

Ruku Darjee  
Virusha Naguleswaran

## **Forstår vi hverandre?**

**Hvordan fremme kommunikasjon hos pasienter  
med etnisk minoritetsbakgrunn?**

Antall ord: 8784

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Arnhild Hammerås Vestnes

Mai 2020



## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I Norge har det blitt stadig flere innvandrere (Ingstad, 2014, s. 112). Det norske helsevesenet vil derfor møte flere pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. God kommunikasjon står dermed sentralt for å kunne gi likeverdig helsehjelp uavhengig av kulturelle forskjeller.

**Hensikt:** Oppgavens hensikt er å belyse sykepleiers erfaringer i møte med etnisk minoritetspasienter i helsetjenesten og hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme kommunikasjon hos dem.

**Metode:** Oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie, der åtte forskningsartikler fra år 2009 - 2017 ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse.

**Resultat:** Sykepleiere hadde behov for økt kulturell kompetanse. Begrensede ressurser og lite kunnskap om bruk av tolk var også et problem. Videre var samarbeid med tolk en tidskrevende prosess, dermed var bruk av tolketjenester begrenset. Ulike strategier ble brukt for å overkomme språkbarrieren.

**Konklusjon:** Kulturell kompetanse ga sykepleierne økt selvsikkerhet ved utøving av flerkulturell sykepleie. Bruk av profesjonell tolk var anbefalt fremfor familiemedlem og flerspråklig helsepersonell da det sikret informasjonskvalitet. Kreative kommunikasjonsstrategier som bruk av bilder, digitale verktøy, språkperm og ordbøker var viktig. Tilstrekkelig med tid var også nødvendig for å gi god sykepleie.

**Nøkkelord:** Kommunikasjon, sykepleie/sykepleier, etnisk minoritetspasienter, flerkulturell helsetjeneste, kulturell kompetanse, kulturelt mangfold, interkulturell kommunikasjon, kommunikasjonsferdigheter og kommunikasjonsutfordringer.

## **Abstract**

**Background:** It has become increasingly more immigrants in Norway (Ingstad, 2014, p. 112). The Norwegian healthcare system encounters therefor several patients with ethnic minority background. Good communication is an essential element to provide health care regardless of cultural differences.

**Purpose:** The purpose of this bachelor thesis is to enlighten the nurse's experiences in encountering with ethnic minority patients in the health service and how nurses can promote communication with them.

**Method:** The thesis is based on a systematic literature review, where all the eight research studies from the years 2009 - 2017 were analyzed by using content analysis.

**Results:** Nurses had a need to increase cultural competence. Limited resources and knowledge about the use of interpreters was another problem. Furthermore, was collaboration with an interpreter a time-consuming process and limited the use of interpreting services. Different strategies were used to overcome the language barrier.

**Conclusion:** Cultural competence gave nurses increased confidence in the practice of multicultural nursing. To ensure the information quality, was use of a professional interpreter more recommended over family members and multilingual health professionals. It was important to use creative communication strategies such as pictures, digital tools, language perms and dictionaries. Sufficient time was also needed to provide good nursing care.

**Keywords:** Communication, nurses/nursing, ethnic minority patients, multilingual healthcare, cultural competence, cultural diversity, intercultural communication, communication skills, communication challenges.

*"To effectively communicate, we must realize that we are all different in the way we perceive the world and use this understanding as a guide to our communication with others."*

- **Anthony Robbins**



# Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt.....	2
1.3	Problemstilling .....	2
1.4	Begrepsforklaring .....	2
1.4.1	Kommunikasjon.....	2
1.4.2	Etnisk minoritet.....	2
1.5	Avgrensninger og presiseringer.....	2
1.6	Oppgavens videre oppbygging .....	3
2	Teoribakgrunn.....	4
2.1	Etniske minoritetspasienter.....	4
2.2	Kommunikasjon.....	5
2.3	Flerkulturell kompetanse.....	6
2.4	Joyce Travelbees sykepleieteori om menneske-til-menneske- forhold.....	7
2.5	Lover og retningslinjer for sykepleiere .....	7
3	Metodebeskrivelse.....	8
3.1	Datainnsamling.....	8
3.2	Søkestrategier.....	8
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	9
3.4	Kvalitetsvurdering .....	9
3.5	Etiske aspekter.....	10
3.6	Analyse .....	10
4	Resultat .....	12
4.1	Kulturell kompetanse .....	12
4.2	Bruk av tolk .....	13
4.3	Betydning av tid.....	14
4.4	Kommunikasjonsutfordringer- og strategier .....	15
5	Diskusjonsdelen .....	17

5.1	Metodediskusjon .....	17
5.2	Resultatdiskusjon .....	18
5.2.1	Kulturell kompetanse .....	18
5.2.2	Bruk av tolk .....	20
5.2.3	Betydning av tid .....	24
5.2.4	Kommunikasjonsutfordringer- og strategier.....	26
6	Konklusjon.....	29
	Referanser .....	30
	Vedlegg 1 – Søkehistorikk	
	Vedlegg 2 – Nøkkelfunn	
	Vedlegg 3 – Hovedkategorier	
	Vedlegg 4 – Litteraturmatriser (8 stk)	



# 1 Innledning

I dette kapitlet blir det presentert bakgrunn for valg av tema, studiens hensikt og problemstilling. Viktige begreper og avgrensninger vil bli avklart, samt det gis en kort forklaring av oppgavens oppbygging.

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

I 2020 utgjorde innvandrere 14,7% av Norges befolkning (Statistisk sentralbyrå, 2020). Etnisk og kulturelt mangfold i dagens samfunn har blitt vanligere (Ingstad, 2014, s. 112) og den økende minoritets pasientgruppen i helsevesenet kan dermed utfordre helsepersonell. Sykepleiere skal yte likeverdig behandling og omsorg til alle individer uavhengig av kulturell bakgrunn og etnisitet (Ingstad, 2014, s. 116).

Utfordring ved kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell som ikke deler samme språk er godt dokumentert i studien til Richardson, Thomas, & Richardson (2006). Språkbarriere kan medføre til mindre tilfredshet, økt frustrasjon og utrygghet hos pasient/pårørende med minoritetsbakgrunn. Samtidig kan redusert tilgang til helsetjenester, feildiagnostisering og feilbehandling være en risiko av dette (Helsedirektoratet, 2011). Dermed er kommunikasjonen en viktig forutsetning for å kunne utøve god sykepleie og behandling.

Gjennom praksisperiodene i sykepleierutdanningen har vi møtt pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn som verken kunne norsk eller engelsk, og har erfart utfordringer rundt kommunikasjon ved språkbarriere. Når kommunikasjonen ikke var tilstrekkelig har vi opplevd at det kan medføre til misforståelser, og kan videre føre til at sykepleien ikke blir utøvet etter gjeldende lover og regler. Dette temaet har vekket stor interesse hos oss, og vi ønsker gjennom denne oppgaven å finne ut hva som kan gjøres for å overkomme språkbarrieren.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse sykepleiers erfaringer i møte med etnisk minoritetspasienter og hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme kommunikasjon hos dem.

## **1.3 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme kommunikasjon hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i helsetjenesten?*

## **1.4 Begrepsforklaring**

### **1.4.1 Kommunikasjon**

Kommunikasjon blir definert som utveksling av mening eller betydningsinnhold mellom individer og grupper ved hjelp av et felles system av symboler (Hanssen, 2007, s. 43).

### **1.4.2 Etnisk minoritet**

En folkegruppe som utgjør et mindretall i et storsamfunn blir definert som etniske minoriteter. Urfolket i nord (blant annet samer) og urbane minoriteter (innvandrere, flyktninger og deres barn) er de to typene av etnisk minoriteter som blir snakket om i Norge (Eriksen & Sajjad, 2015, s. 77).

## **1.5 Avgrensninger og presiseringer**

I denne oppgaven ønsker vi å fokusere på å fremme kommunikasjon hos etnisk minoritetspasienter over 18 år. Vi har valgt å inkludere hele helsetjenesten da språkbarriere mellom sykepleier og etnisk minoritetspasienter er et felles problem, og angår derfor alle i helsesektoren. Selve oppgaven handler om pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, som også blir referert som fremmedspråklige-, tverrkulturelle- og minoritetspasienter.

## **1.6 Oppgavens videre oppbygging**

Videre i oppgaven skal vi belyse nødvendige temaer i teoridelen. Deretter presenteres metodebeskrivelsen og analysedelen. Etter hvert vil vi også ta for oss de viktigste funnene i resultatdelen og videre drøfte disse i diskusjonsdelen. Til slutt kommer det en konklusjon av oppgaven.

## 2 Teoribakgrunn

Her presenteres teori om etniske minoritetspasienter, kommunikasjon, Travelbees sykepleieteori om menneske-til-menneskeforhold og sykepleierens flerkulturelle kompetanse. Til slutt beskrives forskjellige lover og regler som sykepleiere må forholde seg til.

### 2.1 Etniske minoritetspasienter

Måten etniske minoritetspasienter har flyttet fra et land til et annet kan foregå frivillig eller under tvang, for eksempel flyktninger som har vært tvunget til å emigrere av ulike grunner. Oppbruddet fra hjemlandet kan føre til at innvandrere blir skilt fra alt som er kjent og kjær, som hjemlandets kultur, familie og venner, kjente ansikter, sosial status og innarbeidede roller. For mange kan det oppleves som en stressende situasjon i livet og kan videre føre til sterke sorgreaksjoner (Hanssen, 2007, s. 19). Når en person flytter til et annet land, vil nærkontakt med nye ideer og atferdsnormer føre til endringer i immigrantenes væremåte og tanker. Noen vil klare å integrere seg i det nye landet, mens andre vil i stor grad holde på sin opprinnelige kultur og levemåte (Hanssen, 2007, s. 18).

Etniske minoritetspasienter tar med seg sin kultur og oppfatning av helse, sykdom, medisinsk behandling og sykepleie. Helsepersonell kan oppfatte pasientens syn på helsehjelpen som uhensiktsmessig på grunn av kulturforskjeller. På den andre siden kan pasienten oppleve helsehjelpen som underlig eller farlig. Å skape en faglig og etisk ramme rundt behandlingen som er akseptabel for både pasient og personale, er derfor en utfordring hos helsepersonell. Kunnskap og bevissthet om hvordan kultur og etnisitet påvirker menneskers helse og sykdom er noe sykepleiere bør ha ved yting av helsehjelp (Stubberud & Eikeland, 2017, s. 217).

## 2.2 Kommunikasjon

Eide & Eide (2017) definerer begrepet kommunikasjon som «utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer» (s.17). Kommunikasjon ved hjelp av ord er verbal kommunikasjon. Overføring av budskap uten bruk av ord, som ansiktsuttrykk, gester og kroppsbevegelse, betegnes derimot som nonverbal kommunikasjon. Dette varierer fra kultur til kultur. For å oppnå tilstrekkelig kommunikasjon vil det være nødvendig å kombinere både verbalt og nonverbalt språk (Travelbee, 2007, s. 138; Eide & Eide, 2017, s. 139).

Vår kulturelle bakgrunn har stor betydning for vår persepsjon og tolkning av verden, også i samhandlingssituasjoner. Kommunikasjon skal alltid ses i sammenheng med den sosiale, historiske og kulturelle kontekst. Jo større forskjell det er mellom kommuniserende partenes kultur, ideologi og bakgrunnskunnskaper, desto vanskeligere blir kommunikasjonen. Et eksempel på dette kan være når etniske minoritetspasienter møter det skandinaviske helsevesenet. På grunn av språk og kulturforskjeller kan dette møtet bli traumatisk og skape forvirring, der budskapet og situasjonen kan oppfattes forskjellig mellom sender og mottaker. Pasientens mulighet til å formidle egne tanker og følelser til mennesker rundt seg, vil dermed bli begrenset på grunn av kommunikasjonsproblemer. Det kan også oppstå misforståelser og usikkerhet både fra pasientens og helsearbeidernes side, som videre fører til at pasienten blir sosialt isolert (Hanssen, 2007, ss. 43-45). Svikt i kommunikasjonen forårsaker ofte uønskede hendelser, og det å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å øke kvaliteten og styrke pasientsikkerheten (Eide & Eide, 2017, s. 39).

