

LIKT FOR ALLE?

PASIENTUNDERVISNING TIL KRONISK SYKE NORSKE OG FREMMEKULTURELLE PASIENTER

Elisabeth Østensen



Masteroppgave i sykepleievitenskap
Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag,
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

20. Desember 2010



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Elisabeth Østensen	Dato: 20. desember 2010
Tittel og undertittel: LIKT FOR ALLE? Pasientundervisning til kronisk syke norske og fremmedkulturelle pasienter	
Formål: Denne studien har til hensikt å kartlegge hvordan pasientundervisning til kronisk syke gjennomføres, hvordan den tilpasses fremmedkulturelle, sykepleiernes vurdering av dagens tilbud, samt utfordringer og eventuelle hindringer som for å etablere likeverdige tilbud til alle.	
Litteratur: Det finnes lite litteratur på hvordan pasientundervisning gjennomføres og tilpasses til fremmedkulturelle i Norge i dag. Pasientundervisning som bidrar med informasjon for å håndtere egen sykdom og følge opp behandling er en lovfestet rettighet for alle pasienter i norske sykehus. Pasientundervisning er en viktig del av sykepleien for å hjelpe pasienten til å mestre egen sykdom og på den måten bidra til at han får best mulig livskvalitet. Undervisningen bør være planlagt og tilrettelagt den enkelte pasients behov. Fremmedkulturelle er forskjellige fra den norske befolkningen i forhold til språk, kultur og religion. Dette er faktorer man bør ta hensyn til for å oppnå best mulig resultat av pasientundervisningen.	
Metode: I denne studien ble det valgt et ikke-eksperimentelt, kvantitativt og utforskende forskningsdesign. Et datainnsamlingsinstrument ble utviklet, pretestet og brukt i en pilotundersøkelse der et lite utvalg sykepleiere ved 11 avdelinger på et større sykehus deltok.	
Funn: Funn fra pilottesten viser at pasientundervisning sjelden er en planlagt aktivitet, men ofte noe som foretas som del av en annen aktivitet. Undervisningen gis i hovedsak til pasientene individuelt, og skriftlig materiale er det hyppigst brukte hjelpemidlet, også til fremmedkulturelle. Mange poster har skriftlig materiale kun på norsk. Noen sier at de tilpasser undervisningen til pasientens kultur, men svært få ser betydningen av å tilpasse den i forhold til religion. Kommunikasjon rapporteres som den største utfordringen i forhold til pasientundervisning til fremmedkulturelle. Tolk benyttes ved behov, men det hender at pårørende og andre utenforstående personer benyttes i stedet for profesjonelle tolker. Et stort flertall tror at økt kunnskap om kultur og religion vil gjøre det enklere å gi pasientundervisning til fremmedkulturelle. Datasamlingsinstrumentet utviklet i studien synes å fange opp viktige faktorer relatert til pasientundervisning generelt og i forhold til fremmedkulturelle. Etter noen justeringer kan instrumentet trolig brukes i en større undersøkelse.	
Konklusjon: Pasientundervisning er vanlig forekommende til alle kronisk syke pasienter, men funn fra denne studien peker på at det er en aktivitet som bør tilrettelegges og planlegges i større grad enn i dag. Studien viser også rom for forbedringer i undervisningen til fremmedkulturelle, i form av bedre tilpasning til kultur og religion samt økt bruk av profesjonelle tolker. Samtidig viser funnene at pasientundervisning til fremmedkulturelle er et tema som engasjerer mange sykepleiere.	
Nøkkelord: Pasientundervisning, kronisk sykdom, fremmedkulturelle, datasamlingsinstrument, pilotstudie.	



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Elisabeth Østensen	Date: December 20th. 2010
Title and subtitle: EQUAL FOR ALL? Patient education to chronically ill patients of Norwegian and non-Norwegian decent	
Purpose: The purpose of this study was to explore and document patient education to the chronically ill patient, mindfulness of cultural and ethnic diversity, and elicitation of nurses' perspectives on patient education today including encountered challenges and possible obstacles to equal offers for all. Literature review: Little is currently known about patient education's mindfulness of cultural and/or ethnic diversity in Norway. Patient education providing information about their illness and follow-up of treatment are legal rights for all patients in Norwegian hospitals. Patient education is an important part of nursing care to enable patients to cope with their own disease and thus ensure optimal quality of life. Patient education should be planned, adjusted to the patients needs and mindful of language, culture and religion to offer the best possible patient education program. Method: In this study a non-experimental, quantitative and exploratory research design was chosen. A survey questionnaire was developed, pretested and pilot-tested. A small sample of nurses in 11 departments in a large hospital participated in the pilot test. Findings: Findings from the pilot study shows that patient education seldom is a scheduled activity, but rather given while the nurse simultaneously perform other activities. Patient education is mainly given individually, supported by written material, also for the non-Norwegian cohorts. Many departments have written material only available in Norwegian. Some report that they adjust education to the patients' culture, but very few reports adjusting to the patients' religion. Communication is reported as the greatest challenge for patient education to culturally diverse people. Interpreters are used when needed, but use of family and peer interpreters instead of professionals occur. Most nurses believe that more knowledge about culture and religions may ease patient education to the culturally and ethnic diverse patients. The survey questionnaire demonstrated ability to assess important factors related to patient education in general and the culturally diverse population. However, some adjustments are suggested before the questionnaire is used in a full-scale survey. Conclusion: Patient education is a common activity in nursing care to chronically ill patients. However findings from this study suggest that it should be scheduled and planned to a greater extent than today. The study shows room for improvement on patient education to culturally diverse, with increased mindfulness of the patients' cultural and religious background and increased use of professional interpreters. Simultaneously the findings show that patient education to the culturally diverse population is a subject which engages the nurses.	
Key words: Patient education, chronic illness, immigrants, cultural diversity, survey questionnaire, pilot study	

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende utfordring. Det har vært tidkrevende og til tider vanskelig, men har gitt meg en følelse av tilfredshet og tro på meg selv etter hvert som jeg har kommet meg gjennom de store bøygene. Jeg har hatt en bratt læringskurve, men det er ingen tvil om at jeg har kommet ut på den andre siden med mye mer kunnskap om forskningsprosessen enn jeg noen gang hadde forestilt meg.

Jeg har mange å takke for hjelp og støtte som har ført til at jeg har klart å gjennomføre denne masteroppgaven. For det første vil jeg takke sykehuset og avdelingene som ønsket mitt prosjekt velkommen, og alle sykepleierne som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet.

Videre ønsker jeg å rette en stor takk til min veileder Anne Moen som har fulgt meg helt siden prosjektbeskrivelsen ble laget sommeren 2008. Du er en imponerende dame med utrolig mye kunnskap og engasjement. Takk for gode råd og konstruktive tilbakemeldinger. Takk også for at du har svart på uttallige e-poster fra meg til alle døgnets tider. Din veiledning og oppmuntring har vært uvurderlig.

Takk til medstudent Heidi for inspirasjon, motivering og hjelp underveis. Du banet veien for meg. Takk også til Simen for interesse, motivering og utfordrende spørsmål som har fått meg til å tenke. Jeg vil også rette en stor takk til Jorunn og alle mine kolleger på Hudavdelingen som vist interesse og som har gitt meg mulighet til å fullføre studiet ved å gi permisjon, tilrettelagt arbeidstid og støtte underveis.

Sist, men ikke minst vil jeg få takke familien min som har stilt opp på alle måter. Takk til besteforeldre og andre som har stilt opp som barnevakter. Takk til Christopher og Andrea for deres tålmodighet, positivitet og for den gleden som dere gir meg hver dag.

Kjære Dag Erlend, takk for at du alltid er der for meg og for at du tror på meg. Takk for all din tålmodighet, hjelp og støtte underveis. Det har betydd alt for meg. Nå er vi i mål.

Innholdsfortegnelse:

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2. Begrepsavklaring	2
1.2.1 Fremmedkulturelle	3
1.2.2 Kronisk sykdom	4
1.2.3 Kultur	5
1.3 Studiens hensikt og problemstilling.....	5
1.4 Oppbygging av studien	6
2.0 FORANKRING AV STUDIEN	7
2.1 Forståelse av begrepene helse og sykdom	7
2.1.1 Kronisk sykdom	9
2.2 Pasientundervisning	12
2.2.1 Tilnæringsmetode og prinsipper for læring.....	13
2.3 Faktorer av betydning i undervisningssituasjonen.....	15
2.3.1 Forutsetninger for læring.....	15
2.3.2 Pasientens ressurser.....	16
2.3.3 Ytre faktorer	17
2.3.4 Sykepleierens faglige og pedagogiske forutsetninger.....	19
2.4 Pasientundervisning til fremmedkulturelle.....	21
2.4.1 Språk og pasientundervisning – bruk av tolk.....	21
2.4.2 Kulturforskjeller og pasientundervisning.....	23
2.4.3 Religion/livssyn og pasientundervisning	25
2.4.4 Kulturell kompetanse	28
2.5 Oppsummering av kapitlet.....	30
3.0 DESIGN OG METODE	32
3.1 Studiens design og datainnsamlingsmetode	32
3.2 Valg av metode	33
3.2.1 Valg av litteratur.....	33
3.3 Utvikling av datasamlingsinstrument	35
3.3.1 Utforming av spørsmål.....	38
3.3.2 Utforming av svaralternativ	39
3.3.3 Layout.....	40

3.3.4 Gjennomføring av pretest.....	41
3.4 Utvalg.....	41
3.5 Gjennomføring av pilotstudien	42
3.6 Analysering av data	43
3.7 Tillatelser og etiske overveielser	44
4.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	46
4.1 Demografi	46
4.2 Pasientundervisning generelt	50
4.3 Pasientundervisning til fremmedkulturelle	55
4.4 Oppsummering av funn	61
5.0 DISKUSJON	63
5.1 Sykepleiere som jobber med kronisk syke pasienter	63
5.2 Pasientundervisning til kronisk syke	64
5.2.1 Planlagt undervisning.....	64
5.2.2 Tid og rom for undervisning	65
5.2.3 Undervisningsform og hjelpemidler.....	67
5.3 Pasientundervisning til fremmedkulturelle	70
5.3.1 Bruk av tolk.....	70
5.3.2 Tilpasning i forhold til kultur	74
5.3.3 Tilpasning i forhold til religion	77
5.3.4 Kulturell kompetanse	78
5.4 Oppsummering av funnene	81
5.5 Vurdering av spørreskjemaet og dets egnethet	82
5.5.1 Demografi - om deg selv	84
5.5.2 Om posten	85
5.5.3 Om pasientundervisning generelt.....	85
5.5.4 Om pasientundervisning til fremmedkulturelle.....	87
5.5.5 Oppsummering – områder for forbedring av spørreskjemaet	89
6.0 KONKLUSJON.....	91
6.1 Pasientundervisning	91
6.2 Pasientundervisning til fremmedkulturelle	92
6.3 Om datasamlingsinstrumentet.....	94
6.4 Begrensinger ved studien.....	94

6.5 Områder for videre forskning	95
--	----

VEDLEGG:

Vedlegg 1:	Forespørsel om tilgang til forskningsfeltet
Vedlegg 2:	Brev fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste
Vedlegg 3:	Informasjonsbrev til respondentene
Vedlegg 4:	Spørreskjemaet
Vedlegg 5:	Frekvensfordeling av spørsmålene

TABELLER:

Tabell 3.1:	Første kategorisering.....	36
Tabell 3.2:	Andre kategorisering.....	36
Tabell 4.1:	Aldersfordelingen blant respondentene.....	46
Tabell 4.2:	Tid på posten og hyppighet av organisert pasientundervisning	47
Tabell 4.3:	Tid på posten og pasientundervisning som del av annen aktivitet	47
Tabell 4.4:	Tid på posten og stilling	48
Tabell 4.5:	Frekvensfordeling over hvilke sykdommer respondentene gir undervisning om	49
Tabell 4.6:	Frekvensfordeling over hvilke land de fremmedkulturelle pasientene kommer fra.....	49
Tabell 4.7:	Frekvensfordeling over hvem som underviser pasientene på postene.....	50
Tabell 4.8:	Oversikt over hyppighet av avtalt undervisning.....	51
Tabell 4.9:	Organisering av pasientundervisning generelt sammenlignet med til fremmedkulturelle	51
Tabell 4.10:	Frekvensfordeling over når undervisningen skjer	52
Tabell 4.11:	Svarfordeling i forhold til tid og rom for pasientundervisning	53
Tabell 4.12:	Frekvensfordeling over hvilke hjelpemidler som benyttes i undervisning	54
Tabell 4.13:	Oversikt over hvilke undervisningsformer som brukes.....	55
Tabell 4.14:	Hyppighet av pasientundervisning generelt sammenlignet med til fremmedkulturelle	56
Tabell 4.15:	Om undervisning til fremmedkulturelle.....	56
Tabell 4.16:	Om tilpasning av undervisning til fremmedkulturelle	58
Tabell 4.17:	Om bruk av tolk.....	60

FIGURER:

Figur 1.1:	Oversikt over de 15 største innvandrergroppene i Norge per 1.1.2010.....	3
------------	--	---

1.0 INNLEDNING

I det innledende kapitlet vil det gjøres rede for oppgavens tema, bakgrunn for studien, studiens hensikt samt en avklaring av sentrale begreper. Studiens problemstilling vil også bli presentert.

I denne studien setter jeg fokus på pasientundervisning til kronisk syke fremmedkulturelle. Pasientundervisning til fremmedkulturelle representer en rekke nye utfordringer i undervisningssituasjonen. Forståelse av begrepene helse og sykdom, og hvordan man forholder seg til disse er i noe grad kulturbetinget og for mange også knyttet opp til religion. I tillegg møter man utfordringer der pasient og helsepersonell ikke snakker samme språk. Hensikten med kartleggingen var derfor å se hvordan sykepleiere forholder seg til disse utfordringene, hvordan undervisningen gjennomføres og hva sykepleierne selv rapporterer som mest utfordrende. På bakgrunn av disse dataene vil man kunne si noe om tilbudet til fremmedkulturelle pasienter er på lik linje med tilbudet til etnisk norske pasienter i dag, og hvilke områder det kanskje bør satses mer på i fremtiden.

1.1 Bakgrunn for studien

Pasientundervisning og informasjon er en lovfestet rettighet for alle pasienter i norske sykehus, og en viktig del av sykepleien. Det er en måte å hjelpe pasienten til å mestre egen sykdom og på den måten kunne sikre at han får best mulig livskvalitet. Spesielt gjelder dette pasienter med kronisk og langvarig sykdom. Pasientopplæring er en av fire lovfestede hovedoppgaver sykehusene har (Lov om Spesialist-helsetjenesten, 2001). Retten til informasjon om sykdom og behandling er også nedfelt i Pasientrettighetsloven, der paragraf 3.5 spesifiserer at informasjonen må tilpasses mottageren og hans individuelle forutsetninger slik som hans alder, modenhet, erfaring, kultur og språkbakgrunn (Lov om Pasientrettigheter, 1999). Selv om informasjon og undervisning ikke er synonyme begreper, kan man likevel trekke den konklusjonen at pasientene har krav på like god undervisning uansett hvor de

kommer fra. Stortingsmelding 49 (2003-2004) fastslår at ”alle mennesker bosatt i Norge skal tilbys likeverdige helsetjenester, uavhengig av blant annet etnisk, kulturell eller religiøs tilhørighet”.

Tall fra Statistisk Sentralbyrå (2010) viser en jevn økning av innvandrere i Norge med fremmedkulturell bakgrunn, og med det følger naturlig en økt andel fremmedkulturelle pasienter i sykehusene. I møtet med fremmedkulturelle pasienter på sykehus bør sykepleiere kunne tilpasse undervisningsopplegg til pasienten og hans kulturbakgrunn (Leininger, 2001). Pasientens kulturbakgrunn vil kunne ha betydning for hvordan han ser på sin sykdom og hva han forventer av behandlingen. Noen kulturer innehar for eksempel ikke begrepet kronisk sykdom, disse pasientene vil kunne forvente at behandlingen er tidsbegrenset og har en helbredende effekt. Andre kan for eksempel ha en begrenset motivasjon for å følge behandlingsopplegg fordi de anser sykdommen som en straff fra Gud (Hanssen, 2005). Kulturforskjeller handler også om hverdagslige gjøremål, forventninger og plikter. I forhold til pasientundervisning vil dette kunne være faktorer som er viktige å ta med i betraktning når man skal undervise den enkelte pasient.

Svært mange sykehusavdelinger gir en eller annen form for undervisning til sine pasienter, men hvordan undervisningen gjennomføres og tilpasses pasientenes språk, religion og kulturbakgrunn vites ikke. Det ble i denne studien derfor utarbeidet et spørreskjema som omhandlet nettopp dette temaet. Hensikten var å finne ut hva som oppfattes som utfordrende i forhold til undervisning av fremmedkulturelle, hvordan undervisningen blir gjennomført, hvorvidt undervisningen tilpasses pasientens kultur eller religion, i hvilken grad det benyttes tolk, og om det er noe som vanskeliggjør undervisningen ytterligere, for til syvende og sist kunne gjøre en vurdering av om pasientundervisning til fremmedkulturelle er på linje med undervisning til etnisk norske pasienter.

1.2. Begrepsavklaring

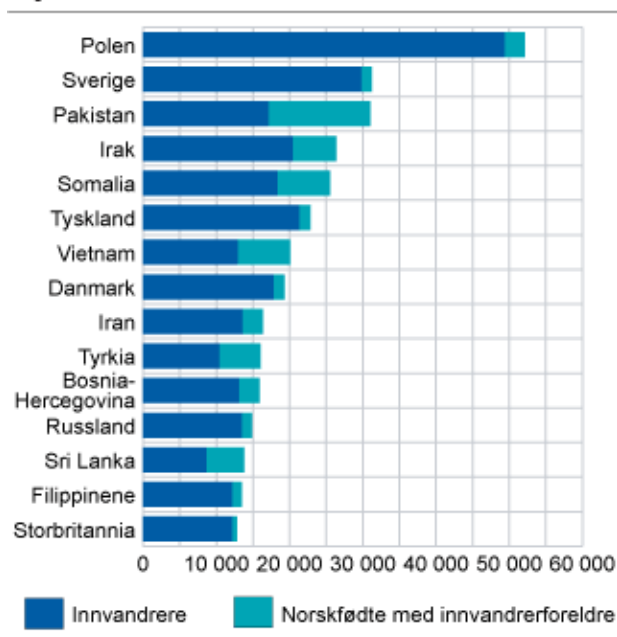
Noen av begrepene benyttet i denne oppgaven er begreper med rom for ulik tolkning. Begrepene ”fremmedkulturelle”, ”kronisk sykdom” og ”kultur” vil derfor her bli forklart i forhold til de forståelsene jeg har velger i denne oppgaven.

1.2.1 Fremmedkulturelle

I denne studien vil begrepet fremmedkulturelle bety innvandrere fra land i Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS. Statistisk Sentralbyrå (2010) definerer innvandrere som ”personer med to utenlandsfødte foreldre: førstegenerasjonsinnvandrere som har innvandret til Norge, og personer som er født i Norge med to foreldre som er født i utlandet”. I 2010 var det 459 000 innvandrere i Norge, og 93 000 personer født i Norge av innvandrerforeldre. Til sammen utgjør disse to gruppene 11,4 prosent av befolkningen. Det bor innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i alle kommuner i Norge, men Oslo har den største andelen, med 160 500 personer, hvilket utgjør 27 prosent av befolkningen (ibid).

Figur 1.1
Oversikt over de 15 største innvandrergruppene i Norge per 1.1.2010

De 15 største innvandrergruppene i Norge.
1. januar 2010. Absolutte tall



(Statistisk Sentralbyrå, 2010) Hentet fra: <http://www.ssb.no/innvandring/> 27/9-10

Av tallene over ser vi at det bor mange mennesker i Norge med en annen kulturbakgrunn og i mange tilfeller også en annen religion enn etniske nordmenn. De fleste fremmedkulturelle som kommer til Norge kommer fra land hvor det er en væpnet konflikt eller hvor det foregår betydelige brudd på menneskerettighetene. Blant innvandrerne finnes hele spekteret fra universitetsutdannede mennesker til analfabeter, noe som ofte varierer i forhold til om de kommer fra en by eller landsbygda. De som har vokst opp på landet er ofte også sterkere

bundet til tradisjonelt levesett og religiøs orientering (Brunvatne, 2006). Ut fra de opprinnelseslandene som er presentert i figuren over kan man finne frem til hvilke religioner som er hyppigst representert. For uten Kristendom i form av protestantisme, katolisisme og ortodokse kristne er Islam den største religionen blant innvandrere i Norge. Buddhismen er også representert i noe grad. I tillegg til disse vil det også finnes tilhengere av Hinduismen, Jødedommen og andre religiøse samfunn i Norge. Islam er en lovreligion med bestemte regler som den troende må følge, og på den måten kan religionen ha en stor betydning for de valgene personen tar (Samuelson, 2001). Dette gjelder også i forhold til spørsmål omkring helse og sykdom. Andre religioner er kanskje ikke like tydelige, men kan likevel ha betydning for hvordan den troende forholder seg til sin sykdom. Til sammen betyr dette at man som sykepleier i dagens Norge vil møte pasienter fra et bredt spekter av kulturer og religioner og med mange forskjellige morsmål. Dette har betydning for hvordan man tilpasser seg pasienten i forhold til pasientundervisning.

1.2.2 Kronisk sykdom

I denne studien har jeg valgt å benytte Curtin og Lubkin (1998) sin definisjon av kronisk sykdom: "Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt" (her oversatt av: Gjengedal og Rokne Hanestad, 2007, s.13). Dette peker på at pasienter med kronisk sykdom trenger informasjon om sykdommen, hva man kan forvente fremover i tid, hvordan den virker inn på kroppen og hvordan han på best mulig måte skal forholde seg til og behandle den. Det er altså et stort behov for pasientundervisning hos disse pasientene. Målet med undervisningen vil være at pasienten skal lære å ta best mulig vare på seg selv og forebygge en forverring av sykdommen. I mange tilfeller vil sågar en bedring av tilstanden være mulig å oppnå.

Felles for alle pasienter med kronisk sykdom er behovet for informasjon og undervisning og jeg er interessert i pasientundervisning ved de fleste somatiske kroniske sykdommer. Jeg har imidlertid valgt å utelate kreft og psykiatriske lidelser. Ved psykiatriske lidelser er ikke tradisjonell pasientundervisning så fremtredende, og mottagelighet for informasjon ved innleggelse på sykehus kan være noe lavere. Dette betyr ikke at ikke disse pasientene også har

behov for informasjon om sin sykdom og hvordan de skal leve med den. Kreftsykdommer er også en stor gruppe sykdommer jeg har valgt å utelate av den grunn at det hersker uenighet om hvorvidt dette kan kalles kroniske sykdommer.

1.2.3 Kultur

Pasientundervisning tilpasset fremmedkulturelle vil nødvendigvis ikke bare bety en oversettelse fra norsk til det språket pasienten snakker. Pasientens kulturbakgrunn bør også tas hensyn til (Fagerli, Lien og Wandel, 2005). Begrepet kultur er mye brukt og har flere betydninger. Det er således vanskelig å finne en enkel definisjon på dette begrepet. Ordet kultur kommer fra det latinske ordet "colere", som betyr å dyrke. En klassisk definisjon av kulturbegrepet ble laget av Edward Tyler i 1874; "den komplekse helhet som omfatter kunnskap, tro, kunst, moral, lovverk, skikker og andre evner og vaner mennesket har tilegnet seg som medlem av samfunnet" (her fra Austveg, 1994, s. 37). Denne klassiske definisjonen beskriver kultur som noe man lærer i sosialisering og samhandling med andre mennesker. Mennesker preges av den kulturen de vokser opp i. Dersom man har ulik kulturbakgrunn er det også meget sannsynlig at man har forskjellig oppfattelse av verden og tilværelsen. Inntrykk siles gjennom språk, kulturelle koder og vår personlighet (Eide og Eide, 2000). Kulturen vil på denne måten ha betydning for hvordan pasienten oppfatter sin sykdom og hvordan han tenker at den bør behandles. Dette har igjen betydning for hvordan man tilnærmer seg pasienten i undervisningssammenheng.

1.3 Studiens hensikt og problemstilling

Denne studien har til hensikt å kartlegge tilbudet til fremmedkulturelle pasienter i forhold til pasientundervisning. For å gjøre det har jeg utviklet et datainnsamlingsinstrument for å undersøke og dokumentere hvordan undervisning tilpasses innvandrerbefolkningen, sykepleiernes vurdering av hvordan dagens tilbud fungerer, og hvilke utfordringer og eventuelle hindringer som finnes. Studien setter fokus på viktigheten av et likeverdig tilbud til alle, og resultatene fra en slik studie vil kunne si noe om hvilke områder det kanskje bør arbeides mer med.

Problemstilling:

Hvordan gis pasientundervisning til kronisk syke pasienter generelt og til fremmedkulturelle pasienter spesielt, ved norske sykehus?

For å svare på problemstillingen vil det undersøkes om, når og hvordan undervisningen gjennomføres og hvilke hjelpemidler som benyttes. Det vil også undersøkes om tilbudet til fremmedkulturelle er like omfattende som til etnisk norske pasienter i forhold til hyppighet og undervisningsmetode, og om det finnes undervisningsmateriell på pasientens eget språk, i hvor stor grad tolk benyttes og om det kun benyttes profesjonelle tolker. I tillegg bes respondentene om å vurdere hvorvidt undervisningen tilpasses pasientens religiøse og kulturelle bakgrunn, og om de ser spesielle utfordringer eller hindringer ved undervisning av fremmedkulturelle pasienter.

1.4 Oppbygging av studien

I kapittel 2 vil leseren presenteres for den litteraturen som studien er forankret i. Det er denne litteraturen som er bakgrunnen for de spørsmålene som ble dannet til spørreskjemaet. Kapittel 3 omhandler studiens design og metode, og inneholder de metodologiske valgene som ble tatt underveis i arbeidet med studien. I tillegg vil man i dette kapitlet finne en oversikt over hvordan jeg gikk frem i arbeidet med å lage et spørreskjema og hvordan pilotstudien ble gjennomført. Kapittel 4 er en presentasjon av de funnene som ble gjort i pilotstudien. Deretter vil jeg i kapittel 5 diskutere disse funnene opp mot litteraturen, samt at jeg vil gjøre en vurdering av spørreskjemaet. Til sist vil jeg i kapittel 6 presentere min konklusjon samt områder for videre forskning.

2.0 FORANKRING AV STUDIEN

Dette kapitlet tar opp sentrale tema i denne studien: helse og sykdom, pasientundervisning, betydningsfulle faktorer i undervisningssituasjonen og pasientundervisning til fremmedkulturelle i forhold til språk, kultur, religion og kulturell kompetanse. Strategien for å finne litteratur omkring disse temaene er beskrevet i kapittel 3.1.2. - Valg av litteratur.

2.1 Forståelse av begrepene helse og sykdom

Menneskets forståelse av helse og sykdom har forandret seg gjennom tidene. Dette henger sammen med at menneskenes levekår har endret seg, og synet på mennesket og dets verdi i seg selv. Forståelsen har også endret seg etter påvirkning fra flere religiøse og filosofiske retninger, i tillegg til naturvitenskapens fremvekst. I dagens vestlige samfunn har begrepet livskvalitet vokst frem som en indikator på helse. Det handler ikke lenger bare om å leve lenge eller ha fravær av sykdom, men også hvordan vi har det mens vi lever. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte i 1946 helse som ikke bare fravær av sykdom og svakhet, men også som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære. Dermed sidestilles personens interaksjon med miljøet og samspillet mellom kropp og sjel i forhold til personens helse (Kristoffersen, 1996). WHO har i den senere tid også føyd til ”åndelig velvære” i helsebegrepet (Magelssen, 2008). For mange mennesker vil deres religion og livssyn ha stor innvirkning på helsen deres (Hanssen, 2005).

Helsebegrepet er stadig i utvikling. Mæland (2005) presenterer tre forskjellige oppfatninger av helse. Den første oppfatter helse som fravær av sykdom, dvs. fravær av symptomer og andre sykdomstegn. Den andre ser på helse som en ressurs. Det vil si at helse kan måles i robusthet, styrke og motstandskraft. Den tredje oppfatningen av begrepet helse ser det som synonymt med velbefinnende, det innebærer opplevd velvære, gode relasjoner og aktivitet. Denne formen for helse kan være tilstede selv om personen er syk i medisinsk forstand. I arbeid med kronisk syke pasienter kan det være hensiktsmessig å se på helse som det samme som velbefinnende. Det er urealistisk å kunne oppnå helse i form av fravær av sykdom, selv

om pasienten i mange tilfeller vil ha gode perioder hvor han ikke vil merke sykdommen i like stor grad. Derfor vil målet for den kronisk syke pasientens helse kunne være at han kan holde sykdommen under kontroll, og samtidig oppleve at han har et godt liv og stor grad av velvære.

Når man som sykepleier møter mennesker med annen kulturbakgrunn og tilhørighet i et annet miljø enn en selv, er det viktig å være klar over at mange vil ha en annen forståelse av begrepene helse og sykdom enn det en kjenner fra egen kultur. De benytter ofte andre, kulturbetingede forklaringsmodeller for sykdom, og forholder seg til og responderer på sykdom på en annerledes måte (Rankin, Stallings og London, 2005, Larsen, Alvik, Hegstad og Nylenna, 2003). For eksempel vil mange mennesker fra Pakistan være vant med det medisinske systemet Unani-Tibb¹. I følge unani-medisinen er det viktig med balanse mellom kroppens fire væsker: blod, spytt, gul galle og svart galle. Kroppsvæskene så vel som sykdommer, menneskelige tilstander og fødemidler betegnes som enten kalde eller varme, og det tilstrebes å oppnå likevekt mellom kulde og varme. Eksempelvis vil en "varm" lidelse som en infeksjon bli behandlet med kalde fødemidler eller medisiner (Hanssen, 2005). Mennesker fra Somalia vil ofte se helse og sykdom i sammenheng med balanse og ubalanse. Her handler det ofte om balanse mellom deler av organismen og naturelementene, metaller eller himmellegemer. I tradisjonell afrikansk medisin er det heller ikke uvanlig å tro at en sykdom kan ha overnaturlige så vel som naturlige årsaker. Blant annet kan en person ha påkastet en annen sykdom som en følge av for eksempel sjalusi eller misunnelse. Det er også vanlig å se helse og sykdom i sammenheng med Gud, og bønner har en stor plass i behandlingen av sykdom. I følge tradisjonell islamsk tenkning finnes det ingen helbredelse uten tro og bønn. Leger utøver sitt yrke ved Guds hjelp, og Gud helbreder via legen. Leger har derfor stor autoritet i helsespørsmål (ibid).

I tillegg til kulturen vil utdanning og sosioøkonomiske faktorer være av betydning for ens overbevisninger (Rankin, Stallings og London, 2005). Hvordan en definerer helse farges derfor av personens kunnskapsnivå, samfunnets utvikling, ideologi samt av politiske mål (Larsen, Alvik, Hegstad og Nylenna, 2003). I møtet med fremmedkulturelle pasienter kan man altså ikke gå ut i fra at de har samme tanker omkring sin sykdom som en person med

¹ Dette er opprinnelig sammensmelting mellom arabisk og asiatisk folkemedisin, men ligner også på de tidlige vestlige forståelsene av sykdom (Hanssen, 2005, Mathisen, 1997).

norsk kulturbakgrunn. Det er heller ikke slik at to personer med samme kulturbakgrunn automatisk deler de samme oppfatningene. Det kan derfor være viktig å snakke med pasienten om hva han tror sykdommen skyldes og hvilke forventninger han har til behandlingen. Psykiateren og antropologen Arthur Kleinman skiller mellom den unike opplevelsen en syk person har av det som skjer med ham - på engelsk kalt *illness*, og helsearbeiderens biomedisinske forståelse av det samme problemet – kalt *disease*. I dette ligger at mennesker med samme medisinske diagnose kan oppleve sykdommen på forskjellige måter (Rankin et al, 2005). Dette betyr at selv om to pasienter har samme diagnose vil deres behov for undervisning kunne være veldig forskjellig. Undervisning bør bestrebes mot å tilpasses den personen man ønsker å nå (Povlsen, Olsen og Ladelund, 2005). Dersom man klarer å få tak i den enkelte pasients opplevelse av sin situasjon vil man kunne benytte dette som utgangspunkt for undervisningen, og på den måten muligens lettere kunne nå frem til pasienten med sitt budskap.

2.1.1 Kronisk sykdom

En av årsakene til at fokuset i denne studien er lagt til kronisk syke, er at det er stor forskjell fra å få en kortvarig sykdom til å få en sykdom som kommer til å vare i lang tid, i mange tilfeller livet ut. Det er stadig flere i Norge som lever med kroniske helseplager (Stortingsmelding 16, 2002-2003). Nøyaktig hvor mange det gjelder har vist seg vanskelig å tallfeste, blant annet på grunn av definisjonsproblemer omkring hva som regnes som kronisk (Gjengedal og Hanestad, 2007). Det finnes svært mange forskjellige kroniske sykdommer. En del av dem medfører at pasientens tilstand gradvis forverres, mens andre kroniske sykdommer er slik at pasienten dør med sykdommen og ikke av den (Hanssen og Natvig, 2007). Kroniske sykdommer vil ha ulikt forløp, men som beskrevet av Corbin og Strauss (1992) vil de fleste kroniske sykdommer kjennetegnes av svingninger mellom gode og dårlige perioder. Sykdomsutviklingen avhenger til dels av hvordan den enkelte lærer å leve med sin sykdom og de ressurser han har for å mestre sin situasjon (Hanssen og Natvig, 2007).

Corbin og Strauss (1992) beskriver at når man lever med kronisk sykdom, kan det oppstå problemer i dagliglivet i forhold til; kontroll av symptomer, å utføre foreskrevet behandling, forebygging eller behandling av medisinske kriser, tilpasning til endringer i sykdomsforløpet og forsøk på å normalisere sin livsstil og samhandling med andre. I mange tilfeller kan

kronisk sykdom også føre til sosial isolasjon, samt økonomiske problemer knyttet til medisinske utgifter eller tap av arbeid. Å være kronisk syk kan i tillegg påvirke ens selvbilde negativt. Mange føler seg som en byrde for andre, føler seg nedvurdert, opplever tap av mening i tilværelsen og får andre eksistensielle bekymringer (Wahl og Hanestad, 2002). Pasienter med kronisk sykdom er nødt til å lære seg å leve med sykdommen og mestre denne. Alle de ovennevnte mulige problemene forbundet med det å ha en kronisk sykdom er stressfaktorer som kan være med å påvirke pasientens grad av mestring.

Sykepleie til kronisk syke pasienter vil være av ulik karakter i forhold til hvilken sykdom pasienten har, men den har likevel noen fellestrekk. Corbin og Strauss (1992) utviklet på bakgrunn av forskning en sykepleiemodell for pleie og omsorg til kronisk syke. I denne modellen brukes begrepet ”trajectory” som betyr forløp eller kurs, og er en metafor for forløpet til en kronisk sykdom. Forløpets bevegelse, den retningen det tar, varigheten og hvilken form det tar er avhengig av flere faktorer som virker sammen. Utfallet er derfor usikkert. Eksempler på faktorer som er med på å påvirke utfallet er: *forhold knyttet til personen*, slik som symptomer, personlige ressurser, motivasjon, kunnskaper, evner, erfaringer og muligheter og *forhold i omgivelsene*, slik som tilgjengelighet på ressurser som helsetjenester, økonomisk og sosial støtte, nettverk rundt pasienten og holdninger personen blir møtt med. *Styringsfaktorer* slik som egne og andres målsetninger og planer i tillegg til alle tiltak for å ivareta den syke og hans familie er også i sterk grad med på å påvirke sykdomsforløpet (Gjengedal og Hanestad, 2007).

Corbin og Strauss (1992) beskriver også flere faser i sykdomsforløpet til den kronisk syke. I den tidlige fase opplever ikke pasienten symptomer. Deretter kommer diagnosefasen hvor symptomer oppstår og man forsøker å finne ut hva de kommer av. Videre beskrives kriser hvor tilstanden er kritisk eller livstruende, samt de akutte fasene hvor sykdommen er aktiv og ofte krever sykehusinnleggelse. Det er også stabile faser hvor sykdommen er under kontroll, og ustabile faser hvor det er vanskeligere å ha kontroll på sykdommen. Til sist kommer faser med forverring av tilstanden med økte symptomer og kanskje også økt funksjonshemning. Innenfor hver fase kan det være store variasjoner i forhold til varighet, bedring, forverring og stillstand, og fasene er ikke alltid forutsigbare. Sykdomsforløpet er likevel til en viss grad mulig å styre av pasienten selv i samarbeid med familien, nettverket og helsepersonell (Gjengedal og Hanestad, 2007).

Modellen til Corbin og Strauss (1992) består også av fem trinn til bruk for sykepleiere i undervisning, praksis og forskning omkring kronisk syke. Ved hjelp av følgende trinn mener de at man kan påvirke sykdomsforløpet slik at pasientens livskvalitet opprettholdes:

- **Lære å kjenne pasienten og hans familie, samt lage en målsetning.** Innebærer å skaffe seg informasjon om personens livshistorie, sykdomshistorie og aktivitetsnivå. Dette danner grunnlaget for å lage realistiske mål.
- **Vurdere hva som kan innvirke på mestring.** Hvilke forhold kan være med på å fremme eller hemme pasientens muligheter til å mestre situasjonen slik at målene nås?
- **Definere et fokus for sykepleien.** Hvilke faktorer er det nødvendig å påvirke? Problemstillinger det er viktig å følge opp med sykepleieintervensjoner.
- **Utførelse av sykepleien.** Selve sykepleieintervensjonen. Sykepleieren velger hva som synes mest hensiktsmessig. Det kan være for eksempel symptomlindring, undervisning og veiledning, individuelle samtaler, gruppeveiledning og formidling av kontakt til andre yrkesgrupper.
- **Evaluerer effekten av sykepleien.** Viktig ikke å trekke for raske konklusjoner. Pleie og omsorg til kronisk syke tar tid. Viktig med klare mål og evalueringskriterier.

