



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	28-02-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	28-04-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	508
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7978
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har** Ja  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	21
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# Bacheloroppgave

Sykepleieres erfaring og opplevelse av  
kommunikasjon med etniske minoritetspasienter

Nurses' experience and perception of  
communication with ethnic minority patients

**Kandidatnummer: 508**

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 28.04.2022

Antall ord: 7978

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Sammendrag

**Tittel:** Sykepleieres erfaring og opplevelse av kommunikasjon med etniske minoritetspasienter

**Bakgrunn:** Norge er et flerkulturelt samfunn og innvandring har påvirket hele helsevesenet. Når innvandrere kommer til Norge påvirkes ikke bare befolknings sammensetningen, men det oppstår også nye utfordringer knyttet til sykdommens art, forløp og kommunikasjon. Kommunikasjon er sentralt i utøvelsen av alle helsetjenester og når sykepleier og pasient ikke deler samme språk og kultur kan det skape spenninger.

**Problemstilling:** Hva er sykepleieres erfaring og opplevelse av kommunikasjon med etniske minoritetspasienter?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på eksisterende litteratur og vitenskapelige artikler. Det ble gjort systematiske søk i søkemotorene Cinahl og PubMed for å finne relevant sykepleiefaglig forskning. Kvalitative studier ble ansett som mest hensiktsmessig for å svare på problemstillingen, og er derfor foretrukket foran andre typer studier. Resultatene fra studiene ble tematisk analysert.

**Resultat:** Etter å ha tematisk analysert forskningsartiklene kom det frem tre hovedtema: trengte mer opplæring i kulturell kompetanse, språk- og kulturbarrieren som største hindring for tilstrekkelig omsorg og anerkjente begrensninger knyttet til bruk av tolketjenester.

**Oppsummering:** Kommunikasjon og kulturell kompetanse har stor betydning for sykepleieutøvelsen til etniske minoritetspasienter når det ikke er et felles språk til stede. Det så ut til at sykepleiere var villige til å tilegne seg slik kunnskap, men systematiske utfordringer sto i veien for dette. Ved å tilby sykepleiere bedre tilgang på kurs og utdanning innenfor kulturelt mangfold vil sykepleiere bli mer selvsikre i utøvelsen av helsehjelp til etniske minoritetspasienter, og de vil erfare og oppleve at kommunikasjonen blir lettere.

## Abstract

**Title:** Nurses' experience and perception of communication with ethnic minority patients

**Background:** Norway is a multicultural society and immigration has affected the entire health care system. When immigrants arrive to Norway, not only is the composition of the population affected, but new challenges like the art of diseases, their course and communication. Communication is vital to the provision of all health services and when the nurse and patient do not share the same language and culture, it can create tension between them.

**Research question:** What are the nurses' experience and perception of communication with ethnic minority patients?

**Method:** This thesis is a literature study based on existing literature and scientific articles. Systematic searches were made in the search engines Cinahl and PubMed to find research of relevance to nursing. Qualitative studies were considered most appropriate to answer the research question and are therefore preferred over other types of studies. The results were thematically analyzed.

**Results:** After thematically analyzing the research articles, three main themes emerged: needed more training in cultural competence, the language and culture barrier as the biggest obstacle to adequate care and recognized restrictions related to the use of interpreting services.

**Summary:** Communication and cultural competence are of great importance for nursing practice with ethnic minority patients when there are no common language present. It seemed that nurses were willing to acquire such knowledge, but systematic challenges stood in the way of this. By offering nurses better access to courses and education in cultural diversity, nurses will become more confident in the provision of health care to ethnic minority patients, and they will experience that communication becomes easier.

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Teoretisk grunnlag.....	2
1.2.1 Kommunikasjon .....	2
1.2.2 Kulturell kompetanse.....	5
1.3 Presisering og avgrensning.....	7
1.4 Hensikten .....	7
1.5 Problemstilling .....	7
<b>2 Metodebeskrivelse</b> .....	<b>7</b>
2.1 Hva er metode? .....	7
2.2 Systematisk litteraturstudie som metode.....	8
2.3 Søkestrategier.....	8
2.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
2.5 Kritisk vurdering.....	10
2.6 Etiske overveielser .....	11
<b>3 Presentasjon av artikler</b> .....	<b>12</b>
3.1 Ali & Watson, 2017.....	12
3.2 Debesay et al., 2014 .....	13
3.3 Hart & Mareno, 2013.....	14
3.4 Hemberg & Vilander, 2017 .....	14
3.5 Likupe et al., 2018.....	15
<b>4 Resultat og diskusjon</b> .....	<b>16</b>
4.1 Trengte mer opplæring i kulturell kompetanse .....	16
4.2 Språk- og kulturbarrieren som største hindring for tilstrekkelig omsorg.....	20
4.3 Anerkjente begrensninger knyttet til bruk av tolketjenester .....	23
<b>5 Oppsummering og implikasjoner for praksis</b> .....	<b>24</b>
<b>6 Referanseliste</b> .....	<b>26</b>

**Vedlegg 1: Kritisk vurdering av kvalitativ forskning**

# 1 INNLEDNING

## 1.1 BAKGRUNN

Norge er et flerkulturelt samfunn (Ingstad, 2021, s. 112). I begynnelsen av 2022 var cirka 15 % av den norske befolkningen innvandrere (Statistisk sentralbyrå, 2022). Ifølge befolkningsframskrivingene til Statistisk sentralbyrå vil dette antallet øke til cirka en million, eller cirka 19%, i 2060 (Leknes et al., 2018, s. 117). Omfanget av migrasjon har økt drastisk som følge av etniske konflikter, brudd på menneskerettigheter og naturkatastrofer. Dette er bare noen av årsakene til at innvandrere kommer til Norge. Andre årsaker kan være for å få bedre levekår, nye eller bedre arbeidsmuligheter eller kjærlighet og familiegjenforening (Goth, 2014, s. 91-95).

Innvandring påvirker hele helsevesenet. Når innvandrere kommer til Norge endres ikke bare befolknings sammensetningen, men det oppstår også nye utfordringer når det kommer til sykdommenes art, forløp og kommunikasjon. Etniske minoriteter kan ha en annerledes sykdomsoppfatning, livsstil og kunnskaper om sykdom enn majoritetsbefolkningen. I tillegg kommer de til Norge med ulike helseutfordringer (Goth, 2014, s. 91-111). Et mål i den norske helsetjenesten er at alle skal ha lik tilgang på tjenester av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, økonomi, bosted og etnisk bakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1; Spesialhelsetjenesteloven, 1999, §1-1; Helseforetaksloven, 2001, §1). Dette kan være vanskelig å oppnå når pasienten man skal yte en tjeneste til kommer fra et annet land, med en annen kulturell og språklig bakgrunn. Ulikhetene mellom helsepersonellet og pasienten kan skape spenninger. Alle grupper opplever sin egen levemåte og kultur som midtpunktet for alle ting. Alt vurderes og rangeres utifra deres egne premisser og virkelighetsoppfatning og man får da et etnosentrisk syn på dem som unnviker disse (Goth, 2014, s. 112; Ingstad, 2021, s. 112 og 115).

Kommunikasjon er sentralt i utøvelsen av alle helsetjenester. Dette gjelder ikke bare språk, men også hvordan de ulike kulturene uttrykker følelser og symptomer på (Braut & Aarheim,



2020, s. 95). Sykepleieforskeren Lise Merete Alpers har skrevet i doktorgradsavhandlingen sin om helsepersonells kompetansebehov når de møter på etniske minoritetspasienter. Der skriver hun blant annet at det er behov for videre forskning på effekten av opplæring og erfaringer helsepersonell har (Alpers, 2017, s. 83). Dette er noe av det denne oppgaven kommer til å ha i fokus.

Gjennom praksisperiodene i sykepleiestudiet har jeg møtt på flere pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn som verken kunne snakke norsk eller engelsk. Dette har ført til flere utfordringer spesielt når det kommer til kommunikasjon da språkbarrieren har vært i veien for å kunne gi god omsorg. Når kommunikasjonen ikke var tilstrekkelig opplevde jeg flere misforståelser, som videre kunne føre til komplikasjoner som kunne vært forebygget dersom kommunikasjon hadde vært god. Jeg opplevde også at det var flere sykepleiere som følte de ikke hadde nok kompetanse til å kunne yte tjenester til etniske minoritetspasienter. Da har det i noen tilfeller endt med at disse pasientene ikke fikk de tjenestene de hadde krav på og tilstanden deres ble forverret. Dette temaet har vekket stor interesse hos meg og gjennom denne oppgaven ønsker jeg å finne hvilke erfaringer sykepleiere har og hvordan de opplever kommunikasjon med pasienter som har en etnisk minoritetsbakgrunn.

