

Kandidatnummer 1669 & 1708

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Pasienter med minoritetsbakgrunn og språkbarriere i møte med spesialisthelsetjenesten



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger 03.01.23



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Bakgrunnen for denne oppgaven er at det norske samfunnet blir stadig mer flerkulturelt. Gjennom jobb og studier har vi blitt nysgjerrige på hvordan vi kan ivareta etniske minoritetspasienter på en bedre måte.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere forbedre helsetilbudet og øke forståelsen for pasienter fra andre kulturer som opplever språkbarrierer i forbindelse med det norske helsevesen?

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan man som sykepleier kan forbedre helsetilbudet og tilrettelegge for god kommunikasjon for å øke forståelsen til etniske minoritetspasienter som mottar behandling i norsk helsevesen.

Metode

I oppgaven er det brukt integrativ litteraturoversikt med systematisk analyse og sammenstilling av 4 vitenskapelige artikler utgitt mellom 2016 og 2021. Artikkene er hentet fra Cinahl og Oria.

Resultater

Sykepleiere mangler kunnskap innen interkulturell kommunikasjon og kulturell kompetanse. Det anbefales opplæring til helsepersonell for å forbedre ferdighetene, og videre forskning innenfor feltet. Sykepleierens verbale og non-verbale kommunikasjon er svært viktig i samhandling med pasienten. Sykepleier må gjennomføre en grundig kulturell datasamling og undersøke språkbegrensninger, behov for tolk, sosial støtte og kulturelle hensyn. Korrekt bruk av tolk bidrar til økt selvbestemmelse, større ansvar for egen helse og færre komplikasjoner. Sykepleiere må tilrettelegge for at etniske minoritetspasienter skal motta likeverdig behandling i helsevesenet gjennom riktig bruk av tolk og respekt for andres helseforståelse.

Nøkkelord: Etniske minoritetspasienter, kommunikasjon, non-verbal kommunikasjon, kulturell datasamling, språkbarriere, tolk, informasjon, sykepleie, brukermedvirkning, autonomi, kulturell kompetanse, helseinformasjonsforståelse, kollektivism og likeverdige helsetjenester

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Innholdsfortegnelse.....	3
1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemformulering.....	5
1.3 Hensikt	6
1.4 Begrepsavklaring	6
2 Teoretisk referanseramme	7
2.1 Rett til informasjon.....	7
2.2 Tolkebruk	7
2.3 Brukermedvirkning.....	8
2.4 Nonverbal kommunikasjon	8
2.5 Kollektivism	9
2.6 Pleielidelse, sykdomslidelse.....	9
2.7 Helseinformasjonsforståelse	10
3 Metode.....	12
3.1 Litteratursøk	12
3.2 Analyse	13
4 Presentasjon av resultater	12
4.1 Kulturell kompetanse.....	15
4.2 Verbal/non-verbal kommunikasjon.....	16
4.3 Kulturell datasamling	17
4.4 Brukermedvirkning/autonomi.....	17
4.5 Likeverdige helsetjenester	18

4.6 Tolkebruk	19
5.1 Metodediskusjon	20
5.1.1 Litteraturstudie og kvalitativ metode.....	20
5.1.2 Kildekritikk av artiklene	20
5.1.3 Etske overveielser.....	21
5.2 Resultatdiskusjon	22
5.2.2 Likeverdige helsetjenester.....	22
5.2.3 Kulturkompetanse og helseinformasjonsforståelse	26
5.2.4 Sykepleie i møte med etniske minoritetspasienter	29
6 Anvendelse av resultatene i praksis	31
7 Bibliografi.....	32
8 Vedlegg	34
Søkelogg	34
Litteraturmatrise.....	35

ANTALL ORD: 7730 ord

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det norske samfunnet har blitt mer flerkulturelt og fører til at sykepleiere står ovenfor utfordringer relatert til kultur og språk. Ifølge Statistisk sentralbyrå bor det 819 356 innvandrere i Norge i 2022, som tilsvarer 15,1% av totalbefolkningen. 205 819 personer, 3,8% av totalbefolkningen, er norskfødte med innvandrerforeldre (Statistisk sentral byrå, 2022). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven skal alle personer som oppholder seg i Norge ha den samme tilgangen på helsetjenester.

Situasjoner vi har opplevd på jobb og i praksis har vekket interesse for temaet. Som sykepleierstudent på utveksling på Madagaskar har en av oss selv erfart hvordan det er å være den parten som forstår lite eller ingenting av det som blir sagt. Vi har følt på usikkerhet og manglende kompetanse og opplæring i forhold til denne problemstillingen i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn. Temaet er dagsaktuelt og relevant uansett hvor man jobber som sykepleier. I tillegg har vi et brennende ønske om å kunne gi likeverdig pleie til alle pasienter uavhengig av etnisitet eller språk.

1.2 Problemformulering

I vår bacheloroppgave har vi valgt problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere forbedre helsetilbudet og øke forståelsen for pasienter fra andre kulturer som opplever språkbarrierer i forbindelse med det norske helsevesen?». Denne problemstillingen har vi valgt da dette er en utfordring som dukker opp i alle deler av helsevesenet og går ut over en allerede sårbar gruppe mennesker. Det norske helsevesenet er basert på at alle skal få tilbud om lik helsehjelp, uansett økonomisk, kulturell eller sosial status, men er det faktisk slik i praksis?

Kulturforskjell og dårlig kommunikasjon står i veien for at pasientene mottar tilstrekkelig og lovpålagt likeverdig pleie, og dette er noe som står i fare for å gå ut over pasientsikkerheten i norske sykehus. Vi har også opplevd at det er for lite bruk av tolk i det norske helsevesen, noe som svekker kvaliteten på sykepleien.

Forskning viser at sykepleiere mangler kompetanse på interkulturell kommunikasjon (Mosed, Periord, & Caboral-Stevens, 2021, s. 993). Som følge av dette kan det få konsekvenser ved at pasientene mottar mindre informasjon, har dårligere forståelse av

egen sykdom og behandling, opplever misforståelser, redusert lindring av plager, økt pleielidelse, diskriminering, mindre brukermedvirkning og i verste fall feil behandling (Helsedirektoratet, 2011, s. 6).

Det trengs ny kunnskap om sykepleie til pasienter med minoritetsbakgrunn for å sikre at alle mottar pleie av samme kvalitet, uavhengig av kultur og kommunikasjonsvansker. I tillegg vil ny kunnskap og forskning innen fagfeltet bidra til å kunne undervise helsepersonell i hvordan man kan møte denne pasientgruppen på en hensiktsmessig og adekvat måte.

Ny kunnskap kan bidra med å øke forståelsen, samt å bedre helsetilbudet til pasienter fra andre kulturer, øke brukermedvirkning og autonomi hos pasientene. Det vil også forenkle helsepersonells hverdag i møte med disse pasientene dersom det foreligger tydeligere rammer for hvordan denne pasientgruppen skal møtes.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan forbedre helsetilbudet og øke forståelsen for pasienter fra andre kulturer som opplever språkbarrierer i forbindelse med det norske helsevesen. Dette er særlig relevant i pasientopphold på sykehus i spesialisthelsetjenesten, da innleggelsene ofte er kortere og preget av et stort behov for kommunikasjon og oppfølging.

1.4 Begrepsavklaring

- Kulturkompetanse
«Kulturell kompetanse kan forstås som kunnskaper, ferdigheter og holdninger som utgangspunkt for samhandling og helsehjelp rettet mot mennesker på tvers av ulike språk og kulturer.» (Stubberud & Eikeland, 2013, ss. 217-218)
- Kultursensitivitet
«Kultursensitivitet innebærer å stille seg åpen for at nettopp forskjeller i tankemåte, oppfatning, forestillinger, verdier og tro har betydning for hvordan et menneske kan nyttiggjøre seg den behandlingen som tilbys.» (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 2).

2 Teoretisk referanseramme

2.1 Rett til informasjon

Pasienter som er mottakere av helsetjenester i Norge har rett på likeverdige helsetjenester. Dette kan være en utfordring i møte med språkbarrierer og kulturforskjell. Dermed kan pasienten stå i fare for å motta dårligere kvalitet på pleien under innleggelse i norske sykehus. Pasienter har lovregulerte rettigheter i Norge, som skal sikre at alle mottar likeverdig behandling av helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) har pasienten rett på å medvirke i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes pasient sin evne til å gi og motta informasjon. Helsepersonell plikter å gi pasienten mulighet til å medvirke i gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Dette er det vi kaller brukermedvirkning. Pasienten har også etter hovedregel ha mulighet til å ha med seg pårørende etter ønske når helse- og omsorgstjenester skal gis.