-Det påpekes at sykepleierens funksjon i forhold til kronisk syke gjennomgående må være støttende (Gjengedal og Hanestad, 2007).

Den kronisk syke pasienten får vanligvis mest oppfølging i de akutte fasene hvor han er innlagt på sykehus. Dette innebærer at det er svært mange forhold rundt pasienten og hans situasjon som sykepleieren skal ta tak i i løpet av relativt kort tid. Det er som oftest ikke mulig å dekke alle områder, og dette er antagelig heller ikke hensiktsmessig. En prioritering blir derfor nødvendig (ibid). Når pasienten eksempelvis akkurat har fått diagnosen, er det naturlig at det oppstår en del spørsmål. En oppgave for sykepleieren er da å informere pasienten om sykdommen. Dette vil ofte innebære informasjon og undervisning om: årsak til sykdommen, hvordan den arter seg, behandling, følgesykdommer og/eller problemer som kan oppstå og hvordan pasienten skal forholde seg til sykdommen i hverdagen. For en pasient som kanskje befinner seg i en sjokkfase på dette tidspunktet er det svært mye informasjon å fordøye, og for mange vil det være vanskelig å huske hva som blir sagt. Det kan derfor være nyttig for eksempel å gi informasjonen skriftlig i tillegg til muntlig, innkalle pasienten til en samtale på et senere tidspunkt, eller gi pasienten et sted han kan ringe dersom han har spørsmål. På et så

tidlig tidspunkt vil det også være umulig for pasienten å forutsi hvilke utfordringer sykdommen vil kunne gi ham i hverdagen (Granum, 2003). Pasientundervisning og informasjon er derfor en sykepleieintervensjon som vil kunne være aktuell i alle faser av sykdomsforløpet til en kronisk syk pasient.

2.2 Pasientundervisning

Undervisning ble beskrevet som en av sykepleierens funksjoner av Florence Nightingale allerede i 1859 (Nightingale, 1992). Undervisningsfunksjonen er fremdeles framtreddende når sykepleierens funksjonsområder beskrives (Nolan, Nolan og Booth, 2001, Norsk Sykepleierforbund, 2000). Pasientundervisning kan defineres som en planlagt prosess med mål om å påvirke pasientens helserettede atferd og livskvalitet (Ramos-Remus, Salcedo-Rocha, Prieto-Parra og Galvan-Villegas, 2001). American Academy of Family Physicians (2000) utvider begrepet til å innebære en prosess hvor man ikke bare ønsker å påvirke pasientens atferd, men hvor man også ønsker å gjøre endringer i forhold til kunnskap, holdninger og ferdigheter som er nødvendige for å opprettholde eller forbedre pasientens helse. Formålet med pasientundervisning er at pasienter og pårørende skal tilegne seg kunnskap som kan hjelpe dem å forebygge en videreutvikling av sykdommen, redusere stress og angst og som kan hjelpe pasienten å mestre det å være syk og få sin livssituasjon endret (Luker og Caress, 1989). For pasienter med kroniske lidelser er målet for mange at de skal klare seg selv hjemme. Pasientundervisning blir således viktig for at de skal lære å takle sin livssituasjon, og forstå betydningen av ansvar for egen helse (Granum, 2003).

Vaaler (2000) har formulert hovedmålene med behandling til diabetespasienter. Målene er:

- Å bidra til at fysiske, psykiske og sosiale ulemper ved sykdommen reduseres til et minimum, slik at pasienten får best mulig livskvalitet.
- Å forebygge komplikasjoner, både akutte og de som kan oppstå over tid.

Disse målene er så universelle at de fint kan benyttes i forhold til sykepleie til alle kronisk syke pasienter. For å nå disse målene er det essensielt at pasienten selv er med på laget. For at han skal forstå hvordan sykdommen arter seg og både hvordan og hvorfor den skal behandles eller forebygges er det viktig at pasienten har kunnskaper om sykdommen. Dette kan oppnås gjennom god pasientundervisning.

Formidling av pasientundervisning av god kvalitet er en fundamental del av sykepleieutøvelsen med stor betydning for pasientens helse og livskvalitet (Suter og Suter, 2008). Pasientundervisning bør være planlagt (Ramos-Remus et al., 2001). Ved god planlegging kan man i større grad kvalitetssikre undervisningen ved å tilpasse innhold og undervisningsmetode til pasientens behov. I tillegg vil pasienten da være klar over at han får undervisning og dermed være mer oppmerksom på det som blir sagt. I dagens samfunn stilles det dessuten økte krav til at sykepleierens undervisningsinnsats synliggjøres og dokumenteres slik at undervisningen ikke er ad hoc preget og fragmentert (Granum, 2003).

Pasientundervisningen bør tilpasses den pasienten man står ovenfor. Planleggingen begynner med en vurdering av pasientens behov og hva som opptar ham. Man bør prioritere tema etter hvor viktige de er for pasienten. I forhold til en kronisk syk pasient vil sannsynligvis de temaene han er opptatt av variere i forhold til den sykdomsfasen han befinner seg i. Før hun går i gang med undervisning bør sykepleieren også finne ut hva pasienten allerede kan, hvor motivert han er for å gjøre endringer i livet sitt, og hvilke ressurser han har. Deretter bør sykepleieren og pasienten sammen sette ned mål for undervisningen. Etter selve gjennomføringen bør man evaluere hva pasienten har lært, hvor nyttig han syntes det var og om han kommer til å ta i bruk kunnskapen videre i hverdagen (Rankin et al, 2005). Hvorvidt undervisningen blir vellykket eller ikke, påvirkes av flere faktorer både hos pasienten, sykepleieren og i omgivelsene. Disse vil utdypes nærmere i kapittel 2.3.

Pasientundervisning er altså en viktig del av sykepleien til kroniske pasienter, og dermed noe som bør prioriteres. Undervisningen bør være planlagt og tilrettelagt for den enkelte pasient, gjerne i samarbeid med pasienten selv.

2.2.1 Tilnæringsmetode og prinsipper for læring

Etter å ha vurdert innhold og mål med undervisningen må man velge en tilnæringsmetode. Hvilken tilnærming man bør ha i undervisningssituasjonen kan synes vanskelig å velge. Rankin et al (2005) skiller på om målet med undervisningen er en kognitiv endring basert på faktakunnskap, en affektiv endring basert på holdninger, eller en psykomotorisk endring basert på ferdigheter og utøvelse. Dersom man eksempelvis ønsker at pasienten skal lære en

spesiell ferdighet vil demonstrasjon, simulering og øvelse kunne være aktuelle metoder å ta i bruk. Det å gi informasjon er bare en del av pasientundervisningen. Sykepleieren skal også hjelpe pasienten å tolke, integrere og bruke informasjonen (ibid). Det er således ikke så lett å si spesifikt hva en pasientundervisning bør inneholde, da det vil variere ut i fra hva pasienten skal lære. Likevel finnes det noen prinsipper for hvordan voksne mennesker lærer, som man bør ta med i betraktning når man planlegger undervisning.

Suter et al. (2008) presenterer flere generelle prinsipper for læring, basert på klassiske pedagogiske prinsipper. Bruk av disse evidensbaserte prinsippene kan være med på å bedre mulighetene for at pasienten tilegner seg ferdigheter som gjør ham i stand til å ta vare på seg selv og egen helse. I forhold til undervisning til fremmedkulturelle ønsker jeg å trekke frem to av disse prinsippene. Det første er at læring fremmes når det er samsvar mellom pasientens hurtighet og måte å lære på og måten kunnskapen presenteres på. På engelsk brukes "health literacy" om pasientens evne til å bruke og tolke informasjon omkring helse, og gjøre gode beslutninger i forhold til egen helse. Ved å gjøre en vurdering av pasienten i forhold til dette, har man mulighet til å tilpasse undervisningen til det nivået pasienten befinner seg på. I noen tilfeller vil dette være vanskelig å finne ut av. Gode regler er da å bruke et enkelt språk, gi informasjon på flere måter og innenfor varierte tidsrammer for å ha størst mulighet til å kunne nå frem til pasienten (ibid).

Det andre prinsippet handler om at læring fremmes når informasjonen settes inn i en kontekst meningsfull for den som skal lære. Undervisning bør utføres på et språk pasienten kjenner godt, og gjerne inkludere referanser til gjenkjennelige situasjoner og ideer med betydning i hans liv. Dette representerer en stor utfordring i forhold til undervisning av fremmedkulturelle og fordrer at sykepleierne har kunnskap om pasientens kultur. Læring fremmes når kunnskapen oppleves relevant for pasienten. Derfor bør han vises hvilken betydning den nye kunnskapen har for ham og hans liv. På denne måten kan pasienten se hvordan han kan bruke den videre (ibid). Hvordan man tilnærmer seg pasientundervisning avhenger altså av hva man ønsker å lære bort og hvem man skal undervise.

2.3 Faktorer av betydning i undervisningssituasjonen

Flere forhold rundt pasienten og sykepleieren er med på å påvirke undervisningssituasjonen. Det kan for eksempel være pasientens helsetilstand, sykepleierens kunnskaper, tid, rom og tilgjengelig utstyr. Undervisning av pasienter og pårørende skjer altså innenfor en kontekst, som påvirker utbyttet av undervisningen. Forholdet mellom sykepleieren og pasienten er av betydning for kunnskapen pasienten tilegner seg. I tillegg vil begges kunnskaper, holdninger og ferdigheter være med på å påvirke utfallet (Granum, 2003).

2.3.1 Forutsetninger for læring

Dette handler i stor grad om den følelsesmessige siden ved læring samt om pasientens forståelseshorisont. Dersom undervisningssituasjonen oppfattes nyttig og lystbetont skapes et godt læringsmiljø for pasienten. Opplevelse av trygghet er en forutsetning for å lære. I pasientundervisning er også sykepleierens trygghet viktig. Dersom hun er trygg på det faglige som skal gjennomgås vil hun ha større mulighet til å ta utgangspunkt i den enkelte pasients ståsted. Sykepleierens kommunikasjonsevner har mye å si for interaksjonen og forholdet mellom sykepleier og pasient. Dette forholdet bør bære preg av likeverd og dialog (Granum, 2003).

Uansett om man underviser en person eller en gruppe, så er prinsippet om inkludering av pasienten tilstedeværende. Pasienten bør forstå viktigheten av å delta aktivt i undervisningssituasjonen. Dette har også implikasjoner for den som skal undervise. Ofte har den profesjonelle tanker om at det er hun som sitter med svaret på hvordan pasienten bør forholde seg til sin sykdom, og ordet "compliance" som betyr etterlevelse, benyttes ofte for å beskrive mål med undervisningen. I dette ligger en forestilling om at sykepleieren kan diktere hva pasienten skal gjøre eller forandre, og at pasienten skal etterfølge dette. Pasienten har en rett til selv å velge, og pasientundervisning bør heller være en metode for å påvirke atferd på en måte som synes akseptabel for pasienten. Pasientundervisning handler ikke om at pasienten skal adlyde sykepleierens ordre, men om å gi ham muligheten til selv å gjøre et informert valg (Rankin et al, 2005). Dette betyr at sykepleieren må sikre seg at pasientene forstår det hun underviser om og hvilken betydning det har for dem, slik at de kan gjøre informerte valg.

2.3.2 Pasientens ressurser

Pasientens indre ressurser innebærer hans helsetilstand, kunnskaper og tidligere erfaringer på området. Hans ytre ressurser er for eksempel familie og venner, og det kan i noen tilfeller være aktuelt å ta disse med på undervisningen for at de skal lære om sykdommen og forstå hvordan det er å leve med den. Dette vil kunne skape en større grad av trygghet for pasienten når han kommer hjem (Granum, 2003). Familien er av stor betydning for pasientens atferd. En støttende familie vil kunne være med å tilrettelegge en endring av atferd og hjelpe til med integrering av ny kunnskap i hverdagen. På samme måte vil et konfliktfylt familieforhold kunne representere et hinder for atferdsendring (Rankin et al, 2005).

Motivasjon er et begrep som beskriver krefter innenfra eller utenfra som påvirker et individ til å igangsette eller opprettholde atferd. Det forklarer også forskjeller i intensiteten og retningen på atferden. I undervisningssammenheng handler motivasjon om hvorvidt den som skal lære ønsker å lære noe nytt (Klung Redman, 2007). Dersom pasienten selv opplever at han har behov for kunnskaper om sin sykdom og hvordan han skal forholde seg til denne, sier man at pasienten har en indre motivasjon for å lære. Noe som påvirker motivasjonen, er pasientens vurdering av den trusselen hans helseproblem representerer. Dersom trusselen ikke vurderes til å være betydelig, er det mindre sannsynlig at pasienten er motivert for undervisning på området. I tilfeller hvor sykepleieren selv vurderer helsetrusselen annerledes, blir det hennes oppgave å gi pasienten et mer realistisk bilde av problemet og hvilke muligheter og begrensninger dette medfører (Granum, 2003). Pasientens motivasjon til å endre atferd og de hindringene han opplever, er viktige faktorer å ta med i betraktning når man planlegger undervisning (Rankin et al, 2005). Underveis i undervisningsforløpet vil også pasientens grad av motivasjon endre seg i forhold til opplevelse av mestring av nye kunnskaper og ferdigheter (Granum, 2003).

Motivasjon kan henge sammen med den støtten man får, hvilke reaksjoner lignende atferd har gitt tidligere i livet, behov man ønsker dekket, trussel mot en sterk verdi eller overbevisning, hvilke forklaringsmodeller man bruker for at noe har skjedd med seg, den personligheten man har, hvilke mestringsstrategier man vanligvis benytter, og til sist hvilke forventninger man har om å lykkes. Humanistiske tolkninger av motivasjon understreker i tillegg viktigheten av personlig frihet, valg, besluttsomhet og en søken etter personlig vekst (Klung Redman, 2007).

Når sykepleieren skal gi en pasient undervisning om hans kroniske sykdom og hvordan han skal forholde seg til denne blir det altså viktig at hun kartlegger hvilke ressurser han har. Dette er ressurser som sykepleieren kan benytte seg av for å hjelpe pasienten med å nå målene. Er pasienten for eksempel en mann som er vant til at konen lager all mat til ham, vil det være riktig å inkludere henne i undervisning om kosthold. Familie og venner er ofte viktige støttespillere for pasienten, og kan hjelpe til med å skape motivasjon.

2.3.3 Ytre faktorer

Den tiden man har til rådighet, er en faktor som i sterk grad påvirker pasientundervisningen. Dette henger nøye sammen med personalressurser og organisering av arbeidet i avdelingen. God planlegging og organisering av arbeidet vil kunne legge til rette for pasientundervisning. Målet for undervisningen bør være i samsvar med den tiden man har til rådighet (Granum, 2003). Ofte rapporteres tid som en barriere for pasientundervisning. Undervisning oppfattes som urealistisk, tidkrevende og som konkurrerende mot andre deler av arbeidet. Det blir ofte sett på som en egen aktivitet som ikke er en del av den rutinemessige pleien. Sykepleiere bør derfor lære hvordan de skal inkorporere undervisning i møtet med pasientene (Rankin et al, 2005). Tid kan også være viktig i forhold til pasienten. Undervisningen bør foregå på et tidspunkt da han føler seg opplagt, eller har minst smerter og det kan ikke komme i veien for undersøkelser og lignende som pasienten skal til. Selve undervisningen bør heller ikke vare for lenge av gangen, men heller deles opp i mindre økter, dersom dette er mulig i forhold til hvor langt opphold pasienten har i avdelingen (Granum, 2003).

Når sykepleieren skal undervise en pasient bør hun få mulighet til å gjøre dette i et lokale hvor de kan sitte uforstyrret. Dette vil skape en ro rundt pasienten slik at han føler seg friere til å stille spørsmål. I tillegg vil dette skape en ramme rundt situasjonen som tydelig viser pasienten at sykepleieren har satt av tid ham, og at målet er at han skal lære noe nytt. Sykepleieren bør ha delegert bort ansvar for andre pasienter i det aktuelle tidsrommet, slik at hun kan konsentrere seg om undervisningen og unngå avbrytelser (Granum, 2003).

Tilgang på læremidler vil variere. Enkelte steder vil det være demonstrasjonsutstyr, mens andre har planser og brosjyrer som kan være nyttige i undervisningen. I tillegg vil sykepleieren ha stor nytte av å bruke sin kreativitet og oppfinnsomhet (ibid). Skriftlig materiale er det som oftest blir brukt innen pasientundervisning. Dette til tross for at mye forskning sier at skriftlig

materiell ofte samsvarer dårlig med pasientenes språkferdigheter. En fare er at teksten er for vanskelig slik at leseren bruker mye energi på å tolke teksten og lærer mindre. En fordel med skriftlig undervisningsmateriale er at det er alltid tilgjengelig. Dersom det er noe pasienten ikke husker, kan han når som helst slå det opp. Lesing er ideelt for å forstå komplekse begrep og sammenhenger, og det er lettere å følge tråden i lange tankerekker når man kan lese dem i eget tempo. Bilder som illustrerer viktig informasjon i teksten er med på å hjelpe leseren. (Klung Redman, 2007).

Datamaskiner brukes til instruksjon slik som øvelse i problemløsning hvor man får tilbakemelding underveis. Spill og simulatorer kan brukes for å lære når og hvordan man skal utføre bestemte aktiviteter. Når man skal undervise om fysiske objekter, er det ofte å foretrekke å bruke den ekte varen. Modeller kan være nyttige når den ekte tingen er for liten, for stor, for komplisert, for dyr eller er utilgjengelig. Bilder er overlegne når det gjelder gjenkjenning og fremkalling av minner, og de er lett tilgjengelige. Video brukes ofte som et utgangspunkt for diskusjon. Det kan også være nyttig når man skal forklare om prosedyrer eller inngrep pasienten skal igjennom. Noen mennesker vil lære uansett hvilket medium man bruker, mens andre har behov for de fordelene som finnes ved det enkelte mediets karakteristikum (Klung Redman, 2007).

Økonomi henger sammen med flere faktorer rundt undervisningen og kan ha betydning for tilgjengelighet på hjelpemidler og antall personer på jobb, som igjen påvirker undervisning. Når man skal planlegge en undervisningssituasjon, bør man ta med i betraktning at man ofte ikke har ubegrensede ressurser tilgjengelig. Man bør derfor gi god og samtidig kostnadseffektiv undervisning (Granum, 2003, Rankin et al, 2005).

Det er altså mange faktorer som er med på å påvirke hvor sterkt utbytte pasienten får ut av en undervisningssituasjon. Mange av disse, slik som nødvendig opplæring av sykepleiere, tilstrekkelig personale og tilgjengelighet på utstyr er faktorer som ledelsen har råderett over. For at undervisningen skal fungere optimalt i en avdeling er det derfor essensielt at også ledelsen ser viktigheten av dette og prioriterer deretter. For den enkelte sykepleier er det viktig at hun spiller på egne og tilgjengelige ressurser, og søker kunnskap og støtte på områder hun opplever egne kunnskaper og ferdigheter som utilstrekkelige. Mye påvirkes også av den enkelte pasient og hans ressurser.

2.3.4 Sykepleierens faglige og pedagogiske forutsetninger

For å kunne undervise er det viktig at sykepleiere selv har fått undervisning i pedagogikk og pasientundervisning (Granum, 2003). Sykepleiere rapporterer ofte at de mangler ferdigheter nødvendige for undervisning, og har liten tro på egne evner på dette området. Kollegaveiledning kan være en måte å forbedre sine undervisningsferdigheter på. Sykepleieren bør ha et klart bilde av egne læringsbehov så vel som hvilke behov pasienten typisk vil kunne ha, og hun bør finne ressurser for å imøtekomme disse (Rankin et al, 2005). Gode fagkunnskaper hos sykepleieren er basisen for pasientundervisning. Uten selv å ha god kunnskap på området er det svært vanskelig å undervise andre i et tema (Granum, 2003).

Pasientundervisning handler i stor grad om kommunikasjon. I all samhandling mellom mennesker foregår en form for kommunikasjon. Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare* som betyr å ha forbindelse med, gjøre en annen delaktig i eller gjøre felles. Profesjonalitet i kommunikasjon innenfor helsefag har fire hovedkjennetegn; kunnskap og ferdigheter, etikk, empati og målorientering. Det er et samspill mellom teorikunnskap, praktiske ferdigheter og kommunikasjon. I tillegg forventes det at sykepleieren reflekterer over etiske dilemma som dukker opp i samhandlingen med pasienten, og viser empati ved å lytte til pasienten og forsøke å sette seg inn i situasjonen (Eide og Eide, 2000).

Kommunikasjon deles gjerne inn i verbal og nonverbal. Verbal kommunikasjon betyr at budskapet formidles gjennom ord og språk, enten ved tale eller skrift. Nonverbal kommunikasjon handler om utveksling av signaler på andre måter (Eide og Eide, 2000). Når man kommuniserer er det alltid en sender, et budskap og en mottager, og kommunikasjonen foregår innenfor en kontekst. Prosessen starter med at senderen har noe han ønsker å formidle til en eller flere andre. Tanken må kodes til symbol eller tegn før det formidles til den andre, og mottageren må igjen dekode budskapet og tolke det (Svabø, Bergland, Hareid, 2000). Feiltolkninger og misforståelser i tillegg til følelsesmessige reaksjoner, er alle uunngåelige sider ved kommunikasjon (Eide og Eide, 2000). Det er viktig å være klar over dette, og i størst mulig grad forsøke å forhindre at dette skjer når man kommuniserer med pasienter og pårørende. En måte å unngå misforståelser på innenfor verbal kommunikasjon er å være tydelig og kongruent, og stille spørsmål hvor man kontrollerer om man har forstått pasienten

riktig og vice versa. Spesielt viktig er dette når man skal informere og/eller undervise pasienten (Hanssen, 1995).

Nonverbal kommunikasjon er alle signaler man sender som ikke er av verbal karakter. Det kan være ansiktsuttrykk, stemmebruk, kroppsspråk, øyekontakt, berøring og stillhet. Det sies at den verbale kommunikasjonen bare står for en tredjedel av all kommunikasjon mellom mennesker. For at budskapet man sender skal være tydelig er det viktig at det er samsvar mellom det verbale og det nonverbale (Eide og Eide, 2000). Dersom informasjonen er uklar eller har flere tolkningsmuligheter vil dette kunne bidra til økt usikkerhet. Et hvert menneske oppfatter utsagn og hendelser på sin individuelle måte, basert på forventninger og tidligere erfaringer. Det er derfor ikke sjelden at en pasient oppfatter noe på en helt annen måte enn slik det var ment fra helsepersonellet sin side. Ofte er det også en språkbarriere mellom pasient og helsepersonell. Pasienten mangler de fagkunnskapene som gjør sammenhengen innlysende for den profesjonelle, og kjenner ikke faguttrykk. Det er sykepleierens oppgave å gjøre opplysninger forståelige for pasienten (Fagermoen, 2001). Gode samtaleferdigheter hos sykepleieren bidrar til at hun bedre kan forstå pasienten, se helheten i hans situasjon og dermed kunne yte bedre omsorg, samtidig som det bidrar til økt trygghet hos pasienten (Eide og Eide, 2000).

I en undervisningssituasjon er det viktig at sykepleieren lytter aktivt til pasienten. Hun bør ha evne til å se når pasienten er sliten, stresset eller lite motivert og tilpasse undervisningen deretter. Aktiv lytting innebærer også å se etter nonverbale reaksjoner hos pasienten. Likeledes vil pasienten registrere sykepleierens nonverbale signaler, og det er derfor viktig at de er kongruente med det hun sier (Granum, 2003).

Når man skal undervise pasienter bør altså sykepleieren ha pedagogiske evner og ferdigheter innen kommunikasjon for at pasienten skal få mest mulig ut av undervisningen. God kommunikasjon forutsetter at man forstår den andres språk og språklige koder, lytter aktivt og har de samme kulturelle referanser og forutsetninger (Eide og Eide, 2000). Dette skaper flere utfordringer for undervisning til fremmedkulturelle pasienter.

2.4 Pasientundervisning til fremmedkulturelle

Kroniske sykdommer forekommer blant innvandrere på lik linje med andre, men her kan man se noen forskjeller fra befolkningen i Norge generelt. Eksempelvis er den prosentvise forekomsten av Diabetes dobbelt så høy blant innvandrere fra Pakistan som befolkningen generelt. Forekomsten av atopiske sykdommer er halvparten så stor blant innvandrere fra Somalia som befolkningen forøvrig (Blom, 2008). Dette betyr at man vil møte mange fremmedkulturelle i arbeid med kronisk syke, men hyppigheten varierer i forhold til hvilke kroniske lidelser man arbeider med. I forhold til undervisning av fremmedkulturelle pasienter vil sykepleiere møte utfordringer knyttet til språk, kultur og religion. Dette krever at sykepleierne har kompetanse til å møte disse utfordringene.

2.4.1 Språk og pasientundervisning – bruk av tolk

Språkbeherskelse innebærer at en har større makt, enn en som ikke behersker et språk. Dette betyr at man forstår ord og grammatikk, men også hvilke assosiasjoner og erfaringer som ligger til grunn for våre valg av ord (Hylland Eriksen og Arntsen Sørheim, 1994). De færreste innvandrere snakker norsk når de ankommer Norge. Noen lærer språket helt eller delvis gjennom for eksempel arbeid eller norskkurs, mens andre lærer det ikke. Å snakke på et fremmed språk krever stor grad av konsentrasjon, og vil ofte kunne flytte fokus fra budskap til grammatikk. Mange vil oppleve det vanskelig å få uttrykt klart hva man tenker, noe som kan oppfattes frustrerende (Brunvatne, 2006). Skal man følge pasientrettighetslovens (1999) påbud om å tilpasse informasjon til mottagerens kultur og språkbakgrunn, kommer sykepleiere mange ganger til kort. Pasienten har ofte ikke tilstrekkelig norsk språkbeherskelse og sykepleieren kan ikke pasientens morsmål. Sykepleieren har ansvar for å sikre seg at budskapet blir oppfattet, og når man ikke har noe felles språk skal en profesjonell tolk benyttes. Utlendingsdirektoratet (UDI) påpeker følgende i forhold til likestilling mellom nordmenn og innvandrere og bruk av tolk: ”...i innvandringspolitikken skal tolking anses som et nødvendig verktøy for at det offentlige skal kunne yte sine tjenester til innvandrere på samme måte som til nordmenn” (UDI, 23/94 TIA, s.1).

For å fremme likestilling mellom nordmenn innvandrere er det altså essensielt å benytte tolk ved behov. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) har i samarbeid med Helsedirektoratet i 2010 kommet med en brosjyre til pasienter som omhandler tolk i

helsetjenestene. Denne brosjyren er enkelt tilgjengelig på internett og foreligger på 25 språk. I denne brosjyren står det spesifikt at pasienten skal ha informasjon om sin egen helsetilstand og behandling på et språk han forstår. Det står også at han kan ha krav på å få tolk selv om han snakker norsk til daglig. Det gjelder spesielt ved alvorlige og kroniske sykdommer i tillegg til samtaler om psykiske lidelser.

Den som tolker må beherske tolketeknikk og medisinsk terminologi så vel som de aktuelle språkene. Det skjer ofte at helsepersonell benytter seg av et familiemedlem som tolk, noe som ofte går sterkt ut over kvaliteten på kommunikasjonen og kan være en trussel mot pasientens rettssikkerhet. I mange tilfeller kan det bety at man bryter taushetsplikten (Brunvatne, 2006, Magelssen, 2008). Ofte er det slik at barn lærer språk raskere enn de eldre, og det er derfor ikke sjelden at barn blir bedt om å fungere som tolk for sine foreldre. Dette kan føre til flere problemer. I mange kulturer ligger autoriteten hos de eldste i familien, og menn har autoritet over kvinner. Når barn benyttes som tolk vil de da ha kontrollen over situasjonen, noe som blir feil i forhold til den sosiale rangordningen. Barn kan også ha vanskeligheter med å skulle oversette informasjon av emosjonell karakter, og kan la være å oversette det forelderens sier dersom de føler skam i forhold til det som blir sagt. Kvinner kan vegre seg for å diskutere emner av intim karakter, dersom deres sønn benyttes som tolk. Alt dette er faktorer man bør være klar over og overveie nøye før man benytter et familiemedlem som tolk. En god regel er å bruke profesjonell tolk hver gang, så lenge det er fysisk mulig å få til (Rankin et al, 2005).

Kommunikasjonsproblemer kan føre til at pasienten vegrer seg for å søke informasjon. Selv når pasienten snakker flytende norsk kan man oppleve kommunikasjonsproblemer. Helsepersonell kan oppleves å være lite presise når de gir råd, og de benytter begreper pasienten ikke forstår hva innebærer (Fagerli et al, 2005). Det kan også være vanskeligere for sykepleieren å forstå hva pasienten mener og vice versa når de har forskjellig kulturbakgrunn og referanserammer. Hvordan en tolker nonverbale signaler vil også kunne variere fra en kultur til en annen. Det som regnes som høflig ett sted, regnes som uhøflig et annet (Hanssen, 2005). Det er viktig å være klar over at det man sier, og det budskapet man forsøker å gi må gi mening for mottageren. Heri ligger utgangspunktet for å lære. ”Informasjon er ikke det som er sagt, men det som er oppfattet” (Vifladt og Hopen, 2004, s.103). Kommunikasjonsproblemer samt eventuelle begrensninger knyttet til pasientens utdanningsnivå, kan utgjøre et hinder for

pasientundervisningen (Povlsen, Olsen og Ladelund, 2005). Et godt middel for å oppnå forståelse er derfor å benytte en profesjonell tolk med kjennskap til begge språk og kulturer.

2.4.2 Kulturforskjeller og pasientundervisning

En persons kulturbakgrunn vil ha betydning for hans tanker, følelser og handlinger og dermed for hans forståelse av helse og sykdom, men en kultur er alltid i endring og representerer således ikke noe konstant og urokkelig (Magelssen, 2008). Flere studier blant etniske minoritetsgrupper har vist positive resultater fra, og poengtert viktigheten av å gi råd og undervisning tilpasset pasientens kultur for å skape forandring (Hawthorne, 2001; Chowdhury, Helman og Greenhalgh, 2000; Bruce, Davis, Cull og Davis, 2003). I forhold til pasientundervisning vil pasientens kulturbakgrunn kunne ha betydning for hvordan han oppfatter sin sykdom og hvordan han forholder seg til denne. Det er et stort mangfold, med store forskjeller innen hvert land, kultur og av og til også innen hver familie, i hvordan man ser på helse og sykdom, hvilke forklaringsmodeller man bruker, og hva slags preferanser man har for behandlingen (Kripalani, Bussey-Jones, Katz og Genao, 2006).

I noen kulturer er ikke begrepet kronisk sykdom allmenn kjent slik det er i Norge, man er lite fremtidsorienterte og har derfor vanskeligheter med å forstå konsekvensene av kroniske sykdommer (Eshiett og Parry, 2003). I Pakistan for eksempel behandles kroniske sykdommer som diabetes og revmatisme med helbredelse som mål (Hylland Eriksen og Arntsen Sørheim, 2003). Det kan bety at pasienten oppsøker helsevesenet med en forventning om å bli frisk og for eksempel tror at medikamenter som er ment for å holde sykdommen i sjakk er en kur som på "magisk vis" skal kunne fjerne sykdommen (Sørheim, 2000). Ved undervisning av fremmedkulturelle pasienter er det altså nyttig å finne ut hvilken oppfattelse pasienten selv har om sin sykdom og ta utgangspunkt i dette når man skal gi pasienten undervisning.

Det kulturelle mangfoldet utvikles på bakgrunn av forskjellige strukturelle elementer slik som; teknologiske faktorer, religion og filosofi, vennskap og andre sosiale forhold, kulturelle verdier og livsstiler, politiske og lovgivende faktorer så vel som faktorer knyttet til økonomi og utdanning (Leininger, 2001). På grunn av kompleksiteten omkring kultur, kommunikasjon, utdanning og sosioøkonomiske forhold, opplever fremmedkulturelle ofte vanskeligheter i møte med det vestlige helsevesenet (Carballo, Divino og Zeric, 1998).

En studie blant fremmedkulturelle diabetespasienter, viste at pasientene satt høy lit til det helsearbeideren fortalte, men at det som ble sagt ofte ikke samsvarte med det livet pasienten levde (Povlsen, Olsen og Ladelund, 2005). Det kreves altså en viss oversettelse til pasientens dagligliv, noe ikke alle får til (Fagerli et al, 2005). Sørheim (2000) bekrefter at fremmedkulturelle pasienter som oftest har stor tiltro til anbefalinger gitt av norske leger, men at de ofte bruker behandlingssystemer kjent fra egen kultur i tillegg. Når det oppstår en kollisjon mellom disse, er tendensen at pasienten følger den behandlingen som er kjent for dem fra tidligere. Det kan derfor være en god idé å finne ut om den pasienten man skal undervise også får råd fra andre hold, og hva disse går ut på. En studie gjort blant Filippinere med hypertensjon i USA viste at selv om pasientene hadde god kjennskap til vestlig medisin var det vanskelig for dem å gjøre endringer i hverdagen som en følge av hypertensjonen. Spesielt gjaldt dette endringer i kostholdet (dela Cruz og Galang, 2008). Suksessfulle undervisningsplaner er planer som samsvarer med pasienten og familiens kulturelle verdier (Price og Cordell, 1994). Forskning viser at effektive pasientundervisningsprogram kan designes når de forskjellige kulturelle gruppene er direkte involvert i planleggingen av dem. Programmene fungerer best når de som er i målgruppen selv identifiserer hvilke områder de mener har høyest prioritet, deres preferanser, styrker og ressurser (Rankin et al, 2005).

I møte med mennesker fra en kultur som er veldig annerledes enn vår egen, kommer ofte vår forståelse av den andre til kort. Forståelsen begrenses hvis vi ikke har noe kjennskap til den kulturen de kommer fra. Stor avstand i forhold til språk og tenkemåte kan skape irritasjon, engstelse, feiltolkninger og misforståelser. Hovedproblemet med kommunikasjon på tvers av kulturer er ofte at ens ulike normer og forståelsesrammer søter mot hverandre. I ulike kulturer spiller også det verbale innholdet i kommunikasjonen ulike roller. Mens vi i Norge legger stor vekt på det verbale som uttrykkes, legger man i andre kulturer vel så mye vekt på måten noe sies på og de nonverbale signalene man sender (Eide og Eide, 2000). Det kan derfor være nyttig at sykepleieren har noe kunnskap om den kulturen pasienten kommer fra, men i mange tilfeller er denne kunnskapen mangelfull. Sykepleieren bør uansett kunnskaper om den enkeltes kultur ha forståelse for at forskjeller innenfor blant annet erfaringer, personlighet, utdanning og kulturbakgrunn vil ha betydning for hans behov og dermed for hvordan man tilrettelegger pasientundervisningen.

2.4.3 Religion/livssyn og pasientundervisning

Et livssyn forsøker å gi svar på såkalte livsspørsmål, og omfatter både religioner og ideologier (Hanssen, 2005). I denne oppgaven er det mest sentrale religioner. En persons religiøse forankring er av betydning for hans forståelse av helse og sykdom og for hvordan sykdommen håndteres (Hanssen, 2002). Religiøs tro kan ha både positiv og negativ innvikning når man blir syk. De positive sidene er at troen bidrar til økt trygghet, gir mening til lidelsen og bidrar til mestring. En negativ side kan være at religionen skaper hindringer for behandlingen (Simsen, 1985).

Tre av de største innvandringsgruppene i Norge etter Polen og Sverige er mennesker fra Pakistan, Irak og Somalia (Statistisk Sentralbyrå, 2010). Nær 100% av innvandrere fra Pakistan og Somalia er muslimer. Irak er også hovedsakelig et muslimsk land (Wikipedia, 2010). Både Pakistanere og Somalierer rangerer religion som en svært viktig del av deres liv (Tronstad, 2008). Det synes derfor riktig i denne sammenheng å se litt på hva Islam er, og hva religionen sier i forhold til hvordan man bør leve sitt liv.

Islam er verdens nest største religion med en milliard tilhengere. Religionen ble grunnlagt av Muhammed, født i byen Mekka rundt år 570 e.Kr (Hanssen, 2005). Grunntanken innenfor islam er at det ikke finnes spørsmål som faller utenfor religionens område. Alt i den fysiske verden er underkastet Guds vilje, og den uttrykkes gjennom islams hellige skrift kalt Koranen. Teksten oppfattes ikke som en tolkning gjort av mennesker, men som Guds stemme. Innholdet er derfor absolutt normgivende for menneskene. Gud er menneskets skaper og dommer, og er opphøyd over alt annet (Samuelson, 2001). Islam er en lovreligion. Det vil si at den legger føringer for hvordan en muslim skal leve sitt liv. For den troende gjelder fem hovedplikter, ofte referert til som islams fem søyler. Pliktene skal gjennomføres med tro og håp, samt respekt og ærefrykt for Gud (Samuelson, 2001, Bowker, 2005, Hanssen, 2005).

For muslimer spiller familien en viktig rolle religiøst, sosialt og økonomisk. Koranen sier at det er viktig å gifte seg og stifte familie, samt at man skal respektere familiens eldste. Sosial status avhenger i stor grad av familien man kommer fra. For de fleste råder en kollektivistisk tankegang. Det er tette bånd og gjensidig avhengighet mellom familiens medlemmer både sosialt og følelsesmessig (Hanssen, 2005). Innenfor islam er det vanligvis stor forskjell på menn og kvinner. Begge er likeverdige ovenfor Gud, men har forskjellige roller og plikter på

jorden. Kvinnen er underordnet mannen. Mennene har ansvar for å tjene til livets opphold, mens kvinnene har ansvar for familien. Menn ber i moskeen, mens kvinner ber for det meste hjemme. Hvordan kvinner skal te seg ute og hjemme er i varierende grad bestemt av adferdsregler (Turner, 2003). I pasientundervisning bør disse faktorene tas med i betraktning.

