rafei, 2001). «Varm-kald-teorien om sykdommer» inngår i humoralteorien og disse medisinske systemene. Med «varm» og «kald» menes ikke målbar temperatur, men en opplevelse i kroppen som er knyttet til en tilstand, sykdom, mat, urter eller medisiner. Ved sykdom, gjenopprettes helse ved å reetablere den indre «temperaturbalansen» ved at en utsettes for eller spiser/driker noe med motsatt kvalitet av det som har forårsaket sykdom (Helman, 2007, s. 28).

Avhengig av hvilket medisinsk system immigranter har lært å forholde seg til i sitt hjemland, vil de ha ulike forklaringer på hva som fører til helse og sykdom. Antropologen og psykiateren Kleinman (1978) hevder at det helsemessige resultatet av møtet mellom helsearbeider og pasient er direkte påvirket av forskjellen mellom deres forklaringsmodeller.

Kleinman (1980, s. 49–60) utviklet en modell som illustrerer tre ulike sektorer, som finnes i ethvert samfunns helsetjenester. Disse er overlappende, og består av privat sektor, folkelig sektor og profesjonell sektor. Den første utgjøres av lekfolk (familie/sosialt nettverk).³ 70-90 prosent av spørsmål som gjelder sykdom og behandling løses her, ifølge Kleinman (1980). Den folkelige sektoren utgjøres av behandlere som arbeider i henhold til metoder eller medisinske systemer som ikke er anerkjente som tilhørende den profesjonelle sektor i det aktuelle landet. Den profesjonelle sektoren består av helsearbeidere som ut fra et gitt samfunns regler har formell kompetanse (ibid.).

Mange immigranter i Norge kommer fra kulturer der moderne biomedisin er en del av den profesjonelle sektoren (Varvin, 2008, s. 81), men også andre behandlingsformer kan være anerkjente, profesjonaliserte og støttet av myndighetene i landet de kommer fra, for eksempel ayurveda i India (Hylland Eriksen & Sajjad, 2012, s. 224). I tillegg kan behandlingsformer utenfor profesjonell sektor benyttes. I studier fra utviklingsland er det beskrevet at rundt 40 prosent benytter alternativ behandling (Pandian et al., 2012; Schachter, 2008). Av den norske befolkningen bruker også omtrent 40 prosent alternativ behandling, for eksempel homøopati, soneterapi eller healing, i stedet for eller i tillegg til biomedisinsk behandling (Fønnebø, 2013). Immigranter konsulterer ofte behandlere innenfor det medisinske systemet de er kjent med fra hjemlandet sitt, enten behandlerne tilhører profesjonell eller folkelig sektor (Narayanasamy & Narayanasamy, 2006). Dette kan være behandlingsformer som er fremmede for norsk helsepersonell. Det har derfor betydning at helsepersonell har en viss kunnskap om andre forklaringsmodeller enn den biomedisinske. Dette er blant annet viktig fordi alternativ behandling kan ha interaksjoner med biomedisinsk behandling (Schachter, 2008).

2.2.2 Kommunikasjon

Språkbarrierer forsterker ofte kulturelle forskjeller, kompliserer kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell, og er en trussel mot pasientsikkerhet og kvaliteten på helsetjenester (van Rosse, de Bruijne, Suurmond, Essink-Bot & Wagner, 2016). Helsepersonells kommunikasjonsferdigheter regnes derfor som en viktig del av deres kulturelle kompetanse (Crenshaw et al., 2011; Narayanasamy, 2002; Papadopoulos, 2006; Purnell, 2002; Teal &

³ Det vil si at privat sektor her ikke henviser til helsetjenester man betaler for, men til forskjellig behandlingspraksis knyttet til privatsfæren.

Street, 2009). Innenfor dette området beskrives bruk av profesjonell tolk som helt sentralt (Betancourt & Renfrew, 2011; Henderson & Kendall, 2011; Henderson, Kendall & See, 2011), og det vektlegges for å sikre likeverdige helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; NOU 2014: 8, 2014). Til tross for at forfattere i årevis har påpekt bruk av tolk som viktig når det oppstår språkproblemer, er det fortsatt mange helseinstitusjoner som ikke bruker profesjonelle tolker i det hele tatt eller i liten grad (f.eks. Anderson et al., 2003; Jacobs, Chen, Karliner, Agger-Gupta & Mutha, 2006; Schenker, Perez-Stable, Nickleach & Karliner, 2011). Når tolker benyttes, gjelder det oftest planlagte situasjoner. Ellers er ad hoc-tolker som familie og venner, fortsatt mye brukt (Hadziabdic, Lundin & Hjelm, 2015; Nielsen & Birkelund, 2009). Ved enkelte sykehusavdelinger ser det ut til å være en negativ eller ambivalent holdning blant helsepersonell til språkproblemer som oppstår. Dette kan føre til at det ikke gjøres noe for å løse problemet, som å skaffe kompetent tolk. Bruk av tolk kan dermed være et spørsmål om holdninger, og ikke bare være knyttet til rent praktiske forhold (Hanssen, 2010). Skal samarbeidet mellom helsepersonell og tolker fungere, kreves det kunnskap om hvordan man best kan gjennomføre tolkesamtaler (Kale et al., 2010).

I tillegg til å benytte tolk når pasienten ikke kan tilstrekkelig norsk, er det viktig å ha kunnskap om at kommunikasjon er kulturelt påvirket både verbalt og nonverbalt. Verbalt kan det for eksempel vise seg i ulikheter i uttrykksform og symbolbruk så vel som i direkte og indirekte kommunikasjon. Når det gjelder nonverbale signaler, kan det være store forskjeller relatert til gestikulering, lyttestil og øyekontakt mellom ulike kulturelle grupper (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 65–94; Narayanasamy, 2002; Purnell, 2002). I asiatiske og afrikanske tradisjoner kan for eksempel direkte øyekontakt oppfattes som mangel på respekt (Narayanasamy, 2002). Spesielt kvinnelige pasienter kan derfor forsøke å unngå øyekontakt, særlig overfor mannlige helsepersonell. Mange gjør også det for å bli oppfattet som anstendige (al-Shahri, 2002). Pasientens syn på helsepersonell kan være påvirket av kulturen de kommer fra, og kan være en annen kommunikasjonsbarriere. I noen kulturer er det for eksempel vanligere enn i den norske at helsepersonell har en autoritær stil, og pasienter forventer å få klare instruksjoner om hva de skal gjøre (Carteret, 2011). Til tross for dette, viser forskning at også overfor disse pasientene kan en pasientsentrert kommunikasjonsstil fungere godt. Everett-Murphy et al. (2011) fant i en sørafrikansk studie av jordmødre som arbeidet med å hjelpe gravide å slutte å røyke, at en lite autoritær stil førte til mindre motstand og ga bedre resultater enn den tradisjonelle autoritære stilen.

Også kommunikasjon av smerter påvirkes i stor grad av kultur (Betancourt, Green & Carrillo, 2016; Nielsen & Birkelund, 2009), og kan gjøre det utfordrende for helsepersonell å vurdere pasienters smertenivå. Ulike samfunn kan ha forskjellige normer for hva som regnes som «riktig» atferd i relasjon til smertens type og styrke. I enkelte samfunn er idealet å lide i stoisk stillhet, mens man i andre kulturer forventer at smerter uttrykkes fritt og ekspressivt (Barkwell, 2005; Cano, Mayo & Ventimiglia, 2006; Lovering, 2006). Pasientens smerteuttrykk kan dermed være en sentral del av kommunikasjonen ved sykdom og lidelse.

Allerede i 1952 gjennomførte Zborowski en studie der han undersøkte hvilken innvirkning kultur har på reaksjoner på og holdninger til smerte. Han studerte jøder, italienere, irer og amerikanere ved et sykehus i New York, og fant at følsomhet for smerte og hvilken betydning smerte tillegges varierte med kultur og etnisitet til tross for at det er et biologisk fenomen (Zborowski, 1952). Dawes og Thoner (1996, s. 9) hevder at det «i asiatiske kulturer er (...) vanlig å uttrykke alle typer smerter åpent, uten krav om selvkontroll som er mer vanlig i vestlige kulturer», mens Hobara (2005) fremholder at asiater vanligvis er stoiske overfor smerter. En forklaring kan være at Dawes og Thoner i stor grad har studert asiater fra det indiske subkontinent, mens Hobara blant annet har forsket i Japan.

Etniske ulikheter i hvordan pasientene uttrykker smerte, blir av en del forskere forklart med at det er forskjeller i nevrofysiologiske mekanismer. Det hevdes at etniske faktorer muligens kan påvirke aktiviteten i sentralnervesystemet som modulerer smerten gjennom aktivitet i nedadstigende hemmende nervebaner (Edwards, Fillingim & Keefe, 2001). Både Zborowskis (1952) funn og senere studier, viser imidlertid at når og hvordan man uttrykker smerter, påvirkes av en rekke ulike faktorer ut over det rent fysiologiske. Barkwell (2005), for eksempel, påpeker at for mange henger psykososiale, åndelige og kulturelle aspekter nøye sammen, og at dersom man ikke har en slik helhetlig forståelse av smerter og ikke tar hensyn til dette, kan rent biomedisinsk behandling ha begrenset lindrende effekt ved sterke smerter.

Innenfor biomedisin finner man en økende forståelse for hvor viktig kulturell bakgrunn er for hvordan pasienter uttrykker smerte og hvilke tiltak som blir igangsatt for å behandle smerter (Cano et al., 2006; Ruehlman, Karoly & Newton, 2005). Fokusgruppeintervjuer med helsepersonell fra tre ulike kontinenter viser dessuten at helsearbeideres egen kulturelle bakgrunn påvirker deres syn på pasienters smerter og smertebehandling (Lovering, 2006). Kultur påvirker også hvordan psykiske plager uttrykkes. I samfunn hvor psykisk sykdom er stigmatiserende, somatiseres gjerne slike plager, det vil si de beskrives med kroppslige symptomer som ubehag, smerte, svimmelhet og tretthet (Kleinman, 2004). Dette er heller ikke

uvanlig hos flyktningepasienter som kan ha «[k]roniske smertetilstander, ofte med organisk grunnlag, som må betegnes som en psykofysisk tilstand» (Varvin, 2008).

2.2.3 Kultur og religion

Et sentralt felt i kultur og religion, er kosthold, og for å forstå folks matvaner og deres oppfatninger om mat må man blant annet se dette i en religiøs og kulturell kontekst. Mat handler derfor om langt mer enn ernæring (Hanssen, 2005; Helman, 2007; Helsedirektoratet, 2012; Terragni, Garnweidner, Pettersen & Mosdol, 2014). Rundt om i verden er det stor variasjon når det gjelder hva som regnes som mat og ikke. Matvarer som er spiselige i et samfunn eller for en gruppe, kan være forbudt for andre (Helman, 2007, s. 52). Mat kan også ha betydning for fysisk og åndelig velvære (Clark et al., 2010), og kan påvirke følelser og opplevelse av identitet (Kittler, Sucher & Nelms, 2012, s. 2–5). Dette er spesielt viktig ved migrasjon og ved kritiske situasjoner som sykdom kan være (Hylland Eriksen & Sajjad, 2012, s. 241).

Helman (2007, s. 53) skiller mellom «hellig» og «verdslig» mat. Med «hellig» mat menes matvarer som er lovlige i henhold til religiøs tro, mens matvarer som er forbudt i en religion betegnes som «verdslige». Den siste typen er ofte ikke bare forbudt å spise, men også forbudt å være i fysisk kontakt med. Slik mat blir gjerne sett på som uren og helseskadelig (ibid.). I islam blir kostholdet sett på som viktig for opprettholdelse av helse (Yosef, 2008).

Matvarer som er «forbudt» i denne religionen kalles «haram». Eksempler på slik mat er svinekjøtt eller matvarer som er basert på svinekjøtt. Dessuten er mat som inneholder blod eller innvoller forbudt. Den «lovlige» maten kalles «halal». Dette krever at kjøtt er slaktet på en rituelt riktig måte. Kjøtt fra kløvdyr er tillat, i tillegg til fisk med skjell og finner (Helman, 2007, s. 54). Noen vil følge disse retningslinjene strengt, og i forbindelse med en sykehusinnleggelse vil en del pasienter ønske å få all mat brakt hjemmefra fra sine pårørende, fordi de for eksempel kan frykte at kjøtt ikke er slaktet på riktig måte. Andre synes det er tilstrekkelig å unngå alkohol og svinekjøtt, som er viktige deler av retningslinjene, og kan spise annen mat (Lawrence & Rozmus, 2001).

«Varm-kald»-tankegangen, beskrevet i kapittel 2.2.1 i forbindelse med ulike forståelser av helse, sykdom og behandling, påvirker også valg av mat og drikke. Avhengig av om man har en «varm» eller «kald» tilstand, kan balanse oppnås ved å behandle «kald» sykdom med «varm» mat, og motsatt (Helman, 2007, s. 29). Hva som klassifiseres som «varm» eller «kald» mat, kan variere ulike steder i verden (Helman, 2007, s. 54–56).

Migrasjon fører ofte til endringer i kosthold (Edmonds, 2005; Kocktürk, 1995; Satia-Abouta, Patterson, Neuhouser & Elder, 2002; Terragni et al., 2014), men det er en tendens til at folk beholder enkelte matvarer lenger enn andre (Edmonds, 2005). Kocktürk (1995) beskriver kostendringer hos innvandrere i en modell der hun deler matvarer inn i tre typer; basismatvarer, kompletterende matvarer og tilleggsmatvarer/tilbehør. Basismatvarer inneholder ofte karbohydrater, og kan for eksempel være poteter, ris eller hvete avhengig av hvor en kommer fra. Eksempler på kompletterende matvarer er kjøtt, fisk, grønnsaker og melkeprodukter. Tilleggsmatvarer/tilbehør er matvarer som gir måltidet en særpreget smak, som krydder, oljer, nøtter og brus. Det er ifølge Kocktürk denne siste gruppen matvarer som først endres ved migrasjon, mens det kan ta flere generasjoner før basismatvarene endres.

2.3 Oppsummering

Dette kapittelet startet med en gjennomgang av ulike dimensjoner ved kulturell kompetanse, det vil si kulturell bevissthet og kulturelle kunnskaper og ferdigheter. Kulturell bevissthet regnes som grunnleggende i utvikling av kulturell kompetanse, og innebærer at helsepersonell er bevisst på egne verdier og oppfatninger og stereotypier angående mennesker som er annerledes enn en selv (f.eks. Campinha-Bacote, 2007). Helsepersonells holdninger og syn på pasientene som unike personer beskrives som avgjørende for å skape tillit (Ramsden, 2002). Kulturell kunnskap innebærer blant annet å ha forståelse for den historiske, geografiske og sosiokulturelle bakgrunnen til den enkelte pasient. Det innebærer også å ha konkret helserelevant kunnskap om ulike minoritetsgrupper. Forståelse for pasientens verdensbilde og at det på ulike områder vil være intrakulturell variasjon er også viktig (Papadopoulos, 2006). Dessuten har bevissthet på at kulturer stadig er under utvikling betydning. Kulturelle ferdigheter er nødvendig for å kunne samle kulturelle data som er relevante for den enkelte pasient (Campinha-Bacote, 2007). I litteraturen vektlegges både kompetanse som kan benyttes på tvers av kulturelle grupper (Papadopoulos, 2006) og kompetanse knyttet til spesifikke kulturelle grupper (Leininger, 2002b). I avhandlingen trekker jeg veksler på begge disse tradisjonene.

I delkapittel 2.2 har jeg gått nærmere inn på konkrete kliniske områder der helsepersonell har kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. Jeg fokuserer på hvordan kultur kan påvirke forståelsen av sykdom, helse og behandling. Videre beskriver jeg kompetansebehov relatert til kommunikasjon. Dette er knyttet både til samarbeid med tolker og ulikheter i kommunikasjonsstil mellom helsepersonell og pasienter. Jeg har også drøftet

hvordan kosthold er sentralt i kultur og religion, og at kunnskap om dette er viktig i møte med minoritetspasienter. Disse konkrete områdene går litteraturen om kulturell kompetanse i liten grad inn på, og er temaer jeg fokuserer på i denne avhandlingen. Jeg bruker forskningslitteratur til å forstå praksisnære situasjoner helsepersonell ved et sykehus i Norge opplever, der de har behov for spesiell kompetanse i møte med etniske minoritetspasienter.

3.0 TEORETISK ANALYTISKE PERSPEKTIVER

Mens litteraturen om kulturell kompetanse har fokus på møtet mellom helsepersonell og pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, setter profesjonsteoretikere dette inn i et bredere perspektiv som omhandler profesjonell kompetanse. Helsepersonells holdninger (bevissthet), kunnskaper og ferdigheter står sentralt i profesjonsteoretisk litteratur på samme måte som i kulturell kompetanse-litteraturen. I profesjonsteori-litteraturen vektlegges dessuten i stor grad samspillet og balansen mellom disse komponentene. I dette kapitlet ser jeg først på hvordan profesjonalisme og profesjonell kompetanse beskrives i litteraturen. Tillit er sentralt i profesjonsteori. I tillegg trekker jeg veksler på begrepene mistillit og «othering».

3.1 Profesjonalisme

Profesjoner kan vidt defineres som «exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases» (Abbott, 1988, s. 8). Kunnskapsgrunnlaget til de profesjonelle er helt sentralt for at en profesjon skal oppnå enerett eller jurisdiksjon over bestemte arbeidsoppgaver. Profesjonelle har med andre ord kunnskap som gir dem legitimitet til å utføre spesifikke oppgaver (ibid., s. 9). Det er ulike tradisjoner i profesjonsteori, men alle understreker at kunnskap utgjør selve basisen for profesjonell yrkesutøvelse (Smeby, 2008).

Profesjonelles møte med den enkelte pasient/klient innebærer ofte ulike og komplekse utfordringer der det ikke finnes entydige løsninger. En del av profesjonsutøvelsen er derfor å foreta vanskelige valg uten klare regler for prioritering. Profesjonelle helsearbeidere må kommunisere med pasientene, forstå deres livssituasjon og sortere ut faktorer av forskjellig slag som kan innvirke på helse, sykdom og helbredelse. Mange slike faktorer er påvirket av kultur (Grimen & Ingstad, 2006). I tillegg til anvendelse av kunnskap er utøvelse av skjønn et kjennetegn ved profesjoner og profesjonalisme (Freidson, 2001; Lipsky, 2010; Molander & Terum, 2008). For å kunne bruke skjønn, er det nødvendig med en viss grad av autonomi fordi arbeidet som profesjonsutøver ofte innebærer komplekse oppgaver og høy grad av variasjon og uforutsigbarhet. Dessuten er det ofte utilstrekkelige ressurser og ubegrensede forventninger, og arbeidet er preget av improvisasjon og tilpasning til den enkelte. Michael Lipsky bruker begrepet bakkebyråkrater (street-level bureaucrats) om profesjonsutøvere som har direkte kontakt med borgerne (Lipsky, 2010). De betegnes også som portvakter, som kontrollerer tilgangen til goder klienter/pasienter ikke har, men ønsker eller trenger (Molander & Terum, 2008).

Simons og Ruijters (2014) hevder at det i dag ikke er et spørsmål om hvem som er profesjonell, men om en velger å være det. De vektlegger at profesjonalisme starter med en forpliktelse overfor klienter/pasienter, egen profesjon, organisasjonen en arbeider i og samfunnet. Forpliktelsen handler om å yte tjenester i klientenes/pasientenes interesse spesielt, og samfunnets velferd generelt (ibid.). Dette er også sentralt i annen profesjonsteori. Institusjonaliseringen av en yrkesgruppe som profesjon kan ses som en samfunnskontrakt hvor yrkesgruppene forplikter seg til å tjene visse allmenne interesser. Dette kan kalles et institusjonelt imperativ, og innebærer at yrkesutøvelsen ikke bare er avhengig av den enkeltes moral (Molander & Terum, 2008). Profesjonelles forpliktelse er et vilkår for at de har fått tillit av det offentlige til å utføre visse oppgaver. Med denne tilliten følger krav om profesjonell kompetanse, som innebærer å ha både kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er relevante for yrkesutøvelsen (Abbott, 1988; Freidson, 2001; Ryle, 1949; Sullivan, 2005). I et pluralistisk samfunn og en kompleks verden hvor konteksten en utøver sitt yrke og behovet for kunnskap endres raskt, mener Simons og Ruijters (2014) at det ikke er hensiktsmessig å ha fokus på å forsvare sin profesjon og sitt profesjonelle område. Oppmerksomheten må heller rettes mot at profesjonelle kontinuerlig tar ansvar for egen læring og utvikling. Deres beskrivelse av at det å være profesjonell er et valg, kan knyttes til litteraturen om kulturell kompetanse der Campinha-Bacote (2007) fremhever betydningen av at helsepersonell har et ønske (cultural desire) om å bli kulturelt kompetente.

Grimen (2008) beskriver at det er en asymmetri i relasjonen mellom profesjonelle og pasienter som gjør pasientene sårbare og tillit viktig. Det at den ene parten forvalter kunnskap som den andre ikke har, men trenger, kaller han en «epistemisk asymmetri». Dette har flere konsekvenser, blant annet at den som har kunnskap, har en kontroll over situasjonen som den andre ikke har intellektuelle ressurser til å utfordre. Den som vet, kan forklare hvordan situasjonen er og hva som bør gjøres, mens den som ikke vet har vanskelig for å argumentere imot disse oppfatningene. Det å være profesjonell inneholder også et betydelig maktaspekt, som blant annet viser seg nettopp fordi profesjonelle har kunnskap som lekfolk ikke har (Grimen, 2008; Scott, 2001, s. 102 ff). Scott (2001, s. 104) hevder at «[a]cceptance of professional competence ... disempowers patients, ... making them the subalterns of the professional participants».

3.2 Profesjonell kompetanse

I drøftingen av kulturell kompetanse skilte jeg mellom kulturell bevissthet og kulturelle kunnskaper og ferdigheter. Kulturell bevissthet er knyttet til holdninger. Som nevnt, er skillet mellom kunnskaper, ferdigheter og holdninger også sentralt i profesjonsteorien (Abbott, 1988; Freidson, 2001; Ryle, 1949). Dessuten vektlegges i stor grad samspillet og balansen mellom disse komponentene (Sullivan, 2005; Sullivan & Rosin, 2008). I forordet til boka *A New Agenda for Higher Education. Shaping a Life of the Mind for Practice* (Sullivan & Rosin, 2008), beskriver Shulman og Fenstermacher betydningen av dette samspillet:

Professional practice demands that students learn to blend knowledge, skill, and appropriate attitude in response to unique situations that require expert judgment. The practitioner cannot bring knowledge to bear without skillful performance. Nor can the practitioner apply her knowledge and skill responsibly without exercising proper care and judgment. Professional practice at its best is a prime exemplar of practical reasoning (s. xxi).

Sullivan (2005) fremhever tre typer «apprenticeships» i profesjonsutdanningene, som er metaforer for hvordan ulike typer kompetanseaspekter kan utvikles (s. 207–209). Jeg mener disse også er relevante å bruke relatert til ferdigutdannet helsepersonell, i denne sammenhengen knyttet til helsepersonells kulturelle kompetanse. Det første kompetanseaspektet har fokus på kognitiv eller akademisk kunnskap, og innebærer å få forskningsbasert kunnskap innenfor et fagområde. Det vil også si å lære analytisk refleksjon og argumentasjon. Slik kunnskap erverves hovedsakelig ved høyere utdanningsinstitusjoner (ibid.). Samtidig forventes det at profesjonsutøvere holder seg oppdatert om utvikling og endringer i sitt fagfelt også i arbeidslivet (Gardner & Shulman, 2005).

I tillegg til å ha teoretisk kunnskap, er det som profesjonell nødvendig å kunne bruke denne kunnskapen i praksis (Freidson, 2001, s. 33; Simons & Ruijters, 2014; Sullivan, 2005). Sullivan (2005) kaller det som omhandler praktiske ferdigheter og klinisk resonnering for det andre kompetanseaspektet. Ofte innebærer dette praktisk kompetanse som er unik for et yrke (Simons & Ruijters, 2014), for eksempel relatert til diagnostisering og behandling for helsepersonell (Gardner & Shulman, 2005). Det kan også handle om ferdigheter til kommunikasjon, refleksjon og tolkning av pasienters bekymringer og opplevelser. Det hevdes at pasienter som føler seg sett og hørt og opplever at deres fortellinger legges til grunn for den pleien de mottar, opplever pleien som bedre enn pasienter som føler seg fremmedgjort (Benner, Sutphen, Leonard & Day, 2010, s. 64–65).

Sykepleieteoretikeren Patricia Benner (1984) har fokusert på at praktisk kompetanse hos sykepleiere utvikles gjennom fem ulike nivåer fra nybegynner til ekspert: nybegynner/novise, avansert begynner, kompetent, kyndig utøver og ekspert. Hennes beskrivelser bygger på Dreyfus og Dreyfus (1986) modell utviklet gjennom studier av blant annet flygere og sjakkspillere. Benner vektlegger at kunnskap erverves etter hvert som man får erfaring innenfor et område. Også Simons og Ruijters (2014) og Eraut (2010, 2012) vektlegger betydningen av å lære på arbeidsplassen og av erfaring. Faktorer som beskrives som viktige for slik læring er konstruktiv tilbakemelding og veiledning. Dessuten er uformelle diskusjoner med kollegaer av nye eller komplekse problemer og at noen er tilgjengelige som rådgivere viktig (Eraut, 2010, 2012). Tverrfaglig samarbeid har også betydning for å mestre kompleksiteten i praksis. I tillegg innebærer det å være profesjonell å ha evne og vilje til å håndtere uventede og ukjente situasjoner, og å reflektere over slike erfaringer. Ved slik refleksjon, er det viktig med et godt fagmiljø der en kan reflektere sammen og lære av hverandre (Simons & Ruijters, 2014). Freidson (2001, s. 31) viser til Scribner som hevder at «*[s]killed practical thinking is marked by flexibility- solving the same problem now one way, now another, each way finely fitted to the occasion ... Only novices use algorithmic procedures to solve problems*».

Mange nyutdannede profesjonsutøvere opplever et gap mellom det de har lært i utdanningen og de kompetansekrav som stilles i arbeidslivet (Duchscher, 2009; Heggen, 2010, s. 101–106; Phillips, Kenny, Esterman & Smith, 2014; Smeby & Vågan, 2008). En omfattende studie av amerikansk sykepleierutdanning viser også svak sammenheng mellom teori og praksis. Forskerne poengterer blant annet at utdanningen forbereder studentene dårlig til arbeid med mennesker med en annen kulturell bakgrunn, klassebakgrunn eller religiøs overbevisning enn dem selv. En av konklusjonene i studien er at studentene lærer best når lærerne forsøker å integrere klasseromsundervisning og klinisk praksis (Benner et al., 2010). Dette er et forhold som også er pekt på i utdanningen av leger (Cooke, Irby & O'Brien, 2010).

Det tredje kompetanseaspektet, som ofte får mindre oppmerksomhet enn de to første, vektlegger verdier og holdninger (Sullivan, 2005, s. 29). Her er det et mål at fagkunnskap og ferdigheter koples sammen med etiske vurderinger, og at en motiveres til å bruke profesjonell makt på en ansvarlig måte (Sutphen & Sullivan, 2011). Evne til etisk refleksjon har blant annet betydning for å identifisere moralske dilemmaer og urettferdighet, for eksempel relatert til etniske forskjeller og de konsekvensene det kan ha for behandling og helse (Benner et al., 2010, s. 64). Simons og Ruijters (2014) hevder at jo mer kompleks verden blir, jo større

behov er det for at profesjonsutøvere må ta etiske beslutninger, noe som stiller krav til kompetanse. Det vil si at dette læringsområdet inneholder mer enn etiske prinsipper og retningslinjer. Det referer også til holdninger og verdier som vises i det daglige arbeidet (Sullivan, 2005, s. 215).

3.3 Kultur, mistillit og «othering»

Et viktig spørsmål for profesjonsutøvere er hvordan en skal håndtere kulturelle ulikheter. Tillit til profesjonelle og deres kompetanse er et sentralt tema i profesjonsteori (Freidson, 2001; Grimen, 2008), men å oppnå tillit hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kan medføre utfordringer for helsepersonell som i begrenset grad er tematisert innenfor dette fagfeltet. Profesjonsteori er hovedsakelig utviklet på grunnlag av studier i vestlige samfunn, og noe av kritikken mot profesjonsforskningen er at den er etnosentrisk og forankret i europeisk og amerikansk kultur (Macdonald, 1995, s. 66 ff). Det finnes imidlertid unntak når det gjelder at profesjonsteorien er etnosentrisk, for eksempel har Gule (2008) skrevet om profesjonalitet og flerkulturalitet. Han beskriver dilemmaer profesjonsutøvere kan møte og grunner til at kultur bør tas hensyn til, men pasientperspektivet er heller ikke beskrevet her.

I møte mellom helsepersonell og pasienter kan utfordringer oppstå på grunn av begge parters for-forståelse eller ulike forståelseshorisonter. Forståelseshorizonten er de holdninger og «for-dommer», det vil si verdier, normer og forventninger, den enkelte erfarer og handler ut fra. Forståelseshorizonten er en grunnleggende egenskap ved mennesker og kan dermed ikke ses helt bort fra, men en del av den kan settes ord på. En gjensidig forståelse forutsetter en endring av den enkeltes for-forståelse eller «for-dommer» slik at forståelseshorizontene kan nærme seg hverandre (Gule, 2008). Slike for-forståelser eller «for-dommer» viser seg blant annet ved at mennesker i nesten alle land mener at landsmenn er mer pålitelige enn utlendinger. Det er lettere å stole på noen som ligner en selv i blant annet klesdrakt, kultur og religion. Når det gjelder pasienter, stoler de også mer på leger med samme kjønn, rase, kultur og språk som dem selv enn på leger med en annen status, og fargede ønsker i mindre grad å gi personlig informasjon til hvite enn til fargede leger (Grimen, 2009, s. 17). Ulikheter mellom helsepersonell og pasienter i kulturelle verdier og forventninger er ofte årsaker til kommunikasjonsproblemer og misforståelser. Dette kan både føre til mistillit og få konsekvenser for behandling (Betancourt et al., 2016). Et tillitsforhold er viktig både for implementering av behandling og for at pasienten skal være i stand til, eller villig til, å følge legens råd (Skirbekk, 2012).

Dessverre er det «enklere å gå fra tillit til mistillit enn omvendt. Mistillit er enkelt å skape, men vanskelig å bli kvitt». Dette kan føre til en ond sirkel (Grimen, 2009, s. 91).

Opplevelse av diskriminering og rasisme kan også skape mistillit. Smedley et al. (2003) hevder at diskriminering foregår i helsevesenet som ellers i samfunnet, og Sashidharans (2001) studie bekrefter at rasisme forekommer i helsevesenet. Mistillit og opplevelse av å bli diskriminert kan skape opplevelse av oppgitthet, avmakt og frustrasjon (B. Berg & Lauritsen, 2009). Avmakt kan beskrives som en situasjon hvor en ikke ser noen utvei eller har muligheter til å endre den eller motsette seg andres viljesutøvelse. «Avmakten er sterkest når en er i en avhengighetssituasjon og dermed overlatt til den mektiges avgjørelser» (Brodtkorb & Rugkåsa, 2009, s. 81). Opplevelsen av avmakt kan igjen ha nær sammenheng med aggresjon og frykt (ibid.).

Begrepet «othering» er nært knyttet til mistillit, og er beskrevet som en prosess som «serves to mark and name those thought to be different from oneself» (Weis, 1995, s. 18). Opprinnelig er begrepet hovedsakelig knyttet til feminisme (de Beauvoir, 2011) og rase/etnisitet (Clifford & Marcus, 1986; Said, 1978). Begrepet «other» er både et substantiv og et verb. Som et substantiv beskriver det en person eller gruppe mennesker som er forskjellig fra en selv. Som et verb betyr det å skille, kategorisere, sette merkelapp på eller ekskludere de som ikke passer inn i en sosial norm (Mountz, 2009). «Othering» innebærer en objektivisering av en person eller en gruppe, og bidrar til å skape «den / de andre», noe som fører til at kompleksiteten og subjektiviteten ved den enkelte ignoreres (C. Kitzinger & Wilkinson, 1996). Lister (2004, s. 101) definerer «othering» som «[a] process of differentiation and demarcation, by which the line is drawn between 'us' and 'them' - between the more and less powerful- and through which social distance is established and maintained». «Den / de andre» beskrives som underordnet, og Lister hevder at skillet (the line) mellom «oss og dem» ikke er nøytralt, men gjennomsyret av negative vurderinger. «Othering» er nært knyttet til, og forsterkes av sosiale prosesser som stereotypisering, stigmatisering og kategorisering. Stereotypisering er en diskriminerende måte å sette folk i bås på hvor visse egenskaper blir tatt for gitt, noe som kan føre til at spesielle grupper beskrives som homogene. Det er en strategi som forsterker forskjeller, og kan beskrive dem på en feilaktig måte (Lister, 2004, s. 101–103). Ofte innebærer det en reduksjon og essensialisering på den måten at de som ses som «de andre» er redusert til noen få negative karakteristikk, ofte problematiske og mindreverdige beskrivelser (Jensen, 2011). Det kan også innebære fremmedgjøring (Canales, 2000, 2010), «rasifisering» (stereotype holdninger ut fra bakgrunn og opprinnelse) og kulturalisering

(generaliserte kulturelle fortolkninger) (Johnson et al., 2004). «Othering» og lignende prosesser har ulike virkninger på «oss» og «dem» og relasjonen mellom dem. Når det gjelder «oss», bidrar «othering» til å definere og bekrefte identiteten. Samtidig fratras «dem» sosial og kulturell identitet ved at de reduseres til stereotypier. Måten vi setter merkelapp på folk, påvirker måten vi oppfører oss overfor dem og hvilke forventninger vi har (Lister, 2004, s. 101–103). Disse merkelappene eller forventningene kan beskrives som fordommer. Relatert til helsepersonell og konteksten i helsevesenet er det beskrevet at «othering» kan påvirke helseresultater (health outcomes) både på individuelt og samfunnsmessig nivå (Grove & Zwi, 2006).

3.4 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg benyttet profesjonsteori for å belyse generelle perspektiver på kompetanse og forholdet mellom profesjonelle og klienter/pasienter. I tillegg har jeg knyttet kulturell kompetanse til profesjonelles rolle og ansvar i samfunnet. Kompetanse utgjør grunnlaget for profesjonell yrkesutøvelse, og innebærer å ha kunnskaper, ferdigheter og verdier/holdninger som er relevante for yrkesutøvelsen. Dessuten vektlegges betydningen av at det er et samspill mellom disse komponentene, og at kompetansen er i kontinuerlig utvikling (Sullivan, 2005).

Profesjonelle har et mandat til å gi like- og likeverdige tjenester. Ved å trekke veksler på profesjonsteori får jeg frem at profesjonelle har behov for spesiell kompetanse i kommunikasjon og samhandling med minoritetsetniske klienter/pasienter hvor utfordringer kan oppstå på grunn av ulike holdninger, verdier, normer og forventninger. I et mangfoldig samfunn er kulturell kompetanse en nødvendig del av de fleste profesjonelles kompetanse. Dette er i liten grad tidligere tematisert i profesjonsteori.

