

Hedda Birgitte Pedersen

Hvilke utfordringer opplever helsepersonell at språkbarrierer kan ha i møte med fremmedspråklige pasienter?

Bacheloroppgave i vernepleie

Veileder: Kristin Espeland

Mai 2022

Hedda Birgitte Pedersen

Hvilke utfordringer opplever helsepersonell at språkbarrierer kan ha i møte med fremmedspråklige pasienter?

Bacheloroppgave i vernepleie
Veileder: Kristin Espeland
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse

Sammendrag

Tittel: Hvilke utfordringer opplever helsepersonell at språkbarrierer kan ha i møte med fremmedspråklige pasienter?

Introduksjon/bakgrunn: Norge er et flerkulturelt samfunn som består av mennesker med ulik kultur og bakgrunn. Dagens flykningskrise gjør at enda flere mennesker kommer tilflyttende til Norge. Flykninger som kommer til et nytt land, vil ha vansker med å uttrykke seg på landets nasjonal språk. Kommunikasjon er en sentral faktor for å kunne motta helsehjelp. Dette kan by på flere utfordringer som helsepersonell må ta stilling til i møte med denne pasientgruppen.

Hensikten: Hensikten med dette studiet er å få mer kunnskap om hvilke utfordringer helsepersonell kan oppleve i møte med fremmedspråklige pasienter

Metode: Metoden som er benyttet i denne oppgaven er litteraturstudie. Den tar for seg fem utvalgte forskningsartikler, og relevant teori for å besvare problemstillingen.

Resultat: Alle fem forskningsartiklene tar for seg utfordringer helsepersonell opplever i møte med fremmedspråklige pasienter. Resultatene i de utvalgte artiklene blir sammenfattet til tre tema som diskuteres i oppgaven: 1. Utfordrende pasientmøter, 2. begrenset behandlingstilbud og 3. mangel på kvalifiserte tolker.

Konklusjon: Mangel på kvalifiserte tolker, begrenset behandlingstilbud og utfordrende pasientmøter ble ansett som utfordringer helsepersonell opplevde på grunn av språkbarrierer. Språkbarrierer medførte at pasienten benyttet familiemedlemmer som tolk, noe som førte til uheldige situasjoner. I tillegg viser funn at helsepersonell hadde vansker med å etablere tillitsfulle relasjoner til denne pasientgruppen. Det å ikke kunne kommunisere tilstrekkelig medførte også at pasienten ble ekskludert fra enkelte behandlingstilbud.

Nøkkelord: Språkbarrierer, helsepersonell, utfordringer, fremmedspråklige pasienter, psykiske helsetjenester

Abstract

Title: What challenges do healthcare professionals experience with foreign-language patients?

Introduction/background: Norway is a multicultural society that consists of people from different cultures and backgrounds. Due to the refugee crisis we experience today, more and more people are leaving their homelands and moving to other countries, such as Norway. Arriving refugees can have difficulty expressing themselves because of language barriers. Communication is a key factor in being able to receive adequate health care. This can present several challenges that healthcare professionals must address in meeting this patient group.

Purpose: The purpose of this study is to gain more knowledge about the challenges health professionals may experience in encounters with non-native patients.

Method: The method used in this thesis is literature study. It addresses five selected research articles, and relevant theory to answer the problem.

Result: All five research articles address the challenges that healthcare professionals experience in meeting non-native patients. The results in the selected articles are summarized into three topics that are furthered discussed in the thesis: 1. Challenging meetings with patients, 2. limited treatment options and 3. lack of qualified interpreters.

Conclusion: Lack of qualified interpreters, limited treatment options and challenging meetings were challenges that healthcare professionals experienced due to language barriers. Language barriers meant that the patient may use family members as interpreters, which led to unfortunate situations. In addition, findings show that healthcare professionals had difficulty establishing trusting relations with this patient group. The inability to communicate adequately also meant that the patient was excluded from certain treatment options.

Key Words: Language barriers, health professionals, challenges, Non-native patients, mental health services

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Avgrensning	1
1.3 For-forståelse	2
1.4 Begrepsavklaring	2
2.0 Teori.....	2
2.1 Gap-modellen	2
2.1 Hva er kommunikasjon?	2
2.2 Helsepersonellets rolle i kommunikasjon	3
2.3 Interkulturell kommunikasjon	3
2.4 Relasjonskompetanse	4
2.4 Bruk av tolk	4
2.5 Likeverdige helse- og omsorgstjenester	5
3.0 Metode	7
3.1 Fremgangsmåte	7
3.2 Søkehistorikk	10
3.3 Litteraturliste	11
3.4 Analysemodell	16
4.0 Resultater.....	18
4.1 Utfordrende pasientmøter	18
4.2 Dårligere behandlingstilbud?	18
4.3 Mangel på kvalifiserte tolker	19
5.0 Diskusjon	21
5.1 Utfordrende pasientmøter	21
5.2 Begrenset behandlingstilbud?	22
5.3 Mangel på kvalifiserte tolker	23
5.4 Metode diskusjon	24
6.0 Konklusjon.....	26
Litteraturliste.....	27

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Gjennom dette litteraturstudiet skal jeg ta for meg flyktingers språkbarriere i møte med psykisk helsetjenester. Ifølge FNs statistikk var det ved inngang til 2021 minst 82,4 millioner mennesker i verden på flukt. FNs flyktningkonvensjon definerer en flykting som enhver person som forlater sitt eget hjemland på grunn av frykt. Og der deres eget hjemland ikke kan gi eller ikke vil gi dem beskyttelse. For tiden er det en pågående krig i Ukraina som blir beskrevet som den raskeste voksende flyktingskrisen siden andre verdenskrig (FN-SAMBANDET, 2022). Flere av flyktingene som ankommer Norge vil være i behov for psykiske helsetjenester, og språkbarrierer kan da være en utfordring. Det vil være mangel på et felles språk og språkforståelse mellom pasient og helsepersonell, som er en kjerne til misforståelser. Dette kan medføre en reduksjon på helsetjenestens kvalitet

Gode kommunikasjonsferdigheter er en sentral vernepleiefaglig kompetanse (Brask et al., 2017, s.63). I praksis erfarte jeg imidlertid hvordan språkbarrierer kan gjøre det vanskelig å kommunisere med pasienten, og hvordan dette påvirker arbeidet man gjør. Som vernepleier er du som helsepersonell forpliktet til å gi gode helse og omsorgstjenester (Helsepersonelloven, 1999, §4). I følge Helsepersonelloven (1999, §4) skal helsepersonell yte faglige forsvarlige helsetjenester etter det som forventes ut fra utdanning, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Samme krav og lovverk gjelder i møte med personer med annen språklig bakgrunn, men språkbarrierene gjør dette utfordrende. Kunnskap og forståelse av hvilke konsekvenser språkbarrierer kan ha, er derfor vernepleiefaglig relevant. Derfor skal denne litteraturstudien forsøke å besvare problemstillingen:

«Hvilke utfordringer opplever helsepersonell at språkbarrierer kan ha i møte med fremmedspråklige pasienter?»

1.2 Avgrensning

I denne oppgaven er det lagt fokus på helsepersonellens perspektiv, og hvordan utfordringer de opplever at språkbarrierer kan ha i møte med fremmedspråklige pasienter. Studiet er avgrenset til å se på språkbarrierer knyttet til flykninger, og i de psykiske helsetjenestene. På grunn manglende litteratur i forhold til vernepleierens rolle er søkene avgrenset til helsepersonell.

1.3 For-forståelse

For – forståelse er den forståelsen vi tar med oss i møte med andre mennesker. Våre egne erfaringer, følelser og tanker er med på å påvirke hvordan vi forstår andre mennesker (Røkenes & Hanssen, 2013, s14). Tidligere erfaringer kan være med på å påvirke hvordan man oppfatter en situasjon. I arbeidet med denne bacheloren må jeg være bevisst på min for – forståelse da dette kan påvirke resultatet til dette studiet. Som nevnt innledningsvis har jeg erfart at språkbarrierer kan ha negative konsekvenser, og dette må jeg være observant på igjennom oppgaven slik at funnene ikke blir påvirket av min oppfatning.

1.4 Begrepsavklaring

Fremmedspråklige pasienter omfatter en bred betydning. I denne oppgaven er det avgrenset til å omhandle flykninger som har et annet morsmål enn majoritetsspråket. Språkbarrierer i denne studien innebærer når to mennesker snakker to så forskjellige språk at det blir vanskelig å forstå hverandre.

