

Sykepleieres erfaringer med kommunikasjonsbarrierer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

Kandidatnummer: 830
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8219
Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 22.12.23.
Tittel: Sykepleieres erfaringer med kommunikasjonsbarrierer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.	
<p><u>Innledning</u> Temaet for oppgaven er kommunikasjonsbarrierer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehus. Innvandringen til Norge er økende, og mange pasienter har vansker med å forstå og bli forstått på norsk. Språkbarriere kan ha negative følger for helsehjelpen som gis, og sykepleiere har en sentral rolle i kommunikasjon med pasienten. Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske sykepleieres erfaringer med kommunikasjonsbarrierer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn innlagt på sykehus.</p> <p><u>Metode</u> Det ble gjennomført en generell litteraturstudie med strukturert søk i Cinahl og Pubmed. Søkeordene baserte seg på nøkkelbegreper fra problemstillingen og emneordene «Qualitative Studies», «Minority Groups», «Ethnic Groups», «Transcultural nursing», «Nursing Care» og «Communication Barriers». Søket ble avgrenset til forskningsartikler publisert siste 10 år, på engelsk. Det resulterte i henholdsvis 348 og 59 artikler i Cinahl og Pubmed, hvorav 4 ble inkludert i studien basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artiklene ble kvalitetsvurdert.</p> <p><u>Resultat</u> Resultatene viser at sykepleiere erfarer utfordringer ved bruk av tolk, knyttet til lite kontroll over budskapet, tolkemotstand, kulturelle barrierer og utfordringer relatert til pasientens forutsetninger for å gjennomføre en tolket samtale. Pårørende fungerer av og til som tolk. Sykepleiere benytter også non-verbal kommunikasjon, indirekte kommunikasjonskanaler og tilpassing av språk for å overkomme språkbarrieren. Resultatene viser at språkbarrieren har negative følger for kvaliteten på sykepleien og utvikling av relasjonen. Videre erfares kommunikasjonsbarrieren tidsmessig- og følelsesmessig krevende.</p> <p><u>Diskusjon</u> Når tolk benyttes, kan ulike faktorer skape tvil om hele budskapet formidles til pasienten. Bruk av ulike kommunikasjonsstrategier ved språkbarriere kan bety at tolk ikke alltid benyttes, og alternative kommunikasjonsstrategier kan gi større rom for misforståelser. Språkbarrieren svekker sykepleierens funksjoner og utfordrer muligheten for å gi personsentrert sykepleie. Funnene kan tyde på at verken sykepleieres eller pasientens behov for å forstå og gjøre seg forstått imøtekommes.</p>	

(Totalt antall ord: 289)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Hensikt og problemstilling	5
1.3	Avgrensing av problemstilling	5
1.4	Begrepsavklaring	5
2	Bakgrunn	6
2.1	Kommunikasjon	6
2.2	Schramm's modell for kommunikasjon	6
2.3	Flerkulturell kommunikasjon	7
2.3.1	Kommunikasjon gjennom tolk	8
2.4	Menneske-til-menneske-relasjonen	9
2.5	Sykepleierens rolle og funksjon i en sykehuskontekst	10
2.5.1	Juridiske rammer	11
2.5.2	Etikk	11
3	Metode	13
3.1	Generell litteraturstudie	13
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	13
	Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
	Tabell 2 Søkehistorikk og utvalg av artikler	15
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur	17
4	Resultater	18
4.1	Artikkelmatrise	18
4.2	Syntese av resultatene	20
5	Diskusjon	22
5.1	Bruk av tolk	22
5.2	Alternative strategier for kommunikasjon	25
5.3	Negative følger av språkbarriere	26
5.4	Utfordringer knyttet til personsentrert sykepleie	28
5.5	Metodediskusjon	29
6	Konklusjon	32
	Referanseliste	33

1 Innledning

Dette kapittelet vil ta for seg bakgrunnen for valg av tema. Deretter presenteres oppgavens hensikt og problemstilling, samt avgrensing. Det vil gis en begrepsavklaring ut fra innholdet i problemstillingen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2023 utgjorde andelen innvandrere 16 % av totalbefolkningen i Norge, og tallet er økende (SSB, 2023a). Dette er en heterogen gruppe med bakgrunn fra opptil 122 land, og årsakene til innvandringen kan være grunnet flukt, arbeid, utdanning eller familierelasjoner (Ingstad, 2021, s.98-99; SSB, 2023b). Mennesker har et grunnleggende behov for å forstå, og gjøre seg forstått (Heyn, 2016, s.363). Språklige ferdigheter representerer imidlertid en utfordring ettersom mange pasienter har vansker med å forstå og bli forstått på norsk (Heyn, 2016, s.386). Påkjenningen av å være syk kan bli ekstra stor når språket som snakkes er et annet enn personens eget morsmål, og selve stressreaksjonen fra sykdom kan gi svekkede språkkunnskaper (Heyn, 2016, s.386).

Egne erfaringer fra sykehuspraksis motiverte til valg av tema. I møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn erfares kommunikasjonsbarrieren som et hinder for utvikling av en relasjon, på lik linje med pasienter som snakker norsk. Samtidig har språkbarrieren ofte ført til usikkerhet, og gått ut over kvaliteten på sykepleien til denne gruppen. Erfaringene mine tilsier at sykehus er en klinisk kontekst hvor behovet for tydelig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er helt avgjørende, og risikoen ved misforståelser er ekstra stor.

De mulige konsekvensene av språkbarrierer er ifølge Helsedirektoratet (2016, s.5-6) økt risiko for feildiagnose og feilbehandling, problemer med å forstå egen diagnose samt mangelfull oppfølging av behandling. Videre kan det også skape mindre tilfredshet, utrygghet og øke både pasienters og pårørendes frustrasjon (Helsedirektoratet, 2016, s.5-6). I tillegg avdekket Sommerfeld og Rosenberg (2019) i sin litteraturstudie at pasienter med begrensede norskkunnskaper var mer utsatt for uønskede hendelser på sykehus sammenliknet med pasienter som behersket språket godt. Et overordnet mål innenfor helse- og omsorgstjenesten er imidlertid likeverdige helsetjenester (Alpers, 2018, s.26). I praksis betyr dette at pasienter med forskjellige behov og forutsetninger må behandles ulikt, og tjenesten må tilpasses den enkelte (Alpers, 2018, s.26). For å oppnå målet om likeverdige helsetjenester er kommunikasjon og gjensidig forståelse helt sentralt (Helsedirektoratet, 2016, s.2).

Sammenliknet med andre yrkesgrupper tilbringer sykepleiere ofte mer tid i direkte pasientkontakt, og kommunikasjon skjer med få unntak i enhver pasientsituasjon (Heyn, 2016, s.363). Videre berører kommunikasjon både sykepleierens behandlende, lindrende og undervisende funksjon på sykehus (Grønseth & Nordtvedt, 2022, s.8-9). For å kunne sikre reell likeverdig helsehjelp er det med andre ord avgjørende å vite noe om hvilke erfaringer sykepleiere har med kommunikasjonsbarrierer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien er dermed å undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver sykepleieres erfaringer med kommunikasjonsbarrierer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn innlagt på sykehus. Problemstilling er følgende: «Hvilke erfaringer har sykepleiere med kommunikasjonsbarrierer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn innlagt på sykehus?».

1.3 Avgrensning av problemstilling

Problemstillingen avgrenses til å gjelde sykepleieres erfaringer med voksne pasienter over 18 år, med etnisk minoritetsbakgrunn. Oppgaven vil undersøke disse erfaringene innenfor en sykehuskontekst, uavhengig av pasientens diagnose eller årsak til innleggelse.

1.4 Begrepsavklaring

Kommunikasjonsbarrierer: Kommunikasjonsbarrierer kan defineres som «de faktorer, slik som språk og sosiokulturelle forhold, som forstyrrer den meningsfulle tolkningen og formidlingen av ideer mellom enkeltpersoner eller grupper» (Universitetet i Agder, 2022). I prinsippet kan kommunikasjonsbarrierer forstås som alle de elementene som kan forstyrre en kommunikasjonsprosess (Dahl, 2013, s.58). Oppgaven vil ta utgangspunkt i kommunikasjonsbarrierer mellom enkeltpersoner, fremfor grupper.

Etnisk minoritet: En etnisk minoritet er en etnisk gruppe som utgjør et mindretall i en større befolkning (Bufdir u.å.). På bakgrunn av noen fellestrekk blir en etnisk gruppe ansett av seg selv og andre som en egen folkegruppe (Ingstad, 2021, s.97; Bufdir u.å.). Fellestrekene kan blant annet knyttes til språk, tradisjoner, kultur og religion (Ingstad, 2021, s.97). I Norge omfatter etniske minoriteter både urfolk (den samiske befolkningen), nasjonale minoriteter (jøder, kvener, skogfinner og romanifolket) og personer med innvandrerbakgrunn (Bufdir, u.å.).

2 Bakgrunn

Dette kapittelet vil ta for seg det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som er av relevans for problemstillingen. Kapittelet inkluderer en presentasjon av de sykepleiefaglige rammene knyttet til lovverk, etikk og faglige retningslinjer.

2.1 Kommunikasjon

Kommunikasjonsbegrepet kommer fra det latinske begrepet «communicare» som vil si å gjøre noe felles (Eide & Eide, 2004, s.17). Kommunikasjon kan defineres som «en prosess der et budskap som inneholder informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller nonverbalt» (Heyn, 2016, s.364). Verbal kommunikasjon er mening som formidles gjennom ord, enten muntlig eller skriftlig (Eide & Eide, 2004, s.16; Travelbee, 1997, s.96). Nonverbal kommunikasjon er alt vi formidler uten bruk av ord, som kan inkludere øyekontakt, stemmebruk, kroppsholdning, ansiktsuttrykk, gestikulering, miming eller berøring (Heyn, 2016, s.387; Eide & Eide, 2004, s.16; Travelbee, 1997, s.96). Verbale og nonverbale signaler er sammensatte og krever at mottakeren gjør en fortolkning. Fortolkningen av det som formidles har betydning for hvordan man opplever møtet med den andre, og kan danne grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt (Eide & Eide, 2004, s. 16).