Gjennom forskning har det kommet frem at bruk av profesjonell tolk blir brukt langt sjeldnere enn det behovet skulle tilsi (Hanssen, 2007, s. 61). Bruk av profesjonell tolk kan gi bedre pasientsikkerhet, økt effektivisering og økt pasienttilfredshet. Det negative kan være at helsetjenester ikke bruker tolketjeneste eller bruker lavt kvalifiserte tolker (Stubberud, 2018, s. 64). En profesjonell tolk arbeider med talespråket, og skal operere som et talerør for den det gjelder. De har taushetsplikt og skal forholde seg nøytral og være dyktig til å skille mellom sak og person (Dahl, 2013, s. 170-171; Hanssen, 2007, s. 64).

## 2.3 Flerkulturell kompetanse

Kultur er de ideer, verdier, regler, normer, koder og symboler som et menneske overtar fra den forbigående generasjon, som man forsøker å videreformidle til den neste generasjonen, ofte med noen endringer (Klausen, referert i Dahl, 2013, s. 35). Helsepersonell skal yte likeverdig behandling og omsorg til alle individer uavhengig av eventuelle forskjeller, og det kan oppnås ved å akseptere at pasienter er forskjellige (Ingstad, 2014, s. 116). Et viktig redskap for å møte etniske minoritetspasienter på en verdifull måte, er å ha kunnskap om de ulike kulturene. Ved å ha kunnskap om pasientens kultur og religion og hvilke konsekvenser det kan ha for deres behandling og pleie, kan gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt (Hanssen, 2007, s. 17). Kulturelt kompetent helsearbeid handler om at helsearbeidere respekterer og tar hensyn til menneskers ulike erfaringer og reaksjoner fra deres kultur, religion, etnisitet og bakgrunn (Hanssen, 2007, s. 25). For å kunne gi kulturelt betinget omsorg vil det i tillegg være viktig å akseptere ulikheter og finne likheter, ha vilje til å lære av andre, og være åpen og fleksibel (Stubberud & Eikeland, 2017, s. 235-236).

Kulturell kompetanse kan tilegnes gjennom fire steg. *Kulturell bevissthet* innebærer at man blir bevisst på sin egen kultur, hvor en utforsker sitt eget norm- og verdigrunnlag som gjør at man blir bevisst på egne holdninger og fordommer/stereotypier. *Kulturell kunnskap* omhandler å ha kunnskap om andre kulturer. *Kultursensitivitet* innebærer at man er villig til å erkjenne, akseptere og respektere kulturelle forskjeller, og har evne til å behandle pasienter som unike individer med forskjellige behov. *Kulturell kompetanse* blir et resultat når man har oppnådd alle de tre tidligere stegene og bruker de i sin sykepleieutøvelse (Ingstad, 2014, s. 117-118). Flerkulturell kompetanse vil si kunnskaper, ferdigheter og holdninger en bør ha for å samhandle og utføre helsehjelp til mennesker som har et annet språk og kultur. Sykepleieren skal ut ifra denne kompetansen kunne gi forsvarlig helsehjelp på tvers av kulturer, og utvikle ferdigheter i å møte pasientenes generelle og spesielle behov (Stubberud & Eikeland, 2017, s. 217-218).

## **2.4 Joyce Travelbees sykepleieteori om menneske-til-menneske-forhold**

I en sykepleiesituasjon er menneske-til-menneske-forhold et viktig virkemiddel for å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. Dette gjøres ved å hjelpe et individ med å bygge eller mestre sykdom og lidelse, samt finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2007, s. 171). Sykepleieren kan etablere et menneske-til-menneske-forhold gjennom all interaksjon en gir til den syke ved å bli kjent med den som menneske, og til å bestemme og ivareta hans behov (Travelbee, 2007, s. 135). Ved det første møtet blir det viktigste å observere, bygge opp antakelser og danne seg en mening om vedkommende da dette skaper interaksjonsmønsteret som utvikles videre (Travelbee, 2007, s. 186). Omsorgen vil bli upersonlig, overflattisk og mekanisk dersom sykepleieren mangler evnen til å "se" mennesket i pasienten. Sykepleier blir kjent med pasienten som person via kommunikasjon. For å ikke overføre sine egne behov på pasienten bør de være i stand til å skille mellom sine egne og pasientens behov (Travelbee, referert i Kristoffersen, 2017, s. 33-35).

## **2.5 Lover og retningslinjer for sykepleiere**

Ifølge Yrkesetiske retningslinjer (2007) skal sykepleiere jobbe kunnskapsbasert ved å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde. Helsepersonelloven (1999, § 4 og § 39) påpeker at helsepersonell er pliktig til å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, samt har plikt til å dokumentere. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) hevder at pasienten eller brukeren har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til å bli informert om ulike risiko og bivirkninger, samt få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Informasjon skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, erfaring og kultur- og språkbakgrunn og den skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonell skal forsikre at mottakeren har forstått innholdet og informasjons betydning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

## 3 Metodebeskrivelse

Dette kapitlet omhandler en beskrivelse av datasamling med søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering og etiske aspekter. Til slutt har vi analysert alle åtte artikler ut ifra Evans (2002) fire steg.

### 3.1 Datainnsamling

Oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie som innebærer at man har søkt systematisk, kritisk vurdert og deretter sette sammen litteratur innen et valgt problemområde (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30).

### 3.2 Søkestrategier

For å gjøre et systematisk litteratursøk har vi anvendt databasene "Cinahl", "PubMed" og "PubMed (nytt grensesnitt)" da disse inneholder sykepleiefaglig forskning. Boolske operatører som "AND" og "OR" ble brukt for å kombinere søkeordene fra problemstillingen. Operatøren "AND" begrenser søket og gir et "smalere" resultat. Operatøren "OR" utvider søkeresultatet og gir et "bredere" resultat (Forsberg & Wengström, 2015, s. 69). Søkeord som ble brukt fra problemstillingen var: "Communication, nursing/nurses, health service, ethnic minority patients". Resultatet ga noe treff, men for å få opp flere artikler valgte vi å utvide søket ved å legge til synonymer som "multilingual healthcare", og "intercultural communication". Utvidet søk ga flere treff som var relevant opp imot problemstillingen, men antall artikler var fortsatt ikke tilstrekkelig. Dette førte til at vi måtte bruke andre søkeord som "cultural diversity", "communication challenges", "cultural competence" og "communication skills" for å få et optimalt resultat. Søkehistorikk er lagt ved som vedlegg 1.



### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Barn/ungdommer under 19 år
Fulltekst/abstrakt	Pasient- og pårørendeperspektiv
Sykepleieperspektiv	
Artikler fra 2009-2020	
"Adult" fra aldersgruppe 19 år	
Artikler på nordiske- og engelske språk (fant kun i engelsk)	
Artikler fra Europa og USA	
Artikler som handler om pasienter med minoritetsbakgrunn	
Hele helsesektoren	
Fagfellevurderinger (etisk vurdert)	

Bilde 1: Tabellen viser inklusjons- og eksklusjonskriterier

### 3.4 Kvalitetsvurdering

For å kvalitetssikre artiklene ble sjekklister for vurdering av både kvalitativ og kvantitativ forskning fra Helsebiblioteket (2016) benyttet. Sjekklistene for kvalitativstudie var basert på ti spørsmål som omhandlet artiklenes formål, metode, design, utvalg, analyse, datainnsamling, bakgrunnsforhold og etisk vurdering. Kvantitativ studie var basert på 12 spørsmål som omhandlet problemstillingens formulering, metode, resultat, målemetode, datainnsamling, dataanalyse og relevans for praksis. Sjekklister ble brukt for å lette arbeidet med kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). Kvantitativ forskning går ut på tallmateriale, basert på for eksempel, journalgransking, spørreskjema, intervjuer og observasjoner. Målet er å fremme allmenngyldig og generaliserbar kunnskap. Kvalitativ forskning beskriver, forklarer og fortolker menneskers erfaring og opplevelser, og er basert på tekst som for eksempel fra transkripsjon av intervjuer (Forsberg & Wengström, 2015, ss. 42-44). For å kvalitetssikre tidsskriftene artiklene var valgt i fra, ble det brukt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (u.å.). Av de 8 forskningsartiklene har 5 av tidsskriftene nivå 1, mens 3 har nivå 2.

### **3.5 Etiske aspekter**

Ifølge Dalland (2017, s. 236) handler forskningsetikken om å ivareta personvernet og sikre at deltakere i forskningen ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Målet er å skaffe ny kunnskap og innsikt uten at det skal gå ut over enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236). Vitenskapsrådet har gitt ut retningslinjer for god medisinsk forskning og fremhever at fusk og uærlighet ikke skal eksistere innen forskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59).

All forskning innen helsefagene må gjøres etisk forsvarlig og reguleres på et overordnet nivå gjennom *Helsinkideklarasjonen*. Det inneholder veiledende regler for helsepersonell som arbeider med studier som omfatter mennesker. Deklarasjonens formål er å beskytte pasienter mot farer som følge av forskning og det informerte samtykke står sentralt (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 43). I Helsinkideklarasjonen står det at særlig sårbare grupper som pasienter, barn, eldre og fanger er tatt hensyn til (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

De fleste artiklene var godkjent av etisk komite, men artiklene uten godkjenning har tatt etiske hensyn til om deltakerne har fått informasjon om studiens formål og hensikt, gitt skriftlig samtykke, om anonymiteten var sikret, har fått muligheten til å trekke seg når som helst fra studien og om taushetsplikten var ivaretatt. Basert på dette har vi vurdert at alle forskningsartikler har tatt etiske hensyn og vurderinger.

### **3.6 Analyse**

Det å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler og skille dem hver for seg, kalles en vitenskapelig analyse. Deretter starter syntesen som vil si å sette deler sammen til en helhet, som videre fører til at en deler opp det man allerede har undersøkt og setter det sammen på en ny måte. Dette gjøres for å skape en ny kunnskap (Forsberg & Wengström, 2015, s. 152). For å analysere denne oppgaven har vi brukt Evans (2002) fire steg.

**Steg 1** handler om å samle inn datamaterialet på en systematisk måte (Evans, 2002, s. 25). Det første vi gjorde var å finne åtte artikler ved å utføre systematisk litteratursøk. Vi nummererte artiklene fra 1-8 for å få oversikt. Deretter leste vi gjennom artiklene.

**Steg 2** går ut på å identifisere nøkkelfunnene i hver enkelt studie (Evans, 2002, s. 25). Vi delte artiklene inn i to bunker og leste hver vår del flere ganger samtidig som vi noterte ned hva slags tema som ble tatt opp. Deretter snakket vi sammen og ble enige om nøkkelfunnene i artiklene. Videre fikk de ulike temaene sin egen fargekode for å kategorisere de ulike funnene i artiklene. Disse fargekodene ble benyttet når vi satt hver for oss. Når vi snakket sammen om hva vi hadde kommet frem til, viste det seg at det meste var likt markert hos begge. Vi samlet nøkkelfunnene fra hver enkelt studie i et eget dokument. Nøkkelfunnene i artiklene er lagt til som vedlegg 2.

**Steg 3** innebærer å vurdere studiene opp imot hverandre, sammenligne, finne fellestrekk og deretter finne felles tema (Evans, 2016, s. 25). Vi fant frem nøkkelfunnene som ble nevnt flere ganger i artiklene og delte det opp i egne kategorier: "Omsorg", "kommunikasjonsstrategier", "risiko og pasientsikkerhet", "tolk", "språkbarriere", "smerte", "kulturell kompetanse", "tid", "utfordringer ved kommunikasjon" og "faktorer som påvirker kommunikasjon". Videre ble det utført grundig arbeid for å finne fellestrekk blant disse kategoriene, og ut ifra dette kom vi frem til fire hovedkategorier (se vedlegg 3): kulturell kompetanse, bruk av tolk, betydning av tid og kommunikasjonsutfordringer- og strategier. For å ha oversikt over hovedkategoriene og identifisere underkategorier, valgte vi å bruke samme fargekode som ble brukt for markering av nøkkelfunnene i artiklene (steg 2).