Teorien som er presentert gir også perspektiver på hvordan kompetanse utvikles. Det vektlegges at kunnskap og ferdigheter erverves både gjennom akademisk utdanning og gjennom erfaring og læring på arbeidsplassen. I utdanning vektlegges betydningen av at det er sammenheng mellom teori og praksis. På arbeidsplassen er blant annet konstruktiv tilbakemelding, veiledning og tilgjengelige rådgivere viktig for læring. Dette benytter jeg i drøftingen av forskningsspørsmålet som omhandler hvilken betydning erfaring har for utvikling av helsepersonells kulturelle kompetanse.

Ifølge profesjonsteori er profesjonelles kompetanse et vilkår for at de skal ha tillit (Abbott, 1988; Freidson, 2001). Det å være profesjonell inneholder et maktspekt fordi profesjonelle har kunnskap som lekfolk ikke har. Det fører til en asymmetri i relasjonen mellom profesjonelle og deres klienter/pasienter, som bidrar til sårbarhet hos klientene/pasientene, og gjør tillit viktig (Grimen, 2008).

Mistillit kan oppstå når profesjonelle og deres klienter/pasienter har ulike verdier, normer og forventninger. Å oppnå tillit hos klienter/pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, kan medføre utfordringer for profesjonelle og behov for spesiell kompetanse. Dette utdyper jeg i drøftingen av forskningsspørsmålet som har fokus på hvordan pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn opplever pleien og behandlingen de får på sykehus, og i hvilken grad de har tillit til helsepersonells profesjonelle og kulturelle kompetanse. Dette er et område der denne avhandlingen bidrar med ny kunnskap til profesjonsteorien.

I tillegg har jeg i dette kapitlet knyttet mistillit til begrepet «othering», det vil si en objektivisering av en person eller gruppe som bidrar til å skape «den / de andre». Dette er nært knyttet til sosiale prosesser som stereotypisering, stigmatisering og diskriminering (Lister, 2004s. 101-103), noe som relatert til helsepersonell og konteksten i helsevesenet kan påvirke helseresultater både på individuelt og samfunnsmessig nivå (Grove & Zwi, 2006). Det nye i min avhandling er at begrepet ses i en helseklinisk kontekst.

4.0 DATA OG METODE

De fire artiklene i avhandlingen bygger på ulike typer data fra helsepersonell, profesjonelle tolker og pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. I dette kapittelet presenterer jeg først fremgangsmåten for litteratursøkene relatert til kulturell kompetanse. Deretter beskrives forskningsdesignet for hele studien, det vil si en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Datakildene varierer mellom artiklene (tabell 4) avhengig av forskningsspørsmålene. Jeg beskriver videre utvalget av deltakerne, gjennomføringen av datainnsamlingen og dataanalysen. Videre diskuterer jeg min rolle som forsker og validitet, reliabilitet og overførbarhet av data. Til slutt diskuteres begrensninger og etiske problemstillinger ved studien.

4.1 Litteratursøk og arbeidet med litteraturen

Søk etter forskningslitteratur har foregått i flere stadier:

4.1.1 Systematisk søk i begynnelsen av arbeidet

Jeg søkte etter forskningslitteratur i følgende databaser (sommeren 2012): Medline, Embase, Cinahl, ERIC og The Cochrane Library. Søkeordene var: *cultural competence/competency* og *health personnel*. Først gjorde jeg et søk uten språkgrensning for å få et bilde av hvor mye som er publisert på området på verdensbasis, ikke bare i engelsk- og skandinaviskspråklige tidsskrifter. Tabell 2 viser en oversikt over antallet artikler som ble funnet.

Tabell 2: Total oversikt over funn av studier relatert til kulturell kompetanse hos helsepersonell

Database \ Språk	Medline	Embase	Cinahl	ERIC	The Cochrane Library
Engelsk	537	1039	2818	34	8
Norsk	-	-	2	-	-
Dansk	2	-	1	-	-
Nederlandsk	-	1	-	-	-
Tysk	1	3	2	-	-
Fransk	2	4	1	-	-
Italiensk	0	0	2	-	-
Spansk	1	4	4	-	-
Portugisisk	0	0	1	-	-
Kinesisk	1	1	0	-	-
Sakalava	-	-	-	1	-
Gassisk	-	-	-	1	-
Totalt	544	1052	2831	36	8

Som tabellen viser, fant jeg totalt 30 artikler som var publisert på andre språk enn engelsk og skandinavisk. Jeg leste gjennom de som hadde sammendrag på engelsk, for å vurdere om jeg

gikk glipp av interessant informasjon. Inntrykket er at temaene i stor grad dekkes av artiklene på engelsk og skandinavisk, men det er ikke mulig å vurdere om de andre artiklene kan inneholde nye eller andre vinklinger på kulturell kompetanse.

I neste runde avgrenset jeg søket til det som er publisert på engelsk, norsk, svensk og dansk. Det ble også avgrenset til å gjelde artikler publisert i løpet av de siste ti årene. Mye av litteraturen om kulturell kompetanse har blitt publisert etter 1989 (Shen, 2004).

Avgrensningen i tid ble gjort for å finne ny forskning og for å gjøre antallet treff håndterbart. Likevel var antallet treff fortsatt så høyt at det ble nødvendig å avgrense søket ytterligere til reviewartikler, noe som begrenset antall artikler til totalt 329 (tabell 3):

Tabell 3: Total oversikt over søk de siste ti år ved bruk av ulike søkemotorer

Databaser	Antall treff	Alle artikler	Review-artikler
Medline		513	44
Embase		997	167
CINAHL		2579	115
ERIC		28	Ikke mulig å avgrense søket
The Cochrane Library		6	3

Artiklenes titler og sammendrag ble lest for å avgjøre deres relevans. Fordi elektroniske søk kan være upresise og inkludere studier som bruker samme begrep uten å ha samme fokus (Gough, Oliver & Thomas, 2012), var en del av artiklene irrelevante for temaet. I litteratursøket ligger det en begrensning i databasene jeg har valgt.

4.1.2 Kontinuerlige søk i løpet av arbeidet

Det ble senere gjennomført manuelle søk på interessante referanser som ble funnet i artikler fra tidligere søk for ikke å begrense litteraturtilfanget ved å bruke forhåndsbestemte søkeord (Brunton, Stansfield & Thomas, 2012). Det ble også søkt etter litteratur jeg fikk tips om av ressurspersoner eller kollegaer (Gough et al., 2012). Dette gjorde at sentrale studier som er mer enn ti år, ble benyttet. Nye elektroniske søk ble dessuten gjort i tilknytning til arbeidet med de ulike artiklene for å finne litteratur om konkrete temaer relatert til data. De fleste av studiene som ble funnet å være relevante, er kvalitative, men man finner også noe kvantitativ forskning eller studier som bruker «mixed methods». Det er flest amerikanske studier, men også studier fra Australia, New Zealand, Europa og Skandinavia. Som tabell 2 viser, finnes det svært få norske studier om kulturell kompetanse hos helsepersonell. I tillegg til forskningsartikler har jeg benyttet relevante fagbøker, forskningsrapporter og doktorgradsavhandlinger. Dermed har søk etter litteratur pågått gjennom hele

forskningsprosessen, en arbeidsform som støttes av Hammersley og Atkinson (1996, s. 162), som påpeker at

[t]he development of generic concepts demands a broad and eclectic reading of textual sources (...) on different substantive topics. It is, however, important not to start searching out documentary sources only when 'writing up'. Wide and comparative reading should inform the generation of concepts throughout the research process.

På grunn av den store mengden med litteratur på feltet og mangfoldet i tilnærmingene i disse tekstene er det likevel ikke mulig å forholde seg til all relevant forskning som kunne vært med i denne studien. Sosiologer, antropologer og sykepleiefilosofer vil finne sentrale tekster innenfor deres felt som mangler eller ikke er behandlet med den dybde som eksperter på de respektive områdene ville forvente. Til tross for dette er det et mål å få frem mangfoldet og kompleksiteten både i utviklingen av teorier om kulturell kompetanse og i det å utøve kulturell kompetent omsorg til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i klinisk praksis.

4.2 Empirisk metodisk tilnærming

I avhandlingen er det brukt et eksplorativt og deskriptivt design, og både kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode, det vil si metodetriangulering eller «mixed methods». Mer konkret består metodene av fokusgruppeintervjuer, spørreskjemaer og dybdeintervjuer. Ved å kombinere kvalitative og kvantitative metoder har en mulighet til å få en «bedre og utvidet forståelse av fenomenet det forskes på», enn ved bare å bruke én av metodene (Røykenes, 2008, s. 224). Triangulering er spesielt egnet for å øke forståelsen for komplekse fenomener (Malterud, 2001; Östlund, Kidd, Wengström & Rowa-Dewar, 2011), som kulturell kompetanse er. I tråd med det Creswell (2014, s. 573) kaller et «exploratory sequential mixed method design», ble det i den delen av studien der helsepersonell og profesjonelle tolker deltok, først gjennomført fokusgruppeintervjuer for å få mer kunnskap om et område som ikke var klart definert. Deretter ble det utarbeidet spørreskjemaer for å nå større grupper respondenter. Dette er en tilnærming som kan brukes dersom det på forhånd ikke er klart hva innholdet i et spørreskjema skal være (Halkier, 2010, s. 19). I denne studien har også datamaterialet fra fokusgruppeintervjuene en selvstendig funksjon, og brukes som kvalitative data i tre av artiklene (artiklene 1, 2 og 4). Tabell 4 gir en oversikt over datakilder, respondenter, informanter og analysemetoder som er brukt i de ulike artiklene i studien.

Tabell 4 Oversikt over datakilder, respondenter, informanter og analysemetode i artiklene

Artikkel	Datakilder	Respondenter Informanter	Analysemetode
1	Fokusgruppeintervjuer Surveydata	Sykepleiere ved medisinsk og psykiatrisk klinikk	Frekvensanalyse Krysstabeller Signifikanstester Tematisk hermeneutisk analyse
2	Fokusgruppeintervjuer Surveydata Observasjonsstudie og dybdeintervjuer fra tidligere studie (Hanssen, 2010)	Sykepleiere ved medisinsk klinikk Helsepersonell ved psykiatrisk klinikk Profesjonelle tolker Sykepleiere fra to sykehus (tidligere studie)	Tematisk hermeneutisk analyse Frekvensanalyse
3	Dybdeintervjuer	Pasienter med asiatisk eller afrikansk bakgrunn	Tematisk hermeneutisk analyse
4	Fokusgruppeintervjuer Surveydata Dybdeintervjuer	Sykepleiere ved medisinsk klinikk Pasienter med asiatisk eller afrikansk bakgrunn	Frekvensanalyse Tematisk hermeneutisk analyse

4.3 Metoder for utvalg og datainnsamling

Helsepersonell og pasienter ble rekruttert gjennom et sykehus i Oslo hvor 30–40 prosent av befolkningen som tilhører sykehuset, har ikke-vestlig etnisk bakgrunn. De profesjonelle tolkene som deltok i fokusgruppeintervju, ble også rekruttert gjennom dette sykehuset, mens tolkene som besvarte spørreskjemaet, ble forespurt gjennom tolketjenesten i Oslo kommune. De to første kartleggingsstudiene ble initiert av sykehusets ledelse, noe som har påvirket noen av valgene i datainnsamlingen.

I den innledende fasen av studien hadde jeg samtaler med til sammen tretten personer som på ulike måter hadde spesiell kunnskap om og erfaring med minoritetspasienter. Dette var helsepersonell eller ansatte ved sykehuset som enten selv hadde minoritetsbakgrunn, eller som hadde lang erfaring i arbeidet med minoritetspasienter. Det var blant annet leger, sykepleiere, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, en konsulent i tolketjenesten og lederen for denne tjenesten. Disse ble rekruttert enten ved at jeg kjente til personene gjennom tidligere klinisk arbeid ved sykehuset, eller ved snøballmetoden, det vil si at jeg kom i kontakt med nye informanter via tidligere informanter (Sobo, 2009, s. 136). Informasjonen som kom frem i disse samtalene, har ikke direkte påvirket utviklingen av spørreskjemaet (se kapittel 4.3.2), men bidro til økt forståelse for temaer i studien i en tidlig fase og har vært med på å danne et verdifullt bakteppe for drøfting av funn. Ettersom mine tidlige internettsøk ikke førte til funn av instrumenter for kartlegging av kulturell kompetanse, hadde jeg i tillegg samtaler med åtte fagpersoner innenfor pedagogikk og flerkulturelt/internasjonalt arbeid for å undersøke om det fantes et slikt instrument. Disse fagpersonene var hovedsakelig tilknyttet høyskoler eller

universitet. Under intervjuene med disse ressurspersonene ble det tatt fyldige notater, men de ble ikke tatt opp elektronisk og transkribert.

4.3.1 Fokusgruppeintervjuer med helsepersonell og profesjonelle tolker

I fokusgruppeintervjuer legges det til rette for at data produseres gjennom diskusjon i en gruppe om et tema som forskeren har bestemt (Morgan, 1997). Metoden er godt egnet for å studere erfaringer, holdninger og synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2002), og kan brukes som første trinn i å utvikle et spørreskjema (Halkier, 2010; Morgan, 1997), slik en av hensiktene var i denne studien. Det er vanlig at deltakerne rekrutteres fra en bestemt populasjon ut fra formålet med intervjuet (J. Kitzinger, 1995). Den første gruppen deltakere var sykepleiere ved sykehusets medisinske klinikk ettersom dette var «bestillingen» fra sykehusets ledelse. De ønsket så at kartleggingsstudien også skulle gjennomføres ved psykiatrisk klinikk, men da med inklusjon av alle typer helsearbeidere fordi det er et større tverrfaglig samarbeid ved denne klinikken. Flere yrkesgrupper var derfor representert i dette fokusgruppeintervjuet.

Deltakerne ble rekruttert gjennom informasjon på personalmøter ved de ulike avdelingene. Alle de som meldte seg frivillig, ble invitert til å delta, og alle som hadde anledning til å være med på de dagene og omtrentlige tidene som var avsatt, ble tatt med. Ved medisinsk klinikk deltok elleve sykepleiere, én mann og ti kvinner, alle etnisk norske, fordelt på to grupper med henholdsvis fem og seks deltakere. Gruppene var dermed homogene, noe som preget intervjuene. Det kunne gjøre det lettere for deltakerne å uttrykke sine meninger (J. Kitzinger, 1995; Morgan & Krueger, 1993; Polit & Beck, 2008), men det behøver imidlertid ikke å bety at de har like holdninger (Morgan, 1997).

I fokusgruppeintervjuet ved psykiatrisk klinikk var det sju deltakere, alle kvinner. En av deltakerne hadde selv minoritetsbakgrunn, noe som beriket dataene gjennom hennes personlige erfaringer med å være innvandrere og ha god kjennskap til en annen kultur. Fordi flere yrkesgrupper var representert i dette intervjuet, var gruppen noe mer sammensatt. På den måten ble flere perspektiver ved temaet belyst. Selv om ulike profesjonsgrupper kan gi en opplevelse av forskjeller i hierarki og status, for eksempel mellom leger og sykepleiere, opplevde jeg ikke at dette påvirket samtalen. Deltakerne hadde mye felles erfaringer og engasjement og interesse for temaet, og alle var aktivt med i diskusjonen. Det forventes ikke at enkelte profesjonsgrupper i helsevesenet har høyere formell kulturell kompetanse enn andre, noe som kan gjøre at opplevelsen av hierarkiske forskjeller ble mindre.

I litteraturen diskuteres det om deltakere i fokusgruppeintervju bør kjenne hverandre eller ikke. Bekjente kan snakke lettere sammen, samtidig som de kan ta visse antakelser som forskeren er interessert i, for gitt (Halkier, 2010; Morgan, 1997). Praktiske forhold gjorde at noen fokusgruppedeltakere kjente hverandre, andre ikke. Ifølge Morgan (1997) er den enkleste testen på om fokusgruppeintervju som metode er hensiktsmessig, hvor aktivt og lett deltakerne diskuterer temaet. Alle informantene virket interesserte og engasjerte, og delte åpent sine refleksjoner om arbeidet med etniske minoritetspasienter.

Fordi kommunikasjon, bruk av tolk og helsepersonells samarbeid med tolker var et viktig tema i studien ved begge klinikkene, var det også ønskelig å utforske tolkers opplevelse av sitt samarbeid med helsepersonell. En rekke forfattere anser dessuten det å benytte profesjonell tolk som en del av helsepersonells kulturelle kompetanse (f.eks. Crenshaw et al., 2011; Henderson et al., 2011). Det ble derfor gjennomført et fokusgruppeintervju med profesjonelle tolker. En minoritetsfagkonsulent var behjelpelig med å finne informanter gjennom sykehusets tolketjeneste. Seks erfarne tolker fra fire ulike verdensdeler som til sammen representerte åtte språk, deltok i intervjuet.

Alle fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på et møterom på sykehuset, fordi det var et sted som var lett tilgjengelig for alle. Vi satt rundt et bord der alle kunne ha øyekontakt, noe som var et godt utgangspunkt for en diskusjon. Det er vanlig at et fokusgruppeintervju varer 1–2 timer (Morgan, 1997), noe deltakerne var informert om på forhånd. Intervjuene i denne studien varte 60–90 minutter. Helsearbeiderne fra medisinsk og psykiatrisk klinikk ble informert om at det skulle gjøres en kartlegging av helsepersonellens opplevelse av sin kompetanse relatert til minoritetspasienter, og at fokusgruppeintervjuet var en forberedelse til å lage spørreskjemaet som skulle brukes i kartleggingen. Vi forklarte at vi ønsket å få innsikt i deres tanker og opplevelser, og at vi gjerne tok imot innspill til hva vi burde spørre om i spørreskjemaet. I fokusgruppeintervjuet med tolkene ble det informert om at formålet med dette intervjuet var å få kunnskap om tolkers opplevelser med tolkesituasjoner og deres samarbeid med helsepersonell.

Deltakerne i alle gruppene ble oppfordret til å snakke med og til hverandre fremfor til den som ledet intervjuet. Vi tok også en runde der deltakerne fikk presentere seg. I intervjuene med helsepersonell fortalte de hvilken avdeling ved sykehuset de arbeidet ved. I de to første intervjuene var, som beskrevet, alle sykepleiere. I det tredje intervjuet med helsepersonell fra psykiatrisk klinikk fortalte deltakerne også hvilken yrkesgruppe de tilhørte. Tolkene fortalte hvilken nasjon de opprinnelig kom fra, og hvilke språk de tolket på.

Det er vanlig at fokusgruppeintervjuer ledes av en moderator. I tillegg deltar ofte en person som assisterende moderator (Lerdal & Karlsson, 2008). I intervjuene med helsearbeidere var jeg moderator, og min hovedveileder var med som assisterende moderator. Assisterende moderator tok notater av hovedpunkter av det som ble diskutert. I fokusgruppeintervjuet med tolker byttet vi roller. Nivået for moderatorens involvering og dermed strukturering av fokusgruppeintervjuet er et viktig valg. Jo mer strukturert intervjuet skal være, jo mer moderatorinvolvering kreves det (Halkier, 2010; Morgan, 1997). Vi valgte et lavt nivå av moderatorinnngripen. En løs, åpen modell egner seg godt til prosjekter hvor fokusgruppeintervjuer fungerer som eksplorativ dataproduksjon eller forstudie til survey (Morgan, 1997). Som moderator la jeg vekt på å skape en trygg atmosfære som inviterte deltakerne til å snakke åpent om sine erfaringer. Av og til stilte jeg spørsmål, kom med stikkord eller gjentok hva målet med intervjuet var, og at vi ønsket å få vite så mye som mulig om deres erfaringer. Da skjedde det flere ganger at noen kom på noe som ikke var sagt tidligere. Lite styring av moderator gir deltakerne mulighet til å følge opp det de er interessert i. Slik målrettet, men begrenset styring fra moderators side gir deltakerne mulighet til å følge opp det de er interessert i, noe som skaper dybde og får hele gruppen med i diskusjonen (Morgan, 1997), noe som lyktes i disse samtalen.

En ulempe ved mindre strukturerte grupper er at temaer kommer opp i én gruppe, og ikke i andre. Dette kan gjøre det vanskeligere å analysere data (Morgan, 1997). I intervjuene med helsepersonell ble mange av temaene nevnt i alle tre intervjuene, mens andre ble nevnt bare i ett eller to av dem. Selv om vi valgte lite moderatorstyring, hadde intervjuene et tydelig fokus. Moderator kunne styre deltakerne mot ulike områder hvis de ikke ble dekket, og kunne bygge på utsagn fra tidligere intervjuer for å få utdypet temaer som var kommet frem tidligere.

4.3.2 Utarbeidelse av spørreskjema og innsamling av surveydata

Som beskrevet tidligere fant jeg i utgangspunktet ikke et kartleggingsinstrument for vurdering av helsepersonells opplevelse av sin kulturelle kompetanse, til tross for søk i databaser og på internett og samtaler med fagpersoner i forskningsmiljø med interesse for minoritetspasienter eller pedagogikk/kompetanseutvikling. I ettertid har jeg blitt oppmerksom på at det finnes noen slike kartleggingsinstrumenter (f.eks. Campinha-Bacote, 2007; Loftin, Hartin, Branson & Reyes, 2013; Sargent, Sedlak & Martsolf, 2005). Disse viste seg å være vanskelige å finne via søk i databaser og på internett. For eksempel henviser Papadopoulos (2006, s. 22) i boka *Transcultural health and social care* til et verktøy som måler kulturell kompetanse, uten at

kartleggingsverktøyet er tilgjengelig i boka. Dette fikk jeg først se etter at jeg fikk det tilsendt av Papadopoulos.

Et fellestrekk ved kartleggingsverktøyene jeg i ettertid har funnet, er at de i liten grad vektlegger det som i fokusgruppeintervjuene i denne studien ble pekt på som direkte klinisk relevant i sykehuskonteksten, for eksempel atferd ved smerter, samarbeid med profesjonelle tolker eller maten pasienter får servert på sykehus. Kulturell kompetanse er derfor på en del områder operasjonalisert på en annen og mer praktisk-klinisk måte i denne studien.

Spørreskjemaene vi utarbeidet, var av Likert-typen med påstander som respondentene måtte forholde seg til på en skala fra 1 til 5, fra «Passer ikke» (1) til «Passer svært godt» (5). Det var også en «Vet ikke»-kategori. Påstandene var basert på funnene fra fokusgruppeintervjuene og grundige litteraturstudier. To erfarne forskere ved en sykepleierhøgskole, to sykepleiere som jobbet i klinikken, ledelsen ved medisinsk klinikk og personvernombudet ved Ullevål universitetssykehus kommenterte spørreskjemaet som skulle besvares av sykepleiere ved medisinsk klinikk, da det nærmet seg ferdigstillelse. Dette førte til noe forenkling av språket, reduksjon i antall påstander og mindre detaljerte spørsmål om respondentenes landbakgrunn og morsmål. Da skjemaet som skulle benyttes ved psykiatrisk klinikk, ble vurdert av personvernombudet, ble vi bedt om å endre enkelte spørsmål ytterligere for at respondentene skulle være mindre gjenkjennelige. Vi ble også bedt om å spørre etter alderskategorier i stedet for fødselsår (se bakgrunnsopplysninger, vedlegg 6). Også ledelsen ved denne klinikken fikk tilsendt skjemaet før det ble delt ut til respondentene.

Spørreskjemaet som ble brukt ved medisinsk klinikk (vedlegg 5), var inndelt i seks temaer: (1) Erfaring og kunnskap, (2) Sykdomssyn, smerter, (3) Samarbeid med pasient og pårørende, (4) Kommunikasjon og bruk av profesjonell tolk, (5) Dødsleiet/døden og (6) Kultur, religion og kosthold. Spørreskjemaet utarbeidet for psykiatrisk klinikk (vedlegg 6) var så langt som mulig identisk med skjemaet fra medisinsk klinikk. Men enkelte av spørsmålene/påstandene måtte endres fordi arbeidsformer og pasientgrunnlag er forskjellig. Dette førte til at påstander relatert til «smerter» ble byttet ut med «symptomer» (tema 2), og «dødsleiet/døden» med «suicid» (tema 5). Det ble også gjort enkelte andre endringer, som at det under temaet om bruk av tolk ble lagt til to spørsmål på grunnlag av data fra fokusgruppeintervjuet. Dessuten ble det etter påstanden «Det er annerledes å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn med etnisk norske pasienter» føyd til et spørsmål: «I tilfelle 'ja', hvorfor/hvordan?» Spørreskjemaene brukt ved de to klinikkene inneholdt til sammen henholdsvis 35 og 32 utsagn. Begge skjemaene inneholdt også fire åpne spørsmål.

I spørreskjemaet for tolker (vedlegg 7) ble mange av de samme påstandene som var med i de to første skjemaene, benyttet, men «snudd» slik at de fanget opp tolkenes syn på temaene. For eksempel var en av påstandene helsepersonell skulle forholde seg til: «Jeg har kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den 'norske' biomedisinske sykdoms-/behandlingstenkningen.» Tolkene besvarte påstanden: «Helsearbeiderne har kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den 'norske' sykdoms-/behandlingstenkningen.» I tillegg inneholdt spørreskjemaet til tolkene noen andre påstander. Før det ble tilsendt tolker rekruttert gjennom Oslo kommunale tolketjeneste, ble det gjennomgått av deres leder og en minoritetsfagkonsulent ved sykehuset. Dette førte ikke til noen endringer.

Før spørreskjemaene til helsepersonell ble delt ut, informerte ledere ved henholdsvis medisinsk og psykiatrisk klinikk de ulike avdelingslederne om studien og dens hensikt. Disse informerte igjen de ansatte ved hver enkelt post/avdeling. Ved psykiatrisk klinikk informerte jeg også om studien på et ledermøte, og det ble lagt ut informasjon på intranettet. Spørreskjemaene ble enten lagt i de ansattes posthyller eller på vaktrommet. Det ble hengt opp en stor konvolutt der besvarte skjemaer kunne legges. Disse ble hentet daglig. Innsamling av spørreskjemaene tok 4–5 uker. Underveis ble avdelingslederne minnet om å informere de ansatte om undersøkelsen. Noen steder ble det sendt ut e-post som en påminning, andre steder ble det gjort muntlig.

4.3.3 Deltakerne i spørreundersøkelsen

Ved medisinsk klinikk, det vil si fire sengeposter, overvåkingen, akuttmottaket og poliklinikken, var det 162 sykepleiere som var aktuelle for undersøkelsen. Ansatte i permisjon eller langtidssykemeldte var ikke medregnet. Avdelingssykepleierne var heller ikke inkludert fordi det var et ønske at respondentene arbeidet direkte med pasienter. 145 besvarte spørreskjemaet, det vil si 90 prosent av de aktuelle sykepleierne. Tre besvarte spørreskjemaer ble ekskludert fordi man ut fra svarene kunne forstå at de ikke tilfredsstilte inklusjonskriteriene (en hjelpepleier, en ekstravakt fra kirurgisk klinikk og en avdelingssykepleier).

Ved psykiatrisk klinikk var 310 ansatte aktuelle som respondenter. Heller ikke her var ansatte i permisjon, langtidssykemeldte og avdelingssykepleiere medregnet. 196 besvarte dette spørreskjemaet, en svarprosent på 64. Sykepleiere var den største gruppen respondenter og

utgjorde 100 av totalt 124 som var aktuelle for undersøkelsen, med en svarprosent på 81. Fordelingen av de ulike yrkesgruppene er beskrevet i tabell 5.⁴

Tabell 5 Helsepersonell som deltok i spørreundersøkelse

	Medisinsk klinikk		Psykiatrisk klinikk	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Sykepleier	145	100	100	51
Lege/psykiater	-	-	16	8
Sosionom	-	-	13	7
Hjelpepleier	-	-	10	5
Psykolog	-	-	26	13
Annet	-	-	31	16
Totalt	145	100	196	100

Tabell 6 viser respondentenes fordeling når det gjelder kjønn, alder og arbeidserfaring. Det er høyere andel kvinner enn menn, noe som er vanlig blant helsepersonell. Ved medisinsk klinikk var gjennomsnittsalderen på sykepleierne 32 år, med en spredning fra 23 til 62 år (median 29 år; modus 26 år). Over halvparten var i aldersgruppen 23–29 år. Kun 6 prosent var 50 år eller mer. Ved psykiatrisk klinikk var ca. halvparten mellom 20 og 39 år. Mens det her var færrest i aldersgruppen fra 40–49 år, utgjorde de på 50 år eller mer den største gruppen.

Respondentene ved medisinsk klinikk hadde fra 0 til 37 års arbeidserfaring som sykepleiere. 40 prosent hadde jobbet i to år eller mindre. Kun 35 prosent hadde mer enn 5 års erfaring. De som hadde mer enn 10 års erfaring, utgjorde den minste gruppen (16 prosent). Gjennomsnitt for antall års arbeidserfaring var 5,9 år, mens median var 3 og modus 0,5 år.

Ved psykiatrisk klinikk ble antall års erfaring i psykiatrien etterspurt, noe som varierte fra 0 til 35 år. Omtrent en femtedel hadde 0–2 års erfaring og omtrent like mange 2–5 år. Ca. 60 prosent av respondentene hadde mer enn 5 års erfaring innenfor dette fagområdet.

Gjennomsnitt var her 8,7 år, mens median var 7 og modus 10 år.

⁴ Kategorien «annet» besto av miljøterapeut/miljøarbeider (7 stk.), vernepleier (4 stk.), pleieassistent (4 stk.), ergoterapeut (3 stk.), seksjonsleder/prosjektleder/leder (som har pasientkontakt) (3 stk.), fysioterapeut (3 stk.), konsulent (3 stk.), barnevernspedagog (1) og husholdstyrer (1). I tillegg hadde to respondenter krysset av for at de hadde en annen stilling, uten at de beskrev hvilken type.

Tabell 6 Respondentenes kjønn, alder og arbeidserfaring

	Medisinsk klinikk		Psykiatrisk klinikk	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Kjønn				
Kvinner	122	88	134	69
Menn	17	12	61	31
Alder				
23 (20 v/psyk.) –29 år	71	52	45	23
30–39 år	38	28	54	28
40–49 år	19	14	37	19
50 år og mer	8	6	59	30
Arbeidserfaring				
0 år til og med 2 år	57	40	43	22
Mer enn 2 år til og med 5 år	37	26	37	19
Mer enn 5 år og til og med 10 år	27	19	58	30
Mer enn 10 år	23	16	57	29

Da studien ble gjennomført, var det ca. 80 tolker som hadde oppdrag for Oslo kommunale tolketjeneste. Av praktiske grunner fikk vi tilbud om at spørreskjemaet kunne deles ut til 30 av dem. Av disse svarte 25, det vil si en svarprosent på 83. Det er mulig det er en skjevhet i utvalget, for eksempel kan det hende at de som har svart, har mer erfaring enn de som ikke fikk tilbud om å delta.

4.3.4 Intervjuer av pasienter med minoritetsbakgrunn

Intervjuer av enkeltpersoner egner seg godt for fordypningstemaer som krever ettertanke og trygghet (Malterud, 2002, s. 2469). Fordi formålet med denne delen av studien var å innhente kunnskap om etniske minoritetspasienters erfaringer relatert til helsepersonells kulturelle kompetanse, var dette en egnet metode. Pasientene⁵ ble rekruttert fra det samme sykehuset som helsepersonellet, og jeg hadde på forhånd innhentet tillatelse fra sykehusets ledelse (vedlegg 3 og 4). Avdelingssykepleiere sto for rekruttering av tidligere pasienter etter følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

- Førstegenerasjons innvandrere over 18 år fra Afrika eller Asia som hadde vært innlagt ved medisinsk klinikk eller var/hadde vært pasienter ved medisinsk poliklinikk
- Pasientene måtte være mentalt klare, og være i stand til å velge selv om de ønsket å delta

⁵ De intervjuede pasientene omtales som «pasienter» eller «etniske minoritetspasienter» i avhandlingen selv om de ikke hadde status som pasienter da intervjuene ble gjennomført. Dette for å skille dem klart fra andre informanter i studien. Enkelte steder benevnes de også som informanter der det kommer tydelig frem hvem det gjelder.

- Pasientene måtte språklig være i stand til å gjennomføre et intervju, for eksempel ved ikke å ha afasi. Å snakke flytende norsk var ikke et krav, da det var mulig å bruke tolk under intervjuet/samtalen
- Årsaken til innleggelsen skulle ikke være intox i suicidal hensikt
- Pasienten skulle ikke ha alkohol-/stoffmisbruk

Jeg skrev først et brev for potensielle informanter med forespørsel om deltakelse i henhold til personvernombudets krav (vedlegg 8). Jeg ble imidlertid frarådet av en ansatt på sykehuset med lang erfaring med minoritetspasienter å sende et så langt og formelt brev ettersom flere med minoritetsbakgrunn ikke kan lese sitt eget språk, og ettersom det uansett kan være vanskelig for mange å forstå norsk «byråkratspråk». Jeg ble i stedet anbefalt å sende et kortere, enklere brev og deretter ringe pasientene etter at de hadde mottatt brevet. En forkortet og forenklet forespørsel ble derfor sendt til personvernombudet med begrunnelse for dette (vedlegg 9), og brevet ble godkjent. Til de som ikke hadde svart innen to uker, ble det sendt en påminning (vedlegg 10). Til pasienter med dårlige norskkunnskaper, eller der jeg var usikker på deres norskspråklige nivå, ble det brukt tolk som ringte pasientene. I denne samtalen ble den samme informasjonen som sto i brevet, gitt. Både i brevet og i telefonsamtalen ble det presisert at det var frivillig å delta.

Av de 29 pasientene som fikk forespørsel om å delta i studien, svarte ti, seks kvinner og fire menn, bekreftende. Jeg har ikke nærmere informasjon om de som ikke svarte, enn nasjonalitet, alder og kjønn. Dette tyder ikke på at det er skjevheter i mitt utvalg. I alder var de som ble inkludert, fra 32 til 85 år (gjennomsnitt 55 år), og de hadde bodd i Norge fra seks til 40 år. Åtte av informantene var fra ulike deler av Asia, to fra afrikanske land. De hadde ulike medisinske diagnoser, og noen hadde vært innlagt på sykehus i Norge flere ganger, også på andre sykehus enn det de ble rekruttert fra i denne studien. Fordi jeg ikke hadde tilgang til pasientenes journal, har jeg ikke informasjon om diagnoser og liggetid på sykehuset annet enn det som kom frem i intervjuene. For at pasientene skulle få tid til å komme seg fysisk samtidig som de hadde opplevelsene fra sykehusinnleggelsen friskt i minne, ble de intervjuet fra én til tre måneder etter deres siste sykehusinnleggelse. Fem av informantene valgte å bli intervjuet hjemme og fem på sykehuset. De ble på forhånd spurt på telefon om de ønsket profesjonell tolk under samtalen, noe fire takket ja til.

Intervjuene var semistrukturerte, og en intervjuguide var utarbeidet på forhånd (vedlegg 11). Innholdet i guiden ga en oversikt over emner som skulle dekkes, og forslag til spørsmål

(Kvale & Brinkmann, 2009, s. 143). Temaene ble valgt ut fra tidligere forskning, funn i fokusgruppeintervjuene med helsepersonell og tolker, data fra spørreskjemaene og min egen erfaring som sykepleier i møte med minoritetspasienter.

