

Fatimatu Saddique

Kandidatnummer: 10042

## Er jeg forstått? Kommunikasjon mellom pasienter med minoritetsbakgrunn og helsepersonell

Antall ord: 8561

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Arnhild Hammerås Vestnes

Mai 2021





Fatimatu Saddique

Kandidatnummer: 10042

**Er jeg forstått?  
Kommunikasjon mellom pasienter  
med minoritetsbakgrunn og  
helsepersonell**

**Antall ord: 8561**

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Arnhild Hammerås Vestnes  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden





# Sammendrag

**Bakgrunn:** Antall innbyggere i Norge med forskjellige kulturell bakgrunn har økt betydelig de siste 10-20 år. Endringen fra det monokulturelle til det flerkulturelle samfunnet påvirker helsetjenestene. Det oppstår flere utfordringer under utøvelse av sykepleie i møte med flerkulturelle pasienter grunnet språkbarrierer og kulturforskjeller. Det finnes forskning om sykepleieres opplevelser i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn, men mindre antall studier på pasienters opplevelser.

**Hensikt:** Hensikten med studien er å finne ut hvordan pasienter med minoritetsbakgrunn opplever kommunikasjon i møte med helsepersonell og hvilke konsekvenser det har for sykepleien.

**Metode:** Dette er en systematisk litteraturstudie der åtte forskningsartikler ble inkludert, og deretter analysert. Artikkene som er inkludert i oppgaven ble funnet via systematisk søk i Google Scholar, Medline Ovid, PubMed og CINAHL-complete.

**Resultat:** De utvalgte artiklene hadde sammenfall på fire områder som belyser kommunikasjon mellom pasienter med minoritetsbakgrunn og helsepersonell: Kommunikasjonsutfordringer, bruk av tolk, kulturforskjeller og forventninger til helsepersonell. Pasienter med minoritetsbakgrunn erfarte lavere nivå på omsorg som kan skyldes språkbarrierer og kulturforskjeller.

**Konklusjon:** Helsepersonell må forbedre sin flerkulturelle kompetanse og være aktive i bruk av tolk for å sikre at minoritetspasienter får likeverdige helsetjenester som den norske befolkningen.

**Nøkkelord:** Etnisk minoritetspasienter, kommunikasjon, helsepersonell, opplevelser

# Summary

**Background:** The population with different cultural backgrounds has increased significantly in the last 10-20 years. This change from monocultural to multicultural society affect health services. Several challenges arise during nurses' encounter with multicultural patients due to language barrier and cultural difference. There is research about nurses' experiences in encounter with patients with minority background but a small number of studies on patients' experience.

**Aim:** To assess how patients with minority backgrounds experience communication during encounters with health works and the implications for nursing practice.

**Method:** The thesis is based on a systematic review of eight qualitative research articles found through a rigorous search in Google-scholar, Medline Ovid, PubMed and CINAHL-complete. The eight articles were analysed to glean the most important findings.

**Results:** The review identified four major areas affecting patients of minority backgrounds communication with health workers: communication challenges, use of interpreters, cultural differences, and unmet expectations. Generally, patients with minority backgrounds experienced poor care which they attributed to language barrier and cultural differences.

**Conclusion:** Nurses must be culturally competent and be proactive in using the services of professional interpreters to ensure quality health care for patients with ethnic minority backgrounds.

**Keywords:** Ethnic minority patient, communication, experience, health professional.

***Just because the Lizard nods its head does not mean it's in agreement –African Proverb.***

# Innhold

1	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Problemstilling .....	2
1.3	Begrepsforklaring .....	2
1.3.1	Helsepersonell .....	2
1.3.2	Pasienter med minoritetsbakgrunn/ etnisk minoritet .....	2
1.4	Avgrensninger og presiseringer .....	2
2	Teoribakgrunn .....	3
2.1	Kommunikasjon .....	3
2.2	Etniske minoritetspasienter .....	3
2.3	Flerkulturell kompetanse .....	4
2.4	Joyce Travelbees sykepleieteori .....	5
2.5	Lover og retningslinjer .....	5
3	Metodebeskrivelse .....	6
3.1	Datasamling .....	6
3.2	Søkestrategier .....	6
3.3	Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	7
3.4	Kvalitetsvurdering .....	7
3.5	Etiske aspekter .....	8
3.6	Analyse .....	8
4	Resultat .....	9
4.1	Kommunikasjonsutfordringer .....	9
4.2	Bruk av tolk .....	10
4.3	Kulturforskjell .....	11
4.4	Forventninger til helsepersonell .....	11
5	Diskusjon .....	13
5.1	Metodediskusjon .....	13
5.2	Resultatdiskusjon .....	13
5.2.1	Kommunikasjonsutfordringer .....	13
5.2.2	Bruk av tolk .....	15
5.2.3	Kulturforskjeller .....	17
5.2.4	Forventninger til helsepersonell .....	18
6	Konklusjon .....	20
	Referanser .....	21
	Vedlegg 1: Søkehistorikk .....	25

Vedlegg 2: Litteraturmatrise ..... 26

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etnisk minoritetsbefolkning i flere vestlige land som Norge har økt betydelig de siste tiårene på grunn av globalisering, innvandring og konflikter. I 2021 var 800094 av Norges befolkning innvandrere, noe som utgjør 14,7% (Statistisk sentralbyrå, 2021). Innvandrerne har i stor grad en annen kulturell bakgrunn sammenlignet med nordmenn, og deres tilstedeværelse har forvandlet det norske samfunnet fra et relativt monokulturelt til et flerkulturelt samfunn.

Bortsett fra de sosioøkonomiske implikasjonene av et slikt multikulturelt samfunn, gir dette mangfoldet også en betydelig utfordring for helsevesenet. WHO's «helsevesen for alle» påpeker at alle mennesker, uavhengig av deres etniske bakgrunn, må ha tilgang til helsehjelp- og helsevesenet (WHO, 2003). Tilgang til helsehjelp er en grunnleggende menneskerettighet (Sen, 2008). Derfor skal alle som befinner seg i Norge ha tilgang til kvalitetshelsetjenester uavhengig av etnisitet og kulturell bakgrunn (Helse og Omsorgsdepartement, 2001).

Selv om helsehjelp er en grunnleggende menneskerettighet, har studier vist at minoritetspasienter i mange vestlige land møter barrierer når det gjelder bruk av helsetjenester (Chauchan et al. 2020 & Bhargava, 2021).

Den norske regjering har utarbeidet en nasjonal strategi (2013-2017) for å øke kompetanse om innvandrergruppers utfordringer om helse, kultur og språk som oppstår i møte med helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartement, 2013). I strategien kreves det at helsepersonell på alle nivåer har kunnskap om innvandreres sykdomsforekomst og særegne kultur knyttet til det. Dette vil garantere innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste. Kunnskapsdepartementet krever også at alle utdannede sykepleiere i Norge har kunnskap og kompetanse til å kommunisere med minoritetspasienter (Kunnskapsdepartementet, 2008. s.4). Imidlertid eksisterer det fortsatt utfordringer i det generelle norske helsevesenet for å imøtekomme behovene til minoritetspasienter (Bhargava et al. 2021). I følge forskerteamet var:

*... helsetjenesten ikke (...) klar for å inkludere innvandrerperspektivet som en integrert del av overordnede strategier allerede fra 2017, da gjeldende strukturer ikke fremmer likeverdig og god helse i tilstrekkelig grad (Bhargava, et al. 2021).*

I løpet av sykepleierutdanningen har jeg flere ganger møtt pasienter med minoritetsbakgrunn som verken kan norsk eller engelsk. Min opplevelse er at det derfor blir vanskeligere å formidle informasjon, og samtidig vanskeligere for pasienten å oppfatte hva som blir formidlet. Dette kan føre til utilstrekkelig omsorg. Erfaringsmessig har jeg opplevd at noen pasienter i denne kategorien svarer «ja» selv om de ikke forstår helt hva som blir sagt. Enkelte av de fremmedkulturelle pasientene gir uttrykk for at de føler seg misforstått og til bry.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan minoritetspasienter opplever kommunikasjon i møter med helsepersonell. Gjennomgang av tidligere nevnt litteratur har vist at kjennskap til pasientenes erfaringer og opplevelser kan bidra til et bedre samspill mellom pasient og sykepleier, samt bidra til god pasientsikkerhet. Samtidig kan kunnskapen bidra til å øke flerkulturell kompetanse hos sykepleiere, og er en svært viktig del av sykepleieutøvelse i helsetjenestene.

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan opplever pasienter med minoritetsbakgrunn kommunikasjon i møte med helsepersonell?*

## 1.3 Begrepsforklaring

### 1.3.1 Helsepersonell

Personell med ulike nivå på helsefaglig utdanning som yter helsehjelp kalles for helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001a, §3). I oppgaven legger jeg vekt på sykepleierens rolle og funksjon.

### 1.3.2 Pasienter med minoritetsbakgrunn/ etnisk minoritet

Begrepet "pasienter med minoritetsbakgrunn/etnisk minoritet" som blir brukt i oppgaven betyr innvandrere, flyktninger, asylsøkere og deres barn (Regjeringen, 2020)

## 1.4 Avgrensninger og presiseringer

Oppgaven omhandler kommunikasjon i møte mellom minoritetspasienter og helsepersonell ved behov for helsehjelp. Litteraturgjennomgang har vist at kommunikasjonsutfordringer mellom disse to gruppene er et felles fenomen i helsetjenestene (Chauchan et al. 2020; Helse- og omsorgsdepartement, 2013). Derfor har jeg ikke begrenset meg til en spesifikk avdeling eller helsesektor. Oppgaven omhandler pasienter med minoritetsbakgrunn over 19 år, også referert som pasienter, minoritetspasienter og fremmedspråklige.

## 2 Teoribakgrunn

### 2.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer fra det latinske ord *communicare*, som betyr å ha noe i felles. Kommunikasjon er noe intenst iboende. Alle har medfødt evne til å kommunisere (Eide & Eide, 2018, s.17). *Folk bruker språk på to ulike måter: for å uttrykke deres opplevelser, tanker og følelser, og for å formidle vår modell av verden* (Hanssen, 2019, s.39).

Kommunikasjon er inndelt i verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon omhandler bruk av ord, talespråk eller skriftlige språk for å formidle budskap. Nonverbal kommunikasjon omtales som kroppsspråk som for eksempel stemmeklang, stemmevolum og intonasjon, ansiktsuttrykk, berøring, blikkontakt og hodebevegelser med mer (ibid., s.34-39).

Dessuten kan kommunikasjon klassifiseres som lavkontekst og høykontekst i den kulturspesifikke uttrykksform. I lavkontekstkultur avklarer man budskap og dets betydning klart og presis. Med høykontekst kommunikasjon er informasjonen gjerne forstått mens betydning gjøres implisitt (Hanssen, 2019, s.41). God profesjonell kommunikasjon i helsetjenesten legger grunnlag for relasjonsbygging. Valg av ord må derfor være personorientert og faglig vurdert. Det vil si at helsepersonell bør se pasienten helhetlig, med sitt iboende potensiale, sine muligheter, egne verdier og prioriteringer, og egne ønsker og mål når det omhandler egen helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2018, s.16).

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient legger et vesentlig grunnlag for sykepleiers datainnsamling om pasienten. Dette fremmer pasientens forståelse, instrumentelle og emosjonelle kontroll (Stubberud, 2019, s.243). Pasientens følelse av forutsigbarhet og hans kompetanse til medvirkning i sin behandling samt følelse av sosial tilhørighet økes med verdig kommunikasjon (ibid).