I **Steg 4** presenteres og redegjøres de ulike hovedkategoriene som vi har funnet gjennom analysen (Evans, 2002, s. 25). Dette kommer inn under resultatdelen punkt 4.

## 4 Resultat

Dette kapittelet belyser sentrale funn fra artiklene. Det forklarer hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme kommunikasjon hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

### 4.1 Kulturell kompetanse

Viktigheten av å ha kulturell kompetanse i møte med minoritetspasienter blir nevnt i seks artikler (Hemberg & Vilander, 2017; Hart & Mareno, 2013; Alpers & Hanssen, 2014; Nielsen & Birkelund, 2009; Jirwe, Emami, & Gerrish, 2010; Debesay, Harsløf, Rechel, & Vike, 2014).

I artiklene snakket sykepleiere om begrensede ressurser som økonomi og mangel på kurs og trening til å kunne utføre kulturell tilpasset omsorg. De uttrykte også behov for økt kunnskap og kompetanse innen dette fagområdet (Hart & Mareno, 2013; Debesay et al., 2014; Alpers & Hanssen, 2014). Det ble påpekt at det var store variasjoner mellom en og samme kultur. Manglende kulturell kunnskap førte til at de ble engstelige og unngikk samhandling med etniske minoritetspasienter. For å utøve kulturell kompetent omsorg var ikke arbeidserfaring alene tilstrekkelig (Alpers & Hanssen, 2014; Hart & Mareno, 2013; Jirwe et al., 2010).

Fordommer var noe som varierte fra sykepleier til sykepleier. De mente at det var lettere å bryte den språklige og kulturelle barrieren når de hadde et helhetlig menneskesyn, viste åpenhet og respekt for ulike kulturer. Sykepleiere understrekte også at det var viktig å være bevisst på sine egne fordommer og ha fordomsfri tankegang ved utøving av kulturell kompetent omsorg (Hart & Mareno, 2013; Hemberg & Vilander, 2017). Sykepleierstudenter påpekte at man må være forståelsesfull overfor forskjellige kulturelle normer og tradisjoner. Dette ga dem økt selvsikkerhet til å håndtere ukjente situasjoner (Jirwe et al., 2010). En sykepleier i studien til Hemberg & Vilander (2017) mente at:

“One should familiarize oneself with the patient’s culture. I do not mean that one has to accept everything in that culture, but one should show interest in the patient's culture, at least find out from what kind of culture the patient is” (s. 825).

Smertevurdering hos etniske minoritetspasienter var en utfordring (Rosse, Bruijne, Suurmond, Essink-Bot, & Wagner, 2015; Alpers & Hanssen, 2014; Nielsen & Birkelund, 2009). Sykepleiere opplevde at måten disse pasientene uttrykte smerter på virket sterkere og var forskjellig fra majoritetspasientene (Nielsen & Birkelund, 2009; Alpers & Hanssen, 2014). VAS ble brukt for smertevurdering (Rosse et al., 2015).

## **4.2 Bruk av tolk**

Bruk av tolk var et av temaene i studiene (Hemberg & Vilander, 2017; Rosse et al., 2015; Hart & Mareno, 2013; Hadziabdic, Lundin & Hjelm, 2015; Nielsen & Birkelund, 2009; Jirwe et al., 2010). Det var manglende informasjon om prosedyrer i retningslinjene, som hvor og hvordan man gjennomfører bruk av tolk, og hvilken type tolk som skulle brukes i de ulike situasjonene (Hadziabdic et al., 2015). Noen sykepleiere i studien til Rosse et al. (2015) mente at brobygging ved språkbarriere var pasientens ansvar. I studien kom det også frem at 3 av 4 sykehus hadde klare retningslinjer for bruk av tolk og at det var sykehuset som skulle dekke disse tjenestene. I selve pasientjournalen var ikke bruken av profesjonell tolk tydelig spesifisert (Rosse et al., 2015). For å lette bruken av tolk hadde informantene ulike forslag: å finne lettere og raskere tilgang til tolketjenester og retningslinjer, samt ha en ansvarlig person som kan ta seg av undervisning/opplæring av prosedyre til helsepersonell (Hadziabdic et al., 2015).

Sykepleiere mente at relasjonsbygging med pasienter kunne være vanskelig gjennom en profesjonell tolk og føre til kommunikasjonsforstyrrelse (Hadziabdic et al., 2015; Hart & Mareno, 2013). Tolkens kjønn, etnisk- og religiøs opprinnelse og dialekt var faktorer de mente kunne påvirke det personlige forholdet mellom eldre minoritetspasienter og den profesjonelle tolken. De eldre kan enten føle seg ukomfortabel med en tolk som er ukjent, i tillegg til å ikke dele samme opprinnelse og dialekt. I andre tilfeller har sykepleier følt seg utelatt da pasienten har prøvd å få mer kontakt med den profesjonelle tolken (Hadziabdic et al., 2015). Flerspråklige sykepleiere syntes derimot at det var lettere å bygge relasjon med pasient og pårørende siden de delte samme språk (Hart & Mareno, 2013).

Mangel på ressurser som tekniske begrensninger, økonomi og tid gjorde at bruken av tolk i den daglige pleien ble mindre gjennomførbar (Rosse et al., 2015; Nielsen & Birkelund, 2009; Jirwe et al., 2010; Hadziabdic et al., 2015). Samarbeidet med profesjonell tolk var en utfordring, da tolk ofte var krevd på kort varsel, måtte planlegges i god tid, samt var en tidskrevende prosess. Det ble som oftest brukt profesjonell tolk kun ved viktige og planlagte møter som legetimer og behandlingsmøter (Hadziabdic et al., 2015; Nielsen & Birkelund, 2009).

Familiemedlem og flerspråklig helsepersonell ble ofte brukt som tolk i akutte og hverdagslige situasjoner, da de var lett tilgjengelig og det billigste alternativet (Rosse et al., 2015; Hart & Mareno, 2013; Hadziabdic et al., 2015; Nielsen & Birkelund, 2009; Jirwe et al., 2010). Bruk av barn var ikke det beste alternativet, men ble likevel benyttet (Nielsen & Birkelund, 2009). Ved bruk av familiemedlem som tolk måtte det tas hensyn til om pasienten hadde sensitive opplysninger som de ikke ville dele med pårørende, eller om familiemedlemmene kunne være selektive med informasjon overfor pasienten. Flerspråklig helsepersonell uttrykte at tolking ikke var en del av deres arbeidsoppgave og følte seg utnyttet av arbeidsgiver (Hadziabdic et al., 2015).

### **4.3 Betydning av tid**

Tid var en viktig faktor for å fremme kommunikasjon i møte med etniske minoritetspasienter i helsetjenesten (Nielsen & Birkelund, 2009; Jirwe et al., 2010; Hart & Mareno, 2013; Hadziabdic et al., 2015). Sykepleiere ga uttrykk for manglende ressurser som for eksempel tolketjeneste etter kontortid. De var også bekymret og frustrert over tiden det tok til å lære og utføre kulturell kompetent omsorg. Når et felles språk ikke var til stede, følte sykepleierne at de måtte bruke ekstra tid på bruk av kroppsspråk og ordne tolk. Dette for å forsikre at pasienten forstod det som ble sagt. Som følge av dette uttrykte sykepleierne å ikke ha nok tid til andre pasienter (Nielsen & Birkelund, 2009; Hart & Mareno, 2013; Hadziabdic et al., 2015).

En sykepleier uttrykte at det tok like lang tid til å lære seg om de ulike kulturene man vil møte i hverdagen, som det tok å lære seg om hvordan man for eksempel bruker tolk (Hart & Mareno, 2013). Ved språkbarriere

understrekte sykepleiere at det var viktig å være tålmodig, å etablere effektiv kommunikasjon og sette av tilstrekkelig med tid (Jirwe et al., 2010): "If you take time and try to analyze the patient, try to see the whole picture, then you can communicate. You need to be patient" (s. 440).

#### **4.4 Kommunikasjonsutfordringer- og strategier**

Helsepersonell opplevde kommunikasjonsutfordringer med etniske minoritetspasienter når de ikke delte et felles språk (Nielsen & Birkelund, 2009; Jirwe et al., 2010; Rosse et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Hemberg & Vilander, 2017; Hart & Mareno, 2013). Informasjon var en viktig faktor for kommunikasjon i en omsorgsrelasjon med pasienter (Hemberg & Vilander, 2017). Dette gjaldt spesielt ved forklaring av ulike prosedyrer og avklaring om pasienten hadde forstått det som ble sagt. På grunn av språkbarrieren uttrykte sykepleiere at informasjonen som ble gitt til pasientene var mer generell og mindre detaljert, og førte til at noe informasjon ble utelatt. Videre ble den sosiale relasjonen mellom sykepleier og pasient ofte mangelfull, og omsorgen ble mekanisk og upersonlig (Jirwe et al., 2010).

For å oppdage språkbarrieren tidlig fortalte en sykepleier at hennes første prioritet i møte med etniske minoritetspasienter, var å vurdere om de forsto språket (Nielsen & Birkelund, 2009). På ett av fire sykehus kom det frem at språkferdigheter og pasientens foretrukne språk var et av hovedpunktene i inkomstskjemaet. De tre andre sykehusene hadde noen ganger spesifikt notert ned pasientens språkferdigheter i journalen, men det hadde ikke blitt ført opp på en standardisert plass. I de tilfellene språkpreferansen ikke var oppført, antok sykepleierne hvilket språk pasienten foretrakk. Det kom også frem at sykepleierne overvurderte pasientens språkferdigheter (Rosse et al., 2015).

Effektiv kommunikasjon var grunnleggende for å ha et tilfredsstillende møte med tverrkulturelle pasienter. Faktorer som tid, kulturell kompetanse, sykepleiernes holdning og hvilket syn man har på de ulike kulturene påvirket kommunikasjonen. Deltakerne fremhevet viktigheten av å bruke kroppsspråket når et felles språk ikke var til stede (Jirwe et al., 2010): "You use body language instead and a smile ... we have learnt that

70% of communication is body language so why not use it; it is a great tool for communication” (s. 440). For å lette kommunikasjonsutfordringer brukte sykepleierne forskjellige strategier som tegning og bilder, kroppsspråk, gestikulering, tolk og digitale verktøy (Hemberg & Vilander, 2017; Rosse, et al., 2015; Hadziabdic et al., 2015; Jirwe et al., 2010). I tillegg forsøkte sykepleierne i studien til Jirwe et al. (2010) å lære seg noen få ord på pasientens morsmål. Mangel på digitale hjelpemidler for å kunne oversette språket var også nevnt i studien (Hart & Mareno, 2013).



## 5 Diskusjonsdelen

Dette kapitlet inneholder en kort beskrivelse av metodediskusjon. Deretter blir de sentrale funnene fra artiklene drøftet, etterfulgt av konklusjon som et eget kapittel.

### 5.1 Metodediskusjon

For å utføre et systematisk litteratursøk og finne svar på problemstillingen, ble boken til Forsberg & Wengström (2016) og forskningsartikkelen til Evans (2002) benyttet. Alle inkluderte studier er basert på kvalitative forskningsstudier og mixed methods forskning. Både før og under gjennomføringen av litteratursøket, var fokuset på oppgaven *“Hva kan sykepleiere gjøre for å fremme kommunikasjon hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i helsetjenesten?”*. Etter at alle åtte artiklene ble funnet, så vi at felles temaene for disse studiene var *“sykepleiernes erfaring”*. Problemstillingen ble dermed omformulert.

For å forhindre at arbeidet ble delt opp, har vi samarbeidet godt gjennom hele prosessen og tatt avgjørelser i lag. Vi kom også tidlig i gang med både planlegging og selve oppgaveskrivingen. En svakhet i denne oppgaven kan være at vi kun har benyttet tre databaser. Dette kan ha begrenset antall treff på artikler med mer relevant innhold. I tillegg er forskningsartiklene fra år 2009-2017. Etter vår mening gir dette lite betydning for vår oppgave, da kommunikasjonsmetodene og tilgjengelige hjelpemidler i artiklene også kan brukes den dagen i dag. Samtidig kan det ha kommet nyere forskning med flere teknologiske hjelpemidler for å fremme kommunikasjonen. Til tross for dette føler vi at artiklene vi har brukt, svarer godt på problemstillingen vår.

