



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sygeplejerskers møde med patienter af anden etnisk baggrund end skandinavisk på akutmodtagelsen

Et kvalitativt studie

Författare: Anne Kathrine Bang & Mie Greve Sørensen

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Hösten 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sygeplejerskers møde med patienter af anden etnisk baggrund end skandinavisk på akutmodtagelsen

Et kvalitativt studie

Författare: Anne Kathrine Bang & Mie Greve Sørensen

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Hösten 2016

Abstrakt

Grundet en øget immigration i de seneste årtier, er Danmark blevet et mere multikulturelt samfund. Dette stiller øget krav til sygeplejersken om kulturel kompetence for at imødekomme patienten og pårørende. Det er specialtsygeplejerskens ansvar at yde personcentreret pleje og patientsikkerhed, til alle patienter uanset kulturel baggrund og samtidig bevare integritet og værdighed. Formålet med dette studie var at belyse sygeplejerskers erfaringer i mødet med patienter af anden etnisk baggrund end skandinavisk på akutmodtagelsen. Undersøgelsen blev gennemført ved interviewstudie af 13 sygeplejersker som arbejdede på akutmodtagelser i Region Hovedstaden. Datamaterialet blev analyseret gennem kvalitativ indholdsanalyse. Resultatet viste, at sygeplejersker oplevede sprogbarrierer som en forhindring i at opbygge en relation og yde optimal sygepleje på akutmodtagelsen. Mødet blev karakteriseres af sygeplejersken og patientens forskellige opfattelser og forventninger til henholdsvis sygdom og sundhedssystemet.

Nøgleord

Kulturel kompetence, Kommunikation, Patientsikkerhed, Personcentreret pleje, Akutmodtagelse

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Indholdsfortegnelse

Problemområde.....	4
Baggrund.....	5
Perspektiv og udgangspunkt - kulturbegreb.....	5
Forskellige Sygdomsopfattelser – Én Stadig Udfordring.....	6
Interkulturel kommunikation i forhold til patientsikkerheden.....	7
Sygeplejerskers bekymringer ved brug af tolk.....	7
Specialistsygeplejerskens område.....	8
Formål.....	8
Metode.....	8
Forforståelse.....	9
Fire kvalitetskriterier for kvalitativ forskning.....	9
Udvælgelse af informanter.....	10
Dataindsamling.....	11
Analysestrategi.....	11
Ethiske overvejelser.....	14
Resultat.....	14
At mødes gennem sprogbarrierer.....	15
At forstå hinanden gennem nonverbal kommunikation.....	15
At kommunikere i akut eller kritiske situationer.....	16
Når tolk er en nødvendighed.....	17
At mødes ud fra forskellige kulturelle baggrunde.....	19
Oplevelse af sygdom.....	19
Forståelse for sundhedssystemet.....	21
At forstå den andens kultur.....	22
Interesse for kultur.....	22
Diskussion.....	23
Diskussion af valgt metode.....	23
Diskussion af Perspektiv & Udgangspunkt.....	23
Diskussion af Informanter.....	24
Diskussion af Forforståelse.....	24
Diskussion af Analyseproces.....	25
Diskussion af Kvalitetskriterierne.....	25
Diskussion af Resultat.....	26
Konklusion og Implikationer.....	29
Referenser.....	31
Bilaga 1 (2).....	37

Problemområde

Gennem de seneste årtier er der i de vesteuropæiske lande, heriblandt Danmark, sket en stigende immigration. Størstedelen af disse mennesker kommer fra lande som Syrien, Iran og Afghanistan. I 2015 udgjorde indvandrere og efterkommere 12,4 procent af befolkningen i Danmark (Danmarks statistik, 2016). Der var i 2013 cirka 6,3 millioner patientforløb på de danske sygehuse. Heraf var de cirka 1,9 millioner akutte patienter, svarende til næsten en tredjedel af det samlede antal patientforløb. Det svarer til, at hver tredje dansker i gennemsnit har ét årligt akut sygehusbesøg (Sundhedsstyrelsen, 2014).

Alle akutte og kritiske patienter skal behandles ved akutmodtagelser. Sygepleje på disse afdelinger består af kortvarige patientkontakter hos akut syge eller udiagnosticerede patienter (Rybjerg, 2011). At blive ramt af akut og kritisk sygdom kan opleves som en omvæltende, stressende, angstfuld og eller livstruende situation for både patient og pårørende (Gordon et al., 2010). I sådan en situation kan kulturelle og religiøse faktorer have stor betydning (Ekwall, 2013). Studier viser, at sygeplejersker der møder patienter af anden etnisk baggrund, oplever flere forskellige problematikker som blandt andet sprogbarrierer, manglende kulturelle kundskaber, patienters forskellige sygdomsopfattelser samt givne vilkår for at udtrykke sig kommunikativt (Hultsjö og Hjelm, 2005; Skou, 2006; Somerville, 2007; Nielsen & Birkelund, 2010; Carlsson & Gantén, 2014; Rosendahl et al. 2016; Pino et al., 2013). Der stilles krav til sygeplejersken om at møde patienten med en personcentreret tilgang, for at bevare integritet og værdighed (SENA & SSF, 2010), samtidigt med, at der forefindes diverse ovenstående problemstillinger, som tænkes at være en udfordring, i et oftest travlt miljø på akutmodtagelsen. Grundet mangel på studier om sygeplejerskens oplevelser i mødet med patienter af anden etnisk baggrund på akutmodtagelsen i en skandinavisk kontekst, finder vi det interessant at undersøge dette fænomen.

Tidligere studier viser at sygeplejersker, oplever forskellige udfordringer i mødet med patienten af anden etnisk baggrund. Ved en grundig undersøgelse af hvordan sygeplejersker oplever disse problemstillinger på akutmodtagelsen, kan dette studie bidrage til en dybere forståelse af problemstillingen.

Baggrund

Danmark er blevet et multikulturelt samfund, og forskellige etniske grupper er blevet en naturlig del af samfundet (Brorholdt, 2010). Dette stiller et øget krav til de sundhedsprofessionelle, at have kendskab til forskellige kulturer for at kunne møde og imødekomme patienternes og pårørendes behov (Leininger, 1999). Leininger introducerede begrebet *Cultural Care* i USA i 1970'erne, da behovet for at kunne samarbejde med mennesker på tværs af kulturer, var blevet en central del af sygeplejen på grund af øget mobilitet i verden. Begrebet blev udviklet i forsøget på at forklare kulturel kompetence og for at forstå den indvirkning, kultur har på relationen mellem sygeplejersken og patienten, hvor viden omkring patientens kulturelle værdier og overbevisning, er essentielle for at give sygepleje. Dette indebærer, at sygeplejersker er kulturelt kompetente i daglig praksis, hvilket vil sige, at sygeplejersker er i stand til kontinuerligt at imødekomme og forstå patientens kulturelle og individuelle behov. Ligeledes er forestillingen om, at sygeplejersker må have selvindsigt, værdsætte forskelle og få øget viden om kulturelle styrker, for at kunne møde disse patienter (Maier-Lorentz, 2008). Generelt betragtet ser disse krav ud til at være en udfordring blandt sygeplejersker og på akutmodtagelser specifikt, da det er her, de korte og ofte komplekse møder finder sted (Betancourt et al., 2012).

Perspektiv og udgangspunkt - kulturbegreb

Dette studie vil beskæftige sig med begrebet kulturforståelse.

Patientgruppen med anden etnisk baggrund ses i dette studie som en mangfoldighed af kulturer, hvor patienten ikke nødvendigvis har oprindelsesland uden for Skandinavien, men en anden kulturforståelse. Kultur bliver skabt mellem mennesker, og er ikke givet på forhånd, men afhænger af relationer, tid og sted (Brorholdt, 2010). Kultur er samtidig et komplekst begreb, hvor holdninger og værdier er påvirket af den kultur, mennesket er opvokset i. Holdninger og værdier udgør fundamentet for den enkeltes adfærd og for, hvordan mennesket udtrykker tanker og følelser (Hansen, 2007). Hvad der opfattes som sundhed og sygdom kan ligeledes være kulturelt betinget, hvilket kan påvirke såvel sygeplejen samt patientens subjektive oplevelse (Giger & Davidhizar, 2002). Ifølge Unesco omfatter kulturbegrebet *''hele komplekset af de åndelige, materielle, intellektuelle og emotionelle egenskaber som karakteriserer et samfund eller social gruppe. Dette inkluderer livsstil, samlivsformer,*

sundhedssystem, traditioner og religiøse overbevisninger...’’ (UNESCO, 2004) og fastslår samtidig, at respekt for kulturens mangfoldigheder, tolerance, dialog og samarbejde i en ånd af gensidig tillid og forståelse er en af de bedste garantier for international fred og sikkerhed’’ (ibid). Sundhedsprofessionelle bør dermed stræbe efter en fordomsfri og åben tilgang til hver enkelt patient (Jensen, 2011). Patienten i dette studie, anses som havende en anden kulturforståelse end den skandinaviske.

Som nævnt, er Danmark blevet et multikulturelt land, hvilket stiller øget krav til sygeplejersken om interkulturel kompetence for at imødekomme patienten og pårørendes kulturelle og individuelle behov i sygeplejen. Dette synes at være en udfordring i sig selv, da kultur er et komplekst, bredt begreb hvor kultur ses som en mangfoldighed, som indebærer flere forskellige livsaspekter. Sygeplejersken skal møde patienten på lige vilkår, uanset kulturel baggrund eller religiøs overbevisning (Sundhedsstyrelsen, 2007).

