

10079

# " Hvordan opplever personer med minoritetsbakgrunn kommunikasjonen i møte med helsepersonell?"

8747

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Arnhild Hammerås Vestnes

Mai 2021



10079

**" Hvordan opplever personer med  
minoritetsbakgrunn  
kommunikasjonen i møte med  
helsepersonell?"**

8747

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

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



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Hensikt:** Å undersøke minoritetspasientenes opplevelse av kommunikasjonen i møte med helsepersonell.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie benyttet åtte vitenskapelige forskningsartikler med hoved fokus på kvalitativ studie, for å belyse problemstillingen.

**Resultat:** Fire hovedkategorier om hvordan minoritetspasienter opplever kommunikasjon i møte med helsepersonell ble identifisert; mangel på informasjon, erfaring med tolk, opplevelse av kulturforskjell og forventning til helsepersonell.

**Konklusjon:** Kommunikasjonsproblem fører til hindring av informasjonsutveksling mellom minoritetspasienter og helsepersonell. Flere pasienter mener at kommunikasjonsproblem skyldes også mangel på oversettelse/ tolk. Kultur har også påvirkning på kommunikasjon mellom partene. Kunnskap om minoritetspasientenes opplevelser av kommunikasjon kan bidra til bedre forståelse hos helsepersonell samt er betydelig for forbedringsarbeid i helse- og omsorgsektoren.

# Abstract

**Aim:** Examine how patients with minority background experience communication with health personnel.

**Method:** Systematic literature study used eight scientific research articles with main focus on qualitative study to illuminate the topic question.

**Result:** Four main categories of how minority patients experience communication in meeting with healthcare provider was identified; lack of information, experience with interpreter, experience of cultural difference and expectation of health personnel.

**Conclusion:** Communication problem leads to barriers in information exchange between minority patients and healthcare provider. More patients mean that communication problems fall to lack of translator/interpreter. Culture also has an impact on communication between parties. Knowledge of minority patients experience of communication can contribute to better understanding for healthcare provider and is significant as to improvement work in health and care sector.



# Innhold

1	Innledning .....	9
1.1	Begrunnelse for valg av tema .....	9
1.2	Problemstilling .....	9
1.2.1	Presisering av problemstilling .....	9
1.2.2	Begrepsforklaring.....	10
2	Teoribakgrunn .....	11
2.1	Kommunikasjon .....	11
2.2	Flerkulturell kompetanse .....	12
2.3	Joyce Travelbee "Menneske- til- menneske- forhold" .....	13
2.4	Tolk og bruk av tolk.....	14
2.5	Lover og retningslinjer .....	16
3	Metodebeskrivelse.....	17
3.1	Datasamling og søkestrategier .....	17
3.2	Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	18
3.3	Kvalitetsvurdering .....	18
3.4	Etiske aspekter .....	18
3.5	Analyse.....	19
4	Resultat.....	20
4.1	Mangel på informasjon .....	20
4.2	Erfaring med tolk .....	21
4.3	Opplevelse av kulturforskjell .....	22
4.4	Forventninger til helsepersonell.....	22
5	Diskusjon.....	24
5.1	Metodediskusjon .....	24
5.2	Resultatdiskusjon .....	24
5.2.1	Mangel på informasjon .....	24
5.2.2	Erfaring med tolk .....	25
5.2.3	Opplevelse av kulturforskjell.....	26
5.2.4	Forventninger til helsepersonell.....	27
6	Konklusjon .....	29
	Litteraturliste .....	30
	Vedlegg .....	34



# 1 Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

### **Begrunnelse for valg av tema:**

Globalisering gir økende grad av samhandling, integrasjon, påvirkning og gjensidig avhengighet mellom mennesker og land innenfor økonomi, teknologi, samfunn, økologi, kultur og politikk. Dette gjør at verden blir mindre (Båtnes og Egden, 2012, s. 54-55). Globalisering og innvandring fra ulike deler av verden, har gjort befolkningen og det norske samfunnet mer mangfoldig og sammensatt.

I vestlige land har det skyllet inn en innvandrerbølge de siste årene, og ikke minst i Norge. Ifølge SSB (2020) er det 790,500 innvandrere i Norge i 2019. Folk forflytter seg av flere grunner; familien etablering, familiegjenforening, utdanning, arbeid, flykt osv. Det å befinne seg i et annet land kan være frustrerende og utfordrende. Blant utfordringene innvandrere står ovenfor, er kommunikasjon på grunn av språkbarriere og kultur ulikhet.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan kommunikasjon påvirker personer med minoritetsbakgrunn sine opplevelser av pasientomsorgen. Kunnskap om pasientens erfaringer og opplevelser kan bidra til et bedre samspill mellom pasient og sykepleier, samt bidrar til god pasientsikkerhet. Denne kunnskapen kan bidra til å øke flerkulturell kompetanse for sykepleiere, som er en svært viktig del av sykepleieutøvelse i helsetjenesten.

## 1.2 Problemstilling

*"Hvordan opplever personer med minoritetsbakgrunn kommunikasjonen i møte med helsepersonell?"*

### 1.2.1 Presisering av problemstilling

Oppgaven tar sikte på personer med minoritetsbakgrunn sine opplevelser av kommunikasjon i møte med helsepersonell. Problemstillingen er ikke geografisk begrenset ettersom man møter personer med minoritetsbakgrunn i alle land. Problemstillingen gir heller ikke begrensning på lokasjon i helseomsorgssystemet. Tanken bak dette er å få frem personenes opplevelser av kommunikasjon i møte med helsepersonell uansett hvor en skulle befinne seg i behandlingsforløpet.

### 1.2.2 Begrepsforklaring

- Personer med minoritetsbakgrunn: alle voksne innvandre, utenlandske-, immigrants- og flykning pasienter over 19år, som bor i et annet land enn hjemlandet sitt.
- Helsepersonell: alt personell fra alle fagfeltene innenfor helse- og omsorgsektoren.

## 2 Teoribakgrunn

### 2.1 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske "*Communicare*" som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller å ha forbindelse med (Eide og Eide, 2017, s. 17). Kommunikasjon handler om overføring, utveksling eller formidling av signal, tegn eller tanker. Kommunikasjonsprosess kan fremstilles som en modell som består av en avsender, budskap og mottaker. Avsenderen innkoder (forsøker å gi innholdet av sine tanker og meninger et uttrykk som gjør det mulig å sende) budskapet sitt i form av tegn (ord, lyd, visuelle impulser, bilder, kroppsspråk, atferd, osv.) og mottakeren avkoder (forsøker å tilskrive mottatt tegn eller melding i en mening ut fra sitt ståsted) tegn og mottar budskapet. Mottakeren responderer ved å gi en tilbakemelding, som avsender må tolke. Kommunikasjonsprosessen kan være påvirket av noen elementer, *støy*, som tar oppmerksomhet slik at aktører blir forstyrret for eksempel en av aktørene har merkelige klær. Kommunikasjonsprosess skjer gjennom en kanal. Det kan være direkte (ansikt til ansikt) eller indirekte for eksempel via mellomledd, tolk, telefon, Facebook eller andre sosiale medier (Dahl, 2013, s. 56- 59).

Verbal kommunikasjon er kommunikasjon gjennom ord, språk og tale. Ifølge Hanssen (2019, s. 39) bruker mennesker språk på to måter. For det første bruker man språk for å uttrykke sine opplevelser, tanker og følelser. For det andre bruker man språk for å formidle sin modell av verden. Non- verbal kommunikasjon innebærer kroppsspråk, ansiktuttrykk, stemmeklang (stemmevolum og tonefall), blick og øyekontakt. Hver kultur har sin egen væremåte og betydning bak sine handlinger for eksempel hvordan man hilser, sitter, står og gestikulerer (Hanssen, 2019, s. 34). Non- verbal kommunikasjon er supplerende til verbal kommunikasjon som må fortolkes (Eide og Eide, 2017, 136).

Kontekst er settingen rundt teksten som blir formidlet. Dette er viktig for hvordan man kan tolke ord og handlinger (Dahl, 2013, s. 66). Kontekst er delt i høy- og lavkontekst. Med lavkontekst er det "saken" som styrer kommunikasjonen. Budskapet og meningen av det forklares klart og eksplisitt. Eksempel på land med lavkontekst er Sveits, Tyskland og Norge. Ved høykontekst formidler man budskapet implisitt. Kroppsspråk har stor betydning for å fremheve budskapet og kan også erstatte ord. Japan, Saudi Arabia og Brasil er eksempel på land med høykontekst.

Eide og Eide (2017) beskriver en "pasientrettet kommunikasjon" eller en "hjelpende kommunikasjon". Formålet er å få fram pasientens perspektiv, å forstå pasientens ulike psykososiale kontekst, å nå frem til felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier og ikke minst å hjelpe pasienten til å dele makt. Med sist nevnte menes det å stimulere pasienten til å bevare, og utøve kontroll og myndighet der dette er mulig. Pasientrettet- eller hjelpendekommunikasjon innebærer ti aspekter; å lytte til pasienten, å observere og fortolke pasientens verbale og non- verbale signaler, å skape gode og likeverdige relasjoner, å formidle informasjon på en klar og forståelig måte, å møte pasientens behov og ønsker på en god måte, å stimulere pasientens ressurser og

muligheter, å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon, å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg, å holde seg åpen for vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål og å samarbeide om å finne fram til gode beslutninger og løsninger.

## 2.2 Flerkulturell kompetanse

Ordet flerkulturell brukes ikke for å karakterisere et enkelt menneske, men mener i grunn samfunnet. Når man snakker om det flerkulturelle samfunnet, tenker man på det faktum at samfunnet består av mennesker som representerer et kulturelt mangfold (Båtnes og Egden, 2014, s.19). Flerkulturell kompetanse er kunnskap en har om mennesker, på tvers av ulike språk og kulturer. Slik kunnskap gjør at en er i stand til å forstå og verdsette kulturelle forskjeller (Stubberud, 2013, s. 218).

