

BACHELOROPPGAVE:

**HVORDAN KAN SYKEPLEIER
IVARETA PASIENTSIKKERHETEN
VED SPRÅKBARRIERER MELLOM
HELSEPERSONELL OG PASIENTER?**

FORFATTERE:
GEIR STENSRUD
TOM-ERIK ØDERUD

Dato:13.05.2016

Sammendrag

Tittel:	<u>Hvordan kan sykepleier ivareta pasientsikkerheten ved språkbarrierer mellom helsepersonell og pasienter?</u>	Dato : 13.05.16
Deltakere/	<u>Geir Stensrud</u> <u>Tom-Erik Øderud</u>	
Veileder:	<u>Bente Thyli</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/ nøkkelord:	Pasientsikkerhet, språkbarrierer, flerkulturell sykepleie.	
Antall sider/ord: 56/13399	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Introduksjon: Sykepleiere opplever språkbarrierer i situasjoner der de ikke snakker samme språk som pasienten. Kommunikasjonsvansker er et stort problem for innvandrerpasienter som kan føre til mangelfull informasjon og dårlig sykepleiekvalitet.</p> <p>Hensikt: Målet med denne oppgaven å finne frem til forskningsstudier som viser hvilke tiltak sykepleier kan iverksette for å ivareta pasientsikkerheten ved språkbarrierer.</p> <p>Metode: Denne oppgaven er en litteratur studie hvor vi ved hjelp av søk etter nyere vitenskapelig forskningslitteratur skal finne svar på vår problemstilling.</p> <p>Resultat: Gjennomgående konkluderer artiklene med at språkbarrierer er et utstrakt problem, og at denne barrieren kan true pasientsikkerheten. Misforståelser med pasienter på grunn av språkbarrierer er forbundet med sikkerhetsrisiko. God og forståelig pasientinformasjon om retten til tolk vil trolig føre til økt etterspørsel av tolketjenester. God ansatteopplæring i rett og plikt til tolkebruk vil sannsynligvis ha effekt på helsepersonells holdning og vilje til tolkebruk. I tillegg er innføring av standardiserte rutiner for dokumenterbar og obligatorisk vurdering av tolkebehovet nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten.</p> <p>Konklusjon: Språkbarrierer mellom pasient og helsepersonell er en trussel for pasientsikkerheten. Denne studien har identifisert 3 hovedområder som kan redusere denne trusselen: aktiv brobygging, ivareta tolkebehov og kompetanseutvikling.</p>		

Abstract

Title:	How can nurses safeguard patient safety by language barriers between health personnel and patients?	Date : 13.05.16
Participants/	Geir Stensrud Tom-Erik Øderud	
Supervisor	Bente Thyli	
Employer:		
Keywords	Patient safety, language barriers, multicultural nursing.	
Number of pages/words: 56/13399	Number of appendix: 0	Availability: yes
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction: Nurses experience language barriers in situations where they do not speak the same language as the patient. Communication difficulties are a major problem for immigrant patients and can lead to inadequate information and poor nursing quality.</p> <p>Aim: The objective of this article is to search and locate the research studies that show what actions nurses can implement to safeguard patient safety when they experience language barriers.</p> <p>Results: The articles consistently concludes that language barriers is a widespread problem and that this barrier could threaten patient safety. Misunderstandings with patients because of language barriers is associated with safety risks. Good and understandable patient information on the right to interpretation will probably lead to increased demand for interpreting services. Good staff training about the right and duty to use interpreters will probably have an effect on health professionals' attitude and willingness to use interpreters. In addition, the introduction of standardized procedures for documentable and mandatory assessment of interpreting requirements is necessary to protect patient safety.</p> <p>Conclusion: Language barriers between patients and health professionals is a threat to patient safety. This study has identified three main areas that can reduce this threat: active bridging, safeguard interpret needs and skills development.</p>		

Innholdsliste

Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
1. Innledning.....	6
1.1. Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.2. Relasjon til seksjonens forskningsområder.....	7
2. Bakgrunn.....	8
2.1. Pasientautonomi og brukermedvirkning.....	10
2.2. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	11
2.3. Språkbarrierer.....	11
2.4. Pasientsikkerhet.....	12
2.5. Litteraturstudiets hensikt.....	13
2.6. Problemstilling.....	13
3. Metode.....	14
3.1. Litteraturstudie som metode.....	14
3.2. Søkeprosessen.....	15
3.3. Analyse.....	19
4. Resultater.....	21
4.1. Artikkelmatrise.....	21
4.2. Sammenstilling av resultatet.....	31
4.2.1. Aktiv brobygging.....	32
4.2.2. Ivareta tolkebehov.....	33
4.2.3. Kompetanseutvikling.....	34
5. Drøfting.....	36
5.1. Hvordan kan sykepleier aktivt bygge bro ved språkbarrierer?	36
5.2. Hvorfor finnes det et underforbruk av tolk blant sykepleiere?	38
5.3. Kompetanseutvikling blant sykepleiere under og etter endt utdanning.....	41
5.4. Tidligere forskning og teori.....	42
5.5. Metodediskusjon.....	45
5.6. Behov for ny forskning	48
5.7. Empirisk nytte og tilpasning.....	49

5.8. Forskningsetikk.....	50
6. Konklusjon.....	52
7. Litteraturliste.....	53

Antall ord: 13399

1. Innledning

1.1. Begrunnelse for valg av tema

I følge Statistisk Sentralbyrå (2016) har det vært en jevn tilstrømning av mennesker fra andre land til Norge siden 1970. Det er registrert 698 550 innvandrere 1. januar 2016, og det bor personer med innvandrerbakgrunn i alle landets kommuner, men det er klart flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i hovedstaden (Statistisk Sentralbyrå, 2016).

Et viktig aspekt ved sykepleie er å se situasjonen fra pasientens perspektiv. Skal vi innhente kunnskap og opplysninger om pasientens opplevelser, er det som regel best å gå til kilden selv, det vil si å snakke med pasienten. Når vi og pasienten ikke har noe felles språk, kvalitetssikrer vi datainnsamlingen ved å skape en så trygg ramme at det blir mulig for pasienten å kommunisere med oss gjennom en dyktig og profesjonell tolk (Magelssen, 2008).

Bernard mfl. (2006) påstår at språkbarrierer ofte blir oppdaget av helsepersonell, og de er en kilde til stress på arbeidsplassen i akuttomsorgen. Kunnskap om innvandrers pasienters opplevelser og refleksjoner rundt konsultasjoner i primærhelsetjenesten hvor tolker brukes er begrenset (Wiking mfl., 2009). En undersøkelse av Wiking mfl. (2009) viser at de fleste pasientene i studien rapporterte kommunikasjonsproblemer på grunn av språk og kulturelle forskjeller mellom lege og pasienten. Undersøkelsen understreker viktigheten av å ha en kompetent tolk.

Barne- og likestillingsdepartementet (2012-2013) viser til at det er ønskelig med andre tiltak som kan avlaste tolketjenesten. I Barne- og likestillingsdepartementet (2014) om tolking i offentlig sektor står det “*Det sier seg selv at det er umulig å ha tolk til stede ved enhver samhandling og kommunikasjon med pasient/bruker/innsatte som ikke snakker eller forstår norsk*”. En spørreundersøkelse om bruk av tolk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Oslo (Kale, 2006) (Kale, 2006) konkluderer med at generelt tyder en gjennomgang av studier på underforbruk av profesjonell språklig assistanse i helsevesenet, både ut fra pasienters og helsepersonells erfaringer. Kale (2006) sine erfaringer tilsier at det er fare for negative helsemessige konsekvenser som følge av språklig betinget kommunikasjonssvikt.

Disse kan kort oppsummeres slik:

- Vanskeliggjør en felles forståelse mellom pasient og helsearbeider, skaper misforståelser, og misforståelser blir vanskelig å avdekke
- Reduserer tilgangen til helsetjenester
- Reduserer tilgangen til forebyggende helsehjelp
- Inadekvat helsehjelp
- Større risiko for feildiagnose
- Større risiko for feilbehandling, bl.a. feilaktig eller ikke-adekvat medisinerings
- Unødvendig hospitalisering
- Hyppigere bruk , og av utredende undersøkelser for diagnostikk
- En tendens til hyppigere bruk av legevaktjenester blant innvandrere
- Vanskeligheter hos pasientene med å forstå egen sykdom, noe som igjen kan påvirke oppfølgingen av anbefalte behandlingstiltak, såkalt ”compliance”
- Mindre tilfredshet hos brukerne av helsetjenester, og ikke minst frustrasjoner hos alle involverte i samhandlingen

1.2. Relasjon til seksjonens forskningsområder

Forskningsområdet klinisk sykepleie studerer sykepleierens funksjons- og ansvarsområder, og omfatter to interrelaterte områder: Profesjonskompetanse og Kvalitet i sykepleie (Høgskolen i Gjøvik, 2016). Vår oppgave er relatert til forskningsområde Kvalitet i sykepleie. Hovedfokus i denne oppgaven er språkbarrierer og pasientsikkerhet. Pasientsikkerheten er en viktig del av begge forskningsområdene, men siden denne kunnskapen allerede er tilgjengelig og vår oppgave er å gjøre et litteraturstudie som synliggjør denne kunnskapen, ligger vårt fokus innen Kvalitet i sykepleie. Kvalitet i sykepleie studerer forutsetninger for og innhold i praksisrettet sykepleie sammen med pasienten, familien, andre profesjoner, samt erfaringer med å leve med sykdom og uhelse som pasient og pårørende. Forskningen bidrar til metodeutvikling og implementering av forskningsresultater i sykepleie, og studeres utifra et pasient-, pårørende-, sykepleier-, student eller multidisiplinert perspektiv innen spesialist- og/eller kommunehelsetjenesten. (Høgskolen i Gjøvik 2016).

2. Bakgrunn

I følge Le mfl. (2013) bryter helsevesenet helselovgivningen og prinsippet for likeverdige helsetjenester så lenge det foreligger underforbruk av tolk i helsetjenesten. Gjennom fokusgruppediskusjonene i denne undersøkelsen ble det avdekket fem hovedfunn som kan gi en dypere forståelse av årsakene til underforbruk av tolk i helsetjenesten (Le mfl., 2013):

1. Pasienter har ikke informasjon om sine rettigheter.
2. Pasienter informeres ikke om sin rett til tolk når de blir innkalt.
3. Når er «litt norsk» for lite?
4. Mangelfulle opplysninger om tolkebehov i henvisningene til sykehuset .
5. Manglende kunnskap hos helsepersonell om rett til tolk, og manglende rutiner for vurdering av tolkebehovet.

En kvinnelig informant i 30-årene beskriver det slik: “Jeg kom til sykehuset for første gang. De sa at de skulle undersøke meg, og så ta bort et eller annet fra brystet mitt. Jeg hadde ingen anelse om hva de skulle ta bort og hvorfor. Litt norsk forsto jeg jo, men ikke dette. Hva skal de gjøre nå? Veldig redd og engstelig var jeg... og spurte om vedkommende kunne prate litt saktere og forklare hva som feilet meg. De forklarte og beskrev. Hjalp ingenting. Følte at jeg ble mer og mer redd fordi jeg visste at noe feilet meg, men ikke hva og hvor alvorlig. Jeg kom tilbake en uke senere. Det samme skjedde. Det sliter meg helt ut” (Le mfl., 2013).

Sykepleiere opplever kommunikasjonsproblemer i situasjoner der de ikke snakker samme språk som pasienten. Kommunikasjonsvansker er et stort problem for innvandretpasienter, og kan føre til mangelfull informasjon og dårlig sykepleiekvalitet i forhold til den behandlingen majoritetsbefolkningen får (Jirwe, Gerrish og Emami, 2010). En studie av Nielsen og Birkelund (2009) viser at minoritetspasienter i det danske helsevesenet møter problemer som oppstår på grunn av språkbarrierer og kommunikasjonsproblemer. Vanskelighetene knyttet til kommunikasjon gjør det problematisk å opprettholde et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Når man velger å ikke bruke en tolk eller slektninger som oversetter, sparer man penger på kort sikt, men det ser ut til å skape andre problemer knyttet til omsorg og/eller behandling (Nielsen og Birkelund, 2009).

I følge Pasient og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) skal informasjonen være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som blant annet kultur- og språkbakgrunn og skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens eller brukerens journal. En undersøkelse av van Rosse mfl. (2016) finner at i kun 30% av tilfellene der det var en språkbarriere mellom sykepleier og pasient ble det dokumentert i pasientens journal at språkbarrieren hadde vært til stede.

Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015) beskriver helseutfordringer og kulturelle og språklige utfordringer med pasienter med innvandrers bakgrunn. Likeverdige helse- og omsorgstjenester er et mål som er nedfelt av Barne- og likestillingsdepartementet (2012-2013), Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013) og Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015), samt i Barne- og likestillingsdepartementet (2014). For å kunne ha utbytte må det være kommunikasjon som pasienten forstår. Stortingsmeldingene legger føringer for hvordan dette skal gjennomføres.