Om sykdom sier muslimer at ”Gud har en kur for alle sykdommer han har skapt”. Oppgaven til behandleren blir å finne denne kuren (Samuelson, 2001). Dette kan være en utfordring i møte med mennesker som har fått en kronisk sykdom. Muslimer har ingen generell motstand mot moderne legevitenskap så lenge ikke behandlingen går på tvers av forskriftene i Koranen. Den syke skal gjøre det han kan for å bli frisk igjen. Koranen sier at sykdom er en straff Gud har påført mennesket fordi det har syndet. Sykdom er også en prøvelse Gud utsetter mennesket for, slik at han kan skille ut de som er sterke i troen. Gud vil bistå den syke og gi helbredelse ved hjelp av legekunsten, og innenfor islam har man stor respekt for helsepersonell, og da spesielt leger, som en autoritet. Legen handler på vegne av Gud, og pasientens tradisjonelle rolle er å følge ordre (Hanssen, 2005). Generelt er muslimer her-og-nå-orienterte. Fremtiden ligger i Allahs hånd, og mennesket har ingen innflytelse over Allahs planer. Ved undervisning til en kronisk syk muslimsk pasient kan det være viktig å ha noe kunnskap om hvordan religionen påvirker hans hverdag.

Andre store innvandringsgruppene i Norge er mennesker fra Vietnam, Bosnia-Hercegovina, Russland, Sri Lanka og Filippinene (Statistisk Sentralbyrå, 2010). I disse landene er religionen i hovedsak kristendom, og de er ortodokse kristne og katolikker. Buddhisme og Islam er også representert (Wikipedia, 2010).

Kristendom er en kjent religion for de fleste norske sykepleiere, men i Norge er protestantismen vanligst og man kan ha mindre kjennskap til katolisismen og De ortodokse kirker. Utgangspunktet for alle kristne kirker er den treenige Gud som allmektig skaper av himmelen og jorden, og Bibelen som den hellige bok. Den katolske kirke omfatter rundt halvparten av alle kristne i verden. Den skiller seg fra andre kristne trossamfunn ved tolkningen av kunnskapskildene om Gud og Jesu frelsegjerning samt om sakramentene (hellige handlinger). Ordet ortodoks betyr ”rett lære” og viser til at kirken hevder å ha bevart den opprinnelige kristne tro (Wikipedia, 2010). Selv om hovedtrekkene er like vil språket og kulturen til pasienten ha betydning for hvordan han lever med sin tro. Noen regler er likevel

like for alle. For eksempel skal alle katolikker faste minst en time før nattverden, og ved skriftemål skal katolikken alltid være alene med presten, selv ikke en tolk er tillatt i rommet (Hanssen, 2005). De kristne religionene har ikke så mange og sterke regler som har innvirkning på pasientens hverdag eller på hvordan han skal forholde seg til helse og sykdom. Dette gjør at man ikke behøver å ta religionen like mye med i betraktning når man skal gi pasientundervisning til en med en kristen bakgrunn. Her kan imidlertid pasientens kulturbakgrunn være av større betydning for undervisningen.

For mennesker fra blant annet Vietnam og Sri Lanka vil buddhismen kunne være den religionen de følger. Buddhismen ble stiftet av en indisk prins som het Siddhartha Gautama (også kalt Buddha, den våknede) ca. 500 år før Kristus. Buddhismen har ingen guddom, men har likevel både nonne- og munkeordener samt klostre og templer. Målet for en buddhist er å nå en tilstand av stabil og varig likevekt i sinnet, klarhet, medfølelse uten vilkår og ubetinget glede. Innen buddhistisk tenkning anes dette som noe som er tilstede hos alle når man har fått fjernet årsakene til lidelse i sitt eget sinn. Disse kalles "sinngifter" og innebærer innbilning, forutinntatthet, grådighet, hat, arroganse og misunnelse. Klarer man å lå være å tenke, snakke og handle ut fra disse vil man "våkne opp" og forholde seg til virkeligheten slik den er. Målet er at man til slutt skal oppnå nirvana (Wikipedia, 2010, Hanssen, 2005). For en buddhist gjennomsyrrer religionen hele livet, og hverdagslivet, kulturen og religionen hører sammen på et dypt plan (DeMarinis, 1998). Hvordan religionen praktiseres vil imidlertid variere fra person til person blant annet ut i fra hvilken buddhistisk retning personen tilhører (Hanssen, 2005). I forhold til pasientundervisning kan det være verdt å merke seg at mange buddhister har et annet syn på tid enn vi har i Norge. For dem er det viktig at man bruker tiden på det som føles mest riktig og det kan være mindre viktig å være presis. Noen buddhister er tilhengere av et medisinsk balansesystem, og er derfor opptatt av hva de spiser når de er syke slik at de kan gjenopprette kroppens balanse. Selv om mange buddhister har god kjennskap til vestlig medisinsk tenkning vil likevel "karma" ofte brukes som forklaring på deres fysiske eller psykiske helsetilstand (ibid).

Uansett hvilken religion pasienten tilhører vil den kunne være av større eller mindre betydning for hans hverdagsliv og for hvordan han forholder seg til helse og sykdom. Når man skal gi pasientundervisning kan derfor dette være et nyttig punkt å ta med i betraktning. Det handler om å se hva som er viktig i den enkeltes liv.

2.4.4 Kulturell kompetanse

Som sykepleier har man ansvar for å gi likeverdig sykepleie til pasienten uavhengig av kulturbakgrunn. Sykepleiere bør derfor ha relevant kunnskap og holdninger for å kunne yte omsorg i forhold til pasientens behov og forventninger. Samtidig som man skal være klar over personens kulturelt baserte behov, er det viktig å se individuelle forskjeller hos pasientene (Chenowethm, Jeon, Goff og Burke, 2006). Kulturell kompetanse vil si at man har forståelse for hvordan personlige, sosiale og kulturelle forskjeller er med på å påvirke menneskelige reaksjoner, og hvilke følger det får for pleie og behandling av den enkelte pasient. Madeleine Leininger introduserte begrepet transkulturell sykepleie. Det innebærer at kunnskap om pasientens kulturelle verdier, overbevisninger og vaner integreres i sykepleien, og faktorer som pasientens religion, familiebakgrunn, sosial tilhøring, utdanning, omgivelser, språk og verdenssyn bør tas med i betraktning. Hun bruker begrepet kulturelt kongruent omsorg, som refererer til omsorg som er meningsfull for pasienten og som passer med hans kulturelle overbevisninger og levesett (Leininger, 2001).

Studier viser at økt kunnskap blant helsepersonell om ulike kulturer vil kunne bedre kommunikasjonen, øke pasienttilfredsheten og bedre pasientens helse (Beach et al., 2005, Brach og Fraser, 2000, Fagerli et al, 2005). Når sykepleieren viser forståelse for pasientens kultur, legger hun bedre til rette for at pasienten opplever trygghet og fortrolighet. Det vil bli mindre frustrasjon og misforståelser, og pasienten vil føle seg bedre forstått, ivaretatt og støttet (Marcinkiw, 2003). Sykepleiere bør derfor se viktigheten av å lære om religioner og kulturer, og inkorporere dette i pasientundervisningen (Rankin et al, 2005). De bør i tillegg være sensitive for og spørre etter hvordan pasienten selv oppfatter saken. Det kan for eksempel være lite hensiktsmessig å snakke med pasienten om smitte, dersom pasienten selv tror sykdommen skyldes straff fra forfedrene (Brunvatne, 2006). Dette handler om å møte pasienten der han er, og jobbe ut i fra det, for å kunne oppnå de beste resultatene.

For å få tak i pasientens perspektiv på sykdommen utviklet Kleinman, Eisenberg og Good (1978) en modell med åtte spørsmål som helsearbeidere kunne stille pasienter fra andre kulturer. Spørsmålenes skal gi helsearbeideren mulighet til å finne ut hvordan pasientens kultur kommer til uttrykk i måten han uttrykker og forstår sine symptomer og sin sykdom. Dette er de åtte spørsmålene:

1. Hva tror du forårsaket problemet?
2. Hvorfor tror du det skjedde når det gjorde?
3. Hva tror du sykdommen gjør med deg? Hvordan virker den?
4. Hvor alvorlig er sykdommen din? Vil den ha et kort eller langt forløp?
5. Hvilken behandling synes du at du burde få?
6. Hva er de viktigste resultatene du håper å oppnå ved å motta denne behandlingen?
7. Hva er de største problemene som sykdommen har skapt for deg?
8. Hva frykter du mest i forhold til sykdommen din?

Den eksakte ordlyden i spørsmålene vil variere ut i fra hvilken pasient man møter, hva som er problemet og med settingen rundt, men essensen blir den samme (Kleinman et al., 1978). Ved å stille pasient og pårørende spørsmål omkring deres tanker om sykdommens årsak, virkning, behandling og konsekvenser vil man kunne finne en måte å presentere ny informasjon på slik at den er forståelig og akseptabel for mottageren (George, 2001). Når sykepleieren forstår hvordan pasienten ser på sykdommen blir det altså mye eklere å individualisere behandlingen og deri pasientundervisningen (London, 2008). Dette vil på den måten kunne være av stor verdi i planlegging av pasientundervisning til fremmedkulturelle.

En studie fra Sverige viste at helsepersonells begrensede kunnskaper om forskjellige kulturer kunne skape vanskeligheter når de ble konfrontert med kulturelle tradisjoner og seremonier, fordi de ikke visste hvordan de skulle håndtere situasjonene. Flere etterlyste undervisning og muligheter for utveksling av erfaringer i forhold til innvandrere (Hultsjö og Hjelm, 2005). Samtidig som forskning påpeker nødvendigheten av kulturell kompetanse er det lite forskning om hvordan man skal undervise og inkorporere slik kompetanse i sykepleieutdanning så vel som i helsevesenet generelt. For å forstå hvordan man kunne oppnå kulturell kompetanse identifiserte Campinha-Bacote (1999) kulturell årvåkenhet, kulturell kunnskap, kulturelle ferdigheter, kulturelle møter og et kulturelt begjær, som viktige elementer i kulturell kompetanse. Kulturell årvåkenhet handler om å bli oppmerksom og ha et åpent sinn i møter med mennesker fra andre kulturelle og etniske grupper. Kulturell kunnskap handler om å bygge en kunnskapsbase om hvordan andre ser på verden ved aktivt å søke lærerik informasjon om dette. Kulturelle ferdigheter handler om å sette seg inn i pasientens kulturelle

verdier og overbevisninger for å se hvordan disse virker inn på pasientens oppfattelse av helse. Kulturelle møter innebærer helsearbeiderens non-verbale og verbale kommunikasjon med mennesker fra andre kulturer. Et kulturelt begjær vil si å ha sann interesse for å jobbe med pasienter fra forskjellige kulturer. Ved å gi pasienten omsorg ved samtidig å vise respekt for hans kulturelle overbevisninger gir man pasienten mulighet til å føle seg verdsatt (Marcinkiw, 2003).

At sykepleiere har kulturell kompetanse er altså viktig for at fremmedkulturelle pasienter skal oppleve at de blir forstått, og selv skal forstå. I tillegg til spesifikke kunnskaper om kulturer og religioner innebærer begrepet kunnskap om hvordan man skal møte personer fra andre kulturer. Det handler om å vise respekt for forskjeller.

2.5 Oppsummering av kapitlet

I dette kapitlet har jeg presentert flere tema av betydning for undervisning til kronisk syke pasienter, og jeg har trukket frem spesielle utfordringer ved undervisning til fremmedkulturelle pasienter.

Begrepene helse og sykdom er stadig i endring, og hvordan begrepene oppfattes varierer fra kultur til kultur, men også innenfor den enkelte kultur. Hvordan en pasient oppfatter sin sykdom og hvordan denne bør behandles bør danne utgangspunktet for pasientundervisningen (Mæland, 2005, Rankin et al., 2005, Hanssen, 2005, Magelssen, 2008). Pasientundervisning er en viktig del av sykepleien og et middel for å gi den kroniske pasient kunnskaper og ferdigheter til å mestre egen sykdom i hverdagen. Pasientundervisningen bør være planlagt, og i planleggingen bør man ta med valg av tilnæringsmetode og rammefaktorene rundt undervisningen slik som for eksempel; tid, mulighet for å sitte uforstyrret, tilgang på hjelpemidler og pasientens ressurser. For at undervisningen skal være vellykket bør den tilpasses mottageren og helst bør pasienten tas med på planleggingen (Luker og Caress, 1989, Ramos-Remus et al., 2001, Granum, 2003, Rankin et al., 2005).

I forhold til fremmedkulturelle er språket en stor utfordring i undervisningssituasjonen. Bruk av tolk er en måte å overkomme språkbarriæren og dermed fremme likestilling mellom fremmedkulturelle og andre pasienter (UDI, 1994). Dette bør være en profesjonell tolk. Kulturelle forskjeller er også en utfordring i undervisningssammenheng. Kulturen har betydning for hvordan man lever, hvilke verdier man har og hva man vektlegger. For at pasienten skal ha best mulig utbytte av undervisningen bør innholdet knyttes til hans kultur på en måte som gjør at det gir mening for pasienten. I tillegg til kulturen er også pasientens religiøse overbevisning i større eller mindre grad med på å bestemme hvordan han skal leve og hvilke verdier han holder høyest. Derfor er religiøse hensyn også viktige å ta i undervisningssammenheng (Hanssen, 2005, Eide og Eide, 2000, Brunvatne, 2006). For at sykepleieren på best mulig måte skal kunne tilpasse pasientundervisningen i forhold til disse hensynene bør hun inneha en viss kulturell kompetanse. Mye forskning tilsier at sykepleiere fremdeles har manglende kunnskaper på dette området (Leininger, 2001, Hultsjö og Hjelm, 2005, Beach et al., 2005, Fagerli et al, 2005). Dette danner til sammen grunnlaget for denne studien.

3.0 DESIGN OG METODE

I dette kapitlet vil det gjøres rede for valg av design og metode for datainnsamling. Videre vil utvalg, instrument, analysemetode og etiske overveielser presenteres.

3.1 Studiens design og datainnsamlingsmetode

Begrepet "design" har ulik betydning i metodelitteraturen. Polit og Beck (2008) ser design som overordnet metode. Designet er ryggraden i en undersøkelse fordi den innebefatter forskerens overordnede plan for å besvare problemstillingen. Forskningsmetode omhandler teknikker for å strukturere en undersøkelse og for innsamling og analysing av relevante data i forhold til problemstillingen (ibid).

I denne studien ble det valgt et ikke-eksperimentelt, kvantitativt og utforskende forskningsdesign (Polit og Beck, 2008). Dette designet er egnet for å undersøke studiens problemstilling, hensikt, tidligere forskning, hvilke type data som søkes og hvordan disse kan samles inn. Metoden som ble benyttet var en tverrsnittstudie, også kalt survey (Lund og Haugen, 2006). Denne typen studie egner seg for å beskrive status av et fenomen eller sammenhenger mellom fenomener på et gitt tidspunkt (Polit og Beck, 2008). I denne studien ble det imidlertid ikke gjort en fullverdig tverrsnittstudie fordi den tilmålte tiden gikk til instrumentutvikling og pilottesting.

Jeg ønsket å utforske hvordan pasientundervisning på sykehus gjennomføres til kronisk syke og hvordan det tilrettelegges fremmedkulturelle, inkludert bruk av tolk. I tillegg ønsket jeg å få sykepleieres vurderinger av utfordringer i forhold til undervisning til fremmedkulturelle pasienter. For å få svar på disse problemstillingene valgte jeg å benytte et spørreskjema, men siden jeg ikke fant egnet eksisterende skjema ble jeg nødt til å utvikle nytt instrument for dette

formålet. Spørreskjemaet ble utviklet på bakgrunn av de allerede eksisterende data jeg hadde funnet om temaet, og ble sendt ut for pilottesting på ett større sykehus.

3.2 Valg av metode

Ved å presentere metodevalg viser man bakgrunnen for fremgangsmåten ved innhentning av data, hvordan en analyserer dataene og presentasjon av funn. Tverrsnittstudier kjennetegnes vanligvis ved en høy grad av struktur i datasamlingsinstrumentet, for å beskrive karakteristika, meninger, holdninger eller atferd slik de fremstår i en bestemt gruppe på et bestemt tidspunkt (Lund og Haugen, 2006; Polit og Beck, 2008).

Innledende litteratursøk bekreftet en økende andel mennesker i Norge med fremmedkulturell bakgrunn (Statistisk Sentralbyrå, 2010). Mange studier presenterer flere utfordringer som oppstår ved pasientundervisning til mennesker fra andre kulturer, i forhold til kulturforskjeller, språk, tilrettelagt undervisningsmateriell og manglende kulturell kompetanse hos helsepersonell (Collins et al, 2008; Choi et al, 2008, Hjelm et al, 2003; Rosenberg et al, 2007; Waite og Calamaro; 2010). Det var derimot lite undersøkt hvordan disse utfordringene håndteres og hvorvidt tilbudet om pasientundervisning til fremmedkulturelle kan sidestilles tilbudet til etniske nordmenn. Som beskrevet over fant jeg ut at den metoden som egnet seg best til å besvare spørsmålene mine var en tverrsnittstudie ved hjelp av et spørreskjema. Noen av fordelene ved å benytte et strukturert spørreskjema er at anonymitet og frivillighet kan sikres og at muligheten for bias minsker ved at forskeren ikke er tilstede (Polit og Beck, 2008; Fink, 2006). En studie hvor man bruker spørreskjema kan imidlertid aldri bli fullstendig objektiv, da både forskeren og respondentene til en viss grad vil påvirkes både psykologisk, emosjonelt og sosialt. I tillegg vil det alltid være forskjellige motivasjonsfaktorer som gjør at respondenten besvarer spørreskjemaet, slik som personlig interesse for temaet, et ønske om å hjelpe, eller han kan føle seg presset til å svare. Alt dette kan være med på å skape potensielle bias (Boynton og Greenhalg, 2004). Et egnet spørreskjema fantes imidlertid ikke så jeg ble nødt til å utvikle et nytt datasamlingsinstrument.

3.2.1 Valg av litteratur

Det er viktig å gå igjennom den eksisterende forskningen som finnes på området fordi ny kunnskap jo bør bygge på allerede eksisterende kunnskap (Polit og Beck, 2008). Derfor

undersøkte jeg hva som allerede fantes av kunnskap på området, og hvilke lover eller retningslinjer som var førende innenfor temaet. Pasientundervisning er et stort tema innen sykepleieforskning, og det finnes mye litteratur på området. Det var derfor meget utfordrende å finne de mest relevante artiklene relatert til akkurat mitt tema innen pasientundervisningen. Her var det viktig å ha gode søkeord. Polit og Beck (2008) sier at en god strategi for å finne søkeord er at man bruker de nøkkelordene andre forskere har oppgitt i klassifiseringen av sine studier. Dette var også den metoden jeg benyttet meg av. De søkeordene jeg benyttet var forskjellige kombinasjoner av "patient education", "culture", "cultural competency", "immigration/emigration" "chronic illness" og "transcultural nursing". Litteratursøkene ble gjort i de elektroniske databasene, PubMed, Medline, Cinahl samt i Bibsys Ask. Disse databasene er vel anvendte innen helsefagene og relevante for sykepleie. I tillegg til dette søkte jeg innen Sykepleien forskning og Vård i Norden for å se om jeg kunne finne noen studier fra Norge og/eller Norden omkring pasientundervisning til fremmedkulturelle som ikke var publisert i internasjonale forskningstidsskrifter.

Jeg hadde flere kriterier for hvilke artikler som ble inkludert. I tillegg til relevans for tema måtte artiklene foreligge på norsk, svensk, dansk eller engelsk. De fleste artikler forelå i fulltekst, med unntak av noen få som jeg bestilte gjennom biblioteket. Bøkene jeg benyttet ble i stor grad lånt på universitetsbiblioteket. Enkelte bøker som jeg ikke fikk tak i, valgte jeg å kjøpe selv. Andre dokumenter måtte enten være tilgjengelig via bibliotek eller internett.

For å finne frem til "kjernen" innenfor tematikken lette jeg i referanselistene etter gjengangere. Det kan være et mål på kvalitet at en studie refereres til hyppig, men man må likevel være selektiv i forhold til hvilken relevans den har til eget arbeid (Polit og Beck, 2008). Da jeg hadde funnet noen av "grunnleggerne" innen temaet ble det også lettere å finne relevant litteratur. De artiklene jeg har inkludert kommer hovedsaklig fra tidsskrifter med peer review for å sikre kvaliteten på artiklene. Jeg har imidlertid valgt å se bort i fra hvilken impact factor tidsskriftene har, da dette kun sier noe om hvor mange som leser tidsskriftet og ikke noe om dets relevans.

Pasientundervisning til mennesker fra andre kulturer er ikke noe nytt tema. I utgangspunktet har jeg forsøkt å holde meg til litteratur som er publisert etter 2000 for å si noe om hvordan det er med pasientundervisningen til fremmedkulturelle i dag. Flere ganger har jeg vært nødt

til å gå lengre tilbake i tid, spesielt i forhold til teorien omkring tema. Litteratursøk ble gjennomført flere ganger underveis i studien. Dels fordi det dukket opp nye ideer underveis, dels for å følge med fordi det hele tiden publiseres nye studier på området og dels fordi jeg arbeidet med studien gikk over så lang tid at det kan ha tilkommet endringer underveis. Hensikten med å sette kriterier for hvilke artikler man vil inkludere i studien er for å sikre i størst mulig grad at den litteraturen man velger å bygge sin egen studie på er med på å ivareta studiens validitet og reliabilitet (Polit og Beck, 2008).

3.3 Utvikling av datasamlingsinstrument

Da det viste seg at det ikke lyktes meg å finne noe egnet spørreskjema til å samle data som besvarer min problemstilling, valgte jeg å utvikle et nytt datasamlingsinstrument. Dette var en krevende utfordring å begi seg ut på, da det stilles store krav til utforming av et godt instrument. Haraldsen (1999) sier at de største utfordringene ved å utvikle et godt datasamlingsinstrument ligger i å lage spørsmål og svaralternativer som i best mulig grad dekker det fenomenet man ønsker undersøkt. Spørsmålene bør være entydige og formulert med et lett forståelig språk. Svaralternativene bør stå i forhold til spørsmålet, de bør dekke for alle mulige responser og være gjensidig utelukkende. Dersom respondentene finner spørreskjemaet uforståelig eller ufullstendig er det høyere sannsynlighet for at man vil kunne oppnå en lav svarprosent (Haraldsen, 1999, Polit og Beck, 2008). Andre utfordringer når man skal utvikle et datasamlingsinstrument omhandler inndeling av spørreskjemaets ulike deler, rekkefølge på spørsmålene, spørreskjemaets layout og spørreskjemaets lengde (Hellevik, 2002; Polit og Beck, 2008; Haraldsen, 1999; McLaughlin og Marasculio, 1990).

Utviklingen av spørreskjemaet krevde mye arbeid og planlegging. Jeg startet med de artiklene og bøkene jeg hadde funnet om temaer knyttet til pasientundervisning til fremmedkulturelle. Deretter forsøkte jeg å finne ut hva det var som gjentok seg, og om det var noen grupper jeg kunne kategorisere dette inn under. Denne første kategoriseringen kan sees i tabellen under:

Tabell 3.1
Første kategorisering

Problemer knyttet til pasientens forståelse:
Språk, Analfabetime, Utdanningsnivå, Nonverbal kommunikasjon, Manglende compliance/adherence, Pasient i krise – lite mottagelig for informasjon
Problemer knyttet til ulik kultur og religion:
Mange på besøk hele tiden, Andre matvaner, Annen forståelse av helse og sykdom, Guds vilje, Fasting, Hverdagen er ikke organisert på samme måte
Problemer knyttet til ressurser:
Liten bruk av profesjonell tolk, Bruk av pårørende som tolk, Økonomi, Ikke skriftlig informasjon på pasientens morsmål, Ikke tid til pasientundervisning
Problemer knyttet til sykepleierens kunnskaper:
Kommunikasjon, Pedagogiske prinsipper, Kulturforståelse

Dernest gjorde jeg denne tabellen om til spørsmålskategorier hvor jeg satt inn punkter hentet fra litteraturen i tillegg til at jeg la til annen informasjon jeg syntes det ville være interessant å ha med i spørreskjemaet:

Tabell 3.2
Andre kategorisering

Sykepleieren:
<ul style="list-style-type: none"> • Demografi • Hvor ofte gir spl. personlig pasientundervisning? • Videreutdannet? • Fått undervisning om religion/kultur? • Tror kunnskap om religion/kultur er av betydning?
Posten:
<ul style="list-style-type: none"> • Hvilke pasienter er innlagt? • Hvem gir pasientundervisning? • Hvor ofte gis det pasientundervisning? • Prioritering av pasientundervisning • Økonomi: tolkebruk, materiell på flere språk?

Pasientundervisning generelt:
<ul style="list-style-type: none"> • Organisering • Avtalt på forhånd eller tilfeldig? • Tidspunkt (faste dager?, mens pasienten er innlagt?, som del av annen aktivitet?) • Tid og rom (Sitte uforstyrret? , Må være tilgjengelig?) • Hjelpemidler i undervisningen • Former for undervisning
Pasientundervisning til fremmedkulturelle:
<ul style="list-style-type: none"> • Organisering • Hyppighet • Tilpasset kultur/religion? • Forstår pasienten? • Utgangspunkt i pasientens forståelse? • Hvordan møte ulik forståelse? • Kartlegging av hjemmesituasjon? • Tolkebruk, hyppighet og hvem benyttes? • Hindringer? • Utfordringer? • Bruk av fremmedspråklig helsepersonell • Behov for endring?

Spørsmålene i datasamlingsinstrumentet ble utviklet ut fra denne kategoriseringen. Noen begrensninger måtte gjøres av hensyn til blant annet lengden på spørreskjemaet. Det vurdertes nøye å ha med nok spørsmål, samtidig som spørreskjemaet ikke skulle være avskrekkende langt slik at respondenten ikke orker å svare på alt. Man skal på den ene siden ikke ha med unødvendige spørsmål, samtidig som man på den andre er nødt til å ha med flere spørsmål om samme tema for å kontrollere konsistensen (Polit og Beck, 2008).

Underveis i utviklingen av spørreskjemaet fikk jeg god hjelp av å diskutere med andre sykepleiere som jobber med kronisk syke om deres tanker omkring mitt tema. Jeg ble da nødt til å formulere ord om eget arbeid og fikk dermed ny innsikt i det jeg jobbet med, i tillegg til at jeg fikk verdifulle innspill. I tillegg til dette diskuterte jeg med andre masterstudenter og med veileder. Dette kan bidra til å minske sjansene for at spørsmålene ble påvirket av min egen erfaring og forforståelse (Polit og Beck, 2008).

3.3.1 Utforming av spørsmål

Arbeidet med å utforme spørsmålene begynte med at jeg ukritisk skrev ned alle spørsmålene jeg tenkte kunne være interessante å ha med i spørreskjemaet. Dette for å få frem alle gode ideer uten å begrense meg selv med en gang og dermed sette stopper for assosiasjoner og kreativitet. Når jeg mente jeg hadde fått ned alt, begynte arbeidet med å begrense, klargjøre og presisere spørsmålene. Det er i hovedsak valgt lukkede spørsmål, noe som er med på å korte ned på tiden det tar å besvare spørreskjemaet (Polit og Beck, 2008). Jeg delte spørsmålene inn i følgende kategorier for spørreskjemaet mitt:

Del 1: Om deg selv

Del 2: Om posten

Del 3: Om pasientundervisning generelt

Del 4: Om pasientundervisning til fremmedkulturelle

Hvor man setter spørsmålene som omhandler demografiske data varierer. Haraldsen (1999) sier at man ved å stille spørsmål direkte knyttet til undersøkelsens tema med en gang vil kunne skape motivasjon og interesse hos respondenten. Jeg valgte imidlertid å lytte til Polit og Beck (2008) som sier at man ved å starte med demografiske data gjør at det oppleves litt mindre truende for respondenten. Demografiske spørsmål krever ikke spesielt mye tankearbeid hos respondenten. Dette gjør at respondenten ganske raskt kommer et stykke videre i spørreskjemaet, noe som i seg selv kan være med på å skape motivasjon.

Hellevik (2002) poengterer viktigheten av å bruke et enkelt språk, da den allmenne kjennskapen til fremmedord har vist seg å være mindre enn mange akademikere tror. Uttrykk som kan ha flere betydninger kan føre til at respondenten forstår spørsmålet annerledes enn det som var tenkt. Det bør unngås å stille ledende spørsmål som peker mot en bestemt retning eller som inneholder positivt eller negativt følelsesladete ord. Innholdet i det man spør om må være meningsfylt for respondenten. Med det menes at man må spørre om ting som respondentene har kjennskap til og oppfatninger om. Til sist bør man også overveie muligheten for at forutgående spørsmål kan være med på å påvirke de svarene man får (Hellevik, 2002).

Ved utformingen av spørsmålene jobbet jeg med å bruke et så enkelt språk som mulig. Det var likevel to begrep jeg benyttet som jeg i etterkant har sett at kan ha vært problematiske. Det ene var begrepet "pasientundervisning". Det har vist seg at flere er usikre på hva dette

begrepet innebærer, hvilket har betydning for de svarene de gir. Her hadde det vært nødvendig med en klargjøring av hva jeg inkluderer i dette begrepet i informasjonsskrivet til respondentene. Det andre begrepet ”fremmedkulturell” ble forklart i informasjonsskrivet. Det var imidlertid en av respondentene som opplevde dette begrepet som feil å bruke, noe som gjør at det bør diskuteres før det tas i bruk i en større undersøkelse.

Underveis i arbeidet med spørsmålene mine opplevde jeg å måtte holde tungen rett i munnen. Eksempelvis hadde jeg først tenkt til å stille et spørsmål slik: ”Ser du noe potensiale for forbedring av pasientundervisningen til fremmedkulturelle i din avdeling?”. Dette spørsmålet kan vel i høy grad sies å være ledende. I det endelige spørreskjemaet lød dette spørsmålet slik: ”Synes du at pasientundervisningen til fremmedkulturelle på posten din bør endres?”. Dette er et mye mer nøytralt spørsmål. I etterkant ville jeg likevel plassert dette spørsmålet mye lengre frem i spørreskjemaet. Ved å ha det så langt bak kan jeg ha risikert at respondentene på bakgrunn av forutgående spørsmål opplever at det er ting de ikke har tenkt over og som kan forbedres ved deres avdeling, og dermed føler at de bør svare bekreftende her.

3.3.2 Utforming av svaralternativ

I en strukturert datasamling som spørreskjema vil svaralternativene være faste, og de er enklere å analysere enn ved en ustrukturert datasamling (Hellevik, 2002). Jeg har imidlertid inkludert to åpne spørsmål også. Det ene er i forhold til hvilken videreutdanning respondenten har tatt. Det andre spørsmålet er om respondenten har noe annet han vil si om pasientundervisning til fremmedkulturelle. Det ble stilt fordi jeg ønsket å gi respondentene mulighet til å komme med frie kommentarer om temaet. I tillegg til dette ble respondentene gitt mulighet til å komme med kommentarer til flere av spørsmålene. Målet har vært å lage spørsmål med uttømmende svaralternativer, men fordi dette spørreskjemaet skulle brukes i en pilottest, og enda ikke var ferdig utviklet syntes jeg det var viktig å gi respondentene mulighet til å komme med tilleggsopplysninger. Haraldsen (1999) sier at det er svært vanskelig å komme med et korrekt svar dersom det ikke finnes et svaralternativ som passer og at dette kan føre til feilkilder. Spørsmål om demografiske forhold skulle også besvares åpent. Av hensyn til det begrensede utvalget i pilottesten og dermed av hensyn til respondentenes personvern ble dette gjort om til kategorier når spørreskjemaene skulle transkriberes og analyseres. I en større undersøkelse vil imidlertid eksakt informasjon kunne være av nytte for analysen.

De øvrige spørsmålene i spørreskjemaet er enten dikotome, spørsmål hvor respondenten skal krysse av for riktig svaralternativ eller utformet i forhold til en Likert skala. Det vil si at respondenten avgir sitt svar på en skala som sier noe om deres grad av enighet eller uenighet i utsagnet (Polit og Beck, 2008, Hellevik, 2002). En Likert skala er i utgangspunktet en rekke påstander som forskeren mener er relevante for temaet som skal undersøkes. Målet er å måle temaet av interesse med påstander som på litt forskjellige måter belyser essensen i temaet, og på denne måten kunne sjalte ut enkeltstående påstander som ikke passer sammen med de andre. Det er denne prosessen som er med på å bestemme hvor mange påstander man bør ha med (Polit og Beck, 2008). Haraldsen (1999) kaller dette for en endimensjonal tankemodell. Ved å ha en endimensjonal tankemodell bak spørsmålssettet kan man summere svarene på alle delspørsmålene til en verdi som sier noe om hvilken grunnleggende holdning respondentene står for (ibid). Jeg har bevisst valgt å bruke en Likert skala med fem svaralternativ. Ved å gjøre dette gir jeg respondenten muligheten til å svare nøytralt. Det har vist seg at denne typen oddetallsskala har fungert best i skalaer med verdier både på den positive og den negative siden av et midtpunkt (ibid).

3.3.3 Layout

I utformingen av et spørreskjema er det viktig å ta seg tid til å tenke på hvordan skjemaet ser ut for den som skal svare. Haraldsen (1999) sier at spørreskjemaets viktigste funksjon er å skape en positiv interesse for studien hos respondenten. Det skal være lettlest og enkelt å finne frem i (ibid). Dersom skjemaet fremstår uryddig kan det virke forvirrende på den som skal svare, og man risikerer at spørsmål blir oversett eller misforstått. Det skal komme klart frem hvordan man har tenkt at respondenten skal avgi sitt svar. En god regel er å gi hvert spørsmål nok plass (Polit og Beck, 2008). Dersom spørsmålene fortone seg som kompakte tekststykker vil det i seg selv kunne virke avskrekkende på personer som ikke vanligvis leser mye (Haraldsen, 1999).

I mitt spørreskjema valgte jeg å benytte avkrysningsbokser, og jeg forsøkte så godt det lot seg gjøre å være konsekvent i forhold til hvordan jeg satt opp svaralternativene. Det ble også skrevet veiledning til hvordan spørsmålene skulle besvares over hvert spørsmål der det kunne oppstå tvil om det. Jeg la vekt på at det skulle være luft mellom spørsmålene og at det skulle se ryddig ut. Jeg har laget tydelige skiller mellom de ulike delene av spørreskjemaet, og

understreket dette med å begynne på nytt med nummereringen av spørsmålene. Sluttresultatet mener jeg ble et ryddig og oversiktlig spørreskjema.

Med spørreskjemaet fulgte det et informasjonsskriv på én side til respondenten (Vedlegg 3). Her redegjorde jeg kortfattet for studiens hensikt og klargjorde hva jeg la i begrepet "fremmedkulturell". Det ble redegjort for hvilke hensyn som var tatt i forhold til respondentens personvern, i tillegg til at det ble informert om at utfylt skjema fungerte som et samtykke til å delta i undersøkelsen. Informasjonsskrivet fortalte videre litt om meg og mitt arbeid og inneholdt opplysninger om hvordan respondenten kunne komme i kontakt med meg. Et slikt skriv fungerer som en kontrakt mellom forsker og respondent, samtidig som det skal motivere respondenten til å delta i studien (Haraldsen, 1999).

3.3.4 Gjennomføring av pretest

Da jeg var ferdig med utformingen av spørreskjemaet ønsket jeg å gjøre en pretest av instrumentet. Dette for å gjøre en siste vurdering av hvorvidt spørsmålene var klare og verken kunne misforstås eller måtte tolkes, om spørsmålene ble oppfattet som relevante for problemstillingen og om spørreskjemaet var oversiktlig (Polit og Beck, 2008). Jeg fikk to sykepleiere som fylte inklusjonskriteriene til å gjennomføre pretesten. Jeg fikk positive tilbakemeldinger i forhold til at jeg tar opp et viktig tema, at spørreskjemaet var oversiktlig og at spørsmålene opplevdes som relevante og enkle å forstå. Jeg så imidlertid på besvarelsene at spørsmål 2 i Del 2 ikke var så entydig som jeg hadde trodd. Spørsmålet var først formulert slik: "Hvilke kroniske tilstander har pasientene på posten deres?". Dette medførte at det ble krysset av i nær sagt alle boksene, og ga lite informasjon. I den endelige versjonen ble det endret til: "Hvilke kroniske tilstander gir dere pasientundervisning om?". Dette førte til langt færre kryss, og ga mer nyttig informasjon.

3.4 Utvalg

Hvor mange respondenter man skal inkludere i en studie bestemmes ut fra ulike kriterier. I en stor tverrsnittstudie vil man kunne gjøre en styrkeberegning for å kunne si hvor mange respondenter man behøver for å oppnå statistisk validitet. I en pilotstudie derimot finnes det ingen bestemt regel for hvor mange som skal inkluderes (Polit og Beck, 2008). I denne

pilotstudien er antall respondenter et resultat av tidsbegrensningen ved en masteroppgave og noe tilfeldighet. Jeg gjorde et bekvemmelighetsutvalg, og gjennomførte pilottesten på ett større sykehus i Osloområdet, på de avdelingene som kunne tenkes å ha ansvar for kronisk syke, våkne pasienter. Ved det aktuelle sykehuset viste dette seg å være 11 avdelinger. Ved hver av avdelingene ba jeg om å få tilbake 4 utfylte spørreskjema. Jeg ønsket et svar fra avdelingssykepleier, et fra fagutviklingssykepleier og to fra sykepleiere i avdelingen, men dersom en eller begge av de førstnevnte ikke ønsket å svare ba jeg om svar fra en annen sykepleier i avdelingen i stedet. Til sammen endte jeg dermed opp med å sende ut 44 spørreskjema.

Hensikten ved utvalget er at de avdelingene som blir plukket ut til å være med i undersøkelsen skal kunne si noe om alle avdelingene som problemstillingen gjelder for. Dermed er det avgjørende at enhetene i utvalget er representative for populasjonen (Hellevik, 2002). Dette gjelder imidlertid ikke i like stor grad ved en pilotundersøkelse hvor det likevel ikke er mulig å generalisere funnene. Hensikten her vil heller være å finne ut hvor godt spørreskjemaet fungerer (ibid). Likevel har jeg lagt vekt på at de avdelingene som er inkludert i pilottesten skal være representative for den gruppen som ønskes undersøkt.