2.0 Teori

2.1 Gap-modellen

Gap-modellen blir i utgangspunktet brukt for å definere funksjonshemming, men har overføringsverdi til andre fenomener, som f.eks. språkbarrierer. Språkbarrierer oppstår når det er et gap mellom individets forutsetning og samfunnets krav (Brask et al., 2017, s. 25). For eksempel kan det være at pasienten kun kan kinesisk. Når samfunnet da krever at du må snakke og forstå norsk for å få tilgang til helsetjenestene oppstår det et gap, altså språkbarrierer. For å minske dette gapet kan man enten redusere samfunnets krav, eller styrke individets forutsetning (Brask et al., 2017, s.25). Det kan gjøres igjennom å finne gode løsninger, som å bruke tolk.

2.1 Hva er kommunikasjon?

I møte med andre mennesker er kommunikasjon sentral, for å etablere kontakt og skape en god relasjon. Kommunikasjon kan forstås som en prosess der hensikten er å formidle et budskap, eller en mening. Gjennom å kommunisere tar vi del i hverandres tilværelse, og skaper noe sammen. Mennesker kommuniserer til enhver tid, det er ikke mulig å ikke-kommunisere. Vi kommuniserer for å formidle, skape og utveksle ideer og informasjon (Næss, 2015, s.16-17). Det finnes flere måter vi mennesker kommuniserer på. Vi kommuniserer igjennom verbale og nonverbale tegn og signaler. Nonverbal kommunikasjon innebærer det man uttrykker igjennom kroppsspråk som ansiktsuttrykk, blikk, kroppsholdning og stemmebruk (Eide & Eide, 2017, s.136).

Dahl (2013, s.56-58) beskriver hvordan kommunikasjon fungerer igjennom «den klassiske kommunikasjonsmodellen». Modellen viser kommunikasjon mellom to parter (avsender og mottaker). Interaksjonen starter ved at avsender ønsker å formidle et budskap til den andre parten. Det kan være igjennom tale, kroppsspråk eller oppførsel. Budskapet blir oppfattet av mottaker, som videre vil forsøke å forstå hva budskapet innebærer. Hvordan mottaker tolker budskapet vil være avhengig av personens tidligere erfaringer og oppfatninger. Mottakeren responderer på dette, og sender en tilbakemelding ut fra vedkommenes oppfatning av budskapet. Avsender vil da igjen tolke budskapet, og slik vil prosessen fortsette igjen og igjen (Dahl, 2013, s.56-58).

2.2 Helsepersonellets rolle i kommunikasjon

Som helsepersonell lever vi av å møte andre mennesker. Kommunikasjon skjer gjennom alt vi gjør sammen med pasienten. For å kommunisere godt med pasienten blir det derfor sentralt å ha kommunikative ferdigheter. Ifølge Eide og Eide (2017, s.16-17) er god profesjonell kommunikasjonen personorientert og faglig fundert. Personorientert kommunikasjon innebærer at man som helsepersonell anerkjenner pasientens perspektiv, forstår pasientens psykososiale kontekst, skaper en felles forståelse og lar pasienten utøve selvbestemmelse og kontroll. Pasienten skal oppleve å bli sett, hørt og forstått i møte med helsepersonell (Eide & Eide, 2017, s.16-17) Det er derfor viktig å legge til rette for god kommunikasjon, slik at alle vurderinger og handlinger er til det beste for pasienten (Røkenes & Hanssen, 2013, s.11). Kommunikasjonen skal alltid ta utgangspunkt i pasientens forutsetninger, tilpasses etter konteksten og ha pasientens behov i sentrum (Røkenes & Hanssen, 2013, s.251). Hanssen (2019, s. 34) beskriver at kommunikasjonsutfordringer kan begrense pasientens mulighet til å formidle egne tanker og følelser til helsepersonell. Dette viser viktigheten av å legge til rette for god kommunikasjon.

2.3 Interkulturell kommunikasjon

Interkulturell kommunikasjon blir av Dahl definert som kommunikasjon mellom aktører med ulik kulturell bakgrunn. Med ulik kultur er det ofte snakk om nasjonale kulturer som Norge og Kina (Dahl, 2013, 77-78). Kommunikasjonsprosessen fungerer på samme måte om man er fra samme kultur eller ikke. Forskjellen er at fortolkningen av budskapet blir gjort av to mennesker som representerer to ulike kulturelle fellesskap, som er så forskjellige at deres tilskrivning av mening påvirkes (Dahl, 2013, s.85).

Til tross for at ulikheter og kulturelle forskjeller, vil de fleste tilegne seg ferdigheter til å forstå hverandre. I møte med pasienter vil man oppleve at mennesker snakker andre språk, bekjenner seg til andre religioner og har andre måter å gjøre ting på (Dahl, 2013, s.26). Kommunikasjonen vil likevel være den samme. Å skape et meningsfullt

handlingsrom og å dele noe av den andres verden. Røkenes & Hanssen (2013, s.198) påpeker at det vil være vanskelig å etablere et slikt fellesskap med noen som har en veldig ulik kultur. Dette skyldes mangel på kunnskap om hverandre, og vansker med å forstå de kulturelle kodene. De påpeker i tillegg at det er mulig å lære om den andres kultur igjennom dialog og samhandling (Røkenes & Hanssen, 2013, s.199) Hvordan man skaper kontakt og forståelse rundt kulturelle forskjeller, avhenger av kommunikasjonskompetansen til helsepersonellet (Røkenes & Hanssen, 2013, s.198). Gjennom å benytte kultursensitiv kommunikasjon tar man hensyn til de kulturelle forskjellene, og finner en måte å kommunisere på som passer for begge parter. Dette vil være med på å redusere risikoen for misforståelser (Røkenes & Hanssen, 2013, s.204). Forskning.no viser også at det er mulig å tilrettelegge kommunikasjon på flere måter om det oppstår språkvansker. Igjennom alternativ supplerende kommunikasjon kan en legge til rette med hjelpemiddel som håndtegn, grafiske symboler og tematavler (Forskning.no, 2019)

I kommunikasjon mellom to mennesker med ulik kultur, kan det oppstå situasjoner der sendte, og mottatte budskap kan tolkes ulikt. Det er derfor svært viktig som helsepersonell, i slike situasjoner å bruke tid til å sjekke ut, om vi har forstått den andre rett (Skau, 2015, s.89). Dahl (2013, s.27) påpeker at det er i de situasjonene vi forstår, av vi ikke forstår at vi kan oppnå ny kunnskap. Gjennom å stille spørsmål, kan du finne ut noe du ikke har visst eller skjønt tidligere. Dette skaper en bedre forståelse om hverandre, og det blir lettere å etablere en god kontakt (Dahl, 2013, s.27).

2.4 Relasjonskompetanse

Relasjonskompetanse dreier seg om å forstå og samhandle med de menneskene vi møter i yrkessammenheng, på en god og hensiktsmessig måte (Røkenes & Hanssen, 2013, s.10) Her står tillit sentralt. Tillit er en grunnleggende faktor for å kunne bygge en god relasjon. Dette gjelder spesielt i forhold mellom helsepersonell og pasient. Det er viktig å huske på at tillit ikke er noe vi kan kreve eller forutsette, det er noe vi må gjøre oss fortjent til (Skau, 2015, s. 35). I en god relasjon må man ha en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Når fagpersonens handlinger er forankret i hvordan hun forstår den andre, vil handlingene virke positivt inn på relasjon (Røkenes & Hanssen, 2013, s.27)

2.4 Bruk av tolk

Stubberud (2018, s.21) påpeker at en helsetjeneste av god kvalitet involverer brukerne og gir dem innflytelse. Det innebærer at pasientens selvbestemmelse, erfaringer og synspunkter skal påvirke helse- og omsorgstjenesten. Lov om pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre pasientens rett til medvirkning og informasjon. Retten til

medvirkning og informasjon skal tilpasses den enkelte brukeren, og gis på en tilfredsstillende måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1) Det betyr at informasjonen må bli gitt ut fra pasientens forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). I samtaler med fremmedspråklige pasienter som ikke snakker norsk, vil det blant annet være behov for å tilrettelegge. Det vil da være mulig å bruke tolk for å minske språkbarrierene (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 205).

Helsedirektorater har utarbeidet en veileder om kommunikasjon via tolk, for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten. Denne omhandler helsepersonellens ansvar for å tilrettelegge kommunikasjon ved bruk av tolk (Helsedirektoratet, 2011, s4). God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er en sentral faktor for å få et godt behandlingsresultat (Helsedirektoratet, 2011, s.4). Viktigheten av å benytte seg av tolk i situasjoner ved utfordrende språkbarrierer blir derfor påpekt. Språklige barrierer kan medføre: større risiko for feildiagnose, større risiko for feil behandling og vanskeligheter med å forstå egen sykdom. Det må derfor vurderes underveis om det er behov for tolk. Helsepersonellet har ansvar å vurdere om pasienten har behov for tolk, og å informere pasienten om rettighetene de har i forhold til bruk av tolk (Helsedirektoratet, 2011, s 5-6).

