



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 SYKEPLEIE VI - DEL 2

Kommunikasjon i møte med fremmedkulturelle pasienter

Kandidatnumre: 10038 og 10085

Totalt antall sider inkludert forside: 48 med vedlegg

Antall ord: 8697

Hovedveileder: Janne Rita Skår

Innlevert Ålesund, 23.05.2017

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Janne Rita Skår og Randi Tafjord

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 23.05.2017



”If you just communicate, you can get by. But if you communicate skillfully, you can work miracles.”

- Jim Rohn

Sammendrag

Bakgrunn: Det norske samfunnet er i stadig utvikling og preges i dag av et økende kulturelt mangfold. Dette påvirker helsetjenesten og sykepleiernes arbeidshverdag hvor man oftere kan møte pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. God kommunikasjon er et grunnleggende element for å kunne utøve en optimal sykepleie. Men i mange tilfeller kan kommunikasjon være en utfordring i samhandlingen med denne brukergruppen. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 har alle pasienter rett på informasjon tilpasset deres behov og forutsetninger (Helse og omsorgsdepartementet 1999/2016). For å sikre at alle pasienter får likeverdige helsetjenester og rett til medvirkning til sin helsesituasjon, er det derfor nødvendig at sykepleiere utøver faglig forsvarlig helsehjelp, også i møte med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på sykepleiers erfaringer med kommunikasjon i møte med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn i helsetjenesten.

Metode: Oppgaven baserer seg på en systematisk litteraturstudie, hvorav åtte refereebedømte forskningsartikler fra år 2010-2017 har blitt analysert. De inkluderte forskningsartiklene er hentet fra databasene Cinahl Complete, PubMed og SveMed.

Resultat: Fire hovedfunn ble avdekket: *bruk av tolk, kommunikasjonsstrategier, kulturell kompetanse og faktorer som påvirker kommunikasjonen.*

Konklusjon: Den viktigste strategien for å sikre tilstrekkelig kommunikasjon i møte med fremmedkulturelle pasienter er i følge vår studie bruk av tolk. Det er opp til hver enkelt sykepleier å tilpasse bruken av tolk til pasientens beste, dette være seg en tolk som er fysisk til stede, telefontolk, flerspråklige ansatte eller om ytterst nødvendig voksne familiær/pårørende oversettere. Ulike kommunikasjonsstrategier kan utgjøre en vesentlig forskjell ved å forsterke sykepleiers samhandling med pasienten. Kulturell kompetanse er også en avgjørende faktor som påvirker sykepleiers holdninger i sin profesjonsutøvelse. Faktorer som påvirker kommunikasjonen er språkbarrierer og sykepleier-pasient relasjonen.

Nøkkelord: sykepleie, fremmedkulturelle, kommunikasjon, kulturelt mangfold

Abstract

Background: The Norwegian society is constantly evolving and is today characterized by an increasing cultural diversity. This affects the health care service and nurses' working day where they can meet patients with a foreign-cultural background more frequently. Good communication is an essential element for executing an optimal nursing care. But in many cases can communication be a challenge in the interaction with this user group.

According to Pasient- og brukerrettighetsloven (Patient and Users' Rights Act) §3-5 are all patients entitled to information adapted to their needs and preconditions (Helse og omsorgsdepartementet 1999/2016). In order to ensure that all patients receive equal healthcare services and the right to participate in their health situation, it is therefore necessary that nurses carry out a professional health care, also in the interaction with patients with a foreign-cultural background.

Purpose: The purpose of this study is to look into nurses' experiences with communication in interaction with foreign-cultural patients in the health care service.

Method: We conducted a systematic literature study, and included eight research articles from the year 2010-2017. Cinahl Complete, PubMed and SveMed are the databases where all the research articles were found.

Results: Four main findings were revealed: *use of interpreters, communication strategies, cultural competence* and *factors affecting communication*.

Conclusion: The most important strategy to ensure adequate communication in interaction with foreign-cultural patients is the use of interpreter. It is up to each nurse to facilitate the use of an interpreter in the best interest for the patient: whether its an interpreter who is physically present, interpreter by telephone, multilingual staff or if highly necessary adult family/relatives translators. Different communication strategies can make a significant difference by strengthening the nurses interaction with the patient. Cultural competence is also a decisive and essential factor that affects nurses' attitude in their professional practice. Factors that affect communication are language barriers and the nurse-patient relationship.

Keywords: nurse, foreign-cultural, communication, cultural diversity

Innholdsfortegnelse

1.0. INNLEDNING	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Hensikt	2
1.3. Problemstilling	2
1.4. Begrepsavklaring.....	2
1.5. Avgrensning og presisering.....	3
1.6. Oppgavens videre oppbygning.....	3
2.0. TEORIBAKGRUNN	4
2.1. Kommunikasjon	4
2.2. Flerkulturell kompetanse	6
2.3. Innvandring.....	8
3.0. METODEBESKRIVELSE	10
3.1. Datasamling.....	10
3.2. Søkestrategier.....	11
3.3. Kvalitetsvurdering.....	11
3.4. Etske aspekter	12
3.5. Analyse.....	13
4.0. RESULTATER	14
4.1. Bruk av tolk.....	14
4.2. Kommunikasjonsstrategier.....	15
4.3. Kulturell kompetanse	16
4.4. Faktorer som påvirker kommunikasjon	17
5.0. DISKUSJON	18
5.1. Metodediskusjon	18
5.2. Resultatdiskusjon	19
5.2.1. Bruk av tolk	19
5.2.2. Kommunikasjonsstrategier	23
5.2.3. Kulturell kompetanse	25
5.2.4. Faktorer som påvirker kommunikasjonen	26
6.0. KONKLUSJON	28
LITTERATURLISTE	29

VEDLEGG:

Søkehistorikk	
Litteraturmatrise 1	
Litteraturmatrise 2	
Litteraturmatrise 3	
Litteraturmatrise 4	
Litteraturmatrise 5	
Litteraturmatrise 6	
Litteraturmatrise 7	
Litteraturmatrise 8	

1.0. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I følge Statistisk Sentralbyrå (2017) er det 5 252 166 innbyggere i Norge pr. januar 2017, av disse er 13,8% innvandrere. Dette utgjør ca 700 000 personer. Bare i løpet av de siste ti årene har antallet mer enn doblet seg (ibid). En økende innvandring fra ulike deler av verden har ført til en mer sammensatt og mangfoldig befolkning. Videre fører dette til at personer med fremmedkulturell bakgrunn vil bli en mer tiltakende pasientgruppe i norsk helsevesen. Kulturelle forskjeller vil kunne påvirke kommunikasjonen og de kliniske beslutningene som tas. Dette vil kunne føre til misforståelser mellom pasienten og helsepersonell, og kan føre til at pasienten utvikler ulike grader av utrygghet og mistillit til helsepersonellet (Stubberud og Eikeland 2013:224).

I følge St.meld.nr.6 (2013) skal alle ha likeverdige tjenester for å sikre at alle uansett bakgrunn og forutsetninger oppnår like muligheter i samfunnet. Dette innebærer å sikre at personer med innvandrerbakgrunn får helse- og omsorgstjenester på lik linje med den etnisk norske befolkningen. Språkbarrierer mellom innvandrere og helsepersonell er en utfordring, og kan utgjøre en risiko for feil eller uheldige hendelser i behandlingen. De kan også påvirke tilgangen på tjenester hos grupper som har problemer med å formidle sine behov. Det er tjenesteyterne som har ansvaret for at all formidlet informasjon blir forstått (ibid). Helsepersonelloven §10 sier at *”den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 og 3-4”* (Helse og omsorgsdepartementet 1999/2016).

Gjennom våre egne opplevelser i løpet av forskjellige praksisperioder har vi selv erfart og sett konsekvensen av dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Vi ønsker derfor å tilegne oss bedre kunnskap rundt erfaringer knyttet til kommunikasjon med fremmedkulturelle, og hvordan dette påvirker kvaliteten på helsetilbudet som blir utført.

1.2. Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse erfaringene som sykepleiere har gjort seg i møte med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn i helsetjenesten. Med god kommunikasjon kan sykepleier etablere en positiv relasjon til pasienten under behandlingsforløpet, og pasienten vil oppleve at integriteten blir ivaretatt ved at sykepleier kan yte god omsorg på en forsvarlig måte (Stubberud og Eikeland 2013:224).

1.3. Problemstilling

«Hvordan erfarer sykepleier kommunikasjon i møte med fremmedkulturelle pasienter i helsetjenesten?»

1.4. Begrepsavklaring

Fremmedkulturelle pasienter: I følge Viken og Magelssen (2010) defineres kultur som *“de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn”* (Viken og Magelssen 2010:60). Når vi setter sammen kultur med ordet fremmed, vil begrepet den *fremmedkulturelle pasienten* innebære en pasient med kunnskaper, verdier eller handlingsmønstre som oppleves forskjellig eller fremmed for helsepersonellet.

Helsetjenesten: Med *helsetjenesten* mener vi kommunehelsetjenesten som eksempelvis sykehjem og hjemmesykepleien, og spesialisthelsetjenesten som eksempelvis sykehus og psykiatri (Helse og omsorgsdepartementet 2014).

Kommunikasjon: defineres som *”utveksling av menings- eller betydningsinnhold mellom individer og grupper ved hjelp av et felles system av symboler”* (Hanssen 2015:145).

1.5. Avgrensning og presisering

Fokuset i oppgaven er på voksne fremmedkulturelle pasienter i helsetjenesten. Vi bruker ordet fremmedkulturell da vi synes at dette er mer dekkende enn flerkulturell. Vi definerer fremmedkulturelle som personer som ikke har tidligere erfaringer med hverken språk, kultur eller samfunn i Norge, som eksempelvis en innvandrer. Ordet flerkulturell betrakter vi om personer som har bakgrunn fra flere kulturer, deriblant den norske. Vi har valgt å ikke avgrense hvor man møter disse pasientene, da utfordringene vil være tilnærmet like i de ulike delene av helsetjenesten.

1.6. Oppgavens videre oppbygning

Vi starter med å presentere relevant teori for å belyse viktige tema som er aktuelle i oppgaven. Deretter gjengir vi i metodebeskrivelsen hvordan vi har gjennomført den systematiske litteraturstudien. I resultatkapitlet fremstiller vi de viktigste funnene fra forskningsartiklene. Videre skal vi drøfte funnene med utgangspunkt i problemstillingen og begrunne dette med erfaringsbasert kunnskap, litteratur og forskning. Til slutt oppsummerer vi i en konklusjon hvor vi forsøker å svare på problemstillingen og kommer med forslag til forbedringer og videre forskning.

2.0. TEORIBAKGRUNN

2.1. Kommunikasjon

Eide og Eide (2014) beskriver kommunikasjon som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Ordet kommunikasjon har sitt opphav fra det latinske ordet *communicare*, som innebærer å gjøre noe felles med, ha forbindelse med og delaktiggjøre en annen i (Eide og Eide 2014:17).