Campinha- Bacote (2002, 2007 og 2008) har skrevet en modell for flerkulturell kompetanse ved helsehjelp. Modellen beskriver flerkulturell kompetanse som en kontinuerlig prosess som innebærer integrasjon av kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kulturelle ferdigheter, kulturelle møter og kulturelle ønsker. Kulturell bevissthet handler om å være bevisst på hvordan vår egen oppdragelse påvirker våre holdninger og verdier. En må reflektere over sine meninger om, fordommer mot og oppfatninger av mennesker som er annerledes for å forstå andres kultur. Ved å være bevisst på dette, reduserer man risiko for kulturell fordømmelse. Kulturell kunnskap er å oppsøke innsikt i ulike kulturelle og etniske grupper, om personens helserelaterte oppfatninger og kulturelle verdier, om personens tidligere traumatiske opplevelser eller om kulturell sykdomshistorikk. Personens kulturbakgrunn, livstil, utdanning og erfaring påvirker deres sykdomssyn som igjen påvirker deres sykdomsatferd. Ved ha oversikt over ulike sykdomsforklaringer kan man lettere finne behandlingstiltak som kan anses som nyttige (Hanssen, 2019, s. 24).

Alle medisinske systemer bygger på de kunnskapene som samfunnet utvikler om hvordan og hvorfor sykdom oppstår, samt behandlingsmetoder og spesialister som benytter seg av disse metodene (Hanssen, 2019, s. 23). Kinesisk, ayurvedisk og unani er de tre medisinske systemene innen asiatisk medisin. Ayurveda kalles hinduenes medisin. Ayurvedisk medisin betyr "vitenskap om livet" og har en historie flere tusen år tilbake. Kinesisk medisin er knyttet til taoisme og kinesisk filosofi. Unanimedisin stammer fra gresk medisin. Balanse og harmoni står i sentralt i alle tre systemene. Balanseprinsipp er en av de utbredte medisinske oppfatningene. Prinsippet går ut på troen på balanse mellom kreftene yin og yang og balanse mellom kroppens ulike kroppsvæsker, varme, kalde, våte eller tørre. Hos en frisk person vil de ulike kroppsvæsker være i balanse. Sykdom oppstår ved et overskudd av varme eller kulde, eller av fuktighet eller tørrhet (Eriksen og Sajjad, 2012, s. 220- 221 og Hanssen, 2019, s. 24- 26).

Et annet sykdomssyn er at sykdom er tegn fra Gud eller gudene som ønsker å fortelle den syke noe. Sykdommene ses på som straff fra Gud eller gudene. Spesielt i Midtøsten kan det være mennesker som tror på det onde øyet eller den onde munn, og at det finnes en skadelig kraft i mennesker gjennom blick eller tale. Årsaken til sykdommen eller ulykke kan være på grunn av misunnelse. Mange tror også at svart magi kan være årsak til sykdommen. Dersom en sårer, fornærmer eller støter noen, kan man bli utsatt for

trolldom eller magi fra en trollmann/ trolldame mot den fornærmede (Hanssen, 2019, s. 26).

Kulturell kunnskap innebærer også å få kunnskap om personens tidligere opplevelser. Mange flyktninger kan tidligere ha vært utsatt for ekstreme traumer, fengsling eller tortur som fører til både fysiske og psykiske problemer. Det kan være udokumentert om pasienten har vært utsatt for noe tidligere derfor er det viktig å ha samtale med pasienten i tillegg til observasjon (Stubberud, 2013, s. 222- 223). Immigrasjonsprosessen kan påføre mange innvandrere/ flykninger stressfaktorer som igjen fører til at personene er mer utsatt for sykdom. Språkproblem, kultursjokk, desorientering, sosial isolasjon, hjemlengsel kan føre til depresjon eller annen form for psykisk lidelse (Hanssen, 2019, s. 19). I tillegg er det også viktig å få kunnskap om kulturell sykdomsoversikt, forekomsten av ulike sykdommer i de forskjellige innvandringsgruppene (Hanssen, 2019, s. 21). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) er det mange asiatiske og afrikanske innvandrere som er smittet av tuberkulose. Enkelte innvandringsgrupper, særlig de som er fra India, har større forekomst av diabetes type 2, overvekt og hjerte- og karsykdommer. Sørasiatiske innvandrere kan få problem med vektøkning, hypertensjon og hyperlipidemi på grunn av kostholdforandring og mindre fysisk aktivitet i vestlige land.

Campinha- Bacote (2002, 2007 og 2008) mener også at helsepersonell bør ha kulturelle ferdigheter til å kunne samle data om pasientens behov, ressurser, problem for å kunne ivareta hans/ hennes grunnleggende behov. Kommunikasjonsferdigheter er av betydning da. Med kulturelle møter betyr at sykepleier viser interesse og engasjement til å møte pasienter med ulike kulturellbakgrunn, har et ønske om direkte kontakt og samhandling. Kulturelle møter gir også mulighet for undersøkelse og vurdere pasientens språk og behov for tolk. I tillegg kan kulturelle møter bidra til å forebygge stereotyping. Siste punkt i modellen for kulturell kompetanse ved helsehjelp er kulturelle ønsker som går ut på helsepersonells motivasjon, ønsker og engasjement for å lære av andres likheter og ulikheter samt å gi kulturell omsorg (Campinha- Bacote, 2002, 2007 og 2008).

## 2.3 Joyce Travelbee "Menneske- til- menneske- forhold"

Ifølge Travelbee (2007, s. 177) er et menneske- til- menneske- forhold primært en erfaring eller en rekke erfaringer som oppstår mellom en sykepleier og en pasient (eller en pårørende). Hoved særtrekk ved dette er at pasienten (eller pårørende) får dekket sine behov. Menneske- til- menneske- forholdet er en gjensidig prosess der begge parter møter hverandre og ser den andre parten som et enkelt individ. Pasienten er ikke en sykdom eller problemet som må løses og sykepleier er et enkelt individ, ikke som en fagperson. Den profesjonelle sykepleier har ansvar for å etablere og ivareta menneske- til- menneske- forholdet.

Travelbee (2007, s. 186) har definert fem faser for å ivareta sykepleiebehov hos pasienten eller pårørende:

**Det innledende møtet** går ut på førsteinntrykket som kan være basert på partenes tidligere erfaringer. I denne fasen vil partene gjerne observere, og danne seg antakelser om hverandre som grunnlag for sine beslutninger. Partene er som regel

stereotypisert og kategorisert ved innledende møtet. Sykepleier ser en "pasient", og pasienten ser en "sykepleier". Ingen av partene ser enkelt individet. Stereotype forestillinger brytes etter partene blir bedre kjent. Sykepleier har ansvar å se mennesket i pasienten (Travelbee, 2007, s. 186- 188).

**Fremvekst av identiteter** er den fasen der partene ser på hverandre som et unikt menneskelig individ samt verdsetter og danner tilknytning til hverandre. En retter tanker og følelser mot den andre og danner seg oppfatning av den andres personlighet. Partene tilknytter seg med hverandre samtidig som en brytingsprosess begynner på den måten at individuelle identiteter vokser frem og aksepteres som unike, enestående. Sykepleier i denne fasen skal være bevisst på å oppfatte pasient som et unikt individ med egen identitet, vurdere likheter og forskjeller mellom seg selv og pasienten samt å etablere tilknytningen med pasienten. Dette kan også bidra til fremveksten av empati (Travelbee, 2007, s. 188- 192).

**Empatifasen** kommer den enkeltes oppfattelse som unikt individ tydeligere frem, og er akseptert. Empati er evnen til å sette seg inni, ta del i og forstå andre sin situasjon, men ikke i den forstand som å tenke eller føle som den andre. Partene opplever forståelse for hverandre og erkjenner at noe meningsfylt formidles. For at empati skal kunne lettere oppstå, må likhetstrekk mellom partenes erfaringer være til stede. Partenes egen bakgrunn er avgjørende for å kunne forstå den andres atferd. Empati er et viktig moment, men ikke nok i seg selv for å oppnå gjensidig kontakt og forståelse. For å oppnå dette må forholdet utvikle seg videre til sympati og medfølelse (Travelbee, 2007, s. 193- 200).

**Sympati og medfølelse** er et steg videre etter empatiprosessen. Det innebærer evne til å tre inn eller dele den andres følelser. Sympati og medfølelse er å være følsom eller påvirket av andres følelser eller opplevelser. Dermed er det ingen distanse mellom partene. Sykepleier i denne fasen føler med pasienten, kommuniserer på denne måten at pasienten betyr noe for henne og har et ønske å hjelpe pasienten på grunn av den han/hun er. Sykepleier omsetter medfølelsen i grunnleggende handlinger. Dette krever både en god tilnæringsmetode og evnen til å bruke seg selv som terapeutisk. Det handler ikke bare om å ønske å hjelpe, men sykepleier må også ha kunnskaper og ferdigheter til å kunne yte omsorgen (Travelbee, 2007, s. 200- 210).

**Gjensidig forståelse og kontakt** er opplevelsen etter at sykepleier og pasienten har gått gjennom de øvrige fasene. Gjensidig forståelse og kontakt er en prosess, et fenomen, en eller en rekke erfaringer som både sykepleier og pasienten har gått gjennom sammen og etablerer et nært og ektefølt forhold til hverandre. Partene relaterer seg til hverandre som menneske til menneske og stereotypene er brutt. Det betyr ikke et uprofesjonelt forhold, men at to mennesker handler sammen uten behov for å distansere taktikker. Sykepleier og pasienten kommuniserer, formidler sine tanker, følelser og handlinger til hverandre (Travelbee, 2007, s. 211- 217).

## 2.4 Tolk og bruk av tolk

Tolk er en person som oversetter budskap fra et språk som avsender snakker til et annet språk som mottaker forstår (Brenna, 2007, s. 64). Tolken har både språkkunnskap og samfunnskunnskap. Det vil si at tolken har kjennskap til og forståelse for de kulturell

ulikheter og betydning som ligger i ordene/ uttrykkene som partene bruker under samtale. Dette menes ikke at tolken skal benyttes til kulturformidling. Tolken skal være upartisk, ikke si sin mening om saken og skal være objektiv både i forhold til sak og person. Tolken har taushetsplikt på lik linje som helsepersonell. Det som blir sagt eller kommer frem under samtale, kan tolken ikke gå videre med til andre. Notatene som tolken har gjort underveis, skal ikke lagres som huskeliste til neste samtalen, de skal makuleres rett etter samtalen er avsluttet. Tolken er inhabil hvis han/ hun har kjennskap til, er i slekt med, har vært samboer, gift eller forlovet med en av partene (Brenna, 2007, s. 65).