Pasientintervjuene ble innledet med at jeg gjentok hensikten med dem, og åpnet for at pasienten kunne stille spørsmål eller komme med kommentarer. Denne innledningen ble ikke tatt opp elektronisk slik resten av intervjuet ble. Intervjuene startet med spørsmålet: «Kan du fortelle hva som skjedde da du ble syk og innlagt på sykehus / ble pasient ved poliklinikken?»

Alle temaene i intervjuguiden ble berørt i løpet av samtalene, men ikke alltid i oppsatt rekkefølge. Det ble også åpnet for at informanten kunne komme inn på andre temaer. Oppklarende og utdypende spørsmål som «kan du fortelle» og «hva mener du» ble stilt for å sikre min forståelse og få mest mulig innsikt. Utsagn fra de første intervjuene førte til at jeg i de neste intervjuene stilte enkelte spørsmål på en annen måte. Et eksempel på dette gjaldt temaet kosthold på sykehus. I de første intervjuene ga informantene svært konkrete svar angående mat og ulike retter de var vant til å spise til forskjellige måltider. De beskrev ingredienser og hvordan maten ble laget. Da jeg intervjuet en iransk kvinne i hennes hjem, serverte hun meg mat for å få beskrevet det hun ønsket, nemlig at det hun kalte «brød», var noe helt annet enn det vi i Norge kaller brød. Dette førte til at jeg begynte å spørre mer konkret om hva pasientene var vant til å spise, i stedet for bare om de var fornøyd med maten de hadde fått på sykehuset, som var det opprinnelige spørsmålet i intervjuguiden.

Også disse intervjuene, som varte fra 35 til 87 minutter (i gjennomsnitt 61 minutter), ble tatt opp elektronisk og transkribert ordrett. Den transkriberte teksten utgjorde totalt 181 A4-sider med enkel linjeavstand. Når man uttrykker seg på et annet språk enn sitt morsmål, kan det være vanskelig å finne riktige ord og å uttrykke seg slik en ønsker. Dette kan ha påvirket lengden på intervjuene. I ettertid tenker jeg at det ville vært hensiktsmessig med tolk i et par av intervjuene der det ikke ble benyttet. En av pasientene sa også selv etter samtalen: «Hadde jeg visst at det var så mange spørsmål, så skulle jeg hatt tolk.»

O'Reilly og Parker (2012) beskriver en utvalgsstrategi som innebærer å samle data så lenge det gir forskeren ny informasjon, det vil si til såkalt metning eller saturasjon er oppnådd. Datamaterialet skal ikke være så begrenset at det ikke har overføringsverdi til større grupper, samtidig som studien ikke bør omfatte så mange intervjuer at data ikke kan håndteres på en ordentlig måte (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 198). Selv om det ikke finnes retningslinjer for å vurdere hvor stort utvalget av informanter må være for å oppnå metning (Guest, Bunce & Johnson, 2006), vurderte jeg dataene som fyldige og tilstrekkelige etter at jeg hadde

gjennomført ti intervjuer. Jeg opplevde ikke at de siste intervjuene tilføyde nye temaer, og jeg hadde ikke viktige eller ubesvarte spørsmål etter å ha transkribert og analysert intervjuene.

4.3.4.1 Bruk av tolk i intervjuene

Det ble brukt profesjonelle tolker under fire av intervjuene. Tolkene fikk på forhånd informasjon om forskningsprosjektet og hensikten med intervjuet. De fikk også tilsendt den skriftlige forespørselen informantene hadde fått. Av både tilfeldige og praktiske årsaker ble de to samme tolkene brukt under de fire intervjuene. De tolket ved to intervjuer hver, noe som sannsynligvis gjorde at de var enda mer forberedt til det andre intervjuet. Jeg hadde også snakket med tolkene alene i forkant om intervjuteknikken og temaene jeg ville komme inn på. Begge hadde lang erfaring med muntlig oversettelse, og de hadde samme kulturelle bakgrunn som informantene, noe som er nødvendig ved tolkning av kvalitative intervjuer (Björk Brämberg & Dahlberg, 2013). Det var også til hjelp ved flere av temaene vi snakket om, for eksempel ulike matkulturer og helsevesenet i pasientens hjemland. Begge tolkene var kvinner, og av informantene var det tre kvinner og én mann.

Ved bruk av tolk er det en ekstra utfordring å skape åpenhet og umiddelbarhet (Björk Brämberg & Dahlberg, 2013). Jeg opplevde en større grad av åpenhet og fortrolighet fra pasientenes side etter at samtalen hadde pågått en stund. Samtidig kunne det enkelte ganger oppleves vanskelig at pasienten måtte ta pause midt i en lang forklaring fordi tolken skulle oversette, noe som kanskje kunne påvirke innholdet i fortsettelsen av forklaringen. At den mannlige pasienten fikk kvinnelig tolk, syntes imidlertid ikke å skape problemer.

Som forsker er man nødt til å stole på tolken fordi en ikke kan vite innholdet og måten utsagn blir oversatt på. Samtidig må en være bevisst på at tolken aktivt er med i datafortolkning, meningskonstruksjon og til slutt presentasjon av deltakernes virkelighet når de tar avgjørelser om hvordan de skal stille spørsmål eller utelate ord eller fraser (Wong & Poon, 2010). Björk Brämberg og Dahlberg (2013) hevder at tolker bør ta del i en evaluering av oversettelsesprosessen etter intervjuet. Det ble ikke gjort i denne studien, men under intervjuene stilte jeg flere ganger oppklarende spørsmål. Data fra fokusgruppeintervjuene med tolkene var nyttige når jeg selv skulle benytte tolk i disse intervjuene, for eksempel var jeg ekstra oppmerksom på om det oppsto misforståelser mellom meg og pasientene.

Ved de to første intervjuene hvor jeg hadde bestilt tolk, møtte ikke informantene opp til avtalt tid. Da jeg ringte dem, hadde det kommet noe i veien, men de hadde likevel ikke gitt beskjed.

Jeg ringte derfor informantene dagen før ved de to siste intervjuene hvor det skulle være med tolk, for å forsikre meg om at det ikke var noen misforståelser.

4.4 Dataanalyse

I dette underkapittelet beskrives analysen av kvalitative og kvantitative data.

4.4.1 Analyse av kvalitative data

Analyse av kvalitative data består i «å stille spørsmål til materialet, lese materialet i lys av dette, og organisere og gjenfortelle svarene på en systematisk og relevant måte» (Malterud, 2011, s. 93). De kvalitative dataene ble analysert i den rekkefølgen de ble innsamlet:

- (1) Fokusgruppeintervjuene med sykepleiere ved medisinsk klinikk og deretter svarene på de åpne spørsmålene og kommentarene i margen på spørreskjemaet fra denne klinikken
- (2) Fokusgruppeintervjuene med helsearbeiderne ved psykiatrisk klinikk og besvarelsene på de åpne spørsmålene og kommentarene i margen på spørreskjemaet
- (3) Fokusgruppeintervjuene med profesjonelle tolker og svarene de kommunalt ansatte tolkene ga på åpne spørsmål i spørreskjema
- (4) Dybdeintervjuene med pasienter

Ettersom formålet med prosjektet var å få tak i deltakernes erfaringer, holdninger og synspunkter og å få gode og gyldige fortolkninger av prosjektets ulike typer kvalitative data, ble hermeneutikk valgt som vitenskapsteoretisk posisjon. Ifølge Thornquist (2003, s. 139) dreier hermeneutikk seg «om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning».

«Hermeneutikkens objekter er først og fremst tekster» (ibid.). Tekstene i denne studien utgjøres av intervjuene som var tatt opp elektronisk og transkribert ordrett, og svarene på åpne spørsmål og kommentarer fra spørreskjemaene. I transkriberingen ble pauser, latter og små kommentarer også notert for å få med stemningen og meningene i samtalen.

Innledningsvis ble intervjuene fra hver del av studien lest flere ganger for å få et bilde av teksten i sin helhet. Deretter ble hvert intervju, de nedskrevne svarene på hvert spørsmål på de åpne spørsmålene i spørreskjemaene og kommentarene skrevet i skjemaets marger lest, og det ble stilt spørsmål til de transkriberte tekstene for å identifisere temaområder relatert til forskningsspørsmålene. For eksempel når det gjaldt pasientintervjuene, stilte jeg spørsmål om hvordan pasienter med minoritetsbakgrunn opplever møtet med sykehus i Norge, og i hvilken grad de har tillit til helsepersonells profesjonelle og kulturelle kompetanse. Under gjennomlesning gjorde jeg notater i margen ved utsagn som var relevante for

forskningsspørsmålene. Ved analyse av pasientintervjuene, som utgjør det største materialet (181 A4-sider), brukte jeg dessuten forskjellige farger for å kategorisere ulike temaer i teksten.

Etter at intervjuene var analysert enkeltvis, ble henholdsvis fokusgruppeintervjuene med sykepleiere ved medisinsk klinikk og pasientintervjuene sett i forhold til hverandre. Det ble sett etter fellestrekk og ulikheter, og det ble vurdert hva som var sentrale trekk ved intervjuene som helhet. Som en del av analysearbeidet med pasientintervjuene laget jeg en matrise med intervjutekst, meningsbærende enheter, meningskondensering og tema (tabell 7). På den måten kunne jeg sortere intervjutekst fra forskjellige intervjuer og samle beskrivelser relatert til det samme temaet.

Tabell 7 Eksempel fra matrisen som ble brukt i analysen av kvalitativt intervjumateriale fra pasientintervjuer

Sitat (direkte sitat fra informanten)	Meningsbærende enheter	Meningskondensering (komprimert sammendrag)	Tema
Jeg har ganske mye kontakt med utlendinger, kan du si ... andre tyrkere og pakistanere, marokkanere og somaliere, kan du si. Det er mange her. Alle jeg snakker med, ingen av dem er fornøyd med legene sine. De føler at de ikke blir forstått eller behandlet for den sykdommen godt nok som de skal. Så de føler at de må reise på ferie til landet sitt og få behandling der. Og den behandlingen de har slitt med å få her i Norge i flere måneder eller år, den behandlingen får de på to-tre uker i hjemlandet sitt. Det er det mange som har gjort. Nesten 90 prosent av dem jeg kjenner, de har gjort det. Og det var mange som sa, da jeg var innlagt på sykehuset, at jeg skulle dra til Tyrkia for behandling der.	Tyrkere, pakistanere, marokkanere og somaliere er ikke fornøyd med legene sine. De blir ikke forstått og får ikke god behandling for sykdommen. De føler derfor at de må reise til hjemlandet for å få behandling. Den behandlingen det tar flere måneder å få i Norge, får de på to-tre uker i hjemlandet sitt.	I innvandremiljøet i Norge er det mange som er misfornøyd med norske leger og snakker om det seg imellom. De opplever å ikke bli forstått og at de ikke får god behandling. Derfor reiser mange til hjemlandet for å få raskere og bedre behandling.	Mistillit til norsk helsepersonell.

Kvale og Brinkmanns (2009, s. 220–222) modell for kvalitative intervjuer ble benyttet i analysen av pasientintervjudataene. Forfatterne beskriver analysen i tre forskjellige kontekster: (1) selvforståelse, (2) kritisk forståelse basert på sunn fornuft og (3) teoretisk forståelse. I selvforståelsen forsøker den som analyserer «i en fortettet form å formulere det den intervjuede selv oppfatter som meningen med sine uttalelser» (ibid., s. 221). Ved kritisk forståelse basert på sunn fornuft kan fortolkningene ha en «bredere forståelsesramme enn intervjupersonens egen. De kan stille seg kritisk til det som blir sagt, og kan fokusere enten på

uttalelsens innhold eller på personen som står bak» (ibid., s. 221). I den tredje konteksten benyttes en «teoretisk ramme ved fortolkningen av en uttalelse» (ibid., s. 222). De to første tolkningskontekstene fremkommer i presentasjonen av funnene i kapittel 5 og i artiklene. Den teoretiske forståelsen presenteres i diskusjonen i kapittel 6 og i artiklene. I og med at tolkningskontekstene kan overlape hverandre (ibid., s. 222), vil også deler av kritisk forståelse basert på sunn fornuft presenteres i diskusjonene.

I hermeneutisk fortolkning av kvalitative data, peker den såkalte hermeneutiske sirkel på forbindelsene mellom det som skal fortolkes, forforståelsen (jf. kapittel 4.5.1), og den sammenhengen eller konteksten det fortolkes i. Fortolkningen består dermed av stadige bevegelser mellom helhet og del, slik Gilje og Grimen presenterer det (1993, s. 153–155). I prosessen med analyse av intervjuene innebar dette blant annet at det ble en kontinuerlig veksling mellom å arbeide med hele intervjuer og deler av et intervju, og mellom hele intervjumaterialet og enkeltintervjuene. Dette kan også betraktes som en spiral som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 217). Gadamer (2012, s. 338–345) beskriver forståelse som en prosess der to forståelseshorisonter møtes; en horisontsammensmeltning. «Horisonten er en synskrets som omfatter og omslutter alt det som er synlig fra et bestemt punkt» (Gadamer, 2012, s. 341). I arbeidet med analysen kan en tenke seg at både forskeren og teksten (informanten) har en «horisont», og at det oppstår forståelse når disse smeltes sammen.

4.4.2 Analyse av kvantitative data

De kvantitative dataene utgjøres av helsepersonells og profesjonelle tolkers svar på prosjektets spørreskjemaer. Det elektroniske analyseverktøyet SPSS ble brukt for å utføre analysene. I artiklene 1, 2 og 4 er det gjennomført frekvensanalyser og krysstabeller for å beskrive helsepersonells kulturelle kompetanse relatert til ulike temaer. I artikkel 1 er det også gjennomført signifikanstester, både for å undersøke forskjeller mellom sykepleiere fra medisinsk og psykiatrisk klinikk og for å undersøke ulikheter i svarene innad i gruppene. De fleste av disse testene viser ikke signifikante forskjeller mellom medisinsk og psykiatrisk klinikk. En forklaring på dette kan være at det var et begrenset antall respondenter til tross for at de aktuelle helsearbeiderne ved sykehuset ble invitert til å delta og svarprosenten var henholdsvis 90 og 64 ved medisinsk og psykiatrisk klinikk. Det var heller ikke signifikante

forskjeller relatert til antall års arbeidserfaring. Kjønn har heller ikke vist seg å være en signifikant faktor med unntak av svarfordelingen på to spørsmål.⁶

4.5 Refleksivitet

I forskning er det viktig å ha vilje og evne til å sette spørsmålstegn ved de fremgangsmåtene en har brukt, og konklusjonene en kommer frem til i form av tvil og ettertanke (Malterud, 2011, s. 18). Denne refleksiviteten «handler om å overveie forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former resultatene» (Malterud, 2002, s. 2468). Det betyr blant annet å være bevisst på sin egen rolle som forsker og kvaliteten på analysearbeidet som er gjort.

4.5.1 Min rolle som forsker

En grunntanke i hermeneutikken er at vi forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger. Gadamer kaller slike forutsetninger «forforståelse» eller «for-dommer», og dette er et nødvendig vilkår for at forståelse skal være mulig. Når en skal fortolke en tekst eller et fenomen, må en ha visse ideer om hva en skal se etter (Gadamer, 2012, s. 302–322; Gilje & Grimen, 1993, s. 148–153). Min bakgrunn som sykepleier har påvirket min rolle både under intervjuene og i fortolkningen av data. Jeg arbeidet i klinisk praksis i nærmere 20 år før jeg begynte på dette forskningsprosjektet. I løpet av disse årene har jeg møtt mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, deriblant ved sykehuset der datainnsamlingen til denne studien er gjennomført. Dette har gitt meg et innenfraperspektiv som helsepersonell når det gjelder etniske minoritetspasienter. Fordelen med å kjenne feltet er at det gir kjennskap til temaer som er betydningsfulle for å kunne stille relevante spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 99). I tillegg kan det gjøre det lettere å forstå informantene og redusere faren for misforståelser. Lang erfaring som sykepleier har også gitt meg nyttig kunnskap om det å samtale med ulike mennesker og bygge tillit i forholdsvis korte møter. Det er viktig at informantene har tillit til intervjueren for at de skal ønske å formidle sine erfaringer og meninger.

I tillegg til dette innenfraperspektivet har jeg gjennom tilknytningen til Senter for profesjonsstudier i forbindelse med doktorgradsarbeidet fått et «utsideblikk» på profesjoner og profesjonsutøvelse i helsevesenet. Det har jeg opplevd som viktig for å utvikle og opprettholde et kritisk blikk på forskningsfeltet (Molander & Terum, 2008). For å unngå at

⁶ Det er små signifikante forskjeller når det gjelder kjønn, i svar på påstanden «Jeg er trygg på at tolken sier ifra om det oppstår misforståelser under samtalen» ved medisinsk klinikk og påstanden «Ved språkproblemer er terapeutiske samtaler vanskelig uten tolk» ved psykiatrisk klinikk (figurene 5 og 7 i artikkel 2).

informasjonen jeg fikk, skulle oppleves som innforstått, forsøkte jeg å stadig gå tilbake til informantenes konkrete eksempler og beskrivelser av opplevelser i den hensikt å oppnå en dypere forståelse.

Under pasientintervjuene var jeg bevisst på at jeg som forsker og intervjuer var etnisk norsk og hvit i møte med pasienter med asiatisk eller afrikansk opprinnelse. Begge parters forforståelse og forutinntatte holdninger kunne påvirke samtalene, noe jeg prøvde å være oppmerksom på ved at jeg møtte dem jeg intervjuet, med åpenhet og interesse.

4.5.2 Validitet og reliabilitet

Validitet dreier seg om kunnskapens gyldighet og relevans (Malterud, 2011, s. 181) og er påvirket av valg som er gjort under hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 246). Både i artiklene og i kappen har jeg derfor vært opptatt av å være transparent og nøyaktig. Etske refleksjoner (jf. kapittel 4.7) er også en del av overveielsene av validiteten.

Metodetriangulering er beskrevet som en måte å øke validiteten til empiriske studier på (Malterud, 2001). Kumas-Tan et al. (2007) påpeker i en systematisk reviewartikkel mangelen på valide evalueringsmetoder relatert til vurdering eller kartlegging av kulturell kompetanse hos helsepersonell, og anbefaler i større grad å bruke «mixed methods». Det styrker derfor denne studiens validitet at både helsepersonells og pasienters syn og erfaringer kommer frem gjennom intervjuer der mange av de samme temaene undersøkes, men sett fra ulike perspektiv. På samme måte har både helsepersonell og profesjonelle tolker blitt intervjuet og svart på spørreskjema om erfaringer med å bruke eller fungere som tolk og samarbeidet dem imellom. Dette har bidratt til å få frem ulike forståelser av samme fenomen.

Validitet er også knyttet til studiens relevans (Malterud, 2001). Når en stadig økende del av befolkningen har minoritetsbakgrunn – i Oslo over 30 prosent av befolkningen – viser dette at temaene som diskuteres i avhandlingen, er svært relevante. Spørsmålet om relevans har også sammenheng med kartleggingsmetoden som er brukt (Malterud, 2011, s. 22). Det styrker de kvantitative dataenes validitet at det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer før spørreskjemaene ble utarbeidet. Spørreskjemaene inneholdt dermed temaer som helsepersonell hadde beskrevet som relevante i klinisk praksis. At to erfarne forskere ved en sykepleierhøgskole og to sykepleiere som jobbet i klinikken, kommenterte spørreskjemaet før undersøkelsen ble satt i gang, og de endringene dette medførte (jf. kapittel 4.3.2), mener jeg også styrket validiteten.

Når det gjelder dybdeintervjuene med minoritetspasienter, er det en styrke at pasientene selv har fått sette ord på sine erfaringer og meninger. Samtidig er det en risiko at folk svarer på noe annet enn det vi mener å spørre dem om, og at man som intervjuer ikke forstår dette tilstrekkelig godt. Risikoen for dette er særlig stor når det forskes på temaer eller mennesker fra en annen kultur eller med et annet språk enn vårt eget (Malterud, 2011, s. 22). Dette kan ha påvirket dataene. Samtidig justerte jeg intervjuguiden noe ut fra erfaringene med de første intervjuene (jf. kapittel 4.3.4). Dette bidrar til å styrke materialets validitet (Malterud, 2002). Der jeg presenterer kvalitative data i artiklene, bruker jeg intervjustater, noe som også styrker validiteten fremfor at jeg kun hadde beskrevet dem med mine ord.

Reliabilitet har å gjøre med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250). Halkier (2010, s. 16–19) beskriver metodetriangulering som en styrke for reliabiliteten, fordi temaer belyses fra ulike perspektiver som kan utfylle hverandre. Reliabiliteten styrkes også ved at valg gjennom hele prosessen er synliggjort i avhandlingen. Det styrker dessuten reliabiliteten at jeg har foretatt all transkribering selv. Dermed har jeg fått med meg mange detaljer som var relevante for analysen.

Både validiteten og reliabiliteten styrkes ved at min hovedveileder deltok under fokusgruppeintervjuene og har lest flere av de transkriberte pasientintervjuene, og at vi har diskutert funnene gjentatte ganger. Jeg har også diskutert studien i flere forskningsgrupper som jeg har deltatt i under stipendiatperioden. På den måten har design, funn, alternative tolkninger og konklusjoner blitt utfordret og diskutert. Reviewprosessen med de publiserte artiklene og presentasjoner på internasjonale konferanser har også gitt meg nyttige kommentarer.

4.5.3 Overførbarhet

Begrepene generaliserbarhet og overførbarhet brukes til en viss grad om hverandre selv om generaliserbarhet oftest benyttes i kvantitativ og overførbarhet i kvalitativ forskning. Jeg velger her å bruke overførbarhet, som vil si i hvilken grad funnene kan overføres til andre situasjoner eller grupper (Polit & Beck, 2004, s. 734). Grunnen til at jeg bruker overførbarhet også om det kvantitative datamaterialet, er at det er forholdsvis få respondenter, og at utvalget antakelig ikke er representativt. Surveydataene fra helsepersonell er kun samlet inn ved ett sykehus i Oslo hvor en relativt stor andel av pasientene har etnisk minoritetsbakgrunn, og der oppmerksomheten over flere år har vært rettet mot pasienter med minoritetsbakgrunn. Innvandrerbefolkningen er imidlertid spredt over hele landet, og helsepersonell vil i stor grad

stå overfor mange av de samme utfordringene i møte med pasienter med en annen språklig, kulturell og religiøs bakgrunn enn de selv har. Når mine data for eksempel viser at en viss prosent av helsepersonell opplever å ikke ha kulturell kompetanse, er det rimelig å anta at dette også er en utfordring ved andre sykehus.

Det er derfor sannsynlig at kompetansebehov relatert til praksisnære situasjoner som er diskutert i denne avhandlingen, kan ha overføringsverdi til lignende kontekster og situasjoner andre steder i landet.

Når det gjelder både de kvalitative og kvantitative dataene fra de profesjonelle tolkene, tenker jeg at disse kan være overførbare både til andre tolker i Oslo og ellers i landet fordi profesjonelle tolker har forholdsvis like handlingsbetingelser og kontekster som ligner hverandre. Det kan også antas at funnene fra pasientintervjuene er overførbare til andre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

4.6 Begrensninger ved studien

Både asiatiske og afrikanske informanter er inkludert i studien. Det kunne vært fordeler ved å gå i dybden på minoritetspasienter med lik etnisk og kulturell bakgrunn. Samtidig viser forskning at immigranter har mange felles erfaringer med å være i eksil (B. Berg & Lauritsen, 2009; Sluzki, 1979), og at pasienter med minoritetsbakgrunn møter mange av de samme utfordringene til tross for ulik opprinnelse (Hanssen, 2010).

En begrensning ved fokusgruppeintervjuer kan være at sosial kontroll i gruppen hindrer at forskjeller i erfaringer og perspektiver kommer frem (Halkier, 2010, s. 14), for eksempel kan det være vanskelig å sette ord på negative holdninger til minoritetspasienter. En annen svakhet kan være at noen i gruppen er mer dominerende under samtalen enn andre.

Spørreskjemaene ble besvart av et begrenset antall helsepersonell. Dette kan betraktes som en svakhet, men hovedårsaken er størrelsen på populasjonen (som nevnt var svarprosenten henholdsvis 90 og 64 ved de to klinikkene). Antallet respondenter er et større problem i spørreundersøkelsen av tolker, der bare 25 deltok. Selv om dette utgjorde en svarprosent på 83, ville det vært en fordel dersom flere hadde fått tilbud om å delta i studien. Likevel er svarene interessante og belyser temaer i avhandlingen fra andre sider enn det som kommer frem gjennom data fra helsepersonell og minoritetspasienter.

Det er både styrker og svakheter ved selvrapportering, som svarene på spørreskjemaene i denne studien er. Det er en effektiv måte å få informasjon på som det ellers ville vært

vanskelig å få tak i, og det er en egnet metode for å samle inn retrospektive data (Polit & Beck, 2004, s. 320), for eksempel om i hvilken grad det har vært internundervisning på arbeidsplassen relatert til pasienter med minoritetsbakgrunn. En svakhet kan være validiteten og nøyaktigheten av dataene. Det er for eksempel mulig at noen vil svare det de mener er mest sosialt akseptabelt, i stedet for å svare ærlig (Kumas-Tan et al., 2007; Polit & Beck, 2004, s. 320). Selvrapportering er dermed ikke et objektivt mål for helsepersonells kompetanse. Likevel har blant annet Fernandez (2004) funnet at selvurdering av kompetanse er forholdsvis troverdig.

En svakhet ved spørreskjemaer er at respondentene ikke kan utdype hvorfor de har valgt de svaralternativene de har gjort. For å redusere dette problemet var det føyd til noen åpne spørsmål i spørreskjemaene og mulighet for å komme med «andre kommentarer». På den andre siden kan behovet for åpne spørsmål ses på som en svakhet ved et spørreskjema dersom påstandene med svaralternativene ikke fanger opp det nødvendige.

4.7 Etiske betraktninger

I denne studien er det tatt etiske hensyn gjennom hele prosessen fra datasamling til publisering. Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved Ullevål universitetssykehus (vedlegg 2), som også benyttes som ombud for sykehuset der studien er gjennomført. Fordi jeg skulle intervju pasienter, ble det også sendt søknad til Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Helseregion Sør-Norge (REK) om tillatelse til å gjennomføre studien og å oppbevare data og opplysninger om informantene i prosjektperioden i henhold til helseforskningsloven og helseregisterloven. Svaret var at dette er en studie i helsetjenesteforskning, at den faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og at studien kunne gjennomføres uten godkjenning fra REK (vedlegg 1). Ifølge personvernombudet var det ikke nødvendig å søke Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om tillatelse.

Potensielle deltakere til fokusgruppeintervjuene ble på forhånd informert muntlig og skriftlig om prosjektets hensikt, om at det ville bli tatt elektronisk lydopptak av intervjuet, og at opptakene ville bli slettet når analysearbeidet var ferdig. Det ble informert om hvem som skulle gjennomføre intervjuene, og at det var de samme personene som ville ha adgang til materialet etterpå. Det ble understreket at det var frivillig å delta, og at de som valgte å delta, kunne trekke seg fra studien når som helst uten å begrunne det.

Respondentene i spørreundersøkelsene ble informert om hensikten med studien, at spørreskjemaene var anonyme og at de besvarte skjemaene ikke ville være tilgjengelige for ledelsen ved sykehuset, men kun for de to prosjektmedarbeiderne. Alle deltakerne ble forsikret om at opplysningene ville bli behandlet fortrolig, at publiserte tekster på bakgrunn av studien ville være anonymiserte, og at informasjon ikke ville kunne føres tilbake til enkeltpersoner.

Informert samtykke fra pasientene ble sikret ved at de ble tilsendt brev med informasjon om studien og skriftlig forespørsel om å delta. De som ønsket å bli intervjuet, svarte skriftlig. Pasienter med dårlige norskkunnskaper eller der jeg var usikker på deres norskspråklige nivå, ble oppringt av tolk. I denne samtalen ble informasjonen som sto i brevet, gjennomgått muntlig. Det er mulig at pasientene som ble oppringt, kan ha opplevd et sterkere press til å delta i studien enn de som kun mottok et brev. Det ble imidlertid presisert også i denne samtalen at det var frivillig å delta. Pasientenes konfidensialitet ble sikret ved at det kun er jeg som har hatt tilgang til navnene på de som ble intervjuet. I tillegg ble de informert om at kun mine veiledere og jeg hadde tilgang til informasjonen de hadde gitt. Pasientenes navn eller fødselsdato var ikke skrevet på det transkriberte materialet. I publiserte artikler har jeg presentert data på en måte som sikrer anonymitet. Både de elektroniske og transkriberte versjonene av intervjuene ble lagret i henhold til lov om behandling av personopplysninger (2001). Dataene ble slettet etter avtale med personvernombudet.

Et forskningsintervju vil inneholde et asymmetrisk maktforhold mellom forskeren som intervjuer, og den som blir intervjuet. Årsaken til dette er både forskerens kompetanse og at samtalen er et middel for å få frem fortellinger, beskrivelser og tekster forskeren kan fortolke og rapportere i overensstemmelse med sine forskningsinteresser (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 52–53). Jeg var oppmerksom på denne asymmetrien og var sensitiv for pasientenes grenser når det gjaldt hva de ønsket å snakke om. Et eksempel er en iransk kvinne som kom inn på hvordan livet hadde vært før hun kom som flyktning til Norge. Hun gråt da hun begynte å snakke om dette, og ga uttrykk for at hun ikke ønsket å fortelle mer om det. I situasjoner som denne, hvor pasientene viste følelser relatert til temaene som ble tatt opp, var jeg spesielt bevisst på at de skulle få styre hva og hvor mye de ønsket å fortelle.

5.0 FUNN I ARTIKLENE

I dette kapittelet presenteres et sammendrag av hver artikkel med fokus på hovedfunnene.

5.1 Artikkel 1

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*, 34(6), 999–1004. DOI: 10.1016/j.nedt.2013.12.004

Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hvordan sykepleiere ved medisinsk og psykiatrisk klinikk ved et sykehus i Oslo opplever sin kulturelle kompetanse relatert til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Temaene det er fokusert på, er:

- Generell kulturell kompetanse som bakgrunn for god interkulturell omsorg og pleie
- Kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn biomedisinsk sykdoms-/behandlingsfilosofi
- Symptomvurdering
- Hvorvidt sykepleierne tilbys internundervisning om etniske minoritetspasienter
- Hvorvidt sykepleierne har noen å rådføre seg med angående etniske minoritetspasienter

Det er tidligere gjennomført få studier som har fokus på sykepleieres egne vurderinger av sin kulturelle kompetanse relatert til konkrete kliniske områder, og det er ikke funnet studier der slik kompetanse hos sykepleiere innenfor medisin og psykiatri er sammenlignet.

I artikkelen er det benyttet «mixed method». Kvalitative data: tre fokusgruppeintervjuer med helsepersonell (6 + 5 sykepleiere ved medisinsk klinikk og 7 helsearbeidere ved psykiatrisk klinikk). Det fremkom dessuten kvalitative data i spørreskjemaenes åpne spørsmål.

Kvantitative data: spørreskjemaer (Likert-type), utviklet på bakgrunn av funnene i fokusgruppeintervjuene, benyttet ved medisinsk og psykiatrisk klinikk.

Analysen viser at kun et mindretall av sykepleierne ved de to klinikkene opplevde at de hadde tilstrekkelig kulturell kompetanse til å kunne gi pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn god omsorg og pleie, og at bortimot halvparten mente at de hadde utilstrekkelig med slik kunnskap. Bare et mindretall opplevde å ha kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn biomedisinsk sykdoms-/behandlingstenkning. Analysene tyder ikke på at antall års arbeidserfaring påvirker personalets opplevde kompetanse, og det er ikke signifikante forskjeller mellom klinikkene.

Smertevurdering og somatisering av psykiske problemer var to sentrale temaer i studien. Flertallet av sykepleierne fra medisinsk klinikk mente at det er vanskelig å vurdere smerter hos etniske minoritetspasienter fordi de uttrykker smerter annerledes enn etniske nordmenn. Vel halvparten av sykepleierne ved psykiatrisk klinikk mente at pasienters somatisering kan vanskeliggjøre diagnostisering og gjøre at somatiske symptomer blir oversett. Det påpekes også at det er fare for at kulturelle forskjeller «diagnostiseres» i stedet for reelle sykdommer. Også her var svarene uavhengig av antall års arbeidserfaring.

Videre rapporterte majoriteten av sykepleierne ved begge klinikkene at det ikke gis internundervisning ved sykehuset om pasienter med forskjellig etnisk/kulturell eller religiøs bakgrunn, og at bare et mindretall av dem opplevde at de hadde noen å spørre om råd relatert til temaet.

Funnene i artikkelen indikerer at det er behov for formell utdanning på området kulturell kompetanse, både i teori og praksis. De tyder også på at det er viktig med undervisning på arbeidsplassen, supplert med veiledning og tilbakemeldinger som bygger på teoretisk kunnskap.

5.2 Artikkel 2

Hanssen, I. & Alpers, L.-M. (2010). Interpreters in Intercultural Health Care Settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of Intercultural Communication*, ISSN 1404–1634, issue 23, June.

I denne andre artikkelen er hensikten å undersøke hvordan helsepersonell og tolker oppfatter sin kulturelle kompetanse, hverandres roller og sitt gjensidige samarbeid. Som underproblemstillinger er det fokusert på:

- Hvordan helsepersonell og profesjonelle tolker opplever samarbeidet om minoritetspasienter
- Hvordan helsepersonell og tolker opplever sin kulturelle kunnskap om ikke-vestlige sykdoms- og behandlingsfilosofier, og hvordan tolkene opplever helsepersonells kompetanse på dette området

Det er benyttet både kvalitative og kvantitative data, beskrevet som studiene 1-4:

(1) En tidligere intervju- og feltobservasjonsstudie av sykepleiere

(2) Fokusgruppeintervjuer med sykepleiere og surveyundersøkelse ved medisinsk klinikk

(3) Fokusgruppeintervju med helsepersonell og surveyundersøkelse ved psykiatrisk klinikk

(4) Fokusgruppeintervju og surveyundersøkelse av profesjonelle tolker

Betydningen av bruk av profesjonell tolk er vektlagt i tidligere forskning, men samarbeidet mellom helsepersonell og tolker er i liten grad belyst. Dataene viser at helsepersonell kan oppleve samarbeidet med etniske minoritetspasienter vanskelig, spesielt ved språkproblemer og overfor pasienter med en annen sykdomsforståelse enn den biomedisinske. Både helsepersonell og tolker svarte at helsepersonell har utilstrekkelig kunnskap om andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn vestlig biomedisin, mens majoriteten av tolkene opplevde at de selv har tilstrekkelig slik kunnskap.

Det kan være vanskelig å kommunisere gjennom tolk blant annet fordi enkelte tolker ikke oversetter alt som blir sagt, eller ikke oppklarer misforståelser i samtalen. Bruk av tolk kan dessuten skape mistillit hos minoritetspasienter fordi tolk og pasient kan tilhøre ulike klaner, ha vært fiender under krig i hjemlandet, eller pasientene kan frykte at tolken ikke overholder taushetsplikten. Det siste ble beskrevet som spesielt problematisk når det er pasienter som tilhører små innvandrergupper. De profesjonelle tolkene kan oppleve samarbeidet med helsepersonell vanskelig ved at de får for lite informasjon om innholdet i tolkesamtalen på forhånd. Det er også problematisk dersom helsepersonellet avbryter tolkene, bruker medisinsk terminologi som er vanskelig for tolken å forstå, eller mangler kompetanse om atferd og sykdom/behandling som er annerledes enn det som er vanlig i Norge.