§3-2 sier at pasienten skal få den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine egne rettigheter. § 3-5 i samme lov forteller oss også at «*Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.*» og «*Personellet skal så lang som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Dette betyr for oss helsepersonell som pleier pasienter hvor det befinner seg en språkbarriere, at vi må ty til flere hjelpemidler for å sikre oss at informasjonen når frem til pasienten, samt at den blir forstått.

2.2 Tolkebruk

Helsedirektoratet skriver i sin veileder for kommunikasjon via tolkebruk at «*Språk- og kommunikasjonsproblemer kan utgjøre en barriere både i selve behandlingssituasjonen og i informasjonsformidlingen. Misforståelser eller manglende informasjon kan få svært uheldige følger for utfallet av behandlingen.*» (Helsedirektoratet, 2011, s. 5). De legger også til en hel liste over hva språklige barrierer kan medføre for pasienten, hvorav svekket tillit til helsetjenesten, mangelfull behandling og redusert tilgang på

helsetjenester er en del av dem. I tillegg har helse og omsorgspersonell plikt i å redusere disse språkbarrierene ved å skaffe tolk med nødvendige kvalifikasjoner, samt ansvar for å informere pasienten om tolketilbud (Helsedirektoratet, 2011, ss. 5-6).

2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning handler om å involvere pasienten i vurderinger og beslutninger som gjelder deres sykdom og behandling. For å kunne tilrettelegge for ansvarlig brukermedvirkning er det viktig som sykepleier å sørge for at pasienten har nok informasjon og kunnskap. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.5 sier at sykepleier har ansvar for å “... fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.” (Norsk Sykepleieforbund, 1983).

2.4 Nonverbal kommunikasjon

«Non-verbal kommunikasjon vil enkelt sagt bety kommunikasjon uten ord i motsetning til verbal kommunikasjon som er muntlig kommunikasjon med bruk av ord.» (Dahl, 2013, s. 176). Som sykepleier kan en kommunisere både verbalt og non-verbalt med pasienter. Non-verbal kommunikasjon kan for eksempel uttrykkes gjennom ansiktsuttrykk, blikk, kroppsspråk, bruk av avstand eller berøring. Ansiktsuttrykkene våre gir informasjon om følelser eller reaksjoner på det pasientene sier. Kroppsspråket består i bevegelser og er en betydelig del av kommunikasjon. Berøring er viktig i pasientomsorg og kan brukes for å formidle blant annet empati, omsorg, trygghet og sympati. Non-verbal kommunikasjon er med andre ord det vi formidler uten å bruke ord. (Hansen, 2016, ss. 90-91). Non-verbal kommunikasjon må tolkes mellom kulturer da noen gester har forskjellig betydning i ulike kulturer. Kroppsspråk er ikke internasjonalt. Å vinke med håndflaten opp vil vi i Norge oppfatte som kom hit, mens i Vietnam brukes denne bevegelsen når en kaller på hunder og kan dermed oppfattes som en fornærmelse. (Hansen, 2016, s. 90)

2.5 Kollektivism

«En kollektivistisk orientert kultur er en kultur der storfamilien, gruppen eller det sosiale nettverket er viktigst.» (Dahl, 2016, s. 252) I et helseperspektiv vil dette bety at det er fellesskapet, og ikke pasienten som tar avgjørelser. *“I kollektivistiske samfunn legges det gjerne vekt på en kollektiv identitet, følelsesmessig avhengighet og solidaritet innenfor storfamilien, klanen eller stammen. Kollektivism representerer en “tradisjonell” samfunnsorden der familie- eller klanfellesskapet står sterkt.”* (Hansen, 2016, s. 87). Kollektivism handler om at familien, klanen eller stammen er avhengige av hverandre, hjelper hverandre og gir omsorg, og kan ses på som en enhet hvor samhørighet og lojalitet står sterkt. Det står i motsetning til individualisme, hvor det er individet og dets beste som står sentralt. Kontrasten på et kollektivistisk samfunn og et individualistisk samfunn er stort, og i Norge har vi fokus på autonomi og selvbestemmelse. *“Sentralt i individualistiske samfunn står blant annet jeg-bevissthet, autonomi, uavhengighet, det individuelle initiativet, retten til privatliv og finansiell trygghet.”* (Hansen, 2016, s. 87).

2.6 Pleielidelse, sykdomslidelse

Ifølge Katie Eriksson er pleielidelse «den lidelse som oppleves i forhold til selve pleiesituasjonen.» (Eriksson, 1995, s. 66). Pleielidelse kan inndeles i fire kategorier: krenkelse av pasientens verdighet, uteblitt pleie, maktutøvelse og fordømmelse og straff. Sykepleier eller annet helsepersonell kan krenke pasientens verdighet gjennom for eksempel latterliggjøring. Uteblitt pleie handler om at sykepleier unnlater å gi pasienten nødvendig pleie eller å dekke hans eller hennes grunnleggende behov. Maktutøvelse kan være at sykepleier får pasienten til å gjøre noe han eller hun ikke har lyst til. Et eksempel på fordømmelse og straff kan være at sykepleier unnlater å gjøre ting pasienten ikke får til selv. (Eriksson, 1995, ss. 69-74)

“Å være tvunget til å be om hjelp til å få dekket de mest fundamentale behovene, å oppleve at ingen ser og forstår hva en behøver, er i seg selv en lidelse”

(Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 200).

Ifølge Eriksson er sykdomslidelse «den lidelse som oppleves i forhold til sykdom og behandling.» (Eriksson, 1995, s. 66). Videre sier hun at sykdomslidelsen kan deles inn i 2 kategorier. 1: fysisk smerte som forårsakes av selve sykdommen eller av behandlingen. 2: sjelelig og åndelig lidelse som forårsakes av at pasienten føler skam eller skyldfølelse i forbindelse med sykdom eller behandling. Lidelsen kan oppstå som følge av pasientens egne opplevelser, helsepersonellens håndtering eller sosiale omstendigheter. (Eriksson, 1995, s. 67)

2.7 Helseinformasjonsforståelse

World Health Organization introduserte i 1998 et begrep relatert til folkehelsearbeid kalt «health literacy». På norsk er begrepet oversatt til helseinformasjonsforståelse, og kan forkortes til HL.

“Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.” (Kristoffersen N. J., 2016, s. 311).

Helseinformasjonsforståelse henger tett sammen med pasientens tilgang på informasjon, samt forutsetninger for å kunne forstå, vurdere og bruke denne informasjonen for å kunne ta beslutninger som fremmer egen helse. Helseinformasjonsforståelse har betydning for pasienter når de mottar behandling og pleie i helsevesenet, er utsatt for å utvikle sykdom og har behov for forebygging, og når en pasient må forholde seg til helseinformasjon og helsefremmende tiltak. For å kunne håndtere disse situasjonene på en helsefremmende måte kreves det fire typer kompetanser.

1. Finne: mulighet til å skaffe medisinsk helsehjelp og ha evne til å søke relevant informasjon om helsetilstanden eller sykdommen.
2. Forstå: informasjonen om helse gitt fra helsepersonellet eller eventuelt det pasienten har funnet selv
3. Vurdere: tolke og vurdere informasjonen relatert til helse og sykdom
4. Bruke: bruke informasjonen på en måte som fremmer egen helse

(Kristoffersen N. J., 2016, s. 312)

Det avhenger også av kulturelle faktorer, språkferdigheter, hvilke forutsetninger for å forstå og hvilken kunnskap pasienten har om helse. *“Lav HL har vist seg å være*

assosiert med høy alder, lav utdanning, lav sosial klasse og etnisk minoritetsbakgrunn, og det er sammenheng mellom lav HL og dårlig helse for disse gruppene.”

(Kristoffersen N. J., 2016, ss. 312-313). Helsepersonell har dermed en svært viktig oppgave med å formidle god, relevant informasjon som gjelder pasienten og hans eller hennes helseproblem, samt å sikre seg at denne informasjonen er forstått, særlig i forbindelse med pasientveiledning og pasientundervisning. *“Lav HL var assosiert med høyere innleggelsesrater, mer bruk av akutte helsetjenester, lite kunnskap om egen sykdom, begrenset evne til å fortolke helseinformasjon, ukorrekt bruk av legemidler, sjeldnere bruk av forebyggende helsetjenester, dårligere helsestatus og høyere dødelighet hos eldre.”* (Kristoffersen N. J., 2016, s. 313).