## 1.2 TEORETISK GRUNNLAG

### 1.2.1 KOMMUNIKASJON

Kommunikasjon foregår både verbalt og non-verbalt. Verbal kommunikasjon skjer ved hjelp av ord, mens non-verbal kommunikasjon er overføring av budskap uten bruk av ord.

Travelbee så på kommunikasjon som en prosess som gjør sykepleiere i stand til å skape et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon er alltid til stede, selv når man ikke tenker over det. Pasienter kommuniserer til sykepleiere gjennom sitt utseende, atferd, holdninger, ansiktsuttrykk, gester og manerer og sykepleier gjør det samme. En profesjonell sykepleier må være i stand til å forstå om det foregår slik kommunikasjon og hva som kommuniseres i situasjonen (Travelbee, 2001, s. 135 og 138). I sykepleieutøvelsen er menneske-til-menneske-forhold et virkemiddel som gjør det mulig for sykepleiere å oppfylle deres mål og

hensikt som er å hjelpe individer med å mestre eller forebygge sykdom og lidelse, og finne mening i disse erfaringene. All kontakt sykepleiere har med pasienten hen har omsorg for kan være et skritt mot menneske-til- menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 171). All interaksjon både verbalt og non-verbalt, gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med den syke som menneske og ivareta deres behov (Travelbee, 2001, s. 135).

Ved første møtet vil det være viktig å observere, bygge opp antakelser og lage seg meninger om pasienten da dette danner grunnlaget for interaksjonsmønsteret som utvikles. Slike førsteinntrykk blir ofte bestemt av våre bakgrunns erfaringer. Ved mange tilfeller blir begge parter stereotypisert og kategorisert og når en blir mer kjent kan dette endres. Hvis sykepleier ikke selv forstår at hen stereotypiserer pasienten vil ikke forholdet gå videre. Sykepleierens oppgave her er å bryte kategoriseringen slik at de oppfatter mennesket som et unikt individ (Travelbee, 2001, s. 186-187).

God kommunikasjon er et hjelpemiddel til å forstå pasienter som personer, til å gi bedre hjelp og støtte, til å forstå relasjoner, til å styrke følelsen av trygghet, til å ta gode beslutninger sammen og stimulerer til utvikling og motivasjon (Eide & Eide, 2017, s. 39). For å kunne gjøre dette er det viktig at pasienten har noe helsekompetanse som gjør dem i stand til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon slik at de kan ta kunnskapsbaserte beslutninger angående egen helse. For noen grupper, slik som enkelte innvandrergupper, kan det være utfordrende å tilegne seg nødvendig helsekompetanse da manglende språkferdigheter og manglende lese- og skriveferdigheter kommer i veien for dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5-9). Svikt i kommunikasjon er en hyppig årsak til uønskede hendelser (Eide & Eide, 2017, s. 39). For å oppnå tilstrekkelig kommunikasjon er det viktig at den er kongruent. Det vil si den verbale kommunikasjonen blir understøttet av den non-verbale. Non-verbale uttrykk kan være universelle, men man må være bevisst på at det kan være store kulturelle forskjeller som kan føre til misforståelser (Eide & Eide, 2017, s. 136-139).

Kommunikasjonsproblemer kan begrense pasienters mulighet til å kunne formidle egne følelser og tanker til dem rundt seg. Dette kan videre føre til usikkerhet og misforståelser både hos pasienten og sykepleierne (Hanssen, 2019, s. 34). Derfor er det viktig at sykepleiere blir klar over at måten man kommuniserer på kan fremme eller hemme helsekompetanse hos etniske minoritetspasienter. Sykepleiere kan overestimere pasientens leseferdigheter, kropps- og helsekunnskaper. Dette kan medføre engstelse, frustrasjon og forvirring hos pasientene. Derfor må sykepleiere bevisstgjøres dette og tilpasse sin kommunikasjon til mottakerens forutsetninger. Kunnskap om helsekommunikasjon og metode for samtale er derfor viktig. Vanlige teknikker som benyttes innen helsekommunikasjon er å snakke tydelig, unngå bruk av medisinske terminologier eller vanskelig fagspråk, og få pasienten til å repetere eller oppsummere gitt informasjon for å kontrollere at budskapet er forstått (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13; Jenum & Pettersen, 2014, s. 277). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) understøtter også dette ved at loven påpeker at formen på informasjon skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, og at dette skal gis på en hensynsfull måte ved at personellet sikrer seg at innholdet og betydningen av informasjonen er forstått.

Helsepersonelloven (1999, §4) påpeker at helsepersonell er forventet til å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp utifra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers. I tillegg påpeker loven at en skal innhente bistand dersom pasientens behov tilsier det, og at utøvelsen av yrket skal skje i samarbeid og samhandling med kvalifisert personell. I samtaler med mennesker som ikke snakker samme språk kan det være behov for spesiell tilrettelegging som for eksempel bruk av en profesjonell tolk (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 205). En profesjonell tolk skal være nøytral. Ofte lærer de å bare oversette ord for ord, og i mange tilfeller er ikke dette tilstrekkelig. Tolking handler ikke bare om å oversette ord fra et språk til et annet, men også å fortolke budskapet og oversette til et annet språk (Hanssen, 2019, s. 46-48). I mange tilfeller blir ikke profesjonell tolk brukt. I stedet, blir familiemedlemmer eller flerspråklig helsepersonell brukt da dette er en mer lettvinnt løsning for helsepersonellet. Familiemedlemmer skal ikke brukes som tolk selv om pasienten ønsker det. Dette er fordi viktig informasjon kan bli holdt tilbake av familiemedlemmene enten for å skjerme pasienten eller fordi de ikke har nok kunnskap til å

oversette (Hanssen, 2019, s. 45-47). Flerspråklig helsepersonell skal heller ikke i utgangspunktet benyttes istedenfor kvalifisert tolk da det kan medføre en uklar rolle og tilgang til informasjon en ikke bør ha. I tillegg har ikke personellet de nødvendige kvalifikasjonene som tolker har selv om de behersker språket. Dersom det er en krevende situasjon hvor kvalifisert tolk ikke er tilgjengelig kan man bruke flerspråklig helsepersonell for å avhjelpe situasjonen (Helsedirektoratet, 2011, s. 7).

### 1.2.2 KULTURELL KOMPETANSE

Kulturforskjeller er ofte en medvirkende årsak til kommunikasjonsproblemer, konflikter og misforståelser (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 46). For at alle skal få et likeverdig behandlingstilbud må tilgangen til helsetjenesten blant annet være tilpasset den enkelte. Dette betyr at noen pasienter må behandles ulikt med hensyn til deres livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn og kommunikasjonsferdigheter. Mange etniske minoriteter får dårligere tilbud om behandling og helsetjeneste og dette har satt søkelys mot behovet for utvidet og ny kompetanse hos helsepersonellet. Dette kalles for kulturell kompetanse (Alpers, 2018, s. 26-27).

Kunnskap om andre kulturer er et viktig hjelpemiddel i møte med etniske minoriteter (Hanssen, 2019, s. 15). Fra 2013 til 2017 fantes det en nasjonal strategi om innvandreres helse. Denne strategien var ment å være et redskap for alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten når det gjelder tilrettelegging av gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Strategien hadde tre overordnede mål. Den første var at alle helsepersonell på alle nivåer skulle ha kunnskap om ulike innvandrergруппers sykdomsforekomster og kulturelle utfordringer. Neste var at helsepersonell skulle tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med annen språklig bakgrunn. Dette innebar blant annet å ha oversikt over tolkebehov og bruke kvalifisert tolk. Siste målet var at tjenestene skulle ha tilgang til oppdatert kunnskap om innvandreres helse og bruk av helsetjenester og bruke denne kunnskapen videre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.4- 5). Da perioden for denne strategien gikk ut i 2017 valgte regjeringen å ikke følge denne

videre da de mente tiden var moden for å inkludere innvandrere automatiske i all helsepolitikk (Diaz, 2021).

