

BPABAC-1 Bacheloroppgave

Bacheloroppgave

Hvilken betydning har pasientens kulturelle bakgrunn i prehospital smerteskåring og -håndtering?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i paramedisin

Stavanger, 26.05.2023

Kandidatnummer: 9407

Sammendrag

Bakgrunn:

Norge står overfor et stadig voksende flerkulturelt samfunn, og prehospitale helsearbeidere kommer i økende grad til å møte pasienter med ulik kulturell bakgrunn i sin arbeidshverdag. Litteratur samt erfaringer viser at smerteuttrykk er ulikt utifra pasientens kulturbakgrunn, noe som kan gjøre det utfordrende med smerteskåring og smertehåndtering av denne pasientgruppen, og dermed gi uønsket over- og underbehandling.

Hensikt:

Å belyse at smerteuttrykk også er et kulturuttrykk, samt se på mulige utfordringer knyttet til prehospital vurdering og håndtering av akutte smerter hos pasienter med ulik kulturell bakgrunn.

Metode:

Oppgaven er et litteraturstudie, og benytter fire vitenskapelige forskningsartikler. Tre av artiklene er systematiske oversiktsartikler, en er en kvalitativ forskningsartikkel. Kvaliteten på artiklene ble vurdert med sjekklister basert på Critical Appraisal Skills Programme (CASP), og analysert utifra Thidemanns (2019) trinnvise analyseprosess. Funn i analysen er koblet opp mot teori og egne refleksjoner.

Resultater:

Resultatene viser til at smerteuttrykk i stor grad avhenger av kulturell bakgrunn, og at dette også kan påvirke hvordan pasientens smerte skåres og behandles. Funn indikerer at den ulike behandlingen kan ha bakgrunn i at helsepersonell har for lite kunnskap rundt smertens kompleksitet i lys av ulike smerteuttrykk i ulike kulturer. Resultatene antyder også at helsepersonell til dels opplever å føle seg utilstrekkelige i jobben med å gi individuell helsehjelp til denne pasientgruppen. Videre ønskes det flere studier, økt opplæring og økt kompetanse på området.

Nøkkelord:

Flerkulturell, etnisitet, prehospital, akutt, smerteuttrykk, smertebehandling
Multicultural, ethnicity, prehospital, acute, pain perception, pain management

Innhold

| | |
|--|----|
| 1 INNLEDNING | 4 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 4 |
| 1.2 Hensikt..... | 5 |
| 1.3 Avgrensing og problemstilling..... | 5 |
| 1.4 Begrepsavklaring..... | 5 |
| 2 TEORI | 6 |
| 2.1 Smerte..... | 6 |
| 2.1.1 Ulike typer smerte..... | 7 |
| 2.1.2 Konsekvens av smerte..... | 7 |
| 2.1.3 Smertekartlegging og -triage..... | 7 |
| 2.1.4 Smertebehandling | 9 |
| 2.1.5 Smertefenomenet og smerteuttrykk..... | 9 |
| 2.2 Helsearbeid i flerkulturell sammenheng..... | 10 |
| 2.2.1 Den flerkulturelle pasienten i Norge..... | 10 |
| 2.2.2 Prehospital aktualitet..... | 11 |
| 2.2.3 Norske føringer..... | 12 |
| 3 METODE | 12 |
| 3.1 Valg av metode..... | 12 |
| 3.2 Søkeprosessen..... | 13 |
| 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier..... | 13 |
| 3.2.2 Valg av database..... | 14 |
| 3.2.3 Valg av søkeord..... | 15 |
| 3.2.4 Valg av artikler..... | 16 |
| 3.2.5 Sekundærsøk..... | 17 |
| 3.2.6 Analyse av artikler..... | 17 |
| 4 RESULTAT | 17 |
| 4.1 Ulikhet i smerteuttrykk og -intensitet..... | 18 |
| 4.2 Ulikhet i smertehåndtering og -behandling..... | 19 |
| 4.3 Behandlers kulturelle kompetanse..... | 20 |
| 5 DISKUSJON | 21 |
| 5.1 Metodediskusjon..... | 21 |
| 5.1.1 Kritisk vurdering av artikler..... | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 5.1.2 Studienes aktualitet og relevans..... | 22 |
| 5.1.3 Arena for studiene..... | 22 |
| 5.1.4 Studiedeltakere..... | 23 |
| 5.2 Resultatdiskusjon..... | 23 |
| 5.2.1 Tendenser i ulike smerteuttrykk..... | 23 |
| 5.2.2 Forskjellsbehandling eller forskjellig behandling?..... | 24 |
| 5.2.3 Hensiktsmessig smerteskåring..... | 25 |
| 5.2.4 Flerkulturell tilnærming..... | 26 |
| 5.2.5 Holdninger og fordommer..... | 27 |
| 6 KONKLUSJON..... | 28 |
| REFERANSELISTE..... | 29 |
| VEDLEGG..... | 34 |
| <i>Vedlegg 1. Søkelogg</i> | |
| <i>Vedlegg 2. Litteraturmatrise</i> | |
| <i>Vedlegg 3. Sjekkliste for systematiske oversiktsartikler</i> | |
| <i>Vedlegg 4. Sjekkliste for kvalitative studier</i> | |

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norge står overfor et stadig økende flerkulturelt samfunn. Ifølge Statistisk sentralbyrå forventes det at innvandring framover kommer til å fortsette å være den største faktoren til økt befolkningsvekst i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2022). I tillegg er det mange turister som er på stadig gjennomfart. Paramedisinere og ambulansetjenesten forøvrig, kommer i økende grad til å forholde seg til pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Den flerkulturelle pasientgruppen er sammensatt, og mange har tilnærminger til sykdom og skade som er annerledes enn det vi kjenner til fra lærebøkene. Ambulansetjenesten i Oslo har satt denne demografiske endringen på agendaen ved å engasjere ansatte til flerkulturell fagutvikling. I tillegg har flere ansatte i tjenesten tatt videreutdanning i flerkulturelt helsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.32).

En vanlig problemstilling i ambulansetjenesten er pasienter med akutte smerter. På grunn av smertens subjektive natur og personlige forskjeller (Merskey & Bogduk, 2020), kan det i utgangspunktet være krevende for ambulanspersonell å tolke hvordan smerte hos den enkelte kommer til uttrykk. I tillegg viser litteratur at smerteuttrykket påvirkes av kulturell bakgrunn (Bjørkli, 2019, s.1). Dette kan ses i lys av at sykdomsbegrepet opp gjennom historien har hatt ulik betydning i ulike kulturer (Hanssen, 2005, s.28). Som hjelpeinstrument for å sikre god og hensiktsmessig behandling bruker vi smerteskåringsverktøy. I arbeidet med denne oppgaven har jeg ikke funnet litteratur som tilsier at ambulansetjenester i Norge bruker smerteskåringsverktøy tilpasset pasientens kulturelle bakgrunn.

En paramedisiners oppgave er å yte forsvarlig og yrkesetisk helsehjelp til mennesker, særlig til de i behov for akutt helsehjelp (Akuttmedisinforskriften, 2015, § 10; Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette avhenger blant annet av yrkesutøverens evne til tolkning og forståelse av pasientens sykdomsfølelse, som til tider kan bety kulturtilpasset undersøkelse og behandling. Gjennom praksisperioder og deltidsstilling i ambulansen sitter jeg med en opplevelse av at dette området kan være utfordrende. Denne oppfatningen har økt interessen min for å finne ut om pasientens kulturelle bakgrunn har betydning for prehospital smerteskåring og -håndtering, sett fra behandlerperspektivet.

1.2 Hensikt

Å belyse at smerteuttrykk også er et kulturuttrykk, samt se på mulige utfordringer knyttet til prehospita l vurdering og håndtering av akutte smerter hos pasienter med ulik kulturell bakgrunn.

1.3 Avgrensning og problemstilling

På bakgrunn av dette er problemstillingen som følger:

Hvilken betydning har pasientens kulturelle bakgrunn i prehospita l smerteskåring og -håndtering?

1.4 Begrepsavklaring

Smerteuttrykk Måten det enkelte individ uttrykker sin opplevelse av fysisk smerte og smertesymptomer.

Smerteskåring Smerteskåring- og kartlegging danner grunnlaget for å planlegge og igangsette tiltak, samt evaluere effekten av dem. For dette er det utviklet verktøy som er ment som hjelpemidler for lettere å kartlegge smerte og utifra dette behandle de. Eks VAS, NRS (Faiz, 2014).

Smertehåndtering Farmakologiske eller ikke-farmakologiske tiltak for å redusere eller fjerne opplevd smerte.

Kultur Kulturbegrepet er omdebattert og har mange ulike definisjoner (Horntvedt, 2003; Hanssen, 2009). I denne oppgaven vil det brukes i sammenheng med *kulturell bakgrunn* for å beskrive sett av holdninger, levemåter og normer for atferd som mennesker har tilegnet seg gjennom samfunn og områder de har vokst opp og sosialisert seg i. Ulik geografisk tilhørighet, men relativt lik tilnærming til disse forholdene kan også betegne kulturell bakgrunn, som f.eks. hos skandinavere. Samtidig kan geografisk tilhørighet til et land bety flere undergrupper av kulturer.

Flerkulturell Når ulike kulturer møtes, lever om hverandre og virker sammen.

“*Ethnicity*” På engelsk brukes *ethnicity* ofte synonymt med kultur og rase, men fokuserer hovedsakelig på å skille grupper som innad har felles sosial atferd, kultur, historie, tro, tradisjoner mm. Det kan dermed ses på som et paraplybegrep på det som gjelder kulturelle forskjeller, og er i forskningssammenheng ansett som det mest passende begrepet (Campbell & Edwards, 2012, s. 2). På norsk blir *ethnicity* gjerne oversatt til *kulturell bakgrunn*, da etnisitet på norsk i større grad assosieres med fysiologiske ulikheter og raseforskjeller. I denne oppgaven benyttes derfor variasjoner av kulturbegrepet for å beskrive pasientens *ethnicity*.