Forskellige Sygdomsopfattelser – Én Stadig Udfordring

På trods af eksisterende teorier og modeller (Leininger 1999; Maier-Lorentz 2008; Campinha-Bacote, 2011), omhandlende kulturel kompetence og inddragelse af personcentreret pleje til patienter med anden etnisk baggrund, viser studier, at patienter ikke bliver forstået. Denne konstatering kan forklares, ved at sygeplejersker ikke altid er villig til at lære om andre kulturer (Sobel & Sawin, 2014). Sygdomsopfattelse og forventninger til behandling kan være forskellige alt efter kulturel baggrund. Dette resulterer i, at skandinaviske behandlingsmetoder i sundhedsvæsnet kan opleves som fremmede og skræmmende for en patient med anden kulturel baggrund, og derfor påvirke mødet mellem den sundhedsprofessionelle og patienten (Hanssen, 2007). Det er blandt andet undersøgt i en onkologisk kontekst, at patientens oplevelse af en hensigtsmæssig sygepleje, ikke altid stemmer overens med sygeplejerskens oplevelse. Dette kan frembringe konflikter i mødet og/eller komme til at betyde, at sygeplejerskerne ikke kan leve op til de givne kvalitetskrav for deres professionsudøvelse. Studier viser eksempler på, at sygeplejersker ikke altid får lov til behandle patienterne, som sygeplejerskerne ønsker, for eksempel i forhold til smertelindring (Carlsson & Gantén 2014; Lo, 2012). Der findes ligeledes eksempler fra Marokko, hvor kulturelle overbevisninger har en afgørende betydning for behandlingen: En marokkansk kvinde, der på grund af religiøs overbevisning, nægter at få sit ben amputeret ved koldbrand, ender med at dø, da hun ikke følger det givne behandlingsråd (Lo, 2012; Suurmond, 2012). Et andet eksempel er et

marokkansk barn med diabetes, hvis forældre stopper med at give barnet insulin, da en healer overtager behandlingen med healende urter. Dette får ligeledes fatale konsekvenser for barnet (ibid.). Studier der specifikt undersøger mødet med patienten med anden etnisk baggrund i det akutte møde på en akutmodtagelse er få. Dog påviser Hultsjö og Hjelm (2005), at svenske sygeplejersker på en akutmodtagelse har svært ved at vurdere sygdomstilstande hos patienter med anden etnisk baggrund, da disse kan have alternative måder at udtrykke sig på, både verbalt og nonverbalt.

Interkulturel kommunikation i forhold til patientsikkerheden

Når en patient med anden etnisk baggrund, formentlig ikke forstår sproget, indlægges på et dansk sygehus med akut eller kritisk sygdom, kan det føles som en overvældende og forvirrende oplevelse for patienten (Hanssen, 2007). Kommunikationsproblemer kan være en begrænsning for patienten i at udtrykke sine tanker og følelser for sundhedspersonalet. Dette kan opleves som stressende for patienten og pårørende (Lee & Weiss, 2009). Sprogbarrierer opleves som det hyppigste problem blandt sygeplejersker, som desuden udtrykker frustration, over ikke at kunne kommunikere med patienten på en hensigtsmæssig måde (Hultsjö & Hjelm, 2005; Skou, 2006; Nielsen & Birkelund, 2009; Carlsson & Gantén, 2014; Rosendahl et al., 2016). Studier påpeger endvidere, at disse sprogbarrierer truer patientsikkerheden (Karlner et al., 2007; Suurmond et al., 2012). Generelt viser det sig i de daglige sygeplejeopgaver ved fejl i medicinadministration, smertebehandling, registrering af væskebalance og misforståelse ved postkirurgiske regimer (Betancourt et al., 2012; Rosse et al., 2016). Sproglige barrierer påvirker altså behandlingskvaliteten negativt, og medfører en øget hyppighed af medicinbivirkninger, lægefejl, utilsigtede hændelser og alvorlige komplikationer (Johnstone & Kanitsaki, 2006). Indenfor akutområdet opleves der patienter, der for eksempel styrtbløder, og ikke forstår instrukser om at ligge stille. Ligeledes findes der eksempler på akutte situationer, hvor vigtige informationer om patientens medicin og sygdomshistorie bliver misforstået (ibid.).

Sygeplejerskers bekymringer ved brug af tolk

Kommunikationsvanskeligheder kan imødekommes ved at anvende tolk, men studier viser, at sygeplejersker og patienter med anden etnisk baggrund ikke altid har god erfaring med dette. Fra forskellige specialer i sygeplejen fremgår det, at sygeplejersker oplever, at tolke forstyrrer

tillidsforholdet mellem sygeplejersken og patienten. Desuden kan sygeplejersker være bange for, at følelsesmæssige spørgsmål går tabt i oversættelsen (Carlsson & Gantén, 2014). Hvis pårørende agerer som tolke, oplever sygeplejersker ofte, at de pårørende ønsker at skåne patienten for information om alvorlig sygdom, da de ikke mener, at det er nødvendigt at belaste patienten yderligere. At skulle tilbageholde afgørende information for patienten, kan opleves af sygeplejersker som stridende mod deres profession (ibid.). Studier fra akutmodtagelsen beskriver sygeplejerskers bekymringer ved brug af tolk, hvor vigtig og korrekt information til og fra patienten, ikke altid er hensigtsmæssig, i et ofte hektisk og uforudsigeligt miljø. Ligeledes finder sygeplejerskerne det frustrerende at samarbejde med tolke, grundet deres manglende kundskaber i at videreformidle medicinske fagudtryk. Sygeplejerskerne udviser bekymring for, om vigtig information eventuelt går tabt ved tolkning (Nailon, 2006; Ekblad et al., 2000; Eklöf et al., 2015; Somerville, 2007; Høye & Serverinsson, 2008).

Specialistsygeplejerskens område

Specialistsygeplejersken er ansvarlig for, med en personcentreret tilgang, at sikre sygepleje af høj kvalitet (Edberg et al., 2015). Dette indebærer at lytte til patientens beretninger og forsøge at forstå vedkommendes syn på sundhed og sygdom og samtidig bevare balancegangen, så patientens integritet bevares ud fra vedkommendes måde at italesætte dette på (ibid.). Derudover har specialistsygeplejersken ansvar for, at sygepleje og behandling sker i overensstemmelse med individets sikkerhed, værdighed, rettighed og egne ønskemål samt forhindre individ- og system relaterede fejl (Svensk sjuksköterskeförning, 2010, Edberg et al., 2015).

Formål

Som nævnt tidligere, er formålet med dette studie at belyse sygeplejerskers erfaringer i mødet med patienter med anden etnisk baggrund end skandinavisk på akutmodtagelser i Danmark.

Metode

Dette er et kvalitativt studie hvor data indsamles i form af individuelle interviews, som analyseres ud fra kvalitativ indholdsanalyse med en induktiv tilgang (Graneheim & Lundman,

2004). Kvalitativ metode anvendes når menneskelige egenskaber som erfaringer, forventninger, hensigter eller intentioner, oplevelser og attituder ønskes at belyses (Malterud, 2014). Samtidig giver metoden mulighed for at belyse nye aspekter som relaterer sig til studiets formål (Polit & Beck, 2012). Metoden findes relevant da studiet netop har til formål at belyse sygeplejerskers erfaringer i forhold til oplevelser i mødet med patienten af anden etnisk baggrund, end skandinavisk.

Forforståelse

Begge forfattere i dette studie har erfaringer i mødet med patienten af anden etnisk baggrund fra akutmodtagelsen. Dette kan derfor siges at ligge implicit i vores forforståelse for mødet. Netop det at have kendskab og kliniske erfaringer indenfor emnet, er med til at stille de mest hensigtsmæssige spørgsmål (Polit & Beck, 2012).

Dog er der risiko for at ens forforståelse kan påvirke fortolkningen af datamaterialet, hvorfor vi er bevidste om at forhindre dette undervejs i processen. Dette gør sig ligeledes gældende i analyseprocessen, hvor kliniske erfaringer kan bidrage til fortolkningen (ibid.).

Fire kvalitetskriterier for kvalitativ forskning

Professorerne Yvonna Lincoln og Egon Guba (1985), opstiller fire kvalitetskriterier for kvalitativ forskning som paralleller til reabilitets- og validitetsbegreberne. Disse kriterier vil vi anvende, for løbende at bedømme styrke af studiets troværdighed. Begreberne udgøres af; troværdighed (*credibility*), pålidelighed (*dependability*), overførbarehed (*transferability*) og bestyrkelse/bekræftelse (*confirmability*).

Det første kriterium *Troværdighed*, refererer til studiets proces, i forhold til hvor troværdig studiets fund er. Dette kan gøres gennem en bevisliggørelse, hvorfor vi detaljeret vil beskrive hele studiets arbejdsproces. Samtidig vil vi undervejs i analyseprocessen vende tilbage til transskriberingerne, for på den måde sikre at alt vigtig datamateriale er indsamlet, som dermed også styrker troværdigheden (Lincoln & Guba, 1985).

Det andet kriterium *Pålidelighed* omhandler hvorledes andre forfattere kan genskabe studiets procedurer og på den måde, nå frem til samme resultater. Dette gøres ved at gøre opmærksom på sine forforståelser for emnet og ved at beskrive metoder, såvel som strategier, for eksempel

som det gøres i afsnittet “Analysestrategi”, så andre kan forstå og anvende sig af samme metode (ibid).