En kulturelt kompetent sykepleier tar hensyn til erfaringer og reaksjoner mennesker har utifra deres kultur, religion, bakgrunn og etnisitet (Ingstad, 2021, s. 116). Ifølge Yrkesetiske retningslinjer skal sykepleie bygge på barmhjertighet, respekt og omsorg for menneskerettighetene. Sykepleiere skal ha et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i yrkesutøvelsen og kjenne til egne grenser for kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner. Å ivareta pasienters verdighet og integritet herunder retten til omsorgsfull og faglig forsvarlig hjelp, retten til å ikke bli krenket og retten til å være medbestemmende er også en del av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dersom sykepleiere viser at de har litt kulturell kunnskap, kan dette gi pasienter en opplevelse av å bli møtt med respekt og omsorg som kan gjøre møtet med helsevesenet mer positivt. Denne kunnskapen skal ikke være en oppskrift på alle innen en kultur, men heller en ressurs eller veileder i møte med minoritetspasienter. Dette er for å unngå at pasienter blir stereotypisert isteden for å bli sett på som et unikt menneske med unike behov (Hanssen, 2019, s. 15-16). Derfor definerte Papadopoulos kulturell kompetanse som kapasiteten til å gi effektiv helsehjelp med hensyn til menneskers kulturelle tro, oppførsel og behov. I samarbeid med to kollegaer publiserte de en modell for kulturell kompetanse som besto av fire steg (Papadopoulos, 2006, s. 10).

Kulturell bevissthet er første steg. Dette starter med at man blir bevisst sin kultur. Man utforsker sitt eget norm- og verdigrunnlag og dermed blir man mer bevisst på egne forutinntatte holdninger og eventuelle fordommer man har om andre kulturer og mennesker. Andre steg er kulturell kunnskap. Dette innebærer kunnskap om kulturer som samles gjennom forskjellige fagområder. Kulturell kunnskap bidrar til at man ser pasienter fra deres perspektiv og ikke sitt eget. Kultursensitivitet er neste steg. Gode kunnskaper om interkulturell kommunikasjon er viktig her. Dette innebærer villighet til å erkjenne, respektere og akseptere kulturelle forskjeller. Man må også evne å behandle pasienter som unike individer med unike behov. Kulturell kompetanse, som er det fjerde steget, er et

resultat av at en oppnår de tre overnevnte stegene og setter dem sammen med sin fagkunnskap (Papadopoulos, 2006, s. 11- 18).

### 1.3 PRESISERING OG AVGRENSNING

I denne oppgaven ønsker jeg å utforske sykepleieres erfaringer og opplevelser når det gjelder kommunikasjon med etniske minoritetspasienter. Det er valgt å inkludere hele helsesektoren da dette er et problem som angår hele helsetjenesten. Pasientgruppen i fokus er etniske minoritetspasienter som ikke taler norsk eller engelsk og som er over alderen 19 år.

### 1.4 HENSIKTEN

Hensikten med oppgaven er å belyse sykepleieres erfaringer og opplevelser av kommunikasjon med etniske minoritetspasienter når de ikke deler samme språk og kultur. Ved å fordype meg i dette temaet håper jeg det kan gi meg og andre et innblikk i hvordan vi oppfatter etniske minoritetspasienter og hvordan vi kan endre situasjoner for personer med en etnisk minoritetsbakgrunn som trenger helsehjelp.

### 1.5 PROBLEMSTILLING

«Hva er sykepleieres erfaring og opplevelse av kommunikasjon med etniske minoritetspasienter?»

## 2 METODEBESKRIVELSE

### 2.1 HVA ER METODE?

«En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap» (Aubert, 1985, s.196). Metode hjelper oss til å samle inn informasjonen man trenger for å kunne svare på et faglig spørsmål. En kvantitativ metode gir informasjon i form

av målbare enheter. Informasjonen som samles her, skjer uten direkte kontakt. En kvalitativ metode har som mål å fange opp opplevelser og meninger. Her har man direkte kontakt med feltet (Dalland, 2020, s. 54-55).

## 2.2 SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE SOM METODE

I denne oppgaven er litteraturstudie valgt som metode. Litteraturstudier er studier hvor man systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere vil si å samle inn kunnskap, gå kritisk gjennom det og sammenfatte dette (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 37). En litteraturstudie skal avklare og belyse et faglig spørsmål (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 41). For å finne svar på slike spørsmål må man gjøre et innledende litteratursøk for så å gjøre et systematisk litteratursøk. Kjennetegn ved et systematisk litteratursøk er at den er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvable (Thidemann, 2019, s. 81-82).

## 2.3 SØKESTRATEGIER

For å gjøre et systematisk litteratursøk har jeg brukt databasene «Cinahl» og «PubMed» da disse inneholder sykepleiefaglig forskning. Booleske operatorer slik som «AND» og «OR» ble brukt for å kombinere søkeord. «AND» avgrenser søket, mens «OR» utvider søket (Helsebiblioteket, 2016a).

Søkeordene som er brukt fra problemstillingen er: «nurse/ nursing», «experience», «perception», «communication» og «ethnic minority patients». Første ble det gjort et innledende søk med disse søkeordene. Dette ga mange treff, men artiklene var veldig generelle. Da ble det lagt til flere synonymord slik som «minority groups/ ethnic minority groups», «cultural communication» og «cultural competence». Dette ga i begynnelsen ingen treff, men i kombinasjon med de andre søkeordene ga det treff som var mer relevant til problemstillingen, men det var ikke mange artikler og resultatene ble for begrenset. Mange av resultatene var pasient- og pårørende perspektiv og disse ble ekskludert. Etter å ha lest sammendrag på de artiklene som virket relevante ble nøkkelordene som var nevnt lagt til i

søkeordene: «Communication challenges», «cultural challenges», «communication issues», «language barriers», «communication barriers», «immigrant patients» «nurse- patient relationship», «nurses' perspective» og «nurses». Dette utvidet søket og det var lettere å velge ut artiklene som var relevant for å svare på problemstillingen. Til slutt satt jeg igjen med seks artikler. Etter å ha lest gjennom disse ble en av dem ekskludert da det var en litteraturstudie som inneholdt tre av de andre artiklene jeg hadde valgt fra før.

Database/ dato for søk	Spesifikasjoner i database	Søkeord	Antall treff	Antall Inkluderte artikler	Inkluderte artikler
Cinahl 03.03.22	Årstall 2012- 2022	Communication AND experience AND minority groups AND nursing	1	1	Likupe et al. (2018)
Cinahl 03.03.22	Årstall 2012-2022	Communication AND nurse OR nursing AND experience OR perception AND immigrant patients AND minority groups OR ethnic minority groups	2	1	Debesay et al. (2014)
PubMed 07.03.22	Haket av for: in the last 10 years, Engelskspråklig	Cultural competence AND cultural communication AND nurse-patient relationship	58	1	Hemberg & Vilander (2017)
PubMed 21.03.22	Haket av for: in the last 10 years, engelskspråklig, Adult 19 + years	Communication issues AND Language barriers AND Nurses' perspective	30	1	Ali & Watson (2018)
PubMed 22.03.22	Haket av for: in the last 10 years, engelskspråklig	Nurses AND communication barriers AND Cultural competence AND Cultural challenges	35	1	Hart & Mareno (2014)

Tabell 1: Tabellen viser søkehistorikken



## 2.4 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur	Barn/ ungdommer under 19 år
Sykepleierperspektiv	Pasient- og pårørendeperspektiv
Artikler fra 2012-2022	
Artikler som omhandler voksne fra og med alderen 19 år.	
Hele helsesektoren	
Artikler som omhandler pasienter med minoritetsbakgrunn	

*Tabell 2: Tabellen viser inklusjons- og eksklusjonskriterier*

## 2.5 KRITISK VURDERING

Alle inkluderte forskningsartikler var kvalitative studier da dette var mest relevant for å svare på problemstillingen da kvalitative studier har som mål å fange opp opplevelser og meninger. For å kvalitetssikre den metodiske kvaliteten i vitenskapelige artikler ble det brukt sjekklister for kvalitative studier fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016b). Vedlegg 1 er et eksempel på en ferdig utfylt sjekklister. Hensikten med å kritisk vurdere artiklene er å kvalitetssikre dem, og bestemme relevans til min problemstilling (Thidemann, 2019, s. 26). I det følgende har jeg gjort en kritisk vurdering av artiklene:

Formålet med alle studiene er klart formulert, og problemstillingen er relevant. Det er brukt kvalitativ metode på alle studiene og dette er hensiktsmessig da studiene ønsker å undersøke sykepleieres erfaringer og opplevelser i møte med etnisk minoritetspasienter. Tre av studiene (Ali & Watson, 2017; Debesay et al., 2014; Likupe et al., 2018) har brukt intervju

for å samle datamateriale, mens to av dem brukte spørreskjema (Hart & Mareno, 2013; Hemberg & Vilander, 2017). Intervju er hensiktsmessig fordi forskerne har mulighet til å umiddelbart oppklare eventuelle misforståelser og stille oppfølgingsspørsmål slik at man kan gå mer inn i dybden. Spørreskjema er også hensiktsmessig fordi deltakerne kan fylle ut skjemaet uten forskeren til stede, og da føler de seg kanskje litt mer fri til å skrive det de føler og opplever. Fordi hensikten med studiene ikke er å generalisere resultatene, men å undersøke deltakernes meninger og opplevelser, kan det være hensiktsmessig at utvalget er begrenset. I alle studiene kommer det klart frem hvilken form dataen har, og de er analysert tematisk. Fortolkningen av dataene er forståelig, og kommer tydelig frem. Forfatterne har også brukt relevant litteratur for å understøtte argumentene sine. Tre av studiene (Ali & Watson, 2017; Hemberg & Vilander, 2017; Likupe et al., 2018) er godkjent av etisk komite, mens de resterende to (Debesay et al., 2014; Hart & Mareno, 2013) har fått godkjenning fra universitetets institusjonelle vurderingsnemnd og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Personvernet til alle deltakerne er ivaretatt.

Når jeg har valgt ut pensum og annen litteratur for å belyse problemstillingen har jeg konsekvent prøvd å benytte den nyeste litteraturen. Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbees Menneske- til- menneske-forhold-modellen, og har brukt boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie». Denne teorien er fortsatt like relevant i dag til tross for at den utkom for første gang i 1966. Da boka er oversatt fra engelsk til norsk kan det være mulighet for at det er noen mistolkninger fra den opprinnelige versjonen.

## 2.6 ETISKE OVERVEIELSER

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre at deltakere ikke blir påført skade eller unødvendig belastning. Målet er å få ny kunnskap og innsikt på en måte som ikke går på bekostningen av enkeltindividers integritet og velferd (Dalland, 2020, s. 168).

Tre av fem artikler var godkjent av en etisk komite. De resterende to artiklene har fått

godkjenning fra Universitets institusjonelle vurderingsnemnd og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. De har også tatt etiske hensyn til deltakerne. Deltakerne ble informert om studiens hensikt og formål, og gitt skriftlig samtykke om anonymitet. Deltakerne er også informert om at deltakelsen var frivillig og at de kan trekke seg fra studiene på et hvilket som helst tidspunkt. Taushetsplikten var også ivaretatt. Basert på dette er det vurdert at alle forskningsartiklene har tatt etiske vurderinger og hensyn.

### 3 PRESENTASJON AV ARTIKLER

#### 3.1 ALI & WATSON, 2017

**Tittel:** Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspective

**Land:** England

**Hensikt:** Formålet med studiet er å utforske sykepleieres perspektiv på språkbarrieren og innvirkningen den har på omsorgstilbudet til pasienter med begrenset engelskspråklig kunnskap.

**Metode:** En kvalitativ deskriptiv tilnærming ble brukt. Ved hjelp av individuelt intervju og fokusgruppe diskusjoner ble data samlet inn fra 59 sykepleiere som arbeidet på sykehus i England. Deretter ble datamaterialet analysert tematisk.

**Resultat:** Forfatterne kom frem til tre temaer; multii-etnisitet og språkbarriere, påvirkningen av språkbarrieren og kommunikasjon via tolk. Kommunikasjon ble identifisert som det viktigste aspektet ved omsorgstilbudet og som en vesentlig del av sykepleiernes yrkesrolle uavhengig av klinisk område eller spesialitet. Språkbarrieren ble identifisert som den største hindring for å tilstrekkelig, hensiktsmessig, effektiv og rettidig omsorg til pasienter med begrenset engelskspråklig kunnskap. Bruk av profesjonelle tolker ble ansett som nyttig; imidlertid ble begrensninger knyttet til bruk av tolketjenester nevnt.

**Relevans for oppgaven:** Denne studien tar for seg språkbarrieren og hvilken innvirkning den har på omsorgstilbudet til pasienter som ikke snakker majoritetsspråket. Den er fra et

sykepleierperspektiv. I tillegg tar studiet opp begrensninger knyttet til bruken av tolketjenester.

### 3.2 DEBESAY ET AL., 2014

**Tittel:** Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients

**Land:** Norge

**Hensikt:** Studiens hensikt er å utforske utfordringer sykepleiere møter på når de yter helsehjelp til etniske minoritetspasienter.

**Metode:** Det ble gjennomført en kvalitativ studie med 19 sykepleiere som arbeidet i hjemmetjenesten i Norge. Disse sykepleierne hadde høye andeler minoritetspasienter. Det ble gjort semistrukturerte intervju. Deretter ble det gjort en tematisk innholdsanalyse.

**Resultat:** Det ble identifisert tre kritiske aspekter i møtet mellom hjemmesykepleiere og minoritetspasienter. Det første var intim omsorg hvor sykepleiere oppfattet frykten for å gjøre feil og grenseoverskridelse knyttet til minoritetspasienters kulturelle og religiøse praksis som spesielt belastende. Det andre var rehabilitering etter hjerneslag. Sykepleierens tro på fordelene med rask rehabilitering var i konflikt med minoritetspasientene og deres pårørende som favoriserte utvidet hvile under rehabilitering. For det tredje ble hjemmesykepleiernes engasjement for åpenhet i omsorg for palliative pasienter satt på prøve da de møtte pårørende som trodde på religiøse forklaringer på pasientens skjebne, og ønsket å skjule den sanne diagnosen fra uhelbredelig syke pasienter.

**Relevans for oppgaven:** Da jeg har valgt å inkludere hele helsesektoren og denne studien omhandler hjemmetjenesten, tenker jeg at denne er aktuell for min oppgave. Det er basert på norske sykepleiere og deres erfaringer med minoritetspasienter. I tillegg tar den for seg mangel på kulturell kompetanse og utfordringer knyttet til dette i hverdagen.

### 3.3 HART & MARENO, 2013

**Tittel:** Cultural challenges and barriers through the voices of nurses

**Land:** USA

**Hensikt:** Formålet med studien var å oppdage og beskrive utfordringer og barrierer sykepleiere møter på når de skulle gi kulturelt kompetent omsorg til ulike pasientgrupper.

**Metode:** Det ble brukt kvalitativ metode. Det ble sendt ut spørreskjema til 2000 sykepleiere i USA via e-post. 374 sykepleiere svarte på spørreskjemaet. Halvparten av dem som deltok jobbet på sykehus, og flesteparten av dem snakket ikke et annet språk enn engelsk. Data ble samlet gjennom to spørreskjemaer. Datamaterialet som var samlet inn ble deretter tematisk analysert.

**Resultat:** Det var tre temaer som kom frem. Stort mangfold: sykepleierne opplevde at det var utfordrende med det store mangfoldet, og mente dette gjorde det vanskelig å lære om de ulike kulturelle preferansene. Sykepleierne uttrykte at de hadde lite kulturell kompetanse. Mangel på ressurser: sykepleierne snakket om mangel på ressurser til å lære og yte kulturelt tilpasset omsorg. Tid, økonomi og mangel på trening ble sett på som store barrierer til å kunne gi kulturelt kompetent omsorg. Fordommer: noen sykepleiere mente at mennesker fra andre land skulle tilpasse seg det nye landet, mens andre mente at man skulle være fordomsfrie og ha en helhetlig tilnærming.

**Relevans for oppgaven:** Denne studien tar for seg utfordringer og barrierer sykepleiere møter på når de skal gi kulturelt kompetent omsorg til etniske minoritetspasienter. Temaene som er nevnt ovenfor er relevante for å svare på min problemstilling. Selv om studiet er fra USA, kan resultatene også være relevante i Norge.

### 3.4 HEMBERG & VILANDER, 2017

**Tittel:** Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture

**Land:** Finland

**Hensikt:** Hensikten med studiet er å avdekke en ny forståelse av omsorgsmiljøet mellom sykepleier og pasient når disse ikke snakker samme språk.

**Metode:** Det ble brukt kvalitativ metode. Data ble samlet gjennom åtte spørreskjema med åtte sykepleiere og to voksne fra en annen kultur som var tidligere pasienter av de åtte sykepleierne. Tekstene ble analysert med latent innholdsanalyse og dataanalysen ble gjort ved å kategorisere dem i hovedtema og undertema.