Alle artiklene er skrevet på engelsk noe som var utfordrende siden innholdet måtte oppfattes og brukes videre i denne bacheloroppgaven. For å overkomme denne barrieren ble både egne språkkunnskaper, google oversetter og synonymer på engelsk og norsk benyttet. Vi leste forskningsartiklene individuelt og deretter sammen for å sikre at innholdet ble riktig oversatt. Dette føler vi har bidratt til kvalitetssikring av det oversatte innholdet og dens betydning. Søkeresultatene ga også treff på

forskning med 3.års sykepleierstudenter, og vi valgte å bruke artikkelen av Jirwe et al. (2010), da den var relevant for vår oppgave. En annen positiv side kan være at funnene fra både skandinavisk og utenlandsk forskning kan overføres til det norske helsevesenet.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Her drøftes resultatene fra forskningsartiklene opp mot relevante teorier. Dette kan svare på hvordan sykepleiere kan fremme kommunikasjon hos etniske minoritetspasienter.

### **5.2.1 Kulturell kompetanse**

I vår studie fremkommer det at sykepleiere har behov for å øke sin flerkulturelle kompetanse, spesielt med tanke på variasjoner mellom en og samme kultur. Helse- og omsorgsdepartementet (2010) støtter også denne påstanden om behov for økt flerkulturell kompetanse (referert i Stubberud & Eikeland, 2017, s.217). Ved mangel på dette opplevde sykepleiere engstelighet og unngikk samhandling med etniske minoritetspasienter (Jirwe et al., 2010). Sykepleiere i studien til Alpers & Hanssen (2014) opplevde at arbeidserfaring alene hadde lite betydning ved pleie av disse pasientene, og dette er noe vi også har erfart gjennom vår praksis. Dette ved at helsepersonell med flere års arbeidserfaring har verget seg for å pleie pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. For å unngå slike situasjoner kan kunnskap om ulike kulturer, religioner og hvilke konsekvenser det kan ha for pasientens behandling og pleie, være et viktig redskap ved fremming av kommunikasjon (Hanssen, 2015, s. 17). Med dette er ikke det ment at alt ved pasientens kultur skal aksepteres, men sykepleiere bør heller viser interesse ovenfor pasientens kultur. Dette ved å sette den enkelte individets ønsker og behov i fokus for å se pasientens helhet. Videre kan det gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt av sykepleieren (Hanssen, 2015, s. 17).

En stor barriere ved utøvelsen av kulturell tilpasset omsorg var, blant annet, mangel på kurs og trening (Hart & Mareno, 2013; Alpers & Hanssen, 2014). En konsekvens av dette kan være at det skaper usikkerhet hos sykepleiere som videre kan føre til at pasientens verdier og behov ikke blir ivaretatt. Etter vår erfaring fra praksis støtter vi denne

påstanden, og mener at det er mer behov for å tilrettelegge ulike muligheter som kan øke kulturell kunnskap hos sykepleiere. Ifølge Helsepersonelloven (1999, § 4) er helsepersonell pliktig til å yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. I tillegg skal sykepleiere jobbe kunnskapsbasert ved å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagfelt (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2007). En forutsetning for at dette skal være mulig er at sykepleiere har tilgjengelige ressurser for å kunne yte kulturelt kompetent omsorg.

For å øke sykepleiernes kulturelle kompetanse har ledere et ansvar for å organisere, koordinere og innføre ny fagkunnskap samt tilrettelegge intern kurs og undervisning (Stubberud, 2018, s. 26; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Orvik, 2015, s. 329). Avdelingen kan også arrangere fagdager som omhandler temaet flerkulturell forståelse. Bli ikke dette gjort av ledelsen, bør sykepleiere ta initiativ og be om nødvendig kurs for å øke sin egen kompetanse, og eventuelt komme med forslag til relevante kurs. I vår praksis har det blitt tatt i bruk en superbruker, altså en person med hovedansvar innen et fagområde. Dette syntes vi fungerte bra da de er spesialisert innen sitt fagområde og kan videreformidle både kunnskap og informasjon til personale gjennom kurs, undervisning og fagdag. Etter vår mening bør også avdelingen ha bøker og faglitteratur som omhandler temaet kulturell kompetanse tilgjengelig for helsepersonellet. I tillegg tilbyr NTNU videreutdanning innen flerkulturell forståelse slik at sykepleiere kan utvikle sin kunnskap. Kulturell kompetanse kan være med på å øke sykepleiernes selvtillit til å håndtere fremmede situasjoner (Jirwe et al., 2010). Videre kan det bidra til å fremme kommunikasjon hos etniske minoritetspasienter i helsetjenesten.

Funnene i oppgaven viser at fordommer varierer fra person til person, der noen sykepleiere mente at pasienten burde tilpasse seg til den nye kulturen, mens andre mente at sykepleiere burde respektere og utøve kulturelt tilpasset omsorg (Hart & Mareno, 2013). Forhåndsdomming kan begrense yting av likeverdig behandling, kommunikasjon med pasienter og relasjonsbygging (Stubberud & Eikeland, 2017, s. 224). Basert på dette tenker vi at sykepleiere bør ha fordomsfri tankegang og jobbe kultursensitivt, slik at de får mulighet til å sette pris på at mennesker oppfører seg forskjellig og har ulikt syn på verden. Helhetlig menneskesyn vil dermed etter vår mening stå sentralt ved yting av kulturell kompetent

omsorg for å fremme god kommunikasjon. Dette i samsvar med Travelbee (2007, s.235) som skriver om viktigheten av å skape et menneske-til-menneske-forhold, i tillegg til å bli kjent med pasienten som person. Sykepleiere bør også ha evne til å forstå og verdsette kulturelle forskjeller og bruke sin kompetanse til å gi forsvarlig helsehjelp på tvers av kulturer (Stubberud & Eikeland, 2017, s.217). Ved å ha et helhetlig menneskesyn kan sykepleiere lettere klare å bryte den språklige og kulturelle barrieren. Erfaringsmessig har vi opplevd at det har vært enklere å forstå og pleie pasienten etter deres behov når helsepersonell er tilgjengelig for pasienten og lar dem uttrykke sine meninger.

Et funn i studien til Alpers & Hanssen (2014) viser at 70% av sykepleierne opplevde smertevurdering hos etniske minoritetspasienter som utfordrende. Dette støttes av Hanssen (2015, s. 83) og Stubberud & Eikeland (2017, s. 230) som skriver at smertevurdering er utfordrende når man skal behandle pasientens sykdom i tillegg til at pasienten viser diffus og dårlig smertelokalisasjon. Vår erfaring fra praksis er at noen etniske minoritetspasienter kan være høylytte ved smerte, mens andre skjuler smerten sin. Årsaken kan være kulturforskjeller. I noen kulturer har man en rolig væremåte ved smerter og ubehag, der man har lært seg å ikke verbalisere sin smerteopplevelse. I andre kulturer viser pasienter smerte gjennom ekspressivt kroppsspråk og høye klagerop (Hanssen, 2015, s. 83). Klarer ikke sykepleieren å vurdere pasientens smerte, kan det gi en konsekvens for videre behandling, medisinhandling og pasientsikkerhet. For å unngå dette brukte helsepersonell visuell analog skala (VAS) som et hjelpemiddel for smertevurdering (Rosse et al., 2016). Gjennom vår praksis støtter vi bruk av dette i tillegg til bruk av NRS (numeric ratingscale). Det å lese pasientens kroppsspråk og signaler kan også øke muligheten for å oppnå en optimal vurdering av pasientens smerteopplevelse (Stubberud og Eikeland, 2017, s. 231). Andre måter å vurdere pasientens smerte på kan være ved å bruke digitale verktøy med animasjoner/videoer eller instruksjoner som blir uttalt på pasientens morsmål (Rosse, et al., 2016, s.52). Dette kan for eksempel brukes for å få en dypere forståelse av pasientens smerteopplevelse.

### **5.2.2 Bruk av tolk**

Tolk var et av de viktigste virkemidlet når sykepleier og pasient ikke delte et felles språk. Dette på bakgrunn av at pasient og eventuelt pårørende skal få tilstrekkelig med informasjon om behandling og videre plan

(Hemberg & Vilander, 2017; Rosse et al., 2015; Hart & Mareno, 2013; Hadziabdic et al., 2015; Nielsen & Birkelund, 2009 & Jirwe et al., 2010). Dette i tråd med Helsepersonelloven (1999, §4) og Pasient- og brukerrettighetsloven som sier at fremmedspråklige pasienter har rett til forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, tilpasset informasjonskrav, og rett til medvirkning på lik linje med språkkyndige pasienter.

3 av 4 sykehus i studien til Rosse et al. (2015) hadde retningslinjer som tydet på at sykehuset skulle dekke for tolketjenesten. Helsedirektoratet (2011) støtter denne påstanden og påpeker at den enkelte kommunen må sørge for tilgang til og bruk av tolk, samt betaling av disse. Til tross for dette overlot noen sykepleiere ansvaret for brobygging av språkbarriere til pasienter/familiemedlemmer (Rosse et al., 2015). Det finnes dog lover og retningslinjer som tilsier at helsepersonell har plikt til å vurdere behov for tolk og bestille tolk med nødvendige kvalifikasjoner (Stubberud & Eikeland, 2017, s. 234). Forskyver sykepleiere ansvaret om brobygging og anskaffelse av tolk, kan det oppstå misforståelser mellom pasient og sykepleier. Videre kan pasientens mulighet til å medvirke i sin behandling falle bort. Dette kan igjen påvirke kommunikasjon og samhandling mellom pasient og sykepleier. Ut ifra dette tenker vi at dokumentasjon er nødvendig for at sykepleiere skal kunne se og vurdere pasientens behov for tolketjeneste. Dette vil komme mer om under punkt 5.2.4. Bruk av profesjonell tolk kan gi bedre pasientsikkerhet, økt effektivisering og pasienttilfredshet, men det negative kan være at helsetjenester ikke bruker tolketjeneste eller bruker lavt kvalifisert tolk (Stubberud, 2018, s. 64). Etter vår mening vil det være hensiktsmessig å bruke en profesjonell tolk for å fremme kommunikasjon hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

Manglende prosedyrer for bruk av tolk og hvilken type tolk som skulle benyttes i ulike situasjoner ble opplevd som utfordrende blant sykepleiere. Begrenset bruk av profesjonell tolk ble en konsekvens av dette (Hadziabdic et al., 2015). Videre tenker vi at det kan føre til at pasienten ikke får den informasjon de har behov og krav på. Helsepersonell har som nevnt (punkt 5.2.1) plikt til å holde seg oppdatert innen eget fagområde. Har de ikke kunnskap om ulike prosedyrer og retningslinjer, bør de vite hvor man kan finne disse. Ut ifra våre praktiske erfaringer har, for eksempel, Helse Møre og Romsdal tydelige prosedyrer og retningslinjer i EQS, samt inngått avtaler med *Salita.no* som benyttes til bestilling av

profesjonell tolk. Helsepersonell har i funnene kommet med et forslag om å ha en ansvarlig person for undervisning og opplæring av prosedyrer (Hadziabdic et al., 2015). Dette kan bidra til å øke sykepleierens kunnskap om bruk av tolk som videre fremmer kommunikasjon. Avdelingsleder har et ansvar for å ha oversikt over relevante regelverk, retningslinjer og veiledere, samt tilgjengeliggjøring av disse for personalet (Stubberud, 2018, s. 26). Basert på dette tenker vi at avdelingsleder/superbruker kan sørge for tilrettelegging av undervisning, kurs og fagdager om bruk av tolk, og gi informasjon om tilgjengelige prosedyrer og retningslinjer.