2.2 Schramm's modell for kommunikasjon

Kommunikasjonsprosessen kan forenklet fremstilles ved hjelp av kommunikasjonsmodeller, selv om disse sjelden fanger virkelighetens kompleksitet (Dahl, 2013, s. 56). Schramm's modell fremstiller kommunikasjon som en sirkulær prosess for å understreke at kommunikasjon alltid går begge veier mellom to parter (Finset, 2013, s. 15). I kommunikasjonsprosessen har senderen en intensjon om hvilket budskap som skal sendes, men budskapet må først innkodes i et tegn eller melding, gjennom en form eller et språk som muliggjør at det kan sendes (Finset, 2013, s.15). Ifølge Dahl (2013, s.57-58) er tegn eksempelvis ord, lyder, kroppsspråk, eller atferd, mens en melding innebærer flere tegn satt sammen i en sekvens, eksempelvis flere ord satt sammen gjennom skrift eller tale. Kommunikasjonskanalen er det som formidler tegnet eller meldingen, og er vanligvis en direkte kanal (ansikt-til-ansikt) (Dahl, 2013, s.59). Indirekte kanaler beskrives eksempelvis som formidling gjennom et mellomledd, en tolk, telefon eller tekstmelding. Mottakeren foretar en avkoding av tegnet eller meldingen som sendes, og meningen som tilskrives påvirkes blant annet av mottakerens språk, tidligere erfaringer og konteksten for

kommunikasjonen (Dahl, 2013, s.58-59). I Schramm's modell spesifiserer Finset (2013, s.17) at avkoding og fortolking foregår på flere nivåer samtidig, som gir rom for feiloppfatning. For det første må mottakeren foreta en avkoding av det språklige innholdet i budskapet, som kan lede til misforståelser. Videre påpeker Heyn (2016, s.365) at budskapet også fortolkes på et relasjonelt nivå, som kan føre til misforståelser og potensielt svekke relasjonen mellom pasient og sykepleier. Dahl (2013, s.58) beskriver i tillegg «støy», som alle de elementene som kan forstyrre kommunikasjonsprosessen. Støy kan eksempelvis være faktorer knyttet til konteksten, eller mottakerens sinnstilstand, som påvirker mottakerens evne til å fokusere oppmerksomheten og ta innover seg det som formidles (Dahl, 2013, s.62). Etter at budskapet er avkodet og fortolket gir mottakeren en tilbakemelding. Tilbakemeldingen er mottakerens umiddelbare, bevisste eller ubevisste respons som samtidig representerer skiftet i kommunikasjonsprosessen, der mottakeren blir avsender og prosessen gjentas (Dahl, 2013, s.58).

2.3 Flerkulturell kommunikasjon

Ideell kommunikasjon forutsetter at partene forstår den andres språk og koder og at man deler felles kulturelle referanser. I flerkulturelle samfunn er ikke dette alltid tilfellet (Eide & Eide, 2004, s.95). Kommunikasjon kan variere ut fra kulturbakgrunn, som er noe sykepleiere må ta hensyn til i møte med pasienten (Heyn, 2016, s.386). Magelssen (2008, s.15) definerer kultur som “de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn”. Videre beskriver Magelssen at kultur reflekterer hvordan mennesker handler, føler og tenker og kan sees på som en form for “mental ramme” for handlinger.

Sammenliknet med kommunikasjon innenfor én kulturell ramme, er flerkulturell kommunikasjon komplisert fordi de verbale og nonverbale kodene bestemmes av den kulturen det er utviklet innenfor (Eide & Eide, 2004, s.97). For eksempel beskriver Eide og Eide at kultur påvirke hvilken grad man uttrykker seg bokstavelig eller baserer seg mer på nonverbal kommunikasjon. Videre kan eksempelvis et «ja» innenfor noen kulturer signalisere at man lytter til den andre, mens i andre språksamfunn uttrykker det at man sier seg enig i noe (Eide & Eide, 2004, s.97). Det kan og være store kulturelle variasjoner som gjør at nonverbale tegn og signaler som i utgangspunktet ser like ut oppfattes forskjellig. Eide og Eide (2004, s.98) beskriver eksempelvis at «tommel opp» fortolkes som uanstendig i Midtøsten, mens det i Norge signaliserer noe positivt. Å smile og nikke, betyr for oss gjerne at man er enig, mens det i Japan signaliserer høflighet. Det kan imidlertid virke som noen nonverbale uttrykk er

universelle, og gjør at kulturelle forskjeller ikke hindrer oss i å oppfatte når en person er fortvilet, redd eller sint (Eide & Eide, 2004, s.98).

Forskjellige idealer og verdier kan også lede til misforståelser mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2004, s.98). Eksempelvis kan lydighet ovenfor familien være høyt verdsatt innenfor en kultur, mens i den norske konteksten kan det oppfattes som underkastelse eller overdreven avhengighet (Eide & Eide, 2004, s.98). Å være åpen rundt personlige problemer anses gjerne som en positiv verdi innenfor den norske helsefaglige sammenhengen, og det er vanlig at man forteller om sine symptomer til sykepleieren eller legen (Eide & Eide, 2004, s.98; Heyn, 2016, s.387). Derimot kan åpenhet om slike forhold i noen kulturer uttrykke lite dannelse, og det å snakke direkte om intime og personlige forhold kan være skambelagt (Eide & Eide, 2004, s.99). Heyn (2016, s.387) beskriver videre at det innenfor noen kulturer kan regnes som klaging å fortelle om sine symptomer. Det er imidlertid andre kulturelle hensyn som sykepleier bør være oppmerksom på i flerkulturell kommunikasjon, som kan knytte seg til religiøs tro (Heyn, 2016, s. 386). For eksempel påpeker Heyn at døden ofte ikke nevnes direkte innenfor islam, og det er heller ikke vanlig å nevne sykdommer som kreft. Selv om det er flere kulturelle forhold som kan innvirke på kommunikasjonsprosessen utelukker ikke det at de individuelle forskjellene mellom mennesker kan være vel så store (Eide & Eide, 2004, s.95).

2.3.1 Kommunikasjon gjennom tolk

I tilfeller der språkbarrieren går utover pasientens evne til å forstå og bli forstått på norsk, er det nødvendig å benytte tolk (Ingstad, 2021, s.108; Heyn, 2016, s.386). Bruk av tolk er en avgjørende forutsetning for at pasientenes rettigheter skal ivaretas, og at helsepersonell oppfyller sine juridiske plikter (Helsedirektoratet, 2016, s.4).

Det er flere metoder som kan benyttes for å kommunisere via tolk (Ingstad, 2021, s. 108). Ifølge Ingstad er den foretrukne metoden som regel fremmøtetolking. Det vil si at både tolk, tolkebrukeren (helsepersonell) og pasienten befinner seg i samme rom, som muliggjør at tolken kan registrere nonverbal og verbal kommunikasjon (Ingstad, 2021, s.108). Ved skjermtolking er ikke tolken fysisk til stede, men kan allikevel få med seg nonverbale signal som ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Ingstad, 2021, s.108; Helsedirektoratet, 2016, s.10). Telefontolking sparer riktignok tid og utgifter, men stiller krav til utstyrets kvalitet samt at tolken oppholder seg på skjermet sted for å sikre taushetsplikten (Ingstad, 2021, s.108).

Ulempen ved telefontolkning er imidlertid at tolken går glipp av nonverbal kommunikasjon (Helsedirektoratet, 2016, s.12; Ingstad, 2021, s.108). Uavhengig av metoden, vil kvaliteten på en tolket samtale avhenge av fagpersonens forberedelser og kommunikasjonsevne, samt tolkens ferdigheter (Helsedirektoratet, 2016, s. 11).

Ifølge Helsedirektoratet (2016, s.7) skal tolken i utgangspunktet være en person med tolkeutdanning. Videre er helsepersonell ansvarlig for å sørge for at ikke barn eller familiemedlemmer stiller som tolk, selv i de tilfeller hvor pasienten er den som vil det. For mange kan det imidlertid være problematisk å snakke om skambelagte eller tabubelagte tema hvis slektninger eller en fra samme kulturmiljø fungerer som tolk (Eide & Eide, 2004, s.100). Helsedirektoratet (2016, s.7) påpeker at sentral informasjon kan tilbakeholdes av pasienten i tilfeller der pårørende erstatter kvalifisert tolk. Ved bruk av pårørende som oversettere kan man heller ikke være sikker på hvor dekkende oversettelsen blir (Eide & Eide, 2004, s.100).

Med unntak av krevende situasjoner uten tilgang på tolk, bør ikke helsepersonell med minoritetsbakgrunn erstatte profesjonelle tolker (Helsedirektoratet, 2016, s.7).

Helsedirektoratet sitt argument for dette går ut på at kvalifiserte tolker har streng taushetsplikt, og følger egne yrkesetiske retningslinjer, mens helsepersonell kan mangle nøytralitet og riktig kompetanse. Bruk av kvalifisert tolk skal i utgangspunktet ikke true taushetsplikten og anonymiteten til pasienten (Helsedirektoratet, 2016, s.13). Likevel kan det i små miljø være en utfordring å etablere tillit i møte med etniske minoritetspasienter, hvis pasienten vegrer seg for å benytte en tolk med samme minoritetsbakgrunn. I slike tilfeller må helsepersonell bruke tid på å etablere tillit og sørge for at pasienten forstår tolkens rolle (Helsedirektoratet, 2016, s.13).

2.4 Menneske-til-menneske-relasjonen

Travelbee (1997, s.7) definerer sykepleie som «en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiere hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller håndtere erfaringen av sykdom og lidelse, og om nødvendig, hjelper med å finne mening med disse erfaringene». Teorien hviler på en antakelse om at kommunikasjon er prosessen som muliggjør dannelsen av en menneske-til-menneske-relasjon, som dermed kan lede til at hensikten med sykepleie oppnås (Travelbee, 1997, s.93). Travelbee vektlegger videre at enhver interaksjon er en mulighet for sykepleieren til å bli kjent med pasienten, og danne

relasjon. Avhengig av hva som formidles i interaksjonen kan det oppleves gjensidig meningsfullt, meningsløst eller resultere i en frustrerende opplevelse (Travelbee, 1997, s.95).