3 Metode

I besvarelsen av bacheloroppgaven har vi tatt utgangspunkt i Friberg's metode, som står beskrevet i boken «Dags for oppsats» (2017). Metoden går ut på å utføre en integrativ litteraturoversikt, med systematisk analyse og sammenstilling av vitenskapelige artikler. Artiklene er valgt ut etter relevans til bacheloroppgavens problemformulering og hensikt. I tillegg anvendes tilleggs litteratur fra relevante sykepleieteorier og faglitteratur, som vil kunne belyse temaet fra flere vinkler. Oppgavens empiriske grunnlag baseres på fire utvalgte artikler som benytter kvalitativ metode. Dette er hensiktsmessig og overførbart for oppgavens problemformulering, da studiene baserer seg på pasienters og sykepleieres egne erfaringer.

3.1 Litteratursøk

I søkeprosessen etter forskningsartikler anvendte vi systematisk litteratursøk i databaser som er relevante for sykepleiefaget. Vi utførte søk i databasene Cinahl og Oria. I Cinahl benyttet vi en funksjon der man søker i flere databaser samtidig. Vi brukte både norske og engelske søkeord i Oria, og kun engelske i Cinahl. Eksempler på søkeord vi brukte er «språkbarriere», «sykepleie», «multicultural health care», «communication», «nursing» og «culture». I tillegg avgrenset vi alle søk til fagfelle-vurdert/peer-reviewed og maks 10 år gamle, for å sikre at forskningen er kvalitetssikret og har overføringsverdi til nåtidens norske helsevesen. Søkene resulterte i artikler fra Norge, men og fra flere andre land. Det er hensiktsmessig for oppgaven å inkludere internasjonale studier, da vår problemstilling omhandler kultur og språkbarriere. De utvalgte artiklene er både nasjonale og internasjonale studier fra vestlige land. Detaljert oversikt over anvendte søkeord, ordsammensetninger, databaser og avgrensninger foreligger i vedlegg 1.

Tabell over inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleierperspektiv	Artikler fra ikke vestlige land
Fremmedspråkelige pasienter (ikke norske eller engelske)	Artikler eldre enn 10 år
Pasienter over 18 år	Artikler med pasientens perspektiv

Fagfelleverderte artikler	Fremmedspråklige sykepleiere
Fokus på kommunikasjon	
Egnet for vår problemstilling	
Artikler fra spesialisthelsetjenesten	

Når vi deretter skulle velge artikler, leste vi gjennom de artiklene vi hadde funnet som virker å være av relevans. De fire artiklene hadde forskjellig fokus på temaet, samtidig som de hadde samme perspektiv, nemlig sykepleierperspektivet. Vi synes det var viktig at artiklene presenterte tydelige forbedringsområder som sykepleiere kan benytte seg av for å utvikle sine ferdigheter, noe disse fire artiklene gjorde.

Videre ekskluderte vi artiklene vi ikke synes passet til å belyse vår problemstilling, for eksempel fordi at artiklene belyste problemstillingen ut ifra en ikke-vestlig kultur. Dette gjorde det vanskelig å bruke for oss som ønsker å belyse fra helsevesenet fra vestlige land, som er sammenlignbare med Norges helsevesen. En annen grunn til at vi valgte bort flere av artiklene var at de belyste temaet fra en sykepleier med minoritetsbakgrunn til en pasient med majoritetsbakgrunn, altså motsatt av slik vi selv ønsker å belyse problemstillingen. Etter hvert landet vi på fire artikler som vinklet temaet på litt forskjellige måter, hvor alle var relevant for at vi skal kunne besvare oppgaven ved hjelp av disse.

Nøkkelord i de fire artiklene: migrant patients, provider-patient communication, language barrier, patient participation, e-Health, interpreters, undergraduate medical education, culture, communication, concept analysis, intercultural, tolk, språk, ommunication, culture, diversity, interpersonal skills, language, nurse-patient relations, professional issues, staff attitudes, transcultural care

3.2 Analyse

Gjennom søkeprosessen kom vi frem til fire artikler vi anså som relevante for bacheloroppgavens hensikt. Vi analyserte de valgte artiklene nøyaktig, ved å lese gjennom hver enkelt artikkel flere ganger for å få innsikt i hva de handler om. Vi har fokusert ekstra nøye på artiklenes resultater for å sikre at de er relevant for vår problemstilling. Vi analyserte artiklene og hentet ut alt av data. Vi skrev ned dataene vi hadde funnet fra de artiklene og sorterte funnene fra hver artikkel hver for seg. Deretter

foretok vi en datareduksjon og plukket ut de resultatene som svarte på det vi ønsket å finne ut. Vi gjorde også en sammenligning av resultatene fra artiklene, og plukket ut poenger og resultater som ble gjentatt i artiklene.

4 Presentasjon av resultater

4.1 Kulturell kompetanse

Alle de fire artiklene var enige om et hovedpoeng; nemlig at helsepersonell mangler kunnskap om interkulturell kommunikasjon. «*Dypt forankret i sykepleiens faglighet ligger det en forståelse om hvor viktig det er å kunne kommunisere med pasienten.*» (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 8). Dette krever at man stiller seg åpen for denne kommunikasjonen og tilegner seg kulturell kunnskap om interkulturell kommunikasjon. Interkulturell sykepleie krever at sykepleierne viser omsorg til pasienter med varierende kulturell bakgrunn ved å ta hensyn til deres individuelle behov, samt for å kunne tilby pasientene helhetlig sykepleie. Studier identifiserte barrierer hos sykepleiere i interkulturell kommunikasjon som inkluderte frykt for ukjent kultur, manglende støtte og ressurser, og begrenset egnet personal og manglende tid (Mosed, Periord, & Caboral-Stevens, 2021, s. 995)

Schouten mf. skriver i sin artikkel «Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Towards a holistic approach» (2020) at helsepersonell bør få bedre opplæring for å øke bevissthet og ferdigheter angående adekvat beslutningstaking av hvilke kommunikasjonsstrategier som er mest effektive for å minske språklige og kulturelle barrierer mellom sykepleier og pasient. Schouten konkluderer med at det trengs et mer helhetlig syn på for hvilke årsaker, når og hvordan kommunikasjonsstrategiene skal benyttes når man skal overkomme språk- og kulturelle barrierer mellom helsepersonell og pasienter (Schouten, et al., 2020, s. 2607).

Kolbjørnsen og Engeland skriver i sin norske artikkel «Redusere språkbarrierer på sykehus» (2016) at kulturkompetanse er noe man ikke nødvendigvis tilegner seg gjennom erfaring og praksis, men noe som i tillegg må læres teoretisk. De nevner blant annet begrepet kultursensitivitet, som «*innebærer å stille seg åpen for at forskjellige tenkemåter, oppfatninger, verdier og tro har betydning for hvordan et menneske kan nyttiggjøre seg den behandlingen som tilbys*» (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 2).

Mosed mf. fremmer i sin artikkel «A concept analysis of intercultural communication» (2021) empati som en svært viktig egenskap for å tilegne seg kulturell kompetanse, noe som vanskeliggjøres av manglende tid og ressurser i helsetjenesten. Artikkelen identifiserte barrierer til interkulturell kommunikasjon som for eksempel manglende forståelse og kunnskap om andre kulturer, etnosentrisme og stereotyper. Denne

artikkelen presenterer også seks elementer i interkulturell kommunikasjon, hvorav fire av disse omhandler kulturell kompetanse: Fokus på interkulturell kommunikasjon fremfor monokulturell, fokus på en ikke-dømmende holdning til interkulturell kommunikasjon som var aksepterende av kulturelle forskjeller, sikte på deltakende trening og fremheve interkulturell kommunikasjon som en vektlagt treningsform (Mosed, Periord, & Caboral-Stevens, 2021, s. 995).