Kulturell kompetanse Forståelse, innsikt og kunnskap til egen og andres kultur, og bevissthet rundt ulikheter i holdninger og verdier. Dette er en kompetanse som er nødvendig for å kunne gi helsehjelp til mennesker med ulik kulturell bakgrunn (Kolossa et al., 2021, s.2).

2. TEORI

2.1 Smerte

Smerte defineres ifølge International Association for the Study of Pain (IASP) som: «En ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (Merskey & Bogduk, 2020). Smerte er en subjektiv opplevelse og kan dermed ikke sees på universelt (Merskey & Bogduk, 2020). Smerter er blant de aller viktigste årsakene til at pasienter oppsøker helsevesen. Da er det ikke nødvendigvis intensiteten på smertene som er problemet, men redselen for at det foreligger en alvorlig grunntilstand. Pasienter med samme smertelidelse kan angi ulik sum på smerteskåringskala og ha ulike behov for smertelindring (Norsk legemiddelhåndbok, 2020, T20.1). Dette ses i lys av at smerte er en personlig opplevelse med personlige forskjeller, i tillegg til at smerte kan forsterkes av andre faktorer som for eksempel stress, angst eller usikkerhet rundt årsaken til smertene (Felleskatalogen, 2022). Ifølge Bjørkli (2019, s.1) legger egen kulturell tilhørighet føringer for hvordan smerteopplevelsen vår kommuniseres til andre, og smertetolkning og -behandling må derfor også tilpasses med tanke på blant annet kulturell bakgrunn.

2.1.1 Ulike typer smerte

Smerte kan klassifiseres i akutte og langvarige smerter. Akutte smerter oppstår ved skade eller sykdom, og er et hensiktsmessig faresignal for å beskytte seg mot ytterligere skade, samt et symptom på bakenforliggende sykdom som kan trenge oppfølging. Etter behandling av sykdommen eller tilheling av skaden vil disse smertene forsvinne (Felleskatalogen, 2022). Akutte smerteanfall kan også være et uttrykk for psykiatrisk lidelse som panikkanfall, depresjon og alvorlig psykose (Den norske legeforening, 2009, s.14). Når smertene er vedvarende eller stadig tilbakevendende etter tre måneder, klassifiseres de som kroniske eller langvarige smerter. For denne gruppen er årsaksmekanismen ofte sammensatt, og behandlingen er langt mer krevende (Steingrimsdottir et al., 2014).

2.1.2 Konsekvenser av smerte

Akutte smerter kan ha negative og uønskede fysiologiske følger som påvirker respirasjonen, sirkulasjonen, muskler, det endokrine og gastrointestinale systemet, og ikke minst det psykiske. Blant annet vil smerter i thorax og abdomen kunne gi mer overfladisk ventilasjon. En vil også kunne få økt oksygenbehov grunnet en økning i puls, økt perifer motstand og økt belastning på hjertet, muskelstramninger, og økt sympatikustonus i tarm som kan redusere peristaltikk. Smerter vil også gi økt sekresjon av hormoner som bidrar til væskeretensjon, hyperglykemi og katabol metabolisme, og også kunne påvirke det psykiske i form av angst og søvnløshet (Norsk legemiddelhandbok, 2020, T20.3.1). Den norske legeforeningens retningslinjer for smertelindring understreker også at slike uheldige reaksjoner “disponerer for komplikasjoner, forlengelse av rehabiliteringsfasen og varige mén.”, og at akutte smerter derfor må behandles effektivt (Den norske legeforening, 2009, s.14). Sentralt i denne fasen står prehospitalt personell og ambulansesarbeidere som i en stor del av tilfellene vil være de første som møter pasienter med akutte smerter.

2.1.3 Smertekartlegging og -triage

Flere studier viser til at grundig og systematisk smerteskåring og -kartlegging danner grunnlaget for å planlegge og igangsette tiltak, samt evaluere effekten av dem (Storsveen, 2015:7). Denne kartleggingen er i seg selv utfordrende ettersom smerte er en subjektiv opplevelse og varierer mye mellom individer. En rapport om kartlegging av den akuttmedisinske kjeden fra 2019 oppgir at 65% av Norges ambulansetjeneste forholder seg til Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS) (NAKOS, 2019, s.33). RETTS er et triageringssystem og oppslagsverk som skal hjelpe ambulansepersonell å definere

alvorlighetsgrad og avleveringssted på pasienten, utifra gitte symptomer (NAKOS, 2015, s.8). Her presenteres en rekke sykdomsbilder med tilhørende symptomer, og i en stor andel av tilstandene er smerteintensiteten et dominerende funn for avleveringssted og behandling. Her kategoriseres også pasientens smerter i lave, moderate og sterke smerter (NAKOS, 2015).

En nærmere smertekartlegging gjøres ofte ved hjelp av smerteskåringsverktøy. Eksempler på slike er visual analogic scale (VAS) og numeric rating scale (NRS). Dette er også smerteskåringsverktøyene som jeg har brukt i de hittil tre ulike helseforetakene jeg har vært som praksisstudent eller ambulanseassistent (henholdsvis Helse Stavanger, Sørlandet Sykehus HF og Oslo Universitetssykehus HF).

VAS er en visuell skala på en rett linje hvor pasienten skal gradere ubehaget fra “ingen smerte” på en side til “verst tenkelige smerte” på motsatt ende. Linjen er delt opp i slik at scoren kan avleses som VAS mellom 0-10. Både av erfaring og i litteraturen refereres det til at smerteskåring ofte blir journalført som VAS, selv om pasienten har oppgitt et tall mellom 0 og 10 uten å peke på noen skala. Da har pasienten gjerne blitt spurt: «hvis 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte, hvor vondt har du nå?» (Faiz, 2014). En avgjørende begrensning for bruk av VAS er at linjal eller ark må være tilgjengelig, noe som kan forklare hvorfor den numeriske skaleringen ofte blir foretrukket, spesielt i akuttsituasjoner. For disse formene for smertekartlegging gjelder dog at pasienten må forstå oppgaven med tanke på kommunikasjon, språk og kulturell bakgrunn.

Det finnes i tillegg smerteskåringsverktøy som baserer seg på tolkning av pasientens smerteatferd, særlig brukt på intensivavdelinger og akuttmottak når pasienten er sedert, intubert, delirisk eller på grunn av andre årsaker ikke kan selvrapporere. Et eksempel er The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), som ifølge internasjonale kliniske retningslinjer for håndtering av smerte, sedasjon og delirium hos voksne intensivpasienter, er blant de mest valide smerteskåringsverktøyene (Barr et al., 2013, s.264). Selv om CPOT er utviklet for voksne intensivpasienter, kan den også brukes på våkne og ikke-intuberte pasienter. I CPOT skåres ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, muskelspenninger, stemmebruk eller samarbeid med respirator (for intuberte pasienter). Hver av kategoriene får en skår på 0, 1 eller 2 slik at totalskåren blir mellom 0 og 8. Eksempelvis skåres *ansiktsuttrykk* på om det er avslappet (0), anspent (1) eller grimaserende (2) (Storsveen, 2015: 20).

2.1.4 Smertebehandling

Da det ikke finnes nasjonale retningslinjer for hvordan ambulansetjenesten driftes, finnes det heller ikke offentlig publisert oppslagsverk hva angår smertebehandling i de ulike helseforetakene. For å prøve å danne et bilde av hvilke smertestillende medikamenter som er tilgjengelige prehospitalt, har jeg hentet data fra en masteroppgave publisert 2020 som undersøkte tilgjengelige medikamenter i ambulansebiler uten lege. Da prosedyrer, pakningsplan og medikamenter i de ulike helseforetakene hyppig endres, er disse tallene med forbehold om endringer, og kun ment å danne et bilde av hvilke smertestillende som er tilgjengelige, ikke nøyaktige tall. Masteroppgaven var en kvantitativ tverrsnittstudie med opplysninger hentet fra nøkkelpersoner i Norges den gang 18 helseforetak (HF). Studien viste at alle HF hadde morfin og paracetamol suppositories (rektalt). 13-17 av HF hadde også paracetamol per os og intravenøst (i.v.), og 7-12 helseforetak hadde ketamin, lidokain, og ketorolac eller diklofenak. 1-6 HF hadde i tillegg fentanyl og instanyl (Gjøs, 2020: 12).

Vanligvis skal akutt smerte behandles med analgetika jf passende trinn på WHO's smertetrapp, på en måte som sikrer tilstrekkelig smertelindring så raskt som mulig (Den norske legeforening, 2009, s.14). I prehospital kontekst skal pasientene ofte forflyttes fra uheldige situasjoner og/eller steder, og ambulansetjenestens oppgave er å gjøre nødvendige tiltak ute, slik at ytterligere oppfølging og utredning kan skje så raskt som mulig på rett institusjon (Akuttmedisinforskiften, 2015, § 10). De presenterte legemidlene administreres (med noen unntak) intramuskulært eller intravenøst, nettopp for å sikre rask effekt.

2.1.5 Smertefenomenet og smerteuttrykk

Litteraturen beskriver hvordan smertefenomenet består av tre sider: en biologisk/fysiologisk side, en sosial side og en kulturell side (Horntvedt, 2003, s. 137). Den biologiske, fysiologiske siden viser kroppens faktiske reaksjoner av smertestimuli, impulsledning, og hvordan hjernen tolker disse signalene. Denne siden av smerten er noe som utenom individuelle forskjeller i kroppsoppbygging, trolig er relativt lik hos alle mennesker. Den sosiale og kulturelle siden av smertefenomenet går på hvordan individet gjennom sin sosiale og kulturelle kontekst har vokst opp til å uttrykke følelser, for å bli best mulig forstått i sine omgivelser (Horntvedt, 2003, s. 137). Opp gjennom historien har det blitt et skille mellom et objektivt og et subjektivt syn på sykdom, henholdsvis *disease* og *illness*. Disease viser til den tildels målbare, psykologiske og/eller biologiske funksjonsnedsettelsen, mens illness går på

opplevelsesaspektet, den subjektive delen og den som utgjør atferden vår (Hanssen, 2005, s. 28).