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013) som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, bidrar god kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell til bedre resultater av behandlingen, og bedre helse for pasienten. God kommunikasjon skaper tillit, økt forståelse og motiverer pasienter til å gjennomføre behandling. God kommunikasjon er også av avgjørende betydning for å unngå uønskede hendelser og feil. God kommunikasjon kan læres, og opplæring i kommunikasjon skal være en del av alle helse- og sosialfaglige utdanninger. Minst like viktig er det med systematisk veiledning og oppfølging etter avsluttet utdanning. På dette området bør det gjøres en større innsats. Kommunikasjon innebærer utveksling av informasjon mellom to eller flere personer (Håkonsen, 2009). Pasienter og brukere må derfor få hjelp til å nyttiggjøre seg helseinformasjon slik at de kan være mer likeverdige partnere i dialog med helsepersonell og andre tjenesteytere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten mottok etter tre måneders drift om lag 1300 meldinger. En foreløpig analyse viser at svikt i kommunikasjon, manglende kontrolltiltak og svikt i eller mangelfulle prosedyrer og retningslinjer var blant de mest vanlige årsakene. Nærmere analyser kan etter

hvert gi mer kunnskap om årsaker til uønskede hendelser. For eksempel om kommunikasjonssvikt skyldes språkutfordringer, mangelfull informasjon, kulturelle barrierer eller andre forhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Regjeringen konkluderer med at mangelfull kommunikasjon er en risikofaktor, og en viktig kilde til feilbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Dette perspektivet underbygger problemstillingen i dette litteratur studie.

For å sikre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient oppfordrer norske myndigheter til bruk av tolk. I veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet om førstegangs helseundersøkelse av asylsøkere og flyktninger står det blant annet: «Det er helsepersonellet og ikke pasienten som har hovedansvaret for at kommunikasjonen er entydig og forståelig. Tolketjeneste er for mange en nødvendig forutsetning for å benytte helsetjenester, og ofte en forutsetning for adekvat helsehjelp» (Magelssen, 2008). Når det gjelder pasientens behov og rettighet til tolk, er det omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) første ledd: Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

2.1. Pasientautonomi og brukermedvirkning

Prinsippet om pasientautonomi har fått en stadig fremtredende plass i Norge. Retten til å få en autonom beslutning respektert er både en etisk og en juridisk rettighet. Pasienters rett til medvirkning og informasjon er også nedfelt i lovs form (Brinchmann, 2012). I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) første ledd sies det: Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) første ledd sies det: Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Prinsippet om å tilrettelegge for utøvelse av autonomi er basert på troen på menneskets egne ressurser og på dets rett til selv å velge det som er best for det selv. For at en person skal være

i stand til å bestemme over seg selv, må en rekke forutsetninger være til stede. En av disse forutsetningene er at pasienten kan forstå informasjonen som er relevant for beslutningen om helsehjelp. Helsepersonell har plikt til å gi tilpasset informasjon for at pasienter skal være i stand til å utøve sin autonomi (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

2.2. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Dette litteratur studiets teoretiske perspektiv handler om respekten for pasientens rett til informasjon, tilpasset pasientens forutsetninger for å kunne motta og forstå informasjonen. I følge Norsk sykepleieforbund (2016) sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ivaretar sykepleieren den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder kulturelle rettigheter, retten til liv og valgfrihet, til verdighet og til å bli behandlet med respekt. Sykepleie utviser respekt for og ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status. Sykepleieren skal sørge for at enkeltmennesket får tilstrekkelig informasjon til å kunne gi informert samtykke til pleie og behandling (Norsk sykepleieforbund, 2016). Helsepersonell har et profesjonelt ansvar for en etisk forsvarlig behandling av pasienten, og for å oppfylle denne plikten er det viktig at vi er etisk bevisste i vår behandling av og omgang med pasienten (Brinchmann, 2012). Med en gang vi er usikre på hva pasienten virkelig ville ha ønsket, har vi et etisk problem (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

2.3. Språkbarrierer

I følge Magelssen (2008) er kommunikasjon og informasjonsbehandling viktig i samhandling mellom mennesker. En viktig faktor her er språk og språkbeherskelse. Å beherske det språket majoriteten snakker, gir selvtillit og et psykologisk overtak over dem som snakker minoritetsspråket (Magelssen, 2008). En Nederlandsk undersøkelse gjort av van Rosse mfl. (2016) viste et bredt spekter av risikofaktorer i forhold til pasientsikkerhet der det var språkbarrierer. Disse risikoene kan reduseres ved tilstrekkelig deteksjon og rapportering av

disse barrierene. Undersøkelsen viser at dette ikke blir tilstrekkelig gjort på de fleste sykehus i Nederland. Van Rosse mfl. (2016) konkluderer med at aktiv brobygging mellom forskjellige språk er nødvendig der profesjonell tolk ikke er tilgjengelig, slik som rutinemessig kartlegging utført av sykepleiere.

Videre har en undersøkelse utført av Eckhardt, Mott og Andrew (2006) avdekket at det australske samfunnet offisielt anerkjenner mangfoldet av språk og kulturer og oppfordrer til respekt for ulike tradisjoner og tro. Imidlertid er virkeligheten ofte langt fra dette idealet, spesielt i helsevesenet. Der opplever de som ikke snakker engelske dette som en ulempe (Eckhardt, Mott og Andrew, 2006). Studien utforsket erfaringer fra slike pasienter. De forsøkte å kartlegge opplevelser av seks eldre tyskfødte kvinner som hadde gjennomgått planlagte innleggelses på sykehus. Funn knyttet til kommunikasjon og språk presenteres i tre undertemaer: barrierer, tolker og kultur. Funn viser effekten av hva mangel på kommunikasjon kan ha på pasienter som allerede føler seg sårbare og engstelige. Mens leger bestilte tolk før møter med pasienter, gjorde sykepleierne ikke det. Dette førte til misforståelser, frustrasjoner og til usikker praksis. Disse funnene utfordrer sykepleierne til å svare på og adressere gjensidig frustrasjon over språkbarrierer mellom seg og pasienter.

2.4. Pasientsikkerhet

Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013) sier at pasientskader fører til unødig lidelse og er en viktig årsak til forlenget sykehusopphold. Infeksjoner og feil bruk av legemidler er de to vanligste årsakene til pasientskader. Sett fra pasienter og brukeres ståsted er det også rom for forbedring. Det gjelder pasientenes syn på helsetjenesten, informasjonsflyt og kommunikasjon, og koordinering mellom ulike deler av tjenesten. Her kommer Norge dårligere ut enn flere andre land. Det kommer fram i rapporter og internasjonale sammenlikninger. Helsetilsynet melder at manglende kvalitetsstyring og kontroll påvirker pasientsikkerheten. Det er behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Det er også behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Denne sammenhengen mellom kvalitet og sikkerhet kan uttrykkes på ulike måter. Det vanligste er å beskrive sikkerhet som en del av et bredere kvalitetsbegrep som også inneholder andre dimensjoner eller egenskaper (Aase, 2015).

I følge Aase (2015) innebærer kvalitet i helse- og omsorgstjenester at tjenestene skal:

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet (2016) bruker i dag følgende definisjon på pasientsikkerhet: Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Definisjonen er nå i utstrakt bruk i helsetjenesten i Norge (Aase, 2015).

2.5. Litteraturstudiets hensikt

Vi ønsker med denne oppgaven å finne frem til forskningsstudier som viser hvilke tiltak sykepleier kan iverksette ved språkbarrierer. Vi ønsker å finne artikler der det er fokus på minoriteter og deres forhold til helsearbeidere i land der helsevesenet er sammenlignbart med helsevesenet i Norge. Når disse minoritetene ikke snakker språket til majoriteten i landet oppstår det en språkbarriere som vi ønsker å utforske virkningen på pasientsikkerheten. Vi ønsker også å finne ut om det finnes noen løsninger som kan redusere denne pasientsikkerhetsrisikoen.

2.6. Problemstilling

Vår problemstilling er: Hvordan kan sykepleier ivareta pasientsikkerheten ved språkbarrierer mellom helsepersonell og pasienter?

3. Metode

Denne oppgaven er en litteratur studie som vi ved søk etter nyere vitenskapelig forskningslitteratur skal finne svar på vår problemstilling; Hvordan kan sykepleier ivareta pasientsikkerheten ved språkbarrierer mellom helsepersonell og pasienter?

3.1. Litteraturstudie som metode

En litteratur studie er en omfattende studie og tolkning av litteratur som er relatert til et bestemt emne. Når du foretar en litteraturgjennomgang identifiserer du en problemstilling og forsøker deretter å svare på dette spørsmålet ved og søke etter og analysere relevant litteratur ved hjelp av en systematisk tilnærming (Aveyard, 2014).

Denne litteraturstudien er basert på en systematisk tilnærming til litteraturgjennomgangen. Den sikter etter de kvalitetene som en systematisk litteratur studie har. Den inneholder en beskrivelse av hvordan søkene ble gjennomført og hvordan kvaliteten av litteraturen ble vurdert (Aveyard, 2014). Denne litteraturstudien har prioritert primærkilder. Et godt spørsmål beskriver hvilke mennesker det handler om, hvilke tiltak vi er interessert i, hvilke alternative tiltak kan vi sammenlikne med og hvilke effekter er av særlig interesse (Nortvedt mfl., 2012). For å få oversikt over dette benyttet vi oss av et PICO-skjema (Aveyard, 2014). Vi har funnet gode søkeord som hjelper oss til å finne artikler som kan gi oss svar på vår problemstilling, samtidig som det begrenser resultatene hensiktsmessig.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er et verktøy i søket etter artikler til litteratur studien. De hjelper til å identifisere artikler som omhandler språkbarrierer og pasientsikkerhet innenfor sykepleiefaget, og utelukker studier som ikke er relevante. De gjør det enklere å sette fokus på riktig søkestrategi (Aveyard, 2014).

Vi har benyttet oss av følgende inklusjonskriterier i forhold til litteraturstudiets resultat:

- Artikler som er skrevet på nordiske eller engelsk språk.
- Artikler publisert i publiseringskanaler som er fagfellevurdert til nivå 1 eller 2.
- Artikler som omhandler språkbarrierer og/eller pasientsikkerhet.
- Artikler som omhandler helsepersonell både i utdanning og ferdig utdannet.

- Artikler med temaer som er overførbare til sykepleie.
- Artikler fra 2004 og nyere.

IMRAD-strukturen er et eksempel på en stram struktur som representerer et entydig forslag til oppgavestruktur. Det er en internasjonalt kjent disposisjonsmal for vitenskapelige artikler som legger vekt på presis, konsentrert og stram formidling og presentasjon (Pettersen, 2008).

IMRAD er et engelsk akronym for Introduction, Method, Results (And) Discussion. Denne strukturen er godt tilpasset artikler og oppgaver basert på kvantitative undersøkelser og forskningsarbeider. Artikler og oppgaver basert på kvalitative metoder og data har gjerne en noe løsere form (Pettersen, 2008). Vi har prioritert artikler som er strukturert etter IMRAD strukturen men har også vurdert artikler som går utenfor denne strukturen hvis de er relevante for vår problemstilling.

Oppgaver basert på kvantitative metoder vil i hovedsak dreie seg om resultater som består av numeriske data i form av tall. Slike data må analyseres og bearbeides slik at de kan vises som tabeller, diagrammer og/eller figurer, sammen med forklaringer og utdypende kommentarer (Pettersen, 2008). I oppgaver av kvalitativ karakter får vi ikke data i tallform, men som ord. Presentasjonen av slike resultater får beskrivende form og er basert på analyse og tolkning (Pettersen, 2008). Inklusjonskriteriene i denne oppgaven aksepterer bruk av både kvantitative og kvalitative artikler og oppgaver.

3.2. Søkeprosessen

Vi har benyttet oss av databasene som er tilgjengelige gjennom biblioteket på NTNU Gjøvik sin hjemmeside. Vi har konsentrert våre søk i følgende databaser: Cinahl, Global Health, Medline, Ovid, PubMed og SweMed. Etter gjennomlesing av sammendraget og kontroll av artikkelens relevans opp mot våre inklusjonskriterier, ble de aktuelle artiklene søkt etter i Google Scholar for å finne full tekst versjoner. Disse artiklene ble deretter grundig gjennomgått for å være helt sikker på at den kunne brukes i litteratur studien.