Det personlige forholdet mellom en profesjonell tolk og pasient kan bli påvirket av tolkens kjønn, etniske- og religiøs opprinnelse og dialekt, som videre kan gå utover kommunikasjonsflyten (Hadziabdic et al., 2015). Den ene konsekvensen kan være at pasienten ikke vil dele personlige og intime opplysninger med tolken. Dette kan vi støtte gjennom vår praksis der en kvinnelig pasient ønsket en tolk av samme kjønn da hun hadde intime helsetilstander hun ville dele med sykepleieren. Sykepleiere bør dermed vite at en kan bestille tolk basert på kjønn, bosted og språk (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2020). Vi mener at sykepleiere bør ta hensyn til dette så langt det lar seg gjøre.

En annen ulempe sykepleierne mente gikk utover pasient-sykepleierrelasjonen og deres samhandlingssituasjon, var at pasienten hadde bedre samhandling med tolken, enn sykepleieren. Sykepleieren følte seg dermed forbigått (Hadziabdic et al., 2015; Hart & Mareno, 2013). Her vil det å etablere menneske-til-menneske-forhold være grunnleggende, og er noe som bygges opp dag for dag ved at sykepleieren samhandler med pasienten (Travelbee, 2007, s. 171). Dette er ikke mulig når sykepleieren blir som et mellomledd i stedet for tolk. Det vil dermed være viktig at sykepleieren under den tolkede samtalen er godt forberedt og er tydelig på sitt budskap samt avklarer hvilken rolle de ulike partene har. Videre er det viktig at sykepleier henvender seg direkte til pasienten, har øyekontakt underveis i samtalen og stiller bare et spørsmål om gangen (Stubberud & Eikeland, 2017, s. 235). Det vil også være vesentlig å informere pasienten om tolkens taushetsplikt og nøytrale rolle for å oppnå tillit slik at pasienten våger å uttrykke sine tanker og behov (Dahl, 2013, s. 170-171; Hanssen, 2015, s. 64).

Manglende tekniske begrensninger, økonomi og tid har ført til at bruken av tolk ble mindre gjennomførbar i den daglige pleien, og ble kun brukt ved viktige hendelser (Rosse et al., 2015; Nielsen & Birkelund, 2009; Jirwe et al., 2010; Hadziabdic et al., 2015). Dette kan føre til at pasientens subjektive opplevelser ikke blir fanget opp, som videre kan gå utover fremming av kommunikasjon med etniske minoritetspasienter. Er ikke fremmøtetolk tilgjengelig vil det å benytte andre hjelpemidler som skjerm- eller telefontolk være nyttig (Helsedirektorat, 2011). Telefontolk var noe som også ble benyttet i studien til Rosse et al. (2015). Gjennom vår praksis har vi mest erfaringer med telefontolk da bestilling av fremmøtetolk var utfordrende på grunn av geografiske begrensninger. Til tross for dette følte vi at telefontolk fungerte bra til dens hensikt. Ved manglende tilgang på tolk har minoritetsbefolkningen i Oslo en mulighet til å benytte seg av helseradio der de kan sende inn spørsmål på forhånd eller underveis i programmet. Spørsmålene blir besvart av helsepersonell på urdu, somali og arabisk (Meld. St. 11 (2015-2016)). Denne tjenesten bør sykepleiere ha kunnskap om og videreformidle til pasienter.

Ved begrenset tilgang på profesjonell tolk i hverdagslige og akutte situasjoner ble familiemedlemmer og flerspråklige kollegaer benyttet. I tillegg var bruk av disse det billigste alternativet og lett tilgjengelig (Rosse et al., 2015; Hart & Maren, 2013; Nielsen & Birkelund, 2009; Jirwe et al., 2010; Hadziabdic et al., 2015). Dog sier Stubberud & Eikeland (2017, s. 234) at pasientens pårørende eller venner skal aldri brukes som tolk da det kan true konfidensialiteten og taushetsplikten, familierelasjoner og helsetjenestens kvalitet og sikkerhet. Dette gjelder spesielt ved bruk av barn som tolk da det er et stort ansvar, og barnet blir satt i en vanskelig rolle og det kan være til skade for dem (Forvaltningsloven § 11e; Helsedirektoratet, 2011).

Brudd på taushetsplikt kan være en konsekvens av å bruke familiemedlemmer/venner som tolk. Eksempel på dette kan være sensitiv informasjon som pasienten ikke vil dele med pårørende, eller pårørende som tilbakeholder informasjon fra pasienten. Ved en opplevelse fra praksis viste det seg at tolken, som var et familiemedlem av pasienten, ikke hadde tilstrekkelig nok språkferdigheter. Dette førte til at helsepersonell ble usikre på om informasjonen var riktig oversatt. Ut ifra dette tenker vi at sykepleiere bør være konsekvent ved bruk av familiemedlemmer som

tolk og forsikre at den som oversetter har nok språkkunnskap og ferdigheter til å kunne fungere som tolk. På den andre siden bør sykepleiere tenke over ivaretagelse av taushetsplikt og utdeling av informasjon til pårørende. Dette i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-3) som beskriver pasientens samtykke før deling av informasjon til pårørende. På bakgrunn av dette tenker vi at det beste alternativet vil være å bruke en profesjonell tolk fremfor familiemedlemmer for å ivareta pasientens integritet og verdighet.

Bruk av flerspråklige helsepersonell ble sett på som en fordel da det var lettere å bygge relasjon med pasient og pårørende (Hart & Mareno, 2013). På den andre siden uttrykte flerspråklig helsepersonell at oversetting ikke var en del av deres arbeidsoppgaver, og følte dermed at de ble utnyttet som tolk av arbeidsgiver (Hadziabdic et al., 2015). Basert på dette anbefaler ikke Helsedirektoratet (2011) bruk av flerspråklige helsepersonell som tolk da det kan føre til uklare roller og tilgang til informasjon som man ikke bør ha. Til tross for dette vil det i noen tilfeller være en av få mulighet og helsepersonell har selvsagt taushetsplikt i slike situasjoner. Vi støtter dette basert på vår erfaring, da man kan føle seg presset til å ta på seg oppgaver som tolk selv om kompetansen ikke strekker til. Her bør flerspråklig sykepleier være tydelig å si fra om hvor grensen går for å fungere som tolk. Samtidig bør kollegaer og arbeidsgiver være bevisst på hvilken type informasjon (sensitiv eller generell) som blir bedt om å oversette.

### **5.2.3 Betydning av tid**

Funnene viser at mangel på tid ble opplevd som en utfordring blant sykepleierne ved kommunikasjon med etniske minoritetspasienter. I tillegg uttrykte de bekymring og frustrasjon over tiden det tok til å kunne lære og utføre kulturell kompetent omsorg (Nielsen & Birkelund, 2009; Jirwe et al., 2010; Hart & Mareno, 2013). Dette er i samsvar med Orvik (2017, s. 134), som sier at tidspress er et av de høyest rapporterte områdene blant sykepleiere. Vår erfaring fra praksis tilsier at tidspress kan begrense yting av helsehjelp, og det vil dermed være nødvendig å tenke over hvem og hva som skal prioriteres når ressurser ikke strekker til. En konsekvens av dette kan være at andre pasienter får mindre pleietid. Samtidig kan det gå utover kvaliteten av pleie og omsorg hos etnisk minoritetspasienter og gi en negativ innvirkning på sykepleien (Orvik, 2017, s.91). Tid er grunnleggende for å få kontinuiteten i pasientens liv



(Orvik, 2017, s. 79), spesielt når et felles språk ikke er til stede. Selv om en jobber under tidspress vil det å ha en åpen holdning være nødvendig for å kunne gi kulturell kompetent omsorg. Gjennom vår praksis har vi erfart at mye av arbeidstiden med flerkulturelle pasienter går med på å forstå og bli forstått på grunn av språkbarriere og manglende ressurser. Ut ifra dette tenker vi at sykepleiere i helsetjenesten bør bruke tilgjengelige ressurser som tolk og ulike kommunikasjonsstrategier for å fremme kommunikasjon hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

Gode ramme faktorer i avdelingen vil også være en forutsetning for å fremme tilstrekkelig kommunikasjon og samhandling med fremmedspråklige pasienter. For at helsepersonell skal kunne opprettholde forsvarlighet og god kvalitet er god bemanning nødvendig. Slike rammebetingelser er viktig for å sikre sykepleiernes integritet og arbeidshelse (Orvik, 2017, s. 150). Vi mener derfor at sykepleiere som har ansvar for etniske minoritetspasienter burde få tilrettelagt og fordelt arbeidsmengden slik at de får mer tid til å fremme kommunikasjon med disse pasientene. Videre bidrar det til at pasientens autonomi og selvbestemmelse blir ivaretatt. Ved manglende pleietid til etniske minoritetspasienter bør sykepleiere være tydelig og si fra til avdelingslederen om tidsbegrensningen. I tillegg bør avvik registreres. Andre mulige tiltak kan være at avdelingen henter inn mer personale i akutte og tidskrevende situasjoner.

I studien til Hadziabdic et al. (2015) kom det tydelig frem at det å samarbeide med tolk var en tidskrevende prosess. Dette med tanke på planlegging og tilgjengelighet av tolketjenester etter kontortid. Underbruk av tolk og mer bruk av familiemedlemmer som tolk kan være en konsekvens av dette. I slike situasjoner tenker vi at det kan være nyttig å inngå en avtale med ulike døgnåpne tolketjenester som for eksempel *Salita.no*, samt ha prosedyrer og retningslinjer tilgjengelig i de ulike avdelingene.

Funn fra studien viser at sykepleiere opplevde at det tok like lang tid til å lære seg om de ulike kulturene man vil møte i hverdagen, som det tok å lære seg om hvordan man for eksempel bruker tolk (Hart & Mareno, 2013). Basert på dette mener vi at det kan være viktig at sykepleiere bruker god tid på å fremme kommunikasjon ved å bruke sine egne

ferdigheter og kunnskap om ulike kulturer. Samtidig spiller tålmodighet og aktiv lytting en stor rolle. Dette ved å være forståelsesfull og sette av tilstrekkelig tid til dem. Viktigheten av å være til stede, skape en rolig omgivelse og snakke skånsomt er med på å trygge pasienter (Hemberg & Vilander, 2017).

#### **5.2.4 Kommunikasjonsutfordringer- og strategier.**

Kommunikasjon var en utfordring når helsepersonell og pasient ikke delte et felles språk, og gjaldt spesielt ved forklaring av prosedyrer og finne ut om pasienten hadde forstått informasjon (Rosse et al., 2015; Jirwe et al., 2010). Språkbarriere førte til at informasjon ble mer generell og mindre detaljert (Jirwe et al., 2010). Dette er i tråd med Stubberud & Eikeland (2017, s. 224), som også beskriver at manglende informasjon til pasienter kan skape misforståelser og videre føre til utrygghet og mistillit overfor helsepersonell. For å unngå dette er tilstrekkelig informasjon et viktig utgangspunkt for fremming av kommunikasjon (Hemberg & Vilander, 2017). Som nevnt tidligere under punkt 5.2.2, har pasienter krav på informasjon og rett til å medvirke i sin behandling. Sykepleiere bør derfor tilpasse innholdet og språket for at informasjonen skal gi mening hos fremmedspråklige pasienter (Hanssen, 2015, s. 117). Etter vår mening vil det å stille lukkede spørsmål, bruke korte setninger og formidle informasjon på en klar og forståelig måte være med på å unngå misforståelser. Videre bør sykepleiere forsikre at pasienten har forstått informasjonen, ved å la dem gjengi sin forståelse (Eide & Eide, 2017 s. 223).