Personorientert kommunikasjon har ifølge både Epstein et. al. (2015) og McCormack & McCance (2016) fire hovedelementer: å få fram pasientens perspektiv, å forstå pasientens psykososiale kontekst, å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier, og til sist, hjelpe pasienten til å dele makt. Det siste vil si å styrke pasientens selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der det er mulig. Forbedret kommunikasjon i pasientsentrert omsorg kan øke pasientens forståelse, tilfredshet og tillit. Pasientsentrert kommunikasjon er kostnadseffektiv for helsevesenet, og er i samsvar med etiske retningslinjer for medisinsk praksis (Pérez-Stable & El-Toukhy, 2018).

### 2.2 Etniske minoritetspasienter

*En etnisk minoritet kan beskrives som en gruppe i mindretall i et storsamfunn, som er politisk relativt avmektig, og som eksisterer som etnisk kategori over en viss tidsperiode* (Eriksen og Sajjad, 2015, s.77). I Norge er etnisk minoritet hovedsakelig klassifisert i urfolket og urbane minoriteter. Urfolket er de befolkningene som ikke er dominerende i storsamfunnet, men som opprinnelig har bebodd deler av landet, for eksempel samene i Norge (Regjeringen, 2020). Men innvandrere, flyktninger og deres barn omtales som urbane. Når minoritetspasienter møter helsevesenet, møtes samtidig to kulturer med ulik forståelse av helse, sykdom, behandling og omsorg/pleie. Minoritetspasienters forventninger, prioriteringer, holdninger og væremåter i møte med helsepersonell



gjenspeiler deres religiøse tro, kulturelle verdier, tradisjoner samt praksis (Hanssen 2019, s.217). Dette stiller ekstra krav til helsepersonell om å ha flerkulturell kompetanse.

## 2.3 Flerkulturell kompetanse

Begrepet kultur kan forstås som normer, regler, ideer og verdier som er videreformidlet gjennom tidligere generasjoner. Kultur kan igjen oppfattes som kunnskaper og handlingsmønstre folk tilegner seg som medlem av samfunn, og dreier seg om å tenke, føle og handle (Betancourt et al. 2018; Horntvedt 2012). Ordet flerkulturell brukes til å beskrive folk som har bakgrunn fra to eller flere kulturer.

Kultur kan påvirke hvordan pasienter blir sett på og omsorgen de får. Enkeltpersoner er kulturelt unike og trenger individuelt sentrert omsorg. Kommunikasjon er avgjørende for at helsepersonell kan yte individuelt tilpasset behandling. Kommunikasjon mellom to personer med ulik kultur påvirkes av mange faktorer som kulturelle verdier, sosiale faktorer, økonomisk politikk, utdanning og miljø (Leininger & McFarland, 2006). Leininger & McFarland (2006) har utarbeidet en modell der den individuelt sentrert kulturomsorgen er basert på *emiske* (indre kunnskap) og *etiske* (utenfor kunnskap) perspektiver (Fig. 1). Figuren viser at sykepleier må ha kulturkompetanse for å skape god kommunikasjon med pasienten hvis omsorgen skal ha god kvalitet.

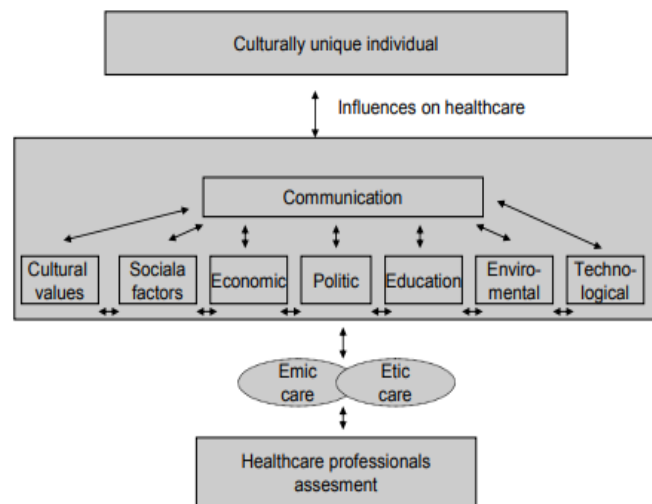


Fig 1: Factors influencing individual healthcare in an encounter based on Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care (Leininger & McFarland, 2006).

Man ser forskjellige tilnæringsmåter i møte mellom kulturer. Kulturel relativistisk tankegang er at ingen kultur er bedre enn andre. En kulturel relativistisk person er interessert i å lære om andre kulturer og om hvorfor enkelte tenker og handler som de gjør. Videre vil det motsatte av kulturel relativisme være etnosentrisme. Personer med etnosentrismes tankegang har sin egen kultur som målestokk for å vurdere kvaliteten ved andre kulturer (Ingstad, 2016, s.115). Det vil si at en etnosentrisk person vil:

*.. forstå og måle andre ut ifra (...) egne premisser og egen virkelighets-oppfatning medfører ofte at man ser på andre kulturer som feilaktige, tilbakestående eller*

*negativt avvikende som igjen medfører til feiltolkning, konflikter og fordømmelser (Ingstad, 2016, s.115).*

I et heterogent samfunn er det nødvendig at helsearbeidere har kulturell kompetanse. Kulturelt kompetent helsearbeid tilsier at helsepersonell ivaretar menneskers forskjellige erfaringer og reaksjoner ut ifra deres kultur, religion, etnisitet og bakgrunn. Dette betyr at man må ha forståelse av hvordan kulturelle ulikhet kan innvirke på menneskers reaksjoner (ibid., s.116).

Kulturell kunnskap er å tilstrebe å få innsikt i forskjellige kulturelle og etnisk grupper. Det kan blant annet være ferdighet om pasientens helserelaterede oppfatninger og kulturelle verdier samt kunnskap om pasienters tidligere eventuelle opplevelser og kulturelle sykdoms-frekvens og prevalens (omfang) (Stubberud, 2019, s.238). Kulturelle tanke – og handlingsmønstre har sammenheng med måten en tenker og handler i alle slag situasjoner, ikke minst ved sykdom. (ibid., s.234).

## 2.4 Joyce Travelbees sykepleieteori

Jeg har valgt å benytte Travelbee sykepleieteori for å belyse problemstillingen min fordi teoriens hovedfokus er menneske-til-menneske-forhold. Ifølge Travelbee er kommunikasjon et virkemiddel i etablering av forholdet mellom mennesker. I en sykepleiesituasjon er gjensidig forhold mellom mennesker et viktig virkemiddel for å oppnå sykepleierens mål (Travelbee, 2005, s.140). Dette gjøres ved å bli kjent med pasienten, skape en relasjon, forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommende til å mestre sin lidelse, sykdom og ensomhet (ibid., s.33). Travelbees sin modell for utvikling av forhold/relasjon mellom sykepleier og pasienter beskriver det slik; ved første møte vil sykepleier observere, vurdere og gjøre sine antakelser om pasienten. Så etablerer sykepleier og pasienten et bånd til hverandre. Videre skal sykepleier forholde seg empatisk til (ta del i og forstå) pasienten. Den neste fasen er sympati, som Travelbee definerte som en holdning eller innstilling, en måte å føle og tenke på, som kommuniseres til pasienten. Dette er en holdning med dyp personlig omtanke og interesse (ibid., s.186-210). I løpet av de fire fasene vil forholdet mellom sykepleier og pasienten utvikle seg til gjensidig forståelse og kontakt (ibid., s.211).

## 2.5 Lover og retningslinjer

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og Omsorgsdepartement (2001b), §3-2) skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. *Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, erfaring, modenhet og kultur- og språkbakgrunn. Det vil si informasjon skal gis på en hensynsfull måte. Samtidig skal personellet sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydning av informasjonen* (ibid., §3-5).

Helse- og omsorgstjenesten *skal gi den som søker eller trenger helsehjelp de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin selvbestemmelsesrett* (ibid, §2-1b)

I helsepersonell-loven §10 står det at den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (ibid., §§3-2 til 3-4). Ved påført komplikasjoner eller skade skal det informeres om pasientskadeerstatning (ibid.,§3-2).

## 3 Metodebeskrivelse

Jeg har valgt å benytte Mulrow & Oxman (1997) referert i Forsberg og Wengström (2015, s.27) som sier at *en systematisk litteraturstudie er basert på en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk ved å identifisere, velge, evaluere og analysere relevant forskning*. Videre skal plan for litteratursøking utformes og jeg benyttet da en modell av Thidemann (2015). Selve søket gjennomføres etter planen i forskjellige databaser. De relevante forskningsartiklene velges ut etter kritiske vurderingskriterier og kvalitetsbedømmelse. Funnene fra artiklene må analyseres og resultatene presenteres. Deretter skal det være diskusjon i forhold til problemstilling og trekke sammenfatning og konklusjon (Forsberg & Wengström, 2015, s.40).

I analysen benyttet jeg Evans (2002) firetrinns- metode.

### 3.1 Datasamling

Jeg begynte med prøvesøk i forskjellige databaser høsten 2020. Jeg leste faglitteratur og forskning for å bli kjent med relevant kunnskap. Oppgaven er basert på åtte fagartikler som tilfredstilte inklusjonskriteriene og kravene i oppgaven, pensumbøker som er relevant til temaet og andre støttende litteratur i form av nettressurser og fagartikler som kunne gi svar på problemstillingen.

### 3.2 Søkestrategier

I trinn en jobbet jeg med å konkretisere problemstillingen slik at den ble så presis som mulig og søkbar. Andre trinn var å velge databaser. Aktuelle databaser for litteratursøket var CINAHL Complete, Medline, Ovid og PubMed fordi disse databasene inneholder sykepleiefaglige forskningsartikler. I trinn tre bestemte jeg hvilke søkeord som skulle i litteratursøket. Søkeordene er valgt ut ifra problemstillingen: *minority group, experience, health care, communication og ethnic minority*. Ordene ga begrenset antall gode treff i forhold til problemstillingens ordlyd. Jeg ble rådet av bibliotekar å benytte synonymer som: *immigrants, refugees, inpatients, hospitalization, language, patient's satisfaction, patients' experience*. Først gjennomførte jeg et prøvesøk i Google Scholar for å sjekke om det finnes relevant forskning. Deretter gjennomførte jeg et systematisk litteratursøk i tidligere nevnte databaser. Jeg kombinerte søkeordene med "OR" for å utvide søket og finne flere treff. Videre kombinerte jeg søkeordene med "AND" for å begrense søket og gi snevrere treff (Thidemann, 2015, s.87). Deretter begrenset jeg søket med årstall, alder, fagfelleverdert forskning og språk (Tabell 1). Jeg leste gjennom 35 abstrakter for å sikre at artiklene kunne svare på problemstillingen. Deretter valgte jeg de artiklene som var relevante og var i samsvar med mine inklusjonskriterier (Tabell 1). Til slutt utarbeidet jeg søkehistorikk og litteraturmatriser i samsvar med Thidemanns trinnene.