Tabell 1:

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
1. Nursing 2. Patient safety 3. Language barrier	PubMed	1 2 3 1 and 2 and 3	625703 97453 12030 122	Bernard, A., Whitaker, M., Ray, M., Rockich, A., Barton-Baxter, M., Barnes, S. L., Boulanger, B., Tsuei, B. og Kearney, P. (2006) 'Impact of Language Barrier on Acute Care Medical Professionals Is Dependent Upon Role', <i>Journal of Professional Nursing</i> , 22(6), s. 355-358. van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L. og Wagner, C. (2016) 'Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study', <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 54 s. 45-53.
1. Patient safety 2. Communication barriers	Cinahl	1 2 1 and 2	35945 4050 82	Eckhardt, R., Mott, S. og Andrew, S. (2006) 'Culture and communication: identifying and overcoming the barriers in caring for non-English-speaking German patients', <i>Diversity in Health & Social Care</i> , 3(1), s. 19-25 7p.
1. Immigrants 2. Health care 3. Communication	SweMed	1 2 3 1 and 2 and 3	1187 25301 7396 111	Nielsen, B. og Birkelund, R. (2009) 'Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients', <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 23(3), s. 431-437.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
				Jirwe, M., Gerrish, K. og Emami, A. (2010) 'Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters', <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 24(3), s. 436-444.
1. Nursing 2. Immigrants patients	SweMed	1 2 1 and 2	4187 206 24	Wiking, E., Saleh-Stattn, N., Johansson, S.-E. og Sundquist, J. (2009) 'Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden', <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 23(2), s. 290-297.
1. Immigrant patients 2. Language barriers 3. Interpreters	SweMed	1 2 3 1 and 2 and 3	206 76 501 4	Le, C., Kale, E., Jareg, K. og Nirmal Kumar, B. (2013) 'Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester', <i>Tidsskrift for norsk psykologiforening</i> , 50(10), s. 999-1005.
1. Communication 2. Barrier 3. Patient safety	Global Health (Ovid)	1 2 3 1 and 2 and 3	17887 13237 1056 1	Martijn, L., Jacobs, A., Amelink-Verburg, M., Wentzel, R., Buitendijk, S. og Wensing, M. (2013) 'Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis', <i>BMC Pregnancy & Childbirth</i> , 13(1), s. 1-13.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
1. Nursing students 2. Patient safety 3. Communication	PubMed	1 2 3 1 and 2 and 3	33421 99632 580576 140	Guvenc, G., Unver, V., Basak, T., Yuksel, C., Ayhan, H., Kok, G., Konukbay, D., Kose, G., Aslan, O., Tastan, S. og Iyigun, E. (2016) 'Turkish Senior Nursing Students' Communication Experience With English-Speaking Patients', <i>Journal of Nursing Education</i> , 55(2), s. 73-81.

Tabell 1 viser en oversikt over våre søk i databaser og resultatene av disse søkene. Artiklene i *Tabell 1* har benyttet seg av både kvantitative, kvalitative studier og kombinasjon av begge metodene. Kvantitativ forskning, blir noen ganger referert til som positivistisk forskning, og bruker metoder som innebærer bruk av tall i datainnsamlingen. Tradisjonelt er det ingen direkte kontakt mellom forsker og deltaker. Studiene har en tendens til å involvere mange deltaker (2009). I motsetning til kvantitative studier er kvalitativ forskning opptatt av å utforske meninger og fenomener i deres naturlige omgivelser. Denne forskningen er noen ganger referert til som naturalistisk forskning. Forskere søker å forstå helheten av en opplevelse. Disse dataene består ikke av tall, men er samlet, ofte gjennom intervju, ved hjelp av ord og beskrivelser gitt av deltakerne (Aveyard, 2014). Forskerne i noen av artiklene har brukt en blandet tilnærming der ulike metoder brukes for å løse en problemstilling. For eksempel kan en forsker bruke både kvalitative og kvantitative metoder for å utforske en problemstilling eller tema fra forskjellige perspektiver. Kvalitative tilnærminger kan brukes til å legge til dybde og innsikt til funnene i en kvantitativ studie. Alternativt kan kvantitative tilnærminger brukes til å verifisere funnene i en kvalitativ studie (2009).

Tabell 2:

Primærkilde	Inkludert artikkel
van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L. og Wagner, C. (2016) 'Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study', <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 54 s. 45-53.	Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M. C. d., Stronks, K. og Essink-Bot, M.-L. (2010) 'Explaining Ethnic Disparities in Patient Safety: A Qualitative Analysis', <i>American Journal of Public Health</i> , 100(S1), s. S113-S117. Schenker, Y., Pérez-stable, E. J., Nickleach, D. og Karliner, L. S. (2011) 'Patterns of Interpreter Use for Hospitalized Patients with Limited English Proficiency', <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 26(7), s. 712-7.

Etter en gjennomgang av artiklene vi fant i *tabell 1* gjorde vi en gjennomgang i litteraturlistene i artiklene for å se om vi kunne finne utfyllende informasjon. *Tabell 2* viser en oversikt over artikler som er funnet på denne måten.

3.3. Analyse

I analyseprosessen har vi hver for oss lest artiklene flere ganger for å få en forståelse av innholdet. Deretter har vi presentert hver vår artikkel for hverandre for å være sikker på at vi har samme forståelse av innholdet. Ved uenighet om artikkelens betydning har vi diskutert innholdet slik at vår oppfatning sammensvarer med forskerens hensikt med artikkelen (Aveyard, 2014). Vi har foretatt en kritisk vurdering av alle artiklene vi har funnet, og vi har gjort en vurdering om disse skal inkluderes i litteratur studiet(2009)vårt. Deretter har vi gjennomgått artiklene for å identifisere temaer som kan relateres opp mot vår problemstilling. Disse temaene har vi gruppert for å se hvordan artiklene passer sammen og hvordan de sammen kan gi svar på vår problemstilling (Aveyard, 2014).

Det samlede resultatet er basert på funn fra alle artiklene vi har gjennomgått og har fulgt Forsberg og Wengström (2013) sin 5 stegs innholdsanalysemetode som består av:

- **Steg 1.** Vi leste gjennom tekstene som skulle analyseres flere ganger for å gjøre oss kjent med innholdet.
- **Steg 2.** Hva handlet tekstene om? Hvilke utsagn finner vi i artiklene.
- **Steg 3.** Vi sammenfattet utsagnene i kategorier.
- **Steg 4.** Kategoriene dannet grunnlaget for 3 hovedtemaer.
- **Steg 5.** Vi tolket og diskuterte resultatet.

På grunnlag av denne grundige gjennomgangen og identifiseringen av temaer gjorde vi en vurdering av artiklenes styrke og kvalitet i forhold til å gi svar på problemstillingen. Vi kontrollerte også artiklenes resultater i forhold til hvert enkelt tema for å se om resultatene sammenfaller og styrker vår konklusjon (Aveyard 2014).

4. Resultater

4.1. Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
Bernard, A., Whitaker, M., Ray, M., Rockich, A., Barton-Baxter, M., Barnes, S. L., Boulanger, B., Tsuei, B. og Kearney, P. (2006) 'Impact of Language Barrier on Acute Care Medical Professionals Is Dependent Upon Role', <i>Journal of Professional Nursing</i> , 22(6), s. 355-358.	Studien ble gjennomført for å evaluere effekten av språkbarrierer på helsepersonell. Hypotesen er at helsepersonell ofte opplever disse språkbarrierene, og at de er en kilde til stress på arbeidsplassen.	Dette er en kvantitativ studie. Studien har utformet og distribuert et verktøy for en spørreundersøkelse av ansattes erfaringer og holdninger der de opplever en språkbarriere mellom seg selv og pasienter. Svarene var anonym, stratifisert etter yrkesrolle og sammenligninger er gjort ved hjelp av parvise t-tester. 61 sykepleiere og 36 leger svarte på undersøkelsen.	Totalt 95% av sykepleierne rapporterte at språkbarrieren var et hinder for god behandling, mens 88% av legene mente det samme. Flere sykepleiere enn leger rapporterer opplevelsen av stress (97% vs. 78%). Denne studien viser at både sykepleiere og leger oppfatter språkbarrierer som et hinder for god behandling og som en kilde for stress på arbeidsplassen. Sykepleiere og legers opplevelse varierer; derfor bør strategier for å løse disse språkbarrierene være spesifikke for de forskjellige rollene. Disse barrierene skaper et tomrom i helsevesenets kvalitet og sikkerhet som har en effekt på helsepersonell.	Studiens deltakere består av både sykepleiere, sykepleie assistenter og leger. Studien mangler et konklusjonsavsnitt, men dataene viser at i akutt pleie på sykehus oppfatter fagfolk språkbarrierer som et hinder for god behandling og som en kilde til stress på arbeidsplassen.

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
<p>van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L. og Wagner, C. (2016) 'Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study', <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 54 s. 45-53.</p>	<p>Denne studien undersøker pasientsikkerheten hos pasienter som opplever språk-barrierer under sykehusoppholdet, og hvordan helsepersonell bygger bro over språkbarrieren og måten de avdekkes og rapporteres i nederlandske sykehus.</p>	<p>Studien kombinerte kvantitative og kvalitative metoder i et utvalg av 576 etnisk minoritets pasienter som ble innlagt på 30 avdelinger i fire sykehus. Både sykepleie rapportene og epikrisene til 17 sykehusinnleggelses av pasienter med språkbarrierer ble kvalitativt analysert, og supplert med 12 dybdeintervjuer med helsepersonell og pasienter og/eller deres pårørende for å undersøke pasientsikkerheten under sykehusoppholdet. De medisinske registreringene av alle 576 pasientene ble undersøkt for språkbarrierer i rapportene. Resultatene ble sammenlignet med pasientenes egenrapporterte nederlandske språkkunnskaper . Avdelingenes politikk om aktiv brobygging ved språkbarrierer sammenlignet med den rapporterte bruken av tolk ble undersøkt.</p>	<p>Undersøkelsen viste et bredt spekter av pasient-sikkerhetsrisikoer i sykehusbehandling for pasienter som opplever språk-barrierer. Disse risikoene kan reduseres ved aktiv brobygging og i første omgang tilstrekkelig avdekking og rapportering av språkbarrierene.</p> <p>Dette er for øyeblikket ikke tilstrekkelig gjort i de fleste Nederlandske sykehus. Videre nye løsninger for å bygge bro ved språkbarrierer er nødvendig for situasjoner hvor en profesjonell eller uformell tolk ikke er mulig.</p>	<p>Det blandede metode designet er en styrke for denne studien. Kombinasjonen av kvantitative og kvalitative data gir studien både robuste tall på rapportering og aktiv brobygging over språkbarrierer, og innsikt i mekanismene for pasientens sikkerhetsrisiko, og om hva som skjer i løpet av sykehusinnleggelses av pasienter med lave nederlandske språkferdigheter.</p> <p>Av 576 pasienter var det bare 17 epikriser som ble kvalitativt analysert.</p> <p>Undersøkelsen ble utført på kun 4 sykehus.</p>

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
<p>Eckhardt, R., Mott, S. og Andrew, S. (2006) 'Culture and communication: identifying and overcoming the barriers in caring for non-English-speaking German patients', <i>Diversity in Health & Social Care</i>, 3(1), s. 19-25 7p.</p>	<p>Denne studien utforsket erfaringer fra slike pasienter. Den forsøkte å fange opp erfaringer fra seks eldre tyskfødte kvinner som hadde gjennomgått planlagt innleggelse på sykehus.</p>	<p>Studien benyttet seg av deltakerintervjuer som ble tatt opp på bånd. En liste over spørsmål ble utarbeidet med fokus rettet mot opplevelsen av omsorg, progresjon gjennom sykehusinnleggelsen, og samhandling med ansatte. Disse spørsmålene førte til mer detaljerte minner om opplevelser, og de ble deretter undersøkt videre. Varigheten av intervjutiden varierte fra ett til to-og-en-halv time.</p>	<p>Denne studien reiser en rekke spørsmål knyttet til individuell helseomsorg til mennesker som ikke snakker engelsk. Pasienter har rett til en adekvat forklaring om prosedyrer og kan ikke anses å ha gitt sitt samtykke i situasjoner der de ikke har forstått hva som skjer. Effektiv behandling er avhengig av gode mellommenneskelige ferdigheter, og sykepleiere må innse at teknisk og klinisk kompetanse ikke er tilstrekkelig for å gi trygg omsorg. Pasientene trenger og ønsker folk som kan kommunisere klart og medfølende.</p>	<p>Studien består kun av 6 deltakere som ble intervjuet. Alle 6 var eldre kvinner mellom 57 og 82 år, og alle var født i Tyskland. De ble rekruttert fra en lokal tysk klubb i New South Wales i Australia.</p> <p>Er dette smale utvalget representativt for personer utenfor dette miljøet?</p>