I artikkelen konkluderes det med at det ved bruk av tolk i møte med etniske minoritetspasienter er behov for mer enn bare oversettelse av ordene som blir sagt. I situasjoner der pasient og helsepersonell ikke forstår hverandre, kan det være behov for at tolken fungerer som en kulturell brobygger, noe som i dag ikke er inkludert i retningslinjene til profesjonelle tolker i Norge. Tolken må da ha kunnskap om vestlig biomedisin og tilhørende vokabular, om hvordan majoritetssamfunnet fungerer, og om pasientens forståelse av situasjonen. Resultatene tyder på at det er behov for kulturell bevissthet og opplæring både hos helsepersonell og tolker, for at samarbeidet dem imellom skal fungere, og for å sikre god kvalitet i kommunikasjonen med etniske minoritetspasienter og dermed best mulig resultat av helsetjenestene.

5.3 Artikkel 3

Alpers, L.-M. (2016). Distrust and patients in intercultural healthcare. A qualitative interview study. *Nursing Ethics*, 1–11, DOI: 10.1177/0969733016652449

I denne artikkelen er hensikten å undersøke hvordan etniske minoritetspasienter med asiatisk eller afrikansk opprinnelse opplever pleien og behandlingen de får på et sykehus i Norge, og hva som skaper mistillit i møte med etnisk norsk helsepersonell. Mer konkret drøfter jeg:

- Hvordan etniske minoritetspasienter vurderer helsepersonells kompetanse
- Hva som karakteriserer prosesser som skaper forståelse og misforståelser mellom helsepersonell og etniske minoritetspasienter
- Hvordan helsepersonells og etniske minoritetspasienters atferd og kommunikasjonsstil påvirker gjensidig mistillit og «othering»

Dataene er samlet inn gjennom kvalitative dybdeintervjuer med ti pasienter – seks kvinner, fire menn, åtte asiater, to afrikanere. Pasientene var fra 32 til 85 år, og de hadde bodd i Norge fra seks til 40 år.

Det er tidligere gjort få studier hvor pasienter med minoritetsbakgrunn deltar, spesielt kvalitative studier. I tidligere forskning er begrepene tillit og mistillit i liten grad vektlagt relatert til minoritetspasienter.

Flere faktorer kan skape mistillit mellom pasienter og helsepersonell, og situasjoner som skaper tillit for én pasient, kan skape mistillit for en annen. Både helsepersonell og minoritetspasienter har forutinntatte holdninger og forventninger. Når forventninger ikke blir innfridd og det oppstår mistillit, utfordres den gjensidige forståelsen, og partene kan se på hverandre som «den/de andre» i stedet for «en av oss». Det innebærer at kompleksiteten og subjektiviteten ved den enkelte ignoreres, en prosess som betegnes som «othering».

Mens enkelte pasienter foretrakk å bli behandlet i Norge, mente andre at legene i hjemlandet er mer kompetente og erfarne, og de opplevde usikkerhet, frustrasjon og mistillit i møte med etnisk norsk helsepersonell. Dersom pasienten ikke får diagnose og behandling umiddelbart slik de er vant til fra hjemlandet, kan det oppstå mistillit. Flere var vant til helsepersonell med en mer autoritær holdning. I mange samfunn forventes det dessuten at det er familien, og ikke pasienten selv, som informeres, spesielt angående alvorlige diagnoser, fordi direkte informasjon i slike situasjoner kan forkorte livet. Dette gir en bevisst eller ubevisst forventning om en asymmetrisk maktrelasjon mellom pasient og helsepersonell. For noen

fører den norske egalitære stilen til mistillit, mens andre finner at det gir tillit å bli inkludert i diskusjoner om sykdom og behandling, og setter pris på åpen og direkte informasjon.

Flere av pasientene opplevde det vanskelig å uttrykke tanker og følelser og å bli oppfattet riktig i en fremmed kultur. Deres atferd, som kan tolkes som aggressiv dersom en ikke forstår eller ved manglende øyekontakt fordi det er høflig, kan føre til misforståelser.

Flere pasienter hadde hørt negative historier om diskriminering og dårlig behandling av innvandrere på sykehus i Norge og hadde i utgangspunktet mistillit til norsk helsepersonell. Flere ble overrasket over å bli møtt med vennlighet og god behandling. Likevel kan blant annet travelhet oppfattes som avvisning og rasisme og føre til mistillit og et syn på norsk helsepersonell generelt som diskriminerende.

Funnene i artikkelen fremhever kompleksiteten i møtet mellom etniske minoritetspasienter og helsepersonell, og hvordan den kan føre til mistillit. Det konkluderes med at ulike verdier, oppfatninger, forventninger, atferd og uttrykksform hos pasienter og helsepersonell kan skape mistillit og «othering». Skal man skape tillit, er det behov for at helsepersonell har kulturell kompetanse i tillegg til generell profesjonell kompetanse.

5.4 Artikkel 4

Alpers, L.-M. Hospital food: Muslim migrant patients and nurses' dissimilar understanding of patients' dietary needs. Sendt inn desember 2016 til *Journal of Clinical Nursing*.

Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hvordan sykepleiere vurderer sin kunnskap om muslimske pasienters religiøse, kulturelle og individuelle kostholdsbehov og hvilke behov muslimske pasienter selv beskriver. I tillegg studerer jeg hvordan mat kan anses som behandling.

Også her er det brukt både kvalitative og kvantitative data. De kvalitative dataene er hentet fra fokusgruppeintervjuene med sykepleiere fra medisinsk klinikk (jf. artiklene 1 og 2) og dybdeintervjuer med pasienter med asiatisk eller afrikansk opprinnelse (jf. artikkel 3). Sju av de ti pasientene var muslimer. En var kristen, men hadde muslimsk ektemann og hadde god kjennskap til muslimske retningslinjer relatert til kosthold. De kvantitative dataene er hentet fra surveystudien av sykepleiere ved medisinsk klinikk (jf. artiklene 1 og 2).

Det er tidligere gjort få kvalitative studier hvor minoritetsetniske pasienter deltar. Det er dessuten gjort lite forskning som belyser både sykepleieres og minoritetspasienters perspektiv på dette temaet.

På sykehuset der studien er gjennomført, tilbys pasientene daglig en «halal»-meny, det vil si mat tilberedt etter muslimske religiøse retningslinjer. Flertallet av sykepleierne mente at de har kunnskap om hva som er lov og forbudt for muslimer å spise, og at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn tilbys mat tilpasset deres tro og kultur. Bare et fåtall rapporterte at dette ikke alltid er tilfellet.

Blant pasientene var det stor variasjon i hvordan de opplevde muslimske kostholdsregler, og hvor strengt de fulgte dem. Enkelte var bekymret for at de skulle bli servert mat som ikke var «halal», og hadde mistillit til sykepleierne som de opplevde manglet kunnskap om dette. Flere lot være å spise mat de var usikre på, og én pasient hadde ikke spist ordentlig på flere dager. Andre valgte å stole på at kjøttet de fikk, var slaktet og behandlet på rituelt riktig måte. Én informant mente andre muslimer var for krevende med tanke på de religiøse retningslinjene, og spiste for eksempel svinekjøtt dersom det ble servert.

Både sykepleierne og pasientene la vekt på at også ikke religiøst relaterte personlige kostholdspreferanser har stor betydning. Sykepleierne mente at ikke alle muslimske pasienter ønsker å få middagsretter fra «halal»-menyen, fordi enkelte fant disse rettene for sterke eller for lite variert. Pasientene beskrev sykehusmaten som veldig annerledes enn den de var vant til å spise. Særlig opplevdes de mange brødmåltidene som svært ensformige og kjedelige. De asiatiske pasientene var vant til flere varme måltider per dag og sterkt krydrete retter, en afrikansk pasient var vant til ris og kylling, og en annen uttrykte ønske om mer salat, pasta, bønner, linser og frukt. De var likevel innforstått med å spise maten de ble servert. Mat ble også omtalt som behandling, og en pakistansk informant uttrykte undring over manglende informasjon fra etnisk norske leger om hva slags mat forordnede medisiner skal kombineres med, slik hun var vant til å få nøye instruksjoner om i hjemlandet.

Det konkluderes med at det er behov for at sykepleiere har bevissthet på og kunnskap om hvordan kultur og religion påvirker den enkelte pasients matpreferanser, og at det er stor variasjon muslimske pasienter imellom angående dette. Det er også behov for en kartlegging av pasienters kostvaner ved sykehusinnleggelse angående religiøse retningslinjer og personlige ønsker og vaner. Gjenkjennbar mat kan være viktig både for pasientenes ernæring og opplevelse av trygghet i en situasjon som kan oppleves skremmende og utrygg.

6.0 DISKUSJON

I de foregående kapitlene har jeg relatert denne studien til tidligere forskning, beskrevet teoretiske perspektiver, drøftet metodiske temaer og presentert hovedfunnene i de fire artiklene. Dette danner grunnlaget for den kommende diskusjonen. Som beskrevet i innledningen, er det overordnede forskningsspørsmålet for ph.d-prosjektet:

Hvilke kompetansebehov har helsepersonell ved pleie og behandling av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?

Mer konkrete forskningsspørsmål er:

- (1) Hvordan vurderer helsepersonell sin kompetanse ved kommunikasjon og samhandling i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, og hvilken betydning har erfaring for utvikling av deres kulturelle kompetanse?
- (2) Hvordan opplever pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn pleien og behandlingen de får på sykehus, og i hvilken grad har de tillit til helsepersonells profesjonelle og kulturelle kompetanse?

I dette kapitlet er områdene profesjonell kulturkompetanse, kommunikasjon og samhandling og mistillit, som er relatert til forskningsspørsmålene, sammenknyttet. Selv om jeg diskuterer dem i ulike underkapitler, er det temaer som nødvendigvis vil overlappe hverandre.

6.1 Profesjonell kulturkompetanse

Som jeg redegjorde for i kapittel 3, består profesjonell kompetanse av kunnskaper, ferdigheter og verdier/holdninger. Dette er analytiske dimensjoner som det kan være vanskelig å skille fra hverandre. Samtidig er det et poeng at det skal være et samspill mellom komponentene (Sullivan, 2005; Sullivan & Rosin, 2008). Artiklene 1, 2 og 4 tar for seg helsepersonells kulturelle kompetanse relatert til to konkrete kliniske områder som vil bli diskutert i dette underkapitlet, nærmere bestemt andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn den biomedisinske og etniske minoritetspasienters behov relatert til mat under sykehusopphold.

Resultater fra spørreundersøkelsen beskrevet i artiklene 1 og 2 viser at helsepersonell ved medisinsk og psykiatrisk klinikk opplever at de har utilstrekkelig kunnskap om andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn den biomedisinske. Også tolkene mener at helsepersonell mangler slik kunnskap. Som et eksempel på dette fortalte sykepleiere ved medisinsk klinikk i et av fokusgruppeintervjuene at det oppleves vanskelig med pasienter som

forklarer årsaken til sykdom på en «fremmed» måte, som at de i stedet for at de er smittet av en sykdom, anser helseproblemet som en straff for noe galt de har gjort. Tidligere forskning viser at måten sykdom og behandling oppfattes på, er påvirket av kultur (Helman, 2007; Kleinman, 1980). Mange immigranter i Norge kommer fra kulturer der moderne biomedisin er en del av kulturen. De vil derfor ha kjennskap til og forståelse for denne oppfatningen av sykdom og behandling, mens den for andre er fremmed. Uansett kan parallelle eller andre sykdomsforklaringer være fremtredende hos minoritetspasienter. Selv om også norske pasienter kan ha tro på andre forklaringer enn den biomedisinske, er mange immigranter mest fortrolige med forklaringer som er fremmede for norsk helsepersonell (Varvin, 2008, s. 81), for eksempel systemer innenfor humoralteorien, som ayurveda, unanimesisin og kinesisk medisin (Chaudhury & Rafei, 2001). Et annet eksempel er

fortellingen om «det onde øyet», en fortelling som finnes i flere kulturer i forskjellige versjoner. I midtøstlige og afrikanske kulturer er fortellinger om «djinner», onde ånder, framtredende. Disse kan ofte ta bolig i et menneske eller forfølge ham/henne og forårsake mange problemer og også sykdom. Den det gjelder, vil kunne oppleve djinnen svært konkret. Den kan ses og høres og kan ta bolig i deler av kroppen. For vestlige medisinere vil dette ofte ligne hallusinatoriske psykoser (Varvin, 2008, s. 81–82).

Når helsepersonells og pasienters forklaringsmodeller og oppfatninger om hva som er årsak til sykdom, og dermed hva som er riktig behandling, er svært ulike, vil dette være utfordrende for begge parter. I tillegg kan det ha direkte påvirkning på pasientens helsemessige resultat (Kleinman, 1978). Det hevdes at leger som får ukjente beskrivelser fra pasientene og ikke kan sette dem inn i en meningsfull kontekst, i mindre grad enn ellers utfører kliniske undersøkelser slik de er opplært til (Hylland Eriksen & Sajjad, 2012, s. 228). Nielsen og Birkelund (2009) konkluderer med at kulturelterte problemer som oppstår i etniske minoritetspasienters møte med helsevesenet, ikke kan løses av helsepersonell, men må forebygges gjennom integrering. Dette vil være vanskelig og tidkrevende når man vet at oppfatninger om sykdom er av de kulturelle faktorer som er mest endringsresistente (Ingstad, 1990). Kleinman (1978) vektlegger i stedet at dersom helsepersonell skal kunne forstå en pasient, er det nødvendig å undersøke hans eller hennes forklaringsmodeller knyttet til sykdommen. Fordi pasienter sjelden spontant forteller om sine oppfatninger, er det ofte nødvendig aktivt å etterspørre pasientens perspektiv.

Funn relatert til sykehusmat (jf. artikkel 4) viser at majoriteten av sykepleierne mente at minoritetspasienter generelt tilbys mat tilpasset deres tro og kultur, og godt over halvparten mente de hadde tilstrekkelig kunnskap om pasienter med muslimsk religiøs tilknytning og hva

de har lov / ikke lov til å spise. Denne kunnskapen må imidlertid sies å være av generell karakter. Intervjuene med pasientene viste nemlig stor variasjon når det gjelder muslimske pasienters oppfatning av religiøse retningslinjer knyttet til kosthold, hvor strengt de følger dem, og hvilke behov de har. Den store variasjonen i informantenes syn på hvor viktig det er å overholde disse religiøse retningslinjene, ses også i Lawrence og Rozmus' (2001) studie, hvor noen muslimer ikke ønsker å spise tillatt kjøtt i frykt for at det ikke er slaktet på riktig måte, mens andre kun unngår alkohol og svinekjøtt. Terragni (2014) har påpekt at slik frykt kan føre til begrenset variasjon i kosten for immigranter, noe som fremkommer tydelig hos informanten i min studie som ikke hadde spist ordentlig på flere dager i frykt for å spise «ulovlig» mat. Å ikke stole på at maten en får servert, er i overensstemmelse med religiøse retningslinjer, viser en form for mistillit til helsepersonell, et tema jeg diskuterer nærmere i kapittel 6.3.

En av informantene i min studie beskriver at hele tallerkenen kan oppfattes som uren for muslimer dersom det har ligget svinekjøtt på den. En mulig forklaring på dette er at «verdslig» mat ikke bare kan være forbudt å spise, men også forbudt å være i fysisk kontakt med (Helman, 2007, s. 53). Dette viser at mat dreier seg om mer enn ernæring, og må ses i en religiøs og kulturell kontekst (Helman, 2007, s. 52–80; Kittler et al., 2012; Terragni et al., 2014).

Funnene mine viser også at kostholdspreferanser som ikke er relatert til religiøse retningslinjer, har stor betydning. Migrasjon fører ofte til endringer i kostholdet (Edmonds, 2005; Kocktürk, 1995; Satia-Abouta et al., 2002; Terragni et al., 2014). Det kan bety at mange immigranter til en viss grad har tilpasset seg norsk mat. Samtidig ga informantene tydelig uttrykk for at de syntes det ble servert for mange brødmåltider på sykehuset, og at de kunne ønske seg andre alternativer, for eksempel ris, pasta, bønner og linser. Dette kan relateres til Kocktürks (1995) modell, som beskriver at basismatvarer, som ofte inneholder karbohydrater, er det som endres sist ved migrasjon. Det kan derfor være vanskeligere å venne seg til fremmede matvarer i denne kategorien enn i de to andre kategoriene, av Kocktürk kalt kompletterende matvarer og tilleggsmatvarer/tilbehør. Å få servert mat en opplever som kjent, kan ha betydning i en situasjon med sykdom og sykehusinnleggelse, der mye annet oppleves fremmed og utrygt. Det kan også ha stor betydning for ernæringsstatus hos pasienter med dårlig matlyst, samt ha positiv innvirkning på fysisk og åndelig velvære (Clark et al., 2010) og opplevelse av identitet (Kittler et al., 2012, s. 2–5). For helsepersonell er derfor kunnskap om at visse typer matvarer ofte har større betydning enn andre, viktig når de skal tilrettelegge

måltider. Samtidig er det nødvendig å samle data om hva som har betydning for den enkelte pasient, noe som beskrives som kulturelle ferdigheter (Campinha-Bacote, 2007, s. 49).

Sykdoms- og behandlingsfilosofi kan også påvirke hva slags mat man spiser ved sykdom, og er derfor et tema det er nødvendig at helsepersonell har kulturell kompetanse om. Som beskrevet i artikkel 4 fortalte en av mine pakistanske informanter at hun savnet konkret informasjon fra etnisk norske leger om hva hun skulle spise og/eller drikke sammen med forordnede medisiner. Pasienten uttrykte det ikke eksplisitt, men det er sannsynlig at det for henne er en uløselig sammenheng mellom medikamentell behandling og inntak av mat og drikke. Dette reflekterer en humoral oppfatning av helse og sykdom der målet med behandling er å gjenopprette kroppens balanse. Skal man oppnå balanse, kan dietten være like viktig som den medikamentelle behandlingen. Ikke bare leger utdannet innenfor et humoralbasert medisinsk system vil derfor kunne forordne mat og drikke som balanserer ut medikamenters innvirkning. I Pakistan vil også leger utdannet innenfor biomedisin ha kjennskap til humoralmedisinske prinsipper og forordne tilpasset mat og drikke til pasienter som forholder seg til humoral sykdomstenkning, for å sikre at pasientene tar de forordnede medikamentene (jf. f.eks. Chaudhury & Rafei, 2001). Ser man dette i lys av Kleinmans (1980, s. 49–60) modell, som beskriver ulike helseomsorgssystemer, er det interessant å merke seg at humoralbaserte medisinske systemer som unani og ayurveda benyttes av leger som tilhører den profesjonelle sektoren i land som Pakistan og India, mens de i Norge blir ansett som tilhørende den folkelige sektoren. Innenfor profesjonell sektor vil humoral og biomedisinsk tenkning i en del land påvirke hverandre. I Norge blir gjerne humoral tenkning avvist av biomedisinske leger fordi de tradisjonelt har vært enerådende som profesjonelle medisinerere.

I forlengelsen av mine funn vil det være en diskusjon knyttet til hvor langt helsepersonell bør strekke seg for å møte pasienters ønsker. Mange vil hevde at religiøst betingede preferanser har en forrang fremfor andre preferanser (Djuve et al., 2011). Dersom det ikke er mulig å etterkomme alle pasientens ønsker, blir det viktig hvordan en profesjonsutøver utøver sin portvaktfunksjon, fordi de kontrollerer tilgangen til goder som pasienter ønsker eller trenger. Dette er også relatert til bruk av skjønn i valg der det ikke er klare regler for prioritering (Molander & Terum, 2008). Hva som prioriteres, vil også kunne være et spørsmål om ressurser og kapasitet. Uansett er det sentralt at helsepersonell har kunnskap om at både religiøse retningslinjer og andre faktorer kan påvirke forventninger og ønsker i møte med norsk helsevesen. Kulturell kompetanse er derfor nødvendig både for å forstå hva som har betydning for den enkelte pasient, og for å kunne sette grenser.

Erfaring regnes som viktig for utvikling av profesjonell kompetanse (Benner, 1984; Eraut, 2012; Simons & Ruijters, 2014). Når jeg likevel finner at det har svært liten betydning for sykepleierne opplevelse av økt kulturell kompetanse (jf. artikkel 1), kan en forklaring være at de med lengst erfaring er mer bevisste på hva de ikke har kunnskap om (Sheridan, 2007). Samtidig viser min studie at det i liten grad gis internundervisning om minoritetspasienter, og at sykepleierne opplever at det er få å spørre om råd relatert til temaet. Når kulturell kompetanse ikke blir satt på dagsordenen og tematisert i det daglige arbeidet, er det naturlig at slik kompetanse ikke utvikles. Både konstruktiv tilbakemelding og veiledning har stor betydning for læring (Eraut, 2010, 2012), noe det kan tyde på at sykepleierne i denne studien har fått lite av. Tidligere forskning vektlegger utdanning som viktig for utvikling av kulturell kompetanse (Aponte, 2012; Betancourt & Renfrew, 2011; Paroz et al., 2016; Rapp, 2006; Smedley et al., 2003; Taylor et al., 2011). Det ser imidlertid ut som det er svært begrenset fokus på etniske minoritetspasienter i helsepersonells profesjonsutdanning (Berre, Wieberg Dæhli & Nordløy, 2010; Magelssen, 2012), slik at kompetansen i utgangspunktet kan være lite tilfredsstillende og dermed også lite å bygge videre på.

Som et tiltak for å sikre at etniske minoritetspasienter i større grad skal få likeverdige helsetjenester, har Den norske legeforening foreslått at det skal lages en «kunnskapsportal som inneholder lett tilgjengelig og oppdatert kunnskap om land og religion, informasjon om helsetilstand, utbredte sykdommer og sannsynlige erfaringer før ankomst til Norge ...» (DNL, 2008, s. 20). I forlengelsen av mine resultater kan en slik kunnskapsportal diskuteres. Selv om det kan være nyttig å ha et slikt «oppslagsverk» som gir en del kulturspesifikk informasjon, kan det gjøre at helsepersonell benytter opplysningene de finner, som en «oppskrift» og ser etter de beskrevne tilstander og erfaringer og ikke individuelle variasjoner hos pasientene. Det er også vanskelig å se hvordan en slik kunnskapsportal vil kunne ta hensyn til at kulturer er i utvikling. På den måten vil den samme kritikken som tidligere er rettet mot Leiningers teori om at det er fare for stereotype syn på kulturer og pasienter (Coup, 1996; Mulholland & Dyson, 2001), kunne rettes mot et slikt forslag.

Å være profesjonell innebærer en forpliktelse til å tilegne seg nødvendig kompetanse og et ansvar overfor klienter/pasienter til å yte tjenester i deres interesse (Simons & Ruijters, 2014). Funnene jeg her har drøftet, om både sykdoms- og behandlingsfilosofier og behov relatert til mat, viser betydningen av at kulturell kompetanse er en del av denne nødvendige kompetansen hos helsepersonell, og at det er viktig at den er konkret og praksisnær. I møte med minoritetspasienter er både kulturelle kunnskaper og ferdigheter sentralt for å kunne

samle inn relevante data fra den enkelte pasient (Campinha-Bacote, 2007) og for å kunne tolke og reflektere over pasienters opplevelser (Benner et al., 2010, s. 64–65). Det har derfor stor betydning at temaer relatert til klinisk kulturkompetanse er integrert i utdanning og opplæring av helsepersonell. Det er også viktig at de relateres til annen klinisk opplæring for å vise at kulturell kompetanse ikke er et «tilleggsområde», men en del av god pasientbehandling (Betancourt & Green, 2010).

Campinha-Bacote (2007, s. 21–26) hevder at helsepersonell selv må ha et ønske om å utvikle sin kulturelle kompetanse, noe som knytter kulturell kompetanse til helsepersonells holdninger og verdier. En norsk studie viste at det blant helsepersonell er noen få ildsjeler som har et spesielt engasjement for minoritetspasienter, og at det er en utfordring å institusjonalisere kunnskap og praksis på dette området (Sandbæk, Hjelde & Rogstad, 2012). Det er derfor viktig å skape motivasjon og forståelse for betydningen av slik kompetanse.

Det er en fare for at møtet med pasienter med andre oppfatninger om for eksempel sykdom og behandling enn de helsepersonell er vant til, kan fremkalle fordommer. Dette kan påvirke valg, vurderinger og atferd i møte med pasientene (Campinha-Bacote, 2007, s. 27–35; Papadopoulos, 2006, s. 11–13). Å arbeide med egne holdninger og stereotypier er derfor viktig (Campinha-Bacote, 2007; Papadopoulos et al., 2008; Ramsden, 2002; Siraj et al., 2011), selv om det ikke er mulig å være fullt bevisst på alle egne holdninger og fordommer. Her blir det tydelig at holdninger og verdier er en sentral del av profesjonell kompetanse slik det vektlegges i profesjonsteori. Fordi dette området ofte gis mindre oppmerksomhet i kompetanseutvikling enn kunnskaper og ferdigheter (Sullivan, 2005, s. 29), kan det være behov for å ha et spesielt fokus på det ved opplæring i kulturell kompetanse hos helsepersonell.

6.2 Kommunikasjon og samhandling

Funn i dette ph.d-prosjektet viser at helsepersonell opplever utfordringer og har kompetansebehov relatert til kommunikasjon og samhandling med etniske minoritetspasienter på flere områder. I artikkel 1 er dette knyttet til symptomvurdering. I artikkel 2 er også symptomvurdering tematisert, men her settes det også søkelys på utfordringer ved samarbeid med profesjonelle tolker. Helsepersonells og pasienters ulike forventninger relatert til kommunikasjonsstil og i hvilken grad informasjon skal gis direkte til pasienten, er temaer i artikkel 3.

6.2.1 Symptomvurdering

Funnene i artikkel 1 viser at sykepleierne ved medisinsk klinikk fant det vanskelig å vurdere pasientenes smerter når de uttrykkes på en måte som for dem er fremmed, enten det er en mer eller mindre ekspressiv uttrykksform enn de er vant til. Sykepleierne ved psykiatrisk klinikk opplevde det å tolke minoritetspasienters symptomuttrykk generelt vanskelig, og mente det er fare for at «kulturelle forskjeller diagnostiseres». Dette ble relatert spesielt til somatisering av psykiske problemer og bekymring for at reelle somatiske symptomer kan bli oversett. Også tidligere forskning viser at måten sykdom og ubehag uttrykkes på, er påvirket av kulturelle faktorer (Bäärnhielm, 2014, s. 95–96). Helman (2007, s. 148) kaller dette «different languages of distress».

At kommunikasjon av smerter er kulturelt påvirket, er det satt søkelys på i både eldre og nyere forskning (Betancourt et al., 2016; Nielsen & Birkelund, 2009; Zborowski, 1952). Studien til Zborowski (1952) viste at jødiske, italienske, irske og amerikanske pasienter hadde ulik følsomhet for smerte og at de tilla smerte ulik betydning. Dette påvirket helsepersonellets oppfatning av pasientene. Jo mer følelseladet smerteuttrykk, jo større var sannsynligheten for at de ble vurdert som hypokondere eller nevrotiske. Også Hanssen (2010) fant at helsepersonell uttrykker mest frustrasjon over pasienter som har et smerteuttrykk de anser som unødig høylytt og ekspressivt. Andre studier har vist at idealet for smerteuttrykk varierer fra at en skal lide i stillhet, til en mer kraftig uttrykksform (Barkwell, 2005; Cano et al., 2006; Dawes & Thoner, 1996). Dersom pasienters symptomuttrykk eller «languages of distress» er annerledes enn det helsepersonellet forventer, er det fare for at uttrykksformen blir avvist dersom den er for høylytt, og ignorert dersom den er stoisk og behersket (Helman, 2007, s. 189).

Når det gjelder temaet somatisering av psykiske problemer, uttrykte sykepleierne ved psykiatrisk klinikk bekymring for at det kan skape problemer ved diagnostisering (jf. artikkel 1). Kleinman et al. (1978) viser til kinesisk kultur og hevder at somatisering ofte ses selv ved små psykiske problemer når psykisk sykdom er svært stigmatiserende. Hjelde og Fangen (2006) beskriver hvordan somaliske kvinner som har angst, snakker om at de har vondt i hjertet eller vondt for å puste. Henry (2006) fant i sin forskning i Sierra Leone under den brutale krigen i 1990-årene at mange kroppsliggjorde sorg, tap og opplevelser av bestialsk vold og tvangsflytninger som sykdom. Fysiske symptomer ble også forklart med hendelser fra krigen. For eksempel ble «hjertekrampe» forklart med at hjertet hadde gått i stykker av mye bekymringer, lidelse og tristhet, og pipelydene i brystet ved astma ble relatert til skytelydene

fra geværer. Psykiateren Sverre Varvin (2008), som har lang erfaring med flyktningpasienter, hevder at disse pasientene kan ha kroniske smerter som må betegnes som psykofysiske.

Over halvparten av sykepleierne ved psykiatrisk klinikk rapporterte at somatisering utgjør en fare for at reelle somatiske symptomer overses. Også Helman (2007, s. 190) og Brady (2001) påpeker at en slik uttrykksform kan virke forvirrende for helsepersonell. De fokuserer imidlertid på faren for underdiagnostisering av psykiske problemer. En del forskere er kritiske til begrepet somatisering. For eksempel er Kleinman og Becker (1998) skeptiske til om det er meningsfullt å bruke begrepet, fordi de mener det er normalt å kommunisere psykisk sykdom/ubehag med kroppen. De foreslår at det kan forstås som et «sosiosomatisk» språk å uttrykke seg kroppslig.

Når det gjelder sammenheng mellom kultur og symptomuttrykk, hevder psykiateren Summerfield (2008) at psykiatriske kategorier er vestlige produkter basert på sosiale og kulturelle referanserammer og medisinske diskusjoner i Vesten. Han mener de er deskriptive syndromer og ikke sykdommer (diseases). Derfor hevder han at de vestlige kategoriene ikke kan anvendes universelt, og at psykisk ubehag kan være normale reaksjoner på vanskelige livssituasjoner. Innenfor psykiatrien har det blitt en økende bevissthet på faren for at kulturelle forskjeller ikke tas hensyn til ved diagnostisering, noe som har kommet til uttrykk i de to siste utgavene av DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), som er et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser, utgitt av Den amerikanske psykiaterforening. Det inneholder nå en kulturformulering som skal være til hjelp for klinikere for å vurdere og rapportere betydningen av pasientens kulturelle kontekst, og et kulturformuleringsintervju (CFI), som er et klinisk verktøy for tverrkulturell kommunikasjon (DSM-5, 2013). Dette er oversatt til norsk (Lien, DeMarinis, Kumar & Kale, 2015).

For at helsepersonell skal kunne vurdere minoritetspasienters «fremmede» symptomuttrykk på en tilfredsstillende måte, er det viktig å reflektere over hva som er «akseptable» og «uakseptable» uttrykksformer i egen kultur. På den måten kan stereotyper og fordommer i møte med pasienter som har fremmede symptomuttrykk, reduseres (Campinha-Bacote, 2007, s. 27–35; Papadopoulos, 2006, s. 11–13). Å unngå etnosentrisme vil her si å ikke ha sin egen kultur som standard for hvordan ulike symptomer skal uttrykkes. Uten kunnskap om og bevissthet på dette vil diagnostiseringen av minoritetspasienter kunne påvirkes (Campinha-Bacote, 2007, s. 27–35), og det vil kunne innvirke på muligheten til å oppnå et likeverdig helsetilbud.

Mine resultater viser gjennom ulike eksempler at også kulturelle ferdigheter er nødvendig ved vurdering av symptomer for å kunne samle data om den enkelte pasient på en måte som tar hensyn til kultur. Ferdigheter i kommunikasjon og refleksjon er da avgjørende (Benner et al., 2010, s. 64–65). Funnene viser at kompetanse, det vil si både kunnskaper, ferdigheter og verdier/holdninger, som er relevante for den profesjonelle yrkesutøvelsen, er helt sentralt, slik det er vektlagt i profesjonsteori (Abbott, 1988; Freidson, 2001; Ryle, 1949; Sullivan, 2005). I et pluralistisk og komplekst samfunn hvor konteksten en utøver sitt yrke innenfor, og behovet for kunnskap endres raskt, er det viktig å rette oppmerksomheten mot profesjonelles ansvar for egen kontinuerlig læring og utvikling (Simons & Ruijters, 2014). Funnene i min avhandling viser at fokuset for slik kompetanseutvikling må være nært knyttet til konkrete kliniske områder.

6.2.2 Samarbeidet mellom helsearbeidere og tolker

Å bruke profesjonell tolk i møter mellom helsepersonell og etniske minoritetspasienter som ikke snakker samme språk, beskrives som sentralt for å redusere kommunikasjonsbarrieren (Betancourt & Renfrew, 2011; Henderson & Kendall, 2011; Henderson et al., 2011) og for å oppnå likeverdige helsetjenester (LDO, 2014; NOU 2014: 8, 2014). Imidlertid er samarbeidet mellom helsepersonell og profesjonelle tolker i liten grad studert. Et sentralt funn i artikkel 2 er utfordringer og dilemmaer relatert til tolkenes arbeidsform, det vil si om de skal bidra til å oppklare misforståelser mellom pasient og helsepersonell, og om de skal fungere som «kulturtolker» i tillegg til språklige oversettere. Mens over halvparten av helsepersonellet ved medisinsk og psykiatrisk klinikk var «trygge på at tolkene sier ifra om det oppstår misforståelser under samtalen», var rundt 20 prosent mer eller mindre uenige i dette. Blant tolkene svarte 40 prosent (10 av 25) at de oppklarte misforståelser, mens 48 prosent (12 av 25) var mer eller mindre uenige. I fokusgruppeintervjuet med tolker var det tydelig enighet om at helsepersonell og pasienter selv må finne ut om de misforstår hverandre, med unntak av én av tolkene, som enten pleide å forklare problemet etterpå eller å avbryte tolkningen for å gi beskjed om det under samtalen. I tolkenes yrkesetiske retningslinjer⁷ slås det fast i § 4 at «[t]olken skal tolke innholdet i alt som sies, intet fortie, intet tillegge, intet endre». Dersom dette følges, kan partene unngå å oppdage at motparten ikke skjønner hva en mener, selv ved

⁷ «Retningslinjer for god tolkeskikk» er utarbeidet i 1997 av en arbeidsgruppe oppnevnt av Kommunal- og regionaldepartementet (KRD, den gang KAD). Arbeidsgruppen bestod av representanter fra Kommunal- og arbeidsdepartementet, Norsk tolkeforbund, Universitetet i Oslo og Utlendingsdirektoratet (UDI), <https://www.tolkeportalen.no/no/For-tolker/Tolkens-yrkesetikk/>.

bruk av tolk. Når partene har ulik forståelse av temaet i samtalen, er det større risiko for at slike misforståelser kan oppstå. Et enkelt eksempel på dette er når helsearbeideren informerer om en bakteriell infeksjon og tolken som skal oversette, ikke vet hva en bakterie er (Hanssen, 2010). På den andre siden påpeker Berg og Johnsen (2004) at

[b]ruken av tolk, særlig for språk som ligger fjernt fra norsk, byr på spesielle problemer. Vi har inntrykk av at tolken noen ganger går over i rollen som aktiv deltaker med egne meninger, og ikke kun formidler det som sies (s. 635).