Ifølge teorien etableres menneske-til-menneske relasjonen gjennom fire faser, herunder det første møtet, fremtredende identiteter, empati og sympati (Travelbee, 1997, s.119). Travelbee (1997, s.130) beskriver den første fasen som det første møtet mellom sykepleier og pasient, som i mange tilfeller preges av stereotypiske oppfatninger av hverandre som «sykepleier» og «pasient». Den neste fasen kjennetegnes av at partene oppfatter det unike ved den andre personen utover kategoriene «sykepleier» og «pasient», og bånd etableres (Travelbee, 1997, s.132). Den tredje fasen kjennetegnes av empati, som er evnen til å gå inn i, og forstå den psykologiske tilstanden til et annet individ, uten å nødvendigvis dele tankene og følelsene til den andre (Travelbee, 1997, s.135-136). Den sympatiske fasen oppstår som et resultat av empatiske prosesser, men sympati skiller seg fra empati ved at sykepleieren føler den andres nød, blir berørt, og ønsker å lindre nøden. Sympati blir vektlagt som en mulighet for å styrke og forbedre relasjonen mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 1997, s.142-143). Resultatet av de fire fasene er dannelsen av en menneske-til-menneske-relasjon (Travelbee, 1997, s.150). Ifølge teorien muliggjør relasjonen at sykepleier kan assistere individer i å forebygge og håndtere erfaringens som sykdom og lidelse medfører, og om nødvendig hjelpe individet å finne mening i dette (Travelbee, 1997, s. 93).

2.5 Sykepleierens rolle og funksjon i en sykehuskontekst

Utøvelse av sykepleie innebærer flere delfunksjoner, som til sammen utgjør en helhet (Grønseth & Nordtvedt, 2022, s.8). Innenfor sykehuskonteksten er det enkelte delfunksjoner for sykepleieutøvelsen som står mer sentralt enn andre, og vil herunder nevnes kort. Grønseth og Nordtvedt beskriver sykepleierens behandlende funksjon, som bestående av å samle data, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere sykepleien. Med sykepleieprosessen som metode i den behandlende funksjonen, er både evnen til å kartlegge, vurdere og fatte kompetente beslutninger avgjørende i utøvelse av klinisk kompetent sykepleie. På sykehus omhandler sykepleierens behandlende funksjon i stor grad også om å assistere legens medisinske arbeid (Grønseth og Nordtvedt, 2022, s.8). Sykepleierens lindrende funksjon handler om å redusere omfanget av psykiske, fysiske og sosiale påkjenninger på pasienten. Dette kan også bety at man gir pasienten mulighet til å uttrykke hvordan sykdom og behandling erfares. I tillegg står sykepleierens undervisende funksjon

sentralt innenfor en sykehuskontekst, som innebærer ansvaret for å informere, veilede og undervise pasienter og pårørende (Grønseth & Nordtvedt, 2022, s.9).

2.5.1 Juridiske rammer

Med hensyn til problemstillingen vil de følgende juridiske momentene kunne påvirke sykepleieutøvelsen. Først og fremst stiller Helsepersonelloven krav til at helsehjelp utøves på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte (Helsepersonelloven, 1999, §4). Videre skal pasient- og brukerrettighetsloven ivareta rettighetene til *alle* som oppholder seg i Norge, med formål om å bidra til lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1, §1-2). Dessuten har pasienten rett til medvirkning i valg av behandling og gjennomføring av helsehjelp, samt rett til informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i sin helsetilstand og helsehjelpen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, §3-2). Retten til informasjon omhandler også retten til å bli informert om risiko og bivirkninger, samt motta nok informasjon til å kunne ivareta sine rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Helsepersonell har på sin side en plikt til å gi informasjon til den som har krav på det ut fra §3-2 i pasient-og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999, §10; spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-11). Informasjonen som gis skal være tilpasset mottakeren, med hensyn til individuelle forutsetninger som blant annet alder, modenhet kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). I den grad det er mulig skal personalet forsikre seg om at innholdet i informasjonen er forstått av mottakeren (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Som hovedregel skal helsehjelp kun gis hvis pasienten gir sitt samtykke, og samtykket er kun gyldig hvis pasienten har fått nødvendig informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-1). Ut fra kravet om forsvarlighet og informert samtykke, påpeker Helsedirektoratet (2016, s.16-17) at det i tilfeller hvor pasienten har begrenset norskkunnskap vil følge et indirekte krav om bruk av tolk. Helsepersonell er selv ansvarlig for å vurdere når det er nødvendig å benytte tolk for å sikre forståelse mellom helsepersonell og pasient (Ingstad, 2021, s.108).

2.5.2 Etikk

I tråd med de juridiske rammene for sykepleie fremhever de yrkesetiske retningslinjene sykepleierens rolle for å ivareta det enkelte menneskets verdighet og integritet, inkludert retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og medbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, 2023). Punkt 1.1 understreker sykepleierens ansvar for å ivareta behovet

for helhetlig omsorg, og bygge opp under individets ressurser, mestring, håp og livsmot. Videre skal sykepleieren ut fra punkt 1.3 sørge for at pasienten og pårørende får tilgang på informasjon og veiledning med hensyn til deres språkferdigheter, kultur, kognitive funksjon og psykiske behov. Sykepleieren må herunder sørge for at informasjon som gis blir forstått (Norsk sykepleierforbund, 2023).

3 Metode

I dette kapittelet beskrives generell litteraturstudie med utgangspunkt i Popenoe et al (2021). Videre beskrives søkeprosessen og utvelgelse av artikler, og det gis en begrunnelse for valg av øvrig fag- og forskningslitteratur.

3.1 Generell litteraturstudie

Generell litteraturstudie er en metode som går ut på å gjøre en syntese og analyse av forskning på et spørsmål av klinisk relevans (Popenoe et al., 2021, s.175). Med utgangspunkt i et spesifikt forskningsspørsmål, er hensikten å analysere resultater fra flere vitenskapelige studier for å kunne belyse et spesifikt tema. I denne bacheloroppgaven benyttes Popenoe et al (2021) sin praktiske veiledning til å foreta selve datanalysen. Metoden som beskrives av Popenoe et al (2021, s.176) er induktiv, som vil si at dataanalysen baserer seg på å se etter mønstre og svar i dataene uten å ha en forutinntatt teori eller et rammeverk som guider analysen. Analyse av kvalitativ forskning handler om å identifisere funn, kondensere og oppsummere funnene, dele inn funnene i tematiske kategorier og deretter foreta en syntese og analyse for å finne mønstre i dataene. Det endelige målet med en generell litteraturstudie er å kunne presentere en overordnet konklusjon basert på datamaterialet og peke på den kliniske relevansen av funnene (Popenoe et al., 2021, s.185).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

I søkeprosessen ble den vitenskapelige databasen Cinahl benyttet som førstevalg, da dette er en database som gir treff på artikler publisert i en rekke sykepleietidsskrifter. Cinahl fremstod som mest relevant for å besvare problemstillingen, og det er den databasen jeg har mest erfaring med å bruke. Etter at problemstillingen var formulert skilte jeg ut de meningsbærende ordene: “kommunikasjonsbarriere” og “etniske minoriteter” som utgangspunkt for et avansert søk. Terminologibasen MeSH ble brukt for å utforske relevante emneord på engelsk tilsvarende nøkkelbegrepene i problemstillingen. For «etniske minoriteter» kom jeg frem til emneord i MeSH som kunne tenkes å gi relevante treff, deriblant; minoritetsgrupper / “minority groups,” og etniske grupper / “ethnic groups”. Emneordet “Communication Barriers” ble valgt for å utforske kommunikasjonsbarrierer med hensyn til den valgte pasientgruppen. Etter gjentatte forsøk i Cinahl kom jeg også frem til å inkludere “Transcultural Nursing” OR “Nursing Care” for å få treff relatert til sykepleie, og mer spesifikt sykepleie til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Grunnet oppgavens begrensninger til ett søk ble emneordene “Communication Barriers”, “Transcultural Nursing”

og “Nursing Care” kombinert med «OR» for å få et bredt søk. På den måten kunne søket fungere som utgangspunkt for å undersøke sykepleiers erfaringer og se etter resultater som omhandlet kommunikasjons erfaringer. Emneordet “Qualitative Studies” ble inkludert for å få frem artikler som utforsket erfaringer. Det endelige søket i Cinahl ble dermed (MH "Qualitative Studies+") AND (MH "Minority Groups") OR (MH "Ethnic Groups+") AND (MH "Transcultural nursing") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH “Communication Barriers+”). Søket ble avgrenset til forskning publisert mellom 2013-2023, samt avgrenset til å kun inkludere fagfelleverderte forskningsartikler på engelsk. Ytterligere avgrensninger som gjaldt geografi og alder ble manuelt avgrenset basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Søket er presentert i «Tabell 2 - søkehistorikk og utvalg av artikler».

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble bestemt i forkant av søket og baserte seg på problemstillingen, samt avgrensninger til kontekst, og pasientgruppens alder. Kriteriene presenteres i «Tabell 1 – inklusjons-og eksklusjonskriterier». Til å begynne med skimlet jeg gjennom alle treffene på søket for å se etter relevante titler, disse ble sortert ut i en egen mappe. Deretter leste jeg gjennom sammendragene på de valgte artiklene og selekterte ut de ti artiklene med høyest relevans for problemstillingen. Etter å ha lest gjennom disse med hensyn til eksklusjon og inklusjonskriterier stod jeg igjen med tre artikler. Selv om flere enn tre artikler oppfylte inklusjonskriteriene ble enkelte ekskludert fordi noen av forskningsartiklene baserte seg på samme datamateriale. For å oppfylle krav om fire artikler utførte jeg et tilleggssøk i Medline med tilsvarende emneord som det opprinnelige søket. Grunnet mangel på identiske synonymbegrep i Medline ble begrepet “Ethnicity” og “Qualitative Research” brukt for å dekke emneordene “Ethnic groups” og “Qualitative Studies”. Basert på inklusjon- og eksklusjonskriteriene ble ytterligere en artikkel inkludert fra Medline. Søket i Medline ble ikke automatisk avgrenset til fagfelleverderte forskningsartikler da dette ikke var en mulighet på lik linje med Cinahl. Disse avgrensningene ble dermed gjort manuelt, ved å se etter imrad- struktur på artikler og søke opp tidsskrift i kanalregisteret for å vurdere om artiklene var publisert i anerkjent tidsskrift.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Empiriske studier; kvalitative • Studier som undersøker kommunikasjon med pasienter > 18 år • Studier som ser på sykepleieres erfaring • Kontekst: somatisk sykehus • Kommunikasjon med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn • Artikler på engelsk • Studier utført i: Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania • Publisert i perioden 2013-2023 • Fagfellevurdert, publisert i anerkjente tidsskrift 	<ul style="list-style-type: none"> • Litteraturstudier • Kvantitative studier • Diskusjonsartikler • Fagartikler • Doktorgradsavhandlinger • Studier som utelukkende undersøker erfaringer blant andre yrkesgrupper (fysioterapeut, lege, psykolog, jordmor eller helsefagarbeider) • Studier som undersøker kommunikasjon med barn eller pårørende