Det tredje kriterium *Overførbarhed* refererer til stabilitet, i forhold til hvor overførbart studiets fund er. Der ses her nærmere på hvorledes disse fund kan overføres til andre kontekster, såsom andre afdelinger end akutmodtagelsen. Dette vil vi sikre ved at beskrive hvilke informanter som indgår i studiet samt inklusions- og eksklusionskriterier (ibid).

Det fjerde og sidste kriterium *Bestyrkelse/Bekræftelse* omhandler, hvorvidt forfatterens egne værdier påvirker studiets resultater. Dette overholder vi, ved at gennemlæse interview materialet gentagne gange, for at sikre at informanternes egne udsagn er beskrevet korrekt og ikke fejltolket gennem os. Samtidig er det for at sikre at væsentlige perspektiver ikke er blevet overset (ibid.).

Disse ovenstående kvalitetskriterier vil diskuteres under diskussionsafsnittet for at bedømme studiets pålidelighed.

Udvælgelse af informanter

Dataindsamlingen består af interviews med i alt tretten sygeplejersker, hvor de medvirkende informanter gav tilstrækkelig datamateriale. Mindre end dette antal informanter kan give begrænset empiri (Kvale & Brinkmann, 2014; Danielsen, 2012). I inklusionskriteriet indgik det, at sygeplejerskerne skulle have erfaringer i mødet med patienter af anden etnisk baggrund. Alle tilspurgte 13 informanter deltog i studiet. Informanterne bestod af tolv kvinder og én mand med aldre der gik fra 27 til 65 år og erfaringer mellem tre og atten år på akutmodtagelse. Denne gruppe af varierende alder, køn og erfaringer er med til at give en bred beskrivelse af det som belyses og udgør et repræsentativt billede af personalegruppen på en akutmodtagelse (Polit & Beck, 2012; Danielson, 2012). Interviewene blev udført på tre forskellige hospitaler i Region Hovedstaden, Danmark. Der blev sendt informationsbrev og samtykkeblanket til ledelsen. Da samtykket blev godkendt, blev der taget kontakt til informanterne. Informanterne fik information både mundtligt og skriftligt om formål, interviewets gennemførelse, information om frivillig deltagelse og mulighed for tilbagetrækning under interviewet og der blev afgivet informeret samtykke.

Dataindsamling

Dataindsamlingens empiri blev indhentet gennem semistrukturerede interviews, som vi finder relevant, da vi netop ønskede at belyse sygeplejerskernes fortællinger (Malterod, 2014; Kvale & Brinkmann, 2014). Det semistrukturerede interview, udførtes på baggrund af en interviewguide med åbne spørgsmål, som kan ændres undervejs, på baggrund af tanken om, at der i dialogen med informanterne kan blive nævnt noget, der er behov for at spørge uddybende ind til, for derigennem at opnå større viden om emnet. Interviewguiden er konstrueret med inspiration fra Kvale og Brinkmann (2014) og består af henholdsvis et hovedspørgsmål og følgespørgsmål. Hovedspørgsmålet lød: *Kan du beskrive dine erfaringer i mødet med patienten af anden etnisk baggrund?*. For at få en mere uddybende fortælling af hovedspørgsmålet, anvendte vi følgespørgsmål såsom: *Kan du uddybe dette lidt mere? Hvad følte du?* (Bilag 1). Guiden havde også til formål at lade forskningsspørgsmål styre interviewet og var med til at sætte rammen for at interviewet foregik professionelt og ikke blev en hverdagssamtale (ibid.).

Interviewene blev optaget på diktafon og hvert interview havde en varighed af 30-60 minutter. Informanterne havde selv indflydelse på, hvor interviewene fandt sted. Af tidsmæssige årsager blev interviewene foretaget af én forfatter, ad gangen. Inden påbegyndelse af interviewene, blev der foretaget et pilotinterview hvor begge forfattere deltog. Efterfølgende blev interviewguiden diskuteret i forhold til eventuelle ændringer, hvilket forfatterne ikke vurderede som nødvendigt. Pilotstudiet blev derfor inkluderet i studiet, da interviewet vurderes som anvendelig i forhold til interviewteknik, samt om den planlagte tid var optimal (Danielsson, 2012). Det var samtidig en øvelse for forfatterne i interviewsituationen, i forhold at blive bevidste om hvorvidt vi agerede som novicer.

Analysestrategi

Det indsamlede datamateriale fra interviews blev transskriberet ordret og analyseres gennem kvalitativ indholdsanalyse med inspiration fra Graneheim og Lundman's model (2004; 2012). Denne analysestrategi består af en systematisk gennemgang af teksten for at se forskellige mønstre og temaer. For at beskrive variationerne i datamaterialet, blev koderne sorteret i forskellige temaer, fra ligheder til uligheder. I dette studie fortæller temaerne noget om sygeplejerskernes oplevelser i mødet med patienten af anden etnisk baggrund. Forfatterne

gennemlæste hele interviewmaterialet gentagne gange, både individuelt og i fællesskab for at se ligheder og uligheder og for at få en dybere forståelse for selve indholdet og danne et helhedsindtryk. Næste trin i analysestrategien var at identificere meningsenheder. Disse udgøres af ord og meninger og svarer til studiets formål og blev først markeret med farve af hver forfatter. Farvemarkeringerne blev efterfølgende diskuteret og sammenlignet og sat ind i et nyt dokument, for at garantere at alle meningsenheder var identificeret.

I næste trin blev meningsenhederne i det nye dokument, gennemgået systematisk og tekstens indhold blev forkortet, mens det centrale indhold blev bevaret og samtidig blev materialet mere håndterbart (Graneheim & Lundman, 2004). Efter dette trin gennemførtes en såkaldt abstraktion af de kondenserede meningsenheder, hvilket resulterede i at koder blev identificeret, som kortfattet beskrev meningsenhedernes indhold. Abstraktionen udgjorde et højere logisk niveau. Sidste trin i processen var at danne temaer ud fra koderne, som blev konstrueret ved yderligere abstraktion, som overordnede, underliggende temaer (ibid.). Afslutningsvis læste vi igen alle interviewene igennem for at sikre at de konstruerede temaer, stemte overens med dets indhold og betydninger. Et tema udgøres af et antal koder med lignende indhold og er selve kerneaktiviteten i kvalitativ indholdsanalyse (ibid.). Et eksempel på forfatterens analyseproces ses i nedenstående tabel 1.

Opsummeringsvis, ses de nedenstående meningsenheder og kondenserede meningsenheder ses som et udtryk for det manifeste indhold i interviewene, hvor det åbenbare indhold i teksten fremkommer. I selve analyseafsnittet blev der fortolket på et mere latent niveau og analyseret frem til underliggende budskaber bag citater og meningsenheder (Graneheim & Lundman, 2004). Et tema udgøres af et overordnet, underliggende tolkning af det latente indhold og svarer på spørgsmålet "hvordan" (ibid) Se tabel 1:

Tabel 1: Eksempel på den kvalitative indholdsanalyse proces

Meningsenheder	Kondenserede meningsenheder	Koder	Subtemaer	Tema
<i>Det hjalp at jeg så patienten, så ham som menneske, så ham i øjnene, tog ham i hænderne og sagde, ta det nu med ro, vi er her for at hjælpe dig.</i>	Så patienten som menneske, øjenkontakt, tog ham i hænderne.	Øjenkontakt og berøring.	At forstå hinanden gennem nonverbal kommunikation	At mødes gennem sprogbarrierer
<i>Men ellers så kigge hende i øjnene og så vise på os selv og så tage iltmasken for at illustrere.</i>	Vise på os selv for at illustrere.	Finde veje til at kommunikere.		
<i>Hun kunne ikke få vejret og vi prøvede alt muligt, hun endte faktisk med at dø en halv time efter hun var kommet. Vi kunne ikke kommunikere med hende, jeg ved ikke om hun overhovedet havde lyst til vi hjalp hende. Det var helt forfærdeligt.</i>	Kunne ikke kommunikere og vide om hun ville have hjælp.	Følelser når man ikke kan kommunikere	At kommunikere i akut eller kritiske situationer	
<i>De bliver pisse bange og hvordan får man lige formidlet til dem "Nu bliver vi nødt til at være mange hænder omkring dig". Det at skabe ro, det er så svært.</i>	Formidle til patienter, når de er bange. Svært at skabe ro.	Svært at formidle.		
<i>Jeg har oplevet en tolk, der fortalte noget andet end hvad jeg sagde, fordi vedkommende syntes hun havde en bedre ide om, hvad behandlingen gik ud på og sprang noget over eller undlod at fortælle det.</i>	Tolken sprang noget over eller undlod at fortælle det.	Fejltolkning	Når tolk er en nødvendighed	
<i>Det var patientens barn der gik ind og tolkede. Du ved det går så hurtigt og så var det akut og så måtte barnet træde til og det er slet ikke okay for barnet.</i>	Barnet tolkede, det var akut, slet ikke okay.	Børn som tolk		

Etiske overvejelser

Idet projektet udarbejdes ved brug af empirisk materiale, forpligter det til at overholde gældende etiske retningslinjer og juridiske love. Der blev derfor lavet en ansøgning til Lunds Universitets lokale 'Vårdvetenskapliga Etiknämnden' (VEN), inden studiets påbegyndelse. Efter tilbagemelding fra VEN blev der sendt informationsbrev ud til ledelsen. Der blev indhentet samtykkeerklæringer inden interviewets påbegyndelse. De underskrevne samtykkeerklæringer vedlægges ikke, men medbringes til eksamen, dette sker af hensyn til informantens anonymitet. Der blev ved litteratursøgning gennemgået systematisk afdækning af litteratur, og sikret at ingen tidligere har foretaget samme undersøgelse i Danmark for at overholde god etik (Glasdam, 2015).