3.5 Gjennomføring av pilotstudien

Først valgte jeg ut et sykehus hvor jeg ønsket å få studien gjennomført, og fant frem til hvilke avdelinger jeg antok ville ha inneliggende kronisk syke pasienter. Etter avtale med personvernombudet på det aktuelle sykehuset, sendte jeg forespørsel om tilgang til forskningsfelt per e-post til avdelingssykepleierne ved de avdelingene hvor jeg ønsket å gjennomføre studien (Vedlegg 1). Vedlagt søknaden var en pdf-versjon av spørreskjemaet og informasjonsbrevet. Jeg tilbød meg også å komme til avdelingen og holde et fremlegg om temaet og mine funn når oppgaven var ferdig sensurert. Det var veldig forskjellig hvor lang tid avdelingssykepleierne brukte på å gi meg tilbakemelding. Fire avdelingssykepleiere svarte raskt ja, mens de resterende syv ble sendt en vennlig påminnelse. Til sist hadde alle 11 sagt ja.

I søknaden ba jeg avdelingssykepleier om hjelp til å finne respondenter. Jeg forklarte at jeg ønsket fire respondenter fra hver avdeling og at jeg primært ønsket to sykepleiere,

avdelingssykepleier og fagutviklingsykepleier. Noen avdelinger valgte å printe ut spørreskjema og informasjonsbrev selv siden dette var vedlagt søknaden. Andre ønsket at jeg skulle komme med skjemaene. Jeg valgte i de tilfellene å levere spørreskjemaene personlig, for å øke sjansen for at de husket mitt prosjekt besvarte spørreskjemaene.

Jeg hentet også spørreskjemaene personlig. Siden det var stor variasjon på hvor raskt jeg fikk tillatelse fra de ulike avdelingene varierte det også når spørreskjemaene var klare til henting. Ved et par avdelinger viste det seg når jeg kom for å hente skjemaene på avtalt tidspunkt at ingen klarte å finne dem, og på én avdeling fikk jeg sent svar på søknaden om tilgang til forskningsfeltet grunnet sykdom. Det ble derfor flere turer til sykehuset, men i løpet av to måneder fra søknadene ble sendt ut hadde jeg fått inn 43 av 44 utsendte spørreskjema.

3.6 Analysering av data

De data som samles inn må også analyseres. Dataene fra denne pilotundersøkelsen ble derfor gjort om til tall ved hjelp av en kodebok, og lagt inn i statistikkprogrammet SPSS. Dette programmet ble i hovedsak benyttet til å lage frekvenstabeller, både univariate og bivariate. Andre analyser var så ikke hensiktsmessige, gitt begrenset antall respondenter og spørsmålenes karakter. Svar på åpne spørsmål og kommentarer ble kategorisert.

Det var viktig å helt fra begynnelsen være bevisst på at undersøkelsen skulle kunne gi reliable og valide svar (Polit og Beck, 2008; Haraldsen, 1999). Validiteten handler om de innsamlede datas relevans for problemstillingen, noe som er avhengig av forekomsten av tilfeldige og systematiske målefeil. Reliabilitet handler om nøyaktighet, det vil si å unngå tilfeldige målefeil (Hellevik, 2002). Reliabiliteten økes ved å utvikle et spørreskjema som gir konsistente svar (Polit og Beck, 2008). Til sammen handler dette om kvaliteten på spørreskjemaet og de dataene det gir. De enkelte spørsmålene i spørreskjemaet er vurdert i kapittel 5.5. Spørreskjemaet i seg selv vakte mye engasjement hos ledere og respondenter ved avdelingene. Dette ga seg også resultat i en høy svarprosent. Få respondenter hadde unnlatt å svare på spørsmål, hvilket kan bety at spørreskjemaet var oversiktlig og forståelig. Dette er faktorer som høyner validiteten. Flere av påstandene omkring tilpasning av undervisning til religion og kultur oppnådde imidlertid en høy grad nøytrale svar, hvilket kan vitne om et

upresist språk eller tema respondentene ikke vil ta stilling til. Forbedringer her vil kunne være med å høyne validiteten. Dette er kommentert nærmere i kapittel 5.5.

3.7 Tillatelser og etiske overveielser

Før pilotstudien søkte jeg om tilgang til forskningsfeltet ved å sende et meldeskjema om mitt prosjekt til personvernombudet ved det aktuelle sykehuset (ikke vedlagt grunnet hensyn til anonymitet), og jeg sendte studien til vurdering hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (se Vedlegg 2). Meldeskjemaet inneholdt opplysninger om hvilke avdelinger jeg ville inkludere i studien, og en plan for gjennomføringen. Vedlagt var min prosjektbeskrivelse og informasjonsbrevet til respondentene (Vedlegg 3). Personvernombudet anbefalte per telefon at jeg søkte tilgang til de aktuelle avdelingene samtidig, slik at jeg kunne starte raskt når alle tillatelser var i boks. Jeg sendte derfor samme dag forespørsel om tilgang til forskningsfelt per e-post til avdelingssykepleierne ved de avdelingene hvor jeg ønsket å gjennomføre studien (Vedlegg 1).

Det viste seg at flere avdelingssykepleiere ønsket å skrive ut spørreskjemaer og informasjonsbrev selv og få sykepleiere i avdelingen til å svare med en gang. Etter å ha vurdert dette sa jeg ja til at de kunne gjøre det på denne måten, og valgte heller å vente med å hente spørreskjemaene til svar fra NSD forelå. Alle avdelingssykepleierne jeg var i kontakt med ønsket å få vite når jeg kom med skjemaene og når jeg ville hente dem. For de aller fleste avdelingene avtalte jeg å levere spørreskjemaene en måned etter søknaden til NSD ble sendt fordi jeg antok at svaret forelå da. Jeg avtalte ved to avdelinger som hadde skrevet ut spørreskjema selv å hente dem også den dagen. Svaret hadde imidlertid ikke kommet innen den datoen. Jeg ble derfor stående med valget om jeg skulle gjøre om på avtalen eller hente skjemaene likevel. Jeg valgte å holde avtalen med å hente spørreskjemaene på disse to avdelingene, men lot de ligge i lukkede konvolutter. På denne måten kunne jeg levere tilbake spørreskjemaene dersom det skulle vise seg at NSD hadde noen innvendinger. Jeg valgte også å levere ut spørreskjema som avtalt, for ikke å bryte noen avtale eller gi respondentene for liten tid til å fylle ut skjemaene.

NSD tok kontakt per telefon. Vi avtalte at alle opplysninger som ble transkribert på PC skulle være anonyme, og at de fysiske spørreskjemaene skulle destrueres den 31. desember 2010. Når jeg gjorde det på denne var ikke studien meldepliktig i henhold til personopplysningsloven. Jeg mottok en kopi av denne avtalen per post (Vedlegg 2). NSD kommenterte at setningen ”Spørreskjemaet er anonymt” i informasjonsbrevet burde slettes, og heller erstattes med opplysninger om at spørreskjemaene vil bli slettet innen prosjektslutt 31. desember 2010. Dette medførte et problem for meg, siden jeg allerede hadde levert ut spørreskjema. Jeg bestemte meg derfor for å informere avdelingssykepleierne om dette, og gi respondentene mulighet til å trekke tilbake sine besvarelser. Dette inkluderte også de to avdelingene hvor jeg allerede hadde hentet spørreskjema. Ingen valgte å trekke sine besvarelser tilbake.

All forskning bør være et positivt bidrag til samfunnet (Polit og Beck, 2008). Ved å sikte fokus for studien mot en svak gruppes lovfestede rettighet til likeverdig informasjon og undervisning vil dens samfunnsnytte kunne forsvares. Forskningen skal i minst mulig grad forårsake ulemper hos respondentene. Respondentens anonymitet skal bevares og deltakelse skal være basert på frivillighet (ibid). Det at denne studien ble gjort blant sykepleiere og ikke pasienter, benyttelse av spørreskjema som datasamlingsinstrument samt at undersøkelsen ikke skulle kunne være personidentifiserende, gjorde det unødvendig å søke godkjenning fra Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

Av hensyn til respondentene og den tiden de har brukt på å svare på skjemaet, har jeg gjort mitt beste for at data ble benyttet fullt ut, og jeg vil tilstrebe at resultatene presenteres og eventuelt publiseres når oppgaven er ferdig sensurert.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere funnene fra pilotundersøkelsen. Jeg har delt kapitlet inn i tre deler. Den første delen inneholder beskrivelse av utvalget; demografiske forhold ved respondentene og de avdelingene de jobbet ved. Den neste delen omhandler pasientundervisning generelt, og den siste delen omhandler pasientundervisning til fremmedkulturelle. Funnene presenteres i tabeller hvor antall respondenter er oppført i cellene og prosentandelen er satt i parentes bak antallet. I tabeller hvor respondenten skulle oppgi grad av enighet har alternativene ”enig og delvis enig” samt ”uenig og delvis uenig” blitt slått sammen. Fullstendig frekvensfordeling er vedlagt oppgaven (Vedlegg 5).

4.1 Demografi

Spørreskjemaet begynte med spørsmål om demografiske forhold. Utvalget besto av 43 respondenter fordelt på 24 utøvende sykepleiere, 10 fagutviklingssykepleiere og 9 avdelingssykepleiere. De forskjellige gruppene ble valgt fordi det ville være interessant å se om det var forskjeller i hvordan de svarte på spørsmålene. Alle respondentene var ansatt ved samme universitetssykehus. Utvalget består videre av 39 kvinner (90,5 %, n=43) og 4 menn (9,5 %, n=43), en fordeling som lik kjønnsfordelingen i sykepleiegruppen generelt fremdeles har en overvekt av kvinner. Aldersfordelingen av respondentene ser slik ut:

Tabell 4.1
Aldersfordelingen blant respondentene:

20-29 år	22 (51,2)
30-39 år	11 (25,6)
40-49 år	4 (9,3)
50-59 år	2 (4,7)
60-69 år	2 (4,7)
ikke svart	1 (2,3)
	n=43

Vi ser av tabellen at over 75 prosent av utvalget er under 40 år. Jeg har ikke noen tall på hvordan dette forholder seg gjennomsnittlig på sengeposter, men ut fra mine erfaringer stemmer dette ganske godt overens med virkeligheten.

Med bakgrunn i Patricia Benners' (1984) studie av sykepleieres utvikling fra å være novise til gradvis å bli ekspert etter å ha vært på samme praksissted i over fem år har jeg delt respondentene i to grupper. Den ene gruppen har vært ansatt på posten i under fem år, hvilket utgjør 26 respondenter. Den andre gruppen har vært der i over fem år, og utgjør 17 respondenter. Jeg synes det var interessant å se om det var noen sammenheng mellom tid på og hyppighet av pasientundervisning. I tabellene under viser jeg hvordan disse gruppene er fordelt i forhold til organisert pasientundervisning og undervisning som del av annen aktivitet.

Tabell 4.2

Tid på posten og hyppighet av organisert pasientundervisning

Tid på posten:	Gir organisert pasientundervisning		Totalt:
	Ofte (daglig/ukentlig)	Sjelden (månedlig, sjeldnere, aldri)	
Under 5 år	7 (16,7)	18 (42,9)	25 (59,5)
Over 5 år	2 (4,8)	15 (35,7)	17 (40,5)
			n=42

Av tabellen over ser vi at tre av fire respondenter sjelden gir organisert pasientundervisning. Av de som har oppgitt at de gir organisert undervisning ofte er det en høyere andel sykepleiere som har vært på posten under fem år enn sykepleiere som har vært ansatt lenger på posten. En kunne kanskje ha antatt at det var motsatt, at man brukte de mest erfarne sykepleierne til å gi organisert pasientundervisning.

Tabell 4.3

Tid på posten og pasientundervisning som del av annen aktivitet

Tid på posten:	Gir pasientundervisning som en del av annen aktivitet		Totalt:
	Ofte (daglig/ukentlig)	Sjelden (månedlig, sjeldnere, aldri)	
Under 5 år	18 (43,9)	6 (14,6)	24 (58,5)
Over 5 år	8 (19,5)	9 (22)	17 (41,5)
			n=41

Nesten to av tre respondenter oppgir at de ofte gir pasientundervisning som del av en annen aktivitet. Dette er undervisning som i mindre grad er planlagt. Her er det 75% (n=26) av de som har vært i posten under 5 år som oppgir at de gir slik pasientundervisning ofte, mens det er færre (47%, n=17) av de som har vært der over 5 år som oppgir det samme. Ut fra de svarene jeg fikk på disse to spørsmålene ville jeg finne ut hvem som utgjør de sykepleierne som har vært lengst i avdelingen.

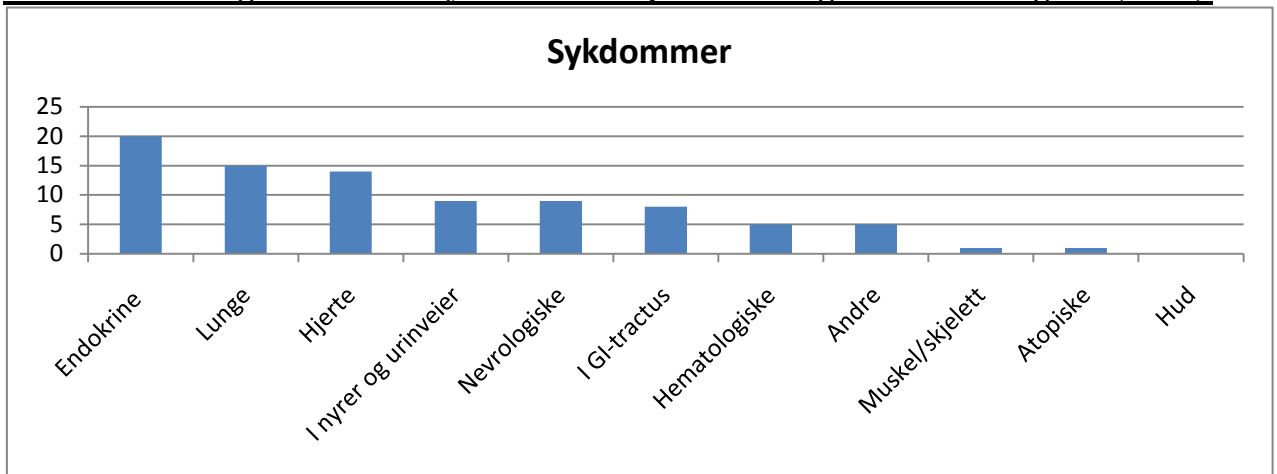
Tabell 4.4
Tid på posten og stilling

Tid på posten:	Stilling			Total
	Avd.spl	Fagutvikl.spl.	Sykepleier	
Under 5 år	2	6	18	26
Over 5 år	7	4	6	17
Totalt:	9	10	24	43
				n=43

Tabellen viser at over halvparten av de som hadde vært i posten over fem år var ansatt i mer ledende stillinger, og dermed ikke ga pasientundervisning i like stor grad som andre sykepleiere i avdelingen. Det kan være litt av forklaringen på resultatene i tabell 4.2 og 4.3.

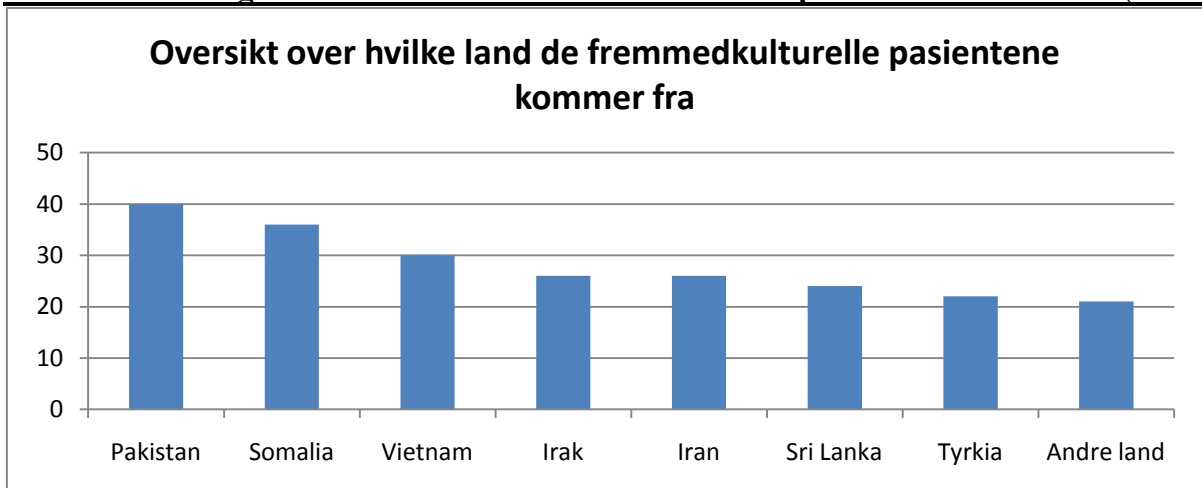
Nærmere 40% (n=43) av respondentene oppga at de hadde tatt en videreutdanning etter grunnutdanningen i sykepleie, men de færreste videreutdanningene kan knyttes direkte til kulturell kompetanse (se Vedlegg 5). Jeg vil derfor ikke gå nærmere inn på dette her.

41 (95,3 %, n=43) respondenter oppga at de ofte hadde kronisk syke pasienter innlagt, hvilket bekrefter at utvalget stemte med den populasjonen som skulle undersøkes. De kroniske tilstandene de oppga at de ga pasientundervisning om er presentert i følgende histogram:

Tabell 4.5**Frekvensfordeling over hvilke sykdommer respondentene gir undervisning om (n=43).**

Vi ser at de tre største gruppene det gis pasientundervisning om er endokrine sykdommer, lungesykdommer og hjertesykdommer. Alle disse gruppene har en hovedvekt av livsstilssykdommer, hvilket betyr at de fleste av pasientene har behov for undervisning, og at man med undervisningen kan styrke egenomsorg og bidra til bedre helse.

Over halvparten av respondentene oppgir at de har fremmedkulturelle pasienter innlagt ukentlig eller oftere, hvilket betyr at det er vanlig forekommende (se Vedlegg 5). Jeg ønsket å vite hvilke land disse pasientene kommer fra, for å se om det stemmer overens med de største innvandrergroppene i Norge rapportert av Statistisk Sentralbyrå (2010).

Tabell 4.6**Frekvensfordeling over hvilke land de fremmedkulturelle pasientene kommer fra (n=43)**

De landene som er representert her stemmer i stor grad overens med de som er presentert av Statistisk Sentralbyrå (SSB) (2010), og de representerer mennesker fra mange ulike kulturer og religioner. Fordi jeg på dette spørsmålet listet opp land fra SSBs oversikt over innvandrere i Norge per 1/1-08, ga jeg også respondentene muligheten til å nevne andre land. Her ble afrikanske land nevnt 23 ganger, asiatiske land nevnt 8 ganger, øst-europeiske land nevnt 7 ganger og Australia nevnt 2 ganger. Dette betyr at sykepleiere møter pasienter fra mange land, og dermed står overfor både språklige, kulturelle og religiøse forskjeller mellom dem selv og pasientene.

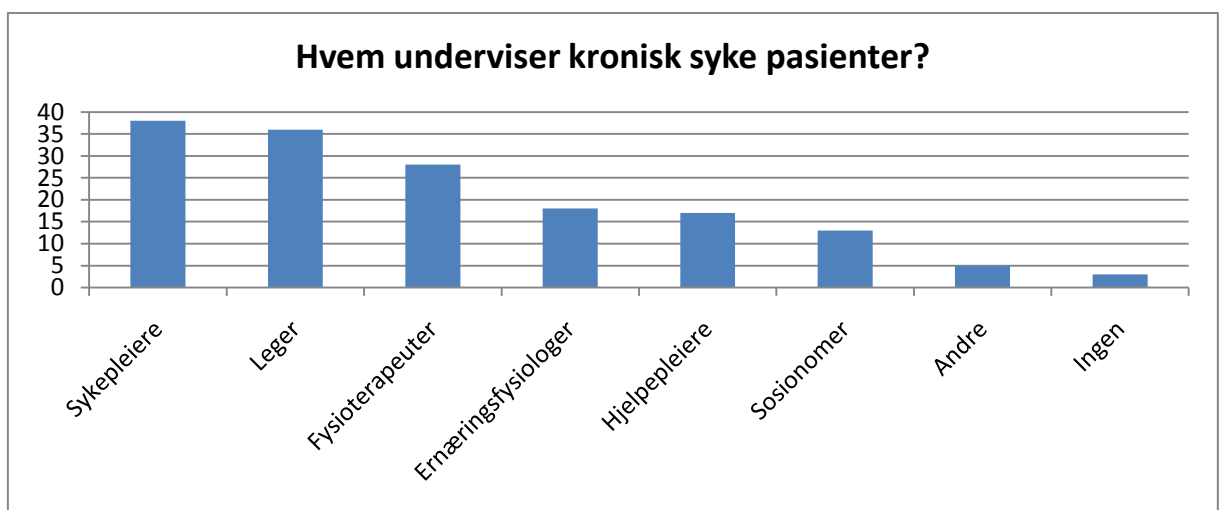
4.2 Pasientundervisning generelt

I denne delen vil jeg presentere hva undersøkelsen viste om pasientundervisning generelt på postene. Det omhandler hvem som gir undervisning, hvordan den gis, når den gis og hvilke hjelpemidler som benyttes i undervisningen.

34 respondenter (79,1 %, n=43) sier at det blir gitt pasientundervisning ukentlig eller oftere på posten deres (Vedlegg 5). Det er mange forskjellige yrkesgrupper som underviser pasientene. Hovedhensikten med å spørre om hvem som underviser var å kartlegge hvorvidt sykepleierne på de aktuelle postene underviste pasienter.

Tabell 4.7

Frekvensfordeling over hvem som underviser pasientene (n=43)



Av tabellen ser vi at 38 (88,4 %, n=43) svarte at sykepleierne i deres avdeling underviste pasientene. I tillegg er det mange andre yrkesgrupper som også underviser pasientene.

For å kartlegge graden av planlagt undervisning ønsket jeg å finne ut hvorvidt tid for undervisningen ble avtalt med pasienten.

Tabell 4.8
Oversikt over hyppighet av avtalt undervisning

Blir tid for undervisning avtalt med pasienten på forhånd?	
Alltid / Som oftest	16 (37,2)
Av og til / Sjelden	25 (58,1)
Aldri	1 (2,3)
ikke svart	1 (2,3)
	n=43

58,1 % av respondentene avtalte tid for undervisning med pasienten av og til eller sjelden. Det betyr at for svært mange pasienter vil undervisningen komme plutselig, og de får da redusert mulighet til å forberede seg. Når undervisningen også gis som del av annen aktivitet kan det være at pasientene ikke oppfatter at de får undervisning og dermed ikke har fokuset på rett sted (Cimprich, 1992, Kloster, 1997).

For å finne ut på hvilken måte pasientundervisningen foregår ble det stilt spørsmål om organisering. Samme spørsmål ble stilt i forhold til generell pasientundervisning og pasientundervisning til fremmedkulturelle.

Tabell 4.9
Organisering av pasientundervisning generelt og til fremmedkulturelle

Organisering:	Generelt:	Fremmedkulturelle:
Individuell undervisning med pasienten	38 (88,4)	41 (95,3)
Undervisning med den enkelte pasient og pårørende	26 (60,5)	28 (65,1)
Undervisning i grupper med pasienter med samme diagnose	8 (18,6)	1 (2,3)
Undervisning i grupper med pasienter med forskjellige diagnoser	-	1 (2,3)
Undervisning i grupper med flere pasienter og deres pårørende	2 (4,7)	2 (4,7)
Undervisning i grupper med pårørende	1 (2,3)	1 (2,3)
	n=43	n=43

Det ser ut til å være liten forskjell på hvordan undervisning organiseres generelt og til fremmedkulturelle pasienter. I all hovedsak gis undervisning til hver enkelt pasient alene, eller med pårørende tilstede. Dette passer godt med at mange bare av og til eller sjelden avtaler tid for undervisningen på forhånd. Det eneste stedet man ser en forskjell fra fremmedkulturelle til andre er i forhold til undervisning i grupper til pasienter med samme diagnose. Materialet her er for lite til at det kan gjøres en signifikantest av dette, men resultatet peker mot at det kan være en forskjell (Hellevik, 2002). Dersom det stemmer kan det peke mot at fremmedkulturelle i mindre grad får tilbud om å møte og diskutere egen sykdom med likemenn, men det kan også være at de har mindre utbytte av gruppeundervisning grunnet blant annet språkforskjeller.

En annen faktor av interesse er tidspunktet for pasientundervisningen. Dette henger sammen med blant annet graden av planlegging. Det er også avgjørende at undervisningen foregår på et tidspunkt hvor pasienten er mottagelig. Undervisningen bør ikke vare for lenge av gangen, men heller deles opp i mindre økter for at pasienten skal klare å få med seg informasjonen (Mandler, 1975, Granum, 2003). Respondentene ble derfor spurt om når det ble gitt undervisning på posten deres.

Tabell 4.10
Frekvensfordeling over når undervisningen skjer

• Etter hva som passer for pasientene og for driften på posten	35 (81,4)
• Vi har en fast tid på døgnet som er satt av til undervisning	1 (2,3)
• Vi har undervisning på faste ukedager	6 (14)
• Vi arrangerer undervisningskvelder/ dager ved jevne mellomrom	2 (4,7)
• Vi gir undervisning når pasienten er innlagt på posten	17 (39,5)
• Vi underviser etter at pasienten er skrevet ut fra posten	5 (11,6)
	n=43

Vi ser av tabellen over at de fleste gir undervisning etter hva som passer for pasientene og for driften på posten. Dette er imidlertid en påstand med to ledd, og man vet derfor ikke om det er pasientene eller driften det tas hensyn til. Flere gir undervisning mens pasienten er innlagt enn etter utskrivelse. 9 respondenter (20,9 %, n=43) rapporterer å ha faste tider for undervisningen. Dette peker igjen mot at flertallet ikke har planlagt og organisert pasientundervisning, hvilket kan henge sammen med faktorer som tid, prioritering og mulighet til å sitte uforstyrret.

Tabell 4.11
Svarfordeling i forhold til tid og rom for pasientundervisning

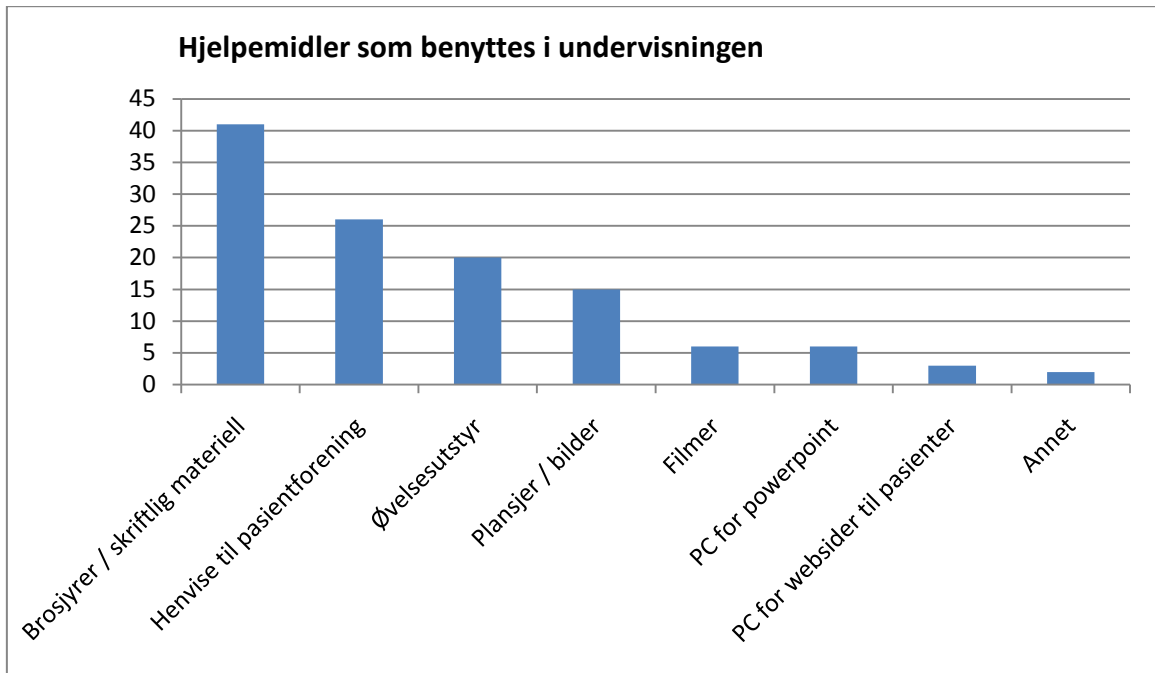
Påstand:	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Ikke svart
• Undervisning er høyt prioritert	18 (41,9)	14 (32,6)	9 (20,9)	2 (4,7)
• Det settes av tid til hver pasient	23 (53,5)	7 (16,3)	11 (25,6)	2 (4,7)
• Andre har ansvar for mine når jeg er opptatt med undervisning	18 (41,9)	11 (25,6)	13 (30,2)	1 (2,3)
• Jeg må være tilgjengelig på posten samtidig som jeg underviser	25 (58,1)	9 (20,9)	8 (18,6)	1 (2,3)
• Jeg kan sitte uforstyrret og gi pasientundervisning	8 (18,6)	9 (20,9)	25 (58,1)	1 (2,3)
• Det forventes at jeg gir undervisning til mine pasienter	26 (60,5)	12 (27,9)	4 (9,3)	1 (2,3)
• Jeg har tid nok til å gi den undervisningen pasienten behøver	15 (34,9)	9 (20,9)	18 (41,9)	1 (2,3)
				n=43

Av tabellen over ser vi at 6 av 10 (60,5 %, n=43) sier at det forventes at de gir undervisning til sine pasienter. Det er altså en oppgave mange sykepleiere har. Samtidig sier over halvparten (58,1 %, n=43) at de må være tilgjengelige på posten samtidig som de underviser, noe som stemmer overens med at like mange sier at de ikke kan sitte uforstyrret og gi undervisning. Dette indikerer at pasientundervisning er en oppgave respondentene må gjøre innimellom alle de andre oppgavene sine, og at det derfor blir litt tilfeldig når undervisningen skjer. Bare 15 respondenter (34,9 %, n=43) rapporterer at de har tid nok til å gi den undervisningen pasienten behøver.

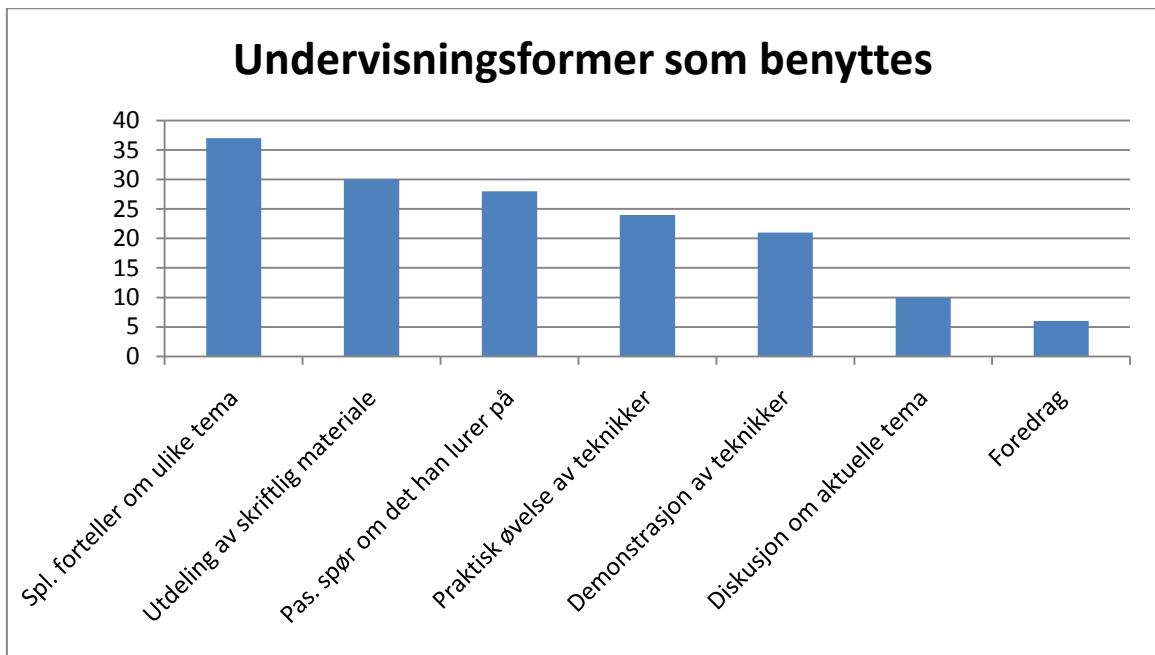
På de fleste spørsmålene er det mange (fra 16,3 til 32,6 %, n=43) som ikke har tatt stilling til spørsmålene ved å svare at de verken er enige eller uenige. Dette kan skyldes at respondenter som ikke selv gir pasientundervisning ikke har visst hvordan de skulle svare her. I tillegg var det 5 respondenter som svarte at sykepleiere ikke ga pasientundervisning på deres post. Disse respondentene vil også kunne ha problemer med å svare på disse spørsmålene.

Slik det ser ut så er pasientundervisning en vanlig sykepleieroppgave, men som det ikke settes av så mye tid til. Det neste som ble undersøkt var hvilke hjelpemidler sykepleierne benytter seg av i forbindelse med pasientundervisningen.

Tabell 4.12

Frekvensfordeling over hvilke hjelpemidler som benyttes i undervisning (n=43)

Som vi ser av tabellen over svarte 41 av 43 respondenter at de brukte brosjyrer og annet skriftlig materiell som hjelpemidler i undervisningen. I tillegg er det mange (26 av 43) som henviser pasientene til pasientforeninger, og mange (20 av 43) som benytter øvelsesutstyr når pasientene skal lære nye teknikker. Dette indikerer at det er forventet at pasientene selv skal tilegne seg kunnskap ved å lese brosjyrer og kontakte pasientforeninger i tillegg til den undervisningen han får fra sykepleieren. Det kan også se ut til at en del av undervisningen handler om at pasientene skal lære seg nye teknikker og ferdigheter. Disse funnene passer overens med funnene om at pasientundervisning gis som del av annen aktivitet og i mindre grad planlegges. Jeg ba respondentene fortelle hvilke undervisningsformer som ble benyttet på posten deres. Svarene er presentert i følgende histogram:

Tabell 4.13**Frekvensfordeling over hvilke undervisningsformer som brukes (n=43)**

Tabellen viser at den mest rapporterte formen for undervisning er samtaler hvor sykepleieren forteller om de temaene hun synes er viktige for pasienten. I mange tilfeller er også pasienten delaktig og tar opp tema han har spørsmål rundt. 30 av 43 (69,8 %) deler ut skriftlig materiale til pasientene, noe forrige spørsmål også viste. Omkring halvparten av respondentene har svart at undervisningen handler om at pasienten skal tilegne seg praktiske ferdigheter. Det blir demonstrert hvordan det aktuelle skal gjøres, og pasienten får øvelse i å utføre teknikken. Disse er alle undervisningsformer som ikke nødvendigvis krever mye planlegging eller mye tid til rådighet.

4.3 Pasientundervisning til fremmedkulturelle

I denne delen vil jeg gå nærmere inn på hva respondentene har svart i forhold til pasientundervisning til fremmedkulturelle. Områder som er kartlagt er i hovedsak i forhold til tilpasning til språk, kultur og religion, utfordringer og sykepleierens kunnskaper.

Tabellen under presenterer hvor ofte respondentene gir pasientundervisning til fremmedkulturelle sammenlignet med hvor ofte de generelt gir undervisning

Tabell 4.14**Hypighet av pasientundervisning generelt og til fremmedkulturelle spesielt**

Hvor ofte pasientundervisning:	Generelt:	Fremmedkulturelle:
Daglig	22 (51,2)	4 (9,3)
Ukentlig	12 (27,9)	14 (32,6)
Månedlig	5 (11,6)	12 (27,9)
Sjeldnere	-	11 (25,6)
Aldri	4 (9,3)	2 (4,7)
	n=43	n=43

Det er som vi ser av tabellen over forskjell på hvor ofte sykepleierne gir undervisning til fremmedkulturelle i forhold til hvor ofte det gis generelt. Som noen har kommentert kommer dette blant annet av at det ikke alltid er fremmedkulturelle pasienter innlagt i avdelingen. 18 respondenter (41,9 %, n=43) rapporterte at de underviser fremmedkulturelle ukentlig eller oftere. Respondentene ble bedt om å ta stilling til følgende påstander om pasientundervisningen til de fremmedkulturelle:

Tabell 4.15**Om undervisning til fremmedkulturelle**

Påstand om undervisning til fremmedkulturelle:	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Ikke svart
• Undervisningen tilpasses pasientens kultur	12 (27,9)	15 (34,9)	15 (34,9)	1 (2,3)
• Undervisningen tilpasses pasientens religion	6 (14)	22 (51,2)	14 (32,6)	1 (2,3)
• Undervisningen gis slik at pasienten oppfatter det som blir sagt	32 (74,4)	8 (18,6)	3 (7)	-
• Pasientene følger vanligvis de rådene de får	13 (30,2)	17 (39,5)	12 (27,9)	1 (2,3)
• Pasientene vektlegger ofte andre ting enn det jeg oppfatter som viktig.	23 (53,5)	17 (39,5)	3 (7)	-
• Det viser seg ofte etter utskrivelse at pasientene ikke har fulgt de rådene de har fått	15 (34,9)	25 (58,2)	3 (7)	-
• Det er mer utfordrende å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter enn til norske	38 (88,4)	4 (9,3)	1 (2,3)	-
• Undervisningen endres i forhold til pasientenes utdanningsnivå	15 (34,9)	19 (44,2)	9 (20,9)	-
• Posten har et eget undervisningsopplegg beregnet på pasienter som ikke kan lese	1 (2,3)	7 (16,3)	34 (79,1)	1 (2,3)
				n=43

Tabellen viser at 12 respondenter (27,9 %, n=43) tilpasser undervisningen til pasientens kultur, og 6 respondenter (14 %, n=43) tilpasser undervisningen til pasientens religion. Dette er relativt lave tall. Det er likevel noe usikkerhet knyttet til dette resultatet da en høy andel av respondentene har krysset av for alternativet ”verken enig eller uenig”, noe som kan tyde på at spørsmålene er uklare. Dermed kan man ikke stole på at resultatet gir et fullstendig bilde av virkeligheten. Imidlertid ble respondentene også stilt spørsmål om posten deres har noe eget undervisningsmaterieill tilpasset forskjellige religioner. Her svarte 97,7 % nei. Til sammen kan dette tyde på at sykepleiere ikke tilpasser undervisningen til pasientens religion. Det kan være at de ikke har nok kunnskaper på området, eller det kan være at de ikke opplever det som et behov.