I tillegg til at man som helsepersonell har et ansvar, har også tolken et ansvar. Tolken skal gjengi muntlig både det pasienten, og helsepersonellet formidler. En tolk skal heller ikke uttrykke egne meninger eller råd under tolking. Den som tolker skal gi beskjed når tolkingen ikke kan skje på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2011, s. 6-7). Selv om bruk av tolk kan hindre språkbarrierer, kan det oppstå misforståelser. Tolkens fortolkning av det som blir formidlet kan bli oppfattet på en annen måte, enn det som opprinnelig var ment. Dette kan igjen føre til feilkommunikasjon (Dahl, 2013, s.171).

Lov om offentlig organers ansvar for bruk av tolk påpeker at det kun skal brukes kvalifiserte tolker (Tolkeloven, 2021, §7). En profesjonell tolk er å foretrekke i helsetjenesten. Dette fordi de har erfaring med tolkerollen, og den medisinske terminologien (Brunvatne, 2009, s.59). At en kvalifisert tolk skal benyttes, innebærer at barn og familiemedlemmer ikke skal brukes som tolk, med mindre det er en nødssituasjon (Tolkeloven, 2021, §4). Røkenes og Hanssen (2013, s.205) forklarer at barn som tolk, ikke er å foretrekke da de blir satt i en voksenrolle, som kan skade deres utvikling.

2.5 Likeverdige helse- og omsorgstjenester

Ifølge Stubberud (2018, s.23) skal en helsetjeneste være tilgjengelig og rettferdigfordelt. Det innebærer at hver enkelt pasient skal ha mulighet til å oppnå et godt

behandlingsresultat. Uansett alder, kjønn, sosial status og bosted skal man ha så lik tilgang som mulig til helsehjelp. Lingås påpeker dette igjennom å vise til helsepersonellens ansvar for å oppdage strukturer og systemer som bidrar til ulikheter i helsetjenesten. Og at det aktivt må arbeides med å endre disse strukturene og systemene for at det skal være likeverdige helse- og omsorgstjenester (Lingås, 2014, s.103). I 2013 lanserte helse- og omsorgsdepartementet en nasjonal strategi «likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle» som skal arbeide mot å forbedre kunnskapen rundt innvandrernes helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.3). Gjennom å øke kompetansen om kulturelle og språklige utfordringer som opptrer i møte med innvandrere kan man oppnå i større grad likeverdige helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.3)

3.0 Metode

En metode blir ifølge Thidemann (2019) beskrevet som en systematisk framgangsmåte for å samle inn kunnskap og informasjon, som skal gi svare på en gitt problemstilling. Metoden i denne oppgaven er litteraturstudie. Et litteraturstudie er en studie som ønsker å systematisere kunnskap. Det innebærer å samle inn informasjon, evaluere den kritisk og til slutt sammenfatte det. Igjennom dette vil leseren få en oppdatert og god forståelse rundt det problemstillingen etterspør (Thidemann, 2019, s.77-78).

3.1 Fremgangsmåte

I arbeidet med å finne relevant litteratur til problemstillingen ble det gjennomført et innledende søk i databasene *Oria* og *Web of science*. Et slikt søkt gir oversikt over hvor mye litteratur og forskning det finnes på området problemstillingen etterspør. Søkeord som «flyktning» «språkbarrierer» og «helsetjeneste» ble benyttet. I søket viste det seg at det fantes lite forskning på norsk. Søkeordene ble derfor videre formulert på engelsk. For å finne fram til gode søkeord ble først søkeordene direkte oversatt, og et søk ble gjennomført. I søket dukket det opp flere relevante artikler innenfor temaet. Igjennom å se på hva andre forskere/forfattere benyttet som søkeord videreutviklet søkeordene seg. «Keywords» i ulike artikler ble sett på for å få mer kunnskap og oversikt over hvordan søkeordene kunne benyttes, for å finne litteratur som passet til problemstillingen. Tidligere bacheloroppgaver som omhandler språkbarrierer, ble også skimlet igjennom for å komme fram til søkeord.

Videre i prosessen ble PICO benyttet. PICO fungerer som et hjelpemiddel for å presisere problemstillingen, finne inklusjons og eksklusjonskriterier og identifisere søkeord som vil være relevant for problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 82). Ut fra de ulike områdene som blir det identifisert hovedområder som kan fungere som søkeord. Som vist i tabell 1 (PICO-Skjema) ser en søkeordene som var relevant for problemstillingen. En slik oversikt gjorde det lettere å gjennomføre et systematisk søk for å finne de 5 artiklene.

Tabell 1. PICO-skjema

P Patient	I Intervention	C Comparison	O Outcome
Flykninger	Språkbarrierer helsepersonell opplever		Påvirkes kvaliteten i helsetjenesten
Refugee	Language barriers, communication barriers, health		Mental health, health care, health care quality

	personnel, healthcare providers		
--	---------------------------------------	--	--

I utvelgelsen av artikler var det flere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriterier var fagfellevurderte artikler, språk, og barrierer som tema. Artiklene ble ekskludert om de var eldre enn 10 år og hadde manglende IMRaD-struktur.

I det systematiske søket ble godkjente databaser fra NTNU benyttet. Databasene som ble brukt var PubMed og Web of Science. Ved å benytte søkeordene som ble utviklet i PICO-skjemaet kom det frem flere relevante artikler. Alle titlene ble lest, men flere av artiklene ble ekskludert på grunn av manglende relevans opp mot problemstillingen. Videre ble sammendrag lest, og om funnene var relevant for studiet ble hele artikkelen lest. Det var flere artikler som ble ansatt som relevant for å besvare problemstillingen, men på bakgrunn av oppgavens omfang var det kun fem artikler som ble valgt.

Etter hvert som fem forskningsartikler skulle velges ut, måtte kvaliteten på artiklene vurderes. I en slik prosess er det viktig å være kritisk til kvaliteten på artiklene og vurdere om forskningen er til å stole (Thidemann, 2019, s.91). Kvaliteten ble vurdert gjennom å bruke sjekklister fra helsebiblioteket. Sjekkliste for kvalitativ studie ble brukt da alle artiklene er kvalitative. Sjekklister fungerer som et verktøy for at man skal kunne vurdere kvaliteten på artikkelen (Helsebiblioteket, 2016). Igjennom 10 spørsmål må en selv vurdere og være kritisk til artiklenes innhold, og på den måten vurdere om artikkelen er av god kvalitet. Ut ifra denne sjekklisten ble hver artikkel vurdert og godkjent.

Kanalregistret ble også benyttet for å sjekke kvaliteten på tidsskriftet. Kanalregistre er et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Her er det ulike kriterier tidsskriftet må vurderes igjennom for å bli godkjent. Ut fra dette får tidsskriftet utdelt et nivå i forhold til hvordan de imøtekommer kravene for godkjenning av publiseringskanaler. Nivåene går fra 0-2, der nivå 2 er det høyeste nivået (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.) Ved å lime inn tidsskrifts tittelen til kanalregistret som kommer det opp hvilket nivå den er rangert til. Tidsskriftet «European Journal of Psychotraumatology» ble rangert til nivå 1, og «BMC Health Services Research» til nivå 2. Slik ble hver artikkel vurdert, og alle befant seg på nivå 2 eller 1.

Problemstillingen etterspør synspunktet til helsepersonell, men artikkelen av Kiselev et al. (2020) og Pandey et al. (2021) tar for seg både synspunktet til helsepersonell og pasienter. Artiklene ble likevel vurdert som relevant, da noen av funnene kun beskriver helsepersonellets perspektiv, og kan derfor brukes i forhold til problemstillingen. Flere av artiklene omhandler innvandrere og asylsøkere, i tillegg til flyktninger (Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019). Det ble likevel sett på som aktuelt for problemstillingen, da språkbarrierer har samme utgangspunkt om man er innvandrer eller flyktning. I tillegg blir også en flykting omtalt som innvandrer. Studiet til Pandey et al. (2020) tar for seg tilgang til helsetjenestene generelt, og ikke spesifikt opp mot psykiske helsetjenester. Studiet ble inkludert da flere av funnene er relevant for å besvare problemstillingen.

3.2 Søkehistorikk

Søkehistorikk gir en oversikt over hvilke søk som er gjort for å komme fram til de vitenskapelige artiklene. Tabell 2 gir en oversikt over hvilke søkeord som er benyttet og hvilke databaser som er brukt i de ulike søkene (Thidemann, 2019, s.89)

Tabell 2. Søkehistorikk

Søkedato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
24.04.2022	5	Communication barriers Refugee	Pubmed	216	5	1	0
24.04.2022	6	Communication barriers Refugee	Web of science Artikler, årstall 2022-2017	163	8	3	0
28.04.2022	7	Communication barriers Refugee Health care quality	Web of science Artikler Engelsk 2012-2022	31	8	5	1
29.04.2022		Communication barriers Refugee Mental health	Web of science Artikkel 2022-2012	55			1
02.05.2022		Language barriers Refugee Healthcare providers	Web of science Artikler 2012-2022	44	10	5	2
02.05.2022		Language barriers Health personnel Refugee	Web of science Artikkel 2012-2022	9	2	0	0
05.05.2022		Language barriers Refugee Health care quality Health care providers Mental health	Pubmed 2012-2022	20	8	3	1

3.3 Litteratormatrise

Litteratormatrise fungerer som et nyttig hjelpemiddel for å hente ut viktig informasjon fra hver av de inkluderte artiklene (Thidemann, 2019, s.95). Gjennom å definere hensikt, hovedfunn og relevans får man en god oversikt over hovedelementer i artiklene. Noe som vil gjøre det lettere i det videre arbeidet med å analysere artiklene.