Det felles systemet av symboler som er nødvendig for at mennesker skal kunne kommunisere bra, utgjør mer enn det ikke-verbale og verbale. Vi har også behov for felles bevissthet av den verden som vi er en del av, og hvordan vi som individer forholder oss i den. Som voksne har vi andre forutsetninger for å tilegne oss andre språk enn det vi hadde som barn. Det er først og fremst vår personlige karakter som setter rammen for disse forutsetningene. I tillegg har vår kulturbakgrunn stor betydning for vår oppfattelse og tolkning av verden, også i samhandlingssituasjoner. Vi kan på den måten si at vi ser verden gjennom våre personlige briller. Disse brillene utgjør et personlig filter på grunn av våre evner og vår personlighet, erfaringer, kunnskap og utdanning har innflytelse på hvordan vi oppfatter det som blir formidlet. Avsenderens personlige og kulturelle filter avgjør hvordan budskapet som sendes, blir kodet, og i enkelte tilfeller også hvilken kanal som velges, det vil si om budskapet formidles skriftlig, muntlig eller ikke-verbalt. Budskapet blir forstått ut i fra mottakerens personlige og kulturelle filter og hvordan vedkommende tolker dette (Hanssen 2015:145).

På tross av at kulturforskjellene kan være store i seg selv, er det mer sannsynlig at det individuelle behovet for å bli møtt med respekt, anerkjennelse, bli hørt og omsorg er felles for mange. Innenfor ulike grupper kan det være store individuelle forskjeller. Egenskapen til å legge fordommer til side, og å leve seg inn i den andres særegne situasjon uavhengig av kulturell bakgrunn, er avgjørende (Eide og Eide 2014:81-82).

En forutsetning for optimal kommunikasjon er å forstå den andres språk og koder. God kommunikasjon forutsetter også at en har felles forutsetninger og kulturelle referanser. Ofte er dette ikke tilfelle. Som helsepersonell kan vi møte pasienter, familier og pårørende med en annerledes kulturbakgrunn enn oss selv, språklig, etnisk eller religiøs. For å være i

stand til å kunne gi hjelp på tvers av kulturgrensene er utfordringene til helsepersonell å sette seg inn i pasientens verden, gjøre seg kjent med vedkommendes tegn og koder, og skape et fortrolig klima. Desto større kulturforskjellen er, jo mindre overlapper virkelighetsmodellene hverandre. Helsepersonellens utfordring blir da å minske dette gapet (Eide og Eide 2014:82).

Vår non-verbale oppførsel er tildels tillært og tildels medfødt. Felles for alle mennesker er pupillereaksjoner som sammentrekninger ved mistenksomhet og utvidelse ved interesse. Kommunikasjon mellom mennesker ved hjelp av andre kanaler, og andre koder, enn den språklige er non-verbal kommunikasjon. Det non-verbale språket utgjør cirka 2/3 av menneskets kommunikasjon. Denne typen kommunikasjon gir gjerne et mer oppriktig uttrykk for det vi føler og tenker, og grunnen til dette er at vi ikke har en like stor grad av bevisst kontroll over vår non-verbale oppførsel. Gester og andre non-verbale uttrykk har samtidig ikke samme meningsinnhold i forskjellige kulturer. Derfor bør vi være oppmerksomme på mulighetene for å feiltolke non-verbal kommunikasjon på tvers av ulike kulturer. (Hanssen 2005:45). Det non-verbale språket er også et språk, på lik linje med det verbale språket. All kroppsattferd har likevel ikke kommunikatív hensikt, som eksempelvis blinking, rødming, gjesping og besvimelse. Dette kan likevel oppfattes av andre, selv om dette ikke er ment som kommunikasjon (Dahl 2013:177).

Den viktigste non-verbale kommunikasjonskanalen er ansiktet. Det er hovedsakelig ansiktet som uttrykker følelser som eksempelvis interesse, glede, overraskelse, sorg, sinne, angst og avsky. Ansiktsuttrykk over hele verden som viser følelser, har mange likhetstrekk, men det behøver ikke bety at en instinktivt kan tolke ansiktsuttrykket til en person fra en annen kultur. Selv om en kommer fra samme kultur, er det lett å ta feil. Den store fysiske avstanden vi nordboere har til våre samtalepartnere kan for mennesker fra andre kulturer oppleves som uttrykk for manglende interesse og kjølighet. Skandinavere oppfatter det på sin side som nærgående og invaderende å stå tett inntil en annen (Hanssen 2015:146).

Språket er et kommunikasjonsmiddel som sender og mottaker har et bevisst forhold til. Med verbal kommunikasjon forstår vi bruk av språk ved skriftlig og muntlig form. Når vi bruker verbal kommunikasjon er ordene våre tegn som representerer det meningsinnholdet

som vi prøver å formidle (Hanssen 2005:52). Eksempler på verbal kommunikasjon er muntlig, skriftlig og tegnspråk (Dahl 2013:134).

2.2. Flerkulturell kompetanse

I følge Stubberud og Eikeland (2013) kan kultur forstås som idéer, verdier, regler og normer som er videreformidlet fra en generasjon til den neste, ofte i noe endret form. Som medlem av et samfunn tilegner mennesker seg verdier, handlingsmønstre og kunnskaper som omhandler følelser, tanker og handlinger. Dette kan også forstås som kultur (ibid). Noen eksempler på kultur er litteratur, kunst, musikk, idrett, arv, minne, språk, folkeeventyr, gamle håndverksteknikker og klesdrakter.

Hva som karakteriserer sykepleie og oppfatningen av hvordan en forebygger og behandler sykdom preges av vår kultur. Når grunnleggende behov trues, påvirker kulturen hvordan den enkelte erfarer og reagerer, og når og hvordan en oppsøker helsehjelp (Stubberud og Eikeland 2013:216).

For å kunne ivareta pasientens psykososiale behov på en kulturelt akseptabel måte, bør sykepleier inneha noe kunnskap om menneskers unike og kulturelle bakgrunn.

Flerkulturell kompetanse kan forstås som holdninger, kunnskaper og ferdigheter som utgangspunkt for samhandling og helsehjelp rettet mot mennesker på tvers av ulike språk og kulturer. Sykepleier skal i følge flerkulturell kompetanse være i stand til å gi forsvarlig helsehjelp på tvers av ulike kulturer, og utvikle ferdigheter i å møte pasientenes generelle og spesielle behov (Stubberud og Eikeland 2013:217).

Sykepleieren skal være følsom overfor kulturelle forskjeller og anerkjenne at mennesker er forskjellig, ved blant annet å vise respekt for andres oppfatninger. Men dette betyr nødvendigvis ikke at sykepleier trenger å akseptere alle former for oppførsel. Dette betegnes som kultursensitivitet. Kulturell kompetanse er en pågående prosess som inneholder integrasjon av kulturelle ferdigheter, ønsker og møter, og kulturell bevissthet og kunnskap. For å oppnå kulturell kompetanse må sykepleier inneha alle disse elementene, uansett hvor sykepleier er i prosessen (Stubberud og Eikeland 2013:218).

Ulikhetene mellom norske sykepleiere og pasienter med fremmedkulturell bakgrunn er at de kan ha en grunnleggende forskjellig holdning til omgivelsene. Norske sykepleiere er resultatet av et vestlig samfunn med grunnleggende individualistiske trekk.

I individualistiske samfunn står blant annet jeg-bevissthet, uavhengighet, autonomi, retten til privatliv, det individuelle initiativet og finansiell trygghet sentralt. Mange pasienter fra etniske minoriteter tilhører såkalte kollektivistiske samfunn, der det legges vekt på en kollektiv identitet, solidaritet innenfor storfamilien, stammen eller klanen og følelsesmessig avhengighet. Kollektivismen gjenspeiler kulturer der medlemmene er integrert i sterke, sammensveidde grupper som gjennom hele livet gir dem beskyttelse i gjengjeld for en ubøyelig lojalitet. Dette innebærer en tradisjonell samfunnsorden der familie- eller klanfelleskapet er det fundamentale, og hvor det enkelte familiemedlem har sin bestemte plass. Omsorg, hjelp, gjensidig avhengighet, føyelighet og felles skjebne er viktige kulturelle elementer for at sosial harmoni og kollektiv velferd skal kunne bevares (Hanssen 2015:143).

For mange ikke-vestlige pasienter og deres familiemedlemmer fører pliktfølelsen og fellesskapsbehovet til at pasientene forventer å ha familien rundt seg til en hver tid, og familien ønsker også å ivareta omsorgen for "sin" pasient. De er mindre orientert om det individuelle "jeg", enn mot det felles "vi". Fellesskapet med familien gir dermed en følelse av å være et fullstendig menneske. Det er ikke bestandig lett for en sykepleier å jobbe med pasienter som alltid er omringet av en mengde besøkende. Disse besøkende kan oppleves som en hindring for den hjelpen og omsorgen som helsepersonell ønsker å yte. En norsk sykepleier vil med en individualistisk kulturbakgrunn se på pasienten og pasientens familie som to forskjellige enheter, ikke som en uatskillelig helhet. Mellom pasient og familie i mange etniske minoritetsgrupper eksisterer den intense følelsen av gjensidig avhengighet og samhørighet, som blir sett på som nødvendig og helt naturlig for disse gruppene. Så langt det er mulig vil en pasient med en kollektivistisk bakgrunn ønske å bli pleid og omgitt av sin familie, med alt det denne omsorgen innebærer av lojalitet, sterke samhørighetsbånd og plikter (Hanssen 2015:143-144).

2.3. Innvandring

Innvandring fra et land til et annet kan forekomme ved tvang, eller det kan skje frivillig. Flyktninger er betegnelsen på de som av forskjellige grunner har vært tvunget til å emigrere ut av sitt eget hjemland. Mellom de menneskene som er kommet på grunn av tvang eller av frivillige årsaker, er det en betydelig gråsoner av individer som ikke har status som flyktning, men som likevel kan føle seg som det. Uansett innebærer immigrasjonen en stressende hendelse i den enkeltes persons liv. Immigrasjon medfører at man blir skilt fra alt som er kjært og kjent, som familie, kjente ansikter, venner, sosial status, jobb, innarbeidete roller, eiendom, natur, lukter og kultur. Innvandrerer går igjennom en rekke store psykologiske, sosiale og kulturelle tap, som oppbruddet fører med seg. Individet opplever tap av sin følelsesmessige, fysiske og intellektuelle verden, noe som kan resultere i lengsel etter, eller tap av personer, kulturen og det hjemlige landskap. Slike lengsler eller tap kan frembringe sterke sorgreaksjoner, og immigrasjonsprosessen kan for mange oppleves som et kriseforløp (Hanssen 2005:17-20).

Krise utløses ofte av opplevelser som er så angripende, annerledes og overveldende at den setter en persons øvrige jeg-funksjoner og psykiske forsvarsmekanismer, som følelser, minner, tanker og motiver ”ut av spill”. Det kan derfor være svært vanskelig å innføre sin ytre virkelighet, inn i sitt indre. Psykisk sett blir tillærte reaksjonsmønstre og tidligere erfaringer utilstrekkelige for å mestre den akutte situasjonen. Hvis krisetilstanden oppleves som varig og alvorlig har innvandrerer i krise behov for profesjonell hjelp (Hanssen 2005:17-20).

Førstegenerasjonsinnvandrer defineres som personer uten norsk bakgrunn, altså at vedkommende er født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre. Uavhengig av hvor man kommer fra, eller hvem man er, så har man med seg særtrekk som preger individet og dens personlighet, som for eksempel individuelle psykologiske karaktertrekk, utdanning, læring gjennom personlige erfaringer og egenskaper, utdanning, klassetilhørighet, kulturelt og livssynsmessig eller religiøst tillærte holdninger og verdier. Samtidig når mennesker immigrerer fra et samfunn til et nytt og annet samfunn, vil møte med nye atferdsnormer og ideer føre til forandringer i innflytterens væremåte og tanker. Enkelte vil holde på opprinnelig levesett og kultur, mens andre vil tilegne seg noe av den nye kulturen. Personlighet, erfaringer og opplevelser henger sammen med hvordan individet forholder

seg til den nye kulturen. Motivasjon og-/eller evnen til å innstille seg majoritetskulturen avhenger av personen (Hanssen 2005:17-20).