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forsknings spørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
<p>Le, C., Kale, E., Jareg, K. og Nirmal Kumar, B. (2013) 'Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester', <i>Tidsskrift for norsk psykologiforening</i>, 50(10), s. 999-1005.</p>	<p>Å få en bedre forståelse av underforbruket av tolk i helsetjenesten.</p>	<p>En kvalitativ studie om tolkebruk ved Oslo universitetssykehus. Dette ble gjort ved hjelp av fokusgruppeintervjuer.</p>	<p>Helsevesenet bryter helse lovgivningen og prinsippet for likeverdige helsetjenester så lenge det foreligger underforbruk av tolk i helsetjenesten. God og forståelig pasientinformasjon om retten til tolk fører trolig til økt etterspørsel av tolketjenester. God ansatteopplæring i rett og plikt til tolkebruk vil sannsynligvis ha effekt på helsepersonells holdning og vilje til tolkebruk. I tillegg er innføring av standardiserte rutiner for dokumenterbar og obligatorisk vurdering av tolkebehovet nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. Dette sikrer både tolkebruk ved behov og innvandrerpasienters likeverdige tilgang til og bruk av helsetjenesten.</p>	<p>De to fokusgruppene bestod kun av 11 personer til sammen.</p>

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
<p>Nielsen, B. og Birkelund, R. (2009) 'Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients', <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 23(3), s. 431-437.</p>	<p>Målet med studien er å undersøke sykepleiernes erfaringer i omsorg med pasienter med minoritetsbakgrunn.</p>	<p>Kvalitative intervjuer ble gjennomført med fire sykepleiere i sykehus, kombinert med observasjoner. Intervjuene og observasjonene ble analysert i henhold til fenomenologisk metode.</p>	<p>Studien viste tre fenomener som sykepleierne opplevde: problemer med kommunikasjon, pasientenes opplevelse av smerte og pasientenes matønsker. Resultatene tyder på at sykepleiere trenger ressurser, for eksempel mer støtte i arbeidet med pasienter med minoritetsbakgrunn for å gi god omsorg. Studien avdekker unik informasjon om hvordan sykepleierne har ulike holdninger innenfor de samme fenomenene. Resultatene kan bistå i å identifisere hva som skjedde i sykepleiernes samhandling med pasienter med minoritetsbakgrunn.</p>	<p>Undersøkelsen baserer seg på åpne spørsmål til kun 4 sykepleierer som alle var kvinner i alderen 40-55 år. Kan dette smale utvalget være representativt for hele sykepleie befolkningen?</p>

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
<p>Jirwe, M., Gerrish, K. og Emami, A. (2010) 'Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters', <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 24(3), s. 436-444.</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske sykepleier-studenters erfaringer med kommunikasjon i tverrkulturell omsorg.</p>	<p>Semi-strukturerte intervjuer ble gjennomført i et målrettet utvalg på 10 siste års studenter fra et universitet i Sverige: fem deltakere hadde svensk bakgrunn og fem hadde innvandrerbakgrunn. Intervjuer utforsket deltakernes erfaringer med kommunikasjon i tverrkulturell omsorg. Intervjuene ble innspilt, transkribert og analysert ved hjelp av logisk rammeverk tilnærming (Logical framework approach).</p>	<p>Sykepleierstudenter opplevde problemer med å kommunisere med pasienter som de ikke delte et felles språk med. Dette førte til at omsorgen ble mekanistisk og upersonlig. De var redde for å gjøre feil og manglet kompetanse og trygghet i kommunikasjon med pasienter.</p> <p>Selv om sykepleierstudenter søker kreative måter å kommunisere med pasienter med ulik kulturell bakgrunn mangler de ferdigheter og selvtillit i tverrkulturell kommunikasjon. Sykepleier-utdanning må løse denne utfordringen for å sikre at sykepleiere er utstyrt med kunnskap og ferdigheter for å kunne gi god behandling til pasienter med ulik kulturell bakgrunn.</p>	<p>For å styrke troverdigheten av analysen, ble intervjuene analysert av den første forfatteren og deretter ble analysen bekreftet av andre forfattere som leste gjennom transkripsjoner, verifiserte koding og organiseringen av data i temaer. Påliteligheten av studien ble forsterket av å følge anerkjente prosedyrer for datainnsamling og analyse og ved å tilveiebringe en klar redegjørelse for avgjørelsene for hvert trinn i forskningen.</p> <p>Studentene som deltok i undersøkelse var fra kun ett universitet i Sverige.</p>

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
<p>Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M. C. d., Stronks, K. og Essink-Bot, M.-L. (2010) 'Explaining Ethnic Disparities in Patient Safety: A Qualitative Analysis', <i>American Journal of Public Health</i>, 100(S1), s. S113-S117.</p>	<p>Studien utforsket kjennetegn på sykehusomsorg og behandling av innvandrere pasienter for å bedre forstå prosessene som ligger til grunn for etniske forskjeller i pasientsikkerheten .</p>	<p>Studien gjennomførte semi strukturerede intervjuer med helsepersonell om pasientsikkerhet og hendelser med innvandrerpasienter i sykehus for totalt 30 saker. Intervjuene ble transkribert og kvalitativt analysert etter en rammeverk metode.</p>	<p>Tre viktige mønstre ble identifisert etter analysen. Pasientsikkerhets hendelser oppstår på grunn av;</p> <p>1: upassende svar fra helsepersonell om kjennetegn ved innvandrerpasienter, slik som dårlige nederlandske språkkunnskaper, mangel på helseforsikring, eller genetiske forhold.</p> <p>2: misforståelser mellom pasienter og helsepersonell på grunn av forskjeller i sykdoms oppfatninger og forventninger om omsorg og behandling.</p> <p>3: upassende omsorg på grunn av tilbydernes fordommer mot eller stereotype ideer om innvandrerpasienter.</p>	<p>Studien intervjuet helsepersonell (N = 12) fra forskjellige sykehus i Nederland for å sikre så mye variasjon som mulig.</p>

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
<p>Martijn, L., Jacobs, A., Amelink-Verburg, M., Wentzel, R., Buitendijk, S. og Wensing, M. (2013) 'Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis', <i>BMC Pregnancy & Childbirth</i>, 13(1), s. 1-13.</p>	<p>Denne studien hadde som mål å utføre en strukturell analyse av faktorer som bestemmer risikoen for kritiske hendelser i omsorg for kvinner med en lav risikoprofil i starten av svangerskapet med tanke på å forbedre pasient-sikkerheten.</p>	<p>Studien inkluderte 71 kritiske hendelser i jordmor omsorg og påfølgende sykehus ved henvisning etter 36 uker av svangerskapet. Studien utførte en sak-til-sak-analyse, ved hjelp av et tidligere validert instrument som dekket fem brede domener: helsetjeneste organisering, kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient-risikofaktorer , klinisk ledelse, og kliniske resultater.</p>	<p>De 71 kritiske hendelsene inkluderte tre tilfeller av mors død, åtte tilfeller av alvorlig moderlig sykkelighet, 42 dødsfall i dagene omkring fødselstidspunktet og 12 kritiske hendelser med alvorlig sykkelighet for barnet. Suboptimal prenatal risikovurdering, en forsinkelse i tilgjengeligheten av helsepersonell i akutte situasjoner, misforståelser om behandling mellom helsepersonell og misforståelser med pasienter i situasjoner med språkbarrieren var forbundet med sikkerhetsrisiko.</p>	<p>I syv kritiske hendelser ble kommunikasjonsproblemer med pasienten identifisert som en mulig årsak. Disse kommunikasjons-problemene ble beskrevet som "på grunn av språkbarrierer".</p> <p>Studien undersøker kun hendelser i jordmor omsorgstjenesten.</p>

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
<p>Guvenc, G., Unver, V., Basak, T., Yuksel, C., Ayhan, H., Kok, G., Konukbay, D., Kose, G., Aslan, O., Tastan, S. og Iyigun, E. (2016) 'Turkish Senior Nursing Students' Communication Experience With English-Speaking Patients', <i>Journal of Nursing Education</i>, 55(2), s. 73-81.</p>	<p>Målet med denne studien var å evaluere sykepleierstudenters kommunikasjonsferfaring med en engelsk-talende standardisert pasient i forbindelse med «Rational Administration of Medicines» kurset.</p>	<p>Studien involverer både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Dette er en beskrivende studie med 104 sykepleierstudenter i Ankara, Tyrkia, fra september 2012 til juli 2013.</p> <p>108 senior studenter ble tatt opp på sykepleierskolen i løpet av studieåret 2012-2013. Alle elevene hadde tyrkisk som morsmål. Ingen prøvetakingsprosedyre ble anvendt i studien. Alle studentene på kurset ble inkludert, og 104 meldte seg frivillig til å delta i studien.</p>	<p>De fleste (98,1%) av deltakerne uttalte nødvendigheten av å forbedre sin engelsk for å kommunisere med engelsktalende pasienter. Studien understreker betydningen av kulturelle forskjeller, av å kjenne og bruke et fremmed språk, kommunikasjon og pasientsikkerhet.</p>	<p>Av 108 studenter var det hele 104 som deltok på studien. Alle deltakerne var kvinner.</p>

Referanse	Hensikt/Problemstilling/ Forsknings spørsmål:	Metode	Resultat/Diskusjon:	Egne kommentarer/ Kildekritikk:
<p>Schenker, Y., Pérez-stable, E. J., Nickleach, D. og Karliner, L. S. (2011) 'Patterns of Interpreter Use for Hospitalized Patients with Limited English Proficiency', <i>Journal of General Internal Medicine</i>, 26(7), s. 712-7.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å evaluere bruken av tolk under kliniske møter på sykehuset.</p>	<p>Dette er en tverrsnittsanalyse som omfatter sykehus innlagte Spansk- og kinesisk-talende pasienter med LEP som ble rekruttert som en del av en større studie på sykehus.</p>	<p>Bruken av tolk varierer etter type klinisk kontakt, men var generelt mer vanlig med leger enn med sykepleiere. Profesjonelle tolker ble sjelden brukt. Leger brukte ad hoc-tolker som familie eller venner mest. Mens med sykepleiere rapporterte pasienter ofte at de "kom seg gjennom" uten tolk eller knapt uten å snakke i det hele tatt.</p>	<p>Begge områdene i denne studien har et stort antall pasienter med LEP og ligger i et mangfoldig område av USA. Det er sannsynlig at pasienters erfaringer kan være verre i områder med mindre språklig mangfold eller der ressurser allokert til tolketjeneste er dårligere. Studien har bare tatt med spansk og kinesisk-talende pasienter. Det er mulig at erfaringer fra pasienter som snakker andre, mindre vanlige språk kan være ganske forskjellig, men synes usannsynlig å være bedre enn rapportert i denne undersøkelsen.</p>

4.2. Sammenstilling av resultatet

Etter en gjennomgang av artiklene finner vi at artiklenes funn og konklusjoner har noen fellestrekk som er gjennomgående. Noen av de viktigste funnene blir presentert her. Gjennomgående konkluderer artiklene med at språkbarrierer er et utstrakt problem og at denne barrieren kan true pasientsikkerheten. Martijn mfl. (2013) konkluderer med at misforståelser med pasienter på grunn av språkbarrierer er forbundet med sikkerhetsrisiko. I følge Le mfl. (2013) vil god og forståelig pasientinformasjon om retten til tolk trolig føre til økt etterspørsel av tolketjenester. God ansatteopplæring i rett og plikt til tolkebruk vil sannsynligvis ha effekt på helsepersonells holdning og vilje til tolkebruk. I tillegg er innføring av standardiserte rutiner for dokumenterbar og obligatorisk vurdering av tolkebehovet nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. Jirwe, Gerrish og Emami (2010) påstår at sykepleierstudenter mangler kompetanse og trygghet i kryss kulturell kommunikasjon, og at det er viktig at sykepleierutdanningen gjør sykepleierstudenter mer kompetent i å kommunisere på tvers av kulturer og at det kliniske læringsmiljøet gir dem mulighet til å benytte denne læringen i praksis. Guvenc mfl. (2016) konkluderer med at simulering under utdanningen for å bedre sykepleiestudentenes kommunikasjons ferdigheter bedrer sykepleierens omsorg til pasienter ved der de opplever språkbarrierer.

Etter å ha fulgt Forsberg og Wengström (2013) sin tidligere omtalte 5 punkt analysemetode endte vi opp med følgende kategorisering og temaer:

Tabell 3:

Tema	Kategorier
Aktiv brobygging	<ul style="list-style-type: none">• Tilstrekkelig avdekking og rapportering av språkbarrierene.• Rutinemessig kartlegging av språkbarrierer utført av sykepleier.• Språkkunnskaper bør bemerkes i pasientjournalen.
Ivareta tolkebehov	<ul style="list-style-type: none">• Underforbruk av tolk ved språkbarrierer.• Mangelfull pasientinformasjon om retten til tolk.• Ansatteopplæring i bruk av tolk.• Gode rutiner for bruk av tolk.• Skriftlige regler og prosedyrer om tolkebruk.• Oppdatere sykepleierens kunnskap om tolkebruk.