Tolk kan bestilles fra den kommunale tolketjenesten eller fra tolketjenesten i nabokommune eller landsdekkende tolkeregister. Nasjonalt tolkeregister finnes i integrasjons- og mangfoldsdirektoratet (tolkeregister, 2021). I tillegg finnes det også private tolketjenester både i lokal, regional og nasjonal (Brenna, 2007, s. 66). Det finnes tolk i fem forskjellige typer kategorier:

- A: Er de høyest kvalifiserte tolkene med både bachelor og statsautorisasjon.
- B: Svært høyt kvalifiserte tolker med bachelor *eller* statsautorisasjon og grunnemne (minimum 30 studiepoeng i tolking i offentlig sektor).
- C: Høyt kvalifiserte tolker med statsautorisasjon.
- D: Godt kvalifiserte tolker med grunnemne (minimum 30 studiepoeng i tolking i offentlig sektor).
- E: Kvalifiserte tolker med tredagerskurs i tolkens ansvarsområde (TAO) og enten bestått tospråktest eller statsautorisert translatør/fagoversetter (tolkeregister, 2021).
- 

Helsepersonell må finne ut om språk som pasienten snakker og bestille tolk med riktig språk. Helsepersonell må sette av god tid for møte siden samtalen vis tolk tar lengre tid enn direkte samtalen. Vanskelig ord og ordtrykk bør drøftes sammen med tolken før møtet starter. Helsepersonell må forklare tolkens rolle til pasienten og informere pasienten tydelig om tolkens taushetsplikt. Helsepersonell skal snakke direkte, ha blikkontakt med pasienten eller pårørende. Helsepersonell kan stille noe kontrollspørsmål underveis for å sjekke om pasienten har forstått budskapet. Det er viktig å forberede seg godt til samtale, planlegger hvor samtalepartene skal sitte og bruker korte setninger under samtalen (Brenna, 2007, s. 70- 71).

Ifølge forvaltningsloven (2016) §11e er det forbudt å bruke barn som tolk med unntak nødsituasjon for å unngå tap av liv eller alvorlig helseskade. Å bruke barn som tolk setter man barn i vanskelig situasjon og kan være skadelig for barnet. Det er et stort ansvar og krever modenhet, bredde kunnskap og spesifikke ferdigheter. I noen tilfeller kan det omhandle alvorlig forhold derfor skal ikke barn benyttes som tolk og måtte ta stilling til. Når familiemedlemmer eller venner til pasienten blir benyttet som tolk, risikerer sykepleier at informasjonen kan bli holdt igjen fordi familiemedlemmene eller vennene til pasienten vil skjerme pasienten fra det budskapet. Pasienten selv kan føle ubehagelig å snakke åpen foran sin pårørende i enkelte situasjoner for eksempel under en gynekologisk undersøkelse (Hanssen, 2019, s. 46).

## 2.5 Lover og retningslinjer

Helsepersonelloven (1999, §10) sier at den som yter helse- og omsorgstjenesten, skal gi informasjon til den som har krav for det. I samsvar med dette sier lov om pasient- og brukerrettighet at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. I tillegg skal informasjonen gis på en hensynsfull måte. Helsepersonell skal så lang som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydning av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2 og § 3-5).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 2-1a) skal helsetjenesten gi den som søker eller trenger helsehjelp opplysninger om helse- og behandlingssmessige som vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Bestemmelse gjelder i tillegg til informasjon om tjenestetilbudet, informasjon for å kunne ivareta retten til nødvendig helsehjelp samt at deres rett til utredning og behandling blir ivaretatt. Det er viktig at pasientene blir informert om retten til å be om fornyet vurderinger og retten til å klage.

Forvaltningsloven (1967, § 11) tilsier at ansatte i stat og kommune har veiledningsplikt. Det vil si at forvaltningsorganet har plikt til å gi veiledning til person som spør om sine rettigheter og plikter i et konkret forhold som vedkommende har interesse for. Forvaltningsorganet bør sørge for at informasjon som skal gis til person som ikke snakke offisielt språk, blir gitt på et språk som den minoritetsspråklige forstår. Under paragraf 16 beskrives også at ved forhåndsvarsling skal parten ha mulighet til å uttale seg i en sak før beslutning skal tas. I tillegg beskriver det i §17 at saken skal være godt opplyst som mulig før vedtak treffes (Forvaltningsloven, 1967, §16 og § 17). Jareg og Pettersen (2006) sier at i den norske forvaltningsloven nevner imidlertid ikke bruk av profesjonell tolk på en eksplisitt måte. Innholdet av veiledningsplikt skal tilpasses det enkelte forvaltningsorganets kapasitet. Kapasitetsmangel skal ikke ramme minoritetsspråklige som er avhengig av tolk, på en systematisk skjev måte.



## 3 Metodebeskrivelse

Mulrow og Oxman(1997) referert i Forsberg og Wengström (2015, s. 40) sier at en systematisk litteraturstudie er basert på en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk ved å identifisere, velge, evaluere og analysere relevant forskning. Metoden i en systematisk litteraturstudie begynner med å klargjøre en hensikt og en problemstilling. Videre skal plan for litteratursøking utformes. Selve søket gjennomføres etter planen via forskjellige databaser. De relevante forskningsartiklene velges ut etter kritisk vurderingskriterier og kvalitetsbedømmelse. Funnene fra artiklene må analyseres og resultatene presenteres. Deretter skal det være diskusjon i forhold til problemstilling og trekker sammenfatning og konklusjon.

### 3.1 Datasamling og søkestrategier

Datamaterialer ble samlet inn fra høsten 2020. Det ble utført flere søk i forskjellige databaser under kategori medisin og helsefag. Mange forskningsartikler ble samlet inn for grundigere gjennomgang. Datamaterialene ble redusert ned til åtte mest relevante forskningsartiklene ble valgt for videre arbeid.

Thidemann (2015, s. 78) beskriver seks trinn for hvordan utvelgelsesprosessen kan utføres i en systematisk litteraturstudie. Trinn en starter med å konkretisere problemstillingen slik at den blir så presis som mulig og søkbar. Andre trinn var utvalg av databaser. Databaser som ble benyttet under dette arbeidet var CINAHL Complete, MEDLINE Ovid og Pub Med som ligger under kategori medisin og helsefag. Videre i trinn tre ble søkeordene valgt ut fra problemstillingen, *Minority Groups, experience, health care, communication og ethnic minority*. Ordene ga begrenset resultat og traff ikke nøyaktig på det oppgaven var ute etter. Jeg ble rådet av bibliotekar å benytte synonymmer; *Immigrants, Refugees, Hospitalization, Inpatients, Language, Language barriers og communication barriers*. Neste trinn var gjennomføring av søk i databasene som var tidligere nevnt. Søkeordene ble kombinert med "OR" for å utvide søket og få flere treff. Videre kombinerte søkeordene med "AND" for å begrense søket og gi snevrere treff (Thidemann, 2015. S. 87). Søket begrenset med årstall, alder, peer review og språk. I trinn fem ble flere abstrakter skimlest, og noen artikler med relevante abstrakt ble lest nøye. Deretter ble relevante artikler valgt ut i samsvar med min inklusjonskriterier (Se tabell i punkt 3.2). Søkehistorikk og litteraturmatriser ble utarbeidet som siste trinn i samsvar med Thidemanns trinnene.

## 3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjons og eksklusjonskriterier for valgt av forskningsartikkel i oppgaven er presentert i tabell under:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD- struktur Fagfellevurdert Publisert fra 2010- 2021 Pasientperspektiv Aldersgruppe: Voksen fra 19 til 65+ Språk: Engelsk, Norsk, Svensk og Dansk	Sykepleie- og pårørendeperspektiv Barn og ungdom

## 3.3 Kvalitetsvurdering

Utvalgte artikler, ble vurdert både uti fra kvalitet og relevans til problemstilling basert på sjekkliste for systematiske litteraturstudier fra Forsberg & Wengström (2015, s. 191). Alle utvalgte artiklene har mål og hensikt som er i samsvar med problemstillingen. Sju av åtte artiklene er kvalitativ studie, utført med intervju, fokus gruppeintervju og spørreskjema. En artikkel er systematisk oversiktsstudie, utført med å gjennomgå av 60 kvalitative komponent studier. Design på studiene er relevant for å besvare problemstillingen siden oppgaven tar sikte på å belyse pasientenes erfaringer og opplevelser. Studiene beskriver sine inklusjonskriterier tydelig med hvordan deltakerne/litteraturer ble valgt ut og rekruttert med. De kvalitative studiene ble utført innen helseforetak, på sykehus, helsestasjon, under konsultasjon eller under transport til sykehus samt beskriver studiene konkret på hvor og når deltakerne ble kontaktet. Den systematiske oversiktstudien inneholdt også studiene innenfor helse- omsorgssektor og beskrev hvordan og når data ble samlet inn. Artiklene benyttet strategiskutvalg, deltakerne var voksne pasienter med minoritetsbakgrunn. Resultatene i artiklene svarte på problemstillingene i studiene som, gjorde artiklene troverdige.

## 3.4 Etiske aspekter

*“Etiske overveielser omhandler å tenke over konsekvensene av det du har tenkt å gjøre. Dette er særlig vesentlig dersom mennesker anvendes som kilde under innsamling av data”* (Dalland, 2018. S. 227). Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke blir utsatt for skader som forskningen kan medføre. Målet for forskning er å få ny kunnskap, men den må ikke være på bekostning av enkelte personens integritet og velferd (Dalland, 2018. S.236). Ved all medisinsk og helsefaglig forskning må forskeren søke om forhåndsgodkjenning om forskning prosjektet er etisk forsvarlig å gjennomføre. I Norge er det Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som forvalter spørsmål om etisk forsvarlighet i forskning. Retningslinjer som den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helse har utarbeidet, beskriver at forsker må ta hensyn til informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og ikke minst må forskerens ansvar for å unngå skade (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s. 45).

Fem av artiklene beskrev forhåndsgodkjenning fra den etiske komitéen som eksisterte der forskning fant sted. To av artiklene skrev at det ikke var krav for forhåndsgodkjenning (i Sverige og Holland) for deres studier, men likevel hadde forskerne tatt etiskvurdering på alvor. Deltakerne var informert, og har samtykket. Data var samlet og behandlet slik at deltakerne ble anonymisert og ikke kunne gjenkjennes. En studie beskrev at deltakerne har fått tildelt gavekort. Forskerne tok ansvar for å unngå skade ved å ekskludere de utsatt/sårbare gruppene samt tilpasse metoden for den enkelte. Deltakerne ble informert om de kunne trekke seg hvis de ombestemte seg. En artikkel benyttet systematisk litteraturstudie, denne beskrev ikke noe om sin etiskevurdering.