Til sammen utgjør det utgangspunktet som innvandreren møter i forskjellige situasjoner og sine medmennesker. Dette er med på å påvirke blant annet hva slags tanker vedkommende har om sin egen helsetilstand, og hvilke forventninger personen har til helsevesenet, og den pleie og behandling som man eventuelt vil få der (Hanssen 2005:17-20).

3.0. METODEBESKRIVELSE

Metoden i denne bacheloroppgaven gjennomføres som en systematisk litteraturstudie, med utgangspunkt i en problemstilling. Litteraturstudien tar utgangspunkt i åtte refereebedømte forskningsartikler.

En forutsetning for at man ska kunna göra systematiska litteraturstudier är att det finns ett tillräckligt antal studier av god kvalitet som kan utgöra underlag för bedömningar och slutsatser (Forsberg og Wengström 2013:26).

I følge Forsberg og Wengström (2013) er betegnelsen på en systematisk litteraturstudie at den tar utgangspunkt i et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. En systematisk litteraturstudie skiller seg fra en generell litteraturstudie med litteratursøking, kritisk vurdering og analyse av resultat (ibid).

3.1. Datasamling

Vi begynte datainnsamlingen i januar 2017. På dette tidspunktet utarbeidet vi en prosjektplan, og begynte arbeidet med å samle pensumlitteratur som omhandlet temaet vårt. Vi gjennomførte først et prøvesøk, for å undersøke om det fantes tilstrekkelig med forskningsartikler som vi kunne bruke. Deretter utførte vi systematiske litteratursøk i ulike vitenskapelige databaser. Vi skulle inkludere åtte refereebedømte forskningsstudier og selvvalgt pensum fordi det er et krav til denne bacheloroppgaven.

Databaser vi brukte var Cinahl Complete, Pub-Med og SveMed, med gode resultater. Vi søkte også i Sykepleien Forskning, men fant ingenting av relevanse for vår oppgave der. For å få mer variasjon av ulike studier, gjennomførte vi søk i ulike databaser. Vi gjorde først et søk i Cinahl Complete, fordi det er den databasen vi har god erfaring med fra tidligere søk. Deretter supplerte vi med Pub-Med og SveMed for å få et bredere spekter av forskningsartikler.

Inklusjonskriteriene er blant annet:

- IMRAD-struktur
- Artikler publisert i tidsperioden 2010-2017.
- Fagfellesvurdert, etiske hensyn, kvalitetsgradert til 1 eller 2.
- Sykepleierperspektiv
- Norsk eller engelsk språk (fant kun engelske)
- Fra vestlige land (overførbart til nordiske forhold)
- Omhandler kommunikasjon med fremmedkulturelle

3.2. Søkestrategier

I følge Forsberg og Wengstrom (2013) foregår utvelgelsesprosessen i seks ulike steg. Det første steget er å identifisere interesseområdet, og å finne søkeord. Søkeord som vi valgte å bruke i litteratursøket var blant annet "transcultural nursing", "communication", "cultural diversity", "challenges", "intercultural communication", "patient communication challenges", "nurse" og "immigration". Vi kombinerte noen av søkeordene ved å bruke "AND". Det andre steget innebærer å fastsette inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilke artikler som skal inkluderes. Noen av våre søkekriterier var sykepleierperspektiv, norsk eller engelsk språk og studier publisert etter 2010. Se vedlegg 1. I steg tre og fire søkte vi etter forskningsartikler i databasene Cinahl Complete, Pub-Med og SveMed. Som steg fem tilsier så leste vi mange abstrakter, og endte til slutt opp med 12 kvalitative forskningsartikler som vi skulle sette oss dypere inn i. Som det siste steget leste vi artiklene i sin helhet og gjorde en kvalitetsvurdering med utgangspunkt i vårt emne. Underveis i arbeidet utarbeidet vi en søkehistorikk, som inkluderte søkeordene som ble brukt, databaser, antall treff og antall inkluderte artikler. Vi valgte å ekskludere artikler som for eksempel hadde pasientperspektiv, var publisert før 2010, fra ikke-vestlige land, omhandlet ikke kommunikasjon og ingen IMRAD-struktur.

3.3. Kvalitetsvurdering

Kvalitetsbedømmingen bør omfatte studiens formål og problemstilling, design, utvalg, måleinstrument, analyse og tolkning. Dessuten kan studiens publiseringsår gi viktig informasjon. Man kan på mange måter si at klinisk forskning er ferskvare (Forsberg og Wengström 2013:116). Det finnes forskjellige bedømmingsmaler som kan være til hjelp

ved kvalitetsbedømmingen og som kan hjelpe å systematisk vurdere studier (ibid). Vi brukte Forsberg og Wengström (2013) sin mal for gjennomgang av forskningsartikler. Etter det systematiske litteratursøket satt vi igjen med 12 kvalitaitve forskningsartikler. Kvalitative studier har fokus på å skape mening og forståelse av menneskets personlige opplevelser av sine omgivelser, og tolke dette. Kvalitativ forskning fokuserer på innsikt i menneskets begivenheter (Forsberg og Wengström 2013:159). Fire av artiklene ble ekskludert da de ikke var relevante med tanke på vår problemstilling. Alle de inkluderte artiklene har IMRAD-struktur, sykepleieperspektiv og var publisert fra 2010 til 2017. Dette valgte vi for å sikre oss faglig forsvarlig og oppdatert data fra nyere forskning. Vi brukte internettsiden Norsk senter for forskningsdata for å undersøke artiklenes nivå. Alle artiklene var publisert i tidsskrifter som hadde vitenskapelig nivå 1 eller 2 i NSD (Norsk senter for forskningsdata 2017).

3.4. Etiske aspekter

Før man starter arbeidet med en systematisk litteraturstudie bør etiske overveielser gjøres. Regional etisk komite har gitt ut retningslinjer for god medisinsk forskning og understreker at juks og uærlighet ikke får forekomme innen forskning (Forsberg og Wengström 2013:69). I følge Helsinkideklarasjonen skal hensynet til samfunns eller forskningsnyttens alltid vike for hensynet til mennesket. Informert samtykke, frivillighet og anonymisering er viktige prinsipper i forskningsetikk (Slettebø 2013:211). Vi skal gjennomføre en systematisk litteraturstudie, hvor det er tidligere dokumentert kunnskap som skal bearbeides. Alle våre åtte studier har sykepleieperspektiv, hvorav fem forskningsartikler har fått godkjennelse fra en etisk komite, mens tre av forskningsartiklene har tatt forskningsetiske hensyn. Det er ofte tilstrekkelig å ta forskningsetiske hensyn som eksempelvis å sikre anonymitet, frivillighet, mulighet til å trekke seg når som helst i prosessen, og skriftlige samtykke til å delta i studien.

3.5. Analyse

Vi brukte Forsberg og Wengström (2013) sin analysemetode når vi skulle analysere artiklene. Analyse betyr å dele opp i mindre deler, og undersøke disse individuelt. Deretter sammenfatter man innholdet i en syntese (ibid).

Steg 1: vi leste gjennom artiklene flere ganger hver for oss for å bli kjent med materialet.

Steg 2: deretter vi ble enige om ulike tema som vi mente ble gjentatt i teksten. Vi leste artiklene igjen hver for oss, og brukte fargekoder for å markere i teksten når de ulike temaene ble nevnt. De ulike kodene vi markerte var “bruk av tolk”, “pårørendes rolle”, “kommunikasjonsstrategier”, “kommunikasjon”, “kulturell kompetanse”, “faktorer som påvirker kommunikasjon” og “faktorer som fremmer kommunikasjon”. Til slutt satte vi oss sammen og sammenlignet funnene våre, og om vi hadde de samme markeringene.

Steg 3 og 4: vi bearbeidet temaene og slo de sammen til hovedkategorier. Vi satt da igjen med “bruk av tolk”, “kommunikasjonsstrategier”, “kulturell kompetanse” og “faktorer som påvirker kommunikasjon”. Følgende lagde vi en oversikt over de ulike funnene i hver av artiklene for å få en mer samlet oversikt slik at funnene ville være enkle å finne igjen når vi skulle jobbe med det i diskusjonen. Vi satt da igjen med åtte oversiktligge sammenfatninger med utdrag fra funnene i artiklene. Vi begynte arbeidet med syntesen med å lese de fargekodene som hørte sammen, og fant likheter og ulikheter i funnene. Deretter lagde vi en oversikt over hvilke artikler som sa noe positivt og hvilke som sa noe negativt om de forskjellige funnene. Vi bearbeidet innholdet i funnene for å få til en syntese. En syntese er det motsatte av en analyse, hvor vi setter sammen de mindre delene til en felles sammenfatning av alle analysene (Forsberg og Wengström 2013:166). Siden så jobbet vi med syntesen av funnene i diskusjonen.

Bruk av tolk	Kommunikasjonsstrategier	Flerkulturell kompetanse	Faktorer som påvirker kommunikasjon
- profesjonell tolk - familiær oversetter	- non-verbal kommunikasjon - bruk av bilder - flerspråklige ansatte	- respekt - fordommer - misforståelser	- språkbarrierer - sykepleier-pasient relasjon - informasjon

Tabell 1.

4.0. RESULTATER

4.1. Bruk av tolk

Hovedfunnene for fire av artiklene sier noe om nødvendigheten for bruk av profesjonell tolk i samhandlingen med fremmedkulturelle pasienter i helsetjenesten (Hadziabdic et al., 2015;Eklöf et al., 2014;McCarthy et al., 2013;Brämberg og Sandman, 2012). Ved bruk av tolketjenesten er tolkens kunnskaper et grunnleggende krav. Dette innebærer at tolken har god spåklig kunnskap, kulturell forståelse og tar etiske hensyn (Eklöf et al., 2014). Det forventes at tolken opptrer som en objektiv formidler mellom sykepleier og pasient. Tolkens hensikt med å være objektiv er å ikke legge sine personlige meninger, tanker eller følelser i samtalen mellom sykepleier og pasient, dette for å unngå feilaktig påvirkning av budskapet (Brämberg og Sandman, 2012;Hadziabdic et al., 2015).

Sykepleier foretrekker en tolk som er fysisk til stede fordi de opplever at en telefontolk innebærer økt arbeidsmengde, er mer komplisert og teknisk vanskelig. Sykepleier kan oppleve at pasienter i enkelte tilfeller kan ha problemer med å oppfatte hva som blir formidlet på grunn av manglende synlig kroppsspråk (Jirwe et al., 2010;Hadziabdic et al., 2015;Eklöf et al., 2014).

Viktig informasjon både fra sykepleier og fra pasient kan gå tapt fordi informasjonen skal gå gjennom et ekstra ledd og i tillegg oversettes til et annet språk. Sykepleiere mener at å ha en tredjeperson, altså tolken, deltakende i samtalen, gjør det vanskelig å oppnå korrekt informasjon om pasientens behov. *"Also, the interpreter should translate exactly what is said. But I do not know if they do that. And, even if they do, maybe you do not get all information about the patient, because they do not want to tell us all we need to know"* (Brämberg og Sandman 2012:164).