Dette gjør spørsmålet om profesjonelle tolker skal ha en funksjon som «kulturtolker», i tillegg til å være språklige tolker, aktuelt. I artikkelen er det argumentert for at profesjonelle tolker bør ha en slik funksjon. Det pågår imidlertid en diskusjon angående dette. Den amerikanske psykiateren Joseph Westermeyer (1990) skiller mellom begrepene oversettelse (translation) og tolking (interpretation). Han hevder at tolkens evne til å oversette er sentral, men løfter også frem verdien av å kunne formidle nyanser og betydning. Også Pistillo (2004), som selv er profesjonell tolk, argumenterer for at tolker ikke bare bør oversette, men også megle eller være kulturell «brobygger» for å bedre kommunikasjonen. Bradby (2001) refererer til flere studier, og hevder at dette spørsmålet er spesielt viktig innenfor psykiatrien, fordi begrep og uttrykk her kan variere med kultur og språk. I Irland har behovet for «kulturtolker» ført til at det benyttes egne kulturelle meglere i tillegg til profesjonelle tolker. Deres oppgave er hovedsakelig å assistere pasientene slik at helsepersonellet skal forstå deres behov bedre (Martin & Phelan, 2009). I Storbritannia er det også ulike typer tolker som har som oppgave å være enten «kulturtolker» eller rådgivere i tillegg til å oversette (Gerrish, Chau, Sobowale & Birks, 2004).

Til tross for at det er argumenter for at profesjonelle tolker skal fungere som «kulturtolker» eller «kulturbrobyggere», er det også grunner til at dette er problematisk. Skjønner et kjennetegn ved profesjoner og profesjonalisme (Freidson, 2001; Lipsky, 2010; Molander & Terum, 2008), og dersom tolkene får rollen som «kulturtolker», får de et utvidet ansvarsområde og skjønnsdomene. Dette kan skape uklarhet når det gjelder helsepersonells ansvarsområde og skjønnsdomene. En kan stille spørsmål om i hvor stor grad det er riktig at en profesjonell tolk, som per i dag oftest er ufaglært i «helsesammenheng», skal ha dette ansvaret, og i tilfelle om tolken da også skal forklare norsk helsepersonells kulturforståelse overfor pasienten (Skaaden, 2013, s. 174–194). I argumentasjonen for å utvide tolkens funksjon til å være «kulturekspert» kan også begrepet kultur problematiseres, fordi det ikke finnes en universell definisjon av dette begrepet (jf. kapittel 2.1). Dersom tolken gis andre oppgaver enn ren oversettelse, kan det i tillegg oppstå forvirring om grensene for tolkens

ansvarsområde. Helsepersonell og pasient kan bli i tvil om når vedkommende oversetter, og når han eller hun er «kulturtolker». Det er dessuten ikke sikkert at pasient og tolk har nøyaktig samme oppfatning av sin kultur. Dette kan føre til at en part eller begge parter mister tilliten til tolken dersom hans eller hennes funksjon utvides til å være «kulturtolker». Et alternativ kan være å sette av tid til samtale mellom tolk og helsepersonell både før og etter tolkesamtalen der det er mulighet for å avklare roller og diskutere begreper som kan være vanskelige å oversette. I en samtale i etterkant kan også eventuelle misforståelser oppklares, slik en av de intervjuete tolkene beskrev at han ofte gjorde.

Konflikt om myndighetsområde/jurisdiksjon mellom helsepersonell og tolker var ikke et tema som fremkom i mine funn, men dersom tolkenes myndighetsområde utvides, vil dette kunne føre til konflikter. Dette er et sentralt og klassisk tema i profesjonsteori (Abbott, 1988).

Mine resultater viser at både medisinsk og psykiatrisk helsepersonell opplever det som en utfordring at noen pasienter ikke ønsker å benytte tolk i frykt for at tolken skal bryte taushetsplikten. Denne frykten ble beskrevet som spesielt stor dersom den aktuelle språkgruppen er liten i Norge og miljøet gjennomsiktig. Andre grunner til at pasienter ikke ønsket å benytte tolk, var at pasient og tolk kan tilhøre ulike klaner, eller at de kan ha vært fiender under krig i hjemlandet (jf. artikkel 2). Det kan oppleves som et moralsk dilemma om en skal bestille tolk mot en pasients vilje. På den ene siden er det nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2; § 3-5) at informasjon skal være tilpasset kultur- og språkbakgrunn, på den andre siden er pasientautonomi et av de mest fremtredende etiske prinsipper i moderne helsevesen. I en slik situasjon er det viktig at helsepersonell forsøker å forstå grunnen til pasientens motvilje. Benner et al. (2010, s. 64–65) påpeker at ferdigheter i kommunikasjon, refleksjon og tolkning av pasienters bekymringer og opplevelser er sentralt for helsepersonells praktiske kompetanse. Dette viser også betydningen av profesjonelles verdier og holdninger, og av at fagkunnskap og ferdigheter koples sammen med etiske vurderinger slik det vektlegges i profesjonsteori (Sullivan, 2005; Sutphen & Sullivan, 2011). Skal helsepersonell kunne kartlegge hva som ligger bak pasientens eventuelle motvilje mot at det benyttes profesjonell tolk, krever det en avveining mellom viktigheten av å ha en som på en god måte kan oversette det som blir sagt, og sensitivitet overfor pasientens ønske og begrunnelsen for denne. Dette er viktig for at situasjonen og pleien skal oppleves som trygg (culturally safe), noe som er sentralt i Ramsdens (2002) filosofi.

6.2.3 Asymmetriske relasjoner og ulik kommunikasjonsstil

Relasjonene mellom profesjonelle og deres pasienter/klienter er per definisjon asymmetriske. Grimen (2008) beskriver det som en epistemisk asymmetri når de profesjonelle har kunnskap som pasientene/klientene mangler, men trenger. I møte mellom helsepersonell og etniske minoritetspasienter kan denne asymmetrien være større enn ellers dersom pasientene har lite kjennskap til norsk språk, hvordan det norske helsevesenet fungerer, og/eller biomedisinsk sykdoms- og behandlingsfilosofi. Slik asymmetri kan føre til at helsepersonell får stor makt (Grimen, 2008), og at pasientene blir ekstra sårbare (Schei, 2010). Imidlertid kan funnene presentert i artikkel 3 tyde på at mange etniske minoritetspasienter forventer en viss asymmetri i relasjonen. De fortalte at legene i hjemlandet tar raske avgjørelser og ikke stiller pasientene mange spørsmål. Utredning og diagnostisering blir gjort i løpet av kort tid, og behandlingen starter raskt. Dette gir en opplevelse av legene som erfarne og kompetente. I motsetning til dette synes mange av pasientene det er frustrerende i Norge, hvor undersøkelser og oppstart av behandling tar lengre tid. Det kan gi et inntrykk av helsepersonellet som lite effektive og ubesluttsomme. Disse funnene belyser at det er ulike kulturelle tradisjoner for hvordan man gir uttrykk for kunnskap. Tidligere forskning viser at det i mange deler av verden er vanlig å få en diagnose, prognose og behandling ved første legebesøk (DeSantis, 1994; DeSouza, 2014; Feldmann, Bensing, de Ruijter & Boeije, 2007; Sachs, 1993), og at det er mer alminnelig i en del kulturer at helsepersonell har en autoritær stil hvor pasientene forventer å bli fortalt tydelig hva de skal gjøre (Carteret, 2011). I en diskusjon vedrørende dette funnet med en kollega som selv har minoritetsbakgrunn (fra Øst-Europa/Balkan), sa hun at leger inntar en autoritær holdning spesielt overfor enkelte pasienter, for at de skal følge opp behandling. Dette mente hun er mest fremtredende overfor pasienter fra landsbygda som har lite kunnskap om betydningen av behandling, eller pasienter med dårlig økonomi for å overbevise dem om at de skal bruke sine få midler på medisiner. Imidlertid finnes det eksempler på at en lite autoritær stil kan fungere bedre enn den tradisjonelle autoritære stilen. Everett-Murphy et al. (2011) fant det i en sørafrikansk studie av jordmødre som arbeidet med å hjelpe gravide til å slutte å røyke.

I artikkel 3 beskrives hvordan en av pasientene som ble intervjuet, uttrykte bekymring for «de stille pasientene, de som ikke sier noe, ... som sier «ja» til alt», og som ikke blir stilt spørsmål av helsepersonell om hvorvidt de har forstått informasjon, og hvordan de skal følge opp behandling når de utskrives fra sykehuset. I enkelte samfunn kan pasienter som ikke stiller spørsmål, få bedre behandling enn de som er mer krevende (Kleinman, 1980), mens vestlig

helsepersonell generelt gir mer respons til pasienter som er aktivt engasjerte (Street, Gordon & Haidet, 2007). Pasientsentrert kommunikasjon og behandling har de senere år fått økende oppmerksomhet i Vesten (f.eks. Stewart et al., 2000), det vil si at pasientens bekymringer, forventninger og oppfatninger tillegges stor vekt i diagnostikk og behandling (SML, 2009). Dette kan virke svært fremmed for mange minoritetspasienter, noe som krever både kunnskaper og bevissthet hos helsepersonell i kommunikasjon med pasientene. I tillegg kan en viktig kulturell ferdighet hos helsepersonell være å avsette ekstra tid til informasjon og samtale.

Likevel kan det være utfordrende når helsepersonell og pasienter har svært ulik forforståelse av hva som er «riktig» kommunikasjonsstil. Dette kan blant annet gjelde pasienter som ikke er vant til åpen og direkte informasjon om prognose og behandling, men at familien i stedet skal informeres, slik funn i artikkel 3 viser. I mange kollektivistiske samfunn, det vil si tradisjonelle samfunn der det er tette sosiale bånd mellom individet og den utvidede familie, klan eller gruppe og disse er følelsesmessig nært knyttet til og avhengige av hverandre, er dette vanlig (Hanssen, 2004; Sachs, 1993). Samtidig mente noen pasienter i min studie at alvorlighetsgraden av tilstanden er avgjørende for om de ønsker informasjon eller ikke, mens andre foretrakk direkte informasjon. Slike ulike forventninger kan det være vanskelig å kartlegge for helsepersonell. Også at nonverbal kommunikasjon kan påvirkes av asymmetriske relasjoner fordi noen er opplært til at det er uhøflig eller galt å ha øyekontakt med en autoritetsperson, slik en av mine afrikanske informanter fortalte, kan være utfordrende i praksis. Selv om dette er kjent fra tidligere forskning (Narayanasamy, 2002; Simpson & Carter, 2008) og helsepersonell har kunnskap om det, oppfattes nonverbal kommunikasjon i stor grad på det ubevisste plan og kan dermed påvirke kontakten og relasjonen. I profesjonsteori (f.eks. Abbott, 1988; Sullivan, 2005) og i store deler av litteraturen om kulturell kompetanse (f.eks. Campinha-Bacote, 2007; Papadopoulos, 2006) understrekes behovet for kunnskaper, ferdigheter og verdier/holdninger. Eksemplene over viser imidlertid at kompetanse ikke alltid løser konkrete utfordringer i kommunikasjon og samhandling. Mye av forventningene og atferden vi har som er «kulturelt lært», sitter dypt og er vanskelig å endre, og det kan diskuteres om ikke forfattere innenfor både profesjonsteori og forskning på dette området har et for «optimistisk» syn på kunnskap. Likevel må det understrekes at det ikke er noe alternativ til kunnskap og refleksjon/diskusjon, og at kulturell kompetanse er nødvendig for å kunne kommunisere med pasientene og for å oppklare eventuelle misforståelser. Uansett vil det være en risiko for at problemer ved kommunikasjon og

samhandling mellom helsepersonell og etniske minoritetspasienter kan skape mistillit, noe jeg diskuterer nærmere i neste underkapittel.

6.3 Mistillit

Forholdet mellom profesjonsutøvere og pasienter/klienter bygger på tillit. Denne tilliten er basert på at de profesjonelle har kompetanse relatert til problemene som skal løses (Abbott, 1988; Parsons, 1978, s. 40). Som diskutert over, opplevde helsepersonell å ha manglende kompetanse til å kunne møte etniske minoritetspasienter på flere konkrete områder (jf. artiklene 1, 2 og 4), og noen av pasientene opplevde at helsepersonell i deres hjemland var mer kompetente enn i Norge (jf. artikkel 3). I tillegg viser datamaterialet ulike forhold som kan skape mistillit mellom helsepersonell og minoritetspasienter, og da spesielt når deres oppfatninger, forventninger og forforståelse er forskjellig. Å se dette problemet fra pasientenes perspektiv som i artikkel 3 har i liten grad vært fokusert på i tidligere forskning.

Flere av forholdene som kan skape mistillit, er relatert til kommunikasjon og samhandling, og er diskutert i kapittel 6.2, for eksempel en fremmed kommunikasjonsstil både verbalt og nonverbalt. Minoritetspasienters reelle erfaring av diskriminering eller rykter om diskriminering kan også skape negative forventninger og mistillit (jf. artikkel 3). To av informantene hadde før sykehusinnleggelsen hørt negative historier om at innvandrere får dårligere behandling enn andre. Også annen forskning viser at slike rykter er å finne i innvandrer miljøer (Johnson et al., 2004). Pasientene hadde derfor mistillit til norsk helsepersonell på forhånd, men ble overrasket over at de ikke hadde negative opplevelser selv.

Men diskriminering foregår i helsevesenet som ellers i samfunnet, og kan ha negativ innvirkning på både diagnostisering og behandling (Smedley et al., 2003). En av informantene fortalte at hun selv hadde erfart dette. Om hun virkelig hadde blitt utsatt for diskriminering, er vanskelig å vurdere og er ikke det sentrale her. Det viktige er å være bevisst på at helsepersonells holdninger i kombinasjon med at det kan være vanskelig for minoritetspasienter å forstå hva som skjer i en for dem fremmed kontekst, kan gjøre dem spesielt sårbare. For eksempel fortalte en av pasientene at hun opplevde helsepersonells travelhet som avvising. Risikoen for å føle seg oversett, avvist, misforstått eller til og med behandlet rasistisk, er sannsynligvis større hos pasienter som har forutinntatte holdninger om at slikt er vanlig på norske sykehus, eller ved at de tidligere *har* opplevd diskriminering og rasisme. Diskriminering og mistillit kan også føre til oppgitthet, avmakt og frustrasjon (B. Berg & Lauritsen, 2009). Dette viser igjen viktigheten av helsepersonells holdninger og

verdier i møte med minoritetspasienter og en sammenheng mellom profesjonsrettet (Sullivan, 2005) og kulturelt kunnskap (f.eks. Campinha-Bacote, 2007; Papadopoulos, 2006), hvor dette kompetanseaspektet er vektlagt. I møte med etniske minoritetspasienter vil dette også innebære å reflektere over maktposisjonen man har som helsepersonell, noe asymmetrien mellom profesjonelle og klienter/pasienter kan føre til, som drøftet i kapittel 6.2.3. Helsepersonells maktposisjon kan ubevisst påvirke oppfatningen av «de andre» slik spesielt tilhengere av «cultural safety»-tenkningen er opptatt av (Gerlach, 2012; Ramsden, 2002).

Mine funn viser at både helsepersonell og minoritetspasienter kan ha forutinntatte og ubevisste holdninger og ulike forventninger i møte med hverandre, noe som kan skape misforståelser og mistillit mellom partene. Enten dette gjelder ulike oppfatninger om sykdoms- og behandlingsfilosofier, kosthold eller forskjeller i verbal og nonverbal kommunikasjon, kan forventninger som ikke blir innfridd utfordre forståelsen mellom partene og gjøre at de ser på hverandre som «den/de andre» i stedet for «en av oss». En slik «othering»-prosess innebærer at kompleksiteten og subjektiviteten ved den enkelte ignoreres (C. Kitzinger & Wilkinson, 1996), og at den enkeltes identitet blir redusert til stereotyper. Denne måten å sette merkelapp på mennesker på påvirker både oppførsel og forventninger (Lister, 2004, s. 101–103). Selv om det fremgår av mine funn at ikke bare helsepersonell kan se pasientene som «de andre», men at pasientene også kan ha forutinntatte holdninger overfor helsepersonell, er det pasienten som er den sårbare parten i situasjonen. Dette stiller krav til helsepersonells kulturelle kompetanse. Å respektere forskjeller og se den enkelte pasient som en unik person er avgjørende for at det skal etableres tillit mellom partene (Ramsden, 2002, s. 105). Fordi mistillit kan føre til en ond sirkel som det er vanskelig å komme ut av (Grimen, 2009, s. 91), har det stor betydning at helsepersonell er bevisste på dette ved første møte med den enkelte pasient. Dette er ikke bare viktig for den enkeltes opplevelse, men også fordi «othering» kan påvirke helseresultater (Grove & Zwi, 2006). I motsetning til «othering» og den mistillit denne prosessen gjerne fører med seg, vil tillit ha positive konsekvenser for kommunikasjon, åpne opp for en mer tolerant holdning og lette samarbeidet mellom helsepersonell og minoritetspasienter (Akhavan & Karlsen, 2013). Ved å ikke bare fokusere på tillit og mistillit, men også på «othering» får jeg frem litt andre perspektiver enn det som vektlegges i profesjonsteori og litteraturen om kulturell kompetanse. Begrepet gjør at jeg får belyst utfordringer knyttet til bevisste og ubevisste stereotyper, og at «othering»/mistillit er en gjensidig prosess mellom helsepersonell og pasienter. I tillegg er det nytt at begrepet knyttes til direkte kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell og pasienter.

7.0 KONKLUSJON

Hovedhensikten med denne avhandlingen er å undersøke hvordan helsepersonell vurderer sin kompetanse i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, og hvilke kompetansebehov de har ved pleie og behandling av pasientene. Det er tidligere utarbeidet enkelte kartleggingsverktøy for å undersøke kulturell kompetanse hos helsepersonell og gjennomført noen studier som omhandler dette. Et fellestrekk ved dem er imidlertid at de i liten grad vektlegger konkrete temaer som er klinisk relevante i sykehuskonteksten, slik denne avhandlingen gjør. Kulturell kompetanse er derfor på en del områder operasjonalisert på en annen og mer praktisk-klinisk måte i denne avhandlingen.

Studiens funn tyder på at helsepersonell generelt opplever å ha tilstrekkelig kompetanse i møte med etniske minoritetspasienter. I tillegg tyder resultatene mine på at det er flere konkrete områder der helsepersonell har manglende kompetanse. Et av disse områdene er andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn den biomedisinske. Både helsepersonell selv og tolkene som deltok i studien, rapporterte at helsepersonell har utilstrekkelig kunnskap på dette området. Blant annet oppleves det krevende med pasienter som har en annen årsaksforklaring på sykdommer enn det som er vanlig innenfor biomedisinen. Måten sykdom og behandling oppfattes på, er påvirket av kultur, og fordi slike oppfatninger er dypt integrert i den enkelte og svært endringsresistente, har det stor betydning at helsepersonell har kunnskap om dette og etterspør pasientenes forklaringsmodeller.

Et annet konkret område der helsepersonell har behov for økt kulturell kompetanse, er relatert til maten pasientene får servert på sykehus. Majoriteten av sykepleierne rapporterte at minoritetspasienter generelt tilbys mat tilpasset deres tro og kultur, og over halvparten mente de hadde tilstrekkelig kunnskap om hva pasienter med muslimsk religiøs tilknytning har lov / ikke lov til å spise. Imidlertid uttrykte pasientene stor variasjon i hvordan de opplever muslimske kostholdsregler, og hvor strengt de følger dem. Flere av pasientene hadde erfaringer fra sykehus der helsepersonell manglet slik kunnskap. Maten pasientene blir servert, kan ha betydning for ernæringsstatus, opplevelse av identitet og fysisk og åndelig velvære, og er derfor et viktig område for helsepersonell å ha kunnskap på.

Et tredje konkret område hvor helsepersonell har behov for kulturell kompetanse, er knyttet til vurdering av pasientenes symptomuttrykk. Sykepleierne ved medisinsk klinikk opplevde det vanskelig å vurdere pasientenes smerter når de uttrykkes på en «fremmed» måte, enten det er en mer eller mindre ekspressiv uttrykksform enn de er vant til. I psykiatrien ble vanskeligheter ved vurdering av minoritetspasienters symptomuttrykk generelt påpekt sammen med faren for

at «kulturelle forskjeller diagnostiseres», det vil si at pasientene feildiagnostiseres. Dessuten kan somatisering av psykiske problemer gjøre at reelle somatiske symptomer blir oversett. Kompetanse om hvordan kultur påvirker symptomuttrykk, er sentralt ved både vurdering og diagnostisering av minoritetspasienter.

Avhandlingen viser også utfordringer i kommunikasjon og samhandling med etniske minoritetspasienter når samtalen foregår via tolk, noe som er lite studert tidligere. I hvilken grad tolkene skal bidra til å oppklare misforståelser mellom pasient og helsepersonell, og om de skal fungere som «kulturtolker» i tillegg til språklige oversettere, er et vanskelig spørsmål. Mens over halvparten av helsepersonellet rapporterte at de er trygge på at tolkene gir beskjed dersom det oppstår misforståelser, var de fleste tolkene lojale overfor sine yrkesetiske retningslinjer, der det står at de verken skal trekke fra, legge til eller endre noe av det som sies. En fare med at tolker eventuelt får en funksjon som «kulturtolker», er at de får et utvidet ansvarsområde og skjønnsdomene, noe som igjen kan redusere helsepersonells ansvarsområde og skjønnsdomene og skape uklare roller dem imellom. Selv om det ikke fremkommer i mine funn, vil et utvidet ansvarsområde for tolkene kunne føre til konflikter i samarbeidet med helsepersonell.

Andre utfordringer i kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell og etniske minoritetspasienter er beskrevet fra minoritetspasienters perspektiv, noe som i liten grad har vært fokusert på i tidligere forskning. Resultatene tyder på at pasienter og helsepersonell kan ha ulike forventninger og oppfatninger, og at dette kan føre til mistillit hos pasientene. Helsepersonell i pasientenes hjemland har ofte en mer autoritær stil enn i Norge, og legene kan ta raske avgjørelser uten å stille pasientene mange spørsmål. Utredning og diagnostisering blir gjort i løpet av kort tid, og behandling startet raskt. Dette gir en opplevelse av legene som erfarne og kompetente. Møtet med norsk helsepersonell, som har en mer pasientsentrert kommunikasjon, kan føre til frustrasjon og mistillit. I enkelte samfunn er det også vanlig at pasienter som ikke stiller spørsmål, får bedre behandling enn de pasientene som er mer krevende, mens vestlig helsepersonell oftest gir mer respons til pasienter som er aktivt engasjerte. Problemer på grunn av ulik kommunikasjonsstil kan også oppstå i møte med pasienter som ikke er vant til åpen og direkte informasjon om prognose og behandling, men at familien i stedet skal informeres. At en ikke skal se en autoritetsperson i øyene, er en annen kulturelt lært atferd som sitter dypt. Dermed kan etniske minoritetspasienter ha forventninger om en større asymmetri i relasjonen til helsepersonell enn det som er vanlig i Norge, og det kan i en del tilfeller føre til mistillit. Funnene viser også at situasjoner og atferd som skaper

tillit hos etnisk norske pasienter, kan skape mistillit hos en del pasienter med minoritetsbakgrunn.

Ulike forventninger og oppfatninger hos både pasienter og helsepersonell kan gjøre at de ser på hverandre som «den / de andre», det vil si «othering», som er nært knyttet til mistillit. Ved å bruke dette begrepet i tillegg til tillit/mistillit får jeg frem litt andre perspektiver enn dem som vektlegges i profesjonsteori og litteraturen om kulturell kompetanse. Jeg får belyst utfordringer knyttet til bevisste og ubevisste stereotypier og at «othering» er et gjensidig fenomen i møter mellom helsepersonell og minoritetspasienter. I tillegg er det nytt i denne avhandlingen at begrepet knyttes til direkte kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell og pasienter.

Funn i studien viser at antall års arbeidserfaring har liten betydning for sykepleiernes opplevelse av sin kulturelle kompetanse. Én forklaring kan være at de med lengst erfaring er mer bevisste på hva de ikke har kunnskap om. Samtidig kan manglende oppmerksomhet på temaet minoritetspasienter både i undervisning og i det daglige arbeidet forklare at kompetanse på området ikke utvikles.

Å være profesjonell innebærer en forpliktelse til å tilegne seg nødvendig kompetanse og et ansvar overfor klienter/pasienter til å yte tjenester i deres interesse. Både i litteraturen om kulturell kompetanse og i profesjonsteori er kunnskaper, ferdigheter og verdier/holdninger vektlagt. I møte med klienter/pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kan det være behov for spesiell og utvidet kompetanse hos profesjonsutøvere. Dette er tidligere lite tematisert i profesjonsteori, og det er et område som mine funn utgjør et bidrag til i denne litteraturen. I tillegg er avhandlingens fokus på helsepersonells kompetansebehov i konkrete praksisnære situasjoner i møte med minoritetspasienter et bidrag til forskningslitteraturen om kulturell kompetanse.

7.1 Empiriske bidrag

Funnene som er presentert i artiklene bidrar med nye kunnskaper om utfordringer helsepersonell møter ved pleie og behandling av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn og hvilke kompetansebehov de har. I tillegg til å påpeke helsepersonells mangel på kulturell kompetanse generelt viser det empiriske materialet at konkret praksisnær kunnskap er helt sentralt for å skape klinisk kulturkompetanse. På den måten bidrar denne avhandlingen med kunnskap til sykepleie-/helsevitenskap.

Avhandlingen inneholder både kvantitative og kvalitative data. Selv om den kvantitative delen av studien er av begrenset omfang, er det få tidligere studier som har hatt fokus på kulturell kompetanse der det er brukt «mixed method». Det er også i liten grad gjennomført studier tidligere der minoritetspasienters egne opplevelser og behov for kompetanse hos helsepersonell er undersøkt. Like- og likeverdige tjenester er et sentralt mål i norsk helsepolitikk. Min avhandling viser noen av de utfordringer dette representerer i behandling av og omsorg for etniske minoritetspasienter.

7.2 Teoretiske bidrag

Teoretisk trekker denne studien veksler på helsevitenskapelig, profesjonsvitenskapelig og praktisk klinisk kunnskap. Utfordringer og dilemmaer profesjonsutøvere kan oppleve i møte med flerkulturalitet, er i liten grad tidligere tematisert i profesjonsteori, spesielt ikke relatert til konkrete områder profesjonsutøvere har behov for kompetanse innenfor, slik det gjøres i denne avhandlingen. Abbott (1988, s. 18) skrev for snart 30 år siden at «much of the power literature of the last decade, pays little attention to the actual work that is done and the expertise used to do it». Min litteratur-review tyder på at det fortsatt er slik.

Tillit til profesjonelle er et sentralt tema i profesjonsteori, men begrepene mistillit og «othering» er ikke tidligere relatert til hverandre i denne litteraturen. Dessuten er profesjonsutøvers og klienters/pasienters gjensidige fordommer og forutinntatte holdninger overfor hverandre i liten grad satt søkelys på i profesjonsteori og i litteraturen om kulturell kompetanse, noe jeg får frem ved å benytte begrepet «othering».

At jeg har brukt generell teori om profesjonalisme og profesjonell kompetanse, kan ses som et bidrag til helsevitenskap/sykepleieteori. Dette setter helsepersonells kompetanse inn i en større sammenheng hvor profesjonelles forpliktelse til å yte tjenester i både pasienters/klienters og samfunnets interesse vektlegges, og hvor relevant profesjonell kompetanse for yrkesutøvelsen anses som en forutsetning for å oppnå tillit.

7.3 Behov for videre forskning

Denne avhandlingen har bidratt med ny kunnskap om helsepersonells kompetansebehov ved pleie og behandling av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Likevel er det behov for ytterligere forskning på dette feltet. Studien er kun gjennomført ved ett sykehus i Norge. Det vil være interessant å gjøre videre studier også ved andre sykehus, gjerne ved å inkludere flere

helseprofesjoner. Det vil også være relevant å undersøke minoritetspasienters perspektiv ytterligere i en slik studie.

Det er også behov for å undersøke effekten av opplæring og erfaring. Som jeg har understreket, har helsepersonells møte med minoritetsetniske pasienter en ubevisst dimensjon. Det er derfor viktig å ikke bare fange opp hvordan opplæring kan påvirke kunnskaper, men også hvordan det kan føre til endringer i helsepersonells atferd og pasienttilfredshet.

REFERANSER

- AACN. (2008). Cultural competency in baccalaureate nursing education. Hentet 15.11.2015 fra: <http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/education-resources/competency.pdf>
- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Abebe, D. S. (2010). *Public health challenges of immigrants in Norway: A research review* (NAKMI-rapport 2/2010). Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse.
- Akhavan, S. & Karlsen, S. (2013). Practitioner and client explanations for disparities in health care use between migrant and non-migrant groups in Sweden: a qualitative study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 188-197. doi:10.1007/s10903-012-9581-y
- al-Shahri, M. Z. (2002). Culturally sensitive caring for Saudi patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(2), 133-138.
- Alliance for Health Reform. (2004). Closing the gap: racial and ethnic disparities in healthcare. *Journal of the National Medical Association*, 96(4), 436-440.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E. & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3 Suppl), 68-79.
- Andreassen, K. K., Dzamarija, M. T. & Slaastad, T. I. (2013). Stort mangfold i lille Norge. *Samfunnspeilet*, 5, 11-19.
- Aponte, J. (2012). Cultural competency in baccalaureate US nursing education: hybrid course. *Holistic Nursing Practice*, 26(5), 243-258. doi:10.1097/HNP.0b013e318263f2c9
- Assum, T. & Nordbakke, S. (2013). *Innvandrere og ulykker. Kunnskap om skadetyper og skadeomfang blant personer med innvandrerbakgrunn* (TØI-rapport 1255/2013). Oslo: Transportøkonomisk institutt. Stiftelsen norsk senter for samferdselsforskning. Hentet 20.04.2016 fra: <https://www.toi.no/getfile.php?mmfileid=32488>
- Attanapola, C. T. (2013). *Migration and Health. A literature review of the health of immigrant populations in Norway*, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS. Hentet 26.10.2015 fra: <http://samforsk.no/Publikasjoner/Migration%20and%20health%20WEB.pdf>
- Barkwell, D. (2005). Cancer pain: voices of the Ojibway people. *Journal of Pain and Symptom Management* 30(5), 454-464. doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.04.008
- Barry, B. (2001). *Culture and Equality. An Egalitarian Critique of Multiculturalism*. Cambridge: Polity Press.
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., . . . Cooper, L. A. (2005). Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care*, 43(4), 356-373.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*. Oslo: Akribe.
- Berg, B. & Lauritsen, K. (2009). *Eksil og livsløp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, J. E. & Johnsen, E. (2004). Innlegges innvandrere oftere enn etnisk norske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 124(5), 634-636.

- Berlin, A., Nilsson, G. & Törnkvist, L. (2010). Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. *Nursing & Health Sciences*, 12(3), 381-391. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00542.x
- Berre, I., Wieberg Dæhli, T. W. & Nordløyken, A. (2010). Hva lærer fremtidige leger om migrasjon og helse? -En kartlegging av medisinstudiet i Oslo. Hentet 22.10.2015 fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/29761/Hvaxlxrxfremtidigexlegerxoxmxmigrasjonxogxhelse.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Betancourt, J. R. & Green, A. R. (2010). Linking cultural competence training to improved health outcomes: perspectives from the field. *Academic Medicine*, 85(4), 583-585. doi:10.1097/ACM.0b013e3181d2b2f3
- Betancourt, J. R., Green, A. R. & Carrillo, J. E. (2016). Cross-cultural care and communication. Hentet 04.12.2016 fra: https://www.uptodate.com/contents/cross-cultural-care-and-communication?source=search_result&search=cultural%20competence&selectedTitle=1~150
- Betancourt, J. R. & Renfrew, M. R. (2011). Unequal treatment in the US: lessons and recommendations for cancer care internationally. *Journal of pediatric hematology/oncology* 33/2, S149-153. doi:10.1097/MPH.0b013e318230dfea
- Björk Brämberg, E. & Dahlberg, K. (2013). Interpreters in cross-cultural interviews: a three-way coconstruction of data. *Qualitative Health Research*, 23(2), 241-247. doi:10.1177/1049732312467705
- Blas, E., Roebbel, N., Raja, D. & Valentine, N. (2016). Intersectoral planning for health and health equity *Strategizing national health in the 21st century: a handbook* (s. 1-36): World Health Organization.
- Blom, S. (2008). *Innvandrerers helse 2005/2006*, Statistisk sentralbyrå (2008/35).
- Blom, S. (2010). Sosiale forskjeller i innvandrerers helse. Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006, Statistisk sentralbyrå (47/2010).
- Bradby, H. (2001). Communication, interpretation and translation. I L. Culley, & S. Dyson (Red.), *Ethnicity and nursing practice* (s. 129-148). New York: Palgrave.
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (2009). *Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brunton, G., Stansfield, C. & Thomas, J. (2012). Finding Relevant Studies. I D. Gough, S. Oliver, & J. Thomas (Red.), *An Introduction to Systematic Reviews* London: Sage publications.
- Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bøhn, H. & Dypedahl, M. (2009). *Veien til interkulturell kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- California Endowment. (2003). *Principles and recommended standards for cultural competence education of health care professionals* Woodland: CA. Hentet 04.12.2016 fra: http://archive.calendow.org/uploadedfiles/principles_standards_cultural_competence.pdf
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184.
- Campinha-Bacote, J. (2007). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: The Journey Continues*. Cincinnati, Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates.

- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2). Hentet 12.12.2015 fra: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=dd9890fe-cac3-49a1-9687-ed8cda516814%40sessionmgr110&vid=0&hid=122&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=61206858&db=aph>
- Canales, M. K. (2000). Othering: toward an understanding of difference. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 16-31.
- Canales, M. K. (2010). Othering: difference understood??: a 10-year analysis and critique of the nursing literature. *Advances in Nursing Science*, 33(1), 15-34. doi:10.1097/ANS.0b013e3181c9e119
- Cano, A., Mayo, A. & Ventimiglia, M. (2006). Coping, pain severity, interference, and disability: the potential mediating and moderating roles of race and education. *The Journal of Pain*, 7(7), 459-468. doi:10.1016/j.jpain.2006.01.445
- Carteret, M. (2011). How Culture Affects Expectations of Physicians. Hentet 03.03.2016 fra: <http://www.dimensionsofculture.com/2010/11/how-culture-affects-expectations-of-physicians/>
- Chaudhury, R. R. & Rafei, U. M. (2001). *Traditional Medicine in Asia*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Hentet 27.02.2016 fra: http://searo.who.int/entity/medicines/documents/traditional_medicines_in_asia.pdf#page=83
- Clark, L., Colbert, A., Flaskerud, J. H., Glittenberg, J., Ludwig-Beymer, P., Omeri, A., . . . Zoucha, R. (2010). Culturally based healing and care modalities. *Journal of Transcultural Nursing*, 21 (Suppl. 1), 237S-306S. doi:10.1177/1043659610382628
- Clifford, J. & Marcus, G. E. (1986). *Writing culture*. Berkeley: University of California press.
- Cooke, M., Irby, D. M. & O'Brien, B. C. (2010). *Educating physicians: A call for reform of medical school and residency*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cooney, C. (1994). A comparative analysis of transcultural nursing and cultural safety. *Nursing Praxis in New Zealand*, 9(1), 6-12.
- Coup, A. (1996). Cultural safety and culturally congruent care: a comparative analysis of Irihapeti Ramsden's and Madeleine Leininger's educational projects for practice. *Nursing praxis in New Zealand*, 11(1), 4-11.
- Crenshaw, K., Shewchuk, R. M., Qu, H., Staton, L. J., Bigby, J. A., Houston, T. K., . . . Estrada, C. A. (2011). What should we include in a cultural competence curriculum? An emerging formative evaluation process to foster curriculum development. *Academic Medicine* 86(3), 333-341. doi:10.1097/ACM.0b013e3182087314
- Creswell, J. W. (2014). *Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Harlow, Essex: Pearson.
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W. & Isaacs, M. R. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Washington DC: Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.
- Davies, A. A., Basten, A. & Frattini, C. (2006). *Migration: A Social Determinants of the Health of Migrants*. Brussels: International Organization for Migration (IOM).
- Dawes, T. & Thoner, G. (1996). *Aldring og etnisitet* (Bind nr 4/1996). Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- de Beauvoir, S. (2011). *The second sex*. London: Vintage.
- DeSantis, L. (1994). Making anthropology clinically relevant to nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 707-715.