Tema	Kategorier
Kompetanseutvikling	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanseutvikling i mellommenneskelige ferdigheter hos helsepersonell. • Avdekking av manglende kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell. • Innovativ undervisning i kulturell kompetanse. • Avdekking av manglende kompetanse i kryss-kulturell kommunikasjon. • Bedre mulighet for læring i praksis. • Utvikling av spesifikk trening i kulturell kompetanse. • Opplæring av helsepersonell i å arbeide med tolker.

Som tabell 3 viser identifiserer vi 3 hovedområder som er med på å belyse vår problemstilling. Disse områdene er aktiv brobygging, tolkebehov og undervisning.

4.2.1. Aktiv brobygging

Språkbarrierer har vist seg å være en trussel for kvaliteten på sykehusbehandlingen og internasjonale studier viser en markert mangel på aktiv brobygging over disse barrierene (van Rosse mfl., 2016). I følge van Rosse mfl. (2016) er de viktigste elementene i denne aktive brobyggingen tilstrekkelig å oppdage og rapportere disse språkbarrierene. Videre nye løsninger for å bygge bro over disse språkbarrierene er nødvendig i situasjoner hvor en profesjonell eller uformell tolk ikke er tilgjengelig, slik som rutinemessig kartlegging utført av sykepleiere (van Rosse mfl., 2016). I følge van Rosse mfl. (2016) var det ingen av de 30% av pasientene som oppga dårlig nederlandske språkkunnskaper som fikk dette notert i sine pasientjournaler. van Rosse mfl. (2016) konkluderer med at eksisterende forskning har slått fast at språkbarrierer kan være en trussel for pasientsikkerheten, at språkkunnskaper bør bemerkes i pasientjournalen, og at språkbarrierer fortrinnsvis bør løses gjennom bruk av profesjonelle tolker.

Bernard mfl. (2006) sier at kommunikasjon med pasienter er avgjørende for å levere kvalitet i medisinsk behandling. Studien ble gjennomført for å evaluere effekten av språkbarrierer på helsepersonell. Det er en hypotese at disse språkbarrierer ofte blir oppfattet av helsepersonell, og at de er en kilde til stress på arbeidsplassen. Denne studien viser at helsepersonell på

sykehus oppfatter språkbarrierer som et hinder for god behandling og som en kilde til stress. Sykepleiere og legers oppfatning av hva som er kilden til stress; derfor bør strategier for å løse disse språkbarrierene være spesifikke for de forskjellige rollene. Disse barrierene skaper et hull i helsevesenets kvalitet og sikkerhet (Bernard mfl., 2006).

Eckhardt, Mott og Andrew (2006) sin studie reiser en rekke spørsmål knyttet til individualisert helse, beredskap og i sykehusomsorg til mennesker der det er en språkbarriere. Pasienter har rett til adekvate forklaringer om prosedyrer og kan ikke anses å ha gitt sitt samtykke i situasjoner der de ikke forstår hva som skjer. Effektiv behandling er avhengig av gode mellommenneskelige ferdigheter, og sykepleiere må innse at teknisk og klinisk kompetanse er ikke tilstrekkelig for levering av trygg omsorg. Pasientene trenger og ønsker folk som kan kommunisere klart og medfølende (Eckhardt, Mott og Andrew, 2006).

4.2.2. Ivareta tolkebehov

Le mfl. (2013) konkluderer med at helsevesenet bryter med helselovgivningen og prinsippet om likeverdighet så lenge det er et underforbruk av tolk. De mener videre at god pasientinformasjon og ansatteopplæring i tillegg til rutiner vil kunne sikre tolke bruk og likeverdig tilgang til helsetjenester (Le mfl., 2013). Nielsen og Birkelund (2009) sier at de mest sentrale forhold for sykepleiernes erfaringer i håndteringen av etniske pasienter er de problemene som oppstår på grunn av en språkbarrierer og relaterte vansker med kommunikasjonen. Vanskelighetene knyttet til kommunikasjon gjør det vanskelig å opprettholde et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier. Å ikke velge å bruke en tolk eller slektninger som oversettere gjør at en sparer penger på kort sikt, men ser ut til å skape andre problemer knyttet til omsorg og/eller behandling (Nielsen og Birkelund, 2009). Nielsen og Birkelund (2009) konkluderer med at sykepleiere har ulike holdninger innenfor de samme fenomenene og har ulike regler for hver enkelt pasient. Opprettelse av skriftlige regler besluttet i sykehusavdelingen kan forbedre omsorgen. Studien viser også viktigheten av å holde sykepleieres kunnskap oppdatert, slik at de kan ta hensyn til disse pasientenes kulturelle normer. Kunnskapsnivået og de økonomiske forholdene har en avgjørende innvirkning på kvaliteten av omsorg for denne pasientgruppen også.

Studien til Schenker mfl. (2011) undersøker om det er mønstre i bruken av tolk. Medisinsk avdeling bruker tolk oftere en kirurgisk avdeling og blant sykepleiere er det avdekket et stort underforbruk av tolk. Eckhardt, Mott og Andrew (2006) utførte en undersøkelse blant eldre tysk-fødte damer i Australia som hadde gjennomført planlagt innleggelse i sykehus. Denne studien var opptatt av disse pasientenes opplevelse av omsorg, og spesielt deres samhandling med ansatte på sykehuset. Tre hovedtemaer ble identifisert: “sykepleie for massene”, “sykepleie for individet” og “kommunikasjon og språk”. Vår litteratur studie fokuserer hovedsakelig på det tredje temaet. Funn knyttet til “kommunikasjon og språk” blir presentert i form av tre undertemaer: barrierer, tolker og kultur. Funn viser hva effektene av mangel på kommunikasjon kan ha på pasienter som allerede føler sårbare og engstelige. Mens leger bestilte tolk for møter med pasienter, gjorde sykepleiere ikke det, og dermed oppstod det misforståelser, frustrasjoner og usikker praksis. Studien viser at språk- og kommunikasjonsproblemer oppleves som et mye større problem enn kulturforskjeller. Disse funnene utfordrer sykepleiere til å ha fokus på gjensidig frustrasjon over språkbarrierer mellom seg selv og pasienter (Eckhardt, Mott og Andrew, 2006).

4.2.3. Kompetanseutvikling

Eckhardt, Mott og Andrew (2006) sier i sin studie at effektiv behandling er avhengig av gode mellommenneskelige ferdigheter og at det er sykepleiernes ansvar for å sikre at pasienten forstår, men at sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter er for dårlige.

Guvenc mfl. (2016) evaluerte Tyrkiske sykepleie studenters erfaringer med en engelsk-talende standardisert pasient. Simulering med en standardisert pasient ga sykepleierstudentene en mulighet til å møte og gi omsorg til en pasient som snakker et annet språk. Denne simuleringen forbedret motivasjonen for studentene til å utvikle sine evner, samt deres bevissthet rundt språkbarrierer. I tillegg ble studentenes sensitiviteten knyttet til kulturelle forskjeller forbedret. Denne innovative undervisningsstrategien kan gi viktige bidrag til kunnskap i sykepleierutdanningen (Guvenc mfl., 2016).

Jirwe, Gerrish og Emami (Jirwe, Gerrish og Emami, 2010) sin studie bekrefter at sykepleierstudenter står overfor mange utfordringer når de kommuniserer på tvers av kulturer,

spesielt når de ikke deler samme språk som pasienten. Selv om de bruker en rekke strategier for å lette kommunikasjonen befinner de seg i situasjoner der de ikke er i stand til å kommunisere effektivt og dette fører til misnøye med omsorgen. De mangler også kompetanse og trygghet i kryss kulturell kommunikasjon. Selv i situasjoner der elevene var fornøyde med at de var i stand til å kommunisere, var ikke dette alltid sammenfallende med at pasienten var fornøyd med samhandlingen. I lys av disse funnene, er det viktig at sykepleierutdanningen gjør at sykepleierstudenter blir mer kompetente til å kommunisere på tvers av kulturer og språkbarrierer, og at det kliniske læringsmiljøet gir dem mulighet til å utøve læring i praksis (Jirwe, Gerrish og Emami, 2010).

Resultatene i studien til Suurmond mfl. (2010) gir grunn til å tro at spesifikk trening for helsepersonell bør utvikles. Det er viktig for pasientsikkerheten å sikre at helseorganisasjoner og helsepersonell blir kulturelt kompetente til å kunne gi forsvarlig behandling og omsorg til alle pasienter. I følge Suurmond mfl. (2010) mener Betancourt JR. (2003) og Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. (2009) at helsepersonell kan bli utdannet i kulturell kompetanse spesifikk for omsorg til innvandrere pasienter.

I følge Suurmond mfl. (2010) sier Diamond LC. (2009) og Brach C, Fraserirector I. (2000) at de kan bli opplært til å arbeide med tolker, og annen kulturell kompetanse for å sette dem i stand til å praktisere effektivt og sikkert i et flerkulturelt samfunn. Et kulturelt kompetent helsevesen omfatter bruk av tolker, klare retningslinjer og prosedyrer om hvordan du bruker dem effektivt, og utdanning innen kulturell kompetanse som inneholder opplæring om hvordan kultur (inkludert sin egen) påvirker deres institusjoner, deres praksis, og deres holdninger (Le mfl., 2013).

5. Drøfting

Hvordan kan sykepleier ivareta pasientsikkerheten ved språkbarrierer mellom pasient og helsepersonell?

I drøftingsdelen følger vi Forsberg og Wengström (2013) sin anbefalte disposisjon. Vi sammenfatter hovedresultatet og gjennomfører en resultatdiskusjon utifra studiets hensikt, problemstilling og tidligere forskning og teori. Vi gjennomfører også en kritisk vurdering av metodene som er brukt i de inkluderte artiklene og ser på om det er behov for ny forskning innen dette aktuelle feltet. Vi ser på den empiriske nytten av vår litteratur studie og gir en anbefaling til praksis. Vi vil også benytte oss av relevant litteratur i denne drøftingen. Avslutningsvis drøfter vi forskningsetiske overveielser i forhold til oppgavens resultat.

5.1. Hvordan kan sykepleier aktivt bygge bro ved språkbarrierer?

Språkbarrierer har vist seg å være en trussel for pasientsikkerheten (van Rosse mfl. 2016; Eckhardt, Mott og Andrew 2006; Suurmond mfl. 2010; Bernard mfl. 2006; Nielsen og Birkelund 2009; Martijn mfl. 2013; Guvenc mfl. 2016). I følge van Rosse mfl. (2016) sier Karliner et al. (2007) at en språkbarriere er en kommunikasjonsbarriere som følge av at de berørte partene snakker ulike språk som har vist seg å være en trussel mot kvaliteten på sykehusbehandlingen. Og at pasientsikkerhet er en forutsetning for god kvalitet på pleien. van Rosse mfl. (van Rosse mfl., 2016) sier også at Karliner et al. (2007) definerer trygg sykehusomsorg som omsorg der ingen pasienter blir skadet på grunn av at sykehuset ikke følger faglige standarder eller ved utilstrekkelig styring som resulterer i feildiagnostisering eller uønskede bivirkninger. Og at pasientsikkerhets risiko er situasjoner som potensielt kan føre til uønskede hendelser. I følge van Rosse mfl. (2016) er det flere studier som beskriver sammenhengen mellom språkbarrierer og pasientsikkerhet og at en studie av Divi et al. (2007) viste at amerikanske pasienter med lave engelskkunnskaper opplevde flere uønskede hendelser enn pasienter med tilstrekkelige engelsk kunnskaper. Sykepleiere i Norge er underlagt Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og i følge disse retningslinjene skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2016). I følge van Rosse mfl. (2016) viser internasjonale studier en mangel

på tilstrekkelig å oppdage, rapportere, og å bygge bro over språkbarrierene. Og at studier om sammenhengen mellom språkferdigheter og pasientsikkerhet er en mangelvare, spesielt i Europa. van Rosse mfl. (2016) undersøker pasientsikkerhets risiko på grunn av språkbarrierer under sykehusoppholdet, og måten språkbarrierer oppdages, rapporteres og bygges bro over i nederlandske sykehus.

van Rosse mfl. (2016) viser til et antall hendelser der språkbarrierer blir identifisert som en trussel mot pasientsikkerheten. Studien skiller mellom sykepleie oppgaver og lege oppgaver. Vi har i denne oppgaven kun fokus på sykepleie oppgavene. Den første pasientsikkerhets risikoen som ble identifisert var mangelfull dokumentasjon av navn og/eller fødselsdato ved kritiske øyeblikk som ved medisin administrasjon utført av sykepleier.