32 respondenter (74,4 %, n=43) mener at undervisningen gis slik at pasienten oppfatter det som blir sagt. Likevel endrer bare 15 (34,9 %, n=43) undervisningen i forhold til pasientens utdanningsnivå. Kun 1 respondent mener å ha undervisningsopplegg beregnet på pasienter som ikke kan lese. Over halvparten (53,5 %, n=43) sier at de fremmedkulturelle ofte vektlegger andre ting enn det de selv synes er viktig.

Under en tredjedel av respondentene (30,2 %, n=43) er enige i at pasientene vanligvis følger de rådene de får, og svært få (7 %, n=43) er uenige i utsagnet om at det ofte viser seg etter utskrivelse at pasientene ikke har fulgt de rådene de har fått. På disse to spørsmålene er det også en stor andel respondenter som svarer nøytralt. Dette kan ha flere årsaker. Man kan spekulere i om de kanskje ikke vet svaret, eller at mange vegrer seg for å ta standpunkt fordi spørsmålenes ordlyd virker politisk ukorrekt. Det kan også være vanskelig å ta stilling til fremmedkulturelle som én gruppe. Hva som egentlig er årsaken kan man ikke lese ut fra de innsamlede dataene.

For å få utdypet nærmere hvordan sykepleierne tilrettelegger undervisningen til de fremmedkulturelle pasientene ble respondentene bedt om å ta stilling til følgende påstander om tilpasning i forhold til religion og kultur:

Tabell 4.16
Om tilpasning av undervisning til fremmedkulturelle

Påstand:	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Ikke svart
• Jeg tar utgangspunkt i det pasienten selv oppfatter som sykdomsårsak når jeg underviser	12 (27,9)	21 (48,8)	9 (20,9)	1 (2,3)
• Dersom jeg har en annen oppfattelse av årsaken til sykdommen vil jeg korrigere pasienten	29 (67,4)	10 (23,3)	3 (7)	1 (2,3)
• Jeg etterspør vanligvis hva pasienten selv oppfatter som riktig behandlingsmetode	12 (27,9)	16 (37,2)	14 (32,6)	1 (2,3)
• Dersom jeg er uenig i hva som er riktig behandlingsmetode vil jeg korrigere pasienten	30 (69,8)	11 (25,6)	1 (2,3)	1 (2,3)
• Jeg samarbeider med pasienten og pårørende for å finne gode løsninger for pasienten i hverdagen	39 (90,7)	2 (4,7)	1 (2,3)	1 (2,3)
• Jeg kartlegger eventuelle hindringer for behandlingsopplegget i pasientens hverdag	27 (62,8)	12 (27,9)	3 (7)	1 (2,3)
• Jeg følger samme undervisningsopplegg til alle	8 (18,6)	6 (14)	28 (65,1)	1 (2,3)
• Jeg endrer undervisningen i forhold til hvilken religion pasienten tilhører	3 (7)	17 (39,5)	22 (51,2)	1 (2,3)
• Jeg endrer undervisningen i forhold til hvilken kultur pasienten kommer fra	8 (18,6)	20 (46,5)	14 (32,6)	1 (2,3)
				n=43

Tabellen viser at 39 respondenter (90,7 %, n=43) sier at de samarbeider med pasienten og pårørende for å finne gode løsninger i hverdagen. Over seks av ti (62,8 %, n=43) sier at de kartlegger eventuelle hindringer for behandlingsopplegget i pasientens hverdag. Dette tyder på at en god dialog mellom sykepleier og pasient med pårørende er viktig.

27,9 % (n=43) tar utgangspunkt i det pasienten selv oppfatter som årsak for sykdommen og som riktig behandling av den. Flertallet vil også korrigere pasienten dersom de har en annen oppfattelse enn dem. Dette kan ha konsekvenser for pasientens forståelse av sykdom og behandling og for hans motivasjon til å følge et behandlingsopplegg. Få respondenter sier at

de endrer undervisningen i forhold til pasientens religion og kulturbakgrunn, noe som kan vanskeliggjøre en god dialog.

Som Tabell 4.12 (side 54) viste så er skriftlig materiale det hjelpemidlet som benyttes oftest i undervisningen. Ved spørsmål om posten har brosjyrer eller annet undervisningsmaterieell på andre språk enn norsk, svarte bare 37,2 % (n=43) at de hadde det. De språkene som det hyppigst ble nevnt at disse hadde brosjyrer på var Arabisk, Urdu, Engelsk og Tyrkisk (Vedlegg 5). Bare en respondent sa at de hadde brosjyrer på Somali, noe som er bemerkelsesverdig siden det i følge Statistisk Sentralbyrå (2010) er et stort antall innvandrere fra Somalia i Norge. Selv om 95,5 % (n=43) sier at de bruker skriftlig undervisningsmaterieell er det altså nesten 63 % (n=43) som ikke har dette på andre språk enn norsk. Dette betyr at fremmedspråklige pasienter enten får norske brosjyrer, eller må forholde seg til det de får overbrakt muntlig i undervisningen. Dermed er det essensielt at pasienten forstår hva som blir sagt og at tolk blir benyttet.

Følgende påstander omkring bruk av tolketjeneste ble brukt i spørreskjemaet. Respondenten skulle her krysse av for hvor enig eller uenig han var i påstandene. I denne fremstillingen er helt og delvis enig eller uenig slått sammen til kategoriene enig og uenig. For en mer detaljert oversikt, se vedlegg nr 5.

Tabell 4.17
Om bruk av tolk

Påstand	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Ikke svart
• Tolk benyttes alltid når jeg underviser pasienter med annet morsmål enn norsk.	17 (39,5)	9 (20,9)	16 (37,2)	1 (2,3)
• Jeg benytter kun tolk når pasienten ikke forstår norsk.	33 (76,7)	2 (4,7)	7 (16,3)	1 (2,3)
• Ved behov for tolk benytter posten alltid profesjonelle tolker.	33 (76,7)	1 (2,3)	9 (20,9)	-
• Det hender at posten benytter andre utenforstående personer som tolker.	32 (74,4)	1 (2,3)	9 (20,9)	1 (2,3)
• Det hender at pårørende som snakker norsk blir benyttet som tolk.	37 (86)	2 (4,7)	4 (9,3)	-
• Det kan være problematisk å benytte pårørende som tolk.	35 (81,4)	2 (4,7)	6 (14)	-
• Det kan være problematisk å benytte profesjonelle tolker.	12 (27,9)	11 (25,6)	20 (46,5)	-
• Fremmedspråklige pasienter får like mye undervisning som andre pasienter på posten.	20 (46,5)	10 (23,3)	12 (27,9)	1 (2,3)
• Bruk av tolk begrenses til det mest nødvendige.	23 (53,5)	5 (11,6)	14 (32,6)	1 (2,3)
• Vi benytter tolk så ofte som det er behov for det.	31 (72,1)	5 (11,6)	7 (16,3)	-
• Dersom det ikke er mulig å få en tolk til posten benyttes telefontolk.	13 (30,2)	9 (20,9)	21 (48,8)	-
				n=43

33 sykepleiere (76,7 %, n=43) sier at de alltid benytter profesjonelle tolker. Samtidig sier 32 (74,4 %, n=43) at også andre utenforstående personer blir benyttet som tolk, og 37 (86 %, n=43) sier at det hender pårørende benyttes som tolk. Åtte av ti (81,4 %, n=43) mener det kan være problematisk å benytte pårørende som tolk. 12 respondenter (27,9 %, n=43) mener det kan være problematisk å benytte profesjonelle tolker. Dette betyr at pårørende av og til benyttes som tolker på tross av at det oppleves som problematisk. Over halvparten av respondentene (53,5 %, n=43) sier at bruken av tolk begrenses til det mest nødvendige. Likevel mener 71,1 % (n=43) at de benytter tolk så ofte som det er behov for det. Dette kan tyde på at de fleste sykepleierne ikke opplever at tolk blir benyttet i for liten grad.

38 respondenter (88,4 %, n=43) rapporterer spesielle utfordringer ved å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter. Alle identifiserer utfordringer i forhold til kommunikasjon, og peker på faktorer som språk, mottakerens forståelse, tilgjengelighet på tolk og tillit til at tolken oversetter riktig. Mange rapporterer også utfordringer i forhold til kultur, og peker på faktorer som manglende kulturkunnskap, ulikheter ved kulturene i forhold til pårørendes tilstedeværelse, hvem som skal ha informasjon, tabu, hvordan man forholder seg til tid samt ulik begrepsforståelse. Langt færre rapporterer utfordringer i forhold til religion og praktiske ting ved undervisningen. Dette peker igjen mot at religion ikke oppleves som like viktig som språk og kultur i forhold til pasientundervisning. Likevel svarer 83,7 % (n=43) at de tror kunnskap om forskjellige religioner gjør det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle. 14 % (n=43) har selv fått undervisning om religioner etter endt utdanning (Vedlegg 5).

Seks av ti (62,8 %, n=43) mener at pasientundervisningen til fremmedkulturelle på posten deres bør endres. De peker blant annet på skriftlig materiale på flere språk, tilrettelegge undervisningen bedre, hyppigere bruk av tolk, ha et økt fokus på dette samt å øke kunnskapene hos de ansatte. 86 % (n=43) mener at kunnskap om forskjellige kulturer gjør det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter. 20,9 % (n=43) sier at de selv har fått undervisning om kulturer etter at de var ferdig utdannet (Vedlegg 5).

4.4 Oppsummering av funn

Helt til sist vil jeg gjøre en oppsummering av hovedfunnene som er presentert i dette kapitlet.

Denne studien viser at tre av fire respondenter sjelden gir organisert pasientundervisning. Flertallet sier at de gir undervisning som en del av en annen aktivitet, og mange avtaler sjelden tid for undervisningen med pasienten på forhånd.

De tre største gruppene med kroniske sykdommer som gis pasientundervisning er i hovedsak livsstilssykdommer. Det peker på store potensial for pasientundervisning. Ved ni av ti poster underviste sykepleierne pasientene. Det var også mange andre som underviste dem. Undervisningen gis vanligvis til pasient og pårørende alene. Noen underviser pasientene i

grupper, men dette ser ut til ikke å gjelde i samme grad for de fremmedkulturelle pasientene. Det gis generelt sjeldnere pasientundervisning til fremmedkulturelle enn til andre pasienter.

Undervisningen skjer i stor grad etter hva som passer for pasienten og driften av posten, og foregår som oftest som en samtale, i tillegg til demonstrasjon og øving på ulike teknikker. Seks av ti respondenter måtte være tilgjengelig på posten samtidig som de underviste, og bare en tredjedel rapporterte at de hadde tid nok til å gi den undervisningen pasienten behøver.

Nesten alle bruker skriftlig materiell som hjelpemiddel i pasientundervisningen, men bare fire av ti hadde dette tilgjengelig på andre språk enn norsk. Språk og kommunikasjon oppfattes som den viktigste utfordringen i forhold til pasientundervisning til fremmedkulturelle. Dernest kommer kulturforskjeller, mens religion ikke oppleves som en viktig faktor i pasientundervisning til fremmedkulturelle.

Tolk benyttes i størst grad når pasienten ikke forstår norsk. Svært mange rapporterer tilfeller av at de benytter pårørende som tolk til tross for at dette oppleves problematisk. Mange mener at det bør skje en endring i forhold til pasientundervisning til fremmedkulturelle på posten deres, noe som indikerer at de ikke synes det fungerer optimalt i dag. Mangel på skriftlig materiell på flere språk uttrykkes som et savn. Åtte av ti tror at kunnskap om ulike kulturer vil gjøre det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter.

Til sammen tyder dette på at man står ovenfor flere utfordringer for å kunne oppnå at fremmedkulturelle pasienter får et like omfattende tilbud om undervisning som norske pasienter får. Resultatene fra denne undersøkelsen peker mot at det per i dag ikke ser ut til at tilbudet er likeverdige.

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene fra min pilotstudie opp mot teorien som ble presentert i litteraturgjennomgangen. Kapitlet er bygget opp på samme måte som kapittel 4 hvor funnene ble presentert. Til sist vil jeg diskutere instrumentet og dets egnethet til å fange opp de faktorene jeg ønsket å kartlegge, samt komme med forslag til forbedringer.

5.1 Sykepleiere som jobber med kronisk syke pasienter

I denne undersøkelsen besto utvalget av sykepleiere ansatt ved ett universitetssykehus i Oslo-området. 24 utøvende sykepleiere, 10 fagutviklingssykepleiere og 9 avdelingssykepleiere ble rekruttert fra avdelinger der det var sannsynlig at kronisk syke pasienter var innlagt. Dette var hensiktsmessig fordi det ga rom for sammenligninger av svarene i forhold til at gruppene har ulik kompetanse og ulikt fokus. Det var imidlertid ikke mulig å se større forskjeller på hvordan disse svarte i det begrensede utvalget jeg hadde i denne pilotstudien.

Kjønns- og aldersfordelingen i studien stemmer bra med fordelingen blant sykepleiere generelt. Aldersfordelingen i studien gir også en pekepinn for beregning av hvor mange respondenter som er nødvendig for å gjøre en fullverdig tverrsnittundersøkelse (Polit og Beck, 2008).

Hvor lenge sykepleieren har arbeidet på den aktuelle posten og generelt som sykepleier har betydning for hvor erfaren hun er. Med erfaring flyttes fokuset, og dette er beskrevet som en gradvis prosess fra novise til å bli ekspert som går over ca. fem år (Benner, 1984). I forhold til pasientundervisning er det en fordel å ha erfaring, fordi når man skal lære bort til andre, er det en forutsetning at man har kunnskaper om temaet selv. I dette utvalget var det 26 sykepleiere som hadde arbeidet kortere enn fem år på posten de nå jobbet på, mens 17 sa de hadde jobbet der lengre enn fem år. Ved nærmere ettersyn viste det seg at 11 av de 17 med lengst tid på

postene var i lederstillinger enten som fagutviklingssykepleier eller avdelingssykepleier. Dersom utvalget kun hadde bestått av utøvende sykepleiere kunne det tenkes at dette så annerledes ut. Det er også mulig at man på enkelte avdelinger har så stor turnover blant de ansatte at det ikke er så mange der med lang erfaring, og at de få som har lang erfaring blir tilbudt mer ledende stillinger.

Samlet sett speiler utvalget i denne undersøkelsen sykepleiere generelt som arbeider ved sengeposter på sykehus. Svarene deres kan derfor peke mot tendenser i denne gruppen generelt, på tross av at utvalget er for lite til å kunne fastslå noe med sikkerhet.

5.2 Pasientundervisning til kronisk syke

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene fra pilotstudien om hvordan pasientundervisning til kronisk syke gjennomføres og rammene rundt undervisningen opp mot hva som er funnet i andre studier.

5.2.1 Planlagt undervisning

Over halvparten av respondentene svarte at det daglig blir gitt pasientundervisning på deres post, slik at det er en vanlig forekommende aktivitet. Fire respondenter svarte at det aldri blir gitt undervisning på posten deres (Vedlegg 5). Dette kan bety at en avdeling feilaktig ble inkludert i studien, men også at sykepleiere på denne avdelingen ikke anser informasjon som en del av undervisningsbegrepet. Uansett hvilken avdeling pasienten er på, så lenge han er i våken tilstand vil han kunne ha behov for informasjon. Det å gi pasientundervisning er derfor sentralt for alle som gir pasientomsorg uavhengig av den kliniske settingen (Rankin et al., 2005). At fire sykepleiere er så klare på at det ikke gis undervisning på deres avdeling kan ha sammenheng med hvordan pasientundervisning defineres i litteraturen.

Ramos-Remus et al. (2001) sier i sin definisjon at pasientundervisning er en *planlagt* prosess som har som mål å påvirke pasientens helserettede adferd og livskvalitet. Pasientundervisningen handler om å tilføre pasienten nye kunnskaper, holdninger og ferdigheter (American Academy of Family Physicians, 2000). Granum (2003) peker på at

undervisningen må tilstrebe gode læresituasjoner, og poengterer at læring henger sammen med egenaktivitet. Pasienten må engasjeres i undervisningen med tanker og følelser for å få mest utbytte av tilbudet. Oppmerksomhet og målrettet konsentrasjon krever en viss grad av mental anstrengelse og kapasitet (Cimprich, 1992). Det betyr at informasjon som blir gitt, ikke nødvendigvis kan regnes som undervisning ut i fra definisjonen på pasientundervisning, og ut i fra at pasienten ikke er forberedt på at det kommer til å bli sagt noe som han bør konsentrere seg spesielt om. Funnene fra denne pilotundersøkelsen peker mot at virkeligheten ikke alltid stemmer overens med idealene, fordi pasientundervisning i stor grad foregår som del av en annen aktivitet. Som vist i Kapittel 4.1/Tabell 4.2 svarte bare 9 (20,9 %, n=43) at de ga organisert undervisning hver uke. Til forskjell fra dette viser Tabell 4.3 at 26 (60,5 %, n=43) hver uke ga pasientundervisning som en del av annen aktivitet. Dette kan det bety at organisert, planlagt undervisning ikke er en prioritert sykepleieroppgave. Tidligere forskning i Norge har også vist at sykepleiere sjelden planlegger undervisningen (Kloster, 1997, Selmer, 1997). Selmer (1997) peker imidlertid på at det er viktig å ivareta både den formelle og den uformelle delen av undervisningen.

Sykepleierne kjenner pasientenes behov for kunnskaper og egne plikter om å undervise, men vil i hovedsak forsøke å overbringe kunnskaper til pasientene samtidig som de utfører andre oppgaver. Dette kan fra sykepleiernes ståsted oppfattes som effektiv bruk av tid i en hektisk hverdag. Spørsmålet er da hvorvidt pasientene faktisk oppfatter at de får undervisning, og mobiliserer oppmerksomhet om det som blir sagt. Mange faktorer i en sykehussetting kan virke distraherende på pasienten og dermed hemme læring. Slike miljøfaktorer kan være lyder, gjennomgangstrafikk, forskjellige sykepleiere og et upersonlig og teknisk miljø. I tillegg kan pasientens sykdom gjøre at han er uopplagt, har smerter eller engstelse, hvilket også påvirker hans oppmerksomhet (Cimprich, 1992). Når sykepleieren også gjør en annen oppgave samtidig som hun informerer er det svært mange faktorer som kan "stjele" pasientens oppmerksomhet, slik at han kanskje heller ikke oppfatter at han blir undervist. Det er altså ikke optimalt å gi pasientundervisning som del av en annen aktivitet.

5.2.2 Tid og rom for undervisning

Når pasientundervisning blir gitt som del av en annen aktivitet kan det henge sammen med flere faktorer, og det kan ha betydning hvordan undervisning prioriteres i avdelingen. I denne undersøkelsen sa bare 18 av 43 (41,9 %) seg enige i at undervisning er høyt prioritert i deres

avdeling. Like mange var enige i at andre har ansvar for deres pasienter når de gir pasientundervisning. Dette er en faktor som kan bidra til om man har mulighet til å sette seg ned og ha en planlagt og organisert undervisning med pasientene. Nesten seks av ti i denne undersøkelsen svarer at de ikke kan sitte uforstyrret og gi pasientundervisning, og at de må være tilgjengelige på posten samtidig som de underviser. Dette er med på å legge hindringer i veien for en god undervisningssituasjon. Samtidig sier seks av ti at det forventes at de gir undervisning til sine pasienter. Resultatene fra denne pilotstudien peker altså mot at pasientundervisning er en aktivitet det forventes at sykepleierne gjør, men som ikke prioriteres høyt nok i form av tilrettelegging. Her tenkes det spesielt på mulighetene til å ta med pasienten til et sted hvor man kan sitte uforstyrret en viss periode og gi undervisning.

Som Granum (2003) peker på så henger tid til undervisning sammen med personalressurser og organisering av arbeidet i avdelingen, men at man ved å planlegge godt kan overkomme dette hinderet. Målet for hver undervisningssesjon må stå i forhold til den tiden man har til rådighet. Ved å dele undervisningen opp i mindre bolker vil man også ta hensyn til pasientens kapasitet til å tilegne seg ny kunnskap. Det behøver med andre ord ikke å være så galt at man ikke har mulighet for lengre undervisningsbolker.

Rankin et al. (2005) poengterer også at tid ofte blir brukt som et argument mot pasientundervisning. Undervisningen blir regnet som en urealistisk og tidkrevende syssel som foregår på bekostning av andre og viktigere oppgaver. De mener at sykepleiere må lære seg å gjøre undervisningen til en del av sine daglige gjøremål. Det er muligens dette sykepleierne i denne undersøkelsen gjør. Kunsten er dermed å planlegge når man skal gi undervisningen, slik at pasienten får tid til å forberede seg og tenke over temaet også. I denne undersøkelsen svarte bare 16 av 43 (37,2 %) at de som oftest eller alltid avtalte tid for undervisningen med pasienten på forhånd. Det betyr at 60 % avtalte kun av og til, sjelden eller aldri. Sykepleierne tar kanskje undervisningen litt innimellom andre oppgaver ettersom de opplever å ha tid til rådighet. Da er det dermed vanskelig å skulle gi pasienten beskjed om akkurat når de kommer for å gi undervisning. Hvis flere hadde avtalt tidspunkt, forberedt pasienten og funnet ut om det var noe tidspunkt på dagen som passet bedre enn andre for ham, kunne det hatt betydning for hvor motivert og mottagelig han var for å lære noe nytt (Cimprich, 1992, Granum, 2003, Rankin et al., 2005, Selmer, 1997). I denne undersøkelsen svarte hele 35 av 43 (81,4 %) at undervisning blir gitt etter hva som passer for pasientene og for driften på posten. Hvorvidt

det er pasienten eller driften som veier tyngst her vites ikke, men dette er et tema som bør studeres nærmere.

5.2.3 Undervisningsform og hjelpemidler

Hvilke undervisningsformer og hjelpemidler som benyttes i undervisningen har betydning for hvor mye pasienten lærer. I denne undersøkelsen svarte 38 av 43 (88,4 %) at undervisningen foregår individuelt med den enkelte pasient. 26 av 43 (60,5 %) har også undervisning med pasientens pårørende til stede. Den samme tendensen vises i forhold til fremmedkulturelle hvor henholdsvis 95,3 % (n=43) gir individuell undervisning, og 65,1 % (n=43) også gir undervisning med pårørende. Den eneste forskjellen mellom etnisk norske og fremmedkulturelle er at 8 respondenter har svart at de generelt gir undervisning i grupper til pasienter med samme diagnose, mens bare 1 har svart dette i forhold til fremmedkulturelle. Fordi materialet er lite er det ikke mulig å si om dette er talende for populasjonen generelt, men dersom det er slik er det viktig å kartlegge mulige årsaker til det. Antagelig vil språk være en stor utfordring for gruppeundervisning til fremmedkulturelle. Dersom fremmedkulturelle ikke får tilbud om undervisning i grupper vil de kunne gå glipp av mulighetene til å lære av, og diskutere med andre i samme situasjon (Rankin et al., 2005).

De undervisningsformene som hyppigst rapporteres brukt av respondentene i denne undersøkelsen er samtaler hvor sykepleier forteller pasienten om aktuelle tema, utdeling av skriftlig materiale og samtaler hvor pasienten forteller hva han ønsker svar på. Rundt halvparten av respondentene rapporterer at de demonstrerer teknikker og lar pasientene øve på teknikkene. Ingen svarte at de benyttet undervisningsformer som ikke var nevnt i spørreskjemaet. Resultatet peker altså på at undervisningen gis individuelt. Ved å gi individuell undervisning har man bedre mulighet til å tilpasse undervisningen til den enkelte pasient. Ved å kartlegge hvilke ressurser pasienten har og benytte seg av disse vil man også kunne fremme muligheter for læring. Slike ressurser kan dreie seg om pårørende som kan være til støtte, personlig motivasjon for å lære, kunnskaper og utdanning samt tidligere erfaringer (Granum, 2003, Rankin et al., 2005, Klung Redman, 2007). Individuell tilpasning av undervisning vil trolig ha innvirkning på motivasjon for å lære og dermed for hvor mye krefter pasienten vil bruke på å fokusere oppmerksomheten mot det som blir sagt.

Selv om respondentene ikke benytter det i særlig grad er det fordeler med undervisning i grupper også. Det mest åpenbare er at pasientene da er forberedt på at de skal bli undervist, og at undervisningen er planlagt. Gruppeundervisning kan også bidra til at pasientene føler seg mindre fremmedgjort og annerledes, samtidig som de opplever støtte fra andre mennesker i samme situasjon. Mange pasienter uttrykker etter gruppesamlinger at det har hjulpet dem å høre andre uttrykke de samme problemene og følelsene som de selv opplever. Det kan også ha klare fordeler å høre hvilke mestringsstrategier andre benytter i hverdagen fra noen som selv har erfaring med dette. I tillegg kan det virke motiverende for endring å høre hvordan en annen har jobbet for å gjøre endringer i livet sitt og hvilke fordeler han har oppnådd med det. Samtidig krever gruppeundervisning at deltagere er villige til å dele noe informasjon om private anliggende til andre, hvilket ikke alle ønsker (Rankin et al., 2005). Det er altså fordeler med både individuell undervisning og undervisning i grupper. Det mest ideelle vil kanskje være en kombinasjon av disse.

Uansett om man velger å undervise individuelt eller i grupper, har man et stort utvalg av hjelpemidler man kan benytte i undervisningen. Hvilke som er tilgjengelige på hver avdeling har med faktorer som etterspørsel, behov, oppfinnsomhet, prioritering og økonomi å gjøre. Funnene fra denne undersøkelsen viser at det i stor grad er utdeling av skriftlig materiell som er det mest brukte hjelpemidlet. Tabell 4.12/Kapittel 4.2 viser at så mange som 41 av 43 (95,3 %) benytter brosjyrer og/eller annet skriftlig undervisningsmateriell i forbindelse med pasientundervisning. Dette betyr at pasientene har mulighet til å sette seg inn i temaet i sitt eget tempo, samtidig som de har noe å slå opp i dersom det er noe de lurer på. Det likevel verdt å merke seg at skriftlig materiale er en form for hjelpemiddel som tilrettelegger for undervisning, men det underviser ikke på egenhånd. Studier har gjentatte ganger vist at skriftlig materiale har liten effekt dersom innholdet ikke diskuteres med helsepersonell (Rankin et al., 2005). Som nevnt tidligere er det mange faktorer som kan gjøre at pasienten er mindre mottagelig for informasjon når han er innlagt på sykehuset. Skriftlig materiale gir ham mulighet til å repetere det som har blitt sagt, også etter utskrivelse fra sykehuset (Granum, 2003). Det kan være svært nyttig å ha noe å slå opp i, da studier har vist at pasienter glemmer så mye som 80 % av det legene har fortalt dem. I tillegg blir nesten halvparten av det de sier at de husker, gjengitt feilaktig (Kessels, 2003). Dette betyr at det i pasientundervisning generelt og til fremmedkulturelle er en styrke å gi pasientene noe de kan ha med seg hjem og slå opp i senere.

Bruk av skriftlig informasjonsmateriale stiller imidlertid flere krav. Det stiller krav til at pasienten kan lese og har overskudd og motivasjon til å lese, men også til at innholdet er skrevet på et enkelt språk slik at det er forståelig for pasienten (Doak, Doak og Root, 1996). Skriftlig undervisningsmaterieell er en viktig del av de aller fleste undervisningsprogram. Det er likevel verdt å merke seg at mennesker lærer på forskjellig måte og selv om noen lærer best av å lese, vil andre ha mer nytte av video eller plansjer for å kunne se ting for seg (visuelt), mens andre lærer best gjennom å ta på og prøve ut (hands-on) samtidig som de hører sykepleierens forklaring (auditorielt). Kombinerer man bruk av flere sanser er sjansen større for at pasienten skal lære det man forsøker å undervise ham (Chang og Kelly, 2007).

Andre hjelpemidler som sykepleierne i denne undersøkelsen rapporterer at de benytter relativt ofte er henvisning til pasientforeninger og bruk av øvelsesutstyr for å lære pasienten nye teknikker (se Kapittel 4.2/Tabell 4.12). Pasientforeninger er arena for å få vite mer om sykdommen og oversikt over hvilke rettigheter man har, men også for å komme i kontakt med andre med samme diagnose. Mange pasientforeninger arrangerer kurs, treff og lignende hvor pasienten får anledning til å treffe likemenn. Henvisning til pasientforeninger kan derfor være et ypperlig supplement til den undervisningen sykepleierne gir. Bruk av øvelsesutstyr er en måte som aktivt involverer pasienten og som fremmer umiddelbar benyttelse av ervervet kunnskap og ferdigheter. Pasienten kan observere, håndtere, vise, diskutere og prøve ut utstyr samtidig som sykepleieren er tilstede for å gi instruksjon, oppmuntring og tilbakemelding (Rankin et al., 2005). Dette er altså en svært nyttig måte å lære pasienten en ny ferdighet på.

En tredjedel av respondentene rapporterer at de bruker plansjer og bilder i undervisningen (se Kapittel 4.2/Tabell 4.12). Dette er nyttige midler for at pasienter visuelt skal se for eksempel sammenhenger som er vanskelige å forstå når de blir presentert muntlig eller skriftlig. I tillegg er det ypperlige hjelpemidler til mennesker med begrensede lese- og språkferdigheter som for eksempel barn og enkelte fremmedkulturelle som ikke har hatt mulighet til skolegang. Bilder fanger lett pasientens interesse og kan hjelpe ham å huske det som blir sagt (Rankin et al., 2005). Svært få av respondentene i denne undersøkelsen (7-14 %, n=43) benyttet PC eller filmer som hjelpemidler. Dette synes rimelig i forhold til at respondentene i liten grad avtaler og organiserer undervisning. Hadde man skullet brukt PCer og filmer for eksempel, måtte undervisningen vært noe mer planlagt, og kunne ikke foregått som del av en annen aktivitet

slik respondentene i denne undersøkelsen oppgir at den ofte gjør. Filmer fungerer på samme måte som bilder, men viser reelle situasjoner bedre. For at de skal ha ønsket effekt må de oppleves som relevante for pasienten (ibid). PCer kan brukes til for eksempel powerpoint fremvisninger, websider og spesielle læringsprogrammer laget for de enkelte pasientgruppene. Dette passer ikke for alle, men kan være nyttig for eksempel for unge mennesker som er vant til å tilegne seg kunnskaper gjennom bruk av PC. Dette er imidlertid også avhengig av de ressursene avdelingene har til rådighet i form av penger til PCer og utforming av programmer.

Resultatene fra undersøkelsen viser altså at respondentene gir undervisning i hovedsak individuelt. Da kan man lettere tilpasse undervisningen til mottakeren, men det gis ikke samme muligheter til å diskutere og lære av likemenn. Undervisningen foregår oftest som en samtale, eller som demonstrasjon og prøving av teknikker. Hjelpemidler som benyttes består for det meste av skriftlig materiale i tillegg til bruk av øvelsesutstyr og henvisning til pasientforeninger. Dette har betydning for hvilke utfordringer man møter i forbindelse med undervisning til fremmedkulturelle pasienter, hvilket diskuteres i neste kapittel.

5.3 Pasientundervisning til fremmedkulturelle

I dette kapitlet vil jeg diskutere de faktorene ved pasientundervisningen som er spesielle i møtet med fremmedkulturelle pasienter. Dette handler i hovedsak om utfordringer i forhold til annet språk, annen kultur og annen religion, men også om hvilke kunnskaper sykepleierne har til å møte disse utfordringene.

5.3.1 Bruk av tolk

I møtet med fremmedkulturelle pasienter vil sykepleieren ofte oppleve utfordringer i forhold til kommunikasjon og språk. Spesielt gjelder dette når pasienten og sykepleieren ikke har felles språk. Dette skaper utfordringer i de fleste situasjoner, men kanskje spesielt i forhold til pasientundervisning. Ni av ti respondenter i denne undersøkelsen rapporterer at det er spesielle utfordringer ved å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter. Alle nevner her utfordringer i forhold til kommunikasjon. Dette inkluderer språk, mottakerens forståelse, tilgjengelighet på tolk og tillit til at tolken oversetter riktig. For å ha mulighet til å forklare, informere og undervise pasienten er det essensielt at sykepleieren samarbeider med en tolk.

Bruk av tolk er et virkemiddel for å oppnå mer likestilling mellom fremmedkulturelle og etniske nordmenn (UDI, 1994).

Det skal benyttes profesjonelle tolker, men ofte ser man at andre, for eksempel pårørende blir benyttet som tolk. I denne undersøkelsen var 33 av 43 (76,7 %) respondenter helt eller delvis enige i at posten kun benytter profesjonelle tolker ved behov for tolk. Bare 12 (27,9 %) mente at det kan være problematisk å benytte profesjonelle tolker. Dette tyder på at mange bruker profesjonelle tolker. Det å bruke profesjonelle tolker gjør at man unngår brudd på taushetsplikten i tolkesamtalen. I tillegg vil man da i større grad kunne være sikker på at tolken oversetter riktig. Det er imidlertid ingen enkel oppgave å tolke i undervisningssituasjon til fremmedkulturelle, fordi i tillegg til å beherske begge språk godt bør tolken ha god kjennskap til begge kulturer samt en forståelse for emnet det skal undervises i. Det er ofte ikke tilstrekkelig å oversette bare ord for ord. For at budskapet skal nå frem til mottakeren er det i mange sammenhenger nødvendig med en kulturell oversettelse også. Dette handler om nonverbale kommunikasjonsmåter, kommunikativ stil og kulturell kontekst (Hanssen, 2005, Dahl, 2001).

Det er heller ikke alltid at helsepersonell har fått opplæring i hvordan de bruker tolk, noe som kan føre til at de ikke benytter tolken effektivt (Chamba og Ahmad, 2000). Det krever en spesiell teknikk å snakke med tolk og helsepersonell bør lære seg tolkebruk (Magellsen, 2008). I tillegg kan det være utfordrende bare det å skulle forholde seg til en tredjeperson i pasientundervisningssituasjonen. Det er derfor interessant at nesten bare en fjerdedel av respondentene i denne undersøkelsen mener det kan være problematisk å benytte profesjonelle tolker. Det kan bety at sykepleierne som svarte har erfaring med bruk av tolk, de kan ha fått opplæring i bruk av tolk, eller det kan være de opplever profesjonelle tolker som overbevisende.

Selv om tre fjerdedeler av respondentene i denne undersøkelsen i utgangspunktet er enige i at de kun benytter profesjonelle tolker så svarer 32 (74,4 %, n=43) at det også hender de benytter andre utenforstående personer som tolk, og 37 (86 %, n=43) sier at det hender at pårørende benyttes som tolk. Samtidig sier 35 (81,4 %, n=43) seg enige i at det kan være problematisk å benytte pårørende som tolk. Det forekommer altså på de aller fleste avdelingene i denne undersøkelsen at man benytter andre personer enn utdannede tolker til å

tolke. Dette kan ha flere årsaker og slik som praktiske årsaker, tilgjengelighet og økonomiske årsaker. Det koster penger å bruke profesjonelle tolker, og på noen avdelinger kan det derfor være slik at bruk av tolk begrenses noe. I denne undersøkelsen svarer 23 (53,5 %, n=43) at de er helt eller delvis enige i at bruk av tolk begrenses til det mest nødvendige. Likevel er så mange som 31 (72,1 %) enige i at de benytter tolk så ofte som det er behov for det. Det virker altså ikke som om det generelt legges store restriksjoner på tolkebruk.

Årsaken til at mange bruker andre enn profesjonelle tolker til å tolke kan også ha med tilgjengelighet å gjøre. Tolketjenesten i Oslo for eksempel har arbeidstid fra 08.30 til 15.00, men de har også en krisetelefon man kan ringe ved behov for tolk utenom arbeidstid (Oslo Kommune, 2010). På et sykehus vil man kunne ha behov for tolk mange ganger utenom normal arbeidstid. Trenger man tolk til en legesamtale eller til pasientundervisning vil det som oftest være mulig å planlegge dette i forveien slik at tolken kan komme på dagtid, men dersom det plutselig dukker opp noe man skal forklare til pasienten på kveldstid, vil det kanskje være enklest å spørre pårørende om hjelp. Spesielt i forhold til muslimske pasienter vil man kunne oppleve at pårørende ofte er tilstede hos pasienten.

Bruk av pårørende som tolk beskrives som problematisk og ukorrekt (Hanssen, 2005, Magelssen, 2008). Deres språkferdigheter kan være utilstrekkelige, og det samme gjelder deres forståelse av vestlig medisinsk tenkning. Man har også liten kontroll med om alt virkelig blir oversatt. Når familie eller venner benyttes som tolk går det også på tvers av helsearbeiderens taushetsplikt og pasienten kan vegre seg for å si ting slik de virkelig er (ibid). Det er derfor ikke alltid forsvarlig eller ønskelig å bruke pårørende som tolk, men det kan virke som en hensiktsmessig løsning når tolketjenester er vanskelig tilgjengelig.

Bare 13 (30,2 %, n=43) av respondentene sier at de benytter telefontolk. Dette kan skyldes at det er mindre kjent enn bruk av fremmøtetolk. Telefontolk er et alternativ som kan foretrekkes fordi det sikrer pasientens anonymitet, tolken blir ikke et forstyrrende element, og pasient og behandler oppnår bedre kontakt. Det sparer også tolken for tid ved at han slipper å reise til og fra behandlingsstedet. Imidlertid opplever tolkene det som en krevende og ensom arbeidsform da de bare har en stemme å forholde seg til (Magelssen, 2008). Det er altså både fordeler og ulemper ved å benytte telefontolk, men det er som regel et klart bedre alternativ enn å ty til de pårørende.