Tabell 2 Søkeshistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	Cinahl, 15.11.23	Medline, 17.11.23
Søkeord og kombinasjoner	(MH "Qualitative Studies+") AND (MH "Minority Groups") OR (MH "Ethnic Groups+") AND (MH "Transcultural nursing") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Communication Barriers+")	(exp Qualitative Research) AND (exp Minority Groups) OR (exp Ethnicity) AND (exp Transcultural Nursing) OR (exp Nursing Care) OR (exp "Communication Barriers")
Avgrensinger i søket	Tid: 2013-2023 Språk: engelsk Forskningsartikler Peer Reviewed	Tid: 2013-nåtid Språk: engelsk
Antall treff totalt	348	59
Antall gjennomleste titler	348	59
Antall gjennomleste abstrakt	20	10

Antall gjennomleste fulltekstartikler	10	3
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	3	1
Inkludert artikkel nummer 1	Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022). Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. <i>BMC Nursing</i> , 21(1), 322–322. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x	Eechoud, I., Grypdonck, M., Leman, J., & Verhaeghe, S. (2017). Perspectives of oncology health workers in Flanders on caring for patients of non-Western descent. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 26(6), e12481. https://doi.org/10.1111/ecc.12481
Inkludert artikkel nummer 2	Watts, K. J., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., Butow, P., Goldstein, D., Hale, S., Perry, A., Aranda, S. K., & Kissane, D. W. (2017). Communicating with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 26, 83–90. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.12.001	
Inkludert artikkel nummer 3	Ali, P. A., & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 27(5-6), 1152–1160. https://doi.org/10.1111/jocn.14204	

3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Ved valg av øvrig fag- og forskningslitteratur tok jeg primært utgangspunkt i kjerne- eller emnespesifikk litteratur fra tidligere emner. Alle tekstbøkene ble lånt fra LDH sitt bibliotek. Grov og Holter (2016) sin bok om grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie ble brukt som utgangspunkt for teori om kommunikasjon. Eide og Eide (2004) sin lærebok om kommunikasjon i praksis ble brukt som supplement da forfatterne har gitt ut flere lærebøker i helse- og sosialfaglig arbeid og fremstår som en troverdig kilde innenfor temaet kommunikasjon. Videre ble Johnsen og Engvold (2013) sin bok om klinisk kommunikasjon og Dahl (2013) sin bok om møter mellom mennesker brukt for å gi en utfyllende beskrivelse av kommunikasjonsprosessen. For å belyse sykepleierens rolle og funksjon på sykehus tok jeg utgangspunkt i Stubberud og Nordtvedt (2022) sin lærebok om klinisk sykepleie, da denne har vært kjernelitteratur gjennom studiet. Boken til sosiolog Ingstad (2021) har også tidligere vært pensum, og tar for seg sentrale sosiologiske perspektiver innenfor helsefag og sykepleie. Sammen med Helsedirektoratets veileder dannet dette utgangspunktet for å belyse perspektiver rundt kommunikasjon via tolk. For å belyse kulturelle aspekter i kommunikasjon ble Magelssen (2008) sin bok om kultursensitivitet inkludert. Joyce Travelbee er en anerkjent sykepleieteoretiker, og hennes bok om mellommenneskelige aspekter ved sykepleie fremstod som en naturlig sykepleieteori å benytte i denne oppgaven. Øvrige fag- og forskningsartikler som har blitt anvendt ble søkt etter via Google Scholar, Idunn.no, Sykepleien.no, samt Oria da denne søkemotoren viser hvorvidt artikler er fagfellevurdert. De juridiske rammene og etiske retningslinjene baserer seg på Lovdata.no og Norsk sykepleieforbund sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres de inkluderte forskningsartiklene. I «Tabell 4.1 – Artikkelmatrise» presenteres artiklenes tittel, hensikt, metode og funn. Deretter presenteres en syntese av de samlede resultatene fra forskningsartiklene.

4.1 Artikkelmatrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B., (2022), Norge	Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with minority background in Norway.	Utforske sykepleiers erfaringer med å pleie pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.	<i>Design:</i> Kvalitativt utforskende design. <i>Deltakere:</i> 21 sykepleiere rekruttert fra et sykehus i Norge. <i>Datainnsamling:</i> fokusgruppeintervju på 60-100 min. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert. Tematisk analyse ble utført.	<i>Deltakerne beskrev:</i> Grunnet språkbarriere ble mye tid brukt på å forstå pasienten. Vanskelig å innhente bakgrunnsinformasjon, som var essensielt for sykepleie. Misforståelser oppleves vanskelig for sykepleier og pasient. De lagde tolkesystem som ble brukt for “enkle” samtaler. Tolk ble tilkalt for medisinske tema. Telefontolk kunne være effektivt, men kunne gå glipp av nonverbale nyanser. Varierende kompetanse blant tolker og villighet til å formidle alvorlige beskjeder. Flerspråklige ansatte kunne bidra ved fravær av tolk, men tidkrevende for dem, og ikke alle ansatte ønsket dette. De brukte ulike strategier for å overkomme språkbarrieren. Følelse av maktesløshet i kommunikasjonen, selv med tolk til stede. Høflige pasienter fra visse kulturer kunne late som de	9/9, vedlegg 1

				forstod eller bagatellisere symptom. Noen pasienter nektet å bruke tolk grunnet verdier eller frykt for konfidensialitet.	
Watts, K. J., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., Butow, P., Goldstein, D., Hale, S., Perry, A., Aranda, S. K., & Kissane, D. W., (2017), Australia	Communicating with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals.	Identifisere onkologiske sykepleiere og onkologers individuelle erfaringer og utfordringer ved kommunikasjon med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.	<i>Design:</i> Kvalitativ studie. <i>Deltakere:</i> medisinske strålingsonkologer (n = 12) og onkologiske sykepleiere (n = 21). <i>Datainnsamling:</i> Semi-strukturert intervju over telefon (n = 19) ansikt-til-ansikt (n = 1) eller fokusgruppeintervju (n = 18), ut fra deltakernes preferanse. Spørreskjema innhentet demografisk data.	<i>Deltakerne beskrev:</i> Språkbarriere kunne føre til at pasientene mottok mindre psykososial støtte grunnet mindre utforsking av deres følelser. Språkbarrieren påvirket negativt på kommunikasjonen, med tanke på relasjonsbygging, gi og motta verbale/nonverbale signaler. Deltakerne brukte ulike strategier og tilpasninger av kommunikasjon for å overkomme språkbarrieren. Bruk av familiemedlemmer som tolk kunne være hjelpsomt, spesielt for eldre pasienter.	9/9, vedlegg 2
Ali, P. A., & Watson, R., (2018), England	Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency.	Utforske sykepleieres perspektiv på språkbarrierer og dets innvirkning på omsorgen til pasienter med begrensede engelskkunnskap fra ulike språklige bakgrunner.	<i>Design:</i> Kvalitativt deskriptivt design. <i>Deltakere:</i> 59 sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. <i>Datainnsamling:</i> 26 individuelle intervjuer og tre fokusgruppeintervju. Hver deltaker bidro kun i en type datainnsamling. Tematisk analyse ble benyttet.	<i>Deltakerne beskrev:</i> Språkbarrieren var det største hinderet for å gi adekvat, tilpasset, effektiv og hurtig pleie. Kunne være vanskelig for pasientene å forstå instruksjoner om prosedyrer eller medisiner ved språkbarriere. Tolken forstod ikke alltid medisinsk terminologi, som kunne føre til misforståelser. Utfordringer med telefontolk kunne være større i forhold	8/9, vedlegg 3

				til eldre og kognitivt svekkede. Vanskelig å formidle via tolk hvis hvis pasienten var preget av angst/smerte/anestesi.	
Echoud, I., Grypdonck, M., Leman, J., & Verhaeghe, S., (2017), Belgia	Perspectives of oncology health workers in Flanders on caring for patients of non-Western descent.	Studien ble gjennomført for å få innsikt i erfaringene og synspunktene til onkologisk helsepersonell i Flandern når de tar seg av pasienter med ikke-vestlig bakgrunn.	<i>Design:</i> kvalitativt design med konstant komparativ metode. <i>Deltakere:</i> 23 deltakere som var onkologisk helsepersonell. Sykepleiere (n = 5) og spesialsykepleiere (n = 2). <i>Datainnsamling:</i> fem fokusgruppeintervju, med 2-6 deltakere. En moderator og observatør i hver fokusgruppe. Et intervjurammeverk ble brukt for å stimulere og fokusere diskusjon. Data ble analysert med kvalitativ analyse.	<i>Deltakerne beskrev:</i> Begrenset nytte av tolk eller andre 'meglere', da deltakerne opplevde lite kontroll over budskapet. Tolk ble primært brukt for medisinsk informasjon. Bruk av tegnspråk, kroppsspråk og digitale oversetterprogram for å overkomme språkbarrieren. Noen opplevde språkbarrierer som spesielt krevende fordi man ikke kunne betrygge pasienten. Flesteparten prioriterte pasientens rett til informasjon fremfor kulturelle hensyn. Noen ville ikke motsette seg familien om de nektet tolk. Én deltaker hadde brukt tegn for å formidle behandlingens alvor til pasienten.	8/9, vedlegg 4

4.2 Syntese av resultatene

Det fremstår som et gjennomgående funn at sykepleiere erfarer utfordringer knyttet til bruk av tolk. Dette handler stort sett om opplevelse av lite kontroll over budskapet, motstand mot tolk, kulturelle barrierer, samt særlige utfordringer knyttet til pasientens forutsetninger for å gjennomføre en tolket samtale. I noen tilfeller brukes pårørende som tolk. I møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn benytter sykepleiere kommunikasjonsstrategier som

blant annet non-verbal kommunikasjon, indirekte kommunikasjonskanaler og tilpassing av språk for å overkomme språkbarrieren. Videre erfarer sykepleiere negative følger av språkbarrieren som knyttes til kvaliteten på sykepleien, og utvikling av relasjonen. Resultatene vitner om at sykepleiere erfarer kommunikasjonsbarrieren som tidsmessig- og følelsesmessig krevende.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultater fra de valgte artiklene diskuteres for å besvare problemstillingen «Hvilke erfaringer har sykepleiere med kommunikasjonsbarrierer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn innlagt på sykehus?». Avslutningsvis vil utvalgte styrker og svakheter knyttet til egen metode, samt de inkluderte artiklene bli diskutert.