**Resultat:** De kom frem til fem hovedtema i funnene sine: 1. nestekjærlighet er grunnlaget for et omsorgsforhold når pasient og sykepleier ikke snakker samme språk. 2. Integritet som grunnlaget for kulturell respekt og for å ta hensyn til pasientens åndelige behov. 3. En bekreftende tilstedeværelse som essensielt når de ikke snakker samme språk. 4. Kreativ mot som fundamentet for kulturell kompetanse og kommunikasjon. 5. Kontinuerlig informasjon som en avgjørende faktor for å etablere tillit.

**Relevans for oppgaven:** Denne studien er relevant for min oppgave da den beskriver sykepleiernes møte med etniske minoritetspasienter. Den tar for seg betydningen av å ha kulturell kompetanse og hvordan man skal kommunisere med pasienter med respekt. Studien tar også opp noen kommunikasjonsstrategier som jeg tenker kan være nyttig å inkludere i oppgaven min. Det er inkludert to voksne i studiet, men hovedfokuset er på sykepleierne og dermed har jeg valgt å inkludere studiet.

### 3.5 LIKUPE ET AL., 2018

**Tittel:** Exploring health care workers' perception and experience of communication with ethnic minority elders

**Land:** Storbritannia

**Hensikt:** Hensikten med studiet er å utforske helsepersonells opplevelse og erfaring av kommunikasjon med eldre etniske minoriteter.

**Metode:** Kvalitativ metode er brukt. Det ble gjort semistrukturerte intervju med ti

sykepleiere som hadde hatt eldre etniske minoriteter som pasienter. Intervjuene varte mellom 30 og 50 minutter. Deretter ble det gjort en tematisk analyse av datamaterialet.

**Resultat:** Dataanalysen avdekket at problemer med kommunikasjon, stereotypisering, begrenset tid til samhandling og eksisterende forhold som påvirket kommunikasjon var lignende både hos den eldre majoritetsbefolkningen og minoritetsbefolkningen. Imidlertid kunne kulturelle forskjeller fremheve disse problemene og påvirke omsorgen som ble gitt på en negativ måte. Faktorer som lettet kommunikasjon var tilgang på opplæring i kulturell kommunikasjon, tilgang på tolketjenester og mengden og kvaliteten på tid som var tilgjengelig til å samhandle med eldre minoritetspasienter.

**Relevans for oppgaven:** Da aldersgruppen jeg vil ha i fokus er voksne over 19 år er denne studien innenfor disse rammene da den tar for seg eldre. Denne studien er inkludert da den tar for seg kulturell kompetanse, tilgang på tolketjenester og tid som en faktor som kan fremme kommunikasjon.

Det første jeg gjorde da jeg skulle analysere studiene var å oversette dem til norsk slik at jeg forsto innholdet bedre og fikk lest skikkelig gjennom dem. Da så jeg at det var mange temaer som gikk igjen. Jeg markerte de forskjellige tematikkene med forskjellige farger, og kom til slutt frem til tre hovedtema: trengte mer opplæring i kulturell kompetanse, språk- og kulturbarrieren som største hindring for tilstrekkelig omsorg og anerkjente begrensninger knyttet til bruk av tolketjenester. Da alle artiklene er oversatt fra engelsk må det tas forbehold om at enkelt ord, setninger og budskap kan bli oversatt eller tolket feil.

## 4 RESULTAT OG DISKUSJON

### 4.1 TRENGTE MER OPPLÆRING I KULTURELL KOMPETANSE

Fire av fem studier påpekte et behov for kulturell kompetanse i møte med etniske minoritetspasienter, spesielt da det var mange kulturer å forholde seg til i tillegg til at det var variasjoner innenfor disse (Debesay et al., 2014; Hart & Mareno, 2013; Hemberg & Vilander, 2017; Likupe et al., 2018). Mangelen på denne kunnskapen førte til at flere sykepleiere ofte var bekymret

for å krysse pasientenes kulturelle grenser (Debesay et al., 2014, s. 2111). Kunnskap om andre kulturer er et viktig hjelpemiddel som kan fremme kommunikasjon i møte mellom pasient og sykepleier (Hanssen, 2019, s. 15). Funnene tyder til at sykepleierne i studiene var klar over dette og de mente at en skal gjøre seg kjent med pasientens kultur, men dette betydde ikke at man skulle akseptere alt ved kulturen, men vise at en er interessert (Hemberg & Vilander, 2017, s. 825). Dette kan gi pasienten en følelse av å bli møtt med respekt og omsorg av sykepleier og kanskje gjøre møtet mindre ubehagelig for begge parter (Hanssen, 2019, s. 15). Et mål i den norske helsetjenesten er at alle skal ha lik tilgang på tjenester uavhengig av alder, kjønn, økonomi, bosted og etnisk bakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1; Spesialhelsetjenesteloven, 1999, §1-1; Helseforetaksloven, 2001, §1). For å kunne gi et likeverdig behandlingstilbud til alle må man i noen tilfeller behandle pasienter ulikt da de har andre forutsetninger og behov enn majoritetsbefolkningen. Mange etniske minoriteter får et dårligere omsorgstilbud nettopp fordi helsepersonellet ikke har nok kompetanse til å tilpasse dette til dem (Alpers, 2018, s. 26-27). En kulturelt kompetent sykepleier tar hensyn til erfaringer og reaksjoner mennesker har utifra deres kultur, religion, bakgrunn og etnisitet (Ingstad, 2021, s. 116). Hvordan skal sykepleierne klare dette når de erfarer at de selv ikke har noe form for kunnskap om andre kulturer?

Det var tydelig utifra funnene at det var lite eller ingen mulighet til å få kurs eller trening innen kulturell kompetanse (Debesay et al., 2014; Hart & Mareno, 2013; Likupe et al., 2018). En konsekvens av dette kan være at sykepleiere blir mer usikre i møte med pasienten, og pasientens behov og verdier blir ikke ivaretatt. I henhold til helsepersonelloven (1999, §4) er det forventet at helsepersonell skal utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp utifra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers. Når sykepleiere erfarer at de ikke har nok kompetanse i møte med etniske minoritetspasienter blir det ikke faglig forsvarlig lenger. Fra egen erfaring har jeg opplevd at flere minoritetspasienter ikke fikk hjelp fordi sykepleier ikke forsto deres behov og det førte ofte til at sykepleierne vegret seg for å hjelpe disse pasientene. For å kunne oppnå kulturell kompetanse trenger sykepleiere kulturell kunnskap som samles gjennom forskjellige fagområder (Papadopoulos, 2006, s. 13-16). Derfor er det viktig at de får tilbudt noe form for kurs eller trening innen kulturell kompetanse, og noen av deltakerne i studiene mente at det hadde vært hjelpsomt om dette ble gjort på arbeidsplassen (Likupe et al., 2018, s. 185). Dette kan være i form av at avdelingen arrangerer fagdager, legger til rette for relevante kurs eller lignende. Enheten for



migrasjonshelse ved folkehelseinstituttet har flere godkjente innføringskurs innen migrasjonshelse som blant annet inneholder kurs om språkbarrierer og kommunikasjon, fordommer og diskriminering og kommunikasjon via tolk (Folkehelseinstituttet, 2019). Men på den andre siden er en forutsetning for at sykepleiere skal få kurs eller trening innen kulturell kompetanse at noen må betale for dette. Dette gjelder både de ansatte som må komme på kurs utenfor arbeidstider og kursholdere og lignende. Dette problemet kom også opp som en barriere til å kunne gi kulturelt kompetent omsorg i en av studiene (Hart & Mareno, 2013, s. 2227). Likevel må man også huske at det ikke bare er arbeidsplassen som har ansvar for å fremme kulturell kompetanse. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleier skal kjenne til egne grenser og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2019). Da er det viktig at sykepleiere opplyser ledelsen om at det er behov for opplæring slik at det blir satt søkelys på dette. I tillegg kan de søke kunnskap selv. Noen sykepleiere i studiene hadde blant annet lest i bøker og nyheter om andre kulturer for å utvide kunnskapen sin (Debesay et al., 2014, s. 2113). Dette kan være en god egenskap å ha når man skal tilegne seg kulturell kompetanse da man kan gå gjennom de fire stegene til Papadopoulos. Man erkjenner sin egen kultur og blir mer bevisst på sitt eget norm- og verdigrunnlag som gjør at man ser hvilke holdninger man har til andre kulturer og mennesker. Ved å lese seg opp om de forskjellige kulturene på egen hånd øker man den kulturelle kunnskapen sin og blir mer kultursensitiv slik at man respekterer, erkjenner og aksepterer kulturforskjellene og ser på menneske som et unikt individ (Papadopoulos, 2006, s. 11-18).