Forud for interviewene rettedes der henvendelse til ledelsen på de forskellige akutmodtagelser, om tilladelse til at foretage interviewene. Ledelsen og informanterne informeres om studiet mundtligt og skriftligt forud for interviewet. Der informeres om formål og fremgangsmåde for interviewet samt rettigheder for tilbagetrækning, anonymitet og kontaktperson i studiet. I studiet sløredes deltagernes identitet ved for eksempel at ændre vedkommendes navne i transskriberingerne og andre anonymiserede steder. Desuden overholdes forvaltningslovens regler om tavshedspligt kap. 827 (Justitsministeriet, 2012). Derudover bliver der vist respekt og troværdighed overfor ledelsen, såvel som afdelingen og informanterne. Det indsamlede datamateriale opbevares sikkert og destrueres i henhold til gældende tekniske retningslinjer (Glasdam, 2015). I studiet medtænkes ligeledes de grundlæggende etiske retningslinjer samt de sygeplejeetiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden. Med dette menes, at der skal værnes om menneskers værdighed, integritet og selvbestemmelse (Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden).

Resultat

Resultatet blev bygget på sygeplejerskers oplevelser i mødet med patienter af anden etnisk baggrund på akutmodtagelsen.

To temaer konstrueres '*At mødes gennem sprogbarrierer*' og '*At mødes ud fra forskellige kulturer.*'

Tabel 2

Tema	Subtema
At mødes gennem sprogbarrierer	At forstå hinanden gennem nonverbal kommunikation
	At kommunikere i akut eller kritiske situationer
	Når tolk er en nødvendighed
At mødes ud fra forskellige kulturelle baggrunde	Oplevelse af sygdom
	Forståelse for sundhedssystemet
	At forstå den andens kultur
	Interesse for kultur

At mødes gennem sprogbarrierer

Temaet ‘*At mødes gennem sprogbarrierer*’ fremkom der hvilke udfordringer og muligheder der opleves ved sprogbarrierer, i mødet med patienten af anden etnisk baggrund, set fra sygeplejerskens perspektiv.

At forstå hinanden gennem nonverbal kommunikation

Muligheden for at kunne kommunikere på enten samme eller et fremmedsprog, oplevedes som det vigtigste for at kunne forstå hinanden i patient- og sygeplejerelationen.

Sygeplejerskerne oplevede sprogbarrierer som den største udfordring, når de mødte patienten af anden etnisk baggrund på akutmodtagelsen, hvor det først og fremmest handler om, at indsamle vigtige oplysninger om patienten til anamnesen. Nogle patienter kunne forstå enkelte danske ord og kunne derfor enten nikke ja eller nej til helt konkrete spørgsmål, så sygeplejersken kunne få svar på enkelte ting. Dette kunne i nogle tilfælde virke som en optimal løsning, men sygeplejerskerne blev ofte usikre på om patienten havde forstået spørgsmålet eller ej.

Informant 12: “*Det er da helt sikkert øjenkontakt og så forsøgte vi.. det er jo svært at vide hvor meget hun kunne forstå fordi måske kunne hun også godt lidt dansk, så vi*

talte til hende på dansk og hun responderede så på tyrkisk hvilket var svært for os at forstå”

Det at de ikke kunne kommunikere på samme skandinaviske sprog, eller et andet fremmedsprog, var til stor frustration for sygeplejerskerne. Derudover blev sprogbarriererne især set som en stor udfordring i de akutte møder, hvor patienten er ramt af en akut eller kritisk tilstand. I disse tilfælde, blev det især understreget hvor vigtig tilstrækkeligt kommunikation er, hvilket kunne vise sig ved sygdomstilstande som var diffuse og krævede uddybende information om pågældende person, til at kunne give den rette behandling. Endvidere så sygeplejerskerne sprogbarrierer som en udfordring i at opbygge et tillidsforhold til patienten. I stedet benyttede sygeplejerskerne sig af nonverbal kommunikation, i form af kropssprog, for at kunne imødekomme patienten på bedste vis. Berøring kunne på en måde bekræfte patienten og sygeplejersken selv, som muligvis handlede om at opnå en følelse af, at de gjorde noget for patienten. Berøring var ikke en selvfølge hos denne patientgruppe, da der var en usikkerhed i forhold til om patienten ville have denne fysiske kontakt. Det var derfor en balancegang for sygeplejersken i forhold til at nå patienten, uden at krænke vedkommende. Derudover lå der implicit en forventning om at mødet skulle være anderledes i forhold til tidligere erfaringer, som gjorde at de var ekstra forsigtige og kunne indebære at hverken sygeplejersken eller patienten turde tage fysisk kontakt. Denne respekt for patienten, kunne samtidig indebære at patienten måske ikke fik mulighed for støtte.

Informant 6: “Jeg ville så gerne forstå hvad hun prøvede at sige, men jeg forstod ingenting. Det eneste jeg kunne gøre var at holde hende i hånden og prøve at bevare øjenkontakten”.

At kommunikere i akut eller kritiske situationer

I akut eller kritiske situationer, er miljøet i et akutrum ofte hektisk og støjniveauet er samtidig højlydt, da der er et stort antal personale til stede. Det i sig selv kan virke stressende for alle parter. Når der samtidig er opstået sprogbarrierer, gør det at situationen opleves endnu mere stressende. Sygeplejerskerne oplevede flere patienter som paniske under disse situationer. Derfor var sygeplejerskerne bevidste om deres fremtoning og var samtidig opmærksomme på ikke at fremstå stressede. I disse tilfælde benyttede sygeplejerskerne sig af forskellige

strategier i form af berøring, da det medvirkede til at få patienten til at slappe mere af. Sygeplejerskerne var samtidig bevidste om at demonstrere tiltag i behandlingen med fakter og kropssprog, for på den måde at inddrage patienten.

Informant 9: *“Det hjalp jeg så ham som menneske.. han faldte lidt til ro. Det hjalp med at jeg så patienten, så ham som menneske, så ham i øjnene, tog ham i hænderne og sagde, ta det nu med ro, vi er her for at hjælpe dig”.*

Ved sprogbarrierer beskrev sygeplejerskerne som tidligere nævnt, følelser af frustrationer. Samtidig følte sygeplejerskerne afmagt over ikke at kunne forstå hvad patientens behov og ønske var i selve situationen.

Informant 10: *“Hun kunne ikke få vejret og vi prøvede alt muligt, hun endte faktisk med at dø en halv time efter hun var kommet. Vi kunne ikke kommunikere med hende, jeg ved ikke om hun overhovedet havde lyst til vi hjalp hende. Det var helt forfærdeligt.”*

Sygeplejerskerne oplevede at patienterne af anden etnisk baggrund ikke fik samme kvalitetsmæssige sygepleje, som de skandinaviske patienter gjorde. Dette skyldes at patienterne ikke kunne formidle deres behov og sygeplejerskerne heller ikke kunne imødekomme disse. Dette besværliggjorde samtidig, det at danne sig et holistisk billede af patienten og gav en manglende følelse af kontrol. Derudover beskrev sygeplejerskerne at de ofte sad tilbage med en følelse af ikke at have gjort det godt nok for patienten. Dog blev der tilføjet at det ikke altid er patientens behov, der prioriteres i akutte eller kritiske situationer. Dette kan skyldes, at den instrumentelle sygepleje i forvejen fylder meget i de situationer.

Informant 7: *“Men jeg tror aldrig jeg synes der er noget der har gået virkelig godt, fordi jeg mangler det sidste af hvor jeg har følelsen af at jeg har styr på hvad det er der bliver sagt når der jeg kommunikeret med en patient.”*

Når tolk er en nødvendighed

Når der var sprogbarrierer i mødet mellem sygeplejerske og patienten, forsøgte sygeplejerskerne på forskellige måder at finde andre løsninger. De anvendte sig blandt andet

af det personale som var tilgængelig. Dette kunne for eksempel være en rengøringsassistent som tilfældigvis kunne patientens modersmål og dermed agere som tolk. Sygeplejerskerne oplevede at de selv og patienten følte tryghed i de situationer, når de fandt nogen der kunne samme sprog, samtidig med at de fik en bedre relation til patienten.

Informant 3: "Den afghanske kvinde var jo bare himmelrøgt, fordi der kom en læge ind der forstod hende og pludselig så var alting meget bedre...situationen ændrede sig fuldstændig, da efter at der var nogle der ligesom kunne forstå hende og det kan man jo ligesom godt forstå"

Sygeplejerskernes erfaringer viste at de havde delte meninger om brug af professionel tolk, både gennem telefon eller tolkens tilstedeværelse. Samtidig oplevede sygeplejerskerne at savne den fysiske tilstedeværelse ved telefontolkning for eksempel hvis der skulle peges et bestemt sted på kroppen. Derudover opstod der ofte fejltolkninger i forhold til at tolkene ikke altid oversatte den korrekte betydning og patienten derfor fik en forkert information, som kunne skabe mistillid mellem sygeplejersken og tolken. Dette gjorde sig også gældende når pårørende blev anvendt som tolk, hvor der var en tendens til at vigtige informationer blev udeladt. Ved akut eller kritiske situationer, blev en professionel tolk ikke altid prioriteret, men i stedet blev de pårørende inddraget hvis de alligevel var til stede og kunne tolke eller tale på patientens vegne.

Informant 8: "Så kommer der et moster ind med et barn fordi moren ikke selv taler dansk eller engelsk så er det moster der bliver sendt barnet ind med ambulance, men hun ved ikke hvad der er foregået forud for den episode."