Funn i oppgaven viser at samhandlingssituasjonen i pasientomsorgen ble mekanisk og upersonlig som følge av språkbarriere (Jirwe et al., 2010). Dette støttes også av Kristoffersen (2017, s. 33) og Stubberud & Eikeland (2017, s. 224), som sier at dårlig kommunikasjon medfører sykepleiernes manglende evne til å «se» pasienten. Videre tenker vi at det kan gå utover relasjonsbyggingen. Ifølge Travelbee (referert i Kristoffersen, 2011, s. 34) er kommunikasjon et av sykepleierens viktigste verktøy når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Videre beskriver hun at sykepleiere bør oppfatte innholdet i det pasienten kommuniserer og bruke den informasjonen til å planlegge pleien de gir. Basert på dette mener vi at sykepleiere bør bruke sine ferdigheter og kunnskap om kommunikasjon ved å lytte til pasienten, være til stede for dem og benytte tilgjengelige

kommunikasjonshjelpemidler. Fremming av kommunikasjon kan også lette oppnåelse av tillit hos pasienten, og muliggjør at pasienten kan medvirke i sitt eget liv.

Vår studie viser at språkferdigheter og pasientens foretrukne språk var en del av innkomstsamtalen, og var tydeliggjort i pasientjournalen. Alle sykepleiere hadde dog ikke dokumentert dette på et spesifikt område i pasientjournalen (Rosse et al., 2015). I vår praksis har vi erfaring med å inkludere pasientens språkferdigheter og foretrukne språk som en del av innkomstsamtalen. Dette ved å kommunisere med pasienten for å danne et bilde om vedkommende sin faktiske språkferdigheter. Manglende dokumentasjon kan hindre videreføring av viktig informasjon og sykepleiere kan dermed anta pasientens språkkunnskap samt overvurdere deres språkforståelse. Videre kan det føre til at pasientens ønsker og behov ikke blir ivaretatt. I henhold til helsepersonelloven (1999, § 39), er helsepersonell pålagt å dokumentere når de yter helsehjelp for å grunnlegge kvaliteten på helsehjelpen som er gitt. Ut ifra dette tenker vi at sykepleiere bør tydelig dokumentere pasientens språkferdighet slik at mulige tiltak som for eksempel bruk av tolk eller ulike kommunikasjonshjelpemidler kan tilrettelegges.

I funnene kom det frem at bruk av tolk til alle hverdagslige situasjoner kan være lite hensiktsmessig både på grunn av tid og økonomiske årsaker. Når det ikke er mulig å kommunisere via et verbalt språk vil det være nyttig å bruke ulike kommunikasjonsstrategier, noe Dahl (2015, s. 155) også støtter. For å ha et tilfredsstillende møte med tverrkulturelle pasienter mener vi derfor at helsepersonell bør tilrettelegge for en effektiv kommunikasjon ved manglende tilgang på tolk. Kroppsspråk er dermed et av de viktigste virkemidlene for å fremme kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 146). Dette gjenspeiles i funnene til Jirwe et al. (2010) ved at det utgjør 70% av kommunikasjonen. Ut ifra dette tenker vi at sykepleiere kan oppdage mye om pasientens behov og tanker gjennom å lese kroppsspråket. Samtidig kan kroppsspråk og andre nonverbale uttrykk gi forskjellige meningsinnhold i ulike kulturelle sammenhenger. Sykepleiere bør derfor være oppmerksom på at det er en mulighet for å mistolke den nonverbale kommunikasjonen. Hoderisting kan for eksempel bety "ja" eller "nei" og varierer mellom ulike kulturer (Hanssen, 2015, s. 45; Eriksen & Sajjad, 2015, s.133). På bakgrunn av dette mener vi at sjukepleiere bør ha tverrkulturell kunnskap om kommunikasjon som

videre kan bidra til å unngå mulige misforståelser. I tillegg har vi gjennom vår praksis erfart at det å kombinere verbal og nonverbal kommunikasjon kan hjelpe både sykepleier og pasient til å gi en bedre forståelse.

De inkluderte studiene brukte også andre strategier som tegning og bilder, gestikulering og digitale verktøy for å fremme kommunikasjon hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i helsetjenesten. Stubberud & Eikeland (2017, s. 226-227) støtter også disse strategiene, i tillegg til å ha bildekort, peketavle og språkperm tilgjengelig på avdelingen.

Språkpermen kan inneholde spørsmål og terminologi som suppleres til enkle bilder eller tegninger på forskjellige språk som er relevant for pasientgruppen, den medisinske behandlingen og sykepleien som utøves på de ulike avdelingene (Stubberud & Eikeland, 2017, s. 226-227).

Sykehuset Østfolk (2018) har nettbasert språkperm med lyd og bilder oversatt på flere språk. Vår erfaring fra praksis tilsier mye bruk av både pekebok med bilde og tekst, og språkpermer på ulike språk for å overkomme kommunikasjonsbarrieren. I de tilfellene der språkperm/pekebok ikke var tilgjengelig på pasientens språk, ble google oversetter tatt i bruk, men resultatet og kvaliteten på oversettingen var varierende.

Tilgjengelighet for mulige oversettingsverktøy var mangelfull i hjemmesykepleien (Hart & Maren, 2013). Dette kan støttes med vår erfaring fra praksis, der det var utfordrende å skaffe ulike kommunikasjons hjelpemidler i hjemmesykepleien på grunn av begrenset tilgang. Sykepleierstudentene i Jirwe et al. (2010) sin studie har ved slike tilfeller forsøkt å lære seg noen ord på pasienten sitt morsmål for å lette kommunikasjonsutfordringer. Vi kan også støtte denne strategien gjennom vår praksis og mener at det har vært til god hjelp. Andre strategier vi mener kan fremme kommunikasjon hos etniske minoritetspasienter er bruk av ordbøker i ulike helsetjenester. Dette kan bidra til at sykepleier og pasient kan «peke» seg frem til en felles forståelse (Hanssen, 2015, s. 65). Det å ha brosjyrer som inneholder informasjon og svar på vanlige spørsmål om sykdom og behandling tilpasset sine avdelinger på de mest relevante språkene, kan også være nyttig. Diabetesforbundet (2015) har for eksempel slike informasjonsbrosjyrer som er oversatt til ulike språk.

## 6 Konklusjon

I denne studien ønsket vi å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme kommunikasjon hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Helsepersonell skal yte likeverdig behandling uavhengig av kulturelle forskjeller. Vår studie viser at det er viktig å ha kulturell kompetanse der sykepleiere er fordomsfrie, jobber kultursensitivt og har et åpent syn. I tillegg fremstår det at kulturell kompetanse gir sykepleierne økt selvsikkerhet.

Flere studier i denne oppgaven viser til situasjoner der familiemedlem og flerspråklig helsepersonell bør unngås som bruk av tolk. Det bør heller benyttes profesjonell tolk og andre kommunikasjonsstrategier, da det sikrer informasjonskvaliteten mellom pasient og sykepleier. Kommunikasjonsutfordringer kan lettes ved bruk av kreative strategier som bilder, tegninger, gestikulering, digitale verktøy, språkperm, ordbøker og pekebok. Tid spiller også en stor rolle i kommunikasjon og samhandling med etniske minoritetspasienter. Tilrettelegging av rammefaktorer slik at sykepleiere får mer tid til denne pasientgruppen vil være nødvendig for å oppnå god kommunikasjon.

Det fremkommer også at bruk av tolk var en tidskrevende prosess. Forslag til nyere forskning kan dermed være å finne ut hvilke andre kommunikasjonsstrategier som kan være mer hensiktsmessig når tolk ikke er tilgjengelig. Det hadde vært interessant å vite hvilke digitale oversettelsesverktøy som er kvalitetssikret og kan fungere best i det norske helsevesenet.

## Referanser

- Alpers, L.-M. & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*, 34, s. 999–1004.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker - innføring i interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, Oktober 10). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B. & Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*, 70(9), s. 2107- 2116. <https://doi.org/10.1111/jan.12369>
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* (Meld. St. 11 (2015–2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Diabetesforbundet. (2015, 15. desember). Innvandrere og diabetes. Hentet fra <https://www.diabetes.no/om-diabetes/innvandrere/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol 20 no2, s. 22-26.  
<https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4.utg.). Stockholm: Natur & kultur.

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Hadziabdic, E., Lundin, C. & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. *BMC Health Services Research* Vol. nr. 15:458- 471, s. 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5>
- Hanssen, I. (2007). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hart, P. L. & Marenò, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23, s. 2223–2233. <https://doi.org/10.1111/jocn.12500>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklister. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Hentet 21. mars 2020 fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/\\_/attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf)
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersone>
- Hemberg, J. A. & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, s. 822-829. <https://doi.org/10.1111/scs.12403>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2020, 31. mars). *Om Nasjonalt tolkeregister*. Hentet fra: <https://www.imdi.no/tolk/nasjonalt-tolkeregister/>
- Ingstad, K. (2014). *Sosiologi i sykepleie og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Jirwe, M., Emami, A. & Gerrish, K. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, s. 436-44.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x>
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk resie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 17-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nielsen, B. & 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, s. 431-437.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x>
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. (u.å.). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 27. februar 2020 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse - Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20bruker>
- Richardson, A., Thomas, V. N. & Richardson, A. (2006). "Reduced to nods and smiles": Experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, s. 93-101.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.05.002>
- Rosse, F. v., Bruijne, M. d., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L. & Wagner, C. (2015). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, s. 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>
- Salita. (u.å.). Salita. Hentet fra <https://www.salita.no/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). 09817: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter innvandringskategori, landbakgrunn og andel av befolkningen (K) 2010 - 2020. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09817/tableViewLayout1/>



- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet - sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2017). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og /eller kritisk syke pasienter. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 215-240). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sykehuset Østfold. (2018, 13. mars). Kommunikasjonsperm på flere språk. Hentet fra <https://sykehuset-ostfold.no/flerkultur-pa-sykehuset-hva-bor-vi-som-helsearbeidere-vite/kommunikasjonsperm-pa-flere-sprak>
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

**Vedlegg 1: Søkehistorikk**

<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Ant all treff</b>	<b>Leste abstract er</b>	<b>Leste artikl er</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
Ethnic minority patients AND communication AND nurses	13.11 /19	PubMed	27	2	1	Rosse et al. (2015)
Multilingual healthcare AND communication AND nurses	20.11 /19	PubMed	73	2	1	(Hadziabdic et al. (2015)
Cultural competence AND Ethnic minority patients	22.11 /19	Pubmed	96	1	1	Alpers & Hanssen (2014)
Communication AND nursing AND ethnic minority patients	25.11 /19	Pubmed	155	3	1	Nielsen & Birkelund (2009)
Cultural Diversity AND Communication AND nursing AND nurses	27.11 /19	PubMed (Nytt grensesnitt)	145	2	1	Hart & Mareno (2013)
Intercultural communication AND Nursing	27.11 /19	Cinahl	41	4	1	Hemberg & Vilander (2017)
Cultural Competence OR Cultural Diversity AND Communication Skills AND Nurses	14.02 /20	Cinahl	7	3	1	Jirwe et al. (2010)
Ethnic minority patients AND nurses AND Communication challenges	13.02 /20	Pubmed	87	3	1	Debesay et al. (2014)

## Vedlegg 2: Nøkkelfunn

Artikkel	Nøkkelfunn
<b>Artikkel 1:</b> Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture.	Sykepleie og pasientrelasjon og omsorg, integritet og respekt, tilstedeværelse, kommunikasjonsstrategi og hjelpemidler, informasjon og inkludering av pårørende og tolk
<b>Artikkel 2:</b> Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study.	Risiko, smertevurdering, kommunikasjon og risiko, språkbarrierer og brobygging, dokumentasjon og kommunikasjonsstrategier.
<b>Artikkel 3:</b> Cultural challenges and barriers through the voices of nurses.	Kulturell kompetanse, språkbarriere, mangel på ressurs, relasjonsbygging, bruk av kollega og familie som tolk, fordommer og skjevheter, fordelene med å ha flerspråklig kollega
<b>Artikkel 4:</b> Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency.	Interkulturell kunnskap, kommunikasjon via tolk, kulturforskjeller, feilvurdering av symptom/diagnose/smerter, kurs og rådgivning.
<b>Artikkel 5:</b> Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare.	Bruk av tolketjenester og opplæring av tolk, tid som en faktor (ift bruk av tolk ifølge spl.), strategier (teknologi, kroppsspråk og flerspråklig helsepersonell).
<b>Artikkel 6:</b> Minority ethnic patients in the Danish healthcare system- a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients.	Utfordring med kommunikasjon(tolk), etnisk smerter, etnisk matkultur og samfunn (kulturell kompetanse og begrensninger).
<b>Artikkel 7:</b> Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters.	Utfordringer ved kommunikasjon under prosedyre/pleie, kommunikasjonsstrategier (tolk, bruk av bilde/gjenstander, tversspråklig helsepersonell), faktorer som påvirker kommunikasjon.
<b>Artikkel 8:</b> Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients.	Kulturell kompetanse (intim pleie, rehabilitering etter slag og håndtering av døende), strategier for å tilegne seg kompetanse.