### 3.5 Analyse

Et vitenskapelig analysearbeid går ut på oppdeling av det undersøkte fenomenet i små deler og granske dem enkeltstående. Heretter blir det sammensatt på nytt som en helhet for å skape en ny kunnskap. Dette kalles for syntese. (Forsberg & Wengström, 2015. S. 152). Oppgaven ble analysert med utgangspunktet i Evans (2002) fire syntesesteg av fortolkning studier:

Første steg omhandler data innsamling (Evans, 2002). Som tidligere nevnt i datasamling ble flere datamaterialer samlet inn, gjennomgått, redusert ned og valgt ut etter inklusjonskriterier til åtte mest relevante. Artiklene ble nummerert (en til åtte) for en bedre oversikt.

Andre steg innebærer å identifisere nøkkelfunnene i hver enkelt artikkel (Evans, 2002). Hver enkelt artikkel ble gjennomgått flere ganger (gjennomgått på langs). De ulike temaene fikk da forskjellige fargekoder for å kategorisere de ulike funnene i studiene. Det var tre temaer som ble tatt opp mest og dermed ble kategorisert som tre hovednøkkelfunn; mangel på informasjon, erfaring med tolk og forskjell i oppfatning. Deretter ble det opprettet hovednøkkelfunn tabell for å samle funnene på en systematisk måte.

Tredje steg går ut på kritikk evaluering av artiklene mot hverandre, overveie, finne fellestrekk samt felles tema (Evans, 2002). Etter utarbeidelse av nøkkelfunn ble funnene gjennomgått på nytt og sammenlignet med hverandre for å finne likhet og forskjell i hver enkelt kategori (gjennomgått på tvers). Hver kategori ble samlet inn som en hel tekst for å få en god sammenheng.

Siste steg handler om å gjøre rede for de ulike nøkkelkategoriene som ble funnet via analysen. Disse hovedkategoriene danner nye overskrifter som gir støttende eksempler fra original artiklene (Evans, 2002). Dette kommer inn under resultatdelen punkt 4.

## 4 Resultat

### 4.1 Mangel på informasjon

Studiene viser til personer med minoritetsbakgrunn opplevelse av å ikke ha fått informasjon fra helsepersonell om deres medisinske tilstand, diagnose, behandlingsforløp og resultat av undersøkelse. Informasjon er utilstrekkelig, uforståelig, upersonlig og unyttig. På grunn av språkproblem, lite forklaringstid, uengasjert og dårlig formidlingsevne hos helsepersonellet fører til dårlig kommunikasjon mellom personalene selv og personer med minoritetsbakgrunn. Dette påvirker informasjonsutveksling mellom partene. Pasientene opplever at de ikke har evne til å forklare symptomer eller gi nødvendige helseopplysning til helsepersonell. Med dette mener pasientene også at de mister mulighet til å medvirke sin behandling. Mangel på informasjon eller utilstrekkelig informasjon fører til misforståelse, mistillit og misnøye om igjen påvirker interaksjon mellom pasientene og helsepersonell (Schinkel, S., Schouten, B. C., Kerpiclik, F., Putte, B. V. D., og Van Weert, J. C. M., 2019, Ramos- Rour, F., Cid, F.M., Dominguez, J. M. M., Bernal, J. S., Sierra, R. G., Cano, M. I. F. og Monserrat, P. T., 2021, Sevinç, S., Kiliç, S.P., Ajghif, M., Öztürk, M.H., Karadağ, E., 2016, Yeheskel, A., Rawal, S., 2019, Krupic, F., Sadic, S., Fatahi, N., 2016, Mckinn, S., Doung, T. L., Froster, K. og McCaffery, K., 2017, White, J.A., Levin, J. og Rispel, L. C., 2020 og Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M. C., Stronks, K. og Essink- Bot, M. L., 2011).

Det viser seg også at flere avgjørelser ble tatt av personalet uten at pasienten er informert eller er med på å medvirke sin behandling. Personer med minoritetsbakgrunn opplever at deres innspill/ helseopplysning blir ikke lyttet til. (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Yeheskel, A. et al., 2019, Krupic, F. et al., 2016 og Suurmond, J. et al., 2011). En dominikansk kvinne forteller om sin opplevelse på gynekologiskavdelingen at hun ikke var klar over at det ble satt inn urinrørsstent og at blæren ble perforert under en laparoskopi. Kvinnen hadde mye smerter i etterkant på grunn av komplikasjoner (smitte) og ble til slutt informert om hva som ble gjort under laparoskopien:

*"I don't speak Dutch well, and if you're in pain then it's easier to speak Spanish. The doctors thought something had happened, and they didn't told me. There was a complication, and I wasn't told about it. And I had an indwelling stent I wasn't informed about. I'm still in pain now, and I have totally lost trust"* (Schinkel, S. et al. 2019).

Pasientene må oppsøke personalet selv for å spørre om det de lurte på (Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Sevinç, S. et al., 2016 og Krupic, F. et al., 2016). Informasjonen er ikke tilpasset for enkelte individ. Skriftlig informasjon blir utdelt i form av for eksempel brosjyre eller bok er ikke tilpasset for enkelte pasient og blir da oppfattet som "upersonlig" og "unyttig". Pasientene ønsker mer forklaring i tillegg til den skriftlige informasjonen. Flere pasienter setter stor pris når helsepersonell tar seg tid for å forklare informasjon og opplever dette som høy kvalitet omsorgen (Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Yeheskel, A. et al., 2019 og Mckinn, S. Et al., 2017).

Til tross for kommunikasjonsproblemer føler mange personer seg likevel godt ivaretatt. Pasientene opplever å bli sett og hørt fra det non- verbale språket til helsepersonell (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019 og White, J. A. et al., 2020).

“When he sees me he laughs and asks how I am doing. I mean, that is something beautiful.” (Schinkel, S. et al. 2019).

## 4.2 Erfaring med tolk

Tema om behov for profesjonell tolk er tatt opp i flere forskningsartikler. Personer med minoritetsbakgrunn mener at de ikke får vite om deres sykdomsdiagnoser, behandlingsforløp og resultat av undersøkelser på grunn av manglende språkkunnskap og oversettelse. Flere uheldige hendelser har oppstått underveis, på grunn av pasientene og helsepersonell ikke forstår hverandre. Pasientene mener også at nødvendige opplysninger som har betydning for deres behandling ikke blir tatt opp siden pasientene selv mangler språkkunnskap og ikke klarer å fortelle det til helsepersonell. Samtidig blir de nødvendige opplysningene fra personene ikke forstått av helsepersonell som fører til at opplysningene blir oversett (Schinkel, S. et al. 2019, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019, Krupic, F. et al., 2016, Mckinn, S. Et al., 2017 og Suurmond, J. et al., 2011).

Flere forskningsartikler har tatt opp om familiemedlemmer til pasienter med minoritetsbakgrunn, personalet i avdelingen og ikke minst medpasienter, ble benyttet for å oversette/ formidle budskap til personene med minoritetsbakgrunn (Schinkel, S. et al. 2019, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019, Krupic, F. et al., 2016, Mckinn, S. Et al., 2017 og Suurmond, J. et al., 2011). Mckinn et al. (2017) viser til i sin studie at en kvinne med minoritetsbakgrunn som ikke kunne lese, har fått tildelt skriftlig informasjon som hun skulle lese selv hjemme. Kvinnene måtte be sin ektemann om å oversette informasjonene for henne. Pasienter mener at de ikke har fått tilstrekkelige informasjoner fordi deres pårørende tolker, og holder igjen informasjon for å skjerme dem:

*“She was told by her brother that a person can only have anesthesia six times during a lifetime. She had already five operations and did not want a sixth. She wanted to save the last operation in case of something extremely serious.”* (Suurmond, J. et al., 2011).

Flere pasienter med minoritetsbakgrunn var misfornøyd med tolketjenesten. Pasientene mente at det tok lang tid før de fikk tolk, og da de endelig fikk tolk så ble det likevel feil oversettelse. Noen pasienter med minoritetsbakgrunn fortalte om at de har fått tolk som var fra et annet land, de hadde litt fellesspråk, men tolken klarte ikke å formidle budskap slik at pasientene kunne forstå (Schinkel, S. et al. 2019, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019, Krupic, F. et al., 2016, Mckinn, S. Et al., 2017 og Suurmond, J. et al., 2011).

*"I waited to see the doctor for five months. My daughter was at the meeting, and the interpreter was translating. He did not understand everything the doctor said. He translated around fifty percent."* (Krupic et al., 2016).

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

### 4.3 Opplevelse av kulturforskjell

Flere studier viser til pasientens opplevelse av kultur har innvirkning på dialogen mellom seg selv og helsepersonell. Pasientene foretrekker høykontekst kommunikasjon under konsultasjon og behandling. Pasientene mener at de har behov for å forklare faktorene rundt sykdommen, hva de tror sykdom kommer fra og hvordan livssituasjonen deres påvirker sykdommen. Pasientene mener at på grunn av deres begrensede språkkunnskap påvirker deres evne til å forklare dette til helsepersonell. Å lytte til deres forklaring oppfatter pasientene som høy omsorgskvalitet. Pasientene oppfatter helsepersonell som "uforsiktig" når de får direkte spørsmål. De ønsker at personalet skal bruke tid til å snakke, uformell form for samtale og heller begynner samtale med å stille personlig spørsmål som for eksempel "Hvordan går det med barn dine?" (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Yeheskel, A. et al., 2019, Mckinn, S. Et al., 2017 og Suurmond, J. et al., 2011):

*"First he asks how I am doing and how the children are doing. And then he asks about my health problems and does his research. I'm very satisfied."* (Schinkel, S. et al. 2019).

Mange pasienter med minoritetsbakgrunn opplever forskjell i perspektiv som fører til at deres forklaring av symptom eller sykdomsbeskrivelse ikke blir hørt av helsepersonell. Pasientene klarer ikke å forklare sin tro på sykdommen, samtidig klarer helsepersonell ikke å formidle det biomedisinske perspektivet. Dette fører til ekstra utfordring i samtalen når helsepersonell ikke forstår hva pasientene ønsker å formidle. Noen pasienter foretrekker helsepersonell med samme språk og kultur fordi de mener at det er lettere å forstå hverandre. Andre pasienter forventer ikke at helsepersonell skal kunne snakke det samme språket, men de setter pris på at helsepersonell gir mer verdige omsorg uavhengig av deres kulturelle bakgrunn, tar hensyn til deres normer, tro og religion (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019 og Suurmond, J. et al., 2011).

*"I believe they thought it was a different perception of illness, and that was the reason the complaints were not taken seriously."* (Schinkel, S. et al. 2019).