Sykepleier opplever at pasienten kan ha mistillitt til tolken, og dette kan påvirke forholdet mellom sykepleier og pasient. Dette erfarer sykepleier spesielt i forhold til barn da de blir redde ved tilstedeværelsen av en ukjent tolk (fremmed). Det ble sett på som utfordrende å beskytte pasientens privatliv ved bruk av tolk (Brämberg og Sandman, 2012;Eklöf et al., 2014). *"I know I should trust them (interpreters), they are professionals, but the ethnic groups are so small, and everybody knows everybody"* (Eklöf et al. 2014:148). Forholdet

mellom sykepleier og pasient blir også påvirket av at det er ulike tjenesteytere fra tolketjenesten som kommer for å utføre tolkeoppdraget. Sykepleier øker konfidensialiteten og personvernet ved å bruke samme tolk med samme pasient der det er mulig (Eklöf et al., 2014; McCarthy et al., 2013).

Hvordan man effektivt bruker en tolketjeneste er for sykepleier en nødvendig ferdighet. Sykepleiere mangler opplæring i hvordan man snakker med pasienter om private temaer, og det oppleves at tolken er like uerfaren på samme område. Det er behov for opplæring i bruken av, og hvordan kommunisere gjennom tolk (Brämberg og Sandman, 2012; Hadziabdic et al., 2015; McCarthy et al., 2013).

Fem av artiklene har fokus på bruk av familiemedlemmer som tolk (Hadziabdic et al., 2015; Eklöf et al., 2014; McCarthy et al., 2013; Brämberg og Sandman, 2012; Jirwe et al., 2010). Pårørende er lett tilgjengelige som oversettere i det daglige liv og i akutte situasjoner (Brämberg og Sandman, 2012; Hadziabdic et al., 2015; McCarthy et al., 2013).

4.2. Kommunikasjonsstrategier

Sykepleiere som har en positiv tilnærming og innstilling til pasienter takler kommunikasjonsproblemer bedre (Jirwe et al. 2010). En strategi for å overkomme språkbarrierer er eksempelvis non-verbal kommunikasjon. Ansiktsuttrykk, gestikulering, stemmevolum, tonefall, blikk, øyekontakt, enkle tegnspråk, personlig rom, samhandlingsavstand og kroppsspråk som eksempelvis berøring og smil, er noen av uttrykkene som gir seg til kjenne gjennom non-verbal kommunikasjon (Hadziabdic et al., 2015; Jirwe et al., 2010; Hemberg og Vilander, 2017; McCarthy et al., 2013). *"You use body language instead and a smile.. We have learned that 70 % of communication is body language so why not use it: it is a great tool for communication"* (Jirwe et al. 2010:440).

Pasientsikkerheten blir svekket ved språkbarrierer, og det er viktig at pasienter med språkbarrierer har tilgang på hjelpemidler som kan forbedre kommunikasjonen. Det er sykepleiers ansvar å kartlegge pasientens behov for kommunikasjons hjelpemidler for å optimalisere pleien i helsetjenesten (McClimens et al. 2014). Flerspråklige ansatte blir brukt som oversettere i uforutsette- og hverdagssituasjoner (Hadziabdic et al., 2015; Hart og Mareno, 2013). Flere sykepleiere beskriver situasjoner hvor de gjør en innsats for å

forenkle kommunikasjonen. Noen sykepleiere lærer seg eksempelvis noen enkle ord på pasientens morsmål (Jirwe et al. 2010).

4.3. Kulturell kompetanse

Kommunikasjonen blir påvirket av sykepleierens kulturelle kompetanse. De fleste sykepleierne tydeliggjør hvordan en forståelse for forskjellige kulturelle normer og tradisjoner hjelper dem med å forstå at mennesker oppfører seg forskjellig og har forskjellige syn på verden. Sykepleier har ansvar for å gi pasienter god og nødvendig helsehjelp, uavhengig av etnisitet og språkforståelse. Det er nødvendig å anerkjenne at det er både kulturelle og individuelle forskjeller. Det er viktig å ivareta pasienter på en holistisk måte (Hemberg og Vilander, 2017;Jirwe et al., 2010).

"I just dont know if you can "teach" cultural sensitivity. Its just a matter of exposure. I've seen so many people sit through cultural diversity training and turn right around and do something insensitive" (Hart og Mareno 2013:2227). Sykepleier bør ikke være fordomsfull i sin yrkesutøvelse for å utøve kulturelt kompetent omsorg (Hart og Mareno, 2013;Jirwe et al., 2010; McClimens et al., 2014).

I enkelte tilfeller unngår sykepleier situasjoner med fremmedkulturelle pasienter i frykt for å gjøre feil eller fornærme pasienten, og unngå misforståelser (Jirwe et al., 2010;McClimens et al., 2014). Sykepleiere etterlyser mer opplæring om kulturelt mangfold og forståelse i sykepleierutdannelsen og hvordan dette påvirker sykepleien. Det er stor variasjon innenfor den enkelte kultur, og utfordringen er å lære seg preferansene og verdiene innenfor den enkelte kulturen (Hart og Mareno, 2013;Eklöf et al., 2014;McClimens et al., 2014). *"One big challenge is that one particular ethnic group may be different within itself"* (Hart og Mareno 2013:2227).

4.4. Faktorer som påvirker kommunikasjon

Når sykepleier og pasient ikke deler et felles språk, er kommunikasjonen mellom dem ofte anstrengt og begrenset. Dersom sykepleier ikke er i stand til å forstå pasienten, påvirker det sykepleierens mulighet til å få en fullstendig og detaljert historie. Flere sykepleiere føler ubehag når språkbarrierer forstyrrer kommunikasjonsprosessen (Hart og Mareno, 2013;Hadziabdic et al., 2015;McCarthy et al., 2013). *"Its not a very good feeling.. you want to help.. but dont really know where to start"* (McCarthy et al., 2013:337).

Helsepersonell er ansvarlige for å skape gode omsorgsrelasjoner med pasienter. Når sykepleier oppmuntrer og skaper en følelse av håp hos pasienten, og viser dem respekt, tillit og motiverer dem, påvirker dette sykepleier-pasient relasjonen til fordel for begge parter. Sykepleier-pasient relasjonen er en viktig forutsetning for god kommunikasjon, og omvendt (Hart og Mareno, 2013;Hemberg og Vilander, 2017). Tidsnød er en bekymring sykepleier har i forhold til å praktisere kulturelt kompetent omsorg på grunn av pasientens akutte helsesituasjon (Hart og Mareno 2013). I enkelte tilfeller er ikke sykepleiernes strategier tilstrekkelig for å samle omfattende informasjon om pasienten eller til å gi detaljert informasjon til pasienten (McCarthy et al. 2013).

5.0. DISKUSJON

5.1. Metodediskusjon

Forsberg og Wengström (2013) er en stor del av metoden. Vi brukte deres oppskrift på hvordan man gjennomfører et systematisk litteratursøk, og hvordan man analyserer artikler. Alle artiklene vi fant var kvalitative forskningsstudier, noe vi oppfatter som en styrke for vår studie. Vi søkte ikke spesifikt etter kvalitative studier, men vi tør påstå at disse er mest relevant med tanke på vår problemstilling, som omhandler sykepleiers erfaringer med fremmedkulturelle pasienter. Våre søk innebærer mer kvalitativ forskning fordi de baseres på intervjuer som gir mer innsikt i temaene. Artiklene vi har valgt ut stammer fra Sverige, Finland, Storbritannia, Irland og USA. Vi valgte artikler fra disse landene fordi innholdet er overførbart til nordiske forhold.

Gjennom denne prosessen har vi valgt å møtes for å jobbe sammen hver gang. Samarbeidet har fungert godt, og selv om det har vært tidkrevende føler vi at vi på denne måten har fått en rød tråd gjennom hele oppgaven. Vi gjennomførte alle søk sammen og ble enige om hvilke artikler vi skulle inkludere i oppgaven. Ved å jobbe sammen på denne måten føler vi at vi har kvalitetssikret arbeidet vårt. Under arbeidet med analysen valgte vi å lese og markere med fargekoder individuelt. Dette for å sikre at vi fikk med oss all nødvendig informasjon for deretter å sammenligne funnene våre med hverandre. Søkehistorikken ble utarbeidet påløpende i søkeprosessen som en sikkerhet for å ikke gå glipp av viktig data. Alle våre åtte artikler er skrevet på engelsk. Vi har oversatt innholdet til norsk, men tar forbehold om at vi kan ha feiltolket, eller kanskje ikke forstått alt av innholdet, selv om vi har brukt ordbok og google translate for å oversette avanserte enkeltord.

5.2. Resultatdiskusjon

5.2.1. Bruk av tolk

Det største hovedfunnet beskriver nødvendigheten av bruk av tolk som et hjelpemiddel i samhandling med fremmedkulturelle pasienter i helsetjenesten (Hadziabdic et al., 2015;Eklöf et al., 2014;McCarthy et al., 2013;Brämberg og Sandman, 2012). Når sykepleier og pasient ikke har et felles språk, kan det være hensiktsmessig å benytte tolk for å forbedre kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier og pasient. Bruk av tolk sikrer forståelse og nødvendig helseinformasjon. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 skal informasjonen være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som kultur- og språkbakgrunn (Helse og omsorgsdepartementet 1999/2016). Samarbeid med tolk er ofte en forutsetning for å sikre pasientens rett til informasjon, samtykke til helsehjelp også videre. Dette innebærer at helsepersonell er ansvarlig for tilfredsstillende kommunikasjon, og må derfor anskaffe profesjonell tolk dersom man har mistanke om at språkbarrierer kan være en utfordring (St.meld.nr.6. 2013). Hadziabdic et al. (2015) sier at i de fleste tilfeller er det helsepersonellens behov som avgjør om profesjonell tolk blir anvendt. Eklöf et al. (2014) sier at avgjørelsen om å bruke tolk er basert på behovet og kostnadene ved helsetjenesten etterfulgt av helsetjenestens retningslinjer. Praksis for bruk av tolk og andre kommunikasjonshjelpemidler varierer, og det er grunn til å anta at det er et stort underforbruk av tolk i helsetjenesten (St.meld.nr.6. 2013).

Sykepleiers ansvar innebærer å kartlegge behovet for tolk og bestilling av tjenesten. Dette gir ofte økt arbeidsmengde i en hektisk arbeidshverdag. Bestilling av og forberedelser til møter hvor man benytter seg av tolk blir sett på som utfordrende og ofte tidkrevende. Samtidig er bruk av tolketjenesten kostnadskreven, noe som kan påvirke sykepleiers avgjørelser om å benytte seg av tjenesten. Det er pasientens behov for tolk som skal avgjøre om tjenesten skal benyttes eller ikke, men i praksis er det flere faktorer som påvirker valg angående bruk av tolk. Dersom sykepleier velger å benytte seg av tolk der det er nødvendig, vil det kunne være bedre kvalitet på den sykepleien som gis. Informasjonen som sykepleier får fra pasienten vil ofte være mer fullstendig, og pasienten kan utvikle trygghet og tillit til sykepleier, som igjen er med på å bedre relasjonen mellom begge parter.