Tuohy har stort fokus på kulturell kompetanse i sin artikkel «Effective intercultural communication in nursing» (2019). Kulturell kompetanse innebærer holdninger, følelser og kommunikasjonsferdigheter helsepersonell har i møte med pasienter fra andre kulturer. Interkulturell sykepleie innebærer at sykepleier må behandle pasientene som individer og være hensynsfull ovenfor deres kulturelle behov, samt se pasienten først som et individ med egne tanker, håp og ønsker, og deretter som et medlem av en kulturell gruppe. Sykepleieren må også unngå stereotypier, og basere pleien på kulturell kunnskap. Utviklingen av et terapeutisk sykepleie-pasient-forhold bygger på respekt, verdighet, myndiggjøring, genuinitet, være personsentrert og vise interesse for pasienten og hva som er viktig for han/hun, noe som gjelder uavhengig av hvilken kultur pasienten hører til (Tuohy, 2019, s. 46).

Tuohy nevner fire kritiske elementer i kulturell sykepleie: kommunikasjonsferdigheter, situasjonsbestemt og personlig bevissthet, tilpasningsdyktighet og kunnskap om kulturell problematikk. Det presenteres også fem kommunikasjonsferdigheter Tuohy mener sykepleiere burde ha, hvorav tre av disse innebærer bruk av kulturell kompetanse: Samarbeids- og forhandlingsferdigheter, bruk av kulturell kunnskap, og gjenkjennelse av kulturelle ulikheter (Tuohy, 2019, s. 46).

4.2 Verbal/non-verbal kommunikasjon

Kommunikasjon er helt essensielt for at vi skal kunne gi pasientene god pleie under innleggelse. Kommunikasjonen kan være både verbal og non-verbal, hvor begge er svært viktige i samhandling med pasienten. Tuohy fremmer non-verbal og verbal kommunikasjon som to av de fem kommunikasjonsferdighetene. Det presiseres også at kommunikasjon må tilpasses til mottaker både i form av tempo og ordvalg, åpne eller lukkede spørsmål, samt at man må bekrefte at mottaker har forstått budskapet (Tuohy, 2019, s. 46). Mosed mf. presenterer i sin artikkel at det finnes ulike

kommunikasjonsmønstre i ulike kulturer hvor noen foretrekker direkte samtale, mens andre ser på non-verbal kommunikasjon som essensiell. Non-verbal kommunikasjon kommer også frem i to av de seks elementene i interkulturell kommunikasjon.

Mosed mf. er opptatt av kommunikasjon gjennom ansiktsuttrykk og blikkontakt, og det er derfor viktig at den som kommuniserer med pasienten er der fysisk med pasienten, eller eventuelt virtuelt i form av video. Også en bekreftende holdning og kroppsspråk er med på å fortelle pasienten at man forstår det han eller hun sier, og er med på å gjøre kommunikasjonen effektiv. Det å ta i bruk god og effektiv non-verbal kommunikasjon vil skape gjensidig respekt og tillit, og føre til økt compliance og positive helseutfall hos pasienten (Mosed, Periord, & Caboral-Stevens, 2021, s. 997).

4.3 Kulturell datasamling

Tuohy presenterer fire steg for systematisk kartlegging og utførelse av effektiv interkulturell kommunikasjon. Tuohy presenterer her hvordan man skal løse kulturelle utfordringer i praksis. Første steg i denne prosessen er vurderingen. Her skal man kartlegge språkbegrensninger og behov for tolk, sosial støtte og andre kulturhensyn. Steg to innebærer planlegging, hvor man skal planlegge effektiv kommunikasjon som baseres på vurderingen som er utført tidligere. Tredje steg er implementeringen, hvor man lager tiltak ut av vurdering og planleggingen, f.eks. bruk av telefontolk eller teknologiske hjelpemidler. Siste steg er evaluering. Her evaluerer man om pasienten har respondert på innførte tiltak og om det har blitt utført effektiv kommunikasjon. Tuohy spesifiserer at kultur påvirker menneskers opplevelse av helse, sykdom og død, og dette må tas hensyn til under kulturell datasamling og pleie (Tuohy, 2019, s. 46). Kolbjørnsen og Engeland skriver i sin artikkel at uten felles språk er det utfordrende for sykepleier å gjøre en fullstendig kulturell datasamling, og gjør det videre vanskelig å oppdage og oppklare misforståelser som kan eksempelvis føre til feil behandling. Pasienten kan derfor risikere å motta et dårligere helsetilbud på grunn av dette, sammenlignet med de pasientene hvor det er felles språk (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 2).

4.4 Brukermedvirkning/autonomi

Schouten mf. skriver i artikkelen at aktiv pasientdeltakelse i beslutninger er en kritisk faktor i helsekommunikasjon fordi det er assosiert med bedre utfall, som f.eks. bedre

forståelse, bedre håndtering av egen sykdom og økt tilfredsstillelse med helsevesenet. Det presiseres også at migranter oftere er mer passive i sammenkomster med helsevesenet, hvor de stiller færre spørsmål, tar mindre initiativ og er mindre involvert i beslutningstaking sammenlignet med ikke-migranter. Dette kan skyldes at noen folkegrupper er mer kollektivistiske, og ønsker ikke selv å ta selvstendige beslutninger om egen helse, men ønsker hjelp fra helsevesen og familie til dette (Schouten, et al., 2020, s. 2606).

Kolbjørnsen og Engeland har kommet frem til de samme resultatene i sin artikkel, hvor de skriver at pasienter med minoritetsbakgrunn som ikke forstod norsk sjeldnere kom til planlagt innleggelse og derfor mistet viktig behandling. De skriver videre at ulik sykdomsforståelse i forskjellige kulturer påvirker behandlingen og pasienters egen involvering i behandlingsforløpet. Noen grupper pasienter klarer ikke å stå til ansvar for egen behandling, og trenger derfor ekstra tilrettelegging, oppfølging og særbehandling. Løsningen Kolbjørnsen og Engeland presenterer er korrekt bruk av tolk som bidrar til økt selvbestemmelse, større ansvar for egen helse, samt færre komplikasjoner i forbindelse med behandlingsforløp. De oppsummerer denne problematikken med at spesialisthelsetjenesten behandler kompliserte tilstander som også krever at pasienten forstår hva som skal utføres og behandles, og hvordan dette skal følges opp i ettertid (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, ss. 1-9)

4.5 Likeverdige helsetjenester

Mosed skriver i sin artikkel at interkulturelle pasienter mottar dårligere pleie, dårligere smertelindring, mindre rapportering og mangel på forståelse for behandlingsopplegg og helsetilstand, råd og instruksjoner (Mosed, Periord, & Caboral-Stevens, 2021, s. 997). Tuohy bekrefter dette med å skrive at kommunikasjonsbarrieren kan være til hinder for tilstrekkelig pleie og behandling av pasient, samt underrapportering av pasientens behov og tilstand, samt ivaretagelse av pasientens psykososiale behov (Tuohy, 2019, s. 47).

Kolbjørnsen og Engeland nevner at pasienter med minoritetsbakgrunn trenger tilrettelegging for å motta likeverdige helsetjenester. Dette sier de at skyldes språkproblemer og kulturelle forskjeller, samt vanskeligheter med å forstå det norske helsevesenet. Løsningen de presenterer er korrekt bruk av tolk, og respekt for andres

helseforståelse, noe de mener vil skape mer likeverdige helsetjenester for befolkningen (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 2).

4.6 Tolkebruk

Flere av artiklene nevner viktigheten av korrekt tolkebruk, men hvordan mener de at dette skal utføres? Her er det litt ulikheter mellom artiklene.

Schouten mf. mener at variert bruk av profesjonell og uformell tolk (f.eks. familiemedlemmer) vil være hensiktsmessig for å dekke medisinske og emosjonelle forhold hos pasienten. Pasienten er ofte mer komfortabel med å ha familien til stede under tolkesamtale på grunn av tillit og en felles forståelse for pasientens situasjon. På en annen side nevner de at utelukkende bruk av familietolk vil kunne påvirke beslutningstakingen ved å inkludere egne meninger (Schouten, et al., 2020, s. 2605). Tuohy skriver i motsetning til Schouten mf. at profesjonell tolk bør brukes dersom det er mulighet for dette, og man bør unngå at barn og flerspråklige ansatte blir brukt som tolk. Tuohy presiserer også at sykepleieren må være var på sitt kroppsspråk under tolkesamtalen, og fokusere på å ha blikkontakt med pasienten og ikke tolken. Dette på grunn av at pasienten skal være i fokus under samtalen, samt at sykepleier på den måten kan oppfatte mer av pasientens non-verbale kommunikasjon (Tuohy, 2019, s. 49).