### 4.4 Forventninger til helsepersonell

Flere studier har tatt opp om pasientenes forventninger til helsepersonell. Pasientene ønsker at helsepersonell bruker god tid å forklare, vise engasjement, vise interesse og ha en god formidlingsevne. Non- verbalkommunikasjon har mye betydning for pasientene med minoritetsbakgrunn. Mange pasienter ønsker at helsepersonell skal være spørrende, smilende og bruke navn. I tillegg ønsker flere pasienter med minoritetsbakgrunn at helsepersonell skal være tålmodig og prøve å forstå hva de prøver

å fortelle (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019, Mckinn, S. Et al., 2017 og Suurmond, J. et al., 2011):

“Nurses don’t have time to listen because they’re completely focused on doing their thing, you know? Then, there wo n’t be any communication (...). I want the nurse to listen to me, to take time to care for me and let me to explain how I feel.” (Ramos- Rour, F. Et al., 2021).

Flere pasienter med minoritetsbakgrunn har problem å uttrykke sine behov på grunn av deres dårlig språk- og formidlingsevne. Pasientene klarer ikke å formidle og får ikke dekket sine grunnleggende behov. Flere bruker kroppsspråk som formidlingsmetode. Studien viser også at det er uklart på hvor mye pasientene deler sitt perspektiv med helsepersonell. Flere rapporterer at selv om de ikke forstår, føler de seg likevel godt ivaretatt. Personene verdsetter både ord og holdning til helsepersonell (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019, Mckinn, S. Et al., 2017 og Suurmond, J. et al., 2011):

*“I have been here for 3 days and they have done everything for me. We are very grateful to Turkey. There is no problem, we have the best care. We have completely settled down and reached comfort”* (Sevinç, S. et al., 2016).

## 5 Diskusjon

I diskusjonsdelen mener Forsberg og Wengström (2015) at resultatene blir diskutert i forhold til problemstillingen og nåværende kunnskap. Videre diskuteres mulige metodiske mangler i studien. Eventuelle svakheter eller begrensinger i studien bør identifiseres og diskuteres (metodekritikk). En balansert diskusjon er saklig, og det handler om å sammenligne resultatene (likheter og forskjeller). Til slutt bør den teoretiske referanserammen som oppgaven er bygd opp av diskuteres.

### 5.1 Metodediskusjon

Grunnen at jeg ikke geografiskbegrenset på søket mitt, var at innvandring og immigrasjon er et globalt fenomen. Selv om helsevesenet kan være forskjellig fra land til land, vil det likevel oppstå utfordringer i forbindelse med kommunikasjon. Oppgaven vektlegger kvalitative studier med bakgrunn av ønske om å få frem etnisk minoritet pasientenes sine erfaring og opplevelser. Søket begrenset heller ikke at det skulle være primær- eller sekundærhelsetjenester med mening å ha utfall fra alle synsvinklene, uansett hvor i helsesystemet personene skulle befinne seg i. Tre forskningsartikler ble byttet ut underveis grunnet funnene i disse artiklene ikke passet helt for oppgaven. Alle artiklene var på engelsk og ble oversatt og tolket etter min beste evne. Det kan likevel være noe feil tolkning av materialene. Søket kunne ha blitt gjort på flere databaser enn tre databaser, noe som kan resultere at flere gode artikler ble utelukket. Flere artikler har tatt opp de fire hovedkategoriene i oppgaven, Noe som viser at det er sterke funn.

### 5.2 Resultatdiskusjon

Her skal de sentrale funn fra de åtte forskningsartiklene diskuteres/drøftes i lys av teoribakgrunnen som ligger til grunn i oppgaven. I tillegg skal konsekvenser for sykepleieutøvelse også belyses under denne delen.

#### 5.2.1 Mangel på informasjon

Funnene i oppgaven viser til at pasienter med minoritetsbakgrunn opplever mangel på informasjon fra helsepersonell både på muntlig og skriftlig. Pasientene forstår ikke informasjon om sin helsetilstand, diagnose, årsak til sykdommen eller behandling. Kommunikasjonsproblem mellom pasientene og helsepersonell hindrer utveksling av informasjon som påvirker interaksjon mellom partene. Mangelfull eller utilstrekkelig informasjon fører videre til flere uheldige hendelser samt fører til pasientenes opplevelse av utrygg, mistillit og misnøye (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019, Krupic, F. et al., 2016, Mckinn, S. Et al., 2017 og Suurmond, J. et al., 2011). Dette er i tråd med Brenna (2007, s.63) som sier at språkbarriere fører til kommunikasjonsproblem som igjen fører til at minoritetspasienter ikke forstår informasjon som blir gitt. Kombinasjon av manglende innsikt, for lite tid til forklaring om hva som skal skje, kan utvikle utrygghet og uro hos pasientene. Sykepleier må legge stor vekt på sin



kommunikasjonskompetanse og sikrer at etnisk minoritets pasienter får informasjon de trenger, tilpasser informasjon slik at det er forståelig, og ikke minst sikrer at minoritetspasientene forstår informasjonen som blir gitt. Slik utfører sykepleiere forsvarlig arbeid etter kravene som lovene stiller.

Som regel vet helsepersonell hva pasienten trenger informasjon om, og kan forberede seg til samtale. For at informasjon skal nå frem, må god formidling skje i dialogen på pasientens premisser. Sykepleier må finne ut om hvilken informasjon pasienten trenger slik at den oppleves som relevant og nyttig, skaffe informasjonen, planlegge og ha klare hensikt og mål med informasjonen. I tillegg må sykepleier informere pasienten på en god måte slik at pasienten opplever at han/ hun blir ivaretatt (Eide og Eide, 2017, s.218). Informasjonen bør være så fullstendig som mulig, men samtidig skal ikke den oppleves som belastende. For mye informasjon på engang, kan føre til at pasienten blir overbelastet og glemmer hva som blir sagt. I situasjon når man er syk, kan evne til å ta imot informasjon og å huske reduseres. Informasjonen bør i tillegg bidra til at pasientens situasjon blir så forutsigbar som mulig. Dette betyr at sykepleier bør informere pasienten på rett tid, i god tid slik at pasienten vet hva som skal skje og hvordan han/ hun skal forholde seg til det (Eide og Eide, 2017, s. 219).

Pasientene setter stor pris for at sykepleieren tar seg tid å prate, bli kjent, kan identifisere deres behov og ikke minst å informere dem (Stubberud, 2013, s. 226). Med dette er det viktig at sykepleier bruker god tid å informere, lytte og være spørrende i møte med personer med minoritetsbakgrunn (Brenna, 2007, s. 63). I tillegg er det viktig at sykepleier har evne til å observere og fortolke pasientens verbale og ikke- verbale signaler, skape gode og likeverdige relasjoner, formidle informasjon på en klar og forståelig måte samt å møte pasientens behov, ønsker på en god måte og stimulere hans/ hennes ressurser. Sykepleier må i tillegg forholde seg åpen til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål (Stubberud, 2013, s. 226- 227).

Mangel på et felles språk kan være frustrerende både for pasienten og sykepleier under kommunikasjon. Sykepleier må vise engasjement og vilje til å kommunisere med minoritetspasienten. Kommunikasjonsverktøy kan være en god hjelp, for eksempel digital kommunikasjonsperm for fremmedspråklige som ligger på helsebiblioteket (2020) sin nettside. Digital kommunikasjonsperm inneholder spørsmål eller setninger på ulike språk som går på det daglige samtale, for eksempel stell, mat, drikke, eliminasjon, smerter, vitale funksjoner eller ulike prosedyrer. Pasienten kan også høre lyd og ser på bilder som illustrerer teksten. Oslo universitetssykehus (2016) har i samarbeidet med Pak Radio Voice of Oslo og ressurscenter for migrasjonshelse startet et prosjekt "Helseradio", for å nå ut med helseinformasjon til personer med minoritetsspråk. Sendingen inneholder ulike tema for eksempel barnehelse, demens, diabetes, osv. Lytterne kan sende inn spørsmål de har på forhånd eller underveis i sendingen. Spørsmål besvares av helsepersonell. Hittil kan man høre sendingene på urdu, somali og arabisk.

### 5.2.2 Erfaring med tolk

Vår studie om personer med minoritetsbakgrunns opplevelser av kommunikasjon i møte med helsepersonell har vist at personene ikke får vite om sin diagnose, behandlingsforløp eller om resultat av undersøkelsene på grunn av mangel på oversettelse/ tolk. Det er ikke alltid arrangert tolk, tolk er ikke tilgjengelig, dårlig og feil oversettelse fra tolk.

Familiemedlem, medpasienter eller andre personaler blir benyttet som tolk. Mangel på oversettelse/ tolk fører i tillegg til misforståelse mellom personer med minoritetsbakgrunn og helsepersonell som igjen fører flere uheldige hendelser (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019, Krupic, F. et al., 2016, Mckinn, S. Et al., 2017 og Suurmond, J. et al., 2011). Dette er i samsvar med Brenna (2007) som sier at mangel på felles språk fører til kommunikasjon blir hemmet. Dette medfører også urolighet og utrygghet hos pasientene. I tillegg føler helsepersonell også utrygg når en ikke vet om man forstår pasienten riktig eller ikke. Dette fører videre til at pasienter med minoritetsbakgrunn står i fare for uforsvarlig omsorgtjenesten. Sykepleie må identifisere, undersøke, vurdere personenes språkevne og bestille profesjonell tolk om det skal være behov.

For å oppfylle kravene som lovene stiller, er det nødvendig å benytte profesjonelle og kompetente tolker. Sykepleier i møte med personer med minoritetsbakgrunn må identifisere, undersøke og vurdere personenes språk samt vurdere behovet for tolk (Stubberud, 2013, s.234). Pasienter må få informasjon om deres rettighet for tolk. Helsedirektoratet (2010) har laget en brosjyre om tolk i helsetjenesten på 24 forskjellige språk slik helsepersonell kan dele ut til personer med minoritetsbakgrunn. Dette er for å sikre at personene er informert om sine rettigheter. Sykepleier må være klar over at enkelte minoritets pasienter ikke vil benytte seg av tolk fordi de ikke stoler på at tolken holder taushetsplikten. Derfor er det svært viktig at sykepleier informerer minoritetspasienter om at tolken har taushetsplikt, og hva det innebærer (Hanssen, 2019, s. 48). Mange personer med minoritetsbakgrunn kan ha bekymringer for at de selv må dekke kostnad av tolk. Tolk er gratis for pasienter i helsetjenesten, bortsett fra hos tannlegen må man selv betale (Helsenorge, 2019).