### Vedlegg 3: Hovedkategorier

Hovedkategori	Kategori	Artikkelnummer
Kulturell kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omsorg</li> <li>- Respekt og integritet</li> <li>- Fordommer</li> <li>- Smertevurdering               <ul style="list-style-type: none"> <li>- kultur</li> <li>-Språkbarriere</li> <li>- Smertevurdering</li> </ul> </li> </ul>	1,2,3,4,6,7 8,
Bruk av tolk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Helsepersonellets erfaring ved bruk av tolk               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positiv/negativ</li> <li>- Profesjonell tolk</li> <li>- Flerspråklig helsepersonell</li> </ul> </li> <li>- Pårørende/ familie/ venner</li> </ul>	1,2,3,5,6,7
Betydning av tid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tålmodighet</li> <li>- Tilgjengelig for pasienten</li> </ul>	3,5,6,7,8
Kommunikasjonsutfordringer- og strategier	<p>Utfordringer ved kommunikasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktorer som påvirker kommunikasjon</li> <li>- Språkbarrierer</li> <li>- Pasientsikkerhet og risiko ved kommunikasjon               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informasjon</li> </ul> </li> <li>- Relasjonsbygging</li> </ul> <p>Tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teknologiske verktøy</li> <li>- Kreativitet</li> <li>- Kroppsspråk</li> <li>- Bruk av bilde og tegninger</li> <li>- Tolk</li> <li>- Flerspråklig helsepersonell</li> </ul>	1,2,3,4,5,6,7

## Vedlegg 4

### Litteratormatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Hemberg, J. V. & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 31, ss. 822-829. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12403">https://doi.org/10.1111/scs.12403</a>  Finland	Denne studien er basert på et interkulturelt perspektiv, med hovedspørsmål: hva er betydningen av kommunikasjon i omsorgstjenesten når sykepleier og pasienter ikke deler samme språk?	Caregiving, cultural issues, cultural competence, nurse-patient relationships	Kvalitativ metode. Det ble samlet inn data gjennom åtte spørreskjemaer med åtte sykepleiere og to voksne fra en annen kultur som tidligere har vært innlagt som pasient og blitt behandlet av disse sykepleierne. For å forsikre at deltakerne fikk ro og fred til å svare på spørsmålene ble det brukt spørreskjema. Skjemaet ble sendt via e-mail av teamlederen. Sykepleierne snakket finsk og hadde lang arbeidserfaring. De hadde også jobbet som sykepleier i utlandet og dermed fått kulturell erfaring. De to voksne med annen kultur kunne snakke engelsk og de ble personlig kontaktet av forskeren etter utskrivelsen. Siden deltakerne allerede hadde kjennskap til forskerne, ble spørreskjemaer brukt for å sikre konfidensialitet. Tekstene ble analysert av latent innholdsanalyse i henhold til Kyngäs og Vanhanen. Dataanalysen ble utført ved å kategorisere dataene i hovedtemaer og undertemaer.	Funnene i denne studien er basert på fem hovedkategorier: 1. Kjærlighet for mennesker som grunnlag for et omsorgsforhold når pasient og sykepleier ikke har et felles språk. 2. Integritet som en sentral faktor for å ha kulturell respekt og ta hensyn til pasientens åndelige behov. 3. Å være til stede for pasienten. 4. Viktigheten av å være kreativ for å fremme kommunikasjon og yte kulturell kompetanse. 5. Kontinuerlig informasjon som en avgjørende faktor for å etablere tillit i en omsorgsrelasjon. Omsorg for pasienter med annen kulturell bakgrunn krever at sykepleiere er fordomsfrie og tar utfordringer når de møter en annen kultur og språk. Det å respektere pasientens integritet, sette seg inn i kunnskap for å forbedre kulturell kompetanse og skape god kommunikasjon var viktig i en sykepleiepraksis.	Denne artikkelen er aktuell for vår oppgave da den beskriver sykepleiernes møte med etnisk minoritetspasienter. Den tar også for seg betydning av å ha kulturell kompetanse og hvordan en kommuniserer med pasienter på en respektfull måte. Studien belyser også ulike kommunikasjonsstrategier som vi tenker kan være nyttig å inkludere i vår oppgave.

## Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Rosse, F. v., Bruijne, M. d., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L., &amp; Wagner, C. (2015). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 54, ss. 45-53.</p> <p>DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012">https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012</a></p> <p>Nederland</p>	<p>Denne studien undersøker risikoer ved pasientsikkerhet som kommer av språkbarriere under sykehusinnleggelse, og hvordan språkbarrieren blir oppdaget, rapportert og blir brukt til å gi omsorg i nederlandske sykehus.</p>	<p>Communication barriers, Hospital records, Patient safety, Quality of healthcare.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ studie basert på 576 etnisk minoritets pasienter som ble innlagt på 30 avdelinger i 4 sykehus.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasientene fikk utdelt spørreskjema som omhandlet deres språkferdigheter.</li> <li>2. Det ble søkt i både sykepleiedokumentasjon og medisinske journaler fra 17 sykehusinnleggelse av pasienter med språkbarriere. Forskerne var ute etter om språkbarriere og brobygging var dokumentert eller ikke under disse innleggelsene.</li> <li>3. Deretter ble det utført 7 dybdeintervju av helsepersonell (2 sykepleiere og 5 leger) og 5 av pasient/pårørende.</li> <li>4. Resultatene ble sammenlignet med pasientenes selvrapporterte språkferdigheter og sykepleierens opplevelse av språkbarriere.</li> <li>5. Deretter ble retningslinjene for avdelinger angående brodannende språkbarriere sammenlignet med rapportert bruk av tolk i legejournal.</li> </ol>	<p>Språkbarriere på sykehuset truet pasientsikkerheten på ulike områder som medisinaladministrering, smertehåndtering og vurdering av pasientens væskebalanse. Samtaler mellom pasient og lege var negativt preget av språkbarrieren når det gjaldt diagnostisering, risikovurdering og akutte situasjoner. Pasientundervisning, oppfølgingsinstruksjoner og informert samtykke bør skje på pasientens språk. 30 % av pasientene rapporterte lav nederlandsk språkferdighet er, men dette var ikke dokumentert i pasientjournalen. Pårørende ble mer brukt som tolk enn profesjonell tolk. Pleierne sine vurderinger var ofte mer optimistiske enn pasientvurderinger, noe som førte til undervurdering av språkbarrieren.</p>	<p>Artikkelen er relevant for denne oppgaven da den tar opp gjeldene retningslinjer for bruk av tolk, viktigheten av dokumentasjon og risiko ved språkbarriere. Studien skriver også om ulike måter å bygge bro ved språkbarriere mellom sykepleier og pasient. Disse temaene trekker frem flere sentrale funn for å fremme kommunikasjon hos pasienter med minoritetsbakgrunn og ble dermed inkludert som en av åtte studier.</p>

### Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Hart, P. L., & Mareno, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23, ss. 2223–2233. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.12500">https://doi.org/10.1111/jocn.12500</a>  USA	Målet var å oppdage og beskrive utfordringer og barrierer som sykepleiere møtte på når de ga kulturelt tilpasset omsorg til ulike pasientgrupper.	Barriers, challenges, culturally competent care, nurses, qualitative.	Studien er basert på kvalitativ metode. Undersøkelser ble sendt ut til 2000 utvalgte sykepleiere via mail som var hentet fra det statlige sykepleierrådet. Postnummer var brukt for å fastslå prosentandel av hvor mange sykepleiere som bor i hvert land. Totalt deltok 374 sykepleiere i denne studien, og flertallet var kvinnelig og kaukasiske sykepleiere. Nesten halvparten jobbet på sykehus og flertallet snakket bare engelsk. Data ble samlet inn gjennom to ulike spørreskjemaer. Forskerne utviklet et demografisk skjema basert på 9 spørsmål, som alder, kjønn, kultur, høyeste sykepleierutdanning, arbeidsplassen deres og om de kan andre språk enn engelsk. Et annet skjema med 54 spørsmål ble brukt for å måle sykepleieres oppfatning av deres kulturelle bevissthet, kunnskap og ferdigheter. NVIVO, en kvalitativ data management programvarepakke, ble brukt for databehandling og analysering.	Tre temaer kom frem fra den kvalitative beskrivelsen: <b>- Stort mangfold:</b> Sykepleiere opplevde utfordring av kulturelt mangfold som gjorde det vanskelig å lære om de ulike kulturelle preferansene. Sykepleiere uttrykte å ha lite kulturell kompetanse. <b>-Mangel på ressurser:</b> Sykepleiere snakket om manglende ressurser til å lære og yte kulturelt tilpasset omsorg. Tid, penger og manglende praksis var en stor barriere til å utføre kulturell kompetent omsorg. <b>-Fordommer:</b> Enkelte sykepleiere ga uttrykk for at pasienter fra andre kulturer bør tilpasse seg i sitt nye land. Mens andre mente at sykepleiere burde være fordomsfrie i sin yrkesutøvelse og ha en helhetlig tilnærming.	I sykepleiepraksis møter en pasienter fra ulike kulturer. Dette kan føre til utfordringer og språkbarriere. Det å ha egenskaper til å utføre omsorg med kulturell kompetanse er sentralt i møte med etnisk minoritetspasienter i helsetjenesten. Denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den tar for seg sentrale aspekter rundt akkurat dette temaet. Selv om denne studien er fra USA, tenker vi at funnene også kan brukes her i Norge.

## Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Alpers, L.-M., &amp; Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. <i>Nurse Education Today</i>, 34, ss. 999–1004. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004">https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004</a></p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan sykepleiere i Norge (Oslo), vurderte sin egen kompetanse i møte med etnisk minoritetspasienter i helsetjenesten. Temaer som ble diskutert var interkulturell kunnskap, kunnskap om medisinske tradisjoner og forskjeller i sykdommens etiologi, symptomvurdering, og utdanning i tjeneste.</p>	<p>Ethnic minority patients, Cultural competency, Pain assessment</p>	<p>Studien er en blanding av kvalitativ og kvantitativ forskning, og ble gjennomført av sykepleiere på en medisinsk og psykiatrisk avdeling.</p> <p>Studien gikk ut på tre fokusgruppeintervju før utvikling av graderingsskala som inneholdt seks emner og totalt 35 påstander. 145 medisinske sykepleiere og 100 psykiatriske sykepleiere returnerte spørreskjemaet.</p> <p>Det elektroniske analyseverktøyet SPSS ble benyttet til kvantitativ data, mens fortolkning av tematisk analyse ble brukt til kvalitativ data. Alle intervjuer ble tatt opp på bånd og skrevet ned. Det ble også tatt i bruk en tematisk analyse der skjema med åpne spørsmål ble gitt ut. Alle som deltok i undersøkelsen, fikk informasjon om at de til enhver tid kunne trekke seg etter eget ønske.</p>	<p>44% av sykepleiere fra både medisinsk og psykiatrisk avdeling indikerte at de manglet kulturell kunnskap. Deltakerne ga uttrykk for at de hadde behov for kunnskap om hvordan pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn oppfatter sin sykdom, da sykepleierne selv hadde vanskeligheter med å forholde seg til kunnskap om andre kulturer enn sin egen. Nesten 70 % av de medisinske sykepleiere mente at smertevurdering hos minoritetspasienter var en utfordring da pasientene uttrykte smerte på en annen måte. De kvalitative og kvantitative funnene hadde en sammenheng og kom frem til at det var behov for økt kulturelle kompetanse for å kunne gi god pasientbehandling. For å få mer kunnskap om fremmedkulturelle pasienter var intern opplæring og undervisning i sykepleiefaget sett på som svært viktig.</p>	<p>Vi kan bruke denne artikkelen i vår studie da den beskriver om utfordringer med smertevurdering på grunn av språkbarriere og kulturforskjeller. Den sier også noe om hva som kan gjøres for å øke sykepleiernes kulturelle kompetanse.</p>



## Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Hadziabdic, E., Lundin, C., &amp; Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. <i>BMC Health Services Research</i>, 15:458-471, ss. 1-13. DOI: <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5">https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5</a></p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten med denne studien var å ta for seg utfordringer om kommunikasjon i helsevesenet, med ekstra fokus på tolkning mellom helsepersonell og pasienter med forskjellige språk og etnisk bakgrunn. Det sentrale målet var å utforske tolkningspraksis i flerspråklig eldreomsorg.</p>	<p>Ethnicity, Multilingual elderly healthcare, Interpretation practices, Organization</p>	<p>Kvalitativ studie. To kommuner i Sverige med flere migranter ble studert. 33 personer med forskjellige utdanning innen helse (31 kvinner og 2 menn) ble intervjuet. De hadde mellom 3-40 års erfaring innen eldreomsorg med fremmedspråklig pasientgruppe. 12 av disse var ferdigutdannede sykepleiere. 18 individuelle intervjuer og 4 fokusgrupper (3-4 personer per gruppe) ble gjennomført på arbeidsplassen. Spørsmålene som ble stilt var utviklet og basert på tidligere litteratur. Spørsmålene hadde fokus på erfaringer med rutiner, retningslinjer og hvilke forhåndsoppfatninger helsepersonell hadde om hva, hvorfor og hvordan tolking burde skje.</p>	<p>De hadde egne retningslinjer for bruk av tolk, men manglet viktig informasjon som hvor, hvordan, hvor mye og hvilke typer tolk som skulle brukes i ulike situasjoner. I tillegg hadde noen ikke kjennskap til disse retningslinjene. Bruk av tolk krevde planlegging, da det var begrenset med tilgang til tolk på kort varsel. Personalet foretrakk å bruke sine tospråklige kollegaer og familiemedlemmer som tolk i hverdagen da dette passet bedre med deres rutiner og arbeidsmåter. Noen informanter uttrykte at etnisk minoritetspasienter ikke var like involvert i omsorgen som svensktalende pasienter, og hadde ikke samme mulighet til å være like aktiv i sosiale aktiviteter i hverdagen. Informantene ønsket raskere og enklere tilgang til tolk, at de skulle stille opp på kort varsel og at det skulle være tilgjengelig tolketjeneste etter kontortid. I tillegg ønsket de utvikling av tekniske verktøy til hverdagslig bruk.</p>	<p>Denne studien tenker vi er relevant for vår oppgave da den vektlegger sykepleiernes erfaring rund bruk av profesjonell tolk. Familie/flerspråklige helsepersonell som tolk ble også brukt da de var lett tilgjengelig og det billigste alternativet. Tolketjeneste er noe vi tenker står sentralt i vår oppgave siden tolk er et kjent hjelpemiddel ved språkbarriere.</p>

## Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave.
<p>Nielsen, B., &amp; 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, ss. 431-437. DOI:<a href="https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x">https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x</a></p> <p>Danmark</p>	<p>Målet med denne artikkelen var å utforske sykepleiernes erfaring i møte med minoritetspasienter og hva slags innvirkninger det har for omsorgen.</p>	<p>Minority ethnic, Denmark, nurses, attitudes, phenomenology, communication, caring.</p>	<p>Kvalitativ studie basert på intervju av 4 sykepleiere med etnisk dansk bakgrunn som jobbet ved samme sykehus. Sykepleierne måtte ha minst 5 års yrkeserfaring som sykepleiere. Alle deltakerne var kvinner mellom 40-55 år. Intervjuet ble tatt opp på bånd samt ble det gjort observasjoner på sykehuset sykepleierne jobbet på. Observasjonene gikk ut på hvordan sykepleiere samhandlet med minoritetspasienter. Sykepleierne snakket om selvvalgte situasjoner, men det ble satt opp en guide med åpne spørsmål som "hvordan opplevde du ditt siste møte med pasienter som har etnisk minoritetsbakgrunn?", "hva opplevde du?", "hva gjorde du i situasjonen?". Intervjuene og observasjonene ble analysert ved hjelp av en metode utviklet av Malterud som er basert på Husserls fenomenologi. Dette består av å lese gjennom/ få en oversikt, systematisere, sortere i gruppe/sette sammen tekst og oppsummere funnene i nye beskrivelser som skulle legges frem til andre.</p>	<p>Pasienter med minoritetsbakgrunn kunne verken snakke eller forstå dansk, noe som førte til et stort problem i behandlingen/omsorgen som ble gitt. Eldre pasientgruppe var mer utsatt for å ikke forstå/snakke dansk. Sykehusets økonomi begrenset bruk av tolk. Det billigste og letteste alternativet var å bruke familie som tolk og ble dermed brukt oftest. Det ble også brukt barn som tolk, men sykepleiere var klar over at dette kunne gi konsekvenser. Noen sykepleiere mente også at det var tidkrevende å kommunisere med minoritetspasienter. Sykepleiere mente at minoritetspasienter hadde en sterkere måte å uttrykke smerte på enn danske pasienter. Noen minoritetspasienter var høylytte ved smerteutbrudd, som også førte til forstyrning av medpasienter. En annen situasjon var at familie/venner av pasienten tok med seg mat. Det var delte meninger blant sykepleiere om dette var greit da sterk matlukt kan reageres på av medpasienter. Antall besøkende på en og samme tid var også et tema.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den tar for seg sykepleiernes erfaring i møte med etnisk minoritetspasienter. Studien tok opp temaer som utfordringer ved kommunikasjon, etnisk smerte, hvordan tid begrenset deres utøvelse av sykepleie. Viktigheten av å ha kulturell kompetanse for å fremme kommunikasjon hos disse pasientene var også tatt opp. Alle disse funnene tar for seg temaer som kan svare på vår problemstilling og er derfor inkludert i oppgaven.</p>

## Litteratormatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave.
<p>Jirwe, M., Emami, A., &amp; Gerrish, K. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> (24), 436-44 DOI:https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x</p> <p>Sverige</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut sykepleierstudenter erfaring med kommunikasjon i møte med tverrkulturelle pasienter.</p>	<p>Student nurses, nurse education, framework approach, communication, cross-cultural communication, cross-cultural care encounter, multicultural, cultural competence.</p>	<p>Denne artikkelen er basert på kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med et målrettet utvalg av 10 sykepleierstudenter: fem av studentene hadde svensk bakgrunn og fem hadde innvandrerbakgrunn. Studentene gikk siste året på sykepleierstudiet, og hadde svensk og engelsk språkkunnskap. Disse studentene ble valgt da de hadde erfaring innen flerkulturelle situasjoner og hadde deltatt på et kurs om tverrkulturell sykepleie. Deltakerne var også informert om at de ble anonymisert. Intervjuene ble gjennomført på et sted etter deltakernes ønske. Fire intervjuer ble gjennomført via telefon da det var mest praktisk for deltakerne. Intervjuer var basert på svensk og det varte mellom 20 og 45 minutter. Det ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. Deretter ble det analysert av den første forfatteren og analysen ble bekreftet av den andre forfatteren.</p>	<p>Effektiv kommunikasjon ble sett som en viktig faktor for å ha et tilfredsstillende møte med tverrkulturelle pasienter. Sykepleierstudentene var fornøyd og følte at de gjorde en bra jobb når de kunne kommunisere med både pasienter og pårørende gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Studentene beskrev også at mangel på kommunikasjon kunne resultere som utilfredsstillende. Funnene i denne studien er dekket av tre hovedkategorier.</p> <p><b>Kommunikasjonsutfordringer:</b> Deltakerne snakket også om vanskeligheter rundt kommunikasjon da samtalene med pasientene ofte ble mekanisk og upersonlig når de ikke delte et felles språk. Dette gjaldt spesielt ved informering, som for eksempel ved forklaring av prosedyrer. I tillegg ga studentene uttrykk for at de risikerte å gi begrenset informasjon. Konsekvensen var at pasientene ikke skjønnte det som ble informert, noe som videre førte til at de ble stresset når selve prosedyren ble satt i gang.</p> <p><b>Kommunikasjonsstrategier:</b> Deltakerne beskrev en rekke strategier som ble tatt i bruk for å etablere kommunikasjon med pasienter. De var blant annet bruk av tolk, kroppsspråk, pårørende som tolk, bilder, gjenstander og aktiv lytting.</p> <p><b>Faktorer som påvirker kommunikasjon:</b> Holdning overfor pasienter, kulturell kompetanse, forståelse for andre sin kultur og ressurser som tid.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den beskriver viktigheten av å ha kunnskap/ferdighet og erfaring om kulturell kompetanse når sykepleiere skal gi omsorg og behandling til minoritetspasienter. I tillegg tar den opp tema som kommunikasjonsutfordringer og hvilken strategi som kan benyttes for å lette relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier. Viktigheten av å ha tilstrekkelig med tid er også tatt opp i denne studien. Basert på disse funnene har vi valgt å inkludere denne artikkelen i vår oppgave.</p>

## Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave.
<p>Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B., &amp; Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. <i>Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship</i>, 70(9), ss. 2107- 2116. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/jan.12369">https://doi.org/10.1111/jan.12369</a></p> <p>Norge</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke utfordringene sykepleier i kommunehelsetjenesten erfarte i møte med etnisk minoritetspasienter i hjemmebasert omsorg.</p>	<p>Diversity, front-line worker, home care, institutional constraints, transcultural nursing</p>	<p>Studien er basert på kvalitativ forskning i Oslo. Hvilket område som ble valgt, var avhengig av hvor det var et stort antall av etnisk minoritetspasienter. Det ble valgt ut 19 kommunale sykepleiere innen hjemmebasert omsorg der 17 av dem var kvinner og 2 var menn. Dataene ble samlet i 2008 av den første forfatteren som utførte semistrukturerte dybdeintervjuer. Dette ble tatt opp på bånd og transkribert. Intervjuene var basert på hvordan sykepleiere oppfattet likhet og forskjeller i måten de yter omsorg til etnisk minoritetspasienter sammenlignet med etnisk norske pasienter, hvilke situasjoner som virket utfordrende, hvordan sykepleiere oppfattet situasjonen til minoritetspasienter og om de hadde behov for støtte/trening. Per intervju tok ca. 1 time og ble utført på deltakerens arbeidsplass. De transkriberte intervjuene ble kodet ved bruk av NVivo til å forberede dem på tematisk innholdsanalyse.</p>	<p>4 hovedpunkter ble tatt opp, men disse er blant de viktigste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierne krevde at de så vekk i fra sin vanlige kunnskap og praksis ved relasjonsbygging med etnisk minoritetspasienter.</li> <li>Frykt for å gjøre feil eller forårsake krenkelser ved yting av pleie og omsorg til minoritetspasienter var en av de største utfordringene sykepleierne opplevde.</li> <li>- Sykepleiere mente det var viktig med rehabilitering så fort som mulig ved skade, mens etnisk minoritetspasienter ville helst ha lite aktivitet som mulig.</li> <li>- Sykepleiere var vant med å være åpen med døende pasienter ang. deres hensikt, mens i møte med minoritetspasienter og pårørende i terminalfasen ble dette utfordrende da temaet er tabubelagt pga. religiøs tro.</li> <li>- Behov for trening innen kulturell kompetanse var sett som viktig.</li> </ul>	<p>Siden vår oppgave handler om hele helsetjenesten og denne studien handler om hjemmebasert omsorg, tenker vi at det er aktuelt å inkludere denne studien i vår oppgave. Det er basert på norske sykepleiere og deres erfaring i møte med minoritetspasienter. I tillegg handler det om mangel på kulturell kompetanse og utfordringer sykepleiere støter på i hverdagen.</p>