Kolbjørnsen og Engeland presenterer problemstillingen om at det er lite systematisk oppfølging av tolkebehov hos pasienter som ikke snakker norsk. Deres studier viser at pasientene ofte møtte til innleggelsessamtale uten at det var bestilt tolk. Dette skyldtes at det ikke stod noe om pasientens tolkebehov i henvisningen, og det ble derfor brukt unødvendig tid på å kartlegge pasientens behov for tolk under innleggelsessamtalen. Videre forteller de at tolking er svært komplekst, og er noe som må læres med erfaring. Det er ingen garanti for at pasienten mottar fullgod behandling fordi at det er en tolk til stede, da kvaliteten på behandlingen kan påvirkes av tolkens kvalifikasjoner (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, ss. 1-3).

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Litteraturstudie og kvalitativ metode

Metoden vi benyttet i denne oppgaven er Friberg's (2017, ss. 141-151) analysemodell og integrativ litteraturstudie. Dette kapittelet skal ta for seg sterke og svake sider ved metoden, og hvordan vår utførelse har vært.

Litteraturstudie kan være til fordel når man skal ha svar på en åpen problemstilling slik som vår egen, da dette krever at man går i dybden på menneskers opplevelse av temaet, noe som gir et bredt og erfaringsbasert bilde. I søkeprosessen fant vi svært mange artikler per treff, noe som gjorde at vi måtte forhaste oss noe til en avgrensning av problemstilling.

Det er i stor grad påvirket av tolkning når man analyserer artikler som er basert på intervjuet, særlig når vi har tatt i bruk stort sett engelske artikler. Vi har tolket og analysert etter beste evne, men det er rom for at det har hendt feiloppfattelser gjennom prosessen.

Kvalitative studier foregår ofte med gruppeintervjuet/fokusgrupper med få deltakere, noe som baserer resultatene på få menneskers opplevelser og tanker om et tema. Dette betyr at denne metoden aldri vil bli totalt etterprøvable, og man vil komme frem til et annet resultat dersom man gjør studien på nytt med nye deltakere.

5.1.2 Kildekritikk av artiklene

Ved anvendelse av fire artikler, som vi selv har valgt ut etter relevans for oppgavens hensikt, vil det automatisk gi oppgaven et ledende synspunkt i form av at vi har valgt ut artikler som vi selv mener har gode synspunkt. Det kunne vært hensiktsmessig å inkludere flere artikler, men gitt oppgavens tidsramme, antall ord og avgrensninger har ikke dette vært aktuelt. Å inkludere flere artikler kunne gitt andre resultater som kunne nyansert oppgaven ytterligere. De valgte artiklene er forholdsvis enige i at fagfeltet har behov for et større fokus, men det er forskjeller i forhold til begrunnelse, tiltak og fokus.

Én av artiklene var fra et norsk perspektiv, og de andre fra USA, Nederland og Storbritannia. I og med at vår oppgave omhandler kultur, vil resultatene fra disse artiklene være farget av den kulturen og nasjonaliteten hvor de kommer fra. Dette vil gjøre at de ikke er totalt overførbare til vår problemstilling som er fra et norsk

perspektiv. Vi har forsøkt å ta hensyn til dette i tolkningen av disse artiklene, men vi har også akseptert at de har visse likhetstrekk på grunn av vestlig kultur.

Artiklene våre har også fokusert mest på pleie til pasienter med minoritetsbakgrunn fra et sykepleierperspektiv. For å få et mer helhetlig bilde på problemstillingen hadde det vært gunstig om vi tok med en artikkel eller to fra pasienten sitt perspektiv, for å dekke hvordan dette oppleves for dem. Dette viste seg derimot å være vanskelig å finne artikler om, spesielt om de skulle kunne sammenlignes med det norske helsevesen.

5.1.3 Ethiske overveielser

Vi har i denne oppgaven fulgt UiS sine retningslinjer for bachelorskriving, i tillegg til at vi har forholdt oss til regler for plagiat og kildehenvisning ved bruk av APA 6. Vi har lagt tydelig frem hva som er våre egne erfaringer, og hvilken informasjon vi har hentet fra andre kilder som artikler og faglitteratur. Det tar også forbehold om at vi har brukt en del oversettelse når vi har tolket de utenlandske artiklene, og det er derfor mer rom for feiltolkning og misforståelser.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Likeverdige helsetjenester

Gjennomgang av artiklenes resultater viser at sykepleiere mangler kompetanse og kunnskap om interkulturell kommunikasjon. I tillegg var pasientenes muligheter for autonomi og brukermedvirkning begrenset, som følge av for dårlig eller for lite informasjon og sykepleiernes manglende kompetanse. Som lov om pasient- og brukerrettigheter §3-1 stadfester har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og §3-2 sier at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Som sykepleier er dette noe en må sikre for å kunne gi pasienten mulighet for brukermedvirkning. Sykepleier skal opplyse om pasientens rettigheter dersom pasienten ikke er klar over dem. Dersom pasienten er ukjent med det norske helsevesenet, kan sykepleier dele kunnskap om hvordan det fungerer slik at pasienten får en større forståelse. Det kan være vanskelig å gi disse pasientene brukermedvirkning fordi pasientenes sykdomsforståelse kan være påvirket, de kan være vant med andre helsesystemer, komme fra en kollektivistisk kultur hvor individuell brukermedvirkning er fjernt eller gi uttrykk for at de forstår mye mer enn hva de egentlig gjør. Det kan også være utfordrende å gi pasientene likeverdige helsetjenester fordi det er tidkrevende, ressurskrevende og det kan være mangel på profesjonelle tolker som snakker pasientens språk.

For å styrke den interkulturelle helsekommunikasjonen og omsorgen for etniske minoritetspasienter bør man ifølge Schouten håndtere språk- og kulturbarrieren samtidig, ved å bruke en kombinasjon av kommunikasjonsstrategier. For eksempel viste resultater av en intervensjon for riktig legemiddelbruk blant migrantpasienter, som inkluderte språkundervisning og kulturelt tilpasset pasientopplæring om riktig medisinerbruk, at pasientenes språk og helseinformasjonsforståelse ble bedre, selvtilliten økte og det var etablert større tillit mellom pasienter og helsepersonellet (Schouten, et al., 2020, s. 2607). Mosed sier at dersom strategier for å kunne gi mer kulturelt passende omsorg ikke implementeres, vil kvaliteten på omsorgen bli dårligere.

Feilkommunikasjon på grunn av manglende forståelse for pasientens kultur kan føre til forvirring, som igjen fører til negative helseutfall for pasienten. Implementering av effektiv interkulturell kommunikasjon i sykepleie er viktig fordi den kan bygge

gjensidig respekt og tillit mellom pasient og sykepleie, noe som fører til mer etterlevelse helseresultater (Mosed, Periord, & Caboral-Stevens, 2021, s. 997).

Tuohy mener ineffektiv interkulturell kommunikasjon kan resultere i uheldige konsekvenser for pasienter, som for eksempel utilstrekkelig smertebehandling, utfordringer med å få tilgang til helsetjenester og mangel på forståelse av helseproblemer, behandlingsregimer, råd og instruksjoner relatert til helse (Tuohy, 2019, s. 46). Dette kan være eksempler på pleielidelse og sykdomslidelse som følge av dårlig kommunikasjon, og som kan ramme pasienter i det norske helsevesenet. Som Eriksson sier, kan pleielidelse omfatte å ikke se hele mennesket. Uteblitt pleie kan dreie seg om manglende evne til å se og avgjøre hva pasienten trenger, og ikke-pleie at man ikke utfører pleie i mangel på omsorg. (Eriksson, 1995, ss. 70-74). Dette kan dreie seg om at sykepleier ikke ser pasientens behov for informasjon, slurver med kommunikasjon, ikke bruker tid på å snakke med pasienten eller unnlater å bestille tolk til tross for at det er behov for det. Det kan også føre til at pasienten går glipp av viktig informasjon og dermed mulighet for brukermedvirkning, samt at det hemmer pasientens helseinformasjonsforståelse.

Temaet om tolk kan også diskuteres i forhold til dette spørsmålet. Schouten sier at budsjettkutt i vestlige land fører til at det ikke er mulig å ansette profesjonelle tolker, men at det kan føre til at kostnadene kan øke på lang sikt fordi dårlig kommunikasjon kan føre til manglende diagnoser og behandling. Han slår også fast at bedring av sykepleieres interkulturelle kommunikasjonsferdigheter vil frembringe økt følelse av eierskap hos pasienten, øke kvaliteten av pleien og brukervennligheten til helsevesenet. Beslutninger som gjelder kommunikasjonsstrategier som skal tas i bruk er hovedsakelig drevet av praktiske og økonomiske faktorer. Han sier at for å øke kvaliteten på pleien og pasientens muligheter for beslutningstaking, bør helsepersonell få bedre opplæring for å øke bevisstheten og ferdighetene deres angående tilstrekkelig beslutningstaking om hvilke kommunikasjonsstrategier som er mest effektive for å redusere språklige og kulturelle barrierer i helsevesenet (Schouten, et al., 2020, s. 2607).