Tabell 3. Artikkel 1

Full referanse	Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., ... Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 11(1), 1-16. https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825
Hensikt	Studiet ønsker å undersøke strukturelle og sosiokulturelle barrierer for tilgang til psykisk helsehjelp blant Syriske flykninger og asylsøkere i Sveits.
Metode	En kvalitativ studie som er gjennomført i juni til august 2017. Informasjonen ble hentet inn igjennom dybdeintervju.
Utvalg	Deltakerne ble rekruttert igjennom snowball sampling. Det deltok 5 syriske nøkkelinformanter, 5 helsepersonell og 5 berørte parter.
Hovedfunn/resultater	Funnene viser at språk var en av barrierene for å få tilgang til psykisk helsehjelp. Ut fra dette ble det påpekt viktigheten av å ha kvalifiserte tolker. Resultatene viser også at barrierer som mangel på ressurser, frykt for stigma og misforhold mellom det vestlige systemet og syriske problem og behov for tilgang til psykiske helsetjenester.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Studiet er fagfellevurdert. Fremgangsmetoden blir forklart på en systematisk måte. Hensikten med studiet er også tydelig framskrevet. Det er brukt direkte sitat for å understreke resultatene. Svakheter: det er få deltakere inkludert i studiet, slik at resultatene kunne ha vært annerledes ved flere deltakere til stede. Studiet fokuserer i stor grad på barrierer, og ikke hjelpesøkende atferd til psykisk helsehjelp noe som kan påvirke funnene.
Relevans	Studien tar for seg språkbarrierer og at dette fører til at det blir benyttet tolk. Funnene viser også utfordringer som oppstår på grunn av språkbarrierer. Blant annet blir det nevnt at familiemedlemmer blir brukt som tolk, og at helsepersonell blir usikre på kvaliteten på oversettelsen. Dette er relevant for problemstillingen da dette er utfordringer som oppstår på grunn av språkbarrierer.
Etikk	Studiet ble etisk godkjent av etikkkomitéen kanton Zûrich. Det ble hentet inn muntlig samtykke fra alle deltakerne.

Tabell 4. Artikkel 2

Fullreferanse	Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Nordaunet, O., Biong, S., & Pettersen, H. (2021). Health Professionals' Experiences with Treatment Engagement Among Immigrants with Co-occurring Substance Use- and Mental Health Disorders in Norway. <i>Substance Abuse: Research and Treatment</i> , 15, 1-11. https://doi.org/10.1177%2F11782218211028667
Hensikt	Denne studien ble gjennomført for å finne ut helsepersonellets erfaring med <u>behandlingsengasjementet</u> blant innvandrere med psykiske lidelser og rusmisbruk. Studiet fokuserer på hvordan helsepersonell opplever barrierer som reduserer behandlingsengasjementet, men også hva som er med på å fremme behandlingsengasjementet blant denne <u>behandlingsgruppen</u> .
Metode	I denne studien ble det utført fokusgruppeintervju for å svare på problemstillingen. Dette er en kvalitativ forskningsmetode.
Utvalg	Det var totalt 19 deltakere der samtlige hadde helsefaglig bakgrunn, og som medfører tverrfaglighet. Deltakerne ble rekruttert fra de to norske byene med høyest andel innvandrere, Drammen og Oslo. Blant deltakerne var det 12 kvinner og 7 menn. Alderen på deltakerne var mellom 28 til 65 år, og erfaringen med behandling av innvandrere varierte mellom 1-25år.
Hovedfunn/resultater	Funnene i studiet viser at helsepersonell erfarer flere barrierer som reduserer behandlingsengasjementet, men også hva som fremmer behandlingsengasjementet blant innvandrere. Hovedfunnene ble utdypet i 5 hovedkategorier: <ol style="list-style-type: none"> 1. Deltakerne påpekte at det var flere vansker på grunn av språkbarrierer. Misforståelser blant tjenesteyter og pasient medførte komplikasjoner med diagnostisering og behandling. De mente i tillegg at behandlingstilbudet til denne gruppen ble innskumpet pga. manglende norskkunnskaper. 2. Helsepersonellet manglet kunnskap om ulike kulturelle bakgrunner. Deltakerne påpekte viktigheten av å ha kompetanse om hva som er sosialt og kulturelt akseptabelt i møte med innvandrere.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Studiet er fra et fagfellevurdert tidsskrift. Det er et norsk studie som vil si at det gjenspeiler forholdene her i Norge. Svakheter: Antall deltakere kan ha påvirket resultatet for studiet. I tillegg er studiet gjennomført på et område med den høyest andel innvandrere, noe som kan medføre at resultatet vil varierer ut fra andre steder. Studiet påpeker også at førsteforfatteren selv har bakgrunn som lege og er innvandrere, noe som kan påvirke analysen i studiet.
Relevans	Hovedfunnene viser at helsepersonell kan oppleve barrierer som kan påvirke kvaliteten på helsetjenesten. Språkbarrierer kan medføre misforståelser som kan føre til feil behandling, og begrensning i behandlingstilbudet. I tillegg viser hovedfunnene relevante temaer som kan forbedre tilgangen til psykiatriske helsetjenester blant flykninger. Blant annet kan økt kunnskap om kultur for bedre dette, og dette kan igjen føre til bedre kvalitet på helsetjenesten.
Etikk	Alle deltakerne i forskningsprosjektet signerte under informert samtykke, og mottok informasjon angående prosjektet i forkant av fokusgruppeintervjuet. Studiet ble gjennomført etter Helsinki-erklæringen, og ble godkjent av norsk senter for forskningsdata.

Tabell 5. Artikkel 3

Full referanse	Salami, Salma, J., & Hegadoren, K. (2019). Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 28(1), 152–161. https://doi.org/10.1111/inm.12512
Hensikt	Hensikten med denne studien er å utforske perspektivet til tjenesteyterne som jobber med innvandrere og flykninger. Og hvordan de oppfatter tilgangen og bruken av psykiske helsetjenester blant flykninger og innvandrere i Alberta.
Metode	Det ble benyttet et kvalitativt design for å samle informasjon og for å analysere dataen. I studien ble det benyttet en blanding av fokus gruppe og individuelle intervju for å hente inn relevant data for problemstillingen. Dataen ble hentet inn mellom november 2016 og januar 2017.
Utvalg	Deltakerne som er med i undersøkelsen ble rekruttert fra ulike instanser som arbeider med innvandrere i Alberta. For å delta i studiet måtte vedkommende yte tjenester til innvandrere, være over 18 år og kunne snakke og forstå engelsk. Til sammen var det 53 deltakere, 6 menn og 47 damer.
Hovedfunn/resultater	Resultatene fra denne undersøkelsen blir utdypet i to temaer 1. barrierer flykninger opplever i forhold til tilgang og bruk av psykiske helsetjenester og 2. hvordan tjenestene burde tilrettelegges for å forbedre tilbudet til psykiske helsetjenester. Hovedfunnene viste at språkbarrierer, kulturelle forskjeller, stigma rundt mental helse og frykt for konsekvenser var den største barrieren for tilgangen og bruken av psykiske helsetjenester. Resultatene viste flere elementer som kunne forbedre leveringen av psykiske helsetjenester. Blant annet ved å øke kunnskapen om mental helse blant tjenesteytere, fjerne økonomiske barrierer og forbedre samarbeidet mellom de ulike instansene som tilbyr psykiske helsetjenester.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Artikkelen er blitt fagfelleurdert. I tillegg er det benyttet mange deltakere, som gjør at man får flere innblikk på problemstillingen. Det er også hentet ut deltakere fra 9 ulike immigrant serving agencies, som gjør studiet mer validitet. Fremgangsmåten som er benyttet i studier blir beskrevet i løpende tekst. Svakheter: Deltakerne i studiet er skjevfordelt mellom kjønnene noe som kan påvirke resultatene i studiet. En annen svakhet med studiet er at 49 av deltakerne i studiet er innvandrere selv, noe som kan påvirke resultatet.
Relevans	Artikkelen tar opp flere elementer som er relevant for min problemstilling. Språkbarrierer blir påpekt som en tydelig barrierer for tilgang til psykiske helsetjenester. Det blir også tatt opp ulike forslap som kan forbedre kvaliteten og tilgangen til psykiske helsetjenester, noe som er relevant i forhold til kvaliteten på helsetjenesten. Slik at tjenestene kan være tilgjengelig for alle i amfunnet.
Etikk	Det er hentet inn skriftlig samtykke av alle deltakerne som er med i undersøkelsen. Etisk godkjent av University og Alberta Research Ethics board.