I vestlig kultur står naturvitenskap og moderne medisin sterkt, og en skiller tydelig mellom det som angår sinn og kropp, virkelig og uvirkelig. Dette har påvirket samfunnet og spesielt helsepersonell til at en ofte leter etter en bakenforliggende målbar sykdom når en pasient uttrykker smerte eller ubehag. Blant grupper som har annen kulturell bakgrunn enn vestlig, vil den subjektive siden av sykdommen kunne ha større betydning i anamnesen (Hanssen, 2005, s. 28). I Norden blir man til dels ubevisst lært til å ikke uttrykke smerte høyløyt. Både materielt og verbalt blir unger belønnet med premier hos tannlege- og legebesøk om de er flinke og ikke klager og gråter (Bjørkli, 2019, s.6). Dette kan en også kjenne igjen i tradisjonelle uttrykk som “store gutter gråter ikke”. De pasientene som i Norge oppfattes å ha det skikkelig vondt er gjerne de som underkommuniserer smerten verbalt, er sammenbitte, kaldsvette og likbleke (Horntvedt, 2003, s.138). Samtidig kan vi finne kulturer der barn lærer å klage og gråte når de har det vondt, de får ros og blir sett på som flinke når de skriker (Narayan, 2010, s. 40).

2.2 Helsearbeid i flerkulturell sammenheng

2.2.1 Den flerkulturelle pasienten i Norge

Per mars 2023 var det ca 877 000 innvandrere i Norge. I tillegg kommer ca 213 000 personer som er født i Norge med to innvandrerforeldre. Denne gruppen utgjør tilsammen ca 20% prosent av den norske befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2023). Ifølge NAKMI (nå underlagt Folkehelseinstituttet) sin begrepsdefinisjon i rapporten om *Innvandrerpatienter og akuttmedisinske tjenester*, er en innvandrer en person født utenfor Norge av to personer som også er født utenfor Norge (Indseth, 2015, s.5). Å være innvandrer trenger altså ikke være ensbetydende med at personen har en kulturell bakgrunn med store ulikheter i levemåte og normer for atferd enn det vi har i norsk kultur. Samtidig består befolkningen også av personer på korte arbeidskontrakter uten registrert bolig, personer som oppholder seg ulovlig i Norge, og personer som er på forretningsreise eller ferie (Indseth, 2015, s.5). Sett bort ifra demografiske ulikheter som befolkningstetthet, utenlandske tilflyttere, turisme osv, utgjør disse tilsammen en stor gruppe mennesker som har en annen kulturell bakgrunn enn norsk, og som når som helst kan ha behov for hjelp fra ambulanspersonell på grunn av smerter.

2.2.2 Prehospital aktualitet

At folk tar kontakt med 113 kan påvirkes av ulik forståelse rundt bruk av tilgjengelige helsetjenester, når man bør oppsøke hvem, og hva de man henvender seg til eventuelt kan bidra med (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.28). Dette kan gå på kulturelle forskjeller, men også skyldes mangel på informasjon og misforståelser på grunn av språk. Kommunikasjonsproblemer i seg selv kan gi alvorlige konsekvenser for pasientsikkerheten ved at det påvirker diagnostisering og behandling (Indseth, 2015, s.23). Misforståelser og dårlig kommunikasjon kan også bidra til at en ikke får samme situasjonsforståelse, i tillegg til at det legger grobunn for fordommer. Eksempelvis har “etnisk smerte” blitt et utbredt uttrykk på danske sykehus. Det brukes om pasienter med annen kulturell bakgrunn, for å antyde at de overdriver når de gir uttrykk for å ha sterke smerter (Bjørkli, 2019, s.4). Horntvedt (2003, s.137) gjengir at “en av de sterkeste mytene om innvandrere er at de tåler smerte dårlig.... de skriker mye og er pysete.”. I forskningen finner en også eksempler på at helsepersonell har hatt en tendens til å assosiere visse minoritetsgrupper med narkotikasøkende atferd og narkotikamisbruk, noe som har resultert i utilstrekkelig smertebehandling (Narayan, 2010, s.43).

I lys av den flerkulturelle veksten har flere deler av helsevesenet i Norge innført tiltak for å fremme flerkulturelt helsearbeid, deriblant ambulansetjenesten i Oslo (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.32). Blant annet har flere ansatte i avdelingen tatt videreutdanning i veiledning i flerkulturelt helsearbeid, og en ble engasjert spesielt til flerkulturell fagutvikling blant de ansatte i ambulansen. For å øke kunnskap om akuttmedisinske tjenester samt rekruttere et større mangfold til tjenesten, har de også hatt deltagelse på stands på ulike flerkulturelle festivaler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.32).

Paramedisin er fremdeles et nytt felt med lite tradisjoner. Derfor har det heller ikke rukket å forankre seg like mange teorier og modeller for ulike tilnærminger i pasientbehandling, slik som for eksempel i sykepleien. Innenfor sykepleien kan en finne egne modeller tiltenkt det flerkulturelle møtet, som for eksempel LEARN presentert av Campinha-Bacote (Narayan, 2010, s.45). Hver bokstav står for ulike trinn i pasientsamhandlingen: Listen, Explain, Acknowledge, Recommend, Negotiate (Narayan, 2010, s.45). Ettersom en kan trekke mange paralleller mellom en paramedisiners og en sykepleiers rolle i pasientkontakt, kan slike

kommunikasjons- og læringsverktøy vise seg å også være hensiktsmessige i prehospital kontekst.

2.2.3 Norske føringer

En overordnet verdi i den norske velferdsmodellen er at helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige og uavhengige av kultur, religion og etnisitet, og at pasienten utover dette skal hjelpes etter beste evne (Meld. St. 34 (2015-2016), s.11). Pasienten har jf pasient- og brukerrettighetsloven rett til øyeblikkelig og nødvendig hjelp av spesialisthelsetjenester som ambulansen (1999, § 2-1), og også rett til informasjon om innhold i helsehjelpen. Denne informasjonen skal være tilpasset mottakers eventuelle forutsetninger når det gjelder for eksempel språk- og kulturbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). For å sikre et likeverdig behandlingstilbud vil det kreves at behandleren har innsikt i og kunnskap om holdninger og bevissthet i ulike kulturer, slik at en står rustet til å håndtere situasjoner der kulturell bakgrunn kan bli en utfordring. Denne ferdigheten beskrives i litteraturen som kulturell kompetanse (Kolossa et al., 2021, s. 2).

3. METODE

For å samle relevant informasjon og kunnskap opp mot en problemstilling, kan en benytte seg av ulike metoder (Dalland, 2020, s.53). Hensikten er å kunne presentere oppdatert og god informasjon på det problemstillingen etterspør, samt hvordan en har kommet frem til disse resultatene (Thidemann, 2019, s.74). Metoder er systematiske fremgangsmåter som en bør velge utifra det en ønsker å undersøke (Dalland, 2020, s.56)

3.1 Valg av metode

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å utføre en litteraturstudie. I en litteraturstudie benytter man allerede publisert materiale, og systematiserer søk, kritisk granskning og analyse innenfor valgt tema (Thidemann, 2019, s.79.-80). Tematikken i oppgaven er noe pensumbøkene sier lite om, og det var derfor ønskelig å forankre det i annen litteratur og forskning. Dette har jeg gjort gjennom tre systematiske oversiktsartikler og en kvalitativ studie.

I kunnskapsbasert praksis er det et viktig prinsipp å lete etter oppsummert forskning før en leter etter enkeltstudier (Helsebiblioteket, 2021, p 3.2). I kunnskapspyramiden finner en

enkelstudier eller primærstudier nederst, etterfulgt av systematiske oversikter (systematic reviews), deretter kunnskapsbaserte retningslinjer, kliniske oppslagsverk, og systemer øverst (Nortvedt et al., 2021, s.53). Systematiske oversikter er en anerkjent og utbredt forskningsmetode som forskere bruker for å oppsummere og vurdere kjent kunnskap innenfor hvert sitt forskningsområde, og er en foretrukket studieform når en skal finne litteratur for å besvare et spørsmål (Nortvedt et al., 2021, s.53-54). På denne måten får også leseren på kort tid oversikt over mye forskning og litteratur, uten å måtte sette seg inn i flere mindre forskningsartikler. På bakgrunn av dette var det ønskelig å prioritere systematiske forskningsartikler til oppgaven.

I vitenskapelig forskning skiller en mellom to metoderetninger, kvantitativ og kvalitativ. Disse metodene gjengir henholdsvis målbare enheter i tall og data, og ikke-målbare enheter som opplevelser og meninger (Dalland, 2020, s.54). Til denne oppgaven ser jeg det som hensiktsmessig å både bruke forskningsartikler som baserer seg på kvantitativ metode, og forskningsartikler som bruker kvalitativ metode. Dette er på bakgrunn av at jeg ønsker å presentere statistikk på at flerkulturelt smerteuttrykk kan være en utfordring i forbindelse med smerteskåring og -lindring prehospitalt, men også opplevelser behandler har knyttet til dette området. I mangel på systematiske oversiktsartikler på begge feltene har jeg derfor også inkludert en kvalitativ enkeltstudie som fokuserer på ønsket tema. De systematiske oversiktene jeg har brukt baserer seg også på både kvalitativ og kvantitativ forskning. At dette litteraturstudiet presenterer både dybdedata og numeriske data tenker jeg kan styrke oppgaven.