Tolken skal opptre som en objektiv formidler mellom sykepleier og pasient (Brämberg og Sandman, 2012;Hadziabdic et al., 2015). Ved utførelse av sin profesjonelle tolketjeneste er det med fordel at tolken er “usynlig” for å ikke påvirke samtalen med personlige innspill og unngå misforståelser. Derfor vil det i mange tilfeller være fordelaktig å bruke telefontolk. Dette sikrer også konfidensialiteten ved at man kan benytte seg av tolker som oppholder seg i en annen del av landet. Funn fra studiene Jirwe et al., (2010);Hadziabdic et al., (2015);Eklöf et al., (2014) viser imidlertid at sykepleier foretrekker tolk som er fysisk tilstede, fremfor telefontolk da dette forbindes med økt arbeidsmengde. Sykepleier opplever at eldre pasienter kan ha vanskeligheter med å oppfatte hva som blir formidlet gjennom telefonen, dels grunnet manglende synlig kroppsspråk og eventuelt nedsatt hørsel. I tillegg erfarer sykepleier at pasienter lett kan føle mistillit til tolken når vedkommende er fysisk til stede, da det er stor sannsynlighet for at tolken har en tilknytning til pasientens egen etniske og kulturelle gruppe. Dette fremkommer også av funnene til Brämberg og Sandman (2012);Eklöf et al., (2014). For små innvandrergupper kan det være vanskelig å overholde upartiskhet og taushetsplikt, noe som sykepleier særlig må ta hensyn til når man skal benytte seg av tolk. Sykepleier må ta utgangspunkt i at alle innen denne språkgruppen har kjennskap til hverandre. Derfor kan tolketjenesten i små språkmiljøer være problematisk (Hanssen 2005:64). Dette kan føre til at pasienten holder tilbake viktig informasjon, selv om han vet at tolken har taushetsplikt (Stubberud og Eikeland 2013:234).

Tolken er bundet til å utføre sitt virke i overensstemmelse med Yrkesetiske retningslinjer for tolker, som avgrensner og definerer tolkens ansvarsområdet. Dette innebærer blant annet å ikke påta seg oppdrag uten de nødvendige kvalifikasjoner, gjenfortelle innholdet i alt som blir sagt uten å tilføye, forandre eller utelate noe, tolke alltid upartisk og ikke delta i dialogen med egne råd eller meninger, skal ikke bidra med andre oppgaver enn tolkingen under oppdraget, og er pålagt å varsle når tolking ikke kan utføres på en forsvarlig måte. En tolk som gjennomfører arbeid eller tjenester for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil på lik linje med helsearbeidere være underlagt taushetsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven §6-1 og kommunehelsetjenesteloven §6-6. Taushetsplikten gjelder også etter endt oppdrag og etter at tolken har sluttet å praktisere sitt virke (Helsedirektoratet 2011). Ofte kan det være nødvendig og nyttig å forklare for pasienten hva taushetsplikt innebærer ettersom at det er et ukjent begrep for mange innvandrere, og samtidig gi forsikringer om at det som pasienten formidler ikke kommer ut

til andre personer (Hanssen 2005:64). Det er viktig å forstå formålet med taushetsplikten for å forstå den. Taushetsplikten kan bidra til å verne om pasientens integritet, og gi samfunnet tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Slik skal befolkningen føle trygghet til å henvende seg til helsetjenesten. I forbindelse med helsehjelpen skal taushetsplikten også bidra til at pasienter gir helsepersonell all nødvendig informasjon, fordi de føler seg sikre på at informasjonen ikke vil bli benyttet til et annet formål. I kraft av å være helsepersonell har sykepleier taushetsplikt (Lunde 2013:178). Sykepleier må ta hensyn til pasientens små etniske minoritetsgrupper for å sikre at pasientens privatliv blir beskyttet og at konfidensialiteten blir overholdt, samtidig som at pasienten føler seg respektert. Etter vår oppfatning kan det derfor være hensiktsmessig å bruke telefontolk fremfor å benytte en tolk som er fysisk til stede.

Det er ikke tilstrekkelig at tolken bare kjenner språket til henholdsvis avsenderen og mottakeren, men bør også ha flerkulturell kompetanse som innebærer at den enkelte også kjenner til nonverbale kommunikasjonsmåter, kommunikativ stil, pragmatikk og kontekst. En god tolk er ikke bare tospråklig, men også bikulturell (Dahl 2013:171).

I følge Hadziabdic et al. (2015); Jirwe et al. (2010); Brämberg og Sandman (2012); McCarthy et al., (2013) blir familie og venner ofte brukt som uformelle oversettere i daglige og akutte situasjoner. Det er stor variasjon på kvaliteten ved bruk av familiær oversetter. På grunn av manglende nødvendig vokabular og/eller samfunnsmessig forståelse er enkelte familiære/pårørende oversettere ikke kompetente til å ta på seg slike oppgaver (Hanssen 2005:61). En studie av Eklöf et al. (2014) sier at familiemedlemmer ikke blir brukt som oversettere på tross av at pasienten selv ønsker dette, fordi det blir sett på som et etisk dilemma med hensyn til pasientens personvern og privatliv. I tillegg kan det påvirke dynamikken i familien og familiemedlemmers roller, særlig ved bruk av barn som oversettere. Barn bør aldri brukes som oversettere fordi det skaper ubalanse i foreldre-barn relasjonen, spesielt i de tilfeller der helsepersonell kan gi barnet innsikt i foreldrenes situasjon, som barn ikke burde ha kjennskap i (Hanssen 2005:63). I Norge er bruk av barn som tolk forbudt (Justis og beredskapsdepartementet 1967/2016). Hadziabdic et al. (2015); Brämberg og Sandman (2012); McCarthy et al., (2013) sier at bruken av familiære oversettere kan ha en negativ følelsesmessig påvirkning på familiemedlemmene ved oversetting av sensitive og negative nyheter. Sykepleier må håndheve loven ved å ikke

bruke barn som oversettere, og ta hensyn til at familiemedlemmer ikke utsettes for sensitive og negative opplysninger, samt ivareta pasientens privatliv.

Hadziabdic et al. (2015); Jirwe et al. (2010); Brämberg og Sandman (2012); McCarthy et al., (2013) bruker ordet “interpreter” om familiære oversettere, selv om familien ikke utøver tolking. Vår oppfatning tilsier at det er en vesentlig forskjell på å utøve tolking og å oversette. En tolk er en ansatt som har de nødvendige kvalifikasjoner og ansvaret som medfølger tolketjenesten, som eksempelvis taushetsplikt og Yrkesetiske retningslinjer for tolk. En oversetter i dette tilfellet har ingen retningslinjer å overholde, og er dermed ikke underlagt faglig, etisk eller juridisk skjønn. Dette innebærer at en familiær oversetter kan velge å holde tilbake eller forandre på informasjon som skal oversettes. Pasienten kan også velge å holde tilbake informasjon på grunn av innholdets karakter for å skjerme familiemedlemmet som oversetter. Dette bekrefter Brämberg og Sandman (2012). Det er likevel situasjonsbetinget om det er hensiktsmessig å benytte seg av familiær oversetter. I tilfeller hvor man trenger svar på hverdagslige situasjoner, som eksempelvis hva pasienten ønsker til middag, kan man fint bruke norsktalende familiemedlemmer. Problemet oppstår når informasjonen som skal oversettes er av en personlig og sensitiv karakter.

Det er grunnleggende at sykepleier opptrer i henhold til lovverket og utøver faglig forsvarlighet i møte med den fremmedkulturelle pasienten. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier at sykepleier har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig, samt fremmer pasientenes mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon, og forsikre seg om at informasjonen er forstått. For at sykepleier skal kunne sikre tilstrekkelig og riktig bruk av tolk, er det vesentlig at ledelsen også legitimerer dette. Ved å bruke tolk på rett sted til rett tid, som når viktig informasjon skal formidles og forstås, og informasjon som eksempelvis har direkte betydning for behandlingen, utøver sykepleier faglig forsvarlighet og oppfyller samtidig lovverket. Sykepleiere etterspør opplæring i bruk av tolk. Det foreslås at ledelsen i de ulike helseforetakene utarbeider retningslinjer for hvordan man benytter seg av tolk, når man skal bruke tolketjenesten, og forenkling av kontaktmuligheter og bestilling (Hadziabdic et al. 2015). Etter vår oppfatning kan man i tillegg kurse helsepersonell i bruk av tolk for å optimalisere tjenesten. Dette er tiltak som ledelsen må tilrettelegge. Vi ser det som hensiktsmessig å ta hensyn til pasientens preferanser ved bestilling av tolk, som eksempelvis å bestille kvinnelige tolker til fremmedkulturelle kvinnelige pasienter der det

er behov. Dette styrker tilliten og relasjonen mellom sykepleier og pasient ved utveksling av informasjon, noe Eklöf et al. (2014) også sier.

5.2.2. Kommunikasjonsstrategier

Det er sykepleier som er ansvarlig for at all formidlet informasjon blir oppfattet korrekt. Dersom sykepleier og pasient ikke deler felles språk, er det avgjørende at sykepleier gjør en innsats for å forbedre kommunikasjon (Hemberg og Vilander 2017). Vi benytter oss av ulike kommunikasjonsstrategier når kompetansen ikke strekker til, eller når tilstrekkelig kommunikasjon ikke oppnås (Dahl 2013:155). Sykepleierne har strategier som å bryte ned eller forenkle den informasjonen de ønsker å formidle i et forsøk på å overvinne språk- og kulturbarrierer, og forenkle pasientforståelsen. Sykepleierne beskriver hvordan de ofte er nødt til å være kreative ved å bruke et spekter av non-verbale uttrykk for å forbedre kommunikasjonen (McCarthy et al. 2013). En av de viktigste og mest vanlige kommunikasjonsstrategiene er non-verbale kommunikasjon. Dette er noe sykepleiere ofte benytter seg av i møte med fremmedkulturelle (Hadziabdic et al., 2015;Jirwe et al., 2010;Hemberg og Vilander, 2017;McCarthy et al., 2013). Non-verbale strategier er en stor del av vår kommunikasjon. Non-verbale uttrykk er forskjellig i ulike kulturer, og må derfor fortolkes med dette som utgangspunkt (Eide og Eide 2014:198). Det er viktig å være oppmerksom på at non-verbale uttrykk ikke nødvendigvis har samme meningsinnhold i ulike kulturer. Muligheten for at vi mistolker det som skjer på det non-verbale planet er like stor som at vi kan mistolke det som skjer på det verbale planet i møte med mennesker med en annen kulturbakgrunn (Hanssen 2005:45-46). I følge Hadziabdic et al. (2015) erfarer sykepleiere at pleie av pasienter med fremmedkulturell bakgrunn er tidkrevende, med en økende arbeidsmengde fordi de må bruke kroppsspråk for å kommunisere. På tross av at sykepleier kan oppleve at non-verbale kommunikasjon kan være omfattende, veier likevel det positive opp for det negative. Bruk av non-verbale kommunikasjon resulterer med at pasienten forstår sykepleiers intensjon under pleien som gis, og dermed føler pasienten seg tryggere. Det er viktig at sykepleier kan observere ansiktsuttrykk og gestikulering i forskjellige situasjoner, fordi dette kan føre til gjensidig tillit (Hemberg og Vilander 2017).

I følge Hemberg og Vilander (2017);Jirwe et al., (2010) kan man ta i bruk bilder, tegninger og gjenstander som et verktøy ved kommunikasjonsproblemer. Dette er et forholdsvis

enkelt hjelpemiddel som alle kan benytte. For fremmedkulturelle anbefales det i tillegg at informasjonsmaterialet gjøres lettere tilgjengelig. Det kan utarbeides egne språkpermer for å sikre at fremmedspråklige pasienter får samme tilgang til informasjon som norsktalende pasienter. Språkpermen består av ulike situasjoner som kan oppstå på den aktuelle avdelingen, og er utformet på forskjellige språk som er relevante for pasientgruppen. Eksempler på setninger i permen kan være “*er du tørst?*”, “*du faster i dag*”, “*trenger du kvalmestillende?*”, “*har du smerter?*”. Bilder og enkle tegninger kan bidra til å illustrere teksten og fremme forståelsen. Spesielt for pasienter som er analfabeter eller har en redusert kognitiv funksjon, er bildene med på å øke forståelsen for disse pasientene. For å innhente data fra pasienten kan en også bruke andre hjelpemidler der tolk ikke kan oppdrives. Det kan være kroppsspråk, ulike tegn, bildekort eller peketavle (Stubberud og Eikeland 2013:226-227).