En annen daglig pleieoppgave hvor van Rosse mfl. (2016) identifiserte trussel mot pasientsikkerhets risikoen var vurdering av væskebalansen. Når væskebalansen ikke kan måles nøyaktig, oppstår en pasientsikkerhets risiko. Uønskede utfall som nyre- eller hjertesvikt eller dehydrering kan være et resultat av feil i væskebalansen. Følgende er et utdrag av undersøkelsen: “Pasienten forstod ikke at han måtte benytte seg av en urinflaske, så han hadde vannlating i toalettet. På grunn av dette kunne vi ikke måle hans diurese” (van Rosse mfl., 2016).

I van Rosse mfl. (van Rosse mfl., 2016) sin undersøkelse var smertebehandling en tredje oppgave hvor trussel mot pasientsikkerheten ble identifisert. Når en pasient har gjennomgått kirurgi, vurderer sykepleiere smertebelastningen tre ganger om dagen, vanligvis ved hjelp av en visuell analog skala. Når en språkbarriere er tilstede, er det vanskeligere å forklare måleverktøyet for smerte til en pasient. Utilstrekkelig måling av smerte kan være risikabelt, og både under- og overvurdering av smerte kan forekomme. Noe som fører til unødvendig lidelse eller overforbruk av smertestillende medikamenter. Følgende er et utdrag av undersøkelsen: “Det virker som at pasienten har smerter, men han rapporterer ikke dette” (van Rosse mfl. 2016).

Omsorgen før utskrivning og oppfølging etter utskrivning av pasienter ble også funnet å være utsatt for pasientsikkerhet risiko. Når omsorg før og etter utskrivning blir utført på riktig måte, unngås reinnleggelser (van Rosse mfl., 2016). I eksemplet nedenfor beskrives en risikabel situasjon. Sykehusets retningslinjer sier at hver utskrevet pasient skal bli ringt opp av en sykepleier noen dager etterpå. Et standardisert skjema i pasientjournalen ble fylt ut etter denne telefonsamtalen. Det ble krysset av for at pasienten hadde vært kontaktet og telefonsamtalen hadde funnet sted. Under den kvalitative analysen, fant van Rosse mfl. (2016) ut at en språkbarriere hadde vært til stede og helsepersonellet initierte ingen ekstra tiltak. Telefonsamtalen ble registrert som “vellykket”. I pasient journalen stod det at pasienten hadde svart på telefonen men at pasienten ikke forstod sykepleieren. Alle andre spørsmål (hvordan pasienten følte seg, hvordan det går med smertene, etc.) ble ikke fylt ut (van Rosse mfl. 2016).

Den siste sykepleie situasjonen som ble identifisert som en potensiell risiko for pasientsikkerheten i van Rosse mfl. (van Rosse mfl., 2016) sin undersøkelse involverte blant annet risiko kommunikasjon: “Jeg kunne ikke forklare pasienten at hun ikke skulle gå ut av sengen”. Pasienter som forlater sengen sin før de blir rådet til det, har økt risiko for fall (van Rosse mfl., 2016). Disse resultatene fra van Rosse mfl. (2016) sin artikkel understreker at språkbarrierer er en trussel mot pasientsikkerheten som er i tråd med Jirwe, Gerrish og Emami (2010) og Nielsen og Birkelund (2009) sine undersøkelser som viser at språkbarrierer kan føre til utilstrekkelig behandlet informasjon og dårlig sykepleie. Og at vanskelighetene knyttet til kommunikasjon gjør det problematisk å opprettholde et gjensidig tillitsforhold mellom pasient og sykepleier.

5.2. Hvorfor finnes det et underforbruk av tolk blant sykepleiere?

Vi ønsker med denne oppgaven å finne frem til forskningsstudier som viser hvilke tiltak sykepleier kan iverksette ved språkbarrierer. I Norge er pasientens behov og rettighet til tolk omtalt i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) første ledd. Denne paragrafen sier at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som blant annet språkbakgrunn. I Barne- og likestillingsdepartementet (2014) om tolking i offentlig sektor står det: “Det sier seg selv at det er umulig å ha tolk til stede ved enhver samhandling og

kommunikasjon med pasient/bruker/innsatt som ikke snakker eller forstår norsk”. Regjeringen konkluderer med at mangelfull kommunikasjon er en risikofaktor og en viktig kilde til feilbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleieforbund, 2016). Le mfl. (2013) mener at helsevesenet bryter helselovgivningen og prinsippet for likeverdige helsetjenester så lenge det foreligger underforbruk av tolk i helsetjenesten.

Le mfl. (2013) sier at behovet for tolketjenester i helse- og omsorgssektoren øker, samtidig som det er et underforbruk av tolk i helsetjenesten. Denne kvalitative studien blant innvandrerpasienter og helsepersonell viser at det fortsatt mangler rutiner for å informere pasienter om retten til tolk. Det mangler også rutiner for å kvalitetssikre helsepersonells tolkebruk og deres vurdering av tolkebehovet. Gjennom fokusgruppediskusjoner avdekket Le mfl. (2013) fem hovedfunn som kan gi en dypere forståelse av årsakene til underforbruk av tolk i helsetjenesten:

1. *Pasienter har ikke informasjon om sine rettigheter.*
2. *Pasienter informeres ikke om sin rett til tolk når de blir innkalt.*
3. *Når er «litt norsk» for lite?*
4. *Mangelfulle opplysninger om tolkebehov i henvisningene til sykehuset.*
5. *Manglende kunnskap hos helsepersonell om rett til tolk, og manglende rutiner for vurdering av tolkebehovet.*

I Le mfl. (2013) sin studie gir fokusgruppeintervjuer med helsepersonell og pasienter flere forklaringer på hvorfor tolk ikke brukes selv om det foreligger språklige barrierer. Hovedfunnene i denne studien tyder på et mangelfullt system for å fange opp, håndtere og følge opp tolkebehovet hos pasienter som snakker «litt» eller «lite» norsk. Av studien fremkommer også tiltak som helsepersonell og pasienter mener bør iverksettes for å kvalitetssikre kommunikasjonen, ikke minst for å sikre rapportering og oppfølging av underforbruk av tolk i helsetjenester.

Helsepersonellet i Le mfl. (2013) sin undersøkelse mener at tolk må brukes når pasienten snakker «lite norsk», men at «litt norsk» ofte er tilstrekkelig for å gjennomføre en konsultasjon uten tolk, til tross for at de ikke kan definere ferdighetsnivå for «litt norsk» og «lite norsk». Diskusjonene tyder på at det er en vanskelig gråsoner ved vurdering av tolkebehov. Pasientene opplever at det er lett å undervurdere behovet for tolk i helsetjenesten, fordi helsepersonell overvurderer deres norskferdigheter (Le mfl. 2013).

Både Le mfl. (2013) og van Rosse mfl. (2016) konkluderer med at det er nødvendig med systematisk registrering av informasjonsformidling, tolkebehov og tolkebruk i elektroniske pasientjournaler. Helsevesenet bør derfor legge det elektroniske pasientjournalssystemet til rette for hensiktsmessig og systematisk formidling av både retten til tolk og dokumentering av behov for og bruk av tolk (Le mfl. 2013). I Le mfl. (2013) sin studie understreket helsepersonell ved flere anledninger at tolk benyttes når de skjønnsmessig vurderer at det er behov for det, men diskusjonen viser likevel at de savner faste rutiner for og kvalitetssikring av en slik vurdering, samt systematisk opplæring i regelverket og tolkebruk. Både helsepersonell og pasienter ga uttrykk for at det er ønskelig at informasjon om pasienters rett til tolk gis i forkant av konsultasjonen og sammen med innkallingsbrev. Pasientdiskusjonen viser at alle deltakerne ønsker å benytte profesjonelle tolker fremfor venner og familiemedlemmer dersom det foreligger et tolketilbud (Eckhardt, Mott og Andrew, 2006).

Nielsen og Birkelund (2009) mener at opprettelse av skriftlige regler besluttet i sykehusavdelingen kan forbedre omsorgen, og at det å ikke velge å bruke en tolk eller bruke slektninger som oversettere sparer penger på kort sikt, men ser ut til å skape andre problemer knyttet til omsorg og/eller behandling.

Studien til Schenker mfl. (2010) undersøker om det er mønstre i bruken av tolk. Medisinsk avdeling bruker tolk oftere en kirurgisk avdeling og blant sykepleiere er det avdekket et stort underforbruk av tolk. Schenker mfl. (2011) fant ut at bruken av tolk varierte blant leger og sykepleiere, men var samlet lavt. Blant leger var bruk av familie, venner eller ansatte som ad hoc-tolker mest vanlig. I kontrast til sykepleiere, hvor pasienter ofte rapporterte at de «kom seg gjennom» uten bruk av tolk eller knapt snakket i det hele tatt. Disse funnene samsvarer

godt med funnene i Eckhardt, Mott og Andrew (2006) sin undersøkelse. Mens leger bestilte tolk for møter med pasienter, gjorde sykepleiere ikke det, og dermed oppstod det misforståelser, frustrasjoner og usikker praksis. Studien viser at språk- og kommunikasjonsproblemer oppleves som et mye større problem enn kulturforskjeller.

Suurmond mfl. (2010) opplyser at en fersk studie av Diamond mfl. (2009) avdekket at helsepersonell syntes det var lettere å “komme seg gjennom” uten en profesjonell tolk selv om de var klar over de negative konsekvensene for kvaliteten på pleien. Dette var ikke bare et spørsmål om tidspress eller mangel på tilgjengelighet, men også et resultat av helsepersonells følelse av moral og kulturell kompetanse, som er holdninger, kunnskap og ferdigheter.

5.3. Kompetanseutvikling blant sykepleiere under og etter endt utdanning.

Et kulturelt kompetent helsevesen omfatter bruk av tolker, klare retningslinjer og prosedyrer om hvordan du bruker dem effektivt, og utdanning innen kulturell kompetanse som inneholder opplæring om hvordan kultur (inkludert sin egen) påvirker deres institusjoner, deres praksis, og deres holdninger (Le mfl., 2013). I følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer skal sykepleie bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Sykepleieren har et ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og skal bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleieforbund, 2016).

Nielsen og Birkelund (2009) understreker viktigheten av å holde sykepleieres kunnskap oppdatert, slik at de kan ta hensyn til pasientenes kulturelle normer. Og at kunnskapsnivået har en avgjørende innvirkning på kvaliteten av omsorg for pasienter ved språkbarrierer. Ledere av sykepleietjenester har et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling (Norsk sykepleieforbund, 2016). I følge Guvenc mfl. (2016) er antallet pasienter som snakker eget morsmål mens de bor i et annet land stadig økende, med effekten av globaliseringen. Dette betyr at det er viktig å forberede sykepleierstudenter i å få ferdigheter til å takle språkbarrierer og å forholde seg til kulturelle forskjeller (Guvenc mfl., 2016).

I Jirwe, Gerrish og Emami (2010) sin studie opplevde sykepleierstudenter problemer med å kommunisere med pasienter med språkbarrierer. Dette førte til at omsorgen ble mekanisk og upersonlig. De var redde for å gjøre feil og manglet kompetanse og trygghet i samtale med pasienter. Ulike strategier ble brukt til å overvinne kommunikasjonsbarrierer, inkludert bruk av slektninger til å tolke, nonverbal kommunikasjon, gester og gjenstander. Andre faktorer som påvirket kommunikasjonen inkluderte studentens holdning og kulturell kunnskap ervervet gjennom utdanning og livserfaring. Studien konkluderer med at selv om sykepleierstudenter søker kreative måter å kommunisere med pasienter med ulik kulturell bakgrunn mangler de ferdigheter og selvtillit i tverrkulturell kommunikasjon. I følge Jirwe, Gerrish og Emami (2010) må sykepleierutdanningen løse denne mangelen for å sikre at sykepleiere er utstyrt med kunnskap og ferdigheter til å gi god behandling til pasienter med ulik kulturell bakgrunn.

5.4. Tidligere forskning og teori

Når en voksen mister sin språklige kompetanse, kan det oppleves som tap av evnen til å fylle sine oppgaver. Det kan gjøre noe med forståelsen, selvfølelsen og opplevelsen av tilhørighet, med selve identitetsopplevelsen (Magelssen, 2008). Følgende sitat fra Magelssen (2008) sin bok om kultursensitivitet gir et inntrykk av hvordan språkbarrierer kan oppleves: “En kvinne: Når du ikke kan språket, er du liksom både døv og stum. For barna har det ikke vært så vanskelig. De har lært seg språket. Når jeg følger dem til barnehagen og de snakker fort, forstår jeg ikke hva de sier. Jeg må be dem oversette. Da sier de: “Nei, du er stor. Du får lære deg språket selv!” Når de snakker sånn til meg, blir jeg så skamfull.”