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I litteratursøkeprosessen brukes inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne artikler som er relevante for problemstillingen (Thidemann, 2019, s.83-84). Dette litteraturstudiet tar utgangspunkt i behandlerperspektivet i møtet med akutte smerter hos pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Det var ønskelig å finne forskning som gjaldt prehospitalt, og som hadde overføringsverdi til norske forhold. Da det ikke var relevant forskning prehospitalt ble søket utvidet til møtet med akutte smerter. Her forelå det litteratur, blant annet fra akuttmottak. To av disse artiklene kommer fra Skandinavia, og en fra USA. Alle artiklene har inkludert studier fra andre land. For at oppgaven skulle få prehospital relevans, var det likevel ønskelig

å finne minst en artikkel med samme tematikk innenfor det prehospitalt. Til dette fant jeg en kvalitativ artikkel som fokuserer på ambulanspersonells opplevelser i det flerkulturelle møtet. På grunn av manglende aktuell prehospital forskning, fant jeg bare en artikkel som belyste den prehospitalt siden. For å sørge for aktualitet ble tidsavgrensningen satt til ti år, artiklene skulle ikke være skrevet før 2013. I tillegg skulle de være fagfelleurdert, følge en IMRaD-struktur og ha nødvendige etiske godkjenninger. Se inklusjons- og eksklusjonskriterier i tabell 1.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Studier på voksne > 18 år 2. Akutte smerter, smerteopplevelse, smertelindring av akutte smerter 3. Flerkulturell, ulik kulturell eller etnisk bakgrunn, etnisk minoritet 4. Prehospitalt eller akuttavdelinger 5. Skandinavisk- eller engelskspråklige land, vestlige land 6. Artikler skrevet i 2013 eller etter 7. Systematic Reviews, fagfelleurderte forskningsartikler | <ol style="list-style-type: none"> 1. Studier på barn < 18år 2. Kroniske smerter, smertelindring på sengepost, psykiatri 3. Sosiokulturelle forskjeller, utforsker ikke forskjeller i smerte- eller sykdomsuttrykk i behandlingssammenheng hos ulike etniske eller kulturelle populasjoner 4. Andre inhospitale avdelinger enn akuttmottak 5. Artikler skrevet på andre språk enn skandinavisk eller engelsk 6. Artikler skrevet før 2013 7. Ikke fagfelleurdert |

3.2.2 Valg av database

Databaser benyttet i søkeprosessen var Oria og PubMed. Dette er anerkjente databaser med relevant forskning innenfor helsefaget, og begge opplevdes også som oversiktlige og enkle å søke i. Når det gjelder systematiske oversiktsartikler er det stor variasjon i metode, omfang og formål, og en må være ekstra påpasselig og kritisk i vurderingen av disse. PubMed framheves som en god kilde for å finne systematiske oversiktsartikler (Nortvedt et al., 2021,

s.53-54). Medline, Cinahl og Google Scholar ble også benyttet i søkeprosessen, men uten aktuelle funn.

3.2.3 Valg av søkeord

I startfasen ble det gjennomført prøvesøk i de ulike databasene for å finne relevante søkeord, samt få en oversikt over tilgjengelig fagstoff. De initiale søkene ble gjort i uke 7-9 sammen med bibliotekar ved medisinsk bibliotek, og søkeordene og ordkombinasjonene ble justert underveis slik at treffene gradvis ble mer relevante. Jeg valgte å bruke søkeord på engelsk for å utvide søketreffet, og benyttet meg av MeSH, en database med engelske oversettelser og synonymbegreper innen medisin og helsefag (Nortvedt et al, 2021, s.41). Her ble det jobbet utifra et tentativt PICO-skjema med nøkkelbegreper, og jeg landet til slutt treffende artikler gjennom ulike kombinasjoner av søkeordene «smerteuttrykk», «pain perception», «acute pain management», «ethnicity», «prehospital» og «scandinavia».

PICO-modellen er et rammeverk som kan brukes for å strukturere litteratursøk til spørsmål som angår fenomen, opplevelser eller erfaringer (Helsebiblioteket, 2021, p.2.1). Selv om problemstillingen besvares med kvantitativt forskningsdesign gjør ordlyden i spørsmålet at de ulike elementene lettere systematiseres etter PICO-strukturen. Systematisering av problemstillingen er hensiktsmessig for å lykkes med litteratursøk (Nortvedt et al., 2021, s.38). P står for *patient* eller *problem*, I for *phenomenon of Interest*, og Co for *context*. Til denne oppgaven er pasientgruppen pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Interesse/fokusområde er smerteuttrykk, smerteskåring og smertebehandling, og konteksten er prehospital og til dels skandinavisk. Se PiCo-tabell under. Søkelogg er presentert i vedlegg 1.

Tabell 2. PICO med norske og engelske søkeord tilknyttet oppgavens problemstilling. Ord brukt i det endelige søket er fremhevet.

| | | |
|-----------|------------------------|---|
| P | Patient | Ethnicity , flerkulturell/multicultural |
| I | Phenomenon of Interest | Smerteuttrykk , smerteskåring, smertelindring, pain perception , acute pain management , pain assessment |
| Co | Context | Prehospital , paramedic, EMS, scandinavia |

3.2.4 Valg av artikler

Til slutt landet jeg fire artikler som fra ulike vinkler belyser problemstillingen. Disse artiklene er presentert i egen litteraturmatrise som artikkel I, II, III og IV, se vedlegg 2. For å kvalitetssikre artiklene ble det gjort en kritisk vurdering. Til dette er det utviklet egne sjekklister (Thidemann, 2019, s.91). Artiklene ble vurdert ved hjelp av to sjekklister fra Helsebiblioteket. En for systematiske oversiktsartikler og en for kvalitative studier, begge inspirert av Critical Appraisal Skills Programme (CASP) sjekklister (Helsebiblioteket, 2021, 4.1). Disse presenteres i vedlegg 3 og 4. For å kvalitetssikre artiklene ble det også gjort sekundærsøk på forfatterne. Kritisk vurdering drøftes nærmere under metodediskusjon i punkt 5.1.1.

Artikkel I ble funnet gjennom søk i Oria, databasen til universitetsbiblioteket. Jeg brukte søkeordet “smerteuttrykk”, og avgrenset søket til å gjelde publiseringer mellom 2013-2021, fulltekst-dokumenter, fagfelleverdert tidsskrift og open access. Her fikk jeg elleve treff, hvorav tre hadde relevant tittel eller sammendrag. Artikkelen “Etniske ulikheter i håndteringen av akutte smerter på akuttmottak eller postoperativ avdeling: en systematisk oversikt, med narrativ syntese.” (Samsonsen et al., 2021) viste seg å være relevant. Denne systematiske oversikten oppsummerer kunnskap om betydningen av etnisitet for smerteopplevelse og smertehåndtering hos voksne akutt og/eller syke. I studien har forfatterne brukt studier skrevet på engelsk, og tolket etnisitet som norsk oversettelse for *ethnicity*. Jeg bruker derfor *kulturell bakgrunn* ved gjengivelse av funn fra denne artikkelen.

Videre søkte jeg på PubMed, og benyttet avansert søk til å kombinere søketreff for “Ethnicity” og “Pain perception”, i tillegg til en tidsavgrensning på ti år og systematic review. Her fikk jeg ti treff, hvorav tre var relevante. Artikkelen “Ethnic differences in the perception of pain: a systematic review of qualitative and quantitative research.” (Krupić et al., 2019) ble valgt (artikkel II). Denne systematiske oversikten undersøker om det er vitenskapelig støtte for å knytte kulturell bakgrunn til ulikheter i smerteopplevelse.

Gjennom et annet søk på PubMed fant jeg artikkel III, “Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review” (Lee et al., 2019). Her kombinerte jeg søkeordene “Ethnicity” og “Acute pain management” gjennom avansert søk, med samme avgrensninger jeg hadde brukt på PubMed tidligere. Her fikk jeg syv treff hvorav tre hadde tittel- eller abstractrelevans. Etter å ha lest

disse sammendragene viste denne systematiske oversikten seg å være relevant. Her blir betydningen av pasienters kulturelle minoritetsstatus ved bruk av analgetika til akutt smertebehandling på akuttmottak tallfestet.

Artikkel VI, “Cross-cultural encounters in prehospital care: An analysis of interviews with Swedish ambulance nurse specialists about their experience with ethnic minority patients” (Vicente et al., 2020) ble også funnet på Pubmed. Artikkelen dukket opp gjennom søkekombinasjonen “ethnicity”, “prehospital” og “scandinavia” sammen med to andre artikler som ikke var relevante. Denne artikkelen er en kvalitativ studie som intervjuer akuttstykkepleiere på ambulanser i Sverige om deres opplevelse i møte med pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Denne vinklingen så jeg som aktuell for den prehospital delen av oppgaven.

3.2.5 Sekundærsøk

Ved funn av relevant artikkel gikk jeg også gjennom referanselisten for å se om det var relevant informasjon jeg kunne bruke, såkalt snøballmetode (Dalland, 2020, s.151). Her fant jeg blant annet relevant litteratur til teoridelen.

3.2.6 Analyse av artikler

Artikkelanalyse handler om å granske og tolke innholdet, trekke ut det som er relevant for sin oppgave, og systematisere det slik at man kan bruke det til problemstillingen man ønsker å besvare (Thidemann, 2019, s.92). Jeg leste tekstene flere ganger, også de enkelte delene for å få forståelse for innholdet. Videre brukte jeg problemstillingen min og forskningsspørsmål aktivt i lesingen, som ifølge Thidemann (2019, s.93) er viktig i arbeidet med analyse av artikler. Utifra dataene jeg identifiserte som relevante i de ulike artiklene, resulterte granskning og tolkning i tre endelige temaer: *ulikhet i smerteuttrykk- og intensitet, smertehåndtering og -behandling, og behandlers kulturelle kompetanse*. Funn fra artiklene presenteres under disse kategoriene i resultatdelen.

4. 0 RESULTAT

I dette kapittelet presenteres funnene fra artiklene. Hver av studiene som ble brukt til denne oppgaven har kategorisert ulike pasientgrupper forskjellig. For at resultatene skulle forbli reelle har jeg beholdt gruppekategoriseringene fra de respektive artiklene, selv om den

direkte oversettelsen ikke alltid er vanlige norske faguttrykk. Det gjelder blant annet kategoriseringen av mørkhudede og hvite pasienter, latinamerikanere vs ikke-latinamerikanere.