Helsepersonell kan oppleve at det er tidskrevende og upraktisk ved å benytte tolk. Med tanke på dette har helsedirektoratet (2011) utarbeid en veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgtjenesten. Formålet med dette er å bidra til likeverdige helse- og omsorgtjenester og at pasientrettighetsloven og relevante lover følges. I tillegg skal veilederen bidra til å gi helse- og omsorgspersonell bedre kompetanse til å bestille kvalifiserte tolker og til å gjennomføre samtaler via tolk. I enkelte tilfelle kan tolk ikke være til stedet. Sykepleier kan likevel benytte tolketjeneste via kommunikasjonsteknologi som for eksempel Skype, Teams eller telefon (Hanssen, 2019, s. 49). I situasjon der det ikke er mulig å skaffe tolk, kan det være nødvendig å ha en liten ordliste tilgjengelig (Hanssen, 2019, s. 49).

Det er viktig at sykepleier bestiller tolk med språkkunnskap som er i samsvar med pasienten. I tillegg er det viktig å tenke på kjønn før bestilling av tolk (Brenna, 2007, s. 69). Samtale via tolk kan ta dobbelt så lang tid enn direkte samtale. Derfor er det viktig at sykepleier forbereder seg om hvilken informasjon og hvilke spørsmål som bør prioriteres (Hanssen, 2019, s. 48).

### 5.2.3 Opplevelse av kulturforskjell

Funnene i oppgaven viser at pasienter med minoritetsbakgrunn opplever at kultur har innvirkning på dialogen mellom seg selv og helsepersonell. Minoritetspasientene mener at det er forskjeller i konteksten. Direkte spørsmål fra helsepersonell blir oppfattet av minoritetspasientene som uforsiktig. I tillegg mener pasientene med minoritetsbakgrunn at deres forklaringer om faktorene rundt sykdommen ikke blir lyttet

til. Partene klarer ikke å formidle sitt sykdomssyn til hverandre, noe som gir ekstra utfordring i samtale. Noen pasienter foretrekker helsepersonell med samme språk og kultur fordi de mener at det er lettere å forstå hverandre. Andre pasienter forventer ikke at helsepersonell skal kunne snakke på samme språk, men de setter pris på at helsepersonell gir mer verdige omsorg uavhengig av deres kulturelle bakgrunn, tar hensyn på deres normer, tro og religion (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019 og Suurmond, J. et al., 2011). Dette er i samsvar med Stubberud (2013, s. 216) som sier at mennesker er sterkt påvirket av den kulturelle gruppen de tilhører. Kultur påvirker også pasientens oppfatning av hvordan sykdom skal forebygges, behandles og hva som er karakteristisk for sykepleie (Stubberud, 2013, s. 216). Kulturforskjell kan føre til at minoritets pasienter opplever helsehjelpen som helsepersonell tilbyr som ulogisk eller farlig. Samtidig kan sykepleier oppfatte pasientens syn på helsetilbudet de tilbyr som uhensiktsmessig (Dogan, Tschudin, Hot og Özkan, 2009). På tvers av kulturgrensene kan det oppstå misforståelser og mistolkninger (Hanssen, 2019, s. 30).

Ut fra dette er det viktig at sykepleier er bevisst at mennesker har et unikt kulturelt perspektiv som sykepleier bør ha noe kunnskap om slik at pasientens behov blir ivare tatt på en kulturelt akseptabel måte (Stubberud, 2013, s. 216- 217). Helse- og omsorgsdepartementet (2010) viser til at større oppmerksomhet skal rettes mot at helsepersonell i økende grad er flerkulturelle og at mange pasienter har innvandrerbakgrunn. Med dette skal språk og kulturellkompetanse vektlegges. Sykepleier må ha flerkulturellkompetanse. Det kan være utfordrende for sykepleier å ha oversikt over pasienten. For det første er det utrolig mange ulike etnisk minoritetsgrupper med ulike kulturelle verdier. Pasientens tidligere traumatiske opplevelse kan være udokumentert. Sykepleier må observere pasienten og tema om pasientens tidligere opplevelser bør tas. Et annet argument er at flerkulturell kompetanse kan være kontekstspregget og basert på situasjoner. Tilnæringsmetoden kan fungere bra for noen pasienter, men ikke for andre. Klinisk praksis er kompleks, og interaksjon mellom pasient og helsepersonell er unik (Stubberud, 2013, s. 218). Med bakgrunn av dette har Norsk Sykepleieforbund (2018) opprettet en faggruppe for immigrasjonshelse og flerkulturell sykepleie med formålet å bidra til utvikling av faglig identitet og tilhørighet gjennom ide-, erfarings- og kunnskapsutveksling. NFSs faggruppe vil også bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfarings basert kunnskap om migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie. NFS ønsker å være et kompetansemiljø innen migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie i Norge. Avdeling kan arrangere kurs eller fagdag for ansatte slik at personell får øke flerkulturell kompetanse. Det kan også være aktuell å ha en fagansvarlig i avdeling for flerkulturelle pasienter. Det finnes videreutdanning i flerkulturell kompetanse for sykepleier og personell i medisinsk og helse- og sosialfag.

#### 5.2.4 Forventninger til helsepersonell

Funnene i oppgaven viser at pasientene med minoritetsbakgrunn ikke klarer å formidle sine ønsker til helsepersonell. Dette medfører at minoritetspasientene ikke får dekket sine behov. Noen bruker non- verbalkommunikasjon for å uttrykke seg. Minoritetspasientene ønsker at helsepersonell skal være tålmodig og lytte til dem når de prøver å forklare noe. I tillegg ønsker minoritetspasientene at helsepersonell bruker god tid å forklare, vise engasjement, vise interesse, være

spørrende, smilende og ha god formidlingsmetode. Flere pasienter med minoritetsbakgrunn rapporterer at selv om de ikke forstår, føler de seg likevel godt ivaretatt og de verdsetter både fine ord og høflig holdning av helsepersonell (Schinkel, S. et al. 2019, Ramos- Rour, F. Et al., 2021, Sevinç, S. et al., 2016, Yeheskel, A. et al., 2019, Mckinn, S. Et al., 2017 og Suurmond, J. et al., 2011). Manglende språkferdighet og kommunikasjonsevne samt evne til å formidle budskapet, fører til at minoritets pasienter ikke klarer å fortelle om sine ønsker og behov til sykepleier. Dette er i samsvar med Hanssen (2019, s. 75) som sier at manglende språkkunnskap fører til utfordringer i å tilegne seg kunnskap om systemet. Dette hindrer også pasientens evne til å uttrykke sine behov, ønsker og preferanser. Manglende evne til å kommunisere, fører til at pasienten ikke har kunnskap og forståelse til å medvirke sin behandling. Utfra dette er det viktig at sykepleier bruker god tid til å lytte til pasienten, være spørrende, observerer nøye pasientens nonverbale kommunikasjon samt være bevisst på sin egen nonverbalkommunikasjon.

Sykepleieren må etablere et menneske- til- menneske- forhold slik at pasientenes behov blir dekket (Travelbee, 2007). I situasjoner der kommunikasjon er hemmet, er profesjonell tolk viktig å benytte. Pasienter med minoritetsbakgrunn som mangler språkkunnskap kan formidle sine ønsker og behov via tolk. I noen tilfeller er tolk ikke til stede, dermed er det viktig at sykepleier viser engasjement og interesse for å kommunisere med minoritetspasienten. Sykepleier kan benytte språkperm eller digital kommunikasjonsperm (Helsebibliotek, 2020) som verktøy for å få frem pasientens ønske/ behov. Som tidligere nevnt har hver kultur sin egen væremåte og betydning bak sine handlinger (Hanssen, 2019, s. 34). Sykepleier må være bevisst på sitt kroppsspråk og observere/ tolke minoritets pasientens nonverbalkommunikasjon. Sykepleier bør stille pasienten kontrollspørsmål for å dobbel sjekke om tolkning av kroppsspråk til pasienten er riktig.

Stortingsmelding 10 (2012- 2013) og 11 (2015- 2016) sier at pasient- og brukerperspektiv er viktig grunnlag for kvalitetskontroll og klinisk praksis. Sykehus eller avdeling kan måle pasientens opplevelse av kvalitet og måle både pasientkvalitet og profesjonell kvalitet. Med pasientkvalitet kan man måle pasientens forventning av tjenesten og profesjonell kvalitet vil si å måle oppnåelsesgraden helsepersonell klarer å dekke pasientens problem og behov. Folkehelseinstitutt gjennomfører en PasOpp-undersøkelse som er nasjonale brukererfaringsundersøkelse. Formål med denne undersøkelsen er å gi samfunnet innsikt i helsetjenester i samfunn- og helsepolitisk sammenheng. Undersøkelse skal fungere som et verktøy for styring og ledelse i helsetjenesten samt for kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten. I tillegg skal undersøkelsen være informasjonskilde for pasienter og personell i valg mellom omsorgsleverandører. PasOpps- Undersøkelsestema er variert fra år til år, men undersøkelsen er gjennomført med tre års mellomrom (Helsebibliotek, 2009). Pasients opplevelse har stor betydning for forbedringsarbeid.

## 6 Konklusjon

Minoritets pasienter opplever vanskelighet å forstå informasjon fra helsepersonell noe som påvirker deres mulighet til å medvirke sin behandling. Mangel på språkferdighet fører til pasienten mister mulighet til å utveksle informasjon med helsepersonell. Flere pasienter mener at kommunikasjonsproblem skyldes også mangel på oversettelse/ tolk. Uten fellesspråk og mangel på oversettelse/ tolk fører til at partene ikke forstår hverandre. Disse faktorene fører til pasientens opplevelse av mangel på sin innsikt, miste kontroll for sin situasjon, føler seg utrygg, misforstår og mistillit til helsepersonell og misfornøyd. Pasienter med minoritetsbakgrunn opplever også at kultur har innvirkning på dialogen mellom seg selv og helsepersonell. Minoritets pasienter mener at det er forskjellig i konteksten som gjør at partene har fokus/ prioritering på forskjellig området noe som gir ekstra utfordring i kommunikasjon. Noen personer foretrekker helsepersonell med samme språk og kultur fordi de mener at det er lettere å forstå hverandre. I tillegg opplever pasienter med minoritetsbakgrunn også vanskelighet å formidle/ uttrykke sine behov/ønsker til helsepersonell noe som fører til pasientens utilfredshet. Kommunikasjonsproblem hindrer ikke bare dialogen mellom pasienten og helsepersonell, men påvirker også deres interaksjon. Kunnskap om minoritets pasientenes sine opplevelser av kommunikasjon kan bidra til bedre forståelse hos helsepersonell samt er betydelig for forbedringsarbeid i helse- og omsorgssektoren.