- DeSouza, R. (2014). One woman's empowerment is another's oppression: Korean migrant mothers on giving birth in Aotearoa New Zealand. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(4), 348-356. doi:10.1177/1043659614523472
- Djuve, A. B., Sandbæk, M. L. & Lunde, H. C. (2011). *Likeverdige tjenester? Storbyens tjenestetilbud til en etnisk mangfoldig befolkning* (Fafo-rapport 35/2011). Oslo: Fafo.
- DNL. (2008). *Legeforeningens 10-punktsprogram for en bedre helsetjeneste for ikke-vestlige innvandrere*, Den norske legeforening. Hentet 13.10.2016 fra: [http://legeforeningen.no/PageFiles/26887/Likeverdige%20helsetjeneste%20-%20Om%20helsetjenester%20til%20ikke-vestlige%20innvandrere%20\(Pdf\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/26887/Likeverdige%20helsetjeneste%20-%20Om%20helsetjenester%20til%20ikke-vestlige%20innvandrere%20(Pdf).pdf)
- Dong, H. & Zhang, X. (2001). An overview of traditional Chinese medicine. I R. R. Chaudhury, & U. M. Rafei (Red.), *Traditional Medicine in Asia* (s. 17-29). New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.
- Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., . . . Purnell, L. (2014). Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 109-121. doi:10.1177/1043659614520998
- Drevdahl, D. J., Canales, M. K. & Dorcy, K. S. (2008). Of goldfish tanks and moonlight tricks: can cultural competency ameliorate health disparities? *Advances in Nursing Science*, 31(1), 13-27. doi:10.1097/01.ans.0000311526.27823.05
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (1980). *A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition* (Operations Research Center Report): University of California, Berkeley.
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over Machine*. New York: Free Press.
- DSM-5. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Duchscher, J. E. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x
- Edmonds, V. M. (2005). The nutritional patterns of recently immigrated Honduran women. *Journal of Transcultural Nursing*, 16(3), 226-235. doi:10.1177/1043659605274959
- Edwards, C. L., Fillingim, R. B. & Keefe, F. (2001). Race, ethnicity and pain. *Pain*, 94(2), 133-137.
- Elsegood, K. & Papadopoulos, I. (2011). Transcultural communication in CAMHS: Developing practitioners' awareness with an online cultural competency course. *Child & Adolescent Mental Health*, 16(4), 214-217. doi:10.1111/j.1475-3588.2010.00592.x
- Eraut, M. (2010). Knowledge, working practices, and learning. I S. Billett (Red.), *Learning through practice: Models, traditions, orientations and approaches* (s. 38-58). Dordrecht: Springer.
- Eraut, M. (2012). Developing a Broader Approach to Professional Learning. I A. Mc Kee, & M. Eraut (Red.), *Learning Trajectories, Innovation and Identity for Professional Development* (s. 21-45). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Everett-Murphy, K., Pajmans, J., Steyn, K., Matthews, C., Emmelin, M. & Peterson, Z. (2011). Scolders, carers or friends: South African midwives' contrasting styles of communication when discussing smoking cessation with pregnant women. *Midwifery*, 27(4), 517-524. doi:10.1016/j.midw.2010.04.003
- Feldmann, C. T., Bensing, J. M., de Ruijter, A. & Boeije, H. R. (2007). Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? *Sociology of Health & Illness*, 29(4), 515-535. doi:10.1111/j.1467-9566.2007.01005.x

- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255-299.
doi:10.1177/1077558705275416
- Foster, G. M. (1987). On the origin of humoral medicine in Latin America. *Medical Anthropology Quarterly* 1(4), 355-393.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Fønnebø, V. (2013). *Rapport: Bruk av alternativ behandling i Norge 2012*: Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode*. Falun: Pax Forlag.
- Gallagher, R. W. & Polanin, J. R. (2015). A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Education Today*, 35(2), 333-340.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.021
- Gardner, H. & Shulman, L. S. (2005). The professions in America today: Crucial but fragile. *Dædalus*, 13-18.
- Gerlach, A. J. (2012). A critical reflection on the concept of cultural safety. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(3), 151-158.
- Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A. & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health and Social Care in the Community*, 12(5), 407-413. doi:10.1111/j.1365-2524.2004.00510.x
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gough, D., Oliver, S. & Thomas, J. (2012). Introducing systematic review. I D. Gough, S. Oliver, & J. Thomas (Red.), *An Introduction to Systematic review*. London: Sage publications.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. & Ingstad, B. (2006). *Kulturelle perspektiver på helse og sykdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grove, N. J. & Zwi, A. B. (2006). Our health and theirs: forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine* 62(8), 1931-1942.
doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.061
- Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
doi:10.1177/1525822X05279903
- Gule, L. (2008). Profesjon og flerkulturalitet. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 233-250). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hadziabdic, E., Lundin, C. & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. *BMC Health Services Research*, 15, 458. doi:10.1186/s12913-015-1124-5
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1996). *Ethnography. Principles in Practice*. London: Routledge.
- Hanssen, I. (2004). An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nursing Ethics*, 11(1), 28-41.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hanssen, I. (2010). *Facing differentness: An empirical inquiry into ethical challenges in intercultural nursing*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

- Heggen, K. (2010). *Kvalifisering for profesjonsutøving. Sjukepleiar - lærar - sosialarbeidar*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*. London: Hodder Arnold.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Likeverdige helse- og omsorgstjenester- god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013-2017).
- Helsedirektoratet. (2012). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*.
- Helseforetaksloven. (2001). Lov av om helseforetak m.m. Hentet 12.12.2016 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Helseth, S. & Nortvedt, F. (2002). Om tillit. I I. T. Bjørk, S. Helseth, & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 237-249). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsetilsynet. (2013). Personer med autorisasjon eller lisens som helsepersonell fordelt på kjønn og alder. Hentet 21.09.2016 fra: <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/Personer-autorisasjon-lisens-kjonn-alder/>
- Hemminki, K. (2014). Immigrant health, our health. *The European Journal of Public Health, 24 Suppl 1*, 92-95. doi:10.1093/eurpub/cku108
- Henderson, S. & Kendall, E. (2011). Culturally and linguistically diverse peoples' knowledge of accessibility and utilisation of health services: exploring the need for improvement in health service delivery. *Australian Journal of Primary Health, 17(2)*, 195-201. doi:10.1071/py10065
- Henderson, S., Kendall, E. & See, L. (2011). The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. *Health & Social Care in the Community, 19(3)*, 225-249. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00972.x
- Henriksen, K. (2011). Profesjonskampen. *NSF Politikk, 1*, 2-3.
- Henry, D. (2006). Violence and the body: Somatic expressions of trauma and vulnerability during war. *Medical Anthropology Quarterly, 20(3)*, 379-398.
- Hjelde, K. H. & Fangen, K. (2006). Oppfølging, respekt og empowerment. Somalieres forståelse og hjelpepraksis ved psykososiale vanskeligheter *Norsk tidsskrift for migrasjonsforskning, 7(2)*, 79-99.
- Hobara, M. (2005). Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. *European Journal of Pain, 9(4)*, 389-393. doi:10.1016/j.ejpain.2004.09.006
- Horvat, L., Horey, D., Romios, P. & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*, Cd009405. doi:10.1002/14651858.CD009405.pub2
- Howard, M. C. (1996). *Contemporary Cultural Anthropology* (5. utg.). New York: HarperCollins College Publisher.
- HPH. (2014). *Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups*: International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services. Hentet 21.09.2016 fra: http://www.hphnet.org/attachments/article/291/Equity%20Standards%20SAT%202014_Light.pdf
- Hylland Eriksen, T. & Sajjad, T. A. (2012). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingstad, B. (1990). Anthropological aspects on disability. *Paper read for the Symposium on CBR, Uppsala, Sweden, May 29*.
- Islam, F., Khanlou, N. & Tamim, H. (2014). South Asian populations in Canada: migration and mental health. *BMC Psychiatry, 14*, 154. doi:10.1186/1471-244x-14-154

- Jacobs, E., Chen, A. H., Karliner, L. S., Agger-Gupta, N. & Mutha, S. (2006). The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *The Milbank Quarterly*, 84(1), 111-133. doi:10.1111/j.1468-0009.2006.00440.x
- Jensen, S. Q. (2011). Othering, identity formation and agency. *Qualitative Studies*, 2(2), 63-78.
- Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2006). The theoretical framework of cultural competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*, 12(3), 6–16.
- Johnson, J. L., Bottorff, J. L., Browne, A. J., Grewal, S., Hilton, B. A. & Clarke, H. (2004). Othering and being othered in the context of health care services. *Health Communication*, 16(2), 253-271. doi:10.1207/s15327027hc1602_7
- Johnstone, M. & Kanitsaki, O. (2006). Culture, language, and patient safety: making the link. *18* (5), 383-388.
- Kale, E., Ahlberg, N. & Duckert, F. (2010). Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(9), 818-823.
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164. doi:10.1177/1363461512444673
- Kittler, P. G., Sucher, K. P. & Nelms, M. N. (2012). *Food and culture*. Cengage Learning: Thomson Wadsworth.
- Kitzinger, C. & Wilkinson, S. (1996). Theorizing Representing the Other. I S. Wilkinson, & C. Kitzinger (Red.), *Representing the Other: A Feminism & Psychology Reader* (s. 1-32). London: Sage.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 311(7000), 299-302.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (2004). Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 351(10), 951-953. doi:10.1056/NEJMp048078
- Kleinman, A. & Becker, A. E. (1998). "Sociosomatics": The contributions of anthropology to psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine* 60(4), 389-393.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 4(1), 140-149.
- Kocktürk, T. (1995). Structure and change in food habits. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 39, 2-4.
- Kohn-Wood, L. P. & Hooper, L. M. (2014). Cultural Competency, Culturally Tailored Care, and the Primary Care Setting: Possible Solutions to Reduce Racial/Ethnic Disparities in Mental Health Care. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(2), 173-188.
- Kumas-Tan, Z., Beagan, B., Loppie, C., MacLeod, A. & Frank, B. (2007). Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. *Academic Medicine*, 82(6), 548-557. doi:10.1097/ACM.0b013e3180555a2d
- Kurian, A. K. & Cardarelli, K. M. (2007). Racial and ethnic differences in cardiovascular disease risk factors: a systematic review. *Ethnicity & Disease*, 17(1), 143-152.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kymlicka, W. (2007). The new debate of minority rights (and postscript). I S. L. Laden, & D. Owen (Red.), *Multiculturalism and political theory* (s. 25-59). Cambridge: Cambridge university press.
- Lawrence, P. & Rozmus, C. (2001). Culturally sensitive care of the Muslim patient. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(3), 228-233.
- LDO. (2014). *CERD 2014 Ombudets rapport til FNs rasediskrimineringskomité- et supplement til Norges 21./22. periodiske rapport*. Oslo: Likestillings- og diskrimineringsombudet. Hentet 19.09.2016 fra: http://www.ldo.no/globalassets/03_nyheter-og-fag/publikasjoner/cerd-2014_web_norsk_ny1.pdf
- Leininger, M. (2002a). The theory of culture care and the ethnonursing research method. I M. Leininger, & M. R. McFarland (Red.), *Transcultural nursing. Concepts, theories, research and practice* (3. utg., s. 71-116). New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (2002b). Transcultural nursing and globalization of health care: Importance, focus, and historical aspects. I M. Leininger, & M. R. McFarland (Red.), *Transcultural nursing. Concepts, theories, and practice* (3. utg., s. 3-43). New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. I M. Leininger, & M. R. McFarland (Red.), *Cultural care diversity and universality. A worldwide nursing theory* (2. utg., s. 1-41). Sudbury, Mass Jones and Bartlett
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forsking*, 3(3), 172-175.
- Levine, M. A. & Perpetua, E. M. (2006). International immersion programs in baccalaureate nursing education: Professor and student perspectives. *Journal of Cultural Diversity*, 13(1), 20-26.
- Lien, L., DeMarinis, V., Kumar, B. N. & Kale, E. (2015). Kulturformuleringsintervjuet (CFI), DSM-5. Et klinisk verktøy i tverrkulturell kommunikasjon. Hentet 11.05.2016 fra: <http://www.nakmi.no/publikasjoner/dokumenter/kulturformuleringsintervjuet-DSM5-2015.pdf>
- Like, R. C. (2011). Educating clinicians about cultural competence and disparities in health and health care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(3), 196-206. doi:10.1002/chp.20127
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed. utg.). New York: Russell Sage Foundation.
- Lister, R. (2004). *Poverty*. Cambridge: Polity.
- Loftin, C., Hartin, V., Branson, M. & Reyes, H. (2013). Measures of cultural competence in nurses: An integrative review. *The Scientific World Journal*, 2013, 289101. doi:10.1155/2013/289101
- Lovering, S. (2006). Cultural attitudes and beliefs about pain. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(4), 389-395. doi:10.1177/1043659606291546
- Macdonald, K. M. (1995). *The Sociology of the professions*. London: Sage.
- Magelssen, R. (2012). *Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon & helse?* (NAKMI-rapport 1/2012). Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/s0140-6736(01)05627-6
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Manchester, A. (2002). Challenging and changing the culture of nursing. *Nursing New Zealand*, 8(1), 20-21.
- Martin, M. C. & Phelan, M. (2009). Interpreters and Cultural Mediators- different but complementary roles. *Translocations: Migration and Social Change. An Inter-Disciplinary Open Access E-Journal*. Hentet 10.12.2015 fra: http://doras.dcu.ie/16481/1/Martin_and_Phelan_Translocations.pdf
- Meld. St. 34 (2015-2016). (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste- Melding om prioritering* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Migrant-Friendly Hospitals. (2005). *Migrant-Friendly Hospitals Project Summary*. Hentet 23.09.2016 fra: <http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh-summary.pdf>
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier- en introduksjon. I A. Molander, & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Montenery, S. M., Jones, A. D., Perry, N., Ross, D. & Zoucha, R. (2013). Cultural Competence in Nursing Faculty: A Journey, Not a Destination. *Journal of Professional Nursing*, 29(6), e51-e57.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.09.003>
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2. utg.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Morgan, D. L. & Krueger, R. A. (1993). When to use focus groups and why *Successful focus groups: Advancing the state of the art* (s. 3-19). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Mountz, A. (2009). The other. I C. Gallaher, C. T. Dahlman, M. Gilmartin, A. Mountz, & P. Shirlow (Red.), *Key concepts in political geography* (s. 328-335).
- Mulholland, J. & Dyson, S. (2001). Sociological theories of 'race' and ethnicity. I L. Culley, & S. Dyson (Red.), *Ethnicity and Nursing Practice*. New York: Palgrave.
- Munoz, C. C., DoBroka, C. C. & Mohammad, S. (2009). Development of a multidisciplinary course in cultural competence for nursing and human service professions. *Journal of Nursing Education*, 48(9), 495-503. doi:10.3928/01484834-20090610-03
- Narayanasamy, A. (2002). The ACCESS model: a transcultural nursing practice framework. *British Journal of Nursing*, 11(9), 643-650.
- Narayanasamy, A. & Narayanasamy, M. (2006). Ayurvedic medicine: An introduction for nurses. *British Journal of Nursing*, 15(21), 1185-1190.
doi:10.12968/bjon.2006.15.21.22378
- NCNZ. (2011). Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi, and Maori Health in Nursing Education and Practice. Hentet 09.12.2014 fra: http://pro.healthmentoronline.com/assets/Uploads/refract/pdf/Nursing_Council_cultural-safety11.pdf
- Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 431-437. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x
- Nortvedt, L., Hansen, H. P., Kumar, B. N. & Lohne, V. (2015). Caught in suffering bodies: a qualitative study of immigrant women on long-term sick leave in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3266-3275. doi:10.1111/jocn.12901
- NOU 2014: 8. (2014). *Talking i offentlig sektor- et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Hentet 14.05.2016 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a47e34bc4d7344a18192e28ce8b95b7b/nou/pdfs/nou201420140008000dddpdfs.pdf>

- NOU 2014: 12. (2014). *Åpent og rettferdig– prioriteringer i helsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 14.05.2016 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a47e34bc4d7344a18192e28ce8b95b7b/nou/pdfs/nou201420140008000dddpdfs.pdf>
- O'Reilly, M. & Parker, N. (2012). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 1-8. doi:10.1177/1468794112446106
- Oslo kommune. (2016). Befolkningens landbakgrunn. Hentet 14.09.2016 fra: <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/befolkning/landbakgrunn/>
- Pandian, J. D., Toor, G., Arora, R., Kaur, P., Dheeraj, K. V., Bhullar, R. S. & Sylaja, P. N. (2012). Complementary and alternative medicine treatments among stroke patients in India. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 19(5), 384-394. doi:10.1310/tsr1905-384
- Papadopoulos, I. (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence II. Papadopoulos (Red.), *Transcultural Health and Social Care* (s. 7-24). London: Churchill Livingstone.
- Papadopoulos, I., Taylor, G., Ali, S., Aagard, M., Akman, O., Alpers, L. M., . . . Zorba, A. (2015). Exploring Nurses' Meaning and Experiences of Compassion: An International Online Survey Involving 15 Countries. *Journal of Transcultural Nursing*, 1-10. doi:10.1177/1043659615624740
- Papadopoulos, I., Tilki, M. & Ayling, S. (2008). Cultural competence in action for CAMHS: Development of a cultural competence assessment tool and training programme. *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 129-140.
- Papps, E. (2002). *Nursing in New Zealand: Critical issues, different perspectives*. Auckland: Pearson Education.
- Parisa, B., Reza, N., Afsaneh, R. & Sarieh, P. (2016). Cultural Safety: An Evolutionary Concept Analysis. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 33-38. doi:10.1097/hnp.0000000000000125
- Paroz, S., Daele, A., Viret, F., Vadot, S., Bonvin, R. & Bodenmann, P. (2016). Cultural competence and simulated patients. *The Clinical Teacher*, 13, 369–373. doi:10.1111/tct.12466
- Parsons, T. (1978). *Action theory and the human condition*. New York: The Free Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 02.05.2016 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Personopplysningsloven. (2001). Lov om behandling av personopplysninger. Hentet 05.10.2016 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Phillips, C., Kenny, A., Esterman, A. & Smith, C. (2014). A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Education in Practice*, 14(2), 106-111. doi:10.1016/j.nepr.2013.07.007
- Pistillo, G. (2004). The interpreter as cultural mediator. *Journal of Intercultural Communication, Issue 6* (February 2003-May 2004).
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. utgave. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196; discussion 200-191.

- Ramsden, I. (2002). *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu* (PhD). Wellington: Victoria University of Wellington. Hentet 14.10.2015 fra: http://www.nzno.org.nz/Portals/0/Files/Documents/Services/Library/2002%20RAMSDEN%201%20Cultural%20Safety_Full.pdf
- Rapp, D. E. (2006). Integrating cultural competency into the undergraduate medical curriculum. *Medical Education*, 40(7), 704-710. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02515.x
- Richardson, F. I. (2010). *Cultural Safety in Nursing Education and Practice in Aotearoa New Zealand* (PhD). Palmerston North: Massey University. Hentet 16.09.2015 fra: http://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/2411/02_whole.pdf?sequence=1,
- Ruehlman, L. S., Karoly, P. & Newton, C. (2005). Comparing the experiential and psychosocial dimensions of chronic pain in african americans and Caucasians: findings from a national community sample. *Pain Medicine*, 6(1), 49-60. doi:10.1111/j.1526-4637.2005.05002.x
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. London: Hutchinson.
- Røykenes, K. (2008). Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener? *Sykepleien Forskning* 3(4), 224-226. doi:10.4220/sykepleienf.2008.0081
- Sachs, L. (1993). *Onda ögat eller bakterier. Turkiska invandrarkvinnors möte med svensk sjukvård*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Said, E. (1978). *Orientalism*. New York: Pantheon.
- Sandbæk, L. S., Hjelde, I. & Rogstad, J. (2012). "Det står mye på spill". *En evaluering av Videreutdanning i veiledning i flerkulturelt helsearbeid* (Fafø-rapport 44/2012). Oslo: Fafø. Hentet 12.10.2016 fra: http://www.fafø.no/~fafø/media/com_netsukii/20271.pdf
- Sargent, S. E., Sedlak, C. A. & Martsolf, D. S. (2005). Cultural competence among nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 25(3), 214-221. doi:10.1016/j.nedt.2004.12.005
- Sashidharan, S. P. (2001). Institutional racism in British psychiatry. *The Psychiatrist*, 25, 244-247.
- Satia-Abouta, J., Patterson, R. E., Neuhouser, M. L. & Elder, J. (2002). Dietary acculturation: applications to nutrition research and dietetics. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(8), 1105-1118.
- Schachter, S. C. (2008). Complementary and alternative medical therapies. *Current Opinion in Neurology*, 21(2), 184-189. doi:10.1097/WCO.0b013e3282f47918
- Schei, E. (2010). *Makt i lege-pasient forholdet*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Hentet 10.04.16 fra: <http://www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapporter/rapp2003/rapp2003/rapport57/index-MAKT-4.html>
- Schenker, Y., Perez-Stable, E. J., Nickleach, D. & Karliner, L. S. (2011). Patterns of interpreter use for hospitalized patients with limited English proficiency. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 712-217. doi:10.1007/s11606-010-1619-z
- Scott, J. (2001). *Power*. Cambridge: Polity Press.
- Shen, Z. (2004). Cultural competence models in nursing: A selected annotated bibliography. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(4), 317-322. doi:10.1177/1043659604268964
- Sheridan, S. (2007). Dimensions of pedagogical quality in preschool. *International Journal of Early Years Education*, 15(2), 197-217. doi:10.1080/09669760701289151
- Simons, P. R.-J. & Ruijters, M. C. P. (2014). The real professional is a learning professional. I S. Billett (Red.), *International handbook of research in professional and practice-based learning* (s. 955-985): Springer.

- Simpson, J. L. & Carter, K. (2008). Muslim women's experiences with health care providers in a rural area of the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(1), 16-23. doi:10.1177/1043659607309146.
- Siraj, H. H., Zamzam, R., Ismail, J. & Mohamad, N. (2011). Managing Diversity: A 'Must-Have' Skill for Medical Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 18, 379-383. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.05.054
- Skaaden, H. (2013). *Den topartiske tolken. Lærebok i tolking*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skirbekk, H. (2012). Pasienters tillitsforhold til helsevesen og leger. I H. Skirbekk, & H. Grimen (Red.), *Tillit i Norge* (s. 248-270). Oslo: Res Publica.
- Sluzki, C. E. (1979). Migration and family conflict. *Family Process*, 18(4), 379-390.
- Smeby, J.-C. (2008). Profesjon og utdanning (s. 87-102). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smeby, J.-C. & Vågan, A. (2008). Recontextualising professional knowledge – newly qualified nurses and physicians. *Journal of Education and Work*, 21(2), 159-173.
- Smedley, B. D., Stith, A. Y. & Nelson, A. R. (2003). *Unequal treatment. Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- SML. (2009). Pasientsentrert metode. Hentet 13.06.2016 fra: https://sml.snl.no/pasientsentrert_metode
- Sobo, E. J. (2009). *Culture and meaning in health service research. A practical field guide* California: Walnut Creek.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. Hentet 22.10.2015 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_1
- SSB. (2016a). Befolkningsframskrivinger, 2016-2100. Hentet 21.06.2016 fra: <https://ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2016-06-21>
- SSB. (2016b). Innvandrere etter innvandringsgrunn, 1. januar 2016. Hentet 22.06.2016 fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn/>
- SSB. (2016c). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2016. Hentet 03.03.2016 fra: <http://www.ssb.no/innvbef/>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W. & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Street, R. L., Jr., Gordon, H. & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science and Medicine*, 65(3), 586-598. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.036
- Sullivan, W. M. (2005). *Work and integrity. The crisis and promise of professionalism in America* (2. utg.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sullivan, W. M. & Rosin, M. S. (2008). *A new agenda for higher education. Shaping a life of the mind for practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *Bmj*, 336(7651), 992-994. doi:10.1136/bmj.39513.441030.AD
- Sutphen, M. & Sullivan, W. M. (2011). Teaching professional responsibility. A clash of approaches in both legal and nursing education. I C. Sugrue, & T. D. Solbrekke (Red.), *Professional responsibility. New horizons of praxis* (s. 102-112). Oxon: Routledge.
- Tang, J.-L., Liu, B.-Y. & Ma, K.-W. (2008). Traditional Chinese medicine. *The Lancet*, 372(9654), 1938-1940. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61354-9
- Taylor, G., Papadopoulos, I., Dudau, V., Maerten, M., Peltego, A. & Ziegler, M. (2011). Intercultural education of nurses and health professionals in Europe (IENE). *International nursing review* 58(2), 188-195. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00892.x

- Teal, C. R. & Street, R. L. (2009). Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social Science and Medicine*, 68(3), 533-543. doi:10.1016/j.socscimed.2008.10.015
- Terragni, L., Garnweidner, L. M., Pettersen, K. S. & Mosdol, A. (2014). Migration as a turning point in food habits: the early phase of dietary acculturation among women from South Asian, African, and Middle Eastern Countries living in Norway. *Ecology of Food and Nutrition* 53(3), 273-291. doi:10.1080/03670244.2013.817402
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori- for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tran, A. T., Straand, J., Diep, L. M., Meyer, H. E., Birkeland, K. I. & Jennum, A. K. (2011). Cardiovascular disease by diabetes status in five ethnic minority groups compared to ethnic Norwegians. *BMC Public Health*, 11, 554. doi:10.1186/1471-2458-11-554
- Truong, M., Paradies, Y. & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research* 14/99, 1-17. doi:10.1186/1472-6963-14-99
- Tønnessen, M., Cappelen, Å. & Skjerpen, T. (2014). Befolkningsframskrivingene 2014-2100: Inn- og utvandring. 33(4), 51-59.
- van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M. L. & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45-53. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012
- Varvin, S. (2008). *Flyktningpasienten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Varvin, S. (2015). *Flukt og eksil*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Weis, L. (1995). Identity formation and the processes of "othering": Unraveling sexual threads. *Educational Foundations*, 9(1), 17-33.
- Westermeyer, J. (1990). Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *The journal of nervous and mental disease*, 178(12), 745-749.
- WHO. (2002). 25 Questions and answers on health and human rights. Hentet 13.09.2016 fra: <http://www.who.int/hhr/information/25%20Questions%20and%20Answers%20on%20Health%20and%20Human%20Rights.pdf>
- Wong, J. P. & Poon, M. K. (2010). Bringing translation out of the shadows: translation as an issue of methodological significance in cross-cultural qualitative research. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(2), 151-158. doi:10.1177/1043659609357637
- Yosef, A. R. (2008). Health beliefs, practice, and priorities for health care of Arab Muslims in the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 284-291. doi:10.1177/1043659608317450
- Zborowski, M. (1952). Cultural Components in Responses to Pain. *Journal of Social Issues*, 8(4), 16-30. doi:10.1111/j.1540-4560.1952.tb01860.x
- Östlund, U., Kidd, L., Wengström, Y. & Rowa-Dewar, N. (2011). Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3), 369-383. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.005

VEDLEGG

Vedlegg 1

Svar fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk i
Helseregion Sør-Norge (REK)

Region: Saksbehandler: Telefon:

REK sør-øst A Jørgen Hardang 22845516

Vår dato:

24.06.2011

Deres dato:

Vår

referanse:

2011/1100

Deres

referanse:

Lise-Merete Alpers
[Redacted]

Oslo

2011/1100a Minoritetspasienter i sykehus — Helsearbeideres kompetanse og pasienters erfaringer/behov for kompetanse

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 9. juni 2011. Søknaden er vurdert i henhold til lov av 20. juni 2008 nr. 44, om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) kapittel 3, med tilhørende forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning av 1. juli 2009 nr 0955.

Prosjektleder: Lise-Merete Alpers

Forskningsansvarlig: [Redacted]

Besøksadresse:
Gullhaug torg 4A

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post.

Formålet med prosjektet er å kartlegge hvordan ikke-vestlige innvandrere, hovedsakelig fra Asia og Afrika, opplever å være pasient på et norsk sykehus. Bakgrunnen er at det i Norge i dag er over 552 000 personer som enten selv har innvandret eller er født av foreldre som har innvandret til Norge. Prosjektet skal gjennomføres som en del av et doktorgradsarbeid.

Flere av studiene på området har brukt helsepersonell som informanter. Derfor tar en i dette prosjektet sikte på å sette minoritetspasienters egne erfaringer i fokus. Det planlegges å gjennomføre 8-10 intervjuer for å forsøke å avdekke hvordan norsk helsepersonale møter ikke-vestlige pasienter. Tema for samtalene er for eksempel opplevelsen av å være innlagt på sykehus, erfaringer med kommunikasjon, språk og bruk av tolk, erfaringer formidling av sykdomsforståelsen og erfaringer av spørsmål omkring kosthold og religiøse skikker.

Det er laget et informasjonsskriv med samtykkeerklæring på norsk for å rekruttere deltakere i studien.

Flertallet i komiteen oppfatter at studien slik den er framstilt, ikke tar sikte på å gi ny kunnskap om diagnose eller behandling av sykdom. Derimot er formålet å få mer kunnskap om hvordan helsetjenesten erfares av innvandrere spesielt med tanke på kommunikasjon og forståelse. Dette vil være nyttig med tanke på forbedring av helsetjenesten for denne gruppen av pasienter, men det faller utenfor helseforskningslovens virkeområde og trenger derfor ikke godkjenning av REK.

Mindretallet gikk inn for å behandle prosjektet som helsefaglig forskning.

Vedtak

Slik prosjektet beskrives framstår det som et en studie i helsetjenesteforskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.



REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen professor dr. med. leder


Jørgen Hardang
medisinskfaglig leder

0484 Oslo

Web: <http://helseforskning.etikkom.no>

Vennligst oppgi vårt referansenummer
i korrespondansen.
seniorrådgiver

Kopi: [REDACTED] ved øverste administrative ledelse: [REDACTED]

Vedlegg 2

Godkjenning fra personvernombud

To whom it may concern

Switchboard: +47 915 02770

our ref.: 11/12585

Your ref.:

Responsible:

Date:

Kathrine Rogstad

13.2.2013

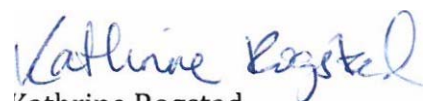
Required (in all correspondation)

Recommendation for the collection and data processing of personal information in the research study "Health professionals' perceived cultural competency and patients' experiences thereof and culture specific needs" at [REDACTED] Hospital.

The Privacy and Data Protection Supervisor has evaluated and determined that the planned data processing of personal information satisfies the conditions for reporting specified in the Personal Data Act regulations paragraph 7-27 and therefore is exempted from concession. The Privacy and Data Protection Supervisor at Oslo University Hospital has the authority to make this decision on behalf of the Norwegian Data Inspectorate for research projects organized from [REDACTED] Hospital.

The project must send a notification to the Privacy and Data Protection Supervisor every third year, confirming that the data processing takes place in accordance with the original purpose and the Health Register Act's regulations. The Privacy and Data Protection Supervisor must be informed if the purpose or data processing is changed. The study is registered in [REDACTED] Hospital's publicly accessible database of research studies and quality control.

Kind regards, on behalf of the Privacy and Data
Protection Supervisor



Kathrine Rogstad

Privacy Advisor



Oslo University Hospital HF is owned by the Norwegian Health Region South-east and consists of Aker Hospital, Ullevål Hospital, Rikshospitalet and The Norwegian Radium Hospital.

org.number: NO 993 467 049 MVA
www.oslo-universitetssykehus.no

Vedlegg 3

Forespørsel til sykehusets ledelse

Lise-Merete Alpers

Mailadr.: [REDACTED]

[REDACTED]
Oslo

Oslo, 05.05.11

Forespørsel om å bruke informanter fra [REDACTED] Sykehus

Jeg er ansatt i en stipendiatstilling ved [REDACTED] Sykehus, der fokuset for forskningen er pasienter med minoritetsbakgrunn på sykehus. I den forbindelse er det planlagt at jeg skal gjøre en kvalitativ studie hvor jeg skal intervju pasienter med ikke-europeisk, fortrinnsvis asiatisk og afrikansk bakgrunn. Hensikten er å få kunnskap om hvordan disse pasientene opplever det å være på sykehuset og hva slags kompetanse de ansatte ved sykehuset trenger for å yte fullverdig behandling og omsorg til pasienter i fremtiden. Tidligere studier viser at helsepersonell opplever at de har behov for mer kunnskap om pasienter med minoritetsbakgrunn, og det vil derfor være interessant og viktig å se dette fra pasientenes perspektiv.

Jeg søker herved om å få tillatelse til å intervju ca. 8-15 pasienter som har minoritetsbakgrunn ved [REDACTED]. På grunn av etiske retningslinjer kan jeg ikke selv velge ut pasientene. Jeg har derfor behov for hjelp til å velge ut informanter etter følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

- Pasientene har ikke-europeisk, fortrinnsvis asiatisk eller afrikansk bakgrunn.
- Pasientene har vært inneliggende på Klinikk for medisin eller vært pasienter ved medisinsk poliklinikk.
- Første generasjons innvandrere.
- Pasientene må være mentalt klare, og være i stand til å velge om de ønsker å delta.
- Informantene må språklig være i stand til å gjennomføre et intervju, f.eks. ved at de ikke har afasi.
- Pasientene er over 18 år.
- Både kvinner og menn inkluderes i studien.
- Det er ønskelig å kunne benytte seg av [REDACTED]' tolketjeneste og kunne intervju også pasienter som ikke behersker nok norsk/engelsk til å gjennomføre et intervju uten tolk.

Det vil gi verdifulle data om hvordan samhandling med personalet oppleves fra et slikt utgangspunkt. Det kan også være aktuelt å bruke et familiemedlem som tolk.