4.1 Ulikhet i smerteuttrykk og -intensitet

I tre av studiene er det funn som indikerer at smerteuttrykk kan være ulikt basert på pasientens kulturelle bakgrunn (Krupić et al., 2019; Samsonsen et al., 2021; Vicente et al., 2020). Utenom Vicente et al.s (2020) studie fokuserer resultatene her på akutt smerte, altså en smertetype som er typisk i prehospital kontekst.

I Samsonsen et al.s (2021) oversiktsartikkel presenteres 22 studier hvorav størsteparten var fra akuttmottak. Pasientgruppene hadde bakgrunn fra ti ulike kulturer. Når det kommer til smerteuttrykk og -intensitet, viste resultatene at det er forskjell i smerteintensitet basert på kulturbakgrunn. Asiater viste betydelig høyere smerteintensitet enn hvite briter, og sammenliknet med tyskere viste tyrkiske og andre immigranter høyere smerteintensitet. Studiene som sammenlignet kinesere, malaysiere og indere viste at indere ga uttrykk for høyest smerteintensitet både før og etter administrasjon av analgetika, og signifikant høyere smerteskår sammenliknet med kinesere og malaysiere, henholdsvis 56% og 33% høyere VAS-score (Samsonsen et al., 2021, s.13).

Blant studiene Krupić et al. (2019) undersøkte, presenterte flere av dem resultater som indikerer at smerteuttrykk varierer basert på kulturell bakgrunn. En studie viste for eksempel at asiater hadde en tendens til å rapportere høyere smerte sammenliknet med afroamerikanere, hvite amerikanere og latinamerikanere. Hvite amerikanere hadde en tendens til å underrapportere smerten, eller beskrive den som mindre intens. Latinamerikanske pasienter viste høyere nivå av velvære jo større smerten ble angitt å være, mens afroamerikanere, hvite amerikanere og asiater ga uttrykk for mindre velvære jo større smerten var (Krupić, 2019, s.110-111).

Vicente et al. (2020) intervjuet ulike akuttstsykepleiere som jobbet på ambulanser i Sverige. Analysen viste at informantene hadde en oppfatning av at kulturell bakgrunn formet pasientens forståelse av helse og sykdom (Vicente et al., 2020, s. 4). Det var også en opplevelse av at kulturelle minoriteter hadde en mer ekspressiv måte å uttrykke følelser på enn svensker. Ulikheten ble av en informant sammenliknet med svensk kulturell norm om at

“en skal klare seg selv, ikke vise svakhetstegn og holde maska” (Vicente et al., 2020, s. 4, egen oversettelse).

4.2 Ulikhet i smertehåndtering og -behandling

Alle studiene hadde også funn som tilsa at det er ulikheter i smertehåndtering- og/eller behandling (Krupić et al., 2019; Lee et al., 2019; Samsonsen et al., 2021; Vicente et al., 2020).

Lee et al.s (2019) studie diskuterer mønstre i smertebehandling og sannsynligheten for å motta smertestillende blant ulike kulturelle grupper i sammenheng med akutte smerter etter beinbrudd, rygg smerter, stumpe traumer, muskuløse smerter, smerter etter fall og smerterelaterte tilstander på akuttmottak og andre førstehjelpinstitusjoner. Disse smertetyperne er overførbare til prehospital kontekst. Studiene refererer til bruk av opioider og andre analgetika (Lee et al., 2019, s. 2). Resultatene fra de 14 ulike studiene som ble undersøkt, viste at mørkhudede pasienter hadde 36% mindre sannsynlighet for å motta generell smertestillende sammenlignet med hvite pasienter, og latin-amerikanske hadde 30% mindre sannsynlighet for å motta smertestillende sammenlignet med ikke latin-amerikanske (Lee et al., 2019, s. 3). For å motta opioider mot akutte smerter hadde mørkhudede pasienter 35% mindre sannsynlighet enn hvite pasienter, og latin-amerikanske hadde 23% mindre sannsynlighet enn ikke latin-amerikanske (Lee et al., 2019, s.3).

I studiene inkludert av Samsonsen et al. (2021, s.13) viste også flere at det var forskjell i valg av smertestillende, ventetid, dose og/eller hyppighet på administrasjonene. Analysen viste at hvite pasienter hadde større sannsynlighet for å motta analgetika og opioider, og at de også hadde kortere ventetid for å motta smertestillende sammenlignet med afroamerikanere og latinamerikanere. Analysen viste også at det var forskjell i valg av medikamenter, dose og/eller frekvens mellom ulike grupper. For eksempel var morfinkonsumet for indere i gjennomsnitt 53% høyere enn for malaysiere, og 105% høyere enn for kinesere (Samsonsen et al., 2021, s. 14). En studie viste at kinesere hadde mindre prosentvis reduksjon i VAS etter smertestillende, mens malaysiere hadde best effekt (Samsonsen et al., 2021, s. 13). Studien diskuterer om smertekartleggingsverktøyene som ble brukt ikke nødvendigvis tar hensyn til pasientens kulturelle bakgrunn (Samsonsen et al., 2021, s.15). Videre drøfter de om det kunne vært et alternativ å ha større fokus på smerteskåringsverktøy som tar utgangspunkt i

observasjoner av smerteatferd, enn på pasientens selvrappoterering (Samsonsen et al., 2021, s.15).

Ifølge analysen til Krupić et al. (2019, s.110) viste noen av resultatene at afroamerikanere hadde større tendens til å håndtere smerten sin med bønn og håp, sammenlignet med hvite amerikanere. I situasjoner der pasientens smerte ikke direkte kunne kobles opp mot visuelle funn som for eksempel beinbrudd, viste en studie at pasienter med samme kulturelle bakgrunn som behandleren, hadde større sannsynlighet for å få opioider (Krupić et al., 2019, s.112). Resultatene understreket behovet for at behandlere måtte være oppmerksomme på kulturelle forskjeller i smerte og behandle alle likt, da det var tydelige forskjeller på smertebehandling mellom de ulike kulturelle gruppene (Krupić et al., 2019, s. 110).

Informantene i Vicente et al.s (2020, s.3) studie antydte at de trodde pasienter med kulturell minoritetsbakgrunn fikk mindre effektiv behandling enn svensker. En av informantene uttrykte også at “en må se situasjonen som den er, og ikke være så skråsikker på at den svenske måten å gjøre ting på alltid er den riktige.” (Vicente et al., 2020, s. 4, egen oversettelse).

4.3 Behandlers kulturelle kompetanse

Den siste resultat kategorien går på behandlerens kulturelle kompetanse i møte med pasienter med ulik bakgrunn, både inhospitalt og prehospitalt. Dette området gikk igjen i alle artiklene (Krupić et al., 2019; Lee et al., 2019; Samsonsen et al., 2021; Vicente et al., 2020).

Studien til Samsonsen et al. (2021, s.14) satte spørsmålstegn ved om helsepersonell misforsto ulike smerteuttrykk, og om dette kunne være årsaken til uheldig forskjellsbehandling. Studien la videre vekt på at helsepersonells tolkning og vurdering avgjør hvilken smertebehandling pasienten får (Samsonsen et al., 2021, s.15).

Krupić et al.s (2019, s.112) systematiske oversiktsartikkel trakk frem helsepersonells mangel på kunnskap om ulike smerteuttrykk i ulike kulturer, nødvendig for å gi tilpasset smertebehandling. En av de inkluderte studiene så på holdninger og utfordringer i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn blant sykepleiere i Italia. 44,9% av deltakerne oppga blant annet at kulturelle forskjeller kompliserte behandlerforholdet til pasienter med annen kulturell bakgrunn enn dem selv, sammenlignet med pasienter med samme kulturelle

bakgrunn (Krupić et al., 2019, s.111). Studien konkluderte med at det er helsepersonells plikt å være oppmerksom og forståelsesfull overfor pasientens opplevelse av sykdom og lidelse, og at behandler skal tilstrebe å imøtekomme pasienten best mulig (Krupić et al., 2019, s.113). I takt med et økende flerkulturelt samfunn så de behov for mer forskning på feltet (Krupić et al., 2019, s. 112).

Informantene i Vicente et al.s (2020, s.4) studie uttrykte at de ønsket, men til tider følte seg utilstrekkelige i jobben med å gi individuell helsehjelp til pasienter med annen kulturell bakgrunn, på grunn av kulturelle barrierer. Studiens resultatdel presenterer også informantenes opplevelse av tilnærming til situasjonen: “tilnærmingen til behandling av pasienter med annen kulturell bakgrunn hos de fleste behandlere, er preget av antagelser og forventninger om det flerkulturelle møtet, men at de i frykt for å virke fremmedfiendtlige ikke adresserer dette på arbeidssstedet” (Vicente et al., 2020, s.5, egen oversettelse). Studien konkluderer med behov for økt opplæring i å møte pasienter med annen kulturell bakgrunn. På denne måten kan svensk ambulansepersonell få økte ferdigheter, føle seg tryggere og rustet til å møte en økende flerkulturell pasientgruppe (Vicente et al., 2020, s.6).

5. DISKUSJON

I følgende kapittel vil jeg først diskutere valgt metode, og deretter en resultatdiskusjon hvor resultatene diskuteres i lys av relevant teori og egne refleksjoner.

5.1 Metodediskusjon

Som beskrevet i kapittel 3 om metode, ble det gjennom en søkeprosess valgt ut fire forskningsartikler til å besvare oppgavens problemstilling. Litteraturstudie som metode benytter som nevnt allerede ferdigstilt forskningsmateriale, og samler informasjon derfra (Thidemann, 2019, s. 79). Bruk av ferdigstilt og vurdert forskningsmateriale kan styrke oppgaven. Samtidig kan et lite artikkelutvalg begrense leserens forståelse av hvordan flerkulturelt smerteuttrykk kan påvirke preshopital smerteskåring og -behandling. Artikkelutvalget kan også ha blitt påvirket av at jeg i søkeprosessen kan ha oversett eller ikke hatt tilgang til studier på grunn av betalingsmurer eller andre begrensninger.