# Litteraturliste

Brenna, L. R. (2007). *Marasim*. Høyskoleforlaget

Båtnes, P. I. & Egden, S. (2014). *Flerkulturell forståelse i praksis*. (1. utgave). Gyldendal Akademisk.

Campinha- Bacotes, J. (2002).

The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3): 181-184

Campinha- Bacotes, J. (2007).

The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services. The Journey Continues. Transcultural CARE Associates, Cincinnati, Ohio.

Campinha- Bacotes, J. (2008). Cultural desire: "Caught" or "taught"? *Contemporary Nurse*, 28(1): 141- 148

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2014). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag. Oslo.

Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i interkulturell kommunikasjon* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave). Gyldendal akademisk.

Dogan, H., Tschudin, V, Hot, I. og Özkan, I. (2009). Patients transcultural needs and carers ethical responses. *Nursing Ethics*, 16(6): 683-696

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i*

*relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis; Perspektiver på det flerkulturelle Norge* (6. Utgave). Gyldendal Akademisk.

Evens, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol 20 no 2, pp. 22-26 <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Forsberg, C & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg). Natur og kultur Förlaget.

Forvaltningsloven (2016, §11). *Lov om veiledningsplikt* (LOV-1967-02-10). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10#KAPITTEL_3)

Forvaltningsloven (2016, §11e). *Forbud mot bruk av barn som tolk* (LOV-2016-06-10-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2016-06-10-23>

Forvaltningsloven (2016, § 16). *Lov om Forhåndsvarsling* (LOV-1967-02-10). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2016-06-10-23>

Forvaltningsloven (2016, §17). *Forvaltningsorganets utrednings- og informasjonsplikt* (LOV-1967-02-10). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2016-06-10-23>

Forvaltningsloven (1967, §11). *Lov om alminnelige regler om saksbehandlingen* (Lov 1967-02-10). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10#KAPITTEL_3).

Hanssen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. (4. utgave). Gyldendal.

Meld. St. 16 (2011-2015). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>

Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013- 2017). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester- god helse for alle*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>

Helsebibliotek (2009). *PasOpp-undersøkelser - nasjonale brukererfaringer*. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp>

Helsebibliotek (2020). *Pasientinformasjon: Kommunikasjonsperm for fremmedspråklige*. <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon>

Helsedirektorat (2010). *Pasient og tolk- En brosjyre om tolk i helsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/pasient-og-tolk>

Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse-og omsorgstjenesten*. IS- 1924

Helsenorge (2019). *Tolk i helsetjenesten*. <https://www.helsenorge.no/rettigheter/rett-til-tolk/#ditt-ansvar-som-pasient>

Jareg, K. og Pettersen, Z.(2006). *Tolk og tolkebruker- To sider av samme sak*. Fagbokforlaget.

Krupic, F., Sadic, S., Fatahi, N. (2016). Contact With Health-Care Service Expectation and Reality of Situation Experienced by Immigrants Seeking Swedish Health-Care. *Journal of the academy of medical sciences of Bosnia and Herzegovina*. Doi:10.5455/msm. 2016.28.141-145.

Lov om helsepersonell (1999, §10). *Lov om opplysningsplikt* (Lov-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.

Lov om pasient- brukerrettighetsloven (1999, § 2-1a).  *Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- omsorgstjeneste* (Lov-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lov om pasient- brukerrettighetsloven (1999, §3-2 og § 3-5).  *Lov om rett til medvirke og informasjon* (Lov-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Mckinn, S., Doung, T. L., Froster, K. og McCaffery, K. (2017). I do want to ask, but I can't speak': a qualitative study of ethnic minority women's experiences of communicating with primary health care professionals in remote, rural Vietnam.  *International Journal for Equity in Health* (2017) 16:190. Doi:10.1186/s12939-017-0687-7

Meld. St. 10 (2012- 2013). God kvalitet- trygge tjenester- Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og somorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>

Meld. St. 11 (2015- 2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Norsk Sykepleieforbund (2018).  *Migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie: Faggruppe for migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie*. <https://www.nsf.no/fg/migrasjonshelse-og-flerkulturell-sykepleie>

Oslo universitetssykehus (2016, 02, 11).  *Helseradio*. <https://oslo-universitetssykehus.no/helseradio>

Ramos- Rour, F., Cid, F.M., Dominguez, J. M. M., Bernal, J. S., Sierra, R. G., Cano, M. I. F. og Monserrat, P. T. (2021). Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power.  *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Doi.org/10.3390/ijerph18062851

Schinkel, S., Schouten, B. C., Kerpclik, F., Putte, B. V. D., og Van Weert, J. C. M., (2019). Perception of Barriers to Patient Participation: Are They Due Language, Culture, or Discrimination.  *Amsterdam School of Communication Research/ASCoR 2019, VOL. 34, NO. 12, 14691481*. Doi.org/10.1080/10410236.2018.1500431

Sevinç, S., Kiliç, S.P., Ajghif, M., Öztürk, M.H., Karadağ, E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations form nurses.  *International Nursing Review*, Volume 63/Issue3. <https://doi.org/10.1111/inr.12259>

Statistikk sentralbyrå. (2020).  *Antall Innvandrere i Norge 2020* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nesten-15-prosent-er-innvandrere>.



- Stubberud, D-G. (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M. C., Stronks, K. og Essink- Bot, M. L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research* (2011) 11:10. doi:10.1186/1472-6963-11-10
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Tolkeregister (2021). Nasjonal tolkeregister. <https://www.tolkeregisteret.no/om-kategoriene>
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. Utgave, 5. opplag). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- White, J.A., Levin, J. og Rispel, L. C. (2020). Migrants 'perceptions of health system responsiveness and satisfaction with health workers in a South African Province. *GLOBAL HEALTH ACTION* (2020) VOL. 13, 1850058. doi.org/10.1080/16549716.2020.1850058
- Yehekel, A., Rawal, S. (2019). Exploring the "Patient Experience" of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review. *Journal of Immigrant and Minority Health* (2019) 21:853-878 <http://doi.org/10.1007/s10903-018-0816-4>

# Vedlegg

## Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall traff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkludert artikkel (Forfatter, Årstall)
(Immigrants OR Refugees OR Minority groups) AND (Patients) AND (Communication OR Language OR Communication barriers) Limiters: Published Date: 20100101-20211231; Peer Reviewed; Language: English, Norwegian, Swedish; Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ year	08.05.21	CINAHL	310	29	14	Perception of Barriers to Patient Participation: Are They Due Language, Culture, or Discrimination (Sanne Schinkel, S., Schouten, B. C., Kerpclik, F., Bas Van Den Putte, B. V. D., og Van Weert, J. C. M., 2019) <a href="#">Nr.1</a>
(Immigrants OR Refugees OR Minority groups) AND (Patients) AND (Communication OR Language OR Communication barriers) Limiters: Publishes:2010-2021, Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+ years	08.05.21	Medline (Ovid)	1237	60	18	Intercultural Communication between Long- Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power (Rour, F.R., Cid, F.M., Dominguez, J. M. M., Bernal, J. S., Sierra, R. G., Cano, M. I. F. og Monserrat, P. T., 2021) <a href="#">nr.2,</a>

(Immigrants OR Refugees) AND (Hospitalization OR Inpatients)	28.11.2020	CINAHL	190	35	3	Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectation from nurses (Sevinç, S., Kiliç, S. P., Ajgif, M., Öztürk, M. H., Karadağ, E., 2016) nr.3
(Language OR Communication) AND (Immigrants OR Minority groups OR Refugees) AND Experience	24.11.2020	CINAHL	550	30	7	Exploring the Patient Experience of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review (Yehekel, A. og Rawal, S., 2019). Nr.4
(Immigrants OR Minority groups OR Refugees) AND (Experiences) AND (Communication OR Language OR Communication barriers) Limiters: Publishes:2010-2021, Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+years.	23.11.2020	Medline (Ovid)	838	45	16	Contact with Health- Care service expectation and reality of situation experienced by Immigrants seeking Swedish Health-Care (Krupic, F, Sadic, S. og Fatahi, N., 2016) nr.5
Communication AND Patient AND Minority groups	16.03.2021	Medline (Ovid)	122	19	4	I do want to ask, but I can´t speak: a qualitative study of ethnic minority women´s experiences of communicating with primary health care professionals in remote, rural Vietnam (Mckinn, S., Duong, T. L og McCaffery, K., 2017) nr.6

<p>(Immigrants OR Refugees OR Minority groups) AND Communication AND Experience AND Health care AND Language.  Limiters: fra 2010- 2020, Peer review, Language: English, Norwegian, Swedish</p>	20.03.2021	CINAHL	80	9	3	Migrants `perceptions of health system responsiveness and satisfaction with health workers in a South African Province (White, J.A., Levin, J. og Rispel, L.C., 2020) nr.7
<p>(Immigrants OR Minority groups OR Refugees) AND (Experiences) AND (Communication OR Language OR Communication barriers) Limiters: Publishes:2010-2021, Age Groups: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Aged: 65+years.</p>	23.11.20	Medline (Ovid)	838	21	5	Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study (Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M. C.de, Stronks, K. og Essink- Bot, M. L., 2011). Nr.8

## Litteraturmatrise 1:

### Artikkel 1: Perception of Barriers to Patient Participation: Are They Due to Language, Culture, or Discrimination

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
Sanne Schinkel, S., Schouten, B. C., Kerpclik, F., Putte, B. V. D., og Van Weert, J. C. M., (2019). Perception of Barriers to Patient Participation: Are They Due Language, Culture, or Discrimination. <i>Amsterdam School of Communication Research/ASCoR</i> 2019, VOL. 34, NO. 12, 1469–1481. doi.org/10.1080/10410236.2018.1500431	Hensikt med studien er å utforske forskjeller i oppfatninger av barrierer for pasientdeltakelse blant etniske minoritets- og etniske majoritetspasienter i allmennpraksis	Immigrants, Patients, Communication, Communication barriers, Language, minority groups, refugees	Åtte fokus grupper med Tyrkisk- Nederlansk og Nederlansk-urfolk deltakere ble utført. En semi-strukturert tema-liste vedrørende pasienters tillatelse og disponerende faktorer for deltakelse og leger sin respons guidet intervjuene. Intervju ble gjort under opptak, transkribert ordrett og transkriptene ble analysert ved bruk av konstant sammenlignings metode beskrevet i Grounded theory.	Dette studiet bidrar til forståelse av hvilken oppfatning av barrierer kan hindre etnisk minoritets pasienter nivå av pasient deltakelse. For å øke deres deltakelse, en kombinert intervensjon er nødvendig, ta takle språk barrierer, øke bevissthet om kulturell forskjell i verdier og øke legers kulturelle kompetanse for å kommunisere tilstrekkelig med etnisk minoritets pasienter.	Denne artikkelen er relevant til oppgaven siden den viser til de barrierer faktorene som påvirker pasienten i møte med helsepersonell. Funnene i studien er veldig relevant for oppgave.