### 3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Artikler som mangler IMRAD-struktur
Fagfellevurdert artikler	Sykepleie- og pårørendeperspektiv
Artikler fra 2010-2021	Barn- og ungdommer under 19 år
Pasientperspektiv	
Artikler som handler om pasienter med minoritetsbakgrunn.	
Aldersgrense over 19 år	
Hele helsesektoren	
Artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk språk	

### 3.4 Kvalitetsvurdering

Utvalgte artikler ble vurdert både på kvalitet og relevans i forhold til min problemstilling basert på sjekklister for systematiske litteraturstudier fra Forsberg & Wengström (2015, s.113), og sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2016). I helsebiblioteket gjorde jeg en kritisk vurdering av utvalgte artiklens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet. Etter det systematiske litteratursøket var 13 artikler klar for kritisk vurdering. Fem av artiklene ble fjernet fordi de ikke var i samsvar med sjekklister. Jeg gjorde en grundig gjennomlesning av de utvalgte artiklene, deretter sammenlignet jeg resultatene. Det var viktig at artiklene hadde en hensikt som samsvarte med min problemstilling. Dermed leste jeg nøye på artiklens resultat- og metode del. Artiklene som ble benyttet var kvalitativ forskning. Hensikt med kvalitativforskning er *å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaring, forventninger, holdninger og motiver, tanker og få frem nyanser* (Thidemann, 2015, s.76). Dette var akkurat hva jeg var ute etter.

Utvalgte artiklene er fagfellevurderte og er registrert i Norsk senter for forskningsdata vitenskapelig publikasjonskanaler ([www.nsd.no](http://www.nsd.no)). Syv av tidsskriftene med de publiserte artiklene er rangert til nivå 1 og et tidsskrift er på nivå 2.

### 3.5 Etiske aspekter

*Etiske overveielser omhandler å tenke over konsekvensene av det du har tenkt å gjøre. Dette er særlig vesentlig dersom mennesker anvendes som kilde under innsamling av data (Dalland, 2018, s.227).*

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke blir utsatt for skader som forskning kan medføre. Målet med forskning er å få ny kunnskap, men den må ikke være på bekostning av enkelte personers integritet og velferd (ibid., s.236). Ved alle medisinske og helsefaglige forskinger må forskeren søke om forhåndsgodkjenning om prosjektet er etisk forsvarlig å gjennomføre. I Norge er det Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som forvalter spørsmål om etisk forsvarlighet i forskning. Retningslinjer som den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helse har utført, beskriver at forsker må legge vekt på informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og ikke minst må forskeren ha ansvar for å unngå skade (Christoffersen et al. 2015, s.45).

Fem artikler beskrev sin etikkvurdering der deltakerne er informert og har samtykket til studien. Data var samlet og behandlet slik at deltakernes anonymitet ble ivaretatt. Forskerne tok ansvar for å unngå skade ved å ekskludere de utsatt/sårbare grupper samt tilpasse metoden for den enkelte. To artikler som var systematiske litteraturstudier, beskrev ikke noe om sin etikkvurdering. I en artikkel var etikkvurdering ikke nødvendig.

### 3.6 Analyse

Analysen av det systematiske litteratursøket er basert på Evans (2002) firetrinns-metode for syntese av kvalitative data i systematisk litteraturstudier.

I det første trinn ble det gjennomført et systematisk litteratursøk i forskjellige databaser, som beskrevet under søkestrategi, der 8 artikler ble identifisert og inkludert.

I det andre trinn identifiserte jeg nøkkelfunnene i artiklene. Dette ble gjort ved å lese artiklene flere ganger og noterte de viktigste funnene som var relevante for problemstillingen. Etter det brukte jeg et fargekode-system for å kategorisere nøkkelfunnene i artiklene.

I det tredje trinn ble listen over nøkkelfunnene fra trinn 2 gjennomgått for å identifisere vanlige temaer, likheter og forskjeller. Resultater fra studiene ble sammenlignet, og sammenlignbare temaer ble identifisert. De nøkkelfunn som gjentok seg i artiklene ble delt opp i egne kategorier. Disse kategoriene ble gruppert i hovedkategorier basert på fellestrekk blant dem etter grundig arbeid. Resultatet ble fire hovedkategorier: "Kommunikasjonsutfordringer", "Bruk av tolk", "kulturforskjell" og "forventninger til helsepersonell". Disse fire hovedkategoriene ble undersøkt for temaer og undertemaer for å tolke innholdet i hvert tema. Deretter identifiserte jeg temaenes konsistens og inkongruens.

Siste trinn handlet om å gjøre rede for ulike hovedkategorier som ble funnet via analysen. Disse hovedkategoriene danner nye overskrifter og jeg presenterer eksempler fra de originale artiklene. Dette presenteres i resultat-kapitlet.

## 4 Resultat

I dette kapittelet presenterer jeg funnene som belyser hvordan pasienter med minoritetsbakgrunn opplever kommunikasjon i møte med helsepersonell.

### 4.1 Kommunikasjonsutfordringer

Alle de åtte artiklene påpekte sammenfallende kommunikasjons-utfordringer. Pasienter følte at utveksling av informasjon mellom dem og helsepersonellet om deres helsetilstand var utilstrekkelig. Det viste seg også at flere beslutninger ble tatt av helsepersonell uten at pasienten hadde samtykket eller kunne påvirke sitt behandlingsforløp (Suurmond et al. 2011; Ellins & Glasby, 2016; Sevinç et al., 2016; Yeheske & Rawal, 2018; Krupic et al. 2016; McKinn et al. 2017; Ramos-Roure et al. 2021; Degrie et al. 2017).

En dominikansk kvinne fortalte om sin opplevelse på gynekologisk avdeling; at hun ikke var klar over at det ble satt inn urinrørstent og at hennes blære ble perforert under laparoskopi-inngrepet. Hun hadde mye smerter i etterkant på grunn av infeksjon:

*I don't speak Dutch well, and if you're in pain then it's easier to speak Spanish... There was a complication and I wasn't told..., I have totally lost trust (Suurmond et al. 2011, s.4).*

Flere minoritetspasienter opplevde at informasjon som ble gitt til helsepersonell verken ble hørt eller forstått. En kinesisk kvinne fortalte om hennes erfaring da hun skulle til gynekolog. Hun hadde bedt sin datter om å informere helsepersonell om hennes hjertesykdom og at hun trengte grundig undersøkelse av anestesilege før en operasjon. Helsepersonellet leste ikke rapporten eller var uoppmerksom på dette (Suurmond et al. 2011).

Flere pasienter syntes det var vanskelig å få informasjon fra helsepersonell om diagnose, utfall av prøver og undersøkelser samt en sannsynlig tidsplan for utskrivelse (Ellins & Glasby, 2016; Sevinç et al., 2016; Krupic et al. 2016; Ramos-Roure et al. 2021). Flere mente også at de måtte "probe" and "ask" helsepersonell for å finne ut deres diagnose og behandlingsforløp. En pasient opplyste at hans diagnose ble skjult fra ham selv om han hadde gjort flere forsøk på å få denne informasjon (Ellins & Glasby, 2016). Forskerne her mener at mangel på informasjon om ens tilstand gjør at personer kan forestille seg det verste (ibid).

Mange pasienter setter stor pris på når helsepersonell tar seg tid til å forklare ting og opplever dette som høy kvalitet på omsorgen (Yeheskel & Rawal, 2018; Ramos-Roure et al. 2021; McKinn et al. 2017). Utdelt skriftlig informasjon som for eksempel hefter, brosjyre eller bok ble i noen av tilfellene oppfattet som upassende. Innholdet ble oppfattet som "upersonlig" da det ikke var tilpasset den enkelte person. Flere ønsket mer forklaring i tillegg til den skriftlige informasjonen:

*When we explain our problems to the nurse, she only focuses on the problem. She printed out a sheet of paper and gives it to us. But she should ask people what is wrong, how they feel and how they want to be treated (Ramos-Roure, et al. 2021, s.8).*

Opplevelsen til pasientene med språkvansker var intense følelser av angst som følge av manglende evne til å forstå informasjon om deres helsetilstand, hva som var galt med dem og hva som skulle skje med dem. Pasientene slet også med å gi informasjon som

kan være viktig for effektiv behandling, og be om hjelp når det var nødvendig. Kommunikasjonsvansker gjorde at pasientene følte seg hjelpeløs og sårbare. Språkbarrierer gjorde at de tidvis kunne si enten "ja" eller "nei" og "takk", uten nødvendigvis vite hva de sier ja eller nei til (Ellins & Glasby, 2016). Pasientene mente at de følte seg usikre på om de ble forstått riktig eller ikke, og at helsepersonell svarte veldig "kort".

En artikkel drøftet åpen kommunikasjon som et middel for samhandling og etablering av ærlig terapeutisk forhold (Ramos-Roure et al. 2021). Med dette mente pasientene at helsepersonell ikke bare skal sette fokus på de spesifikke problemene de kom med, men at de ønsket mer helhetlige tilnærminger; at helsepersonellet har tid til å lytte og søker å forstå hva de har å si (ibid).

Pasientene fortalte også at enkeltstående helsepersonell inntok en autoritær holdning som utløste følelser av underlegenhet og blind lydighet (Ramos-Roure et al. 2021). En latinsk mann, bosatt i Spania over 14 år, forklarte at enkelte helsepersonell utøvet kontroll fra «sin privilegerte maktposisjon». Han hadde ofte en opplevelse av liten interesse og likegyldighet fra helsepersonellet overfor sine behov og meninger.

## 4.2 Bruk av tolk

Artiklene tok opp behov for profesjonell tolk (Suurmond et al. 2011; Ellins & Glasby, 2016; Sevinç et al., 2016; Yeheske & Rawal, 2018; Krupic et al. 2016; McKinn et al. 2017 & Degrie et al. 2017). Sevinç et al. (2016) og Yeheske & Rawal (2018) påpekte at minoritetspasienter ikke alltid fikk vite om deres sykdomsdiagnoser, behandlingsforløp og utfall av undersøkelser grunnet manglende oversettelse. Misforståelser mellom fremmedspråklige pasienter og helsepersonell førte til flere uheldige hendelser. Et eksempel er at viktige opplysninger som hadde stor betydning for behandlingen ikke ble formidlet grunnet manglende språkferdigheter. Samtidig ble nødvendige opplysninger ikke forstått av helsepersonell noe som førte til problemer i sykdomsforløpet (Suurmond et al., 2011).

I studien av McKinn et al. (2017) fortalte kvinner med minoritetsbakgrunn at de måtte be deres ektefeller oversette tildelt skriftlig informasjon fra helsepersonell, siden de ikke kunne lese. Et nøkkelfunn fra de utvalgte artiklene var bruk av flerspråklig personell i avdelingen, familiemedlemmer, medpasienter samt rengjøringspersonell til å formidle informasjon til fremmedspråklige pasienter. En tyrkisk kvinne som tok med sønnen sin som tolk hadde dette å si:

*If there are three things, I only tell two. And the Doctor says: "I understand you well". But how can he understand me if I have the Idea that I can't explain myself well (Suurmond et al. 2011, s.4).*

Hun mente at hun holdt igjen informasjon på grunn av sønnen. Samtidig følte hun at legen ikke tok henne på alvor og at han ikke la merke til at opplysningen var mangelfull (Suurmond et al. 2011).

Minoritetspasienter var ofte misfornøyd med tolketjenesten (Yeheskel & Rawal, 2018, Krupic et al., 2015). Pasientene mente at det tok lang tid å få tak i tolk og de hadde opplevet feil oversettelse. Videre fortalte pasientene at de hadde fått tolk som var fra et annet land enn deres, de hadde ikke felles språk-forståelse, eller fikk en tolk som hadde annen dialekt som gjorde det vanskelig å forstå budskapet:

*I ordered an interpreter who speaks Albanian and the interpreter who came spoke Serbian. It's not the same language. I do not understand (Krupic et al., 2016, s.6).*

### 4.3 Kulturforskjell

Fem artikler viste at kulturforskjell kan ha stor betydning for minoritetspasienters opplevelse av omsorg og behandling fra helsepersonell (Degrie et al., 2017, Ellins & Glasby, 2016, Yeheskel & Rawal, 2019, Krupic et al., 2015 & Suurmond et al. 2011). Degrie et al. (2017) påpekte at når minoritetspasienter møter helsepersonell, er det uunngåelig å ikke møte den kulturelt ulike konteksten mellom dem. Studiene viste at kulturforskjell kan påvirke forståelsen og betydningen av sykdom, helse, behandling og omsorg.