Tabell 6. Artikkel 4

Full referanse	Jensen, Norredam, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. <i>BMC Family Practice</i> , 14(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-17
Hensikt	Målet med dette studiet var å finne ut hvordan allmennleger i Danmark opplevde å yte omsorg til flykningspasienter med psykiske problemer.
Metode	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. Dataen i studiet ble samlet mellom september 2008 og januar 2009. Vignette?
Utvalg	Det ble gjennomført 15 semistrukturerte intervju med 9 allmennleger, 3 legevaktsleger og 3 ledere av psykiatriske boenheter. Artikkelen bygger kun på intervjuene med allmennlegene. Blant deltakerne var det 2 menn og 7 kvinner.
Hovedfunn/resultater	Studiets hovedfunn ble delt inn i 4 hovedkategorier: kommunikasjon, omsorgskvalitet, henvisningsveier og forventninger og forståelse av sykdom. Funnene viste at kommunikasjon innebærer mer enn bare det å dele et fellesspråk, og at de fleste foretrakk å benytte profesjonelle tolker i møte med flykningspasienter. Kvaliteten på omsorgen ble også påvirket av språkbarrierer, ved at flere ikke kunne dra nytte av de behandlingstilbudene som finnes i samfunnet. Studien viser også til at flere av allmennlegene opplevde at flere av pasientene ikke skjønnte sammenhengen mellom psykiske problemer og fysiske symptomer.
Kvalitetsvurdering	<p>Styrke: Artikkelen er fagfellevurdert. Studiet er fra et land med tilnærmet lik helsetjenester som Norge, og kan være i større grad overførbart.</p> <p>Svakhet: Det er få deltakere med i studiet, noe som kan medføre at resultatet blir påvirket. Deltakerne er også valgt ut ifra et område der en større del av befolkningen er innvandrere, noe som kan medføre at resultatet hadde vært annerledes om deltakerne hadde vært fra andre steder.</p>
Relevans	Denne studien belyser utfordringer allmennleger kan oppleve i møte med flykningspasienter. Artikkelen belyser flere områder som vil være relevant for problemstillingen. Språkbarrierer og at kvaliteten på omsorgen kan bli påvirket, er noe en vernepleier også kan møte i praksis.
Etikk	Alle deltakerne samtykket muntlig til deltakelse i studiet, og det ble sikret anonymitet i alle opplysningene som ble gitt. I henhold til dansklovgivning er det ikke nødvendig med etisk tillatelse for å gjennomføre en slik undersøkelse, det ble derfor ikke innhentet etisk tillatelse.

Artikkel 7. Artikkel 5

Full referanse	Pandey, Maina, R. G., Amoyaw, J., Li, Y., Kamrul, R., Michaels, C. R., & Maroof, R. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. <i>BMC Health Services Research</i> , 21(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06750-4
Hensikt	Formålet med denne studien var å utforske hvilke barrierer innvandrere med begrensede engelskkunnskaper kunne oppleve i forhold til tilgang på helsetjenestene.
Metode	Det ble benyttet en kvalitativ forskningsmetode, og dataen ble hentet inn igjennom fokusgrupper og individuelle intervju.
Utvalg	Deltakerne som deltok i studiet, besto av 38 mennesker som alle var innvandrere. Det var 28 kvinner og 9 menn. I tillegg var det 17 helsepersonell med ulik kompetanse i arbeid med innvandrere og flykninger. Er ikke oppgitt kjønnsfordelingen blant helsepersonell.
Hovedfunn/resultater	Resultatene av begrensede engelskkunnskaper ble oppsummert i 4 temaer: <ul style="list-style-type: none"> - Det begrenset muligheten får å få tilgang til eksisterende helsetjenester og forstå hvordan helsevesenet i Canada er organisert. - Språkbarrierer medførte vanskeligheter med å utvikle en terapeutisk allianse mellom helsepersonell og pasient. Pasienten kunne oppleve å ikke gjøre seg forstått, og helsepersonell erfarte at pasientene ikke hadde forståelse for behandlingsinstruksjonene. - Det opplevdes som utfordrende å finne kvalifiserte tolker, og flere opplevde at informasjon gikk tapt i oversettelsene på grunn av at pasienten hadde med seg sine egne tolker noe som utfordrer konfidensialitet. - Utfordringer med språkbarrierer kunne i tillegg medføre dårligere behandling av kroniske sykdommer og som til slutt resulterte i et dårligere helseutfall.
Kvalitetsvurdering	Fordeler: Artikkelen er fagfellevurdert. Metoden er relevant for problemstillingen. Ulemper: Ulike etniske grupper ble rekruttert, kan hende det ikke reflekterer hele gruppen. Flere kvinnelige deltakere. Få helsepersonell fra hver profesjon.
Relevans	Denne artikkelen er relevant for problemstillingen fordi den tar for seg problematikken rundt språkbarrierer og hva det kan medføre. Studiet ser både på synspunktet fra innvandrerne sin side men også helsepersonellens side.
Etikk	Studiet ble godkjent av etikkomiteén i Saskatchewan. Alle deltakerne ga informert samtykke før deltakelse i forskningsprosjektet.

3.4 Analysemodell

I arbeidet med å analysere de fem ulike artiklene ble Aveyards tematiske analysemodell brukt som inspirasjon (Thidemann, 2019, 96). Hvordan man benytter seg av denne metoden vil være avhengig av hva man individuelt foretrekker. Modellen vil derfor være et utgangspunkt for arbeidet, men vil være tilpasset etter oppgaven og egne preferanser.

Thidemann (2019, s.92) påpeker viktighetene med å bli kjent med de ulike delene i artiklene for å forstå innholdet og resultatene. Først ble alle artiklene lest detaljert for å få en oversikt over hva som kan være relevant for problemstillingen min. Videre ble fokuset flyttet over til resultatdelene. Resultatdelen er utgangspunktet for analysen i dette studiet. For å få en god forståelse av funnene var det viktig å lese hver artikkel en rekke ganger. Litteraturmatrisene (Tabell 3-7) fungerte som et fint hjelpemiddel for å få oversikt over hovedfunnene i hver artikkel. Aveyard anbefaler å benytte markeringstusjer for å få oversikt over de ulike temaene som kan være relevant for problemstillingen (Thidemann, 2019, s.97) Alle temaene som ble sett på som relevant for problemstilling ble markert med markeringstusj. Istedenfor å markere med ulike farger i artiklene, ble kun en tusj benyttet da det for meg ga en bedre innsikt.

De ulike temaene som ble ansett som relevant ble ført inn i en tema-tabell. Tabellen har en kolonne til hver artikkel (Tabell 8. sammenligning av tema). En slik tematabell skal gjøre det lettere å se sammenhenger mellom gjennomgående temaer i alle artiklene (Thidemann, 2019, s.97). I prosessen videre måtte resultatene fra artiklene sammenlignes for å komme fram til temaer som passet til resultatene. I dette arbeidet ble ord som beskriver hovedpoengene skrevet ned i tabellen. For å finne sammenhenger og forskjeller brukte jeg ulike uthevingsfarger for å få oversikt over hvilke artikler som omtalte de ulike temaene. Tema 1 hvordan møte pasienten ble markert i oransje, tema 2 mangel på kulturell kompetanse i rosa, tema 3 begrenset behandlingstilbud i grønn og tema 4 mangel på kvalifisert med blå. Dette gir en god oversikt over hvordan de ulike temaene blir omtalt i artiklene. På denne måten var det lettere å identifisere hvilke temaer som gikk igjen, og hvordan det er mulig å slå i hop samme tema fra hver artikkel under samme tema (Thidemann, 2019, s.97).

Igjennom dette var det flere relevante temaer som dukket opp. Aveyards tematiske analysemodell viser videre at det vil være relevant å omformulere temaene, da de skal treffe funnene som er hentet fra artiklene. Og noen temaer må derfor endres for å være mer passende (Thidemann, 2019, s.98). Noen av temaene er inspirert av artiklene, mens andre er endret for å være mer egnet og beskrivende. Jeg endte først med fire temaer, men gikk over til to da to av temaene var mulig å flettes sammen. Tema 1 og 2 ble slått

sammen til temaet utfordrende pasientmøter. Temaene ble til slutt «utfordrende pasientmøter», «begrenset behandlingstilbud» og «mangel på kvalifiserte tolker».