5.1 Bruk av tolk

Tre av de valgte artiklene viste at deltakerne erfarte lite kontroll over budskapet ved bruk av tolk (Alkhaled et al, 2022; Eechoud et al, 2017; Ali & Watson, 2018). Ut fra Schramm's modell for kommunikasjon avhenger avkoding og meningen som tilskrives en melding av mottakerens språk, erfaringer og kontekst for kommunikasjonen (Dahl, 2013, s.58-59). Videre kan avkodingen av innholdet i budskapet føre til feiloppfatninger, og misforståelser (Finset, 2013, s.17). Med hensyn til kommunikasjonsprosessen kan også ulike idealer, verdier og religion påvirke (Eide & Eide, 2004, s. 98-99; Heyn, 2016, s.386). Når kommunikasjon går via tolk utvides interaksjonen, så endring i budskapet kan trolig oppstå både i formidlingen fra helsepersonell til tolk og fra tolk til pasient. Først og fremst kan dette illustreres ved at deltakerne erfarte at tolken ikke alltid forstod medisinsk terminologi, som kunne føre til misforståelser (Ali & Watson, 2018, s.1157). Dessuten erfarte noen at tolken forenklet budskapet eller ikke ville formidle alvorlige beskjeder knyttet til død eller kreft (Alkhaled et al, 2022a, s.6). Når det gjelder tolkens rolle viste en annen studie at tolken til enhver tid fortolket budskapet på en måte pasienten kunne forstå, samtidig som tolken var innrettet mot pasientens emosjonelle tilstand, holdninger og kultur (McDowell et al, 2011, s.140). Erfaringene til Alkhaled et al (2022a, s.6) av at tolken forenklet budskap og ikke alltid ville formidle alvorlige beskjeder kan dermed kanskje omhandle hensyn til pasientens forutsetninger eller kulturelle rammer. Helsepersonell har imidlertid ansvar for å bestille kvalifisert tolk, for å oppfylle informasjonsplikten (Helsedirektoratet, 2016, s.2). Informasjonen skal være tilpasset, og personalet skal så langt det er mulig forsikre seg om at innholdet er forstått (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Ut fra dette hviler det et ansvar på sykepleiere om å bestille kompetente tolker til å formidle budskapet, og forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet.

Når det gjelder bruk av pårørende som tolk er dette ikke anbefalt ettersom sentral informasjon kan tilbakeholdes av pasienten (Helsedirektoratet, 2016, s.7). Videre kan usikkerhet knyttes til hvorvidt hele budskapet blir oversatt (Eide & Eide, 2004, s.100). I to artikler fremkom det

imidlertid at pårørende kunne bli brukt som tolk (Alkhaled et al, 2022a; Watts et al, 2017). Først og fremst kunne sykepleiere, etter å ha identifisert et språkproblem, undersøke om pasienten eller pårørende snakket et annet språk (Alkhaled et al, 2022a, s.5) Videre benyttet sykepleierne dette tolksystemet til hjelp for “enkle” samtaler, som omhandlet mat og omsorg. Ellers nevnte deltakerne i Watts et al (2017, s.87) at bruk av familiemedlemmer kunne hjelpe kommunikasjonen, spesielt hvis pasienten var eldre. Tolk ble imidlertid tilkalt for medisinsk informasjon (Alkhaled et al, 2022a, s.5; Eechoud et al, 2017, s.6). Liknende funn ble for øvrig identifisert av van Rosse et al (2016, s.51), hvor helsepersonell i mange tilfeller benyttet familiemedlemmer for å overkomme språkbarrieren ved dagligdagse samtaler. Derimot ble tolk tilkalt for viktige samtaler (van Rosse et al, 2016, s.51). Sett under ett sammenfaller de presenterte funnen i stor grad med mine egne erfaringer fra sykehus, hvor familiemedlemmer benyttes for enklere samtaler (mat, omsorg), mens profesjonell tolk forbeholdes medisinske tema. Som helsedirektoratet (2016, s.16-17) vektlegger peker det juridiske kravet om forsvarlighet og informert samtykke på et indirekte krav om bruk av tolk i tilfeller hvor det foreligger språkbarriere. Videre har sykepleieren et etisk ansvar for å ivareta retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, samt medbestemmelse (Norsk sykepleierforbund, 2023). Funnene til Alkhaled et al (2022a) vitner om at sykepleier ved norske sykehus benytter familiemedlemmer som tolk. Derimot kan det trekkes i tvil hvorvidt de samme juridiske kravene stilles til bruk av tolk i andre vestlige land, eller om familie godtas som erstatning for tolk.

Ulike idealer og verdier kan påvirke kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2004, s.98). To artikler viste at kulturelle verdier kunne medføre motstand mot bruk av tolk (Alkhaled et al, 2004; Eechoud et al, 2017). Dette utfordret tilsynelatende informasjonsplikten til deltakerne. Noen deltakere erfarte at patriarkalske verdier hos pasient eller pårørende kunne medføre motstand mot bruk av tolk (Alkhaled, 2022a, s.7-9). I tilfeller hvor familien til pasienten nektet bruk av tolk ville flesteparten av deltakerne i Eechoud et al (2017, s.7-8) fortelle sannheten fremfor å respektere pasientens kultur. Derimot antydte noen at de ikke ville gå imot familien hvis de nektet tolk (Eechoud et al, 2017, s.8). På en side problematiserer Eide & Eide (2004, s.99) hvorvidt det er riktig å hevde vestlige verdier fremfor personer med en annen kulturell bakgrunn. På en annen side påpeker Magellson (2008, s.55) endring som en viktig egenskap ved kultur, som sykepleiere bør være klar over. Hvis man ikke er klar over dette, kan respekten for det vi tror er pasientens kultur bli så stor at vi i frykt for å rokke ved deres verdier lar være å handle (Magellson, 2008, s.55). Funnet fra

Eechoud et al (2017, s.7-8) vitner om at majoriteten av deltakerne ville sette informasjonsplikten over kulturelle hensyn, mens noen ikke ville gå imot familiens motstand. Ved at en deltaker i Eechoud et al (2017, s.8) likevel hadde forsøkt å formidle behandlingens alvor, kan det virke som at hensynet til informasjon veier tyngre enn respekt for kultur når behandlingen er alvorlig. Kravet til faglig forsvarlighet omfattes av både helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven (Helsepersonelloven, 1999, §4; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2). Selv om informasjon som gis pasienten skal være tilpasset pasientens kultur, kan helsehjelp kun gis hvis pasienten har gitt sitt samtykke, som beror på at pasienten har fått nødvendig informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5, §4-1).

I en artikkel erfarte sykepleiere at pasienten kunne nekte å bruke tolk grunnet frykt for å eksponere konfidensiell informasjon, i tilfeller der tolken var fra samme nærmiljø (Alkhaled et al, 2022a, s.7). Funnet samsvarer med tidligere presentert teori som anerkjenner at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn kan motsette seg å benytte tolk med samme minoritetsbakgrunn (Helsedirektoratet, 2016, s.13). I en studie som utforsket arabisk-talende pasienter sine erfaringer på norske sykehus, var det derimot ingen av deltakere som nevnte bekymringer rundt konfidensialitet ved bruk av tolk (Alkhaled et al, 2022b, s.5). I spesialisthelsetjenesten vil kvalifiserte tolker omfattes av streng taushetsplikt (Helsedirektoratet, 2016, s.6-7). Videre har pasienten etter §3-2 rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Altså har sykepleiere et ansvar for å informere om tolkens rolle og taushetsplikt ut fra den juridiske informasjonsplikten og yrkesetiske retningslinjer (Helsepersonelloven, 1999, §10; spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-11; Norsk sykepleierforbund, 2023). I tilfeller hvor pasienten motsetter seg tolk grunnet frykt for å eksponere informasjon er det viktig at man bruker tid på å etablere tillit og forklarer tolkens rolle for pasienten (Helsedirektoratet, 2016, s.13).

Ut fra Schramm's kommunikasjonsmodell omfatter «støy» faktorer ved en persons sinnstilstand, som kan påvirke mottakerens evne til å ta innover seg det som formidles (Dahl, 2013, s.58, s.62). Videre kan selve stressreaksjonen ved sykdom svekke pasientens språkkunnskaper (Heyn, 2016, s.386). Funn fra en artikkel sammenfaller med det teoretiske grunnlaget, ved at pasienten kan ha vansker med å forstå budskapet i situasjoner preget av «støy» (Ali & Watson, 2018). Deltakerne i Ali og Watson (2018, s.1157) erfarte at det var ekstra vanskelig å formidle informasjon via tolk hvis pasienten var preget av angst, smerte

eller anestesi. I tillegg viste noen erfaringer at det kunne være vanskelig for eldre og kognitivt svekkede å forstå tolk over telefon (Ali & Watson, 2018, s.1157). For øvrig bekrefter sykehuspasienter at fysisk smerte, ubehag og angst oppleves som en betydelig kommunikasjonsbarriere med sykepleier, og dette i tilfeller hvor språkbarrieren ikke er en tilleggsbarriere (Norouzinia et al, 2015, s.68). Med andre ord er det avgjørende at sykepleiere er klar over at pasientens evne til å ta innover seg informasjon generelt kan bli nedsatt ved sykdom og behandling. I tilfeller der informasjon skal formidles via tolk bør sykepleier så langt det går etterstrebe at pasienten fremstår i en mottakelig tilstand. Fra et juridisk og etisk perspektiv har sykepleieren ansvar for å tilpasse informasjonen, og sørge for at innholdet er forstått, da dette er en forutsetning for informert samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5, §4-1; Norsk sykepleierforbund, 2023). På en annen side tilsier mine egne erfaringer at hverdagen på sykehus ofte preges av travelhet og behov for effektivitet blant personalet. Likevel bør ikke begrensninger i tid og ressurser gå utover evnen til å tilpasse tolkede samtaler, samt valg av tolkemetode ut fra pasientens tilstand.