I nogle tilfælde oplevede sygeplejerskerne, at de var nødsaget til at bruge børn som tolk, da de ofte kunne tale dansk og derfor måtte agere som tolk for deres forældre eller bedsteforældre, der ikke talte dansk. At skulle anvende børn som tolk, var for sygeplejerskerne et valg de nogle gange blev nødsaget til at skulle træffe, velvidende om at det ikke var retfærdigt overfor de pågældende børn. Det faktum at børnene ofte blev anvendt ved tilfælde, hvor forældrene var ramt af livstruende tilstande, gjorde det blot endnu mere uetisk. Nogle af børnene der blev sat i disse tolkesituationer var helt ned til 6-års alderen skulle både overvære sine forældre syge og tolke ord, børnene angiveligt ikke forstod noget af. Dette kunne opleves som et etisk dilemma for sygeplejerskerne, da der er grænser for hvor meget børn skal blandes ind i når det

gælder sygdomme. Samtidig er børn heller ikke psykisk udrustet til at tage ansvar når det gælder somatiske sygdomme hos deres forældre.

At mødes ud fra forskellige kulturelle baggrunde

Temaet *At mødes ud fra forskellige kulturelle baggrunde*, handler om forventninger og reaktioner sygeplejersken oplever i mødet med patienten af anden etnisk baggrund på akutmodtagelsen.

Oplevelse af sygdom

Når patienten kom ind på akutmodtagelsen og var smertepåvirket, havde sygeplejerskerne en oplevelse af at etniske patienter havde en anderledes smertetærskel end de skandinaviske. Dette gav sig til udtryk i form af en udbredt tendens til, at overdramatisere smerter på. Nogle patienter kom ind på akutmodtagelsen med voldsomme smerter, kunne ligge og vride sig på gulvet ganske smerteforpint og efterfølgende udskrive sig selv helt smertefri og velbefindende.

Informant 4: *“Men det er bare en anden måde at udtrykke sin smerte på end vi gør det. Hvor jeg tror skandinavierne er sådan mere tilbagetrukket.. jeg synes nogen gange det opleves voldsomt.”*

Informant 10: *”Det er jo ikke farligt at kaste op. Er det ikke? Jamen sig mig, har du altså selv kastet op. Altså han var 19 år. Har du aldrig selv prøvet det? Nej, han troede hans lillebror skulle dø..... Det har jeg faktisk oplevet et par gange med etniske der ringer ind, fordi de kaster op. De tror de er alvorligt syge.... de reagerer på en anden måde, det er meget mærkeligt ikke?”*

Sygeplejerskerne havde en opfattelse af, at patienternes smertereaktioner ikke altid stemte overens med symptomerne. Denne måde at udtrykke smerter på, blev også omtalt som “etniske smerter”, viste sig som en stor udfordring for sygeplejerskerne. De havde svært ved at tro på, at patienternes smertereaktioner var sandfærdige, hvilket resulterede i at sygeplejerskerne var i tvivl om, hvorvidt de skulle efterleve disse reaktioner med

smertestillende. Dette kunne resultere i, at smerterne blev undervurderet og der var risiko for at patienten ikke fik nok smertestillende.

Sygeplejerskerne oplevede det samtidig også vanskeligt, at bruge VAS-skala hos patienterne af anden etnisk baggrund, da patienterne ofte scorede sig over 10 på skalaen.

Sygeplejerskerne havde en oplevelse af at patienterne enten ikke forstod skalaen eller overvurderede smerterne og dermed scorede sine smerter højere, på trods af at de blev informeret om hvilken type smerter der kræves for at score 10 på skalaen. Flere sygeplejersker var af den grund, stoppet med at anvende skalaen da de ikke fandt den valid nok hos denne patientgruppe. I stedet vurderede sygeplejerskerne mere ud fra deres kliniske blik, herunder ansigtsfarve og vitale parametre, til at vurdere patienternes smerte intensitet.

Informant 4: "De scorer næsten altid 11 på VAS, når de samtidig ligger og smiler til mig og er varm og tør og trækker vejret normalt og har en normal puls, så tænker jeg jo bare der er noget galt med den skala, de forstår den tydeligvis ikke."

Nogle sygeplejersker berettede endvidere om deres oplevelse af patienter med "ondt i sjælen". Dette i forhold til, at deres smerter kunne hænge sammen med deres tidligere livserfaringer, som kan indebære krig og traumatiske oplevelser, hvilket kan kobles sammen med deres måde at udtrykke smerterne på.

Informant 6: "Jeg kan ikke helt beskrive det skrig, der var så højt at de kom lige fra den lille piges hjerte, så var der en der fortalte mig, at der der skrig faktisk kommer af hvis de er omskåret, også skrider de i den der høje tone."

Endvidere fremgår det hvordan sygeplejerskerne havde svært ved at triagere patienterne, når de kom ind på akutmodtagelsen. Symptomerne blev ofte oplevet som rodet og diffuse, da patienterne havde ondt i hele kroppen samtidig, hvor symptomerne hele tiden ændrede sig. Samtidig med at de kunne komme med en lang remse om hvad de fejlede, hvilket resulterede i at nogle for eksempel skulle igennem mange læger for at blive diagnosticeret, for derefter at blive udskrevet uden at fejle noget.

Informant 2: "Lidt diffuse bryst smerter lidt mavesmerter, kan ikke helt redegøre for hvad det er det så viser at han har et massivt AMI, men igen, pga at man møder så

mange fra den oprindelse, triagerede jeg GUL, han nåede at gå i stop, 2 gange inden vi fik overført ham”

Samtidig viste disse diffuse symptomer hos denne patientgruppe, at have konsekvenser for behandlingsforløbet da sygeplejersken grundet tidligere erfaringer, i nogle tilfælde, ikke triagerede højt, på grund af diffuse sygdomssymptomer, og dermed havde en tendens til at blive undervurderet.

Forståelse for sundhedssystemet

Det at mødes ud fra forskellige forventninger, var for sygeplejerskerne en udfordring, da de oplevede at patienterne nogle gange ikke vidste hvad de kunne forvente af akutmodtagelsens funktioner. Dette kunne samtidig lede op til en vis irritation blandt sygeplejerskerne, da det var svært for dem at forklare patienterne, at de behandles ud fra triage-prioriteter. Dette havde samtidig den negative konsekvens, at sygeplejerskerne ofte kom i situationer hvor de blev kaldt racistiske, da de ikke gengældte patienternes ønsker i venterummet.

Sygeplejerskerne oplevede at pårørende til patienter på akutmodtagelsen, næsten altid mødte talrigt op, som en måde at udvise respekt for patienten. Dette kunne dog være en udfordring både i forhold til rammerne på akutmodtagelsen, men kunne også forstyrre selve behandlingen og de andre patienter. Endvidere havde patienterne ofte en forventning om at akutmodtagelsen kunne ordne alle skavanker, store som små. Derfor oplevede sygeplejerskerne at patienterne nogle gange ikke vidste hvilke sygdomme der var nødvendige at komme på akutmodtagelsen med og havde svært ved at vurdere alvorlighedsgraden af disse. Dette kunne også vise sig ved at en familie på fem, kom ind på akutmodtagelsen, for alle at blive tilset med skavanker, som man normalt ville gå til egen læge med.

Informant 1: “Forleden dag der var også en der kom med sin familie som kom med bryst smerter ondt i øret og altså når de kommer her, så har de en forventning om at vi skal kunne ordne alt. Jeg måtte så forklare at det er kun de akutte ting, vi finder her.”

At forstå den andens kultur

I mødet mellem sygeplejerske og patienten, blev kulturforståelse, nogle gange en udfordring for sygeplejerskerne. Det viste sig ved en uvidenhed i forhold til den pågældendes patientens kultur, som resulterede i en usikkerhed blandt sygeplejerskerne i forhold til gensidig forståelse. Dette kunne eksempelvis ses i tilfælde ved sprogbarrierer og samtidig prøvetagning til MRSA, hvor sygeplejerskerne havde en forud antagelse om at patientgruppen, grundet kulturel baggrund, ikke helt forstod hvad formålet med dette var. Dette skyldes at patienten såvel som de pårørende ofte reagerede forvirrede og forargede over proceduren. Derfor blev det nærmest oplevet som et overgreb for sygeplejersken at skulle tage prøver fra intime steder, velvidende om at patienten og de pårørende angiveligvis ikke var komfortable med dette.

Informant 2: "Jeg tænker lidt mere over for eksempel det med at skulle måle en temperatur, det synes jeg tit er mere grænseoverskridende at gøre ved en mand med anden etnisk baggrund end dansk"

Sygeplejerskerne oplevede at de nogle gange var forhindret i at udføre deres arbejde, grundet patientens kultur. Dette kunne vise sig i form af kønsroller, hvor blandt andet en kvindelig sygeplejerske ikke fik lov til at behandle en mandlig patient. Dette giver sygeplejerskerne en følelse af afmagt over, ikke at kunne behandle patienten og strider samtidig imod yrket som sygeplejerske. Dette kunne samtidig resultere i uheldige konsekvenser for sygeplejen, når patienterne frasiger sig behandlingen.

Informant 12: "Men jeg finder ret hurtigt ud af at han ikke vil have øjenkontakt med mig, han vil ikke have at jeg måler et blodtryk. Han vil sådan set ikke have at jeg overhovedet rører ved ham og han vil ikke give mig hånden. Det giver så lidt udfordringer, for så der hvor det blev nat og hun skulle gå hjem, så det endte med at han ville hellere tisse i sengen end at have hjælp af mig til at komme på toilettet."