Alle pasienter har egne synspunkter, preferanser, tro, praksis og tradisjoner angående behov for omsorg når de møter og samhandler med helsepersonell (Degrie et al. 2017). Disse synspunktene var ofte i konflikt med kulturen til helsepersonell og sykehuset som en organisasjon, og påvirket kvaliteten på omsorgen til pasientene. I studien av Suurmond et al. (2011) fant forskerne at minoritetspasienter hadde en oppfatning av å bli tilbudt dårligere behandling på grunn av deres etniske bakgrunn. Dette ble spesielt vektlagt da det gjaldt uttrykk for smerte. Et eksempel er datteren til en surinamersk pasient som fortalte at farens postoperative smerteuttrykk ikke ble tatt på alvor av helsepersonellet. Grunnen til det, mente datteren, var deres fordommer angående hvordan minoritetspasienter uttrykker smerte:

*I believe they thought it was a different perception of illness, and that was the reason the complaints were not taken seriously [...] (Suurmond et al. 2011, s.5)*

I Ramos-Roure et al. (2021) sin studie identifiserte pasienter fordomsfulle holdninger hos noen helsepersonell som behandlet dem upassende, viste forakt, likegyldighet og ignorerte dem. Av og til følte pasienter at de ble behandlet med skjult rasisme og de knyttet dette til deres status som innvandrere. I forhold til dette hadde en kvinne dette å si:

*... sometimes they treat you badly. At first, you try to make excuses for her (...). But then you start thinking she treats you like that because you are a spic and she doesn't like you (...). I feel powerless; I feel angry, but I swallow my anger (Ramos-Roure et al. 2021, s.9).*

### 4.4 Forventninger til helsepersonell

Syv av artiklene viste at hver minoritetspasient har ulike forventninger og preferanser med hensyn til omsorg, preget fra sin kulturelle sammenheng (Suurmond et al. 2011; Ellins & Glasby, 2016; Sevinç et al., 2016 Yeheskel & Rawal, 2018; McKinn et al. 2017; Ramos-Roure et al. 2021 & Degrie et al. 2017). I studien av Sevinç et al. (2016) forventet pasientene at helsepersonell brukte sin kliniske kunnskap til å oppdage deres smerter eller lidelser selv om de ikke kunne uttrykke seg. Pasienter opplevde uhøflighet fra helsepersonell og at de ble behandlet «umenneskelig», der deres integritet og verdier ikke ble tatt hensyn til. Studien viste også at pasientene forventet at helsepersonell var mer tålmodig og hadde større forståelse for språkproblemer. Noen pasienter beskrev følelser av frykt, redsel og desorientering på grunn av den kliniske atmosfæren og kompleksiteten i sykehus. Til tross for at sykehuset opplevdes ukjent, uttrykket mange



pasienter et ønske om "å passe inn" og "å være normale". En pasient hadde dette å si om sine uoppfylte forventninger til helsepersonell:

*I just want them to tell me how to use the drugs and be nice to and smile at us, which would probably be better than drugs. As I was going to another department, I had a misunderstanding with a nurse. Nurses should be little bit more patient when there is a misunderstanding between us (Sevinç et al. 2016, s.11)*

I studien av Suurmond et al (2011) opplevde pasienter og helsepersonellets ulike forventninger om medisinske prosedyrer og behandling. Dette skyldtes i stor grad helsepersonellets manglende evne til å kommunisere slik at pasienten forsto medisinske prosedyrer. I studien forstod ikke en tyrkisk pasient som hadde matforgiftning hvorfor hun trengte en operasjon for å behandle denne (ibid).

Studien av Yeheskel og Rawal (2018) belyste at pasienter med lavt språknivå forventet at helsepersonell likevel respekterte deres personlighet og kultur gjennom samhandlingsforløpet. Studien avdekket at pasienter foretrakk helsepersonell med samme kultur og språk som deres egen, siden de da ble bedre forstått. Noen pasienter fryktet uenighet fra helsepersonell, noe som virket forstyrrende på interaksjon. Pasientene følte at deres erfaringer ble kompromittert når helsepersonell ikke hadde tid til å svare på spørsmål eller ved manglende innhentet samtykke (ibid).

Studien av Ellins & Glasby (2016) belyste at pasientene hadde spesielle forventninger på grunn av deres kulturelle og religiøse normer. Flere var misfornøyde med kostholdet på sykehuset og følte på fordommer og ufølsomhet fra helsepersonellet. En pasient i studien fortalte at sykehuset ikke kunne sørge for tilpasset kosthold i forhold til medpasientens preferanser:

*...and this [nurse], ...was only giving the dinners out, the abuse she gave that woman...Anyway, off she went, and the poor woman is trying to explain. She came with a yoghurt, she banged it on the table, she said "well have that or nothing", and left that woman there. Nobody could understand her... But honest to God, that's just how they treat us, like pigs (Ellins & Glasby, 2016, s.56).*

I Ramos-Roure et al. (2021) sin studie fant de at pasienter satte stor pris på helsepersonell som var snille, hjertelig, ydmyke og de som viste interesse for deres helseproblemer, behov og ikke minst for deres familie og miljø. Flere fortalte om gode erfaringer de hadde hatt med kvinnelige sykepleiere. Videre mente de at helsepersonell bør behandle dem på en passende, høflig, hyggelig og profesjonell måte. De satte pris på nærhet og støtte, og den tryggheten sykepleieren overførte med ord og holdning.

*...when you see a nurse taking care of you with genuine interest, you like it. Then, you leave the visit with good impression (Ramos-Roure et al. 2021, s. 8).*

## 5 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres resultatene fra artiklene. Videre diskuteres metodiske mangler i studien. I tillegg diskuteres en bortfallsanalyse.

### 5.1 Metodediskusjon

For å finne svar på problemstillingen benyttet jeg 2 systematiske oversiktsartikler og 6 kvalitative forskningsartikler som angitt i litteraturmatrisen. De systematiske oversiktsartiklene ga en syntese av resultater fra forskjellige geografiske perspektiver; mens forskningsartiklene var geografisk spesifikke, og ga støtteinformasjon for å styrke resultatene fra oversiktsartiklene.

I litteratursøket brukte jeg Google Scholar, Pubmed, Medline Ovid, CHINAL-databaser som angitt i metodedelen. Selv om søket i databasene resulterte i relevante artikler, er det sannsynlig at jeg likevel kan ha mistet relevante artikler. For eksempel: søket mitt i Google Scholar-databasen ga flere treff, men bare to relevante artikler ble valgt grunnet tidsbegrensning. Jeg begrenset også søket til årene 2010-2021. Dette har begrenset oppgaven, da artikler publisert før 2010 kunne hatt funn som var relevante for min problemstilling.

Alle utvalgte artikler er skrevet på engelsk. Oversettelsen av artiklene fra engelsk til norsk er gjort ved bruk av min egen engelsk-kunnskap, engelsk-norsk ordbok og Google translate. Imidlertid er det sannsynlig at noen viktige ord og uttrykk kan ha blitt borte i prosessen med oversettelsen.

### 5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen drøfter jeg de sentrale funnene fra de åtte artiklene basert på teoribakgrunnen som ligger til grunn i oppgaven. Samtidig vil jeg belyse konsekvenser for sykepleieutøvelsen. Funnene i studiene er fordelt i fire hovedkategorier som også her er satt som overskrifter i kapitlet.

#### 5.2.1 Kommunikasjonsutfordringer

Resultatene fra denne litteraturstudien viste at pasientene opplevde mangel på informasjon, både skriftlig og muntlig fra helsepersonell. Pasienter mente at de ikke forsto informasjon om deres helsetilstand, diagnose, og behandling. Språkbarrierer mellom helsepersonell og minoritetspasienter forhindret utveksling av informasjon som innvirket på interaksjonen mellom partene. Mangel eller utilstrekkelig informasjon har videre ført til ulike uheldige hendelser samt ført til pasienters opplevelse av misnøye, mistillit og utrygghet (Suurmond et al. 2011; Ellins & Glasby, 2016; Sevinç et al., 2016; Yeheskel & Rawal 2018; McKinn et al., 2017; Degrie et al., 2017). I følge Ellins & Glasby (2016):

*...the lack of shared language has been shown not only to hamper the development of a therapeutic relationship between patients and care providers but can also act as a clear indicator of separateness (Ellins & Glasby, 2016, s.58).*

Sykepleier må sikre at pasienter får den informasjonen de trenger. Informasjonen må være tilpasset den enkelte slik at de kan oppfatte det, og samtidig sikre at budskapet er forstått av vedkommende. Dette er i tråd med Helse –og omsorgsdepartementets føringer som sier at *den som yter helse – og omsorgstjenester skal gi informasjon til den som har krav på det* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001b). Informasjon til

pasienter må tilpasses ... *mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, erfaring, modenhet og kultur- og språkbakgrunn (ibid)*. Videre skal informasjonen gis på en hensynsfull måte; og *sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydning av informasjonen (ibid)*.

For å sikre at pasienter får grundig informasjon, kan sykepleier benytte profesjonell tolk. Mer om tolk er tatt opp i punkt 5.2.2 under tolkdelen.

Pasientene ønsket mer personlig og tilpasset informasjon. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter bør være personorientert. Personorientert kommunikasjon har ifølge både Epstein et. al. (2015) og McCormack & McCance (2016) fire hovedelementer: å få fram pasientens perspektiv, å forstå pasientens psykososiale kontekst, å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier, og til sist; hjelpe pasienten til å øke egen makt. Det siste vil si å styrke pasientens selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der det er mulig. Forbedret kommunikasjon i pasientsentrert omsorg kan øke pasientens forståelse, tilfredshet og tillit. Pasientsentrert kommunikasjon er kostnadseffektiv for helsevesenet, og er i samsvar med etiske retningslinjer for medisinsk praksis (Pérez-Stable & El-Toukhy, 2018).

Sykepleiere i Norge kan informere pasienter med begrenset språkferdighet og analfabeter om Park Radio Voice of Oslo som sender helseinformasjon. Radiokanalen tar opp temaer som demens, diabetes, barnehelse med mer. I dag har de sending på urdu, somalisk og arabisk (Oslo Universitetssykehus, 2016).

Før en samtale må helsepersonell kartlegge hva pasienten trenger informasjon om. For at informasjon skal nå frem må god formidling skje i dialog på pasientens premisser. Sykepleier må finne ut om hvilken informasjon pasienten trenger slik at det oppleves som relevant og nyttig, skaffe informasjonen, planlegge og ha klare hensikt og mål med informasjonen. I tillegg skal sykepleier informere pasienten på en god måte slik at pasienten opplever å bli ivaretatt (Eide & Eide 2018, s. 218; Travelbee, 2005, s.173). Informasjon bør være så fullstendig som mulig, men samtidig skal den ikke oppleves som belastende. Mye informasjon på en gang kan overbelaste pasienten og informasjonen mister verdi. Informasjon huskes bedre hvis den er strukturert og hvis det oppleves gjenkjennelse (knagger). Informasjon bør i tillegg bidra til at pasientens situasjon blir så forutsigbar som mulig. Det vil si at sykepleie bør informere pasienten på rett tidspunkt og i god tid, slik at pasienten vet hva som skal skje (Eide & Eide 2018, s.219).