## Litteraturmatrise 2:

**Artikkel 2:** Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
Rour, F.R., Cid, F.M., Dominguez, J. M. M., Bernal, J. S., Sierra, R. G., Cano, M. I. F. og Monserrat, P. T. (2021). Intercultural Communication between Long-Stay Immigrants and Catalan Primary Care Nurses: A Qualitative Approach to Rebalancing Power. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> . doi.org/10.3390/ijerph18062851	Studien tar sikte på å utforske erfaringene og perspektivene til innvandrere med langtids opphold på interkulturell kommunikasjon i møte med primæromsorg sykepleiere	Intercultural competence, Intercultural communication, Long-stay immigrant, Nurse-patient relations, Primary care, Cultural safety	Det ble gjennomført en fokusgruppe og fem dybdeintervjuer med langvarige innvandrere fra åtte land. Datainnsamlingen ble styrt av et skript som tidligere ble validert av en gruppe eksperter. Vi gjennomførte en kvalitativ analyse etter Charmaz's tilnærming, og datametning ble nådd med 11 pasienter (en fokusgruppe og fem intervjuer).	Langtidsoppholdsinnvandrere ønsker nærmere og mer personlig kommunikasjonsutveksling med større medmenneskelighet, så vel som høflige og respektfulle holdning da de oppfatter tegn på en skeiv behandling i omsorgsforhold. De som hadde negative kommunikasjons erfaringer prøvde å rettfærdiggjøre noe av atferden som et resultat av å ha fri tilgang til offentlige helsetjenester.	Denne artikkelen er relevant til oppgaven siden den tar for seg pasients/brukers opplevelse i møte med helsevesenet.

## Litteraturmatrise 3:

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

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
Sevinç, S., Kiliç, S.P., Ajghif, M., Öztürk, M.H., Karadağ, E. (2016). Difficulties encountered by hospitalized Syrian refugees and their expectations form nurses. <i>International Nursing Review</i> , Volume 63/Issue3. <a href="https://doi.org/10.1111/inr.12259">https://doi.org/10.1111/inr.12259</a>	Å utforske og beskrive vanskeligheter/utfordringer av syriske flyktning pasientenes opplevelser og deres forventninger fra sykepleiere og sykehus administrasjon.	Immigrants, Refugees, Hospitalization, Inpatients, Experience or perceptions or attitudes or views or feelings or qualitative or perspective.	En beskrivende kvalitativ forskningstilnærming for å engasjere 30 syriske flyktninger som gjennomgår behandling i indremedisin som oppfyller studiekriteriene. Data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjemaer og et semi-strukturert intervju med åpne spørsmål. Intervjuutskrifter ble analysert ved hjelp av en induktiv kodingsmetode. Beskrivende spørsmål ble analysert og presentert via antall og prosent. Andre data ble vurdert ved hjelp av innholds analyse metode.	Tre hovedtemaer ble utviklet etter analysen av intervjuene. Studien konkluderte at flyktningene som deltok i studien erfarte vanskeligheter med å kommunisere, dekke deres personlige behov, og å følge behandlingsinstruksjonene riktig. De hadde mange forventninger av sykehusadministrasjonen og sykepleierne samt følte takknemlig for både sykepleiere og nasjonen av Tyrkia. Resultat av studien i samarbeidet med sykehusadministrasjon, kan resultere i nye politikker som vil hjelpe nye syriske flyktnings pasienter og pasienter med lignende behov for å få bedre erfaring knyttet til pasientomsorg, kommunikasjon og få dekket personlige behov	Denne artikkelen er relevant til oppgaven da den tar for seg pasienter/bruker negativ opplevelse med helsevesenet. Kunnskap om pasient opplevelse og følelse gir bedre forståelse av pasienter med minoritetsbakgrunn

## Litteraturmatrise 4:

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

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



## Litteratormatrise 5:

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

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

## Litteratormatrise 6:

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

Referanse	Studiens hensikt /mål	Nøkkel begrep/ keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
Mckinn, S., Doung, T. L., Froster, K. og McCaffery, K. (2017). I do want to ask, but I can't speak': a qualitative study of ethnic minority women's experiences of communicating with primary health care professionals in remote, rural Vietnam. <i>International Journal for Equity in Health</i> (2017) 16:190. Doi:10.1186/s12939-017-0687-7	Denne studien utforsker hvordan etniske minoritetskvinner opplever kommunikasjon med helsepersonell i primærhelsetjenesten i mor og barnehelse sammenheng, med et overordnet mål å utvikle strategier for å forbedre helsepersonellens kommunikasjon med etniske minoritetssamfunn.	Communication, Patient, information, Minority group	Studien brukte en kvalitativ fokusert etnografisk tilnærming og gjennomførte fokusgruppediskusjoner med 37 thailandske og Hmong etniske minoritetskvinner (for tiden gravide eller mødre til barn under fem år) i Dien Bien-provinsen. Det ble gjennomført et tema analyse.	Etniske minoritetskvinner rapporterte generelt at helsepersonell leverte helseinformasjon i en didaktisk, enveis stil, og det var en avhengighet av skriftlig informasjon (Maternal and Child Health handbook) i stedet for mellommenneskelig kommunikasjon. Helseinformasjonen de mottok (både muntlig og skriftlig) var ofte uspesifikk, og ikke kontekstjustert for deres personlige forhold. Kvinner ble derfor pålagt å ta en mer aktiv rolle i mellommenneskelige interaksjoner for å møte deres egne spesifikke informasjonsbehov, men de blir da møtt med andre utfordringer, inkludert språk- og kjønnsforskjeller med helsepersonell, tidsbegrensninger og motvilje mot å stille spørsmål. Disse faktorene resulterte i at kvinner tolket helseinformasjon på forskjellige måter, som igjen så ut til å påvirke deres helseatferd.	Artikkelen er veldig relevant for vår oppgave siden den beskriver om etnisk minoritetskvinnenes synspunkt om kommunikasjonsproblem i møtet med helsepersonell.

## Litteraturmatrise 7:

### Artikkel 7: Migrants' perceptions of health system responsiveness and satisfaction with health workers in a South African Province.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel begrep/ keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
White, J.A., Levin, J. og Rispel, L. C. (2020). Migrants' perceptions of health system responsiveness and satisfaction with health workers in a South African Province. <i>GLOBAL HEALTH ACTION</i> (2020) VOL. 13, 18 50058. doi.org/10.1080/16549716.2020.1850058	Å undersøke innvandrernes oppfatning av helsesystems responstid (HSR) og deres tilfredshet med helsearbeidere i offentlige helsefasiliteter i et sør-afrikansk fylke.	Immigrants, Health care, Health system responsiveness, patient satisfaction, south Africa	Det ble gjennomførte en tverrsnitts studie på 13 folkehelseforetak. Etter informert samtykke ble det brukt et semistrukturert spørreskjema for å samle inn sosiodemografisk informasjon, pasientens oppfatning av HSR og deres tilfredshet med helsearbeidere. To åpne spørsmål ga pasientene muligheten til å kommentere helsestasjonsbesøket. Vi brukte beskrivende og multivariate analyser på dataene, og tema analyse på de kvalitative svarene.	Totalt 251 migrantpasienter deltok i studien, noe som ga en svarprosent på 80,7%. Flertallet av pasientene var kvinner (81,1%), og gjennomsnittsalderen var 31,4 år. 30,0% av pasientene rapporterte at de ventet for lenge; 94,3% at rådgivende sykepleier eller lege lyttet til dem; og 89,4% at de fikk informasjon om tilstanden deres. 81,7% sa imidlertid at de ikke visste navnet på den rådgivende sykepleieren eller legen. Gjennomsnittlige score på pasienters tilfredshet med helsearbeidere varierte fra 7,0 (95% KI 6,42-7,63) for kontoristene, 7,7 (95% KI 7,4-8,0) for sikkerhetsvakter, 7,4 (95% KI 7,1-7,6) for sykepleiere og 8,3 (95% KI 7,93-8,63) for leger. Prediktorene for pasienttilfredshet med sykepleiere ble gitt informasjon om deres tilstand; høflig behandling, tid brukt på anlegget, om de fikk reseptbelagte medisiner; og sier at de vil henvise helsefasiliteten til familie / venner. Fire overlappende temaer dukket opp: helsearbeidernes holdninger; ventet tid på helseanlegget, kommunikasjonsvansker; og suboptimale prosedyrer i helseforetak.	Funnene i studien viser pasients opplevelse i møte med helsepersonell som er veldig relevant for oppgaven.

## Litteraturmatrise 8:

### Artikkel 8: Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel begrep/ keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M. C., Stronks, K. og Essink- Bot, M. L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. <i>BMC Health Services Research</i> (2011) 11:10. doi:10.1186/1472-6963-11-10	Å utforske negative hendelser i sykehusomsorg som oppfattet av innvandrerpasienter.	Experiencs, Immigrants, Patients	Semi- strukturerte individuelle og gruppeintervjuer av innvandrere ble gjennomført med respondentene om negative opplevelser av helsevesenet. Intervjuer ble transkribert og analysert ved hjelp av en rammemetode. Totalt 22 respondenter som representerer 7 ikke-nederlandske etniske opprinnelser ble intervjuet; hver respondent rapporterte en negativ hendelse i sykehusomsorg eller behandling.	Respondentene rapporterte om negative hendelser i forhold til: 1) utilstrekkelig informasjonsutveksling med omsorgstjenester; 2) forskjellige forventninger mellom respondenter og omsorgstjenester om medisinske prosedyrer; 3) opplevd skadelig oppførsel fra omsorgstjenester.	Denne artikkelen er relevant til oppgaven da den tar for seg pasienter/ bruker negativ opplevelse med helsevesenet. Kunnskap om pasient opplevelse og følelse gir bedre forståelse av pasienter med minoritetsbakgrunn.