Interesse for kultur

Flere sygeplejersker udviste stor interesse for patienters forskellige kulturer, som et redskab til bedre at kunne imødekomme den pågældende kultur man møder som sygeplejerske. Det

handler dels om at have erfaringer med disse møder, men også om at udvise en form for interesse for den andens kultur og stille spørgsmål ved deres livsstil og andre ting man er nysgerrig omkring. Denne interesse for patientens kultur, viste sig at være med til at forbedre relationen, da de på den måde viste en villighed til at forstå og sætte sig i deres sted.

Informant 10: *“Hvis de har det skidt og kommer ind under ramadanen, og man ligesom giver udtryk for at man godt ved lidt, at man har sat sig en lille smule ind i det, så synes jeg også man får en del respekt igen.”*

Informant 3: *“Jeg har været forskellige steder og oplevet forskellige kulturer, så jeg følger meget med i hvad der sker og på den måde så lærer du, hvis man spørger indtil og er interesseret og møder patienten der hvor han er.”*

Diskussion

Diskussion af valgt metode

Formålet med studiet er at belyse sygeplejerskernes oplevelse i mødet med patienter af anden etnisk baggrund. Til at undersøge dette, valgte vi at gennemføre et interviewstudie med kvalitativ indholdsanalyse. Metoden var relevant, da vi netop ønskede at forstå sygeplejerskernes subjektive oplevelser i mødet med patienten med anden etnisk baggrund. Samtidig gav denne metode mulighed for at forstå temaernes underliggende budskaber, fra informanternes eget perspektiv (Kvale & Brinkman, 2011). I hvilken udstrækning vi formår at gennemføre studiet, afgøres af flere faktorer, som vil blive diskuteret i de følgende afsnit.

Diskussion af Perspektiv & Udgangspunkt

I forhold til vores udgangspunkt og perspektiv for studiet, lagde vi vægt på at definere kulturbegrebet. Som tidligere nævnt, at se patienterne i dette studie, som en mangfoldighed af kulturer, hvilket vi gjorde informanterne opmærksomme på. I interviewene oplevede vi en tendens til at informanterne antog de ‘etniske patienter’, som værende fra Mellemøsten og

ikke medtænkte den vestlige patientgruppe, hvorfor vi ser det som en styrke at have informeret informanterne om kulturbegrebet.

Diskussion af Informanter

Udvalget af informanter bestod af i alt tretten sygeplejersker som arbejdede på tre danske akutmodtagelser. Da informanterne var frivillige, medvirkede dette til, at de angiveligvis havde en personlig interesse i emnet. Dette var synligt i alle interviewene og bidrog til en dialog på et plan, hvor spændende erfaringer blev formidlet. Informanterne havde bred erfaring, arbejdede på tre forskellige akutmodtagelser og udgjorde en stor aldersspredning, hvilket gjorde udvalget af informanter varierende og styrkede samtidig validiteten (Graneheim & Lundman, 2004).

Forfatterne testede interviewguiden gennem et enkelt pilotinterview, som gav mulighed for at afprøve interviewteknikken og tilpasse interviewguiden. Det kan ses som en svaghed at begge forfattere, som udgangspunkt, var novicer i at udføre interviews, da det kan medvirke til en uklar måde at stille spørgsmål på, og derfor kan have påvirket informanterne i en forkert retning. Samtidig blev vi efter de første interviews mere komfortable med interviewsituationen og havde samtidig tilegnet os mere viden om emnet. Dette kan også have påvirket vores måde at stille mere konkrete spørgsmål på. Der er derfor risiko for at man som forfatter kan gå uden om interviewguiden, i de resterende interviews hvilket ligeledes kan ses som en svaghed.

Diskussion af Forforståelse

Forfatternes egne erfaringer i mødet med patienter af anden etnisk baggrund kan have påvirket interviewet og den forforståelse vi havde for emnet. Balancen mellem at have forforståelse for et emne for derefter at opnå nuancerede beskrivelser, er en uundgåelig proces (Kvale & Brinkman, 2011). Vores egne erfaringer kan påvirke hvordan vi opfatter informanternes svar, som kan medvirke til, ubevidst at have styret interviewet i en bestemt retning, hvilket kan ses som en svaghed. Dog kan vores forforståelse have bidraget til at styrke indholdet yderligere gennem samspillet under interviewet. Resultatet skabes ikke uafhængigt af forskeren, da denne er medskaber af teksten i et kvalitativt studie (Graneheim & Lundman, 2004).

Diskussion af Analyseproces

Forfatterne valgte som nævnt, at analysere det indsamlede datamateriale med inspiration fra Graneheim & Lundmans (2004; 2012) manifeste og latente indholdsanalyse. Da begge forfattere deltog i analysearbejdet, fremkom der forskellige tolkninger til diskussion undervejs. For at forhindre fejlagtige tolkninger undervejs, vendte forfatterne hele tiden tilbage til transskriberingerne. Her var forfatterne samtidig bevidste om den førhen nævnte forforståelse inden for emnet og at det kunne have en indvirkning på fortolkningen af indholdet (ibid.). Det at man netop er bevidst om sin forforståelse, gør at man samtidig kan frigøre sig fra sit sygeplejerske perspektiv i processen. Dog er forforståelsen, som nævnt, en vigtig del af tolkningsprocessen i et kvalitativt studie (Graneheim & Lundman, 2004). At begge forfatterne samarbejder og har indflydelse på tekstfortolkningen, indebærer at indholdet får flere betydninger, hvilket kan styrke studiets reliabilitet under analysearbejdet (ibid.).

Diskussion af Kvalitetskriterierne

Troværdigheden gennem studiets proces, blev styrket ved en detaljeret beskrivelse af studiets gennemførelse. Derudover blev der krævet en identificering af informanterne i studiet på korrekt vis, hvilket man kan diskutere om vi har gjort fyldestgørende, da vi blot har beskrevet gennemsnitsalder samt erfaring og at eneste inklusionskriterie var erfaring i mødet med patienter af anden etnisk baggrund. Vi vurderede dog at de udvalgte sygeplejersker der deltog i interviewet havde tilstrækkelig erfaring med arbejde på akutmodtagelse samt mødet med patienter med anden etnisk baggrund.

Endvidere blev fund i analyseprocessen sammenlignet med transskriberingerne, for at sikre at alt vigtig datamateriale var indsamlet (Lincoln & Guba, 1985). Det kan diskuteres hvorvidt man som forfatter vurderer hvilket materiale der er vigtigt, da studiet bygger på subjektive observationer af sociale fænomener. Gennem vores analyseproces har forfatterne, som nævnt, formået at skabe en gennemgående sammenhæng mellem det valgte baggrundsteori, dataindsamling og den skabte analyse. Studiets pålidelighed kom til udtryk gennem opgavens taksonomiske niveauer som udgjorde en detaljeret beskrivelse af valg af metode og bidrog til studiets gyldighed (ibid.).

I forhold til studiets Overførbarhed til andre kontekster, er mødet med patienter af anden etnisk baggrund aktuelt i alle specialer i sundhedsvæsenet. Dette studie fokuserer udelukkende på mødet med patienten med anden etnisk baggrund på akutmodtagelsen. Dog

kan studiets resultater medvirke til yderligere studier af sundhedsvæsenets andre sygeplejespecialer (ibid.).

Gennem studiet har vi haft fokus på vores objektivitet, hvilket kom til udtryk i analyseprocessen og ved inkluderingen af transskriberingerne. Gennem hele processen har vi tilegnet os kontinuerlig viden inden for studiet, som medvirker til en bredere viden, samt styrker studiets resultat og perspektivering.

I forhold til at tolke på et latent niveau og beskrive de underliggende budskaber, er der her risiko for at erfaringer kan misforstås og dermed tillægges en anden betydning, end det informanten i virkeligheden har ment, hvilket vi har taget højde for under analyseprocessen (ibid.).

Diskussion af Resultat

I det følgende afsnit vil studiets resultat diskuteres med fokus på kommunikationen i de akutte møder, oplevelse af sygdom, at forstå den andens kultur, forståelse for sundhedssystemet samt interesse for kultur.

Sygeplejerskerne anså kommunikationen som den vigtigste faktor for at indsamle oplysninger til anamnesen. Sprogbarrierer kunne lede til frustrationer og misforståelser mellem sygeplejersken og patienten. Dette kunne have konsekvenser for patientsikkerheden, hvilket også beskrives i tidligere studier (Karlner et al., 2007; Suurmond et al., 2012). Det var særligt i de akutte situationer, hvor sygeplejersken ikke kunne forstå patientens behov og imødekomme disse. Sygeplejerskerne oplevede derfor at patienter af anden etnisk baggrund ikke fik lige god sygepleje som de skandinaviske patienter. Sygeplejerskerne benyttede sig derfor af nonverbal kommunikation og anvendte kropsberøring. Dog oplevede sygeplejerskerne en form for berøringsangst, da de ikke vidste om det var grænseoverskridende for patienten. I en artikel fremgår det ligeledes, at sygeplejersker er i tvivl om, hvordan de skal agere i situationer i mødet med anden etniske patienter og om hvorvidt kropsberøring, som at lægge en arm på skulderen, ville støde mere end at gøre gavn (Sygeplejersken, 2016). Sygeplejerske, cand.scient.san. og ph.d. Dorte Nielsen (Sygeplejersken, 2011) mener at sygeplejersker har en tendens til at glemme, at patienter af anden etnisk baggrund, er lige så forskellige som alle andre patienter. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt man som sygeplejerske, i nogle tilfælde bør se bort fra kulturen, og i stedet se mennesket bag kulturen med en personcentreret tilgang. Dette forudsætter at

sygeplejersken med en holistisk tilgang, lytter til patients beretninger og forståelse for sundhed og sygdom og dermed bevare patients integritet i mødet (Edberg et. al., 2015).