I denne undersøkelsen svarer 33 av 43 (76,7 %) at de kun benytter tolk når pasienten ikke snakker norsk. Dette kan by på utfordringer for pasienten, for eksempel i forhold til pasientundervisning fordi språkkompetansen kan synke når man blir syk, føler smerte eller er redd (Magelssen, 2008). Det kan være vanskelig å finne de rette ordene og pasienten kan bli forlegen fordi han uttrykker seg på en barnslig måte. Da vil det være god sykepleie å hente inn en tolk. Ofte kan det være slik at mennesker vil ha behov for tolk i en periode med mye stress, angst eller i en krise, men ikke i perioder med mindre stress (Chang og Kelly, 2007). Hvor godt norsk pasienten må snakke for at man skal la være å kontakte tolk er et åpent spørsmål. Derfor er det viktig å ha en dialog med pasienten selv om dette. Det enkleste er å være på tilbudssiden å spørre om han selv ønsker å ha en tolk tilstede. Man kan anta at språkkompetansen og ønske om bruk av tolk vil kunne variere i forhold til faktorer som hvor lenge personen har vært i landet og om han er i arbeid.

Av respondentene i denne undersøkelsen var 20 (46,5 %, n=43) enige i at fremmedspråklige får like mye undervisning som andre pasienter på posten. Dette kan ha sammenheng med flere faktorer, men det vil kunne være rimelig å anta at språkbarrieren har en viss betydning. Mangel på opplæring kan være like alvorlig som mangel på medisiner og gode behandlingsformer, fordi opplæring er en forutsetning for å mestre hverdagen med langvarig sykdom, og muligens hindrer forverring av sykdommen og utvikling av alvorlige komplikasjoner (Ayub og Hopen, 2008). Som det har kommet frem i dette kapitlet kan det være vanskelig å få tilgang på profesjonell tolk når man har behov for det. Tidligere kapitler har vist at pasientundervisning ofte er lite planlagt og gjøres som del av en annen aktivitet. Ved innleie av tolk må nødvendigvis undervisningen planlegges og gjennomføres på en helt annen måte. Dette kan også være med på å skape forskjell på tilbudet til fremmedspråklige i forhold til andre. Dette betyr at sykepleiere bør forsøke å planlegge pasientundervisningen slik at de har mulighet til å kontakte profesjonelle tolker, samtidig som de bør tilstrebe at fremmedkulturelle får et like bra tilbud om undervisning som det etnisk norske har.

En annen faktor i forbindelse med språkbarrieren ovenfor fremmedkulturelle pasienter er tilgangen på skriftlig materiell på pasientens eget språk. Som allerede presentert i Tabell 4.12 så svarer 41 av 43 (95,3 %) respondenter i denne undersøkelsen at de benytter brosjyrer eller annet skriftlig undervisningsmateriale som hjelpemiddel i pasientundervisningen. I forhold til

undervisning til fremmedkulturelle er det derfor interessant om det foreligger skriftlig materiell på pasientenes eget språk. Videre er det 22 respondenter (51,2 %, n=43) som rapporterer at det ukentlig eller oftere er innlagt pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Dermed kunne man anta at det var et behov for skriftlig materiell på flere språk. 16 respondenter (37,2 %, n=43) bekreftet at de hadde undervisningsmateriell på andre språk enn norsk, hvilket inkluderte arabisk, urdu, engelsk og tyrkisk. Bare én av respondentene nevnte at de hadde materiell på polsk eller somali selv om disse begge er store innvandringsgrupper i Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2010). Imidlertid er det kun få respondenter som har nevnt Polen som et land fremmedkulturelle pasienter kommer fra. Polen er med i EU, og går derfor ikke nødvendigvis inn under definisjonen *fremmedkulturelle*. Videre er de fleste innvandrere fra Polen arbeidsinnvandrere, og det kan være naturlig å tenke at dersom de blir syke reiser de hjem for å være i nærheten av familie og venner. På den annen side sier hele 36 respondenter (83,7 %, n=43) at de har fremmedkulturelle pasienter fra Somalia. Det ses altså et misforhold mellom antall somaliske pasienter og tilgangen på undervisningsmateriell på somali. Hva som er årsaken til dette er vanskelig å si, men en medvirkende faktor kan være at Somalia er et relativt nytt flyktningsland (Aalandslid, 2005).

Årsakene kan være sammensatte, og det som denne undersøkelsen viser er at det fremdeles er mangler i forhold til tilgang på skriftlig materiell på andre språk enn norsk. Når skriftlig materiale er det hyppigst brukte hjelpemidlet i undervisningen, peker dette mot at pasienter med annet morsmål enn norsk er avhengige av den muntlige undervisningen. Når vi ser at også kommunikasjonen er en utfordring, er det nærliggende å trekke en konklusjon om at de fremmedkulturelle pasientene får et dårligere undervisningstilbud enn de etnisk norske får.

5.3.2 Tilpasning i forhold til kultur

Som beskrevet i kapittel 2 er kulturen en del av din identitet; hvem du er og hvordan du oppfatter verden. Selv om man flytter til et fremmed land vil de fleste ha med seg mye av sin egen kultur og forsøke å leve i størst mulig grad slik de er vant til. Man vil også i stor grad beholde noen av de verdiene man har. Samsvar mellom undervisning og kulturelle verdier er derfor nødvendig for å oppnå et godt resultat av pasientundervisning. Samtidig er den enkeltes verdier individualiserte, kulturbestemte og varierende fra pasient til pasient (Chang og Kelly, 2007). I denne undersøkelsen svarte 12 respondenter (27,9 %, n=43) at de var enige i påstanden om at undervisningen tilpasses pasientens kultur. 15 respondenter (34,9 %, n=43)

var uenige i påstanden, og like mange tok ikke stilling til spørsmålet. Med et visst forbehold i den høye andelen som ikke har tatt stilling til spørsmålet peker dette mot at det ikke er vanlig å tilpasse undervisningen til pasientens kulturbakgrunn. Dette kan ha sammenheng med at sykepleierne ofte lærer bort tekniske ferdigheter. Dersom målet med undervisningen er at pasienten skal lære en spesiell teknikk, som for eksempel å sette sprøyte på seg selv, vil undervisningen gjerne fokusere på demonstrasjon og øvelse av teknikk og tilpasning til kultur kan dermed synes unødvendig. Likevel vil pasientens kulturelle verdier være med på å bestemme hvorvidt han finner det nyttig å lære denne teknikken og om han kommer til å benytte den etter utskrivelse fra sykehuset. Pasientens oppfattelse av sykdommen, hans evne til å fokusere og forstå hva han skal lære, hans helserelaterte kunnskaper, hans fysiske tilstand og hans tro på muligheten for at han vil dra fordeler av det som skal læres vil påvirke hvorvidt informasjonen han gis blir oppfattet og benyttet (Chang og Kelly, 2007).

Det er mulig at respondentene ikke er seg bevisst at de faktisk tilpasser i forhold til kultur når de yter pasientundervisning. Poenget med å tilpasse undervisningen til pasientens kultur handler om å gjøre stoffet forståelig og relevant for pasienten i hans hverdagsliv. Kanskje er dette så innarbeidet hos sykepleiere i undervisningssammenheng at de ikke tenker over at det er det de gjør. Bare 8 av 43 respondenter (18,7 %) sier at de endrer undervisningen i forhold til hvilken kultur pasienten kommer fra. Dersom det er slik i sykepleiegruppen generelt kan det tyde på at man her har rom for forbedringer. Leininger (2001) peker på mange fordeler ved å inkorporere kulturelle verdier og handlingsmønstre i sykepleien til fremmedkulturelle pasienter. Det øker pasienttilfredsheten, pasientene følger i større grad behandlingsoppleggene når de samkjøres med deres egen kultur, og det reduserer fare for at det skal oppstå konflikt mellom det sykepleieren sier og pasientens egen verdiforankring og trossystem. Slik kan man bidra til at pasienten følger behandlingsopplegget, redusere faren for forverring eller tilbakeslag og på den måten minske de totale kostnadene for helsevesenet.

Så mange som 32 av 43 respondenter (74,4 %) i denne undersøkelsen svarte at de var enige i at undervisning til fremmedkulturelle gis slik at pasienten oppfatter det som blir sagt. For at pasienten skal oppfatte det som blir sagt må det bli fremlagt på en forståelig måte, på et språk pasienten forstår, i mindre bolker av gangen, og med relevans i forhold til pasientens referanserammer (Granum, 2003, Mandler, 1975, Chang og Kelly, 2007). Dersom noen av disse faktorene mangler øker sjansen for at budskapet ikke blir oppfattet. En mulig måte å

finne ut om budskapet er oppfattet er å se om pasienten følger de rådene han får (Klung Redman, 2007). I denne undersøkelsen sier 13 respondenter (30,2 %, n=43) seg enige i at de fremmedkulturelle vanligvis følger de rådene de blir gitt, og 3 respondenter (7 %, n=43) var uenige i at det ofte viser seg etter utskrivelse at pasienten *ikke* har fulgt de rådene de fikk under innleggelsen. Dette kan bety at sykepleierne ikke vet hvorvidt råd blir fulgt. Det kan også bety at mange ikke følger de rådene de får. Målet med pasientundervisningen er ikke nødvendigvis compliance, altså at pasienten gjør som han får beskjed om, men at pasienten skal være i stand til å ta et informert valg når han kjenner medisinske anbefalinger, risiko etc. (Rankin et al., 2005). Kanskje følger ikke pasienten ikke råd fordi de går på tvers av hans egne verdier. Dette behøver ikke bli et problem dersom sykepleieren tar hensyn til dette når hun underviser og sammen med pasienten finner en løsning (Chang og Kelly, 2007, Leininger, 2001).

På begge disse spørsmålene om hvorvidt råd ble fulgt var det klart flest som valgte å ikke ta stilling til spørsmålet. Hva som kan være grunnen til dette er vanskelig å si ut i fra dette datamaterialet, men man kan spekulere i om det er spørsmålenes ordlyd, hva respondentene vet noe om, det å forholde seg til alle fremmedkulturelle som én gruppe, eller om det er kort liggetid og få reinnleggelser som bidrar til at disse spørsmålene er vanskelige å svare på.

Andre faktorer som er med på å påvirke hvorvidt pasienten oppfatter det som blir sagt i undervisningen handler også mye om tilrettelegging for den enkelte. 15 av 43 respondenter (34,9 %) er enige i at de endrer undervisningen i forhold til pasientens utdanningsnivå, og kun 1 sier at posten har et eget undervisningsopplegg for pasienter som ikke kan lese. Over halvparten av respondentene er også enige i at de fremmedkulturelle pasientene vektlegger andre ting enn det de selv oppfatter som viktig. Dette peker i retning av at pasient og sykepleier ofte står langt fra hverandre, både i forhold til generelle kunnskaper, og hva de legger vekt på eller oppfatter som viktig. Når utgangspunktene er så langt fra hverandre kan det være viktig å huske på at her er det sykepleieren sin oppgave å møte pasienten der han er.

Alt i alt peker svarene i denne undersøkelsen i retning av at man fremdeles har en vei å gå for å kunne si at undervisningen tilpasses pasientens kulturbakgrunn.

5.3.3 Tilpasning i forhold til religion

I tillegg til pasientens kulturbakgrunn kan religiøs overbevisning være av betydning for hvordan han lever sitt liv og hva han vektlegger. Dette er en faktor av betydning i undervisningssammenheng. Tronstad (2008) beskriver etter undersøkelser gjort av Statistisk Sentralbyrå at mennesker både fra Pakistan og Somalia rangerer religion som en svært viktig del av deres liv. Dette er to store innvandringsgrupper som gjerne mottar helsehjelp i Norge. I denne undersøkelsen sier 39 respondenter (90,7 %, n=43) at de i undervisningssituasjoner samarbeider med pasient og pårørende om å finne gode løsninger for pasienten i hverdagen. 27 respondenter (62,8 %, n=43) sier at de kartlegger eventuelle hindringer i pasientens hverdag. Samtidig sier kun 6 (14 %, n=43) at de tilpasser undervisningen til pasientens religion. Dette sammenfaller med at kun 3 respondenter (7 %, n=43) sier at de endrer undervisningen i forhold til religionen pasienten tilhører. Sammenlignet med antallet som tar opp kultur er det mange færre studier om pasientundervisning til fremmedkulturelle som tar opp religion som tema. Ofte regnes religion inn under kulturbegrepet. I hvilket omfang undervisningen tilpasses religion vites derfor ikke. Det bør derfor undersøkes ytterligere om sykepleiere enten ikke opplever religion som en viktig del av pasientens hverdag, ikke har nok kunnskaper om religion til å kunne tilrettelegge i forhold til det, eller ikke oppfatter det som nødvendig/relevant å tilpasse undervisningen til religion. En amerikansk studie av muslimske kvinner viste derimot at religionen var svært viktig for dem, også i møte med helsevesenet. De uttrykte spesifikt at de ønsket å motta informasjon i kjente omgivelser som for eksempel i moskéen, og foretrakk at den som ga informasjon var kjent med miljøet og dermed kunne gjøre informasjonen lettere forståelig for dem (Simpson og Carter, 2008).

Det er videre verdt å merke seg er at bare 8 av 43 respondenter (18,6 %) i denne undersøkelsen sier at de følger samme undervisningsopplegg til alle fremmedkulturelle pasienter. Det må altså være enkelte faktorer som gjør at de fleste endrer undervisningen fra pasient til pasient. Kanskje vektlegger sykepleierne faktorer som angår sykdommen, dens stadier, behandling, undersøkelser og lignende når de tilpasser undervisningen. Dette er områder som er kjent for sykepleierne og dermed også enkelt og trygt å forholde seg til. En norsk studie viste at sykepleierne i undervisningssituasjonen fokuserte på pasienten her og nå. Undervisningen inneholdt i hovedsak faktainformasjon om hva som skulle skje, rutiner i avdelingen, forklaringer på det de selv gjorde når de utførte prosedyrer og informasjon om medikamentene pasientene fikk (Kloster, 1997).

Kun én respondent har svart at posten har et eget undervisningsopplegg tilpasset forskjellige religioner. Én har også kommentert i margin at det ikke er behov for dette. Det vil antagelig ikke alltid være nødvendig å tilpasse undervisningen til pasientens religion, men i de tilfeller der religiøse forestillinger kommer i konflikt med det man lærer i undervisningen er det grunn til å spørre seg hva pasienten kommer til å gjøre. Det kunne i slike tilfeller ha vært til god hjelp for pasienten at man i undervisningen hadde kommet med forslag til hvordan kan kunne kombinere disse hensynene. Sykepleierne i denne undersøkelsen sier relativt tydelig at religion ikke er en viktig faktor i pasientundervisningen. Det hadde vært interessant å høre hva pasientene selv tenker i forhold til dette.

5.3.4 Kulturell kompetanse

Som påpekt i kapittel 2 er det viktig at sykepleiere innehar en viss kulturell kompetanse når de skal undervise pasienter med en annen kulturbakgrunn enn dem selv. 38 respondenter (88,4 %, n=43) i denne undersøkelsen er enige i at det er mer utfordrende å gi undervisning til fremmekulturelle pasienter enn til norske. Dette skulle bety at det er behov for mer kunnskap på dette området.

På spørsmål om sykepleierne trodde kunnskap om forskjellige kulturer gjør det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter svarte 37 (86 %, n=43) bekreftende på dette. Undersøkelsen viste at 36 (83,7 %, n=43) også trodde at kunnskap om forskjellige religioner ville gjøre undervisning til fremmedkulturelle enklere. Dette står i sterk kontrast til funnene i kapitlet over som indikerte at religion ikke var viktig i det hele tatt i undervisningssammenheng. Bare 9 (20,9 %) og 6 (14 %) av 43 respondenter hadde selv fått noe undervisning om henholdsvis kultur og religion etter endt utdanning. Her hadde det vært interessant også å vite om de hadde fått noe undervisning om disse temaene under grunnutdanningen.

Kulturell kompetanse handler på mange måter om å forstå pasienten i en noe større sammenheng. I tillegg til pasientens kulturelle bakgrunn vil utdanning og kjønn påvirke hvilke oppfatninger han har omkring helse og sykdom (Rosenstock et al., 1988). For å kunne danne seg et bilde av pasientens ståsted kan det være nyttig å benytte de åtte spørsmålene til Kleinman et al. (1978) om pasientens egen oppfatning av sykdommen, sykdomsårsak og

behandling. Pasientens overbevisninger er ting de har akseptert som sanne, ofte sammensatt med andre overbevisninger. Dette står i kontrast til kunnskap som er sett på som sannhet (Purnell og Paulanka, 1998). Bare 12 av 43 (27,9 %) sa at de tok utgangspunkt i det pasienten selv oppfattet som sykdomsårsak når de underviste, like mange etterspurte hva pasienten selv oppfattet som riktig behandlingsmetode. Det er altså under en tredjedel av respondentene som etterspør pasientens eget ståsted, selv om dette er en anbefalt fremgangsmåte for å kunne møte pasienten der han er. Helman (2000) viser til legfolks oppfatning av sykdomsårsaker, der sykdom relateres til *individet*, f.eks. livsstil, oppførsel, arv, bakterier, kropp, *naturen*, f.eks. kjemikalier, klima, forurensing, røyk, påvirkning fra sol, måne eller planeter, *sosiale relasjoner*, f.eks.: mellommenneskelige relasjoner, konflikter, mennesker som sies å ha onde krefter som "det onde øye" eller *den overnaturlige sfære*, påvirkning fra Gud eller ånder, skjebnen. Det er altså forskjellige forklaringer folk har til sin sykdom og ofte samsvarer dette ikke med den vestlige medisinske oppfatningen. Det er derfor viktig å finne ut hvilke oppfatninger pasienten selv sitter med.

Undersøkelsen viser også at 29 respondenter (67,4 %, n=43) sier at de vil korrigere pasienten dersom de har en annen oppfattelse av årsaken til sykdommen. Korrigere sier også 30 respondenter (69,8 %, n=43) at de vil gjøre dersom de er uenige med pasienten i hva som er riktig behandlingsmetode. Dette betyr at de gir pasientene en forståelse av hva vestlig medisin har kommet frem til at sykdommen kommer av og hva som gjør den bedre, men slik korrigering kan skape konflikt mellom det pasienten tror på og det sykepleieren sier. Sannsynligheten er da stor for at pasienten vil følge sine egne overbevisninger. I tillegg vil en korrigering kunne føre til at pasienten føler seg mindreverdige og ikke forstått, noe som også kan føre til at han følger det han kjenner best fra før og kanskje vegrer seg for å kontakte helsevesenet igjen. Det kan derfor være mer hensiktsmessig å benytte en mildere tilnæringsmåte enn korrigering og heller forsøke å inkorporere pasientens overbevisninger i undervisningen. Rankin et al. (2005) foreslår at man først hører hvilke overbevisninger pasienten har. De områdene hvor det er konflikt mellom helsearbeiderens syn og pasientens syn plukkes så ut, og man velger ut de områdene som er udiskuterbare for å oppnå ønsket resultat hos pasienten. Disse områdene presenteres så for pasienten fra vestlig medisinsk ståsted, satt i en kontekst som er meningsfull for pasienten. Veldig ofte vil pasienten være villig til å komme sykepleieren i møte når han opplever at hun "forhandler" ut fra en følelse av gjensidig respekt.

Sykepleierne i denne undersøkelsen ble spurt om de opplevde at det var noen spesielle utfordringer ved å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter, og hvilke det i så fall var. 38 respondenter (88,4 %, n=43) bekreftet at det var spesielle utfordringer. Slike utfordringer handlet oftest om kommunikasjon; språk, forståelse og bruk av tolk, hvilket stemmer med funn fra andre studier (Cioffi, 2003, Lundberg et al., 2005). Mange utfordringer var relatert til kulturforskjeller, manglende kulturkunnskap og sykdomsforståelse. Kun 5 nevnte utfordringer i forhold til religion. Det kom altså klart frem at de aller fleste opplevde språk og kommunikasjon som den største utfordringen i forhold til fremmedkulturelle. Likevel svarte bare 10 respondenter (23,3 %, n=43) at undervisningen alltid eller som regel ble organisert slik at helsepersonell som snakker pasientens morsmål står for undervisningen til den pasienten. Dette kan skyldes at man enten har få fremmedkulturelle sykepleiere i avdelingen, at de ikke alltid er tilstede i avdelingen når pasienten behøver undervisning, eller at pasient og sykepleier kommer fra samme miljø og kjenner hverandre personlig. Glenn-Vega (2002) peker på det å rekruttere og ansette helsepersonell med minoritetsbakgrunn som et middel for å bedre forholdet til kulturelt forskjellige pasientgrupper.

Sykepleierne ble også spurt om hindringer for undervisningen til fremmedkulturelle pasienter. Her svarte 29 respondenter (67,4 %, n=43) bekræftende. Svært mange gjentar svarene i forhold til utfordringer, hvilket kan tyde på at spørsmålene oppfattes som like. Noen nevner manglende kulturkunnskaper som et hinder for undervisningen, noe som også kommer frem i det at få ha fått undervisning om kulturer etter endt utdanning og at svært mange tror at kulturkunnskap vil gjøre det enklere å undervise fremmedkulturelle. 5 respondenter nevner at det ikke er tolk tilstede i avdelingen hele tiden. Det blir også nevnt hindringer knyttet til ressurser, slik som mangel på tilpasset materiell, tid og mangel på undervisningsrom. Andre mer kulturelt betingede hindringer som nevnes er at pasienten har mye besøk, pasienten vil bare ha informasjon av legen, og at pasienten ikke vil ta imot tolk i frykt for å bli gjenkjent i eget miljø.

Den kartleggingen som er gjort i denne studien er ikke omfattende nok til å kunne gjøre en vurdering av sykepleiernes kulturelle kompetanse. Det er heller ikke sikkert at bruk av et spørreskjema er den beste måten å undersøke slik kompetanse på. Samtidig peker svarene fra denne undersøkelsen på at sykepleierne opplever det som en utfordring å skulle undervise pasienter fra en annen kultur enn dem selv. De svarer at de ønsker mer kompetanse på dette

området. Det kan også være at mange er litt usikre på hvordan de skal tilnærme seg pasienten i undervisningssammenheng for å oppnå en størst mulig grad av forståelse hos pasienten. Før man kan si at undervisningstilbudet til fremmedkulturelle er jevngodt med tilbudet til etnisk norske bør dette være på plass.

5.4 Oppsummering av funnene

Når man forsøker å oppsummere resultatene fra denne pilotundersøkelsen er det viktig å lese resultatene i lys av at dette er et begrenset utvalg, og nødvendigvis ikke gir et fullstendig bilde av pasientundervisning til kronisk syke generelt og til fremmedkulturelle spesielt. Likevel gir de en pekepinn på hvor man er i dag, og hvilke områder det bør satses videre på å forbedre.

Pasientundervisning er en oppgave det forventes at sykepleierne utfører. Funn i denne studien peker på at slik undervisning i stor grad foregår som del av en annen aktivitet. Dette kan ha betydning for hva pasienten får med seg av det som blir sagt. Flertallet av respondentene har ikke hovedvekt av planlagt, organisert undervisning i sin avdeling. De har heller ikke mulighet til å sitte uforstyrret og undervise. De fleste sykepleierne avtalte sjelden tid for undervisning med pasienten på forhånd. Undervisningen gis i hovedsak til pasientene individuelt og foregår som oftest i samtaleform. Skriftlig materiale er det hyppigst brukte hjelpemiddel i undervisningen, men flertallet av sykepleierne i denne undersøkelsen har dette kun tilgjengelig på norsk. Dette har betydning for om pasientene registrerer at de får undervisning, hvor de retter sin oppmerksomhet, og følgelig hva de får med seg av det som blir sagt.

I forhold til fremmedkulturelle så er tolkebruk ofte en nødvendighet (UDI, 1994). De fleste respondentene i undersøkelsen ønsker å bruke profesjonelle tolker, samtidig som de bruker pårørende eller andre utenforstående personer som tolker fra tid til annen. Dette kan ha med tilgjengelighet å gjøre. Svært få oppgir å bruke tolk når pasienten snakker norsk, noe som kan gjøre at det blir vanskelig for noen pasienter å forstå det som blir sagt. Under halvparten av respondentene er enige i at fremmedspråklige får like mye undervisning som andre pasienter i posten.

I forhold til det å skulle tilpasse undervisningen til pasientens kulturbakgrunn kan det synes som om dette er noe som gjøres sjelden, og som respondentene synes er vanskelig. De etterspør kompetanse på området og tror at det kan forenkle undervisning til fremmekulturelle pasienter. Religion er det svært få som tilpasser undervisningen i forhold til. Det kan se ut til at respondentene ikke opplever dette som viktig eller relevant. De fleste etterspurte ikke pasientens forståelse av sykdom og behandling, men dersom det kommer frem at denne avviker fra deres egen oppfatning ville de komme til å korrigere pasienten. De største utfordringene som rapporteres i forhold til fremmedkulturelle handler om kommunikasjon. På en andre plass kommer utfordringer knyttet til kulturforskjeller.

Overordnet sett kan det synes som om det er mye som er bra i forhold til pasientundervisning til kronisk syke der materialet til denne studien ble samlet inn, men at det også er rom for forbedringer. Sykepleiere har behov for mer kunnskaper slik at de lettere kan møte utfordringer knyttet til å undervise pasienter fra andre kulturer. Det virker som om det er et stort engasjement for å gi fremmekulturelle et godt tilbud, men per i dag kan man ikke si at det er likeverdig det tilbudet etnisk norske pasienter får.

5.5 Vurdering av spørreskjemaet og dets egnethet

I dette kapitlet vil jeg gjøre noen refleksjoner over prosessen med å utvikle spørreskjema, for å reflektere over hvor egnet spørreskjemaet er til å belyse de faktorene jeg ønsket å undersøke. Jeg vil her ta for meg de fire delene av spørreskjemaet, og peke på erfaringer med skjemaet og der hvor jeg ser at det er rom for forbedringer (se Vedlegg 4).

I metodelitteraturen beskrives det at en hensikt ved pilottesting av et nyutviklet datainnsamlingsinstrument er å finne ut om valgte design og datasamlingsinstrument er egnet for det formålet man har (Polit & Beck, 2008). I denne studien er det brukt et kvantitativt, utforskende design for å undersøke faktorer relatert til gjennomføring av pasientundervisning til kronisk syke pasienter generelt og til fremmedkulturelle spesielt. Et viktig anliggende er blant annet å forsøke å vurdere om tilbudet til de fremmedkulturelle er like omfattende som til etnisk norske pasienter. Vurderingen av spørreskjemaet som ble utviklet og pilottestet i denne studien gjøres ut fra svarprosent, manglende svar og instrumentets evne til å fange opp

relevante faktorer knyttet til problemstillingen. Dette beskrives i litteraturen som viktige aspekt ved instrumentvurdering (Waltz, Stickland og Lenz, 2005, Polit og Beck, 2008).

Spørreskjemaet ble gitt ut til 44 respondenter, og av disse var det 43 som svarte. Dette ga en svarprosent på 97,7 %, fordelt på 39 kvinner og 4 menn. I en pilottest er svarprosenten et viktig signal på hvordan respondentene vurderer instrumentet (Haraldsen, 1999). Den høye svarprosenten i denne undersøkelsen kan derfor bety at tema og spørsmål oppfattes som interessante og treffer målgruppen og deres interesser godt. Andelen ubesvarte spørsmål har også sammenheng med hvordan respondenter vurderer spørreskjemaet. Omfanget av ubesvarte spørsmål kan indikere områder man må arbeide videre med i et spørreskjema. I denne studien var imidlertid andelen ubesvarte spørsmål ubetydelig, bortsett fra i Del 4 på spørsmål 9a og spørsmål 11a med henholdsvis 4 og 6 (n=43) som ikke hadde svart. Dette er dog ikke mer enn 9,3 og 14 % av svarene, og kan også tas til inntekt for at spørreskjemaet ble opplevd som greit å svare på.

I dette spørreskjemaet så vel som i masteroppgaven valgte jeg å benytte begrepet fremmedkulturelle (definert i kapittel 1). Begrepet skulle beskrive mennesker som kommer fra kulturer som anses svært forskjellig fra den norske. Enkelte respondenter oppfattet begrepet som noe støtende. Begrepet sier imidlertid ingenting om hvordan forholdene er i landene disse menneskene kommer fra. Ei heller betraktes fremmedkulturelle som en homogen gruppe. Dersom spørreskjemaet skal benyttes i en større sammenheng kan det imidlertid være hensiktsmessig å diskutere bruken av begrepet "fremmedkulturelle".

Mange respondenter kommenterte spørreskjemaet, slik jeg hadde bedt dem om. Enkelte mente at spørreskjemaet ikke passet for dem. I hovedsak var dette avdelingssykepleiere, men det gjaldt også respondenter fra en spesiell avdeling som allerede før spørreskjemaene ble besvart hadde sagt ifra om at de ikke ga pasientundervisning. Veileder og jeg valgte likevel å inkludere dem fordi posten fylte inklusjonskriteriene. Det var svært delte meninger om hvorvidt spørsmålene var lette å forstå eller ikke. Noen kommenterte at det var mange like spørsmål, og enkelte mente at også andre pasientgrupper enn kronisk syke kunne ha blitt inkludert. En stor andel kommentarer omhandlet imidlertid viktigheten av temaet som tas opp i spørreskjemaet.

5.5.1 Demografi - om deg selv

Informasjon om informantene, dvs. utvalgte demografiske forhold, er viktig for å vurdere om de som har respondert er representativt for populasjonen. Dette har betydning for studiens validitet (Polit og Beck, 2008).

Jeg ønsket å fange opp synspunkter fra sykepleiere, fagutviklingssykepleiere og avdelingssykepleiere slik at det i dette spørreskjemaet var hensiktsmessig å skille mellom dem som yrkesroller for å se etter forskjeller i svarene. I ettertid ser jeg likevel at deler av spørreskjemaet er noe mindre egnet for avdelingssykepleiere i og med at de fleste av dem ikke gir pasientundervisning selv. Dermed ble det også vanskelig for dem å svare på spørsmål omkring hvordan de selv ga pasientundervisning. For å få bilde av hvordan pasientundervisningen utføres er det nok mest hensiktsmessig å inkludere personer som faktisk gir undervisning selv. Denne undersøkelsen har vist at også mange andre yrkesgrupper som gir pasientundervisning, og det er derfor interessant å inkludere flere av disse i en fremtidig større undersøkelse. På denne måten ville man kunne se om det er forskjeller mellom gruppene, samtidig som man fikk et mer helhetlig bilde av den pasientundervisningen pasienten får. Dette betyr "avdelingssykepleiere" bør fjernes som et alternativ i spørreskjemaet og erstattes med yrkesgrupper som gir pasientundervisning.

Spesifikt så fokuserte spørsmål 6 a og b på videreutdanning, men differensierte egentlig ikke respondentene i denne pilottesten. Intensjonen med disse spørsmålene var å se om man fant ulikheter i svarene mellom de som hadde videreutdanning og de som ikke hadde det. Muligens kunne det differensiert mer om man hadde skilt mellom videreutdanning og kurs spesielt relevant for arbeid med fremmedkulturelle, men dette finnes det per dags dato lite av. Man kan derfor vurdere om dette spørsmålet kan tas ut.

Spørsmål 8 om hvor ofte respondenten gir organisert pasientundervisning og undervisning som del av en annen aktivitet, viste seg å være særdeles relevant og gi interessant informasjon. Flere kommentarer tydet imidlertid på at begrepet "pasientundervisning" er noe uklart og det bør derfor avklares i spørreskjemaet hva som legges i dette begrepet.

5.5.2 Om posten

Denne delen av spørreskjemaet skulle bidra med informasjon om pasientgruppen på den aktuelle posten. Den skulle også kartlegge hvor ofte fremmedkulturelle pasienter er innlagt og hvilke opprinnelsesland disse har. Denne informasjonen var nyttig for å vurdere de utvalgte avdelingene i forhold til målgruppen for spørreskjemaet, for å se hvilke fremmedkulturelle grupper som søker helsehjelp samt om det er forskjeller på tilbudet de får.

Spesifikt fokuserte spørsmål 1 og 2 på hvor ofte kronisk syke pasienter er innlagt, og hvilke tilstander det gis undervisning om. Spørsmålene gir nyttig informasjon og i en større undersøkelse kan det tenkes at man i tillegg kan oppdage forskjeller blant de kroniske sykdommene, for eksempel i forhold til utvikling av skriftlig informasjonsmateriell på andre språk. Spørsmålene bør derfor beholdes.

Spørsmål 3 gir muligens en noe grov oversikt over hvor vanlig det er å ha fremmedkulturelle pasienter innlagt på de forskjellige postene, og dermed om dette er en utfordring helsepersonell til stadighet møter. Spørsmålet fanger derfor opp en viktig faktor i forhold til temaet spørreskjemaet undersøker. Under dette spørsmålet burde svaralternativet ”sjeldnere” stått mellom ”månedlig” og ”aldri”, men dette hadde dessverre falt ut av det endelige spørreskjemaet som ble pilottestet.

Spørsmål 4 skulle kartlegge hvilke land de fremmedkulturelle pasientene kom fra. Land ble valgt ut fra Statistisk sentralbyrås (SSB) (2010) oversikt over de største innvandringsgruppene i Norge i 2008, med fokus på land som tidligere kom under betegnelsen ”ikke-vestlige”. Funnene stemmer i grove trekk med oversikten fra SSB og viser dermed at populasjonen de yter helsehjelp til er lik populasjonen fremmedkulturelle i Norge. Spørsmålet ga lite ny kunnskap utover det. Spørsmålet kan utvides til å be respondentene spesifisere eller liste opp selv hvilke land de fremmedkulturelle pasientene i avdelingen hyppigst kommer fra. På den måten påvirkes ikke respondentens tanker.

5.5.3 Om pasientundervisning generelt

Denne delen av spørreskjemaet skulle kartlegge forhold rundt pasientundervisning generelt i avdelingene. Dette skulle gi svar på hvem som underviser, hyppighet av undervisning og forhold rundt organiseringen. Ved å kartlegge slike forhold skaper man mulighet for

sammenligning i forhold til undervisning til fremmedkulturelle. Alle spørsmålene fra 1 til 4 i denne delen av spørreskjemaet ga relevant og anvendbar informasjon om pasientundervisningen. Videre er spørsmål 5 om tidspunktet for pasientundervisning et relevant og interessant spørsmål som med fordel kunne ha blitt gjentatt i forhold til fremmedkulturelle. En stor del av respondentene valgte imidlertid det første alternativet ”etter hva som passer for pasienten og driften på posten”. Her er det ikke mulig å si om det er hensynet til pasienten eller driften som veier tyngst, og utsagnet burde derfor vært delt i to.

Spørsmålssett 6 om tid og rom for undervisning skulle fange opp om undervisning var en prioritert oppgave i avdelingen som det ble forventet at sykepleiere skulle gjøre, om det var rom for å sette av tid til å undervise alle pasienter, om sykepleierne opplever at de har tid til å undervise og om de kan sitte uforstyrret å gi undervisning. Etter svarene å dømme ser alle påstandene her ut til å fange det som var ment, bortsett fra påstand b) ”Det settes av tid til hver pasient” hvor det ikke kommer klart nok frem at det her er pasientundervisning det settes av tid til. Påstand d) ”Jeg må være tilgjengelig på posten samtidig som jeg underviser” og e) ”Jeg kan sitte uforstyrret og gi pasientundervisning” kan sies å være to sider av samme sak. I svarene har disse spørsmålene gitt helt samsvarende resultater, noe som kan tyde på at respondentene oppfatter spørsmålene som like. Det kan derfor være hensiktsmessig å velge ett av disse, selv om repetisjon også fungerer som en kontroll på at respondentene har lest og forstått spørsmål og alternativ.

Spørsmål 7 og 8 fanger opp hvilke hjelpemidler og undervisningsformer som benyttes i pasientundervisningen. Kun to nevnte andre hjelpemidler enn det som var oppført. Ingen nevnte andre undervisningsformer. Dette tyder på at kategoriene i stor grad er uttømmende for temaet. Det kunne imidlertid ha vært interessant å se om bruk av hjelpemidler er annerledes i forhold til fremmedkulturelle, spesielt fordi funnene viser at respondentene i stor grad sier de benytter skriftlig undervisningsmaterieell samtidig som få har slike hjelpemidler tilgjengelig på andre språk enn norsk. I forhold til undervisningsformer kunne det også ha vært interessant å se etter forskjeller i forhold til fremmedkulturelle. Svært mange svarte at undervisningen foregikk ved samtale. Det er spesielle utfordringer i pasientundervisning til pasienter med morsmål som krever bruk av tolk, og kanskje gjøres undervisningen derfor på en annen måte til fremmedkulturelle.

5.5.4 Om pasientundervisning til fremmedkulturelle

Denne delen av spørreskjemaet skulle kartlegge hvordan undervisning tilrettelegges fremmedkulturelle og hvordan utfordringene spesielt i forhold til språk, kultur og religionsforskjeller håndteres. Forskning viser viktigheten av å ta hensyn til disse forskjellene for å oppnå best mulig resultat av pasientundervisningen (London, 2008, Chang og Kelly, 2007, Povlsen et al., 2005, Rankin et al., 2005). Det var derfor interessant å undersøke hvordan respondentene ser på dette i praksis.

Spesifikt ser spørsmål 1 på hvor ofte avdelingen underviser fremmedkulturelle. Dette spørsmålet skulle kartlegge om det fantes forskjell på hyppighet av undervisning til fremmedkulturelle sammenlignet med andre. Det ser imidlertid ikke ut til å være presisert godt nok. Respondentene ga flere kommentarer som pekte på variasjon i forhold til om fremmedkulturelle var innlagt eller ikke. Det kan derfor være hensiktsmessig å se på dette spørsmålet igjen og vurdere om det bør stilles på en annen måte. Spørsmålet bekreftet imidlertid at undervisning av fremmedkulturelle er vanlig forekommende. Spørsmål 2 om organisering av undervisningen fanger godt opp det det spørres etter, og ingen har kommet med andre alternativ enn de som var satt opp på forhånd.