5.2 Alternative strategier for kommunikasjon

Flere av de valgte artiklene viser bruk av nonverbal kommunikasjon, indirekte kommunikasjonskanaler og tilpassing av språk som en strategi for å overkomme språkbarrieren i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn (Alkhaled et al, 2022a; Eechoud et al; I Watts et al, 2017). For det første benyttet sykepleiere seg av non-verbal kommunikasjon som gestikulering, tegnspråk, kroppsspråk og miming (Alkhaled et al, 2022a, s.5; Eechoud et al, 2017, s.6; Watts et al, 2017, s.86). For det andre ble digitale hjelpemidler brukt for å oversette eller vise videoer/bilder til pasienten (Alkhaled et al, 2022a, s.5; Eechoud et al, 2017, s.6). I tillegg brukte deltakerne mer tid, gjentok budskapet rolig, forenklet språk, og sjekket om budskapet var forstått (Watts et al, 2017, s.86). Disse funnene er i tråd med andre studier som viser at helsepersonell bruker kroppsspråk, gestikulering/tegnspråk og forenkling av budskapet for å overkomme kommunikasjonsbarrieren (Alm-Pfrunder et al, 2018, s.3702-3703; McCarthy et al, 2013, s.338). Sett i lys av Schramm's kommunikasjonsmodell som beskrevet av Dahl (2013, s.58-59) vitner resultatene om at deltakerne, i fravær av felles språk, innkoder det intenderte budskapet i kroppsspråk/tegnspråk/miming, forenkler det språklige innholdet og bruker indirekte kommunikasjonskanaler for å overkomme språkbarrieren. Non-verbal kommunikasjon gir imidlertid rom for misforståelser (Heyn, 2016, s.388). Dersom man i større grad baserer kommunikasjonen på non-verbal formidling, er det nærliggende å anta at misforståelser

lettere oppstår i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Eide og Eide (2004, s.98) understreker også at kulturelle variasjoner kan påvirke hvordan nonverbale tegn oppfattes. Hvis mottakeren oppfatter non-verbale tegn på en annen måte enn avsenderen hadde tenkt, vil det trolig være vanskelig å oppklare misforståelser. Selv om Watts et al (2017, s.86) nevner det å sjekke hvorvidt budskapet var forstått som et element for å overkomme språkbarrieren, kan man trekke i tvil hvorvidt dette faktisk er mulig uten tolk. Helsepersonell er selv ansvarlig for å vurdere når det er nødvendig å benytte tolk for å sikre forståelse (Ingstad, 2021, s.108).

5.3 Negative følger av språkbarriere

To av artiklene omtaler negative følger av språkbarrieren for kvaliteten på sykepleien (Ali & Watson, 2018; Alkhaled et al, 2022a). For det første erfarte deltakerne i Ali og Watson (2018, s.1156) at språkbarrieren fremstod som det største hinderet for å kunne gi adekvat, effektiv, tilpasset og hurtig pleie til pasienter som hadde begrensede engelskkunnskaper. Videre kunne disse pasientene ha vanskelig for å forstå instruksjoner gitt underveis i prosedyrer eller å forstå bivirkninger av medisiner (Ali & Watson, 2018, s.1156). I tillegg viste Alkhaled et al (2022a, s.4) at språkbarrieren gjorde det vanskelig å innhente bakgrunnsinformasjon om pasienten, som var essensielt for å gi sykepleie. Funnene sammenfaller for øvrig med en studie som viste at helsepersonell oppfattet språkbarrieren som det største hinderet for å innhente nøyaktig bakgrunnsinformasjon, samt informere om diagnosen eller bivirkninger av medisiner (Taylor et al, 2013, s.37). Alt i alt kan resultatene tyde på at språkbarrieren betydelig påvirker både sykepleierens behandlende funksjon, hvor evnen til å kartlegge, vurdere og ta beslutninger reduseres, samt den undervisende funksjonen, der muligheten til å veilede og informere pasienter blir utilstrekkelig (Grønseth & Nordtvedt, 2022, s.8-9). På bakgrunn av funnene fra Alkhaled et al (2022a, s.4) og Ali og Watson (2018, s.1156) kan det virke som at språkbarrieren går utover kvaliteten på sykepleien til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Sett i lys av de juridiske og etiske rammene for sykepleie er dette problematisk ettersom sykepleieren har en juridisk og etisk plikt til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4; Spesialisthelsetjenesten jf. §2-2; Norsk sykepleierforbund, 2023). Videre har pasienten rett på informasjon og sykepleieren har en tilhørende juridisk og etisk plikt til å gi nødvendig informasjon og sørge for at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1, §3-2; Helsepersonelloven, 1999, §10; spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-11; Norsk sykepleierforbund, 2023).

I en artikkel fremkom det at språkbarrieren erfartes som tidkrevende (Alkhaled et al, 2022a). Deltakerne i Alkhaled et al (2022a, s.4). erfarte at mye mer tid og innsats ble brukt for å forstå pasienten. På en side kunne flerspråklige ansatte assistere som tolk, men på en annen side kunne det være tidkrevende for dem, og ikke alle ansatte mente at dette var deres ansvar (Alkhaled et al, 2022a, s.5). Tidspress er riktignok en av mange rammefaktorer som preger dagens helsetjeneste (Lied et al, 2021, s.243). Erfaringene understreker at sykepleier bruker mye tid på å forstå pasienten, og at helsepersonell i noen tilfeller assisterer som tolk. Når det gjelder bruk av helsepersonell som erstatning for kvalifisert tolk frarådes dette ettersom helsepersonell kan mangle nøytralitet og riktig kompetanse (Helsedirektoratet, 2016, s.7). At noen ansatte er villige til å tolke på bekostning av egen tid kan derimot tyde på at ekstern tolk ikke alltid benyttes.

Mennesket har et grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått (Heyn, 2016, s.363). I to artikler fremkom det imidlertid at sykepleiere erfarte språkbarrieren som vanskelig (Alkhaled et al, 2022a; Eechoud, 2017). Deltakerne følte seg av og til maktesløse fordi de manglet midler til å samtale skikkelig med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, og misforståelser erfartes vanskelig for begge parter (Alkhaled et al, 2022a, s.4-6). I tillegg erfarte noen at språkbarrieren var spesielt krevende fordi man ikke kunne betrygge pasienten (Eechoud et al, 2017, s.6-7). Sympati innebærer at man føler den andres nød, blir berørt og ønsker å lindre nøden (Travelbee, 1997, s.142-143). At det erfares ekstra krevende å ikke kunne betrygge pasienten i studien til Eechoud et al (2022, s.6-7) kan tyde på at ønsket om å tilby sympati og lindre pasientens nød ikke oppnås. Fra pasientens perspektiv viste en studie av Ellins og Glasby (2016, s.53-53) at eldre pasienter som ikke snakket engelsk erfarte en intens engstelse av å ikke forstå hva som feilet dem og hva som skulle skje under sykehusopphold. De erfarte en hjelpeløshet og sårbarhet grunnet språkbarriere (Ellins & Glasby, 2016, s.53-54). Dette kan samsvare med Alkhaled et al (2022a) ettersom sykepleiere erfarte at misforståelser var vanskelig for både sykepleier og pasienter. Sett under ett vitner de presenterte funnene om at både sykepleiere og pasientene opplever kommunikasjonsbarrieren som svært krevende. Videre kan erfaringen av maktesløshet ved språkbarriere varsle om emosjonelle belastninger blant sykepleiere i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

5.4 Utfordringer knyttet til personsentrert sykepleie

Travelbee vektlegger empatiske og sympatiske prosesser i dannelsen av en menneske-til-menneske-relasjon, hvor kommunikasjonen utgjør selve «instrumentet» for å oppnå dette (Travelbee, 1997, s.135-143). I Watts et al (2017, s.87) sin studie erfarte deltakerne at språkbarrieren påvirket kommunikasjonen negativt med tanke på å danne en relasjon med pasienten, samt gi og motta verbale og nonverbale signaler. Videre erfarte deltakerne at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn mottok mindre psykososial støtte når man ikke snakket samme språk, grunnet mindre utforsking av deres følelser (Watts et al, 2017, s.86). Funnene til Watts et al (2017, s.86-87) sammenfaller med teorien ved at språkbarrieren tilsynelatende hindret deltakerne fra å bevege seg gjennom fasene som danner grunnlag for en menneske-til-menneske-relasjon. Dessuten bekrefter en studie av de Moissac og Bowen (2019, s.27) at pasienten på sin side erfarer språkbarrieren som et hinder for å danne en tillitsfull relasjon til omsorgsgiveren. I tillegg erfarte pasienter at det kunne være spesielt krevende å formidle et emosjonelt budskap (de Moissac & Bowen, 2019, s.27). Med hensyn til sykepleierens lindrende funksjon innebærer det også at man gir pasienten mulighet til å uttrykke hvordan sykdom og behandling erfares (Grønseth & Nordtvedt, 2022, s.9). Funnene til Watts et al (2017, s.86-87) tyder derimot på at språkbarrieren begrenser sykepleierens lindrende funksjon, ettersom pasientene kunne motta mindre psykososial støtte og utforsking av følelser. Sykepleieren har en juridisk plikt til å gi omsorgsfull hjelp og et yrkesetisk ansvar for å ivareta behovet for helhetlig omsorg, bygge opp under individets ressurser, mestring, håp og livsmot (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk sykepleierforbund, 2023). Resultatet til Watts et al (2017, s.86-87) kan imidlertid tyde på at språkbarrieren utfordrer sykepleiers evne til å ivareta dette behovet for pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn innlagt på sykehus.

I en artikkel fremkom det at pasienter fra visse kulturer kunne være høflige og vennlige i den grad at de kunne bagatellisere symptomer og late som de forstod det som ble sagt (Alkhaled et al, 2022a, s.6). På en side kan kulturelle faktorer påvirke hvorvidt pasienten er åpen om sine symptomer (Heyn, 2016, s.387). På en annen side trenger ikke et «ja» nødvendigvis bety at man har forstått, men være et høflig signal på at man forsøker å forstå (Eide & Eide, 2004, s.100). Fra pasientperspektivet viste en studie av Maneze et al (2016) at eldre filippinske pasienter var bekymret for at spørsmål ville formidle mistillit til helsepersonell. Dessuten kunne de fleste deltakerne nikke for å indikere at de hadde forstått, selv når de ikke forstod, i frykt for å bli regnet som «dum». Travelbee vektlegger at interaksjonen må bevege seg utover kategoriene «sykepleieren» og «pasient» for at partene skal oppfatte det unike ved den andre,

og utvikle relasjonen (Travelbee, 1997, s.130-132). På en side kan funnet fra Alkhaled et al (2022a, s.6) muligens handle om pasientens kulturelle rammer, slik deltakerne opplevde det. Ved å tolke funnene i lys av Travelbees teori (1997, s.130-132), kan imidlertid kanskje pasientens høflighet handle om at menneske-til-menneske relasjonen ikke er tilstrekkelig utviklet. På en annens side kan frykten for å fremstå «dum» i møte med helsepersonell potensielt være en faktor som gjør at man later som man forstår (Maneze et al, 2016). Hvorvidt det er en kulturell eller universell menneskelig faktor, kan man stille seg undrende til. Erfaringene fra Alkhaled et al (2022a, s.6) kan understreke behovet for at sykepleiere både bør være sensitiv i forhold til pasientens kultur, men også ta ansvar for å formidle informasjon på en forståelig måte og sikre at informasjonen er forstått. Sykepleieren har både en etisk plikt og et juridisk ansvar for å for å forsikre seg om at informasjon er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5; Norsk sykepleierforbund, 2023). Dersom det oppstår usikkerhet om budskapet er nådd fram, frarådes det å stille kontrollspørsmål som kan besvares med «ja» eller «nei» da dette ikke sier noe om hvordan pasienten har oppfattet informasjonen (Eide & Eide, 2004, s.100). Dermot avklarer man best hvorvidt budskapet er forstått, ved å be pasienten oppsummere informasjonen som har blitt (Heyn, 2016, s.364).