Kan generalisert utdanning om forskjellige kulturer føre til at man kategoriserer dem mer? Det er med mennesker man møter på, ikke kulturer. I sammenheng med dette sa de sykepleierne som hadde hatt utdanning om kulturelt mangfold at de hadde følt at folkegruppen i fokus hadde blitt stereotypisert og kategorisert inn i en bås. Fordommer og stereotypisering ble derfor sett på som en barriere for å kunne gi kulturelt kompetent omsorg. Målet med å utdanne sykepleiere innen kulturell kompetanse er å utvide perspektivet deres slik at de kan utøve sykepleie på en mer kultursensitiv måte (Hart & Mareno, 2013, s. 2227-2228). Mennesker er forskjellige og har forskjellige behov uavhengig av hvilken etnisk bakgrunn de har. I første møtet med etniske minoritetspasienter kan bakgrunns erfaringer påvirke hvordan man opplever pasienten. Er den tidligere erfaringen negativ, vil man gå inn med en negativ innstilling og motsatt om den har vært positiv. Det som er konsekvent er at begge parter blir stereotypisert, men det er sykepleieren sin

oppgave å bryte dette og se forbi forskjellene (Travelbee, 2001, s. 186-187). Derfor er det viktig at kulturell kompetanse ikke brukes som en oppskrift på alle, men heller som en veileder eller ressurs i møte med etniske minoriteter (Hanssen, 2019, s. 15-16).

Flere sykepleiere var skeptiske angående muligheten til å oppnå kulturell kompetanse i de eksisterende rammene. I tillegg var tidligere erfaringer ikke til hjelp da disse var inkonsistente, og det var store variasjoner innenfor en spesifikk kultur (Debesay et al., 2014; Hart & Mareno, 2013). I doktorgradsavhandlingen til Alpers kommer det frem at arbeidserfaring hadde lite betydning for sykepleieres opplevelse av sin kulturelle kompetanse. Hun kom også frem til at kompetanse på området ikke utvikles da det er manglende oppmerksomhet på temaet både i undervisning og i det daglig arbeidet (Alpers, 2017, s. 81). Frem til 2017 fantes det en nasjonal strategi om innvandrers helse og dette skulle være et redskap når det kom til tilrettelegging av gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Et av målene her var at helsepersonell skulle legge til rette for god kommunikasjon med pasienter med annen språklig bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 4-5). Denne strategien utløp i 2017 og ble ikke fornyet da regjeringen mente tiden var moden for å inkludere innvandrere automatisk i all helsepolitikk (Diaz, 2021). Etniske minoriteter kommer til Norge med ulike helseutfordringer og syn på sykdom og det er viktig at sykepleiere er klar over dette (Goth, 2014, s. 98 og 111). Kunne denne strategien hjulpet sykepleiere til å gi mer kulturelt kompetent omsorg? I 2018, etter at denne strategien ble opphevet, ble det i samarbeid med folkehelseinstituttet arrangert en migrasjonskonferanse på Universitetet i Bergen hvor de diskuterte denne tematikken. Selv etter fire år med en nasjonal strategi var det et stort gap mellom forskning, praksis og pasientbehov. Et av problemene her var at tiltak som ble satt i gang på lokalt nivå ikke ble evaluert fordi innvandrerbakgrunn ikke lenger ble registrert av frykt for diskriminering (Rø, 2018). Norge er et flerkulturelt samfunn og dette må bare aksepteres. Mennesker fra andre kulturer har ulike forutsetninger enn majoritetsbefolkningen og da må de behandles ulikt i henhold til dette slik at det faktisk blir likeverdig helsehjelp for alle (Alpers, 2018, s. 26-27). Er det på tide med en ny strategi slik at sykepleiere blir mer selvsikre i arbeidsutøvelsen sin med etniske minoritetspasienter? Antallet på etniske minoriteter vil bare øke og med dette kommer det flere utfordringer som for eksempel kommunikasjon (Goth, 2014, s. 91).

I forhold til kommunikasjon var det noen deltakere som anbefalte å innlemme fremmedspråkkurs i bachelorutdanningen eller ved videre utdanning. De sykepleierne som hadde flerspråklig kompetanse erfarte at dette var en fordel da det er en måte å få kontakt med pasienten og pårørende på (Hart & Mareno, 2013, s. 2228). Etter min erfaring som norskfødt med innvandrerforeldre har det å kunne snakke andre språk enn bare norsk og engelsk og det å ha vokst opp mellom to kulturer hjulpet meg i sykepleieutøvelsen. Kommunikasjon er til stede hele tiden, både verbalt og non-verbalt (Travelbee, 2001, s. 135). Ved å ha noe kompetanse innen andre språk og kulturer vil det kanskje bli lettere å oppnå et menneske-til-menneske-forhold da man legger merke til tegn man ikke så før, men som er normalt i deres kultur og ikke det norske. Non-verbale uttrykk kan være universelle, men ved å ha denne kompetansen kan man bli mer bevisst på det som unnviker fra det som er normalt her (Eide & Eide, 2017, s. 136-139). På den ene siden kunne dette vært et godt tiltak, men hvor mange språk skal man lære seg? Det er hundrevis av språk i verden. Selv om man hadde lært seg noen språk er det ikke sikkert man lærer det flytende. I tillegg er det ikke sikkert at det man lærer er brukbart i medisinske sammenheng.

#### 4.2 SPRÅK- OG KULTURBARRIEREN SOM STØRSTE HINDRING FOR TILSTREKkelig OMSORG

Alle studiene erkjente språk- og kulturbarrieren som en hindring for å yte tilstrekkelig omsorg (Ali & Watson, 2017; Debesay et al., 2014; Hart & Mareno, 2013; Hemberg & Vilander, 2017; Likupe et al., 2018). De snakket om vanskeligheten med å skape et tillitsforhold mellom pasient og helsepersonell, problemer med å forstå hverandres kultur og verdier og kunne gi tilstrekkelig, hensiktsmessig og effektiv omsorg til pasienter som ikke snakket samme språk som dem (Ali & Watson, 2017; Hart & Mareno, 2013; Hemberg & Vilander, 2017; Likupe et al., 2018). God kommunikasjon er et hjelpemiddel til å forstå pasienter, gi bedre hjelp og støtte, styrke følelsen av trygghet, ta gode beslutninger sammen og stimulere til utvikling og motivasjon (Eide, & Eide, 2017, s. 39). Dersom man ikke snakker samme språk kan dette begrense pasienters mulighet til å formidle sine egne tanker og følelse til sykepleier og dermed føre til usikkerhet og misforståelser både hos pasient og sykepleier (Hanssen, 2019, s. 34). Travelbee (2001, s. 135) mente at all interaksjon man har med pasienten gir sykepleier en anledning til å bli kjent med dem. Kommunikasjon er som sagt ikke bare verbalt, men det skjer også når man ikke tenker over det. Man kommuniserer med hverandre gjennom sitt utseende, atferd, kroppsspråk, gester og manerer. Dette gjelder generelt for alle

pasienter, men når språk- og kulturbarrierer er til stede er det viktig at sykepleier legger ekstra godt merke til dette da det kan fortelle noe om pasienten og deres behov. Dermed kan sykepleier bli mer kjent med pasienten selv om de ikke snakker verbalt sammen.

Tid var en faktor som påvirket kommunikasjonen (Hart & Mareno, 2013; Likupe et al., 2018). Miljøet i helsevesenet var travelt, og noen ganger hadde ikke sykepleierne tid til skikkelig kommunikasjon. En konsekvens av dårlig tid var at sykepleiere ikke hadde tid til å sitte og lytte og finne alternative former for kommunikasjon, og pasientene ble forlatt (Likupe et al., 2018, s. 184). Av erfaring er miljøet i helsevesenet travelt og man har ikke alltid tid til alle pasientene, spesielt når de vet at det er en språkbarriere til stede og at den prosessen kommer til å ta tid. Tid kan påvirke kommunikasjonen med pasientgruppen og det kan tenkes at underbemanning og flere pasienter per sykepleier kan være årsaken til dette. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, respekt og omsorg for menneskerettigheter (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dersom sykepleierne er i en presset situasjon hvor de ikke har tid til å kunne gi nok oppmerksomhet og kommunisere tilfredsstillende med minoritetspasientene kan pasienten føle seg krenket og ikke respektert og sykepleier kan sitte igjen med følelsen av at de ikke oppnår sin hensikt. Nestekjærlighet var, ifølge noen sykepleiere, grunnmuren for god kommunikasjon med etniske minoritetspasienter (Hemberg & Vilander, 2017, s. 825). For å kunne vise nestekjærlighet må man ha tid til å sette av tid til god kommunikasjon uten å være bekymret for at det skal gå utover andre pasienter.