5.1.1 Kritisk vurdering av artikler

I vurderingen av artikler er kritisk granskning viktig. Første trinn av kritisk vurdering starter med to overordnede spørsmål, 1) har artikkelen en klart formulert problemstilling? og 2) er designet som er benyttet er velegnet til å besvare problemstillingen? (Nortvedt et al., 2021, s. 78). En vil likevel ofte møte studier der forfatterne ikke har brukt "gullstandarden" av metode til å besvare problemstillingen, gjerne på grunn av praktiske eller etiske årsaker (Nortvedt et al., 2021, s. 78). Dette litteraturstudiet kan ses på som et slikt eksempel, da det var hensiktsmessig med både kvantitativ og kvalitativ forskning. Dybde data og numeriske data kan som beskrevet under punkt 3.1 styrke oppgaven, samtidig som sammenstilling av resultater fra kvalitativ og kvantitativ forskning kan være utfordrende (Thidemann, 2019, s.99). Alle inkluderte artikler er fagfellevurdert, og har nødvendig etisk godkjenning. Kvalitetsvurderinger fordrer også at leseren har kunnskap om ulike forskningsmetoder (Thidemann, 2019, s.91). Da min erfaring er begrenset, kan dette ha påvirket vurderinger og tolkninger.

5.1.2 Studienes aktualitet og relevans

For å sikre studienes gyldighet ble det gjort søk på forfatterne for å se at de hadde relevant faglig bakgrunn innen helsefag, noe samtlige hadde. For å sørge for aktualitet ble søket begrenset til artikler publisert de siste ti årene, som er anbefalt alder på artikler til litteraturstudier. Da paramedisin er et nytt fag under stadig utvikling, kunne tidsbegrensningen med fordel vært kortere, men dette ville ha kunnet begrense artikkelfunn ytterligere.

5.1.3 Arena for studiene

Artiklene kommer fra Norge, Sverige og USA. Dette er land hvor prehospitaltjenester og akuttmottak har relativt lik funksjon, og forfatternes sammenfatning av enkeltstudier er gjort i lys av hvordan tjenestene driftes i forfatterens land. De kan derfor regnes som relevante. De inkluderte studiene i de systematiske oversiktsartiklene er fra flere land. Forskning utført i vestlige land vurderte jeg som overførbare til norske forhold, da vestlige land generelt er relativt like i sine holdninger til fremmede kulturer. USA og land med stort befolkningstall har også i stor grad og over lengre tid vært preget av en flerkulturell samfunnsdynamikk, og har mye forskning på feltet. Utover dette ses de inkluderte enkeltstudienes relevans i lys av forfatternes vurderinger, og måten resultatene har blitt brukt på. Oppgaven kunne med fordel hatt mer prehospitalt forskning, men dette viste det seg å være svært begrenset av. Mangelen

på prehospital forskning på dette området understreker samtidig viktigheten av at temaet belyses.

5.1.3 Studiedeltakere

Studiedeltakerne er voksne over 18 år. Dette definerer pasientgruppen noe, men gir likevel et stort aldersspenn, noe som kan ha påvirket resultatene. Kjønn på både pasient og behandler er også en variabel som ikke er tatt høyde for i alle studiene, og som kan ha hatt noe å si for hvordan smerte ble både uttrykt og behandlet. Selv om pasientens kulturelle bakgrunn er oppgitt, oppgis det ikke av hvem eller hvordan den er blitt registrert. Det oppgis heller ikke om pasienten nylig har immigrert, eller er andre- eller tredjengenerasjons immigrant. Ettersom det er grunnlag for å si at kulturell bakgrunn påvirker smerteuttrykk, vil en også kunne anta at lengde av opphold i aktuelt land kan påvirke hvordan pasienten har tilpasset seg ny samfunnskultur med tanke på normer for adferd og måte å uttrykke seg på.

En svakhet er også at ikke alle studiene oppga hvilket utdanningsnivå det var på helsepersonellet som evaluerte og behandlet smertene. En kan dermed ikke riktig vurdere om behandlerens utgangspunkt tilsvarer en paramedisiner. I Vicente et al.s (2020, s.6) studie oppgis det at de inkluderte informantene frivillig har valgt å ta del i undersøkelsen, og at de i tillegg har interesse for pasienter med annen kulturell bakgrunn. Dette kan også ha påvirket fortolkningen av både pasientsituasjoner og ulike tilnærminger blant kolleger.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen ses resultatene fra artiklene i lys av relevant teori og egne refleksjoner. Gjennom denne integreringen har jeg forsøkt å besvare hvilken betydning kulturelle forskjeller kan ha i prehospital smerteskåring og -behandling. Resultatdiskusjonen er delt inn i fem underpunkter.

5.2.1 Tendenser i ulike smerteuttrykk

At smerte ikke er universelt, gjør at hver person vil uttrykke smerte ulikt (Felleskatalogen, 2022). At denne personlige opplevelsen i tillegg påvirkes av kulturell bakgrunn (Bjørkli, 2019, s.1), får støtte i analysen av artiklene som viser til målte ulikheter i smerteuttrykk og -intensitet blant ulike kulturelle grupper. Ettersom artiklene hadde ulik kategorisering av de ulike gruppene, er det ikke mulig å trekke frem konkrete grupper eller si akkurat hvilke eller

hvor store forskjellene er. Det var likevel mange av studiene som sammenlignet vestlige grupper som tyskere, briter og hvite amerikanere, med minoritetsgrupper som tyrkere, asiater, latinamerikanere og afroamerikanere. Utifra resultatene kan en muligens se en tendens til at minoritetsgruppene fra disse studiene anga høyere smerteintensitet og hadde et mer ekspressivt smerteuttrykk enn de vestlige gruppene (Krupić et al., 2019; Samsonsen et al., 2021). Studien fra Sverige beskrev også denne ekspressive uttrykksformen blant pasienter med annen kulturell bakgrunn, sammenlignet med svenske pasienter (Vicente et al., 2020).

Svensker, tyskere, briter og hvite amerikanere kan her settes i samme kategori på bakgrunn av resultatene, men også på bakgrunn av vestlige lands felles sykdomsforståelse og viktigheten av naturvitenskapelig forståelse i moderne medisin (Hanssen, 2005, s.28). De nevnte landene vil trolig også kunne ha flere likhetstrekk når det kommer til samfunnskultur og normer for atferd. Dette kan forklare hvorfor disse gruppene i analysen viste en likere måte å uttrykke akutt smerte på enn landene de ble sammenlignet med. Som drøftet i metodediskusjon er det i studiene ikke tatt høyde for deltakernes kjønn, utdanning og sosioøkonomiske status, noe som også kan ha påvirket pasientens normer for adferd. Hensikten er likevel ikke å trekke noen konklusjon på hvilke grupper som har hvilket smerteuttrykk, men å få fram budskapet om at smerteuttrykk også er et kulturuttrykk, og dermed vil variere mellom ulike kulturelle grupper. Gruppene som ble presentert i studiene er pasientgrupper en også kan møte i en prehospitaal arbeidshverdag i Norge, noe som understreker viktigheten av en paramedisiners kunnskap på området.

5.2.2 Forskjellsbehandling eller forskjellig behandling?

Utifra velferdsmodellens overordnede verdi om likeverdig behandling uavhengig av kultur og etnisitet (Meld. St. 34 (2015-2016), s.11), burde en kunne gå ut fra at alle pasienter får tilstrekkelig behandling for sine akutte smerter. Studiene brukt i analysen er utført i andre land enn Norge, men samtlige viste at det er forskjell i behandling av akutte smerter blant pasienter med ulik kulturell bakgrunn (Krupić et al., 2019; Lee et al., 2019; Samsonsen et al., 2021; Vicente et al., 2020). Resultatene viste blant annet at afroamerikanere og latin-amerikanere hadde over 23% lavere sannsynlighet for å få både opioider og andre smertestillende sammenlignet med hvite amerikanere og ikke latin-amerikanere (Lee et al., 2019, s.3). Etersom pasienter kan ha behov for ulik smertelindring (Norsk legemiddelhandbok, 2020, T20.1), trenger disse resultatene ikke nødvendigvis bety at disse gruppene fikk utilstrekkelig smertebehandling.

I Samsonsen et al.s inkluderte studier (2021, s.13-14) viste derimot noen av resultatene at morfinkonsumet for indere i gjennomsnitt var 105% høyere enn for kinesere, samtidig som kinesere i en annen studie viste minst prosentvis reduksjon i VAS etter smertestillende. Disse resultatene kan underbygge oppfatningen av at det er en uheldig forskjellsbehandling mellom ulike kulturelle grupper, som dessverre også resulterer i at noen pasientgrupper får for lite smertebehandling. Det er altså ikke entydig om den forskjellige behandlingen er på bakgrunn av at pasienter har ulike behov eller at det er en faktisk forskjellsbehandling av ulike kulturelle grupper.

5.2.3 Hensiktsmessig smerteskåring

Utgangspunktet for god og hensiktsmessig smertebehandling er smerteskåring (Storsveen, 2015:7). I tillegg til ulike behov for smertelindring, er det også i smerteskåring kjent at pasienter med samme smertelidelse kan angi ulik sum på smerteskåringsskala (Norsk legemiddelhandbok, 2020, T20.1). Studien til Samsonsen et al. (2021, s.7) viser til bruk av VAS og NRS som smerteskåringsverktøy i sine inkluderte studier, samme skår som brukes i flere av Norges ambulansetjenester. Denne studien oppgir også en opplevelse av at smerteskåringsverktøy som NRS og VAS til dels ikke er like pålitelige ved smertekartlegging hos pasienter med ulik bakgrunn (Samsonsen et al., 2021, s.15). En av grunnene til at selvrapporтерingsverktøy som VAS og NRS står sterkt i prehospital smerteskåring og smerteskåring generelt, kan være smertens subjektive form og at den ikke kan leses direkte av et måleinstrument slik som puls og blodtrykk (Felleskatalogen, 2022). I tillegg står pasientautonomien i Norge sterkt, pasienten skal tas på alvor, og det er stor tiltro til pasientens opplevelse av oppgitte symptomer og følelser.