Spørsmål 3 besto av et sett med påstander om undervisningsopplegget til fremmedkulturelle pasienter. Respondenten skulle angi grad av enighet, og det var mulig å stille seg nøytral. Det var en svært høy andel som stilte seg nøytral til påstandene. Hva som er årsak til dette er vanskelig å si, men påstand a) "Undervisningen er tilpasset pasientens kultur" og b) "Undervisningen er tilpasset pasientens religion" kan være for generelle. Kanskje burde påstandene vært mer spesifikke og konkrete for at respondenten lettere skulle forstå dem. Påstand f) "Det viser seg ofte etter utskrivelse at de fremmedkulturelle pasientene ikke har fulgt de rådene de har fått under innleggelsen" har fått den høyeste andelen nøytrale svar – 58,1 % (n=43) i denne undersøkelsen. Dette kan skyldes at ordlyden i påstanden er negativt ladet. Det kan også være vanskelig å betrakte fremmedkulturelle som en homogen gruppe, og hvorvidt pasientene følges opp etter utskrivelse vil ha betydning for om respondentene kan svare på dette spørsmålet. Muligens er den høye andelen nøytrale svar et tegn på at påstandene utfordrer respondenten på den måten at de krever en del tankearbeid for å kunne besvares. Resterende påstander er konkrete og spesifikke og har fått en lavere andel nøytrale

svar. Disse egner seg for videre bruk, mens de ovennevnte antagelig bør omformuleres og konkretiseres noe.

Spørsmålssett 4 omhandlet tilpasning av undervisning i forhold til religion og kultur. Også her er det mange som stiller seg nøytralt til spørsmålene. Her er de fleste påstandene mer konkrete enn ved spørsmålssett 3 om undervisningsopplegg til fremmedkulturelle. Påstand h) ”Jeg endrer undervisningen i forhold til hvilken religion pasienten tilhører” og i) ”Jeg endrer undervisningen i forhold til hvilken kultur pasienten kommer fra” er imidlertid noe uspesifikke. Disse påstandene bør konkretiseres eller stilles på en annen måte. Kanskje berører påstandene en noe betent tematikk som gjør at respondentene ikke ønsker å ta stilling. I ettertid ser jeg at spørsmålssett 3 og 4 godt kan slås sammen da de går inn i hverandre. Flere respondenter har kommentert at det var vanskelig å svare ut fra alternativene de ble gitt her. Dette stemmer godt overens med den høye andelen av nøytrale svar.

Spørsmålssett 6 omhandler bruk av tolk. Spørsmålet fanger når tolk benyttes, hvilke tolker som benyttes og hvor ofte tolk benyttes, men påstand j) ”Vi benytter tolk så ofte som det er behov for det” fanger ikke hva slags tolk som benyttes. Denne bør derfor omformuleres slik at man forstår at det er profesjonell tolk som menes. Påstand h) ”Fremmedspråklige pasienter får like mye undervisning som andre pasienter på posten” er et viktig tema å undersøke, men passer muligens ikke inn under bruk av tolk. Denne bør derfor flyttes.

Spørsmål 7 spør om posten har undervisningsmateriell som tar hensyn til forskjellige religioner. Her er det nær sagt ingen som svarer bekreftende. Selv innenfor en religion er det store forskjeller på hvordan folk lever, deres kulturbakgrunn og hvilke verdier de har. Det kan derfor være vanskelig å skjære alle over en kam og lage undervisningsmateriell som for eksempel skal passe for alle muslimer. Samtidig er religionen en viktig del av hverdagen til mange mennesker med betydning for de valgene de tar, også i forhold til helse og sykdom (Tronstad, 2008, Hanssen, 2005). Hvorvidt dette spørsmålet er interessant å ha med i en større undersøkelse eller ikke bør vurderes.

Spørsmål 8 fanger opp spesielle utfordringer ved pasientundervisning til fremmedkulturelle. Spørsmål 9 om hindringer derimot er for likt spørsmål 8 og har fått mange av de samme svarene. Det kan derfor være at spørsmål 9 kan fjernes eller at det bør omformuleres.

Spørsmål 10 om flerkulturelt helsepersonell står for undervisning til pasienter med samme morsmål som dem selv, gir nyttig informasjon. Likevel kunne det ha vært interessant også å vite hvorvidt det var flerkulturelt personale i avdelingen, og hvor mange det eventuelt var snakk om. Her bør man altså legge noen ekstra spørsmål til skjemaet.

Spørsmål 11, 12 og 13 gir et innblikk i hva respondentene mener kan endres ved undervisningen til fremmedkulturelle på posten deres, og om de tror kunnskap om kultur og religion gjør undervisningen enklere. Spørsmål 14 og 15 spør etter hvorvidt respondentene har fått noe undervisning selv om kultur eller religion etter endt utdanning. Det hadde også vært interessant å stille spørsmål omkring den undervisningen de har fått om disse temaene under grunnutdanningen. Her bør man altså legge til noen spørsmål.

Spørsmål 16 til sist om respondentene ellers hadde noe de ønsket å si om undervisning til fremmedkulturelle ga lite interessante funn, men er en god måte å avslutte på og åpner opp for respondentenes egne tanker omkring dette temaet.

5.5.5 Oppsummering – områder for forbedring av spørreskjemaet

Jeg vil her oppsummere de erfaringene som er gjort i forhold til pilotundersøkelsen, og peke på områder som bør forbedres i spørreskjemaet for at det skal gi et enda bredere bilde av pasientundervisning generelt og til fremmedkulturelle spesielt.

Spørreskjemaet har mange gode spørsmål som bidrar til å få et bredere bilde av pasientundervisning. Likevel ser jeg områder som bør forbedres:

- Det viser seg at det er behov for å definere pasientundervisning i begynnelsen av spørreskjemaet.
- Kun yrkesgrupper som selv gir pasientundervisning bør inkluderes i videre studier.
- Spørsmål om videreutdanning kan muligens kuttet ut, eller eventuelt utvides til videreutdanning og kurs spesifikt rettet mot arbeid med fremmedkulturelle.
- Respondentene bør fritt få skrive opprinnelsesland de fremmedkulturelle pasientene deres kommer fra.

- Ved spørsmål 5, Del 3 bør det første alternativet ”Etter hva som passer for pasienten og for driften på posten” deles opp da det inneholder to faktorer.
- Del 4, spørsmålssett 3 og 4 om undervisningsopplegg til fremmedkulturelle og om tilpasning av undervisningen bør slås sammen. Flere av påstandene her bør konkretiseres og omformuleres for å unngå en høy andel nøytrale svar.
- Flere spørsmål kunne vært gjentatt i forhold til undervisning til fremmedkulturelle.
- I forhold til bruk av fremmedkulturelt helsepersonell og om respondentene har fått noe undervisning om kultur/religion, ville tilleggsspørsmål ha hjulpet til å belyse forholdene bedre.

Spørreskjemaet har vist seg egnet til å besvare problemstillingen som ble presentert i første kapittel, og etter de nevnte modifikasjonene vil det trolig kunne benyttes i en større undersøkelse. Oppslutningen om pilotundersøkelsen peker på at dette temaet er aktuelt å undersøke nærmere.

6.0 KONKLUSJON

Oppgavens konklusjon inkluderer oppsummering av studiens hovedfunn, vurdering av datasamlingsinstrumentet, studiens begrensninger og anbefalinger for videre forskning.

Hensikten med studien var å kartlegge pasientundervisning til kronisk syke pasienter generelt og til fremmedkulturelle pasienter spesielt. Det ble spesielt lagt vekt på å undersøke hvordan undervisning tilpasses innvandrerbefolkningen og hvordan sykepleiere møter utfordringer i forhold til språk, kultur og religion. I denne studien ble det utviklet et nytt datasamlingsinstrument for å fange opp slike forhold. Instrumentet ble pilottestet av 43 respondenter fra 11 poster ved et større sykehus.

Hensikten med å gjøre en pilottest er å finne ut om undersøkelsesopplegget fungerer og om det egner seg til å gjøre en undersøkelse på et større utvalg (Bjørndal & Hofoss, 2004). Pilottesten viste at utvalgsmåten fungerte, og de dataene studien fremskaffet var kvalitetsmessig slik at det kunne brukes i diskusjonen, samtidig som de bidro til å belyse kompleksiteten rundt problemstillingen. Viktige faktorer som kom frem i studien støttes av tidligere forskning gjort på området.

6.1 Pasientundervisning

Pasientundervisning er en fremtredende del av sykepleierens funksjonsområder (Norsk Sykepleierforbund, 2000). Denne studien bekrefter at ved de aller fleste postene inkludert i studien underviser sykepleierne kronisk syke pasienter. De er ikke alene om denne oppgaven. Mange andre yrkesgrupper underviser også pasientene.

Denne studien viser at pasientundervisning ofte gis som del av en annen aktivitet, og mye sjeldnere som organisert, planlagt undervisning. Det avtales sjelden tid for undervisningen

med pasienten på forhånd. Dette har betydning for kvaliteten på undervisningen. Ved god planlegging kan man i større grad kvalitetssikre undervisningen ved å tilpasse innhold og undervisningsmetode til pasientens behov (Ramos-Remus et al., 2001). Avtaler for tidspunkt påvirker pasientens motivasjon, gir ham mulighet til å forberede seg og til å rette oppmerksomheten mot undervisningen (Cimprich, 1992, Granum, 2003, Rankin et al., 2005).

Funn i denne studien peker også på at flertallet av sykepleierne ikke kan sitte uforstyrret når de underviser. Dette kan føre til mange forstyrrelser i omgivelsene som er med på å ta pasientens oppmerksomhet, og som dermed kan føre til at han får mindre utbytte av undervisningen (ibid).

6.2 Pasientundervisning til fremmedkulturelle

Over halvparten av respondentene oppgir å ha fremmedkulturelle pasienter innlagt ukentlig eller oftere. Svært mange av respondentene sier det er mer utfordrende å gi pasientundervisning til fremmedkulturelle enn til andre. Respondentene oppgir at undervisningen til fremmedkulturelle gis slik at pasienten forstår det som blir sagt. Likevel er det få som oppgir at de tilpasser undervisningen til pasientens kultur og svært få som tilpasser den til hans religiøse bakgrunn. Forskning viser at samsvar mellom undervisning og kulturelle verdier er nødvendig for å oppnå et godt resultat av pasientundervisning (Chang og Kelly, 2007, Povlsen et al., 2005, Rankin et al., 2005). I tillegg kan pasientens religion og verdier ha betydning for om han for eksempel vil godta et behandlingsopplegg, og bør derfor tas med i betraktning (Rankin et al, 2005, Hanssen, 2005). De færreste av respondentene har noe undervisningsopplegg beregnet på pasienter som ikke kan lese.

Få respondenter tar utgangspunkt i pasientens egne oppfatninger om sykdom og behandling når de skal undervise. I de tilfellene der pasientens egne oppfatninger kommer frem og dette ikke stemmer med sykepleierens oppfatninger, oppgir de fleste respondentene at de vil korrigere pasienten. For å bedre forstå pasienten og legge til rette for at han føler seg respektert og likeverdig i undervisningssituasjonen, anbefales det å spørre hva han selv oppfatter som problemet, årsaken og hvordan problemet bør behandles (Kleinman et al., 1978,

Rankin et al., 2005). Ved å korrigere pasienten uten å gi anerkjennelse for det han tror på, kan man risikere at han blir mindre motivert for læring (ibid).

Det hyppigst brukte hjelpemiddelet i pasientundervisningen er bruk av skriftlig informasjonsmateriale, men bare en tredjedel av respondentene har dette tilgjengelig på andre språk enn norsk.

Bruk av tolk er et middel for å oppnå mer likestilling mellom fremmedkulturelle og etniske nordmenn, og helsepersonell oppfordres derfor til å ha en lav terskel for å benytte tolk (UDI, 1994). Denne undersøkelsen viser at tolk benyttes som oftest kun når pasientene ikke snakker norsk i det hele tatt. Svært mange oppgir at de i tillegg til å bruke profesjonelle tolker også bruker pårørende eller andre utenforstående personer som tolker. Samtidig oppgir mange respondenter at bruk av pårørende som tolk oppleves som problematisk for sykepleierne i tillegg til at det kan føre til brudd på taushetsplikten. Telefontolk er lite brukt. De fleste i denne studien mener at tolk benyttes så ofte som det er behov for det, men sier samtidig at fremmedspråklige pasienter ikke får like mye undervisning som andre.

Undersøkelsen viser at svært mange respondenter opplever spesielle utfordringer ved å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter. Alle nevnte utfordringer i forhold til kommunikasjon. Dette stemmer med funn fra andre studier (Cioffi, 2003, Lundberg et al., 2005). Mange rapporterte også utfordringer i forhold til kulturforskjeller. Svært mange mener at kunnskap om forskjellige kulturer gjør det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter, men bare noen få hadde selv fått undervisning om kulturer etter at de var ferdig utdannet. Langt færre oppga religion som en utfordring. Likevel tror mange respondenter at kunnskap om forskjellige religioner gjør det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle, selv om få har fått slik undervisning selv.

Godt over halvparten av respondentene mente at pasientundervisningen til fremmedkulturelle på posten deres bør endres. Disse endringene handlet blant annet om å skaffe skriftlig materiell på flere språk, tilrettelegge undervisningen bedre, hyppigere bruk av tolk, ha et økt fokus på fremmedkulturelle samt å øke kunnskapene hos de ansatte. Tidligere studier har vist at selv om kulturell kompetanse beskrives som en del av sykepleierutdanningen, er det for lite

fokus på dette til at man oppnår kulturelt kompetente sykepleiere (Bond, Kardong-Edgren og Jones, 2001, Lundberg et al. 2005).

Konklusjonen på funnene fra denne studien tyder på at pasientundervisning bør prioriteres høyere, og det bør legges opp til at man har muligheten til å planlegge undervisningen og sitte uforstyrret når de gir undervisning. Funnene tyder også på at man fremdeles har en vei å gå før fremmekulturelle får det samme undervisningstilbudet som andre pasienter. Det er ikke likt for alle.

6.3 Om datasamlingsinstrumentet

Grunnlaget for utvikling av datasamlingsinstrumentet for denne studien var at det ikke fantes noe egnet spørreskjema egnet til å fange opp faktorer knyttet til pasientundervisning til fremmedkulturelle. Mange studier på området er kvalitative og peker på problemområder eller utfordringer ved sykepleie til fremmedkulturelle, men få studier har kartlagt hvordan sykepleiere søker å møte slike utfordringer, eller hvorvidt fremmedkulturelle pasienter får et like omfattende tilbud om pasientundervisning som andre. Med de forbedringer som er foreslått for datainnsamlingsinstrumentet kan instrumentet bidra til å fremskaffe ny kunnskap på dette området. Denne kunnskapen kan igjen være til nytte for et målrettet arbeid for likestilling av fremmedkulturelle og norske pasienter i sykehusvesenet.

6.4 Begrensinger ved studien

Studiens begrensninger settes først og fremst av at dette er mitt første forskningsarbeid. Mine valg kan ha ført til begrensninger ved studien. Kriterier for valg av litteratur og fremgangsmåte for å finne relevant litteratur, valg av søkeord, kan ha ført til at viktig litteratur ikke er identifisert. Likevel antar jeg at den litteraturen som er benyttet er relevant fordi jeg gjennomgikk nøkkelord i artiklene og referanselister for å identifisere ”gjengangere”. Underveis i arbeidet tilegnet jeg meg mer kunnskap om temaet, noe jeg også dro nytte av i litteratursøkene.

Valg av kvantitativ metode kan også ha bidratt til at viktige områder ikke er kartlagt i tilstrekkelig detalj. Kvalitativ metode kunne ha vært benyttet fordi man har så få studier omkring dette temaet i Norge, noe som betyr at man ikke vet hvilke faktorer norske sykepleiere vektlegger i forhold til pasientundervisning til fremmedkulturelle. Kanskje kunne en fokusgruppestudie med sykepleiere belyst dette bedre. Metodevalget som ble gjort kan likevel forsvares fordi spørreskjemaet fanger opp flere faktorer som belyser vesentlige sider ved undervisningen som ikke nødvendigvis ville kommet frem ved bruk av kvalitativ metode.

Antall respondenter inkludert, og utvelgelse av avdelinger til forskningsfelt kan også representere begrensninger ved oppgaven. I forhold til antall respondenter var masteroppgavens omfang og den tiden jeg hadde til rådighet med på sette begrensninger. Likevel gav de respondentene som deltok i pilotundersøkelsen viktig informasjon, og dette bidro dels med empiriske funn og dels med verdifulle erfaringer for å forbedre datasamlingsinstrumentet.

6.5 Områder for videre forskning

Funnene i denne studien peker i retning av at det er flere områder hvor man med fordel kunne forsket mer for å få de bedre belyst. Det første man må ta i betraktning er at dette er en pilotstudie gjort med et begrenset antall respondenter. Det anbefales derfor å gjøre en større studie for å dokumentere forhold rundt pasientundervisning generelt og til fremmedkulturelle spesielt, og for at man skal kunne generalisere resultatene. Man vil da måtte gjøre en styrkeberegning for å sikre at man oppnår statistisk validitet (Polit og Beck, 2008).

Denne studien viste at det er mange yrkesgrupper som gir pasientundervisning. Dersom man ønsker å kartlegge hele undervisningstilbudet til kronisk syke pasienter (etnisk norske og fremmedkulturelle) vil det derfor være nødvendig å inkludere også disse yrkesgruppene.

I denne studien kommer det frem at respondentene ikke vektlegger religion i tilrettelegging av pasientundervisningen. Det er også få som tilpasser undervisningen til pasientens kulturbakgrunn, og få som tar utgangspunkt i pasientenes egne oppfatninger. I tillegg brukes tolk kun når pasienten ikke snakker norsk i det hele tatt. Ved en senere undersøkelse ville det

vært interessant å høre hva de fremmedkulturelle selv mener om dette. Det ville også kunne vært nyttig å høre deres vurdering av undervisningstilbudet, hva de mener er bra og hva som burde forbedres. Det er kanskje de som best vet hvor skoen trykker.

LITTERATURLISTE

- Aalandslid, V. (2005) *Inn- og utvandring blant innvandrere – hvor mange vil flytte i årene framover? Økonomiske analyser 6/2005*, Statistisk Sentralbyrå
<http://www.ssb.no/emner/08/05/10/oa/200506/folkfram07.pdf> (17/11-10)
- American Academy of Family Physicians (2000). Patient education: Recommended core educational guidelines for family practice residents. *American Family Physician*, 62,7, 1712-1714
- Austveg, B. (1994). *Helsearbeid og innvandrere – Mangfold sunnhet og sykdom*. Otta: TANO A.S.
- Ayub, S. og Hopen, L. (2008). *Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring. Erfaringer – Samarbeid – Muligheter – Eksempler*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring, Aker universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst
- Beach, MC., Price, E., Gary, TL., Robinson, KA., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenkes, MW., Feuerstein, C., Bass, EB., Powe, NR. og Cooper, LA. (2005). Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions (Review). *Medical Care*. 43, 4, s. 356-373.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. Menlo Park, California: Addison -Wesley
- Benner, P. og Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley Publ. Comp.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004) *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Blom, S. (2008). *Innvandrerens helse 2005/2006*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå – Statistics Norway
- Bond, M. L., Kardong-Edgren, S. og Jones, M. E. (2001). Assessment of professional nursing students' knowledge and attitudes about patients of diverse cultures. *Journal of Professional Nursing*, 17(6), s. 305-312.
- Bowker, J. (2005). *Verdens religioner*. Norge: Spektrum forlag AS.
- Boynton, P. M., Greenhalg, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *British Medical Journal*. (328) 2004, s. 1312-1315.
- Brach, C. og Fraser, I. (2000). Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model (Review). *Medical Care Research & Review*. 57 Suppl, 1, s. 181-217.
- Bruce, DG., Davis, WA., Cull, CA. og Davis, TME. (2003). Diabetes education and knowledge in patients with type 2 diabetes from the community: The fremantle diabetes study. *Journal of Diabetes and its Complications*, 17, 82-89

- Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Campinha-Bacote, J. (1999) A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), s.203–207
- Carballo, M., Divino, JJ. og Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine & International Health*, 3, 936-944
- Chamba, R. og Ahmad, W. (2000). Language, communication and information: the needs of parents caring for a severely disabled child. I: W.I. U. Ahmad (Ed.) *Ethnicity, Disability and Chronic Illness*, s. 85 – 102. Buckingham: Open University Press
- Chang, M. og Kelly, A.E. (2007). Patient Education: Addressing Cultural Diversity and Health Literacy Issues. *Urologic nursing*, 27, 5, s. 411-417
- Chenoweth, L., Jeon, YH., Goff, M. og Burke, C. (2006). Cultural competency and nursing care: an Australian perspective. *International Nursing Review*, 53, 34-40.
- Choi, S., Rankin, S., Stewart, A. og Oka, R. (2008). Perceptions of Coronary Heart Disease Risk in Korean Immigrants With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 34, s.484-492
- Chowdhury, AM., Helman, CG. og Greenhalgh, T. (2000). Food beliefs and practices among British Bangladeshis with diabetes: Implications for health education. *Anthropology and Medicine*, 7, 209-226
- Cimprich, B. (1992). A theoretical perspective on attention and patient education. *Advances in Nursing Science*, 14 (3), s. 39-51
- Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40, s. 299-306
- Curtin, M. og Lubkin, IM. (1998). What is chronicity? I: IM. Lubkin og PM. Larsen, *Chronic illness. Impact and Interventions*. Boston: Jones and Barlett Publishers.
- Collins, D., Villagran, M.M. og Sparks, L. (2008). Crossing borders, crossing cultures: Barriers to communication about cancer prevention and treatment along the U.S./Mexico border. *Patient Education and Counseling*, 71, s. 333-339
- Corbin, JM. og Strauss, A. (1992). *A nursing model for chronic illness management based upon the Trajectory framework*. I: Woog, P. (red.) *The Chronic Illness Trajectory Framework – The Corbin and Strauss Nursing Model*. New York: Springer Publishing Company
- Dahl, Øyvind (2001). *Møtet mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- delacruz, F.A. og Galang, C.B. (2008). The illness beliefs, perceptions, and practices of Filipino Americans with hypertension. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, s.118–127
- DeMarinis, V. (1998). *Tværkulturell vård i livets slutskede. Att möta äldre personer med invandrarbakgrund*. Lund: Studentlitteratur
- Doak, C.C., Doak, L.G. og Root, J.H. (1996). *Teaching patients with low literacy skills* (2nd ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott
- Eide, H. og Eide, T. (2000). *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eshiett, MU-A. og Parry, EHO. (2003). Migrants and health: a cultural dilemma. *Clinical Medicine*, 3, 229-231
- Fagerli, RAa., Lien, ME. og Wandel, M. (2005). Experience of dietary advice among Pakistani-born persons with type 2 diabetes in Oslo. *Appetite*, 45, 295-304
- Fagermoen, MS. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I: H. Almås (red.) *Klinisk sykepleie, Bind 1* (s. 12-30). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fink, A. (2006). *How to conduct surveys. A step-by-step guide*. California: Sage Publications Inc.
- George, M. (2001). The challenge of culturally competent health care: Applications for asthma. *Heart and Lung: The journal of Acute and Critical Care*, 30, 5, 392-400
- Gjengedal, E. og Hanestad, BR. (2007). *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Glenn-Vega, A. (2002). Achieving a more minority-friendly practice. *Family Practice Management*, 9 (6), s. 39-43
- Granum, V. (2003). *Praktisk Pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hanssen, I. (1995). *Kommunikasjon*. I: NJ. Kristoffersen (red.) *Generell sykepleie 2, Pasient og sykepleier – samhandling, opplevelse og identitet*, s. 63- 109. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanssen, I. (2002). *Facing Differentness – An Empirical Inquiry into Ethical Challenges in Intercultural Nursing*. Oslo: The Institute of Nursing, The University of Oslo.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid I et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hanssen, TA. og Natvig, GK. (2007). *Stress og mestring*. I: E. Gjengedal og BR. Hanestad (red.) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*, s. 40-59. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.

- Haraldsen, G. (1999) *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Gjøvik: Ad Notam Gyldendal
- Hawthorne, K. (2001). Effect of culturally appropriate health education on glycaemic control and knowledge of diabetes in British Pakistani women with type 2 diabetes mellitus. *Health Education Research*, 16, 373-381
- Hellevik, O. (2002) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget
- Helman, C. (2000) *Culture, Health and Illness*. London: Butterworth & Co. (Publishers), Ltd.
- Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P. og Apelqvist, J. (2003). Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 627-643
- Hultsjö, S. og Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52, s.276-285
- Hylland Eriksen, T. og Arntsen Sørheim, T. (1994). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Hylland Eriksen, T. og Arntsen Sørheim, T. (2003). *Kulturforskjeller i praksis*. Gjøvik: ad Notam Gyldendal.
- Kessels, R.P.C. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, s. 219-222
- Kleinman, A., Eisenberg, L. og Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 2, 251-258
- Kloster, T. (1997). Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? Feltstudie i en ortopedisk avdeling. *Vård i Norden*, 17 (3), s. 14-20
- Klung Redman, B. (2007). *The Practice of Patient Education – A Case Study Approach*. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier
- Kripalani, S., Bussey-Jones, J., Katz, MG. og Genao, I. (2006). A Prescription for Cultural Competence in Medical Education. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 1116-1120
- Kristoffersen, NJ. (1996). *Introduksjon om sykepleie*. I: NJ. Kristoffersen (red.) Generell sykepleie 1, Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap, s. 11-79. Oslo: Universitetsforlaget
- Larsen, Ø., Alvik, A., Hegstad, K. og Nylenna, M. (2003). *Helse for de mange: samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Boston, MA: Jones & Bartlett Publishers
- London, F. (2008). Meeting the Challenge, Patient Education in a Diverse America. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24 (6), s. 283-285
- Lov om Pasientrettigheter (1999). (1/5-08) <http://www.lovdata.no>
- Lov om Spesialisthelsetjenesten (2001). (1/11-08) <http://www.lovdata.no>
- Luker, K. og Caress, AL. (1989). Rethinking patient education. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 711-718
- Lund, T., Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub AS.
- Lundberg, P.C., Bäckström, J. og Widén, S. (2005). Caregiving to Patients Who Are Culturally Diverse by Swedish Last-Year Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 16 (3), s. 255-262
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene*. Otta: Akribe AS
- Mandler, G. (1975). Consciousness: Respectable, useful and probably necessary. In: Solso, R.L. ed., *Information Processing and Cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Marcinkiw, K.L. (2003). A goal for nursing education. *Nurse Education Today*, 23, s.174-182
- Mathisen, J. (1997). *Sykepleiehistorie*. 3.opplag. Oslo: Universitetsforlaget
- McLaughlin, F.E. og Marasculio, L.A. (1990) *Advanced Nursing and Health Care Reserarch, Quantification Approaches*. Philadelphia: W. B. Saunders Company
- Mæland, JG. (2005). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug
- Nasjonalt kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) og Helsedirektoratet (2010). *Pasient og tolk. En brosjyre om tolk i helsetjenesten*. (18/10-2010) <http://www.nakmi.no>
- Nightingale, F. (1992). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. Philadelphia: J.B. Lippincott
- Nolan, J., Nolan, M. og Booth, A. (2001). Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 163-173
- Norsk Sykepleierforbund (2000). *Kvalitetsutvikling og omorganisering. Delhefte 2: Funksjonsbeskrivelser i sykepleietjeneste*. Norsk Sykepleierforbund.
- Oslo Kommune (2010) http://www.storby.oslo.kommune.no/tolketjenesten_i_oslo/ (06/10-2010)

- Parkin, T. (2001). An audit of the theoretical basis of education during dietetic consultations with diabetic patients. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 14, 1, 33-42
- Polit, DF. og Beck, CT. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Eight Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Povlsen, L., Olsen, BS. og Ladelund, S. (2005). Diabetes in children and adolescents from ethnic minorities in Denmark: barriers to education, treatment and good metabolic control. *Journal of Advanced Nursing* 50(6), 576-582
- Price, J.L. og Cordell, B. (1994). Cultural diversity and patient teaching. *Journal of Continuing Educational Nursing*, 25, s. 163-166
- Purnell, L. og Paulanka, B. (1998). *Transcultural Health Care. A Culturally Component Approach*. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Ramos-Remus, C., Salcedo-Rocha, AL., Prieto-Parra, RE. og Galvan-Villegas, F. (2001). How important is patient education? *Journal of Baillière's Clinical Rheumatology*, 14, 689-703
- Rankin, SH., Stallings, KD. og London, F. (2005). *Patient Education in Health and Illness*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Company
- Rosenberg, E., Leanza, Y. og Seller, R. (2007) Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, 67, s.286-292
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. og Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 11, s. 403-418
- Samuelson, J. (2001). *Islamsk medicin*. Sverige: Studentlitteratur, Lund
- Selmer, Å.W. (1997). Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleierne. *Vård i Norden*, 18 (1), s. 11-17
- Simpson, J.L. og 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), s. 16-23
- Simsen, B. (1985). *Åndelige behov og ressurser ved sykdom og sykehusopphold*. Sammendrag av doktoravhandling fra Manchester University.
- Statistisk Sentralbyrå (2010). (27/9-10) <http://www.ssb.no/innvandring/>
- Stortingsmelding 16, (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. (8/12-08) <http://www.regjeringen.no>
- Stortingsmelding 49, (2003-2004). Mangfold gjennom inkludering og deltakelse. (2/5-08)

<http://www.regjeringen.no>

- Suter, PM. og Suter, WN. (2008). Timeless Principles of Learning. *Home Healthcare Nurse*, 26, 2, 83-88.
- Svabø, A., Bergland, Å. og Hæreid, J. (1995). *Sosiologi og sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørheim, TH. (2000). *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tronstad, KR. (2008). *Religion*. I: S. Blom og K. Henriksen (red.). Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006, s.65-70. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå – Statistics Norway
- Turner, BS. (2003) *Islam*. London: Routledge
- UDI (Utlendingsdirektoratet) (1994). *Veiledende retningslinjer for dekking av utgifter ved bruk av tolketjenester*. Rundskriv UDI 23/94 TIA.
<http://www.udi.no/upload/Rundskriv/utgifter.pdf>
- Vaaler, S. (2000). Forslag til nye retningslinjer for type 2-behandling. *Diabetes for helsepersonell*, 1.
- Vifladt, EH. og Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Wahl, AK. og Hanestad, BR. (2002). Psykososial intervensjon og kronisk sykdom. *Sykepleien*, 21, 38-41
- Waite, R. og Calamaro, C.J. (2010) Cultural Competence: A Systemic Challenge to Nursing Education, Knowledge Exchange, and the Knowledge Development Process. *Perspectives in Psychiatric Care*. Vol. 46, No.1, s.74-80
- Waltz, C.F., Strickland, O.L. og Lenz, E.R. (2005). *Measurement in Nursing and Health Research*. Third Edition. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Wikipedia (2010). (10/10-10) <http://www.wikipedia.org>

VEDLEGG 1

Elisabeth Østensen
Bård Skolemestersvei 8
0590 Oslo
E-post: elisabeth.ostensen@getmail.no
Tlf: 97177081

15. Februar, 2010

Avdelingssykepleier N.N
Ved N.N avdeling
N.N sykehus

SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELT

Jeg søker med dette om tillatelse til å benytte N.N avdeling som forskningsfelt for min avsluttende masteroppgave i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

Masteroppgaven setter søkelys på pasientundervisning til fremmedkulturelle, og jeg skal utvikle og pilotteste et spørreskjema som skal kunne brukes til å kartlegge dagens tilbud om pasientundervisning til kronisk syke fremmedkulturelle pasienter. I denne sammenhengen regnes fremmedkulturelle som mennesker med ikke-vestlig bakgrunn. Fokuset for arbeidet er på hvordan pasientundervisningen til denne gruppen gjennomføres, og hvordan den er tilrettelagt fremmedkulturelles spesielle behov i forhold til språk, kultur og religion.

Bakgrunn for tema:

Jeg har i mange år arbeidet med kronisk syke pasienter, og kjenner viktigheten av at pasientene får undervisning omkring egen sykdom og håndtering av denne for at de skal være i stand til å yte optimal egenomsorg etter utskrivelse fra sykehus. De senere årene har det vært en jevn strøm av asylsøkere og innvandrere til Norge, hvilket fører til at man møter stadig flere fremmedkulturelle pasienter på sykehusene. For at pasienten skal få svar på sine spørsmål og få ny kunnskap er det viktig å møte pasienten der han er og ta det som utgangspunkt for undervisningen, slik at pasienten kan nyttegjøre seg av kunnskapen. Dette skaper nye utfordringer for pasientundervisningen. Forskjeller i språk, kultur, religion og utdanningsnivå gjør at man ofte må endre ting ved pasientundervisningen for at kunnskapen skal nå frem til mottakeren. Vi vet ikke så mye om hvordan pasientundervisningen til fremmedkulturelle er, og jeg ønsket derfor å utvikle et spørreskjema for å kartlegge pasientundervisning til kronisk syke fremmedkulturelle pasienter, hvilke ressurser de har tilgjengelig og hvordan sykepleierne håndterer de utfordringene dette innebærer.

Undersøkelsen

Pilottesting av spørreskjemaet "Pasientundervisning til fremmedkulturelle" vil være bakgrunn for videre arbeid med kartlegging av pasientundervisningstilbudet til kronisk syke fremmedkulturelle pasienter i Norge. En slik kartlegging skal kunne bidra til å rette oppmerksomhet mot den utfordringen dette representer, og til å bedre mulighetene for like god pasientundervisning til alle uavhengig av etnisk tilhørighet og kulturbakgrunn.

Gjennomføring av undersøkelsen

Jeg ønsker å distribuere spørreskjemaet til fire sykepleiere ved den posten der du er avdelingssykepleier. Jeg ønsker at det fylles ut 4 spørreskjema på posten, og at 2 sykepleiere i tillegg til avdelingssykepleier og fagutviklingssykepleier fyller ut hvert sitt skjema. Skulle det vise seg at avdelingssykepleier eller fagutviklingssykepleier ikke ønsker, eller ikke har mulighet til å svare på spørreskjemaet ønsker jeg at en annen sykepleier fyller ut i stedet slik at jeg får 4 utfylte skjemaer fra hver post.

For å dele ut spørreskjemaene til sykepleierne ved de forskjellige avdelingene har jeg behov for hjelp fra deg til å finne sykepleiere som kan være respondenter. Etter at de er fylt ut vil skjemaene samles inn i en konvolutt som jeg ber deg oppbevare på ditt kontor. Denne konvolutten hentes av meg på et avtalt tidspunkt. Utover den tiden det tar å dele ut og besvare spørreskjemaene vil ikke undersøkelsen medføre noen kostnader for klinikken.

Det vil følge et informasjonsskriv med spørreskjemaet, slik at sykepleierne får den informasjonen de trenger for å kunne besvare det. Anonymitet og konfidensialitet sikres ved at utfylt spørreskjema ikke kan spores tilbake til den enkelte som svarer. Det vil heller ikke komme frem i oppgaven hvilket sykehus eller hvilke avdelinger som har vært med i undersøkelsen. Undersøkelsen er tilrådd av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og av Personvernombudet ved N.N sykehus. Avdelingene vil få et eksemplar av den ferdige oppgaven, og dersom det er av interesse holder jeg gjerne fremlegg når prosjektet er avsluttet.

Jeg ønsker å gjennomføre undersøkelsen snarest mulig. Dersom du har spørsmål så kan jeg gjerne kontaktes på e-post: elisabeth.ostensen@getmail.no eller telefon: 971 77 081.

Min veileder i studien er førsteamanuensis Anne Moen, Institutt for Helse og Samfunn, avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Hun kan kontaktes på e-post: anne.moen@medisin.uio.no eller telefon: 909 71 904 / 22 85 05 40.

Prosjektbeskrivelsen ettersendes om ønskelig.

Med vennlig hilsen,

Elisabeth Østensen
Mastergradsstudent i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo

Vedlegg:
Informasjonsskriv til respondentene
Spørreskjema

VEDLEGG 2

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Anne Moen
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 18.03.2010

Vår ref:23778 / 2 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.02.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 18.03.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

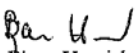
23778	<i>Pasientundervisning til fremmedkulturelle</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Moen</i>
<i>Student</i>	<i>Elisabeth Østensen</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elisabeth Østensen, Bård Skolemestersvei 8, 0590 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svanva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

23778

Utvalget består av 30-44 sykepleiere ved ulike avdelinger ved et sykehus i Oslo-området.

Utvalget rekrutteres ved at avdelingssykepleiere formidler skriftlig informasjon om prosjektet til aktuelle informanter ved sin avdeling. Opplysningene samles inn gjennom spørreskjema, og de som ønsker å delta returnerer utfylt spørreskjema til studenten.

Spørreskjema fylles ut på papir, og alle opplysninger som transkriberes på PC vil være anonyme (jf. telefonsamtale med Elisabeth Østensen 18. mars 2010). Vi minner om at anonyme opplysninger er opplysninger som det ikke er mulig å føre tilbake til enkeltpersoner, hverken direkte (via for eksempel navn eller fødselsnummer eller referanse til slike opplysninger) eller indirekte (via sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som navn på institusjon, kjønn, alder, utdanning eller lignende).

På bakgrunn av dette vurderer personvernombudet prosjektet som ikke meldepliktig i henhold til personopplysningsloven.

Ombudet har likevel noen kommentarer til informasjonsskrivet til informantene. Ettersom det kan fremkomme indirekte identifiserende personopplysninger under utfylling av spørreskjemaet bør setningen "Spørreskjemaet er anonymt" slettes, og det bør informeres om at spørreskjemaene slettes innen prosjektslutt 31. desember 2010.

Spørreskjemaene slettes innen prosjektslutt, 31. desember 2010 (jf. telefonsamtale med Elisabeth Østensen 18. mars 2010).

VEDLEGG 3: INFORMASJONSBREV TIL SPØRREUNDERSØKELSEN "Pasientundervisning til fremmedkulturelle"

Spørreskjemaet du nå har fått i hånden er utviklet for å kartlegge dagens tilbud om pasientundervisning til kronisk syke fremmedkulturelle pasienter. I denne sammenhengen forstås fremmedkulturelle som mennesker med ikke-vestlig bakgrunn. Utvikling og pilottesting av dette spørreskjemaet inngår i min masteroppgave i sykepleievitenskap, som omhandler pasientundervisning til kronisk syke ikke-vestlige innvandrere i Norge. Fokuset for arbeidet mitt er på hvordan pasientundervisningen gjennomføres, og hvordan den er tilrettelagt fremmedkulturelles spesielle behov i forhold til språk, kultur og religion.