Kolbjørnsen og Engeland sier at språkproblemer og kulturelle ulikheter vanskeliggjør kommunikasjonen og fører til et økt behov for å tilrettelegge likeverdige helsetjenester.

Ulik kultur og tradisjoner gir en forskjellig forståelse for pasientene hva som er årsak til sykdom, hvilke symptomer den gir, om den kan behandles og hvordan den bør behandles. Et manglende felles språk mellom sykepleier og pasient kan hindre at man kan oppdage og oppklare misforståelser, som kan resultere i feil behandling av pasienten. Ifølge Kolbjørnsen trenger noen pasienter særbehandling for å ikke gå glipp av behandling og for å få større mulighet til å greie å ta større ansvar for behandlingen (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, ss. 2-3).

Kolbjørnsen og Engeland sier at riktig tolkebruk vil bidra for å kunne gi likeverdige helsetjenester til befolkningen. (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 3). Det er helsepersonellens ansvar å organisere bruk av tolk, og det må derfor arbeides videre for å forbedre denne kompetansen. Dette fordi helsepersonell har utilstrekkelig kunnskap for å kunne vurdere pasientens språkforståelse. (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 8). I Norge er ikke bruk av tolketjenester satt i et oversiktlig system, mener Helsedirektoratet: «*Tolking er en tjeneste der bestiller/brukeren selv vanskelig vil kunne kontrollere tjenestens kvalitet. Det føres i dag ingen offentlig kontroll eller tilsyn med tolketjenester eller tolkebyråer. Markedet for tolketjenester er derfor på mange måter uregulert.*» (Helsedirektoratet, 2011, s. 8). Dette gjør at det å sikre tolker av god kvalitet er vanskelig, og blir en tilfeldighet når man skal sette opp dette med pasient. Dette kan igjen føre til at pasienten får en dårlig opplevelse, og dermed vil avstå fra bruk av profesjonell tolk ved fremtidige sykehusbesøk.

Pasientens egne ønsker har også noe å si. Tuohy skriver at det ikke anbefales å bruke uformelle tolker som familiemedlemmer fordi pasientens konfidensialitet ikke kan garanteres og nøyaktigheten av tolkningen kan være dårlig fordi de mangler formell opplæring og kan derfor mangle de spesifikke ferdighetene som kreves for å tolke nøyaktig. (Tuohy, 2019, s. 49). Likevel kan pasientene ønske å ha uformell tolk.

Bruk av uformelle tolker som pasientens familiemedlemmer er vanlig praksis i helsevesenet på grunn for eksempel mangel på profesjonelle tolker eller individuelle faktorer som pasientens preferanse for uformelle tolker. Pasienter foretrekker ofte å ha med familiemedlemmer for å tolke for dem under medisinske konsultasjoner fordi de stoler mer på dem enn på profesjonelle tolker. Hvilken type tolk som skal brukes bør vurderes fra pasient til pasient. Man bør ta hensyn til kompleksiteten og karakteren til pasientens helseproblem, pasientens egne preferanser og forholdet mellom pasient og

uformell tolk. (Schouten, et al., 2020, s. 2605). Noen minoriteter i Norge kan være en del av små miljøer hvor alle kjenner alle eller vet hvem hverandre er. Dette kan være et problem når det kommer til tolking, fordi pasienten kan være redd for å kjenne tolken fra før og ikke vil at denne personen skal få tilgang til personlige opplysninger.

Pasienten kan skamme seg over diagnosen eller behandlingen. Det kan oppleves som tabu, spesielt dersom det involverer intime områder. Pasienten kan også frykte at taushetsplikten til tolken ikke overholdes, og at opplysningene deles videre.

Den beste måten å bygge bro over språkbarrieren kan være å ha både en profesjonell og uformell tolk til stede samtidig, fordi hver av dem gir bidrag til det medisinske og omsorg. Pasientens familiemedlemmer kan følelsesmessig støtte pasienten, forsvare dem, gi informasjon på en mer affektiv måte og formidle relevante opplysninger om pasienten til helsepersonellet, mens profesjonelle tolker har ferdigheter for nøyaktig og nøytral tolkning. (Schouten, et al., 2020, ss. 2605-2606). Å finne en løsning som gjør det tryggest mulig for pasienten og hvor han/hun føler seg mest mulig ivaretatt er viktig. Sykepleier må derfor kvalitetssikre tolkebruken og tilrettelegge for å imøtekomme pasientens preferanser.

Resultatene fra artiklene indikerer at noen pasienter trenger særbehandling for å motta samme omsorg og hjelp som befolkningen ellers, samt for å kunne ivareta deres rettigheter. Dette understreker Kolbjørnsen og Engeland som sier at kommunikasjonen må tilrettelegges dersom minoritetspasientene ikke forstår skriftlig informasjon på norsk. (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 3). Noen pasienter greier ikke å stå til ansvar for egen behandling, og trenger derfor særbehandling. (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 9). Ved å gi etniske minoritetspasienter pasientene særbehandling i form av tilrettelegging og mer oppfølging vil det kunne bidra til å gi pasientene et likeverdig helsetilbud. Ifølge funnene i artiklene kan pasientene være utsatt for både pleielidelse og sykdomslidelse dersom den interkulturelle kommunikasjonen og den kulturelle kompetansen blant helsepersonell ikke forbedres. For å kunne gi pasientene mulighet til selvbestemmelse og brukermedvirkning må sykepleiere finne gode strategier for å gi informasjon, bruke tolk dersom nødvendig og forsikre seg om at pasienten forstår informasjonen som er gitt.

5.2.2 Kulturkompetanse og helseinformasjonsforståelse

Som sykepleierstudent på utveksling på Madagaskar har en av oss selv erfart hvordan det er å være den parten som forstår lite eller ingenting av det som blir sagt, og hvordan det er å være den som er annerledes. Denne erfaringen gjorde at jeg reflekterte over hvor sårbare etniske minoritetspasienter er når de opplever språkbarriere i møte med norsk helsevesen. Det er ubehagelig å føle at noen snakker over deg, og jeg kan se for meg at det føles spesielt ubehagelig når det omhandler din helsetilstand. På utveksling fikk jeg også erfaring med å jobbe med tolk. Til tross for at jeg fikk mye mer informasjon med tolk enn uten, er det viktig å ikke glemme at ikke alt blir oversatt. Noe oversettes også feil, og tolken kan i stor grad velge ut hvilken informasjon han eller hun videreformidler. Som Kolbjørnsen og Engeland skriver er tolking en kompleks oppgave, og en ferdighet som må læres. (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, s. 3).

Et av hovedproblemene i kommunikasjonsprosessen med etniske minoritetspasienter dreier seg om mangelen på effektiv kommunikasjon. Dette kan kreve at tolken må avvike fra nøytralitetsprinsippet og gjengi innholdet til pasienten på en mer empatisk og hensynsfull måte. (Schouten, et al., 2020, s. 2605). Tolken skal være nøytral, men dette kan være problematisk fordi oversettelsen kan oppleves som usympatisk og lite støttende for pasienten. Tolken skal gjenfortelles det som sies uten å endre, legge til eller kutte ut noe. Oversettelsen skal ikke påvirkes av egne meninger, og tolken skal ikke komme med råd eller være partisk med noen av partene. Tolken skal ikke veilede noen av deltakerne i samtalen, og ikke svare for noen av dem. (Helsedirektoratet, 2011, s. 7). Dette er en vanskelig og komplisert oppgave. Spesielt dersom for eksempel en prosedyre eller en del av behandlingen strider med pasientens og tolkens religion eller kultur. Sykepleier har heller ikke mulighet til å kontrollere hva tolken formidler nettopp fordi hun eller han ikke forstår hva som blir sagt, og kan dermed ikke vite med sikkerhet at det som sies blir riktig oversatt.