Ifølge Eide & Eide (2018, s.33) er det ingen enkel og konkret oppskrift på hvordan kommunikasjon skal være siden situasjoner varierer fra pasient til pasient. I tillegg er hver enkelt person forskjellig og har forskjellige behov. Likevel kan god kommunikasjon være hjelpende, støttende og problemløsende for pasienten. Pasientene ønsker at helsepersonell tar seg tid å prate, blir kjent, kan identifisere deres behov og ikke minst informere dem (Stubberud, 2019, s.243). Det vil si, det er viktig at sykepleier bruker god tid å informere, lytte og spørre etter tidligere erfaring med sykehusopphold samt hva som er viktig for vedkommende i møte med helsevesenet (Brenna, 2007, s.63).

Sykepleier må ha en åpen kommunikasjon og ta pasientens mening på alvor (Stubberud, 2019, s.246). Åpen kommunikasjon er et middel til samhandling og etablering av ærlig terapeutisk forhold (Ramos-Roure et al. 2021; Travelbee, 2005, s.186).

Minoritetspasienter kan være ukjent med brukermedvirkning og rettigheter til å ta

beslutning om egen behandling og rehabilitering. Sykepleier kan introdusere pasienten til samvalg (*shared decision-making*). Dette forutsette at pasienten får god forståelse av sin situasjon og de ulike mulighetene for behandling og tjenester som eksistere. Dette er en lovfestet rettighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001b). Norge er i gang med å utvikle digitale løsninger for hjelp til samvalg. Dette er løsninger som gir pasienten tilstrekkelig informasjon til å kunne ta gode og informert beslutninger sammen med helsepersonell (Eide & Eide, 2018, s.236).

En viktig forutsetning for åpen kommunikasjon er å ta hensyn til er pasientens helsekompetanse (*health literacy*). Pasienter har ulike forutsetninger for å forstå og ta i bruk informasjon grunnet ulik kunnskap om egen helse. Dette er det viktig for helsepersonell å ta hensyn til, både i direkte kontakt med pasienten, og når det utvikles informasjonsmateriell (Eide & Eide, 2018, s.236).

For å skape gode og likeverdige relasjoner i den terapeutiske relasjonen er tillit et viktig virkemiddel. *For å oppnå tillit må sykepleieren være åpen i sin kommunikasjon og spørre hva som er viktig for han/ henne i pasientsituasjon* (Stubberud, 2019, s.245; Travelbee, 2005 s.154). Det å vise andre tillit som helsepersonell, vil si *å gi fra seg makt, slippe kontrollen og ta risiko* (Eide & Eide, 2018, s.26).

Oppsummert finner jeg god sammenfall mellom oppgavens funn om kommunikasjonsutfordringer og Travelbee`s teori som sier at helsepersonell bør ha kompetanse til å skape gode og likeverdige relasjoner, *observere og fortolke pasientens verbale og non-verbale signaler, formidle informasjon på en klar og forståelig måte, møte pasientens behov og ønsker på en god måte, forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål, samt bruke humor i møte med pasienter* (Travelbee 2005, s.153-154).

### 5.2.2 Bruk av tolk

Alle studiene påpeker kommunikasjonsbarriere mellom pasienter og helsepersonell som en av hovedårsakene til den dårlige opplevelsen. *Å bruke tolk i møter mellom helsepersonell og pasienter som ikke snakke samme språk, beskrives som sentralt for å redusere kommunikasjonsbarrieren* (Oslo Universitetssykehus, 2017). Å benytte tolk er vesentlig for informasjonsgivning, og kan samtidig hjelpe sykepleier å få bedre innsikt i pasientens situasjon og forståelse av situasjonen (Hanssen, 2019, s.49).

Studier har vist at når profesjonelle tolker brukes, føler pasienter og helsepersonell seg tryggere (Hadziabdic & Hjelm, 2014). Profesjonelle tolker kan bidra til forklaring av ... *misforståelse mellom pasient og helsepersonell, og om de skal fungere som kulturtolker i tillegg til språklige oversettere* (Oslo Universitetssykehus, 2017). Mange pasienter kan ha bekymring for kostnaden på tolketjenesten og taushetsplikt. Det er viktig å informere om at tolk er gratis i den offentlige helsetjenesten, men i privat tjeneste, som hos tannlege, må de betale selv (Helsenorge, 2019). Sykepleier må informere pasienten at tolken har taushetsplikt, og hva det betyr (Hanssen, 2019, s.48).

Både primær og spesialisthelsetjenester har ofte egne tolketjenester og prosedyrer som helsepersonell kan anvende ved behov. Tolk kan også bestilles fra nabokommune eller fra statens tolkregister (Brenna, 2007, s.66). Tolkregisteret gir en oversikt over tolkers formelle kompetanse i tolking mellom norsk og andre språk (Tolkeregister, 2021; Helsedirektoratet, 2011). Det er viktig at sykepleieren bestille tolk med både riktig språkferdighet og kultur fordi kommunikasjon mellom profesjonell tolk og pasienten kan påvirkes av tolkens kjønn, etniske- og religiøse dialekt (Hadziabdic et al. 2015).

Forskningen har vist at der kvalifisert tolk ikke var tilgjengelig har familiemedlemmer inkludert barn blitt brukt som tolker (Suurmond et al. 2011). Å benytte familiemedlemmer kan oppfattes som problematisk fordi de kan skamme seg over ting og dermed miste villighet til å formidle et budskap (Rimmer, 2020). Barn må ikke brukes som tolk fordi de kan bli traumatisert av eksponering for et komplekst medisinsk kommunikasjonsscenario (Rimmer, 2020; Røkenes & Hanssen, 2012, s.205) og er ulovlig ifølge FNs barnekonvensjon artikkel 36. Familiemedlemmer skal aldri brukes som tolker (Helsedirektoratet, 2011).

Sykepleieren kan benytte helsepersonell med flerspråklig kompetanse i krevende situasjoner der kvalifisert tolk er utilgjengelig (Helsedirektoratet, 2011). Flerspråklig helsepersonell har fordelen av å være kjent med klinikk-spesifikk kunnskap (Rimmer, 2020). Imidlertid kan de bli overveldet og føler seg presset til å bruke sine språkkunnskaper (Hadziabdic & Hjelm, 2013, s.71). I alle konsultasjoner bør sykepleieren gjøre sitt beste for å engasjere kvalifisert tolk (Rimmer, 2020).

Ifølge Hanssen (2019) kan det være nyttig å ha en liten ordliste på det mest aktuelle språkene tilgjengelig i avdelingen når det ikke finnes profesjonell tolk. *Da kan man peke seg frem til en viss felles forståelse hvis pasienten er lesekyndig* (ibid, s.49). Sykepleier kan også bruke en bok med bilder til pasienten som ikke kan lese (ibid). Sykepleier kan benytte språkpermer som inneholder side med kliniske spørsmål og fagspråk på ulike språk som er relevant for den medisinske behandling og pasientgruppen. Innholdet i språkpermen kan være spørsmål eller setninger som går på det daglige samtale, for eksempel stell, mat, drikke, eliminasjon, smerter, vitale funksjoner eller ulike prosedyrer. Spørsmål og setninger kan også suppleres med enkle bilder eller tegninger som illustrerer teksten (Stubberud, 2019, s.245). Helsedirektoratet (2010) har utarbeidet en brosjyre om tolk i helsetjenesten på 24 ulike språk som helsepersonell kan dele ut til pasienter. Dette er for å sikre at personene er informert om sine rettigheter.

Når det gjelder tolkningsformen er ansikt-til-ansikt tolkning den mest ønskelige tolkningsmåten. Fordelen med denne tilnærmingen er at den åpner for observasjon og tolkning av verbal og non-verbal kommunikasjon (Hadziabdic & Hjelm, 2014). Imidlertid kan fjerntolkning brukes når en tolk ikke er tilgjengelig. Sammenlignet med tolking på stedet er fjerntolkning (telefon- eller videokonferansetolker) mer kostnadseffektive, tilgjengelige og like nøyaktige (Locatis et al. 2010). Imidlertid er kvaliteten på fjerntolkning ofte vurdert lavere på grunn av mangel på non-verbal kommunikasjon og risiko for forvrengning av kommunikasjon (Hsieh & Hong, 2010). Dette gjør fjerntolkning til et problematisk valg når kulturell kompetanse er viktig (Hsieh, 2015). På den annen side er fjerntolkning et kommunikasjonshjelpemiddel der pasienten kan være mer anonym, spesielt når han/hun diskuterer sensitive forhold eller gjennomgår fysisk undersøkelse.

Samtalen med tolk kan ta dobbelt så lang tid som direkte samtale, da alt skal sies to ganger. Derfor er det ekstra viktig å planlegge samtalen på forhånd. Sykepleier må tenke igjennom hvilken informasjon og hvilke spørsmål som bør prioriteres, slik at tolketimen ikke «forsvinner» i mindre viktig snakk (Hanssen, 2019, s.48). I noen tilfeller kan samtalen handle om intime tema. Grunnet dette sier Hanssen at tolken bør være av samme kjønn som pasienten (ibid, s.49).

Riktig bruk av tolk er viktig, og formell utdanning anbefales for å forbedre sykepleieres kunnskap og ferdighet for å utnytte tolk (Salavati et al. 2019). Helsepersonell kan ha problemer med å snakke gjennom en tolk hvis de mangler praktisk erfaring, noe som

kan forklare hvorfor noen helsepersonell foretrekker å ikke bruke tolker (Eklöf et al. 2015). Helsedirektoratet har fremstilt *veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet, 2011). Hensikten med denne er å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester og at pasientrettighetsloven og andre relevante lover følges. Veilederen skal også bidra til å gi helsepersonell bedre kompetanse til å bestille kvalifisert tolk samt fullføre samtaler via tolk.

### 5.2.3 Kulturforskjeller

Studiene viste at kulturforskjeller påvirker kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell (Degrie et al. 2017). Når pasienter møter helsepersonell, møter de også den kulturelle konteksten til helsepersonellet (ibid). Her er interkulturell kommunikasjon viktig. Interkulturell kommunikasjon involverer interaksjoner mellom mennesker med ulik kulturell bakgrunn der det er risiko for misforståelser på grunn av forskjeller i verdier, helsetro, forventninger og språkvansker (Philip et al. 2015). Dårlig interkulturell kommunikasjon kan føre til misforståelser mellom pasienter og helsepersonell om sykdom, helse, behandling og ernæring ble funnet i flere studier (Suurmond et al. 2011; Ellins & Glasby, 2016). Det er derfor viktig at sykepleiere får opplæring i interkulturell kommunikasjon for å bli i stand til å finne ut av spesifikke behov hos pasienter, deres perspektiver på sykdom, behandling og ernæring (Suurmond et al. 2011).

Språk er en viktig komponent av kulturen som vi vet påvirker kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Ellins & Glasby (2016) påviste at språkbarriere ble en sterkere indikator for opplevd kvalitet på omsorg enn etnisk opprinnelse. Språkvansker forhindret kommunikasjon med helsepersonell og førte til vesentlig begrensede muligheter for pasientene til å være involvert i omsorgen, selv på de mest grunnleggende ting som å velge et måltid (ibid). Dette påvirket ikke bare behandlingen til pasientene, men gjorde dem også frustrert og de mistet tilliten til helsepersonellet. Sykepleieren kan bruke åpne spørsmål for å kommunisere med pasientene, og ikke anta at pasientene forstår det som blir fortalt dem. Sykepleieren bør også bygge gode relasjoner med pasienter ved å kommunisere med dem på måter som viser sympati og empati (Travelbee, 2005, s.186). Bruk av profesjonelle tolker, som allerede diskutert ovenfor, kan bidra til å bygge bro over kommunikasjonsbarrieren.