Sygeplejerskerne erfarede at patienter af anden etnisk baggrund, havde en anden opfattelse af deres sygdom, som de havde svært ved at triagere ud fra. Der var derfor risiko for, at denne patientgruppe blev nedtriageret. Dette kom til udtryk i eksemplet med patienten der havde et pågående hjerteinfarkt og blev nedtriageret, grundet sygeplejerskens tidligere erfaringer med at undervurdere symptomer hos denne patientgruppe. Samme problemstilling fandt sted i studiet af Hultsjö og Hjelm (2005), hvor svenske sygeplejersker på en akutmodtagelse også havde svært ved at vurdere sygdomstilstande hos patienter af anden etnisk baggrund, da disse kan have alternative måder at udtrykke sig på, både verbalt og non-verbalt. At sådanne hændelser med nedtriagering af denne patientgruppe finder sted, kan ses som et alvorligt problem i det danske sundhedsvæsen, hvor der hyppigere sker en forekomst af utilsigtede hændelser (Sygeplejersken, 2011). Dette truer i høj grad patientsikkerheden. Man bør derfor som sygeplejerske være varsom med ikke lade sig påvirke af tidligere erfaringer og møde denne patientgruppe med en fordomsfri tilgang.

Sygeplejerskerne havde en opfattelse af at patienternes smertereaktioner ikke altid stemte overens med symptomerne. Dertil anvendes udtrykket '*etniske smerter*' som omtales af informanterne i dette studie, og diskuteres i flere debatter i Danmark. Dette kan Ifølge formand for Fagligt Selskab for Tværfaglig Sygepleje, Marianne Østerskov, skyldes manglende forståelse for kultur (Sygeplejersken, 2016). Det faktum at patientgruppen sættes i bås med '*etniske smerter*', gør samtidig at vi ikke tager dem alvorligt, hvilket dermed også kan påvirke patientsikkerheden (ibid.). Man kan derfor diskutere hvorvidt man burde afholde sig fra at anvende udtrykket når denne patientgruppe har smerter, da det medvirker til en risiko for, at de ikke bliver tilstrækkeligt smertedækket.

Én ting er kulturforståelse, men noget andet er hvordan man imødekommer disse i forskellige kontekster. Flere sygeplejersker tilkendegav at kultur, nogle gange forhindrede dem i at udføre deres yrke. Eksemplet hvor den mandlige patient, frasagde sig al hjælp fra den kvindelige sygeplejerske, resulterede i en hindring i at sygeplejersken kunne udføre sit arbejde. Det at patienten frasagde sig al hjælp, er vigtigt at sygeplejersken ikke antager som et personligt angreb, men i stedet forstår og accepterer de kulturelle forskelle. Derudover kan man reflektere over, at det for patientens vedkommende kan være acceptabelt, ikke at

modtage hjælp fra kvinder i andre kontekster. Dermed ment, at patienten ikke nødvendigvis gør dette for at irritere sygeplejersken, men grundet patientens kulturelle overbevisning ikke kan sætte sig i ind i konteksten på en akutmodtagelse, hvor størsteparten af sygeplejerskerne er kvindelige. Ifølge Dorte Nielsen (Sygeplejersken, 2011), er det ikke med sygeplejerskens gode vilje, at der nogle gange ikke kan udføres tilstrækkelig sygepleje til denne patientgruppe, men det skyldes ofte manglende viden og forståelse for patientens kultur. Patientens historie kommer nemt til at drukne i sprogbarrierer, kultur, tørklæder og misforståelser og derfor ser man kulturen frem for mennesket (ibid.). Dette eksempel kan refereres til UNESCO's (2004) fastslåelse om at respekt for kulturens mangfoldighed og tolerance medfølger en gensidig tillid og forståelse, som er den bedste garanti for international fred. Ovenstående eksempel, kan siges at stride imod personcentreret pleje såvel som patientsikkerhed, man som specialistsygeplejerske skal sikre hos alle patienter, uanset kulturel baggrund.

Sygeplejerskerne oplevede at patienterne af anden etnisk baggrund og deres pårørende havde svært ved at forstå rammerne på akutmodtagelsen og havde en anden forventning til systemet. Dette viste sig blandt andet i forhold til ventetid og et stort antal pårørende, hvilket i nogle situationer ledte op til frustration, både hos patienten og sygeplejersken. Konsekvenserne heraf kunne være, at sygeplejerskerne ligefrem afviste patienten og dens pårørende fra venteværelset, hvilket kan diskuteres nærmere med henblik på sygeplejerskens adfærd i sådanne tilfælde. Patientens forventninger til behandling kan være forskellige alt efter kulturel baggrund, hvilket resulterer i, at skandinaviske behandlingsmetoder i sundhedsvæsenet kan opleves som fremmede og skræmmende for en patient med anden kulturel baggrund, og derfor påvirke mødet mellem den sundhedsprofessionelle og patienten (Hanssen, 2007). Dette er tilfældet i situationen hvor patienten blev afvist fra akutmodtagelsen. Her kan man stille sig kritisk overfor sygeplejerskens handling og reflektere over, hvordan det kunne være undgået. Sygeplejersken burde i stedet tænke, at der er en grund til patienten reagerer som vedkommende gør og i stedet informere om hvordan akutmodtagelsens funktioner fungerer, og ikke lade sig irritere over det. Endvidere burde grundlæggende information om akutmodtagelsens rammer, være bedre tilgængelige for denne patientgruppe, så de har lettere ved at forholde sig til det danske sundhedsvæsen. I Sundhedsloven (2005) står der beskrevet et krav om at respektere det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og samtidig opfylde behovet for blandt andet, let og lige adgang til sundhedsvæsenet. I forhold til dette, bliver patienter af anden etnisk baggrund brug af sundhedsvæsenet, undersøgt i et nyere studie, på baggrund af denne patientgruppes stigende sygehusebesøg (Lokdam et. al., 2016).

Her viser det sig at mange er vant til et sundhedssystem med markant mindre ventetider og besøg hos læge uden tidsbestilling, brugerbetaling og hurtigere adgang til sundhedsydelser. Forventninger til akutmodtagelsens funktion og den belastning som sygeplejerskerne oplever kan tænkes at mindskes i fremtiden ved at have fokus på det ovennævnte.

På trods af ovenstående resultater, udviste mange af sygeplejerskerne stadig stor interesse for patientens kulturelle værdier, som for eksempel ved at spørge ind til ramadanen.

Sygeplejerskerne følte at de på den måde, fik mulighed for at imødekomme patienterne på anden vis, og oplevede en gensidig respekt, som var med til at skabe en bedre relation.

Sygeplejen til patienter af anden etnisk baggrund, bør ifølge Dorthe Nielsen (Sygeplejersken, 2011), bygge på en holistisk-eksistentiel tilgang, hvor man stræber efter at møde det hele menneske i vedkommendes dagligdag, ressourcer, behov og problemer. Som nævnt tidligere, mener Leininger (1999), at kulturel kompetence og dermed viden omkring kulturelle værdier og overbevisninger, er essentielt, for at imødekomme patienten og de pårørendes behov. I de udfordrende møder som beskrives i dette studie, hvor patienten enten frasiger sig behandling, eller når patienten ikke forstår triageringssystemet og ventetiden på akutmodtagelsen. Det kan derfor diskuteres hvorvidt disse sygeplejersker har haft den nødvendige kulturelle kompetence i mødet med patienten af anden etnisk baggrund. Dog er akutmodtagelser, som tidligere nævnt, omfattet af et hektisk og oftest travlt miljø, som kan tænkes at have haft en indflydelse på disse udfordrende møder.

Konklusion og Implikationer

Dette studie frembringer at sygeplejersker oplevede flere forskellige udfordringer i mødet med patienten af anden etnisk baggrund på akutmodtagelsen. Sprogbarrierer ses som det største problem, og kom specielt til udtryk i de akutte møder, hvor der i stedet blev lagt vægt på nonverbal kommunikation, som et forsøg på at opbygge et tillidsforhold. Derudover var der en udbredt tendens til dels nedtriage og en utilstrækkelig smertedækning hos patienter med anden etnisk baggrund. Dette skyldes sygeplejerskers manglende forståelse for patienternes sygdoms- og smerteoplevelse, hvilket er en markant trussel for patientsikkerheden. Mangel på gensidig forståelse for kultur i mødet, kan skabe irritation hos begge parter. Sygeplejerskens udfordringer i mødet med patienten af anden etnisk baggrund kan resultere i, at patienten ikke får lige adgang til sundhedsydelser, hvilket er patientens ret.

Dette studie vil ligge til grund for videre forskning og udarbejdelse af metoder og dermed optimere processen til brug ved mødet med patienten med anden etnisk baggrund på akutmodtagelsen. Yderligere vil resultatet bidrage til en forbedring indenfor patientsikkerheden samt styrke den personcentrerede tilgang hos denne patientgruppe (SENA & SSF, 2010). Da vi har valgt et studie med et ensidigt sygeplejersperspektiv, er det uvist om de pågældende patienter af anden etnisk baggrund, har set mødet som en lige stor udfordring, som sygeplejerskerne i dette studie gør. Patientperspektivet bygger derfor på sygeplejerskernes iagttagelser i dette studie. En forståelse for patienternes oplevelser, kan medvirke til en fordybelse i patienternes kulturelle forståelse og forventninger i mødet med sygeplejersken og sundhedsvæsenet. Dette studie giver derfor anledning til, at videre inddrage både patient og sygeplejersperspektiv, for at beskrive alle aspekter i mødet mellem sygeplejerske og patienten med anden etnisk baggrund på akutmodtagelsen. Endvidere kunne videre forskning og udarbejdelse af metoder optimere processen til brug ved mødet og dermed sikre en personcentreret og patientsikker sygepleje til patienten med anden etnisk baggrund end skandinavisk.