Vennlig hilsen

Lise-Merete Alpers

Vedlegg 4

Godkjenning fra sykehuset

Sykehus

Lise-Merete Alpers

OSLO

Viseadministrerende direktør

Oslo

Sentralbord:

Besøksadresse:

Direkte telefon:

Faks: E-

post:

Deres ref.:

Vår ref.:

2011/

Arkivnr.:

H21

Dato:

06.05.2011

Ad bruk av informanter fra Sykehus.

Som svar på din forespørsel datert 05.05.11 kan jeg på sykehusets vegne bekrefte følgende:

Det er fra sykehusets side greit at du intervjuer 8-15 pasienter som er førstegenerasjons innvandrere og som ellers oppfyller dine inklusjonskriterier. Det forutsettes informert samtykke med skriftlig erklæring.

Jeg forutsetter at våre ansatte er behjelpelige med å finne frem til aktuelle informanter. Eventuelle utgifter til tolketjenester må belastes prosjektet.

Lykke til med et spennende prosjekt.

Med vennlig hilsen for

visadm. direktør/sjeflege

Kopi: Adm. dir.

Klinikksjef

Vedlegg 5

Spørreskjema, medisinsk klinikk

Kartlegging av kompetanse om pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

Vedlagte spørreskjema er utarbeidet for å kartlegge kompetanse og eventuelle kunnskapsbehov blant sykepleierne ved Klinikk for medisin.

Undersøkelsen er bestilt av

klinikk sjef

Bakgrunnen for undersøkelsen er at

betjener bydeler der en stor andel av befolkningen har etnisk minoritetsbakgrunn. Kartlegging er nødvendig for å vite hvordan sykepleierne opplever å arbeide med minoritetsetniske pasienter og om ytterligere kompetanse/kunnskap er ønskelig/nødvendig relatert til denne pasientgruppen, og i så fall hvilke områder dette dreier seg om.

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

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

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

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

Ved spørsmål kan Lise-Merete Alpers kontaktes på mail:

Arbeidserfaring/utdanning?

1. Hvor mange år har du jobbet som sykepleier?

Antall år: _____

2. Hvilken post jobber du ved nå? _____

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

- a) Nei
- b) Studie/kurs innenfor flerkulturelle/etniske minoriteter
- c) Videreutdanning i intensivsykepleie
- d) Videreutdanning i anestesisykepleie
- e) Videreutdanning i psykiatri
- f) Videreutdanning i geriatri
- g) Annet: _____

Bakgrunnsopplysninger

4. Er du? Mann Kvinne

5. Fødselsår: 19____

6. Hvor er du født?

- Scandinavia
- Amerika
- Afrika
- Europa, utenfor Scandinavia
- Asia
- Australia

7. Har du språkkunnskaper nok i et fremmedspråk (annet språk en norsk) til å gjennomføre en samtale?

- Ja
- Nei

(I tilfelle ja, er vi interessert i denne kunnskapen, og du kan gjerne ta kontakt dersom du ønsker)

Tegnforklaring: 1 = Utsagnet passer ikke i det hele tatt. 3 = Utsagnet verken passer/passer ikke.
5=Utsagnet passer svært godt

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

		Passer ikke		Passer svært godt			Vet ikke
		1	2	3	4	5	6
Erfaring og kunnskap							
101	Vi har mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på min avdeling.						
102	Jeg har lang erfaring med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.						
103	Det er annerledes å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn med etnisk norske pasienter.						
104	Jeg er ofte usikker når jeg står overfor pasienter og/eller pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.						
105	Har jeg spørsmål angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, er det ingen å spørre.						
106	Det gis internundervisning om pasienter med annen kulturell eller religiøs bakgrunn.						
107	Jeg har tilstrekkelig kunnskap angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn til å gi disse pasientene god omsorg og pleie.						
108	Jeg unngår helst å arbeide med pasienter m. etnisk minoritetsbakgrunn.						
109	Jeg er opptatt av å ikke gjøre forskjell på pasientene/behandle alle på samme måte, uansett etnisk el. religiøs bakgrunn.						
110	Jeg kontakter aldri min overordnede når jeg mangler kompetanse ift. arbeidet med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.						

Sykdomssyn, smerter mm.

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

Samarbeid med pasient og pårørende

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

Bruk av tolk

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

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

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

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

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

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

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

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

Andre kommentarer:

Vedlegg 6

Spørreskjema, psykiatrisk klinikk

Kartlegging av kompetanse om pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

Vedlagte spørreskjema er utarbeidet for å kartlegge kompetanse og eventuelle kunnskapsbehov blant personalet ved psykiatrisk avdeling

Bakgrunnen for undersøkelsen er at

betjener bydeler der en stor andel av befolkningen har etnisk minoritetsbakgrunn. Kartlegging er nødvendig for å vite hvordan ansatte ved psykiatrisk avdeling opplever å arbeide med minoritetsetniske pasienter og om ytterligere kompetanse/kunnskap er ønskelig/nødvendig relatert til denne pasientgruppen, og i så fall hvilke områder dette dreier seg om.

Kartleggingsundersøkelsen skal utgjøre et grunnlag for tiltak for å øke personalets kompetanse/ kunnskap på de områder som er aktuelle i deres arbeid. Tanken er at personale med gode kunnskaper om sine pasienters spesielle behov føler trygghet i sin yrkesutøvelse og kan tilby behandling av god kvalitet til sine pasienter.

Det vil bli skrevet en rapport på bakgrunn av studiens funn, og publisering i form av artikler kan bli aktuelt.

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

Spørreskjemaene er anonyme. Opplysningene vil bli behandlet fortrolig. De besvarte spørreskjemaene vil ikke være tilgjengelige for ledelsen ved psykiatrisk avdeling; de vil bare være tilgjengelige for de to prosjektmedarbeiderne. I rapporten og eventuelle artikler som vil bli skrevet om resultatene fra undersøkelsen, vil ingen data bli presentert som kan føres tilbake til enkeltpersoner.

Det oppfordres til at ansatte ved svarer på spørreskjemaet for å få et resultat som er mest mulig representativt. Deltakelse er imidlertid frivillig. Det er dessuten mulig å trekke seg fra undersøkelsen uten konsekvenser for deg og uten at årsaken til at du trekker deg etterspørres.

Ved spørsmål kan Lise-Merete Alpers kontaktes på mail:

Arbeidserfaring/utdanning?

1. Hvilken stilling er du ansatt i?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Sykepleier | <input type="checkbox"/> | Hjelpepleier | <input type="checkbox"/> |
| Psykiater/lege | <input type="checkbox"/> | Psykolog | <input type="checkbox"/> |
| Sosionom | <input type="checkbox"/> | Annet: _____ | |

2. Hvor mange år har du jobbet innenfor psykiatrien?

Antall år: _____

3. Jobber du ved:

- Psykiatrisk avdeling
-
-
-

4. Hvilken stillingsbrøk har du?

- 75-100 %
- 50-74 %
- Mindre enn 50 %

5. Har du universitets-/høgskoleutdanning i tillegg til din profesjonsutdanning?

- a) Nei
- b) Studie innenfor flerkulturelle/etniske minoriteter
- c) Videreutdanning i psykiatri
- d) Annet: _____

Bakgrunnsopplysninger

6. Er du? Mann Kvinne

7. Hva er din alder?

- | | | | |
|----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 20-29 år | <input type="checkbox"/> | 40-49 år | <input type="checkbox"/> |
| 30-39 år | <input type="checkbox"/> | Over 50 år | <input type="checkbox"/> |

8. Din kulturelle bakgrunn:

- Skandinavisk
- Ikke skandinavisk

Tegnforklaring: 1 = Utsagnet passer ikke i det hele tatt. 3 = Utsagnet verken passer/passers ikke.
5 = Utsagnet passer svært godt.

		Passer ikke		Passer svært godt			Vet ikke
		1	2	3	4	5	6
Erfaring og kunnskap							
1	Vi har mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på min post/enhet.						
2	Jeg har lang erfaring med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.						
3	Har jeg spørsmål angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, er det ingen å spørre.						
4	Det gis internundervisning om pasienter med annen kulturell eller religiøs bakgrunn.						
5	Jeg har tilstrekkelig kunnskap angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn til å møte dem på en terapeutisk og god måte.						
6	Jeg unngår helst å arbeide med pasienter m. etnisk minoritetsbakgrunn.						
		Ja	Nei	Vet ikke			
7	Det er annerledes å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn med etnisk norske pasienter.						
I tilfellet 'ja', Hvorfor/hvordan?							
		Ja	Nei	Vet ikke			
8	Er det enkelte etniske minoritetspasienter/pårørende det er vanskeligere å forholde seg til enn andre?						
I tilfellet 'ja', hvilke(n) gruppe(r) gjelder dette?							
		Jä	Nei	Vet ikke			
9	Jeg ønsker mer kunnskap om ulike kulturer og religioner og om tverrkulturelt helsearbeid.						
I tilfelle 'ja', hva ønsker du mer kunnskap om?							

		Passer ikke		Passer svært godt			Vet ikke
		1	2	3	4	5	6
Sykdomssyn, symptomer mm.							
10	Jeg har kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den "norske" psykiatriske sykdoms- /behandlingstenkningen.						
11	Ettersom mange minoritetsetniske pasienter kan somatisere psykiske problemer, er det fare for at vi overser reelle somatisk symptomer.						
12	Mennesker traumatisert av krig og tortur har så grusomme opplevelser at jeg vegrer meg for å gå dypt inn i historiene deres.						

Samarbeid med pasient og pårørende							
13	Det er interessant å arbeide med pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.						
14	Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn har vanskelig for å tilpasse seg avdelingens behandlingstilbud.						
15	Vi strekker oss for langt i avdelingen for å etterkomme behovene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.						
16	Personalet er ofte uenige om hvordan vi skal forholde oss til pasienter/besøkende med etnisk minoritetsbakgrunn.						
17	Jeg gruer meg til å samhandle/behandle/være i terapisisituasjon med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.						
18	Vi har gode rutiner for og tid til å få tak i livshistoriene til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.						

Vedlegg 7

Spørreskjema til tolker

Spørreskjema, tolker (2008)

1 = helt uenig i utsagnet. 3 = verken enig/uenig i utsagnet. 5 = helt enig i utsagnet.

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

		Passer ikke		Passer svært godt			Vet ikke
		1	2	3	4	5	6
Helsearbeidernes erfaring og kunnskap							
1	Helsearbeiderne har tilstrekkelig kunnskap angående pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn til å møte dem på en god måte						
2	Helsearbeiderne har den nødvendige kompetanse for å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn og deres pårørende.						
3	Helsearbeiderne har kunnskap om andre måter å forstå sykdom og behandling på enn den "norske" sykdoms-/behandlingstenkningen.						
4	Helsearbeiderne strekker seg langt i avdelingen for å etterkomme behovene til pasienter/pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn						
5	Avdelingene har gode rutiner for og tid til å få tak i livshistoriene til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn						
Din erfaring og kunnskap som tolk							
6	Helsearbeiderne er flinke til å kommunisere gjennom tolk						
7	Det bestilles bare tolk i forbindelse med legesamtaler						
8	Jeg har tilstrekkelig forståelse for medisinsk terminologi til å oversette det helsearbeiderne sier.						
9	Jeg har tilstrekkelig kunnskap om sykdoms- og behandlingssynet til både de norske helsearbeiderne og pasientene jeg tolker for til å gjøre en god jobb.						
10	Jeg oversetter alt som blir sagt mellom pasient og helsearbeider.						
11	Jeg sier i fra dersom jeg oppdager at pasient og helsearbeider ikke skjønner hva den andre prøver å si.						
Pasientenes på sykehuset							
12	Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn har vanskelig for å tilpasse seg avdelingens behandlingstilbud.						
13	Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn tilbys mat tilpasset deres tro og kultur.						

Ja	Nei
----	-----

14	Det er enkelte pasienter det er vanskeligere å være tolk for enn andre.		
----	---	--	--

I tilfelle 'ja', hvorfor?

Ja	Nei
----	-----

15	Det er enkelte helsearbeidere det er vanskeligere å være tolk for enn andre.		
----	--	--	--

I tilfelle 'ja', hvorfor?

Hva kan gjøres for å bedre tolkebruken/tolketjenesten ved sykehus du har erfaring fra?

Andre kommentarer:

Vedlegg 8

Forespørsel til informantene

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt «Minoritetspasienter i sykehus- helsearbeideres kompetanse og pasienters erfaringer/behov for kompetanse»

Jeg vil med dette forespørre deg om du er villig til å bli intervjuet om dine erfaringer som pasient ved [REDACTED]. Intervjuet inngår i en studie av hvordan pasienter med ikke-europeisk bakgrunn opplever å være pasient på sykehuset og hva slags kompetanse de ansatte ved sykehuset trenger for å yte fullverdig behandling og omsorg til pasienter i fremtiden. Studien gjøres i forbindelse med et doktorgradsprosjekt. Tidligere studier viser at helsepersonell har behov for mer kunnskap om pasienter som har en ikke-europeisk bakgrunn, og jeg ønsker gjennom intervjuer med pasienter å få vite hvilke kunnskaper de ansatte bør ha for å gi best mulig behandling og pleie. Alle som intervjues vil derfor i likhet med deg ha ikke-europeisk bakgrunn.

Det jeg spør om, er om jeg kan få samtale med deg om dette temaet en gang i løpet av høsten. Samtalen (intervjuet) vil finne sted der du måtte foretrekke; enten hjemme hos deg eller på sykehuset. Det vil ta ca. 1 time. Dersom du tillater det, vil jeg ta lydopptak av samtalen. Etter at samtalen er avsluttet, vil det som ble sagt bli nedskrevet ord for ord før det analyseres som tekstmateriale. Når studien er avsluttet, vil de elektroniske opptakene som er gjort med deg bli slettet. Planen er at dette vil skje senest 31.08.14. Ved prosjektslutt vil det øvrige datamaterialet anonymiseres.

Det er avdelingssykepleier på poliklinikken/posten du var innlagt som videreformidler denne forespørselen til deg. Det betyr ikke at du skal føle deg forpliktet til å delta. Det er frivillig å delta i studien og dersom du sier nei til å være med, får det ingen konsekvenser for deg i forhold til sykehuset eller din behandling. Dersom du sier ja til å delta, men senere ønsker å trekke deg, er det helt i orden og heller ikke det får konsekvenser for deg i forhold til sykehuset. Du behøver ikke å oppgi grunn for at du eventuelt trekker deg. Du kan trekke deg når som helst under studiet, så lenge det skjer før resultatene fra studien publiseres. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg, Lise-Merete Alpers.

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Det er strenge krav til hvordan intervjuer som det jeg ønsker å gjøre med deg, blir behandlet av forskeren, det vil si meg. Informasjonen som blir samlet inn om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Når jeg skriver ut intervjuet, vil navnet ditt ikke være å finne på den utskrevne teksten. Alt det du sier vil dessuten bli behandlet konfidensielt, og det er bare jeg selv og mine to veiledere (Ingrid Hanssen, ansatt ved Lovisenberg diakonale høgskole, og Anne Birgitte Leseth, ansatt ved Høgskolen i Oslo) som får adgang til informasjonen du gir. Det er bare jeg som vil vite hvem du og de andre intervjuete er og hva dere heter. Når resultatene fra studien publiseres, vil det ikke være mulig å identifisere deg i materialet og det vil ikke gå an å knytte svar og uttalelser til deg som

person. Du garanteres med andre ord full anonymitet i alle ledd i prosjektet. Dersom det skulle vise seg at du vil kunne ha nytte av oppfølging, for eksempel fra lege eller sykepleier, vil jeg i løpet av intervjuet be om tillatelse til å gå videre med denne informasjonen for å sikre at du får optimal hjelp.

Jeg, som vil intervju deg, er intensivsykepleier og er doktorgradsstudent ved Høgskolen i Oslo. Det å delta i studien vil ikke ha noen direkte fordeler for deg, men kunnskapen som kommer frem vil forhåpentligvis være med på å gjøre ansatte ved både [REDACTED] Sykehus og andre sykehus i stand til å gi enda bedre behandling til pasienter med ikke-europeisk bakgrunn.

Dersom du er villig til å delta i studiet, kan du signere på samtykkeerklæringen nederst på arket og sende den i den frankerte konvolutten. Eventuelt kan du ta kontakt med avdelingssykepleier ved poliklinikken/posten du var innlagt hvis du ønsker at jeg skal kontakte deg.

[REDACTED] Sykehus er databehandlingsansvarlig for studien.

Dersom jeg ikke har hørt fra deg innen ca. to uker tillater jeg meg å sende en påminning.

Oslo, 10.07.11

Stipendiat Lise-Merete Alpers

[REDACTED]
[REDACTED].no, Tlf.: [REDACTED]

Jeg har lest informasjonsskrivet og samtykker i å bli intervjuet om mine erfaringer som pasient på sykehuset.

Sted: _____ Dato: _____

Underskrift: _____

Vedlegg 9

Forespørsel til informantene, kortere versjon

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Jeg vil med dette spørre deg om du er villig til å bli intervjuet om dine erfaringer som pasient ved [redacted]. Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan pasienter med ikke-europeisk bakgrunn opplever det å være pasient på sykehuset og hva slags kompetanse de ansatte ved sykehuset trenger for å gi god behandling og omsorg til pasienter i fremtiden. Studien gjøres i forbindelse med et doktorgradsprosjekt. Tidligere studier viser at helsepersonell har behov for mer kunnskap om pasienter som har en ikke-europeisk bakgrunn, og jeg ønsker gjennom intervjuer med pasienter å få vite hvilke kunnskaper de ansatte bør ha for å gi best mulig behandling og pleie. Alle som intervjues har derfor ikke-europeisk bakgrunn.

Det jeg spør om, er om jeg kan få samtale med deg om dette temaet en gang i løpet av høsten. Vi kan ha samtalen (intervjuet) der du ønsker; enten hjemme hos deg eller på sykehuset. Det vil ta ca. 1 time. Ved behov, er det mulig å bruke tolk. Dersom du tillater det, vil jeg ta lydopptak av samtalen. Etter at samtalen er avsluttet, vil det som ble sagt bli skrevet ned før det analyseres.

Det er frivillig å delta i studien og dersom du sier nei til å være med, får det ingen konsekvenser for deg i forhold til sykehuset eller din behandling. Dersom du sier ja, men senere ønsker å trekke deg, er det helt i orden og det vil heller ikke få konsekvenser for deg i forhold til sykehuset. Du behøver ikke å oppgi grunn for at du eventuelt trekker deg. Du kan trekke deg når som helst under studiet, så lenge det skjer før resultatene fra studien publiseres. Du kan da kontakte meg, Lise-Merete Alpers, som har underskrevet dette brevet.

Hvis du sier ja til å delta, har du rett til å se de opplysningene som er registrert om deg, og du har rett til å korrigere eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Alle opplysningene om deg vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre opplysninger som gjør at det er mulig å kjenne deg igjen.

Det er jeg og mine veiledere, Ingrid Hanssen, ansatt ved Lovisenberg diakonale høgskole, og Anne Birgitte Leseth, ansatt ved Høgskolen i Oslo, som får se den informasjonen du gir.

Dersom du vil delta i studien, kan du signere på arket som er vedlagt og sende det i den frankerte konvolutten. Eventuelt kan du ta kontakt med avdelingssykepleier ved poliklinikken/posten du var innlagt hvis du ønsker at jeg skal kontakte deg.

[redacted] Sykehus er databehandlingsansvarlig for studien.

Dersom jeg ikke har hørt fra deg innen ca. to uker tillater jeg meg å sende en påminning.

Oslo, 03.05.12

Stipendiat Lise-Merete Alpers

[redacted]
lima@[redacted] Tlf.: [redacted]

Jeg har lest informasjonsskrivet, og det er i orden at jeg blir intervjuet om mine erfaringer som pasient på sykehuset.

Sted: _____ Dato: _____

Underskrift: _____

Vedlegg 10

Påminning til informantene

Forespørsel om deltakelse i prosjekt

For ca. to uker siden fikk du tilsendt en forespørsel om å delta i en undersøkelse i forbindelse med et doktorgradsprosjekt om pasienter med ikke-europeisk bakgrunn på sykehus. Jeg tillater meg å sende en påminning om dette dersom du ønsker å være med. Det er imidlertid viktig for meg nok en gang å presisere at deltakelse er frivillig.

Oslo, 13.04.12

Stipendiat Lise-Merete Alpers

Oslo

Tlf.:

Vedlegg 11

Intervjuguide til intervju med minoritetspasienter

INTERVJUGUIDE

Innlede med å snakke litt om at pasienten har vært syk/innlagt på sykehus og spørre hvordan han/hun har det nå.

Spørsmålene/listen under er en veiledning med temaer jeg ønsker å komme inn på i intervjuet:

- Opplevelsen ved å være innlagt på sykehus (evt. være pasient på poliklinikken på sykehuset)

- Kommunikasjon/språk/bruk av tolk

Opplevde du å bli tilstrekkelig godt/ikke tilstrekkelig informert. Hvorfor/hvorfor ikke?
Evt. gå videre inn på hva slags informasjon informanten hadde ønsket å få.

Var det situasjoner der du opplevde at helsepersonellet på sykehuset ikke forsto deg?

- Sykdomssyn

Hva tenker du om årsaken(e) til sykdommen og om behandlingen?

Evt. gå videre inn på om informanten opplevde å forstå den informasjonen han/hun fikk om sin sykdom og behandling.

- Kosthold (til pasienter som var innlagt på sykehuset)

Var du fornøyd med maten du fikk mens du var på sykehuset? Hvorfor/hvorfor ikke?

Evt. gå inn på religiøse og/eller kulturelle krav til kosthold.

Artikkel 1

Lise-Merete Alpers og Ingrid Hanssen (2014) Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. Publisert i Nurse Education Today. 34 (2014) 999–1004. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>.

Artikkel 2

Ingrid Hanssen og Lise-Merete Alpers (2010) Interpreters in Intercultural Health Care Settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. Publisert i Journal of Intercultural Communication, ISSN 1404-1634, issue 23, June 2010. URL: <http://www.immi.se/intercultural/>.

Interpreters in Intercultural Health Care Settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration

Ingrid Hanssen & Lise-Merete Alpers

Lovisenberg Diaconal University College – Oslo, Norway

Abstract

Aim: To learn how health professionals and interpreters perceive each other and collaborate. Based on this discuss the role of professional interpreters.

Method: Narrative interviews with nurses, focus group interviews and questionnaire studies of medical nurses, psychiatric health professionals, and professional interpreters.

Findings: Communication problems may be caused by language and by different horizons of understanding, medical explanations, expressions of symptoms etc. Many health professionals find it difficult to communicate well with patients through interpreters. They tend to trust professional interpreters to translate everything being said and inform about misunderstandings, while Norwegian interpreters are only authorised for verbatim translations without any additions or comments.

Conclusion: Interpreters are needed who are qualified to act as cultural mediators and who are legally and ethically authorised to do so.

Key words: Interpretation– interpreters – intercultural communication – cultural interpretation – cultural ‘bridge building’

Introduction

As conceptions of illness and cure are legion and there may exist a veritable knowledge gap between health professionals and patients in intercultural health care settings, words translated lexically correct may create no meaning in the receiving party. One may therefore need ‘cultural interpretation’ or mediation to make the material content of the information understandable. This means that the interpreter must have knowledge of western biomedicine and its vocabulary, how the majority society functions etc., as well as of the patient’s understanding of the situation to be able to bridge the abyss that may separate the interlocutors. Word for word translation makes it possible to converse without ever realising that one’s words create no meaning in the other party, even when communicating through an interpreter.

The importance of using professional interpreters and how to use professional interpreters are discussed by many authors (e.g., Jareg and Pettersen 2006, Pistillo 2004, Hanssen 2002, Dahl 2001). The interaction between health professionals and interpreters is much less studied and described.

The purpose of this paper is to present and discuss empirical data concerning how health professionals and professional interpreters perceive each other and their collaboration. Four such studies are collectively presented (Studies 1-4). Besides findings, interpretation as a vehicle for reciprocal understanding in intercultural health care settings is discussed. The main focus will be on Studies 2-4. Study 1 will mainly serve as a background and contribute examples to underpin the discussion.

Research methods

Study 1 (Hanssen 2002) was a qualitative study with narrative interviews and field observations of nurses in two Norwegian city hospitals with 30-40 % ethnic minority patients regarding working with non-western patients. Strategic sampling of nurses with some intercultural nursing experience. All volunteers were included (23 nurses: 2 men, 21 women. Years of nursing experience: 2-10+). In the interviews (tape recorded, lasting 20-90 minutes) respondents were encouraged to recount their experiences through the telling of patient stories. Transcriptions were verbatim.

Issues concerning interpretation and interpreters became central. These issues were then incorporated into two studies (Studies 2 and 3) regarding health professionals' competency in caring for minority ethnic patients (Alpers and Hanssen 2009, 2008).

Studies 2 and 3 were conducted at medical and psychiatric wards in one of the hospitals of the 2002 study. As no instrument measuring health professionals' intercultural competence was found, a questionnaire was developed. Three audio recorded focus group interviews were conducted to ensure that the questionnaire questions were pertinent to the respondents' health care practice: two with medical unit nurses (6 + 5 nurses [Study 2]), one with 7 psychiatric health professionals (Study 3). Each group was interviewed once. Participants were recruited through information given at staff meetings. All volunteers were included. Transcriptions were verbatim. Additionally a professor of intercultural cooperation and 12 health professionals (men and women) with Norwegian, Eastern European, African, and Asian backgrounds, were interviewed. Some of these were known experts, others were suggested by these experts ('snow balling'). These latter interviews were not audio recorded, but rich notes were taken.

The resulting questionnaire was divided into six sections: 1. Experience and knowledge, 2. Collaboration, attitudes and conduct, 3. Illness, health behaviour and pain, 4. Communication and collaboration with interpreters, 5. Death and dying, 6. Culture, religion, and diet, with a total of 35 statements. Each statement was given six Likert-type response alternatives: 1: I don't agree at all, 2: I don't agree; 3: I neither agree nor disagree; 4: I agree, 5: I very much agree; and 6: I don't know. Additionally there were four open-ended questions. Two college tutors and an expert on quantitative research read and commented on the questionnaire, causing some changes to be made before a small pilot study was carried out to ensure the questionnaire's validity and reliability. Also the pilot study led to some changes before the study proper was commenced.

Questionnaire respondents: Medical unit: N=139, 90 % of nursing staff (17 men, 122 women. Years of nursing experience: 0-10+). Psychiatric unit: N=195, 64 % of staff: 100 (75.2 %) nursing staff, 26 (13 %) psychologists, 16 (8 %) physicians/psychiatrists, 13 social workers, 10 auxiliary nurses, 30 'others' (61 men, 143 women. Years of psychiatric health care experience: 0-10+).

Comparability between Studies 2 and 3 with a total of 334 respondents was ensured by using identical statements in the two questionnaires where possible. Statements regarding death and dying pertinent in the medical unit (Study 2) were replaced by statements regarding suicide in the psychiatric unit questionnaire (Study 3). During the Study 3 focus group interview things were said about the use of interpreters in psychiatric therapy which we chose to include as two additional statements in that study's questionnaire.

As Studies 1-3 rendered some unflattering descriptions of professional interpreters, we decided to add this group's 'voices'. In Study 4 a focus group interview was conducted with six experienced professional interpreters representing four continents and eight languages. A questionnaire was sent to 30 experienced interpreters invited to participate by the head of the Oslo Municipality Interpreter Service. This questionnaire mirrored the two previous questionnaires concerning interpreters, interpreting, and nurse-

interpreter collaboration, reworded to catch the interpreters' perceptions. It was returned by 25 interpreters (75 %).

Data analysis

Study 1: Thematic analysis of interview statements (van Manen 2001) focused on ethical problematics in intercultural nursing. Studies 2-4: the electronic analytical tool SPSS-15 was utilised for the quantitative data. The qualitative data were analysed thematically. The questionnaire statements were used as analytic categories for both the quantitative and qualitative data (statements and open-ended questions/focus group interviews) in all three studies.

Critical remarks

A strength in Studies 2-4 is their being based on knowledge gleaned from a previous empirical study. A weakness is the mismatch of the numbers of respondents in Study 4 compared to Studies 2-3. Six focus group interviewees and 25 questionnaire respondents make for a limited study that cannot be generalised. Even so, we find their responses interesting and well worth considering.

Another weakness is that in questionnaires respondents cannot elaborate their answers. To reduce this problem focus group interviews were conducted before producing the questionnaire and the inclusion of three open-ended questions and an "Other comments" category. A few respondents used this latter category to express frustration that standardised statements tend to 'generalise' human beings.

Ethical considerations

Study 1 was approved by a Regional Committee for Medical and Health Research Ethics. Interviewees were informed orally and in writing and signed a written informed consent form. Studies 2 and 3 were approved both by a hospital Privacy Ombudsman for Research and the respective unit heads. Study 4 was approved by the heads of the hospital's and the municipality's interpreter services respectively. Both focus group interviewees and questionnaire respondents were informed orally and in writing. Neither group signed a consent form but were informed that participation was voluntary.

Studies 2 and 3 respondents put their unmarked, anonymous questionnaires in a communal envelope on the ward, which then was collected. To ensure anonymity, the unmarked Study 4 questionnaires were collected by the head of the interpreter service, who sent them on to us. Interviewee/respondent confidentiality has been ensured throughout the entire research process of all studies, from data collection to publication.

Findings

Lack of communication is very frustrating for health professionals and patients alike. In Studies 2-3 a mean of 54.5 % of the health professionals found some ethnic minority patients more difficult to cooperate with than others. A mean of 38 % did not find this to be so, and the rest did not know. Two of the main issues making patients difficult to cooperate with according to health professionals were:

- patients having different understandings of illness and treatment than the health professionals
- lack of common language/linguistic problems

Also the interpreters found that some patients may be difficult to work with, but in their case causes given were patients' general lack of education or lack of understanding of medical terminology or the health care system. This could frustrate their interpretive efforts. It is furthermore problematic when patients do not understand the interpreter's role and try to pull him/her into the conversation.

Knowledge and intercultural health care communication

Cultural understanding in health care was introduced in the Studies 2-4 questionnaires as two statements: "I have knowledge about illness and treatment philosophies other than western biomedicine" (Studies 2-3)/"Health professionals have knowledge about illness and treatment philosophies other than western biomedicine" (Study 4), and "I have the necessary insight into various medical philosophies to do a good job" (Studies 2-4).

	Medical unit nurses (Study 2)		Psychiatric unit health professionals (Study 3)		Interpreters (Study 4)	
	No. of respond.	Percent	No. of respond.	Percent	No. of respond.	Percent
I don't agree at all	28	20 %	28	9 %	4	16 %
I don't agree	25	18 %	38	19 %	9	36 %
I neither agree nor disagree	40	28 %	53	33 %	8	32 %
I agree	31	22 %	58	33 %	3	12 %
I very much agree	10	7 %	10	4 %	0	0 %
I don't know	<u>9</u>	<u>6 %</u>	<u>7</u>	<u>2 %</u>	<u>1</u>	<u>4 %</u>
Sum total	143	101 %	194	100 %	25	100 %

Figure 1. Health professionals' and interpreters' perception of whether health professionals have knowledge about illness and treatment philosophies other than western biomedicine.

A mean of 33 % of the health professionals more or less agreed or disagreed with the statement that they have knowledge about illness and treatment philosophies other than western biomedicine (Figure 1). A mean of 30.5 % neither agreed nor disagreed.

Among the interpreters only 12 % agreed and 52 % more or less disagreed with the statement that health profession have such knowledge. 32 % neither agreed nor disagreed.

In Study 3 several respondents pointed to communication problems caused by different illness philosophies and horizons of understanding between the interlocutors and that this makes it "easier to misunderstand/misinterpret". Both language problems and the interlocutors' "understanding of psychiatric illness may create a distance." Some immigrants are furthermore "much less schooled than are ethnic Norwegians", and this may also have an effect on communication and reciprocal understanding. If the patient "does not know the language, the concepts, the system" and uses "different concepts" based on a different "horizon of understanding" and "reasons in a different way", patient and therapist lack a "common frame of reference", something which often makes it "more difficult to understand a statement's social context." Different backgrounds may furthermore make it difficult for the therapist to "differentiate between expressions of culture and expressions of symptoms". As one respondent wrote: "I think we 'diagnose' cultural differences as illness. What do patients mean with what they express/what context does it hail from/how should we understand this."

Among the health professionals a mean of 25.5 % more or less agreed that they had "the necessary insight into various medical philosophies to do a good job" and 39.5 % more or less disagreed. A mean of 34 % neither agreed nor disagreed, and 2 % did not know (Figure 2).

	Medical unit nurses (Study 2)		Psychiatric unit health professionals (Study 3)		Interpreters (Study 4)	
	No. of respond.	Percent	No. of respond.	Percent	No. of respond.	Percent
I don't agree at all	15	11 %	18	9 %	0	0 %
I don't agree	47	33 %	50	26 %	2	8 %
I neither agree nor disagree	49	35 %	64	33 %	1	4 %
I agree	24	17 %	48	25 %	11	44 %
I very much agree	4	3 %	12	6 %	11	44 %
I don't know	3	2 %	3	2 %	0	0 %
Sum total	142	101 %	195	101 %	25	100 %

Figure 2. Health professionals' and interpreters' perception of whether they themselves have the necessary insight into various medical philosophies to do a good job.

Among the interpreters 88 % more or less agreed to have "the necessary insight into various medical philosophies to do a good job" and 8 % disagreed. This is in variance with findings in Study 1, where several medical nurses claimed to have worked with professional interpreters who seemed not to understand the message they were to interpret. These nurses held that hospital interpreters ought to know basic medical words and expressions, but that this is not always the case.

Health professional-interpreter collaboration

Lack of common language was the problem most often mentioned by interviewees in Studies 1-3. A striking finding in Study 1 was that many nurses accepted linguistic problems as inevitable, resulting in impaired quality of nursing care if professional interpreters were not called in.

Interpreters tend to be used only for doctor's appointments, while family step in for day-to-day communication needs. A Study 1 interviewee said that "they often think that when the physician is there, that is enough. But, often this is not so, for you have the nursing care actions – information and observations" (Hanssen 2002). This is still the situation today (Studies 2-4). In the medical unit (Study 2) family members tend to be present and available around the clock, while professional interpreters are called in by the hour. The nurses found that they too often resorted to the use of family interpreters, and at times they found it difficult to know where to draw the line – when it is permissible to use family as interpreters and in what situations it is a must to call in professionals.

While many interpreters are highly competent and carry out their work brilliantly, health professionals also experience cooperating with interpreters with inadequate language skills. Study 2 interviewees were at times uncertain whether the interpreter understands what the health professional is saying. They held that many professional interpreters lack the medical vocabulary and understanding necessary. Even when they write "consultation with physician" in the booking form, interpreters may be unprepared for the use of medical expressions. The interpreters held that the booking forms contain inadequate information about content of the sessions to enable them to prepare properly (Study 4). They are at times unimpressed

by health professional's collaborative skills; they find themselves interrupted time and again while interpreting, or trying to do their job while several health professionals are talking at once. At times they are even treated rudely, e.g. people saying things like "next time get hold of an interpreter who understands Norwegian" when they know the interpreter can hear them.

According to Study 2 interviewees, some interpreters are unprepared for having to interpret during medical examinations and in treatment settings. Several of these nurses had worked with interpreters unable to stand by patients and interpret while examinations and tests were conducted. Some turned away, others left the room.