Tabell 8. Sammenligning av tema

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Fravær av kvalifiserte tolker	Mangel på kompetente tolker	Flykningspasienter hadde ofte behov for tolk	Bruk av profesjonell tolk fremfor familiemedlemmer	Det var ikke tolk tilgjengelig på alle klinikker
Bruk av familie som tolk	Mangel på kunnskap om kulturelle forskjeller	Behov for godt trente tolker, som kan sin rolle i konsultasjoner	Deltakelse i enkelte behandlinger kan være begrenset	Bruk av egen tolk, skapte utfordring
Språkbarrierer kan føre til uoppdaget og udiagnostiserte psykisk lidelser	Ofte ny tolk til hver konsultasjon	Bruk av familiemedlemmer som tolk	Ved bruk av tolk måtte det ofte arrangeres nye konsultasjoner	Effektiv kommunikasjon er avgjørende for å tilby gode helsetjenester
Kunnskapsmangel kan føre til at psykisk sykdom ikke blir identifisert	Helsepersonell vet ikke hvordan man skal møte flykninger	Bruk av «annet» språk i møte med flykninger	Å forstå hverandre er ikke alltid avhengig av språket	Pasientene hadde vansker med å forklare helsetilstanden
Behandlingen må være kulturell tilpasset	Begrenset mulighet til å tilegne seg kunnskap innenfor kulturell kompetanse	Behov for mer kunnskap blant ansatte		Språkbarrierer påvirket den terapeutiske relasjonen
Vansker med å gjennomføre behandling pga. språkbarrierer	Hvordan man imøtekommer pasienten har betydning på relasjon	Helsepersonell spiller en viktig rolle i om psykisk problemer blir identifisert		Bekymring for kvaliteten på oversettelsestjenesten
	Ekskludert fra gruppeterapi			

4.0 Resultater

4.1 Utfordrende pasientmøter

Alle artiklene presenterer utfordringer med å jobbe med fremmedspråklige pasienter. Flere tar opp konsekvenser med å ikke kunne kommunisere tilstrekkelig. Ifølge resultatene fra Kiselev et al. (2020, s.6) viser det seg at å ikke kunne kommunisere tilstrekkelig gjør det vanskelig å identifisere psykiske helseproblemer, da pasienten kan ha utfordringer med å gjøre seg forstått. Det samsvarer med resultatene til Kour et al. (2021, s.4) og Pandey et al. (2021, s.6), ved at pasienten ikke var i stand til å forklare helsetilstanden og språkbarrierer medførte begrensinger i forhold til diagnostisering. I resultatene fra studiet til Jensen et al. (2013, s.4) påpeker den ene deltakeren at å gjøre seg forstått ikke alltid handler om å kunne snakke det samme språket, men er mer avhengig av at man er på samme bølgelengde.

Et annet element som går igjen i flere artikler er at deltakerne opplever det som utfordrende hvordan de skal møte pasienten, og at språkbarrierer påvirker relasjon. Deltakerne beskriver det som krevende å ikke kjenne til personens kulturelle bakgrunn og at det ofte forårsaket misforståelser rundt hva som er sosialt og kulturelt akseptabel oppførsel (Kour et al., 2020, s.5). Studiet til Salami et al. (2019, s.155) sier noe av det samme, men at de på grunn av stigmatiseringen rundt psykisk sykdom velger å benytte et mer kulturelt akseptabelt språk for å starte en samtale med en pasient som opplever psykisk sykdom. Det blir påpekt at manglende språkkunnskaper påvirket det terapeutiske forholdt mellom pasienten og helsepersonell (Pandey et al., 2021, s.6). Også i studiet til Four et al. (2021, s.5) sier de at relasjon blir påvirket, men da på grunn av manglende kulturell kompetanse. Deltakerne opplever det som utfordrende å skape tillitsfulle relasjoner, når de ikke vet hvordan de skulle møte disse pasientene. Ene deltakeren skildret følgende: «What should I do if i meet an immigrant patient, how do i get things started?» (Four et al., 2021, s.5).

4.2 Dårligere behandlingstilbud?

Resultatene i samtlige artikler viser at språkbarrierer kunne begrense muligheten for å motta behandling (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021). Deltakerne beskriver at deltakelse i enkelte behandlinger kan være begrenset på grunn av språkbarrierer (Jensen et al., 2013, s.5; Kour et al.,2020, s.4) Som gruppeterapi. Gruppeterapi foregår på norsk, og pasientene ble derfor ofte ekskludert da de verken kunne snakke eller forstå norsk (Kour et al., 2021, s.4). Funn fra artikkelen til Kiselev et al. (2020, s.6) viser også dette. Ene deltakeren forklarer at det oppstår

situasjoner der de ser at behandling ville vært nødvendig, men at det vil være utfordrende på grunn av språkbarrierer. At behandlingen er vanskelig å gjennomføre på grunn av språkbarrierer blir forklart med at det ikke er tilstrekkelig at de kan litt engelsk, de må kunne uttrykke seg på sitt eget språk (Kiselev et al., 2020, s.6-9) I tillegg gjorde språkbarrierer det vanskelig for deltakerne å formidle til pasientene hvorfor de anser behandling som nødvendig, og hvordan dette foregår (Kiselev et al., 2020, s.6-9). Resultatene fra to av artiklene viser at det er utfordrende å finne profesjonelle som kan språket deres (Jensen et al., 2013, s.5; Kour et al., 2020, s.5). Flere rapporterte om behov for psykolog, men at det var utfordrende å finne noen som kunne deres språk. I behandling der kommunikasjon er en sentralt element, vil det være vanskelig om den profesjonelle ikke kan deres måte å uttrykke seg på (Jensen et al., 2013, s.5).

4.3 Mangel på kvalifiserte tolker

Alle artiklene tar opp temaet om at fremmedkulturelle pasienter ofte har behov for tolk på grunn av språkbarrierer, og at dette ofte byr på utfordringer (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019) Et gjennomgående tema i de fleste artiklene er problematikken med at pasienten har med sin egen tolk, og da ofte et familiemedlem. Funn dokumentert i studien til Kiselev et al. (2020, s.7) beskriver en situasjon der et barn er blitt brukt som tolk, og usikkerheten rundt om barnet klarer å oversette rett til pasienten. Problematikken med at pasienten har med egen tolk blir av Pandey et al. (2021, s7) forklart som problematisk. Disse har ofte ikke kunnskap om den medisinske terminologien, og deltakerne uttrykte bekymring for at instruksjonene ikke blir oversatt ordrett. Deltakerne i studiet til Salami et al. (2019, s.7) og Jensen et al. (2013, s.4) belyser også utfordringen med at barn blir bruk som tolk. De beskriver at bruk av barn som tolk kan by på tap av konfidensialitet og økt belastning på familiemedlemmet (Salami et al., 2019, s157). Funn gjort av Jensen et al. (2013, s.4) viser videre at deltakerne av og til benytter seg av familiemedlemmer som tolk i enkelt situasjoner, men at de foretrekker å bruke profesjonell tolk da de kan den medisinske terminlogien.

Alle artiklene viser til behovet for på kvalifiserte tolker i helsetjenesten (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019). Deltakerne beskriver at det er mangel på kvalifiserte tolker i helsetjenesten, og at dette medførte lang ventetid og at det måtte arrangeres nye konsultasjoner. Dette gjorde også at pasienten kunne føle seg avvist i det første møtet med helseapparatet (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Salami et al., 2019). I studien til Kour et al. (2021, s.5) bli det påpekt at mangel på tolk førte til at det ble benyttet ny tolk på hver timeavtale som førte til mislykket kommunikasjon. Dette temaet blir også belyst av Salami et al. (2019, s.157) ved at pasientene skulle ha hatt en personlig medisinsk tolk, men at dette var et

mangel i dagens helsevesen. Viktigheten av å ha kjennskap til den medisinske terminologien var en viktig faktor som gikk igjen for at tolketjenesten skulle være vellykket (Jensen et al., 2013; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019). Flere beskrev bekymring for kvaliteten på oversettelsestjenesten som ble gitt, ene deltakeren uttrykte «*Sometimes working with an interpreter is difficult because you don't always know whether the translator translates exactly what you're trying to come across to explain.*» (Pandey et al., 2021, s.7). Funnene gjort av Kour et al (2021, s.4) viser at deltakerne opplevde at tolken ikke var kompetent nok til å forstå sammensatte lidelser, noe som førte til frustrasjon for både pasienten og deltakerne. Dette samsvarer med resultatene til Pandey et al. (2021, s.7) ved at helsepersonell erfarte at noen tolker hadde utfordringer med å forklare instruksjoner, noe som medførte flere misforståelser.

5.0 Diskusjon

Igjennom diskusjonsdelen skal hovedfunnene i 4.0 Resultater drøftes opp mot relevant teori som er presentert i 2.0 Teori. Diskusjonen skal forsøke å besvare på problemstillingen: «Hvilke utfordringer opplever helsepersonell at språkbarrierer kan ha i møte med fremmedspråklige pasienter?».