I en av studiene ble det nevnt at noen sykepleiere opplevde at språkbarrieren var i veien for å kunne avtale timer både skriftlig og muntlig. Informasjonen som ble gitt ble ikke forstått av pasientene da de manglet engelskspråklig kompetanse (Ali & Watson, 2017, s. 1156). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) skal informasjon være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger og helsepersonellet skal sikre seg at innholdet og betydningen av informasjonen blir forstått av pasienten. Manglende språkferdigheter og manglende lese- og skriveferdigheter kan gjøre det vanskelig å tilegne seg helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9). Derfor er det viktig at sykepleier tilpasser kommunikasjonen til hver enkelte utifra pasientens forutsetninger. Måten sykepleiere kommuniserer på kan ha stor betydning på å fremme eller hemme helsekompetanse. Man kan overestimere pasientens leseferdigheter, og som man ser fra

funnene har dette vært problematisk for flere sykepleiere. Derfor er kunnskap om helsekommunikasjon og metode for samtale viktig i arbeidet med etniske minoritetspasienter. Noen vanlige teknikker som blir brukt innen helsekommunikasjon er å unngå bruk av medisinske terminologier eller vanskelig fagspråk og snakke tydelig. En annen metode var å få pasientene til å repetere eller oppsummere gitt informasjon for å kontrollere at budskapet er forstått (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13; Jenum & Pettersen, 2014, s. 277). Ved å gjøre dette forsikrer sykepleier at pasienten forstår budskapet og dersom det pasienten repeterer tilbake ikke samsvarer med budskapet kan sykepleier finne en alternativ måte å kommunisere på.

Selv om det var mange utfordringer knyttet til språk- og kulturbarrieren hadde sykepleierne noen strategier for å håndtere situasjonen (Hemberg & Vilander, 2017; Likupe et al., 2018). Non-verbal kommunikasjon ved hjelp av ansiktsuttrykk, gester, tegnspråk, bilder eller tegninger ble ofte brukt og en sykepleier hadde erfart at tilstedeværelsen av kjente sykepleiere ofte hadde en roende effekt på pasientene (Hemberg & Vilander, 2017, s. 825-826). Non-verbal kommunikasjon omfatter alt det overnevnte. Så lenge det non-verbale og verbale er kongruent kan man si at det har foregått kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 138-139). En forutsetning for dette er at tegn og symboler blir forstått. Mye non-verbal kommunikasjon er som sagt universelt, men noe kan unnvike og misforståelser skjer. Da kan bilder og tegninger være et godt hjelpemiddel. Noen deltakere erfarte at det var mangel på språkhjelpemidler der de arbeidet (Hart & Mareno, 2013, s. 2227-2228). Språkhjelpemidler kan være oversettelsesprogram som oversetter i sanntid, eller det kan være hefter med bilder og informasjon på norsk og pasientens morsmål. Sykehuset i Østfold har utviklet en kommunikasjonsperm for fremmedspråklige som inneholder hyppig stilte spørsmål, informasjon og beskjeder som er oversatt og illustrert med enkle tegninger til flere språk (Sykehuset Østfold, 2022). Det er sjeldent jeg har sett noen bruke dette, men jeg har selv brukt dette og av erfaring har dette funket bra i møte med etniske minoritetspasienter. Da kan man peke på det budskapet man skal formidle på papiret og pasienten kan svare ved å nikke med hodet eller peke på ja eller nei på arket. Dette tiltaket kunne vært et godt hjelpemiddel i møte med etniske minoritetspasienter. Problemet med dette er at den ikke finnes på alle språk. Derfor hadde det beste tiltaket, når man møter på kultur- og språkbarrierer, vært å bruke kvalifisert tolk.

### 4.3 ANERKJENTE BEGRENSNINGER KNYTTET TIL BRUK AV TOLKETJENESTER

Fire av fem studier nevnte bruken av tolk som et alternativ til å komme over språkbarrieren i møte med etniske minoritetspasienter (Ali & Watson, 2017; Hart & Mareno, 2013; Hemberg & Vilander, 2017; Likupe et al., 2018). Det gode ved tolk, ifølge noen sykepleiere, var at tolken kunnen snakke samme språk som pasienten og forklare hvorfor pasienter er der de er og hvilke behandlinger som er planlagt. Pasienten kunnen også stille spørsmål til tolken som formidlet dette videre til sykepleier. Dette kunne gjøre at pasienten følte seg trygg overfor sykepleier selv om de manglet et felles talespråk (Hemberg & Vilander, 2017, s. 827).

Imidlertid opplevde sykepleierne at det var vanskelig å bygge en relasjon til pasienten med tolk til stede (Hart & Mareno, 2013, s. 2777). Pasienten vil kanskje henvende seg mer til tolken enn til sykepleier da de forstår hva tolken sier bedre enn hva sykepleier sier. Ifølge Travelbee (2001, s. 135) skal kommunikasjon være en prosess som gjør sykepleier i stand til å skape et menneske-til-menneske-forhold, men siden de ikke kommuniserer direkte til hverandre kan det kanskje være vanskelig å oppnå dette. Et annet problem man må ta hensyn til er at pasienten kan ha mistillit til tolken da de kan være fra forskjellige klaner, har vært fiender i krig eller fordi språkgruppen er så lite representert i landet at alle kjenner alle og de er redd for at informasjonen skal bli delt med andre (Hanssen & Alpers, 2010). Da kan de selv holde tilbake viktig informasjon og sykepleier må være klar over dette når de bestiller tolk. I tillegg kan det være hensiktsmessig å informere pasienten om at tolken har taushetsplikt, og hva dette innebærer slik at de kommuniserer bedre, og sykepleier får den informasjonen de trenger til å kunne gi faglig forsvarlig helsehjelp (Hanssen, 2019, s. 48).

Flere av deltakerne opplevde at det ikke alltid var lett å få tak i tolketjenester da dette var tidsbestemt og de måtte bestille tolk i forveien (Ali & Watson, 2017; Likupe et al., 2018). Samtidig erkjente sykepleierne at tolker ikke kunne være til stede på samme måte som de er (Likupe et al., 2018, s. 185). I noen tilfeller hvor de ikke fikk tak i profesjonell tolk ble familiemedlemmer eller flerspråklige helsepersonell brukt i stedet da de var lettere tilgjengelig for sykepleierne (Ali & Watson, 2017; Likupe et al., 2018). Familiemedlemmer er ofte uegnet til å tolke da de kan tilbakeholde viktig informasjon fra pasienten. Dette kan enten være fordi de ikke har nok kunnskaper til å forstå innholdet selv, eller fordi de vil

skjerme pasienten fra informasjon som kan skape angst og uro hos dem (Hanssen, 2019, s. 45-47). Selv om noen pasienter ønsker at familie skal tolke for dem er det også noen som ikke ønsker dette da de vil beskytte privatlivet sitt (Likupe et al., 2018, s. 185). Flerspråklig helsepersonell skal i utgangspunktet heller ikke brukes istedenfor profesjonell tolk, men kan brukes for å avhjelpe en krevende situasjon hvor man ikke får tak i kvalifisert tolk med en gang. Grunnen til dette er at det medfører uklare roller og fordi de har tilgang på informasjon de ikke bør ha for å kunne tolke upartisk (Helsedirektoratet, 2011, s. 7). Som tidligere nevnt skal en tolk være nøytral og når helsepersonell, som er med denne pasienten nesten hver dag, skal tolke blir de ikke nøytrale (Hanssen, 2019, s. 48). De er ikke trent til å være tolk og da skal de ikke brukes som tolk (Ali & Watson, 2017, s. 1156).