Referenser

- Betancourt, J.R., Renfrew, M.R., Green, A.R., Lopez, L. & Wasserman, M. (2012). Improving Patient Safety Systems for Patients with Limited English Proficiency: A Guide for Hospitals Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD (*AHRQ Publication nr 12- 0041*).
- Brorholdt, G. (2010). *Mangfoldig eller enfoldig – multikulturelle hospitaler for fremtiden*. Naveed, M. Kastrup & L. Rasmussen. Tro, omsorg og interkultur. København: Hans Reitzels Forlag.
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centred care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online Journal of Issues in Nursing*.
- Carlsson, H. & Gantén, K. (2014). *Sjuksköterskors möte med cancerpatienter av annan etnisk bakgrund än skandinavisk – att förstå komplexiteten i dessa möten utifrån sjuksköterskans perspektiv*. Magister, Lunds universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för hälsa, vård och samhälle.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (1:2 uppl., s. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Danmarks statistik. (2016). Asylansøgere og opholdstilladelser 2015: befolkning og valg. Hentet 01/04-2016. Fra Danmarks statistik:
<http://www.dst.dk/da/Statistik/NytHtml?cid=20613>
- Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (2013).(Red.), Introduktion. *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.15-27). Lund: Studentlitteratur.
- Ekblad, S., Marttila, A & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-lifecare: reflections from focusgroups´ interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), side 623-630.

Eklöf, N. Hupli, M. Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*. 32: no. 2. side 143-150. doi: 10.1111/phn.12120.

Ekwall, A. (2013), Kulturell medvetenhet i mötet med personer som drabbas av akut eller kritisk sjukdom. Stubberud, D.G. (Red.). Psykosociala behov vid akut och kritisk sjukdom. (1. uppl. s. 284-296). *Gyldendal Norsk Forlag*.

Ethiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden (u.å.). Hentet 5 maj 2016 på:
https://dsr.dk/sites/default/files/479/ssns_etiske_retningslinjer_0.pdf

Glasdam, S. (2015). Semistrukturede interviews af enkeltpersoner. S. Glasdam (Red.). *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder*. (2. udgave, side 99-117). *København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S*.

Giger, J. & Davidhizar, R. (2002) The Giger and Davidhizar. Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13: side 185-188.

Gordon J et. al. (2010), The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International emergency nursing* 18, side 80-88.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 24, Side 105-112

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*, (3. udg.) Lund: Studentlitteratur.
Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish healthcare staff's experiences. *International Nursing Review* 52 , side 276–285.

Høye, S. & Serverinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with

multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing, Elsevier Health*: 24, side 338-348.

Jensen, I. (2011). Grundbog i kulturforståelse. 1. Udg. 2005, 5 opl. 2011. *Roskilde universitets forlag*. Side 21-22

Johnstone, M.-J. & Kanitsaki, O., (2006). Culture, language and patient safety: Making the link. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), Side 383-388, DOI:<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzl039>

Justitsministeriet (2012). Forvaltningsloven Ibknr 988 af 09/10/2012'. <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=142955>

Karliner, L.S., Jacobs, E.A., Chen, A.H. & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv. Res.* 42 (2), side 727–754.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitative forskningsinterviewen. Lund: Studentlitteratur.

Lee, S & Weiss, S. (2009). When East Meets West: intensive care unit experiences among first-generation Chinese American parents. *Journal of Nursing Scholarship* 4(3): side 268-75..

Leininger, M. (1999). What is transcultural nursing and culturally competent care? *Journal of Transcultural Nursing*.

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage, 1985.

Lo, Y. (2012). The importance of transcultural nursing in cancer care. *British Journal of Nursing*, 21(4), side 32-37.

Lokdam et al. (2016). Use of healthcare services in the region of origin among patients with an immigrant background in Denmark: a qualitative study of the motives. *BMC Health Services Research*. DOI: 10.1186/s12913-016-1346-1.

Maier-Lorentz, M. (2008). Transcultural Nursing: Its important in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*: 15: no. 1.

Malterud, K. (2014). Kvalitative metoder i medicinsk forskning - en introduktion. Lund: *Studentlitteratur*.

Nailon, R. (2006), Nurses' Concerns and Practices With Using Interpreters in the Care of Latino Patients in the Emergency Department, *Journal of Transcultural Nursing*. doi: 10.1177/1043659605285414.

Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009) Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x.

Pino, F. Soriano, E. Higginbottom, G. (2013). Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography. *BMC Nursing*, 12:14.

Rosendahl, S. Söderman, M. Mazaheri, M. (2016). Immigrants with dementia in Swedish residential care: an exploratory study of the experiences of their family members and Nursing staff. *BMC Geriatrics*, 16: side 1-12. DOI: 10.1186/s12877-016-0200-y.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rosse, F., Suurmond, M., Essink, M. & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal Nursing Student*.doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012.

Rybjer, L. (2011), Beskrivelsen af akutsygeplejerskens funktionsområde i akutmodtagelsen - Roskilde Sygehus. Hentet den 02/04-2015 på: <http://docplayer.dk/4531464-Beskrivelse-af-akutsygeplejerskens-funktionsomraade-i-akutmodtagelsen-roskilde-sygehus.html>

Skou, M. (2006). Undersøgelse: Indvandrere er en belastning. Hentet 01/04-2016 fra *Sygeplejersken*: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2006-2/undersogelse-indvandrere-er-en-belastning>

Sobel, L.L. & Sawin, E.M. (2014). Guiding the Process of Culturally Competent Care With Hispanic Patients: A Grounded Theory Study. *Journal of Transcultural Nursing*, Doi: 10.1177/1043659614558452.

Somerville, J. (2007). The paradox of palliative care nursing across cultural boundaries. *International Journal of Palliative Nursing*, 13: no. 12. Side 580-587.

SENA & SSF (2010). Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen för akutsjuksköterskor. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Stockholm: SSF.

Sundhedsloven (2005). Lov nr. 546, Afsnit 1 Sundhedsvæsenet, Formål og opgaver m.v., Kapitel 1, hentet den 24/11-2016 på: <http://www.rhpharm.org/Sundhedsloven%202005.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2014). *Danske regioner, ministeriet for sundhed og forebyggelse. Faglig gennemgang i akutmodtagelserne*. 2/4-2016: http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodt-juni-2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodtagelserne-juni-2014.ashx

Sundhedsstyrelsen (2007). *Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden*. Hentet 6/5-2016: <http://www.sst.dk/~media/8F5AF80E41D446C29AF0FEC84F35E4A5.ashx>

Suurmond, J., Uiters, E., de Bruijne, M.C., Stronks, K. & Essink-Bot, M.-L. (2010). Explaining ethnic disparities in patient safety: a qualitative analysis. *Am. J. Public Health* 100 Side 113–117, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.167064>.

Suurmond, J., Dokter, J., Van Loey, N. & Essink-Bot, M.L. (2012). Issues to address in burn care for ethnic minority children: a qualitative study of the experiences of healthcare staff. *Burns* 38 (August (5)), Side 730–737.

Sygeplejersken (2011) Nielsen, D. *Livshistorie er i centrum i indvandremedicinsk klinik.*

Dansk sygeplejeråd, Fagbladet Sygeplejersken, nr 7, side 50-53.

<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2011-7/livshistorien-er-i-centrum-i-indvandrermedicinsk-klinik>

Sygeplejersken (2016) Witthøfft, A., *Sundhedsvæsenet svigter de etniske patienter*, Dansk sygeplejeråd, Fagbladet Sygeplejersken nr. (9). Hentet den 28/11-2016 på:

<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2016-9/sundhedsvaesenet-svigter-de-etniske-patienter>

UNESCO (2004). Hentet den 14/11-2016 på:

http://www.minedu.fi/OPM/Kansainvaeliset_asiat/kansainvaeliset_jaerjestoet/unesco/suomen_unesco-toimikunta/?lang=en

Interviewguide

Mødet med patienten af anden etnisk baggrund på akutmodtagelsen

- Introduktion om projektets formål og baggrund
- Information om indspildning af interview
- Eventuelle spørgsmål fra informanter

Baggrundsfakta:

Erfaringer fra akutmodtagelsen?

Uddannelse og eksamenssår?

Alder?

Hovedspørgsmål:

Kan du beskrive dine erfaringer i mødet med patienten af anden etnisk baggrund?

Følgespørgsmål:

Kan du uddybe dette lidt mere?

Hvad følte du?

På hvilken måde?

Hvad tænker du?

Spørgsmål videre:

Har du flere eksempler på denne situation?

Er det sådan du oplever det?

Hvordan føles det?

Specificerede spørgsmål?

Hvad tænkte du der?

Hvad gjorde du der?

Hvad føltes ubehageligt?

Strukturerede spørgsmål:

Jeg tænkte at spørge dig om et andet emne

Stilhed:

Stilhed skal udnyttes

Tolkende spørgsmål:

Du mener at

Så du føler at

(Kvale og Brinkmann, 2014)