5.1 Utfordrende pasientmøter

Funn fra flere av studiene viser at helsepersonell opplever det som utfordrende å kommunisere med pasienten på grunn av språkbarrierer (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019). Deltakerne påpeker at dette medfører en begrensing i forhold til diagnostisering og muligheten til å identifisere psykisk sykdom (Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021). God kommunikasjon blir av Helsedirektoratet (2011) beskrevet som en essensiell faktor for å få til et godt behandlingsresultat. Der språkbarrierer er en utfordring kan det oppstå større risiko for feildiagnose, større risiko for feil behandling og pasienten kan ha vansker med å forstå egen sykdom (Helsedirektoratet, 2011). Som vist i funnene kan en se at det er utfordringer i forhold til å sette rett diagnose på grunn av språkbarrierer.

Kommunikasjon fungerer som en prosess der deltakerne formidler et budskap eller en mening. Dette gjør at man tar del i hverandres tilværelse, og skaper noe felles.

Språkbarrierer kan gjøre det utfordrende å skape en fellesforståelse igjennom kommunikasjon. Helsepersonell viser til at de opplever det som utfordrende å forstå pasienten, og at pasienten selv har vansker med å uttrykke seg optimalt (Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021). Dette påvirker helsepersonellens evne til å ta del i pasientens tilværelse. Hanssen (2019) uttrykker dette samme igjennom at kommunikasjonsproblemer kan påvirke pasientens evne til å forklare egne tanker og følelser. Dette fører igjen til at det oppstår misforståelser og usikkerhet mellom pasienten og helsepersonellet (Hanssen, 2019).

På den andre siden viser funn at det å forstå hverandre ikke alltid er avhengig av at man deler samme språk, men at man tilpasser seg hverandre (Jensen et al., 2013). Dette støttes av forskning.no, ved at kommunikasjonen kan tilpasses den enkelte pasienten for å unngå språkvansker. Gjennom å tilpasse kommunikasjonen oppnår det en mulighet for å formidle budskap på alternative måter som f.eks. igjennom håndtegn, symboler og bildekort. Røkenes og Hanssen (2013) påpeker også at kommunikasjonen skal tilpasses den enkelte, slik at det som skjer er til det beste for pasienten. Dette innebærer at man må tilpasse etter pasientens forutsetninger, og brukerens behov skal være i sentrum igjennom kommunikasjonen (Røkenes & Hanssen, 2013).

I studiet til Kour et al. (2020) kommer det fram at å ikke ha kjennskap til pasientens kulturelle bakgrunn medførte misforståelser rundt hva som er kulturelt akseptabel oppførsel. Dette støttes i regjeringens strategi «Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle», som fokuserer på å øke kunnskapen rundt innvandrers helse. Helsepersonellet skal få mer kunnskap rundt kulturelle og språklige utfordringer som oppstår i møte med denne pasientgruppen for å unngå misforståelser (KILDE). Dette støtter funnet i Kour et al. (2020) ved at det er behov for økt kompetanse om kulturelle forskjeller for å unngå misforståelser. Ut fra undersøkelsen (Salami et al., 2019) kan en se at de ut fra erfaring har lært å benytte en mer kulturelt tilpasset språk for å starte en samtale om psykisk sykdom. Røkenes og Hanssen (2013) definerer dette som kultursensitiv kommunikasjon. Det innebærer at man som helsepersonell tar hensyn til de kulturelle forskjellene, og finner en metode å kommunisere på som passer begge partene. På den måten er det mulig å redusere misforståelse, fordi man sammen skaper en felles enighet og forståelse i møte med hverandre (Røkenes & Hanssen, 2013).

Helsepersonell opplever også at språkbarrierer påvirker muligheten til å skape en god relasjon til pasienten (Pandey et al., 2021). Dette samsvarer med teorien til Røkenes og Hanssen. De påpeker at man som helsepersonell vi møte mennesker med andre kulturer, og at igjennom kommunikasjon tar man del i hverandres verden. Når kulturene er såpass ulik vil det være utfordrende å skape et slikt fellesskap (Røkenes & Hanssen, 2013). Funnet fra studiet til Four et al. (2021) viser også at relasjon blir påvirket, men på grunn av mangel på kulturell kompetanse. Deltakerne opplever det som vanskelig å etablere en tillitsfull relasjon. Tillit er en grunnleggende faktor i alle forhold. Tillit er ikke noe man som helsepersonell kan kreve, men noe vi må gjøre oss fortjent til. Dette skjer igjennom relasjonsbygging (Skau, 2015). Følgene utsagn viser at det oppleves som utfordrende å møte denne pasientgruppen: «What should I do if i meet an immigrant patient, how do i get things started?» (Four et al., 2021). Skau belyser at det er i slike pasientmøter man må være bevisst på at kommunikasjonen kan påvirkes. I kommunikasjon mellom to mennesker som kommer fra ulik kultur kan det oppstå at budskapet kan tolkes ulikt. Det er derfor svært viktig å sjekke at man har forstått den andre rett (Skau, 2015; Dahl, 2013).

5.2 Begrenset behandlingstilbud?

Majoritetene av studiene viser at språkbarrierer kan begrense muligheten for å motta behandling (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021). Språkbarrierer gjør det vanskelig å delta i enkelte behandlingstilbud som tilbys. Det å ikke kunne uttrykke seg på landets offisielle språk førte til ekskludering fra

behandling som gruppeterapi (Kour et al., 2021). Dette støttes av funn fra Kiselev et al. (2020). Deltakerne her påpekte at pasienten måtte kunne uttrykke seg på sitt eget språk, for å ha utbytte av behandlingen. Hanssen (2020) hevder også at begrensninger i forhold til kommunikasjon påvirket pasientens evne til å uttrykke seg. På den andre siden er det helsepersonellens ansvar å legge til rette for god kommunikasjon for å oppnå et godt behandlingsresultat (Helsedirektoratet, 2011; Skau, 2015). Eide og Eide (2017) mener at god profesjonell kommunikasjon er personorientert. Det innebærer at man anerkjenner pasientens perspektiv og skaper en felles forståelse. På den andre siden kan dette være utfordrende for helsepersonell å realisere når en ikke kan deres måte å uttrykke seg på (Jensen et al., 2013).

Konsekvensene av språkbarrierene påvirker prinsippet om likeverdige helsetjenester. Enhver pasient uansett kjønn, etnisitet, språk og alder skal ha mulighet til å oppnå et godt behandlingsresultat (Helsedirektoratet...). Studiet til Kiselev et al. (2019) påpeker at de ved flere anledninger ser at det ville vært nødvendig med behandling, men blir ansett som umulig på grunn av språkbarrierer. Helsetjenestene skal være tilgjengelig for alle, noe det her blir vist at de ikke er på grunn av språkbarrierer (Stubberud, 2018). På den andre siden viser det seg å være problematisk å finne helsepersonell som kan pasientens språk (Jensen et al., 2013; Kour et al., 2020). Samtidig finnes det andre måter å tilrettelegge kommunikasjonen på som kan øke deltakelsen i behandling. I situasjoner der språkbarrierer medfører problemer blir det påpekt viktigheten av å benytte tolk (Helsedirektoratet, 2011; Røkenes & Hanssen 2013).

5.3 Mangel på kvalifiserte tolker

Språkbarrierer medfører at flere av pasientene er i behov for tolk for å kommunisere med helsepersonell. Flere av studiene påpeker at dette byr på utfordringer (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019). En konsekvens som går igjen i flere av artiklene er at familiemedlemmer blir benyttet som tolk for å kommunisere. Kiselev et al. (2020) beskriver at det å bruke barn som tolk fører til bekymring rundt kvaliteten på oversettelsen, og barnets evne til å oversette riktig. Dette samsvarer med bekymringene deltakerne i studiet til Pandey et al (2021) uttrykte rundt at pasientene benyttet sine egne tolker, og at dette førte til usikkerhet om informasjonen ble oversatt korrekt. I lys av dette viser lov om offentlig organers ansvar for bruk av tolk at det kun skal benyttes kvalifiserte tolker med mindre det er en nødssituasjon. Det innebærer at barn og familiemedlemmer ikke skal benyttes som tolk. Men på den andre siden viser Jensen et al. (2013) Kiselev et al. (2020) og Salami et al. (2019) at det i dagens helsevesen er mangel på kvalifiserte tolker i forhold til behovet. Dette medfører igjen til uheldige situasjoner der barn og familiemedlemmer blir benyttet som tolk. Jensen et al. (2013) og Salami et al. (2019) tar også opp problematikken rundt

at barn blir brukt som tolk. De påpeker at å benytte barn som tolk kan medføre tap av konfidensialitet og økt belastning på barnet. Denne problemstillingen tar også Røkenes og Hanssen (2013) opp. Gjennom å bruke barn som tolk setter man barnet i en voksenrolle, noe som kan skade barnets utvikling.