Både Hadziabdic et al. (2015) og Hart og Mareno (2013) viser til muligheten med å benytte seg av flerspråklige ansatte som oversettere. I akutte og hverdagssituasjoner er flerspråklige sett på som en ressurs for helsetjenesten. I følge Hart og Mareno (2013) er fordelen med bruk av flerspråklige ansatte at de har egenskapen med å kunne kommunisere på flere språk, og dermed muligheten til å etablere en relasjon til pasienten og vedkommendes familie. I helsetjenesten finnes flerspråklige helsepersonell som kan benyttes. Dette er ikke en optimal løsning fordi det kan føre til at ansatte får tilgang på informasjon som en ikke bør ha, i tillegg til at det skaper uklare roller, men i enkelte tilfeller kan det være ytterst nødvendig å få oversatt en samtale i en akutt situasjon. Det er da en selvfølge at helsepersonellet som anvendes har taushetsplikt for pasientinformasjonen som de får. Flerspråklige ansatte kan utligne språkbarrierer, øke pasientens medvirkning og minske eventuelle diskriminerende holdninger (Stubberud og Eikeland 2013:234). Det foreslås ikke at all helsepersonell bør bli flerspråklige, men det fremhever nødvendigheten for å utvikle strategier, for å forsikre at språkbarrierer reduseres til det minimale og ikke går på akkord med pasientsikkerheten (McClimens et al. 2014). Studien til Hadziabdic et al. (2015) viser at ved å bruke flerspråklige helsepersonell for oversetting kan dette også ha en negativ konsekvens fordi pasienten kan føle seg avhengig av den flerspråklige ansatte. Dette innebærer at de kanskje ikke er villige til å snakke om enkelte ting i frykt for å klage på den pleien som blir gitt av andre kollegaer. Oversetting er ikke en del av den flerspråkliges ansattes opprinnelige arbeidsoppgaver, derfor kan de ansatte dette gjelder føle seg utnyttet av arbeidsgiver i slike situasjoner.

5.2.3. Kulturell kompetanse

Kulturelle forskjeller mellom pasient og helsepersonell påvirker kommunikasjonen (Stubberud og Eikeland 2013:224). Hemberg og Vilander (2017) og Jirwe et al. (2010) sier at sykepleiere har et spesielt ansvar for å ta hensyn til pasientens behov når det gjelder pasientens kultur og å vise respekt for dette, særlig i omsorgssituasjoner. Respekt betyr også å ha mot til å oppfordre pasienter fra en annen kultur til å uttrykke sine behov og ønsker om sin egen omsorg. Dette øker tilliten og pasientene føler at de blir sett, og at sykepleierne ønsker dem godt. Et viktig redskap for å ha mulighet til å kunne ivareta grunnleggende behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn er flerkulturell kompetanse. Det kan gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med respekt og omsorg når sykepleier viser kunnskap om vedkommendes kultur, og hvordan dette påvirker pleien som gis. Dette kan bidra til at pasienten opplever møtet med helsevesenet som noe mer positivt (Stubberud og Eikeland 2013:218). Jirwe et al. (2010) sier at kulturell kompetanse gir sykepleier mer selvtillit til å takle ukjente situasjoner som også fører til bedre kommunikasjon. Helsepersonell trenger kulturell kompetanse for å gi likeverdige tjenester til alle og for å ivareta pasienter i en globalisert verden.

Gjennom å akseptere pasienters ulikheter vil man oppnå en likeverdig behandling fordi alle mennesker er forskjellige. Kulturelt kompetent helsearbeid betyr at helsepersonell tar hensyn til pasientens ulike reaksjoner og erfaringer med utgangspunkt i deres bakgrunn, kultur, etnisitet og religion. Dette betyr ikke at man skal kjenne til alle aspektene ved alle kulturer, men sykepleier må likevel ha en forståelse av hvordan kulturelle forskjeller kan ha en innvirkning på pasientens reaksjoner (Ingstad 2013:116). Hemberg og Vilander (2017) påpeker at en bør bli kjent med pasientens kultur, men trenger ikke nødvendigvis å akseptere alt hva denne kulturen innebærer. Helsepersonell kan i tillegg ha et så ekstremt fokus på å framstå som så aksepterende og respekterende at de ikke våger å tilnærme seg pasienten ut fra sitt profesjonelle skjønn, noe som vil påvirke sykepleier-pasient relasjonen og kvaliteten på sykepleien. Sykepleier kan bli så bekymret og stresset for å utøve "kulturelle feil" at en unnlater å behandle pasienten som et medmenneske, som har de samme krav og ønsker for støtte og trøst som en etnisk norsk pasient har. Det er i tillegg slik at når en etnisk norsk pasient gir uttrykk for misnøye, blir dette enkelt forklart med psykologi, men når en fremmedkulturell pasient med etnisk minoritetsbakgrunn gir uttrykk for det samme blir dette avfeid med kultur. Utfordringen er å se hele mennesket, fordi det er mennesker som møtes, ikke kulturer (Hanssen 2015:158).

Det er viktig for sykepleier å ikke være forutinntatt med tanke på fremmedkulturelle pasienter når man lærer om kulturelle forskjeller (Jirwe et al. 2010). Hvis utgangspunktet i et møte mellom sykepleier og pasient preges av fordommer, vil vi trolig ikke være tilbøyelige til å forandre våre forutinntatte oppfatninger om en spesifikk sosial gruppe, eller en som representerer den, på tross av at vi gjør oss nye erfaringer og tilegner oss nye opplysninger knyttet til gruppen. Denne holdningen er ikke noe som fremmer kommunikasjon og mellommenneskelig forståelse. Fordommer er en holdning som ikke er åpen for endringer, og har derfor en negativ klang (Dahl 2013:69). I følge Jirwe et al. (2010) og McClimens et al. (2014) uttrykker sykepleiere bekymring for å gjøre feil når de opptrer i møte med fremmedkulturelle. Bekymringen er størst når de kommer opp i ukjente situasjoner, eksempelvis i møte med pasienter fra land de ikke har tidligere pasienterfaring med. Det er vesentlig at sykepleier med sin kulturelle kompetanse forstår at det er både kulturelle forskjeller og samtidig individuelle ulikheter innad i de ulike kulturene. Sykepleier kan etter beste evne utvise forståelse, innsikt og fantasi i mellommenneskelige situasjoner. På den måten kan sykepleier ivareta pasienten med gjerninger og ord som ut i fra pasientens spesifikke behov, situasjonen og ens egen profesjonelle skjønn er hensiktsmessig, fornuftig og saklig, på tross av hvilken bakgrunn pasienten har (Hanssen 2015:158).

5.2.4. Faktorer som påvirker kommunikasjonen

Språkbarrierer er en annen utfordring for sykepleier. Helsepersonell forteller om vanskeligheter med å skape en relasjon med pasienten, og utvikle tillit i sykepleier-pasient forholdet (Hart og Mareno 2013). Mellom helsepersonell og personer med innvandrerbakgrunn kan språkbarrierer utgjøre en risiko for uheldige hendelser eller feil i behandlingen. For grupper som av forskjellige årsaker har vansker med å uttrykke sine behov, kan språkbarrierer også gjøre tilgangen på tjenester dårligere for denne gruppen mennesker (St.meld.nr.6 2013).

Kommunikasjonsproblemer oppleves som en viktig faktor for at sykepleiere synes det er vanskelig å ha ansvaret for fremmedkulturelle pasienter i helsetjenesten (Stubberud og Eikeland 2013:224-225). Sykepleier er ansvarlig for å utvikle gode omsorgsrelasjoner med pasienter (Hemberg og Vilander 2017). Språkbarrierer gjør det vanskelig for sykepleieren å utvikle en god relasjon til pasienten, og sykepleier bruker mye tid på å forstå og bli

forstått. Adekvat kommunikasjon er grunnleggende for sykepleierens datainnsamling om pasienten, og for å fremme pasientens instrumentelle, emosjonelle og kognitive kontroll. Tilstrekkelig kommunikasjon fremmer pasientens opplevelse av sosial tilhørighet, forutsigbarhet og den enkeltes kompetanse til å være delaktig i behandlingen av sin egen sykdom. Utilstrekkelig kommunikasjon kan i verste fall føre til konflikter som får et negativt utfall for pasientens behandlingsresultat (Stubberud og Eikeland 2013:224-225).

Sykepleier og pasient kan snakke samme språk, men de identiske ordene kan ha forskjellig symbolsk betydning. Dette kan føre til misforståelser og forvirring. Da man tilsynelatende samtaler om det samme, kan det derfor ta tid å oppdage problemet. Et eksempel på dette kan være ordet “kjekk”, som i enkelte deler av landet betyr “bra utseende”, mens andre steder i landet kan det samme ordet bety “hyggelig”. Vår symbolbruk kan være vanskelig å forstå for den fremmedkulturelle pasienten, på samme måte som at sykepleier kan ha vanskeligheter med å forstå pasientens bruk av symboler. Eksempelvis kan en muslimsk pasient ha en annen forståelse av ordet “faste” enn det norske helsepersonell har. Ordet “faste” for en muslim forbindes med Ramadans faste, og betyr derfor at de kan spise og drikke så mye de vil mellom solnedgang og soloppgang, mens faste for en norsk sykepleier innebærer ingen mat og drikke overhode (Hanssen 2005:58-59). Dette fremhever viktigheten av at sykepleier tar dette med i betraktningen i samhandling med fremmedkulturelle pasienter.

6.0. KONKLUSJON

Gjennom et systematisk litteratursøk har vi kommet frem til fire hovedelementer som sykepleier er nødt til å være klar over for å få til en kvalitetssikret og god kommunikasjon. Vår studie viser at det er hensiktsmessig å benytte seg av tolketjenester når kommunikasjonen er utilstrekkelig, for å sikre adekvat informasjonsutveksling mellom gjeldende parter. Helsepersonell er pålagt ved lov å forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet i helsehjelpen som ytes, og bruk av tolk er et viktig hjelpemiddel i denne prosessen.

Funn viser at ulike kommunikasjonsstrategier er et positivt supplement for å fremme både kommunikasjonen og relasjonen mellom sykepleier og pasient. Non-verbal kommunikasjon og objekter som bilder, tegninger og gjenstander er eksempler på strategier som kan benyttes. Samtidig er flerspråklige ansatte en ressurs i helsetjenesten, men som også må brukes med respekt og omhu da de er et pluss for organisasjonen i kommunikasjonssammenheng. En viktig forutsetning i møte med fremmedkulturelle pasienter er at sykepleier har kulturell kompetanse, da dette kan bidra til å gi økt forståelse for hvordan pasientens holdninger og opplevelser, og grunnen til dem, kan utarte seg i forskjellige situasjoner. Det siste funnet er faktorer som påvirker kommunikasjonen, og det innebærer språkbarrierer og utvikling av sykepleie-pasient relasjonen.