Smerteskåring er i seg selv et vanskelig område på grunn av subjektive forskjeller. Når det i tillegg viser seg å være ulikheter i smerteuttrykk avhengig av kulturell bakgrunn, kan behandlerens og systemets tiltro til selvrapportert smerteskåring ha stor betydning i prehospital smerteskåring og -håndtering. Ved at prehospital triageringsverktøy som RETTS i tillegg legger vekt på pasientens smerteskår når det kommer til valg av leveringssted (NAKOS, 2015, s.8), kan initial feilvurdering av smerten være med på å forlenge en mulig feilbehandling. Høy NRS og VAS skår tilsier sterkere smertelindring. Samtidig er tilgjengelige analgetika i ambulansen til dels sterke legemidler (Gjøs, 2020:12), som en skal være varsom med å overforbruke.

Dette understreker viktigheten av at ambulanspersonell ser oppgitt smerteskår i lys av pasientens kliniske bilde og tallfestede målinger som for eksempel puls, respirasjon og blodtrykk, som kan bli påvirket av akutte smerter (Norsk legemiddelhåndbok, 2020, T20.3.1). Av egen erfaring gjøres dette i stor grad, og ambulanspersonell stiller seg til dels også mer kritiske eller restriktive til smertebehandling dersom det er store sprik mellom pasientens oppgitte smerteskår og fysiologiske vitalparametre eller pasientens klinikk. Denne sammenligningen er nødvendig og viktig for at behandleren skal danne seg et helhetlig bilde, og for å unngå uønsket over- eller underbehandling. Samtidig kan pasienter som i gitt situasjon har oppgitt sterke smerter, men opplever å ikke få smertelindring, føle at de ikke blir tatt på alvor i sin opplevelse av akutt smerte. En slik følelse vil også kunne forsterke psykiske reaksjoner som kan følge (Norsk legemiddelhåndbok, 2020, T20.3.1), samtidig som det kan svekke pasientens tiltro til helsevesenet utifra rettighetene de gjennom pasient- og brukerrettighetsloven har (1999, § 2-1).

Samsonsen et al. (2021, s.15) drøfter videre om det i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn kunne vært hensiktsmessig å ha større fokus på smerteskåringsverktøy som tar utgangspunkt i observasjoner av smerteatferd. Eksempelvis kunne en sett mot smerteskåringsverktøyet CPOT, som skåres utifra observasjon av ansiktsuttrykk, kroppsbvegelser, muskelspenninger og stemmebruk (Storsveen, 2015:20). Bruk av slike smerteskåringsverktøy kan videre argumenteres for på bakgrunn av at den biologiske/fysiologiske siden av smerte, som går på kroppens faktiske reaksjoner av smertestimuli, trolig er lik hos alle mennesker (Horntvedt, 2003, s.137). Et slikt fokus ville i større grad krevd ambulanspersonells vurdering av fysiologiske faktorer, og i mindre grad tatt hensyn til pasientens opplevelse. Ambulanspersonell og framtidige paramedisineres faglige nivå burde tilsi at denne formen for vurdering av smerte kunne minsket sjansen for uønsket feilbehandling prehospitalt. Samtidig kan en si at denne formen for smerteskårning i større grad overser den sosiale og kulturelle siden av smertefenomenet, og på den måten kun unngår behovet for nødvendig bevissthet og kunnskap om kulturell betydning for smerte.

5.2.4 Flerkulturell tilnærming

En tilnærming som kanskje i større grad tar hensyn til alle sidene av smertefenomenet, er mer fokus på det flerkulturelle møtet mellom behandler og pasient. Krupić et al. (2019, s.112) nevner mangelfull kompetanse blant helsepersonell på å gi tilpasset behandling. Informantene

i Vicente et al.s studie (2020, s.6) ønsket økt opplæring i å jobbe med den flerkulturelle pasienten prehospitalt. Til dette kan en se mot kommunikasjons- og læringsmodellen LEARN. Denne ble utviklet for å hjelpe sykepleiere i å oppnå god kommunikasjon og samtidig lære pasienten om helsefremmende praksis, mens den tar hensyn til både profesjonelle standarder og pasientens kulturelle normer (Narayan, 2010, s.45). LEARNs struktur kunne systematisert paramedisiners tilnærming til pasienten gjennom først å lytte til pasientens opplevelse av akutt smerte (listen), deretter på en forståelig måte forklare for eksempel hvilke negative fysiologiske konsekvenser akutt smerte vil kunne ha, men også konsekvenser av eventuell smertebehandling (explain). Paramedisiner må tilstrebe forståelse for pasientens opplevelse (acknowledge), men basert på faglig kunnskap gi pasienten anbefalinger (recommend), og deretter forsøkt å finne en løsning (negotiate). Dette forutsetter selvfølgelig at pasienten har tilstrekkelige språkkunnskaper, eller at informasjonen ved bruk av tolk eller andre hjelpemidler tilpasses pasientens forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

5.2.5 Holdninger og fordommer

Årsakene til ulikheter i smertebehandling kan være mange. Vicente et al. (2020, s.5) nevner fordommer overfor ulike pasientgrupper som en faktor. Slike fordommer er som nevnt også beskrevet i litteraturen, for eksempel at noen minoritetsgrupper lettere knyttes opp mot narkotikasøkende atferd og narkotikamisbruk (Narayan, 2010, s.43), eller uttrykket “etnisk smerte” om pasienter med annen kulturell bakgrunn som tilsynelatende overdriver smerter (Bjørkli, 2019, s.4). Som tidligere nevnt har helsepersonell i vestlige samfunn blitt påvirket til å være på søken etter en bakenforliggende sykdom eller skade når en pasient uttrykker smerte eller ubehag (Hanssen, 2005, s.28). På samme måte som vi snakker om betydningen av pasientens kulturelle bakgrunn, vil også behandlerens kulturelle bakgrunn kunne påvirke smertehåndtering og -behandling. Dersom målinger og undersøkelser ikke gir grunnlag for å tro at den akutte smerten har bakenforliggende sykdom, vil trolig behandlerens holdninger til dette også kunne påvirke den videre håndteringen av pasienten.

Det kan ta tid å akseptere andre måter å være på og andre måter å gjøre ting på. Som nevnt av en informant bør kanskje flere behandlere åpne øynene for at én måte å gjøre ting på ikke alltid er den riktige (Vicente et al., 2020, s.4). En økende flerkulturell befolkning vil bety flere forskjellige levemåter, holdninger, normer for atferd, og måter å gjøre ting på. Dermed kommer også vi som behandlere til å møte flere tanker om løsninger, som vi må tilpasse oss.

Ambulansetjenesten i Oslo er blant de norske helsetjenestene som har innført tiltak for å imøtekomme dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.32). Målet er å øke bevisstheten rundt ambulansetjenesten og dens møte med det flerkulturelle, slik at både pasient og behandler kanskje kan tilpasse sine forventninger. Dette vil kunne bidra til at prehospitalt personell står sterkere rustet til å møte pasienter med annen kulturell bakgrunn i fremtidig smerteskåring og -håndtering.

6. KONKLUSJON

Funn i artiklene tyder på at vurdering og behandling av akutt smerte prehospitalt kan påvirkes av pasientens kulturelle bakgrunn, og at det er tendenser til ulike smerteuttrykk i ulike kulturer. Ordlyden i stortingsmeldingen om helse- og omsorgstjenestenes behandlingsmål, er at behandling skal være likeverdig og uavhengig av kultur, religion og etnisitet. Dette betyr ikke at behandlere skal se bort fra pasientens bakgrunn når de skal behandle en pasient med akutt smerte, men derimot at de viser innsikt, kunnskap og forståelse overfor ulike kulturelle normer og holdninger gjennom arbeidet sitt, såkalt kulturell kompetanse. Dette inkluderer også bevissthet rundt egne holdninger og hvordan disse kan påvirke arbeidet, slik at forskjellig behandling ikke trenger å bety forskjellsbehandling. Resultatene indikerer økt behov for kunnskap og opplæring på kulturell kompetanse, og på smerteuttrykk i flerkulturell sammenheng. Temaet fremstår som lite diskutert og til tider tabubelagt. Et framtidig mål i ambulansetjenesten bør være å minske sjansen for uheldig forskjellsbehandling av ulike kulturelle grupper. I lys av smerteuttrykkets kompleksitet i flerkulturell sammenheng bør det i større grad være rom for individualisert behandling og rom for fleksibilitet når det kommer til skåring og håndtering av akutt smerte.

REFERANSELISTE

- Akuttmedisinforskriften. (2015). *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste* (FOR-2015-03-20-231). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., (...) American College of Critical Care Medicine (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine* (2013), 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Bjørkli, A. K. (2019). Ulike kulturer har forskjellige smerteuttrykk. *Sykepleien*, 107(76013), e-76013. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.76013>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. ed.). Gyldendal.
- Den norske legeforening (2009, 3. april). Retningslinjer for smertelindring. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/retningslinjer/retningslinjer-for-smertelindring-2009/>
- Faiz, K. W. (2014). VAS – visuell analog skala. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 134(3), 323-323. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.1145>
- Felleskatalogen. (2022, 12. januar). *Smertes*. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter>
- Gjøs, A. L. (2020). *Medikamenter i den norske ambulansetjenesten: En tverrsnittundersøkelse av tilgjengelige medikamenter i ambulansbiler uten lege*. [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/81509/Prosjektoppgave-MED-5090-Anne-Lise-Gj-s-.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hanssen, I. (2009). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. (3. utg). Gyldendal Akademisk

Helsebiblioteket (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013-2017)*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hornthvedt, T. (2003). *Helsearbeid i flerkulturell sammenheng*. (2. utg.). Vett & Viten

Indseth, T. (2015). *Innvandrerpasienter og akuttmedisinske tjenester, ekspertnotat for Akuttutvalget (NAKMI rapport nr.4 2015)*. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/indseth-2015-innvandrerpasienter-og-akuttmedisinske-tjenester-ekspertnotat-for-akuttutvalget-nakmi-rapport-nr4.pdf>

Kolossa, B., Saren, J. & Alpers, L.-M. (2021). Sykepleiere må ha kulturell kompetanse i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. *Sykepleien* 109(87490), e-87490.