The Studies 2-3 questionnaires contained the following three statements concerning working with professional interpreters: "It is difficult to communicate well with patients through interpreters", "I am certain that interpreters translate everything that is being said", and "I am certain that interpreters tell me if misunderstandings arise during the talk." Questions 'mirrored' in the Study 4 questionnaire will be presented together with these statement findings. As mentioned in the method section, two statements were added to the Study 3 questionnaire: "Sometimes it is better to communicate without interpreter present in spite of language problems", and "Language problems make therapeutic sessions difficult without interpreter present."

In Study 3 the importance of language as a treatment tool in psychiatric therapy was stressed. One respondent expresses this thusly: "When poor Norwegian à poor rapport." Both "language and culture barriers" make it "difficult to connect with" some patients. To create good communication becomes "somewhat more demanding", and "it is often difficult to create good alliances." "It is of course more difficult to help those who do not speak Norwegian in a satisfactory way."

It is difficult to communicate well with patients through interpreters

As shown in Figure 3, responses regarding this statement are very similar in Studies 2 and 3:

	Medical unit nurses (Study 2)		Psychiatric unit health professionals (Study 3)	
	No. of respondents	Percent	No. of respondents	Percent
I don't agree at all	16	11 %	23	12 %
I don't agree	29	20 %	46	24 %
I neither agree nor disagree	37	26 %	42	22 %
I agree	29	20 %	48	25 %
I very much agree	12	8 %	10	5 %
I don't know	<u>20</u>	<u>14 %</u>	<u>24</u>	<u>12 %</u>
Sum total	143	99 %	193	100 %

Figure 3. *It is difficult to communicate well with patients through interpreters.*

Among the health professionals a mean of 29 % more or less agreed that it is difficult to communicate well through professional interpreters. 24 % neither agreed nor disagreed with this statement, 33 % more

or less disagreed, and a mean of 13 % did not know.

Study 3 interviewees found that language problems may make it very difficult to do diagnostic interviews. And when interpreters are used, the interview takes longer: "Perhaps one gets to ask four questions during the interview instead of the ten one usually have time for". The interpreters (Study 4) found it frustrating that health professionals did not take into account that when everything has to be said twice the interview by necessity will take twice as long.

How do interpreters interpret?

Another statement was: "I am certain that interpreters translate everything that is being said" (Figure 4):

	Medical unit nurses (Study 2)		Psychiatric unit health professionals (Study 3)		Inter0preters (Study 4)	
	No. of respond.	Percent	No. of respond.	Percent	No. of respond.	Percent
I don't agree at all	1	1 %	9	5 %	0	0 %
I don't agree	14	10 %	27	14 %	0	0 %
I neither agree nor disagree	27	19 %	45	23 %	0	0 %
I agree	42	29 %	57	30 %	3	12 %
I very much agree	40	28 %	34	18 %	22	88 %
I don't know	<u>21</u>	<u>15 %</u>	<u>21</u>	<u>11 %</u>	<u>0</u>	<u>0 %</u>
Sum total	145	102 %	193	101 %	25	100 %

Figure 4. Health professionals' certainty of interpreters translate everything that is being said, and interpreters' view on the same.

A mean of 44 % of the health professionals more or less agreed while 15 % more or less disagreed with this statement. A mean of 24 % neither agreed nor disagreed, and 13 % did not know (Studies 2-3). All the interpreters (100 %) agreed that they interpret everything (Study 4).

As opposed to professional interpreters, family or 'ad hoc' interpreters may be eclectic in their translations. An example is a narrative about a son who interpreted for his old father, told by a Study 1 interviewee: "And he used three words, you know, to explain everything I had said. And then I had to ask: 'Were you able to say everything I told you in such a short time?' And he just laughed at me. Of course he had not!" (Hanssen 2002:167).

Do interpreters help build cultural 'bridges'?

Responses to the statement: "I am certain that interpreters tell me if misunderstandings arise during the talk" show that health professionals' trust in professional interpreters varies (Figure 5):

	Medical unit nurses (Study 2)		Psychiatric unit health professionals (Study 3)		Interpreters (Study 4)	
	No. of respond.	Percent	No. of respond.	Percent	No. of respond.	Percent
I don't agree at all	4	3 %	7	4 %	8	32 %
I don't agree	11	8 %	26	14 %	4	16 %
I neither agree nor disagree	28	20 %	47	25 %	3	12 %
I agree	44	31 %	58	31 %	3	12 %
I very much agree	36	25 %	28	15 %	7	28 %
I don't know	<u>19</u>	<u>13 %</u>	<u>23</u>	<u>12 %</u>	<u>0</u>	<u>0 %</u>
Sum total	143	100 %	189	101 %	25	100 %

Figure 5. Health professionals' certainty that interpreters tell them if misunderstandings arise during sessions, and interpreters' perception of the same.

Among the health professionals a mean of 51 % more or less agreed with this statement while 14.5 % more or less disagreed. A mean of 22.5 % neither agreed nor disagreed, and 12.5 % did not know (Study 2-3). 40 % among the interpreters more or less agreed and 48 % more or less disagreed with the statement that they tell health professionals when misunderstandings arise. 12 % neither agreed nor disagreed (Study 4).

Study 4 focus group interviewees were asked the following question: When the communicating parties do not understand each other, should the interpreter step in as a bridge builder, or continue to interpret word for word? One of the interpreter answered that "during the session I interpret word for word, but I would perhaps talk with the physician after the session and say: 'Here is a problem, and I am not certain whether you realise there is a problem', as a kind of debriefing afterwards. I would say that that would be in order." All the interpreters present seemed to support this strategy and also that the interlocutors themselves have to figure out if they misunderstand each other. The quoted interpreter admitted however that sometimes he intervenes and informs the parties that they are misunderstanding each other "to save time".

Sometimes it is better to communicate without interpreter present in spite of language problems

While Study 3 interviewees said that sessions with psychiatric patients often are done without interpreters present, they also claimed to use interpreters whenever necessary. Not using interpreters makes it "more difficult to diagnose, but as long as you realise that it demands more time and competence, it works." One of the interviewees held that "the importance of words are overrated" and that "relationships may be at least as important as language." These views were presented as statement to Study 3 (psychiatric unit) respondents: "Sometimes it is better to communicate without interpreter present in spite of language problems" (Figure 6):

	Psychiatric unit health professionals (Study 3)	
	No. of respondents	Percent
I don't agree at all	41	21 %
I don't agree	42	22 %
I neither agree nor disagree	49	26 %
I agree	29	15 %
I very much agree	15	8 %
I don't know	16	8 %
Sum total	192	100 %

Figure 6. Sometimes it is better to communicate without interpreter present in spite of language problems.

23 % among the respondents agreed with this statement while 63 % disagreed. 26 % neither agreed nor disagreed, and 8 % did not know.

Quite a few patients, particularly those hailing from various clans and small immigrant groups, do not want interpreter assistance. This because "interpreters might talk" (break their oath of secrecy). "If you are not already paranoid, you may become so when interpreters are used." Study 4 interviewees firmly stressed the importance of upholding their oath of secrecy and that they always inform patients that they as interpreters are bound by such an oath.

Also Study 2 interviewees said sessions sometimes must be conducted without interpreter present because the patient mistrusts the interpreter in question. Reasons for distrust may according to these nurses be that patient and interpreter hail from different clans, they have been wartime enemies, or the group speaking the language in question is small and transparent, and the patient worries about gossip and stigma. The nurses claimed that they quickly sense whether patients trust the interpreter or not.

Consequences of not having an interpreter present when encountering language problems

What a Study 1 interviewee missed the most when there is no common language, is to be able to ask 'How are you doing?' and be able to "plough a little deeper and learn what goes on in the patient's mind". The assistance of an interpreter may be the difference between understanding or misreading a patient:

"I am thinking about the Pakistani lady; she was quiet – very quiet. But, when we had this interpreter here, the words suddenly just welled forth. ... Because she smiled and did not speak, it was easy for people to think that she had had a stroke, she is a little stupid, she is inattentive. But, when she had an interpreter, I realised ... And when I saw her facial expression while she talked, you saw ... She was totally with it, intellectually adequate – it had no connection with that at all. ... But I did not realise this until the interpreter came" (Hanssen 2002: 177).

The Study 3 respondents were presented with the statement "Language problems make therapeutic sessions difficult without interpreter present" (Figure 7):

	Psychiatric unit health professionals (Study 3)	
	No. of respondents	Percent
I don't agree at all	1	1 %
I don't agree	3	2 %
I neither agree nor disagree	24	13 %
I agree	50	26 %
I very much agree	101	53 %
I don't know	<u>13</u>	<u>7 %</u>
Sum total	192	102 %

Figure 7. Language problems make therapeutic sessions difficult without interpreter present.

Only 3 % of the psychiatric unit respondents more or less disagreed with this statement, while 79 % more or less agreed. 13 % neither agreed nor disagreed, and 7 % did not know.

Discussion

Although Study 2 shows that nurses still use family interpreters more often than they according to themselves ought to, there seems to be a growing consciousness among health professionals regarding the need to call in professionals when language is a problem.

Without professional interpreters health professionals cannot truly learn about patients' feelings, needs and abilities (Spence 1999), and in the case of the quiet Pakistani lady (above), without the interpreter's help the nurse would not have perceived her patient's true mental capacity. Furthermore, Spence (1999) found that

"[n]urses experience greater uncertainty when nursing people from other cultures than when encountering people from their own culture. Thus differences potentially has meaning as difficulty because, when encountering a patient from another culture, the nurse cannot assume that the person will share, or be able to understand, the background horizons that inform nursing practice. People from other cultures are also often perceived to be more vulnerable by nurses. Thus a greater need to communicate and establish trust exists alongside the increased difficulty in doing so" (p. 114).

Knowledge and intercultural health care communication

Only one third of the health professionals found that they have knowledge about other medical philosophies than biomedicine and 25 % evaluated their knowledge and understanding of non-western illness philosophy and treatment adequate to be able to give good/appropriate treatment/ nursing care to patients who are unfamiliar with western medicine. Lack of knowledge makes it difficult for health professional to understand patients who's description of illness and symptoms is based on medical philosophies other then biomedicine. The risk is that they never realise that they misunderstand or do not understand what their ethnic minority patients tell them.

The interpreters found it difficult to collaborate with health professional who do not realise that patients may have a different medical understanding and/or behaviour other than what is common among ethnic

Norwegians. Bradby (2001) stresses the importance for health professionals to be "aware of the peculiarities of their own professional culture" (p. 130).

The purpose of interpreting is traditionally to communicate messages in a faithful manner between people who lack a communal language (Jareg and Pettersen 2006). Professional interpreters tend to be trained to do word for word translations. Norwegian interpreters' code of ethics § 4 states that interpreters are to "interpret everything said, suppressing nothing, changing nothing" (T.Y. 2009). However,

"[t]he challenge is to convey meaning as accurately as possible from one person 'from one culture' to another person 'from another culture'. Due to cultural differences, ..., the transmission may be distorted. The receiver interprets the message differently from what was intended by the sender of the message. In this way, misunderstanding or lack of comprehension arises" (Haus 2006:73).

We will hold that verbatim translations are insufficient to create reciprocal understanding in cases where the interlocutors' respective background horizons are very different. If "[c]ommunication is action aimed at joint understanding" (Nynäs 2006:29), interpretation must needs be more than translation of the lexical meaning of words. If the connotative meaning of the words is not grasped by the receiver of the message, understanding will be frustrated. Studies on interpretation in the Norwegian legal system show that

"there was very often a sustainable lack of understanding, or even direct misunderstandings between the parties in cases involving defendants or witnesses with non-Norwegian backgrounds. This was also often the case in proceedings where the actors apparently understood the linguistic utterances as such, i.e. where the immigrants had fairly good knowledge of the Norwegian language, or even when a professional interpreter was engaged. In other words, in spite of linguistic interpretation, the different social and cultural backgrounds of the actors and their often different ways of communication their messages seemed to result in a lack of sufficient understanding" (Gotaas 2006:241).

Communication needs to be studied within the framework of the social, historical, cultural, and religious context within which it occurs as this constitutes the scope for the interlocutors' interpretation of the meaning of any message (Lewis 2000, Bradby 2001). Wittgenstein (2001) asks what the relationship is between a thing [or phenomenon] and the thing [or phenomenon] named. The hearing of a thing or phenomenon named, he says, must conjure up a picture in a person's mind to be translated into understanding or experience. This is a particularly interesting point when experiential and cultural differences make the picture that is conjured up in the mind of the listener very different from what was intended by the speaker. Maybe no picture is forthcoming at all if the name of the 'thing' or phenomenon, and perhaps the 'thing' or phenomenon itself, is outside the listener's scope of understanding or experience. As Wittgenstein points out (2001:17): a "word has no meaning if nothing corresponds to it", either in reality or in the mind of the listener. A health care related example of this is when a patient is informed about an infection and is unfamiliar with the concept of bacteria (Hanssen 2002).

Language as the vehicle of thought

Communication problems in health care – which include lack of a common language – also comprise different explanations and expressions of symptoms due to understandings of illness at variance with western medical philosophy (Hanssen 2002) as well as different 'languages of emotion' (Bradby 2001). Wittgenstein (2001) points out that language is the vehicle of our thoughts and that the meaning of our words and how we express our meanings are something we take for granted. We tend to forget that although the "physiognomy of a word" may be familiar to us and gives us "the feeling that it has taken up its meaning into itself, that it is an actual likeness of its meaning – there could be human beings to whom all this was alien" (ibid., p. 186).

Bandler and Grinder (1975) state that language is perhaps the most influential socio-cultural factor in

human perception. They exemplify this by way of Maidu, a language spoken by a Native American people of northern California. Maidu contains merely three words to cover the total colour spectrum: *lak* represents red, *tit* represents green and blue, and *tulak* represents yellow, orange, and brown. Native Maidu speakers group all colour nuances within these three categories although it is physically possible for human beings to distinguish between about 130 nuances of colour. In most other languages speakers have more categories to choose from because their languages have more words with which to express colour nuances. While a native English speaker, for instance, will describe otherwise identical blue and green cups as different based on colour, a native Maidu speaker will describe them both as *tit*.

Our perception, then, is influenced both by language and by culture. It is influenced by the context of a given situation, and by our thoughts and feelings. Our perception will in its turn influence our communication and collaboration with others. Hence it is difficult to distinguish between a person's cultural background and the environment within which he or she functions. When we for instance in English say that "it rained yesterday", the receiver of this message neither knows how we came to this conclusion nor whether we speak the truth. A Native American Hopi, on the other hand, cannot speak about the rain without clarifying his relationship to the occurrence – whether it is experienced first hand, is a logical conclusion, or based on rumour (Hall 1989). What we choose to focus on and what we choose to ignore, find expression through our verbal communication. Because of this "one human being can be a complete enigma to another. We learn this when we come into a strange country with entirely strange traditions; and, what is more, even given a mastery of the country's language. We do not *understand* the people. ... We cannot find our feet with them" (Wittgenstein 2001:190).

Although 79 % of the psychiatric unit respondent more or less supported the statement that therapeutic sessions are difficult without interpreters present, findings also show that interpreters are often not used. Based on the above we question the professional reasoning behind not always using interpreters. As a Bosnian patient put it:

"When I started in therapy everything was difficult. I sat there and was not willing to say much. I was not able to express my feelings well in Norwegian, but I was never offered an interpreter. I was not able to communicate the nuances of my state of mind. Many times it was very exhausting because I tried to explain as best I could, but I felt that the therapist did not understand me properly" (Rizvic 2005:68).

Sami patients have the same experience when communicating with Norwegian health professionals: "Then the Sami comes to the fore. It is obvious that it is difficult to think in Norwegian then. The mother tongue comes automatically." "Of course I wish to speak Sami about personal issues. I think in Sami!" (NOU 1995.6:56).

The need for cultural and linguistic knowledge

Both interpreters and health professionals need cultural knowledge in their work with ethnic minority patients. Interpreters found it for instance difficult to collaborate with health professionals who do not modify their language according to the patient's needs or who do not realise that patients may have a different medical understanding and/or behaviour other than what is common among ethnic Norwegians. The interpreters claimed to have the necessary knowledge of western biomedicine to do a good job. They also found it difficult when health professionals used medical terminology. These statements are rather conflicting. The latter statement is supported by many health professionals who claim that some professional interpreters lack the necessary understanding of medical terminology etc. to enable skilled interpretation.

In 2000 relatively few of the interpreters working in the public sector were trained and/or authorised as interpreters. Although more interpreters are being trained these days, it is a slow process to build a

sufficiently large corps of linguistically and culturally skilled interpreters. Additionally, many do interpretive work only as a sideline (Ørvig 2007). The majority of trained interpreters work in the Oslo area (Nilsen 2000). Neither the three largest Norwegian private firms of interpreters nor the public interpreter services have records of qualifications of the interpreters they employ (Ørvig 2007, Nilsen 2000). In her study of the Norwegian legal system Nilsen found that interpreters are being used

"who do not have the necessary competence when it comes to linguistic skills and interpretational techniques to cope satisfactory with their assigned tasks of interpreting. Several of the interpreters in the data material may be characterised as bilingual helpers with varied linguistic skills rather than professional interpreters" (Nilsen 2000:13).

Our studies indicate that this is likely also to be true for quite a few professional interpreters within the fields of medicine and nursing. Study 3 interviewees had the impression that "anyone can become an interpreter". And one of the Study 1 interviewees was at times a little doubtful about the quality of interpretations:

"But, it is just a feeling, perhaps, impression – some signal given showing that the interpreter does not feel comfortable, or if he asks about a lot of words, or ... Or at times I have experienced that when I have said 'blood sugar' the interpreter has said 'blood pressure', and then ... So I think ... 'this is not quite right'. And it may be an interpreter who has worked for years" (Hanssen 2002:178-179)..

To distinguish the skilled interpreters from the inapt ones it is necessary to

"establish dependable routines for feedback, so that unsatisfactory interpreters are weeded out of the system. Another point is that the interpreters must be secured a corresponding opportunity to give feedback regarding ... unsatisfactory **users** of the interpreting services, without risking losing out on assignments" (Alpers and Hanssen 2009:105).

Andenæs et al. (2000) maintain that the quality of interpreting as a 'commodity' "is very difficult for the costumer or end user to control" and that there is "a general lack of knowledge about what it takes to hold such a responsible position. Interpreting within the public sector is a rather unregulated domain, and hence it seems difficult to register" (p. 9). This is without doubt a great problem.

Health professional-interpreter collaboration

The importance of facilitating genuine reciprocal understanding cannot be exaggerated. Citing various studies Bradby (2001:132) holds that

"not only is effective communication associated with compliance and patient satisfaction, but also with some improved health outcomes. Conversely, poor service provider communication constitutes a significant barrier to the receipt of good quality health care, and is associated with non-compliance with preventative services ... An inability to speak [the language] is associated with a range of indicators of the inappropriate use of various hospital services and with children's poor health status. Ineffective communication is likely to lead to worsened health outcomes, particularly with complex and/or chronic health problems".

The use of unqualified interpreters – whether professional or not – may cause translation errors which may have clinical consequences regarding dosage, "frequency, duration or mode of administration of drugs and other therapeutic intervention, and omitting relevant clinical information on drug allergies and the past medical history" (Flores 2005:271). The use of inapt or unprofessional interpreters raises additional concerns regarding accuracy, comprehensiveness, impartiality, and confidentiality (Nailon 2006). Family interpreters may furthermore have their own reasons for editing the exchange of information (Gerrish and Fox House 20024, Hanssen 2002).

According to the Norwegian Patients' Rights Act (PRA 1999) it is the responsibility of health personnel to adapt information according to the individual patient's maturity, knowledge, and linguistic ability to ensure true understanding. When this is not done, this responsibility is not met.

It is difficult to communicate well with patients through interpreters

It is understandable that health professionals may find establishing good rapport with patients more difficult when communication goes through an interpreter. One of Spence's (1999) respondents explained that it was difficult to "form any sort of relationship with the client. The communication goes through someone else. It's not a two-way thing" (p. 109). Nynäs (2006:30) finds that

"[t]he relevance of mutual understanding in intercultural communication is observable as an emphasis of interpersonal relatedness in communication. Parties in a multicultural co-operation might e.g. prefer the uncertainty of communication in a face-to-face situation rather than a more certain communication with the services of an interpreter. Such 'middlemen' and 'filters' are easily experienced in a negative way."

As the interpreter is the only person in the setting who understands both languages (and cultures), he/she may find him/herself in a position of power. It is imperative that the interpreter has the skill, knowledge and moral backbone to handle this power in a beneficial way for the interlocutors. The professional interpreters' ethical guidelines state the principle of patient confidentiality. It is a great problem that certain patients may distrust certain professional interpreters. Varvin (2008) holds that this distrust is not unfounded, as there are several examples of interpreters having broken their oath of secrecy causing confidential information to circulate in immigrant groups.

Another ethical principle is that of being impartial and not permitting attitudes, feelings or opinions influence their work (Jareg and Pettersen 2006). The interpreter's demeanour towards the patient is important to the success of the talk. van der Veer (1994) mentions sympathetic, businesslike, authoritarian, and condescending as demeanours which may further or hinder the patient-health professional relationship. An example is an interpreter who became what a Study 1 interviewee characterised as 'unprofessionally involved' because he "almost got angry because [the patient] did not understand." This interviewee found that interpreters sometimes "become embarrassed on behalf of the person for whom they interpret" (Hanssen 2002).

An interpreter's feelings may get in the way of doing a good job in other respects, too. As seen in the findings section, some interpreters are unprepared for the situation in which they may be called in to interpret, for instance in therapeutic settings. To turn away from the patient or leave the room during treatment sessions is rather unprofessional. Pistillo points out that

"[s]uccessful intercultural communication is very difficult to achieve, as it involves a great number of factors, e.g. language (verbal communication), body gestures (non-verbal communication), the use of time, space and silence etc., which differ from culture to culture. For all of these reasons, bridging the gap between two people or groups of people who employ an interpreter 'simply' because they do not speak the same language is a very delicate task" (2004:2).

To achieve such a delicate task successfully we will hold that mediation rather than mere translation is necessary. The interpreters interviewed in Study 3 found it difficult when patients do not understand medical terminology or how the health care system works. As they are not authorised to add anything – e.g. explain what the terminology used mean or how to navigate the 'system' to be able to use the information they are given – they are put in a frustrating position. Their not being permitted when necessary to explain the content of what is being said also frustrates the intent of the Patients' Rights Act to ensure true understanding.

Stolk et al. (1998) found that ineffective communication is particularly unfortunate when it comes to "mental health problems, where the lack of a common language can lead to misdiagnosis, ineffective, harmful treatment and longer admissions" (in Bradby 2001:132). In Study 3 some psychiatric therapists wondered whether they at times 'diagnose' ethnic minority patients' culture rather than their mental

illness because their 'normal' way of behaving and expressing themselves at times can be very different from what is common among ethnic Norwegians.

Do interpreters help build cultural 'bridges'?

While more than half of the total number of Studies 1-2 respondents expect to be told by the interpreter if they and their patients do not understand each other, only 40 % of the interpreters report to give this kind of information, and nearly half of them respond that they do not. In combination with verbatim translations this mismatch of expectations adds to the danger of the interlocutors never realising that their words create no meaning in the other party.

Impartiality is one of the major ethical requirements for professional interpreters, and as a rule they are not supposed to express their opinion or in any way through their translations alter what the speaker expresses. In this mode of interpretation, where the interpreter acts as a 'voice box', "[t]he interpreter is 'used by' the professional, who should 'keep control of the consultation'. The fear that interpreters may step beyond their neutral role and distort communication with patients is not uncommon" (Bradby 2001:142). As seen in the findings section, this is a mode of interpretation supported by all the Study 4 interviewees and by 40 % of the interpreter respondents.

However, "[g]iven that the literal translation is generally not considered advisable (Schäffner, 1996; Katan, 1999), it is essential to find out the extent to which an interpreter can 'mediate' rather than merely 'translate' in order to improve the communication flow" (Pistillo 2004:2). As a mediator the interpreter can contribute more explicitly by mediating between members of cultures having different pre-understandings and expectations (Pistillo 2003). However, this is in conflict with Norwegian interpreters' current responsibility, which according to their code of ethics is to suppress nothing, add nothing, change nothing (§ 4), and "which only entails translation of what is being said by the communicating parties. ... the interpreter is not delegated a function as cultural informer/interpreter" (Ørving 2007:28).

The problem is that quite often messages are misunderstood not due to lack of translation, but due to the interlocutors' lack of reciprocal knowledge and communal horizons of understanding:

"Due to the difference in cultural background the Norwegian party do not understand what is being said by the foreigner, even if they seemingly understand the linguistic utterances in a narrow sense. The foreign party does not understand what the Norwegians are saying due to a corresponding lack of understanding of Norwegian society" (Nilsen 2000:18).

As we see it, in health care mediation the interpreter should interpret verbatim and then when necessary explain the meaning behind the words. Both parties need to be privy to such cultural interpretation and explanation, otherwise an unexplained lengthy speech by the interpreter may create uncertainty and suspicion in the person who does not understand what is being said. To mediate thusly will be possible also for Norwegian interpreters. Although it goes beyond a literal understanding of their code of ethics, it is defensible as it will keep the interlocutors informed about everything being said by all parties during the talk. Furthermore, it will be in accordance with the intention of the Patients' Right Act.

This latter stance is in line with how many interpreters function in the UK. In the UK there are different kinds of interpreters working within the health care services with various roles regarding interpreting, information giving and support to patients: There are interpreters who merely work as linguistic translators when the interlocutors do not speak a common language, and interpreters who's work exceeds mere linguistic translation as they also act as cultural mediators. As one of the latter kind of interpreters put it:

"My role is to liaise between the patient and the professional providing a confidential and professional service. It's not just about interpreting word for word, it's about taking it a step further, possibly giving professional cultural advice, giving the patient advice, pointing them in the direction of other services" (Gerrish and Fox House 2004:411).

We do not advocate that interpreters should act as advisors, but in the future we wish to see interpreters who are qualified to act as cultural mediators and who are legally and ethically allowed to do so.

Conclusion

How to cooperate with interpreters – including attitudes, skills and knowledge on the part of health professionals – is a pressing question in combination with whether the interpreter's linguistic, cultural and specialty skills are adequate to perform the task required of him/her.

In this text we have tried to show why successful intercultural communication may be difficult and that it involves more than mere lexical understanding of words. Wittgenstein (2001:108) points out that "[t]here is a gulf between an order and its execution. It has to be filled by the act of understanding". In health care settings communication may necessitate more than mere word for word translation to create true understanding. Where there is a gap of understanding between patient and health professional, the interpreter may be needed as a 'cultural bridge'. So far this is not within Norwegian professional interpreters' job description.

Although the use of interpreters may not be as ideal as communicating one on one, it eases the collaborative processes. We have in this paper shown that interpreters need to possess adequate knowledge of western biomedicine and its vocabulary, how the majority society functions etc., as well as of the patient's understanding of the situation to be able to help build trust and understanding. Pistillo (2003), a professional interpreter herself, holds that interpreters need to be "bi-cultural, that is have a deep knowledge of and strong 'feel' for both cultures, and use this skill to avoid misunderstandings and communication failure" (p. 136). Communication may be compromised by health professionals and professional interpreters alike being culturally incompetent. Both interpreters and health professionals therefore need to be culturally aware and trained to collaborate effectively to secure high quality of communication with patients and hence ensure the best possible health care outcome.

References

Alpers, L-M; Hanssen, I. (2009). *Etniske minoritetspasienter i psykiatrien – en studie av helsearbeideres kompetanse*. [Ethnic minority patients in mental health – a study of health care workers' competency]). Open access, pdf. Oslo: Lovisenberg Deaconal Hospital and Lovisenberg Deaconal University College

Alpers, L.-M.; Hanssen, I. (2008). *Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*. [Nurses' Competency Regarding Ethnic Minority Patients. Norwegian]. Open access, pdf. Oslo: Lovisenberg Deaconal Hospital and Lovisenberg Deaconal University College

Andenæs, K.; Gotaas, N.; Nilsen, A.B.; Papendorf, K. Kommunikasjon og rettssikkerhet. [Communication and Legal Safety. [Norwegian]. Oslo: Institute of Linguistics, University of Oslo; Institute of Sociology of Law, University of Oslo; Norwegian Institute of City- and Regional Research 2000

Bandler, R. og Grinder, J. (1975). *The Structure of Magic. A Book About Language and Therapy*. California: Palo Alto

Bradby, H. (2001). Communication, interpretation and translation. Chapter 6 in Cully, L.; Dyson, S.

(eds.): *Ethnicity and Nursing Practice*. New York: Palgrave

Dahl, Ø. (2001). *Møter mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*. [When People Meet. *Intercultural Communication*. Norwegian]. Oslo: Gyldendal Akademisk

Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62 (3), 255-299

Gerrish, K. ; Fox House, S. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health and Social Care in the Community*, 12(5), 407-413

Gotaas, N. (2006). Cultural background and communication in court. Essay in Ø. Dahl, I. Jensen, P. Nynäs (eds.): *Bridges of Understanding. Perspectives on Intercultural Communication*, pp. 241-256. Oslo: Oslo Academic Press

Hall, E.T. (1989). *Beyond Culture*. London: Anchor Books, Doubleday

Hanssen, I. (2002). *Facing Differentness. An Empirical Inquiry into Ethical Challenges in Intercultural Nursing*. Doctoral Dissertation. Oslo: University of Oslo, Institute of Nursing

Haus, S. (2006). Communication and social systems. Essay in: Ø. Dahl, I. Jensen, P. Nynäs (eds.): *Bridges of Understanding. Perspectives on Intercultural Communication*, pp. 73-83. Oslo: Oslo Academic Press

Jareg, K.; Pettersen, Z. (2000). *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak* [Interpreter and user of interpreter services – two sides to the same issue. Norwegian]. Bergen: Fagbokforlaget

Lewis, R.D. *When Cultures Collide. Managing Successfully Across Cultures*. London: Nicholas Breley Publishing, 2000

Nailon, R.E. (2006). Nurses' concerns and practices with using interpreters in the care of Latino patients in the Emergency Department. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 7(2), 119-128,

Nilsen, A.B. (2000). Lik mulighet for å forstå og bli forstått? [Equal opportunity to understand and being understood?] Part II in K. Andenæs, N. Gotaas, A.B. Nilsen and K. Papendorf: *Kommunikasjon og rettsikkerhet* [Communication and security under the law. Norwegian]. Oslo: Institute of Linguistics, University of Oslo

NOU 1995:6: *Plan for helse- og sosialtjenesten i den samiske befolkningen i Norge*. [Plan for health care and social services in the Sami population in Norway. Norwegian]. <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19951995/006/PDFA/NOU19951995006000DDPDFA.pdf>

Nynäs, P. (2006). Interpretative models of estrangement and identification. Essay in Ø. Dahl, I.

Pistillo, G. (2004). The interpreter as cultural mediator. *Journal of Intercultural Communication*, Issue 6, February 2003-May 2004

Pistillo, G. (2003). The interpreter as cultural mediator. Allwood J. and Dorriots, B. (eds.): *Intercultural Communication at Work*, pp. 135-153. 10th NIC Symposium on intercultural communication, Gothenburg

PRA (1999). *Love av 2. juni 1999 nr. 63 om pasientrettigheter*. [The Patients' Rights Act]. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag/Lovdata

- Rizvic, S. (2005). *Å leve med eksilets eksistensielle smerte. [Living with the existential pain of exile. Norwegian]*. Master thesis, University of Oslo
- Spence, D. Prejudice, Paradox and Possibility. Nursing People from Cultures Other Than One's Own. Doctoral Dissertation. New Zealand: Massey University, School of Health Sciences 1999
- Stortingsmelding (Report to the Parliament] No. 17 (1997): Om innvandring og det flerkulturelle Norge [On Immigration and the Multicultural Norway. Norwegian]. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet
- T.Y. (2009). *Tolkens yrkesetikk [The Interpreter's Ethics. Norwegian]* . Tolkeportalen.no
- van der Veer, G. (1994). *Rådgivning og terapi med flyktninger. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse [Counselling and Therapy for Refugees. Psychological Problems in Victims of War, Torture, and Oppression. Norwegian.]* Oslo: Ad Notam Gyldendal
- van Manen, M. (2001). *Researching Lived Experience*. Ontario: State University of New York Press by The University of Western Ontario.
- Varvin, S. (2008) *Flyktningpasienten [The Refugee Patient. Norwegian]*. Oslo: Universitetsforlaget
- Wittgenstein, L. (2001). *Philosophical Investigations. The German Text, with a Revised English Translation*. Oxford: Blackwell
- Ørvig, K. (2007). *Tolken som redskap eller kulturinformant? Et samhandlingsstudie av tolkede klientsamtaler i sosialtjensten. [The Interpreter as Tool or Cultur Informant? A Interactional Study of Interpreted Client Conversations in the Social Services. Norwegian.]* Doctoral dissertation. Tromsø: University of Tromsø, Insitute of Sociology

About the authors

First author

Name: Ingrid Hanssen

Qualifications: RN, Master of Nursing Science, Dr. of Political Science

Post: Associate Professor/Research Consultant

Place of work: Lovisenberg Diaconal University College

Address: Lovisenberggt. 15 B, 0456 Oslo, Norway

e-mail address: Ingrid.Hanssen@ldh.no

Telephone: +47 22 35 83 59 (office), +47 92 45 65 05 (cell phone)

Fax: +47 22 37 49 34

The article is written entirely by the first author. The article is based on data from three studies. The first author was main researcher in Study 3, main developer of questionnaires, co-researcher in studies 1 and 2, co-author of both reports (see article references), and supervisor throughout the process.

Second author

Name: Lise-Merete Alpers

Qualifications: RN, Intensive Care Nurse, Master of Clinical Nursing Science

Post: In-service educator/Intensive Care Nurse

Place of work: Rikshospitalet

Address: Sognsvannsveien 20, 0027 Oslo, Norway

e-mail address: lisemal@hotmail.com

Telephone: +47 95 84 62 63

The second author has contributed the following to the article:

1. The article is based on data from studies where the second author was main researcher in Study 1 and Study 2, co-developer of questionnaires, co-researcher in Study 3, first co-author of both reports (see article references).
2. Approval: She has given final approval of this manuscript version to be published.

Journal of Intercultural Communication, ISSN 1404-1634, issue 23, June 2010.

URL: <http://www.immi.se/intercultural/>.

Artikkel 3

Lise-Merete Alpers (2016) Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. Publisert i *Nursing Ethics*, 1–11, DOI: 10.1177/0969733016652449.

Artikkel 4

Lise-Merete Alpers (2016) Hospital food: Muslim migrant patients and nurses' dissimilar understanding of patients' dietary needs. Sendt inn desember 2016 til Journal of Clinical Nursing.

Erratum

Artikkel 2

Side 2:

- Medical unit: N=145
- Psychiatric unit: N=196, 100 (81%) nursing staff
- Comparability between Studies 2 and 3 with a total of 341 respondents

Side 3:

-It was returned by 25 interpreters (83%)

Side 5, figure 2, andre kolonne:

Prosenttallene skiller seg noe fra «table 2» i artikkel 1. Her er tallene i artikkel 1 riktige.

Side 8:

«Figure 4»: A mean of 53% of the health professionals more or less disagreed with this statement. A mean of 21% neither agreed nor disagreed,

Side 9, under «figure 6»:

23% among the respondents agreed with this statement while 43% disagreed.