Kultursensitivitet og kulturkompetanse er nødvendig for dialog mellom sykepleier og etniske minoritetspasienter. Utdanning innen minoritetspasienters rettigheter og tilgang til helsetjenester må prioriteres i utdanningen da helsepersonell mangler kunnskaper. (Kolbjørnsen & Engeland, 2016, ss. 2-3). Det er store forskjeller mellom ulike kulturer både når det kommer til gester, kroppsspråk, normer, skikker, tradisjoner og ritualer, og

det er derfor viktig at sykepleier har kjennskap til dette i møte med etniske minoritetspasienter for å kunne gi likeverdig pleie til tross for kulturelle forskjeller. Sykepleier kan finne informasjon på helseforetakets nettsider, forskning og gjennom kollegaer. Men viktigst av alt er det å gjøre seg kjent med pasienten da alle er forskjellige og har individuelle behov. Dette bekrefter Tuohy, som sier at kunnskap om sentrale kulturspørsmål er et kritisk element i interkulturell kommunikasjon. Hun beskriver kultursensitivitet som et mellommenneskelig forhold mellom pasient og sykepleier – et likeverdig partnerskap som må involvere tillit, aksept og respekt, samt tilrettelegging og behandling. Hun sier at kulturell kompetanse krever at sykepleieren er kulturelt sensitiv, bevisst, kunnskapsrik og dyktig i å yte hensiktsmessig omsorg for den enkelte pasient. (Tuohy, 2019, s. 46). For at sykepleier skal kunne utøve kultursensitiv og kulturkompetent sykepleie krever det kunnskap, og at sykepleier ser pasienten som et menneske med unike behov og gjør sitt beste for å oppfylle disse.

Miskommunikasjon som følge av forståelse av kultur kan føre til forvirring. (Mosed, Periord, & Caboral-Stevens, 2021, s. 997). I praksis på Madagaskar opplevde en av oss språkbarrierer og dårlig kommunikasjon. Dette kan imidlertid være en god erfaring å ha med seg som fremtidig sykepleier i møte med etniske minoritetspasienter, fordi en har utviklet en større forståelse hvordan det kan føles å være i pasientens situasjon, og at man blir flinkere til å bestille tolk og å ivareta denne pasientgruppens behov for tilrettelegging. For å bygge bro over språkbarrieren kan ulike kommunikasjonsstrategier brukes, blant annet bruk av ulike tolker, digitalt oversettelsesverktøy og flerspråklige e-helseapplikasjoner. (Schouten, s. 2605). For å kunne yte kultursensitiv pleie må sykepleier benytte seg av de hjelpemidlene som er tilgjengelige for å kunne kommunisere med etniske minoritetspasienter, forstå deres kulturelle ønsker og kunne tilrettelegge for disse. Sykepleier er også avhengig av å gjennomføre en grundig kulturell datasamling da dette gir et grunnlag for hvilke tiltak man skal gjøre i møte med pasientens kultur. Dette krever at sykepleier er nysgjerrig, oppmerksom og tørr å stille spørsmål ved kulturen til pasienten.

Madagaskar er et kollektivistisk samfunn, også når det kommer til helsehjelp. Pårørende tar seg av stell, mat, medisiner og er hos pasienten døgnet rundt. Beslutninger som tas

vedrørende pasientens helse er kollektivistiske. Til tross for at personer på Madagaskar over 18 år er myndige ifølge loven, blir ikke dette praktisert. Kollektivism kan stå sentralt hos etniske minoritetspasienter som mottar behandling i det norske helsevesenet. Tuohy sier at sykepleieren bør vurdere rollen til pårørende og hvor involvert familien er i behandlingen av minoritetspasienter. Hun peker på at i vestlige samfunn er den individuelle pasientens autonomi og selvstendighet høyt verdsatt, mens i kollektivistiske samfunn er det vekten av gruppens eller familiens behov som veier tyngst og kollektive beslutninger er normen (Tuohy, 2019, ss. 47-48). Dette er noe man som sykepleier bør få innsikt i gjennom den kulturelle datasamlingen. Å inkludere pasientens familiemedlemmer og helsepersonell med lignende bakgrunn som pasienten, kan være effektive strategier for å dempe kulturelle barrierer for pasientmedvirkning og delt beslutningstaking, samt øke kvaliteten på interkulturell pleie (Schouten, et al., 2020, s. 2607). Dette forutsetter selvsagt at pasienten samtykker til at de pårørende involveres og at det er tilgang til helsepersonell med lignende bakgrunn.

Jeg erfarte at pasienter og pårørende på Madagaskar hadde lav helseinformasjonsforståelse. De hadde liten eller ingen kunnskap om sykdommer, symptomer, medisiner eller behandling. Mange hadde også begrensede skrive- og leseferdigheter, lavt utdanningsnivå og hadde et annet sykdomssyn påvirket av tradisjonelle healere og overtro. Dette resulterte ofte i at de oppsøkte helsehjelp sent, som igjen førte til at pasienten måtte motta mer omfattende behandling enn dersom de hadde oppsøkt helsehjelp tidligere i forløpet. Den største konsekvensen av dette var død, som i mange tilfeller kunne vært unngått. Etniske minoritetspasienter kan ha lav helseinformasjonsforståelse. En undersøkelse blant etniske minoritetspasienter viste at språktimer og kulturelt tilpasset pasientopplæring førte til bedre helseinformasjonsforståelse blant disse pasientene. (Schouten, et al., 2020, s. 2607). Dette er det viktig at sykepleier tenker over i møte med etniske minoritetspasienter i det norske helsevesenet. Her må sykepleieren vise kultursensitivitet gjennom aksept, respekt og tilrettelegging. Å ta seg god tid, vise forståelse for at noen etniske minoritetspasienter kan ha lav helseinformasjonsforståelse, og sette i verk tiltak som kan øke helseinformasjonsforståelsen kan ha stor personlig betydning for pasienten og en positiv innvirkning på pleien. Slike tilfeller kan kreve at helsepersonellet gir særbehandling til disse pasientene for å kunne gi den informasjonen og medvirkningen

pasienten har rett på. Eksempel på slik særbehandling kan være å bruke mer tid på kommunikasjon med pasienten eller å inkludere pårørende dersom pasienten ønsker dette.

5.2.3 Sykepleie i møte med etniske minoritetspasienter

«Kulturell kompetanse kan forstås som kunnskaper, ferdigheter og holdninger som utgangspunktet for samhandling og helsehjelp rettet mot mennesker på tvers av ulike språk og kulturer.» (Stubberud & Eikeland, 2013, ss. 217-218).

Etniske minoritetspasienter er ofte mer passive i forhold til deres helse og beslutninger som tas, de stiller færre spørsmål, tar mindre initiativ og er mindre involvert i beslutningsprosessen sammenlignet med innfødte pasienter. En årsak til dette kan være at minoritetspasientene kommer fra kollektivistiske kulturer hvor selvbestemmelse ikke står sentralt, og ønsker at helsepersonell og/eller deres familier skal ta beslutninger for pasienten. (Schouten, et al., 2020, s. 2606). Ut fra erfaring kan en annen årsak være at pasienten har lav helseinformasjonsforståelse og forsøker å skjule dette. Dette er derfor noe sykepleier må ha i bakhodet i samhandling med etniske minoritetspasienter, og tilrettelegge for god informasjon og kommunikasjon slik at pasienten kan forstå og bli mer involvert i behandlingen.

Aktiv pasientdeltakelse og selvstendig beslutningstaking avgjørende komponenter i adekvat helsekommunikasjon fordi de er assosiert med forbedrede pasientresultater, bedre oppfyllelse av pasientens informasjonsbehov, høyere pasienttilfredshet og mer etterlevelse av behandling. Språkundervisning og kulturelt tilpasset pasientopplæring kan øke pasientens selvtillit, etablere større tillit mellom pasient og sykepleier, samt styrke pasientens helseinformasjonsforståelse. (Schouten, et al., 2020, s. 2607).