## **5 OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS**

I denne oppgaven ønsket jeg å belyse sykepleieres erfaring og opplevelse av kommunikasjon med etniske minoritetspasienter når de ikke delte samme språk og kultur. Funnen fra oppgaven gir et bilde på hva sykepleiere erfarer og opplever når språk- og kulturbarrieren er i veien for å kunne gi likeverdige behandlingstilbud.

Kunnskap om andre kulturer var et viktig hjelpemiddel for å kunne gi likeverdige behandlingstilbud til alle, men tilgangen til slik kunnskap var begrenset og mange sykepleiere opplevde at dette gjorde dem mer usikre i sykepleieutøvelsen sin. De som hadde hatt utdanning innenfor dette feltet hadde opplevd at innholdet var fordomsfullt og de opplevde at pasientgruppen ble stereotypisert. I tillegg anbefalte noen sykepleiere å innlemme språkkurs som en del av utdanningen.

Når sykepleierne ikke snakket samme språk som pasienten var det mange problemer som sto i veien for å kunne bygge en relasjon med pasientene. De opplevde at tidspress påvirket kommunikasjonen på en negativ måte ved at de ikke hadde tid til å sette seg ned og lytte og finne alternative metoder for kommunikasjon. Etniske minoritetsgrupper sin

helsekompetanse ble også opplevd som problematisk da det var vanskelig gi informasjon. På tross av slike utfordringer var det andre sykepleiere som brukte non-verbale kommunikasjonsmetoder og tilpasser dette til pasientene for å komme over barrieren.

Til slutt ble tolketjenester nevnt som et alternativ, men det var begrensninger knyttet til bruken av tolk med tanke på tilgjengelighet og relasjonsbygging. Familiemedlemmer og flerspråklige sykepleiere ble i noen tilfeller brukt da dette var lettere tilgjengelig.

Utifra funnene ser jeg at kommunikasjon og kulturell kompetanse har stor betydning for sykepleieutøvelsen til etniske minoritetspasienter. Det så ut til at sykepleiere var villige til å lære mer om etniske minoritetspasienter og forbedre kommunikasjonene mellom dem og seg selv, men systematiske utfordringer sto i veien for dette. Videre anbefaler jeg at sykepleieres kompetanse om etniske minoriteter økes med satsing på videreutdanning, kurs og trening. Ved å tilby sykepleiere bedre tilgang på kurs og utdanning innenfor kulturelt mangfold vil sykepleiere bli mer selvsikre i utøvelsen av helsehjelp til etniske minoritetspasienter og de vil erfare og oppleve at kommunikasjonen blir lettere. Til slutt anbefaler jeg sykepleiere til å søke kunnskap selv og øke fagkompetansen sin, da omfanget av migrasjon bare kommer til å øke som følge av etniske konflikter, brudd på menneskerettigheter, naturkatastrofer og globalisering.



## 6 REFERANSELISTE

- Ali, P. A. & Watson, R. (2017). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1152-1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>
- Alpers, L. M. (2017). *Helsepersonells kompetansebehov i møte med etnisk minoritetspasienter* [Doktorgradsavhandling, Høgskolen i Oslo og Akershus]. ODA Open Digital Archive. <https://hdl.handle.net/10642/5019>
- Alpers, L. M. (2018). Sykepleieres kompetansebehov i møte med etnisk minoritetspasienter. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (Red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 26-43). Gyldendal.
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Universitetsforlaget.
- Braut, G. S. & Aarheim, K. A. (2020). *Det norske helsesystemet: ei innføring i organisering, styring og politikk*. Det norske samlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.
- 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. *Journal of advanced nursing*, 70(9), 2107-2116. <https://doi.org/10.1111/jan.12369>
- Diaz, E. (2021, 28. februar). *Covid-19 har vist at diskriminering i helsevesenet er et reelt problem*. Forskersonen. <https://forskersonen.no/helsepolitikk-innvandring-kronikk/covid-19-har-vist-at-diskriminering-i-helsevesenet-er-et-reelt-problem/1820782>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge*. (7.utg.). Gyldendal.

Folkehelseinstituttet. (2019, 18. januar). *Kurs og undervisning i migrasjonshelse*.

<https://www.fhi.no/hn/migrasjonshelse/kurs-og-undervisning-i-migrasjonshelse/>

Goth, U. S. (2014). Migrasjonshelse. I U. S. Goth & J. Berg (Red.), *Folkehelse i et norsk perspektiv*. (s. 91-112). Gyldendal Akademisk.

Hanssen, I. & Alpers, L. M. (2010). Interpreters in intercultural health care settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of intercultural communication*, 23, 1404-1634

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

Hart, P. L. & Mareno, N. (2013). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of clinical nursing*, 23(15-16), 2223-2232.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12500>

Helsebiblioteket. (2016a, 06. juni). *Søketeknikker*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Helsebiblioteket. (2016b, 07. juni). *Kvalitativ metode*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk: for ledere og personell i helse og omsorgstjenesten*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veiledere%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%20Veiledere%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%20Veiledere%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%20Veiledere%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/)

Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdig helse- og omsorgstjenester- god helse for alle: Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen: 2019-2023*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hemberg, J. A. V. & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 822-829. <https://doi.org/10.1111/scs.12403>

Ingstad, K. (2021). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Akademisk.

Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning*, 9(3), 272-280.

<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0145>

Leknes, S., Løkken, S. A., Syse, A. & Tønnessen, M. (2018). *Befolkningsframskrivningene 2018* (Rapporter 2018/21). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/354129?ts=1643ab45088>

Likupe, G., Baxter, C. & Jogi, M. (2018). Exploring health care workers' perception and experiences of communication with ethnic minority elders. *Quality in aging and older adults*, 19(3), 180-190. <https://doi.org/10.1108/QAOA-08-2017-0034>

Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Gyldendal Akademisk.

- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Papadopoulos, I. (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. I I. Papadopoulos (Red.), *Transcultural health and social care: development of culturally competent practitioners* (s.7-24). Churchill Livingstone Elsevier.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller brist: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Spesialhelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialhelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå. (2022, 7.mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
- Sykehuset Østfold. (2022, 5. april). *Kommunikasjonsperm på flere språk*. <https://sykehuset-ostfold.no/helsefaglig/flerkultur-pa-sykehuset-hva-bor-vi-som-helsearbeidere-vite/kommunikasjonsperm-pa-flere-sprak>
- Rø, T. (2018, 22. november). *Trenger fortsatt fokus på innvandrerhelse*. UIB. <https://www.uib.no/samfunnsutfordringer/121974/trenger-fortsatt-fokus-p%C3%A5-innvandrerhelse>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg 1: Kritisk vurdering av kvalitativ forskning

### Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

#### Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Kritisk vurdering av:

Ali, P. A., & Watson, R. (2017). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1152-1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>

## Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? **Forskerne ville undersøke sykepleieres perspektiv på språkbarrieren og den innvirkning på behandlingstilbudet til pasienter med lav engelskspråklig kunnskap.**
- Hvorfor ville de finne svar på det? **Økt migrasjon har ført til at språkbarrieren blir mer tydelig. Språkbarrieren er en hindring til effektiv kommunikasjon mellom pasienter og sykepleiere. Denne studien setter søkelys på hvordan sykepleiere opplever språkbarrieren. De mener det er et kunnskapshull som må tettet slik at sykepleiere kan gi kulturelt kompetent og pasientsentrert omsorg.**
- Er problemstillingen relevant? **Ja**

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? **Ja, studien vil belyse sykepleieres erfaring og perspektiv**

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

### Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke? **Ja**

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter.

Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor? **Ja**
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? **Ja**
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta? **Ja**
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt? **Ja**
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)? **Ja, de måtte være sykepleiere**

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

**Ja** –  **Nei** –  **Uklart**

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? **ja**
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt? **Ja, det er brukt individuelt intervju og intervju i fokusgrupper**
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide? **Ja**
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor? **Nei**
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)? **Ja, Lydopptak og notater**
- Har forskerne diskutert metning av data? **Ja**

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

**Ja** –  **Nei** –  **Uklart**

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling **ja**
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting **ja**
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres **ja**

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt? **Ja**
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien. **Ja**
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité? **Ja. Etisk godkjenning ble innhentet fra «University of Sheffield research ethics committee».**

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.? **Ja, tematisk analyse**
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen? **Ja**
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til? **ja**
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen? **Ja**

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart



## Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? **Ja**
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter? **Ja**
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)? **Ja**
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen? **ja**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur? **ja**
- Har studien avdekket behov for ny forskning? **Ja**
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på? **ja**