5.5 Metodediskusjon

I denne litteraturstudien kan en svakhet først og fremst knyttes til at litteratursøket var bredt. Valget om å søke bredt ble gjort på bakgrunn av begrensningene til ett søk i denne oppgaven, og tidligere forsøk på smalere søk medførte at ikke inklusjonskriteriene ble oppfylt. Til tross for at søket resulterte i gode artikler for å besvare problemstillingen, ga det såpass mange treff at jeg ikke kan utelukke at andre artikler også kunne vært relevant dersom de hadde blitt gjennomlest i fulltekst. Ved å sette «OR» mellom «Communication barriers» / «Transcultural nursing» / «nursing care», medfører det i prinsippet treff på det ene, andre eller alle emneordene (Persson, 2021, s.51). Dette kan altså ha medført at ikke kommunikasjonsbarrierer var hovedfokuset i de inkluderte artiklene, selv om de alle inkluderte det. En annen svakhet ved søket kan knyttes til inkludering av emneordet «qualitative studies». Grunnen til at jeg ønsket å kun bruke kvalitative studier er fordi disse egner seg godt for å besvare en problemstilling som omhandler erfaringer. I følge Popenoe et al (2021, s.180) kan imidlertid kvantitative studier i noen tilfeller bruke kvalitative metoder for å vurdere deltakernes erfaringer. Å avgrense søket til kvalitative studier kan dermed ha utelukket kvantitative studier som kunne tilført noe mer til oppgaven. En annen svakhet kan imidlertid knyttes til analysen av resultatene. Popenoe et al (2021, s.181) nevner risikoen for å

trekke ut funn som ikke svarer på problemstillingen. I analyseprosessen måtte jeg fjerne noen funn, da jeg ble klar over at jeg hadde inkludert noen funn som var irrelevant for å besvare min problemstilling. Analyseprosessen kunne trolig vært styrket ved å skrive i par, siden dette ville tilført et ekstra par øyne til å forsikre relevansen til funnene, samt sikre enighet rundt kategoriene som funnene ble inndelt i.

En generell styrke ved de inkluderte artiklene er at studiene er gjennomført i vestlige land, som gjør at man med større sannsynlighet kan overføre funnene til en norsk kontekst. I tillegg tok alle artiklene utgangspunkt i helsepersonell sine erfaringer innenfor sykehus/spesialisthelsetjenesten som gjør resultatene egnet å diskutere opp mot problemstillingens kontekst. En svakhet kan derimot knyttes til at ikke alle studiene baserte seg utelukkende på sykepleiers erfaringer. For eksempel bestod utvalget i Watts et al (2017) av 38 deltakere, hvorav 21 var onkologiske sykepleiere og resten var medisinske strålingsonkologer og onkologer. Videre bestod deltakerne i Eechoud et al (2017) av en tverrfaglig gruppe, hvorav sykepleiere/spesialsykepleiere utgjorde syv av totalt 23 deltakere. Resten av deltakerne i Eechoud et al (2017) var sosialarbeidere (n = 2), psykologer (n = 3), ernæringsfysiologer (n = 3) og leger (n = 8). Dette gjør at funnene, spesielt i sistnevnte studie ikke er helt representative for sykepleiere, selv om alle deltakerne tross alt var helsepersonell på sykehus. Studien til Watts et al (2017) hadde riktignok kodet utsagn tilhørende de ulike yrkesgruppene, som medførte at analyseprosessene i mitt tilfelle så godt som mulig har utelukket funn som omhandlet onkologers erfaringer, da de kunne skille seg noe fra sykepleieres erfaringer. For eksempel var temaet psykososial støtte mer fremtredende i funn relatert til sykepleiere i forhold til onkologer. I tillegg diskuterte sykepleiere i større grad enn onkologer, hvilke kommunikasjonsstrategier de benyttet for å sørge for effektiv behandling (Watts et al, 2017).

To av de inkluderte artiklene baserer seg også utelukkende på erfaringene til onkologisk helsepersonell. På en side kan det begrense overførbarheten av funnene til andre avdelinger på sykehus, som ikke omfatter kreftbehandling. På en annen side kan det understreke at behovet for velfungerende kommunikasjon i møte med pasienter som er akutt og kritisk syke er desto viktigere. Artikkelen til Alkhaled et al (2022a) fremstår som gullstandarden for å besvare problemstillingen i denne litteraturstudien, da utvalget utelukkende baseres på sykepleiers erfaringer på sykehus i en norsk kontekst. Likevel er funnene svært begrenset i forhold til

muligheten for å generalisere, og litteraturstudien ville blitt styrket ved inkludering av flere studier fra en norsk kontekst.

6 Konklusjon

Sykepleieres erfaringer av kommunikasjonsbarrierer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn innlagt på sykehus vitner om betydelige utfordringer, samt forsøk på å overkomme disse. Når tolk benyttes kan erfaringene tyde på at dette i noen tilfeller stiller sykepleiere i tvil om hele budskapet formidles til pasienten. Videre kan det se ut som motstand mot bruk av tolk kan komplisere kommunikasjonsbarrieren ytterligere, spesielt når det gjelder å balansere hensyn til kultur opp mot informasjonsplikten. I fravær av felles språk benytter sykepleiere flere alternative kommunikasjonsstrategier, som baseres på non-verbal kommunikasjon, indirekte kommunikasjonskanaler og forenkling av språk. De negative følgene av språkbarrieren påvirker tilsynelatende kvaliteten på sykepleieutøvelsen og det kan virke som både sykepleierens behandlende, undervisende og lindrende funksjon rammes av språkbarriere i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Fra et personsentrert perspektiv kan erfaringene til sykepleiere tyde på utfordringer med å danne en menneske-til-menneske-relasjon når det foreligger språkbarriere. Avslutningsvis erfarer sykepleiere kommunikasjonsbarrierer som tidkrevende og vanskelig, og det kan virke som at verken deres eller pasientens behov for å forstå og gjøre seg forstått imøtekommes.

Problemstillingen er besvart gjennom en analyse av funn fra fire forskningsartikler, og kan dermed ikke tilføre sikker kunnskap. En fullstendig systematisk gjennomgang av litteraturen vil imidlertid kunne besvare problemstillingen med større sikkerhet. Likevel antyder funnene fra denne litteraturstudien et stort forbedringspotensial i helsetjenestene som tilbys pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehus.

Basert på funnene kan det virke som sykepleiere har behov for bedre kunnskap og tydeligere retningslinjer for å benytte kvalifisert tolk. Videre kan utfordringene i forbindelse med bruk av tolk indikere et behov for bedre kompetanse i gjennomføring av tolkede samtaler, samt økt bevissthet rundt kulturelle faktorer og hensyn til individuelle forutsetninger hos pasienten. I en tidspresst arbeidshverdag er det rimelig å anta at tolketjenester må være av god kvalitet, og svært lett tilgjengelig for at de faktisk skal bli tilkalt. Hvis ikke risikerer man trolig at ansvaret for å formidle informasjon forskyves til flerspråklige kollegaer eller pårørende. Ettersom innvandring til Norge er økende, representerer funnene et behov for å iverksette gode tiltak for å imøtekomme kommunikasjonsbarrierer på en måte som er hensynsfull for både pasienter og sykepleiere.

Referanseliste

- Ali, P. A., & Watson, R. (2018). 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>
- Alm-Pfrunder, A. B., Falk, A., Vicente, V., & Lindström, V. (2018). Prehospital emergency care nurses' strategies while caring for patients with limited Swedish–English proficiency. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3699–3705. <https://doi.org/10.1111/jocn.14484>
- Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022a). Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. *BMC Nursing*, 21(1), 322–322. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x>
- Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022b). Navigating the care between two distinct cultures: a qualitative study of the experiences of Arabic-speaking immigrants in Norwegian hospitals. *BMC Health Services Research*, 22(1), 400–400. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07833-6>
- Alpers, L-M. (2018). Sykepleiers kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I Debesay, J. & Tschudi-Madsen, C. (Red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 26-42). Gyldendal Norsk Forlag.
- Bufdir. (u.å). *Begreper og kunnskapsgrunnlag – samer, nasjonale minoriteter og personer med innvandrerbakgrunn*. <https://www.bufdir.no/statistikk-og-analyse/etnisitet-religion/begreper>
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: innføring i interkulturell kommunikasjon* (2.utg.). Gyldendal akademisk.
- de Moissac, D., & Bowen, S. (2019). Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24–32.
<https://doi.org/10.1177/2374373518769008>
- Eechoud, I., Gryndonck, M., Leman, J., & Verhaeghe, S. (2017). Perspectives of oncology health workers in Flanders on caring for patients of non-Western

- descent. *European Journal of Cancer Care*, 26(6), e12481.
<https://doi.org/10.1111/ecc.12481>
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal akademisk.
- Ellins, J., & Glasby, J. (2016). "You don't know what you are saying 'Yes' and what you are saying 'No' to": hospital experiences of older people from minority ethnic communities. *Ageing and Society*, 36(1), 42–63.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X14000919>
- Finset, A. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i enkel kommunikasjonsmodell. I K. Johnsen & H.O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s.15-22). Universitetsforlaget.
- Grønseth, R. & Nordtvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s.1-19). Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2016, 8.april). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heyn, L. (2016). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E.H. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (s.363-398). Cappelen Damm Akademisk.
- Ingstad, K. (2021). *Sosiologi i helsefag og sykepleie* (2.utg). Gyldendal akademisk.
- Lied, I. B., Lindgren, M. L., & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk sykepleie*, 35(3), 242–254. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg). Akribe.
- Maneze, D., Everett, B., Kirby, S., DiGiacomo, M., Davidson, P. M., & Salamonson, Y. (2016). 'I have only little English': language anxiety of Filipino migrants with chronic disease. *Ethnicity & Health*, 21(6), 596–608.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1143091>

- McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22(6), 335–339. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.6.335>
- McDowell, L., Messias, D. K. H., & Estrada, R. D. (2011). The Work of Language Interpretation in Health Care: Complex, Challenging, Exhausting, and Often Invisible. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(2), 137–147. <https://doi.org/10.1177/1043659610395773>
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65–74. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-2
- Persson, M. (2021). *Hvordan skrive en litteraturgjennomgang? En praktisk guide*. Universitetsforlaget.
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E., & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175–186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Sommerfeld, K. & Rosenberg, A. (2019). Hvordan unngå at språkvansker fører til feilbehandling? *Sykepleien* 107(74962). [10.4220/Sykepleiens.2019.74962](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.74962)
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå. (2023a, 6.mars) *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrerer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
- Statistisk sentralbyrå. (2023b, 5.juli) *Innvandrere etter innvandringsgrunn*. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrerer-etter-innvandringsgrunn>

- Taylor, S. P., Nicolle, C., & Maguire, M. (2013). Cross-cultural communication barriers in health care. *Nursing Standard*, 27(31), 35–43.
<https://doi.org/10.7748/ns2013.04.27.31.35.e7040>
- Travelbee, J. (1997). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Pensumtjeneste.
- Universitetet i Agder (2022). *Kommunikasjonshindringer*. MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag. [https://mesh.uia.no/? =/mesh%26id=](https://mesh.uia.no/?=/mesh%26id=)
- van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L., & Wagner, C. (2016). Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 45–53.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>
- Watts, K. J., Meiser, B., Zilliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., Butow, P., Goldstein, D., Hale, S., Perry, A., Aranda, S. K., & Kissane, D. W. (2017). Communicating with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. *European Journal of Oncology Nursing*, 26, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.12.001>



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Alkhaled, T., Rohde, G., Lie, B., & Johannessen, B. (2022). Beyond challenges and enrichment: a qualitative account of cross-cultural experiences of nursing patients with an ethnic minority background in Norway. <i>BMC Nursing</i> , 21(1), 322–322. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01102-x				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: <i>Kvalitativt utforskende design med fokusgruppeintervju.</i>	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: <i>21 sykepleiere rekruttert fra et sykehus i Norge. Inklusjonskriterier for deltakelse var: 1) sykepleiere som hadde jobbet minst to år på sykehus og hadde erfaring med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, 2) villighet til å dele erfaringer fra klinisk sykepleie.</i>	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: <i>Fokusgruppeintervju gjennomført på sykehuset eller Universitetet i Agder. Demografisk data: kvinner (n = 19), menn (n = 2), utdanningsnivå (bachelor n = 15, master n = 6), arbeidserfaring (mellom 2-31 år), fødested (fire hadde etnisk minoritetsbakgrunn), arbeidserfaring i utlandet (n = 4) og studieopphold i utlandet (n = 8). Data om flerspråklighet ble oppgitt i tabell.</i>	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: <i>Tematisk analyse av transkriberte fortellinger fra deltakerne. Sekvensiell analyse bestående av seks faser. Tre hovedtemaer med to til fire undertemaer kom frem av analysen.</i>	X		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: <i>Studien avslørte tre hovedtemaer: varierte erfaringer med språkbarrieren og bruk av tolker, betydningen av religiøse og kulturelle verdier, og omsorg for pasienter med en etnisk minoritetsbakgrunn er profesjonelt interessant, men krevende. Resultatene fremkommer tydelig i resultatdelen og diskusjonen.</i>	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: <i>demonstrerer viktigheten av fag som retter seg mot kulturkompetanse i sykepleierutdanningen. Informasjon om det norske helsevesenet og hvordan det fungerer bør gis til innvandrere som ankommer Norge.</i>	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: <i>konklusjonen underbygges i resultatdelen, og i diskusjonen.</i>	X		
	Totalt antall poeng: ****			9/9

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Watts, K. J., Meiser, B., Ziliacus, E., Kaur, R., Taouk, M., Girgis, A., Butow, P., Goldstein, D., Hale, S., Perry, A., Aranda, S. K., & Kissane, D. W. (2017). Communicating with patients from minority backgrounds: Individual challenges experienced by oncology health professionals. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 26, 83–90. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.12.001				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: <i>Kvalitativt studiedesign. Semi-strukturert intervju over telefon/ansikt-til-ansikt eller fokusgruppeintervju, ut fra deltakernes preferanse. Spørreskjema innhentet demografisk data.</i>	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: <i>38 helsepersonell; medisinske strålingsonkologer (n = 12), onkologer (n = 5) og onkologiske sykepleiere (n = 21).</i>	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: <i>Helsepersonell i Australia ble invitert til å delta i studien via e-post. Demografisk data ble innhentet om: fødested (34 % født utenfor Australia), yrkesrolle (se pkt. 3), antall års erfaring innen onkologi, hvilken kulturell gruppe deltakeren identifiserte seg med, hvorvidt engelsk var morsmålet, og flerspråklighet (26 % snakket et språk i tillegg til engelsk).</i>	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: <i>intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett og analysert tematisk med konstant komparativ</i>	X		



	<i>metode for å utvikle et avtalt antall koder og kategorier. Analysen var veiledet av et teoretisk rammeverk.</i>			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: <i>Majoriteten av deltakerne (82%) rapporterte ulike grader av usikkerhet og ubehag ved å jobbe med etniske minoritetspasienter, med flere kommunikasjonsbarrierer. Deltakerne opplevde at disse pasientene mottok mindre emosjonell støtte enn pasienter fra majoritetsgruppen. Deltakerne erfarte utfordringer med å balansere autonomiprinsippet opp mot kulturelle forskjeller i forhold til familiens rolle. Strategier som ble benyttet for å hjelpe interaksjonen var: modifisering av tale, bruke mer tid i konsultasjoner, relasjonsbygging, og bruke nonverbale teknikker.</i>	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: <i>Resultatene demonstrerer at onkologiske sykepleiere og onkologer, i løpet av karrieren, kunne dra fordel av å motta formell trening i kommunikasjonsferdigheter med fokus på kulturkompetanse.</i>	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: <i>bygger på resultatene, og diskusjonen av disse.</i>	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: <i>Kvalitativt deskriptivt design. Individuelle intervju og fokusgruppediskusjoner, basert på en semi-strukturert intervjuguide.</i>	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: <i>59 registrerte sykepleiere (32 kvinnelige, 27 mannlige) ansatt i spesialisthelsetjenesten. Deltakerne var rekruttert fra flere forskjellige sykehus.</i>	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: <i>Studien ble gjennomført i England. Majoriteten av deltakerne var sykepleiere (n = 57) med en grad i sykepleie (n = 30) eller «diploma in nursing» (n = 29). En deltaker var psykiatrisk sykepleier og en var helsearbeider. Arbeidserfaringen deres varierte mellom 2-23 år innenfor varierte kliniske settinger. Data ble innsamlet gjennom 26 individuelle intervju og tre fokus-gruppeintervju. Hver deltaker bidro kun i én type datainnsamling. Uklart hvor fokusgruppeintervjuet ble holdt.</i>			X
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: <i>Individuelle intervju og fokusgruppeintervju ble transkribert ordrett av uavhengige transkribatører. En refleksiv dagbok ble benyttet av forskeren for å noter</i>	X		



	<i>tanker og refleksjoner gjennom både datainnsamlingen og analysen. Tematisk analyse ble benyttet.</i>			
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: <i>Tre temaer ble identifisert i datamaterialet: «multietnisitet og språkbarrierer», «betydningen av språkbarrierer» og «kommunikasjon via tolk». Funnene fremkommer i resultatdelen, begynnelsen av diskusjonen og konklusjonen.</i>	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: <i>Forståelse for språkbarrierer kan bidra til at sykepleiere finner egnede strategier for å overkomme disse barrierene. Som en konsekvens kan det bidra til mer effektiv pleie til pasienter som påvirkes av språkbarriere uavhengig av klinisk setting og helsesystem.</i>	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: <i>konklusjonen følger logisk av resultatene.</i>	X		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Eechoud, I., Grypdonck, M., Leman, J., & Verhaeghe, S. (2017). Perspectives of oncology health workers in Flanders on caring for patients of non-Western descent. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 26(6), e12481. https://doi.org/10.1111/ecc.12481				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: <i>Kvalitativt design med konstant komparativ metode.</i>	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: <i>23 deltakere, som alle var onkologisk helsepersonell.</i>	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: <i>Blant deltakerne var det 3 menn og 20 kvinner. Alderen varierte mellom 21- 60 år. Arbeidserfaringen rangerte mellom 1-30 år, hvor majoriteten hadde 1-5 års erfaring (n = 11). Samlet bestod deltakere av sykepleiere (n = 5), spesialsykepleiere (n = 2), sosialarbeider (n = 2), psykologer (n = 3), ernæringsfysiolog (n = 3) og leger (n = 8). To fokusgrupper ble holdt utelukkende for leger. Tre fokusgrupper inkluderte flere yrkesgrupper. Fokusgruppene ble holdt i et akademisk sykehus og to regionale sykehus i Flandern.</i>	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: <i>Analyseprosessen tilsvarer «the Qualitative Analysis Guide of Leuven».</i> <i>Gruppedynamikk ble tatt hensyn til under analysen. For å få bedre forståelse for deltakernes fortellinger, var den</i>	X		



	<i>ene forskeren ved et tilfelle deltakende observatør på et poliklinisk senter.</i>			
7.	<i>Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Barrierer og utfordringer stod sentralt i omsorgen for pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Deltakerne ønsket å handle utfra deres profesjonelle standard, om lik kvalitet og tilpasset omsorg. Likevel oppstod et fokus på medisinske aspekter, hvor «kurering» overskygget selve «omsorgen» når deltakerne ikke klarte å overkomme barrierer. Dette resulterte i følelsen av utilstrekkelighet blant de som ønsker å opprettholde standarder om lik kvalitet på omsorgen. Deltakere som oppfattet lik kvalitet på omsorg som sin profesjonelle standard ble irritert på pasienter som begrenset dem fra å gi passende omsorg. Presentasjonen av resultatene fremstår imidlertid litt rotete i artikkelen.</i>			X
8.	<i>Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: ved å utvide profesjonelle standarder fra å behandle alle pasienter likt, til å tilpasse seg hver enkelt pasient, kan man potensielt forebygge at «kur» overskygger «omsorg».</i>	X		
9.	<i>Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Konklusjonen følger logisk av resultatene og diskusjonen.</i>	X		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.