En annen kulturell dimensjon som påvirket kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell var maktavstand (Ramos-Roure et al. 2021). Studien viste at pasientene i stor grad hadde lav sosial status og kom fra kulturer med høykontekst. Sykepleiere som er fra lav kulturkontekst kommuniserte mer direkte til pasientene, noen ganger med svært nedsettende uttrykk uten respekt eller medfølelse. Generelt er det kjent at i høykontekst kulturer er indirekte kommunikasjon vanlig, mens i lavkontekst kulturer er kommunikasjon mer direkte med liten avhengighet av kommunikasjonssammenheng (Hanssen, 2019, s.41).

Suurmond et al. (2011) fremhevet kulturens innvirkning på nonverbal kommunikasjon som øyekontakt, ansiktsuttrykk, stillhet, bevegelser og uttrykk for smerte. Disse nonverbale atferdene kan gi sykepleieren ulike kommunikasjonsutfordringer i møte med pasienter. Dette er fordi forskjellige kulturer har forskjellig tolkning av nonverbal atferd (Eide & Eide, 2019). For eksempel kan en sykepleier betraktes som uvennlig av noen pasienter fordi hun ikke smiler (Ellins & Glasby, 2016; Sevinç et al. 2016). Hvis sykepleieren ser og får kontakt med «personen-i-pasienten» - smiler, bruker navnet sitt og spør om de er OK – gjør dette en stor forskjell for pasientens opplevelser (Ellins & Glasby, 2016).

Studien av Ramos-Roure et al. (2021) viste at kultur i noen tilfeller hadde begrenset effekt på kommunikasjonen mellom pasienter og sykepleiere, spesielt blant minoritetspasienter som har bodd lang tid i landet. Slike pasienter gjennomgår mye akkulturering gjennom forhandlinger mellom deres verdier, holdninger og atferd i vertslandets helsevesen. Akkulturering vil si en prosess, hvor en person er villig til å tilpasse seg andres kultur, men samtidig klarer å holde på sin egen kultur til en viss grad. Akkulturasjonsprosessen førte imidlertid også til makt-asymmetri, som plasserte pasientene i en veldig svak posisjon. For disse pasientene var respektfull, sensitiv og funksjonell kommunikasjon viktig.

Studiene understreket behovet for at sykepleiere har flerkulturell forståelse og fordomsfrihet for effektiv kommunikasjon med minoritetspasienter. Sykepleiere bør være klar over virkningen av forskjellige kulturelle verdier og normer når de kommuniserer med pasienter. Selv om sykepleiere kanskje ikke helt forstår andres kultur, er de pålagt å engasjere seg, lytte oppmerksomt og reflektere over egne verdier og handle på kulturelt passende måter (Suurmond et al. 2011; Ramos-Roure et al. 2021). Flerkulturell kunnskap betyr integrering av *kultur, vurdering av tverskulturelle relasjoner, årvåkenhet mot dynamikken som følge av kulturelle forskjeller, utvidelse av kulturell kunnskap og tilpasning av tjenester for å møte kulturelt unike behov* (Betancourt et al. 2003 s.294).

Kulturell kompetanse blant helsepersonell kan gi pasienter opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt. Dette kan gjøre at møtet med helsevesenet blir mer positivt (Hanssen, 2019, s.15). I følge Suurmond et al. (2011) bør sykepleiere opplæres i personsentrert interkulturell kommunikasjon for å forbedre: (a) sine generelle kommunikasjonsevner, (b) øke sine kulturelle bevissthet for å unngå fordommer, og (c) inkludere pasientene i beslutningsprosessen. Denne opplæringen kan være i form av kurser, fagdager eller videreutdanning i flerkulturell kompetanse.

#### 5.2.4 Forventninger til helsepersonell

Studiene viste at kommunikasjon kan påvirke pasienters forventninger til helsepersonell. Pasienter ønsket mer personsentrert omsorg, humanistisk tilnærming, respekt og medfølelse (Suurmond et al. 2011; Ellins & Glasby, 2016; Sevinç et al., 2016; Yeheske & Rawal, 2018; McKinn et al. 2017; Ramos-Roure et al. 2021; Degrie et al. 2017). Dette er i samsvar med Leininger & McFarland (2006) modellen for individuelt sentrert kulturomsorg. Pasienters forventninger, holdninger og væremåte i møte med helsepersonell gjenspeiler deres religiøse tro, kultur verdier, tradisjoner samt praksis (Hanssen, 2019, s.217).

Studiene fant at de fleste pasienter med lavt språklige ferdighetsnivå hadde vansker med å kommunisere deres forventninger og behov (Suurmond et al. 2011; Sevinç et al. 2016). Hanssen (2019) påviste at minoritetspasienter ofte forventet umiddelbar informasjon fra helsepersonell om hva som feiler dem, og hvilke medisiner de skal ta. Når forventningen ikke ble oppfylt, følte pasienter seg oversett og misforstått. Dette igjen førte til utrygghet og tvil om helsepersonells kompetansenivå. Ifølge Dahl (2013 s.275) kan personers forventninger ofte ikke oppfylles når partene fokuserer på egenskaper som de mener er ønskelige. I dette tilfelle kan partene miste respekt for hverandre, og mulighetene for en meningsfylt kommunikasjon blir mindre. Pasienter foretrakk sykepleiere som kunne snakke deres språk og tolk for å kunne kommunisere deres helseforventninger (Sevinç et al. 2016).

Ved god kommunikasjon mellom pasienter og sykepleier legges det et vesentlig grunnlag for sykepleiers datainnsamling om pasienten. Dette fremmer pasientens forståelse, instrumentelle og emosjonelle kontroll. Videre kan pasientens følelse av forutsigbarhet og kompetanse til medvirkning i sin behandling, samt følelse av sosial tilhørighet økes med verdig kommunikasjon (Stubberud, 2019, s.243).

For å møte forventninger til pasientene, er det viktig at sykepleier bygger god relasjon med pasienten. Dette gjøres ved å bli kjent med pasienten, forstå, møte pasientens behov og hjelpe vedkommende til å mestre sin lidelse, sykdom og ensomhet (Travelbee, 2005, s.33.). Det vil si at helsepersonell bør finne ut pasientens forventninger i det første møtet, og forklare hva de kan forvente av helsepersonellet. Et tema helsepersonell kan ta opp i dette møtet er symptomer og behandlingspraksis i helsevesenet. Sykepleier må være aktivt lyttende og spørrende samt gi oppmerksomhet på det non-verbale aspektet av kommunikasjonen. Ifølge Hanssen (2019 s.22) viser forskning (...) at *mange symptomer på sykdom er vanlig, uansett sosial og kulturell bakgrunn, er sykdomsopplevelsen i stor grad påvirket av personens følelsesmessige reaksjon på, kunnskap om og vurdering av symptomene.*

Sykepleier kan gi bedre informasjon til pasienten om hva de kan forvente av behandlingen. Helsetjenester bør ha informativ litteratur på pasientens eget språk. Noen sykehus har fargelinjer på veggen som man kan følge selv om man ikke kan lese. Helsepersonell kan legge mer vekt på å lære om pasientens tro på sykdommen og håndteringen av den, fordi pasienter ikke alltid deler denne informasjonen selv. Å benytte «*empowerment*» kan sykepleier hjelpe pasienter med å identifisere og organisere spørsmål om diagnose og behandling, og derved forbedre deres ferdigheter og tillit til å kommunisere med helsepersonell (Suurmond et al. 2011).

Opplæring av helsepersonell om forventningene til pasienter med ulik kulturell bakgrunn kan også være nyttig for å redusere innleggelse. I følge Suurmond et al. (2011), kan spesifikk opplæring for individuelle helsepersonell fokusere på å utforske pasientens forventninger, vanskeligheter, behov og bekymringer, samt å være følsomme for måtene pasienter fra andre kulturer og helsevesenet kan oppleve et nytt helsevesen.



## 6 Konklusjon

I denne oppgaven ønsket jeg å belyse hvordan pasienten med minoritetsbakgrunn opplever kommunikasjon i møte med helsepersonell. Språkbarrierer hemmer ikke bare kommunikasjon, men kan føre til at pasienten føler seg urolig og utrygg. Samtidig kan helsearbeideren bli usikkert på om han/hun forstår eller tolker pasienten riktig. Usikkerhet i kommunikasjon kan også føre til manglende, feil eller uforsvarlig omsorg og pleie.

Språkbarrierer og ulike kulturelle koder for hvordan man kommuniserer, og manglende kulturell bevissthet hos helsepersonell kan medføre til utilstrekkelig omsorg og behandling. Arbeidet med forskningsartiklene og annen litteratur har lært meg hvor viktig det er å være kulturelt bevisst i utøvelse av sykepleie. Kulturell kompetanse er viktig for helsepersonell siden vi til stadighet opplever kommunikasjonsutfordringer med minoritetspasienter. Selv om det ikke er mulig å kjenne alle kulturer vi møter gjennom arbeidslivet er det viktig at sykepleier har kulturell kompetanse og er kulturelt bevisst i sitt møte med pasienter med minoritetsbakgrunn.

Artiklene hadde sammenfall på fire områder som belyser kommunikasjon mellom pasienter med minoritetsbakgrunn og helsepersonell: kommunikasjonsutfordringer, bruk av tolk, kulturforskjeller og forventninger til helsepersonell. Pasienter med minoritetsbakgrunn erfarte lavere nivå på omsorg som kan skyldes språkbarrierer og kulturforskjeller. Følgende tiltak er anbefalt:

- God relasjonsbygging
- God kulturell datasamling
- Tilrettelegge for tolketjenester
- Gi tilpasset informasjon til pasienten
- Legg vekt på kunnskap om pasientens tro på sykdom og håndtering av den.
- Oppmuntre pasienten til å utøve sine medvirknings-rett og selvbestemmelse.

En god forståelse mellom pasient og helsepersonell med åpenhet om hverandres kulturbakgrunn kan føre til et godt samarbeid. Godt samarbeid kan skape følelse av trygghet hos pasienten. Dermed kan pasienter med minoritetsbakgrunn oppleve at de blir ivaretatt med respekt.

Det kan være interessant å forske på hvordan makt asymmetri (*Power asymmetry*) påvirker kommunikasjon i møte mellom minoritetspasienter og helsepersonell.

# Referanser

- Betancourt, J.R., Green, A.R. & Carrillo, J.E. (2018). Cross-cultural care and communication. *Up to date*, mars. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Bhargava, S., Diaz, E., Skogstad, S., Linnestad, H., Rogstad, J., & Solheim, P.(2021). *Manglende strategi for innvandrerrhelse skaper ulikhet*. Hentet 24.04.21 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/bnxpAv/manglende-strategi-for-innvandrerrhelse-skaper-ulikhet>.
- Brenna, L. R. (2007). *Marasim*. Høyskoleforlaget; Norwegian Academic Press. Kristiansand S.
- Chauchan, A., Walton, M., Manias, E., Walpola, R. L., Seale, H., Latanik, M., Leone, D., Mears, S., & Harrison, R. (2020). The safety of health care for ethnic minority patients: a systematic review. *International journal for equity in health*, 19(1), 1-25. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01223-2>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A. & Utne, I. (2015). Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. *Abstrakt forlag*.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i interkulturell kommunikasjon*. Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving (6. utgave)*. Gyldendal akademisk.
- Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., de Casterlé, B. D., & Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research. *BMC medical ethics*, 18(1), 1-17. Doi: 10.1186/s12910-016-0163-8
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. (3. utg.)*. Gyldendal Akademisk.
- Eklöf, N., Hupli M., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nurs*, 32(2):143–50. <https://doi.org/10.1111/phn.12120>.
- Ellins, J., & Glasby, J. (2016). You don't know what you are saying 'yes' and what you are saying 'no'to: Hospital experiences of older people from minority ethnic communities. *Ageing & Society*, 36(1), 42-63. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14000919>
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social science & medicine*, 61(7), 1516-1528.
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis; Perspektiver på det flerkulturelle Norge. (6. Utgave)*. Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 20(2), 22.