Det å benytte tolk blir sett på som et nyttig hjelpemiddel for å redusere språkbarrierene, men det kan likevel være utfordringer med denne tjenesten også. Deltakerne i de utvalgte studiene belyser at det er behov for kvalifiserte tolker i helsetjenesten (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019). Den viktigste faktoren for at tolketjenesten skulle være vellykket var at tolken hadde kjennskap til den medisinske terminologien (Jensen et al., 2013; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019). Dette støttes i litteraturen fra Brunvatne (2009) som beskriver at en profesjonell tolk har erfaring med den medisinske terminologien.

Et annet relevant funn som ble tatt opp av Kour et al. (2020) og Pandey et al. (2021) var at de opplevde at tolken ikke var kompetent nok til å forstå det helsepersonellet ønsket å formidle til pasienten. Helsepersonell erfarte at tolken i enkelte situasjoner hadde problemer med å forstå sammensatte lidelser og å forklare instruksjoner (Kour et al., 2020; Pandey et al., 2021). I lys av dette kan en se at Dahl (2013) påpeker at ved bruk av tolk kan språkbarrierer forhindres, men at det likevel kan oppstå misforståelser. Tolken kan forstå budskapet på en annen måte enn de avsenderen opprinnelig mente, og dette kan medføre feilkommunikasjon (Dahl, 2013).

5.4 Metode diskusjon

En styrke ved dette litteraturstudiet er at alle forskningsartiklene som er valgt ut har benyttet kvalitative forskningsmetoder. Problemstillingen ønsker å sjekke ut hvilke utfordringer helsepersonell opplever at språkbarrierer kan ha i møte med fremmedspråklige pasienter, og kvalitative studier har som hensikt å utforske erfaringer, opplevelser, tanker og erfaringer (Thidemann, 2019, s.77). Studiene egner seg derfor godt for å besvare på problemstillingen. En annen styrke ved oppgaven er at alle forskningsetikkene har blitt nøye kvalitetssikret igjennom: sjekklister, kanalregistret, fagfellevurdert og utvalgt igjennom systematiske søk. Alle artiklene er hentet ut fra ulike forskningsmiljø som er en styrke da man får ulike vinklinger på temaet.

Fire av fem artikler er utenlandske noe som kan påvirke overføringsverdien i forhold til om det gjenspeiler norske forhold (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019) Som for eksempel i Norge er det strenge retningslinjer i forhold til å bruke barn som tolk. Det norske studiet omtalte ikke at det ble benyttet barn som tolk, mens flere av de utvalgte studiene viste til dette. Dette viser at noe av funnene kanskje ikke vil være like overførbar til norske forhold. Likevel er helsesystemet i

Danmark, Canada og Sveits like på enkelte områder, noe som gjør at noen funn vil være overførbart. I tillegg samsvarer mye av forskningen fra disse landene med studiet fra Norge. Det er de samme utfordringene som går igjen i majoriteten av artiklene.

En annen svakhet ved oppgaven er at problemstillingen har blitt omformulert og endret på underveis. Dette kan ha påvirket resultatet og utvelgelsen av artikler. I etterpåklokskap kommer det fram at det er andre søkeord som i større grad passer til studiet, enn de som er benyttet i det systematiske søket. Og det kan ha medført at andre relevante artikler hadde dukket opp om det ble benyttet andre søkeord.

For – forståelsen min kan også ha påvirket funnene i dette studiet. Da jeg i praksis har erfart at språkbarrierer medfører flere utfordringer kan dette ha påvirket vinklingen av oppgaven, men også utvelgelsen av artikler som besvarer problemstillingen.

I majoriteten av artiklene ble det i hovedsak fokusert på generelle barrierer fremmekulturelle pasienter kunne oppleve, og ikke bare språkbarrierer. Språkbarrierer ble ofte bare omtalt som en liten del i studiene, så utfordringene i forhold til språkbarrierer ble ofte omtalt indirekte. Dette fører til at funnene kan være basert på mine oppfatninger av hva språkbarrierer innebærer, og gi feile funn.

6.0 Konklusjon

I denne litteraturstudien var formålet å svare på problemstillingen «*Hvilke utfordringer opplever helsepersonell at språkbarrierer kan ha i møte med fremmedspråklige pasienter?*». Ut fra de utvalgte artiklene kan en se at helsepersonell opplever at språkbarrierer kan medføre flere utfordringer (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019).

Ut fra funnene kan en se at helsepersonell opplever det som utfordrende å møte denne pasientgruppen. Pasienten hadde ofte problemer med å gjøre seg forstått, noe som gjorde at helsepersonell hadde utfordringer med å forstå pasienten (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019). Det ble likevel påpekt at igjennom tilrettelegging av kommunikasjon vil det være mulig å kommunisere. Språkbarrierene mellom helsepersonell og pasienten gjorde det utfordrende å identifisere psykisk sykdom. I tillegg ble det vist at språkbarrierer påvirket muligheten til å skape en tillitsfull relasjon til pasienten.

Språkbarrierer ser også ut til å begrense behandlingstilbudet blant fremmedkulturelle pasienter. Flere av behandlingsformene foregår på landets offisielle språk, og for fremmedspråklige pasienter ble dette problematisk da de ikke kan uttrykke seg på sitt eget morsmål (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021). At enkelte behandlinger ikke er tilgjengelig for denne pasientgruppen påvirker igjen prinsippet om likeverdige tjenester. Alle skal ha mulighet til å oppnå et godt behandlingsresultat uansett språk. Dette er en utfordring språkbarrierer kan ha i møte med fremmedspråklige pasienter (Helsedirektoratet, 2011).

Helsepersonell beskriver i funnene at språkbarrierer gjør at en må benytte tolk i møte med pasientene. Det ble beskrevet flere utfordringer ved å benytte tolk. Den største utfordringen som gikk igjen var å benytte familiemedlemmer som tolk, og at det kunne medføre flere uheldige situasjoner. En kvalifisert tolk var å foretrekk, men ble sett på som en mangel i helsetjenesten. Selv om det ble benyttet kvalifisert tolk oppsto det misforståelser mellom partene utfordringer (Jensen et al., 2013; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021; Pandey et al., 2021; Salami et al., 2019).

Det er behov for videre forskning på området da funnene fra litteraturstudiet fokuserer i større grad generelle barrierer, fremfor språkbarrierer helsepersonell opplever i møte med fremmedkulturelle pasienter. Mer forskning på området vil føre til økt kunnskapsnivå blant helsepersonell om hvordan man kan møte denne brukergruppen på en bedre måte. Sett i et samfunnsperspektiv vil det være behov for kontinuerlig forskning på området da vi mennesker hele tiden vil forflytte oss mellom landegrensene.

Litteraturliste

- Brask, O.D., Østby, M. & Ødegård. (2017). *Vernepleierens kjerneroller: En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.
- Brunvatne, R. (2009). *Flykninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: innføring i interkulturell kommunikasjon* (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Kanalregister.hkdir.no. Hentet 20.mai 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjon: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- FN-SAMBANDET. (2022, 23.mai). *Flykninger*. Henter 27.mai 2022 fra <https://www.fn.no/tema/flykninger/flykninger>
- Hanssen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (4.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf)
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse-og omsorgstjenester -god helse for: alle Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>

- Helsepersonelloven. (2019). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>.
- Jensen, Norredam, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Family Practice*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-17>
- Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., ... Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825>
- Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Nordaunet, O., Biong, S., & Pettersen, H. (2021). Health Professionals' Experiences with Treatment Engagement Among Immigrants with Co-occurring Substance Use- and Mental Health Disorders in Norway. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 15, 1-11. <https://doi.org/10.1177%2F11782218211028667>
- Lingås, L.G. (2014). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag* (4.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Llort, S.M., Svartskuren, J. & Partee, I. (2019, 8.februar). Tilpasset kommunikasjon for voksne pasienter med språkvansker. *Forskning.no*. <https://forskning.no/forskeren-forteller-helse-populaervitenskap/tilpasset-kommunikasjon-for-voksne-pasienter-med-sprakvansker/1291313>
- Næss, K.-A.B. (2015). *God kommunikasjon med ASK-brukere*. Fagbokforlaget.
- Pandey, Maina, R. G., Amoyaw, J., Li, Y., Kamrul, R., Michaels, C. R., & Maroof, R. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06750-4>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.-H. (2013). *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Salami, Salma, J., & Hegadoren, K. (2019). Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service

providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 152–161.

<https://doi.org/10.1111/inm.12512>

Skau, G.M. (2015). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4.utg.). Cappelen Damm AS.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Tolkeloven. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk* (LOV-2021-06-11-79). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2021-06-11-79>