Din besvarelse vil inngå i pilottesting av dette spørreskjemaet. En slik kartlegging skal kunne bidra til å rette oppmerksomhet mot den utfordringen dette representer, og til å bedre mulighetene for like god pasientundervisning til alle uavhengig av etnisk tilhørighet og kulturbakgrunn. Dette vil være bakgrunn for videre arbeid med kartlegging av pasientundervisningstilbudet til kronisk syke fremmedkulturelle pasienter i Norge

Du besvarer skjemaet ved å krysse av for det svaralternativet du mener passer best for deg. Enkelte steder bes du om å skrive svaret ditt. Det er noen spørsmål der det er mulig å komme med utfyllende kommentarer hvis du ønsker det. Det vil ta ca 10-15 minutter å besvare spørreskjemaet. Dersom du ikke finner svaralternativene dekkende for deg, at noen spørsmål er vanskelige å forstå, eller du har andre kommentarer til skjemaet, ber jeg om at du skriver det på spørreskjemaets siste side.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. At du returnerer utfylt skjema, regnes det som samtykke til å delta. Alle besvarelser vil anonymiseres før de legges inn på data, slik at de ikke kan føres tilbake til person, avdeling eller sykehus. Spørreskjemaene vil ødelegges ved prosjektets slutt, og senest innen 31/12-2010. Når du har fylt ut spørreskjemaet kan du legge det i en samlekonvolutt som ligger hos avdelingssykepleier. Jeg ber om at du fyller ut spørreskjemaet innen en uke etter at du har mottok det.

Jeg er sykepleier og mastergradsstudent ved Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo. Min veileder i studien er førsteamanuensis Anne Moen, som er ansatt ved Institutt for Helse og Samfunn, avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Spørreundersøkelsen inngår i min masteroppgave, som er planlagt ferdig juli 2010. Jeg har fått tillatelse av Avdelingssykepleier..... ved til å gjennomføre studien i avdeling. Studien er lagt frem for personvernombudet vedog Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste som tilrår at den kan gjennomføres.

Avdelingen du jobber ved vil motta et eksemplar av den ferdige oppgaven, og jeg vil gjerne komme og holde et forelegg når oppgaven er ferdig sensurert. Dersom du har spørsmål kan du kontakte meg på e-post: elisabeth.ostensen@getmail.no eller ringe meg på telefon: 971 77 081. Eller min veileder Anne Moen, e-post anne.moen@medisin.uio.no, telefon 22850540

Med vennlig hilsen,

Elisabeth Østensen, Mastergradsstudent i sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo

VEDLEGG 4: SPØRRESKJEMA: "Pasientundervisning til fremmedkulturelle"

DEL 1: OM DEG SELV

- 1) **Alder:** _____ år
- 2) **Kjønn:** Mann Kvinne
- 3) **Hvilken type stilling er du ansatt i?**
- | | |
|---|--------------------------|
| Avdelingssykepleier | <input type="checkbox"/> |
| Fagutviklingssykepleier / Undervisningssykepleier | <input type="checkbox"/> |
| Sykepleier | <input type="checkbox"/> |
- 4) **Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier?** _____ år
- 5) **Hvor lenge har du vært ansatt i den posten der du er nå?** _____ år
- 6a) **Har du tatt spesialutdanning eller videreutdanning etter grunnutdanning/
bachelorgrad i sykepleie?** Ja Nei
- 6b) **Hvis ja, hvilken utdanning har du tatt?.....**
.....
- 7) **Hvilken type institusjon arbeider du på?**
- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Universitetssykehus | <input type="checkbox"/> |
| Spesialsykehus | <input type="checkbox"/> |
| Lokalsykehus | <input type="checkbox"/> |
- 8) **Hvor ofte gir du pasientundervisning?**
- | Organisert pasientundervisning: | | Som en del av annen aktivitet: | |
|--|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Daglig | <input type="checkbox"/> | Daglig | <input type="checkbox"/> |
| Ukentlig | <input type="checkbox"/> | Ukentlig | <input type="checkbox"/> |
| Månedlig | <input type="checkbox"/> | Månedlig | <input type="checkbox"/> |
| Sjeldnere | <input type="checkbox"/> | Sjeldnere | <input type="checkbox"/> |
| Aldri | <input type="checkbox"/> | Aldri | <input type="checkbox"/> |

DEL 2: OM POSTEN

1) **Er det ofte kronisk syke pasienter innlagt på posten?** Ja Nei

2) **Hvilke kroniske tilstander gir dere pasientundervisning om?**

(Flere kryss er mulig)

Endokrine sykdommer (diabetes, stoffskifte etc)

Hjertesykdommer (hypertensjon, angina, hjerteinfarkt etc)

Muskel- og skjelettsykdommer (leddgikt, fibromyalgi etc)

Nevrologiske lidelser (multiple sklerose, hjerneslag etc)

Lungesykdommer (astma, KOLS, cystisk fibrose etc)

Atopiske sykdommer (allergi, atopisk dermatitt, etc)

Hudsykdommer (psoriasis etc)

Sykdommer i nyrer og urinveier

Sykdommer i gastrointestinaltractus

Hematologiske sykdommer

Andre sykdommer

Hvis andre, forklar:

.....

3) **Hvor ofte har posten kronisk syke pasienter med fremmedkulturell bakgrunn?**

Daglig

Ukentlig

Månedlig

Aldri

4a) **Hvilke land kommer de fremmedkulturelle pasientene hos dere fra?**

Pakistan

Irak

Vietnam

Iran

Tyrkia

Sri Lanka

Somalia

Andre land

Hvis "Andre land", hvilke?

DEL 3: OM PASIENTUNDERVISNING GENERELT

1) Hvem underviser kronisk syke pasienter på posten deres?

(Flere kryss er mulig)

- Sykepleiere:
- Hjelpepleiere:
- Leger:
- Sosionomer:
- Ernæringsfysiologer:
- Fysioterapeuter:
- Andre:
- Ingen:

2) Hvor ofte gis det pasientundervisning på posten deres?

- Daglig:
- Ukentlig:
- Månedlig:
- Sjeldnere:
- Aldri:

Kom gjerne med utfyllende kommentarer:

.....

.....

3) Hvordan organiseres pasientundervisning generelt på posten deres?

- Individuell undervisning med pasienten
- Undervisning med den enkelte pasient og pårørende
- Undervisning i grupper med pasienter med samme diagnose
- Undervisning i grupper med pasienter med forskjellige diagnoser
- Undervisning i grupper med flere pasienter og deres pårørende
- Undervisning i grupper med pårørende

Kom gjerne med utfyllende kommentarer:

.....

.....

4) Blir tid for undervisning avtalt med pasienten på forhånd?

- Alltid Som oftest: Av og til: Sjelden: Aldri:

5) På hvilket tidspunkt gis det pasientundervisning på posten deres?

(Flere kryss er mulig)

- Etter som hva som passer for pasienten og driften på posten.
- Vi har en fast tid på døgnet som er satt av til undervisning
- Vi har undervisning på faste ukedager
- Vi arrangerer undervisningskvelder/dager ved jevne mellomrom
- Vi gir undervisning når pasienten er innlagt på posten
- Vi underviser etter at pasienten er skrevet ut fra posten

Hvis annet, spesifiser:

.....

6) Om tid og rom for pasientundervisning. (Sett kryss under det svaret som passer)

Om pasientundervisning på posten	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
<i>a) Undervisning er høyt prioritert.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>b) Det settes av tid til hver pasient</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>c) Andre har ansvar for mine når jeg er opptatt med undervisning.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>d) Jeg må være tilgjengelig på posten samtidig som jeg underviser</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>e) Jeg kan sitte uforstyrret og gi pasientundervisning.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>f) Det forventes at jeg gir undervisning til mine pasienter.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>g) Jeg har tid nok til å gi den undervisningen pasienten behøver.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Hvilke hjelpemidler benyttes i forbindelse med pasientundervisning på posten deres? (Flere kryss er mulig)

- Brosjyrer og/eller annet skriftlig undervisningsmaterieell
- Datamaskiner til bruk for powerpoint presentasjoner
- Datamaskiner med websider som pasientene kan bruke
- Plansjer og/eller bilder
- Filmer
- Øvelsesutstyr for å lære pasienten nye teknikker
- Henvisning til pasientforeninger
- Annet

Hvis annet, spesifiser:.....

8) Hvilke undervisningsformer benyttes ved pasientundervisning på posten deres?
(Flere kryss er mulig)

- | | |
|--|--------------------------|
| Foredrag – pasienten lytter | <input type="checkbox"/> |
| Diskusjon omkring aktuelle tema | <input type="checkbox"/> |
| Demonstrasjon av teknikker | <input type="checkbox"/> |
| Praktisk øvelse av teknikker | <input type="checkbox"/> |
| Samtale hvor sykepleier forteller pasienten om aktuelle tema | <input type="checkbox"/> |
| Samtale hvor pasienten forteller hva han ønsker svar på | <input type="checkbox"/> |
| Utdeling av skriftlig materiale | <input type="checkbox"/> |
| Annet | <input type="checkbox"/> |

Hvis annet, spesifiser:

.....

DEL 4: OM PASIENTUNDERVISNING TIL FREMMEDKULTURELLE

1) Hvor ofte gis det pasientundervisning til fremmedkulturelle på posten deres?

- | | |
|------------|--------------------------|
| Daglig: | <input type="checkbox"/> |
| Ukentlig: | <input type="checkbox"/> |
| Månedlig: | <input type="checkbox"/> |
| Sjeldnere: | <input type="checkbox"/> |
| Aldri: | <input type="checkbox"/> |

Kom gjerne med utfyllende kommentarer:

.....

.....

2) Hvordan organiseres pasientundervisning til fremmedkulturelle på posten deres?

- | | |
|---|--------------------------|
| Individuell undervisning med pasienten | <input type="checkbox"/> |
| Undervisning med den enkelte pasient og pårørende | <input type="checkbox"/> |
| Undervisning i grupper med pasienter med samme diagnose | <input type="checkbox"/> |
| Undervisning i grupper med pasienter med forskjellige diagnoser | <input type="checkbox"/> |
| Undervisning i grupper med flere pasienter og deres pårørende | <input type="checkbox"/> |
| Undervisning i grupper med pårørende | <input type="checkbox"/> |

Hvis annet, spesifiser:.....

.....

3) Om dagens undervisningsopplegg til fremmedkulturelle pasienter.

(Sett kryss under det svaralternativet som passer best med dine erfaringer)

	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
<i>a) Undervisningen er tilpasset pasientenes kultur.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>b) Undervisningen er tilpasset pasientens religion.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>c) Undervisning til fremmedkulturelle pasienter gis slik at pasienten oppfatter det som blir sagt.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>d) De fremmedkulturelle pasientene følger vanligvis de rådene vi gir dem.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>e) De fremmedkulturelle pasientene vektlegger ofte andre ting enn det jeg oppfatter som viktig.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>f) Det viser seg ofte etter utskrivelse at de fremmedkulturelle pasientene ikke har fulgt de rådene de har fått under innleggelsen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>g) Det er mer utfordrende å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter enn til norske.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>h) Undervisningen endres i forhold til pasientens utdanningsnivå.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>i) Posten har et eget undervisningsopplegg beregnet på pasienter som ikke kan lese.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Om tilpasning av undervisning i forhold til religion og kultur.

(Sett kryss under det svaralternativet som passer best for deg og din praksis)

	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
<i>a) Jeg tar utgangspunkt i det pasienten selv oppfatter som sykdomsårsak når jeg underviser.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>b) Dersom jeg har en annen oppfattelse av årsaken til sykdommen vil jeg korrigere pasienten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>c) Jeg etterspør vanligvis hva pasienten selv oppfatter som riktig behandlingsmetode.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>d) Dersom jeg er uenig i hva som er riktig behandlingsmetode vil jeg korrigere pasienten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>e) Jeg samarbeider med pasienten og pårørende om å finne gode løsninger for pasienten i hverdagen.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>f) Jeg kartlegger eventuelle hindringer for behandlingsopplegget i pasientens hverdag.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>g) Jeg følger samme undervisningsopplegg til alle.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>h) Jeg endrer undervisningen i forhold til hvilken religion pasienten tilhører.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>i) Jeg endrer undervisningen i forhold til hvilken kultur pasienten kommer fra</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5) **Har posten brosjyrer/undervisningsmateriell til kronisk syke pasienter på andre språk enn norsk?** Ja Nei

Hvis ja, på hvilke språk?

- 6) **Om bruk av tolketjeneste.**

(Sett kryss under det svaralternativet som passer best for deg og din praksis)

	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
<i>a) Tolk benyttes alltid når jeg underviser pasienter med annet morsmål enn norsk.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>b) Jeg benytter kun tolk når pasienten ikke forstår norsk.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>c) Ved behov for tolk benytter posten alltid profesjonelle tolker.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>d) Det hender at posten benytter andre utenforstående personer som tolker.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>e) Det hender at pårørende som snakker norsk blir benyttet som tolk.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>f) Det kan være problematisk å benytte pårørende som tolk.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>g) Det kan være problematisk å benytte profesjonelle tolker.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>h) Fremmedspråklige pasienter får like mye undervisning som andre pasienter på posten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>i) Bruk av tolk begrenses til det mest nødvendige.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>j) Vi benytter tolk så ofte som det er behov for det.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>k) Dersom det ikke er mulig å få en tolk til posten, benyttes telefontolk.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7) **Har posten eget undervisningsmateriell tilpasset forskjellige religioner?**

Hvis ja, hvilke religioner? Ja Nei

.....

- 8) **Er det noen spesielle utfordringer ved å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter?** Ja Nei

Hvis ja, hvilke utfordringer?

.....

- 9) **Finnes det noen hindringer for undervisningen til fremmedkulturelle pasienter?**

Hvis ja, hvilke hindringer? Ja Nei

.....

10) Organiseres pasientundervisningen på posten deres slik at helsepersonell som snakker pasientens morsmål står for undervisningen til denne pasienten?

Alltid Som regel Noen ganger Sjelden Aldri Vet ikke

11) Synes du at pasientundervisningen til fremmedkulturelle på posten din bør endres? Ja Nei

Forklar:
.....
.....

12) Tror du kunnskap om forskjellige kulturer gjør det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter? Ja Nei

13) Tror du kunnskap om forskjellige religioner gjør det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter? Ja Nei

14) Har du fått noe undervisning om kulturer etter at du var ferdig utdannet?

Ja Nei

15) Har du fått noe undervisning om religioner etter at du var ferdig utdannet?

Ja Nei

16) Har du ellers noe du ønsker å si om undervisning til fremmedkulturelle pasienter?

.....
.....

Helt til slutt ønsker jeg å spørre om du har noen kommentarer til selve spørreskjemaet. Var spørsmålene lette å forstå? Var det noe du reagerte på? Ris eller ros – alt mottas med takk. Takk for hjelpen!

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VEDLEGG 5

FREKVENSFORDELING

DEL 1: OM DEG SELV

1) Alder:

20-29 år	22 (51,2)
30-39 år	11 (25,6)
40-49 år	4 (9,3)
50-59 år	2 (4,7)
60-69 år	2 (4,7)
ikke svart	1 (2,3)
	n=43

2) Kjønn:

Kvinne	39 (90,7)
Mann	4 (9,3)
	n=43

3) Hvilken type stilling er du ansatt i?

Avdelingssykepleier	9 (20,9)
Fagutviklingssykepleier	10 (23,3)
Sykepleier	24 (55,8)
	n=43

4) Hvor lenge har du arbeidet som sykepleier?

Under 2 år	2 (4,7)
2 - 5 år	18 (41,9)
Over 5 - 10 år	11 (25,6)
Over 10 år	12 (27,9)
	n=43

5) Hvor lenge har du vært ansatt i den posten der du er nå?

Under 2 år	5 (11,6)
2 - 5 år	21 (48,8)
Over 5 - 10 år	13 (30,2)
Over 10 år	4 (9,3)
	n=43

6a) Har du tatt spesialutdanning eller videreutdanning etter grunnutdanning/bachelorgrad i sykepleie?

Ja	17 (39,5)
Nei	26 (60,5)
	n=43

6b) Hvis ja, hvilken utdanning har du tatt?

Flere	4 (23,5)
Klinisk	6 (35,3)
Veileder	2 (11,8)
Organisasjon/Ledelse	4 (23,5)
misforstått spørsmålet	1 (5,9)
	n=17

7) Hvilken type institusjon jobber du på?

Universitetssykehus	43 (100)
Spesialsykehus	
Lokalsykehus	
	n=43

8) Hvor ofte gir du pasientundervisning?

	Organisert pasientundervisning:	Som en del av annen aktivitet:
Daglig	3 (7)	15 (34,9)
Ukentlig	6 (14)	11 (25,6)
Månedlig	3 (7)	4 (9,3)
Sjeldnere	18 (41,9)	9 (20,9)
Aldri	12 (27,9)	2 (4,7)
ikke svart	1 (2,3)	2 (4,7)
	n=43	n=43

DEL 2: OM POSTEN

1) Er det ofte kronisk syke pasienter innlagt på posten?

Ja	41 (95,3)
Nei	2 (4,7)
	n=43

2a) Hvilke kroniske tilstander gir dere pasientundervisning om?

	Andel:
Endokrine sykdommer	20 (46,5)
Hjertesykdommer	14 (32,6)
Muskel og skjelettsykdommer	1 (2,3)
Nevrologiske lidelser	9 (20,9)
Lungesykdommer	15 (34,9)
Atopiske sykdommer	1 (2,3)
Hudsykdommer	-
Sykdommer i nyrer og urinveier	9 (20,9)
Sykdommer i gastrointestinaltractus	8 (18,6)
Hematologiske sykdommer	5 (11,6)
Andre	5 (11,6)
	n=43

2b) Hvis andre, forklar: (Svarene er kategorisert)

Spesialdiagnoser	4 (26,7)
Sjeldne sykdommer	1 (6,7)
Kreftsykdom	1 (6,7)
Infeksjoner / immunologiske sykdommer	4 (26,7)
Forebyggende	3 (20)
Ingen	2 (13,3)
	n=15*

* Det er ulik "n" i forhold til hvor mange som hadde krysset av for alternativet "Andre" i spørsmål 2a). Dette er fordi det var flere andre respondenter som også kom med forklaringer.

3) Hvor ofte har posten kronisk syke pasienter med fremmedkulturell bakgrunn?

Daglig	8 (18,6)
Ukentlig	14 (32,6)
Månedlig	19 (44,2)
Aldri	-
ikke svart	2 (4,7)
	n=43

4a) Hvilke land kommer de fremmedkulturelle pasientene hos dere fra?

Pakistan	40 (93)
Irak	26 (60,5)
Vietnam	30 (69,8)
Iran	26 (60,5)
Tyrkia	22 (51,2)
Sri Lanka	24 (55,8)
Somalia	36 (83,7)
Andre land	21 (48,8)
	n=43

4b) Hvis "Andre land", hvilke?

Asiatiske land (Thailand, India, Kina, Burma)	8 (50)
Øst-Europeiske land (Russland, Polen, Litauen)	7 (43,8)
Afrikanske land (Etiopia, Eritrea, Marokko, Ghana, Nigeria, Algerie, Kongo, Kapp Verde)	23 (143,8)
Australia	2 (12,5)
	n=16*

* 16 personer listet opp hvilke andre land pasientene kom fra. Mange nevnte flere land. Landene er kategorisert etter verdensdel, men det er nevnt i parentes hvilke land dette gjelder.

DEL 3: OM PASIENTUNDERVISNING GENERELT

1) Hvem underviser kronisk syke pasienter på posten deres?

Sykepleiere	38 (88,4)
Hjelpepleiere	17 (39,5)
Leger	36 (83,7)
Sosionomer	13 (30,2)
Ernæringsfysiologer	18 (41,9)
Fysioterapeuter	28 (65,1)
Andre	5 (11,6)
Ingen	3 (7)
	n=43

2a) Hvor ofte gis det pasientundervisning på posten deres?

Daglig	22 (51,2)
Ukentlig	12 (27,9)
Månedlig	5 (11,6)
Sjeldnere	-
Aldri	4 (9,3)
	n=43

2b) Kom gjerne med utfyllende kommentarer:

Mer informasjon og veiledning enn undervisning	7 (53,8)
Variierer i forhold til hvilke pasienter som er innlagt	2 (15,4)
Undervisning som del av en annen aktivitet	4 (30,8)
	n=13

3a) Hvordan organiseres pasientundervisning generelt på posten deres?

Individuell undervisning med pasienten	38 (88,4)
Undervisning med den enkelte pasient og pårørende	26 (60,5)
Undervisning i grupper med pasienter med samme diagnose	8 (18,6)
Undervisning i grupper med pasienter med forskjellige diagnoser	-
Undervisning i grupper med flere pasienter og deres pårørende	2 (4,7)
Undervisning i grupper med pårørende	1 (2,3)
	n=43

3b) Kom gjerne med utfyllende kommentarer: (Kommentarene er kategorisert)

Ikke organisert undervisning	5 (45,5)
Egne kurs / Pasientskoler	4 (36,4)
Samme operasjon, men ikke alltid samme diagnose	1 (9,1)
Har aldri pasientundervisning	1 (9,1)
	n=11

4) Blir tid for undervisning avtalt med pasienten på forhånd?

Alltid	2 (4,7)
Som oftest	14 (32,6)
Av og til	14 (32,6)
Sjelden	11 (25,6)
Aldri	1 (2,3)
ikke svart	1 (2,3)
	n=43

5a) På hvilket tidspunkt gis det pasientundervisning på posten deres?

Etter hva som passer for pasientene og for driften på posten	35 (81,4)
Vi har en fast tid på døgnet som er satt av til undervisning	1 (2,3)
Vi har undervisning på faste ukedager	6 (14)
Vi arrangerer undervisningskvelder/dager ved jevne mellomrom	2 (4,7)
Vi gir undervisning når pasienten er innlagt på posten	17 (39,5)
Vi underviser etter at pasienten er skrevet ut fra posten	5 (11,6)
	n=43

5b) Hvis annet, spesifiser: (Kommentarene er kategorisert)

Undervisning én til én skjer hele tiden som en del av annen aktivitet	3 (60)
Pasientskole/kurs fast dag	4 (80)
Preoperativ informasjon til enkelte grupper	1 (20)
	n=5*

* 5 er lik det antallet respondenter som kom med spesifikasjoner. Noen kom med flere.

6) Påstand om tid og rom for pasientundervisning på posten:	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke svart
• Undervisning er høyt prioritert	8 (18,6)	10 (23,3)	14 (32,6)	6 (14)	3 (7)	2 (4,7)
• Det settes av tid til hver pasient	10 (23,3)	13 (30,2)	7 (16,3)	9 (20,9)	2 (4,7)	2 (4,7)
• Andre har ansvar for mine når jeg er opptatt med undervisning	4 (9,3)	14 (32,6)	11 (25,6)	9 (20,9)	4 (9,3)	1 (2,3)
• Jeg må være tilgjengelig på posten samtidig som jeg underviser	12 (27,9)	13 (30,2)	9 (20,9)	4 (9,3)	4 (9,3)	1 (2,3)

• Jeg kan sitte uforstyrret og gi pasientundervisning	4 (9,3)	4 (9,3)	9 (20,9)	13 (30,2)	12 (27,9)	1 (2,3)
• Det forventes at jeg gir undervisning til mine pasienter	13 (30,2)	13 (30,2)	12 (27,9)	4 (9,3)	-	1 (2,3)
• Jeg har tid nok til å gi den undervisningen pasienten behøver	4 (9,3)	11 (25,6)	9 (20,9)	15 (34,9)	3 (7)	1 (2,3)
						n=43

7a) Hvilke hjelpemidler benyttes i forbindelse med pasientundervisning på posten deres?

Brosjyrer og/eller annet skriftlig undervisningsmaterieell	41 (95,3)
Datamaskiner til bruk for powerpoint presentasjoner	6 (14)
Datamaskiner med websider som pasientene kan bruke	3 (7)
Plansjer og/eller bilder	15 (34,9)
Filmer	6 (14)
Øvelsesutstyr for å lære pasienten nye teknikker	20 (46,5)
Henvisning til pasientforeninger	26 (60,5)
Annet	2 (4,7)
	n=43

7b) Hvis annet, spesifiser:

Tilsyn av fysioterapeut	1 (33,3)
Henvise til ekstern pasientskole	1 (33,3)
Brosjyrer	1 (33,3)
	n=3*

* Det er ulik "n" fra antallet som svarte "Annet" i spørsmål 7a) fordi det var én til som kom med spesifikasjon.

8a) Hvilke undervisningsformer benyttes ved pasientundervisning på posten deres?

Foredrag – pasienten lytter	6 (14)
Diskusjon omkring aktuelle tema	10 (23,3)
Demonstrasjon av teknikker	21 (48,8)
Praktisk øvelse av teknikker	24 (55,8)
Samtale hvor sykepleier forteller pasienten om aktuelle tema	37 (86)
Samtale hvor pasienten forteller hva han ønsker svar på	28 (65,1)
Utdeling av skriftlig materiale	30 (69,8)
Annet	-
	n=43

8b) Hvis annet, spesifiser:

Informasjon, demonstrasjon, pasienten prøver teknikker selv	1 (100)
	n=1*

* Det var én respondent som spesifiserte her selv om vedkommende ikke hadde krysset av for alternativet "Annet" i spørsmål 8a).

DEL 4: OM PASIENTUNDERVISNING TIL FREMMEDKULTURELLE

1a) Hvor ofte gis det pasientundervisning til fremmedkulturelle på posten deres?

Daglig	4 (9,3)
Ukentlig	14 (32,6)
Månedlig	12 (27,9)
Sjeldnere	11 (25,6)
Aldri	2 (4,7)
	n=43

1b) Kom gjerne med utfyllende kommentarer: (Kommentarene er kategorisert)

Variierer hvor ofte det er fremmedkulturelle pasienter innlagt	4 (50)
Som del av annen aktivitet	1 (12,5)
Undervisning i en spesiell prosedyre	1 (12,5)
Når man må ha tolk blir undervisningen begrenset	1 (12,5)
Fremmedkulturelle deltar sammen med andre på kurs	1 (12,5)
	n=8

2a) Hvordan organiseres pasientundervisning til fremmedkulturelle på posten deres?

Individuell undervisning med pasienten	41 (95,3)
Undervisning med den enkelte pasient og pårørende	28 (65,1)
Undervisning i grupper med pasienter med samme diagnose	1 (2,3)
Undervisning i grupper med pasienter med forskjellige diagnoser	1 (2,3)
Undervisning i grupper med flere pasienter og deres pårørende	2 (4,7)
Undervisning i grupper med pårørende	1 (2,3)
	n=43

2b) Hvis annet, spesifiser: Ingen kommentarer.

3) Om dagens undervisningsopplegg til fremmedkulturelle pasienter:

Påstand:	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke svart
• Undervisningen er tilpasset pasientens kultur	2 (4,7)	10 (23,3)	15 (34,9)	10 (23,3)	5 (11,6)	1 (2,3)
• Undervisningen er tilpasset pasientens religion	2 (4,7)	4 (9,3)	22 (51,2)	9 (20,9)	5 (11,6)	1 (2,3)
• Undervisning til fremmedkulturelle gis slik at pasienten oppfatter det som blir sagt	9 (20,9)	23 (53,5)	8 (18,6)	2 (4,7)	1 (2,3)	-

• De fremmedkulturelle pasientene følger vanligvis de rådene vi gir dem	1 (2,3)	12 (27,9)	17 (39,5)	10 (23,3)	2 (4,7)	1 (2,3)
• De fremmedkulturelle pasientene vektlegger ofte andre ting enn det jeg oppfatter som viktig	3 (7)	20 (46,5)	17 (39,5)	3 (7)	-	-
• Det viser seg ofte etter utskrivelse at de fremmedkulturelle pasientene ikke har fulgt de rådene de har fått under innleggelsen	-	15 (34,9)	25 (58,1)	3 (7)	-	-
• Det er mer utfordrende å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter enn til norske	17 (39,5)	21 (48,8)	4 (9,3)	-	1 (2,3)	-
• Undervisningen endres i forhold til pasientens utdanningsnivå	5 (11,6)	10 (23,3)	19 (44,2)	5 (11,6)	4 (9,3)	-
• Posten har et eget undervisningsopplegg beregnet på pasienter som ikke kan lese	-	1 (2,3)	7 (16,3)	9 (20,9)	25 (58,1)	1 (2,3)
						n=43

4) Om tilpasning av undervisning i forhold til religion og kultur.

Påstand:	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke svart
• Jeg tar utgangspunkt i det pasienten selv oppfatter som sykdomsårsak når jeg underviser	1 (2,3)	11 (25,6)	21 (48,8)	3 (7)	6 (14)	1 (2,3)
• Dersom jeg har en annen oppfattelse av årsaken til sykdommen vil jeg korrigere pasienten	10 (23,3)	19 (44,2)	10 (23,3)	3 (7)	-	1 (2,3)
• Jeg etterspør vanligvis hva pasienten selv oppfatter som riktig behandlingsmetode	3 (7)	9 (20,9)	16 (37,2)	12 (27,9)	2 (4,7)	1 (2,3)

• Dersom jeg er uenig i hva som er riktig behandlingsmetode vil jeg korrigere pasienten	11 (25,6)	19 (44,2)	11 (25,6)	-	1 (2,3)	1 (2,3)
• Jeg samarbeider med pasienten og pårørende om å finne gode løsninger for pasienten i hverdagen	25 (58,1)	14 (32,6)	2 (4,7)	1 (2,3)	-	1 (2,3)
• Jeg kartlegger eventuelle hindringer for behandlingsopplegget i pasientens hverdag	9 (20,9)	18 (41,9)	12 (27,9)	3 (7)	-	1 (2,3)
• Jeg følger samme undervisningsopplegg til alle	3 (7)	5 (11,6)	6 (14)	22 (51,2)	6 (14)	1 (2,3)
• Jeg endrer undervisningen i forhold til hvilken religion pasienten tilhører	2 (4,7)	1 (2,3)	17 (39,5)	16 (37,2)	6 (14)	1 (2,3)
• Jeg endrer undervisningen i forhold til hvilken kultur pasienten kommer fra	2 (4,7)	6 (14)	20 (46,5)	11 (25,6)	3 (7)	1 (2,3)
						n=43

5a) Har posten brosjyrer/undervisningsmaterieil til kronisk syke pasienter på andre språk enn norsk?

Ja	16 (37,2)
Nei	27 (62,8)
	n=43

5b) Hvis ja, på hvilke språk?

Urdu	6 (50)
Tyrkisk	3 (25)
Arabisk	7 (58,3)
Engelsk	6 (50)
Somali	1 (8,3)
Iransk	1 (8,3)
Fransk	1 (8,3)
Tysk	1 (8,3)
Polsk	1 (8,3)
	n=12*

* 12 er antallet respondenter som listet opp hvilke språk de hadde brosjyrer på. Mange nevnte flere språk.

6) Om bruk av tolketjeneste

Påstand:	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke svart
• Tolk benyttes alltid når jeg underviser pasienter med annet morsmål enn norsk	4 (9,3)	13 (30,2)	9 (20,9)	15 (34,9)	1 (2,3)	1 (2,3)
• Jeg benytter kun tolk når pasienten ikke forstår norsk	11 (25,6)	22 (51,2)	2 (4,7)	6 (14)	1 (2,3)	1 (2,3)
• Ved behov for tolk benytter posten alltid profesjonelle tolker	14 (32,6)	19 (44,2)	1 (2,3)	9 (20,9)	-	-
• Det hender at posten benytter andre utenforstående personer som tolker	7 (16,3)	25 (58,1)	1 (2,3)	7 (16,3)	2 (4,7)	1 (2,3)
• Det hender at pårørende som snakker norsk blir benyttet som tolk	14 (32,6)	23 (53,5)	2 (4,7)	3 (7)	1 (2,3)	-
• Det kan være problematisk å benytte pårørende som tolk	21 (48,8)	14 (32,6)	2 (4,7)	4 (9,3)	2 (4,7)	-
• Det kan være problematisk å benytte profesjonelle tolker	2 (4,7)	10 (23,3)	11 (25,6)	12 (27,9)	8 (18,6)	-
• Fremmedspråklige pasienter får like mye undervisning som andre pasienter på posten	8 (18,6)	12 (27,9)	10 (23,3)	10 (23,3)	2 (4,7)	1 (2,3)
• Bruk av tolk begrenses til det mest nødvendige	9 (20,9)	14 (32,6)	5 (11,6)	9 (20,9)	5 (11,6)	1 (2,3)
• Vi benytter tolk så ofte som det er behov for det	9 (20,9)	22 (51,2)	5 (11,6)	5 (11,6)	2 (4,7)	-
• Dersom det ikke er mulig å få en tolk til posten, benyttes telefontolk	3 (7)	10 (23,3)	9 (20,9)	11 (25,6)	10 (23,3)	-
						n=43

7a) Har posten eget undervisningsmaterieell tilpasset forskjellige religioner?

Ja	1 (2,3)
Nei	42 (97,7)
n=43	

7b) Hvis ja, hvilke religioner?

Ingen religioner nevnt.

Én kommentar om at det ikke er behov for undervisningsmaterieell tilpasset forskjellige religioner.

8a) Er det noen spesielle utfordringer ved å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter?

Ja	38 (88,4)
Nei	3 (7)
ikke svart	2 (4,7)
n=43	

8b) Hvis ja, hvilke utfordringer? (Kommentarene er kategorisert)

<u>Utfordringer i forhold til kommunikasjon</u> (Språk, Har pasienten forstått?, Tolk er ikke tilgjengelig hele tiden, Oversetter tolken riktig?)	38 (105,6)
<u>Utfordringer i forhold til kultur</u> (Mangler kulturkunnskap, Ulike kulturer, Ulik forståelse av helse, sykdom og behandling, Hvem skal ha informasjon?, Tabubelagte områder, Møte presis, Mange pårørende tilstede)	24 (66,7)
<u>Utfordringer i forhold til religion</u>	5 (13,9)
<u>Andre utfordringer</u> (Tilrettelegging, Lite tilpasset materieell, Frustrasjon, Innsikt)	5 (13,9)
n=36*	

* Det var 36 respondenter som svarte på dette spørsmålet. Noen listet opp flere utfordringer. Flere respondenter listet opp flere utfordringer som gikk inn under samme kategori.

9a) Finnes det noen hindringer for undervisningen til fremmedkulturelle pasienter?

Ja	29 (67,4)
Nei	10 (23,3)
ikke svart	4 (9,3)
n=43	

9b) Hvis ja, hvilke hindringer? (Kommentarene er kategorisert)

Språk /Kommunikasjonsproblemer	22 (75,9)
Manglende kulturkunnskap	8 (27,6)
Ikke tolk tilstede hele tiden	5 (17,2)
Andre hindringer: (Mangler tilpasset materieell, Tid, Annen oppfatning av helse og sykdom, Mangler egne rom for undervisning, Problematisk når pårørende alltid er tilstede, Pas. vil ikke ha info av andre enn legen, Nekter tolk pga redsel for å bli gjenkjent i miljø, Religion)	9 (31)
n=29	

10) Organiseres pasientundervisningen på posten deres slik at helsepersonell som snakker pasientens morsmål står for undervisningen til denne pasienten?

Alltid	1 (2,3)
Som regel	9 (20,9)
Noen ganger	16 (37,2)
Sjelden	9 (20,9)
Aldri	2 (4,7)
Vet ikke	5 (11,6)
ikke svart	1 (2,3)
	n=43

11a) Synes du at pasientundervisningen til fremmedkulturelle på posten din bør endres?

Ja	27 (62,8)
Nei	10 (23,3)
ikke svart	6 (14)
	n=43

11b) Forklar: (Forklaringene er kategorisert)

Øke mengden tilgjengelig materiell	13 (52)
<ul style="list-style-type: none"> • Skriftlig materiell på flere språk - 10 • Tilpasse informasjonen - 1 • Utarbeiding av materiale - 1 • Ha perm med materiell tilgjengelig - 1 	
Bedre tilrettelegging	7 (28)
<ul style="list-style-type: none"> • Undervisningen må tilpasses den enkelte pasient - 2 • Tilrettelegge bedre - 3 • Bedre forståelse - 1 • Flinkere til å huske på pasientens forforståelse - 1 	
Endringer i avdelingen	15 (60)
<ul style="list-style-type: none"> • Øke kunnskapene hos de ansatte - 3 • Bruke tolk oftere - 4 • Økt fokus - 2 • Ansette / benytte flerkulturelt personale - 2 • Høyere prioritet - 1 • Systematisere - 1 • Tettere samarbeid mellom faggrupper - 1 • Mer planlagt undervisning - 1 	
Generelle kommentarer	2 (8)
<ul style="list-style-type: none"> • Det kan alltid forbedres - 1 • Mye er bra og kan ikke endres - 1 	
	n=25*

* 25 er antallet respondenter som kom med forklaringer. Mange nevnte flere ting.

12) Tror du kunnskap om forskjellige kulturer gjør det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter?

Ja	37 (86)
Nei	5 (11,6)
ikke svart	1 (2,3)
n=43	

13) Tror du kunnskap om forskjellige religioner gjør det enklere å gi undervisning til fremmedkulturelle pasienter?

Ja	36 (83,7)
Nei	6 (14)
ikke svart	1 (2,3)
n=43	

14) Har du fått noe undervisning om kulturer etter at du var ferdig utdannet?

Ja	9 (20,9)
Nei	33 (76,7)
ikke svart	1 (2,3)
n=43	

15) Har du fått noe undervisning om religioner etter at du var ferdig utdannet?

Ja	6 (14)
Nei	36 (83,7)
ikke svart	1 (2,3)
n=43	

16) Har du ellers noe du ønsker å si om undervisning til fremmedkulturelle pasienter?

8 Svar:

1. Bør tilstrebe å bli bedre
2. Ser på språket som en stor utfordring
3. Savner brosjyrer og lignende på urdu og andre språk
4. Mer fokus på fremmedkulturelle pasienter de senere årene er bra
5. Har ikke så mange fremmedkulturelle pasienter at det er et problem
6. Ønsker brosjyrer på flere språk
7. Behov for kunnskap på dette området
8. Alltid bruk profesjonell tolk og ta hensyn til kjønn og alder