I møte med etniske minoritetspasienter har sykepleier et særlig ansvar for å ivareta pasientens rettigheter i forhold til informasjon og brukermedvirkning. Det er sykepleiers oppgave å kartlegge behov for tolk, dokumentere og å bestille tolk for pasienten. Som nevnt i artiklene kan det ha uheldige konsekvenser for pasienten dersom dette ikke blir gjort. God interkulturell kommunikasjon mellom pasient og sykepleier kan bidra til at pasienten føler seg mer sett, øke pasientens helseinformasjonsforståelse og gjøre at pasienten er mindre utsatt for pleielidelse og sykdomslidelse. For å kunne utføre likeverdig helsehjelp til denne pasientgruppen, er det nødvendig med en grundig

kulturell datasamling. I forbindelse med datasamlingen må sykepleier ta høyde for ulike kulturelle dimensjoner, som for eksempel kollektivism. For å kunne tilby etniske minoritetspasienter likeverdige helsetjenester er det viktigste at sykepleieren ser på pasienten som et individuelt menneske, med egne meninger og ønsker, og deretter som et medlem i en kulturell gruppe. Ved å ta seg god tid for å ivareta pasientens rettigheter, legge til rette for medvirkning og tilpasse helsehjelpen hvert enkelt menneske og deres individuelle behov kan sykepleiere forbedre helsetilbudet og øke forståelsen til pasienter fra andre kulturer som opplever kommunikasjonsvansker i forbindelse med det norske helsevesenet.

6 Anvendelse av resultatene i praksis

Kolbjørnsen og Engeland (2016, s. 2), og Schouten mf. (2020, s. 2606) spesifiserer tydelig i deres artikler at det mangler forskning om dette temaet. Det er derfor viktig at dette settes søkelys på innenfor utdanningene, samt i praksis, for å sikre at alle nyutdannede sykepleiere går ut av utdanningen med et godt grunnlag for å danne seg en kulturkompetanse. Det er ikke lett å spesifisere hvilken kunnskap sykepleierne bør sitte igjen med, da dette varierer fra kultur til kultur, men det er viktig å lære hvordan man skal sette seg inn i og vise nysgjerrighet ovenfor andre kulturer og på den måten tilpasse pleien til pasientens kultur. På denne måten kan man også sikre mer effektiv kommunikasjon med pasientene, og dermed sikre bedre behandlingsforløp, mer compliance og trygghet hos pasienten.

Det kreves også av sykepleierne som står i disse pasientmøtene å tørre å gi mye av seg selv og ta del i pasientens kultur for å samle inn en tilstrekkelig kulturell datasamling, slik som Tuohy presiserer er viktig i sin artikkel (2019, s. 47). Dette vil gi en mer tydelig oversikt over pasientens hjelpebehov og deretter kunne tilpasse pleien til den enkelte pasient.

Kolbjørnsen og Engeland (2016, s. 3) argumenterer også for at bruk av tolk burde settes i et bedre og mer oversiktlig system og dokumenteres, slik at dette lettere kan følges opp hos den enkelte pasient. De skriver om en tolkeresept som skal følge pasienten, for å forhindre at pasienten dukker opp på samtaler med sykepleier uten tolk til stede, noe som vil spare både pasienten og helsepersonellet for tid og stress. Dette er noe som ifølge Kolbjørnsen og Engeland må starte hos fastlegen som ofte kjenner pasienten best.

Slik som Schouten mf. forteller om i sin artikkel er det viktig at man reduserer kulturelle barrierer ved å akseptere deres kulturelle syn som likeverdig og prøve å sette seg inn i denne (Schouten, et al., 2020, s. 2606). Tuohy underbygger dette ved å skrive at man først og fremst skal se på pasienten som et individ med egne meninger og ønsker, deretter som et medlem av en gruppe (Tuohy, 2019, s. 46). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere er opptatt av å legge til side vår egen etnosentrisme for å se pasienten som et menneske og ikke et produkt av en kultur.

7 Bibliografi

- Dahl, Ø. (2013). Kontekst og virkelighet – hvorfor gjør de slik?. Ø, Dahl. *Møter mellom mennesker – innføring i interkulturell kommunikasjon* (ss. 237-269). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahl, Ø. (2013). Nonverbal kommunikasjon – kroppsspråk. Ø, Dahl. *Møter mellom mennesker – innføring i interkulturell kommunikasjon* (ss. 175-194). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: Tano.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg, *Dags för uppsats* (ss. 141-152). Lund: Studentlitteratur.
- Hansen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & G.H. Grimsbø, *Grunnleggende sykepleie 3* (ss. 81-100). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, juli 2). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1
- Helsedirektoratet. (2011, september). *Veileder for kommunikasjon via tolk*. Hentet fra Helsedirektoratet: [Rapportmal \(helsedirektoratet.no\)](http://helsedirektoratet.no/Rapportmal)
- Kolbjørnsen, I. E., & Engeland, L. (2016, desember 22). Redusere språkbarrierer på sykehus. *Sykepleien forskning*, 104(1)1, s.41. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59420>
- Kristoffersen, N. J., & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. G. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 187-221). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mosed, H., Periord, M., & Caboral-Stevens, M. (2021, juni 2.). A concept analysis of intercultural communication. *Nursing Forum*, 56(4), ss. 993- 999. doi: <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/nuf.12622>
- Norsk Sykepleieforbund. (1983). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Oslo, Norge. Hentet fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Schouten, B. C., Cox, A., Duran, G., Kerremans, K., Banning, L., K., Lahdidioui, A., & Krystallidou, D. (2020, mai 1.). Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Toward a holistic approach. *Patient Education and Counseling*, 103(12), ss. 2604-2608. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.001>
- Stubberud, D., G., & Eikeland, A. (2013). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I D.-G., Stubberud, *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 215-240). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tuohy, D. (2019, januar 30). Effective intercultural communication in nursing. *Nursing Standard*, 34(2), ss. 45-50. doi: <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11244>

8 Vedlegg

8.1 Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
12.09.2022	Oria	Sykepleie språkbarriere	-År: 2012-2022 - Fagfellevurdert -språk: norsk eller engelsk	1	1	1	1
05.09.2022	Cinahl	Nursing AND Intercultural AND Communication	År: 2012-2022 Fagfellevurdert -Språk: engelsk -Peer reviewed	59	4	3	1
01.09.2022	Oria	Culture AND communication barriers healthcare	År: 2012-2022 Fagfellevurdert -Språk: engelsk - Fagfellevurdert	1935	3	2	1
31.08.2022	Cinahl	Nursing AND Intercultural Communication	År: 2012-2022 Fagfellevurdert -Språk: engelsk -Peer reviewed	32	5	2	1

8.2 Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspe- ktiv (sykepleier/pasient / pårørende)	Metode og analyse	Utvalg og populasjon	Hovedfunn/resultater
-Mosed, H., Periord, M., & Caboral- Stevens, M. -2021 -Nursing Forum -USA	A concept analysis of intercultural communication	Å utforske konseptet interkulturell kommunikasjon	Sykepleier	-Kvalitativ -Konseptanalyse basert på Walker & Avant		Presentere definerte egenskaper og empiriske referanser til interkulturell kommunikasjon
-Tuohy, D. -2019 -Nursing standard - Storbritannia	Effective intercultural communication in nursing	Beskrive viktige konsepter som underbygger passende interkulturell omsorg	Sykepleier	-Kvalitativ -Litteraturstudie		Det er avgjørende for sykepleiere å kunne kommunisere med pasienter fra ulike kulturer for å kunne gi optimal behandling og å kunne fokusere på pasientens individuelle behov
- Kolbjørnsen , I, E., & Engeland, L. -2016 -Sykepleien forskning -Norge	Reduserer språkbarrierer på sykehus	Forbedre kvalitet på innkalling til pasienter som ikke kan norsk	Sykepleier	-Kvalitativ	- Spørreundersøkelse med 44 informanter	Organisasjonsmessige endringer er nødvendige for å etterkomme behovene for økt mangfold i helsetilbudet -Pasienter som ikke forstår norsk, kan miste viktig behandling dersom helsepersonell ikke har bevissthet om og dokumenterer nødvendige språkkunnskaper og tolkebehov og viderefører disse som viktige opplysninger gjennom pasientforløpet
-Schouten, B, C., Cox, A., Duran, G.,	Mitigating language and cultural barriers in	Identifisere hvordan språkbarrierer	Sykepleier	-Kvalitativ - Litteraturstudie	- Symposium med	Behov for bedre opplæring av helsepersonell for å øke bevissthet og

<p>Kerremans, K., Banning, L, K., Lahdidioui, A.,...Krystal liodou, D. -2020 -Patient education and Counseling -Nederland</p>	<p>healthcare communicatio n: Toward a holistic approach</p>	<p>helsekommun ikasjon kan reduseres og hvilke innovasjoner som kan bidra til å forbedre interkulturell kommunikasj on</p>			<p>60 deltakere</p>	<p>ferdigheter, samt redusere språklige og kulturelle barrierer I helsevesenet</p>
---	--	--	--	--	-------------------------	--