I følge Magelssen (2008) synker språkkompetansen når mennesker er syke føler smerter eller er redde. Det er ofte i slike situasjoner norske helsearbeidere møter innvandrere. Overfor helsearbeidere blir mange satt i forlegenhet fordi de må uttrykke seg som barn. Nettopp i slike situasjoner ville det være god omsorg å “gyldiggjøre” pasientens språk. På sitt eget språk vil vedkommende kunne uttrykke seg som en kompetent person. Det er god sykepleie å legge til rette for dette, fordi det bidrar til å styrke et positivt selvbylde (Magelssen, 2008).

I følge Magelssen (2008) står det i veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet om førstegangs helseundersøkelse av asylsøkere og flyktninger at det er helsepersonellet og ikke pasienten som har hovedansvaret for at kommunikasjonen er entydig og forståelig. Tolketjenesten er for mange en nødvendig forutsetning for å få adekvat helsehjelp (Magelssen, 2008). Pasientens behov og rettighet til tolk er omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) første ledd: Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) første ledd sies det: Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) første ledd sies det: Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) sier at prinsippet om å tilrettelegge for utøvelse av autonomi er basert på troen på menneskets egne ressurser og på dets rett til selv å velge det som er best for det selv. For at en person skal være i stand til å bestemme over seg selv, må en rekke forutsetninger være til stede. En av disse forutsetningene er at pasienten kan forstå informasjonen som er relevant for beslutningen om helsehjelp. Helsepersonell har plikt til å gi tilpasset informasjon for at pasienter skal være i stand til å utøve sin autonomi (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).

Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015) beskriver helseutfordringer og kulturelle og språklige utfordringer med pasienter med innvandrers bakgrunn. Likeverdige helse- og omsorgstjenester er et mål som er nedfelt av Barne- og likestillingsdepartementet (2012-2013), Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013) og Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015), samt i Barne- og likestillingsdepartementet (2014). For å kunne ha utbytte må det være kommunikasjon som pasienten forstår. Stortingsmeldingene legger føringer for hvordan dette skal gjennomføres. I tillegg til tolketjenesten viser Stortingsmeldingene til at det er ønskelig med andre tiltak som kan avlaste tolketjenesten. I Barne- og likestillingsdepartementet (2014) om tolking i offentlig sektor skrives det “ *Det sier seg selv*

at de er umulig å ha tolk til stede ved enhver samhandling og kommunikasjon med pasient/bruker/innsatte som ikke snakker eller forstår norsk”.

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013) bidrar god kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell til bedre resultater av behandlingen og bedre helse for pasienten. God kommunikasjon skaper tillit, økt forståelse og motiverer pasienter til å gjennomføre behandling. God kommunikasjon er også av avgjørende betydning for å unngå uønskede hendelser og feil. God kommunikasjon kan læres, og opplæring i kommunikasjon skal være en del av alle helse- og sosialfaglige utdanninger. Minst like viktig er det med systematisk veiledning og oppfølging etter avsluttet utdanning. På dette området bør det gjøres en større innsats. Kommunikasjon innebærer utveksling av informasjon mellom to eller flere personer (Håkonsen, 2009). Pasienter og brukere må derfor få hjelp til å nyttiggjøre seg helseinformasjon slik at de kan være mer likeverdige partnere i dialog med helsepersonell og andre tjenesteytere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten mottok etter tre måneders drift om lag 1300 meldinger. En foreløpig analyse viser at svikt i kommunikasjon, manglende kontrolltiltak og svikt i eller mangelfulle prosedyrer og retningslinjer var blant de mest vanlige årsakene. Nærmere analyser kan etter hvert gi mer kunnskap om årsaker til uønskede hendelser. For eksempel om kommunikasjonssvikt skyldes språkutfordringer, mangelfull informasjon, kulturelle barrierer eller andre forhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Regjeringen konkluderer med at mangelfull kommunikasjon er en risikofaktor og en viktig kilde til feilbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013).

For å sikre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient oppfordrer norske myndigheter til bruk av tolk. I veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet om førstegangs helseundersøkelse av asylsøkere og flyktninger står det blant annet: «Det er helsepersonellet og ikke pasienten som har hovedansvaret for at kommunikasjonen er entydig og forståelig. Tolketjeneste er for mange en nødvendig forutsetning for å benytte helsetjenester, og ofte en forutsetning for adekvat helsehjelp» (Magelssen 2008). Når det gjelder pasientens behov og rettighet til tolk, er det omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) første ledd: Informasjonen skal

være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

5.5. Metodediskusjon

De fleste artiklene vi har benyttet i denne litteratur studien er skrevet på engelsk og vi har oversatt disse til norsk for kunne benytte dem i studien. Dette kan være en kilde til både feil i oversettelse og feil tolkning av teksten under analysen. Vi har valgt å bruke 2 artikler som er kvantitative og 6 kvalitative artikler, samt 2 som er kvantitative og kvalitative. Alle våre artikler er primærstudier noe som reduserer sjansen for feiltolking. Miksen av artikler gir oss en god validitet i våre funn på individ nivå og på systemnivå.

Bernard mfl. (2006) sin studie ble utført blant sykepleiere, sykepleie assistenter og leger. 61 sykepleiere og 36 leger svarte på undersøkelsen og det ble gjort en kvantitativ studie for å se om hypotesen om at helsepersonell ofte opplever språkbarrierer og at disse er en kilde til stress på arbeidsplassen stemmer. Studien har ikke et eget konklusjons avsnitt, men den mener likevel at deltakerne opplever språkbarrierer som et hinder for god behandling og som en kilde til stress på arbeidsplassen. Dette resultatet oppleves som noe usikkert på grunn av manglende konklusjons avsnitt i artikkelen. Forfatterne av artikkelen kommenterer heller ikke denne mangelen i artikkelen.

Den nederlandske studien av van Rosse mfl. (2016) bruker kvalitativ og kvantitative metoder . Å blande disse metodene er en styrke for studien. Det gir den flere innfallsvinkler som underbygger hverandre. Det brukes flere datakilder og informanter i en såkalt triangulering som øker validiteten. Det nevnes i studien at antallet deltakere i den kvalitative delen er liten, men det ble ikke avdekket nye pasientsikkerhetsrisikoer. De antar at det da er oppnådd en data metning. Aveyard (2014) sier at kvalitativ forskning krever en liten gruppe for dybdeintervju da informasjonsmengden blir stor. Studien kritiserer seg selv med at data fra fire sykehus i Nederland er for lite til å kunne generalisere det til hele landet. Men pasientgrunlaget med et etnisk mangfold styrker utvalget av sykehus (van Rosse mfl., 2016). Samtidig så sier studien

at pasientgrunnlaget og sykehusene er representative for Nederlandske sykehus så en viss overførbarhet av funnene vil det være (van Rosse mfl., 2016).

I den kvalitative studien fra Eckhardt, Mott og Andrew (2006) er det brukt semi strukturerte dybdeintervjuer. Studien må i intervju situasjonene ta personlige hensyn til intervjuobjektet ved inngående personlig informasjon og endre spørsmålsstilling. Det fenomenologiske intervjuet er i hovedsak ute etter å forstå betydningen av det levde liv fra et kulturelt perspektiv. Intervjuene leder til funn knyttet til kommunikasjon og språk som blir presentert i form av undertema; barrierer, tolker og kultur. Studien passer inn i vår oppgave og kan overføres til vår kultur. Konfidensialitet og informert samtykke er ivaretatt iforhold til etiske prinsipper for kvalitative studier. Inklusjonskriteriene var målrettet mot tyske mennesker over 55 år, og de ble rekruttert ved å svare på et skjema. Utvalget ble 6 kvinner i alderen 57-82 år. Utvalget ble ensidig kjønnsmessig.

Le mfl. (2013) sin artikkel om å få en bedre forståelse av underforbruket av tolk i helsevesenet er en kvalitativ studie som ble utført ved Oslo universitetssykehus. Dette ble gjort ved hjelp av 2 fokusgrupper som kun bestod av 11 personer til sammen. Studien påpeker at den bare består av to fokusgrupper, men antar at den har overføringsverdi for øvrige innvandregrupper og helsepersonell. Etiske forhold er vurdert. I fokusgruppe intervjuer prater deltakerne med hverandre, og skaper data gjennom samtaler.

Nielsen og Birkelund (2009) baserer seg på kvalitative intervjuer i sykehus, kombinert med observasjoner. Funnene ble analysert i henhold til fenomenologisk metode. Studiens svakhet er at den kun baseres på et utvalg av 4 sykepleiere. Det blir henvist til tidligere spørreskjema besvarelser for å styrke studien. De 4 sykepleierne jobbet også på sammen avdeling. Et inklusjonskriterie var 5 års ansiennitet. Etiske hensyn er ivaretatt.

Jirwe, Gerrish og Emami (2010) har utført en kvalitativ studie gjennomført med semi strukturerte intervjuer. Studien er utført med et målrettet utvalg på 10 studenter som går siste året på universitetet i Sverige. Studentene er fra en og samme skole. Det gjør utvalget snevert

og sted spesifikt. Den kvalitative delen av studien gir fine subjektive betraktninger og det følelsesmessige i intervjuet kommer godt frem. Påliteligheten av studien ble forsterket av å følge anerkjente prosedyrer for datainnsamling og analyse. Analysens troverdighet ble styrket ved at to forskjellige personer gjennomførte analysen. Etikkomiteen ved Karolinska Institut har godkjent studien, og anerkjente prosedyrer for datainnsamling og analyse.

I den kvalitative analysen av Suurmond mfl. (2010) sin studie intervjuet de 12 helsepersonell fra forskjellige sykehus i Nederland om totalt 30 saker. Studien bruker semistrukturerte intervjuer fordi det er mest hensiktsmessig for å gå mer i dybden og ikke være styrt av eksakt spørsmålsstilling. Det påpekes at det er nødvendig med kvantitative studier for å vise betydningen av funnene som viser etniske forskjeller i pasientsikkerheten. Det er tatt etiske hensyn angående anonymitet og innhentet samtykke fra helsepersonell.

Studien til Martijn mfl. (2013) inkluderte 71 kritiske hendelser i jordmoromsorgen. Disse hendelsene ble rapportert inn til det nederlandske helsetilsynet på grunn av dårlig standard på omsorgen som var gitt med kritisk utfall som død eller alvorlig og varig skade. En kvalitativ gjennomgang av sakene ble utført for å avdekke årsakssammenhenger. Studien har vært gjennom etisk godkjenning og forskerne måtte bekrefte en konfidensialitetserklæring. I syv av de kritiske tilfellene er språkbarrieren en mulig årsak til hendelsen. Studien har begrensninger når det gjelder informasjon og det er ikke mulig å hente tilleggsinformasjon på grunn av strenge regler hos det nederlandske helsetilsyn. Studien sier også at det er vanskelig å trekke bastante konklusjoner om årsakssammenhenger mellom sakene på grunn av informasjons tilgangen.

I studien til Guvenc mfl. (2016) var det hele 104 av 108 deltaker som meldte seg frivillig til å delta. Den involverer både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder som styrker resultatet i studien. Alle de 104 deltakerne var kvinner og studien oppnådde derfor ikke en kjønns balanse som kunne vært en styrke for resultatet. Etikkomiteen har godkjent studien. Studien er utført på bare en sykepleierskole i Tyrkia og faktorer som prestasjonsangst under simulering er ikke hensyntatt. I studien er det skrevet at den ikke kan brukes til generalisering,

men at funnene var entydige og påvirket studentene i utførelse av sykepleie. Studien tilfredsstilte våre inklusjonskriterier.

Schenker mfl. (2011) sin tverrsnittsanalyse omfatter kun Spansk- og Kinesisk-talende pasienter. Selv om pasienten befinner seg i et mangfoldig område av USA, er det mulig at erfaringer fra pasienter som snakker andre, mindre vanlige språk kan være ganske forskjellig. Det er også sannsynlig at pasienters erfaringer kan være dårligere i områder med mindre språklig mangfold eller der ressurser til tolketjeneste er dårligere. Det var i utgangspunktet bare spansk-talende med i undersøkelsen, men for å øke mangfoldet ble kinesisk-talende innlemmet i studien. Studien påpeker at det er forskjellig praksis mellom avdelinger og profesjonsgrupper, og at videre forskning er nødvendig for å undersøke denne hypotesen. Studien opplyser om begrensninger som må tas med i tolkingen av resultatene. De mener det må tas hensyn til at det bare er to sykehus som er med, skjev fordeling av pasienter mellom sykehusene og avdelingene, at den er basert på pasientens selvrapporing og ikke direkte observasjoner, og at det er mange mindre språkgrupper som ikke er med. Tverrsnittsstudie er en vel egnet måte for denne studien da hensikten er å finne forekomsten av bruk av tolk (Monica Wammen Nortvedt, 2012).