- Forsberg, C & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (4. utg)*. Natur og kultur.
- Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2013). Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(1), 69-76.
- Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2014). Arabic-speaking migrants' experiences of the use of interpreters in healthcare: a qualitative explorative study. *International journal for equity in health*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-49>.
- Hadziabdic, E., Lundin, C., & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-13.
- Hanssen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. (4. utgave)*. Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001a). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Hentet 01.05.21 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenestelovens>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001b). Lov om pasient- og brukkerrettigheter (pasient- og brukkerrettighetsloven). Hentet 24.04.21 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov%20om%20pasient%20og%20brukkerrettigheter>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Hentet 24.04.21 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven>
- Helse- og omsorgsdepartementet.(2013).Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Hentet 24.04.21 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf)
- Helsebiblioteket (2016). Sjekkliste for kritisk vurdering av forskningslitteraturer. Hentet 20.03.2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>.
- Helsedirektorat (2010). Pasient og tolk- En brosjyre om tolk i helsetjenesten. Hentet 20.4.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/pasient-og-tolk>.
- Helsedirektoratet.(2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse-og omsorgstjenesten*. Hentet 03.04.2021 fra Rapportmal ([helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no))
- Helsenorge.(2019). Tolk i helsetjenesten. Hentet 01.05.21 <https://www.helsenorge.no/rettigheter/rett-til-tolk/#ditt-ansvar-som-pasient>.
- Hornthvedt, T.(2012). Utvalgte begreper i flerkulturell forståelse. Båtnes, Per Inge; Egden, Sissel (Ed.). *Flerkulturell forståelse i praksis*. Kapittel 14. p. 221-254. Gyldendal Akademisk.

- Hsieh, E. (2015). Not just "getting by": factors influencing providers' choice of interpreters. *Journal of general internal medicine*, 30(1), 75-82.
- Hsieh, E., & Hong, S. J. (2010). Not all are desired: Providers' views on interpreters' emotional support for patients. *Patient education and counseling*, 81(2), 192-197.
- Ingstad, K. (2016). Sosiologi i sykepleie og helsearbeid. (1.utgave, 3. opplag). Gyldendal Akademisk.
- Krupic, F., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Contact with health-care service expectation and reality of situation experienced by immigrants seeking Swedish health-care. *Materia socio-medica*, 28(2), 141.
- Kunnskapdepartementet.(2008).Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet 24.04.21 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Jones & Bartlett Learning.
- Locatis, C., Williamson, D., Gould-Kabler, C., Zone-Smith, L., Detzler, I., Roberson, J., Maisiak, R. & Ackerman, M. (2010). Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation. *Journal of general internal medicine*, 25(4), 345-350.
- McCormack, B. & McCance, T. (red). (2016). *Person- centered practice i nursing and health care. Theory and practice* ( 2.utgave). Oxford: Wiley-Blackwell.
- McKinn, S., Duong, T. L., Foster, K., & McCaffery, K. (2017). 'I do want to ask, but I can't speak': a qualitative study of ethnic minority women's experiences of communicating with primary health care professionals in remote, rural Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-12.
- Norsk Senter for Forskningsdata (2021). Fagfelle vurdering. Hentet 10.04.2021 fra <https://snl.no/fagfelle vurdering>
- Oslo Universitetssykehus (2016). Helseradio. Hentet 01.05. 2021 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/helseradio>.
- Oslo Universitetssykehus (2017). Møte med etniske minoritetspasienter. Hentet 28.04.2021 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nyheter/mote-med-etniske-minoritetspasienter>
- Pérez-Stable, E. J., & El-Toukhy, S. (2018). Communicating with diverse patients: how patient and clinician factors affect disparities. *Patient education and counseling*, 101(12), 2186-2194. doi:10.1016/j.pec.2018.08.021
- Philip, S., Manias, E., & Woodward-Kron, R. (2015). Nursing educator perspectives of overseas qualified nurses' intercultural clinical communication: barriers, enablers and engagement strategies. *Journal of clinical nursing*, 24(17-18), 2628-2637. <https://doi.org/10.1111/jocn.12879>
- Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominguez, J. M., Segura-Bernal, J., García-Sierra, R., Fernández-Cano, M. I., & Toran-Monserrat, P. (2021). Intercultural communication between long-stay immigrants and Catalan Primary Care Nurses: a qualitative approach to rebalancing power. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2851. Doi.org/10.3390/ijerph18062851

- Regjeringen (2020). Hvem er urfolk? Hentet 18/03/2021, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/urfolk-og-minoriteter/samepolitikk/midtspalte/hvem-er-urfolk/id451320/>
- Rimmer, A. (2020). Can patients use family members as non-professional interpreters in consultations? *Bmj*, 368. doi: 10.1136/bmj.m447.
- Røkenes, O H og Hanssen, P-H (2012), 3(. utgave). *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.
- Salavati, D., Lindholm, F., & Drevenhorn, E. (2019). Interpreters in healthcare: Nursing perspectives. *Nursing2020*, 49(12), 60-63. doi: 10.1097/01.NURSE.0000604752.70125.66.
- Sen, A. (2008). Why and how is health a human right? *The Lancet* 372 (9655), 2010. Hentet 24.04.21 fra [https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/3124128/Sen\\_HealthHumanRight.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/3124128/Sen_HealthHumanRight.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sevinç, S., Kılıç, S. P., Ajghif, M., Öztürk, M. H., & Karadağ, E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations from nurses. *International nursing review*, 63(3), 406-414. <https://doi.org/10.1111/inr.12259>
- Statistikk sentralbyrå. (2021). Antall Innvandrere i Norge. Hentet 19.04.2021 fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Stubberud, D-G. (red 2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag.
- Suurmond, J., Uiters, E., de Bruijne, M. C., Stronks, K., & Essink-Bot, M. L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC health services research*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-10>
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*; Universitetsforlaget.
- Tolkeregister (2021). Nasjonal tolkeregister. Hentet 02.04.2021 fra <https://www.tolkeregisteret.no/om-kategoriene>
- Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 4.opplag. Gyldendal Akademisk.
- WHO (2003).The World Health Report 2003: Shaping the Future. Hentet 24.04.21 fra [https://www.who.int/whr/2003/en/overview\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2003/en/overview_en.pdf)
- Yehekel, A., & Rawal, S. (2019). Exploring the 'Patient experience'of individuals with limited English proficiency: a scoping review. *Journal of immigrant and minority health*, 21(4), 853-878. doi: [10.1007/s10903-018-0816-4](https://doi.org/10.1007/s10903-018-0816-4)

## Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Immigrants Patient`s experience at the hospital	23.11.2020	PubMed	3	2	1	Krupic et al., 2016
(Immigrants OR Refugees) AND (Hospitalization OR Inpatients)	28.11.2020	CINAHL	190	35	3	Sevinç et al., 2016
Minority care Ethnic Older People	27.11.2020	Google-Scholar	1790000	2	1	Ellins, J. og Glasby, J. (2014)
Immigrants` patients experience at the hospital.	30.11.20	Google-scholar	18200	25	8	Suurmond et al. (2011)
(Language OR Communication) AND (Immigrants OR Minority groups OR Refugees) AND Experience	24.11.2020	CINAHL	550	30	7	Yeheskel, A. og Rawal, S. (2019).
Communication AND Patient AND Minority groups	16.03.2021	Medline (Ovid)	122	19	4	Mckinn et al., 2017
Minority groups AND Communication AND Experience	16.03.2021	Medline (Ovid)	141	21	5	Degrie et al., 2017
Intercultural communication as experience by immigrant patients	01.05.2021	PudMed	18	5	2	Ramos-Roure et al., 2021

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

### Artikkel 1: Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M., Stronks, K. &amp; Essink-Bot, M. L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. <i>Health Services Research</i>. 11(10). doi:10.1186/1472-6963-11-10<sup>[1]</sup><sub>SEP</sub></p>	<p>Å utforske negative hendelser i sykehusomsorg som er beskrevet av innvandrerpasienter.</p>	<p>xperiences, Immigrants, Patients, Expectation</p>	<p>Semistrukturert individuell og gruppeintervjuer av innvandrere ble gjennomført med respondentene om negative opplevelser av helsevesenet. Intervjuer ble transkribert og analysert ved hjelp av en rammemetode. Totalt 22 respondenter som representerer 7 ikke-nederlandske etniske opprinnelser ble intervjuet; hver respondent rapporterte en negativ hendelse i sykehusomsorg eller behandling.</p>	<p>Respondentene rapporterte om negative hendelser i forhold til:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) utilstrekkelig informasjonsutveksling med omsorgstjenester</li> <li>2) forskjellige forventninger mellom respondenter og omsorgstjenester om medisinske prosedyrer</li> <li>3) opplevd skadelig oppførsel fra omsorgstjenester.</li> </ol>	<p>Denne artikkelen er relevant til oppgaven da den tar for seg pasienter/ bruker negativ opplevelse med helsevesenet. Kunnskap om pasient opplevelse og følelse gir bedre forståelse av pasienter med minoritetsbakgrunn.</p>

**Artikkel 2:** "You don't know what you are saying "Yes" and what you are saying "No" to": hospital experiences of older people from minority ethnic communities.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Ellins, J., &amp; Glasby, J. (2014). You don't know what you are saying "Yes" and what you are saying "No" to: hospital experiences of older people from minority ethnic communities. <i>Aging &amp; society</i>. 36, 42-63. doi:10.1017/S0144686X14000919</p>	<p>Å rapportere funn fra en større studie som utforsket eldre mennesker sine opplevelser av omsorgsovergang med fokus på funnene fra et case studieområde som utforsket sykehus og utskrivelsesopplevelser fra eldre mennesker fra etniske minoritets-samfunn.</p>	<p>Minority ethnic, older people, health care, hospital care, experiences, language barriers, participatory research, Person-centred care, Culturally appropriate services.</p>	<p>En kvalitativ studie gjort ved å intervju 24 eldre mennesker som nylig hadde opplevd et sykehusopphold som pasient eller pårørende som ga omsorg og støtte. En deltakende tilnærming ble vedtatt, hvor eldre mennesker fra lokalområdet samarbeidet om utforming, levering og analyse av forskningen som "medforskere".</p>	<p>Funnene viser til flere aspekter av sykehusopplevelsen, inkludert ønsket om personaliserte og humanistiske tilnærming til omsorg, er viktig for eldre uavhengig av etniske bakgrunn. Imidlertid kan eldre fra etniske minoritet samfunn møte språklige og kulturelle barrierer som negativ påvirkning av kvaliteten og opplevelsen av omsorg. Mennesker med begrenset engelskferdighet slet med å forstå, kommunisere og delta i deres omsorg. Tolkning ble gitt uformell av andre pasienter, familiemedlemmer eller personaler i kliniske og ukjente roller. Studien konkluderte med at det kreves målrettede strategier for å sikre passende og effektive sykehustjenester for flerkulturelle pasienter.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til oppgaven da den tar for seg pasienter/bruker negativ opplevelse med helsevesenet. Kunnskap om pasient opplevelse og følelse gir bedre forståelse av pasienter med minoritetsbakgrunn og kvalitet forbedring i helsevesenet.</p>