Vi vil med dette konkludere med at en burde ha mer fokus på disse elementene i utdannelses-øymed for å forberede sykepleier på interkulturelle møter og sikre at fremtidige fremmedkulturelle pasienter både blir møtt med respekt, verdighet og en profesjonalitet av god kvalitet i helsetjenesten. Forslag til nyere forskning kan henholdsvis være hvordan pasienter med fremmedkulturell bakgrunn opplever kommunikasjonen i møte med det norske helsevesenet, for i tillegg å belyse pasientperspektivet.

LITTERATURLISTE

- Brämberg, E. og Sandman, L. (2012). Communication through in-person interpreters: a qualitative study of home care providers' and social workers' views. I: *Journal of Clinical Nursing* 22:159-167. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04312.x
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker - Innføring i interkulturell Kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. og Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eklóf, N., Hupli, M. og Leino-Kilpi, H. (2014). Nurses' perception of working with immigrant patients and interpreters in Finland. I: *Public Health Nursing* 32(2):143-150. DOI: 10.1111/phn.12120
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hadziabic, E., Lundin, C. og Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. I: *BMC Health Services Research* 15:458-471. DOI: 10.1186/s12913-015-1124-5
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, I. (2015). Interkulturell Sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. og Skaug, E.A. (Red.). *Grunnleggende Sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (135-160).
- Hart, P. og Mareno, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. I: *Journal of Clinical Nursing* 23:2223-2233. DOI: 10.1111/jocn.12500

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personel i helse- og omsorgstjenestene*. (Online). Lastet ned: 30.01.17, fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (2014). *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. (Online). Lastet ned den 16. mai 2017, fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>

Helse og omsorgsdepartementet (1999/2016). *Helsepersonelloven* av 02.07.1999, nr. 64. (Online). Lastet ned den 02.02.17, fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Helse og omsorgsdepartementet (1999/2016). *Pasient og brukerrettighetsloven* av 02.07.1999, nr. 63. (Online). Lastet ned den 02.02.17, fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Hemberg, J.A. og Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. DOI: 10.1111/scs.124033

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Jirwe, M., Gerrish, K. og Emami, A. (2010). Student nurses experiences of communication in cross-cultural care encounters. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24:436-444 . DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x

Justis og beredskapsdepartementet (1967/2016). *Forvaltningsloven* av 02.10.1967. (Online). Lastet ned den 02.02.17, fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

- Lunde, B.V. (2013). Juss og etikk i sykepleien. I: Brinchmann, B.S. (Red). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (166-187).
- McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. og Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. I: *British Journal of Nursing* 22(6):335-339. DOI: 10.12968/bjon.2013.22.6.335
- McClimens, A., Brewster, J. og Lewis, R. (2014). Recognising and respecting patients' cultural diversity. I: *Nursing Standard* 28(28):45-52. DOI: 10.7748/ns2014.03.28.28.45.e8148
- Norsk senter for forskningsdata (2017). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. (Online). Lastet ned den 19.mai 2017, fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Slettebø, Å. (2013). Forskningsetikk. I: Brinchmann, B.S. (Red). *Etikk i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (209-226).
- Statistisk sentralbyrå (2017). *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere*. (Online). Lastet ned den 20.01.17, fra: <http://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>
- St.meld. nr. 6 (2012-2013). En helhetlig integreringspolitikk. Oslo: Barne - og likestillingsdepartementet. (Online). Lastet ned den 30.01.17, fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-6-20122013/id705945/sec1>
- Stubberud, D.G. og Eikeland, A. (2013). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I: Stubberud, D.G. (Red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (215-250).
- Viken, B. og Magelssen, R. (2010). Kulturelle forskjeller og dialog. I: Kumar, B.N. og Viken, B. (Red). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget. (59-80).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Norsk sykepleieforbund. ICNs etiske regler

Vedlegg 1.

Søkehistorikk – tabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Transcultural nursing AND communication	9/1-17	Cinahl Complete	17	8	2	1 Eklöf m.fl. (2014)
Cultural diversity AND communication AND nursing	9/1-17	Cinahl Complete	32	9	3	1 Hart og Mareno (2013)
Intercultural communication, nursing	20/4-17	Pubmed	39	6	2	1 Hemberg og Vilander (2017)
Nursing, communication challenges, cultural diversity	20/4-17	Pubmed	36	9	2	1 McCarthy m.fl. (2013)
Patient communication challenges, cultural diversity, nurse	10/1-17	Pubmed	21	7	1	1 McClimens m.fl. (2014)
Communication, transcultural nursing	10/1-17	Svemed	4	4	3	1 Jirwe m.fl. (2010)
Cultural diversity, nursing, immigration, communication, experience	20/4-17	Pubmed	10	5	2	1 Hadziabdic m.fl. (2015)
Bilingual communication AND nursing	13/1-17	Cinahl Complete	1	1	1	1 Brämber og Sandman (2012)

Litteratormatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Jirwe, M., Gerrish, K. og Emami, A. 2010. "Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters." Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol.nr. 24:436-444. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x	Hensikten var å utforske sykepleierstudenters erfaringer med kommunikasjon i møte med flerkulturelle pasienter.	Student nurses, nurse education, framework approach, communication, cross-cultural communication, cross-cultural care encounter, multicultural, cultural competence	Metoden er en kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført på 10 avangsstudenter fra et universitet i Sverige. Fem deltakere hadde svensk bakgrunn, og fem hadde utenlandsk bakgrunn. Inkluderingskriterier var at studentene hadde gjennomført et kurs i flerkulturell sykepleie og at de hadde tidligere arbeidserfaring i pleie med flerkulturelle pasienter. Lyddopptak fra intervjuene ble skrevet ned ordrett og analysert gjennom fem stadier.	Fire tema ble identifisert: 1. beskriver møtene i pleie med flerkulturelle pasienter 2. utfordringer i kommunikasjon 3. kommunikasjonsstrategier 4. strategier og faktorer som påvirker kommunikasjon Sykepleierstudentene erfarte vanskeligheter spesielt i kommunikasjon med pasienter hvor de ikke hadde felles språk. Dette førte til at pleien ble upersonlig og mekanisk. Studentene var redd for å gjøre feil, og manglet ferdigheter og selvtillit i samtale med pasientene. Ulike strategier ble brukt for å overkomme kommunikasjonsbarrierer, inkludert bruken av pårørende som tolk, nonverbal kommunikasjon, fakter eller gjenstander. Andre faktorer som påvirket kommunikasjonen inkluderer studentens holdning, kulturkunnskap som de ervervet gjennom utdanning og livserfaringer.	Denne studien belyser viktige erfaringer som sykepleierstudenter har gjort seg i møte med fremmedkulturelle pasienter, og ulike kommunikasjonsstrategier for å overkomme språk- og kulturbarrierer. Studien er relevant i forhold til vår oppgave, og den er svensk, noe vi kan relatere oss til. Den ble publisert i 2010, og er den eldste artikkelen vi har valgt å inkludere. Norge og Sverige opplever mange av de samme problemstillingene i forhold til pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Eklôf, N., Hupli, M. og Leino-Kilpi, H. 2014. "Nurses' perception of working with immigrant patients and interpreters in Finland." Public Health Nursing. Vol.nr. 32(2):143-150. DOI: 10.1111/phn.12120</p>	<p>Hensikten var å beskrive sykepleiers oppfatninger av hvilke faktorer som bør vurderes når man bruker tolk i primærhelsetjenesten, i møte med utenlandske pasienter.</p>	<p>Immigrant, interpreter, primary health care</p>	<p> Dette var en kvalitativ studie. 8 finske, kvinnelige helsesøstre som jobbet i primærhelsetjenesten, og som hadde erfaring med bruk av tolk deltok i studien. Deltakerne ble valgt med målrettet utvelgelse fra en liste over helsesøstre som er ansvarlig for immigranter i sine helsetjenester. Data ble samlet inn med individuelle intervjuer. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptak og skrevet ned. Dataene ble analysert av forskerne med bruk av induktiv innholdsanalyse. De nedskrevne intervjuene ble lest flere ganger for å se helheten. Dataene ble deretter delt opp, hvor parallelle elementer ble gruppert i underkategorier som deretter ble kombinert i kategorier basert på deres likheter.</p>	<p>Analysen fant 3 hovedkategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. faktorer knyttet til tolken 2. faktorer knyttet til sykepleieren og helseorganisasjonen 3. faktorer knyttet til pasienten og deres kultur <p>Viktige kriterier for tolker er blant annet deres faglige kunnskap, yrkesrolle og personlige karakter. Nøye planlegging og realisering av avtalen er avgjørende for riktig bruk og kostnadseffektivitet. Pasientens vanskeligheter med å forstå tolkens rolle, beskyttelse av pasientens privatliv, og pasientens ønsker om bruk av tolk, er faktorer som må tas med i betraktningen.</p>	<p>Er relevant til vår oppgave fordi de skriver om faktorer som påvirker bruken av tolk, og den er finsk. Artikkelen er publisert i 2014. Hovedfunnet i vår oppgave er bruk av tolk, noe denne studien omhandler. De poengterer pasientens rett til privatliv og personvern i forhold til bruk av familiær/pårørende oversetter. Den belyser også viktigheten av å fokusere på sykepleie til fremmedkulturelle i utdanningen, for å gi økt kunnskap og ferdighet i disse kulturelle møtene.</p>

Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. og Tuohy, D. 2013. "Conversations through barriers of language and interpretation." <i>British Journal of Nursing</i>. Vol.nr.: 22(6):335-339. DOI: 10.12968/bjon.2013.22.6.335</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive sykepleiers erfaringer med språkbarrierer og bruken av tolk innenfor konteksten av et utviklende miljø i helsetjenesten i Irland.</p>	<p>Culture, assessment, nursing, language, interpreters, Ireland.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Inkluderingskriterier for studien var at de frivillige måtte være sykepleiere som hadde arbeidserfaring med flerkulturelle. 5 kvinnelige og 2 mannlige sykepleiestudenter ble frivillig inkludert. Data ble samlet inn med semistrukturerte intervjuer. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptak og nedskrevet ordrett. Forskerne analyserte datamaterialet og ble enige om hva som var viktige funn.</p>	<p>2 sentrale funn ble identifisert i dataanalysen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. begrenset dialog: hovedfokuset var påvirkningen av språkbarrierer i pleien, og strategiene som ble brukt av deltakerne for å finne en felles mening av individuelle pasientbehov. Når deltakerne og pasienten ikke har samme morsmål ble kommunikasjonen ofte anstrengt og begrenset. 2. Talemåter gjennom tolkning: dette temaet presenterer funn gjennom deltakernes erfaringer med bruk av formelle, så vel som uformelle tolker. Deltakernes bevissthet for tolkernes forskjellige talemåter til pasienter påvirker det terapeutiske forholdet, ble også presentert. <p>Funnene indikerer at kommunikasjon mellom to individer som ikke deler samme språk er utfordrende. Deltakerne ytret bekymring ifht å få en ufullstendig evaluering som utgangspunkt for sykepleien. Bruk av tolk er et hjelpemiddel i denne prosessen, men kan også være utfordrende å organisere og benytte seg av.</p>	<p>Studien fokuserer på kommunikasjonsstrategier og faktorer som påvirker kommunikasjon. Den nevner også bruk av tolk, både profesjonell tolk og familiær/pårørende oversetter. Studien antyder at viktig informasjon kan gå tapt ved bruk av familær/pårørende oversettere. Studien er irsk og er derfor overførbar til nordiske forhold. Artikkelen er publisert i 2013.</p>

Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Hadziabic, E., Lundin, C. og Hjelm, K. 2015. "Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare." BMC Health Services Research. Vol.nr. 15:458-471. DOI: 10.1186/s12913-015-1124-5	Denne studien tar opp spørsmål angående kommunikasjon i helsevesenet, med et spesielt fokus på tolkning mellom helsepersonell og pasienter med forskjellig etnisk og språklig bakgrunn. Studiens hensikt er å utforske tolkningspraksis i flerspråklige sykehjem.	Ethnicity, multilingual elderly healthcare, interpretation, interpretation practices, organization	Dette er en kvalitativ studie. Studien inkluderte 31 kvinnelige og 2 mannlige, i alt 33 personer som hadde gjennomsnittlig 22 års arbeidserfaring med flerspråklige pasienter i sykehjem i Sverige. Data ble samlet inn via individuelle intervju og fokusgrupper med intervjuguide utviklet basert på tidligere forskning. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptak og skrevet ned. Dataene ble analysert med induktiv, kvalitativ innholdsanalyse for å identifisere særpreg, og for å oppdage forhold mellom erfaringer. Gjennom hele analyseprosessen søkte forskerne etter regelmessigheter, motsetninger og likheter.	Hovedresultatet viste at tolkningspraksis i flerspråklige sykehjem var nært knyttet til institusjonelle, mellommenneskelige og individuelle nivåer. Det var fravær av retningslinjer for bruk av tolk på organisasjonsnivå. Autoriserte tolker ble brukt i forutsigbare, planlagte situasjoner, og flerspråklige helsepersonell og familiemedlemmer ble brukt som tolk i daglige raske gjøremål og i uforutsigbare situasjoner. Den autoriserte tolken ble oppfattet som en person som skulle tolke muntlig kommunikasjon ordrett og som skulle oversette skriftlig informasjon. I tillegg ble bruken av profesjonell tolk ikke tilpasset i forhold til flerspråklige sykehjem.	Studien er svensk og ble publisert i 2015. De vektlegger bruk av tolk, faktorer som påvirker kommunikasjon og kommunikasjonsstrategier. Ved bruk av tolk kan man benytte profesjonell tolk eller familiær/pårørende oversetter. De antyder at bruk av familiær/pårørende oversettere er lettest tilgjengelig, men påpeker at kvaliteten kan være dårligere grunnet mangel på bikulturell kompetanse og emosjonell tilknytning. Artikkelen omhandler også flerspråklige ansatte som oversettere, og at det kan ha en negativ effekt. Pasienten kan føle avhengighet til den ene ansatte, og den flerspråklige kan føle seg utnyttet av arbeidsgiver.

Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Hemberg, J.A. og Vilander, S. (2017). "Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture". Scandinavian Journal of Caring Sciences. DOI: 10.1111/scs.12403 3</p>	<p>Studiens hensikt er å avdekke en forståelse av fellesskapet mellom sykepleier og pasient når disse ikke snakker samme språk. Forskningsspørsmålet er hva er betydningen av kommunikasjon i et pleieforhold, når pasient og sykepleier ikke snakker samme språk?</p>	<p>Caregiving, cultural issues, cultural competence, nurse-patient relationship</p>	<p>Data ble samlet inn gjennom spørreskjema. 8 sykepleiere og 2 voksne fra en annen kultur deltok i studien. Spørreskjema ble brukt for å forsikre at deltakerne tok den tiden de trengte for å svare på spørsmålene.</p> <p>Sykepleierne snakket finsk og hadde lang arbeidserfaring, og hadde også jobbet som sykepleiere i utlandet og hadde derfor kulturell erfaring. De to fremmedkulturelle snakket engelsk, og hadde vært innlagt på sykehuset. De var nå utskrevet, og ble kontaktet personlig av forskeren.</p> <p>Spørreskjema ble brukt for å sikre konfidensialitet, da deltakerne var kjente av forskerne. Teksten ble analysert med latent innholdsanalyse i henhold til Kyngäs og Vanhanen. Dataanalysen ble utført ved å kategorisere dataene i hovedtema og undertema.</p>	<p>Kjærlighet til mennesket er grunnlaget for et omsorgsforhold, da det når utover grensene for kulturelle forskjeller. Integritet er viktig for den kulturelle respekten, og spesielt for å ta hensyn til åndelige behov i omsorgsforholdet. En bekreftende tilstedeværelse er viktig. Kreativitet er viktig for adekvat kommunikasjonen, og kontinuerlig informasjon er avgjørende for å etablere tillit innad i omsorgsforholdet. Det er viktig å ivareta pasientene på en holistisk måte og oppmuntre dem til å uttrykke deres meninger. Selv om sykepleier ikke forstår pasientens morsmål, er det avgjørende at de likevel gjør en innsats og viser at de ønsker å kommunisere med pasienten. Ved å oppmuntre pasienten til å delta, gjør at pasienten føler seg ivaretatt og at verdigheten opprettholdes.</p>	<p>Artikkelen er finsk og er forskning av nyere dato. Studien belyser viktige kommunikasjonsstrategier i møte med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. De vektlegger viktigheten av å ivareta pasienten på en holistisk måte, uavhengig av bakgrunn, kultur og språk.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>McClimens, A., Brewster, J. og Lewis, R. 2014. "Recognising and respecting patients' cultural diversity." Nursing Standard. Vol.nr. 28(28):45-52. DOI: 10.7748/ns2014.03.28.28.45.e8148</p>	<p>Hensikten var å utforske sykepleierstudenters erfaringer av omsorg for pasienter fra ulike, og ofte ukjente kulturelle bakgrunner.</p>	<p>Cultural competence, cultural diversity, nursing students, qualitative study, research</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Forskerne gjennomførte en innledende pilotfokusgruppe hvor 17 sykepleierstudenter ble invitert til å delta. 3 studenter ble enige om å delta. Etter pilotfokusgruppene gjennomførte forskerne 3 fokusgrupper med studenter fra 3 felt i sykepleie: mental helse, lærevansker og sykepleie. 15 studenter valgte å delta i studien, av 127 spurte. Fokusgruppene gikk ut på at sykepleierstudentene skulle beskrive sine erfaringer med kulturelt mangfold. Alle fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på lydopptak og skrevet ned. Forskerne leste nøye gjennom materialet og fant viktige elementer i konteksten.</p>	<p>Sykepleierstudentene uttrykte vanskeligheter og utfordringer i det å møte de kulturelle behovene til pasientene, med særlig fokus på problemer knyttet til språk, mat og kjønn. Funnene viser at pasientsikkerheten blir svekket ved språkbarrierer, og det er viktig at pasienter med språkbarrierer har tilgang på hjelpemidler som kan forbedre kommunikasjonen. Pasientene kan ofte føle at deres identitet blir truet dersom deres skikker og preferanser blir ignorert. Kvinnelige pasienter foretrekker kvinnelig helsepersonell for å utføre intim pleie, uavhengig av deres kultur, religion og etniske opprinnelse.</p>	<p>Artikkelen er britisk, og er derfor overførbart til nordiske forhold. Den er publisert i 2014. Studien utdyper ulike faktorer som sykepleier må ta med i betraktning i møte med fremmedkulturelle pasienter. De tydeliggjør i studien at helsepersonells holdninger og innstilling påvirker utøvelsen av sykepleie. Pasienter er først og fremst individer og ikke et produkt av én felles kultur.</p>

Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Hart, P. og Mareno, N. 2013. "Cultural challenges and barriers through the voices of nurses." Journal of Clinical Nursing. Vol.nr. 23:2223-2233. DOI: 10.1111/jocn.12500</p>	<p>Hensikten var å oppdage og beskrive utfordringer og barrierer som oppfattes av sykepleiere i å gi kulturelt kompetent omsorg, i sine daglige møter med ulike pasientgrupper.</p>	<p>Barriers, challenges, culturally competent care, nurses, qualitative</p>	<p> Dette var en kvalitativ studie. 374 sykepleiere deltok i studien. Av disse var det 343 kvinnelige og 31 mannlige deltagere. Datainnsamling ble foretatt med 2 ulike spørreskjema, med henholdsvis 9 og 54 spørsmål. NIVO, en kvalitativ data management programvarepakke, ble brukt for databehandling og analyse. Tematisk analyse ble utført på dataene for å avdekke likheter av betydning.</p>	<p>Tre temaer ble identifisert gjennom analysen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. stort mangfold. Sykepleierne nevnte det store antallet ulike kulturer og vanskeligheter med å lære kulturelle preferanser fra så mange forskjellige kulturer. 2. Mangel på ressurser. Sykepleierne snakket om mangel på ressurser til å lære og å utøve kulturelt tilpasset omsorg. Språkbarrierer var en annen utfordring. Sykepleiere tok opp vanskeligheter med å knytte bånd til pasienten og få tillit i sykepleiers-pasient forholdet. 3. Fordommer. Noen sykepleiere utrykte tanker om at personer fra andre land og kulturer burde tilpasse seg sitt nye land. Flere sykepleiere tok opp viktigheten av å ikke være fordomsfull i sin yrkesutøvelse for å gi helhetlig og likeverdig omsorg til alle. 	<p>Studien er fra USA, og er overførbart til nordiske forhold. Artikkelen er publisert i 2013. Studien omhandler utfordringer og språkbarrierer i kulturelle møter, noe som er relevant for vårt tema. For å være i stand til å utøve kulturelt kompetent omsorg, er det grunnleggende at sykepleier har kulturell kompetans, samt den individuelle forutsetninger til å utøve omsorg.</p>

Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Brämberg, E. og Sandman, L. 2012. "Communication thorough in-person interpreters: a qualitative study of home care providers´and social workers´views." Journal of Clinical Nursing. Vol.nr. 22:159-167. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04312.x	Hensikten med denne studien var å beskrive erfaringer med tolkebruk i hjemmetjenesten i Sverige, og tilby forslag til forbedring i praksis basert på disse funnene.	Caregivers´views, communication barriers, focus groups, home care services, qualitative research	<p>Dette er en kvalitativ studie. Utvalget bestod av 27 personer. Blant disse var det sykepleiere, hjelpepleiere og sosialarbeidere som jobbet i hjemmetjenesten. Inkluderingskriteriene var at deltakerne hadde erfaringer med bruk av tolk i hjemmetjenesten. Deltakerne hadde fra 1-15 års ansiennitet. Datainnsamling foregikk ved semistrukturerte fokusgruppeintervjuer, og intervjuene bestod av åpne spørsmål. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptak og skrevet ned. De transkriberte data ble lest gjennom flere ganger for å få en oversikt over innholdet for å se forskjeller og likheter med erfaringene knyttet til bruk av tolk.</p>	<p>Resultatet gav uttrykk for et tradisjonelt syn på tolkingen der tolken er ment å fungere i større eller mindre grad som en objektiv og nøytral kanal eller formidler av det som blir sagt. Den profesjonelle tolken var forventet å kommunisere alt som ble sagt mellom sykepleier og pasient, samt forklare innholdet og medisinske betegnelser til pasienten selv om sykepleier ikke formidlet dette. Et annet funn var at viktig informasjon fra både pasient og sykepleier kan gå tapt fordi informasjonen skal gå gjennom et ekstra ledd, og i tillegg oversettes til et annet språk.</p>	<p>Studien er svensk, og er publisert i 2012. Artikkelen omhandler bruk av både profesjonelle tolker og familiær/pårørende oversetter. Den poengterer positive og negative konsekvenser ved bruk av tolker og oversettere i helsetjenesten, som for eksempel at familiære oversettere kan unnlate å formidle viktig informasjon.</p>