5.6. Behov for ny forskning

van Rosse mfl. (2016) sier at studier om sammenhengen mellom språkferdigheter og pasientsikkerhet er en mangelvare, spesielt i Europa. Artikkelen konkluderer med at det trengs nye løsninger for å bygge bro over språkbarrierer i situasjoner der en profesjonell eller uformell tolk ikke er mulig, for eksempel rutinemessige kartlegging utført av sykepleiere. Dette indikerer behovet for ny forskning for å utvide sykepleiernes verktøy i den aktive brobyggingen. Guvenc mfl. (2016) opplyser at det ikke finnes studier i Tyrkia som omhandler kommunikasjonsferdigheter og språkbarrierer samtidig innenfor sykepleieutdanningen, og av denne grunnen har studien tatt for seg tyrkiske sykepleiestudenters kommunikasjons erfaringer med engelsk talende pasienter. Det vil være behov for ny forskning innen det samme feltet for å supplere resultatene i Guvenc mfl.(2016) sin forskningsartikkel.

Suurmond mfl. (2010) avdekker 3 uønskede mønstre i behandlingen av innvandrere pasienter som truer pasientsikkerheten. Disse 3 er: (1) uønskede svar og praksis av helsepersonell i forhold til objektive kjennetegn ved innvandrerpasienter, som for eksempel mangel på nederlandske språkkunnskaper, manglende helseforsikring eller genetiske forhold; (2) misforståelser mellom pasient og helsepersonell som følge av forskjeller i sykdoms oppfatning og forventninger om behandling og omsorg; og (3) uønsket behandling og omsorg på grunn av helsepersonells fordommer mot eller stereotype ideer om innvandrerpasienter. Suurmond mfl. (2010) konkluderer med at funnene i artikkelen tyder på at organisatorisk praksis og helsepraksis bidrar til høyere risiko for pasientsikkerheten. Beskrivende epidemiologisk forskning er nødvendig for å utforske virkningen på pasientsikkerheten av de 3 uønskede mønstrene som ble avdekket i denne artikkelen.

5.7. Empirisk nytte og tilpasning

Tilstrekkelig rapportering er det første skrittet i aktiv brobygging mot språkbarrierer og dermed eliminere pasientsikkerhetsrisikoen (van Rosse mfl. 2016). van Rosse mfl. (2016) anbefaler at alle sykehus har en standardisert måte å rapportere en språkbarriere i sine pasientjournaler som viser både tilstedeværelsen av en språkbarriere og det foretrukne språket. Det neste trinnet er vellykket og tilstrekkelig brobygging mot språkbarrieren, som helst bør gjøres av profesjonelle tolketjenester.

I følge Le mfl. (2013) vil god og forståelig pasientinformasjon om retten til tolk trolig føre til økt etterspørsel av tolketjenester. God ansatteopplæring i rett og plikt til tolkebruk vil sannsynligvis ha effekt på helsepersonells holdning og vilje til tolkebruk. I tillegg er innføring av standardiserte rutiner for dokumenterbar og obligatorisk vurdering av tolkebehovet nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. Dette sikrer både tolkebruk ved behov og innvandrerpasienters likeverdige tilgang til og bruk av helsetjenesten. Men i følge van Rosse mfl. (2016) er konsultasjon med en profesjonell tolk ikke gjennomførbart for de daglige pleieoppgaver som er hyppige og tar liten tid (smertevurdering, væskebalanse og fødselskontroller), og noen ganger heller ikke med en ad-hoc tolk. Andre løsninger er derfor nødvendige hvis vi ønsker å eliminere sikkerhetsrisikoen. I denne æraen av digitale verktøy kunne man tenke på tekniske hjelpemidler med animasjoner eller talte instruksjoner i

pasientens eget språk på et “lesebrett” gitt av sykepleier til pasient. I andre tilfeller, som vanligvis ikke haster og som ofte er planlagt som anamnese, diagnose og risikokommunikasjon før kirurgi, bør det benyttes profesjonelle tolker. Bruk av tolk bør derfor være vanlig praksis, som bør gjøres tilgjengelig på sykehuset og i avdelingen (van Rosse mfl. 2016).

I følge van Rosse mfl. (2016) presenterer Vander Wielen et al. (2014) lignende anbefalinger i en amerikansk studie som konkluderer med at trente profesjonelle tolker kan forhindre medisinske feil og dermed forbedre pasientsikkerheten. Nielsen og Birkelund (2009) sier at det muligens kan bedre omsorgen hvis det lages felles skriftlige prosedyrer i sykehusavdelingene.

Schenker mfl. (2011) har flere anbefalinger på hvordan man aktivt kan bygge bro over språkbarrierene. Studien viser utilstrekkelig bruk av tolk ved språkbarrierer. Tiltak for å bedre tolkebruk for hyppige og ofte korte interaksjoner mellom pasienter og deres behandlere kan være: Økt tilgang til profesjonelle tolker, prioritering av samtaler som skal bruke tolk, utdanne leger, sykepleiere og pasienter om språktjenester, og endring av organisatoriske og faglige normer rundt kommunikasjon med pasienter der det er registrert språkbarrierer.

Jirwe, Gerrish og Emami (2010) påstår at sykepleierstudenter mangler kompetanse og trygghet i kryss kulturell kommunikasjon, og at det er viktig at sykepleierutdanningen gjør sykepleierstudenter mer kompetente i å kommunisere på tvers av kulturer og at det kliniske læringsmiljøet gir dem mulighet til å benytte denne læringen i praksis. Guvenc mfl. (2016) konkluderer med at simulering under utdanningen for å bedre sykepleiestudentenes kommunikasjonsferdigheter bedrer sykepleiernes omsorg til pasienter ved der de opplever språkbarrierer.

5.8. Forskningsetikk

Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden. I dag kan ingen som arbeider med forskningsetikk unngå å forholde seg til Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Det informerte samtykket står sentralt i Helsinkideklarasjonen, samtidig som det slås fast at det

forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren. Det betyr at det informerte samtykket, uansett hvor informert det er, ikke forsvarer uetisk forskning. Hensynet til særlig sårbare grupper står sterkt i Helsinkideklarasjonen. Likevel åpnes det opp for forskning på grupper og individer som har krav på særlig beskyttelse. Årsaken er at mangel på relevant kunnskap gjør behandling usikker og utsetter disse individene for risiko. Forskning er derfor ikke en trussel, men en nødvendighet (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014).

Forskningsetikk er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2012).

6. Konklusjon

Hvordan kan sykepleier ivareta pasientsikkerheten ved språkbarrierer mellom pasient og helsepersonell?

Funn i dette litteraturstudiet viser at språkbarrierer kan være en trussel for pasientsikkerheten, og at aktiv brobygging, ivaretagelse av tolkebehov og kompetanseutvikling kan redusere denne trusselen. De viktigste elementene i denne aktive brobyggingen er tilstrekkelig å oppdage og rapportere disse språkbarrierene. Videre nye løsninger for å bygge bro over disse språkbarrierene er nødvendig i situasjoner hvor en profesjonell eller uformell tolk ikke er tilgjengelig, slik som rutinemessig kartlegging utført av sykepleiere. Pasientenes språkkunnskaper ved språkbarrierer bør bemerkes i pasientjournalen, og språkbarrierer bør fortrinnsvis løses gjennom bruk av profesjonelle tolker.

Helsepersonell bør bli opplært til å arbeide med tolker. Et kulturelt kompetent helsevesen omfatter bruk av tolk, klare retningslinjer og prosedyrer om hvordan du bruker dem effektivt, og utdanning innen kulturell kompetanse som inneholder opplæring om hvordan kultur påvirker deres institusjoner, deres praksis, og deres holdninger. Det er registrert et underforbruk av tolk og en mangel på tilstrekkelig å oppdage, rapportere, og å bygge bro over språkbarrierene.

God kommunikasjon kan læres, og opplæring i kommunikasjon skal være en del av alle helse- og sosialfaglige utdanninger. Minst like viktig er det med systematisk veiledning og oppfølging etter avsluttet utdanning. På dette området bør det gjøres en større innsats. Innovative undervisningsstrategier som simulering med kulturforståelse som tema, kan gi viktige bidrag til kunnskap i sykepleierutdanningen. Det er behov for en kompetanseheving innen kommunikasjon på tvers av kulturer og språkbarrierer, og det kliniske læringsmiljøet må gi helsepersonell mulighet til å utøve læring i praksis.

7. Litteraturliste

- Aase, K. (2015) *Pasientsikkerhet : teori og praksis* 2. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* 3rd ed. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2012-2013) *En helhetlig integreringspolitikk*. Barne- og likestillingsdepartementet. (Meld. St. 6 (2012-2013)). Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-6-20122013/id705945/?ch=1&q=> (Hentet: 05.04.2016).
- Barne- og likestillingsdepartementet (2014) *Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettsikkerhet og likeverd*. Barne- og likestillingsdepartementet. (NOU 2014: 8). Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-8/id2001246/?ch=1&q=> (Hentet: 05.04.2016).
- Bernard, A., Whitaker, M., Ray, M., Rockich, A., Barton-Baxter, M., Barnes, S. L., Boulanger, B., Tsuei, B. og Kearney, P. (2006) 'Impact of Language Barrier on Acute Care Medical Professionals Is Dependent Upon Role', *Journal of Professional Nursing*, 22(6), s. 355-358.
- Brinchmann, B. S. (2012) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter* 5. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 05.04.2016).
- Eckhardt, R., Mott, S. og Andrew, S. (2006) 'Culture and communication: identifying and overcoming the barriers in caring for non-English-speaking German patients', *Diversity in Health & Social Care*, 3(1), s. 19-25 7p.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* 3. utg. utg. Stockholm: Natur & kultur.

- Guvenc, G., Unver, V., Basak, T., Yuksel, C., Ayhan, H., Kok, G., Konukbay, D., Kose, G., Aslan, O., Tastan, S. og Iyigun, E. (2016) 'Turkish Senior Nursing Students' Communication Experience With English-Speaking Patients', *Journal of Nursing Education*, 55(2), s. 73-81.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. (Meld. St. 10 (2012–2013)). Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1&q=> (Hentet: 05.04.2016).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. (Meld. St. 26 (2014-2015)). Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> (Hentet: 05.04.2016).
- Høgskolen i Gjøvik (2016) *Forskningsområde klinisk sykepleie*. Høgskolen i Gjøvik. Tilgjengelig fra <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (Hentet: 19.04.2016).
- Håkonsen, K. M. (2009) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jirwe, M., Gerrish, K. og Emami, A. (2010) 'Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), s. 436-444.
- Kale, E. (2006) *Vi tar det vi har - om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo*. NAKMI. (NAKMI 2/2006). Tilgjengelig fra <http://www.nakmi.no/publikasjoner/dokumenter/vi-tar-det-vi-har-nakmi-skriftserie-2-2006.pdf> (Hentet: 19.04.2016).
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E.-A. (2011) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet (2016) *Pasientsikkerhet*. Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet> (Hentet: 19.04.2016).
- Le, C., Kale, E., Jareg, K. og Nirmal Kumar, B. (2013) 'Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester', *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 50(10), s. 999-1005.

- Magelssen, R. (2008) *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe.
- Martijn, L., Jacobs, A., Amelink-Verburg, M., Wentzel, R., Buitendijk, S. og Wensing, M. (2013) 'Adverse outcomes in maternity care for women with a low risk profile in The Netherlands: a case series analysis', *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13(1), s. 1-13.
- Monica Wammen Nortvedt (2012) *Tverrsnittstudie*. Høgskolen i Bergen. (Kunnskapsbasert praksis). Tilgjengelig fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie/> (Hentet: 05.05.2016).
- Nielsen, B. og Birkelund, R. (2009) 'Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), s. 431-437.
- Norsk sykepleieforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleieforbund. Tilgjengelig fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet: 19.04.2016).
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. og Reinart, L. M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok 2*. utg. utg. Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata. Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 26.01.2016).
- Pettersen, R. C. (2008) *Oppgaveskrivingens ABC : veileder og førstehjelp for høgstolestudenter*. Oslo: Universitetsforl.
- Schenker, Y., Pérez-stable, E. J., Nickleach, D. og Karliner, L. S. (2011) 'Patterns of Interpreter Use for Hospitalized Patients with Limited English Proficiency', *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), s. 712-7.
- Statistisk Sentralbyrå (2016) *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2016*. Statistisk Sentralbyrå. Tilgjengelig fra <http://ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar> (Hentet: 29.04.2016).
- Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M. C. d., Stronks, K. og Essink-Bot, M.-L. (2010) 'Explaining Ethnic Disparities in Patient Safety: A Qualitative Analysis', *American Journal of Public Health*, 100(S1), s. S113-S117.
- van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L. og Wagner, C. (2016) 'Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study', *International Journal of Nursing Studies*, 54 s. 45-53.

Wiking, E., Saleh-Stattin, N., Johansson, S.-E. og Sundquist, J. (2009) 'Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), s. 290-297.