**Artikkel 3:** Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations form nurses.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Sevinç, S., Kiliç, S.P., Ajghif, M., Öztürk, M.H. &amp; Karadağ, E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations form nurses. <i>International Nursing Review</i>. 63 (3). <a href="https://doi.org/10.1111/inr.12259">https://doi.org/10.1111/inr.12259</a></p>	<p>Hensikt med denne studien var å utforske og beskrive vanskeligheter/ utfordringer av syriske flyktning pasientenes opplevelser og deres forventninger til sykepleiere og sykehus styrer.</p>	<p>Imigrants, Refugees, Hospitalization, Inpatients, Experience, Communication.</p>	<p>En kvalitativ studie benyttet en beskrivende kvalitativ forskningstilnærming for å engasjere 30 syriske flyktninger som gjennomgår behandling i indremedisin som oppfylte studiekriteriene. Data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjemaer og et semistrukturert intervju med åpent spørsmål. Intervjuutskrifter ble analysert ved hjelp av en induktiv kodingsmetode. Beskrivende spørsmål ble analysert og presentert via tall og prosent. Andre data ble vurdert ved hjelp av innholds analysemetode.</p>	<p>Tre hoved temaer ble utviklet etter analysen av intervjuene. Studien konkluderte at flyktningene som deltok i studien hadde vanskeligheter med å kommunisere, dekke deres personlige behov, og å følge behandlingsinstruksjoner riktig. De hadde mange forventninger til sykehusadministrasjonen og sykepleierne samt følte seg veldig takknemlig for både sykepleiere og Tyrkia. Å dele resultat med sykehusadministrasjon kan føre til nye politikker som vil hjelpe nye syriske flyktning pasienter og pasienter med lignende behov. Samtidig få bedre erfaring knyttet til pasientomsorg, kommunikasjon og møte personlig behov.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til oppgaven da den tar for seg pasienter/bruker-opplevelser med helsevesenet. Kunnskap om pasient opplevelse og følelse gir bedre forståelse av pasienter med minoritetsbakgrunn samt kvalitet forbedring i helsetjenester.</p>

**Artikkel 4:** Exploring the "Patient Experience" of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Yehekel, A. &amp; Rawal, S. (2019). Exploring the "Patient Experience" of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review. <i>Journal of Immigrant and Minority Health</i>. 21:853-878  <a href="http://doi.org/10.1007/s10903-018-0816-4">http://doi.org/10.1007/s10903-018-0816-4</a></p>	<p>Hensikten med studien var å utforske pasients opplevelse hos personer med "limited English proficiency" (LEP). Studien gir oversikt over litteraturen om opplevelse av pasienter med lav engelsk ferdigheter. I tillegg siktet studien på å beskrive pasientopplevelsen til personer med LEP, og å identifisere intervensjoner for å forbedre pasientopplevelsen til personer med LEP.</p>	<p>Patient experience, Equity, limited English proficiency, Patient satisfaction, Cultural safety.</p>	<p>Forskerne gjennomgikk seksti kvalitative og blandede metoder studier fra EMBASE og MEDLINE publisert mellom 2007 og 2017. De identifiserte fire hovedtemaer: 1. Kommunikasjon, språkbarrierer og helsekompetanse, 2. Forhold til helsepersonell, 3. Diskriminering og kryss med andre dimensjoner av identitet, og 4. Kulturell sikkerhet. Forskerne identifiserte også faktorer som kan forbedre LEP-pasientopplevelsen, inkludert: å redusere språkbarrierer gjennom tolkning eller språkkordansvarlige tilbydere, tilby oversatte pasientressurser og utdanne helsepersonell om kulturell sikkerhet.</p>	<p>Pasienter med begrenset engelsk ferdighet har spesielt behov for språklig samsvar, tilgang til tolketjenester og helseopplæring. Ettersom pasientopplevelse blir en viktig målstokk for helsevesenets kvalitet. Det er viktig at alle pasienter, til og med de mest sårbare, er representert i den voksende mengden forskning og praksis i området.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til oppgaven da den tar for seg pasienter/bruker opplevelse med helsevesenet. Kunnskap om pasient opplevelse og følelse gir bedre forståelse av pasienter med minoritetsbakgrunn.</p> <p>Resultater fra studien kan brukes til å forbedre utøvelse av helsehjelp.</p>

**Artikkel 5:** Contact with health- care service expectation and reality of situation experienced by immigrants seeking Swedish Health-care.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Key words	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Krupic, F., Sadic, S. &amp; Fatahi, N. (2016). Contact With Health-Care Service Expectation and Reality of Situation Experienced by Immigrants Seeking Swedish Health-Care. <i>Journal of the academy of medical sciences of Bosnia and Herzegovina</i>. 28(2):141-145. doi:10.5455/msm.2016.28.141-145.</p>	<p>Hensikten med studien er å forske hvordan innvandrere fra Bosnia, Herzegovina, Somalia og Kosovo opplever i møte med Sverige helsevesenet.</p>	<p>Health-care system, immigrants, experiences, expectation s and trans cultural health care.</p>	<p>En kvalitativ tilnærming innarbeidet med en kritiskhendelse teknikk (CIT) var brukt. Deltakere var 18, 9 menn og 9 kvinner fra Bosnia, Somalia, Herzegovina og Kosovo som deltok i fokus gruppe intervju (FGI). Data ble samlet fra April 2013 til April 2014 gjennom tre grupper intervju. Gruppene ble intervjuet ved bruk av åpen-spørsmål.</p>	<p>Funne belyste pasientene dårlig opplevelse med Sverige helsevesen. Pasientene ga uttrykk for blant annet manglende informasjon om deres helsetilstand, utilstrekkelige bruk av tolk samt dårlige språkkunnskap.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til oppgaven da den tar for seg pasienter/bruker opplevelse på Skandinaviske sykehus. Kunnskap om pasient opplevelse og følelse gir bedre forståelse av pasienter med minoritets-bakgrunn.</p>

**Artikkel 6:** I do want to ask, but I can't speak': a qualitative study of ethnic minority women's experiences of communicating with primary health care professionals in remote, rural Vietnam.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel begrep/ keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Mckinn, S., Dzung, T. L., Froster, K. &amp; McCaffery, K. (2017). I do want to ask, but I can't speak': a qualitative study of ethnic minority women's experiences of communicating with primary health care professionals in remote, rural Vietnam. <i>International Journal for Equity in Health</i>.16 (190). doi:10.1186/s12939-017-0687-7</p>	<p>Denne studien utforsket hvordan etniske minoritetskvinner opplevde kommunikasjon med helsepersonell i primærhelsetjenesten i mor og barnehelse sammenheng, med et overordnet mål å utvikle strategier for å forbedre helsepersonellens kommunikasjon med etniske minoritetssamfunn.</p>	<p>Communication Ethnic groups, minority groups, Female, Pregnancy, Veitnam, Maternal health, Qualitative research, Primary health care.</p>	<p>En kvalitativ fokus etnografisk tilnærming og gjennomførte fokus gruppetdiskusjoner med 37 thailandske og Hmong etniske minoritetskvinner (for tiden gravide eller mødre til barn under fem år) i Dien Bien-provins ble det gjennomførte en tematisk analyse.</p>	<p>Etniske minoritetskvinner rapporterte generelt at helsepersonell ga helseinformasjon i en didaktisk, enveis stil, og det var avhengighet av skriftlig informasjon (Maternal and Child Health handbook) i stedet for mellommenneskelig kommunikasjon. Helseinformasjonen de mottar (både muntlig og skriftlig) var ofte uspesifikk, og konteksten er ikke justert for deres personlige tilstand. Kvinner ble derfor pålagt å ta en mer aktiv rolle i mellommenneskelige interaksjoner for å dekke deres egne spesifikke informasjonsbehov, men de blir da møtt med andre utfordringer, blant annet språk- og kjønnsforskjeller med helsepersonell, tidsbegrensninger og motvilje mot å stille spørsmål. Disse faktorene resulterte i at kvinner tolket helseinformasjon på forskjellige måter, som igjen så ut til å påvirke deres helseatferd.</p>	<p>Artikkelen er veldig relevant for min oppgave siden den beskriver etnisk minoritetskvinneres synspunkt om kommunikasjonsproblem i møtet med helsepersonell.</p>

**Artikkel 7:** Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A qualitative Approach to Rebalancing Power

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel begrep/ keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Ramos-Roure, F., Feijoo-Cid, M., Manresa-Dominquez, J M., Segura-Bernal, J., Garcia-Siera, R., Fernandez-Cana, M I. &amp; Toran-Monserrat, P. (2021). Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A qualitative Approach to Rebalancing Power. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>. 18 (2851). <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph18062851">https://doi.org/10.3390/ijerph18062851</a>.</p>	<p>Målet med studien er for å utforske erfaringene og perspektivene til langvarige innvandrere på interkulturell kommunikasjon i møte med primærlegepleiere</p>	<p>Intercultural competence; intercultural communication; Long-stay immigrant; nurse-patient relations; primary care; cultural safety</p>	<p>Deltakerne ble valgt gjennom "purposive sampling" ved Maresme primærhelsesenter i Catalan, Spania. Det ble gjennomført en fokusgruppe og fem dybdeintervjuer med innvandrere med lenge opphold fra åtte forskjellige land. Datasamlingen ble styrt av et skript som tidligere ble validert av en gruppe eksperter. En kvalitativ analyse ble gjennomført etter Charmazs' tilnærming, og datametning ble nådd med 11 pasienter (en fokusgruppe og fem intervjuer).</p>	<p>Pasienter med etniske minoritets bakgrunn ønsker nærmere og mer personlig kommunikasjons utveksling med menneskehet, samt høflig og respektfullt omsorgsforhold.</p>	<p>Studien tar for seg erfaringene og personer med minoritetsbakgrunn ønsker. I tillegg har det tatt for seg noe tiltak som kan fremme effektivt interkulturell kommunikasjon: Selvrefleksjon, bevisstgjøring og engasjement samt trening av helsepersonell I pasientsenter interkulturell kommunikasjon.</p>

Artikkel 8: How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel begrep/ keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Casterle, B.D. &amp; Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research. <i>BMC Med Ethnic</i>. 18 (2). Doi: 10.1186/s12910-016-0163-8.</p>	<p>Studien tar hensikt til å oppfylle den manglende litteratur innsikt i kulturelle pleieprosessen. I vår globaliserende verden blir omsorgspersoner i økende grad konfrontert med utfordringene ved å tilby interkulturell helsetjenester, og prøver å finne et verdig svar på den sårbare situasjonen til pasienter med etnisk minoritet.</p>	<p>Minority groups, Communication, Experience</p>	<p>Det ble foretatt et systematisk søk etter papirer publisert mellom 2000 og 2015. Analyse og syntese ble styrt av den kritiske tolkningssyntese tilnærmingen.</p>	<p>51 artikler ble inkludert. Fire dimensjoner dukket opp, som beskriver det interkulturelle omsorgsmøtet som (1) et møte med to forskjellige kulturelle omsorgssammenhenger, (2) i en dynamisk og sirkulær prosess med (3) balansering mellom de to kulturelle sammenhengene, som er (4) påvirket av meglere som begreper om å være menneske, kommunikasjon, familiemedlemmer og sykehusets organisasjonskultur.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til oppgaven da den tar for seg pasienter/bruker erfaringer med helsepersonell. Kunnskap om pasient opplevelse og følelse gir bedre forståelse av pasienter med minoritetsbakgrunn.</p>