<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-87490.pdf>

Krupić, F., Čustović, S., Jašarević, M., Šadić, S., Fazlić, M., Grbic, K., & Samuelsson, K. (2019). Ethnic differences in the perception of pain: a systematic review of qualitative and quantitative research. *Med Glas (Zenica)*, 16(1), 108-114.

<https://doi.org/10.17392/966-19>

- Lee, P., Le Saux, M., Siegel, R., Goyal, M., Chen, C., Ma, Y., & Meltzer, A. C. (2019). Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review. *Am J Emerg Med*, 37(9), 1770-1777. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.06.014>
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
- Merskey, H. & Bogduk, N. (2020, juli). IASP Terminology. *International Association for the Study of Pain*. <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#backtotop>
- NAKOS. (2015). *RETTTS, Rapid Emergency Triage and Treatment System* (1.0). Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin.. https://www.nakos.no/pluginfile.php/41990/mod_resource/content/1/RETTTS%20ambulanseavdelingen%202015.pdf
- NAKOS. (2019). *Kartlegging av den akuttmedisinske kjeden* (2019: 1). Helsedirektoratet. <https://www.nakos.no/mod/forum/discuss.php?d=4225>
- Narayan, M. C. (2010). Culture's Effects on Pain Assessment and Management. *The American Journal of Nursing* 110(4), 38-49. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000370157.33223.6d>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2020). T20 Smerter. *Norsk legemiddelhåndbok*. <https://www.legemiddelhandboka.no/T20/Smerter>
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., Gundersen, M. W., & Nortvedt, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Samsonsen, T., Litleré Moi, A., & Helnes Mortensen, M. A. (2021). Etniske ulikheter i håndteringen av akutte smerter på akuttmottak eller postoperativ avdeling: En systematisk oversikt, med narrativ syntese. *Inspira*, 16(2).
<https://doi.org/10.23865/inspira.v16.3161>

Statistisk sentralbyrå (2023, 6. mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Statistisk sentralbyrå (SSB).
<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

Statistisk sentralbyrå (2022, 5.juli). *Innvandring vil sørge for befolkningsvekst fra 2050*. Statistisk sentralbyrå (SSB).
<https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/statistikk/nasjonale-befolkningsframskrivinger/artikler/innvandring-vil-sorge-for-befolkningsvekst-fra-2050>

Steingrimsdottir, A. O., Nielsen, C. S, Odsbu, I., Skurtveit, S. O. & Handal, M. (2014). *Langvarig smerte i Norge* (2014:4). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>

Storsveen, A.-M. (2015). *Norsk oversettelse, validering og reliabilitetstesting av smertevurderingsverktøyet The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)*. [Masteroppgave]. Høgskolen i Gjøvik.
https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2435460/AMStorsveen_mklsyk_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Vicente, V., Josefsson, R., Rentzhog, H. & Weiner, M. S. (2020). Cross-cultural encounters in prehospital care: An analysis of interviews with Swedish

ambulance nurse specialists about their experience with ethnic minority patients. *International Emergency Nursing, Volume 50, 2020* (100805), <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100805>.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkelogg

| Dato | Database | Avgrensning | Søkeord | Treff | Tittel eller abstrakt relevans | Inkludert |
|---------|--------------------------------------|--|---|-------|--------------------------------|--------------------------|
| 14.2.23 | oria.no | 2013-2021, fulltekst-dokumenter, fagfellevurdert tidsskrift, open access | Smerteuttrykk | 11 | 3 | 1 (I) Somonsen et al. |
| 20.2.23 | Pubmed | 10 years, systematic review | Ethnicity AND pain perception | 10 | 3 | 1 (II) Krupić et al. |
| 20.2.23 | Pubmed | 10 years, systematic review | Ethnicity AND acute pain management | 7 | 3 | 1 (III) Lee et al. |
| 29.3.23 | Pubmed | 10 years | Ethnicity AND prehospital AND scandinavia | 3 | 1 | 1 (IV) Vicente et al. |

Vedlegg 2: Litteratormatrise

| Artikkel | Forfattere Årstall Tidsskrift Land | Artikkeltittel | Hensikt | Metode og analyse | Utvalg/populasjon | Hovedfunn/resultater | Konklusjon |
|----------|---|---|---|--|---|--|--|
| I | Samsonsens, T. et al. (2021) Norge INSPIRA, Tidsskrift for anestesi-, operasjon- og intensivsyke- leiere | Etniske ulikheter i håndteringen av akutte smerter på akuttmottak eller postoperativ avdeling: en systematisk oversikt, med narrativ syntese. | Å oppsummere kunnskap om betydningen av etnisitet for smerteopplev- else og smertehåndter- ingen hos voksne akutt og/eller kritisk syke pasienter. | Kvantitativ Systematisk oversikt | n = 22 kvantitative enkelstudier. Forskning fra: USA (16), Storbritannia (2), Tyskland (1), Singapore (1), Kina (1), Malaysia (1). Pasientgrupper med bakgrunn fra 10 ulike kulturer. | 73% av inkluderte studier rapporterte forskjeller i enten smerteintensitet og/eller valg av analgetika, dose og/eller ventetid for analgetika blant de ulike gruppene. | Etnisitet har stor betydning for smerteopplevelse og utført smertebehandling på akuttmottak og postoperative avdelinger. Åpenhet for ulike kulturelle smerteuttrykk, samt bevissthet rundt mulige fordommer, er viktig for god smertehåndtering i akuttavdelinger. |

| | | | | | | | |
|-----|--|---|--|---|--|--|---|
| II | Krupić, F. et al. (2019) Sverige Med Glas (Zenica) | Ethnic differences in the perception of pain: a systematic review of qualitative and quantitative research. | Å undersøke om det er vitenskapelig støtte for å knytte kulturell bakgrunn til ulikheter i smerteopplevelse. | Kvantitativ Kvalitativ Systematisk oversikt | n = 10 enkeltstudier, en kvalitativ, ni kvantitative. Alle fra USA. | Resultatene ble delt inn i to hoveddeler. Del én presenterte funn utifra pasientens perspektiv: ulike opplevelser rundt smerte og -behandling blant ulike kulturelle grupper. Flere av studiene avdekket store forskjeller individene imellom. Den andre delen presenterte ulike kulturavhengige mestringsstrategier, og ulik smertehåndtering i de forskjellige gruppene. | Helsepersonell har en plikt til å være oppmerksomme, forståelsesfulle og imøtekommende overfor pasienters individuelle opplevelse av sykdom og lidelse, og må derfor prøve å forstå kulturelle og religiøse forskjeller. Konklusjonen er videre at det er behov for ytterligere studier på forskjeller i rapportering av smerte blant ulike kulturelle grupper. |
| III | Lee, P. et al | Racial and | Å tallfeste | Kvantitativ | n = 14 enkeltstudier | Mørkhudede pasienter | Studien viser forekomsten |

| | | | | | | | |
|----|--|--|---|--|--|--|---|
| | (2019) USA Elsevier American Journal of Emergency Medicine | ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review | betydningen av pasienters minoritetsstat us i bruk av analgetika til akutt smertebehand ling på akuttmottak | Systematisk oversikt | Tilsammen 7070 ikke-latinamerikans ke hvite pasienter, 1538 latinamerikanske, 3125 mørkhudede. | hadde mindre sannsynlighet for å få analgetika mot akutte smerter, det samme gjelder latinamerikanske pasienter | av ulik smertebehandling blant ulike pasientgrupper. |
| IV | Vicente, V. et al. (2020) Sverige Elsevier American | Cross-cultural encounters in prehospital care: An analysis of interviews with Swedish ambulance | Å gjengi ambulanseper sonells opplevelse av møte med etniske minoritetspasi enter | Kvalitativ Empirisk primærstudie | n = 12 informanter. Alle mellom 20 og 50+, og har jobbet som akuttsykepleiere i ambulansen i Sverige mellom ett til over åtte år. | Hovedfunn ble kategorisert i tre grupper med underkategorier. Hovedkategoriene var: ønsket om å bli sett og å motta hjelp, å forstå situasjonen fra | Hovedfunnene i studien viser at ambulansepersonell opplever oppdrag med minoritetspasienter som et møte mellom gruppeorienterte og individualistiske kulturer, |

| | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|---|---|---|
| | Journal of Emergency Medicine | nurse specialists about their experience with ethnic minority patients | | | Informantene hadde selv kulturell bakgrunn fra syv ulike land. | pasientens perspektiv, og hvordan gjensidig forståelse fremmer god omsorg. | og at dette er krevende. Funnene tyder på at det er et ønske om opplæring i flerkulturelt helsearbeid, slik at ambulanspersonell står sterkere rustet til å møte en stadig økende flerkulturell befolkning. Funn antyder også at det er et ønske om en mer åpen diskusjon rundt utfordringer i møte med pasienter med ulik kulturell bakgrunn på arbeidsplassen. |
|--|-------------------------------------|--|--|--|---|---|---|

Vedlegg 3: Sjekkliste for systematiske oversiktsartikler

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn refereansen til artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

Del A: Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen
- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

Kommentar:

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten

- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
 - effekt – randomisert kontrollert studie
 - årsak – kohortstudie
 - diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
 - prognose – kohortstudie
 - erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:
 - populasjon
 - tiltak
 - sammenligning
 - utfall

Kommentar:

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

Kommentar:

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklister. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklister som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

Kommentar:

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slå sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?

6. Hva er resultatene?

Tips: Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
 - gjennomsnittsforskjell (mean difference)
 - standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
 - numbers needed to treat (NNT)
 - numbers needed to harm (NNH)
 - odds ratio (OR)
 - relativ risiko (RR)
 - relativ risikoreduksjon (RRR)
 - absolutt risikoreduksjon (ARR)

Kommentar:

7. Hvor presise er resultatene?

Tips: Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

Kommentar:

9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

Kommentar:

10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

Kommentar:

Vedlegg 4: Sjekkliste for kvalitative studier

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekkliste. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?

- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: